

16.2.2012

Terveydenhuollon järjestämisen uudistamisen suuntaviivat

- Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen on välttämättömyyttä erityisesti perusterveydenhuollon pelastamiseksi.
- Järjestämisvastuullisia organisaatioita tulisi olla Suomessa vähemmän kuin kymmenen, koska perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (mukaan lukien erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys) järjestäminen tulee olla aidosti yhden alueellisen organisaation vastuulla.
- Palveluiden rahoitusvastuu ei voi olla pienemmällä organisaatioilla kuin järjestämisvastuu, ettei terveydenhuollon rahoittajasta tule järjestelmässä passiivinen toimija.
- Järjestämisvastuun keskittämisen välttämättömyys ei pääsääntöisesti tarkoita tuotannon keskittämisen tarvetta. Usein käytetyt peruspalvelut, kuten perusterveydenhuolto, tulee vastaisuudessaakin tuottaa lähellä kansalaisia.
- Järjestelmän tulee tukea potilaiden valinnanvapautta, monimuotoista palvelutuotantoa, sekä uusien innovatiivisten tuotantomallien ja tuotantotapojen syntymistä.
- Sosiaalihuollon palveluiden järjestämisvastuun keskittäminen ei ole välttämättä tarkoituksenmukaista siinä mitassa kuin terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon sujuva yhteistoiminta voidaan taata myös ilman järjestämisvastuun integraatiota.

Järjestämisvastuun vahvistaminen

Suomessa on Euroopan Unionin hajautetuin terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu. Rahoitusvastuu on Suomessa hajautettu kunnille, joiden keskimääräinen koko on noin 16 000 asukasta (mediaani n. 6 000). Suurimmassa osassa EU:n jäsenmaista rahoitusvastuussa olevan organisaation väestöpohja on keskimääräin ainakin miljoona asukasta. Suomen jälkeen pienin keskimääräinen väestöpohja on Kreikassa, jossa se on keskimäärin hieman alle 400 000 asukasta. Nykyisin vallitsee varsin laaja yhteisymmärrys siitä, että näin äärihajautettu rahoitus- ja järjestämisvastuu ei palvele riittävän hyvin nykyaikaisen terveydenhuollon tarpeita. Järjestämisvastuun keskittäminen on otettu myös Jyrki Kataisen hallituksen terveydenhuollon kehittämisen linjauksien keskeiseksi osaksi.

Äärihajautettu terveydenhuoltojärjestelmä on ollut toimiva ratkaisu aikoinaan kun sairauksien hoito ei vaatinut nykyisen kaltaista erikoisosaamista, erikoistunutta teknologiaa, eikä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä eri erikoisalojen tiivistä yhteistyötä. Äärihajautettu päätöksenteko mahdollisti vahvan paikallisen vaikuttamisen.

Nykyaikaisen terveydenhuollon vaatimukset ovat erilaiset. Tietotaidon ja teknologian kehityksen myötä (toiminnan spesialisoituminen) sekä ihmisten liikkuvuuden lisääntyessä on palveluiden toimiminen yhtenäisenä kokonaisuutena yhä tärkeämpää. Yksittäisen potilaan hoito tapahtuu yhä enemmän usean toimintayksikön – myös perus- ja erikoissairaanhoidon - yhteistyönä.

Tässä tilanteessa on tärkeää, että hoitoketjut toimivat saumattomasti yhteen ja esimerkiksi potilastiedot kulkevat sujuvasti yksiköstä toiseen potilaan mukana.

Nykyisen kaltaisessa hajautetussa järjestelmässä syntyy eriarvoisuutta palveluiden saatavuudessa ja kokonaisuuden johdettavuus sekä ohjattavuus on heikkoa. Erityinen ongelma Suomessa on ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun eriyttäminen. Sen seurauksena perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistoiminta on huonoa, eikä terveydenhuollon palvelukokonaisuuksia ole kehitetty koordinoitusti. Tilanne on johtanut paitsi kustannusvaikuttavuuden heikkenemiseen terveydenhuollossa, myös perusterveydenhuollon kurjistumiseen, kun kunnan on ollut helpompi hillitä perusterveydenhuollon kustannuksia kuin erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Keskeinen osa nykyaikaista terveydenhuoltoa on ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon päivystys. Toimiva päivystys edellyttää ympärivuorokautisen synnytystoiminnan, operatiivisen ja konservatiivisen päivystystoiminnan sekä niihin liittyvän tehohoidon. Näiden palveluiden järjestäminen vaatii vähintään 200 000 asukkaan väestöpohjia. Nykyisistä kahdestakymmenestä sairaanhoitopiiristä yli puolet on väestöpohjaltaan tätä pienempiä (Liite).

Vertikaalinen integraatio takaa potilaan hoidon jatkumon

Nykyaikainen terveydenhuolto tulee aidosti johtaa, ohjata, resursoida ja kehittää yhtenä riittävän suurena alueellisena kokonaisuutena. Puhutaan vertikaalisesta integraatiosta, jolla tarkoitetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (ml. erikoissairaanhoidon ympärivuorokautinen päivystys) kokonaisuuden hallintaa järjestelmänä ja potilaan jouhevaa liikkumista tässä järjestelmässä ilman organisaatorajojen esteitä sairauden hoidon tarpeen ohjaamana. Vain näin voidaan varmistaa laadukas, tehokas ja yhdenvertainen palvelutuotanto sekä se, että käytettävissä olevat voimavarat hyödynnetään palvelujärjestelmän tehokkaan toiminnan kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Vahvat järjestämisvastuussa olevat organisaatiot mahdollistavat myös menojen paremman ennakoitavuuden.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisen integraatio vahvistaisi perusterveydenhuollon nykyistä heikkoa asemaa osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Toimiva terveydenhuollon vertikaalinen integraatio edellyttää käytännössä sitä, että järjestämisvastuullisia organisaatioita tulisi olla Suomessa vähemmän kuin kymmenen.

Näin vahvoilla organisaatioilla on mahdollisuus käyttää erilaisia keinoja niin lähipalvelujen kuin keskitetympien palvelujen järjestämiseen. Keskeistä on, että järjestämisvastuussa oleva organisaatiot ovat riittävän vahvoja, jotta ne pystyvät aidosti valitsemaan erilaisista palvelujen tuotantovaihtoehdoista ja halutessaan käyttämään markkinoilta ostettavia palveluja osana järjestämisvastuutaan. Järjestäjillä tulee olla riittävä osto-osaaminen ja mahdollisuus valvoa palvelujentuottajien laatua.

Järjestämisvastuu edellyttää kuntia suurempia väestöpohjia

Koska kuntien yhdistäminen riittävän suuriksi kokonaisuuksiksi ei ole realistista, eikä kuntien kaikkien tehtävien kannalta tarkoituksenmukaistakaan, tulee terveystalouden järjestämisvastuu siirtää kunnilta riittävän suurille

alueellisille organisaatioille. Tätä on esitetty viime vuosina mm. THL:n ja valtioneuvoston alaisen Talousneuvoston selvityksissä. Suomen Lääkäriliitto on tuonut asiaan esille jo 90-luvun lopulla ehdottaessaan terveydenhuollon järjestämismalliksi ns. Altera-mallia.

Perustuslain takaama oikeus laadukkaisiin ja yhdenvertaisiin terveydenhuollon palveluihin tulee asettaa etusijalle suhteessa perustuslain takaamaan kuntien laajaan autonomiaan palveluiden järjestämisessä.

Uudet alueelliset organisaatiot voisivat olla kuntayhtymiä, itsenäisiä alueellisia organisaatioita tai valtion hallinnoimia organisaatiota. Itsenäinen asema vaatisi alueille oman vaaleilla valitun demokraattisen päätöksentekaelimen. Hallinnollisista ratkaisuista päätettäessä tulee huomioida mm. Kainuun, Etelä-Karjalan ja muiden yhteistoimintaratkaisujen kokemukset sekä muissa maissa käytössä olevat hallintomallit.

Järjestämisvastuussa olevien organisaatioiden keskeinen tehtävä on vastata siitä, että alueella tuotetaan asukkaiden terveystarpeisiin nähden riittävät ja laadukkaat palvelut. Tämän toteuttamiseksi sen tulee vastata mm. väestön terveyden seurannasta, palveluiden tarpeen selvittämisestä, julkisen vallan käytöstä terveydenhuollossa, palveluiden yhdenvertaisesta saataavuudesta, palvelujärjestelmän kehittämisestä, voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta sekä palvelutuotannon laadusta, seurannasta ja valvonnasta.

Palveluiden rahoittaminen

Terveyspalvelut tulee jatkossakin pääosin rahoittaa verovaroin. Terveydenhuollon päätöksenteon kannalta on luontevaa, että terveydenhuollossa tuottaja ei ole suurempi kuin järjestäjät eivätkä järjestäjät ole suurempia kuin rahoittajat. Nykyisin erikoissairaanhoidossa rahoitusvastuu on pienempien organisaatioiden (kunnat) vastuulla kuin järjestämisvastuu (sairaanhoitopiirit). Tässä asetelmassa rahoittajasta on tullut passiivinen maksaja, jolla ei ole ollut tosiasiallista mahdollisuutta ohjata ja kehittää palveluiden järjestämistä.

Kun järjestämisvastuu on alle kymmenellä alueellisella organisaatiolla, ei ole tarkoituksenmukaista että rahoitusvastuukaan säilyisi kunnilla. Rahoitusvastuun tulisi olla järjestämisvastuullisilla organisaatioilla, niitä suuremmilla kokonaisuuksilla tai valtiolla.

Mikäli järjestämisvastuussa olevilla alueellisilla organisaatioilla olisi rahoitusvastuu, tulee niillä olla joko oma suora veronkanto-oikeus tai itsenäinen oikeus päättää alueensa kuntien asukas pohjaisista maksuosuuksista (eräänlainen epäsuora veronkanto-oikeus). Tällöin myös alueiden välisiä palvelutarpeiden eroja tasaavat valtionosuudet tulisivat suoraan alueellisille organisaatioille.

Mikäli valtio olisi rahoitusvastuussa, saisivat alueelliset organisaatiot kaiken julkisen rahoituksensa valtionosuuksina. Tämä loisi valtiolle vahvan resurssiohjauksen työkalun.

Palveluiden tuottaminen ja valinnanvapaus

Vaikka järjestämisvastuuta tulee merkittävästi keskittää, se ei pääsääntöisesti tarkoita tarvetta tuotannon keskittämiseen. Palvelutuotantoa on painvastoin monipuolistettava ja hajautettava. Perinteisesti terveyskeskusjärjestelmä on kannustanut palveluiden keskittämiseen yhä suurempiin tuotantoyksiköihin. Palvelut tulee tuottaa niin lähellä kansalaisia kuin mahdollista, kuitenkin siten, että taataan palveluiden laatu ja palvelujärjestelmän kokonaistehokkuus. Usein tarvittavat peruspalvelut tulee vastaisuudessaakin tuottaa lähipalveluina ja sitä kehitystä tulee järjestelmätasolla edistää. Joidenkin erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisessa nykyistä jonkin verran suurempi keskittäminen parantaisi palveluiden laatua ja tehokkuutta (esimerkiksi synnytystoiminta).

Suomessa järjestämisvastuussa olevat organisaatiot ovat myös pääsoin tuottaneet itse terveyspalvelut. Tämä on luonut alueelliset tuotantomonopolit. Järjestelmän keskeinen ongelma on se, että tuottajan monopoliasema ei kannusta asiakaslaadun tai hoidon kustannusvaikuttavuuden ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Se ei myöskään tue potilaiden vapautta valita palvelujen tuottaja mikä loisi automaattisen kehityskannusteen järjestelmään. Se johtaa myös alueellisen lääkärivajeen syntyyn, kun koko koulutettu työvoima ei ole julkisen palvelutuotannon käytettävissä.

Terveystuotannossa onkin tarvetta tuotannon monipuolistamiselle, erityisesti perusterveydenhuollossa. Palvelutuotannon tulee perustua julkisten ja yksityisten palveluntuottajien osaamisen monipuoliseen hyödyntämiseen siten, että palveluntuottajat ovat tasa-arvoisia. Julkisen rahoituksen tulee olla kaikille palveluntuottajille samansuuruinen samasta tuotteesta tai palvelusta. Tuotannon monipuolistaminen yhdistettynä tuottajien väliseen kilpailuun tukee uusien innovatiivisten tuotantomallien ja tuotantotapojen syntymistä. Lisäksi erilaiset tuotantomallit houkuttelisivat perusterveydenhuoltoon lisää lääkäreitä, kuten esimerkiksi Norjan ja Ruotsin kokemukset osoittavat.

Alueellisen järjestämisvastuussa olevan organisaation ei tule olla itse palveluiden tuottaja muuta kuin siinä tapauksessa, jos riittäviä palveluita ei pystytä muuten tuottamaan. Tällainen tilanne voi olla mm. erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen päivystyksen tuottamisessa.

Kansalaisella tulee olla oikeus valita hoitopaikkansa ja hoitava lääkäriensä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Julkinen rahoitus terveydenhuoltopalveluihin kulkee kansalaisen mukana (ns. raha seuraa potilasta -periaate). Näin kansalaisen valinta ohjaa palvelujärjestelmän toimintaa ja kannustaa tuottajia palveluiden laadun ja saatavuuden kehittämiseen. Tästä seuraa myös hoidon kustannusvaikuttavuuden ja terveydenhoidon tuottavuuden paraneminen.

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistoiminta

Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on Suomessa ollut pääsääntöisesti samalla organisaatiolla, kunnalla. Useiden potilasryhmien palveluiden kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminnan sujuvuus on keskeistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiva yhteistyö onkin tärkeää esimerkiksi vanhustenhuollossa, vammais- ja päihdehuollossa sekä lastensuojelussa.

Kunnan sisällä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon tuotanto on yleensä kuitenkin eriytetty. Tämä on perusteltua, koska näiden kahden sektorin toimintakäytännöt ja -periaatteet sekä erityisosaamista vaativien toimintojen määrä on hyvin erilainen. Kummankin ammattialan paradigma ja vaadittava koulutus ovat erilaiset sekä pääsääntöisesti asiakkaat, niiden tarpeet ja työtä ohjaava lainsäädäntö ovat erilaiset.

Kun terveydenhuollon järjestämisvastuu keskitetään alueellisille organisaatioille, voidaan myös sosiaalihuollon palveluiden järjestämisvastuu keskittää näille organisaatioille. Jatkossakin on perusteltua, että sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluita tuotetaan pääosin erillisinä toimintoina, kuitenkin toiminnallisesti yhteen sovitettuna.

Sosiaalihuollon palveluiden järjestämisvastuun keskittäminen ei ole välttämättä tarkoituksenmukaista, koska sosiaalihuollossa on niukasti keskittettäviä erityisosaamista vaativia palveluita. Näiden sektoreiden sujuva yhteistoiminta voidaankin taata myös ilman järjestämisvastuun integraatiota esimerkiksi alueellisilla palvelusopimuksilla.

Monikanavainen rahoitus

Uudistuksen yhteydessä rahoituksen monikanavaisuuden tuottamia osapoptimointiin johtavia kannusteita tulisi purkaa. Keskeisin ongelma on se, että kunnallisella järjestelmällä ei ole kannustetta järjestää palveluita siten, että työkyvyttömyysjaksot olisivat mahdollisimman lyhyitä. Näiden etuuksien rahoitusvastuun siirtäminen julkiselle terveydenhuoltojärjestelmälle ei kuitenkaan ole välttämättä tarkoituksenmukaista, koska niiden kustannuksista kattaa merkittävän osan työnantajat. Alueellisille organisaatioille tulisi kuitenkin rakentaa jonkinlainen taloudellinen kannuste lyhentää työkyvyttömyysjaksoja järjestämällä tarvittavat palvelut viivytyksettä.

Osoptimointia aiheutuu myös matka- ja lääkekustannusten kustannusvastuun eriyttämisestä. Nykyisin ne katetaan sairausvakuutuksen kautta valtion ja vakuutettujen rahoituksella. Näiden kustannusten korvausvastuu voitaisiin siirtää sairausvakuutuksesta alueellisille organisaatioille. Kansalaisten yhdenvertaisuuden varmistamiseksi korvauskäytännöistä päätettäisiin kuitenkin jatkossakin kansallisella tasolla. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen rahoitus- ja järjestämisvastuu voitaisiin kokonaisuudessaan integroida alueelliselle organisaatioille. Nykyisellään kunnan ja sairausvakuutuksen vastuunjako lääkinnällisen kuntoutuksen rahoituksesta on varsin epäselvä.

Osoptimointiin kannustaa myös järjestelmä, jossa sairauden hoitaminen jaetaan kahden eri järjestelmän kesken joko perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tai luomalla järjestelmäraja erikoissairaanhoidon keskelle.

Monikanavaisuuden purkautuessa mahdollisuus osoptimointiin vähenisi huomattavasti ja terveydenhuollon käytössä olevat resurssit tulisi käytettyä kokonaisuuden kannalta järkevimmin.



LIITE: Sairaanhoidopiirien väestöpohjat 31.12.2010 (lähde: Tilastokeskus)

Itä-Savon shp	45 608
Länsi-Pohjan shp	65 287
Keski-Pohjanmaan shp	75 052
Kainuun shp	78 703
Etelä-Savon shp	105 952
Lapin shp	118 201
Etelä-Karjalan shp	132 899
Vaasan shp	166 250
Pohjois-Karjalan shp	169 778
Kanta-Hämeen shp	174 555
Kymenlaakson shp	175 377
Etelä-Pohjanmaan shp	198 469
Päijät-Hämeen shp	212 807
Satakunnan shp	225 762
Pohjois-Savon shp	247 943
Keski-Suomen shp	273 637
Pohjois-Pohjanmaan shp	398 335
Varsinais-Suomen shp	468 464
Pirkanmaan shp	485 911
Helsingin ja Uudenmaan shp	1 528 279