



# Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa

Lukijalle	5
Tiivistelmä	6
1. Rahoituspohja murenee	8
2. Muutokset riepottelevat terveydenhuoltoon	11
3. Julkinen palvelutuotanto rapautuu	12
<i>-Palvelujen tarpeen ja kuntatalouden ristiriita kasvaa</i>	
<i>-Terveysbudjetit ovat alimitoitettuja todelliseen tarpeeseen nähden</i>	
<i>-Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon romuttuu</i>	
4. Tarve ja kysyntä eivät ohjaa tuotantoa	13
5. Eriarvoisuus lisääntyy	14
6. Potilaan asema ja valinnanvapaus heikkenevät	15
7. Vaikeuksien syynä huono organisaatio ja rahoitusrakenne	16
8. Mikä on tärkeää	16
<i>-Peruspalvelut ja potilaan valinnanvapaus turvattava</i>	
<i>-Rahoituspohjan vakauttaminen edellyttää uusia ratkaisuja</i>	
9. Lääkäriliiton aloitteet terveydenhuollon kehittämiseksi	17
<b>10. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET</b>	<b>19</b>
<i>Liite: Terveydenhuollon teesit</i>	<b>26</b>

1/1999

Julkaisija Suomen Lääkäriliitto  
 Kirjapaino Forssan Kirjapaino Oy ISO 9002  
 Painosmäärä 1700 kpl  
 Kannen kuva Gorilla/Pauli Vanhala

ISSN 1236-3359

## Lukijalle

**L**ääkäriliitto esittää terveydenhuoltoon uutta rahoitusmallia, joka turvaisi nykyistä paremmin potilaiden hoitoonpääsyn ja vahvistaisi edellytyksiä palvelujen kehittämiseksi. Mallia on suunniteltu liiton ns. Rahkeet-työryhmässä, jonka puheenjohtajana on toiminut Kari Pylkkänen, jäsenenä Risto Ihalainen, Kale Juva, Timo Juvakoski, Aki Lindén, Heikki Pärnänen ja Markku Äärimaa sekä sihteerinä Santero Kujala. Lääkäriliiton hallitus on hyväksynyt työryhmän ehdotukset kokouksessaan 4.3.99.

Muistiossa selvitetään valtionosuusuudistuksen, talouden laman ja nykyisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamia ongelmia terveydenhuoltoon. Lääkäriliitto katsoo, että yksittäinen kunta on liian pieni yksikkö vastaamaan asukkaidensa terveyspalveluiden rahoituksesta. Kustannusten tasaamiseksi ja riittävän asiantuntemuksen turvaamiseksi tulisi terveyspalvelujen rahoituksen järjestäminen siirtää suurten sairaanhoitopiirien kokoisille kuntayhtymille. Liitto esittää rahoitusuudistuksen käynnistämistä aluksi kokeilujen avulla.

Kuntayhtymän asiantuntijat määrittelisivät eri toimenpiteille ja hoidoille hinnat, jotka kustannetaan julkisista varoista. Tämän kustannusosuuden potilas saisi kuntayhtymältä hoitosetelinä, kun lääkäri on todennut potilaan hoidon tarpeen. Potilas voisi nykyistä vapaammin valita, mistä hän hankkii tarvitsemansa palvelun – hoitoseteliä voisi käyttää myös yksityissektorilla. Lääkäriliitto katsoo, että hallinnollisista rajoista riippumattomalla hoitosetelillä pystyttäisiin parhaiten turvaamaan terveyspalvelujen joustava saatavuus.

Lääkäriliiton tavoitteena on turvata kaikille oikeus laadukkaisiin terveyspalveluihin sekä oikeus valita lääkäriinsä ja hoitopaikkansa. Tässä muistiossa esitellään alueellinen rahoitusmalli, jonka avulla näiden tavoitteiden toteuttamista voidaan edistää.

*Maaliskuussa 1999*

S U O M E N L Ä Ä K Ä R I L I I T T O

## Tiivistelmä

**S**uomen terveydenhuoltoa on näihin vuosiin asti pidetty korkeatasoisena ja kustannuksiltaan kohtuullisena. Useat jo nähtävissä olevat kehityssuunnat ennakoivat, ettei näitä asemia ilman rakenteellisia muutoksia pystytä säilyttämään. Terveydenhuoltomme rahoituspohja on murenemassa verotuksen harmonisoinnin, kunnallistalouden ongelmien ja kasvavien kustannusten ristipaineessa. Korostetun kuntakohtainen pääksenteko on johtanut jo kiihtyvään eriarvoistumiseen ja luottamus julkisen terveydenhuollon tulevaan toimintakykyyn on heikkenemässä. Vaikeuksien perussyynä näyttää olevan vanhanaikainen ja jäykkä palvelujärjestelmä, jossa rahoittajan, ostajan ja myyjän roolit ovat sekaisin. Rahoituspohjan vakauttaminen edellyttää uusia ratkaisuja, joissa huomioidaan kansalaisten perusturvallisuus ja kansantalouden rakenteelliset muutokset.

Terveydenhuollon rahoituksen kehittämisen ja edistämisen työryhmä (Rahkeet) katsoo tärkeäksi vahvistaa terveydenhuollon lainsäädännöllistä asemaa. Hallitusmuodon ja potilaan oikeuksista annetun lain mainitsemat peruspalvelut tulisi määritellä viipymättä ja niiden rahoitusasema vahvistettava tasavertaiseksi muihin julkisiin palveluihin verrattuna. Palvelujen saatavuusturva ehdotetaan säädöksillä määriteltäväksi elämää erikseen uhkaavien tilanteiden, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta.

Nykyisen veropohjaisen rahoituksen selvät puutteet ehdotetaan korjattavaksi kuntaa laajemmalla alueellisella rahoitusmallilla. Näin saavutetaan riittävä, satunnaisuudet poistava ja kustannukset tasaava rahoituspohja. Mallin yksityiskohdat esitetään etsittäväksi kokeilujen avulla. Ensimmäisessä vaiheessa nykymuotoiset sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset järjestettäisiin uudelleen alueellisen rahoitusjär-

jestelmän piiriin, jolloin alueena voisi olla nykyisen sairaanhoitopiirin pohjalta tai pienten sairaanhoitopiirien yhteenliittymänä muodostettu kuntayhtymä. Kuntayhtymän hallinto toteutettaisiin kuntien yhteistyönä käsittäen luottamusmiestason johtoelimet ja vastuulliset virkamiehet. Kunnat ohjaisivat terveydenhoitoon osoittamansa varat kuntayhtymän käytettäväksi terveyspalvelujen järjestämiseen koko alueen väestölle. Kuntakohtainen osuus voisi pohjautua väestötekijöihin, mutta myös terveysveron mahdollisuus nostetaan esiin. Alueellinen kuntayhtymä keskittyisi julkisen rahoituksen ohjaamiseen eikä enää toimisi työnantajana palvelutuotannossa. Alueen julkiset sairaanhoitolaitokset irrotettaisiin tulosvastuullisiksi tuotantoyksiköiksi, jotka toimisivat asiantuntijaohjauksessa. Yksityiset palvelun tuottajat saatettaisiin tuottajina yhtäläiseen asemaan uudelleen järjestettyjen julkisten palvelutuottajien kanssa. Kaikki tuottajat saisivat tulonsa heiltä ostetuista palveluista.

Alueellinen rahoitusyhtymä päättäisi asiantuntijoidensa valmistelemana julkisten varojen kohdentamisesta määrittämällä kullekin terveyspalvelulle sen osuuden, joka potilaalle korvataan hänen ostamastaan terveyspalvelusta. Tämän kustannusosuuden potilas saisi mukaansa hoitosetelinä. Palveluhinnan julkisen rahoituksen ylimenevä osa jäisi potilaan itsensä kustannettaviksi. Jos yhden henkilön itse maksettaviksi jäävät terveyskustannukset ovat suuret, tulisi hänellä olla oikeus vähentää ne verotuksessaan. Omavastuuosuutta voisi kohtuullisissa rajoissa käyttää hoidon porrastuksen ohjauksessa.

Tavoitteena on lähentää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintoja siten, että joustavaa toimintaa haittaavat rajat poistuisivat. Potilaan valinnanvapaus lisääntyisi hänen mukaansa saaman julkisen kustannusosuuden myötä. Oman tukensa valintamahdollisuuksien lisäämiselle antaisivat myös korkeiden terveyskustannusten verovähennysoikeus ja sairausvakuutuksen säilyttäminen. Valtion sitoutumista vastuuseen terveyspalvelujen turvaamisessa esitetään lisättäväksi. Resurssien tehokkaaseen käyttöön arvioidaan päästävän hallitun kilpailun edellytyksiä parantamalla sekä luomalla palvelutilanteen seurantaan ja vertailuun alueellinen terveyspalvelubarometri.

# 1. Rahoituspohja murenee

**V**altionosuusuudistus (1993) on viimeisin suuri terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmää koskeva muutos. Tällöin siirryttiin aiemmin kustannusperusteisesti kunnille ja terveyspalvelujen tuottajille suoritetuista valtionosuuksista laskennallisiin ja suoraan peruskunnalle meneviin valtionosuuksiin. Laskennallisuus johti kaavamaiseen valtionosuuteen, jossa ei ollut enää mitään palvelutuotantoa ohjaavaa elementtiä. Peruskunnissa on tulkittu kunnallisen toimintavapauden tätä kautta oleellisesti lisääntyneen, vaikka terveyspalveluiden järjestämistä vastaavat määrittävät lakeja ei ole muutettuakaan vastaamaan muuttunutta rahoituspohjaa. Valtionosuusuudistusta on seurannut syvälle käyvä rakennemuutosten ketju, joka on mullistanut paitsi terveyspalvelujen rahoituksen myös toiminta- ja johtamismallit.

Samanaikaisesti valtionosuusuudistuksen kanssa julkinen talous syöksyi rahoituskriisiin. Eriytyisesti valtiontaloudelliset seikat johtivat valtion rahoitusosuuden toistuviin leikkauksiin. Työttömyyden ja taloudellisen laman seurauksena myös kuntien verotulot selvästi laskivat. Keskeisimmäksi tavoitteeksi kaikissa kuntien toiminnoissa – terveydenhuolto mukaan lukien – nousivat säästöt.

Terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus heilahteli lamavuosina voimakkaasti johtuen bruttokansantuotteen äkillisestä pienenemisestä. Tämä aikaansai virheellisiä päätelmiä terveydenhuollon kalleudesta muihin OECD-maihin verrattuna. Bruttokansantuoteosuus oli vuonna 1989

7,5 % nousten vuonna 1992 lukemaan 9,3 %. Tämän jälkeen tuo osuus on jälleen laskenut ollen 1996 7,5 % (taulukko 1). Suoraan rahana ilmaistuna terveydenhuoltomenot ovat olleet korkeimmillaan 1991 44,7 miljardia markkaa laskien 1994 40,4 miljardiin ja ollen 1996 44,6 miljardia.

Rahoitusosuuksissa on myös tapahtunut päärahoittajien kesken aikamoisia muutoksia. Vuonna 1990 terveydenhuoltomenojen julkinen rahoitus kattoi 80,9 % kaikista menoista jakautuen valtiolle 35,6 %, kunnille 34,7 % ja Kelalle 10,6 % (taulukko 2). Vuonna 1996 julkinen rahoitus kattoi yhteensä 74,7 %, josta valtion osuus on 24,3 %, kuntien 36,8 % ja Kelan 13,6 %. Suurimmat muutokset ovat tapahtuneet vuosina 1993 ja 1994. Kotitalouksien rahoitusosuus laski ensimmäisen kerran alle 20 %:n 1974. Tämän jälkeen kotitalouksien rahoitusosuus on keskimäärin liikkunut 18 %:n molemmilla puolilla ollen alhaisimmillaan vuonna 1990 15,6 %. Vuonna 1996 kotitalouksien rahoitusosuus oli 21,5 %. Suurin hyppäys ylöspäin tapahtui vuosina 1993 (+3,2 %) ja 1994 (+1,3 %). Terveydenhuollon menoerien sisällä on tapahtunut jonkin verran muutoksia. Vuodeosastohoito edusti vuonna 1990 44,7 %:ia ja vuonna 1996 39,5 %:ia menoista. Vastaavasti avohoidon menot olivat 1990 33,9 % ja 1996 35,3 %. Suurin nousu on tapahtunut lääkkeiden kohdalla, joiden meno-osuus on tuona aikana noussut 9,4 %:sta (3,87 mrd) 14,5 %:iin (6,45 mrd).

Taulukko 1

**Terveysthuoltomenojen osuus  
bruttokansantuotteesta OECD-maissa, %**

<i>Maa</i>	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Alankomaat	8,3	8,6	8,8	8,9	8,8	8,8	8,6
Australia	8,2	8,6	8,6	8,5	8,4	8,6	8,4
Belgia	7,6	8,0	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9
Britannia	6,0	6,5	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Espanja	6,9	7,1	7,2	7,3	7,3	7,6	8,0
Irlanti	6,6	6,8	7,1	7,1	7,6	6,4	4,9
Islanti	8,0	8,1	8,2	8,3	8,1	8,2	7,9
Italia	8,1	8,4	8,5	8,6	8,4	7,7	7,6
Itävalta	7,1	7,2	7,5	7,9	7,8	7,9	7,9
Japani	6,0	6,0	6,3	6,6	6,9	7,2	-
Kanada	9,2	9,9	10,2	10,2	9,9	9,7	9,2
Korea	3,9	3,8	3,9	4,3	4,6	5,3	-
Kreikka	4,2	4,2	4,5	5,0	5,5	5,8	5,9
Luxemburg	6,6	6,5	6,6	6,7	6,5	7,0	-
Norja	7,8	8,1	8,2	8,1	8,0	8,0	7,9
Puola	4,4	5,1	5,3	4,9	4,4	-	-
Ranska	8,9	9,1	9,4	9,8	9,7	9,9	9,6
Ruotsi	8,8	8,7	7,8	7,9	7,6	7,2	-
Saksa	8,2	9,6	10,2	10,1	10,3	10,4	10,5
Suomi	8,0	9,1	9,3	8,4	7,9	7,7	7,5
Sveitsi	8,4	9,0	9,4	9,5	9,5	9,8	-
Tanska	6,5	6,5	6,6	6,8	6,6	6,4	6,4
Tsekki	5,5	5,5	5,8	8,0	8,3	7,9	-
Turkki	2,5	3,2	2,7	2,5	5,2	-	-
Unkari	6,6	6,6	7,2	6,8	7,3	7,1	6,7
USA	12,7	13,5	14,1	14,3	14,1	14,2	14,2
Uusi Seelanti	7,0	7,5	7,6	7,3	7,1	7,1	7,2

Lähde: OECD Health data 1997

Taulukko 2

**Terveysthuollon kokonaismenojen rahoitus  
1960 – 1996, %**

<i>Rahoittaja</i>	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996
Valtio	27,9	30,1	32,6	37,0	38,2	34,0	35,6	28,7	24,3
Kunnat	30,1	31,7	32,3	29,6	28,9	34,7	34,7	32,5	36,8
Kela	0,0	6,1	10,6	12,6	12,4	10,2	10,6	13,5	13,6
<b>Julkinen rahoitus yhteensä</b>	<b>58,0</b>	<b>67,9</b>	<b>75,5</b>	<b>79,1</b>	<b>79,6</b>	<b>78,9</b>	<b>80,9</b>	<b>74,7</b>	<b>74,7</b>
Työnantajat	1,3	0,9	0,7	1,3	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4
Avustuskassat	1,2	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5
Yksityinen vakuutus	1,1	1,1	1,2	0,8	0,8	1,2	1,7	2,0	1,9
Kotitaloudet	38,5	29,4	22,0	18,2	17,8	18,0	15,6	21,5	21,5
<b>Yksityinen rahoitus yhteensä</b>	<b>42,0</b>	<b>32,1</b>	<b>24,5</b>	<b>20,9</b>	<b>20,4</b>	<b>21,1</b>	<b>19,2</b>	<b>25,3</b>	<b>25,3</b>
<b>Veroaste</b>		30,3	32,5	37,7	36,9	40,8	45,4	46,1	48,2

Lähde: Terveysthuollon kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-96.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T955, Helsinki 1997

Asiantuntijoiden mukaan Suomessa talouskasvu on hiipumassa ja lisääntynyt kulutus takaa kasvun korkeintaan vuodeksi 1999 (Kauppalehti 20.1.99). Yksityisen kulutuksen varassa oleva kasvu on varsin herkkä epävarmuutta lisääville uutisille ja tämä pohja voi nopeastikin pudota pois. Kansainvälistymiseen ja Euroopan Unionin harmonisointumiseen liittyvät kehitysnäkymät näyttävät johtavan väistämättä verotuksen tason alen-

tamiseen. Näköpiirissä ei ole sellaista yhteiskunnallista kehitystä, jossa julkisen talouden osuus kansantulosta pysyisi ennallaan saati sitten kasvaisi. Pelkästään väestörakenteen muutos Suomessa johtaisi nykyisellä palvelutasolla siihen, että mm. terveyspalvelujen kustannusosuus väistämättä selvästi nousisi. Nykyinen rahoituspohja on ajautumassa kriisiin eikä palveluja entisiin rahoitusmenetelmin pystytä enää jatkossa turvaamaan.

## 2. Muutokset riepottelevat terveydenhuoltoa

**E**rikoissairaanhoidon pohjalta perustetuissa sairaanhoitopiireissä on asteittain siirrytty yksijohtajajärjestelmään. Sairaanhoitopiirin johtajat on poikkeuksetta valittu poliittishallinnollisin perustein ja lääketieteellinen johtaminen keskushallinnossa on sijoitettu lähinnä koordinoimaan toimintaa asiantuntijaroolissa. Tulosjohtamisen myötä sairaanhoitopiireihin on perustettu erilaisia tulosalueita ja niiden yhdistelmiä. Monia malleja toiminnallisista tai rakenteellisista blokeista on kehitetty. Psykiatristen sairaansijojen alasajamista on jatkettu voimallisesti ja psykiatriset avohoitopisteet on pyritty siirtämään tavalla taikka toisella peruskuntien toiminnoksi. Tuloksen seuraamiseksi ja kuntalaskutuksen kohdentamiseksi on toteutettu toimintojen tuotteistus ja tuotehinnoittelu. Perusteet ovat muodostuneet paikallisista lähtökohdista, jolloin keskinäistä vertailtavuutta ei ole saatu aikaan.

Peruskunnat pyrkivät siirtämään aiemmin erikoissairaanhoidossa tuotettuja palveluja omaksi toiminnakseen tavoitellen kustannussäästöjä. Tämä on johtanut monien toimintojen selvään alasajamiseen, joista tyypillisiä esimerkkejä löytyy päihdehuollon, mielenterveystoimintojen sekä kehitysvammahuollon alueilla. Suoritepohjainen laskutus on hämärtynt hoidon lääketieteelliseen tarpeeseen perustunutta työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä korostaen yksikkötaloudellisia näkökohtia. Kaikki tämä on

osittain johtanut jo kehittyneen yhteistyön sekä hoidon porrastuksen rapautumiseen ja eräänlaiseen kilpailuun potilaista.

Kuntatasolla on päätöksiä tehty hätiköidysti ja paniikinomaisesti. Saatavissa ei ole ollut yleisesti hyväksyttyä mallia siitä, miten palvelut olisi pitänyt tai voinut järjestää. Monissa paikoissa ei avattu ostopalvelumahdollisuuksia ole rohjettu juurikaan lähteä käyttämään. Eräissä paikoissa (Hailuoto, Karjaa, Temmes, Oulunsalo) sen sijaan on siirrytty ostamaan perusterveydenhuolto kokonaan ulkopuoliselta taholta. Seuranta-ajan lyhyden ja tilastointipohjien erilaisuuden takia ei vertailuja ratkaisumallien kesken ole pystytty vielä tekemään.

Valtakunnallisissa selvityksissä on lähdetty suosittamaan sopimusohjausta tasaamaan kustannuksia peruskunnissa ja palvelutuotantoa erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoitopiirikohtaisiin keiteluihin on lähdetty liikkeelle pyrkien aluksi harjoitussopimuksiin, joihin ei ole liittynyt sitovuutta eikä sanktioita. Tarvittavaa tietopohjaa riittävällä aikajänteellä ollaan keräämässä ja samalla opettelemassa ostaja- ja myyjä-rooleja kehittymättömillä markkinoilla.



### 3. Julkinen palvelutuotanto rapautuu

**S**uuressa osassa kuntia ei ole pystytty asettamaan toimintoja yhteisesti hyväksyttyyn arvojärjestykseen. Laman paine johti siten juustohöylämäiseen menojen supistamiseen kaikilla sektoreilla, niin myös terveydenhuollon alueella. Palvelujen kehittämisen sijasta kaikilla tasoilla jouduttiin pohtimaan, millä kustannuksilla saadaan alenemaan ja mitä toimintoja supistetaan. Pahimman laman hellitettyä on tämä suhtautuminen jäänyt päälle. Erityisesti peruskuntien päättäjien ja erikoissairaanhoidon palveluja tuottavien sairaanhoitopiirien välille on kehittynyt syvä epäluottamus, joka tulee ilmi julkisuudessa lähinnä kustannuksia koskevana kiistelyinä.

#### *Palvelujen tarpeen ja kuntatalouden ristiriita kasvaa*

Myös palvelujen käytössä ovat muutokset olleet selviä. Laman alussa 1991-92 oli nähtävissä pieni palvelujen kysynnän lasku, joka nopeasti kääntyi kysynnän tasaiseksi kasvuksi. Sairaaloissa tapahtui selviä muutoksia hoitopäivien vähetessä, hoitajaksojen lyhentyessä ja toiminnan keskittyessä yhä enemmän lyhytkestoisiin, intensiivisiin hoitajak-soihin ja polikliiniseen toimintaan. Merkittävimpiä leikkauksia tehtiin psykiatriisiin palveluihin. Näin tapahtui siitä huolimatta, että STAKES:in selvitysten mukaan laman aikana mielenterveydellisen avun tarve pikemminkin kasvoi.

Sairaaloissa talouden supistussuuntaus kääntyi hitaaseen nousuun vuonna 1995 kokonaiskysynnän ja tuotannon kasvun lähtiessä käyntiin. Tämä suuntaus vuorostaan hidastui 1997 ja kääntyi uudelleen supistumisen suuntaan alkuvuodesta 1998. Samalla toimintatulojen ja toimintamenojen kasvu lähes pysähtyi.

Useiden asiantuntijavoimin asiantuntemuksella tehtyjen selvitysten mukaan kuntataloudessa kokonaisuutena on lähivuosina useamman prosenttiyksikön suuruinen rahoitusvajaus, tilanteen vaihdeltaessa suuresti kunnasta toiseen. Väestön ikääntymisen ja hoitomahdollisuuksien jatkuvan lisääntymisen seurauksena on palvelutarpeen nousu, mikä yhdistettynä rahoituspuhjan pettämiseen johtaa vääjäämättä joko palvelutason laskuun tai palveluvajeen voimakkaaseen nousuun. Kuntien kahdella muulla päätoimialueella (sivistystoimi ja sosiaalitoimi) on tapahtumassa samanaikaisesti kasvua, joka on osittain sidottu lakitasoihin säädöksiin. Tämäkin kehitys on omalta osaltaan lisäämässä terveyspalvelujen rahoitusvaikeuksia.

#### *Terveysbudjetit ovat alimitoitettuja todelliseen tarpeeseen nähden*

Kunnissa on yleisenä talousarvion tasapainotuskeinona käytetty terveydenhuollon budjettien tietoista alimitoitusta. Päätöksiä tehtäessä ei samalla ole tehty esityksiä palvelujen leikkaamisesta, jo-

ten kyseessä on lähinnä ollut päättäjien hätäkoity itsepetos ja pyrkimys vierittää ahdingon syy oman organisaationsa ulkopuolelle. Kuntaliiton 55:een yli 6000 asukkaan kuntaan kohdistaman selvityksen mukaan terveydenhuollon toimintamenot ylittivät talousarvionsa 4 %:lla vuonna 1997. Vuonna 1998 ylityksen arvioidaan olevan 2,4 % eli lähes 350 miljoonaa markkaa. Ylitykset ovat selvästi suurimmat erikoissairaanhoidon toimintamenoissa, joissa talousarviot ylitettäneen n. 3,4 %:lla. Vajaassa puolessa vastanneista kunnista sekä terveydenhuollon kokonaismenot että erikoissairaanhoidon menot tarvitsevat vähintään 3 % talousarviota enemmän rahaa. Vuoden 1999 suunnitelmien mukaan 2/3 kyselykunnista on uskotellut selviytyvänsä tästäkin vuodesta aiempaa pienemmin erikoissairaanhoidon toimintamenoin. Näin siitä huolimatta, että palvelujen tarve kasvaa ja mm. tulopoliittisen sopimuksen palkankorotukset tulevat täysimääräisesti voimaan.

### **Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon romuttuu**

Budjettien alimitoitusten lisäksi hätäkorjauksia on tehty sijaistamista vähentämällä, määräraikaisia sulkuja pidentämällä ja henkilöstöä lomauttamalla. Kaikilla näillä toimenpiteillä on saatu aikaan häiriöitä palvelutuotannossa ja samalla huononnettu tuotantoyksiköiden tulorahoitusta. Henkilöstön alimitoitus on monin paikoin johtanut työrasituksen kasvuun, pidentyneisiin sairaspaisaoloihin ja uupumiskokemusten lisääntymiseen. Keväällä 1998 tehdyssä laajassa väestökyselyssä kolmannes ilmaisi epäilynsä, ettei voi sairauden sattuessa täysin luottaa julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään (Marski J, Mäensivu V: Hyvinvoinnin muutossuuntia 1998, Kela katsaus 30/98.) Yksittäisten hoitoon pääsemättömyystapausten käsittely julkisissa tiedotusvälineissä on koko ajan lisääntynyt.

## **4. Tarve ja kysyntä eivät ohjaa tuotantoa**

**V**uosikymmeniä on suomalaisen terveydenhuollon kehittäminen toteutettu tiukan keskitetysti. Jatkuvaa voimavarojen lisäystä ohjattiin alueelliseen tasaamiseen ja tasatarvoon pyrkien. Supistamisista ei ollut tietoaakaan ja kaiken kehittämisen opittiin tapahtuvan lisävoimavarojen saamisen kautta. Keskitys toi mukanaan myös jäykkyyttä, josta johtuen uusien teknologioiden käyttöönotto tapahtui usein yksityissektorilla.

Yksityissektorin palvelut ovat toimineet lähinnä julkisia palveluja täydentävinä. Niiden määrä ei ole päässyt kasvamaan lähinnä hallinnollisista ja asenteellisista esteistä johtuen. Täten kilpailu ei ole päässyt juurikaan vaikuttamaan palvelujen laatua ja tehokkuutta parantavana tekijänä. Niilläkin alueilla, kuten silmäkirurgiassa, joissa yksityiset palvelut ovat olleet vahvassa nousussa, viranomaiset ovat nähneet tilanteen julkisen sektorin

toimintoja häiritsevänä, ja asiaa on pyritty syyllistävään toimintaan "oikaisemaan". Esimerkkinä siitä, miten yksityissektori on pohjimmitaan julkisia palveluja täydentävä sekä kysynnän ja tarpeen mukaan joustava, ovat psykiatriset yksityispalvelut. Julkisten palveluiden leikkaukset ja mielenterveyspalveluiden kysynnän nousu aikaansaivat laman aikana selvän psykiatristen yksityislääkärissä käyntien kasvun käyntimäärien pudotessa muilla aloilla. Eräillä alueilla ovat jotkut kunnat lähteneet käyttämään ostopalveluja, mutta niiden määrä on orastavan pieni ja rooli palvelukokonaisuudessa epäselvä. Kuntien kiinnostus hajautettuun palvelujen hankintaan näyttäisi olevan kuitenkin koko ajan kasvamassa.

Näin hoidettuna palvelutarjonnan epätasaisuudet ja eri sektoreiden ristiriitaisuudet vain jatkuvat. Kuntien vastatessa pääosasta palvelutuotantoa, Kelan korvatessa lääkkeitä ja sairauspäivä-

rahoja sekä yksityissektorin täydentäessä nousee koordinoimattomuus ilmeiseksi. Kustannusten siirtelemisestä on tullut oma taiteen lajinsa jokaisen tahon pyrkiessä rajaamaan omalle kustannusvastuulle tulevia toimia ja siirtämään niitä toiselle maksajalle. Syntipukkina on joissakin kannanotoissa nähty monikanavainen rahoitusjärjestelmä. Sen poistamisella päästäisiin kuitenkin lähinnä entisenlaiseen, "turvalliseen" suunnitelmatalouteen. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä oikein käytettynä voisi kuitenkin olla palvelujärjestelmän vahvuus joustavuutensa ja valinnanmahdollisuuksiansa pohjalta.

Tarve ja siihen perustuva kysyntä ei edelleenkään ohjaa palvelujen tuotantoa. Julkisten rahoittajien ja tuottajien paikalliset ratkaisut ohjaavat hoidon saatavuutta jonojen muodostaessa tasaavan puskurin.

## 5. Eriarvoisuus lisääntyy

**K**untien erilainen taloudellinen tilanne ja toisaalta myös halu panostaa terveyspalveluihin on johtanut hyvinkin toisistaan poikkeaviin ratkaisuihin samallakin maantieteellisellä alueella. Kuntalainen on jäänyt yhä enemmän kunnallishallinnon säästöpainneesta tekemien ja yksittäisen kansalaisen tarpeen usein unohtavien päätösten armoille siinä, mitä terveyspalveluja ja missä ajassa hän voi saada.

Huhtikuussa 1998 kunnallisessa sairaalassa tehtävään operatiiviseen toimenpiteeseen pääsyä odotti yhteensä yli 130 000 potilasta. Alueelliset erot ovat suuret ja eräisiin toimenpiteisiin odotusajat ovat pitkälti yli vuoden. Lisäksi uutena ilmiönä ovat ilmaantuneet sairaaloiden sisäiset kuntakohtaiset jonot, joihin kuntalaiset joutuvat, kun heidän peruskuntansa ilmoittaa, ettei rahoitusta näihin sairaalassa annettaviin hoitoihin kyseiselle vuodelle löydy.

## 6. Potilaan asema ja valinnanvapaus heikkenevät

**Y**ksityisten palvelujen lisäksi kuntalaisten valinnanmahdollisuus ulottuu tällä hetkellä suurelta osin vain siihen, mihin kuntaan hän asettuu asumaan. Sen jälkeen kuntalaisen tulee tyytyä niihin terveydenhuollon palveluihin, joita asuinkunta hänelle kulloinkin osoittaa. Yhteistyötä ja sen mahdollisuuksia kaikkien palvelutuottajien kanssa ei ole selvitetty riittävästi. Potilaan valitessa yksityissektorin palvelut, hän joutuu kantamaan niistä suurimman kustannusvastuun. Julkisen verorahoituksen kustannusosuutta ei saa viedä mukanaan valitsemaansa hoitopaikkaan. Myös lääkärikunnan piirissä on tuotu esiin mielipiteitä, joissa potilaan valinnanmahdollisuuksien lisäämistä epäillään. Valinnanvapauteen liittyvinä uhkina pidetään lähinnä kyltymätöntä kysyntää ja kustannusten karkaamista.

Joissakin väestökyselyissä kansalaiset ovat pitäneet ensisijaisimpana sitä, että he saavat tarvitsemansa palvelut varmasti ja laadukkaasti ilman turhia viiveitä. Tämä on luonnollinen prioriteetti

eikä sitä voi tulkita niin, että valinnanvapaus olisi potilaalle vähämerkityksinen jopa tarpeeton. Esim. operatiivisilla aloilla on selvä tieto siitä, että palvelutarpeen tultua todetuksi kansalaiset hyvin mielellään haluaisivat olla itse päättämässä siitä, kuka hoidon tai toimenpiteen suorittaa. Vaikka kansalaiset ovat tyytyväisiä terveyspalveluihin, merkittävä osa potilaista haluaa kuitenkin myös esittää erilaisia tarpeita ja toiveita, joissa kehittämistä nykyjärjestelmässäkään tarvittaisiin. Tyytymättömyys tulee usein ilmi haluna vaihtaa palvelunantajaa tai hoitopaikkaa.

Erilaisia epäilyjä ja pulmia on tuotu esiin valinnanmahdollisuuksien lisäämisessä nykyjärjestelmässä. Julkisen palvelutuotannon piirissä ei valinnanmahdollisuuksissa ole päästy juuri alkua pitemmälle. Ongelma liittyy pikemminkin palvelutuotannon järjestämiseen kuin rahoitukseen. Sinällään julkisesti rahoitettu toiminta voisi sisältää valinnanvapautta, kun tuotantorakenteita ei liiaksi kahlittaisi.

## 7. Vaikeuksien syynä huono organisaatio ja rahoitusrakenne

**V**aikeuksien perussyynä näyttää olevan hierarkinen, vanhanaikainen ja jäykkä palvelujärjestelmä, jossa lisäksi ostajan ja myyjän roolit ovat sekaisin. Potilaalla on tässä kuviossa tahdottoman sopeutujan rooli. Tarpeesta lähtevä kysyntä ei pääse ohjaamaan palvelutuotannon kehittymistä, josta julkinen palvelutuottajakaan ei ole suuresti kiinnostunut. Julkisessa palvelujärjestelmässä tuottaja on samalla rahoittaja, jonka ensisijainen tavoite on lisääntyvästi säästöjen aikaansaaminen. Palvelujen tuotantoyksiköt joutuvat toimimaan supistuvaksi raamitettujen voimavarojen puitteissa kantaen kuitenkin vastuun palvelujen tarjonnan ylittävän kysynnän paineesta. Kun osoitettu rahoitus ei tahdo riittää käyttömenojenkaan kattamiseen, jäävät investoinnit ja kehittämissankkeet jokseenkin kokonaan odottamaan ns. parempia aikoja, joita ei ole näkyvissäkään.

Kilpailuvirasto arvioi aikanaan selvityksissään, että kilpailun lisäämisen kautta voitaisiin parantaa palvelujen saatavuutta sekä samalla hallita kustannuksia ja jopa pienentää niitä. Julkisessa keskustelussa on tuotu esille myös näkökantoja, että kilpailu on terveydenhuollon palveluihin sopimattontaa. Täysin avoimelle kilpailulle onkin ilmeisiä rajoituksia terveyspalvelujen perusrakenteissa. Hallittu kilpailu, jossa laatu on hinnan ohella olennainen tekijä, voisi kuitenkin tehostaa terveydenhuoltoa. Yksittäisiä käytännön esimerkkejä esim. ostopalvelujen tuottamisesta edullisemmin ja joustavammin yksityisellä sektorilla on olemassa, mutta silti julkiset erikoissairaanhoidon palvelut pyritään monopolisoimaan sairaanhoitopiirien toiminnaksi sitouttamalla kunnat ns. sopimusohjauksella.

## 8. Mikä on tärkeää

### *Peruspalvelut ja potilaan valinnanvapaus turvattava*

**A**rvojen punnitsemisessa Lääkäriliiton terveydenhuollon teesit (1995) ovat edelleen ajantasaiset. Nykytilanteessa keskeisimpinä teeseinä, joihin kehittämisen pitäisi

pohjautua ovat terveydenhuollon peruspalvelujen turvaaminen sekä potilaan oikeus valita lääkärinsä ja hoitopaikkansa. Kansalaisen perusoikeuksiin on katsottu kuuluvaksi pääsy terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Miten ja missä ajassa hoito olisi perusoikeutena saatava, ei ole missään määritetty. Terveyspoliittisessa keskustelussa perustason turvaamiseksi on kaivattu

paluuta valtiotasolla tapahtuvaan ohjaukseen. Mm. kunnanjohtajat ovat esittäneet ratkaisuksi kuntien rahoituskriisiin sitä, että erikoissairaanhoido siirrettäisiin valtion vastuulle. Valinnanvapaudelle on suomalaisessa keskustelussa tunnustettu arvo sinällään, mutta mihinkään käytännössä vaikuttavaan toimeen ei tällä alueella ole edetty. Hoitotakuuajattelu ei ole juurikaan edennyt.

### **Rahoituspohjan vakauttaminen edellyttää uusia ratkaisuja**

Terveysspalvelujen rahoituksessa keskeisin tavoite on luoda vakaa ja kehityksen turvaava rahoituspohja. Julkisen talouden väistämättä supistuva kansantuoteosuus yhdistyneen terveydenhuollon kustannusten nousuun ja kasvavaan palvelutar-

peeseen ei tällaista vakaata rahoituspohjaa tarjoa. Kasvatav terveydenhuollon vaatimukset edellyttävät uudenlaisia rahoituskanavia, joiden vaihtoehtoja täytyy pikaisesti lähteä selvittämään.

Rahoitusjärjestelmän kannustavuuden täytyy tukea sekä yksilön että palvelujen tuottajan pyrkiä myksiä terveyden ylläpitämiseen. Kaavamaisista omavastuuosuuksista voidaan pyrkiä liukuvaan kustannusvastuuseen siten, että rahoitus palvelee sekä priorisoinnin että hoidon porrastuksen ohjaukskeinona. Myös terveyspalvelujen itsemaksettujen kustannusten verotuskohtelu on tarpeen ottaa uuteen tarkasteluun. Kohdistetut verovähennykset tarjoavat mahdollisuuden terveyspalveluihin suunnatun yksityisen rahoituksen lisäämiseen sekä veroasteen hallittuun alentamiseen.

## **9. Lääkäriliiton aloitteet terveydenhuollon kehittämiseksi**

**V** Liiton raportti "Perusturva ja valinnanvapaus terveydenhuollossa" julkaistiin vuoden 1992 lopussa. Terveydenhuollon keskeisiksi tavoitteiksi esitettiin, että perusturva tulee taata yhtäläisesti kaikille ja että potilaalle tulee antaa oikeus valita lääkäriänsä ja hoitopaikkansa. Raportti esitti terveydenhuollon rahoituspohjan kehittämistä ja mm. täydentävän vakuutusrahoitusmallin tutkimista.

Jatkotyöryhmä "Rahoitus ja Palvelut" esitti 1993 hoitotakuujärjestelmän käyttöönottamista Suomessa.

Seuraava työryhmä "Terveydenhuollon Rahoitus" määritteli sen arvopohjan, mille terveydenhuollon kehittäminen tulisi rakentaa. Terveydenhuollon teesit hyväksyttiin valtuuskunnan kokouksessa toukokuussa 1995.

Työryhmä "Terveydenhuollon Toiminta ja Rahoitus" julkisti vuoden 1996 lopussa täysin uuden-

laisen kokeilumallin tilaajan ja tuottajan roolin eriyttämiseksi Suomen terveydenhuollossa.

Tämä raportti on viides Lääkäriliiton terveyspalvelujen kehittämistä koskeva raportti 1990-luvulla ja suoraa jatkoa edellä kuvattuihin selvityksiin. Terveydenhuollon rahoituspohjan turvaaminen on nähty tässäkin raportissa keskeisimpänä tavoitteena.

# 10. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

## A. Terveydenhuollon peruspalvelut turvattava lainsäädännöllä 20

- A.1. *Peruspalvelut määriteltävä riittävän selkeästi*
- A.2. *Terveyspalvelujen rahoitusta vahvistettava*
- A.3. *Välttämättömät terveyspalvelut turvattava potilaan tarvetta vastaavasti*

## B. Terveydenhuollon rahoitus uudistettava 21

- B.1. *Veropohjainen rahoitus säilyy edelleen*
- B.2. *Alueellinen rahoitusmalli*
- B.3. *Potilaan omavastuu kustannusten hallinnan ja priorisoinnin ohjauskeinona*

## C. Tasa-arvo ja valinnanvapaus 24

- C.1. *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentäminen*
- C.2. *Korkeiden terveystkustannusten verovähennysoikeus otettava käyttöön*
- C.3. *Sairausvakuutus säilytettävä potilaan riittävän valinnanvapauden turvaajana*

## D. Resurssien tehokas käyttö 25

- D.1. *Hallittu kilpailu*
- D.2. *Valtion sitoutumista vastuuseen terveyspalvelujen turvaamisessa lisättävä*
- D.3. *Terveyspalvelubarometri*



**TYÖRYHMÄ  
ON MUOTOILLUT  
EHDOTUKSENSA  
NELJÄÄN RYHMÄÄN:**

- A. Lainsäädännöllinen pohja**
- 
- B. Rahoitusmallin kehittäminen**
- 
- C. Tasa-arvo ja valinnanvapaus**
- 
- D. Resurssien tehokas käyttö**

**A. Terveystenhuollon peruspalvelut turvattava lainsäädännöllä**

Suomen Hallitusmuodon 15 a § toteaa:

*”Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. ...*

*Julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävät väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. ...”*

Täysin vastaavat säännökset ovat myös eduskunnan helmikuussa 1999 hyväksymässä hallituksen esityksessä uudeksi Suomen hallitusmuodoksi (HE/ 1998vp).

Laki potilaan oikeuksista toteaa (3§):

*”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin on käytettävissä. ...”*

**A.1. Peruspalvelut määriteltävä riittävän selkeästi**

Huolimatta hallitusmuodon ja potilaan oikeuksista annetun lain säädöksistä ei Suomessa ole kiireellistä hoitoa lukuunottamatta (KtL 16 §; EshL 31 §) lakitasoisesti määritelty, mita riittävien terveyspalvelujen turvaaminen, oikeus välttämättömään huolenpitoon ja oikeus terveydentilan edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon tarkoittavat. Tällainen perustason määrittely on viipymättä tehtävä.

## **A.2. Terveyspalvelujen rahoitusta vahvistettava**

Eräät merkittävät ja kokonaiskustannuksiltaan kalliit sosiaalipalvelut on lain tasolla määritelty subjektiivisiksi oikeuksiksi. Kiireellisen hoidon lisäksi ei terveyspalvelujen osalta ole tällaista määrittelyä tehty. Kun julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittajataho on sama – yksittäinen kunta – terveyspalvelut ja sosiaalipalvelut ovat rahoituksellisesti eriarvoisessa asemassa: lain oikeuksiksi säädetty sosiaalipalvelut tulee tuottaa ensisijaisesti ja säästöt on haettu supistamalla terveyspalveluja. Tämä **terveydenhuollon peruspalvelut rahoitusharkinnassa syrjäyttävä asema on pikimmiten tasoitettava.**

## **A.3. Välttämättömät terveyspalvelut turvattava potilaan tarvetta vastaavasti**

Perusturvallisuuden kannalta keskeistä on antaa kansalaisille varmuus siitä, että hän tarvitessaan voi saada laadukkaita terveyspalveluja asuinkunnasta riippumatta. **Palvelujen saatavuusturva voidaan säädöksissä määritellä tarpeen mukaisesti seuraavasti:**

1. **elämää uhkaavissa tilanteissa palvelut on saatava välittömästi**
2. **yhteys perusterveydenhuollon lääkäriin on oltava saatavissa kolmessa päivässä**
3. **erikoissairaanhoidon lääkärin arvio hoidon tarpeesta on saatava kahdessa viikossa perusterveydenhuollon lähetteen saapumisesta.**
4. **pääsy tarpeelliseksi todettuihin tutkimuksiin ja hoitoihin on järjestettävä hoito-ohjelmasuositusten mukaisen ajan kuluessa.**

## **B. Terveystienhuollon rahoitus uudistettava**

### **B.1. Veropohjainen rahoitus säilyy edelleen**

Terveyspalvelujen julkisen rahoituksen veropohjaisuus on suomalaisen toimintamallin perusta, jolle kehittäminen ja kokeilut voidaan edelleen rakentaa. Nykyisessä kuntien itsemääräämisoikeutta korostavassa järjestelmässä ei rahoituksen ohjaus kuitenkaan turvaa perustavoitteena pidettävää kansalaisten tasa-arvoa.

Riittävän rahoituksen kokoamiseksi ja sen oikeudenmukaisen kohdentamisen mahdollistamiseksi tarvitaan sujuvaa yhteistyötä kuntien kesken. Samalla olisi selvitettävä, voitaisiinko erillisellä terveysverolla saada aikaan terveyspalvelut turvaava rahoituksen vakaus. Terveyspohjaisten haittaverojen tuotosta tulisi nykyistä suurempi osa ohjata ehkäisytoimien lisäksi terveyspalvelujen rahoittamiseen.

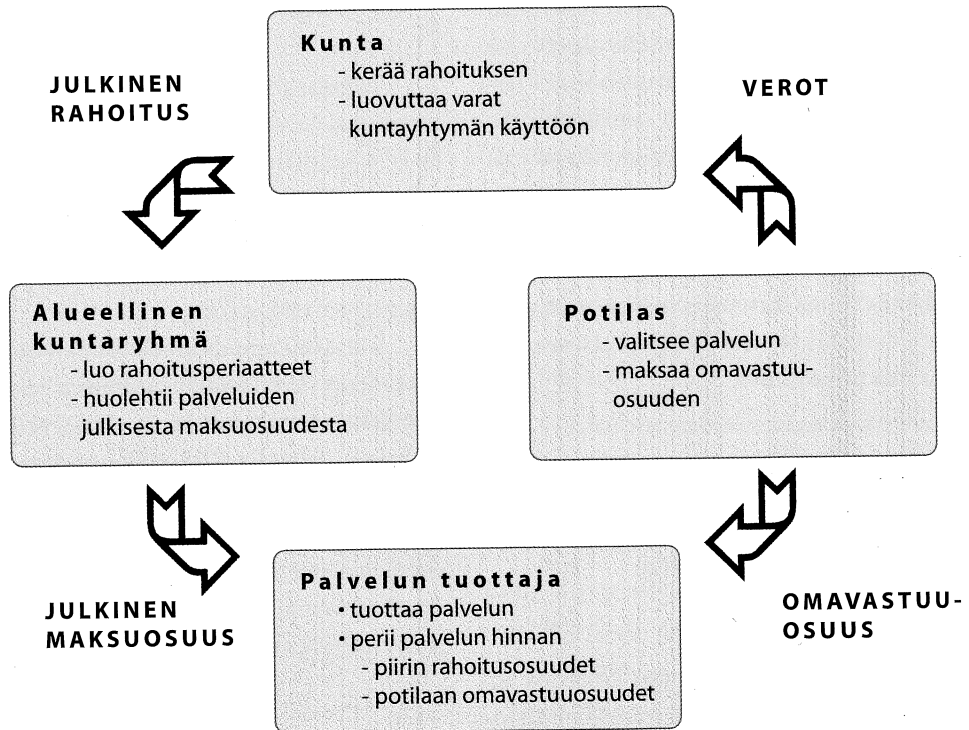
### **B.2. Alueellinen rahoitusmalli**

Suurin osa kunnista on asukasmäärältään liian pieniä voidakseen toimia satunnaisuudet poistavana ja tasaavana vakuutus pohjana. **Kuntakohteisesta rahoituksesta tulee siirtyä laajempaan rahoitus pohjaan, jolla saavutetaan riittävä väestöpohja sekä pystytään käyttämään asian tuntijoita suunnittelemaan sitä, mihin julkinen rahoitus erityisesti kohdennetaan ja mikä osa kustannuksista jää kansalaisen itse maksettavaksi.**

Rahoitus pohjan laajentaminen esim. alueperustaiseksi voidaan toteuttaa vähitellen kokeilujen kautta. Tavoitteena tulisi olla malli, jossa toiminnal-

## Terveyspalvelujen alueellinen rahoitusmalli

### JÄRJESTELMÄN KUVAUS



lisesti keinotekoinen jako kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon olisi poistettu.

Muutokseen tähtäävien kokeilujen ensimmäisessä vaiheessa nykymuotoiset sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset järjestettäisiin uudelleen yhden alueellisen rahoitusjärjestelmän piiriin. Alueena voisi olla nykyinen sairaanhoitopiiri tai pienten sairaanhoitopiirien yhteenliittymänä muodostettu kuntayhtymä. Tämän kuntayhtymän hallinto toteutettaisiin kuntien yhteistyönä, käsittäen luottamusmiestason johtoelimet ja vastuulliset virkamiehet. Yhtymän keskushallinnossa tulee olla eri sektoreiden asiantuntijoita, jotka pystyvät arvioimaan alueen väestön terveyspalvelujen tarpeen ja niille osoitettavan julkisen rahoitusosuuden.

Järjestämisvastuu säilyisi entiseen tapaan kunnilla. Palvelujen käyttäjien tasa-arvon turvaamiseksi kunnat ohjaisivat terveydenhoitoon osoittamansa varat yhden alueellisen kuntayhtymän käytettäväksi terveyspalvelujen järjestämiseen koko alueen väestölle. Kuntakohtainen osuus voisi pohjautua eri väestötekijöihin nykyisen valtionosuuden laskentapohjan mukaan. Turvaavin ratkaisu voisi olla terveysvero, jonka määrällä samalla laskettaisiin yleistä kunnallisveroa.

Muodostettu kuntayhtymä huolehtisi terveyspalvelujen rahoituksen ohjauksesta alueellaan. Palvelujen tuotantolaitokset, sairaalat, terveyskeskukset ja muut terveydenhuoltoyksiköt toimisivat tulosvastuullisina tuotantoyksikköinä saaden tu-

lonsa tuottamistaan palveluista sopimusten ja suorien palvelumaksujen kautta.

**Alueellinen kuntayhtymä määrittäisi julkisen rahoituksen osuuden tarvittaville palveluille.** Kuntayhtymä voisi myös kilpailuttaa palvelujen tuottajia alueellaan ja tehdä niiden kanssa sopimuksia. Käytännön toimialajakona voisi olla perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoidon konservatiivinen toiminta, operatiivinen toiminta, palvelualueet ja psykiatriset palvelut.

**Kuntayhtymä keskittyisi julkisen rahoituksen ohjaamiseen eikä enää toimisi työnantajana palvelutuotannossa. Alueen julkiset sairaalat ja hoitolaitokset irrotettaisiin tulosvastuullisiksi tuotantoyksiköiksi, jotka toimisivat asiantuntijaohjauksessa.** Tuotantoyksikköinä voisivat olla nykyiset laitokset tai ne edelleen jaoteltuina pienemmiksi tulosyksiköiksi. Vastaavasti perusterveydenhuollossa terveyskeskukset toimisivat kokonaisina tai toiminnalliselta pohjalta ositetuina ja joko kunnallisessa tai yksityisessä omistuksessa. Yksityiset palvelutuottajat saatettaisiin tuottajina yhtäläiseen asemaan uudelleen järjestettyjen julkisten palvelutuottajien kanssa. Kaikki tuottajat saisivat tulonsa yhtäläisesti heiltä ostetuista palveluista.

Perusterveydenhuollon palvelut perustuisivat edelleen pääosin omalääkärijärjestelmään. Oman lääkärin valinta ei olisi sidottu asuinkuntaan eikä nykyisen jaottelun toimintasektoriin. Potilaalla tulee olla oikeus valita oma lääkäriinsä ja tarvittaessa vaihtaa tätä.

**Terveydenhuollon julkiset kiinteistöt jäisivät kuntien/kuntayhtymien omistukseen, mutta ne siirrettäisiin erillisen kunnallisen kiinteistöyhtiön hallintaan. Tämä yhtiö voisi tehdä palvelujen tuottajien kanssa sopimuksia tilojen käytöstä ja korvauksista.**

### *B.3. Potilaan omavastuu kustannusten hallinnan ja priorisoinnin ohjauskeinona*

Kustannusten hallinnan ja priorisoinnin yhteisenä tavoitteena on terveydenhuoltoon osoitetun rahoituksen oikea kohdentaminen. Tähän tavoitteeseen ei pyritä sulkemalla pois tarpeellisiksi koettuja hoitokeinoja, vaan kohdistamalla julkista rahoitusta liukuvasti eri palveluille niiden välttämättömyyden ja vaikuttavuuden mukaan.

**Alueellinen terveydenhuollon rahoitusyhtymä asiantuntijoiden valmistelemana päättäisi julkisten varojen kohdentamisesta määrittämällä kullekin terveyspalvelulle ”palautustaksan”, eli sen osuuden, joka potilaalle korvataan hänen ostamastaan terveyspalvelusta. Terveyspalvelujen saatavuuden joustava turvaaminen on parhaiten toteutettavissa ottamalla käyttöön hallinnollisista rajoista riippumaton hoitoteteli.** Tällä menettelyllä terveyspalvelujen rahoittajataho sitoutuu korvaamaan osuutensa potilaan valitsemassa hoitopaikassa.

**Palveluhinnan julkisen rahoituksen ylimenevä osa - omavastuuosuus - jäisi potilaan itsensä kannettavaksi. Jos yhden henkilön itse maksettaviksi jäävät terveystulokset ovat suuret, tulisi hänellä olla oikeus vähentää ne verotuksessaan.**

Porrasteisuudessa ensikontakti perusterveydenhuollon omalääkärillä on pääperiaate myös alueellisessa rahoitusjärjestelmässä. Potilaalla olisi kuitenkin valinnanvapautensa puitteissa oikeus hakeutua suoraan avohoidon erikoislääkärille, jolloin vaihtelevaa omavastuuta voitaisiin kohtuullisissa rajoissa käyttää perusteltuun ohjaukseen.

## **C. Tasa-arvo ja valinnanvapaus**

### **C.1. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentäminen**

Nykyisessä rahoitusmallissa sairaanhoitopiirien tuottamat palvelut ovat eri rahoitusasemassa kun terveyskeskusten palvelut. Tämä saattaa eri sairauksia sairastavat ja erityyppisiä palveluja tarvitsevat potilaat eri asemaan palvelujen käyttäjinä. **Tavoitteena tulee olla, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat samassa rahoitusasemassa. Keskeinen muutos on siirtyminen tuotantoyksiköiden ohjauksesta palveluprosessin ohjaukseen, mikä on välttämätöntä palveluketjun saumattomuuteen pyrittäessä.**

Esitetyn rahoitusmallin kokeiluja on mahdollista järjestää suurelta osin nykyisen lainsäädännön puitteissa. Pidemmällä tähtäyksellä saattaa olla taroituksenmukaista yhdistää kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki yhdeksi terveydenhoitolaiksi.

### **C.2. Korkeiden terveyskustannusten verovähennysoikeus otettava käyttöön**

Jokainen kansalainen osallistuu verotuksensa kautta terveydenhuollon rahoitukseen. 1990-luvulla kotitalouksien omakohtainen rahoitusvastuu on selvästi kohonnut. Tämän kehityksen taustalla löytyvät sairauskulujen verovähennysoikeuden poistaminen ja kohonnut lääkekustannukset sekä pieneltä osaltaan korotetut palvelumaksut. Monia terveyspalveluja ei ole ollut riittävästi ja joustavasti saatavilla kunnallisessa terveydenhuollossa, jolloin kansalaiset ovat käyttäneet yksityisiä palveluja ja maksaneet omalta osaltaan enemmän. Kuitenkin kansalaisten mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen kehittämiseen omilla valinnoillaan ovat olleet

erittäin pienet. Hallitun kilpailun mahdollistamiseksi tulee kansalaisten omien valintojen mahdollisuutta lisätä ja omavastuun osuutta pienentää suurten terveyskeskuskustannusten kyseessä ollen.

Tehokas ja toimiva malli tähän on suurten terveyskustannusten verovähennysoikeus. **Jos yksittäisen henkilön vuosittaiset, itse maksettavat sairauskulut ylittävät 4000 mk hänellä tulisi olla oikeus vähentää nämä kustannuksensa verotuksessa.**

### **C.3. Sairausvakuutus säilytettävä potilaan riittävän valinnanvapauden turvaajana**

Suomen sairausvakuutusjärjestelmä on osoittautunut joustavasti toimivaksi rahoitusmalliksi, jonka avulla on voitu täydentää julkisia peruspalveluja. Sairausvakuutuksen kautta on pystytty tuottamaan pienellä julkisella rahoituksella potilaan omavastuuosuutta kannustimena käyttäen sellaisia palveluja, joita kunnallinen järjestelmä ei ole pystynyt kysynnän mukaisesti tarjoamaan. Samalla sairausvakuutus on valtakunnallisena ja täydentävänä rahoitusjärjestelmänä turvannut potilaalle valinnanvapauden aluerajojen tai muiden hallinnollisten rajojen ylitse. Sairausvakuutuksen muita palveluja täydentävä ja potilaan valinnanvapauden turvaava sekä hallittua kilpailua tukeva rooli suomalaisessa terveydenhuollossa tulee säilyttää ja sitä tulee edelleen kehittää.

**Kehitettäessä kokeiluin alueellista toimintamallia sairausvakuutuksen täydentävä rooli tulisi näkymään edelleen tärkeänä.** Se turvaisi potilaan valinnanvapauden tilanteissa, joissa terveyspalvelut tuotetaan alueellisen rahoituskuntayhtymän tuotantosopimusten ulkopuolella. Tällä menettelyllä on myös mahdollisuus osittain poistaa sellaisia alueelliseen priorisointiin liittyviä puutteita, jotka saattavat potilaita palvelujen käyttäjinä kohtuuttomasti eriarvoiseen asemaan.

## **D. Resurssien tehokas käyttö**

Kokonaisuutena Suomessa on riittävästi terveyspalvelujen tuotantoresursseja. Ongelmana on, miten saada ne tehokkaaseen käyttöön. Tämä tavoite voidaan saavuttaa turvaamalla hallitun kilpailun edellytykset, luomalla palvelujen tarjontaan joustoa, suosimalla potilaiden valinnanvapautta sekä kehittämällä rahoitusmallia siten, että se kannustaa tehokkuuteen.

### **D.1. Hallittu kilpailu**

Kilpailu on tärkeä toimintaa tehostava tekijä, joka pysyy hallittuna julkisen ohjauksen puitteissa. **Kilpailun perusedellytyksiä ovat tuottajien tasa-arvo palvelujen myyjinä, sairausvakuutus ja korkeiden terveystalustusten verovähennysoikeus. Potilaan riittävä valinnanvapaus ylläpitää hallitun kilpailun edellytyksiä siten, että potilaat voivat valinnoillaan vaikuttaa palvelujen laatuun ja tuotannon tehokkuuteen.** Myös muita hallitun kilpailun elementtejä tulee ottaa käyttöön, joista esimerkkeinä voi mainita sopimuslääkärijärjestelmän erikoissairaanhoidossa sekä oikeuden omalääkärin valintaan perusterveydenhuollossa.

**Kaikkien palvelutuottajien tulee saada tuolonsa tuotetuista palveluista.** Palvelujen tehokkaan tuottamisen tulee palkita tuottajia siten, että he omalla tuloksellaan voivat kehittää palvelujansa edelleen. Poliittisen päätöksenteon tulee kohdentaa resurssien kokonaismäärään ja tasa-arvon turvaamiseen resurssien jaossa sekä poliittisen päätöksen piiriin kuuluvaan priorisointiin. Palvelujen tuottajien tulee toimia asiantuntijaohjauksessa oman johtamisjärjestelmänsä puitteissa.

## **D.2. Valtion sitoutumista vastuuseen terveyspalvelujen turvaamisessa lisättävä**

Valtion vastuu terveydenhuollon rahoituksesta ja ohjauksesta on vähentynyt merkittävästi 1990-luvulla. Tämä on osaltaan kiihdyttänyt kansalaisten eriarvoistumista terveyspalvelujen käyttäjinä. Valtion vetäytymistä vastuusta on ollut havaittavissa myös tutkimuksen, koulutuksen ja kehittämisen alueilla, jotka sinällään luontevimmin kuuluvat valtion toimesta hoidettaviksi.

**Valtion vastuuta terveyspalvelujen turvaajana on lisättävä. Erityisvastuuna tulee olla palvelujen minimitaso määrittelemisen ja turvaaminen, johon tarvittaessa on voitava käyttää myös suoraan kohdennettuja rahoituseriä laskennallisen rahoituksen ohella.** Ensivaiheessa tulee terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä eriyttää sosiaalipalvelujen rahoituksesta siten, että terveyspalvelujen priorisointi potilaiden hoidon tarpeeseen pohjautuen voidaan toteuttaa.

### **D.3. Terveyspalvelu- barometri**

**Palvelutilanteen seurantaan ja vertailuun on kehitettävä selkeät mittarit, joilla pystytään muodostamaan alueellinen terveyspalvelubarometri.** Keskeisiä seurannan kohteita ovat hoitoonpääsy, hoidon taloudellisuus, palvelujen laatu ja potilastyytyväisyys. Väestökohtaisissa tarkasteluissa on voitava arvioida vaikutuksia alueen väestön terveydentilaan ja kustannusten tasaukseen. Tasa-arvon toteutumista on seurattava alueiden, sairausryhmien, ikäluokkien ja sosiaaliryhmien välillä.

# ***Terveydenhuollon teesit***

*Hyväksytty Lääkäriliiton valtuuskunnan kevätkokouksessa 29.4.1995*

## **YKSILÖN OIKEUDET JA VELVOLLISUUDET**

- 1.** Jokaisen velvollisuutena on huolehtia omasta terveydestään. Yksilön omatoimisuutta terveytensä vaalimisessa on kannustettava.
- 2.** Jokaisella tulee olla tasavertainen mahdollisuus terveytensä edistämiseen sekä korkeatasoiseen tutkimukseen ja hoitoon.
- 3.** Terveydenhuollon peruspalvelujen tulee olla kohtuullisessa ajassa jokaisen saatavilla maksukyvyistä riippumatta. Näitä palveluita ovat lääkärin tarpeelliseksi katsomat terveyden säilyttämiseen tai palauttamiseen tähtäävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnot, tutkimukset ja hoidot.
- 4.** Potilaalla tulee olla oikeus valita lääkäriinsä ja hoitopaikkansa.
- 5.** Tutkimus ja hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan oikeus toisen lääkärin varmentavaan arvioon (second opinion) on turvattava.
- 6.** Hoitavalla lääkärillä on itsenäinen oikeus päättää potilaan tutkimuksesta ja hoidosta.

## **TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA PALVELUJEN TUOTTAMINEN**

- 7.** Terveydenhuollon vakaa rahoituspohja on turvattava sen toimivuuden ja jatkuvan kehittämisen takaamiseksi. Rahoituksen tulee perustua erilliseen käyttötarkoitukseltaan sidottuun rahoitusjärjestelmään.
- 8.** Rahoitusjärjestelmä tulee rakentaa siten, että se tukee sekä yksilön että palvelujen tuottajan pyrkimyksiä terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen.
- 9.** Palvelutuottajat saavat tulonsa heiltä ostetuista palveluista. Palvelun tilaaja ei voi samalla olla sen tuottaja. Kaikilla terveyspalvelujen tuottajilla on oikeus kuulua samanveroisesti kansallisen rahoitusjärjestelmän piiriin.
- 10.** Omavastuuosuutta tulee kehittää palveluiden priorisoinnin ja porrastuksen ohjausekinona.
- 11.** Palvelutuottajien tulee tarjota vain lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaina ja tarkoituksenmukaisina pidettyjä tutkimuksia ja hoitoja.
- 12.** Jokaisella terveydenhuollon palvelutuottajalla tulee olla toimiva laadunvarmistusjärjestelmä.

*Teesi = lyhyeen muotoon formuloitu väite, väittämä, väittös, väittäminen, väittäminen, joka halutaan keskustelun tai väittelyn alaiseksi (Nyky-suomen Sanakirja 1976)*

*Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa - muistiossa Lääkäriliitto esittelee ehdotuksensa terveydenhuoltoon uudeksi rahoitusmalliksi, joka turvaisi nykyistä paremmin potilaiden hoitopääsyn. Liitossa on huolestuneena seurattu terveydenhuollon rahoituspohjan murentumista, leikkausjonojen pidentymistä sekä palvelutason heikkenemistä erityisesti taloudellisissa vaikeuksissa olevissa kunnissa. Ongelmat ovat vuosi vuodelta pahentuneet eikä kuntien säästöpolitiikassa ole näkyvissä muutosta.*

*Lääkäriliitto katsoo, että yksittäinen kunta on liian pieni yksikkö vastaamaan asukkaidensa terveyspalveluiden rahoituksesta. Kustannusten tasaamiseksi ja riittävän asiantuntemuksen turvaamiseksi tulisi terveyspalvelujen rahoituksen järjestäminen siirtää suurten sairaanhoitopiirien kokoisille kuntayhtymille. Liitto esittää rahoitusuudistuksen käynnistämistä aluksi kokeilujen avulla.*

*Kuntayhtymän asiantuntijat määrittelisivät eri toimenpiteille ja hoidoille hinnat, jotka kustannetaan julkisista varoista. Tämän kustannusosuuden potilas saisi kuntayhtymältä hoitotelinä, kun lääkäri on todennut potilaan hoidon tarpeen.*

*Lääkäriliitto katsoo, että hallinnollisista rajoista riippumattomalla hoitotelillä pystytään parhaiten turvaamaan terveyspalvelujen joustava saatavuus. Jonojen pituus vaihtelee eri sairaanhoitopiireissä, mutta hoitotelin avulla potilas voisi hakeutua siihen sairaalaan, jossa leikkausjono on lyhin. Potilaan valinnanvapaus edistäisi hallittua kilpailua terveydenhuollossa asettamalla palvelujen tuottajat tasavertaiseen asemaan. Yhteiskunnan kannalta hoitoteli voisi toimia myös priorisointikeinona: tärkeimpinä pidettyjen hoitojen korvausosuus voitaisiin määritellä muita korkeammaksi.*

*Uuden rahoitusjärjestelmän tueksi liitto esittää alueellista terveyspalvelubarometriä, jolla seurattaisiin hoitopääsyä, palvelujen laatua ja taloudellisuutta, potilastyytyväisyyttä sekä vaikutuksia väestön terveydentilaan.*



Suomen Lääkäriliitto  
Finlands Läkarförbund

Mäkelänkatu 2, PL 49, 00501 Helsinki  
Puhelin: 09-393 091, Faksi: 09-3930 794  
Sähköposti: laakariliitto@fimnet.fi  
Internet: <http://www.laakariliitto.fi>