

HPär

16.2.2023

## **Tasa-arvoiset terveystalvet -työryhmän linjaukset**

Linjaukset hyväksytty hallituksen kokouksessa 16.2.2023

Suomen terveystalvetjärjestelmä on rakentunut ajan saatossa pirstaleiseksi. Kehitys on tapahtunut portaittain ja osittaisten reformien kautta, ilman kokonaisvaltaista ohjausta. Erityisesti perustason talvet ovat muotoutuneet monikanavaisiksi: eri väestöryhmille on omat tuotantokanavansa, joiden rahoitus tulee eri tahoilta (taulukko 1). Julkisen rahoituksen osuus ja sen kanavoituminen talvetjärjestelmään vaihtelee. Järjestelmän monikanavaisuus ylläpitää väestöryhmien välistä epätasa-arvoisuutta perustason talvetjen saatavuudessa (Blomgren & Virta 2020), mikä osaltaan heijastuu myös väestöryhmien välisiin terveysteroihin (Tarkiainen 2017, Manderbacka 2021). Suurimmassa talvetarpeessa oleva ja sairain väestönosa saa huonoiten talvetja. Nykyisenlaista järjestelmää ei puhtaalta pöydältä rakennettaisi.

Periaatteessa Suomen terveystalvetjärjestelmä on universaali eli julkiset talvet ovat tarjolla kaikille. Tämä periaate ei kuitenkaan toteudu: julkisen perusterveydenhuollon talvetjen saatavuus ei nykyisellään riitä vastaamaan koko väestön terveystalvetjen tarpeeseen. Käytännössä työssä olevien työikäisten keskeinen perustason terveystalvetjen tuottaja onkin työterveyshuolto. Tämän mahdollistaa työnantajien halukkuus kustantaa työntekijöilleen yleislääkäritasosta sairaanhoitoa lakisääteisen ennaltaehkäisevän ja työkykyä tukevan työterveyshuollon lisäksi. Molempien kustannuksia tukee Kela, jonne rahoitus kerätään pääasiallisesti työnantajilta, vähäisemmässä määrin työntekijöiltä sairausvakuutuksen päivärahamaksuna, sekä pieneltä osin valtiolta. Ko. sairausvakuutusmaksulla katetaan myös sairauspäivärahoja, kuntoutusrahoja sekä vanhempainrahoja.

Korkeakouluopiskelijoiden perustason talvet tuottaa puolestaan YTHS, jota rahoitetaan Kelan kautta julkisin varoin. Näiden lisäksi tarjolla on yksityinen terveydenhuolto. Epäluottamus julkisen sektorin talvetjen saatavuuteen onkin lisännyt yksityisiä terveystalvetvakuutuksia, joita on jo noin 1,2 miljoonalla suomalaisella. Yleisimmin vakuutukset ovat sekä työnantajien työntekijöilleen, että vanhempien lapsilleen ottamia. Työelämän ulkopuolella olevien, yleensä sairaimpien ja suurimmassa talvetarpeessa olevien, terveystalvet tuotetaan pääasiallisesti julkisella sektorilla, hyvinvointialueiden sote-keskuksissa (Holster 2022). Julkisten talvetjen rahoitus tulee pääasiallisesti valtiolta, vähäisemmässä määrin talvetjen käyttäjiltä.

Nykyinen monikanavainen talvetjärjestelmämme rahoituksineen aiheuttaa kokonaisuuden kannalta hankalia ohjausvaikutuksia mm. henkilöstön kohdentumisen, rahoituksen ja toiminnan osioptimoinnin, sekä eri väestöryhmien talvetjen saatavuuden näkökulmasta. Aina ei ole kyse talvetjen

puutteesta, vaan niiden epätasa-arvoisesta ja epätarkoituksenmukaisesta kohdentumisesta suhteessa palvelutarpeeseen ja toiminnan vaikuttavuuteen. Rungas tutkimusnäyttö osoittaa, kuinka terveyspalvelut Suomessa jakautuvat epätasa-arvoisesti väestöryhmien välillä, niin koulutus- kuin tulotason suhteen tarkastellessa. Koska kyseessä on järjestelmätason ongelma, myös ratkaisun on oltava järjestelmätasoinen.

### **Hallitusohjelmaan linjaus palvelujärjestelmän kehittämisestä**

Lääkäriliitto esittää, että tulevan hallituskauden hallitusohjelmaan sisällytetään ”**strateginen hanke** tasa-arvoisten terveyspalvelujen kehittämiseksi”. Hankkeen tavoitteena tulee olla konkreettinen suunnitelma palvelujärjestelmämme kehittämisestä nykyistä tasa-arvoisemmaksi erityisesti perustason palvelujen osalta siten, että tuotetun terveyden määrä lisääntyy. Tämän mahdollistamiseksi hankkeen tulee sisältää arvio terveydenhuoltoon käytettävistä taloudellisista- ja henkilöresursseista, sekä niiden kohdentumisesta eri toimintoihin – sekä nyt, että tulevaisuudessa. Hankkeessa tehtyjen linjausten tulee ottaa kantaa siihen, kuinka järjestelmämme nykyistä monikanavaista rahoitusta ja palvelutuotantoa tulisi kehittää siten, että asetettu tavoite saavutetaan. Työnantajien kustantama sairaanhoito arvioitaisiin osana tätä kokonaisuutta. Linjausten tulee sisältää myös palvelujärjestelmän toiminnan seuraamisen kannalta välttämättömien kansallisten indikaattorien luominen. Lisäksi tarvitaan suunnitelma indikaattoreita koskevasta jatkuvasta tiedonkeruusta sekä tavoiteasettelusta siten, että palvelujen laatua, yhdenvertaista ja tasa-arvoista saatavuutta, saavutettavuutta, hoidon jatkuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta kyetään seuramaan kansallisesti ja alueellisesti sekä väestöryhmittäin.

### **Kansallinen palvelulupaus**

Lääkäriliitto ehdottaa seuraavan palvelulupauksen kansallista linjaamista hyvinvointialueita velvoittavana, ja kirjaamista siten myös kaikkien hyvinvointialueiden palvelustrategiaan.

*Julkinen järjestäjä turvaa yhdenvertaisesti oikea-aikaiset, oikein kohdenneet, yksilön tarpeeseen perustuvat, terveyshyötyä tuottavat ja inhimillistä kärsimystä lievittävät ja laadukkaat terveydenhuollon palvelut, mukaan lukien ennaltaehkäisevät palvelut. Palvelut ovat lähellä potilasta tai hyvien kulkuyhteyksien päässä. Niiden järjestämisessä voidaan tarvittaessa palvelun luonteen mukaan ja potilaan suostumuksella hyödyntää digitaalisia palveluita. Perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisessä toteutuu hoidon jatkuvuus. Hoidon tulee tarvittaessa siirtyä oikea-aikaisesti erikoissairaanhoidon.*

Palvelulupauksen toteutumista on kyettävä seuraamaan ja arvioimaan kansallisesti, eri hyvinvointialueilla ja eri väestöryhmien osalta, myös suhteessa sosioekonomiseen asemaan. Tarkoitusta varten tutkimusnäyttöön pohjavia kansallisia seurantamittareita on kehitettävä ja luotava tarvittaessa lisää. Lisäksi näille mittareille on asetettava sitovat kansalliset

tavoitteet, ainakin palvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja jatkuvuuden osalta. Määrällisten mittareiden lisäksi tarvitaan laadullisia mittareita. Terveysthuollon laaturekistereitä on edelleen kehitettävä ja hyödynnettävä.

Esimerkkejä nykyisistä yhdenvertaisuusmittareista, joita voitaisiin laajentaa eri väestöryhmien välisiin tarkasteluihin, sekä ehdotuksia tarvittavista mittarityypeistä:

- hoitoon pääsyn määräaikojen (hoitotakuun) toteutuminen alueellisesti ja väestöryhmittäin (sosioekonomiset väestöryhmät)
- asiakasmaksujen vaikutus hoidon saatavuuteen (RII-indeksi, koulutus) väestöryhmittäin
- hoidon jatkuvuuden mittaaminen ja seuranta (coc-indeksi) väestöryhmittäin
- vastaanottopalveluja riittämättömästi saavien osuus väestöryhmittäin
- avohoidon keinoin vältettävissä olevat, päivystyksellisesti alkaneet sairaalajakso väestöryhmittäin (RII-indeksi, tulot) ja alueittain
- erikoissairaanhoidon saapuneet lähetteet väestöryhmittäin
- erityiskorvattavuudet väestöryhmittäin
- elinajanodote eri väestöryhmissä
- verenkierroelinten tautien vuoksi menetetyt elinvuodet väestöryhmittäin (RII-indeksi, tulot) ja alueittain
- valtakunnallinen toimintakyky mittari
- vointimittari (PROM) ja potilaskokemusmittari (PREM) väestöryhmittäin (laaturekisterit)

### **Askeleet kohti nykyisen palvelujärjestelmämme parempaa tasa-arvoa**

Vaikka palvelujärjestelmämme vaatii järjestelmätason kehittämistä tulevalla hallituskaudella tehtävän suunnitelman pohjalta, suuret muutokset vievät paljon aikaa. Nykyisen palvelujärjestelmän erityisesti perustason palvelujen kohdentumisen ja saatavuuden väestöryhmittäinen epätasa-arvoisuus vaatii myös välittömiä toimia, yksittäisiä askelia kohti yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoisuutta palvelujen saatavuudessa ja käytettävyydessä.

Tällaisia välttämättömiä ja nopeammin toteutettavia yksittäisiä toimenpiteitä ovat mm:

#### Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä parannetaan

- poistamalla perusterveydenhuollon asiakasmaksut, mikä vähentäisi hoitoon pääsyn esteitä ja pienituloisten köyhyyttä
- yhdistämällä terveydenhuollon maksukatot

- toteuttamalla kattavasti perusterveydenhuollon kiristyvät hoitoon pääsyn määräajat
- integroimalla terveydenhuolto ja sosiaalihuolto toiminnan tasolla siten, että molemmin puolin tunnistetaan potilaiden/asiakkaiden niin terveyskuin sosiaalipalvelujen tarve ja ensisijainen ”kopinottaja”
- tarjoamalla työterveyshuoltolain 12 §:n mukaiset työntekijää koskevat työkykyä tukevat palvelut kattavasti hyvinvointialueiden kustannusvastuulla työttömille

#### Palvelujen tuottamista kehitetään

- ohjaamalla taloudelliset resurssit nykyistä suuremmassa määrin perustason palveluihin ja sairauksien ennaltaehkäisyyn
- lisäämällä perusterveydenhuollon lääkäri- ja sairaanhoitajien määrää merkittävästi siten, että kullakin hyvinvointialueella on 1200 asukasta kohden vähintään yksi täysipäiväistä potilastyötä tekevä lääkäri
- hyödyntämällä saatavuusongelmista kärsivien alueiden perusterveydenhuollon tukena tarvittaessa myös yksityisiä palveluntuottajia, samalla seuraten kaikkien palveluntuottajien suoriutumista ja hoidon laatua yhteneväisillä, toimipaikkakohtaisen tarkastelun mahdollistavilla mittareilla
- kehittämällä työjakoa siten, että lääkäri voi keskittyä lääkärikoulutusta vastaavaan työhön – avustavaa henkilökuntaa lisäten
- toteuttamalla digitaaliset sekundaaripreventiopalvelut kansallisesti kroonisten kansansairauksien hoitoon ja seurantaan, samalla varmistuen palvelut myös niille potilaille/asiakkaille, jotka eivät digitaalisia palveluita halua tai pysty käyttämään

#### Järjestelmää kehitetään

- poistamalla tietosuojalainsäädännön esteitä siten, että potilastietojärjestelmistä voidaan seuloa erityisessä hoidontarpeessa olevia henkilöitä ja kutsua heitä saamaan palveluja
- kohdentamalla rajallisia voimavaroja kustannusvaikuttavimpaan toimintaan

### **Linjauksessa käytetyt käsitteet**

- työntekijän työkykyä tukevat palvelut = työterveyshuoltolain 12 § mukaiset työntekijää koskevat palvelut
- työnantajien kustantama sairaanhoito = työterveyshuoltolain 14 § mukaiset palvelut

## Taulukot

Taulukko 1: Makrotason saatavuuserot – neljä eri järjestelmää

Järjestelmä	Kattavuus	Käytön haasteet
Julkinen perusterveydenhuolto	Koko väestö	Jonot, asiakasmaksut
Sairausvakuutuksella korvattava yksityinen sairaanhoito	Koko väestö	Korkeat omavastuuosuudet
Työnantajien kustantama sairaanhoito	Työntekijät	Vaihtelu palveluvalikoimissa
YTHS	Korkeakoulu-opiskelijat	Suppeahko palveluvalikoima, jonot

## Viitteet

- Blomgren & Virta (2020) Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. PLoS One 15.4 (2020): e0231792.  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231792>
- Holster, Nguyen & Häkkinen (2022) The role of occupational health care in ambulatory health care in Finland. Nordic Journal of Health Economics. Online July 2022.  
<https://journals.uio.no/NJHE/article/view/8561/8121>
- Manderbacka, Lindell, Suomela, Lumme, Koskinen, Martelin & Parikka (2021) Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. THL tutkimuksesta tiiviisti 56/2021.  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-739-5>
- Tarkiainen, Martikainen, Peltonen & Remes (2017). Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen lääkärilehti 72 (9), 588–593.  
<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/sosiaaliryhmien-elinajanodote-erojen-kasvu-on-paaosin-pysahtynyt/> (tilaajille)