Liina-Kaisa Tynkkynen
FT, Dosentti
Johtava tutkija

14.05.2024

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan etäkuulemistilaisuus 14.05.2024

VNS 2/2024 vp Valtioneuvoston selonteko julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2025–2028

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää valiokuntaa mahdollisuudesta lausua otsikon asiassa. Valiokunta on pyytänyt keskittymään lausunnossa ennen kaikkea perusterveydenhuollon tilaan, hoitotakuuseen, Kela-korvauksiin ja omalääkärimalliin.

Suomalainen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon järjestelmä poikkeaa monesta muusta maasta siinä, että terveydenhuoltojärjestelmään on kehittynyt neljä rinnakkaista ensisijaisen terveydenhuollon järjestelmää. Tämä on johtanut rakenteellisiin ongelmiin ennen kaikkea julkisen perusterveydenhuollon saatavuuden osalta, mutta sillä on todennäköisesti yhteys myös järjestelmän tuottamiin lopputulemiin ja palvelujärjestelmän synnyttämään rakenteelliseen eriarvoisuuteen eri ihmisryhmien välillä. Suomessa esiintyy merkittäviä sosioekonomisia eroja niin terveydentilan kuin terveyspalveluiden käytön suhteen. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset käyttävät enemmän yksityisiä ja työterveyshuollon tarjoamia palveluja, kun taas alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät enemmän julkisen perusterveydenhuollon tarjoamia palveluja, joiden saatavuudessa on ollut merkittäviä ongelmia jo pitkään. Tässä suhteessa linjauksia, joilla vahvistetaan rinnakkaisen Kela-rahoitetun järjestelmän toimintaa ja heikennetään hyvinvointialueiden vastuulla olevan perusterveydenhuoltojärjestelmän toimintaedellytyksiä, ei voida pitää kokonaisuutena kannatettavina. THL on useissa aiemmissa kannanotoissaan ja lausunnoissaan todennut, että monikanavaisen rahoitusjärjestelmän haitat ovat todennäköisesti sen hyötyjä suurempia, kun asiaa tarkastellaan esimerkiksi terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden sekä palvelujärjestelmän vaikuttavan, väestön tarpeiden mukaisen ohjauksen näkökulmista.

Petteri Orpon hallituksen ohjaamaa lisärahoitusta yksityisen hoidon Kela-korvauksiin ei voida pitää kannatettavana tai vaikuttavana toimena, jos tavoitteena on turvata yhdenvertainen hoidon saatavuus koko väestölle ja riippumatta yksilön yhteiskunnallisesta asemasta tai esimerkiksi varallisuudesta. Nyt toimeenpantu Kela-korvausten kautta korvataan lääkärivetoista vastaanottotoimintaa, joka vastaa todennäköisesti hyvin satunnaiseen tai selkeärajaiseen hoidon tarpeeseen niiden ihmisten osalta, joilla on varaa maksaa omavastuuosuus lääkärinpalkkiosta sekä tarvittavasta diagnostiikasta joko itse tai yksityisen sairauskuluvakuutuksen kautta. Kela-korvausten nosto ei siis todennäköisesti koidu koko väestön hyväksi, vaan hyödyttää niitä, joiden on terveysongelmansa tai varallisuutensa osalta mahdollisuus hyötyä yksityispalveluista. Koska Kela-korvausjärjestelmään ei tällä hetkellä sisälly minkäänlaista hintasääntelyä, ei korvausten nostolla voida myöskään varmistua siitä,

Liina-Kaisa Tynkkynen
FT, Dosentti
Johtava tutkija

14.05.2024

että korvauksen nosto koituu asiakkaiden eduksi sen sijaan että se siirtyisi suoraan palveluiden hintoihin.

Kela-korvausten nostoa on perusteltu sillä, että niiden avulla olisi mahdollisuus keventää hyvinvointialueiden asiakasmäärää ja näin myös lyhentää hoitojonoja. Toistaiseksi tästä ei ole olemassa selkeää näyttöä. On lisäksi huomattava, että Suomessa merkittävä osa väestöä on jo aiemmin käyttänyt yksityisiä palveluita, joten ei ole selvää, kuinka paljon hyvinvointialueiden palveluiden käyttäjissä olisi vielä sellaisia ihmisiä, jotka voisivat siirtyä käyttämään yksityisiä palveluja. On mahdollista, että Kela-korvausten nostolla päinvastoin hankaloitetaan entisestään hyvinvointialueiden tilannetta, koska eri sektorit kilpailevat mm. samoista ammattilaisista.

Hoitotakuun kiristäminen aiemmasta kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen on ollut yksi tapa kansallisesti ohjata hyvinvointialueita vahvistamaan perusterveydenhuollon resursointia. Tätä on voitu pitää kannatettavana, koska julkisen perusterveydenhuollon saatavuudessa on ollut pitkään merkittäviä ongelmia. Hoitoon pääsy on hyvinvointialueiden ensimmäisenä toimintavuonna parantunut, mitä voidaan pitää hyvänä alkuna perusterveydenhuollon vahvistamisen polulla. Hoitotakuulla on mahdollisesti myös tärkeä symbolinen merkitys ja se voidaan nähdä osana palvelulupausta, joka väestölle hoidon saatavuuden osalta annetaan. Väestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on esimerkiksi valtioneuvostonkanslian teettämän Kansalaispulssin mukaan ollut merkittävässä laskussa viime vuosien aikana. Hoitoon pääsyn määräaikojen merkittävä pidentäminen ei todennäköisesti ainakaan lisää väestön luottamusta julkista terveydenhuoltoa kohtaan. Se ei myöskään tue sote-uudistukselle asetettua tavoitetta perusterveydenhuollon vahvistamisesta.

Huomioiden edellä esitetyt seikat ei hoitoon pääsyn määräaikojen pidentämistä voida *nykyhetkessä* pitää kannatettavana toimenpiteenä. Päätöksellä ei myöskään välttämättä saavuteta niitä säästöjä, joita sen on arvioitu tuottavan. Samaan aikaa on kuitenkin huomioitava, että hyvinvointialueet ovat vastuussa väestönsä palveluiden järjestämisestä. Koska hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskaatteellista, voivat ne ainakin teoriassa päättää itse siitä, mihin rahoitus kohdennetaan. Hyvinvointialueilla on tehty monenlaisia investointeja perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi. Siksi tässä vaiheessa on vaikea arvioida, millaisia vaikutuksia hoitoon pääsyn määräaikojen pidentämisellä tosiasiallisesti hoidon saatavuuteen on. Selvää kuitenkin on, että hyvinvointialueiden jo valmiiksi tiukka taloustilanne heikkenee hoitotakuulainsäädännön muutosten vuoksi entisestään. Sillä on todennäköisesti vaikutuksia myös perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen.

Pitkällä aikavälillä tarkasteltuna hoitotakuun kaltainen hoidon saatavuuden normittaminen ei välttämättä ole paras mahdollinen tapa varmistaa palveluiden oikea-aikaista ja riittävää saatavuutta. Se ei myöskään ole yksin riittävä toimi perusterveydenhuollon tilanteen parantamiseksi. THL on aikaisemmissa kannanotoissaan todennut, että hoitoon pääsyn määräaikojen tarkastelun lisäksi on tärkeää kehittää palvelujärjestelmän ja palvelujen yhteen

Liina-Kaisa Tynkkynen
FT, Dosentti
Johtava tutkija

14.05.2024

toimivuutta sekä hoidon jatkuvuuden mahdollistavia toimintamalleja. Hoidon jatkuvuus on kansallisessa tarkastelussa viime vuosina edelleen heikentynyt. Hoitotakuulain kaltaista sääntelyä saattaisi olla mahdollista purkaa, jos olisi olemassa selkeä näkemys ja uskottavat ehdotukset siitä, millaisin muin keinoin julkisen perusterveydenhuollon saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta tullaan edistämään kansallisesti. Tällaista selkeää vaihtoehtoa ei ole toistaiseksi olemassa ja myöskään siksi hoidon määräaikojen pidentämistä ei voi pitää tässä hetkessä kannatettavana.

Yksi mahdollisuus perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden varmistamiseksi olisi miettiä, millä tavoin nyt yksityiselle sektorille sitoutuneita resursseja saataisiin paremmin hyödynnettyä siten, että ne tukisivat koko väestön yhdenvertaista perusterveydenhuollon saatavuutta ja laatua. Tällä hetkellä Kela-korvausmallia ei ole sidottu mitenkään osaksi hyvinvointialueiden toimintaan vaan se muodostaa rinnakkaisen ja osin kilpailevan järjestelmän ensisijaisen terveydenhuollon palveluiden osalta. Jos poliittisesti päätetään, että Kela-korvausjärjestelmästä halutaan myös jatkossa pitää kiinni, tulisi sitä ainakin kehittää merkittävästi siten, että se tukisi eikä haittaisi hyvinvointialueiden toimintaa. Mallia tulisi myös kehittää siten, että se tukisi hoidon jatkuvuutta sekä mahdollistaisi merkittävästi paremmin integroitumisen osaksi hyvinvointialueiden palveluita. Perusterveydenhuollon vahvistamiseksi ja erilaisten omalääkärimallien kehittämiseksi Kela-korvausjärjestelmä ei ole kuitenkaan ainut vaihtoehto. Koska suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto rakentuu nyt keskeisesti hyvinvointialuejärjestelmän päälle, olisi esimerkiksi omalääkärijärjestelmän kehittäminen hyvinvointialueiden toiminnan osana, mutta myös yksityistä palvelutuotantoa hyödyntäen, todennäköisesti kannatettavampi vaihtoehto. Tämän kaltainen malli tulisi kuitenkin valmistella huolella ja varmistua hyvinvointialueiden mahdollisuuksista ohjata yksityistä palvelutuotantoa vaikuttavalla tavalla.

Jatkossa olisi tärkeää, että perusterveydenhuollon (ja koko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän) tulevaisuuden vaihtoehtoja pohdittaisiin laaja-alaisesti ja arvioitaisiin erilaisten mallien mahdollisuuksia huolellisesti. Muissa maissa käytössä olevia toimintamalleja ei todennäköisesti voida sellaisenaan siirtää Suomeen vaan erilaisten mallien osalta on mietittävä kansallisia sovellutusmahdollisuuksia tarkoin. Suomalaisen perusterveydenhuollon yksi vahvuus on ainakin periaatteen tasolla ollut sen laaja-alaisuus ja moniammatillisuus. Perusterveydenhuolto käsittää merkittävän joukon erilaisia palveluita ja siellä työskentelee laaja joukko eri alojen ammattilaisia. Erilaisia omalääkäri- ja hoidonjatkuvuusmalleja pohdittaessa olisikin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että järjestelmää ei aleta kehittää pelkästään lääkäripalveluiden ehdoilla.

Pääjohtaja Mika Salminen

Johtaja Piia Aarnisalo