



SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO
FINLANDS LÄKARFÖRBUND

Lääkäriliiton hallitusohjelma

Lääkäriliiton tavoitteet 2011–2015

Hallituskaudella 2011–2015 julkisen talouden vajeen kattaminen ja valtion velkaantumisen pysäyttäminen ovat keskeisiä haasteita. Haasteisiin vastaamiseen tulee pyrkiä ensisijaisesti julkisen sektorin toimintoja tehostamalla, työuria pidentämällä, työllisyyskehitystä ja tuottavuutta parantamalla sekä säilyttämällä kokonaisveroaste nykyisellään. Verotuksen painopistettä on muutettava työntekoa kannustavaksi.

Julkisesti rahoitetut hyvinvointipalvelut tulee säilyttää nykyisellä tasollaan kansalaisten tasa-arvoisen ja tarpeenmukaisen palvelutarpeen kattamiseksi sekä syrjäytymisen estämiseksi.

Terveydenhuollon rahoitus ja palvelurakenne

Terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskeva lainsäädäntöhanke on vietävä loppuun hallituskauden aikana. 1. toukokuuta 2011 voimaan astuva Terveydenhuoltolaki määrittää terveydenhuollon sisältöä. Myös terveydenhuollon rahoitusta ja

palvelurakennetta koskeva säädöspohja on uusittava vastaamaan nykyaikaa ja tulevaisuuden haasteita.

Lääkäriliiton mielestä terveydenhuollon rahoituksen tulee olla pääosin julkista ja veroperusteista. Palvelujen järjestämisvastuun tulee olla julkisella vallalla. Palvelutuotantoa on sitä vastoin monipuolistettava ja hajautettava. Palvelutuotannon tulee perustua julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osaamisen monipuoliseen hyödyntämiseen siten, että palveluntuottajat ovat tasa-arvoisia.

Työurien pidentäminen

Lähes puolet eläköitymisestä johtuu ennenaikaisesta työkyvyttömyydestä. Tutkimusten mukaan jo 3–4 kuukauden työstä poissaolo sairauden vuoksi huonontaa ratkaisevasti työhön paluun ennustetta.

Terveydenhuollon palvelurakennetta kehittämällä tulee mahdollistaa lääketieteellisesti oikea-aikainen hoito ja kuntoutus työkyvyttömyyseläköitymisen ja työmarkkinoilta syrjäytymisen vähentämiseksi.

Kattavalla ja hyvin toimivalla työterveyshuollolla voidaan vaikuttaa työssä olevien sairastavuuteen ja riskiin jäädä eläkkeelle työkyvyttömyyden vuoksi.

Nuorten työelämään pääsyä ja siten syrjäytymiskehityksen ehkäisyä on tuettava elinkeino-, työvoima- ja koulutuspolitiikan keinoin. Oppivelvollisuuskoulutuksensa päättävät nuoret tulee saada kattavasti ja viipeettä toisen asteen koulutukseen. Oppisopimuskoulutus on käyttökelpoinen ammatillisen koulutuksen vaihtoehto osalle työelämään tulevista nuorista. Korkeakouluista valmistuvien nuorten työllistymistä tulee tukea.

Veropolitiikka

Julkisen talouden epätasapaino ei mahdollista kokonaisveroasteen ainakaan merkittävää alentamista tulevalla hallituskaudella. Verotusta on kuitenkin kehitettävä työntekoa kannustavaksi.

Hetemäen verotyöryhmän linjaukset verotuksen painopisteen siirtämisestä työn verotuksesta kulutuksen verotukseen ja haittaveroihin ovat kannatettavia.

Tuloveroasteikkoja tulee laskea kautta linjan ja ylin rajaveroaste tulee laskea viiteenkymmeneen prosenttiin. Myös pääomaverotusta on syytä pohtia oikeudenmukaisuuden näkökulmasta.

Lääkärikoulutus ja lääketieteellinen tutkimus

Suomalaisen korkeatasoisen kliinisen, kuten myös perustason lääketieteellisen, tutkimuksen turvaaminen on välttämätöntä. Tämä edellyttää yliopistojen perusrahoituksen kasvattamista.

Monilla lääketieteen erikoisaloilla eläkepoistuma on tulevina vuosina suurempi kuin ennakoitu erikoislääkärien koulutustuotos.

Erikoislääkärikoulutuksen tarvetta tulee tarkastella osana menossa olevan terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja rahoituksen uudistusta, ja siihen tulee ohjata tarvittavat resurssit.

Lääkärikoulutuksesta ja lääketieteellisestä tutkimuksesta terveydenhuollon palvelujärjestelmälle aiheutuneiden ylimääräisten kustannusten korvaamiseen tarkoitettu erityisvaltionosuus (EVO-rahoitus) on jäänyt pahasti jälkeen. Sen tasoa on nostettava vastaamaan palvelujärjestelmälle toiminnasta aiheutuvia todellisia kustannuksia.

Terveydenhuollon rahoitus ja palvelurakenne

Lääkäriliitto on muotoillut näkemyksiään terveystalouden rahoituksesta niin lainsäädännöllisen pohjan, rahoituksen kuin palvelutuotannonkin osalta. Se on tuonut keskusteluun oman ns. "Altera"-mallinsa (alueellinen rahoitus). Vaikka liiton rahoitusmalli julkistettiin jo vuonna 1996, siinä on varsin paljon samoja piirteitä kuin 17. marraskuuta 2010 julkaistussa THL:n terveystalouden rahoitusmallissa: Markku Pekurisen vetämä asiantuntijatyöryhmä ja sen raportti "Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet".

Terveydenhuollon rahoituksesta ja palvelujärjestelmästä käyty keskustelu on edennyt. Tulevalla hallituskaudella se konkretisoituu edelleen. Lääkäriliitto haluaa sekä kehittää omia ajatuksiaan että olla mukana kehittämässä terveydenhuollon rakennelainsäädäntöä yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

Seuraavassa on jaettu neljän otsikon alle Lääkäriliiton tämänhetkiset, yleisluontoiset käsitykset terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja sen rahoituksesta.

Kansalaisen valinnanvapaus

– tavoitteena tehokas ja toimiva ohjausprosessi

- Kansalaisella tulee olla oikeus valita hoitopaikkansa ja hoitava lääkäriensä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin.
- Julkinen rahoitus terveydenhuoltopalveluihin kulkee kansalaisen mukana. Kansalaisen valinta ohjaa palvelujärjestelmän toimintaa.
- Omalla kustannuksella kansalainen voi valita "lisäpalveluja" – vaikkapa sairaalassa yhden hengen huoneen, puhtaasti yksityisen palveluntuottajan tai sellaista palvelutuotantoa, mitä julkisella rahoituksella ei rahoiteta (esimerkiksi esteettinen kirurgia).

Potilaan ja lääkärin välinen suhde on erikoislaatuinen. Siihen liittyy usein tiedon epäsymmetrisuus. Suhteessa käsitellään potilaalle hyvin henkilökohtaisia, eri tavoin intiimejäkin asioita, jotka ovat usein potilaalle äärimmäisen tärkeitä – terveyden, toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen tai parantaminen, tai jopa hengen säilyminen.

Vaikka suhde esimerkiksi ennaltaehkäisevässä terveydenhoidossa voi olla hyvin tasa-arvoinen, on potilas terveydenhuollon palveluissa usein toiminnan – ja siis myös vallankäytön – kohteena. Tällainen suhde vaatii toimiakseen osapuolten välillä äärimmäisen luottamuksen. Potilaan on voitava luottaa siihen, että lääkäri toimii hänen parhaakseen silloinkin, kun hän ei ymmärrä, mistä on kysymys. Vain valinnanvapaus voi taata täydellisen luottamuksen rakentumisen.

Vaikka kansalainen ei voi itse arvioida toiminnan ja eri toimijoiden tuottamien palvelujen lääketieteellistä laatua, kansalainen on paras arvioimaan asiakaslaatua: saatavuutta, tavoitettavuutta, kohtelua ja palvelua.

Kansalaisen valinnanvapaus palvelumarkkinoilla on vahva ohjauskeino.

Terveydenhuollon palvelutuotanto

– tavoitteena tehokas tuotantoprosessi

- Palvelutuotantoa tulee monipuolistaa ja hajauttaa.
- Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien on oltava kilpailussa kansalaisasiakkaista samalla viivalla.
- Tuottajat kilpailevat asiakaslaadulla, lääketieteellisellä laadulla ja tuotannon teknisellä tehokkuudella.

Julkisen terveydenhuollon toimijat ovat usein monopolin asemassa olevia palveluntuottajia alueellaan. Koska kansalainen ei terveydenhuollon julkisella rahoituksella voi valita palveluntuottajaansa, hänellä on todellista valinnanvapautta vain omalla kustannuksellaan niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoitossakin.

Julkisille terveyskeskuksille vaihtoehtoisia perusterveydenhuollon palveluntuottajia löytyy suurehkoilla paikkakunnilla. Työterveyshuolto tarjoaa

yhden vaihtoehdon, mutta palveluntuottajan valitsee työnantaja. Erikoissairaanhoiton palveluissa sairaanhoitopiirit ovat lähes täysin monopoli-asemassa. Eduskuntakäsittelyssä oleva Terveydenhuoltolaki tuo rajatusti valinnanvapautta ensi vuonna, ja silloinkin vain julkisten palveluntuottajien osalta.

Tuottajan monopoliasema ei kannusta asiakaslaadun ylläpitämiseen tai kehittämiseen. Terveydenhuollon palvelut kansalaisen näkökulmasta ovat suurelta osin lähipalveluja ja läheisiä palveluja; ihmisten antamia palveluja toisille ihmisille. Terveydenhuollossa on tarvetta tuotannon monipuolistamiselle, ja erityisesti perusterveydenhuollossa todellisten lähipalvelujen synnylle.

Ruotsissa, Hallandin maakunnassa kansalaiset valitsevat perusterveydenhuollon palvelut joko julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Yhteiskunta rahoittaa palvelun maksamalla tuottajille kapitaatiopohjaisen korvauksen (kansalaisen vuoden hoito), joka vaihtelee ikäluokittain arvioidun terveyspalvelujen tarpeen perusteella.

Koska hoidon "hinta" on sama palveluntuottajasta riippumatta, palveluntuottajat kilpailevat tuotannon teknisellä tehokkuudella ja asiakaslaadulla. Näin säilytetään asiakaskunta ja taataan toiminnan vaikuttavuus. Lääketieteellinen laatu takaa terveyden ja toimintakyvyn. Myös tuotantokustannukset pysyvät kurissa. Toimintamalli on tehokas, asiakaslähtöinen ja lääketieteellisesti perusteltu.

Terveydenhuollon kustannukset, hinnanmääritys ja priorisointi

– tavoitteena toiminnan oikea kohdentaminen

- Terveyspalveluihin on tarpeeseen nähden rajallisesti rahaa käytettävissä.
- Terveyspalveluiden julkinen rahoitus (BKT-osuus) on poliittinen päätös.
- Rahoituspäätös on priorisointipäätös.

Terveyspalvelujen kysyntä on rajatonta. Julkista rahaa ei ole rajattomasti käytettävissä. Rajahyöty tulee vastaan myös terveyspalvelujen rahoittamisessa, joten samalla rahamäärällä on ennen pitkää saatavissa suurempaa hyötyä – terveyshyötyäkin – sijoittamalla se yhteiskunnan muihin toimintoihin.

Rahoituksesta päättäminen tarkoittaa priorisointia sekä terveydenhuollon sisällä että terveydenhuollon ja yhteiskunnan muiden toiminto-

jen välillä. Rahoitus- ja priorisointipäätöksenteon tulee olla yleisellä tasolla keskustelulle avoin, julkinen ja poliittinen prosessi. Päätöksenteko julkisen rahoituksen määrästä, osuudesta ja priorisointilinjauksista kuuluu poliittisille päättäjille. Päätöksenteko yksilötasolla (potilaan hoito) on ammattilaisten tehtävä.

Kun palveluja hinnoitellaan, on tarkoituksenmukaista pyrkiä kokonaisuuksien hinnoitteluun (yhden potilaan vuoden hoito). Erikoissairaanhoitossa myös toimenpideperusteinen hinnoittelu on perusteltua (lonkkaproteesileikkaus), mutta sielläkin löytyy ei-toimenpideperusteisia kokonaisuuksia (skitsofreniapotilaan vuoden hoito, Parkinsonpotilaan vuoden hoito). Kokonaisuuksien hinnoittelussa akuuttitilanteet (skitsofreniapotilaan sairaalahoitoa vaativa akuutti psykoosi) voidaan hinnoitella erikseen.

Julkisen rahoituksen tulee olla kaikille palveluntuottajille samansuuruisen samasta tuotteesta tai palvelusta.

Terveyspalvelujen rahoitus (potilaan omavastuuosuus) ja hinnoittelu ei voi toimia tulontasausjärjestelmänä. Verotus on sitä varten. Potilaan omavastuuosuuden on siis oltava tuloista riippumaton. Potilaan omavastuuosuus voi vaihdella vain potilaan halutessa ostaa lisäpalveluja omalla kustannuksellaan.

Eri palveluiden erilaista omavastuuosuutta voidaan käyttää myös priorisoinnin keinona.

Rahoituksen järjestäminen

– tavoitteena tehokas rahoitusprosessi

- Terveyspalveluiden julkinen rahoitus kerätään veroina tai veronluonteisina maksuina.
- Kansallisella tasolla rahoittajia voi olla 1–5.

Jos asetelmassa "tilaaja/ostaja – palveluntuottaja – rahoittaja" on jossakin oltava monopoliasemassa oleva toimija, sen on paras olla rahoituksessa, mutta mieluummin ei sielläkään. Rahoittajien keskinäinen kilpailu rahoituksen toteuttamisessa kehittää rahoitusprosessia.

Terveyserot ja siten terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset vaihtelevat voimakkaasti maan eri osien välillä. Tämän vuoksi kustannusten erittäin suuret vaihtelut ovat tasattavissa vain riittävän isossa väestöpohjassa. Alueellinen rahoitusmalli esim. nykyisten aluehallintoviranomaisten, yliopistollisten erityisvastuualueiden tai sairaanhoitopiirien puitteissa ei riittävästi tasaa kustannusvaihtelua, koska sairastavuus – ja siten terveydenhuollon kustannukset – vaihtelevat paljon alueellisesti.