

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle 13.4.2018

Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslaista

Johdanto

Kolme seuraavaa asiaa ei pysty sote-uudistuksessa toteuttamaan yhtä aikaa: laajaa valinnanvapautta, kustannusten alentamista ja korkealaatuisia palveluja. Kaksi niistä voi toteutua yhtä aikaa, mutta kolmannen kustannuksella.

Laaja valinnanvapaus ja korkealaatuiset palvelut johtavat kustannusten kasvuun.

Laaja valinnanvapaus ja kustannusten alentaminen edellyttävät palveluiden sisällöstä karsimista: "saa valita, mutta sisällöltään niukempaa".

Kustannusten alentaminen ja korkealaatuiset palvelut on haasteellinen yhdistelmä, joka voidaan toteuttaa vain tiukasti ohjatussa julkisessa tai kokonaisulkoistetussa mallissa. Valinnanvapaus ei tähän malliin mahdu.

Terveydenhuollon markkinoista

Valinnanvapaus on käsitteenä hyvin positiivinen. Saman asian ilmaiseminen siten, että kyseessä on sosiaali- ja terveyspalveluiden laaja ulkoistaminen markkinoille asiakkaiden "valittavaksi", herättää paljon ristiriitaisempia ajatuksia. Tästä kuitenkin on kysymys nyt esitetyssä laissa. Asiakkaan tai potilaan suorittama valinta tapahtuu pääasiassa markkinoilla ja vain vähäisessä määrin julkisten yhteisöjen sisällä tai välillä. Siksi asiaa tulee tarkastella nimenomaan sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinoille siirtämisen näkökulmasta.

Aihepiiristä on paljon tutkimuksia. Niitä esiteltiin mm. 2.2.2018 pidetyillä Terveystaloustieteen päivillä. Niiden tulokset ovat keskenään ristiriitaisia. Osin kilpailu on johtanut myönteisiin tuloksiin: ennen kaikkea palvelun saatavuuden, asiakaskokemuksen ja laadun parantumiseen. Tosin esimerkiksi UK:ssa sairaaloiden välinen kilpailu on ollut pääosin julkisten sairaaloiden välistä kilpailua. Samalla kustannukset ovat yleensä kasvaneet, koska myönteiset tulokset ovat olleet seurausta laajemman julkisesti rahoitetun kapasiteetin käyttöönotosta. Osin tulokset ovat neutraaleja. Osin ne ovat niin kriittisiä, että eräät johtavat tutkijat, esimerkiksi Suomessa keväällä 2017 vieraillut professori Jeffrey Sachs, katsovat terveyspalveluiden soveltuvan markkinoille huonosti.

Täydellisten markkinoiden edellytykset eivät vallitse terveyspalveluissa. Tuottajien pääsy markkinoille on tiukasti säänneltyä ja rajoitettua. Konkreettisesti kyse on esimerkiksi lääkäreiden tai hammaslääkäreiden, erityisesti erikoislääkäreiden, niukkuudesta. Tällöin sellaista kilpailua, joka alentaisi hintoja ja parantaisi laatua, ei esiinny. Toiseksi kysymys on tiedon asymmetriasta tuottajan ja asiakkaan välillä. Palvelun tuottaja asiantuntemuksensa perusteella määrittelee sen mitä asiakas tarvitsee. Kyse ei ole auton, ravintolan tai kampaajan valinnasta, vaan vaativista asiantuntijapalveluista. Toimiessani valvontaviranomaisena (lääninlääkäri) jouduin selvittämään useita tapauksia, joissa asiakasta oli "vedätetty" käyttämään palveluita, joita hän ei välttä-

mättä sairautensa tutkimukseen tai hoitoon olisi tarvinnut. Kolmas syy on tuotteen sisällön vaikea määrittely ja vertailukelpoisen hinnoittelun puuttuminen. Tuottajien yhdessä sopimat ”monopolihinnat” tai laskuttaminen erilaisista lisäpalveluista ovat arkipäivää terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon markkinat ovat erittäin vaikeasti ohjattavissa. Tällä hetkellä ja vielä pitkälle tulevaisuuteen vallitsee Suomessa keskeisten avainasiantuntijoiden niukuus. Pulaa on erityisesti kokeneista yleislääkäreistä, monien erikoisalojen erikoislääkäreistä ja hammaslääkäreistä. Suurissakin keskussairaaloissa kärsitään lääkäripulasta (esimerkiksi Satakunnan keskussairaala). HUS:n sisälläkin on haasteellista saada lääkäreitä Hyvinkään, Lohjan tai Raaseporin sairaaloihin. Tällaisessa tilanteessa valinnanvapausmarkkinat eivät toimi. Suunniteltu maakunta ei ole vahva järjestäjä, vaan valtio määrää keskitetysti monista sellaisista toiminnan yksityiskohdista, joiden tulisi olla maakunnan päätettävissä. Toisaalta tuottajayhtiöt päättävät itse mitä ne tekevät. Asiakaseteleitä ja henkilökohtaista budjettia käyttävä toiminta on yhtiötettävä, ts. maakunnankin omistamien näitä palveluja tuottavien yksiköiden on oltava yhtiöitä. Suoran valinnan palveluita tuottavilla maakunnan yksiköillä ei ole yhtiöityspakkoa, mutta menestyäkseen kilpailussa on nekin yhtiötettävä. Ongelmana on aloitettavien yhtiöiden pääomittaminen. Johtaako se siihen, että julkisten yhtiöiden sijasta onkin muodostettava yhteisyhtiöitä, joissa yksityinen omistus on merkittävä?

Näkökulmani on toiminnallinen ja taloudellinen

En tämän enempää esitä yleistä teoriaa vaan käsittelen konkreettisesti esitettyä valinnanvapauslakia. Näkökulmani on toiminnallinen ja taloudellinen. Olen havainnut, että lain vaikutusten ymmärtäminen on erittäin puutteellista. Keskustelua käydään teoreettisesti ja mielikuvien varassa. On ilmennyt, että nykyisenkään palvelujärjestelmä yksityiskohtia ei tunneta. Tulevan järjestelmän vaikutukset näihin yksityiskohtiin ovat vielä hataramman käsityksen varassa. Yritän osaltani valottaa näitä ongelmia sillä kokemuksella, joka minulle on kertynyt terveyskeskuksen lääkärinä ja johtajana, yliopiston kansanterveystieteen ja perusterveydenhuollon opettajana, kahden suuren sairaanhoitopiirin johtajana, yksityisenä lääkärinammatinharjoittajana ja keskisuuren lääkärikeskuksen osakkaana sekä lääninhallituksen sosiaali- ja terveystalouden valvojana virkamiehenä.

Ensimmäinen kommentti: byrokratia lisääntyy merkittävästi

Julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottaminen laajasti markkinoilla siten, että asiakas/potilas itse suorittaa valinnan, on aivan eri asia kuin palveluiden hankkiminen järjestäjän toimesta kilpailuttamalla eli ns. ostopalveluina. Kilpailutettuun ostopalveluun sisältyy mielestäni laatua parantavia ja kustannuksia alentavia vaikutuksia. On kuitenkin todettava, että hankinnat ovat vaikeita ja usein ne kohdistuvat vain osatoimintaan ja niiden vaikutus kokonaiskustannusten alentumiseen on jäänyt toteutumatta.

Nyt esitetty valinnanvapausmalli ei ole ostopalvelua, vaan se on hyvin toisenlainen malli. Tämän uuden mallin vaikutuksia toimintaan ja kustannuksiin on arvioitu aivan liian vähän. Espoossa on jo muutaman vuoden ajan toiminut malli, jossa 11:sta terveysasemasta kaksi on ulkoistettu yksityiselle toimijalle. Kaupunki on päättänyt kokonaisbudjetin, jonka puitteissa terveysasemat rahoitetaan samalla tavalla siitä riippumatta, onko kyseessä kaupungin oma vai yksityisen tuottajan terveysasema. Mutta

tämä malli ei ole tuleva valinnanvapausmalli. Tässä Espoon mallissa rahoittaja/järjestäjä (=Espoon kaupunki) päättää terveysasemien määrän, budjetin ja mahdolliset ulkoistukset. Valinnanvapausmallissa joku tuottaja itse omilla päätöksillään perustaa esimerkiksi viisi tai kuusi uutta terveysasemaa, jotka alkavat saada kiinteää rahoitusta kaikkien terveysasemien yhteisestä budjetista käyttäjiksi ilmoittautuvien lukumäärän perusteella. Tällainen "markkinamalli" muuttaa toiminnan luonteen täysin. Se johtaa toistuvaan eri terveysasemien kasvuun tai supistumiseen ja jatkuviin yt-prosesseihin. Sopiiko tällainen malli julkisesti rahoitettuun toimintaan, jonka tulisi ehkäistä ihmisten sairauksia ja sosiaalisia ongelmia ja kaventaa terveyseroja? Ajatelkaa jos koululaitoksemme toimisi samalla tavalla.

Asiakkaiden ja potilaiden laajan ja suoran valinnanvapauden onnistunut käyttöönotto palveluissa, joiden keskeisenä tavoitteena sanotaan olevan yhteiskunnallisen tasarvon lisääminen, on erittäin haastavaa. Esitetyssä laissa ei ole tässä suhteessa onnistuttu. Uudesta järjestelmästä on tulossa erittäin sekava ja byrokraattinen. Rahoittajan ja lukuisten eri tuottajien pieniinkin osapalveluihin liittyvät rahoitusta, velvoitteita ja valvontaa koskevat toimenpiteet eli transaktiot moninkertaistuvat nykyiseen verrattuna. Tämä tulee aiheuttamaan valtavasti työtä ja hallintokuluja sekä synnyttämään myös ristiriitoja tuottajien ja rahoittajan välillä. Olen aivan varma, että riitojen käsittely myös tuomioistuimista lisääntyvät. Aineksia siihen on laissa paljon. Totean samalla kuitenkin, että lain kirjoitustyö on mielestäni hoidettu kunnianhimoisesti ja lain lähtökohtiin liittyvien taustajännitteiden aiheuttamiin ongelmiin ratkaisuja on todella haettu. Tämä näkyy useissa pykälissä, jotka ovat laissa vain siksi, että monimutkaisten tuottajien ja rahoittajan välisten suhteiden vuoksi tällaisia pykäläiä tarvitaan.

Suomen nykyiset kunnalliset sosiaali- ja terveyspalvelut muodostuvat 50 lääketieteen erikoisalan palveluista, 44 eri sisältöisestä sosiaalipalvelutehtävästä ja 32 (Liite 3.) eri terveyskeskuksen palvelusta. Suuri osa näistä jakaantuu jatkossa viidellä eri tavalla rahoitettuun ryhmään:

- 1) liikelaitoksen budjettirahoituksella toimivat palvelut,
- 2) asiakassetelillä rahoitettavat palvelut,
- 3) henkilökohtaisen budjetin avulla rahoitettavat palvelut,
- 4) suoran valinnan pääosin kapitaatiomekanismilla rahoitettavat palvelut, sekä
- 5) jatkossakin potilaan itsensä rahoittamat palvelut, joiden volyyymi tulee olemaan paljon suurempi kuin nyt annetaan ymmärtää.

Kuudes ryhmä, jota en tähän nyt laske mukaan, ovat työterveyshuollon palvelut. Aiemmin mainituissa 126 eri palvelussa muodostuu tuottajayhtiöiden, asiakkaiden, liikelaitoksen ja maakunnan konsernihallinnon kesken tavattoman monimutkainen rahojen, tehtävien ja velvoitteiden vuorovaikutusten verkosto. Tarkoitukseni on kuvata tämä monimutkainen kokonaisuus visuaalisesti eräänlaisena "karttana", mutta se tulee olemaan hyvin haastavaa.

Asiakassetelit (lähinnä erikoissairaanhoidon kannalta)

HUS:lle on kertynyt laaja kokemus palvelusetelien (asiakassetelien aikaisempi nimi) käytöstä kevyemmässä erikoissairaanhoidossa. Vuosien aikana on käytetty kymmeniä tuhansia palveluseteleitä. Niitä ei ole otettu käyttöön ideologisista syistä eikä niiden avulla ole ensi sijaisesti haettu säästöjä. Niitä on käytetty palveluiden laajentamiseen sellaisilla toiminnan alueilla, joissa HUSin oman henkilöstön muodostama resurssi on ollut perusteltua keskittää vaativampaan erikoissairaanhoidon ns. bulkkituotannon sijasta ja joissa kyse on ollut määrältään kasvavasta palvelusta.

Olemme myös "kotiuttaneet" takaisin itsellemme palvelusetelitoimintaa silloin kun se on ollut kustannusten, laadun tai liiallisen byrokratian takia perusteltua.

Jokaisen eri toimenpiteen kohdalla - kaihileikkaus, suonikohjuleikkaus, tyräleikkaus, psykoterapia, magneettitutkimus jne. - on laadittu yksityiskohtainen käsikirja, jossa määritellään mitä kyseiseen toimenpiteeseen kuuluu ja millainen tulee laadun olla. Kaihileikkauksen palvelusetelin käsittelykulu on noin 75 euroa eli kymmenesosa koko kaihileikkauksen kustannuksesta. Toiminnan laajennettua on ollut vaikeuksia löytää asiantuntijoita, joille näiden setelien käsittely ja toiminnan valvonta olisi riittävän mielenkiintoinen työ. Työnjakoa on myös tehty myös siten, että yksityinen tuottaja suorittaa helpommat toimenpiteet ja sairaanhoitopiiri ne, joiden lääketieteellinen riski on suurempi tai potilaat ovat enemmän autettavia. Olemme sallineet omien lääkäreidemme työskentelyn sivutoimisesti myös palvelusetelillä rahoitetussa yksityisessä tuotannossa. Olisi ristiriitaista, että loisimme laajat markkinat, joilla houkuttelemme omat lääkärimme jättämään vaativan työnsä päivystävissä sairaaloissa siirtyäkseen kokopäiväisesti helpomman sairaanhoidon tuottajiksi yksityiselle sektorille. Myös opetussairaalan aseman vuoksi on osa näistä toiminnoista - esimerkiksi puolet kaihileikkauksista - pidettävä omana toimintana. Sellaisellakin tiedolla on merkitystä, että esimerkiksi erikoistuvan lääkärin suoritelmäärä on pienempi kuin valmiin erikoislääkärin, ts. opetussairaалalla on kuluja, joita muilla tuottajilla ei ole.

Palvelusetelien ohella käytämme myös laajaa ostopalvelua esimerkiksi glaukooman eli viherkaihin ja koston silmänpohjarappeutuman hoidossa. Tällöin kyse ei ole valinnanvapaudesta, vaan potilaat ohjataan alihankkijalle, joka on voittanut kilpailutuksen. Koulutamme alihankkijoita itse ja valvomme erityisesti toiminnan alkuvaiheessa tiukasti toiminnan laatua. Kyseisen ostopalvelutoiminnan kulujen kasvu oli viime vuonna HUS:n suurinta. Tämä johtui toiminnan laajentumisesta sen seurauksena, että kyseisten potilaiden määrä on kasvava. Aikaisemmin merkittävä osa glaukoomapotilaista hoidatti itsensä omalla kustannuksellaan yksityisillä silmälääkäreillä. Tässä suhteessa siis yhteiskunnan kustannukset ovat merkittävästi kasvaneet. Näin tulee tapahtumaan laajemminkin, jos valinnanvapaus laajenee sellaisella mallilla, että potilaiden aikaisemmin itse maksama hoito siirtyy yhteiskunnan kustannettavaksi. Tämä vain on fakta, joka löytyy tunnustaa. Saman totesi mm. Yleisradion haastattelussa vuosi sitten ministeri Paula Risikko: "Ei valinnanvapaus ole mikään säästökeino. Se on nyt pakko sanoa kun täällä puhutaan terveydenhuollon kustannuksista. Se jopa vie tässä alkuvaiheessa enemmän rahaa. mutta väitän, että pitkällä juoksulla se tuo kustannusvaikuttavuutta."

Valinnanvapaus ilman budjettirajoitetta on johtanut kustannusten nousuun

Terveydenhuoltolain nykyinen erikoissairaanhoidon valinnanvapaus on ollut voimassa vuoden 2014 alusta lukien. Niissä palveluissa, joissa sitä on eniten käytetty, ovat kulut kasvaneet 30 %. Tämä on siis tapahtunut kehitys eikä mikään spekulatio tulevista vaikutuksista. Mistä on kysymys? Kaikessa tutkimustiedossa kalleimmaksi terveydenhuollon malliksi on osoittautunut sellainen, jossa potilas voi käyttää laajaa valinnanvapautta, on useita tuottajia, jotka itse tekevät päätöksen potilaan hoitamisesta eikä ole lainkaan budjettirajoitetta. Totean, että tämä on valinnanvapauslakiin sisältyvistä viidestä eri valinnanvapaudesta ainoa, johon ei sisälly budjettirajoitetta. Asiakasseteliin, henkilökohtaiseen budjettiin, sote-keskuksiin ja suun terveydenhuoltoon budjettirajoite sisältyy, mutta tähän ei. Tunnen asian erittäin tarkasti.

Valinnanvapaudessa sairaanhoitopiirit toimivat ”yritysmäisesti”, osa jopa yritysmuotoisesti, pyrkien tuottamaan mahdollisimman paljon palveluja toisilleen. Oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle suunnattu tuotanto on eräänlaista ”vientituloa” tuottajalle: sen maksaa julkisin varoin toimiva toinen sairaanhoitopiiri. Eniten valinnanvapautta on käytetty sydämen varjoainetutkimuksiin ja tekonivelleikkauksiin. Juuri näissä kulut ovat kasvaneet mainitsemani 30 %. 10 prosenttiyksikköä muodostuu hintojen noususta ja 20 prosenttiyksikköä määrän kasvusta. Malli toimii siten, että hoitoindikaatiot ovat löystyneet. Potilaita tutkitaan ja hoidetaan aikaisempaa lievemmissä sairauksissa tai sairauden epäilyissä aikaisempaa kalliimmalla teknologialla. Palveluita markkinoidaan voimakkaasti ja lääkärit lähettävät potilaita tutkimuksiin ja hoitoon, joista lasku sitten lähetetään potilaan kotisairaanhoitopiirille. Haluan korostaa, että kustannukset kasvavat nimenomaan sen vuoksi, että tässä päätöstä hoidosta ei tee maksaja, vaan tuottaja, mikä on kustannusten hallinnan kannalta aivan nurinkurista. Kyseinen pykälä on siirretty sellaisenaan uuteen lakiin. Keskustelussani valtiovarainministeriön ylimmän johdon kanssa asiasta oltiin hyvin huolissaan. VM:n edustajat mainitsivat ihmettelevänsä miksi suomalaisille täytyy tehdä eniten tekonivelleikkauksia maailmassa! Syy on tässä väärin rakennetussa toimintamallissa.

Mielenkiintoista on se, että monet valinnanvapauden kannattajat ovat julkisuudessa puhuneet juuri tällaisen mallin puolesta, jossa julkisten sairaanhoitopiirien sijasta tai lisäksi aktiivisina tuottajina olisivat yksityiset yritykset. Tämä on malli, jota USA:n autoteollisuuden legendaarinen johtaja Lee Iacocca kirjassaan ”Autoelämäkerta” kuvaa sellaiseksi, että se osaltaan oli viemässä autoteollisuutta taloudelliseen katastrofiin. USA:ssa teollisuus maksoi sairauskassojensa kautta työntekijöiden täysin vapaasti valittavissa olevat terveydenhuoltopalvelut - ilman budjettirajoitetta. Eräs johtava suomalainen poliittinen päättäjän perusteli valinnanvapautta sanoin: ”Se on hieno järjestelmä. Köyhäkin pääsee julkisin varoin parhaalle yksityislääkärille.” Voimme vain arvailla tällaisen mallin kustannuksia. Arvostetun ranskalaisen sosiaali- ja terveyspalveluiden tutkijan Bruno Palierin mukaan järjestelmät, joissa on runsaasti yksityistä tuotantoa, laaja valinnanvapaus ja julkinen sosiaalivakuutus maksaa kulut, ovat kaksi bruttokansantuotteen prosenttiyksikköä kalliimpi kuin budjettirajoitteeseen perustuvat järjestelmät. Suomessa tämä tarkoittaa neljää miljardia euroa. Selvennän vielä, että Suomeen esitetty valinnanvapausmalli perustuu budjettirajoitteeseen - tätä erikoissairaanhoidon valinnanvapautta lukuun ottamatta.

Erikoissairaanhoito sote-keskuksissa

Laissa esitetään, että suoran valinnan sote-keskuksissa olisi yleislääketieteen lisäksi vähintään kahden lääketieteen erikoisanalan palveluja. Nykyinen määrittely on väljempi kuin syksyllä lausunnolla olleessa luonnoksessa. Tämä on hyvä asia. Maakunnalle jää mahdollisuuksia arvioida laissa kuvatulla tavalla perustasolla tarjottavan erikoissairaanhoidon tarpeellisuutta. Itse pidän sitä hyvin hyödyllisenä, mutta korostan - kuten asia kuvattiin viime kevään lakiehdotuksessa - erikoissairaanhoidon palvelujen konsultatiivista luonnetta. Kyse ei ole myöskään vain lääkäripalveluista, eikä itsenäisistä vastaanottopalveluista ylipäätään, vaan yleislääkäreiden työtä tukevista konsultaatioista, joilla voidaan vähentää liikelaitoksen erikoissairaanhoitoon lähettämistä. Erikoisalojen kirjo voi olla hyvinkin laaja. Olen omassa työyhteisössäni todennut, että ei ole niin harvinaista erikoissairaanhoidon erikoisalaa, etteikö siitä olisi oikein toteutettuna hyötyä perustason lääkäreille. Esimerkiksi neurokirurgi voi olla sote-keskuksessa kaksi tuntia vuodessa, jolloin käydään koulutustyyppisesti läpi kaularangan välilevypullistaman hoitoon lähettämisen periaatteet tai selkäleikatun potilaan jatkohoito

ja kuntoutus. Korostan edelleen, että kyse on nimenomaan konsultaatiosta, ei siis erikoislääkäripalvelujen suorasta valinnasta. Erikoissairaanhoidon tullaan jatkossakin pääsääntöisesti lähetteellä.

Mikä on (so)tekeskus?

Laitoin otsikkoon kirjaimet s o pienellä ja sulkuihin. Syy on se, että tulevat sote-keskukset eivät ole tässä laissa enää mitään sosiaali- ja terveyskeskuksia. Olen jäsenenä sote-uudistukseen liittyvässä STM:n palvelutuotannon kehittämisen ohjausryhmässä. Ryhmän puheenjohtaja Markku Tervahauta arvioi, että sosiaalityön ohjauksen ja neuvonnan vaatiman henkilöresurssin määrä on enintään 10 % sote-keskusten henkilöstöstä. Saman ryhmän yksityissektoria edustava Kari Varkila arvioi osuudeksi 5 %. Muu on siis terveydenhuoltoa ja nimenomaan yleislääkärin ja hänen työparinaan toimivien terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa. Totean tämän siksi, että seuraavaksi käsittelen nimenomaan lääkäripalveluiden järjestämistä tulevissa sote-keskuksissa.

Suomalainen terveyskeskus laitetaan tässä laissa kansanomaisesti sanottuna "tuhannen päreiksi". Terveyskeskusten luominen ja kehittäminen johti aikanaan siihen, että Suomea pidettiin WHO:n puitteissa maailmanlaajuisesti perusterveydenhuollon mallimaana. Kävi kuitenkin niin, että yksi terveyskeskusten 32 eri toiminnosta, yleislääkärin vastaanotto, jäi pysyvästi väestön tarpeisiin nähden vajaaksi. Kyse on vertauskuvallisesti samasta, kuin jos peruskoulu olisi mitoitettu vain puolelle kouluikäisistä. Tästä seurasi vastaanotoille pääsyn vaikeus, pitkät jonotusajat ja aiheellista kriittisyyttä. Puhuttiin jopa perusterveydenhuollon kriisistä. Olen tavannut ministerinä, kansanedustajana, kaupunginjohtajana ja maakuntajohtajana toimineen henkilön, joka suuressa julkisessa tilaisuudessa totesi, että hän ei tiedä yhtään toimivaa terveyskeskusta Suomessa! Minä tiedän monia. Myös Yle tiesi, kun se tutki asiaa kolme vuotta sitten. Kyseinen luettelo löytyy Ylen sivuilta.

Palaan mainitsemaani numeroon 32. Se on erään luokituksen mukaan terveyskeskuksen eri palveluiden lukumäärä. Suurempikin luku on esitetty, jos käytetään tarkempaa erittelyä. Entisenä terveyskeskuksen johtajana tunnen kaikki nämä palvelut. Kyse on siis seuraavista asioista: perhesuunnitteluneuvola, äitiysneuvola, lastenneuvola, kouluterveydenhuolto, mammografiaseulonta, valvottu kotisairaanhoido, merimiesterveidenhuolto, vuodeosastotoiminta, tartuntatautien ehkäisy ja rokotukset jne. 30 toimintoa terveyskeskuksen 32 palvelusta toimii kaikkialla Suomessa erinomaisesti. Kritiikkiä esiintyy lähinnä kahdesta palvelusta: lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotolle pääsystä. Kumpikin näistä on rakenteellisesti aliresursoitu. Vuosi sitten Pihlajalinnan perustaja ja johtaja Mikko Wiren totesi, että 150-160 eurolla per asukas, jolla suomalainen terveyskeskus yrittää pyörittää lääkäreiden vastaanottotoimintaa, sitä ei voi tehdä. Rahoituksen tulisi olla kaksinkertainen. Mielenkiintoista onkin, että nyt meneillään olevissa valinnanvapauden kokeilussa rahoitus onkin kaksinkertainen. Ei tarvitse olla kovin suuri asiantuntija ymmärtääkseen, että kaksinkertaisella rahoituksella saa kaksinkertaiset resurssit, jolloin lääkärin vastaanotolle pääsee nopeasti ja joustavasti. Eräs suomalaisen terveystalouden "suurimmista salaisuuksista" on se, että terveyskeskusten lääkärivastaanottotoimintaan käytetään vain 160 euroa asukasta kohti ja hammashuoltoon alle 100 euroa asukasta kohti. Koko terveyskeskuksen keskimääräinen nettorahoitus maassamme on 650 euroa asukasta kohti ja kokonaisrahoitus, joka sisältää myös oman toiminnan tuotot, esimerkiksi asiakasmaksut, on noin 800 euroa asukasta kohti.

Erillisessä liitteessä (Liite 1) analysoin miksi terveyskeskusten lääkärin vastaanotto-toiminta on aliresursoitua. Kaikissa terveyskeskuksissa näin ei ole. Kerron myös mil-laisia kokemuksia itselläni on työurallani terveyskeskustoiminnan kehittämisestä. 1990-luvun alussa jokainen porilainen pääsi oman terveyskeskuslääkärin vastaan-otolle samana päivänä! Helsingin Sanomat teki asiasta laajan artikkelin vuonna 1991. Otsikko oli "Porin ihme toteutui vuodessa". Sen edellytyksenä oli riittävä lääkärimäärä ja tehokas toimintamalli, jota osittainen urakkapalkkaus tuki.

Nyt kun elämme vuotta 2018, on sama ongelma ratkaistava uudelleen. Ratkaisu ei ole hallitsematon valinnanvapaus vaan terveyskeskusten lääkäritoiminnan kehittämi-nen. Terveyskeskuksista "puuttuu" kolme miljoonaa lääkärikäyntiä ja 1-2 miljoonaa sairaanhoitajakäyntiä. Tämän vajeen korjaaminen turvaa jokaiselle suomalaiselle pääsyn nopeasti terveyskeskuksen vastaanotolle – kuten pääsi Porissa 1990-luvun alussa. Edullisimmin tämä on toteutettavissa panostamalla olemassa olevaan infra-struktuuriin eli terveyskeskuksiin. Tarvitaan riittävä resurssi lääkäreitä ja sairaanhoita-jia ja oikea, tehokas toimintamalli. 200 miljoonaa euroa vuodessa tarvitaan lisää ra-haa perusterveydenhuollon lääkärinvastaanoton kapasiteetin lisäämiseksi. Hankki-malla nämä palvelut yksityisiltä tuottajilta voidaan myös päästä "jonottomaan vas-taanottoon", mutta arvioni mukaan 100-200 miljoonaa euroa kalliimmalla. Valinnan-vapauden "hintalapuksi" onkin arvioitu 400-500 miljoonaa euroa. Olennaista on kui-tenkin sen tosiseikan toteaminen, että ilman lisärahoitusta ei tilanne nykyisestä pa-rane. Olen valmis esittelemään konkreettiset toteutusmallit, jos sellaiseen tarjoutuu mahdollisuus.

Suun terveydenhuolto

Konkreettisimmin edellä käsitelty valinnanvapauden ja rahoituksen väliset ongelmat ilmenevät suun terveydenhuollossa. Moni saattoi hätkähtää kun yksityisiä hyvinvointi-palvelujen tuottajia edustava etujärjestö otsikoi kannanottonsa räväkästi: "Suun ter-veydenhuollossa on kyseessä kansallinen itsepetos". Tällä tarkoitettiin sitä, että sa-malla rahoituksella, jonka yhteiskunta nykyisin käyttää suun terveydenhuoltoon pitäisi hoitaa "tasavertaisesti" yhteiskunnan varoin nykyiseen verrattuna kaksinkertainen vä-estö. Tämähän on todellisuudessa mahdollista vain joko merkittävästi nykyistä suu-remmalla julkisella rahoituksella tai sitten on yleisesti karsittava ja rajoitettava julkisen rahoituksen piiriin kuuluvan hoidon sisältöä vain kaikkein välttämättömpään tai sit-ten on asiakasmaksuja nostettava.

Suun terveydenhuollon nettorahoitus terveyskeskusjärjestelmässä on alle 100 euroa asukasta kohti. Olen tarkistanut tämän useasta erilaisesta terveyskeskuksesta. Asia-kasmaksut ovat tuntuvat julkisessa suun terveydenhuollossa, joten kokonaisrahoitus on hieman tätä suurempi. Koko maan tasolla terveyskeskusten suun terveydenhuol-lon rahoitus on siis noin 500 miljoonaa euroa verorahoituksen kautta ja noin 100 mil-joonaa euroa asiakasmaksujen tuoton kautta. Tätä järjestelmää käyttää puolet väes-töstä.

Toinen puoli väestöstä käyttää yksityisiä hammaslääkäripalveluja, joihin pitkän yrittä-misen jälkeen runsaat kymmenen vuotta sitten saatiin sairausvakuutuskorvaukset. Ylimmillään niiden määrä oli 120 miljoonaa euroa, mutta nyt tehtyjen leikkausten jäl-keen enää 50 miljoonaa. Tämä on enää 15 % kokonaiskuluista, jossa eivät ole mu-kana kuitenkaan kaikki itse maksetut hammashuollon kulut, esimerkiksi sellaiset, joi-

hin ei lainkaan saa sairausvakuutuskorvauksia. Yksityisen suun terveydenhuollon liikevaihto on noin 500 miljoonaa euroa. Yhteensä hammashuollossa kyse on siis 1000-1100 miljoonasta eurosta, mahdollisesti jopa hiukan suuremmasta summasta. Tähän tulee siis julkista rahoitusta noin 550 miljoonaa euroa eli puolet. Miten näillä volyyymeillä ja rajoituksilla toteutetaan valinnanvapaus ja palveluiden yhdenvertaisuus? Oma arvioni oli pitkään se, että asiakasmaksuja korotetaan eli "tasataan" omavastuut nykyisten terveyskeskusten hammashuollon ja yksityisen hammashuollon kesken, jolloin terveyskeskuksen asiakasmaksut nousevat noin kaksinkertaisiksi ja yksityisen sektorin omavastuut lähes puolittuvat. Ministeri Saarikon voimakkaan kannanoton jälkeen, jossa hän vastusti asiakasmaksujen korotuksia, uskon, että malli ei olekaan tämä, vaan sellainen, että määritellään tarkasti mihin toimenpiteisiin julkinen rahoitus kohdistetaan ja sen ulkopuolelle jäävät palvelut, siis kustannuksiltaan noin puolet kokonaisuudesta, potilaat maksavat itse. Vaikutushan on melkein sama: potilaat saavat puolet hammashuollon "laskustaan" julkisista varoista ja maksavat puolet itse. Toki tässä kohdennetaan näitä osuuksia kansanterveydellisesti esim. preventiota korostaen. Tästä seuraa kuitenkin itse palvelutuotannossa mielenkiintoinen ja todella suuri muutos. Nykyisten terveyskeskushammaslääkäreiden eli tulevien maakunnan suun terveydenhuollon yksiköiden hammaslääkäreiden toiminnasta osan rahoittaa julkinen "soterahoitus" ja merkittävässä laajuudessa tarvittavat lisäpalvelut potilas itse. Tämä puolestaan merkitsee sitä, että ollakseen kilpailukykyisiä tulee julkisen suun terveydenhuollon yksiköiden olla yhtiöitä, jotta ne voisivat hoitaa itse maksavia potilaita. Eli yhtiöityspakkoa ei ole, mutta itse maksettujen hoitojen ja kilpailukyvyn vuoksi on tämäkin toiminta yhtiöitettävä.

Mielenkiintoinen tieto on se, että yksityiset yrittäjät eivät ole olleet kovin innostuneita suun terveydenhuollon kokeiluista. Tämä johtuu siitä, että edellä mainitsemani 100 euroa per kansalainen synnyttää yrittäjälle liian suuren riskin. Jos yksi potilas tarvitsee suussaan 1000 euron remontin, joka on melko tavallista, olisi oltava 9 listautunutta kansalaista, jotka eivät käytä lainkaan palveluita. Niinpä kokeiluissa onkin tarjottu 400 euron vuotuista kapitaatiokorvausta listautuneesta henkilöstä - siis nelinkertaista nykyiseen julkiseen hammashuoltoon verrattuna! Jälleen eräs kummallisuus valinnanvapauden rahoituksesta, joka on ihan eri tasolla kuin nykyinen julkinen rahoitus, jonka kasvun piti leikkautua sote-uudistuksen myötä!

Alle 18-vuotiaiden hammashuolto on oma erikoinen asiansa laissa. Hyvin monimutkaisella sanamuodoilla jonka sisältö selviää vaikeasti vasta lain yksityiskohtaisista perusteluista, se on kytketty neuvolapalveluiden käyttöön ja koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon. Pykälän sisältönä on se, että alle 18-vuotiaista neuvolatoiminnan sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon toiminnan piirissä olevat nuoret saavat suun terveydenhuollon maakunnan liikelaitokselta. Se pieni osa nuorista, jotka eivät ole koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon piirissä, saavat suun terveydenhuollon suoran valinnan suun terveydenhuollon yksiköstä. Kyseessä oleva ryhmä muodostuu muutoinkin haavoittuvassa asemassa olevista 16-17 -vuotiaista nuorista, jotka siirtyvät peruskoulusta suoraan työelämään tai ovat kokonaan työelämän ja koulutuksen ulkopuolella. Mielestäni oikeudenmukaisempaa ja selkeämpää olisi säätää kaikille alle 18-vuotiaille suun terveydenhuolto toteutettavaksi maakunnan liikelaitoksen toimesta.

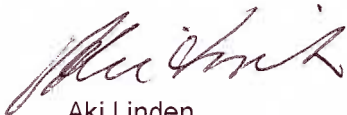
Tiivistelmä: tulee valtava byrokratia ja julkiset menot kasvavat

Yhteenvetona totean, että valinnanvapauslain heikoin kohta on - sekavuuden ja byrokratian lisääntymisen ohella - säädetyn uuden toiminnallisen mallin taloudellisten vaikutusten heikko analyysi ja huonosti ennakoitua vaikutuksia. Julkisessa poliittisessa keskustelussa "luvatut" ihanteelliset tulokset eivät voi toteutua ilman merkittävää julkisen rahoituksen lisäystä. Toisaalta, jos rahoitus ei lisäännä, toteutuu valinnanvapaus sisällöltään hyvin niukkoina palveluina, joka varmasti on suuri pettymys väestölle. Tällöin väestö joutuu rahoittamaan tarvitsemiensa lisäpalvelujen oston itse.

Asiakassetelimalli ei myöskään toimi samalla tavalla kustannuksia alentavana kuin kilpailutukseen perustuvat ostopalvelut, koska asiakassetelissä hinta on etukäteen määritetty.

Käytännössä valinnanvapaus tulee johtamaan laajaan yhtiöittämiseen, vaikka siihen ei ole samanlaista pakkoa kuin kevään 2017 lakiesityksessä. Tämä johtuu siitä, että menestyäkseen kilpailussa asiakkaista tulee myös julkisten eli maakunnan omistamien tuottajayksiköiden olla yhtiöitä tuottaessaan asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla maksettuja palveluja. Myös suoran valinnan palveluja tuottavien yksiköiden eli sotekeskusten ja suun terveydenhuollon yksiköiden tulee pystyä tuottamaan ns. soterahoitettujen palvelujen lisäksi asiakkaiden ja potilaiden itse maksamia palveluja. Tämä on tärkeä kilpailuvaltti ja ainakin yksityinen sektori tulee toimimaan tällä tavalla. Yksityiset palveluntuottajat ovat ketjuuntuneet suuriksi monialaisiksi "tarvataraloiksi". Niillä on palveluvalikoimassaan kaikki sote-palveluiden segmentit eli aikaisempi lääkärikeskuksissa tapahtuva itse maksavien potilaiden hoito, työterveys-huolto, kuntien kokonaisulkoistukset, hoivapalvelut ja sitten uudessa tilanteessa näiden lisäksi "soterahoitetut" palvelut.

Mielestäni lakiesitys ei vie suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa tehokkaampaan ja tasa-arvoisempaan suuntaan. Se tulee hylätä.



Aki Linden
Yleislääketieteen erikoislääkäri
Terveydenhuollon erikoislääkäri
Valtiotieteen maisteri
Toimitusjohtaja, HUS

- Liitteet
1. Analyysi terveyskeskusten lääkärivastaanotosta
 2. HUS-alueen ja muun Suomen kuntien vertailu, esh €/asukas
 3. Terveyskeskusten eri toiminnot
 4. Kaavakuvana, terveyskeskuksen eri toimintojen kustannukset
 5. Kaavakuvana koko sote-uudistus ja markkinoille siirtyvä toiminta

LIITE 1

MIKSI LÄÄKÄRIN VASTAANOTTOTOIMINTA ON OLLUT ALIRESURSSOITUA?

Miksi lääkärin vastaanottotoiminta on ollut niin aliresurssoitua, että se leimaa koko julkisen perusterveydenhuollon, joka sitten leimataan huonosti toimivaksi? Ennen kuin kerron syyt tähän, mainitsen, että tein huolellista taustatyötä useisiin terveyskeskuksiin ulottuvien verkostojen kautta selvittääkseni terveyskeskusten eri toimintojen kustannusosuudet. Vain osa niistä oli Uudeltamaalta. Erityisesti haluan mainita hyvin toimivan pienen terveyskeskuksen Satakunnassa eli Säkylän, jonka olosuhteet tunsin hyvin ja päivitin tietojani vielä nykyisen yllälääkärin kautta.

Mainitsen kolme syytä, joista yhden olen osin valmis itsekin hyväksymään, mutta kahta en. Nämä syyt ovat seuraavat:

1) Lainsäätäjä, STM ja myös valvovat viranomaiset ovat priorisoineet laeilla, asetuksilla, ohjeilla ja määräyksillä tarkasti monet terveyskeskuksen toiminnoista, esimerkiksi neuvolat, seulonnat, kouluterveydenhuollon, työterveyshuollon, apuvälinepalvelut, valvotun kotisairaanhoidon jne. Lääkäreiden vastaanottotoiminnan laajuutta ja saatavuutta ei ole vastaavalla tiukkuudella säädelty. Siihen jää käytettäväksi se raha, joka muiden ns. lakisääteisten toimintojen jälkeen on terveyskeskuksen kokonaisbudjetista käytettävissä. Tämä merkitsee niukkuutta. Tämä niukka resurssi on eettisesti aivan oikein kohdistettu eniten palveluja tarvitseviin potilaisiin, jotka usein ovat monisairaita, vanhuksia, työttömiä, syrjäytyneitä jne. Tämä ryhmä käyttää 80 % terveyskeskuksen lääkärin vastaanottokapasiteetista ja "osaa palvelun käyttämisen säännöt". Tähän 80 % en laske mukaan terveyskeskusten akuuttipäivystystä, joka aikanaan oli merkittävä, sillä se on siirtynyt pääosin sairaaloissa sijaitseviin yhteispäivystyksiin. Hyväksyn periaatteessa sen, että niukka resurssi kohdistetaan eniten tarvitsevien hoitoon. Se on kestävä periaate kaikessa lääkäritoiminnassa. Aikanaan julkinen hammashoito kohdistettiin kokonaisuudessaan lapsi-ikäluokkaan. Sillä tavalla luotiin heille pysyvä suun terveyden perusta. Tällaiset priorisoinnit ovat oikeita, mutta ongelma on kokonaisresurssin niukkuus, josta seuraa väestön suuressa osassa tyytymättömyyttä. Tämä osa väestöstä, joka ei tarvitse yhtä paljon palveluja, mutta maksaa valtaosan veroista, ei koe saavansa terveyskeskusten lääkäripalveluja riittävän joustavasti ja nopeasti.

2) Toinen syy terveyskeskusten lääkäripalvelujen niukkuuteen on monien kuntien tietoinen säästöpolitiikka, joka on kohdistettu tähän palveluun. Ajatellaan, että väestön suuri osa on suostuvainen maksamaan itse palveluista yksityissektorilla, joten ei ole edes tarkoituksenmukaista rahoittaa niitä verovaroin. Eräs varakas kunta, joka noudatti aivan virallisesti tällaista politiikkaa, sai asiasta Eduskunnan oikeusasiamiehen huomautuksen. Viitataan toistamiseen vertaukseen peruskoulusta. Mitä

ajattelimme, jos peruskoulu olisi resursoitu vain osalle lapsista ja muiden perheiden haluttaisiin itse maksavan lapsensa koulutus? Näin kuitenkin toimii terveyspolitiikka suuressa osassa Suomen kuntia. Tästä on seurannut, että ihmisten on käytettävä omaa rahaa ("out of pocket") saadakseen kohtuulliset lääkäripalvelut. Tämä puolestaan on ylläpitänyt laajaa kannattavaa julkisia palveluja "täydentävää" palveluliiketoimintaa. Ja nyt ratkaisuksi tähän syntyneeseen epätasa-arvoiseen tilanteeseen esitetään, että mainittu yksityisten palveluiden käyttö rahoitetaan julkisin varoin! Toteutusmallin nimi on valinnanvapaus. Sen puolesta lobbaa voimakkaasti nykyinen yksityissektori, joka on tehnyt satojen miljoonien sijoitukset, johon nyt haetaan yhteiskuntaa maksajaksi. Se, mistä tämä rahoitus saadaan, on jätetty keskustelun ulkopuolelle.

3) Kolmas syy terveyskeskusten lääkäripalvelujen vajeeseen on varsin käytännöllinen: lääkäripula. 1990-luvulla leikattiin lääkärikoulutuksen aloitusmääriä voimakkaasti. Kun talous alkoi taas kasvaa vuodesta 1994 alkaen, syntyi lääkäreille tuhansia uusia työpaikkoja. Niitä syntyi sairaaloihin, joiden päivystysjärjestelmiä muutettiin aikaisempaa enemmän lääkäri työvoimaa tarvitseviksi. Työpaikkoja syntyi työterveyshuoltoon, yksityissektorille, opetukseen ja tutkimukseen. Raskas yleislääkärin työ jäi muiden sektoreiden jalkoihin niin palkkauksellisesti, työnjohdollisesti kuin myös potilaiden ongelmien monimutkaistumisen ja työn vaativuuden lisääntymisen takia. Kansainvälisen vertailun mukaan Suomessa pitäisi olla 1500-2000 yleislääkärinä enemmän kuin terveyskeskuksissa nyt on.

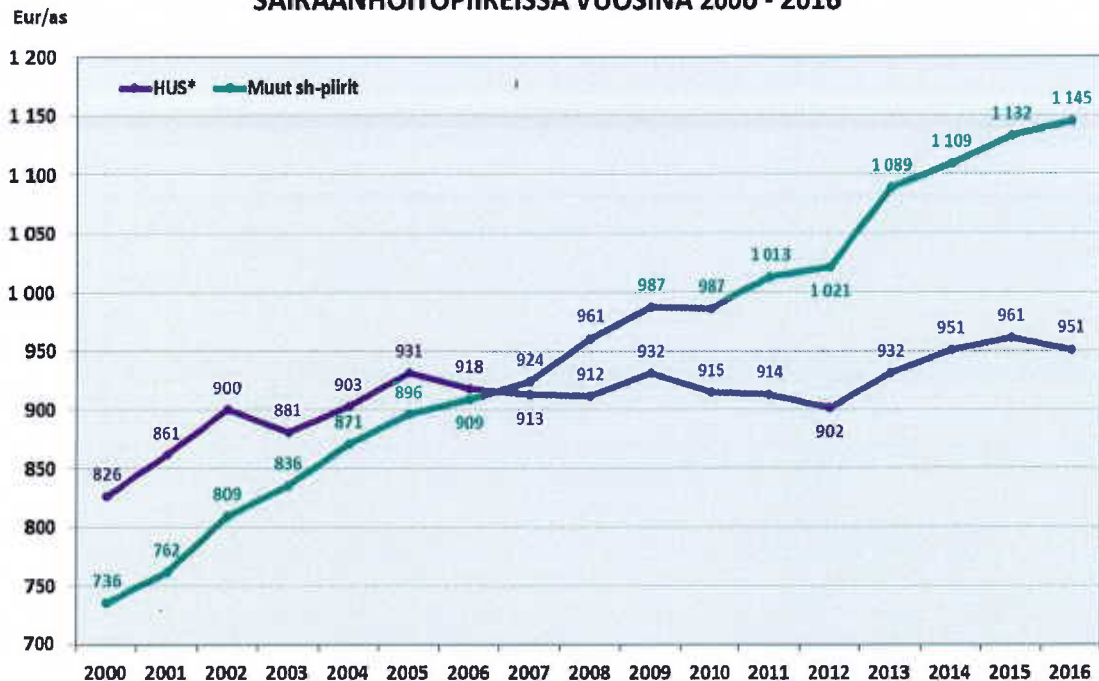
Miten tämä ongelma ratkaistaan?

En esitä pelkkää kritiikkiä, vaan myös ratkaisuja. Johdin Porin terveyskeskusta vuosina 1987-1995. Tuona aikana nostimme kriisissä olleen terveyskeskuksen (STM:n virallisen arvion mukaan Suomessa vallitsi koko maassa vuonna 1989 terveyskeskusten kriisi) malliterveyskeskukseksi, jonka oppeja alettiin soveltaa koko maassa. Mallin nimi oli omalääkärimalli tai väestövastuunmalli. Kyse on julkisen palvelun sisäisestä yrittäjyydestä. Lääkäreistä tuli eräänlaisia kunnallisen sektorin ammatinharjoittajia, joiden työ muistutti entisiä kunnanlääkäreitä. Heillä ei ollut tarkasti määriteltyä työaika, mutta kullakin oli vastuuväestö, joka piti hoitaa. Palkkaus muuttui siten, että puolet palkasta oli kiinteää kuukausipalkkaa ja puolet toiminnasta seuraavia erilliskorvauksia. Tekemällä enemmän töitä sai enemmän palkkaa. Terveyskeskusten ns. lakisääteisten tehtävien osuutta lääkäreiden viikkotyöstä vähennettiin aikaisemmasta yli puolesta alle neljännekseen ja vastaavasti lisättiin vastaanottotyön osuutta. Tätä auttoi se, että terveyskeskuksen 40 virasta oli ollut 18 täyttämättä ja ne täyttyivät uuden toimintamallin myötä puolessa vuodessa. Vastaanottokontaktien määrä kolminkertaistui. Käynnin yksikköhinta aleni 25 prosenttia. Väestön tyytyväisyys lisääntyi merkittävästi. Jokainen porilainen pääsi omalle lääkärilleen saman päivän aikana. Viikon eri työpäivien kuormitus muuttui. Maanantaina vastaanotolla oli kaksinkertainen määrä potilaita perjantaihin verrattuna. Muualta maasta jonotettiin tutustumiskäynnille Poriin. Sanon tasapuolisuuden vuoksi, että olennaisilta osin tämä sama malli oli käytössä Kelan rahoittamassa Yksityislääkärit omalääkäreinä -kokeilussa, joka on viime viikkoina saanut myönteistä julkisuutta. Ero oli siinä, että Porissa

malli koski koko kaupunkia ja siihen osallistui 40 lääkäriä eikä vain neljä lääkäriä neljässä eri kaupungissa kuten em. kokeiluissa. Porin "kokeilun" yhteiskunnallinen vaikuttavuus oli paljon suurempi kuin Kelan kokeilun. Helsingin Sanomatkin tuli "kehäkolmosen" pohjoispuolelle ja teki asiasta erittäin positiivisen artikkelin, jonka otsikko vuonna 1991 oli "Porin ihme toteutui vuodessa."

Miksi tämä malli ei sitten ole enää toiminnassa? Tai miksi ei Kelan kokeilu laajentunut koko maahan? Syy on nykyiseen valinnanvapauskeskusteluun liittyen hyvin mielenkiintoinen. Molemmat mallit perustuivat kahteen samaan lähtökohtaan. Lääkärimäärä oli väestön tarpeisiin nähden riittävä eli olennaisesti suurempi kuin aikaisemmin ja toimintamalli perustui osittaiseen urakkapalkkaukseen ja suureen itsenäisyyteen järjestää työnsä lääkärikohtaisesti parhaaksi katsomallaan tavalla. Tieteen ylilyöntejäkin ja virheitä tapahtui ja niihin jouduttiin puuttumaan, mutta kokonaisuus oli aikaisempaan verrattuna mullistavasti parempi. Ensimmäinen syy tämän mallin näivettymiseen oli niinkin raadollinen kuin raha. Vaikka vastaanotokäynnin yksikköhinta halpeni, tuli käyntejä niin paljon lisää eli väestön tarpeiden mukainen määrä, että kokonaiskustannukset nousivat ja kuntien kamreerit alkoivat kritisoida tätä mallia. Terveyskeskus toimi liian hyvin. Siitä olikin tullut sairauskeskus, joka nautti potilaiden suurta arvostusta. Tilannetta ei myöskään katsottu hyvällä yksityisissä lääkärikeskuksissa, joiden asiakasmäärät alkoivat vähentyä. Toinen syy oli se, että lääkäreiden kuormitus kasvoi kasvamisestaan ja tämä olisi edellyttänyt lisäpanostuksia, joihin kunnat eivät kuitenkaan eräitä harvoja lukuun ottamatta olleet valmiit. Tällöin lääkärit alkoivat uudelleen kaivata aikaisempaa vähemmän urakkamallista virkistyötä, jossa tehtiin säännöllisesti päivittäin töitä 7 tuntia 24 minuuttia ja vietettiin runsaasti aikaa neuvoloissa, kouluissa, vanhainkodeissa ja erilaisissa yhteistyöpalavereissa, joiden määrä lisääntyi sitä mukaa kuin syntyi sosiaali- ja terveyskeskuksia, hyvinvointikeskuksia, perusturvakkeuksia ja millä kaikilla nimillä näitä uusia virastoja kutsuttiin. Alkoi lääkäreiden laajamittainen siirtyminen yksityiselle sektorille ja samalla lisääntyivät terveyskeskusten lääkäripalvelujen ulkoistukset.

LIITE 2

EUROA/ASUKAS -KEHITYS DEFLATOITUNA HUS:SSA VS. MUISSA SAIRAANHOITOPIIREISSÄ VUOSINA 2000 - 2016


HUS*: huomioitu laskennallinen ylijäämä 54,6 milj. euroa vuonna 2015, vuosi 2016 ei sisällä vuoden 2015 ylijäämää.

Ensihoito siirtyi sairaanhoitopiirien vastuulle vuoden 2013 alussa. Osa sairaanhoitopiireistä hoiti tehtävää jo vuonna 2012. Jäsenkuntien myyntitulot sisälsivät ensihoidon nettotoimintamenot vuodesta 2013 alkaen.

Deflatoitu v. 2016 tasoon kuntatalouden terveydenhuollon julkisten menojen hintaindeksillä (Tilastokeskus 13.2.2017).

Muut sh-piirit ilman Ahvenanmaan maakuntaa. Tiedot: Kuntaliitto. Väestö 31.12., lähde: Tilastokeskus.

Kuntaliitto.fi: Palvelurakenteiden ja tietojärjestelmien uusimiset vaikeuttavat osassa sairaanhoitopiireistä vertailukelpoisten ja luotettavien seurantatietojen raportointia. Tämän vuoksi tiedot eivät osin ole aivan kattavia -- eivät kaikki täysin vertailukelpoisia.

LIITE 3

TERVEYSKESKUKSEN ERI TOIMINNOT

Lääkärin vastaanottotoiminta, ajanvaraus ja kiireellinen, sekä niihin liittyvät puhelin-, netti- ym. palvelut
Sairaanhoitajien ja muun henkilöstön vastaanottotoiminta

Suun terveydenhuolto, ehkäisevä ja sairauden hoito, kiireetön ja kiireellinen

Eri ammattiryhmien toteuttama kotisairaanhoito: valvottu, säännöllinen ja satunnainen

- Kotisairaala
- Kotihoito, kotipalvelu
- Päiväsairaala, muu päivätoiminta
- Perhesuunnitteluneuvola
- Äitiysneuvola
- Lastenneuvola
- Kasvatus- ja perheneuvola
- Työikäisten ja ikääntyneiden neuvolapalvelut
- Kouluterveydenhuolto
- Opiskelijaterveydenhuolto
- Seulonnat ja muut joukkotarkastukset
- Tartuntatautien ehkäisy ja valvonta, ml. rokotustoiminta
- Työterveyshuolto, ennaltaehkäisevä
- Työterveydenhuolto, sairaanhoito
- Yrityksille myytävä työterveyshuolto
- Merimiesterveidenhuolto
- Lääkinnällinen kuntoutus ja apuvälinepalvelut
- Fysioterapiapalvelut
- Muut terapiapalvelut: puheterapia, toimintaterapia, jalkaterapia, ravitsemusterapia
- Terveyssosealilyö
- Mielenterveyspalvelut
- Päihdetyö
- Sosiaalihuollon yksiköiden lääkäri- ja muut sairaanhoitopalvelut
- Terveiden edistämisen yksikkö
- Yleiset neuvonta- ja ohjauspalvelut
- Laboratoriopalvelut
- Kuvantamispalvelut
- Yhteispäivystysten perusterveydenhuolto
- Vuodeosastohoito: akuutti, kuntouttava, pitkäaikainen

LIITE 4

TERVEYSKESKUKSEN TOIMINNOT JA ERI PALVELUIDEN KUSTANNUKSET

Koko terveyskeskustoiminnan nettomenot 650 €/asukas
32 eri palvelua ryhmitelty 14 kokonaisuudeksi

Vastaanottotoiminta (160 €/as)					Vuodeosastot (150-200 €/as)					
Hammashuolto (100 €/as)					Kotisairaanhoido					
Terveysten- edistäminen	Terapiapalvelut	Kuntoutus	Päihdetyö ja mielenterveys	Rokotukset Tartuntataudit	Seulonnat	Perhesuun- neuvola	Äitiysneuvola Lasten neuvolat	Muut neuvolat	Työterveys A ja B Merimies <u>th</u>	Koulu- ja opiskelu <u>th</u>

LIITE 5

