

MN

3.8.2010

Sosiaali- ja terveysministeriö
Kirjaamo
PL 33
00023 Valtioneuvosto

Lausuntopyyntö STM 138:00/2008, 18.6.2010 Sillanaukee / Kolimaa

SUOMEN LÄÄKÄRILIITON LAUSUNTO ”OPISKELUTERVEYDEN- HUOLLON KUSTANNUKSET JA JÄRJESTÄMISTAPA EHDOTUKSET” TYÖRYHMÄMUISTIOSTA (2009:49)

Suomen Lääkäriliitto kiittää tilaisuudesta esittää näkemyksiään otsikon asiassa.

Yleisvaikutelma työryhmämuistiosta on hyvin myönteinen: se on loogisesti, sujuvasti ja jopa mielenkiintoisesti laadittu. Sen lähtökohta on selkeä: Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) määrittelee myös opiskeluterveydenhuollon tason ja nyt työryhmän tarkoituksena on ollut selvittää, kuinka tämä asetuksella asetettu tavoite voidaan toteuttaa, paljonko se edellyttäisi lisärahoitusta ja kuinka rahoitus voitaisiin järjestää.

Suomen Lääkäriliitto on todennut lausunnossaan em. asetuksesta mm. seuraavaa, joka etenkin resurssitarpeen osalta on edelleen ajankohtaista:

- *Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan on tärkeää, että terveyspalveluiden yhdenmukaiseen ja tasavertaiseen toteutumiseen kiinnitetään huomiota ja epäkohtia tämän suhteen pyritään korjaamaan. Väljä puitelainsäädäntö ja tehoton informaatio-ohjaus johtavat nykyisellään perusteettomiin alueellisiin eroihin palveluiden tarjonnassa. Informaatio-ohjauksen toimimattomuuteen on vastikään kiinnittänyt huomiota mm. Eduskunnan tarkastusvaliokunta (TrVM 5/2008). Asetustasoinen ohjaus on terveysneuvonnan ja terveystarkastusten osalta tarpeellista, johon valtuutus on kirjattu myös terveydenhuoltolaki työryhmän tekemässä lakiluonnoksessa.*
- *Asetuksen implementoinnin onnistumisen näkökulmasta on hyvä, että asetus on valmisteltu olemassa oleviin hyväksytyihin kansallisiin ohjeistuksiin ja suosituksiin perustuen. Tämä tukee hyvin sitä periaatetta, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua tieteelliseen tutkimusnäyttöön käytäntöjen vaikuttavuudesta...*
- ...
- *Keskiasteen ammatillisissa oppilaitoksissa iso osa opintojen keskeyttämisistä tapahtuu jo ensimmäisten opintoviikkojen aikana ilman minkäänlaista kontaktia opiskeluterveydenhuoltoon. Nämä opiskelijat ovat usein moniongelmaisia (oppimisvaikeuksia, fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia sekä sosiaalisia ongelmia) ja syrjäytymisvaarassa. Tämä prosessi voi toistua useina vuosina nuorten hakiessa satumanvaraisesti eri oppilaitoksiin eri paikkakunnilla. Niin koti- kuin opiskelupaikkakunnan terveydenhuolto voivat olla asiasta tietämättömiä. Näiden nuorten taivoittaminen ja auttaminen on iso haaste ja siihen tulisi asetuksessa kiinnittää erityistä huomiota.*

- *Asetuksen kattama toiminta on suuressa osassa kuntia järjestetty selvästi alle ole-massa olevien ohjeiden tason. Asetuksen toimeenpano tulee vaatimaan terveyspal-velujärjestelmän lisäresursointia. Muistion selkeä puute onkin se, että siinä ei ole arvioitu näitä lisäresurssitarpeita. Tämä olisi keskeistä kustannusten lisäksi myös henkilöstötarpeen kannalta, koska terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta joudumme elämään niukkuudessa nyt ja tulevaisuudessa. Ennen asetuksen anta-mista tulisikin luotettavasti selvittää sen aiheuttamat lisäresurssitarpeet ja ottaa kantaa siihen kuinka kustannusvastuu jakaantuu kuntien ja valtion kesken. Kun resursointia pohditaan, on keskeistä tarkastella sairauksien ehkäisyä myös inves-tointina tulevaisuuteen, eikä vain kustannuksia lisäävänä toimintana.*
- *Muistiossa jää epäselväksi kuinka asetuksen toteutumista tullaan kansallisella ta-solla seuraamaan. Odotettavissa on, erityisesti synkkenevien talousnäkymien var-jossa, että monissa kunnissa tämän tärkeä asetuksen toteuttaminen tulee olemaan haasteellista.*

Työryhmä päättyy pelkistetysti esitettynä kahteen konkreettiseen ehdotuk-seen:

1. Opiskeluterveydenhuoltoon tarvitaan vuosittainen 29 – 35 M€ lisärahoi-tus.
2. Palvelut järjestävälle opiskelupaikkakunnalle tulisi antaa laskutusosoikeus, jotta se voisi periä opiskeluterveydenhuollon kustannukset opiskelijan kotikunnalta.

Lisäksi työryhmä pohtii YTHS-mallin käyttöönoton laajentamisen mahdol-lisuuksia ja kustannuksia.

Työryhmä on liittänyt työnsä tulokset hyvin muihin kansallisiin hankkeisiin ja ohjelmiin, kuten KASTE-hankkeeseen ja toimiva terveyskeskus hankkee-seen. Se on ottanut lähtökohdakseen KASTE-ohjelman tavoitteet:

1. Osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen
2. Hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen
3. Palveluiden parempi laatu, vaikuttavuus, sekä alueellisten erojen kaven-taminen

Työryhmän lähtökohtana on myös ollut Matti Vanhasen II hallituksen halli-tusohjelma. Hallitusohjelman tavoitteena on parantaa opiskeluterveyden-huollon saatavuutta, laatua ja vaikuttavuutta sekä kehittää erityisesti ammat-tikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuoltoa

Vaikka työryhmä onkin tehnyt erinomaista työtä, Lääkäriliitto haluaa kiin-nittää lausunnossaan vielä huomiota seuraaviin seikkoihin:

1. Työryhmä on tyytynyt arvioimaan lisärahoitustarpeen suuruutta, jotta asetuksen kirjain voitaisiin toteuttaa. Työryhmä ei ole arvioinut, kuinka paljon lisäterveyttä ja hyvinvointia tällä ehdotetulla lisäpanostuksella tul-taisiin saavuttamaan.

2. Työryhmä on lähtenyt mallista, jossa terveydenhuoltoon opiskeluterveydenhuollon järjestämiseksi tulitisiin tuomaan tietty vuosittainen lisäresursointi. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa tämä on kuitenkin epätodennäköistä. Niinpä realistisempi vaihtoehto olisikin ollut nostaa keskusteluun opiskeluterveydenhuollon vaatiman lisäresursoinnin vaihtoehtoiskustannus, eli mitä jouduttaisiin jättämään tekemättä, jos opiskeluterveydenhuoltoa kehitetään asetuksen vaatimien määrällisten vaateiden suuntaisesti.
3. Työryhmä on päätenyt esittämään pääosin suurissa kasvukeskuksissa tuotettavien palvelujen kustannusten laskuttamista pääsääntöisesti muutotappioista ja taloudellisesta kurjistumisesta kärsivistä opiskelijoiden kotikunnista, joilla ei ole omia ko. tason oppilaitoksia. Tämä tulisi johtamaan merkittäviin muiden palvelujen karsimistarpeisiin näissä kunnissa, ja sen on vaikea nähdä vähentävän alueellista eriarvoisuutta. Näiden maksumiehiksi joutuvien kuntien kannalta lisäksi kotipaikkakunnan ulkopuolelle opiskelupaikan perässä muuttavan nuoren terveydenhuollon rahoittaminen olisi useimmiten hukkainvestointi, joka vain harvoin tulisi johtamaan verotulojen kertymiseen, jos nuori onnistuisi löytämään opintojensa jälkeen työtä ja puolison kotipaikkakunnalta. Tämä on käymässä yhä harvinaisemmaksi kasvukeskusten ulkopuolella. Osa opiskeluterveydenhuoltoon tehdystä investoinnista voitaisiin toki saada takaisin noin 40 vuoden kuluttua kustannukset aiheuttaneen opiskelijan palatessa työuran jälkeen eläkeläisenä entiseen kotikuntaansa.

Jos työryhmän edellyttämään laskutusmalliin lähdetäisiin, olisi alueellisen tasa-arvon kannalta kenties perusteltua laajentaa järjestelmää sisältämään myös ”kasvattaja-kotikunnalle” maksettava ”siirtokorvaus”, jonka se kunta, johon ammattiin valmistunut nuori muuttaa työtä tekemään ja verojaan maksamaan, suorittaisi sille kunnalle, joka on kustantanut nuoren terveydenhuollon, neuvolapalvelut ja koulutuksen.

Periaatteelliselta kannalta voidaan myös kyseenalaistaa työryhmän perusajatus lisätä terveyttä jakamalla enemmän palveluja tasaisemmin suuremmalle joukolle kohdehenkilöitä. Toisaalta tämä on ollut myös asetuksen lähtökohhta.

Esimerkit yhteiskunnan ja yritysmailman eri sektoreilta viittaavat siihen, että tämä ei aina ehkä ole kustannusvaikuttavin lähestymistapa. Tasa-arvoisuutta ei ehkä sittenkään pystytä edistämään lisäämällä mahdollisuutta käyttää palveluja kaikille, vaan pikemminkin kohdistamalla palvelut oikein. Tämä edellyttäisi kohdepopulaation segmentointia, ja sellaisten yksilöiden tunnistamista, joiden joukossa tietyt riskit ovat keskimääräistä yleisempiä. Näin voitaisiin samalla tunnistaa se osa populaatioista, jossa riskitasot ovat hyvin alhaisia, ja jotka tulevat toimeen hyvin kevyellä palvelurakenteella.

Näin on onnistuttu muilla sektoreilla esimerkiksi erilaisiin tukiin ja maksuihin liittyvässä tarkastustoiminnassa kohdistamaan voimavarat siten, että jopa aikaisempaa pienemmällä panostuksella on tavoitettu suurempi joukko toimenpiteitä edellyttäviä. Tässäkin muistiossa työryhmä luettelee erilaisia

riski-indikaattoreita, joissa voisi olla aineista tällaiseen voimavarojen tarkoituksenmukaisempaan suuntaamiseen.

Esimerkki tällaisesta voimavarojen suuntaamisesta löytyy kansallisesti myös terveydenhuollon alueelta, jossa toimiva terveyskeskus ohjelman yhdeksi kärjeksi on valittu terveyshyötymallin (chronic care model) kansallinen käyttöönotto. Mallissa pyritään tunnistamaan ns. ”avainasiakkaat” joiden kyky saavuttaa terveyshyötyä heihin kohdistetuista palveluluista on keskimääräistä suurempi. Tällaisia avainasiakasryhmiä voivat olla esimerkiksi paljon palveluja käyttävät ihmiset sekä useista yhtäaikaista pitkäaikaissairauksista, niiden riskeistä ja terveysriskeistä kärsivät potilaat.

Ehkä opiskeluterveydenhuoltoa kehitettäessä voitaisiin myös etsiä opiskeluterveydenhuollon terveyshyötymallia, jolla pystyttäisiin saavuttamaan asetuksessa määritellyt tavoitteet nykyisellä resursoinnilla.

Yhteenveto

Edellä esitetyn pohjalta Suomen Lääkäriliitto toteaa, että hyvässä muistiossa on kenties vielä pientä kehittämisen varaa etenkin, jos arvioidaan, että muuttunut taloudellinen tilanne tekee esitetyn lisäresursoinnin epätodennäköiseksi.

Suomen Lääkäriliitto toivoo, että opiskeluterveydenhuoltoa kehittämällä ei vaaranneta kunnallisen terveydenhuollon muita toimintoja ja niiden resursointia eikä kuormiteta kuntataloutta.

Suomen Lääkäriliitto toivoo edellä mainittujen näkökantojen huomioimista opiskeluterveydenhuollon jatkokehityksessä, johon se myös on valmis osallistumaan niin toivottaessa.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry

Timo Kaukonen
puheenjohtaja

Heikki Pälve
toiminnanjohtaja