

**Nelli Nurminen,
Lauri Vuorenkoski ja
Iiro Karhiaho**

Resepti hyvään hoitoon

**Universaali ja yhdenvertainen
terveydenhuoltojärjestelmä Suomeen**

KALEVI SORSA -SÄÄTIÖ

RESEPTI HYVÄÄN HOITON

Nelli Nurminen,
Lauri Vuorenkoski ja
Iiro Karhiaho

Resepti hyvään hoitoon

UNIVERSAALI JA YHDENVERTAINEN
TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ SUOMEEN

KALEVI SORSA -SÄÄTIÖ 2018

Kimmo Lepon muistolle

© KIRJOITTAJAT JA KALEVI SORSA -SÄÄTIÖ SR

KANSI JA TAITTO: FREDRIK BÄCK

PAINO: COPY-SET OY, HELSINKI 2018

ISBN 978-952-5689-82-2 (NID.)

ISBN 978-952-5689-83-9 (PDF)

Sisällys

1. Esipuhe	7
2. Johdanto: Suomalaisen terveydenhuollon historiaa ja nykyaasteita	10
3. Uudistamisen tavoitteet – Suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä universaali ja tasa-arvoinen	15
3.1 Universalismi – terveydenhuoltojärjestelmän peruskivi	18
3.2 Jonot pois: Terveyskeskuslääkärille pitää päästä kiireettömässä asiassa viikossa, erikoislääkärille kuukaudessa	23
3.3 Hoidon jatkuvuudesta kansallinen tavoite	24
3.4 Hallittu integraatio – erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluita perusterveydenhuoltoon	27
3.5 Päivystysten jonot kuriin	31
4. Suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä jälleen demokratian keinoin ohjattava – yksikanavainen rahoitus ja suuremmat järjestäjätahot	34
4.1 Rahoittajan, järjestäjän ja tuottajan käsitteet	34
4.2 Rahoitusjärjestelmän uudistaminen – osaoptimoinnin vähentäminen, resurssit oikeaan käyttöön	36
4.3 Järjestämisvastuu valtiolle	40
4.4 Työterveyshuollon rooliksi ennaltaehkäisy	45
4.5 Yksityisen sektorin asema – hyvä renki, huono isäntä	48
5. Miksi sote on niin vaikea uudistus?	52
6. Yhteenveto	54

1. Esipuhe

KESKUSTELU TERVEYDENHUOLLON suunnasta, terveystoimikasta ja parhaista ratkaisuista väestön terveyden edistämiseksi on viime vuosina ollut aktiivista. Tämä ei ole vain suomalainen ilmiö. Kehittyneissä maissa terveydenhuolto on mittava toimintojen kokonaisuus, johon liittyy voimakas teknologinen kehitys ja suuria liiketaloudellisia odotuksia. Näissä maissa käytetään 8–18 prosenttia koko bruttokansantuotteesta terveydenhuoltoon. Vaaleja voitetaan ja hävitään sen mukaan millaisia odotuksia väestöllä on ja millaisia vastauksia poliittiset puolueet niihin antavat: brexitin ajajat lupasivat runsaasti lisää rahaa terveydenhuoltoon, jos Iso-Britannia eroaa EU:sta, ja USA:ssa Donald Trump kävi voimakkaaseen hyökkäykseen edeltäjänsä Obamacarea vastaan.

Suomessa viime vuosien keskustelu on liittynyt ennen kaikkea ns. Sote-uudistukseen eli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuudistukseen. Tiedotusvälineet puhuvat usein ”terveysuudistuksesta”. Onko tämä oikein vai väärin? Toimeentulotuen maksamisen siirrettyä kunnilta Kelan vastuulle, on terveydenhuollon osuus 65 % ja sosiaalihuollon osuus 35 % kuntien sote-menoista. Sosiaalipalveluista tärkeimmät ovat vanhustenhuolto, vammaispalvelut, päihdehuolto, kehitysvammaisten erityishuolto, kasvatus- ja perheneuvolat, lastensuojelu ja sosiaalityö. Suuressa osassa näistä terveydenhuollon koulutettu henkilöstä on keskeisessä asemassa. On siis tavallaan oikeutettua puhua ”terveysuudistuksesta” väheksymättä lainkaan sosiaalihuollon palveluiden merkitystä. Monissa sosiaalipalveluissa tarvitaan aivan yhtä vaativaa huippuosaamista kuin terveystoimissaakin.

Tämän pamfletin kirjoittajat ovat terveydenhuollon ammattilaisia. Oli suuri ilo saada tutustua heidän tekstiinsä ja kunnia saada kirjoittaa siihen esipuhe. Hallintopainotteisen ja päivänpoliittisen sote-keskustelun vyöryssä ”joka tuutista” tarvitaan tiivistä ja periaatteellista puheenvuoroa terveydenhuollon perusteista. Tässä sellainen nyt on.

8 Tutustuessani tekstiin syyhysivät sormeni halusta saada kirjoittaa moneen kohtaan sopivia esimerkkejä ja omia ajatuksiani, mutta olkoon sellaista vuoro sitten siinä keskustelussa, jonka tämä pamfletti synnyttää. Vaikka jaan kirjoittajien perusnäkemykset, on itselläni joistakin kohdista myös hieman eri tavalla painottuvia käsityksiä. Olisin käsitellyt erikoissairaanhoidon laajemmin ja ollut kenties vielä kriittisempi ns. valinnanvapauden nimissä tapahtuvaan palveluiden laajaan siirtoon markkinoille. Jälkimmäisessä asiassa nimittäin pyrkimys on ollut merkittävien nykyisten julkisten palvelukokonaisuuksien siirtämisestä kokonaan ja ainoastaan yritysten tuottamiksi. Mitä valinnanvapautta tällainen on? Julkinen valta ei voisi esimerkiksi lainkaan itse tuottaa asiakaseteleillä maksettuja palveluja eikä julkinen yleislääkärikeskus (sotekeskus) saisi käyttää julkisia laboratorio- ja kuvantamispalveluita – tässä vain pari esimerkkiä.

E erityisen arvokasta on mielestäni se, että tämä pamfletti on tiivis ja periaatteellinen. Siitä tosin juuri seuraa se, että joitain asioita olisi tarvetta käsitellä pidempään tai konkreettisemmin. Mutta juuri nyt tarvitaan tällaista puheenvuoroa!

Kirjoittajien missio on koko väestön saatavilla olevan laadukkaan maksuttoman perusterveydenhuollon vahvistaminen. Se on todella oikea missio, jonka jaan itse sataprosenttisesti. On suorastaan häpeällistä, että rahoituksella, joka edustaa yhtä tai korkeintaan kahta prosenttia kaikista julkisista sosiaali- ja terveystoimista, voitaisiin hyvin toteuttaa koko väestön kattava ja hyvin toimiva perusterveydenhuollon omalääkäri- ja omahoitajajärjestelmä, mutta näin ei ole tehty. Tarvitaanko tähän sote- ja maakuntauudistusta ja 18 maakunnan järjestelmää on asia, josta voidaan perustellusti olla eri mieltä.

Lopuksi en malta olla hypähtämättä sivupolulle. Iso-Britannian NHS (National Health Service) -järjestelmä luotiin puolessatoista vuodessa 1946–47. Sen isänä pidetään kaivostyöläistäustaista Labourpuolueen terveysministeri Aneurin Bevania. Käytännöllisenä poliittikkona hän onnistui sovittamaan yhteen erilaiset näkemykset ja pitämään liiallisen teoretisoinnin aisoissa. Lontoon olympialaisten avajaisissa vuonna 2012 tuhannet valkopukuiset tanssijat muodostivat kirjaimet NHS. Tällaiseen ylpeyteen kansanterveysjärjestelmästä toivon suomalaistenkin

joskus yltävän. Hyvällä tiellä siihen suuntaan jo oltiin kun Kansanterveyslaki säädettiin vuonna 1972. Nyt on aika palata näihin ”public health” -arvoihin; toki nykyolosuhteet, -odotukset ja -mahdollisuudet huomioiden.

9

AKI LINDÉN

Toimitusjohtaja, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

2. Johdanto: Suomalaisen terveydenhuollon historiaa ja nykyhaasteita

SUOMEN NYKYMUOTOISEN terveydenhuollon perusta on luotu toisen maailmansodan jälkeen. 1940-luvulla säädetty laki yleisestä sairaanhoidosta edellytti, että jokaisessa kunnassa tuli olla kunnanlääkäri tai useamman kunnan yhteinen aluelääkäri. Kunnanlääkäripalvelut olivat maksullisia, mutta vähävaraiset saattoivat saada niitä muita edullisemmin tai ilmaiseksi. Samoihin aikoihin kunnat veloitettiin järjestämään maksuttomat neuvolapalvelut. Seuraavalla vuosikymmenellä alkoi kuntien ylläpitämän keskussairaalamverkon rakentaminen.

Vuonna 1963 luotiin sairausvakuutusjärjestelmä, jonka kautta korvattiin avohoidon sairaanhoitopalveluita, kuten kunnanlääkäripalveluita, pyrkimyksenä siirtää palveluiden painopistettä sairaaloista avohoitoon. Tästä huolimatta avosairaanhoito oli Suomessa kuitenkin edelleen puutteellista.

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki, joka korvasi kunnanlääkärijärjestelmän terveyskeskuksilla. Terveyskeskuksessa yhdistettiin saman katon alle kaikki yleislääkärijohtoiset terveyspalvelut. Tavoitteena oli terveyskeskuspalveluiden maksuttomuus. Itsenäisistä kunnanlääkäreistä tuli kunnan työntekijöitä ja lääkäreiden määrä perusterveydenhuollossa lisääntyi voimakkaasti. Sairausvakuutus jäi kuitenkin terveyskeskusjärjestelmän rinnalle korvaamaan yksityisen terveydenhuollon lääkärikäyntejä ja työterveyshuoltoa.

Työnantajat olivat tarjonneet sairaanhoitopalveluita vaihtelevasti jo 1900-luvun alusta lähtien. Työterveyshuollon rooli alkoi merkittävästi vahvistua 1970- ja 1980-luvulla. Työterveyshuollon palveluita alettiin korvata sairausvakuutuksen kautta, ja vuonna 1978 säädettiin työterveyshuoltolaki, jolla pyrittiin lisäämään työterveyshuollon kattavuutta.

Nykyisen kaltaiset sairaanhoitopiirit syntyivät 1990-luvun alussa erikoissairaanhoitolain myötä. Erilliset yleissairaalat, mielisairaalat ja keuhkosairaalat yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriksi. Kunnille tuli sairaanhoitopiirien pakkojäsenyys.

Vielä 1990-luvun alussa valtiolla oli merkittävä ohjaava rooli terveydenhuoltojärjestelmässä, vaikka kunnat vastasivat palveluiden käytännön toteutuksesta. Kuntien järjestämää terveydenhuoltoa valvottiin ja ohjattiin muun muassa myöntämällä sitä varten korvamerkittyä valtionosuutta. Valtionosuusjärjestelmän lisäksi keskeisiä ohjauksen työkaluja olivat keskusvirasto Lääkintöhallitus ja viisivuotissuunnitelmat. Lääkintöhallitus sittemmin yhdistettiin Sosiaalihuoltoon.

1990-luvun alussa Sosiaali- ja terveyshallitus lakkautettiin ja myös valtionosuuksien korvamerkitsemisestä luovuttiin. Kunnat saivat siitä lähtien valtionosuudet riippumatta siitä, miten tai missä laajuudessa ne palveluita tuottivat. Näin ollen valtion terveydenhuollon ohjaukskeinoiksi jäivät lainsäädäntö ja informaatio-ohjaus, jota varten perustettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Vuonna 2009 STAKES yhdistettiin Kansanterveyslaitoksen kanssa ja syntyi nykyinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Edellä kuvattujen terveydenhuollon uudistusten myötä kunnille on muodostunut Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä huomattavan merkittävä rooli, mikä on kansainvälisesti vertaillen omalaatuinen piirre. Useimmissa Euroopan maissa kunnilla ei ole mitään roolia terveydenhuollossa.

Lisäksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmää edelleen rahoitetaan kahden julkisen rahoitusjärjestelmän kautta, mikä myös on kansainvälisesti katsoen täysin poikkeuksellista. Kaksi rahoituskanavaa vaikeuttaa entisestään järjestelmän hallitsemista ja luo sen sisälle haitallisia kannusteita, jotka johtavat osaoptimointiin ja päällekkäisyyksiin.

Asiantuntijat ovat yhä vahvemmin sillä kannalla, että järjestelmämme ei ole ainutlaatuinen innovaatio, josta kannattaisi ottaa mallia, vaan siinä on merkittäviä ongelmia, joiden korjaaminen on välttämätöntä.

Järjestelmämme keskeisimmäksi ongelmaksi on vuosien kehityksen myötä muodostunut perusterveydenhuollon heikko asema. Samaan aikaan kun valtion roolia terveydenhuollon ohjaajana 1990-luvun alussa

heikennettiin voimakkaasti, Suomessa alkoi lama ja kunnat joutuivat leikkaamaan terveydenhuollosta, erityisesti perusterveydenhuollosta. 2000-luvulla terveyskeskusten resurssija on taas lisätty, mutta laman vaikutukset olivat niin syvät, että terveyskeskusjärjestelmä ei ole vielä-kään kokonaan toipunut siitä: terveyskeskuksissa on eri alueilla edelleen pitkät jonot ja suhteellisen korkeat asiakasmaksut.

Kunnallisen järjestelmän heikentyminen on johtanut työterveys-huoltojärjestelmän vahvistumiseen, minkä rinnakkainen julkinen rahoitusjärjestelmä on mahdollistanut. Missään muussa maassa ei työterveyshuollosta ole muodostunut samanlaista rinnakkaista jär-jestelmää julkisen terveydenhuollon oheen. Julkisen perusterveyden-huollon rooliksi on pikkuhiljaa tullut sen väestönosan palveleminen, jolla ei ole kattavaa työterveyshuoltoa, yksityisiä vakuutuksia tai muuten varallisuutta käyttää yksityisiä palveluita.

Terveydenhuoltojärjestelmämme on siis eriarvoistunut voimak-kaasti: Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on huomattavasti nopeampi pääsy terveyspalveluiden piiriin kuin terveyskeskusaikoja jonottavilla pienituloisilla. Lisäksi julkisessa perusterveydenhuollossa on suhteellisen korkeat asiakasmaksut, kun taas työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjille ilmaisia.

Tämä kehityskulku on täysin päinvastainen kuin mitä hallitus-ohjelmissa on tavoiteltu vaalikaudesta toiseen. Se on ristiriidassa pohjoismaisen ja laajemminkin eurooppalaisissa järjestelmissä toteu-tetun universalismin periaatteen kanssa, jossa koko väestölle tarjotaan riittävät palvelut yhdenvertaisesti yhden järjestelmän kautta. Kehitys-kulun pysäyttämiseksi on käynnistetty lukemattomia hankkeita ja ohjelmia sekä säädetty niin sanottu hoitotakuulainsäädäntö. Kun 1990-luvulla kuitenkin romutettiin terveydenhuoltomme tärkeimmät ohjauskeinot, terveydenhuollon pitkän aikavälin kehitykseen on ollut miltei mahdotonta vaikuttaa. Siksi muutoksen aikaansaamiseksi tar-vitaan suurempi terveydenhuollon reformi, joka luo paremmat keinot järjestelmän ohjaamiselle.

Tarve suuremmalle uudistukselle on ollut tiedossa jo pitkään, ja moni hallitus on yrittänytkin sellaista toteuttaa. Vuonna 2006 käynnistyi niin kutsuttu PARAS-hanke, jonka päätyttyä vuonna 2011 uudistukseen on viitattu yleisemmin nimellä sote-uudistus. Uudistukseen latautuu isoja aluepoliittisia ja elinkeinopoliittisia intressejä, jotka ovat toistuvasti olleet terveystaloudellisia tavoitteita tärkeämpiä. Lisäksi uudistus on törmännyt jo useamman kerran perustuslakiin.

Sote-uudistukselta odotetaan myös suuria taloudellisia säästöjä. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kuitenkin muihin maihin verrattuna varsin kustannustehokas: Terveysmenojemme suhde bruttokansantuotteeseen on 9,4 prosenttia, mikä on muita Pohjoismaita vähemmän. Julkisen rahoituksen osuus Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on OECD-maiden keskikastia. Perusterveydenhuollon osalta on hyvä kysymys, missä määrin sen kustannustehokkuuden taustalla on aliresursointia. Väestön ikääntyessä ja lääketieteen kehittyessä on tärkeää pystyä hillitsemään menojen kasvua, mutta tästä huolimatta sote-uudistukseen kohdistetut taloudelliset odotukset ovat suurelta osin epärealistiset, mikäli tavoitteena ei ole palveluiden laadun heikentäminen.

Säästöpainesta huolimatta sote-uudistuksessa ei ole yritettykään vielä puuttua rahoitusjärjestelmän selkeisiin päällekkäisyyksiin. Kelan ja työterveyshuollon asema on kenties ollut poliittisesti liian tulenarka aihe, että siihen olisi kukaan uskaltanut kajota.

Vaikeuksistaan huolimatta sote-uudistus on tärkeä. Suomeen tarvitaan parempi terveydenhuoltojärjestelmä, ja jotta se voitaisiin saavuttaa, järjestelmän rakennetta tulee muuttaa siten, että päättäjät pystyvät ohjaamaan sitä kokonaisuutena. Alueiden nimen ja maantieteellisen sijoittumisen sijaan sote-uudistuksesta käytävässä keskustelussa pitäisi puhua enemmän siitä, mihin uudistuksella tahdotaan vaikuttaa: Lääkärinajoista, jonoista ja päivystyksistä. Mitä laadukkailla terveyspalveluilla Suomessa tarkoitetaan? Entä mitkä ovat perustuslain jokaiselle turvaamat riittävät terveyspalvelut? Jos terveydenhuollosta säästetään, mitä se tarkoittaa tavallisten ihmisten arjessa?

Tällä julkaisulla pyrimme omalta osaltamme palauttamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistusta koskevan keskustelun takaisin alkuperäiseen aiheeseensa eli terveyspolitiikkaan. Esitämme keinot järjestelmän ohjattavuuden parantamiseksi ja tavoitteet, joiden edistämisen paremmin hallittava järjestelmä mahdollistaa ja joita mielestämme tulisi edistää. Sote-uudistuksen tulisi olla ensisijaisesti perusterveydenhuollon ja suomalaisten potilaiden yhdenvertaisuuden pelastusprojekti.

3. Uudistamisen tavoitteet – Suomalaisesta terveydenhuolto- järjestelmästä universaali ja tasa-arvoinen

ERI MAIDEN terveydenhuoltojärjestelmien vertaileminen on hankalaa, eikä yksiselitteistä paremmuusjärjestystä voida asettaa. Karkea vertailu kuitenkin onnistuu. The Lancetissa hiljattain julkaistussa, 195 maata koskeneessa kuolleisuutta käsitelleessä tutkimuksessa Suomi odotetusti sijoittui muiden länsimaiden joukkoon hyvälle sijoille. Terveydenhuoltojärjestelmämme on laadukas ja kustannustehokas – miksi sitä tarvitsisi muuttaa?

Jotta voimme tavoitella laadukasta ja tasa-arvoista terveydenhuoltoa, on ensin pohdittava, mitä laadulla tarkoitetaan. Terveydenhuoltojärjestelmien ja hoidon laadun arvioimiseen on kehitetty useita erilaisia kehikkoja ja rakenteita. Esimerkiksi 1960-luvulla yhdysvaltalainen Avedis Donabedian esitti, että terveystalouden laatua voidaan tarkastella kolmen eri dimension, rakenteiden, prosessien ja lopputulosten kautta.

Rakenteita ovat esimerkiksi terveydenhuollon työvoiman saatavuus ja koulutustasot sekä hoitovälineiden nykyaikaisuus. Prosessit taas ovat vaikkapa tiettyjen sairauksien tai oireiden hoitoketjuja. Lopputuloksilla tarkoitetaan hoidon tuottamaa terveyshyötyä. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmiä voidaan vertailla taloudellisten mittarien, kuten kustannustehokkuuden, näkökulmasta.

Terveyshyöty on näkyvin ja tärkein osa terveydenhuollon laatua, ja sitä käsitelti myös Lancetin edellä mainittu tutkimus. Terveyshyötyä voidaan arvioida tarkastelemalla esimerkiksi väestön eliniänodotetta, kuolleisuutta tiettyihin sairauksiin, imeväis- ja lapsikuolleisuutta sekä eri sairauksien vallitsevuutta ja ilmaantuvuutta.

Terveyshyödyn syy-seuraussuhteiden arvioiminen on kuitenkin hankalaa. Toki voidaan sanoa, että huipputuloksiin ei ilman hyvin toimivaa

terveydenhuoltojärjestelmää päästä. Kansanterveyteen ja sairastavuuteen vaikuttavat kuitenkin myös terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät, kuten järjestelmän käyttäjien sosioekonominen asema ja ympäristötekijät. Esimerkiksi puhtaalla juomavedellä voi olla joissain tilanteissa suurempi merkitys väestön hyvinvointiin kuin terveystaloudella.

Vältettävissä olevan kuolleisuuden (engl. amenable mortality) käsite onkin yksi tärkeimmistä terveydenhuoltojärjestelmän laadun arvioimiseen kehitetyistä välineistä. Vältettävissä olevilla kuolemilla tarkoitetaan sellaisia kuolemia, jotka oltaisiin toimivan terveydenhuollon keinoin voitu estää. Tärkeimpiä vältettävissä olevien kuolemien aiheuttajia ovat sepelvaltimotauti, aivoverenkierron häiriöt ja esimerkiksi kolorektaalija rintasyövät. Vältettävissä oleva kuolleisuus on kuitenkin muuttujana karkea, eikä se kerro esimerkiksi elämänlaadusta mitään.

Lancetissa julkaistu tutkimus käsitteli juuri vältettävissä olevaa kuolleisuutta, jonka vuoksi se kuvaa järjestelmäämme vain yleisellä tasolla. OECD puolestaan on vertaillut lääkärikäyntien kohdentumista 26 maassa vuoden 2000 aineistoon perustuen. Tässä vertailussa Suomi sijoittui USA:n ja Portugalin kanssa huonoimmille sijoille. Lääkärikäynnit jakautuvat Suomessa selvästi parempituloisia suosien. Koska terveysasemien lääkärikäynnit ovat entisestään vähentyneet, tilanteen ei voida ajatella juurikaan kohentuneen näihin päiviin tultaessa. Lisäksi Suomessa on kansainvälisesti vertaillen suuret erot kuolleisuudessa ja vältettävissä olevassa kuolleisuudessa eri sosioekonomisten ryhmien välillä.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on siis moderni ja muiden länsimaiden terveydenhuoltojärjestelmien kaltainen. Sen keskeisimmät ongelmat ovat universalismin rapistuminen ja tämän seurauksena erityisesti perusterveydenhuollon palveluiden jakautuminen epätasa-arvoisesti eri sosioekonomisten ryhmien kesken. Suomessa on suhteellisen suuret erot eri sosioekonomisten ryhmien välisessä kuolleisuudessa, eikä terveydenhuoltojärjestelmämme onnistu niitä tasaamaan. Lisäksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on myös päällekkäisyyksiä ja pirstaleisuuksia, jotka huonontavat järjestelmän taloudellisuutta ja tehokkuutta.

Esitämme tältä pohjalta tässä luvussa viisi tavoitetta, jotka toteutusaan parantavat Suomen terveydenhuoltojärjestelmän laatua. Näiden toteutuminen valtakunnallisesti kuitenkin edellyttää terveydenhuollon ohjausmekanismeja parantavia rakenteellisia uudistuksia, jotka esitämme jäljempänä.

Lähteet:

GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators; Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016, *Lancet* 2018 May 23, DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)

van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006 Jan 17;174(2):177–83.

Alison K McCallum, Kristiina Manderbacka, Martti Arffman, Alastair H Leyland and Ilmo Keskimäki, Socioeconomic differences in mortality amenable to health care among Finnish adults 1992–2003: 12 year follow up using individual level linked population register data, *BMC Health Services Research*, 2013, 13:3 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-3>

3.1 Universalismi – terveydenhuoltojärjestelmän peruskivi

Universalismi on yksi hyvinvointivaltion peruseriaatteita. Sen keskeisin perustelu on ihmisten yhdenvertaisuus: yhteiskunnallinen asema ei saa vaikuttaa siihen, mitä palveluita ihmiset saavat niitä tarvitessaan. Peruskoulu on hyvä esimerkki universalismista.

Universaalit terveyspalvelut ovat osa Yhdistyneiden kansakuntien kaikkia jäsenmaita koskevia Kestävän kehityksen tavoitteita. Terveyspalveluiden universalismi esitetään myös Alma-Atan julistuksessa (Maailman perusterveydenhuollon konferenssi, 1978), joka oli ensimmäinen kansainvälinen perusterveydenhuoltoa koskenut julistus. Myös Suomen perustuslain 19. pykälän mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät terveyspalvelut.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä turvaa kaikille pääsyn terveyspalvelujen piiriin, mutta maahamme syntyneiden rinnakkaisten julkisesti rahoitettujen terveydenhuoltokanavien ja kunnallisen perusterveydenhuollon rapautumisen seurauksena järjestelmän universalismi on heikentynyt.

Nykyisellään Suomessa julkisesti rahoitettuja terveydenhoitopalveluita tuotetaan pääosin neljän eri järjestelmän kautta: kunnallisen terveydenhuollon, työterveyshuollon, yliopisto-opiskelijoiden terveydenhoitosäätiön ja sairausvakuutuksen tukeman yksityisen terveydenhuollon kautta. Näiden päällekkäisten palvelujärjestelmien ylläpito johtaa epätasa-arvoisuuteen ja palveluiden sirpaloitumiseen, eikä se ei ole taloudellisesti eikä toiminnallisesti tehokasta.

Päällekkäisten, vain osalle väestöstä avoimien järjestelmien olemassaolo asettaa ihmiset eriarvoiseen asemaan palveluiden saatavuuden osalta. Riippuen yhteiskunnallisesta asemasta väestöllä on erilaiset mahdollisuudet noukkia näistä järjestelmistä parhaat palvelut. Köyhimmillä, työelämän ulkopuolella olevilla valinnanvaraa ei juuri ole. Alhaisin potilaan maksuosuus on työterveydenhuollossa, johon vain työelämässä olevilla on pääsy. Osittain näiden seikkojen takia varsinkin perusterveydenhuollon tasoisten palveluiden käyttö jakautuu Suomessa

hyvin toimeentulevia suosivasti huolimatta siitä, että kuolleisuuden ja erityisesti estettävissä olevan kuolleisuuden taakka Suomessa lepää pienituloisten harteilla.

Terveydenhuoltojärjestelmiin voidaan rakentaa positiivisen diskriminaation elementtejä, mutta niiden tulee olla kansanterveydellisesti perusteluja. Käytännössä se tulisi siis kyseeseen lähinnä väestöryhmille, joilla sairastavuus on merkittävästi muita ryhmiä korkeampaa tai jotka muuten ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Kansanterveydellisiä tai terveystaloudellisesti kestäviä perusteluita esimerkiksi nykyiselle yliopistopiskelijoiden positiiviselle diskriminaatiolle on vaikea löytää.

Universalismin periaatetta noudatetaan laajasti länsimaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Ehkä selkein poikkeus Suomen lisäksi on Yhdysvallat, jossa eri ryhmille on huomattavasti toisistaan poikkeavat terveyspalveluiden rahoitusmekanismit ja palveluiden taso: vähävaraiset, eläkeläiset, veteraanit.

Universalismista ei suomalaisessa terveydenhuollossa olla luovuttu tieteen tahtoen, vaan se on rapautunut ohjausmekanismien puuttuessa vähitellen vuosikymmenten saatossa, jopa huomaamatta, ilman että sitä mikään taho olisi aktiivisesti tavoitellut. Joissakin osakokonaisuuksissa universalismi on säilynyt myös terveydenhuollossa, kuten neuvola- ja vaativammassa erikoissairaanhoidossa.

Universalismin saavuttamiseksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen keskipitkän aikavälin tavoitteena tulisi olla, että julkinen rahoitus kanavoidaan yhdelle yhtenäiselle ja laadukkaalle palvelujärjestelmälle, joka tarjoaa riittävät palvelut kaikille kansalaisille vauvasta vaariin, työntekijästä työttömiin ja varakkaista köyhiin. Palveluiden saatavuutta perustasolla tulee parantaa, jotta jokainen voi luottaa siihen, että apua saa sitä tarvitessaan.

Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ohjanneiden rakenteiden alasajo 1990-luvun alussa on johtanut siihen, että kehityksen kääntäminen kohti universaaliala järjestelmää vaatii nyt isoja päätöksiä. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä siis tarvitsee niitä järjestelmän rakennetta muokkaavia uudistuksia, joita sote-uudistuksessa on yritetty saada aikaan jo yli vuosikymmenen ajan. Kuvaamme näitä toimia sekä rahoitusjärjestelmän yksikanavaistamista yksityiskohtaisemmin luvussa 4.

20 Lähdeet:

Resolution A/RES70/1 25th Sep 2015 United Nations General Assembly, New York

Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care,
Alma-Ata, USSR, 1978

Suomen perustuslaki, 731/1999

Kajantie M, Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä, Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 4/2014

3.2 Jonot pois: Terveyskeskuslääkärille pitää päästä kiireettömässä asiassa viikossa, erikoislääkärille kuukaudessa

Jonot ovat näkyvä osa suomalaista terveydenhuoltoa. Vuoden 2018 huhtikuussa terveyskeskuslääkärille pääsyä yli kaksi viikkoa odottaneita oli noin 20 000 ja erikoissairaanhoidon pääsyä yli kolme kuukautta odottaneita oli noin 15 600.

Jonotuttamisen funktio terveydenhuollossa on hallita terveydenhuollon kustannuksia. Jonotuttamisella saadaan osa potilaista ohjattua muihin järjestelmiin (yksityinen sektori ja työterveyshuolto), jolloin saadaan säästettyä kustannuksia. Jonotuttamisella saadaan myös luotua ylipäättään kynnys palveluiden käytölle, jolloin osa potilaista hakeudu jonojen vuoksi hoitoon ollenkaan.

Jonojen muodostuminen kertoo myös siitä, että väestölle annettu palvelulupaus ei ole oikeassa suhteessa käytössä oleviin resursseihin. Väestölle luvataan järjestää palvelut sellaisessa laajuudessa, johon ei kuitenkaan ole varaa.

2000-luvun alkupuolella Suomessa jonot yritettiin poistaa säätämällä niin kutsuttu hoitotakuulaki. Sen mukaan arkisin terveyskeskuksiin on aukioloaikojen puitteissa saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Lääkärin vastaanotolle on terveyskeskuksessa päästävä kiireettömässä asiassa viimeistään kolmessa kuukaudessa.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta.

Hoitotakuulain asettamat määräajat ovat pitkiä. Erikoissairaanhoidossa lainmukainen odotusaika saattaa olla siis lähes 10 kuukautta lähetteen saapumisesta. Ja tätä ennen on tietysti saatettu jonottaa terveyskeskuksessa jo valmiiksi pitkät ajat. Se on pitkä aika odottaa vaikkapa hankalan atooppisen ihottuman tai oireilevan sappikivitaudin

kanssa. Näissäkin ajoissa pysyminen on osalle kunnista ja sairaanhoitopiireistä vaikeaa: Huhtikuussa 2018 terveyskeskuksen lääkärille pääsyä oli yli kolme kuukautta odottanut noin 1 300 potilasta. Samoin erikoissairaanhoidossa yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneita oli noin 1 300. Edes uhkasakoilla ei tätä ongelmaa ole saatu poistettua.

Jatkossa väestölle annettu palvelulupaus ja käytössä olevat resurssit tulee saattaa keskenään tasapainoon niin, että tarpeelliset palvelut voidaan antaa ilman turhia viivytyksiä koko väestölle. Tämä edellyttää sekä resurssien lisäämistä että tarjotun palveluvalikoiman tarkempaa määrittelyä eli priorisointia. Tämän jälkeen ei enää ole tarvetta ylläpitää pitkiä jonoja hallitaksemme kustannuksia.

Nykyisestä tuottajatasoisesta, piilossa tapahtuvasta priorisoinnissa tulee siirtyä avoimeen järjestäjä- tai rahoittajatasoiseen priorisointiin. Järjestämisen tai rahoittamisen tasolla siis päätettäisiin avoimesti sellaisesta suomalaisesta palveluvalikoimasta, johon meillä on varaa. Palveluvalikoimaa koskevien päätösten tulisi olla myös julkisia ja niin selkeitä, että väestö ne ymmärtää ja tuottajat voivat niitä noudattaa. Palveluvalikoiman määrittely on tärkeää myös EU:n potilasdirektiivin näkökulmasta. Tätä varten perustettu Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO) on tähän mennessä tehnyt vain joitakin yksittäisiä määrittelyjä, jotka kattavat vasta murto-osan koko terveydenhuollosta.

Palveluvalikoiman systemaattiseksi määrittelemiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan huolellisesti valmisteltu ja riittävästi resursoitu kansallinen organisaatio. Tärkeään rooliin nousee myös hoidon tarpeen arvioiminen, johon tulee panostaa Suomessa yhä enemmän ja johon tulee lisätä lääkäriresursseja hoitajien tueksi. Ensikontaktissa tapahtuvasta huolellisesta arviosta onkin meillä jo hyviä kokemuksia niin terveysasemilta kuin päivystyksistäkin. Se mahdollistaa sujuvan hoidon alusta lähtien ja säästää siten paitsi resursseja myös potilaiden aikaa.

Palveluvalikoiman määrittelyminen on iso ja aikaavievä prosessi. Ylipitkät jonot ovat vakava yhteiskunnallinen ongelma, ja niiden poistamiseksi tarvitaan siksi myös nopeita ratkaisuja. Toimintaa tulee koko maassa perusterveydenhuollossa parantaa joko tuottavuutta tai resursseja lisäämällä niin, että terveyskeskuslääkärille pääsee kiirettömässä

asiassa viikossa ja erikoislääkärille kuukaudessa. Todettu erikoissairanhoidon tarve tulisi tarjota kahdessa kuukaudessa. Hoitotakuun lakisääteisiä määräaikoja tulisi tältä osin tiukentaa ja järjestäjäorganisaatioille tulisi säätää sellaiset sanktiot, että määräaikojen noudattaminen olisi niille myös taloudellisesti kannattavaa.

Lähteet:

Hoitoonpääsy erikoissairanhoidossa 30.4.2018. THL tilastoraportti 22/2018.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/136482>

Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa – THL raportointikuutio https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/hpaasytho1/summary_pthrapo2

3.3 Hoidon jatkuvuudesta kansallinen tavoite

Hoidon jatkuvuuden on useissa tutkimuksissa todettu olevan varsinkin perusterveydenhuollon tasolla keskeinen palveluiden laatua määrittävä asia: Tutkimusten mukaan hoidon jatkuvuus parantaa kroonisten sairauksien ehkäisyä ja hoitamista, järjestelmän tehokkuutta ja jopa vähentää kuolleisuutta. Se vähentää päivystyskäyntejä ja sairaalajaksoja. Hoidon jatkuvuus myös lisää potilastyytyväisyyttä. Hoidon jatkuvuudella on erityisen paljon merkitystä tilanteissa, joissa potilas on ikääntynyt, monisairas, tai hänellä on mielenterveyden häiriö tai päihdehäiriö.

Hoidon jatkuvuus voidaan määritellä eri tavoin: Sillä tarkoitetaan paitsi potilasta hoitavan henkilökunnan pysymistä samana, myös esimerkiksi sitä, että tieto välittyy hoitoketjussa sujuvasti eri taholta toiselle. Hoidon jatkuvuus ei tarkoita pelkästään sitä, että lääkäri ei vaihdu, vaan se käsittää terveydenhuollon moniammatillisen toimintaympäristön laajemmin.

Hoidon jatkuvuutta ollaan edellä mainittujen, siitä erityisesti hyötyvien potilasryhmien osalta yritetty parantaa Suomessa esimerkiksi amerikkalaisen Chronic Care Modelin suomalaisella vastineella, Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallilla. Mallissa pyritään tunnistamaan paljon palveluita tarvitsevat ja hoidon jatkuvuudesta hyötyvät potilaat. Heille nimetään perusterveydenhuollosta oma työntekijä, jonka kautta he asioivat ja jonka kanssa pidetään säännöllisesti yhteyttä.

Hyvin tiedossa olevista hyödyistä ja erilaisista jatkuvuuden parantamiseen tähtäävistä hankkeista huolimatta hoidon jatkuvuus on Suomessa huonontunut. Tampereen seudulla tehdyn laajan kyselytutkimuksen tarkastelujakson aikana hoidon jatkuvuus väheni 15 prosenttiyksikköä: tutkimuksen mukaan vuonna 2000 kaksi kolmasosaa vastanneista ilmoitti tapaavansa yleensä saman lääkärin asioidessaan terveysasemalla, kun vuonna 2013 näin ilmoitti enää vain noin puolet vastaajista.

Hoidon jatkuvuus edellyttää sitä, että palveluiden saatavuus on hyvä: pääsyä samalle lääkärille ei voida taata, jos lääkäriin ei pääse ylipäätään. Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantaminen on

ollut keskeinen tavoite sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisessa jo pitkään. Sekä palvelujen saatavuudessa että hoidon jatkuvuudessa on kuitenkin yhä isoja alueellisia eroja.

Julkisesti tuotetut terveysasemapalvelut ovat suomalaisen perusterveydenhuollon ydin. Niiden vetovoima työpaikkoina on kuitenkin huonontunut ja työntekijöiden vaihtuvuus on suurta. Osaltaan tähän vaikuttavat sijaiskäytännöt ja esimerkiksi se, että lääkäreiden erikoistumiskoulutukseen kuuluu pakollisena osana yhdeksän kuukauden terveyskeskuspalvelu.

Suomalaisen järjestelmän päällekkäisyydet ja rahoituksen monikanavaisuus heikentää hoidon jatkuvuutta. Työterveyshuollon sopimukset eivät yleensä kata kaikkea sairauksien hoitoa. Jatkuvuus katkeaa, kun asiansa työterveyshuollossa hoitava potilas ohjataan terveysasemalle, mikäli hänellä todetaan jokin sopimuksen ulkopuolinen krooninen sairaus, kuten diabetes. Hoidon jatkuvuus katkeaa myös työpaikan vaihtuessa, ihmisen jäädessä työttömäksi tai eläköityessä. Järjestelmien päällekkäisyydet myös mahdollistavat sen, että potilas voi hoidattaa sairauksiaan useammalla eri taholla yhtä aikaa.

Myös tietojärjestelmien merkitys hoidon jatkuvuudessa on suuri. Tiedonkulkua eri terveydenhuollon taholta toiselle on Suomessa parannettu kansallisen potilastiedon arkiston eli KanTa-arkiston käyttöönotolla sekä sähköisellä eResepti-järjestelmällä. Myös isoja potilastietojärjestelmähankkeita on parhaillaan käynnissä. Tästä huolimatta paperisten potilasasiakirjojen käsitteleminen on edelleen arkipäivää suomalaisessa terveydenhuollossa, vaikka se onkin vähentynyt sähköisten ratkaisujen myötä. Toisaalta sähköistä informaatiota on osalla potilaista niin suuret määrät, että sen hallitseminen on jo itsessään vaikeaa, vaikka kaikki tieto olisikin samassa paikassa.

Hoidon jatkuvuudesta tulee tehdä Suomessa kansallinen tavoite. Jokaiselle kansalaiselle pitää nimetä oma lääkäri tai muu ammattilainen perusterveydenhuollosta. Erityisen tärkeää tämä on kroonisista sairauksista kärsivien ja ikääntyvien ihmisten kohdalla.

Tämän laadullisen tavoitteen saavuttamiseen eivät riitä pelkät kokeilut, hankkeet ja suositukset, vaan hoidon hyvän jatkuvuuden takaamiseksi tulee muokata terveydenhuollon rakenteita. Tämä edel-

26 lyttää perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden turvaamista ja eri palveluiden kokoamista yhdeksi saumattomaksi kokonaisuudeksi. Perusterveydenhuollon työpaikoista pitää tehdä nykyistä houkuttelevampia. Järjestelmän ohjattavuutta tulee parantaa, jotta tavoitteiden saavuttamisesta voidaan huolehtia eri puolella maata ja terveydenhuollon tuottajat voidaan siihen velvoittaa.

Lähteet:

Raivio R, Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa, Duodecim-lehti, Duodecim 2017; 133: 1563–9

Muurinen S, Mäntyranta T, Asiakasvastaavatoiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa, Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010

Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ, Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey, Br J Gen Pract. 2014 Oct;64(627):e657-63. doi: 10.3399/bjgp14X681841

3.4 Hallittu integraatio – erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluita perusterveydenhuoltoon

Sairauksien hoito on monimutkaistunut lääketieteen kehityksen myötä. Yhä useampia sairauksia pystytään parantamaan ja hoitamaan. Ihmiset elävät yhä pidempään. Yhä useammalla ihmisellä on pitkäaikaisia sairauksia, jotka vaikuttavat työkykyyn, toimeentuloon ja asumiseen. Niiden aiheuttamia ongelmia ei voida ratkaista pelkästään terveydenhuollon keinoin, vaan tarvitaan usein myös sosiaalipuolen apua.

Toisaalta erikoissairaanhoidon tarve on kasvanut, mikä näkyy kasvaneina lähetemäärinä ja suurempina kuluina. Tähän on vaikuttanut paitsi väestön ikääntyminen myös lääketieteen ja hoitoteknologian kehittyminen. Erikoissalat eriytyvät yhä pidemmälle. Ihmiset ovat koulutettuja ja tiedostavia, joten myös vaatimukset ovat kasvaneet. Suomessa lähetemääriä ovat kasvattaneet oletettavasti myös perusterveydenhuollon liian vähäiset resurssit.

Edellä kuvattu järjestelmän monimutkaistuminen on lisännyt byrokratiaa sekä potilaiden pompottelua järjestelmän sisällä taholta toiselle ja lisäksi katkonut tiedonkulkua. Näihin ongelmiin yritetään maailmalla löytää ratkaisua yhteensovittamalla terveystalouden palveluita muihin hyvinvointivaltion palveluihin. Sosiaali- ja terveystalouden integraatio on ollut keskeinen tavoite myös sote-uudistuksessa jo yli vuosikymmenen ajan. Integraatiolla tavoitellaan myös taloudellisia hyötyjä: 10 prosenttia terveystalouden asiakkaista käyttää 80 prosenttia resursseista. Kohdistamalla resurssit oikein ja tarjoamalla palveluita oikeaan aikaan uskotaan saavutettavan merkittäviä säästöjä.

Palveluiden yhteensovittamisella on Suomessa jo pitkät perinteet. Terveystalouden on kansanterveyslain säätämistä lähtien toiminut eri alojen ammattilaisia. Kaikkien ammattilaisten osaamista pyritään nykyisin hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti, ja nykyisin esimerkiksi fysioterapeuttien suoravastaanotot ovat lisääntyneet. Suomi on tässä suhteessa kansainvälisesti edelläkävijä. Empiiristä näyttöä integraation hyödyistä on kuitenkin vasta vähän.

Integraatiota on leimannut koko uudistuksen ajan hahmottomuus. Useat tahot ovat kiinnittäneet huomiota siihen, että yhteensovittamisessa on edetty terveyspalvelut edellä. Ongelmat, joihin haetaan ratkaisua, ovat tiedossa, mutta konkreettiset tavoitteet puuttuvat. Lisäksi tavoitteet pitäisi pystyä muotoilemaan niin, että niiden toteutumista voitaisiin seurata ja valvoa. Kunnissa voidaan kyllä yhdistää virastoja ja lautakuntia sekä tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut saman katon alla, mutta tämä ei vielä takaa sitä, että palvelut toimisivat saumattomasti yhteen.

Terveydenhuollon eri tasot toimivat eri näkökulmista ja osin eri periaatteella, minkä vuoksi niiden yhdistäminen on usein hankalaa eikä välttämättä tarpeellistakaan. Erikoissairaanhoidossa tarvitaan toistoa: on hyödyllistä, että erikoislääkäri tapaa paljon samoista sairauksista kärsiviä potilaita tai tekee saman toimenpiteen vuodessa lukuisia kertoja, jotta taito pysyy mahdollisimman hyvänä. Perusterveydenhuollossa taas merkitystä on hoidon jatkavuudella ja pitkillä hoitosuhteilla. Sosiaalihuollossa käsitellään paljon subjektiivisia oikeuksia, mikä on terveyspalveluissa vieraampi näkökulma, eivätkä sosiaali- ja terveydenhuolto ole näiltä osin toimintatavoiltaan helposti sovitettavissa yhteen.

Jotta mahdollisimman monen ihmisen hoito olisi saumatonta ja terveydenhuollon resurssien käyttö tehokasta, tulee järjestelmän toimia niin, että turhia raja-aitoja karsitaan ja pullonkauloja tunnistetaan. Jotta tähän pystytään, tarvitaan riittävän suuret palveluiden järjestäjätahot, jotka pystyvät ohjaamaan koko palvelukokonaisuutta. Lisäksi myös tiedonkulun pitää olla yhtenäistä ja tietojärjestelmien sopia yhteen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hallinnollinen integraatio sote-uudistuksessa kuitenkin vasta mahdollistaa asiakaslähtöisyyden – se ei vielä takaa sitä.

Tavoitteena tulee olla, että kun ihminen hakee ongelmaansa apua, hän saa tarvitsemansa palvelut mahdollisimman nopeasti ja hoito on sirpaleiden sijaan kokonaisuus. Pompottelua, päällekkäisyyksiä ja väliinpuotoamisia vältetään, ja kaikki resurssit ohjataan samaa tavoitetta kohti. Vaikeampien tilanteiden hoito on moniammatillista tiimityötä.

Jotta palvelut olisivat mahdollisimman helposti saatavilla, hoidon painopistettä pitää tulevaisuudessa siirtää enemmän perustasolle. Perusterveydenhuoltoon pitää siksi siirtää osaamista ja resursseja.

Hoitoon käytettävän rahamäärän ei kuitenkaan tule olla itseisarvo, vaan resurssija on pystyttävä siirtämään älykkäästi niin, että toiminta pysyy edelleen tehokkaana mutta potilaiden saaman hoidon laatu paranee.

Konsultaatioväyliä pitää lisätä ja parantaa kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä. Suurimpien erikoisalojen, kuten esimerkiksi psykiatrian, sisätautien, ortopedian, lastentautien ja geriatrian osalta voitaisiin selvittää, missä laajuudessa erikoislääkäreiden työskentelemisestä perustasolla olisi hyötyä.

Palveluiden tulisi muodostaa toiminnallisia kokonaisuuksia. Useissa kunnissa esimerkiksi ikäihmisten palveluneuvonta on keskitetty, mikä on järkevä suuntaus. Yleisten sairauksien osalta tai esimerkiksi oire- tai erikoisalakohteisesti tulee määritellä yhtenäiset hoitoketjut eri alueille. Järjestäjätahon tulee ottaa vastuulleen niiden toteutuminen suunnitellusti.

Palvelujen yhteensovittamisessa tulisi ottaa huomioon myös Kelan rooli useiden etuuksien ja lääke- ja matkakulukorvauksien maksajana. Ilman rahoitusjärjestelmän uudistusta mahdollisuudet toiminnan integroimiseen kapenevat. Toisaalta on myös syytä miettiä, missä määrin on järkevää sopeuttaa palvelujärjestelmää tulonsiirtojen koukeroihin sosiaaliturvajärjestelmän uudistamisen sijaan.

Sosiaalipalveluilla on tärkeitä rajapintoja muidenkin tahojen kuin terveydenhuollon kanssa. Useissa tilanteissa sosiaalipalveluiden toiminnan kannalta keskeistä on yhteistyö esimerkiksi opetustoimen, nuorisotoimen tai työvoimapalveluiden, ei niinkään sairaanhoidon kanssa. Rajapintoja poistettaessa saattaa syntyä uusia rajapintoja. Esimerkiksi jos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirretään kunnista pois, yhteydet kuntiin jääviin palvelukokonaisuuksiin on tunnistettava ja niiden toimivuus tulevaisuudenkin järjestelmässä turvattava.

Sosiaalipalveluiden käyttö jakautuu väestössä terveyspalveluiden käyttöä epätasaisemmin. Suuri osa terveyspalveluiden käyttäjistä ei tarvitse sosiaalipuolen kontaktia. Järjestelmän on joustettava myös niin, että se huomioi asiakkaat, joiden palveluntarve on pieni. Sote-palveluiden pitää pystyä palvelemaan asiakaslähtöisesti ja sujuvasti myös tilanteissa, joissa moniammatillisuutta ei tarvita.

30 Palveluiden rinnalle tarvitaan hyvinvointieroja kaventavaa yhteiskuntapolitiikkaa. Jotta hyvinvointieroja pystytään kaventamaan ja sosiaalista liikkuvuutta lisäämään, tulee samalla vaikuttaa ruokailu- ja liikuntatottumuksiin sekä toimia alkoholin ja tupakkatuotteiden kulutuksen vähentämiseksi.

Lähteet:

Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö Oulussa. SITRA -hanke 9/2014–4/2015.
<http://www.sitra.fi/hankkeet/rahoitus-kanavat-ylittava-palvelunkaytto-oulussa>

3.5 Päivystysten jonot kuriin

Merkittävä osa terveydenhuollon toiminnasta painottuu kiireelliseen hoitoon. Erikoissairaanhoidon vuodeosastopotilaista 70–80 prosenttia otetaan hoitoon päivystyksen kautta. Yhteispäivystykset ovat terveydenhuollon toiminnan kannalta tärkeitä paikkoja, sillä niissä autetaan usein kaikkein vaikeimmin sairastuneita. Kiireellistä hoitoa voi Suomessa saada päivystysten lisäksi myös terveysasemilla, työterveyshuollossa sekä yksityissektorilla.

Vuosikymmenten myötä päivystystoiminta on Suomessa keskitynyt sairaaloihin varsinkin virka-ajan ulkopuolella. Vuodesta 2018 alkaen voimaan tulleen niin kutsutun päivystysasetuksen tavoitteena on varmistaa palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja riittävä laatu sekä hillitä kustannusten kasvua. Päivystysasetuksen seurauksena Suomessa on vuodesta 2018 alkaen alettu muodostaa 12 niin sanotun laajan päivystyksen sairaalaa, joista viisi on yliopistollisia sairaaloita ja seitsemän keskussairaaloita. Päivystystoiminnan keskittäminen hoidon laadun ja resurssien tehokkaan käytön turvaamiseksi on perusteltua, mutta varsinkin pienimpien keskussairaaloiden näkökulmasta jako laajan päivystyksen sairaaloihin ja muihin päivystäviin sairaaloihin näyttäytyy osin keinotekoisena ja poliittisena.

Päivystysten ruuhkautuminen on maailmanlaajuinen ongelma. Ruuhkautuminen pidentää aikaa, jonka potilaat viettävät päivystyksessä ja lisää viivettä kriittisesti sairaiden potilaiden tutkimiseen, jolloin vakavien sairauksien toteaminen ja hoito viivästyvät. Ruuhkat pidentävät sairaalahoitajaksoja, lisäävät hoitovirheitä ja jopa vaikuttavat päivystyksessä asioivien ihmisten kuolleisuuteen.

Päivystyksen ruuhkat ovat usein koko sairaalan tai sairaalaverkon aiheuttama ongelma, eivät pelkästään päivystysyksikön: Jos sairaalan kaikki potilaspaikat ovat täynnä, saattaa päivystykseen jäädä potilaita odottamaan jatkohoitopaikkaa. Joskus taas päivystysruuhkan aiheuttaa se, etteivät esimerkiksi kuntoutusosastojen tai tehostetun palveluasumisen paikat riitä ja niitä tarvitsevat potilaat odottavat paikan vapautumista päivystyssairaalan osastolla.

Päivystysten ruuhkiin voidaan vaikuttaa. Henkilöstöressurin ja tilojen lisäksi kyse on myös toimintatavoista: Kotiuttamisen tulee olla sairaaloissa tehokasta niin arkena kuin viikonloppuisinkin, jotta paikkoja vapautuu. Potilaita pitää voida pahimmissa ruuhkatilanteissa ottaa osastoille ylipaikoille. Laadukas hoidontarpeen arvio ohjaa potilaat päivystyksessä nopeasti oikealle erikoisalalle. Sairaalan osastojen paikkatilanteeseen voidaan vaikuttaa esimerkiksi elektiivisen toiminnan suunnittelemisella ja tasaisemmalla aikatauluttamisella.

Päivystysten läpimenoaikoja ei Suomessa systemaattisesti seurata, vaikka ne ovat hoidon laadun kannalta tärkeä mittari. Tarvitaankin parempia kansallisia ohjeita ja seurantaa päivystystoiminnan tehokkuudesta. Suomalaisten pitää voida luottaa siihen, että hädän tullessa apua saa kohtuullisessa ajassa: Jokaisen potilaan, jonka on arvioitu tarvitsevan päivystyksellisiä tutkimuksia, tulisi päästä niihin vähintään kahdessa tunnissa päivystykseen saapumisesta. Tähän pääsemiseksi päivystysten toiminta on turvattava riittäville henkilöstöressursseilla ja sujuvilla toimintatavoilla.

Perusterveydenhuollon lääkäriaikojen huono saatavuus alueittain vaikuttaa väistämättä Suomessa myös päivystysten toimintaan. Pelkäämään tämän ongelman korjaaminen helpottaisi päivystyspoliklinikoiden tilannetta. Jos apua saisi terveysasemilta nopeasti, eivät tilanteet ehtisi kärjistyä ja parhaassa tapauksessa muutoin päivystyskäynnin edellyttänyt asia pystyttäisiin hoitamaan kokonaan kiireettä.

Lähteet:

Sun BC, Hsia RY, Weiss RE et al, Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.* 2013 Jun;61(6):605-611.e6. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.10.026.

Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM, The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* 2011 Dec;18(12):1324-9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x.

Cowan RM, Trzeciak S, Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care*. 2005;9(3):291–295. doi:10.1186/cc2981. 33

Bernstein, SL, Aronsky, D, Duseja, R et al, The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16: 1-10. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x

Kulstad EB, Kelley KM, Overcrowding is associated with delays in percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *International Journal of Emergency Medicine*. 2009;2(3):149-154. doi:10.1007/s12245-009-0107-x.

4. Suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä jälleen demokratian keinoin ohjattava – yksikanavainen rahoitus ja suuremmat järjestäjätahot

4.1 Rahoittajan, järjestäjän ja tuottajan käsitteet

SOTE-UUDISTUS on monimutkainen kokonaisuus, mutta sen ymmärtäminen ei ole mahdotonta. Media ja poliitikot kuitenkin käyttävät sote-uudistuksesta paljon hallinnollisia termejä, ja lisäksi eri merkityksissä tai kokonaan väärin.

Jaottelemme terveydenhuollon hallinnollisesti kolmeen tasoon: rahoittajaan, järjestäjään ja tuottajaan. Nämä ovat keskenään hierarkkisessa asemassa: rahoittaja ohjaa ja valvoo järjestäjiä ja järjestäjä puolestaan ohjaa ja valvoo tuottajia. Jotta tämä hierarkkisuus toteutuisi, tulee rahoittajan olla vahvemmassa asemassa kuin järjestäjän ja järjestäjän taas vahvemmassa asemassa kuin tuottajan.

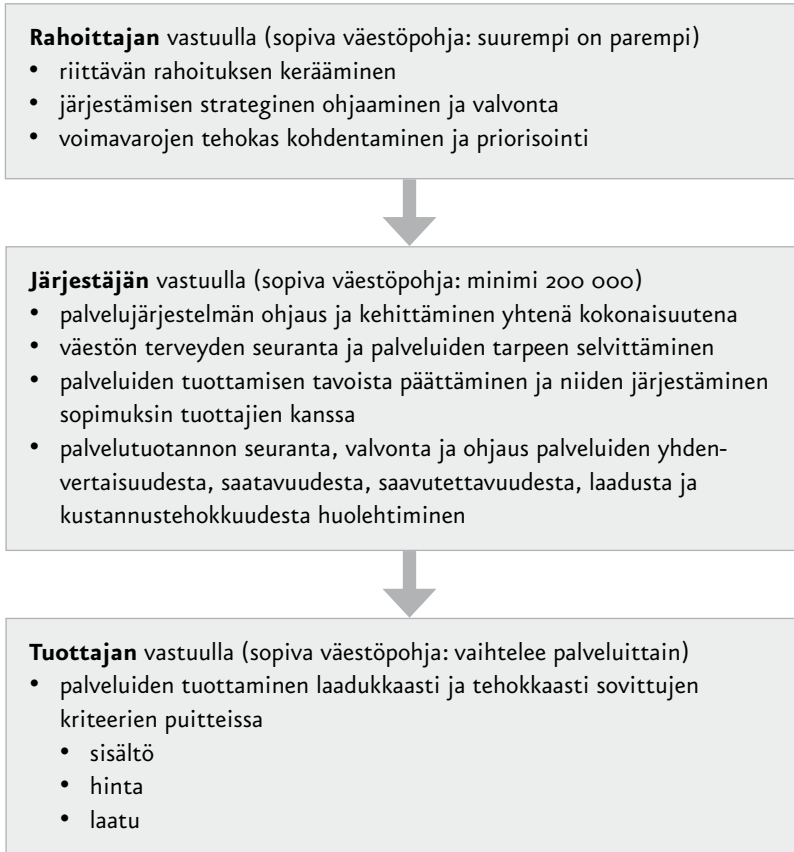
Rahoittaja vastaa riittävän rahoituksen keräämisestä järjestelmän tarpeisiin ja järjestelmän strategisesta ohjaamisesta yhtenä kokonaisuutena. Rahoittajan tulee myös valvoa, että terveydenhuollolle allokoituidet resurssit käytetään tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Rahoittajan vastuulla on esimerkiksi palveluvalikoiman määrittely.

Järjestäjä vastaa siitä, että sen väestölle on tarjolla riittävät ja laadukkaat terveystalvet oikea-aikaisesti. Se valvoo ja ohjaa tuottajia, jotta ne toimisivat laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Käytännössä järjestämistä vastuu tarkoittaa esimerkiksi sitä, että huolehditaan yleislääkäripalveluiden sijaitsemisesta riittävän lähellä väestöä ja niiden yhdenvertaisesta saatavuudesta, väestön mahdollisuudesta saada riit-

tävät erikoissairaanhoidon palvelut niitä tarvitessaan sekä hoitoketjujen saumattomasta toimimisesta.

Tuottajat vastaavat palveluiden tuottamisesta laadukkaasti sen mukaan, miten järjestäjän kanssa on sovittu.

Kunnallisessa terveydenhuollossa tällainen jaottelu ja hierarkia ei ole Suomessa toteutunut. Perusterveydenhuollon osalta kunta on useimmiten ollut sekä palvelun rahoittaja, järjestäjä että tuottaja. Erikoissairaanhoidon rahoittajana voidaan puolestaan pitää kuntaa, kun taas näiden palveluiden järjestäjänä ja tuottajana on toiminut sairaanhoitopiiri. Lisäksi Suomessa rahoitetaan terveyspalveluita julkisesti myös Kelan kautta.



4.2 Rahoitusjärjestelmän uudistaminen

– osaoptimoinnin vähentäminen,
resurssit oikeaan käyttöön

Terveydenhuolto tarvitsee runsaasti resursseja toimiakseen laadukkaasti, ja sen rahoittaminen on keskeinen poliittinen kysymys kaikkialla maailmassa. Rahoitustavalla on merkitystä muun muassa siinä, miten terveydenhuollosta aiheutuvat kulut jakautuvat eri väestöryhmien kesken. Järjestelmän rahoitustapa on myös keskeinen keino ohjata järjestelmää: rahoituksella voidaan luoda tai poistaa kannustimia, velvoittaa ja tehostaa.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on usean eri tahon rahoittama, mikä tekee järjestelmästä poikkeuksellisen hajautetun eli monikanavaisen. Järjestelmää rahoittavat tällä hetkellä ainakin kunnat, valtio, Kansaneläkelaitos, kotitaloudet, yksityiset vakuutusyhtiöt ja Raha-automaattiyhdistys. Kansainvälisesti erityinen piirre suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on sen kaksi merkittävää julkista rahoituskanavaa: kunnat ja Kela, jotka rahoittavat osittain samoja palveluita.

Lisäksi merkittävä ongelma Suomessa on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hallinnollinen hierarkia. Kunta rahoittajana on heikommassa asemassa kuin palveluita järjestävä ja tuottava sairaanhoitopiiri: Erikoissairaanhoido lähettää kunnalle laskun, mutta kunta ei voi vaikuttaa sen suuruuteen. Erikoissairaanhoidon menokehitystä kompensoidakseen kunta joutuu tasapainottamaan talouttaan, mikä valitettavasti on useilla paikkakunnilla johtanut siihen, että perusterveydenhuollon palveluita ei ole voitu tuottaa tarpeeksi.

Vuonna 2015 terveydenhuollon kokonaismenot olivat 20,8 miljardia euroa. Suurimpia terveydenhuollon rahoittajia olivat kunnat (37 %), valtio (24 %), kotitaloudet (20 %) ja Kela (14 %). Kotitalouksien osuus terveydenhuollon rahoituksesta on Suomessa kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen suuri, mikä johtuu suurelta osin lääkekorvausten ja hammashoidon korkeista omavastuuosuuksista.

Monikanavaisen rahoituksen voidaan ajatella vakauttavan järjestelmää hajauttamalla vastuuta useammalle eri taholle – näin järjestelmä

ei ole yhtä herkkä rahoituksessa tapahtuville muutoksille. Suomen monikanavainen rahoitusjärjestelmä luo myös valinnanvapautta maksukykyisille ja työssäkäyville tarjoamalla usean vaihtoehdoisen, julkisesti tuetun väylän palveluiden piiriin. THL:n vuonna 2010 tekemän selvityksen perusteella monikanavaisen rahoituksen haitat ovat kuitenkin moninkertaisesti hyötyjä suuremmat.

Ongelmallista rahoituksen monikanavaisuus on, jos se johtaa siihen, että eri tahot pyrkivät maksimoimaan oman hyötynsä järjestelmän sisällä niin, että se haittaa järjestelmän toimintaa kokonaisuutena – tätä kutsutaan osaoptimoinniksi. Palveluiden käyttäjien kannalta on ongelma, jos palveluiden rahoittajatahon merkitys korostuu verrattuna palvelun tarpeen merkitykseen: Siitä, mitä palveluita tarvitsee, tulee vähemmän merkityksellistä järjestelmälle kuin siitä, kuka tämän palvelun rahoittaa. Tämä tuottaa toisaalta väliinputoajia ja toisaalta päällekkäisiä palveluita.

Merkittävä monikanavaisen rahoituksen aiheuttama ongelma on Suomen terveydenhuoltojärjestelmän huono ohjattavuus. Kansallisella tasolla päätettyjä pyrkimyksiä ei saada toteutumaan, kun rahoitusjärjestelmän kautta ei pystytä vaikuttamaan palveluiden toteutukseen.

Monikanavaisen rahoituksen ongelmien vuoksi Suomessa tulisi pyrkiä yksikanavaiseen terveydenhuollon rahoitukseen. Yksikanavaisessa rahoituksessa riittävän vahva ja osaava taho vastaa kaikkien terveyspalveluiden rahoituksesta. Kun järjestelmämme rahoitus perustuu verotukseen, tällä organisaatiolla tulee olla itsenäinen verotusoikeus. Nykyisen kaltaiset kunnat eivät tule pienuutensa takia kyseeseen, joten käytännössä rahoittavana tahona voisi olla valtio tai itsehallinnolliset alueelliset organisaatiot.

Tämä organisaatio vastaisi myös nykyisin Kelan rahoittamista sairaanhoidon kuluista, kuten lääkinnällisestä kuntoutuksesta, matkakorvauksista ja lääkekorvauksista. Jos nämä säilytettäisiin jatkossakin erillisinä, järjestelmässä eri tahojen olisi mahdollista osaoptimoida toimintaansa niin, että esimerkiksi suosittaisiin lääkkeellisiä hoitomuotoja silloin, kun maksaja on joku muu. Eri kanavan kautta maksettavat matkakorvaukset puolestaan mahdollistavat sen, ettei esimerkiksi

terveysasemien sijainteja suunniteltaessa tarvitse ottaa huomioon kuljetuskustannuksia.

Samalla sairausvakuutusta tulisi muuttaa siten, että Kela ei enää rahoittaisi lakisääteistä osaa ylittävää työterveyshuoltoa eikä yksityistä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiötä. Yksityisen terveydenhuollon korvaukset ovat toinen päällekkäinen rahoituskanava ja nykyisellään niin pieniä, että niiden ohjausvaikutus on vähäinen. Siksi niistä tulee luopua ja varat ohjata samaan kanavaan muun terveydenhuollon rahoituksen kanssa.

Merkittävä kysymys rahoitusuudistuksessa on, millä perusteella terveystalveluiden tuottajille maksetaan korvauksia. Suoriteperustaisuudella tarkoitetaan sitä, että tuottajalle maksetaan korvausta sitä enemmän, mitä enemmän se tuottaa palveluita. Tämä voi kannustaa palveluiden liialliseen käyttöön, mikä nostaa kustannuksia. Toinen vaihtoehto on kapitaatiokorvausjärjestelmä, joka tarkoittaisi sitä, että tuottajat saisivat korvauksen suhteutettuna väestömäärän ja väestön palvelutarpeeseen.

Kapitaatiokorvausjärjestelmässä tuottaja saa ennalta määrätyn korvauksen jokaisesta vastuullaan olevasta ihmisestä riippumatta siitä, miten paljon palveluita kyseinen ihminen on käyttänyt. Korvauksen määrään vaikuttaa laskennallinen palveluntarve: esimerkiksi iäkkäämmästä saa paremman korvauksen kuin nuoresta, koska iäkkäämpien palveluntarve on keskimäärin suurempi. Tällainen rahoitusmalli kannustaa palveluiden kustannustehokkaaseen tuottamiseen ja ihmisten pitämiseen terveisinä. Se voi toisaalta myös kannustaa alihoitoon, kun tuottajan saama voitto on sitä suurempi, mitä vähemmän palveluita se tuottaa.

Kapitaatiokorvausjärjestelmässä alihoitoa voidaan ehkäistä seuraamalla ja valvomalla tuottajien toimintaa tarkasti. Sitä voidaan ehkäistä myös liittämällä korvausmalliin muita komponentteja kapitaatiokorvauksen lisäksi. Tuottajat voisivat esimerkiksi saada bonusta, kun tietyt laatukriteerit täyttyvät. Järjestelmän kylkeen voidaan lisätä myös suoriteperusteisia korvauksia. Alihoidon houkuttelevuutta voidaan ehkäistä myös antamalla ihmisille mahdollisuus vaihtaa tuottajaa, mikäli he kokevat etteivät saa riittäviä palveluita.

Kapitaatiokorvauksiin perustuvan rahoituksen ehdoton edellytys on se, että sama taho järjestää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Kapitaatiokorvauksen suuruuden on oltava oikea, ja rahoittaja- ja järjestäjätahoilla on oltava riittävästi resursseja sen määrittelyyn, tarvittaessa vuosittain. Mallia rakennettaessa tulee hyödyntää muiden maiden kokemuksia kapitaatiokorvauksista. Järjestäjätaholla on myös tärkeä tehtävä valvoa, että riittävät palvelut turvataan: sillä pitää olla valtaa puuttua palveluiden kattavuuden heikkenemiseen.

Rahoitusjärjestelmää uudistaessa olisi myös tärkeää luopua perusterveydenhuollon asiakasmaksuista. Asiakasmaksujärjestelmät ovat paitsi epäoikeudenmukaisia myös kalliita ylläpitää laskutus- ja perintäkustannuksineen. Ne ovat huono keino vähentämään turhia käyntejä, sillä niillä on ohjausvaikutusta lähinnä alemmissä tuloluokissa, joissa myös palveluiden tarve on suurin ja näin ollen myös käynnit tarpeellisia.

Lähteet:

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. THL, Raportti 22/2014

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet, THL 4/2011

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017, THL

4.3 Järjestämisvastuu valtiolle

Edellä kuvattujen tavoitteiden eli jonojen poistamisen, palveluiden jatkuvuuden, oikea-aikaisuuden ja yhteensovittamisen turvaamiseksi tarvitaan rahoitusjärjestelmän uudistamisen lisäksi myös hallinnollisten rakenteiden muokkaamista siten, että niin sanottu järjestämisvastuu terveyspalveluista siirtyy väestöpohjaltaan suurempiin kokonaisuuksiin. Tärkeää on, että järjestämisvastuu sekä erikoissairaanhoidosta että perusterveydenhuollosta on samalla organisaatiolla – ne voidaan siitä huolimatta tuottaa erikseen.

Palveluiden järjestäjä on modernin terveydenhuoltojärjestelmän keskeisin toimija. Järjestäjä vastaa siitä, että väestölle on tarjolla riittävät ja laadukkaat terveyspalvelut oikea-aikaisesti. Järjestäjä voi joko tuottaa palvelut itse tai tehdä sopimuksia muiden toimijoiden kanssa palveluiden tuottamisesta. Järjestämisvastuullisella organisaatiolla on siis erittäin tärkeä rooli järjestelmän kokonaisuuden hallitsemisessa. Terveydenhuollon koko hoitoketjuista vastaaminen vaatii resursseja, osaamista ja suuria väestöpohjia. Ilman vahvaa järjestäjää järjestelmä jää tuottajien ohjailtavaksi, kustannustehokkuus laskee ja palvelukokonaisuudet hajoavat.

Kun tarkastellaan eri maiden järjestelmiä, järjestäjä ja tuottaja on useimmiten erotettu toisistaan. Tällöin järjestäjätahon tärkein tehtävä on palveluntuottajien ohjaaminen ja valvominen siten, että edellä mainitut tavoitteet toteutuvat. Tämä ei välttämättä tarkoita Suomenkin julkisessa terveydenhuollossa käytössä ollutta tilaaja-tuottajamallia.

Euroopan maissa järjestämisvastuullisen tahon väestöpohjat ovat Suomea ja Luxemburgia lukuun ottamatta suuria, vähintään satojatuhansia. Esimerkiksi Ruotsissa terveydenhuollon järjestämisvastuu on 21 maakäräjäalueella (Landstinget), Virossa yhdellä kansallisella vakuutuslaskulla (Haiekekassa), Englannissa kansallisella NHS:llä ja sen alla toimivilla alueellisilla clinical commissioning groupsilla (noin 220 kpl) sekä Alankomaissa osin valtionhallinnolla ja osin yhdeksällä sairausvakuuttajalla. Järjestämisvastuu ei siis aina ole pelkästään yhdellä tasolla, vaan vastuuta on voitu jakaa kahdelle eri tasolle.

Manner-Suomessa järjestämisvastuu on kunnilla ja kuntayhtymillä. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on 20 sairaanhoitopiirillä. Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on yksittäisillä kunnilla (noin 80 kuntaa) tai kuntien muodostamilla yhteistyöalueilla (noin 60 yhteistoiminta-alueella), joille kunnat ovat delegoineet perusterveydenhuollon järjestämisvastuun. Suomalaisen järjestelmän erityispiirteenä on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisvastuun eriyttäminen tiettävästi ainoana EU-maana.

Toinen Suomen järjestelmän erityispiirre on perusterveydenhuollon järjestämisvastuun voimakas hajauttaminen kunnille ja niiden yhteistoiminta-alueille. Kansainvälisesti katsoen näiden keskimääräinen väestöpohja on erittäin pieni, noin 40 000 asukasta. Erikoissairaanhoidossa tilanne on hieman parempi, sillä sairaanhoitopiirin keskimääräinen väestöpohja on noin 280 000 henkeä, joskin pienimpien sairaanhoitopiirien väestöpohjat ovat vain kymmeniä tuhansia.

Kuntien autonominen asema antaa kunnille ja kuntayhtymille varsin vapaat kädet päättää palveluiden järjestämisestä, ja valtiolla on vain heikot työkalut kuntien ohjaamiseen. Käytännössä ohjaukseen rajoittuvat informaatio-ohjaukseen ja säädösohjaukseen. Säädösohjauksen haaste on se, ettei se voi olla kovin yksityiskohtaista.

Informaatio-ohjauksen vaikutus taas riippuu siitä, miten kunnat ovat valmiit tätä informaatiota käyttämään. Säädösohjauksen noudattaminen ei ole ollut kunnissa ja kuntayhtymissä itsestäänselvyys, ja esimerkiksi hoitotakuulainsäädännön rikkominen on ollut yleistä. Tämä onkin johtanut siihen, että palveluiden järjestämisessä, kattavuudessa ja laadussa on merkittäviä alueellisia eroja.

Jo 2000-luvun alkupuolella järjestämisvastuun hajanaisuuden tunnistettiin olevan yksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisistä ongelmista. Toinen ongelma on ollut järjestämisosaamisen ja sen resurssoinnin puutteet. Lienee itsestään selvää, että vaativaa järjestämisosaamista ei riitä nykyisiin 160 rinnakkaiseen organisaatioon. Tällainen hajauttaminen on myös hallinnollisesti tehotonta.

Järjestämisvastuutahojen koon kasvattaminen onkin ollut viime vuosina sote-uudistuksen selkein punainen lanka. Sote-uudistuksen eri vaiheissa on ehdotettu useita erilaisia malleja suurempien järjes-

tämissivastuiden luomiseen, muun muassa 40:tä kuntien terveystiiriä, 20–30:tä kuntien sote-alueita, 20:tä suurkuntaa, yhtä kansallisen tason toimijaa (Kela), viittä alueellista kuntayhtymää ja viimeisimpänä 18:aa maakuntaa.

Hallinnollisesti järjevä kokonaisuus voidaan saada aikaan monella tavalla. Keskeistä on luoda sellainen rakenne, jolla on tosiasialliset mahdollisuudet kantaa järjestämiseen liittyvä laaja vastuu. Perustelut Suomen nykyisille terveydenhuollon hallintorakenteille ovat lähinnä historiallisia. Rakenne on varmasti ollut toimiva kymmeniä vuosia sitten, mutta sen jälkeen sairaanhoito on kuitenkin kehittynyt ja monimutkaistunut valtavasti. Järjestämistävuustuun keskittäminen onkin Suomessa välttämätöntä. Modernin terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistävuustua ei voida enää sälyttää kuntien harteille.

Minkälainen järjestämistärakenne Suomessa sitten kannattaisi toteuttaa? Vaihtoehtoja lienevät järjestämistävuustuun kantaminen

- kansallisella tasolla (esim. Viro),
- kansallisella tasolla ja sen alaisilla alueellisilla organisaatioilla (esim. Englanti),
- uusilla alueellisilla hallintoportaalla (esim. Ruotsi),
- tai kuntien yhteistyöalueilla

Oikein organisoituna nämä kaikki voisivat olla varteenotettavia vaihtoehtoja. Tärkeintä on, että väestöpohja on riittävän suuri, jotta hallintoon saadaan riittävät resurssit ja osaaminen. THL on omissa arvioissaan esittänyt minimiksi noin 200 000 asukasta. Euroopassa järjestämistävuustullisen organisaation väestöpohjat vaihtelevat muutamista sadoista tuhansista useisiin miljooniin. Edellinen ja yliopistollisten sairaaloiden lukumäärä huomioiden noin. miljoonan asukkaan väestöpohja voisi olla luonteva lähtökohta nykypäivän ja tulevaisuuden terveydenhuololle. Tämä tarkoittaisi Suomessa viittä organisaatiota. Tämä jako olisi luonteva myös erikoissairaanhoidon palveluiden nykyisen tuotantorakenteen ja sairaaloiden työnjaon näkökulmasta. Jokaisen viiden järjestäjän alaisuudessa voisi olla yksi yliopistollinen keskussairaala.

Olisivatko nämä viisi organisaatiota hallinnollisesti itsenäisiä, osa valtionhallintoa vai jonkinlaisia kuntien yhteistyöalueita? Vuonna 2015 eduskunnan perustuslakivaliokunnassa kaatunut esitys perustui viiden kuntayhtymän malliin. Kunnat olisivat toimineet järjestelmän rahoittajina. Perustuslakivaliokunta kritisoi mallia muun muassa kansanvaltaisuuden ja kuntien taloudellisen autonomian puutteesta. Malli on ongelmallinen siinäkin suhteessa, että siinä yhdistyisi heikko rahoittaja ja sitä huomattavasti vahvempi järjestäjä. Paras tilanne on päinvastainen: rahoittajan tulisi olla järjestäjää selvästi suurempi organisaatio.

Toinen vaihtoehto, joka täyttäisi perustuslain kuntien autonomiaa koskevat ehdot, olisi rakentaa Suomeen valtiovetoinen malli, jossa rahoitus- ja järjestämismvastuu olisi valtiolla. Valtio delegoisi järjestämismvastuuta järkeviltä osin viidelle alueelliselle organisaatiolle. Kolmas vaihtoehto olisi rakentaa itsenäinen itsehallintoporras, jolla on omat vaalit. Itsenäisen itsehallintoportaan mallissa organisaatiolla voisi olla myös rahoitusvastuu ja verotusoikeus, tai vaihtoehtoisesti rahoittajana voisi toimia valtio.

Valtion osin alemmalle tasolle delegoima järjestämismvastuu on itsenäistä itsehallintoporrasta yksinkertaisempi ja hallinnollisesti selkeämpi malli. Tämän tyyppinen malli on käytössä esimerkiksi Hollannissa ja Englannissa. Valtiojohtoinen malli loisi vahvan pohjan 2020-luvun terveydenhuollolle. Suomen terveydenhuoltojärjestelmää voitaisiin näin johtaa ja kehittää yhtenä kokonaisuutena.

Suuremmat järjestäjätahot ovat keskeisiä tekijöitä parempien terveydenhuoltopalveluiden saavuttamisessa: Ne voisivat hallinnoida kokonaisia hoitoketjuja ja niillä olisi tosiasiallinen valta esimerkiksi integroida palveluita tarpeen mukaan. Suuret järjestäjätahot pystyisivät myös vahvistamaan peruspalveluita allokoimalla niihin enemmän resursseja älykkäästi niin, että järjestelmä säilyy kustannustehokkaana eivätkä resurssit katoa byrokratian rattaisiin.

Järjestämismvastuun siirtäminen suuremmille organisaatioille tarkoittaa samalla vallan siirtoa pois lähidemokratian piiristä. Mallissa, jossa järjestämismvastuu siirtyy valtiolle, demokraattisen vaikuttamisen kanavaksi tulisi kunnanvaltuustojen sijaan eduskunta. Tämä on

perusteltua yhdenvertaisuuden ja tehokkuuden näkökulmasta, mutta palveluiden käyttäjien näkökulmien huomioimiseen järjestämistason päätöksenteossa tulee löytää uusia keinoja. Kanavia siihen ovat esimerkiksi asiakasraadit ja käyttäjien ottaminen mukaan päätöksentekoon esimerkiksi kokemusasiantuntijoina. Näistä löytyy hyviä esimerkkejä muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmistä.

Paljon keskustelua herättänyt pelko on palveluiden karkaaminen kuntalaisten ulottumattomiin. Lähipalvelun käsitettä ei ole Suomessa ole terveystalveluiden osalta tarkkaan määritelty, mutta kaupungistumisen edessä on jollain lailla otettava kantaa siihen, minkälaiset etäisyydet terveydenhuollon palveluiden piiriin ovat hyväksyttäviä. Eri palvelukokonaisuuksille lienee perusteltua olla omat määritelmänsä: esimerkiksi yleislääkäripalvelut, erikoissairaanhoido, peruskoulu, lukiot ja ruokakaupat. Suomi on harvaan asuttu maa, ja tietyillä alueilla etäisyydet tulevat väistämättä olemaan liian pitkiä.

Kolmas merkittävä kysymys demokratian ja lähipalveluiden lisäksi on kuntien rooli tulevaisuudessa terveyden edistäjinä. Kunnille tulee joka tapauksessa jäämään sellaisia palveluita, joilla on merkittäviä vaikutuksia alueen asukkaiden terveyteen. Esimerkiksi kaavoituksella, tupakkapolitiikalla, kevyttä liikennettä suosivilla liikenneratkaisuilla, liikuntapalveluihin panostamisella ja huolehtimalla terveellisistä joukkoruokailuista kunta voi tehdä terveyttä edistävästä vaihtoehdoista asukkailleen helppoja. Terveystalveluiden siirtyessä kunnilta pois on tärkeää rakentaa esimerkiksi valtionapujärjestelmän kautta kunnille kannusteita huolehtia asukkaidensa terveyden edistämisestä jatkossakin.

Työnantajalla on työterveyshuoltolain perusteella velvollisuus järjestää työsopimus- ja virkasuhteessa oleville työntekijöilleen työperäisiä sairauksia ehkäisevä työterveyshuolto. Lisäksi työnantaja voi järjestää yleislääkäritasoista sairaanhoitoa. Tähän sairaanhoitoon kuuluvat myös työterveyslääkärin valtuuttamat erikoislääkärin konsultaatiot työkykyasioissa, väljemmin tulkittuna myös sairaanhoidollisissa asioissa. Työnantajat voivat omalla kustannuksellaan laajentaa palvelutarjontaa hyvinkin laajaan tutkimus- ja hoitovalikoimaan. Usein terveyspalveluyritykset myyvät palveluita paketteina, joihin kuuluu tietyn laajuinen palveluvalikoima.

Kela maksaa korvauksia työterveyshuollosta kahden korvausluokan perusteella: Korvausluokkaan I kuuluvat ehkäisevän toiminnan ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset, joita syntyy esimerkiksi työpaikkaselvityksistä, työpaikkakäynneistä, terveystarkastuksista ja työterveyteen liittyvästä neuvonnasta. Korvausluokkaan II kuuluvat työterveyshuollon lisäksi järjestetyn yleislääkäritasoisen sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset. Vuonna 2015 Kela maksoi korvauksia työnantajille ennaltaehkäisevästä toiminnasta 159 miljoonaa euroa ja lisäksi työterveyshuollon yhteydessä annetusta sairaanhoidosta korvattiin työnantajille 180 miljoonaa euroa.

Työterveyshuollon korvausluokat kustannetaan niin sanotun työtulovakuutuksen kautta kerätyillä varoilla. Sen kustantavat työnantajat ja palkansaajat sairaskorvausmaksuina. Myös valtio osallistuu pienellä siivulla työtulovakuutuksen kustannuksiin. Koska työterveyshuoltoa ei rahoiteta verovaroin, on työterveyshuollon laajaa roolia puolustavien tavaksi tullut todeta, ettei työterveyshuoltoa näin ollen makseta yhteiskunnan yhteisistä varoista. Sairaskorvausmaksut ovat kuitenkin veroluonteisia, pakollisia maksuja työnantajille ja työntekijöille. Ne ovat yhteiskunnan terveydenhuoltoon kohdentamaa rahaa siinä missä verovaratkin.

Työterveyshuollon perusajatuksena on alkujaan ollut ehkäistä työstä aiheutuvaa sairastumista. Kun arvioidaan sairastumisen riskiä tietyissä työpaikoissa ja tietyissä työntekijäryhmissä ja kohdennetaan seulonnat

korkean riskin ryhmiin, työterveyshuolto voi olla kustannusvaikuttavaa. Silloin työntekijää voidaan suojata ja työnantajalle suosittaa toimenpiteitä työolojen kehittämiseksi. Kohdentamattoman työterveyshuollon kustannusvaikuttavuuden arviointi ja todentaminen on sen sijaan osoittautunut vaikeaksi, eikä kohdentamattomista terveystarkastuksista ole osoitettu olevan kovin vahvaa näyttöä.

Erlaisia sairaanhoitopalveluita tarjotaan työterveyshuollon kautta monipuolisesti mutta epätasaisesti. Työnantajasta riippuen osalla työntekijöistä on käytössään vain niukat palvelut, kun taas toisilla laajat, jopa hammashuollon kattavat palvelut. Työterveyshuollon sairaudenhoitopalvelut ovat kunnallisen terveydenhuollon kanssa päällekkäisiä perusterveydenhuollon palveluita: työssäkäyvällä on samaan aikaan aina lakisääteinen mahdollisuus hakeutua hoitoon omalle terveysasemalleen.

Suomessa tulisi käydä perusteellinen julkinen keskustelu siitä, kuinka paljon haluamme terveyspalvelujemme olevan sidoksissa ihmisten asemaan työmarkkinoilla. Työpaikan vaihtuessa tai henkilön jäädessä työttömäksi tämän hoito työterveyshuollossa katkeaa. Hän ei myöskään voi hoitaa muiden perheenjäseniensä asioita välttämättä samassa paikassa, jossa asioi itse työterveyshuollon kautta. Eläkkeelle jäätyään hän ei enää saa jatkaa asioimistaan työterveyshuollossa, vaan joutuu siirtymään joko julkisen tai yksityisen sektorin asiakkaaksi.

Hoidon jatkuvuuden kannalta tämä on ongelmallista ja asettaa myös työntekijät keskenään eriarvoiseen asemaan: ne, jotka ovat pitkissä työsuhteissa laajoja sairaanhoitopalveluita tarjoavissa työpaikoissa, saavat miltei kaikki palvelunsa samasta paikasta, kun taas pätkätöitä tekevät joutuvat hakemaan palvelunsa milloin mistäkin ja joka kerta selvittämään työterveys sopimukseensa kuuluvien palveluiden laajuuden uudelleen. Miljoonilla suomalaisilla ei ole lainkaan pääsyä työterveyshuollon piiriin.

Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden kaltaisten päällekkäisyyksien rahoittaminen yhteisistä varoista on paitsi kustannusten kannalta kestäväntöntä, myös väestön tasa-arvon näkökulmasta ongelmallista. Jokaisella suomalaisella tulee olla yhdenvertaiset mahdollisuudet julkisesti rahoitettujen perusterveydenhuollon palveluiden piiriin.

Työnantaja ei voi eikä pidäkään kieltää tarjoamasta työtekijöilleen työsuhde-etuja, mutta yhteisistä varoista niiden maksaminen ei ole perusteltua.

Työterveyshuollon sairaanhoitokorvauksien (korvausluokka II) julkinen rahoittaminen tulee lopettaa ja varat siirtää osaksi julkisen terveydenhuollon rahoitusta. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi laskemalla sairausvakuutusmaksua ja kiristämällä vastaavasti yritys- ja ansiotuloverotusta. Toinen vaihtoehto on siirtää nämä varat ennaltaehkäisevän työterveyshuollon kattavuuden parantamiseen. Ennaltaehkäisevien lakisääteisten työterveyspalveluiden tukeminen on jatkossakin erittäin tärkeää.

Lähteet:

Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC, General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD009009

Sauni R, Leino T, Työterveyshuollon tarkastusten vaikuttavuus Duodecim 2016;132:152–8

Kelan työterveyshuoltotilasto 2016

4.5 Yksityisen sektorin asema – hyvä renki, huono isäntä

Julkisen ja yksityisen sektorin suhde terveydenhuollossa on ikiaikainen kysymys. Euroopassa terveydenhuolto on pitkälti julkisesti rahoitettua ja järjestettyä, mutta tuotantotavat vaihtelevat. Sekä julkisessa että yksityisessä sektorissa on hyviä ja huonoja piirteitä. Hyvin toimiva terveydenhuoltojärjestelmä pyrkii hyödyntämään molempien hyviä puolia.

Osa terveydenhuollon toiminnoista on hankalasti ulkoistettavissa. Erikoissairaanhoido on Suomen kokoisessa maassa pitkälti luonnollinen monopoli: Esimerkiksi raskasta tehohoitoa tarvitsevia palveluita ei edes olisi mielekästä kilpailuttaa, koska tahoja, jotka ne pystyisivät toteuttamaan, on liian vähän. Lisäksi terveydenhuoltoon liittyy sellaisia viranomaistoimia, joiden luovuttaminen kolmannelle osapuolelle on ihmisten oikeusturvan kannalta kyseenalaista.

Yksityisellä terveydenhuoltosektorilla on ja aina kuuluukin olla tavoite tuottaa voittoa, mikä näkyy sen toimintalogiikassa: mikäli palveluita rahoitetaan suoriteperusteisesti, yritys hyötyy sitä enemmän, mitä enemmän tutkitaan ja hoidetaan. Se taas johtaa herkästi ylihoitoon ja medikalisaatioon. Tämän vuoksi yksityissektorin hyödyntämisen julkisin varoin tulee olla hallittua ja harkittua. Yksityinen voitontavoittelu tulee pystyä valjastamaan palvelemaan yhteiskunnan etua. Tämä ei ole helppoa, mutta mahdollista kyllä.

Yksityisellä terveydenhuollolla on myös hyviä puolia. Julkisessa terveydenhuollossa byrokratia herkästi kasvaa ja tekee toiminnasta jähmeää – yksityinen voi tässä kirittää julkista sektoria kehittämällä ketterämmin uusia toimintamalleja ja tuomalla terveydenhuoltoon enemmän asiakasnäkökulmaa. Yksityinen sektori tarjoaa tärkeän rajapinnan sen tarkastelemiseen, mikä on terveydenhuollossa mahdollista ja mikä on kannattavaa niin lääketieteellisestä, yhteiskunnallisesta kuin taloudellisestakin näkökulmasta.

Yksityissektorin asema terveyspalveluiden tuottajana on Suomessa tällä hetkellä merkittävä. Ulkoistettuja terveysasemia oli Suomessa

48 kappaletta vuonna 2016. Huomattavalla osalla suomalaisista on tapaturma- tai sairaskuluvakuutus: alle 18-vuotiaista jopa 40 prosenttia oli vakuutettu vuonna 2017 Finanssialan keskusliiton tilastojen mukaan. Yksityinen sektori tuottaa valtaosan työterveyshuollon palveluista. Yksityissektorilla asioimista tuetaan Kelan sairausvakuutuskorvausjärjestelmällä. Lisäksi yksityispalveluiden piiriin voi päästä kunnallisen järjestelmän palvelusetelien ja maksusitoumusten kautta.

Joka kolmas työkäinen lääkäri piti yksityisvastaanottoa päätoimisesti tai sivutoimisesti vuonna 2016. Jopa yli puolet silmätautien, kolmasosa naistentautien ja yli neljäsosa korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäreistä työskentelee päätoimisesti yksityissektorilla.

Vuonna 2016 Kelan sairausvakuutuksen kautta maksettiin korvauksia 3,5 miljoonasta lääkärikäynnistä yksityissektorilla. Lääkäripalkkioista maksettiin korvauksia 58,7 miljoonaa euroa, hammaslääkäripalkkiosta 50,1 miljoonaa euroa ja tutkimuksista ja hoidosta 43,3 miljoonaa euroa. Vertailun vuoksi Vuonna 2016 Suomessa tehtiin 6,6 miljoonaa käyntiä terveystieteiden vastaanotolla.

Jotta terveyspalveluita saadaan tuotettua suomalaisille riittävällä volyymilla, tulee yksityissektoria hallitusti hyödyntää. Julkisesti tuotettuja terveyspalveluita voidaan täydentää esimerkiksi ostopalveluilla, jolloin yksityiset yritykset kilpailutetaan toteuttamaan tarvittavaa terveyspalvelua. Näin toimii esimerkiksi muutama espoolainen terveysasema.

Varsinkin erikoissairaanhoidon palveluissa voidaan kohdennetusti hyödyntää palvelusetelijärjestelmää sellaisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin, joissa tarjonta on riittävä ja tarvittava palvelu on helposti määriteltävissä. Tällaisia ovat esimerkiksi kaihileikkaukset ja tähyystutkimukset. Nykyistä palvelusetelijärjestelmää tulee parantaa siten, että palvelusetelin käyttämisestä ei aiheudu potilaalle ylimääräisiä kustannuksia.

Jotta julkisen perusterveydenhuollon piiriin saataisiin riittävästi työvoimaa, voisi yksi harkinnan arvoinen mahdollisuus olla laajalti Keski-Euroopassa käytössä olevan, kapitaatorahoitukseen perustuvan ammatinharjoittajajärjestelmän rakentaminen Suomen julkiseen terveydenhuoltoon.

Tällöin siis terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajat voisivat listautua järjestelmään mukaan joko yksittäisinä toimijoina tai toimijoiden yhteenliittyminä. Koko suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ei olisi välttämätöntä muuttaa ammatinharjoittajuuteen perustuvaksi, vaan tällainen järjestelmä voisi toimia täydentämässä julkista tuotantoa. Ammatinharjoittajilla voisi olla samat velvollisuudet ja mahdollisuudet kuin julkisilla tuottajilla, kuten esimerkiksi julkisen sektorin hoitopolkujen ja konsultaatioreittien noudattaminen, laboratoriojärjestelmän ja muiden tukipalveluiden hyödyntäminen sekä saman tietojärjestelmän käyttäminen.

Suomessa on tehty vuosina 1985–1993 Kelan rahoittama kokeilu, jossa neljässä kaupungissa yksityiset ammatinharjoittajina työskennelleet lääkärit saivat toimia omalääkäreinä siten, että kaupungit osoittivat heille väestövastuut. Kokeilun tulokset olivat myönteisiä ja Kelalle aiheutuneet kustannukset maltilliset.

Ammatinharjoittajien hyödyntämisellä pystyttäisiin parantamaan palveluiden saatavuutta: kun toimijat voisivat rakentaa työympäristöään itse, se sitouttaisi ja motivoisi uusia lääkäreitä perusterveydenhuollossa työskentelyyn. Myös hoidon jatkuvuus paranisi. Kapitaatioon perustuva rahoitusjärjestelmä, selkeät paikalliset hoitopolut ja niiden noudattamisen valvominen esimerkiksi lähetemääriä seuraamalla kannustaisivat välttämään turhia tutkimuksia ja lähetteitä. Väestön koon ja rakenteen tulee toki olla määritetty ennalta ja korvauksen huomioida väestön sairastavuus.

Potilaalla tulee olla järjestelmän sisällä vapaus valita oma hoitava tahonsa ja halutessaan vaihtaa sitä. Ammatinharjoittajajärjestelmä (tai malli, jossa ilman kilpailutusta otetaan tietyt kriteerit täyttävät terveyspalveluiden tuottajat mukaan julkisen terveydenhuollon piiriin siten, että ”raha seuraa potilasta”), edellyttää kuitenkin huomattavasti nykyisiä kuntia suurempia terveydenhuollon järjestäjätahoja, selkeää kapitaatioon perustuvaa yksikanavarahoitusta sekä vahvaa palveluvalikoiman määrittelyä. Tämänkaltainen uudistus on Suomessa realistista toteuttaa edes kokeiluasteella vasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutuksen jälkeen.

Lähteet:

51

Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ICD-10 – käyntisytyt 2017

THL tilastoraportti 47/2017: Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa lokakuussa 2017

Aromaa A, Linnala A, Maljanen T, Mattila K, Yksityislääkärit omalääkäreinä. Raportti kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta. Sosiaali- ja terveys- turvan tutkimuksia. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1998.

5. Miksi sote on niin vaikea uudistus?

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN uudistus on ollut niin pitkä ja polveileva prosessi, että jopa osa alan ammattilaisista on lopettanut sen seuraamisen. Valtavaan uudistukseen latautuu paljon myös ei-terveyspoliittisia tavoitteita.

Sosiaali- ja terveyspalvelut käsittävät ison osan kuntien rahoituksesta, joten sen siirtyessä kunnilta pois siirtyy myös iso osa kuntapäätäjien vallasta. Sote-uudistuksen kulisseissa suurta roolia on näytellyt se, miten tämä valta jaetaan uusien alueiden kesken ja ketkä valtaa uusilla alueilla käyttävät. Lisäksi enemmän tai vähemmän julkisesti on myös tavoiteltu yksityisille terveyspalveluyrityksille suurempaa roolia suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä.

Uudistus on ollut liian iso pala kakkua jo useammalle hallitukselle perätysten. Poliitikkoja on vaivannut tahdon puute: halu laittaa terveyspoliittiset tavoitteet edelle on puuttunut vuorollaan joka puolueesta. Muissa Pohjoismaissa terveydenhuoltojärjestelmän isot hallinnolliset uudistukset ovat onnistuneet. Miksi se omassa poliittisessa järjestelmässämme on niin hankalaa?

Viime vuosikymmenten kehityksen myötä keskiluokka ei käytä enää julkisen perusterveydenhuollon palveluita kuten ennen. Kun äänestäjät ovat loitontuneet julkisista palveluista, niitä ei ehkä ole poliitikkojenkaan enää tärkeä näitä palveluita puolustaa? Ehkä myöskään päättäjät eivät koe niitä omassa elämässään merkityksellisinä?

Nyt viimeistään on selvää, että sote-uudistuksessa on kysymys vaalikaudet ylittävästä ponnistuksesta, joka on haaste Suomen demokraattiselle järjestelmälle. Pystyykö mikään politiikan nopeissa käännteissä ja vaalikausien sykleissä toimiva puolue niin pitkäjänteiseen työhön, kuin mitä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteiden uudistaminen vaatii?

Uudistuksen pilkkominen osatavoitteisiin on välttämätöntä. Luultavasti tämä tulee lopullisesti tapahtumaan vasta vaalien jälkeen hallitus-

neuvotteluissa. Sitä ennen tarvittaisiin eri asiantuntijoilta näkökulmia järkevään järjestykseen: Kannattaisiko esimerkiksi sosiaalipalveluiden siirtäminen kunnista pois ajoittaa vastaa myöhemmäksi, koska tähän asti käyty keskusteltukin on koskenut lähinnä terveydenhuoltopalveluiden tarpeita? Olisiko viisasta miettiä yksityisten yritysten roolia uudistuksessa vasta myöhemmässä vaiheessa?

Ennen kaikkea sote-uudistuksessa olisi tärkeää, että kaikille osapuolille olisi selvää, ettei Suomen terveydenhuoltojärjestelmän parantaminen vaadi järjestelmän romuttamista kokonaan, sillä se on monilta osin erittäin laadukas ja toimiva. Järjestämisvastuun siirtäminen tulee tehdä erittäin hallitusti. Suomen järjestelmän hyviä piirteitä, kuten koulutettua henkilökuntaa, kustannustehokkuutta ja monella lääketieteen osa-alueella saavutettuja erinomaisia tuloksia on vaalittava.

6. Yhteenveto

SUOMALAINEN terveydenhuoltojärjestelmä on hyvä ja moderni järjestelmä, eikä sitä pidä hajottaa. Siihen on kuitenkin muo-
dostunut valuvikoja, jotka murentavat järjestelmän universaalia pohjaa ja asettavat suomalaiset keskenään eriarvoiseen asemaan. Niiden korjaaminen on järjestelmän tulevaisuuden kannalta keskeistä.

Pahin ongelma Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on kunnallisen perusterveydenhuollon rapistuminen. Sen on mahdollistanut järjestelmän ohjaavien rakenteiden merkittävä heikentyminen 1990-luvun alussa. Tämän takia kehitykseen on myös ollut hankala puuttua. Jotta suomalaiset saisivat hyvää hoitoa jonottamatta taustastaan riippumatta ja jotta suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa voitaisiin ohjata kokonaisuutena, tulee järjestelmän rakenteita muokata.

Järjestelmää uudistettaessa sen hyvät puolet on säilytettävä. Palveluiden laadusta, koulutetusta henkilökunnasta ja kustannustehokkuudesta tulee pitää kiinni. Tavoitteita kohden on pyrittävä systemaattisesti ja useamman vaalikauden ajan.

Järjestelmää uudistettaessa tavoitteiksi tulee ottaa universalismi, oikea-aikaisuus, kustannusvaikuttavuus ja yhdenvertaisuus. Perusterveydenhuollon palveluita tulee vahvistaa ja julkisesti järjestetystä perusterveydenhuollosta tulee tehdä koko väestön käyttämä järjestelmä. Jonoista pitää päästä eroon ja päivystysten ruuhkat on saatava kuriin. Terveyskeskuslääkärille tulee päästä viikossa, erikoislääkärille kuukaudessa. Hoidon jatkuvuudesta tulee tehdä Suomessa kansallinen tavoite ja palvelut tulee sovittaa yhteen mm. sosiaalipalveluiden kanssa järkeviksi kokonaisuuksiksi hallinnollisia rajoja ylittäen.

Priorisointi ei saa enää tapahtua piilossa. Suomalainen terveydenhuollon palveluvalikoima tulee määritellä kansallisesti jotta asukkaiden yhdenvertaisuus voidaan turvata. Valtakunnan tasolla tulee siis avoimesti päättää sellaisesta suomalaisesta palveluvalikoimasta, johon meillä on varaa.

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteita on muokattava siten, että järjestelmää voidaan nykyistä paremmin ohjata ja kehittää. Säädökset ja informaatio-ohjaus eivät riitä.

Suomen monikanavainen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on asteittain muutettava yksikanavaiseksi valtiojohtoiseksi järjestelmäksi. Rahoitusvastuu avohoidon lääkkeistä, matkoista ja kuntoutuksesta tulee siirtää osaksi muun terveydenhuollon rahoitusta.

Terveydenhuollon järjestämisvastuu tulee hallitusti siirtää suuremmille organisaatioille – alueen väestöpohjan tulee olla vähintään miljoona. Kenties optimaalisin malli olisi sellainen, jossa järjestämisvastuu on valtiolla ja siitä osin delegoituna alueellisille organisaatioille. Yksittäistä mallia tärkeämpää on kuitenkin tavoitteeseen pääseminen ja alueista käytettäviin nimityksiin ja hallintomuotoihin on varmasti useampia toimivia ratkaisuja.

Työterveyshuolto tulee palauttaa alkuperäiseen rooliinsa ja julkinen tuki rinnakkaiselle sairaudenhoitokanavalle tulee lopettaa. Työperäisten sairauksien ennaltaehkäisyä pitää vahvistaa.

Yksityissektoria tulee hallitusti hyödyntää. Sekä julkisessa että yksityisessä palveluiden tuottamisessa on hyviä ja huonoja piirteitä. Hyvin toimiva terveydenhuoltojärjestelmä hyödyntää molempien hyviä puolia. Suomen julkisen perusterveydenhuollon volyymia pitää kasvattaa ja tarvittaessa se tulee tehdä yksityissektoria hyödyntäen. Potilaalla tulee olla järjestelmän sisällä vapaus valita hoitava tahonsa.

Sote-uudistus on poliittisesti täysin mahdollinen. Se edellyttää ainoastaan tahtoa tehdä Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä nykyistä parempi.

Kirjoittajat

LAURI VUORENKOSKI on lääketieteen tohtori, joka on töissä Lääkäriliitossa terveyspolitiikan asiantuntijana. Ennen Lääkäriliittoon siirtymistä hän on työskennellyt Stakesissa ja THL:ssä terveydenhuoltoon liittyvissä tutkimus- ja kehittämistehtävissä.

IIRO KARHIAHO on järjestöaktiivi ja erikoistuva lääkäri, jolla on laaja-alaista työkokemusta julkisen ja yksityisen terveydenhuollon parista niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin puolelta. Hän on toiminut mm. Suomen Medisiinariliiton ja Nuorten Lääkärien Yhdistyksen puheenjohtajana.

NELLI NURMINEN on lääketieteen lisensiaatti ja kirurgiaan erikoistuva lääkäri, jolla on useiden vuosien kokemus järjestötoiminnasta sekä kunta- ja opiskelijapolitiikasta.

TÄMÄN PAMFLETIN sai aikaan huoli suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuudesta. Nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä on paljon hyvää, mutta myös huolestuttavia piirteitä: julkisen perusterveydenhuollon mureneminen, pitkät jonot, sirpaleiset hoitoketjut ja heikko ohjattavuus asettavat suomalaiset keskenään eriarvoiseen asemaan.

Terveydenhuollon uudistuksen toteuttaminen ei ole kuitenkaan aivan yksinkertaista, kuten on kuluvan vuosikymmenen aikana huomattu. Tässä pamfletissa esitetään keinoja järjestelmän parantamiseksi ja tavoitteet, joiden edistämisen paremmin hallittava järjestelmä mahdollistaa ja joita kirjoittajien mukaan tulisi tavoitella.

Pamfletissa korostetaan yhdenvertaisuutta, universalismin periaatetta, jonojen lyhentämistä ja perusterveydenhuollon vahvistamista sekä kannatetaan integraatiota, järjestämisvastuun keskittämistä ja monikanavaisen rahoituksen purkamista. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän hyviä puolia ja toimivia osia tulisi uudistuksessa huolellisesti vaalia.

Sote-uudistuksen tulisi olla ensisijaisesti perusterveydenhuollon ja suomalaisten potilaiden yhdenvertaisuuden pelastusprojekti. Terveydenhuollon uudistusta tulisi ohjata terveystaloudelliset tavoitteet, ei esimerkiksi aluepolitiikka tai elinkeinopolitiikka.

Kirjoittajat **Iiro Karhiaho**, **Nelli Nurminen** ja **Lauri Vuorenkoski** ovat Suomessa työskenteleviä lääkäreitä. Esipuheen pamflettiin on kirjoittanut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimitusjohtaja **Aki Lindén**.