

# TERVEYDENHUOLTOLAIN TAUSTA JA TAVOITTEET

---

Yrjö Mattila, SSOS –seura

HUS 27.9.2012

# Terveyturvan eri mallit

- Terveyturvan rahoitus ja palvelujen rakenne poikkeavat toisistaan eri maissa
- Päämallit:
  - 1. Verorahoitteinen malli: Pohjoismaat, Espanja, Italia, Iso-Britannia
  - 2. Sairausvakuutusmalli, Saksa, Ranska, Itävalta, Viro, Tshekki, Unkari
  - 3. Työnantajan vakuutusmalli ja yksityiset vakuutukset, Yhdysvallat (Muuttumassa 2014)

# Mallit II

- Verorahoitteisessa mallissa terveydenhuolto katetaan pääosin verovaroin
- Sairausvakuutusmallissa ammatillisesti järjestyneet sairauskassat tai alueelliset kassat hoitavat jäsentensä terveydenhuollon jäsenmaksuilla. Valtio maksaa yleensä niiden maksut, jotka eivät itse siihen pysty
- Yksityisessä mallissa työnantajat ovat keskeisiä. Terveydenhuolto kuuluu työsuhde-etuuksin. Muut kansalaiset vakuuttavat itsensä yksityisissä vakuutusyhtiöissä tai ovat ilman vakuutusta

# Mallit muotoutuivat jo 1800 -luvulla

- Terveydenhuolto on kaikissa länsimaissa ollut keskeinen kansalaisten palvelumuoto jo 1800 – luvulta lähtien.
- terveyspalvelujen hallinnointi ja rahoitusmuodot hahmottua eri suuntiin.
- Keski-Euroopan maat, erityisesti Saksa ja Itävalta kehittivät sairauskulujen kustannusten korvaamisesta lähtevän sairausvakuutusjärjestelmän
- Koski alussa vain palkkatyöntekijöitä, mutta laajeni sitten asteittain koko kansaa koskevaksi.
- Tarvittavat varat kerätään joko sairauskassan jäsenmaksuina tai muulla tavoin erillään varsinaisesta verotuksesta.
- Valtio maksaa niiden vakuutusmaksut, jotka eivät itse siihen pysty.
- Palveluissa sairausvakuutus tukeutuu pääasiassa ammatillisesti itsenäisten terveydenhuollon ammattiharjoittajien palveluksiin ja korvaa vakuutetuille hoidosta aiheutuneita kustannuksia.
- Perittyjen palkkioiden suuruus on säännelty joko neuvotteluteitse tai hallinnollisin päätöksin. Sairausvakuutuksen piirissä toimivat olevat ammattiharjoittajat voivat periä tietyn suuruisen palkkion, jotta vakuutetuille taataan korvaustaso.

# Verorahoitteinen malli

- Toisena pääpolkuna alkoi kehittyä puhtaasti verorahoitteinen terveydenhuolto.
- Yhteiskunta järjestää kansalaisille terveystalveluja rahoituksen tapahtuessa osana yleistä verotusta ilman korvamerkintää.
- Terveystenhuollon määrä ja laatu on tällöin riippuvaista tarkoitukseen myönnettävistä määrärahoista.
- **Suomi** on 1800 – luvulta lähtien toteuttanut verorahoitteista järjestelmää
- Talvelun järjestäjänä on pienin mahdollinen yksikkö, kunta.
- Polun alku on vuodessa 1869; keisarillinen julistus määräsi kunnat huolehtimaan kansalaistensa terveydenhuollosta.
- Kunnat olivat saaneet itsehallinnon vain muutama vuosi aiemmin,
- Muissa maissa järjestämisvelvollisuus kuntaa paljon suuremmille yksiköille.
- Aiemmin päävastuu terveydenhuollon järjestämisestä oli Suomessakin ollut valtiolla, julistus oli merkittävä käänne.

# The responsibility of organizing health care

	Financial responsibility	
	n	inhabitants/ organisation
Finland	336	15 795
Greece	30	374 000
Austria	21	397 000
Malta	1	406 000
Germany	200	411 000
Sweden	21	439 000
Luxembourg	1	471 000
Cyprus	1	793 000
Slovakia	6	899 000
Denmark	5	1 098 000
Czech Republic	9	1 140 000
Estonia	1	1 340 000
Slovenia	1	2 010 000
Spain	20	2 216 000
Latvia	1	2 271 000
Italy	20	2 943 000
Lithuania	1	3 366 000
Ireland	1	4 250 000
Bulgaria	1	7 538 000
Hungary	1	10 035 000
Belgium	1	10 517 000
Portugal	1	10 620 000
Netherlands	1	16 390 000
Romania	1	22 215 000
Poland	1	38 116 000
United-Kingdom	1	60 520 000
France	1	61 840 000

# Suomessa terveydenhuollon taso matala vielä 1930 –luvulla

- Kuntien verotulot olivat vähäiset, terveydenhuoltojärjestelmän järjestäminen alkoi hitaasti
- Kansalaisten pääsy terveydenhuoltoon riippui kuntien taloudesta ja päättäjien asenteista.
- Elinkeinorakenne ja ilmapiiri Suomessa agraarinen, niukkuutta sosiaali- ja terveystalouden kustannuksissa.
- Monet paikalliset päättäjät suhtautuivat terveydenhuoltojärjestelmään kielteisesti.
- Valtio oli passiivinen ja aktivoitui vain keskussairaalamuutoksen rakentamiseen 1950- 1970 luvulla.
- Paikallisesti järjestelmä perustui kunnanlääkärin palveluihin, jos kunta oli päättänyt perustaa kunnanlääkärin viran.
- Pääosan tuloistaan kunnanlääkäri sai asiakkaan maksamista palkkioista, kunta järjesti vastaanottotilat ja maksoi pienen peruspalkan

# Sairausvakuutusta ei hyväksytty

- Toisenlaiseen rahoituspohjaan perustuva sairausvakuutusjärjestelmäesitys hylättiin eduskunnassa 1920 – luvulla.
- Maaseutua edustavat puolueet eivät voineet hyväksyä järjestelmää, joka olisi alkuvaiheessa koskenut vain palkkatyöntekijöitä, jotka olisivat myös maksaneet sairausvakuutusmaksun.
- Myös järjestelmän kustannuksia pelättiin
- Toinen maailmansota muutti polkua sen verran, että valtion taholta käynnistettiin keskussairaaloiden rakentaminen.
- Kunnat eivät pystyneet sairaaloita rakentamaan, Suomessa oli puute sairaaloista.
- Keskussairaaloidenkin rakennustyö sujui hitaasti ja kustannustietoisesti kestäen lähes kolmekymmentä vuotta, aloitus 1950 –luvun alussa, valmis 1970 – luvun lopulla



# Pekka Kuusi muuttaa paradigman

- Kansainvälisissä tilastoissa Suomen terveydenhuollon tason heikkous alkoi näkyä 1950 –luvun lopulla.
- Suomalaisten terveyspalvelut olivat köyhimpien kehitysmaiden tasolla.
- Suhtautuminen terveydenhuoltoon muuttui, tuli muitakin arvoja kuin kustannusten minimointi
- Muuttuneeseen paradigmaan vaikutti merkittävästi Pekka Kuusen kirjan "*60 – luvun sosiaalipolitiikka*" nostattama keskustelu.
- Kirjassaan Kuusi toi esiin sen tosiasian, että suomalaiset olivat tilastojen mukaan erittäin sairas kansa, sairaustiheys ja kuolleisuus poikkesivat negatiivisesti muiden Länsi-Euroopan maiden luvuista.
- Harvalukuinen kunnanlääkärijärjestelmä ei ollut enää pitkään aikaan vastannut kansalaisten tarpeita ja sairaaloita oli liian vähän
- Kuusi osoitti, että panostamalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon voidaan lisätä bruttokansantuotetta, ei aiheuta pelkästään kustannuksia

# Sairausvakuutusjärjestelmä tuli vajaana

- Muuttuneen paradigman vuoksi sairausvakuutusjärjestelmää ei Suomessakaan enää vastustettu
- Vuonna 1964 Suomeen saatiin sairausvakuutusjärjestelmä yhtenä viimeisimpänä maana maailmassa.
- Pitkä odotus oli kuitenkin vaatinut veronsa.
- Järjestelmää ei toteutettu yhtä puhtaspiirteisesti kuin Saksassa ja muissa sairausvakuutusmaissa,
- Suomessa sairausvakuutus korvasi vain osan peritystä lääkärin- ja tutkimuksen ja hoidon palkkiosta viranomaisten vahvistaman korvaustaksan mukaan.
- Palvelujen hinnoittelu säilyi vapaana, joten kustannusvastuuta vyörytettiin asiakkaalle.
- Sairaala- ja muu laitoshoido jäi kokonaan sairausvakuutuksen ulkopuolelle valtion ja kuntien verovarjoilla ylläpidettäväksi, sairausvakuutus kattoi vain avohoidon kustannuksia.

# Sairausvakuutus/Kunnallinen järjestelmä

- Sairausvakuutuksessa korvamerkitty rahoitus, erillinen veronluonteinen maksu, kustannusten kattamisperiaate
- Potilaan valinnanmahdollisuus palveluissa.
- Kustannukset korvataan (osittain), jos ehdot täyttyivät
- Kunnassa terveystalvelut järjestetään määrärahojen ”voimavarojen” puitteissa. Terveystenhuollon määrärahat kilpailevat kunnan muiden menokohteiden kanssa
- Potilaalla ei subjektiivista oikeutta hoitoon kuin kiireellisissä tapauksissa
- Sairausvakuutuskorvauksesta potilaalla oikeus valittaa korvauksesta.
- Julkisessa terveystenhuollossa lääkäri päättää hoidosta. Päätöksestä ei valitusoikeutta.

# Kunnallista järjestelmää kehitettiin 1970 – luvulta lähtien

- Kunnallisen järjestelmän kehittäminen jatkui 1960 –luvulla eikä sairausvakuutuksen voimaan tuloa otettu huomioon
- Vuoden 1972 kansanterveyslaki perustui kunnalliseen itsehallintoon; väljä puitelaki, jonka perusteella terveyskeskuksen muoto ja palvelut jäivät kunnan päätettäväksi.
- Rahoituksessa alussa yhteyttä järjestelmien välillä: Sairausvakuutusrahastosta korvattiin terveyskeskusten lääkäripalveluja, 1980 –luvun alussa rahoituksellinen yhteys katkaistiin
- Kaksi järjestelmää alkoi toimia rinnakkain ilman keskeistä koordinaatiota, molempia tuettiin julkisin varoin, ”kaksikanavaisuus” alkoi.

# Kansanterveysjärjestelmä etusijalla, SV:stä ”heikko instituutio”

- Kansanterveysjärjestelmä tuli voimaan asteittain, pohjoisesta etelään
- Valtio koordinoi lain voimaantuloa lääkintöhallituksen avulla sekä valtakunnallisilla, kuntia velvoittavilla terveystuennitelmilla, yhtenäisyys tavoitteena
- Käytösidonaisuus terveydenhuoltoon tarkoitetuissa valtionavuuissa.
- Sairausvakuutusjärjestelmä kansanterveysjärjestelmän rinnalla alkoi heiketä 1970 –luvulla
- Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaso laski. Korvaustaksoja ei korotettu
- ”Kaksikanavaisuuden” ongelmia alettiin korostaa

# Työterveyshuolto ”kolmanneksi poluksi”

- 1970 – luvun lopulla tuli vielä kolmas palvelumuoto, työikäisille tarkoitettu työterveyshuolto
- Järjestelmän perusta on Suomen ratifioimissa ILO:n sopimuksissa sekä tehtaiden terveydenhuollossa
- Työterveyshuolto alkoi kehittyä 1970 –luvun alussa, kun työmarkkinajärjestöt ns. UKK – sopimuksessa sopivat järjestelmästä.
- Rahoitus sovittiin jakautuvaksi puoliksi sairausvakuutusrahaston ja työnantajien kesken.
- Palvelut olivat käyttäjille maksuttomia ILO:n sopimukseen perustuen.
- Työterveyshuoltopalveluja voivat antaa sekä julkiset että yksityiset palvelun tuottajat, 1970 –luvulla keskustelua

# Valtionosuusuudistus toi ”suuren käänteen” julkiseen terveydenhuoltoon

- Suomen 1900 –luvun julkisen terveydenhuollon merkittävin käänne tapahtui vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä.
- Kunnille annettiin huomattavan suuri vapaus paikallisen terveydenhuollon järjestämiseen, valtion koordinoiva ja ohjaava rooli väheni olennaisesti
- Lääkintöhallitus lakkautettiin ja valtionosuuksien käyttötarkoituksen sidonnaisuudesta luovuttiin, terveydenhuollon laskennalliset valtionosuudet sai käyttää mihin tahansa menoihin.
- Kunnissa terveydenhuoltoon myönnetyt määrärahat ratkaisivat entistä enemmän terveystalouden määrän ja laadun.
- Kunnan talousjohtolle tuli talousarvion valmistelijana merkittävä rooli terveydenhuollossa

# Uudistuksen seurauksena...

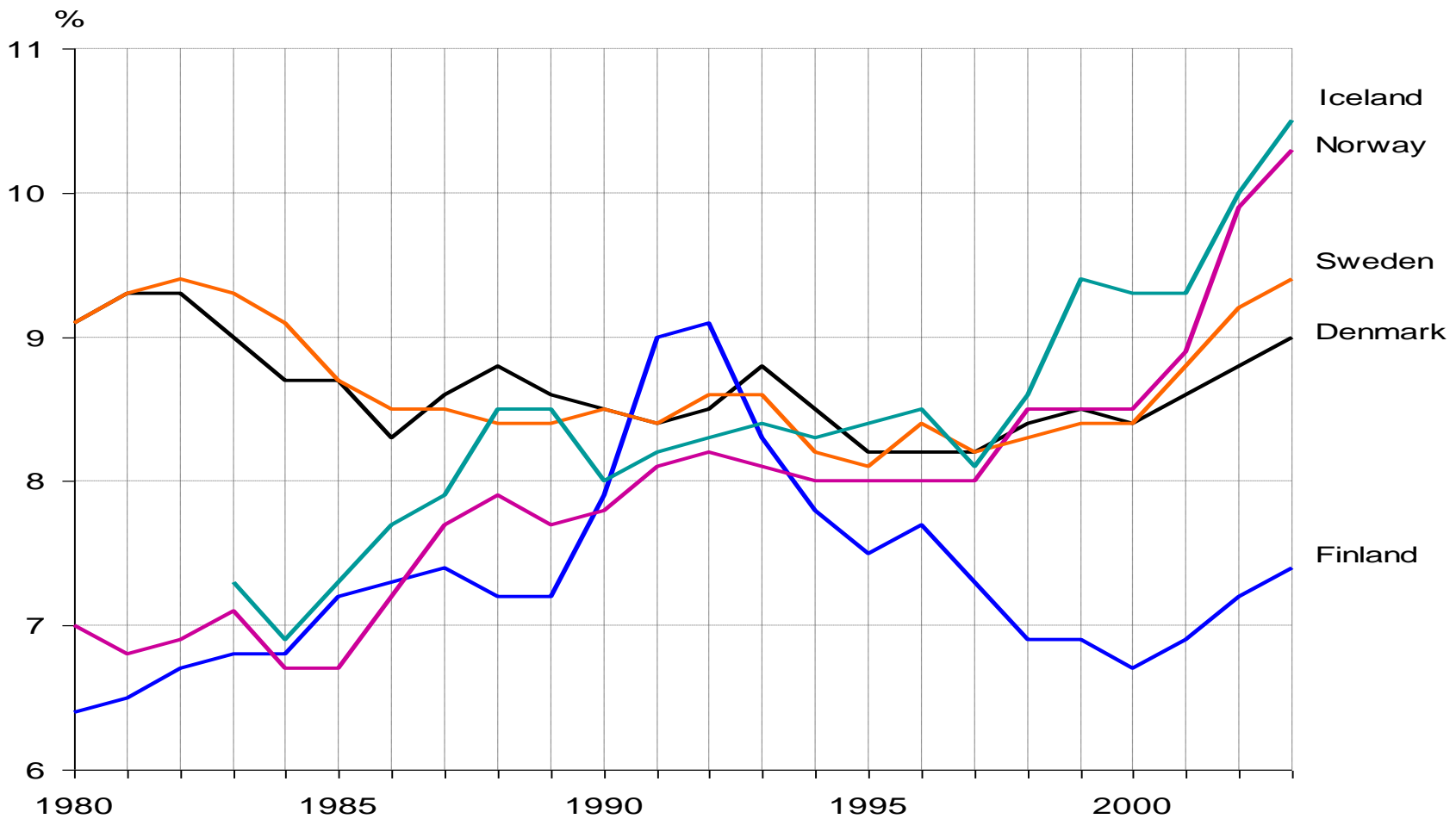
- Terveysthuollon toteutus kirjavoitui (myös 1990 – luvun alun taloudellinen lama vaikutti)
- Kehitystä ohjaaviksi instituutioiksi terveydenhuollossa tulivat Suomen Kuntaliitto ja valtiovarainministeriö,
- Edellinen korosti kuntien vapautta, jälkimmäinen palvelujen tuottamisen tehokkuutta ja kustannustietoisuutta.
- Potilaiden tarpeet saada laadukasta ja riittävää terveydenhuoltoa jäivät vähemmälle huomiolle.
- Vuoden 1993 potilaslaki ei auttanut potilaita, vaan hoitojonot alkoivat pidentyä, terveydenhuollon laatu ja määrä heikentyi 1990 –luvulla.
- Heikkeneminen näkyi myös tilastoissa, Suomen terveydenhuollon menot suhteessa bruttokansantuotteeseen pienemmät kuin muissa Pohjoismaissa, alemmat kuin OECD-maissa keskimäärin



# The share of HC costs of GDP in Nordic countries



## 14.3 Expenditure on health services: Average share of GDP in the Nordic countries, 1980–2003



Source: OECD Health Data

# Turvasiko potilaslaki hoitoon pääsyä?

- Kuntien laajemman itsenäisyyden vastineeksi hallitus esitti lakia potilaan asemasta ja oikeudesta (HE 185/1991)
- Esitykseen sisällytettiin potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät keskeiset periaatteet. Lailla haluttiin selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa sekä edistää luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä.
- HE:n mukaan (3 §) jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on *oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.*

# Valiokunta korosti kuntien itsenäisyyttä potilaslain käsittelyn yhteydessä

- Sosiaali- ja terveysvaliokunta: *Voimavaroihin kuuluu paitsi hoidon antamisen taloudelliset edellytykset myös käytettävissä olevan henkilökunnan määrä, tekniset laitteet ja olemassa olevan tieto ja taito*
- Kaikista kunta päättää itsehallintonsa puitteissa.
- Valiokunta: *Hoitojonoon asettaminen osoittaa hoidon porrasteista järjestelmää eikä säännös tuota subjektiivista oikeutta hoitoon pääsyyn. (StVM 15/1992.)*
- Pitkät odotusajat hoitoon pääsemisessä olivat kuitenkin esillä eduskuntakeskusteluissa.
- Lakiehdotusta arvosteltiin siitä, ettei se taannut hoidon saamista. (PTK 3/1992 vp.)

# Perusoikeusuudistus 1995

- Vuonna 1995 toteutettiin ns. *perusoikeusuudistus*
- Hallitusmuotoon lisättiin uusi 15 a §, jonka 1. momentin mukaan *”jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon”*.
- Lailla tuli taata jokaisen oikeus perustoimeentulon turvaan mm. sairauden aikana
- *Julkisen vallan oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.*
- Uudistuksessa ei tarkemmin määritelty sitä, mikä oli välttämätöntä huolenpitoa terveyspalveluissa.
- Epäselväksi jäi, olivatko kansalaiset saaneet oikeuden kiireellistä hoitoa laajempiin terveyspalveluihin.
- Lainsäätäjän tulisi kuitenkin toimia, jos terveyspalvelut osoittautuivat riittämättömiksi, lailla tulisi taata jokaiselle riittävät palvelut.

# Terveydenhuollon juridisoituminen

- Perusoikeusuudistuksen jälkeen alettiin aiempaa enemmän kiinnittää huomiota siihen, miten kuntien järjestämät sosiaali- ja terveyspalvelut olivat toteutuneet.
- Samalla jouduttiin pohtimaan kuntalaisen mahdollisuuksia vaatia itselleen riittäviä terveyspalveluja, koska hoitojonot pitenivät, oikeutta siirtää potilas jonoon käytettiin kunnissa tehokkaasti.
- Todettiin, että kuntalaisen ja kunnan välille syntyy oikeussuhde myös terveyspalveluitten osalta.
- Hallintoriitamenettely sopi terveyspalveluista syntyneiden erimielisyyksien ratkaisemiseen.
- Menettelyssä selvitettiin, onko kunta riittävästi ja asianmukaisesti täyttänyt lainmukaisen terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuutensa

# Oikeudessa ei ratkaistu järjestämisvelvollisuutta

- Oikeudenkäyntejä oli vuosien 1995–2003 välillä vireillä useita.
- Mitään lopullista ratkaisua kunnan järjestämisvelvollisuudesta ei tullut, vaan
- Jutuista annetut ratkaisut toivat eräitä tarkennuksia potilaiden oikeuksiin.
- Oikeus voi yksittäistapauksissa ottaa kantaa siihen, onko kunta toteuttanut riittävästi terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuttaan,
- Tapauksista annetuista päätöksistä on vaikea tehdä yleisempiä päätelmiä kunnan järjestämisvelvollisuuden laajuudesta.

# Kantelu johti tulokseen

- Epäsuoraa muutoksenhakukeinoa, mahdollisuutta kannella, potilaat käyttivät runsaasti 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alkupuolella, kun hoidon saamisessa oli ongelmia.
- Eduskunnan oikeusasiamies joutui monesti ottamaan kantaa julkisen terveydenhoidon saatavuuteen
- Säästösyistä kunnissa tehdä päätöksiä, joissa kokonaan kieltäydyttiin maksamasta kuntalaisille ei-kiireellisiä leikkauksia erikoissairaanhoidossa.
- Oikeusasiamies piti kunnan päätöstä leikkausten kieltämisestä laittomana, koska potilasta ei ohjattu jonoon eikä leikkaushoitoa näin annettu lainkaan kunnan kustannuksella.

# Potilasvahinkolaki ottaa huomioon ”resurssit”

- ▶ Hoitovirrehakemusta potilasvahingosta käsiteltäessä ei kiinnitetä huomiota siihen, onko hoitovirhe syntynyt resurssien puutteesta hoitoyksikössä ovat olleet puutteelliset
- ▶ Kunta on voinut aliresursoida hoitotarvikkeet tai hoitoyksikössä on tarpeeseen nähden liian vähän henkilökuntaa.
- ▶ Virhe on voinut johtua liiasta kiireestä ja työpaineesta, mutta näihin ei hakemusta käsiteltäessä kiinnitetä huomiota
- ▶ Riittää, kun todetaan onko hoitovirhe syntynyt vai ei
- ▶ Virheen syitä ja taustoja ei selvitetä enempää



# Lama muutti maksuttomuusihannetta

- Kansanterveysjärjestelmä perustui ajatteluun, että minkäänlaiselle "bisnekselle" ei voinut olla sijaa, palvelut virkasuhteisen henkilöstön toimesta
- Tavoitteena palvelujen maksuttomuus 1960 –luvun hengessä, terveyspalveluja on saatava tasapuolisesti tuloista ja varallisuudesta riippumatta
- Maksuttomuus tuli voimaan asteittain 1980 –luvulle tultaessa
- 1990 – luvun alun taloudellinen lama muutti tilanteen, asiakasmaksulaki v. 1993, sosiaali- ja terveyspalveluista, myös terveyskeskuspalveluista maksullisia.
- Sairausvakuutusta ei otettu julkisten maksujen korvaajaksi, järjestelmien eriytyminen jatkui

# Maksukatto jäi aukolliseksi

- Valtionosuusuudistuksen yhteydessä säädetyistä maksuista tuli vähitellen palvelujen käytön este etenkin vähävaraisille
- Maksujen perintä johti ulosottoihin ja moninkertaisiin maksuihin
- Tilannetta pahensi terveystalouden verovähennysoikeuden poistaminen v. 1991
- Ratkaisu oli terveydenhuollon vuotuista maksukatto v. 2000 alkaen
- Kun potilas on maksanut tietyn summan (v. 2012; 636 €) saa hän palvelut sinä vuonna ilmaiseksi katon täytyttyä.
- Kotisairaanhoidon maksut ja sairaaloiden ylläpitomaksut ovat jääneet järjestelmän ulkopuolelle.
- Järjestelmän valvonta jäi potilaan vastuulle, kunnat eivät ole luoneet tietojärjestelmää katon seuraamiseen.

# Hoitotakuu yrityksenä rajoittaa terveydenhuollon vapaata toteuttamista

- 2000 –luvulla epäkohdat kasvoivat niin suuriksi, että jotain oli tehtävä.
- 1990 luvulla syntyneet kohtuuttomat ja joidenkin potilaiden kohdalla jopa ”ikuiset” hoitojonot tuli purkaa. Hoidon saamisen odottaminen saanut kestää tolkkuttoman kauan
- Perustuslaki edellytti, että julkisen vallan oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Valtio viime kädessä vastaa perustuslain toteutumisesta.
- Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2001 laajan kansallisen terveyshankkeen, jonka yksi tavoite oli puuttua pitkiin hoitojonoihin.
- Neljä vuotta kestäneen valmistelutyön tuloksena hallitus esitti kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidonlakiin säännökset hoitoon pääsyn enimmäisajoista (HE 77/2004).
- Tarpeellinen hoito tuli antaa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä. Hoitotakuuajat tulivat lainsäädäntöön vuonna 2005.

# Hoitotakuu ei tuonut subjektiivista oikeutta

- Hoitotakuujärjestelmässä ei antanut potilaille itsenäistä oikeutta saada hoitoa määräajassa
- Järjestelmä rakennettiin viranomaisvalvonnan ja potilaiden tekemien kanteluiden varaan.
- Ruotsissa potilaat voivat hoitotakuuajan ylityttyä hakeutua hoitoon muualle. Hoidosta vastaava maakunta maksaa potilaalle tästä aiheutuneet ylimääräiset kustannukset.
- Valvontaviranomaiset voivat asettaa uhkasakon kunnalle tai sairaanhoitopiirille hoitotakuuaikojen rikkomisesta
- Tähän asti sakkouhka on asetettu vain silloin, kun hoitoaikoja on räikeästi rikottu.
- Valviran ja aluehallintovirastojen resurssit ovat rajalliset

# Potilasvakuutus ei korvaa hoitotakuuajan rikkomista

Hoitotakuuajan ylittyessä voi sairaus pahentua ja jopa kuuden kuukauden odotus voi monissa sairauksissa olla liian pitkä.

- Potilasvahinkolaki korvaa potilaalle **vain** hoidossa tapahtuneesta virheestä aiheutuneet vahingot.
- Sairauden pahentuminen hoitojonossa jäi korvauksen ulkopuolelle, vaikka hoitotakuuaika rikkoutuisikin.
- Potilasvahinkolain perustelut: ”*Yhteiskunnan terveyden- ja sairaanhoidolliset resurssit vaikuttavat siihen, minkä tasoista hoitoa yhteiskunnassa voidaan antaa. Potilasvahinkona ei korvata sellaista henkilön terveydentilan huononemista, jonka hoitamatta jääminen on johtunut pelkästään rajallisista voimavaroista*”. (HE 54/1986, 3.)
- Jonotuksen ja hoitotakuuaikojen rikkomisen seuraukset on jätetty potilaan eikä kunnan tai sairaanhoitopiirin kannettavaksi.

# Terveydenhuoltolaki

- Toukokuussa 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki täsmensi hoitotakuuaikoja ja kuntien terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta
- Sisältää yksityiskohtaisia säännöksiä, miten kunnan tulee järjestää terveydenhuolto, lain rikkomisesta ei mitään sanktioita.
- Sanktiot voisivat tehostaa lain noudattamista
- On pelättävissä, että terveydenhuoltolaki on jäämässä ns. ”soft-law” lainsäädännön piiriin, kunnat kokevat suositukseksi
- Hyvästä sisällöstä huolimatta vaikutus jää vähäiseksi.
- Koulutusta lain sisällöstä ei ole järjestetty?

# Kuitenkin terveydenhuoltolain mukaan..

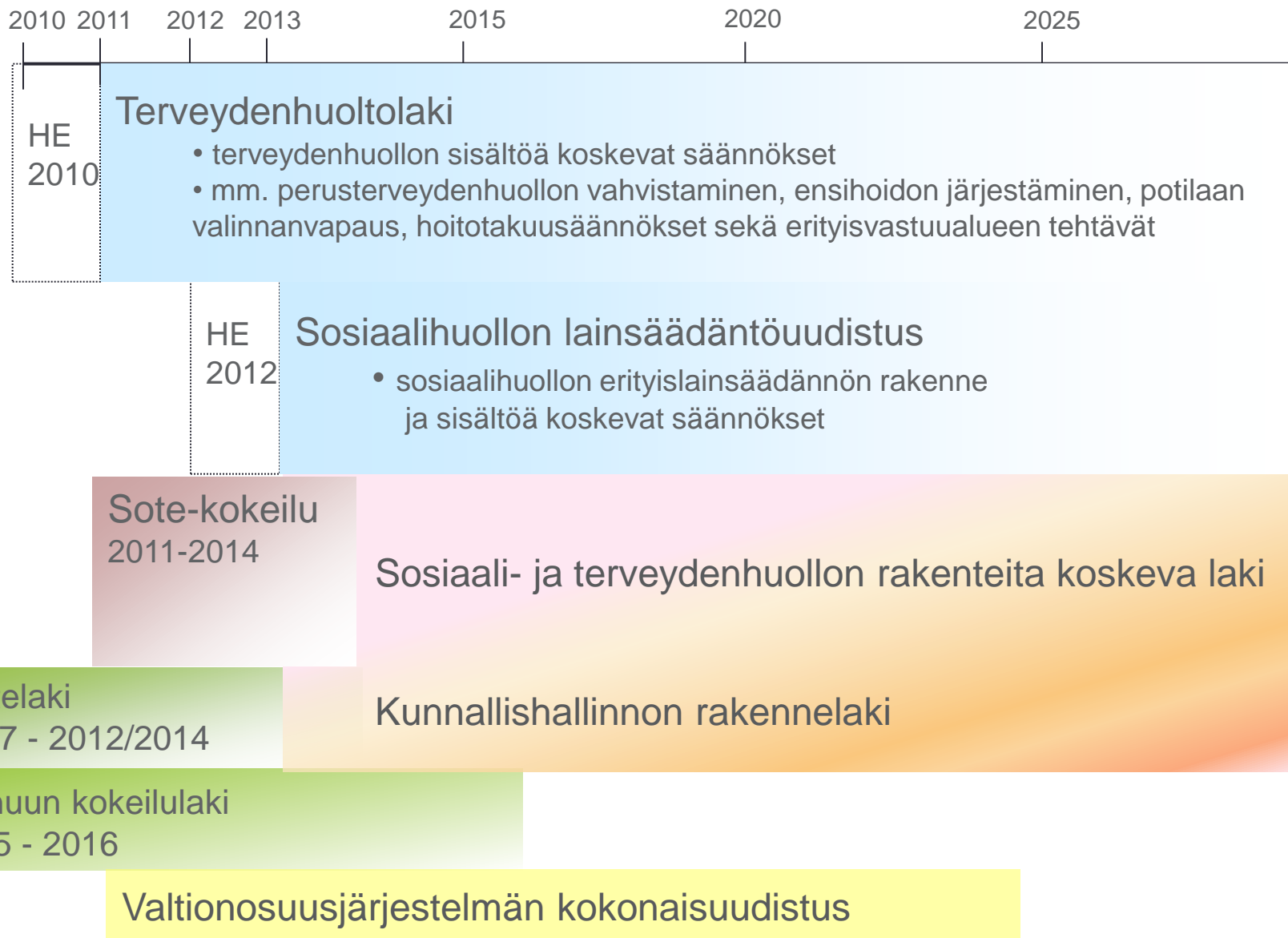
- Mahdollisuus käyttää muuta kuin kotikuntansa terveyskeskusta silloin, jos hän oleskelee pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella.
- Vuonna 2014 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilaalle tulee mahdollisuus hakeutua mihin tahansa julkisen terveydenhuollon yksikköön koko Suomen alueella.
- Erikoissairaanhoidossa valinnanmahdollisuuden toteuttamisen tulisi kuitenkin tapahtua yhteisymmärryksessä hoitavan lääkärin kanssa.

## Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityksen tavoitteet (Lähde: Voipio-Pulkki)

- Uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne vastaamaan tulevaisuuden tarpeita huomioiden erityisesti väestön palvelutarpeet, julkisen talouden kestävyys sekä tulevaisuuden kuntarakenne.
- Lisäksi tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskevaa lainsäädäntöä.



# Kehittämisen eteneminen (lähde: Voipio-Pulkki)



## Kiireellisen hoidon perusteet ja päivystyksen järjestämisen erikoisalakohtaiset edellytykset (Lähde: Voipio-Pulkki)

- Annetaan terveydenhuoltolain 50 §:n nojalla
- Valmistelu käynnistetty syksyllä 2011, voimaantulon tavoiteaika 2013
- Kiireellisen hoidon perusteet yleisesti
- Päivystyksen järjestämisen edellytykset erikoisalakohtaisesti
  
- Myös yhtenäisten *kiireettömän* hoidon perusteiden päivitys on alkamassa - koordinaatio THL:ssa

## Terveystalain nojalla myöhemmin annettavat asetukset (Lähde: Voipio-Pulkki)

- VNA hoitoon pääsystä (TUKE-hanke käynnistymässä)
  - huomioitava potilasdirektiivin voimaantulo ja valinnanvapauden laajeneminen v. 2014 alusta
- STMA kuntien välisestä laskutuksesta ja korvausperusteista (voimaan viimeistään 2014)
  - liittyy edellisiin
- VNA erityistason sairaanhoidon keskittämisestä
  - liittyy sote-järjestämislakiin

# Käyttöönottovaihe: koulutus ja tukimateriaali

## (Lähde: Voipio-Pulkki)

- Aluekierros: noin 1400 osallistujaa
- Kouluttajakoulutus 22.9.2011: [www.stm.fi/seminaarit](http://www.stm.fi/seminaarit)
- Tukimateriaalia:
  - Th-laki: pykälästä toiminnaksi (päivitetään keväällä 2012)
  - Potilasturvallisuusopas (THL)
  - Terveydenhuollon laatuopas (KL)
  - KL:n yleiskirje 21/80/2011 järjestämissuunnitelmista
  - Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma (THL; Lääkärilehti)
  - Tulossa: Äitiysneuvolaopas, Potilasasiakirja”opas”, Mieli 2009>2012
  - Yleisesite hoitopaikan valinnasta
  - Terveydenhuolto Suomessa -yleisesite
  - Kysymys - ja vastauspalsta (STM ja THL, päivitetään)

# Muuttaako kuntauudistus potilaan asemaa?

- Kuntauudistus ei suoraan parantane potilaan oikeusasemaa.
- Uudet suuret kunnatkin päättävät itsenäisesti terveydenhuollon varoista eikä valtionosuuden käyttöön ole tulossa rajoituksia.
- Terveydenhuollon määrärahat kamppailevat edelleen kunnan talousarviossa muiden menokohteiden kanssa, alibudjetoinnin vaara säilyy
- Terveyskeskuslääkäri joutuu edelleen lääketieteellisten seikkojen ohella ottamaan huomioon kunnan talouden ja terveydenhuollon määrärahat arvioidessaan potilaan hoidon tarvetta
- Kunnan ”kamreereilla” on edelleen suuri vaikutusvalta.
- Suuret ja varakkaatkin kunnat voivat antaa edelleen tasoltaan heikkoa terveydenhuoltoa

# Ongelmia, jotka tulisi ratkaista..

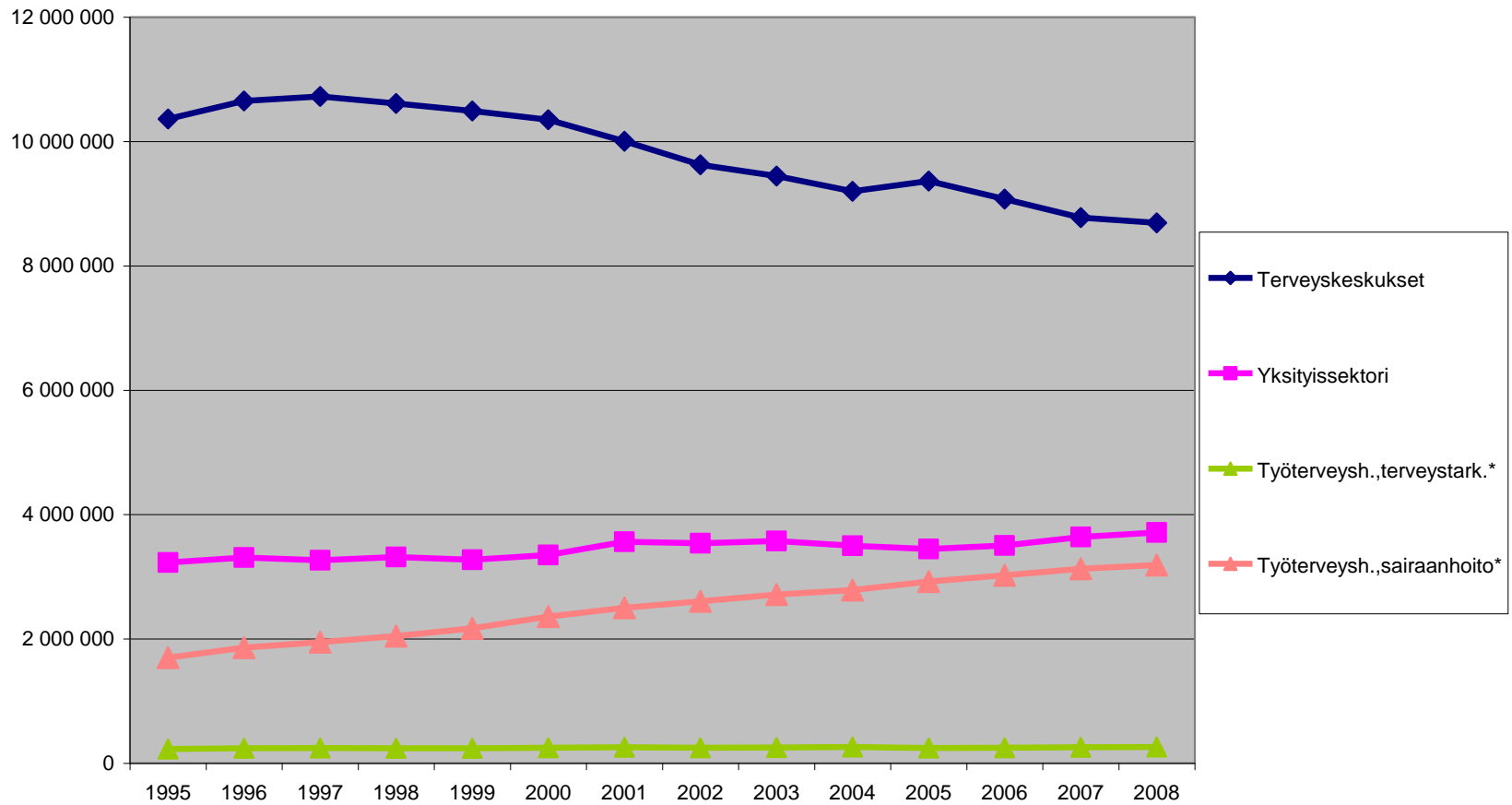
- Suomessa kuolee vuosittain enemmän kansalaisia hoitovirheisiin kuin liikenneonnettomuuksiin.
- Onko syynä terveydenhuollon laadun ja määrän vaihtelu ja valtion puuttuva koordinaatio vai resurssien puute ?
- Eri sairauksista annettuja hyviä hoitokäytäntöjä ei noudateta käytännössä, hoitokäytännöt koetaan vain suosituksiksi.
- Sekä kansanterveyslain että erikoissairaanhoidon lain mukaan hoitava lääkäri päättää potilaan hoidosta
- Suomessa ei ole "second opinion" järjestelmää, jossa potilas voisi halutessaan saada toisen lääkärin arvion hoidon tarpeista.
- Potilailla on mahdollisuus turvautua vain jälkikäteisiin oikaisukeinoihin
- **Potilailla tulisi olla nopeita ja tehokkaita keinoja saada oikaisua.**

# Muita ratkaistavia ongelmia

- Maksuongelma vähätuloisten kohdalla; Sairastunut voi joutua maksamaan sairaalamaksuja, lääkekuluja ja matkakuluja yhteensä 1465 euroa vuodessa ennen kuin maksukatot täyttyvät
- Takuueläkeläisellä sairauskulut voivat viedä kahden kuukauden tulot
- Hallitusohjelman mukaiset säästöt lisäävät omavastuuta
- KanTA hankkeen valmistuminen (2015?) epävarmaa
- Potilasdirektiivin vaikutukset? Oikeus hakeutua hoitoon toiseen maahan
- EU tasolla pidetään selvänä, että kansalaisella on oikeus hyvään ja riittävään hoitoon, olipa kyseessä kiireelliseen että ei-kiireellinen sairaustapaus
- Tämä on ristiriidassa Suomen 1860 –luvulla alkaneen julkisen terveydenhuollon järjestämistavan kanssa, jossa kuntapäätäjät ovat ratkaisevassa asemassa potilaan hoidon laadussa ja määrässä

# Lääkärissäkäyntien jakauma 1995-2008

Lääkärissäkäynnit 1995 - 2008 (\* = v. 2008 arvio)





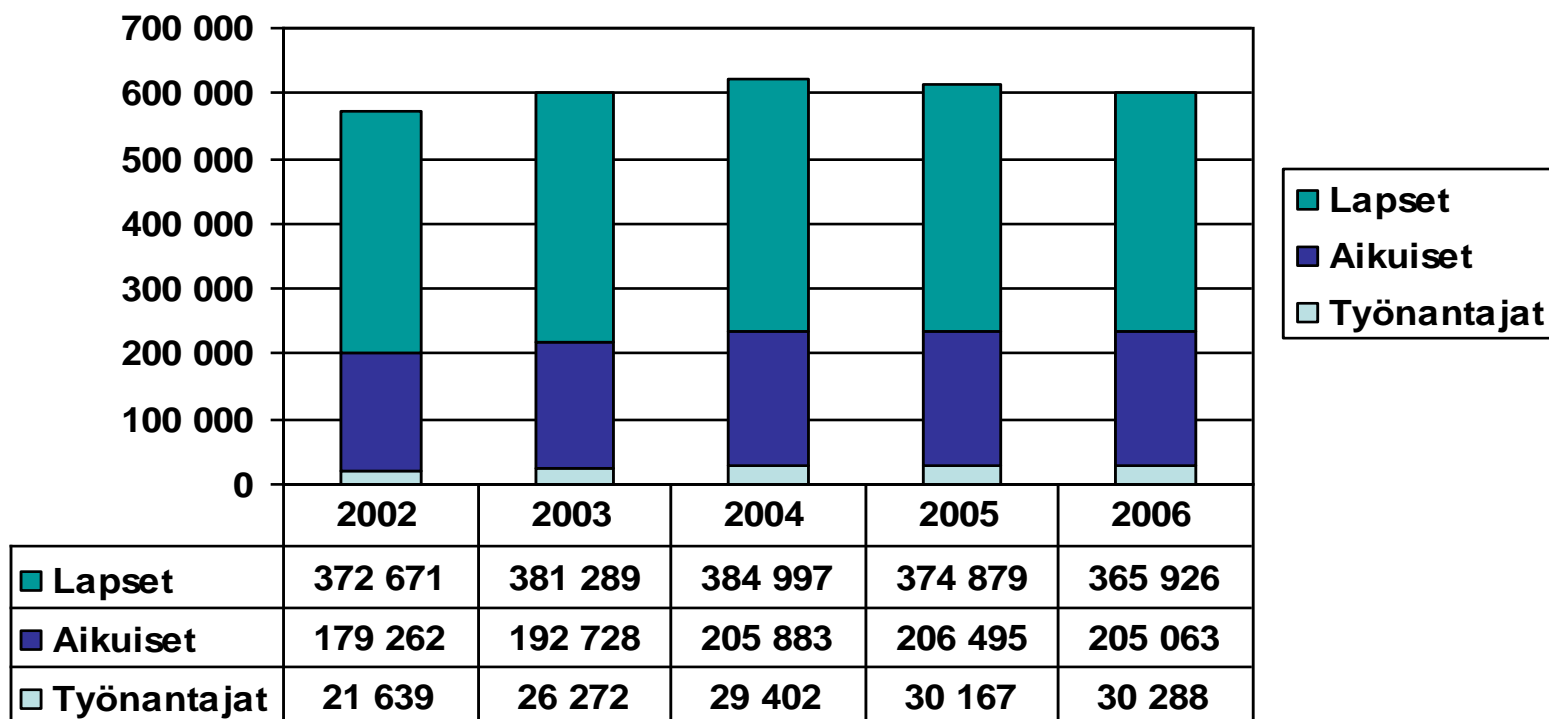
# Yksityinen/julkinen

- Miksi yksityinen terveydenhuolto on säilynyt merkittävänä julkisen rinnalla, vaikka korvaustaso on alhainen?
- Merkittävä syy lienee se, että eräitä erikoisalojen palveluja on vaikea saada julkisena ja siksi kansalaisten on turvauduttava yksityiseen
- Gynekologioiden, silmälääkärien ja psykiatrioiden palveluja eniten korvattu
- Myös lisääntynyt sairauskuluvakuutuksen ottaminen (lapsivakuutukset) ja terveydenhuoltoetujen antamisen työsuhde-etuna on lisännyt yksityisten roolia
- Vakuutuksen ottaneet eivät mene terveyskeskukseen
- Liikennevakuutus- ja tapaturmavakuutusyhtiöt kilpailuttavat potilaansa yksityisen ja julkisen välillä

# Yksityiset sairauskuluvakuutukset

- Sairauskuluvakuutusten kehitys

Sairauskuluvakuutusten lukumäärä 2002-2006



# Kehittäminen vuoteen 2015

- **Jyrki Kataisen hallitusohjelma:** ”Tehostetaan terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia niin, että muodostetaan asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut, joiden kokonaiskustannukset ovat järjestämisvastuussa olevilla tahoilla hallinnassa”.
- ”Näin parannetaan rahoituksen läpinäkyvyyttä ja voidaan seurata myös eri toimintojen sekä niistä muodostuvan kokonaisuuden vaikuttavuutta”.
- Asiaa selvitetään työryhmässä

# Työterveyshuolto osoittanut tarpeellisuutensa

- Työterveyshuoltojärjestelmä on osoittautunut tarpeelliseksi työssä käyvien työkyvyn ylläpitäjänä.
- 1990- ja 2000-luvulla työterveyshuolto on muuttunut keskitetyksi ja kontrolloiduksi palvelumuodoksi, jossa toimintaa ja sen vaikuttavuutta seurataan jatkuvasti
- Korvauksen saaminen työterveyshuollon järjestämisestä edellyttää laadukkuutta
- 1990 – luvun alussa toteutettiin korvausjärjestelmän uudistaminen
- Otettiin käyttöön ”hyvä työterveyshuoltokäytäntö” korvauksen saamisen edellytyksenä.
- Työterveyshuollon korvaamiseen tarvittavat varat kerätään toimeentuloturvamaksulla, johon osallistuvat työnantajat, palkansaajat että yrittäjät.
- Maksulla katetaan työterveyshuolto ja ansioon sidotut sairaus- ja äitiysrahat.