2011 Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia | 116

Yrjö Mattila

Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä?

Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116
Kelan tutkimusosasto | Helsinki 2011

Yrjö Mattila

Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä?

Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista

Kirjoittaja
Yrjö Mattila
OTL, VTL, kehittämispäällikkö
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisut on hyväksytty
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittaja ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-853-6 (nid.)
978-951-669-854-3 (pdf)
ISSN 1238-5050

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy
Tampere 2011

Tiivistelmä

Mattila Y. **Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011. 369 s. ISBN 978-951-669-853-6 (nid.), ISBN 978-951-669-854-3 (pdf).

Tutkimuksessa selvitetään Suomen terveydenhuollon kehityslinjoja 1800-luvulta nykyaikaan pääasiassa institutionalismin, polkuriippuvuuden ja funktionalismin teorioita hyväksi käyttäen. Tutkimuksen keskiössä ovat instituutiot ja niiden vaikutus terveydenhuoltoon. Miten terveyspoliittiset periaatteet ja arvot ovat muuttuneet ja mitkä tahot ovat muutokset toteuttaneet? Huomiota on kiinnitetty myös politiikkaan ja maan taloudellisessa tilanteessa tapahtuneisiin muutoksiin. Tutkimuksen empiirisessä osassa terveydenhuolto ja siihen tehdyt muutokset on jaettu neljään ajanjaksoon. Kunnilla on velvollisuus järjestää terveydenhuolto ja mahdollisuus päättää laajasti sen toteutuksesta. Valtion rooli on ohjaava ja kuntien rahoitusta tukeva. Merkittävä muutos tapahtui 1960-luvulla, kun terveydenhuolto jakaantui kunnalliseen terveydenhoitojärjestelmään sekä sairausvakuutukseen ja työterveyshuoltoon. Yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen vuorovaikutusta ei ole pystytty ratkaisemaan. Talouden ohella terveydenhuoltoa ovat ohjanneet politiikka ja instituutiot. Vaihtoehtoiset terveydenhuollon järjestämismallit ovat jääneet vähälle huomiolle. Kuntien itsehallinnon korostaminen terveyspalvelujen toteutuksessa on johtanut hajautettuun, pirstoutuneeseen järjestelmään. Paikallisilla päätöksillä on ollut etusija, mikä on vaikeuttanut keskitettyä ohjausta.

Avainsanat: terveydenhuolto, terveydenhoito, kansanterveys, terveyspolitiikka, sairausvakuutus, valtionosuudet, hoitotakuu, terveyspalvelut, työterveyshuolto, erikoissairaanhoito, instituutiot, terveyskeskukset, sairaalat, polkuriippuvuus

Sammandrag

Mattila Y. **Stora vändpunkter eller jämn utveckling? Studie av riktlinjerna i den finländska hälso- och sjukvården.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 116, 2011. 369 s. ISBN 978-951-669-853-6 (hft.), ISBN 978-951-669-854-3 (pdf).

I studien undersöks utvecklingstrenderna i den finländska hälso- och sjukvården från 1800-talet till nutid i huvudsak med hjälp av teorier om institutionalism, stigberoende och funktionalism. Studien fokuserar på institutionerna och deras inverkan på hälso- och sjukvården. Hur har de hälsopolitiska principerna och värderingarna förändrats och vem har genomfört förändringarna? Uppmärksamhet fästs även vid politiken och de förändringar som har skett i landets ekonomiska situation. I den empiriska delen delas hälso- och sjukvården och förändringarna i den in i fyra tidsperioder. Kommunerna har en skyldighet att ordna hälso- och sjukvård och en möjlighet att i stor utsträckning besluta om hur den här skyldigheten ska fullgöras. Statens roll är att styra och att stöda kommunernas finansiering. En betydande förändring skedde på 1960-talet när hälso- och sjukvården uppdelades i det kommunala hälso- och sjukvårdssystemet samt sjukförsäkringen och företagshälsovården. Problemen med samverkan mellan den privata och den offentliga sektorns hälsovårdstjänster har inte kunnat lösas. Förutom av ekonomin har hälso- och sjukvården styrts av politiken och institutionerna. Alternativa sätt att ordna hälso- och sjukvård har kommit i skymundan. Kommunernas självstyre när det gäller verkställandet av hälsovårdstjänster har framhävts, och detta har resulterat i ett system som är decentraliserat och splittrat. De lokala besluten har haft företräde, vilket har gjort en centraliserad styrning svårare.

Nyckelord: hälso- och sjukvård, hälsovård, folkhälsa, hälsopolitik, sjukförsäkring, statsandel, vårdgaranti, hälso- och sjukvårdstjänster, företagshälsovård, specialiserad sjukvård, institutioner, hälsovårdscentraler, sjukhus, stigberoende

Abstract

Mattila Y. **Major turning points or measured progress? A study of development trends in Finnish health care.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 116, 2011. 369 pp. ISBN 978-951-669-853-6 (print), ISBN 978-951-669-854-3 (pdf).

The study investigates lines of development in Finnish health care from the 19th century to the present day against the theoretical background of institutionalism, path dependency and functionalism. Its main focus is on institutions and their impact on health care provision. The study examines how the principles and values underlying health policy have changed and which actors have affected the change. Attention is also given to the role of politics and to changes in Finland's economic circumstances. In the empirical part of the study, the provision of health care and the changes made to it are studied over four discrete periods. While required to make health services available to the public, Finnish municipalities have significant latitude in how the services are implemented. The state's role is one of guidance and financial support. The 1960s saw a significant change which divided the Finnish health care sector into a municipal system and a system based on national health insurance and occupational health care. The interplay between the private and public delivery of health services is problematic and remains unsolved. The course of health care in Finland has been influenced not only by financial considerations but also by politics and institutions. Alternative models of provision have received scant attention. The strong emphasis on municipal autonomy in the provision of health services has resulted in a decentralised and fragmented system. Because of the priority given to decision-making at the local level, centralised oversight and guidance is difficult to achieve.

Key words: health care, public health, health policy, health insurance, state subsidies, guaranteed access to care, health services, occupational health care, specialised medical care, institutions, health centres, hospitals, path dependency

ALKUSANAT

Kiinnostukseni terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen kehitykseen syntyi 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin toimin Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosastolla sairaanhoitokorvauspäällikkönä. Siirryin myöhemmin Kelan tutkimusosastolle, ja osallistuin vuosina 2002–2006 Turun yliopiston sosiaalivakuutuksen huippuasiantuntijoiden TOPSOS-koulutusohjelmaan. Lopputyöni käsitteli Suomen kaksikanavaisen terveydenhuollon rahoitusta sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon keskinäistä suhdetta. Tutkimusaihe osoittautui niin mielenkiintoiseksi, että halusin laajentaa aiheen väitöskirjaksi. Uusi tutkimusaihe koski koko Suomen terveydenhuollon kehitystä, ja aihe vaati tarkennusta merkittäviin käännekohtiin ja muutosten syihin.

Kiitän tutkimuksen ohjaajia tutkimusprofessori, osastopäällikkö Olli Kangasta ja dosentti Heikki Niemelää Kelan tutkimusosastolta ansiokkaasta ja innostavasta ohjauksesta. Väitöskirjani kolmantena ohjaajana on toiminut Turun yliopiston professori Veli-Matti Ritakallio, joka oli ohjaamassa myös samaa aihepiiriä koskevaa TOPSOS-lisensiaattitutkielmaani. Varsinkin väitöskirjaprojektin loppuvaiheessa hänen ohjeistaan on ollut paljon apua. Väitöskirjani esitarkastajat professorit Pauli Kettunen Helsingin yliopistosta ja Juhani Lehto Tampereen yliopistosta tekivät perusteellista työtä. Heidän analyyttiset lausuntonsa auttoivat minua parantamaan käsikirjoitusta. Kiitos kuuluu myös Katri Hellstenille, Heikki Ervastille ja Susan Kuivalaiselle kannustavista ja hyödyllisistä kommenteista. Kela-kollegoitani Eeva Kuutvuorta ja Robert Hagforsia kiitän hyvästä avusta kuvioiden tekemisessä ja Kelan tietopalvelun koko henkilöstöä erinomaisesta yhteistyöstä tausta-aineiston ja lähteiden etsimisessä. Kiitos kuuluu myös Tutkimusosaston julkaisutoimitukselle avusta tutkimuksen ja julkaisun viimeistelyssä. Lopuksi ja ennen kaikkea kiitän vaimoani Leena Laajarinnettä kärsivällisyydestä ja huolenpidosta työtä tehdessäni.

Kelan tutkimusosastossa huhtikuussa 2011

Yrjö Mattila

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 11
1.1 Suomen terveydenhuollon pääpiirteet 11
1.2 Suomen panostus terveydenhuoltoon 13
1.3 Suomen ja eräiden muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät 13
1.4 Suomen järjestelmän erityislaatu tutkimuskohteena 16
1.5 Hyvinvointi-instituution kehityksen selitystavoista 17
1.5.1 Rakennefunktionalismi, rakennepolitiikka ja valtaresurssit 17
1.5.2 Rationaalisen valinnan institutionalismi, historiallinen institutionalismi ja polkuriippuvuus 20
1.5.3 Sosiologinen institutionalismi, hegemoniset diskurssit 29
1.6 Suomalaisesta ja kansainvälisestä terveydenhuollon kehityksen tutkimuksesta 31
1.7 Teorioiden ja lähestymistapojen hyödyntäminen tässä tutkimuksessa ... 37

2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ 38
2.1 Kysymyksenasetteluja 38
2.2 Tutkimuksen rakenne 39
2.3 Tutkimusaineisto ja menetelmät 42
2.4 Tutkimuksen rajaukset 44

3 KATSAUS SUOMEN TERVEYDENHUOLTOON ENNEN ITSENÄISYYDEN AIKAA (1860–1916) 45
3.1 Polun alku 1860–1916 45
3.2 Taloudellinen kehitys 1860–1916 45
3.3 Julkinen terveydenhuolto autonomian aikana 47
3.4 Työpaikkakassatoiminta ja pyrkimys sairausvakuutukseen 56
3.5 Arvio 58

4 TERVEYSPALVELUT ETENEVÄT VÄHITELLEN (1917–1959) 59
4.1 Taloudellinen kehitys ja terveydenhuollon diskurssi 1917–1959 59
4.2 Poliittisen tilanteen muutoksen heijastukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon 63
4.3 Sairausvakuutushankkeet 1917–1959 69
4.3.1 Pyrkimykset sairausvakuutusjärjestelmän luomiseen 1920-luvulla 69
4.3.2 Pyrkimykset sairausvakuutusjärjestelmän luomiseen toisen maailmansodan jälkeen 79
4.4 Kunnallisen järjestämisvastuun eteneminen 84
4.4.1 Terveydenhoitolakia uudistetaan 84
4.4.2 Kunnanlääkärijärjestelmä vahvistuu 85
4.4.3 Avoterveydenhuollon kehitys toisen maailmansodan jälkeen 90
4.5 Sairaalatoiminnan kehitys 91
4.6 Terveydenhuollon rahoitus 1917–1959 102
4.7 Arvio 103

5 MONIKANAVAINEN JÄRJESTELMÄ MUOTOUTUU (1960–1990) 108
5.1 Taloudellinen kehitys ja terveydenhuollon diskurssi 1960–1990-luvuilla 108
5.2 Sairausvakuutuksen synty ja toteuttaminen vuosina 1960–1990 113
5.2.1 Sairausvakuutuslakia valmistellaan 113
5.2.2 Sairausvakuutuslain eduskuntakäsittely 120
5.2.3 Sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpano ja järjestelmän arviointia 124
5.2.4 Korvaustason alhaisuuden ongelmat 1970- ja 1980-luvuilla 128
5.2.5 Sairausvakuutuksen uudistamispyrkimyksiä 130
5.3 Kansanterveysjärjestelmä 1960–1990 132
5.3.1 Avohuollon puutteet huolestuttavat 132
5.3.2 Pekka Kuusi muuttaa paradigman 135
5.3.3 Kansanterveyslakia valmistellaan 139
5.3.4 Ehdotuksia kansanterveyslaiksi 144
5.3.5 Kansanterveyslain toimeenpano ja terveydenhuollon kehitys 1970- ja 1980-luvuilla 151
5.4 Sairaalalaitos ja erikoissairaanhoito 155
5.5 Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain soveltaminen rinnakkain ja järjestelmien vuorovaikutus 159
5.6 Työterveyshuoltojärjestelmä julkisen ja yksityisen väliin 166
5.6.1 Työterveyshuoltojärjestelmä muodostuu vähitellen 166
5.6.2 Työterveyshuolto instituutiona vakiintuu 170
5.6.3 Työterveyshuollon kehittyminen 1980-luvulla 179
5.7 Hammashuolto julkisen ja yksityisen palveluntuotannon välimaastossa 180
5.8 Arvio 183

6 YKSILÖN VASTUU LISÄÄNTYY (1991–2010) 190
6.1 Suomen taloudellinen tilanne vuosina 1991–2010 190
6.2 Keskitetty ohjaus lopetetaan ja kuntien vastuuta lisätään 193
6.2.1 Valtionosuusuudistuksen tausta ja paradigman muutos 193
6.2.2 Valtionosuusuudistuksen valmistelu 196
6.2.3 Keskushallinnon alasajo: lääkintöhallituksen sekä sosiaali- ja terveyshallituksen lopettaminen 198
6.2.4 Valtionosuusuudistuksen keskeinen sisältö ja tavoitteet 198
6.2.5 Valtionosuusuudistus eduskunnassa ja huoli kansalaisen asemasta 201
6.3 Yksilön vastuu sairauskulujen maksajana lisääntyy 205
6.3.1 Terveyskeskusmaksut ja muut terveydenhuollon maksut osaksi rahoitusta 205
6.3.2 Maksukattoon jää aukkoja 208
6.3.3 Maksut vakiintuvat osaksi terveydenhuollon rahoitusta 211
6.3.4 Palveluseteli herättää paljon kysymyksiä 216
6.3.5 Johtopäätöksiä 218
6.4 Yksilön vastuu lisääntyy hoidon laadun ja määrän suhteen 219

6.4.1 Lisäsikö potilaslaki potilaan oikeuksia? 219
6.4.2 Perusoikeusuudistus ja terveydenhuollon oikeudellistuminen 225
6.4.3 Hoitotakuu kääntää polkua 230
6.4.4 Julkisen terveydenhuollon rahoituspohjaa vahvistetaan Paras-hankkeella 241
6.4.5 Muuttaako terveydenhuoltolaki 2011 polun suunnan? 243
6.4.6 Johtopäätöksiä 248
6.5 Sairaanhoitovakuutus vuosina 1991–2010 252
6.5.1 Monikanavainen rahoitus 252
6.5.2 Sairausvakuutuslain kokonaisuudistus 256
6.5.3 Merkittävä käänne sairausvakuutuksen rahoituksessa 258
6.5.4 Sairaanhoitovakuutuksen uudistamisyritykset vuoteen 2010 mennessä 263
6.5.5 Julkiset ja yksityiset palvelut rinnakkain 266
6.6 Hammashuolto kehittyy 271
6.7 Työterveyshuolto 275
6.8 Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa ja vuorovaikutusta 285
6.9 Muut terveydenhuollon rahoituskanavat 293
6.9.1 Yksityiset sairauskuluvakuutukset 293
6.9.2 Liikenne- ja tapaturmavakuutukset 295
6.10 Terveydenhuolto liiketoimintana ja yksityiset palvelut 296
6.11 Arvio 298

7 TULOKSIA, JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA POHDINTAA 304
7.1 Funktionalistinen selitystapa 304
7.2 Rakennepoliittinen ja institutionalistinen selitystapa 308
7.2.1 Eri lähestymistavoista 308
7.2.2 Polkuriippuvuus ja aikatekijä 310
7.2.3 Federalismin heijastuksia 311
7.2.4 Keskeiset toimijat ja kehitystä ehdollistaneet instituutiot 312
7.3 Merkittävät muutokset Suomen terveydenhuollossa 318
7.3.1 Terveydenhuollon kokonaisuus muotoutuu 318
7.3.2 Julkinen perusterveydenhuolto 319
7.3.3 Erikoissairaanhoito 322
7.3.4 Julkinen sairaanhoitovakuutus 322
7.3.5 Työterveyshuolto 324
7.4 Mitkä periaatteet, asenteet, tavoitteet ja arvot ovat olleet keskeisiä kehitettäessä ja rahoitettaessa Suomen julkista terveyspalvelujärjestelmää? 325
7.5 Priorisointi ja potilaan oikeusasema 328
7.6 Onko monikanavaisuus syynä terveydenhuollon ongelmiin? 330
7.7 Johtopäätöksiä 342

LÄHTEET 345

TAULUKOT JA KUVIOT 368

1 JOHDANTO

1.1 Suomen terveydenhuollon pääpiirteet

Kaikissa yhteiskunnissa on järjestelmiä kansalaisten sairauden varalle. Järjestelmät kuitenkin vaihtelevat eri aikoina ja eri paikoissa. Moderneissa hyvinvointivaltioissa julkinen valta on ottanut tehtäväkseen vastata pääosasta kansalaisten terveysturvasta. Hyvinvointivaltioiden välillä on kuitenkin suuria eroja vastuun kantamisessa. Terveydenhuoltoon käytetyt varat vaihtelevat samoin kuin järjestelmien institutionaalinen rakenne ja julkisen ja yksilön vastuun rajat.

Suomi on ainakin 1970-luvulta lähtien luettu mukaan pohjoismaisiin hyvinvointivaltioihin. Hyvinvointivaltioluokitteluun vaikuttaa paljon näkökulma. Tässä kohteena on terveysturva. Onko terveydenhuoltomme rakenne yhtenevä muiden Pohjoismaiden kanssa? Onko eroavaisuuksia? Jos on, kuinka suuria ne ovat? Millaiset ovat Suomen terveydenhuollon pääpiirteet ja miltä ne näyttävät kansainvälisessä kontekstissa? Näyttää siltä, että Suomi on monessa suhteessa erikoistapaus sekä pohjoismaisessa vertailussa että vertailtaessa Suomea kansainvälisesti. Suomessa terveydenhuolto rahoitetaan nimittäin monen kanavan kautta, ja toisaalta myös palvelujärjestelmässä on monia muista maista poikkeavia piirteitä.

Millä tavoin Suomen terveydenhuollon erityispiirteet ovat muotoutuneet ja miten nykyiseen järjestelmään on tultu? Ovatko muutokset olleet suunniteltuja, ja onko järjestelmä kehittynyt askel askeleelta vai onko se äkkinäisten käänteiden tulos? Mitä arvoja on tavoiteltu, kun muutoksiin on ryhdytty? Käsittelen näitä kysymyksiä tässä Suomen terveydenhuollon historiaa ja kehitystä tarkastelevassa tutkimuksessani. Ennen empiiristä, kehityshistoriaan keskittyvää osuutta on kuitenkin luotava lyhyt katsaus Suomen terveydenhuollon nykyjärjestelmään ja tarkasteltava, missä määrin se poikkeaa eräiden muiden maiden järjestelmistä.

Suomen terveydenhuolto koostuu kolmesta pääasiallisesta osiosta:

1) universaalisesta, kaikkia kansalaisia koskevasta julkisesta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta
2) työntekijöitä ja yrittäjiä koskevasta ja osana sairausvakuutusta toteutetusta työterveyshuollosta
3) julkisen ja kaikkia Suomessa asuvia kansalaisia kattavan sairausvakuutuksen osittain korvaamasta yksityisestä terveydenhuollosta.

Kunnalliset terveyspalvelut käsittävät terveyskeskuspalvelut, maksuttomat äitiysneuvolapalvelut, hammashuoltopalvelut sekä sairaala- ja muut pitkäaikais- ja erikoissairaanhoidon palvelut. Nämä palvelut rahoitetaan pääosin kunnallisverolla, valtionosuuksilla ja asiakasmaksuilla. Työterveyshuolto, joka on työntekijöille maksuton, käsittää kaksi osaa: ehkäisevän työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon tasoisen sairaanhoidon. Ehkäisevän työterveyshuollon järjestäminen on lain mukaan pakollista työnantajille, kun taas sairaanhoidon järjestäminen on vapaaehtoista, työnantajien

erillisiin päätöksiin perustuva palvelu. Työntekijän työterveyshuollon laajuus vaihtelee työpaikoittain. Myös sairausvakuutus korvaa työnantajan järjestämää ehkäisevää työterveyshuoltoa ja sen yhteydessä annettavaa sairaanhoitoa eri perustein. Yleensä noin puolet kustannuksista jää työnantajan maksettavaksi.

Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto käsittää avoterveydenhuollon (lääkärinpalkkiot sekä tutkimus ja hoito) yksityisellä sektorilla, yksityisesti annetun hammashoidon sekä eräiltä osin hoidon yksityisessä sairaalassa. Julkinen sairausvakuutusjärjestelmä osallistuu kuitenkin kansalaisten yksityisen hoidon kustannuksiin vain osittain, 20–35 prosentin osuudella hoidon ja sen korvaustaksan mukaan. Lääkärinpalkkioita ja tutkimusta sekä hoitoa merkittävämpi osuus sairausvakuutuksella on kansalaisten lääkkeisiin ja sairauteen liittyvien matkojen kustannusten korvaajana. Lääkkeiden korvausosuus riippuu lääkkeestä ja sairauden vakavuudesta, ja korvaustaso sairauksiin liittyvissä matkoissa on yli 80 prosenttia matkan hinnasta. Sekä reseptilääkkeissä että matkoissa on lisäksi vuotuinen omavastuukatto, jonka täytyttyä kustannukset korvataan kokonaan. Vastaavaa omavastuukattoa ei ole lääkärinpalkkioissa eikä tutkimuksessa ja hoidossa.

Terveydenhuollosta vastaavia viranomaisia ja tutkimuskeskuksia Suomessa ovat sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos (Kela) sekä valvontaviranomaisina Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintokeskukset. Aluehallintokeskukset perustettiin vuoden 2010 alussa lakkautettujen lääninhallitusten tilalle. Myös Valvira on uusi viranomainen, joka on muodostettu yhdistämällä useita aiemmin erillisinä toimineita valtion keskushallinnon yksiköitä. THL muodostettiin yhdistämällä Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus Stakes ja Kansanterveyslaitos. Sen tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehitystyö. Kela hallinnoi kansallista sosiaalivakuutusta, jonka yksi osa on sairausvakuutus. Kelan tehtävänä on myös sosiaalivakuutusta ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva tutkimus- ja kehitystyö. Työterveyslaitos on tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka on erikoistunut työn terveellisyyttä ja turvallisuutta sekä työhyvinvointia koskevaan tutkimus- ja kehittämistyöhön. Näiden virastojen ja laitosten ohella on terveydenhuollon alalla runsaasti yhteiskunnan joko kokonaan tai osittain rahoittamia instituutioita, jotka tutkivat ja kehittävät terveydenhuoltoa tai sen erityisaloja, kuten syöpä- tai sydäntutkimusta, ehkäisevää terveydenhuoltoa tai potilaiden asemaa. Tärkeitä terveydenhuoltoon liittyviä instituutioita on myös valtiovarainministeriö, jolle on vuodesta 2010 lähtien kuulunut kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuuden jakaminen, sekä kuntien edunvalvontajärjestö Suomen Kuntaliitto, joka valvoo kuntien etuja myös terveydenhuollon järjestämistä ja toteutusta koskevissa asioissa.

Julkinen terveydenhuolto toteutetaan terveyskeskuksissa ja aluesairaaloissa, keskussairaaloissa ja yliopistollisissa keskussairaaloissa. Yksityistä hoitoa annetaan lääkäriasemilla, ja työterveyshuoltoa voidaan antaa joko terveyskeskuksissa, työnantajien omilla tai usean työnantajien yhteisillä työterveysasemilla tai yksityisillä lääkäriasemilla.

1.2 Suomen panostus terveydenhuoltoon

Suomen julkisen terveydenhuollon kustannukset muodostivat 8,2 prosenttia bruttokansantuotteesta vuonna 2007[1]. Luku on paljon pienempi kuin useimmissa muissa Länsi-Euroopan maissa. Ruotsissa julkisen terveydenhuollon kustannukset vuonna 2007 olivat 9,1 prosenttia, Norjassa 8,9 prosenttia, Ranskassa 11 prosenttia, Saksassa 10,4 prosenttia, Isossa-Britanniassa 8,4 prosenttia ja Yhdysvalloissa 16 prosenttia bruttokansantuotteesta. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomi panostaa terveydenhuoltoon vähiten. Kolmenkymmenen OECD-maan keskiarvo vuonna 2005 oli 6,4 prosenttia bruttokansantuotteesta, joten Suomi alitti OECD-maiden keskiarvon 0,5 prosentilla.[2] Suomi eroaa muista kehittyneistä länsimaista terveydenhuollon halpuudellaan ja vähäisellä panostuksellaan.

Julkinen sektori (kunnat ja valtio) rahoittaa Suomessa pääosan terveydenhuollon kustannuksista. Vuonna 2006 tämä osuus oli noin 74 prosenttia kokonaiskustannuksista, joista kuntien osuus oli 39 prosenttia ja valtion 35 prosenttia. Sairausvakuutus kattaa noin 15 prosenttia kustannuksista, ja kotitalouksien omavastuuosuudet ja muu yksityinen rahoitus ovat noin 11 prosenttia. Yksityisen hoidon sekä työterveyshuollon osuus on noin 2 prosenttia bruttokansantuotteesta, kun julkisen terveydenhuollon osuus on hieman noussut edellisestä vuodesta ja oli 6,1 prosenttia bruttokansantuotteesta.[3] Vuosina 1995–2006 julkisen terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta kasvoi jonkin verran, kun taas yksityisten terveydenhuoltomenojen osuus pysyi suurin piirtein samana koko ajan. Terveydenhuollon rahoituksessa kunnan verorahoitus ja valtionosuudet on tärkein rahoitusmuoto, mutta myös sairausvakuutusrahasto ja asiakkaiden maksamat omavastuuosuudet ovat tärkeitä rahoituslähteitä. Merkittävää on se, että kotitaloudet maksoivat lähes 20 prosenttia terveydenhuoltomenoistaan itse. Tällä saattaa olla yhteys siihen, että Suomessa panostus julkiseen terveydenhuoltoon on huomattavasti vähäisempää kuin monissa muissa maissa.

1.3 Suomen ja eräiden muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kaltaista julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhdistelmää ole suoraan löydettävissä muista EU-maista tai muualtakaan. Suomessa julkinen valta osallistuu sekä julkisen että yksityisen järjestelmän kustannuksiin. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä muistuttaa joissakin kohdin Ruotsin ja muiden Pohjoismaiden sekä Ison-Britannian ja eräiden Etelä-Euroopan maiden, kuten Espanjan ja Italian, järjestelmiä. Suurin ero on julkisen terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämistavan muodossa. Suomessa julkisen terveydenhuollon toteutus ja rahoittaminen on uskottu pienimmälle mahdolliselle yksikölle eli kunnalle. Vuonna

1 Terveydenhuollon menot ja … 2008.

2 OECD 2007, 183.

3 Health care expenditure ... 2008.

2010 Suomessa oli vielä yli 300 kuntaa, vaikka niiden määrä onkin vähentynyt. Niin keskeisen palvelun kuin terveyspalvelun uskominen niin pienen yksikön kuin kunnan hoidettavaksi on kansainvälisesti ainutlaatuista.

Suomessa terveydenhuollon määrärahoista päätetään kunnan talousarviossa, ja terveydenhuolto kilpailee kunnan muiden lakisääteisten tehtävien, kuten opetustoimen ja sosiaalihuollon, kanssa määrärahoista. Myös muut kunnan toimintoihin tarvittavat määrärahat, kuten esimerkiksi määrärahat investointeihin, korjauksiin, rakentamiseen yms. kunnan menoihin, päätetään samassa talousarviossa. Kunnalla on itsenäinen oikeus päättää siitä, mihin toimiin se voimavaransa suuntaa, eivätkä terveydenhuollon määrärahat eivät ole erityisasemassa suhteessa kunnan muihin menoihin. Kunnan itsenäinen päätöksenteko voi ainakin teoriassa johtaa siihen, että terveydenhuoltoon suunnatut määrärahat jäävät tarpeeseen nähden liian pieniksi, jolloin tarjottavat palvelut voivat jäädä tarvetta pienemmäksi. Valtio avustaa kuntia terveydenhuollon järjestämisessä, mutta kunnilla on oikeus käyttää valtiolta saamansa raha vapaasti mihin tahansa tarkoitukseen. Yleisillä verovaroilla rahoitetun julkisen terveydenhuollon ohella osaa terveydenhuollosta rahoitetaan sairausvakuutusrahastosta, johon varoja kerätään erillisillä sairausvakuutusmaksuilla palkansaajilta valtion tukiessa rahastoa. Sairausvakuutuksesta korvataan yksityisen terveydenhuollon palveluja, lääkekustannuksia, sairauden vuoksi tehtäviä matkoja ja työterveyshuollon kustannuksia.[4]

Ruotsissa terveydenhuollon toteuttaminen on uskottu maakuntien tehtäväksi, ja maakunnilla on omat vaaleilla valitut hallintoelimet sekä verotusoikeus terveyspalvelujen ylläpitämiseksi. Ruotsissa julkinen terveydenhuolto ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta palveluja silloin, kun julkinen kapasiteetti ei riitä palvelutarvetta tyydyttämään. Isossa-Britanniassa rahoitus on keskitetty valtiolle. Terveydenhuoltoon kerättävät varat ovat näissä maissa korvamerkittyjä, eikä näitä varoja voida käyttää muihin menoihin. Yksityisiä terveyspalveluja on saatavissa julkisten ohella, mutta niistä aiheutuvia kustannuksia ei välttämättä makseta julkisista varoista.

Mikäli terveydenhuolto perustuu sairausvakuutusjärjestelmään, terveydenhuoltoa ylläpidetään yleensä vakuutuksella, johon varat kerätään erillisillä maksuilla. Palvelujärjestelmä voi tällöin perustua joko kokonaan yksityisesti tai suureksi osaksi yksityisesti toimiviin palvelujentuottajiin, joiden antamat palvelut sairausvakuutus korvaa. Saksassa, jossa on sairausvakuutukseen perustuva järjestelmä, lääkärit toimivat yleisesti yksityisinä ammatinharjoittajina. Heidän palkkionsa, jotka maksetaan sairausvakuutuksesta, sovitaan sairausvakuutusjärjestelmän ja lääkärijärjestöjen välisissä neuvotteluissa.[5]

4 Työterveyshuollon ylläpitämiseksi myös työnantajat maksavat sairausvakuutusmaksua.

5 Ks. European Observatory on Health Care Systems and Policies: Health system profiles (HiTs). Tässä tutkimuksessa esiintyvät Euroopan maiden terveydenhuoltoa koskevat tiedot ovat peräisin pääasiassa näistä maakohtaisista raporteista. Raporteista on käytetty lähinnä rahoitusta koskevia osioita. Raportit ovat saatavissa osoitteessa: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits>.

Suomen erikoisuus ilmenee myös siinä, että huolimatta veroista ja sairausvakuutusmaksusta potilaat joutuvat maksamaan palveluja tarvitessaan huomattavan suuria maksuja saamistaan terveyspalveluista, olivatpa ne sitten julkisia tai yksityisiä. Monissa muissa maissa julkiset terveyspalvelut ovat potilaalle joko kokonaan maksuttomia (esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Tanskassa) tai omavastuu on hyvin pieni (esimerkiksi Ruotsissa).[6] Suomessa julkisten terveyspalvelujen maksut ovat melko suuria ja erityisesti sairaalamaksut voivat vähävaraisen potilaan tulotasoon nähden olla suuria. Näin ollen verojen ja sairausvakuutusmaksun ohella potilaan erikseen maksamat palvelumaksut ovat merkittävä, kolmas terveydenhuollon rahoituskanava Suomessa. Poikkeuksena tästä ovat kuitenkin työterveyshuollon palvelut, jotka ovat potilaalle ilmaisia.

Terveydenhoitojärjestelmät voidaan luokitella karkeasti neljään päämalliin, vaikka luonnollisesti yksityiskohdissa on eroja (taulukko 1, s. 16). Julkinen kansanterveysjärjestelmä muodostaa yhden päämallin, ja sitä toteutetaan esimerkiksi Ruotsissa, muissa Pohjoismaissa, Isossa-Britanniassa ja Etelä-Euroopassa. Toinen päämalli on sairausvakuutukseen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä, jossa terveydenhuolto rahoitetaan erillisillä sairausvakuutusmaksuilla ja kansalaisilla on oikeus terveyspalveluihin vakuutuksensa kautta. EU:n piiristä löytyy useita maita, kuten Saksa, Ranska, Hollanti ja Belgia, joissa sairausvakuutusmaksulla rahoitetaan koko terveydenhuolto. Myös monet Keski- ja Itä-Euroopan maat ovat 1990-luvun murroksen jälkeen ottaneet käyttöön sairausvakuutusjärjestelmän,[7] joka monilla oli ollut jo ennen toista maailmansotaa. Kaikkea terveydenhuoltoa ei näissäkään maissa kateta sairausvakuutusmaksuilla, vaan esimerkiksi tilainvestoinnit, rakentaminen ja korjaukset katetaan yleensä erikseen yleisistä verovaroista. Näissä maissa sairausvakuutuslainsäädäntö sisältää yleensä myös huomattavan yksityiskohtaisia säännöksiä hoidon laadusta, potilaan oikeuksista, hoitoajoista jne.[8] Palveluntuottajan korvaus sairausvakuutusrahastosta sidotaan annetun hoidon laatuun. Mikäli hoito ei täytä asetettuja laatuvaatimuksia tai siinä on muita puutteita, hoito jätetään korvaamatta.

Rahoituksen kolmannen päämallin huomattavin edustaja on Yhdysvallat, ja Euroopassa Irlannilla on järjestelmässään samoja piirteitä.[9] Näissä maissa terveydenhuollon järjestäminen on työikäisen väestön osalta joko hänen itsensä tai hänen työnantajansa

6 European Observatory on Health Care Systems and Policies.

7 Viro, Latvia, Liettua, Puola, Unkari, Tšekki, Slovakia, Slovenia, Romania ja Bulgaria ovat omaksuneet sairausvakuutuksen. Myös Venäjällä on terveydenhuolto periaatteessa sairausvakuutusrahoitteinen. Käytännössä järjestelmä ei siellä kuitenkaan toimi, koska työnantajat maksavat terveydenhuoltomaksut mieluummin paikallisille viranomaisille kuin sairausvakuutusrahastolle. (European Observatory on Health Care Systems and Policies.)

8 Erityisesti Viron ja Tšekin tasavallan sairausvakuutuslainsäädäntö ovat hyviä esimerkkejä hoidon laatuvaatimuksista, joita sairausvakuutusrahasto valvoo palveluja rahoittaessa (European Observatory on Health Care Systems and Policies). Tällaista hyvän hoidon kontrollia ei ole liitetty suomalaisen terveydenhuollon rahoitusehtoihin, ja terveydenhuollon yksiköt hoitavat laadunvalvontansa sisäisesti itse. Suomessa hoidon kontrolli tapahtuu lähinnä kanteluteitse ja jälkikäteisesti ja potilailta edellytetään aktiivisuutta, jos he ovat tyytymättömiä hoidon tasoon tai kohteluunsa terveydenhuollon yksiköissä.

9 European Observatory on Health Care Systems and Policies.

vastuulla. Erityisjärjestelyjä on tehty lapsien, ikääntyneiden ja vähävaraisten kansalaisten osalta, koska heidän terveydenhuoltonsa järjestämisestä valtio on ottanut erityisen vastuun. Terveysturvaa järjestävät yksityiset vakuutusyhtiöt, ja vakuutuksen ottajia ovat joko työnantajat tai kansalaiset itse. Kehitys Yhdysvalloissakin kuitenkin kulkee kohti valtion interventiota, koska presidentti Barack Obaman lakiehdotus sairausvakuutuksesta on hyväksytty Yhdysvaltain kongressissa.[10]

Suomen malli poikkeaa sen verran julkisen terveydenhuollon mallista, että sitä voidaan pitää jopa neljäntenä päämallina. Se on eräänlainen sekamalli julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän välimaastossa. Miten Suomi on päätynyt tällaiseen järjestelmään ja millaisia vaikutuksia Suomen järjestelmällä on terveydenhuollon toteuttamiseen ja potilaiden asemaan? Näitä asioita selvitän tässä tutkimuksessa.

Taulukko 1. *Terveydenhuollon neljä erilaista rahoitusmallia.*

Verorahoitteinen julkisen terveydenhuollon malli	**Sairausvakuutusmalli**	**Monikanavainen malli**	**Rajattu julkinen sairausvakuutus**
Rahoitus joko maakunta- tai valtiotasolla, rahoitus verotuksen kautta.	Rahoitus erillisellä sairausvakuutusmaksulla. Etuudet perustuvat kassan jäsenyyteen. Perheen terveysturva useasti perheen pääasiallisen elättäjän vakuutuksen kautta.	Kunta vastuussa julkisen terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta. Valtio avustaa rahoituksellisesti. Työterveyshuollolla merkittävä rooli perusterveydenhuollon toteuttamisessa. Potilasmaksut huomattavia.	Lapset, eläkeläiset ja pienituloiset vakuutuksen piirissä. Työnantajan kautta saatu, mutta vapaaehtoisuuteen perustuva terveydenhuolto työikäisillä. Yksityisten vakuutusyhtiöiden myöntämät terveysvakuutuksilla keskeinen asema.
Ruotsi, Norja, Tanska, Italia, Espanja, Portugali, Iso-Britannia, Kanada	Ranska, Saksa, Viro, Liettua, Latvia, Puola, Tšekki, Slovakia, Unkari, Belgia, Hollanti, Bulgaria, Romania, Slovenia	Suomi	Yhdysvallat (muuttuu vuonna 2014), Irlanti

Lähde: European Observatory on Health Care Systems and Policies, USA:n osalta Hacker 2002.

1.4 Suomen järjestelmän erityislaatu tutkimuskohteena

Suomen terveydenhuollon historiasta on olemassa aiempia tutkimuksia, mutta toistaiseksi ei ole tehty kokonaisselvitystä terveydenhuoltojärjestelmämme alkuajoista, 1860-luvulta, nykypäivään. Institutionalistiselle lähestymistavalle on ominaista se näkemys, että historia on muovannut nykyhetkeä ja siten menneisyys on läsnä nykyisissä

10 Asiaa koskeva ratkaiseva äänestys toimitettiin kongressissa maaliskuussa 2010.

instituutioissa. Tämä lähestymistapa sopii myös terveydenhuoltoon, joten Suomen terveydenhuollon kehitysvaiheet on syytä tuntea nykytilanteen ymmärtämiseksi. Mennyt ehdollistaa olemassa olevaa.

Viime aikoina on herännyt kiinnostus laajoihin synteeseihin pyrkivään, rakenteisiin pureutuvaan makrohistoriaan, jossa tarkastellaan jonkin ilmiön kehitystä laajasti. Tässä yhteydessä on keskusteltu erityisesti asioiden riippuvuuksista toisistaan sekä järjestelmien synnyttämien instituutioiden muotoutumisesta. Eräs tapa tarkastella Suomen terveydenhuollon kehitystä onkin makrohistoriallinen lähestymistapa, jolloin myös terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät voidaan ottaa huomioon kehitykseen vaikuttavina.

Suomen järjestelmän erityislaatu nostaa esiin monia kysymyksiä siitä, miten ja miksi Suomessa on päädytty muista poikkeavaan järjestelmään.

1) Miksi Suomi panostaa muita maita vähemmän terveydenhuoltoon?
2) Miksi Suomessa kansalaisten omavastuu terveyspalveluistaan on kansainvälisesti verrattuna suuri?
3) Mitkä tekijät ovat johtaneet niin pienen yksikön kuin kunnan vastuuseen terveydenhuollosta?
4) Miksi kunnalla on laaja mahdollisuus päättää siitä, millaisia terveyspalveluja kansalainen saa ja kuinka paljon?
5) Mikä on yksityisten palvelujen rooli ja miksi kansalaisten omavastuu on erityisen suuri silloin, kun hän valitsee julkisen palvelun sijasta yksityisen terveyspalvelun?
6) Mikä on valtion rooli kuntakeskeisessä järjestelmässä ja miten terveydenhuoltoa valtakunnallisesti koordinoidaan?
7) Mikä vaikutus on sillä, että Suomessa terveydenhuollon rahoitus tulee monesta lähteestä? Toimivatko eri lähteiden rahoittamat järjestelmät yhteisen päämäärän saavuttamiseksi?

1.5 Hyvinvointi-instituution kehityksen selitystavoista

1.5.1 Rakennefunktionalismi, rakennepolitiikka ja valtaresurssit

Hyvinvointi-instituutioiden kehitystä on 1960-luvulta lähtien selitetty eri teorioiden pohjalta. Aiemmin huomiota on kiinnitetty elinkeinorakenteeseen ja erityisesti teollistumisasteeseen. Kehityksessä on nähtävissä myös paljon funktionalistisia piirteitä: sosiaali- ja terveydenhuollon edistäminen on ollut läheisessä yhteydessä taloudellisten voimavarojen lisääntymiseen. Sosiaalipoliittiset uudistukset toteutetaan vastauksena teollistumisen asettamiin haasteisiin. Tätä lähestymistapaa kutsutaan *rakennefunktionalismiksi*, ja sitä ovat esitelleet esimerkiksi Clark Kerr ym. ja Harold Wilensky.[11]

11 Ks. Kerr ym. 1960; Wilensky 1975. Rauch on väitöskirjassaan todennut, että ”funktionalistinen lähestymistapa perimmältään pitää hyvinvointivaltion laajentumista niiden sosiaalisten tarpeiden ilmentymänä, jotka tulevat esiin

Rakennefunktionalistisen lähestymistavan mukaan taloudellinen kasvu, teollistuminen ja sen tuomat muutokset väestön koostumuksessa johtavat sosiaalimenojen lisääntymiseen ja hyvinvointivaltion kasvuun. Sosiaalimenoja lisää erityisesti väestön ikääntyminen, mikä johtaa tämän teorian mukaan automaattisesti sosiaalimenojen lisääntymiseen. Kun hyvinvointivaltio on alkanut muodostaa instituutioita, ne alkavat kehittyä omien sääntöjensä mukaan. Mitä vanhempi instituutio on, sen suuremmat ovat kustannukset, ja instituutiot synnyttyään alkavat ohjata tulevaa kehitystä. Rakennefunktionalismin kultakaudella 1960- ja 1970-luvuilla vertailevissa tutkimuksissa keskityttiin selittämään sosiaalimenojen kansantulo-osuuksissa havaittuja eroja. Tuolloin hyvinvointivaltion kehittyneisyys ja hyvyys operationalisoitiin juuri sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuudella. Esimerkiksi Wilenskyn mukaan bruttokansantuoteosuuksia selittävät systeemin ikä, maan vauraus ja vanhusten väestöosuus. Muita selityksiä ei juuri tarvittu.[12]

Rakennefunktionalismi, sellaisena kuin se ilmeni 1960- ja 1970-lukujen tutkimuksissa, unohdettiin välillä runsaaksi vuosikymmeneksi, kunnes se koki renessanssin eri globalisaatioteorioissa 1990-luvulla. Näiden mukaan yritysten vapaus siirtää tuotantonsa sellaisiin maihin, joissa tuotantokustannukset ovat halvimmat, vaikuttaa residuaalisesti vanhojen hyvinvointivaltioiden kehitykseen. Hyvinvointi-instituutioita puretaan teollisen toiminnan vähentyessä. Järjestelmille ei löydy enää maksajia, kun yritysten toiminta on siirtynyt ns. halpoihin maihin[13]. Yhteistä sekä funktionalismille että uudemmalle globalisaatioteorialle on se, että elinkeinorakenteen ja erityisesti teollistumisen kehityksellä tai supistumisella ja niiden aiheuttamille muutoksilla elinkeinorakenteeseen ja bruttokansantuotteeseen on suora yhteys yhteiskunnan hyvinvointiin tekemiin panostuksiin. Politiikkaan tai valtaresursseihin ei näissä teorioissa kiinnitetä kovin paljon huomiota, vaan sosiaali- ja terveyspolitiikan muutokset tehdään automaattisesti ja pakonomaisina heijastumina taloudessa tapahtuviin muutoksiin joko laajentaen tai supistaen niitä.

1980-luvulta lähtien rakennefunktionalismi sai kilpailijakseen erilaiset politiikkateoriat. Rakennefunktionalismin ongelma oli nimittäin se, että se ei pystynyt selittämään, miksi esimerkiksi rikas Yhdysvallat käyttää vähemmän varoja sosiaalipolitiikkaan kuin esimerkiksi Ruotsi. Poliittisiin voimasuhteisiin liittyvät lähestymistavat näyttivät selittävän eroja paremmin kuin funktionalismi. Tämän tulkinnan mukaan poliittiset puolueet ja poliittiset voimasuhteet sekä vallitsevat valtaresurssit ratkaisevat, millaisia vastauksia yhteiskunnallisiin ongelmiin löydetään ja millaisia panostuksia hyvinvointipalveluihin ollaan valmiita tekemään. Tätä valtaresursseihin perustuvaa lähestymistapaa edustaa tutkijoista erityisesti ruotsalainen Walter Korpi. Valtaresurssiteoria korostaa sosiaalisten luokkien ja niiden muodostamien kollektiivien (erityisesti ammattiyhdistysliikkeen ja vasemmistopuolueiden) merki-

yhteiskunnan modernisoituessa" (Rauch 2005, 9).

12 Ks. Kangas 1991, 4–7.

13 Ks. globalisaatioteorioista Robertson 1992; Rosenberg 2000; Sklair 2002; Robinson 2004.

tystä sosiaali- ja terveysturvan kehittämisessä.[14] Politiikkakeskeiset selitysmallit ovat kuitenkin ongelmallisia selitettäessä poliittisilta voimasuhteiltaan samankaltaisten maiden politiikkaeroja. Katse kääntyy instituutioihin. Tärkeää ei ole pelkästään se, kuka valtaa käyttää, vaan se, millaisissa institutionaalisissa rakenteissa vallankäyttäjät joutuvat toimimaan. Esimerkiksi Suomen aiempien määrävähemmistösäännösten mukaan yksi kolmasosa eduskunnasta saattoi äänestää lain lepäämään yli vaalien. Näin ollen politiikka sinänsä ei riitä, vaan täytyy tutkia politiikan institutionaalisia erityisehtoja. Tätä on korostettu valtion rakennetta tähdentävissä institutionaalisissa teorioissa.

Valtaresurssinäkökulmaa lähellä on myös rakennepoliittinen lähestymistapa, joka korostaa politiikan ja poliittisten tavoitteiden merkitystä hyvinvointivaltion rakentamisessa ja laajentaa näin valtaresurssinäkökulmaa puolueiden ja niiden tavoitteiden tarkasteluun. Millaisia tavoitteita eri puolueilla on ollut, miten puolueet ovat toimineet päämääriensä saavuttamiseksi ja mikä on lopputulos? Tätä tutkimustapaa ovat edustaneet suomalaiset tutkijat Hannu Uusitalo, Matti Alestalo, Kari Salminen ja Olli Kangas.[15] Rakennepoliittisessa lähestymistavassa kiinnitetään huomiota eri puolueiden suhtautumiseen hyvinvointivaltion rakentamiseen sekä selvitetään, millaisten poliittisten prosessien kautta hyvinvointivaltion instituutiot ovat syntyneet ja miten eri puolueet ja muut vaikuttavat intressiryhmät ovat suhtautuneet hyvinvointiin panostamiseen. Lähestymistapaa on käytetty paljon myös vertailevassa hyvinvointivaltiotutkimuksessa.[16] Nämä politiikkapainotteiset teoriat ovat joutuneet puolustuskannalle mm. edellä mainittujen globalisaatioteorioitten taholta, koska lähestymistavat poikkeavat toisistaan merkittävästi.

Tähän Suomen terveydenhuollon kehitystä koskevaan tutkimukseen olen valinnut lähestymistavaksi ja tarkastelukulmaksi institutionalismin ja polkuriippuvuuden, joita on viime aikoina paljon käytetty kansainvälisessä ja kotimaisessakin sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa. Hyödynnän tutkimuksessani myös valtaresurssiteoriaa, jolla on yhtymäkohtia historialliseen institutionalismiin. Tässä ideoita olen saanut ennen muuta Walter Korven asiaa koskevista tutkimuksista.[17] Tämän ohella tukeudun funktionalistiseen lähestymistapaan ja rakennepolitiikkaan, joskin painopiste on institutionaalisissa teorioissa. Tavoitteeni on kuvata Suomen terveydenhuollon kehitystä mahdollisimman monipuolisesti alkaen kunnallisen itsehallinnon alkuajoista 1860-luvulta. Tarkastelu on välttämätöntä aloittaa jo autonomian ajasta, koska mennyt ehdollisti olemassa olevaa jo Suomen itsenäistyessä ja tietyt autonomian aikana

14 Ks. Korpi 1978, jossa Korpi tarkastelee erilaisia luokkaristiriitateorioita ja yhteiskunnallisia ristiriitoja muutosten syinä ja kohdistaa sitten tarkastelun Ruotsin ammattiyhdistysliikkeen rooliin, merkitykseen ja toimintaan. Korpi tarkastelee paitsi ammattiliittojen vaikutusta sosiaaliturvan kehitykseen jäsenistönsä etujen ajajana myös liikkeen sisäistä toimintaa ja demokratian toimimista liikkeen sisällä todeten muun muassa, että instituutiot voivat toimia myös jäsenten vaikutusvallan pienentäjänä liittojen sisällä. Myöhemmin Korpi on edelleen kehittänyt luomansa valtaresurssiteorian yksityiskohtia (Korpi 2001).

15 Uusitalo 1985; Alestalo 1985, Alestalo ym. 1985, 1986a ja b, Kangas 1991; Salminen 1993.

16 Ks. esim. Stephens 1979; Esping-Andersen 1985, 1990 ja 1999; Palme 1990; Kangas 1986 ja 1991; Wennemo 1994.

17 Korpi 2001.

muotoutuneet kehityslinjat jäivät elämään[18]. Tämän kaltainen ehdollistaminen ja polkuriippuvuus ovat keskeisiä käsitteitä käyttämässäni institutionaalisessa tarkastelutavassa. Ennen tutkimustehtävän ja -kysymysten asettamista on kuitenkin syytä tarkastella lähemmin tutkimuksen pohjana olevia teorioita sekä aiempia tutkimuksia aiheesta.

1.5.2 Rationaalisen valinnan institutionalismi, historiallinen institutionalismi ja polkuriippuvuus

Institutionalismin piiristä on löydettävissä useita alalajeja riippuen siitä, mihin seikkoihin tutkijat kiinnittävät päähuomion. Historiallinen institutionalismi ja polkuriippuvuus kehitysten ja ilmiöiden lähestymis- ja tulkintatapana on tullut laajemmin tunnetuksi ja hyväksytyksi vasta 1990- ja 2000-luvulla. Institutionalismin teoriaa ovat kehittäneet sekä käyttäneet ilmiöiden ja kehityksen selittäjänä erityisesti kanadalainen tutkija Paul Pierson ja yhdysvaltalaiset tutkijat Theda Skocpol ja Kathleen Thelen, Jacob S. Hacker, Ellen Immergut ja James Mahoney.[19] Euroopassa teoriaa ovat kehittäneet ja soveltaneet tanskalainen Jacob Torfing, saksalainen Stephan Lessenich, ranskalainen Bruno Palier, suomalainen Olli Kangas ja englantilainen Peter Hall[20].

Uusi institutionalismi ei edusta yhtenäistä ajattelutapaa, vaan kaikkiaan kolmea analyyttistä lähestymistapaa kutsutaan uudeksi institutionalismiksi. Näitä lähestymistapoja voidaan erotella pääasiallisen lähestymistapansa mukaan seuraavasti: a) rationaalisen valinnan institutionalismi, b) historiallinen institutionalismi ja c) sosiologinen institutionalismi. Kaikissa lähestymistaoissa pyritään eri keinoin määrittelemään instituutioiden roolia sosiaalisessa ja poliittisessa päätöksenteossa.

Rationaalisen valinnan institutionalismi sai alkunsa Yhdysvaltain kongressin politiikan tutkimuksesta. Tässä teoreettisessa kehikossa sovelletaan aiempia moniarvoisia näkemyksiä, joiden mukaan itsenäiset toimijat taistelevat politiikan pelikentällä itsekkäiden päämääriensä saavuttamiseksi.[21] Tulokset riippuvat voimasuhteista ja strategisista valinnoista. Keskeistä on, että toimijoilla nähdään olevan rakenteellisesti yhtäläiset mahdollisuudet intressiensä toteuttamiseen. Voimasuhteet eivät kasaudu, eikä mikään toimijoista saavuta johtoasemaa. Myöhemmin tarkasteluun tuotiin

18 Itsenäisyyden aikana vaikuttaneet ajattelutavat ja toimintamallit ovat voineet syntyä jo autonomian ajalla. Kettunen on tutkinut jatkuvuuden ja muutoksen suhdetta Suomen työväenliikkeessä ja selvittänyt mm. sitä, missä määrin Suomen työväenliikkeen muutokset vuoden 1918 jälkeen merkitsivät jo vanhassa työväenliikkeessä vaikuttaneiden tendenssien läpimurtoa (Kettunen 1986, 17). Samantyyppisiä kysymyksiä voidaan tehdä myös terveydenhuollosta eli missä määrin autonomian ajan terveyspoliittinen ajattelu jatkui tai jopa vahvistui Suomen itsenäistyttyä.

19 Mahoney katsoo lähestymistavan sopivan niihin historiallisiin aikajaksoihin, jossa satunnaiset tapahtumat panevat liikkeelle institutionaalisia malleja tai tapahtumasarjoja, joilla on deterministisiä ominaisuuksia (ks. tarkemmin Mahoney 2000, 507–548).

20 Hall 1993.

21 Dahl 1961.

mukaan erilaisia instituutioita, joiden puitteissa rationaalisen valinnan teorioiden[22] mukaisesti toimijoiden nähtiin toimivan.[23] Rationaalisen valinnan institutionalismia moitittiin ensinnäkin siitä, että se unohtaa rakenteiden merkityksen ja on näiltä osin atomistinen: rakenteet ehdollistavat toimijoiden valintoja ja toimintaa.[24] Toiseksi moitittiin sitä, että intressit ja oletus toiminnan itsekkyydestä ja intressipohjaisuudesta otettiin itsestäänselvyytenä. Intressit muotoutuvat instituutioiden ja toiminnan yhteispelissä ja muuttuvat, kun olosuhteet muuttuvat.[25] Tämä dialoginen yhteispeli on ns. historiallisen institutionalismin tarkastelunäkökulmana. Keskeinen ero näiden kahden institutionalistisen lähestymistavan välillä on se, että rationaalisen valinnan institutionalismissa korostetaan toimijoita, jotka toimivat politiikan rakenteissa. Sen sijaan historiallisessa institutionalismissa korostetaan rakenteitten (instituutioiden) merkitystä: rakenteet luovat toimijan ja muovaavat hänen intressejään.

Myös historiallinen institutionalismi on kehittynyt 1960- ja 1970-luvuilla vaikuttaneiden tutkijoiden tutkimustuloksista, ja sille on tunnusomaista kilpailevien valtaryhmien kamppailu rajoitetuista resursseista. Historiallinen institutionalismi etsii selityksiä kansallisten politiikkojen tulosten erilaisuudelle tutkien mm. sitä, miksi joillekin tavoitteille annetaan etusija toisten kustannuksella sekä mitkä instituutiot ja miten ovat merkitseviä päätöksiä tehtäessä. Valtiota ei pidetä neutraalina kilpailevien intressien välittäjänä vaan se on instituutioiden yhtymä, jolla on mahdollisuus aiheuttaa ryhmäkonflikteja. Tässä suhteessa lähestymistavalla on yhtymäkohtia valtaresurssiteoriaan.[26]

Institutionalistit ovat kiinnittäneet huomiota erityisesti valtiorakenteeseen ja hyvinvointipalvelujen toteutustapaan kehityksen selittäjänä. Tämän valtiokeskeisen institutionaalisen lähestymistavan edustajia, joihin myöhemmin tulen nojaamaan, ovat Theda Skocpol, Ellen Immergut ja Dietmar Rauch.[27] Poliittinen toiminta nähdään eri ryhmien välisenä taisteluna niukoista resursseista. Instituutiot välittävät ja strukturoivat kollektiivisten toimijoiden välisiä konflikteja, mutta lopulliset ratkaisut riippuvat epäsymmetrisistä valtasuhteista. Instituutiot ovat menneisyydestä periytyviä normatiivisia rakenteita, joilla on formaalit ja informaalit säännöt, normit ja vahvistamismenetelmät sekä yhteinen ideologinen ja normirakenne.

Historiallisen institutionalismin lähestymistavan mukaan eri alojen kehitykseen vaikuttaa instituutioiden kehittyminen ja muoto (*institutional design*). Instituutioiden muodostuminen alkaa rajata harjoitettua politiikkaa vähentäen vaihtoehtojen toteuttamismahdollisuuksia. Kehityksestä tulee polkuriippuvaista ja aiemmat pää-

22 Ks. esim. Elster 1985.

23 Hall ja Taylor 1996, 937–942.

24 Elster 1985; Etzioni 1988; Hardin 1988.

25 Krasner 2009, 2–4.

26 Hall ja Taylor 1996, 937–942.

27 Skocpol ja Shola Orloff 1984; Skocpol 1985; Skocpol ja Amenta 1986; Immergut 1992; Rauch 2005.

tökset vaikuttavat tuleviin kehityksen alkaessa yhä selvemmin kulkea tiettyä polkua. Historiallinen institutionalismi tutkii, miten instituutiot ajan myötä strukturoituvat ja vaikuttavat kehitykseen. Lähestymistavan mukaan jo instituutioiden alkuvaiheessa alkaa muodostua polku, joka ohjaa kehitystä. Tältä polulta on vaikea enää poiketa.[28] Institituutiot välittävät ja strukturoivat kollektiivisten toimijoiden välisiä konflikteja, mutta lopulliset ratkaisut riippuvat epäsymmetrisistä valtasuhteista. Instituutiot ovat menneisyydestä periytyviä normatiivisia rakenteita, joilla on formaaliset ja informaaliset säännöt, normit ja vahvistamismenetelmät sekä yhteinen ideologinen ja normirakenne.[29] Ajattelumallia on sovellettu sekä eläkejärjestelmien että terveydenhuollon kehityksen tarkasteluun eri maissa.[30] Eurooppalaisessa tutkimuksessa on kiinnitetty enemmän huomiota valtarakenteisiin ja politiikkaan, kun taas amerikkalaisissa tutkimuksissa on korostettu valtion rakenteen merkitystä kehityksen selittäjänä.[31]

Käsitteellisesti polkuriippuvuus ja historiallinen institutionalismi kytkeytyvät läheisesti toisiinsa. Tanskalainen valtiotieteilijä Jacob Torfing on todennut, että erilaiset analyyttiset lähestymistavat, joista jokainen kutsuu itseään ”uudeksi institutionalismiksi”, pyrkivät selvittämään yhteyttä tietoisten poliittisten toimien ja niiden institutionaalisen yhteyden välillä. Ero aiempaan historialliseen instituutiotutkimukseen ei ole suuri ja oikeastaan historiallista institutionalismia voidaan pitää vain instituutiotutkimuksen eräänä alaryhmänä.[32]

Koska instituutioihin varastoidaan valtaa, instituutiot vaikuttavat organisoitujen etujen voimatasapainoon ja osittain myös toimijoiden strategioihin. Instituutioiden normatiivinen ja sääntelevä rakenne rajoittaa tai edistää kollektiivisia toimijoita valitsemaan sellaiset strategiat, jotka joko voittavat tai häviävät politiikassa. Kollektiivisten ryhmien välisessä kamppailussa muotoutuneet ratkaisut koonnetaan instituutioihin. Ne muuttuvat konfliktien kautta vastauksina joillekin ulkoisille tekijöille, kuten esim. uuteen teknologiaan tai taloudelliseen kriisiin.[33]

Polkuriippuvuus[34] viittaa itseään vahvistaviin ja positiivisiin palauteprosesseihin poliittisissa järjestelmissä. Monet lopputulokset voisivat olla mahdollisia, mutta lopuksi positiivisten palautteiden dynamiikka lukitsee lopputuloksen tiettyyn vaihtoehtoon. Tuotokset aiheuttavat palautemekanismeja, jotka vahvistavat tiettyä reittiä.[35] Järjestelmissä voi olla joko liikkuva tasapaino tai liikkuva vakaisuusalue säätelyrajoineen, jolloin järjestelmän kehitys itseohjautuvana pysyy tietyn lainalaisuuden nojalla sie-

28 Ks. Torfing 2001, 280–281.

29 Pierson ja Skocpol 2002, 693–721.

30 Esim. Immergut 1992; Bonoli ja Palier 2000; Hacker 2002.

31 Esim. Skocpol 1992.

32 Torfing 2001, 3.

33 Torfing 2001, 283–284; ks. myös Korpi 2001.

34 Pierson ja Skocpol 2002.

35 Pierson 2000, 252.

torajojen sisäpuolella. Kriittisissä käännekohdissa (*critical junctions*) määritellään, mihin suuntaan kuljettu polku suuntautuu tulevaisuudessa.

Yhteiskunnalliset prosessit saattavat vaatia pitkän ajan toteutuakseen, ja sen vuoksi voi olla pitkä aikaero avainsyyn eli kriittisen käännekohdan ja lopputuloksen välillä. Tähän liittyy kausaalinen ketju itseään vahvistavia palautteita, ja lopputulos alkuperäisestä syystä tapahtuu tämän itseään vahvistavan palauteprosessin kautta pitkän aikajakson kuluessa. Tärkeä merkitys on myös ajalla. Edelliset askeleet vaikuttavat seuraaviin askeliin, ja jokainen uusi askel vahvistaa olettamusta, että valittua polkua seurataan vastedeskin. Aikaa myöten suhteelliset hyödyt kehityslinjan seuraamisesta suhteessa siihen, että valittaisiin joitain aivan uusia ratkaisuja, lisääntyvät. Samalla myös kustannukset polulta poikkeamisesta nousevat yhä suuremmaksi. Kun palauteprosessi on vakiintunut, positiiviset palautteet johtavat tasapainoon, joka torjuu muutokset, ja tiettyä kehityslinjaa seurataan, ilman että edes harkittaisiin poikkeavia, ehkä toimivampia ratkaisuja.

Kun poliittiset toimijat ovat kriittisessä käännekohdassa valinneet tietyn kehityslinjan, niiden on vaikea enää muuttaa kurssia. Poliittisista vaihtoehdoista on tällöin valittu yksi ja kehityksen suunta on sen jälkeen määritelty ja vaikeasti muutettavissa. Esimerkiksi kun Suomen sairausvakuutuksessa valittiin Kela-malli (1963 ns. virastomalli Kelan ollessa toimeenpanijana) hajautetun kassajärjestelmän sijaan, paluu takaisin kassamalliin poistettiin vaihtoehdoista. Vastaavasti kun työttömyysvakuutuksessa vuonna 1959 päädyttiin kassamalliin, siirtyminen keskitettyyn malliin oli vaikeaa. Kuitenkaan aikaisemmat tapahtumat eivät aina johda kehitystä tiettyyn suuntaan, vaan ulkoiset tekijät voivat tuottaa uusia, rinnakkaisia polkuja kuljetun polun rinnalle.[36] Polkuriippuvuuden merkitys on kuitenkin vahva. Pierson ja Skocpol katsovat olevan merkittäviä teoreettisia perusteita uskoa, että itseään vahvistavat prosessit ovat olennaisia poliittisessa elämässä. Institutionalisoiduttuaan poliittisen liikkuvuuden muodot ja poliittisen pelin säännöt sekä kansalaisten tapa suhtautua politiikkaan tuottavat itseään vahvistavia prosesseja, jotka määräävät kehityksen suunnan.[37] Ajattelutapakin urautuu kapeammaksi ja syntyy ns. ajatuksellinen eli ideainen polkuriippuvuus, joka estää uusien vaihtoehtojen etsinnän.

Kamppailut sosiaalipolitiikan suunnasta ovat siten institutionaalisen rakenteen välittämiä[38]. Lähestymistavan mukaan aiemmin harjoitettu politiikka vaikuttaa ”poliittisen oppimisen” kautta nykyhetkessä muotoiltavaan politiikkaan[39]. Sekä institutionaalisen että ideaisen polkuriippuvuuden (johon ns. sosiologinen institutionalismi pureutuu) vuoksi tiettyjen toimijoiden strategiat ovat vahvemmassa asemassa kuin

36 Pierson 2000, 253–256.

37 Pierson ja Skocpol 2002, 7.

38 Torfing 2001, 295.

39 Skocpol ja Amenta 1986, 146, 149 ja 151.

toiset.[40] Positiivisten palautteiden dynamiikka lukitsee lopputuloksen tiettyyn vaihtoehtoon. Instituutiot vaikuttavat monin tavoin siinäkin tapauksessa, että uutta politiikkaa pyritään toteuttamaan ja pääsemään irti polkuriippuvuudesta. Suuriin muutoksiin pyrittäessä vanha polku voi instituutioiden vaikutuksen vuoksi vaikeuttaa ja häiritä uuden politiikan muotoutumista ja toteuttamista.

Polun alku on saattanut syntyä kontingenssina[41], ja ne tekijät, jotka on alussa koettu hyödylliseksi, ovat saattaneet ajan myötä kadota. Näin voidaan sanoa käyneen Suomessa etenkin työttömyysvakuutukselle,[42] joka on hajautettu lukuisiin kassoihin, vaikka tarjolla oli vahvana vaihtoehtona keskitetty ja yleinen vakuutusmalli. Polkuriippuvuus jäykistää kehitystä ja estää uusien, kenties järkevämpien vaihtoehtojen suunnittelua. Tieto positiivisten palautteiden dynamiikasta lisää tietämystä siitä, miksi tietyt asiat ovat vaikuttaneet syvästi kehitykseen ja miksi myös tapahtuma-aika on merkittävä. Prosessin seuraaminen auttaa ymmärtämään, miksi organisatoriset ja institutionaaliset käytännöt ovat usein erittäin pysyviä. Tapahtuva muutos on luonteeltaan ”sidottua” ennen kuin jokin ulkoinen tapahtuma heikentää tai kokonaan lopettaa jatkuvuuden prosessin. Tuotokset aiheuttavat palautemekanismeja, jotka vahvistavat tiettyä reittiä.[43] Kriittisissä käännekohdissa (*critical junctions*) määritellään, mihin suuntaan kuljettu polku suuntautuu tulevaisuudessa. Sovellettaessa historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden teoriaa nousee esiin kysymys siitä, miten määritellään kriittinen käännekohta.

Miten kriittiset käännekohdat voi tunnistaa? Heikki Ylikangas on kirjassaan Käännekohdat Suomen historiassa jakanut Suomen historian 15 käännekohtaan. Myös Suomen terveydenhuollon kehityksen tutkimuksessa voidaan etsiä merkittäviä käännekohtia, jotka ovat muuttaneet aiemmin kuljetun polun suuntaa. James Mahoney määrittelee kriittiset käännekohdat niin, että tuolloin valitaan tietty institutionaalinen järjestely kahdesta tai useammasta vaihtoehdosta. Käännekohdat ovat kriittisiä, koska sen jälkeen kun tietty vaihtoehto on valittu, tulee huomattavasti vaikeammaksi päästä sellaiseen tilanteeseen, jossa useampia vaihtoehtoja on taas olemassa. Polkuriippuvuusmallissa valintaprosessi kriittisessä käännekohdassa tapahtuu usein satunnaisesti ja sattuman osuus selittää vaikeuden selittää johdonmukaisesti tai todennäköisyydellä lopputulosta.[44] Jacob S. Hackerin mukaan sosiaalipolitiikassa käännekohdat edustavat poliittisen mahdollisuuden hetkeä, jolloin suuret muutokset ovat mahdollisia ja muutosvoimat ovat niin vahvoja, että aiemman polkuriippuvaisen

40 Torfing 2001, 295–296.

41 Kontingenssi tarkoittaa filosofiassa ja logiikassa välttämättömyydestä eroavaa satunnaisuutta; tapahtumaa, joka ei ole väistämätön. Kontingentissa ilmiössä on useita mahdollisuuksia: jokin yksittäinen vaihe voi tapahtua tai jäädä tapahtumatta. (Lähde: http://fi.wikipedia.org/wiki/Kontingenssi.)

42 Ks. Kangas 2006, 235–240.

43 Pierson 2000, 252.

44 Mahoney 2000, 513–515.

kehityksen asettamat rajat voidaan murtaa ja polun suunta muuttuu.[45] Käännekohdat voivat olla joko suunniteltuja, kuten Ruotsin eläkeuudistus 1990-luvulla, tai enemmän tai vähemmän sattumanvaraisia ja ulkoisista syistä johtuvia, kuten esimerkiksi sodat.

Historiallista institutionalismia on harrastettu erityisesti Yhdysvalloissa, jossa instituutiota tarkastellaan kuitenkin enimmäkseen ilman toimijoita. Tarkastelun kohteena ovat olleet erityisesti taloudessa tapahtuvat muutokset, mutta myös sosiaali- ja terveysturva.[46] Tällöin on tarkasteltu kaikkia kehitykseen vaikuttavia tekijöitä vasemmistopuolueiden ja ammattiyhdistysliikkeen vaikutusten jäädessä kuitenkin vähäisemmälle huomiolle kuin eurooppalaisessa tutkimuksessa. Theda Skocpol ja muut amerikkalaiset tutkijat ovat useissa tutkimuksissaan kritisoineet eurooppalaista, valtarakenteisiin ja politiikkaan keskittyvää tutkimusta ja korostaneet valtion institutionaalisen rakenteen merkitystä.[47]

Skocpolin mukaan keskittyessään poliittisiin voimasuhteisiin eurooppalaiset tutkijat, esimerkiksi Walter Korpi, unohtavat ne rakenteet, joissa politiikkaa tehdään. Skocpol toteaa, että valtio toimijana ja instituutiona on vaikuttanut sosiaalisiin prosesseihin politiikallaan ja tästä toiminnasta on seurannut vaikutuksia sosiaalisille ryhmille. Tutkiessaan käsitteitä ”valtion autonomia” ja ”valtioiden kapasiteetit” Skocpol on todennut, että ne valtiot, jotka kontrolloivat alueitaan ja asukkaitaan, voivat muodostaa ja tavoitella sellaisia päämääriä, jotka eivät suoraan vastaa sosiaalisten ryhmien vaatimuksia ja intressejä.[48] Tätä tarkoitetaan käsitteellä ”valtion autonomia”, ja sen avulla voidaan tutkia, mitkä ovat valtion mahdollisuudet toteuttaa politiikkaansa. Politiikka kaikissa suhteissaan ei perustu yksinomaan yhteisöön tai kulttuuriin, jos näitä pidetään erillään organisoiduista järjestelyistä ja valtioiden aktiviteeteista. Skocpol katsoo, että ne julkisen elämän merkitykset ja kollektiiviset muodot, joiden kautta ryhmät tulevat tietoisiksi poliittisista tavoitteistaan ja työskentelevät saavuttaakseen niitä, nousevat ei ainoastaan yhteisöistä vaan myös valtiovallan ja yhteisöjen kosketuskohdista. Tämän johdosta näiden puhtaasti sosioekonomististen ilmiöiden muodostuminen intressiryhmiksi ja luokiksi sekä niiden poliittiset toimintamahdollisuudet ovat riippuvaisia huomattavassa määrin niiden valtioiden rakenteista ja aktiviteeteista, joissa sosiaaliset toimijat hakevat vaikutusvaltaa.[49]

Samaan valtiokeskeiseen kategoriaan voidaan myös lukea tutkimustapa, joka kiinnittää erityistä huomiota valtiobyrokratian virkamiehiin ja asiantuntijoihin toimijoina. Byrokraattien merkitystä hyvinvointi-instituutioiden kehityksessä ei aina oteta huomioon, mutta joillakin keskeisillä virkamiehillä ja asiantuntijoilla saattaa olla

45 Hacker 2002, 59.

46 Jacob S. Hacker on kirjassaan *The divided welfare state* tutkinut Yhdysvaltain hyvinvointiregiimin kehitystä polkuriippuvuuden näkökulmasta. Samoin Theda Skocpol on tutkinut valtion roolia, mm. sosiaaliturvan kehitystä artikkelissaan *Bringing the state back in – Strategies of analysis in current reseach* (Skocpol 1985).

47 Esim. Skocpol 1992.

48 Skocpol 1985.

49 Skocpol 1985, 27.

merkittäväkin vaikutus hyvinvointi-instituutioiden kehitykseen. Amerikkalainen tutkija Hugh Heclo on tuonut byrokraattien merkityksen esiin. Heclo on selvittänyt sosiaaliturvan kehitystä vertailevasti eri maissa tehden merkittäviä havaintoja erityisesti Ison-Britannian ja Ruotsin työttömyysturvan ja eläkelainsäädännön kehityksestä.[50] Hän totesi, että hallintovirkamiehet (*civil servants*), eivät niinkään poliitikot, ovat olleet sekä Britanniassa että Ruotsissa kehityksen kärjessä ja heidän panoksensa uudistuksissa on ollut jopa ratkaiseva. Heclo tunnustaa puolueiden ja intressiryhmien merkityksen ja vaikutusvallan, mutta tästä huolimatta virkamiehet ja asiantuntijat ovat tehneet ne tärkeimmät analyysit ja selvitykset, jotka ovat usein ratkaisseet kehityksen suunnan. Hallintovirkamiesten ja asiantuntijoiden tekemät taustaselvitykset ja tutkimukset ovat myös vaikuttaneet puolueiden ja intressiryhmien toimintaan muutosten puolesta. Syy virkamiesten ja asiantuntijoiden merkitykseen on ennen kaikkea erikoistuminen. He toimivat jatkuvasti sosiaaliturva-asioiden parissa tuntien järjestelmän ja niiden puutteet perinpohjaisesti, kun taas muiden toimijoiden osallistuminen on ajoittaista ja tilannekohtaista. Byrokraateilla on mahdollisuus paneutua järjestelmän ongelmiin ja tehdä vaihtoehtoisia ehdotuksia asioiden korjaamiseksi, ja näin he voivat olla jopa käynnistämässä uudistuksia.

Heclo näki myös eroja Ison-Britannian ja Ruotsin byrokraattien vaikutusvallassa. Ruotsissa näiden vaikutusvalta oli suurempi, koska jo teollistumisen alkuvaiheessa ja ennen kuin demokraattinen päätöksenteko oli lopullisesti hahmottunut, Ruotsin hallintovirkamiehillä on ollut mahdollisuus analysoida sosiaalisia ongelmia ja tehdä aloitteita ongelmien ratkaisemiseksi.[51] Tähän samaan viittaa myös Theda Skocpolin ja Ann Shola Orloffin analyysi Yhdysvaltojen ja Euroopan sosiaali- ja terveysturvan eroista. Yhdysvaltojen sosiaalipoliittinen jälkeenjääneisyys selittyy ennen muuta sillä, että Euroopassa oli vahvempi valtiokapasiteetti, joka takasi sen, että uudistuksia suunniteltiin myös poliittisen koneiston ulkopuolella ja suunnitelmat voitiin myös panna tehokkaammin toimeen.[52] Suomessa esimerkkinä keskeisistä virkamiehistä voisi mainita esimerkiksi valtiosihteeri Raimo Sailaksen ja STM:n entisen kansliapäällikkö Kari Puron. Sailas valtion ylimpänä ”kirstunvartijana” on vaikuttanut siihen, mihin valtion rahoja on kohdennettu, ja Puro on ollut keskeinen henkilö eläkejärjestelmiä uudistettaessa. Vastaavanlaisia merkittäviä valtiobyrokraatteja on ollut aiemminkin, kuten Niilo Mannio, Pekka Kuusi ja Teivo Pentikäinen, jotka ovat keskeisinä virkamiehinä ja asiantuntijoina eli byrokraatteina vaikuttaneet suomalaisen sosiaaliturvan kehitykseen.[53]

50 Heclo 1974.

51 Heclo 1974, 301–304; ks. myös Skocpol 1985, 11–12. Skocpol katsoo, että Heclon kirja käsittelee valtion roolia sosiaalipolitiikan kehittämisessä, vaikka Heclo ei tätä puolta nimenomaisesti korostakaan. Heclon näkemykset eivät tue valtion dominoivaa roolia sosiaalipolitiikan kehittämisessä, vaan sitä, miten hallintovirkamiehet paneutuvat sosiaalisiin ongelmiin ja hahmottavat poliittisia vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi.

52 Skocpol ja Shola Orloff 1984, 726–750.

53 Niilo Mannio on STM:n kansliapäällikkönä vaikuttanut keskeisesti Suomen sosiaaliturvan kehitykseen 1920-luvulta 1950-luvulle. Teivo Pentikäinen tunnetaan Suomen työeläkejärjestelmän ”isänä”. (Ks. Mannio 1967 ja Ahtokari 1988.)

Valtiokeskeisen institutionalismin piiriin on myös luettava ne tutkimukset, jossa on selvitetty sosiaali- ja terveyspalvelujen toimeenpanon merkitystä palvelun vaikuttavuuteen kansalaisten kannalta. Erityisesti terveydenhoidossa lopputuloksen kannalta voi ratkaisevaa olla se, onko toiminta keskitettyä ja tarkkaan säänneltyä vai hajautettua ja paikallisiin päätöksiin perustuvaa. Saksalainen tutkija Dietmar Rauch on[54] arvioinut universaalisuuden toteutumista Ruotsin, Norjan ja Tanskan sosiaalipalveluissa ja selvittänyt, miten keskitetysti tai hajautetusti (fragmentoidusti) palveluja on toteutettu kussakin maassa. Tutkimusta aloittaessaan Rauch oletti, että kaikilla kolmella Skandinavian maalla, joilla kaikilla on vahva sosialidemokraattinen perinne kansainvälisesti katsottuna, on sosiaalipalveluissaan universaalinen toteutustapa. Hän oletti, että maat olisivat lähellä toisiaan. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan suuria eroja maiden välillä tuli esiin palvelun toteutustavasta riippuen. Vain Tanska vastasi ihannekuvaa sosiaalipalvelujen universaalisuudesta ja kansalaisten tasa-arvosta sosiaalipalvelujen saamisessa. Ruotsi ja Norja poikkesivat tästä ihannemallista tuntuvasti. Norjan lastenhoitojärjestelmät ja Ruotsin vanhustenhoidon palvelut eivät paikallisilla päätöksillä toteutettuina universaalisuudessaan juuri poikenneet Keski-Euroopan järjestelmistä eikä kansalaisten tasa-arvo palvelujen saamisessa ollut lainkaan selvää. Rauchin lopputuloksena oli johtopäätös, että niissä maissa ja niissä sosiaalipalvelujen muodoissa, joissa toimeenpanopäätökset oli keskitetty ja joissa paikallisilla toimijoilla oli vain vähän liikkumavaraa, vallitsi vahvempi sosiaalipalvelujen universalismi kuin niissä maissa tai järjestelmissä, joissa palvelujen järjestämistapa oli hajautettu.[55] Hajautetun toteutustavan vuoksi Ruotsin vanhuspalvelut ja Norjan päivähoitopalvelut olivat heikommat kuin keskitetyn järjestelmän Tanskassa.[56]

Rauchin tulokset valtion ja kuntien välisestä suhteesta muistuttavat kiintoisasti federalismin vaikutuksia koskevia vertailevia Obingerin ym. tekemiä tutkimuksia, joissa on todettu sosiaalipolitiikan kehittyneen hitaammin federalistisissa kuin valtiomuodostelmiltaan yhtenäisissä maissa.[57] Syyt liittyvät siihen, että osavaltiot voivat toiminnallaan jarruttaa tai jopa estää keskushallinnon uudistuspyrkimyksiä. Rauch puolestaan osoitti, että yhtenäisissäkin maissa kunnilla on itsenäisyysasteestaan riippuen mahdollisuudet lykätä keskusvallan säätämien lakien toimeenpanoa tai tulkita niitä omalla tavallaan.

Historiallisen institutionalismin lähestymistapa on herättänyt myös kritiikkiä. Amerikkalainen tutkija Ira Katznelson on kiinnittänyt huomiota polkuriippuvuuden teorian lukuisiin rajoituksiin. Hän korostaa polkuriippuvuuden sijasta instituutioiden muodostumista eikä niinkään pidä tärkeänä tapahtumia tai kriisejä muutoksen ja kehityksen syinä.[58]

54 Rauch 2005.

55 Rauch 2005, 16–17.

56 Rauch 2005, 24–27.

57 Ks. federalismiin liittyvistä tutkimustuloksista Obinger ym. 2005.

58 Katznelson 2003, 293.

Valtaresurssi- ja rakennepoliittinen näkökulma yhdistettynä polkuriippuvuustutkimukseen merkitsee ennen kaikkea sitä, että rationaaliseen valintaan ja sopimuksiin perustuvaan institutionalismiin on liitettävä oletuksia eriasteisista valtaresursseista ja poliittisista toimijoista. Järjestelmiä ja uudistuksia ovat toteuttamassa sellaiset toimijat ja instituutiot, joilla on erisuuruiset voimat saada näkemyksensä ja intressinsä otetuksi huomioon prosessin lopputuloksessa. Näiden voimien ja valtaresurssin erilaisuus toimijoiden ja instituutioiden välillä on useimmiten ratkaisevaa uudistuksen ja kehityksen lopputuloksen suhteen.

Walter Korpi on lukuisissa yhteyksissä korostanut valtaresurssiteorian ja institutionalismin edellä kuvatun kaltaista yhteensovittamista. Korpi toi tämän esiin jo vuonna 1978 ilmestyneessä teoksessaan *Working class in welfare capitalism* ja hän syvensi ajatuksiaan myöhemmissä tutkimuksissaan pohtien, missä laajuudessa rationaaliseen valintaan perustuva institutionalismi, joka perustuu vapaaehtoiseen yhteistyöhön ja sopimusmenettelyyn, auttavat tutkijoita selvittämään hyvinvointivaltion alkuperää, muutoksia ja polkuriippuvuutta.[59] Johtopäätöksenään[60] Korpi toteaa, että tällaiset näkökulmat vievät tutkimusta jonkin verran eteenpäin, mutta eivät kuitenkaan riittävästi. Institutionaalinen lähestymistapa on hyväksyttävä, mutta on etsittävä myös muita syitä kehitykseen tai sen etenemisen esteisiin. Rakennepoliittisessa ja valtaresurssinäkökulmassa poliittisia voimasuhteita ja kollektiivisia toimijoita tarkastellaan kehitykseen vaikuttavana tekijänä kuin puhtaassa polkuriippuvuudessa, jossa sattuma ja aikatekijät ovat keskeisiä kehitykseen vaikuttavia tekijöitä. Tulkintatavat voivat täydentää toisiaan valottaen kehityshistoriaa eri näkökulmista.

James Mahoney ja Kathlen Thelen ovat vuonna 2010 ilmestyneessä kirjassaan[61] edelleen kehitelleet vähittäisen institutionaalisen muutoksen teoriaa. He ovat jakaneet muutoksen neljään eri tyyppiin, joista yksi on syrjäytys tai korvaaminen (*displacement*). Tällä he tarkoittavat, että olemassa olevat säännökset kumotaan ja uudet säännöt omaksutaan niiden tilalle. Kysymys on siis tällöin huomattavasta institutionaalisesta muutoksesta. Toinen institutionaalisen muutoksen tyyppi on täydennys tai kasaaminen (*layering*). Tällä tutkijat tarkoittavat uusien säännösten tuloa täydentämään olemassaolevia säännöksiä tai toimimaan niiden rinnalla, jolloin alkuperäisten sovelluksiin tulee uusia piirteitä, vaikka uusia instituutioita ei synnykään. Kolmas muoto on ajelehtiminen (*drift*). Tällä institutionaalisen muutoksen muodolla tarkoitetaan sitä, että säännösten toimeenpano ja merkitys muuttuvat ympäristössä tapahtuvien muutosten seurauksena. Kun toimijat eivät reagoi muuttuvaan ympäristöön, voi tämä toimimattomuus muuttaa instituution luonnetta. Viimeinen muutoksen laji on muuntaminen (*conversion*). Tällä tarkoitetaan voimassa olevien säännösten muuttunutta toteuttamista. Säännökset pysyvät muodollisesti samoina kuin ennenkin, mutta

59 Korpi 2001.

60 Korpi 2001, 267–273.

61 Mahoney ja Thelen 2010.

niitä tulkitaan ja toteutetaan uudella tavalla. Toisin kuin ajelehtimisessa, säännöksiä sovelletaan uudella tavalla strategisten päämäärien ja tavoitteiden toteuttamiseksi[62].

1.5.3 Sosiologinen institutionalismi, hegemoniset diskurssit

Kanadalainen Daniel Beland on todennut, että taloudellisiin ja poliittisiin voimasuhteisiin liittyvät näkökohdat eivät aina ratkaise lopputulosta. Myös muuttuvat olosuhteet vaikuttavat lopputulokseen.[63] Kun aiemmat historialliset institutionalistit keskittyivät siihen, miten instituutiot loivat esteitä kehitykselle, tuo Beland esiin poliittisten ideoiden merkityksen kehitykselle. Hänen mukaansa historiallinen institutionalismi ei riittävästi selitä aatteiden poliittista merkitystä. Siksi uudessa sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa kiinnitetään huomiota myös ohjelmakysymyksiin, paradigmoihin ja suunnitelmiin ja näin laajennetaan historiallisen institutionalismin alaa.[64]

Sosiologinen institutionalismi käsittelee Belandin esiin nostamia teemoja ja korostaa ajatuksen voimaa.[65] Myös ajatukset ja aatteet voivat institutionalisoitua ja muuttua polkuriippuvaiseksi jäykistäen kehitystä ja estäen uusien näkemysten ja ratkaisutapojen esille pääsyä. Tällaista ilmiötä voidaan kutsua *sosiologiseksi polkuriippuvuudeksi*. Kiintoisia avauksia ovat tarjonneet mm. Thomas S. Kuhn ja Kathleen Thelen[66] ja lähestymistapaa ovat omissa analyyseissään soveltaneet mm. Vivien A. Schmidt, Heikki Hiilamo ja Olli Kangas, Birgit Pfau-Effinger sekä Johannes Kananen ja Juho Saari.

Vivien A. Scmidt on tutkinut erilaista diskurssia, jota poliitikot käyttävät uudistuksia toteuttaessaan ja perustelevat uudistusten välttämättömyyttä. Vertaillessaan eri maissa toteutettuja uudistuksia hän toteaa diskurssilla olevan suuri merkitys. Poliitikot pyrkivät laillistamaan uudistukset ja muutokset, jotta kansa hyväksyisi ne. Kansan hyväksynnän saamiseksi on olemassa erilaisia tapoja.[67] Juuri tähän tematiikkaan pureutuvat Hiilamo ja Kangas tutkiessaan, miten eri tavoin kotihoidon tukeen on suhtauduttu Suomessa ja Ruotsissa. Kumpaankin maahan on syntynyt valtadiskursseja, jotka vaikuttavat etuuteen suhtautumiseen. Ruotsissa kotihoidon tukea pidetään ”ansana naisille”, kun taas Suomessa kotihoidon tuki -diskurssissa korostetaan äitien mahdollisuutta valita työn ja lapsen hoidon välillä.[68]

62 Mahoney ja Thelen 2010, 14–18. Alunperin käsitteet *drift*, *layering*, *conversion* ja *replacement* esitti Jacob S. Hacker (2005) tutkiessaan Yhdysvaltain sosiaalietuuksien supistusten taustalla olevaa politiikkaa.

63 Beland 2005, 21.

64 Ks. Kananen ja Saari 2009.

65 Ks. Hall ym. 1996, 942–950.

66 Ks. Kuhn 1962. Kuhnin keskeinen ajatus on, ettei tiede kulje tasaista polkua erilaisten teorioiden mukaan, vaan tieteentekoa kuvaavat paremmin paradigman vaihdokset, ”vallankumoukset”. Ks. myös Hall 1993 ja Thelen 2003, 208–240.

67 Schmidt 2002.

68 Hiilamo ja Kangas 2006.

Asiaa voidaan laajentaa yksittäisistä poliitikkolohkoista myös laajemmaksi. Voidaan etsiä kulttuurisia selityksiä vaikkapa hyvinvointiregiimeille. Eräällä tavalla Gösta Esping-Andersenin[69] esittämä regiimiteoria on kulttuurinen. Pohjoismainen malli pohjautuu protestantismiin, keskieurooppalainen malli katoliseen sosiaalioppiin ja liberaalimalli kulttuuriseen tai uskonnolliseen *laissez-faire*-ajatteluun. Vertailevassa tutkimuksessa on korostettu myös konfutselaisen ajattelun merkitystä.[70] Myös Birgit Pfau-Effinger on tutkimuksissaan kiinnittänyt huomiota kulttuurin merkitykseen sosiaaliturvan kehityksessä.[71] Kulttuuripohja vaikuttaa Pfau-Effingerin mukaan siihen, että hyvinvointivaltiossa tapahtuvat muutokset voivat olla hyvin polkuriippuvaisia, koska peruselementit institutionaalisesta ja kulttuurisesta kontekstista säilytetään muutoksissa ainakin osittain. Näin tehdään siksi, että sosiaaliset toimijat joutuvat muutosprosessissa toimimaan niiden hegemonististen rakenteiden ja mallien vaikutuksen alaisina, joita he haluavat muuttaa.

Ajatus hegemonistisista ajattelutavoista tulee italialaiselta filosofilta Antonio Gramscilta.[72] Gramscin mukaan moderneissa yhteiskunnissa hegemonia, yhteiskunnallinen johtajuus, täytyy luoda ja voittaa monilla eri alueilla. Hegemonian käsite tarkoittaa poliittisen johtamisen ja vaikuttamisen tapoja, joilla ryhmät pyrkivät tekemään oman ideologiansa yhteiskunnan yleiseksi ideologiaksi. Hegemonian muodostamiseen tai valtaamiseen tarvitaan legitimiteetin (järjestelmän hyväksyttävyys kansalaisten keskuudessa) hankintaa, poliittista indoktrinaatiota (manipulatiivinen tai tendenssimäinen opetus) sekä kykyä yhdistää eri poliittisten ryhmien keskenään ristiriitaiset intressit yhteisymmärrystä ja kompromissitarvetta painottaen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. Pekka Kosonen on useissa yhteyksissä painottanut kansallisten mallien merkitystä. Kansallisiin malleihin liittyy omat ajatukselliset paradigmansa, omat annetut ”totuutensa”. Suomen kohdalla tuollainen ajattelumalli on Kososen mukaan ”taloudellinen kilpailukyky”, jolle muut päämäärät ovat alisteisia, joten sillä on hegemonistinen, käsitteellinen asema.[73] Hegemonistisen aseman saavutettuaan ajattelumallia ei tarvitse enää perustella, vaan sitä pidetään itsestäänselvyytenä. Sen sijaan vaihtoehtoiset ajattelumallit on aina perusteltava.

Hyvän kuvauksen laajemmasta hegemonistisesta ajattelumallista antavat Pauli Kettunen väitöskirjassaan ja Jorma Kalela suomalaista työttömyyspolitiikkaa koskevassa tutkimuksessaan. Historioitsijat toteavat, että ennen kansalaissotaa työväenliikkeellä ja sen ideoilla oli hegemonistinen asema[74]. Vuoden 1918 tapahtumien jälkeen talon-

69 Esping-Andersen 1990.

70 Ks. Lin 1999.

71 Pfau-Effinger 2005.

72 Gramsci 1979; ks. myös Kananen ja Saari 2009.

73 Kosonen 1998.

74 Jorma Kalela on työttömyyden historiaa koskevassa tutkimuksessaan todennut, että työväenliike nousi poliittisesti hegemoniseen asemaan vuoden 1916 vaalien tuloksena. Sosialidemokraateilla oli enemmistö eduskunnassa. (Kalela 1989, 61.)

poikainen visio yhteiskunnasta nousi määrääväksi ajattelumuodoksi, jonka kautta yhteiskunnallisia kysymyksiä paljolti ratkottiin[75].

Uudemman ajan analyyseistä on otettava esiin Peter Hallin tutkimukset[76]. Hän on käsitellyt muutoksia Ison-Britannian talouspolitiikassa ja erityisesti sitä, miksi linja muuttui keynesiläisyydestä monetarismiin pääministeri Thatcherin tullessa valtaan 1979. Hallin johtopäätös on se, että muutokset tapahtuivat ”sosiaalisen oppimisen kautta vastauksena aiempiin kokemuksiin”. Pääministeri Thatcher muutti radikaalisti talouspoliittisen paradigman monetarismin suuntaan, koska hän toi aivan uusia ratkaisuja talouspoliittisiin haasteisiin ja vaihtoi tavoiteasettelua aiemmasta työttömyyden torjunnasta inflaation torjuntaan. Muutos onnistui, koska media ja yksityiset taloustoimijat tukivat voimakkaasti hänen pyrkimyksiään paradigman muuttamiseksi.[77] Näin vallalla ollut hegemonistinen ajattelutapa pystyttiin murtamaan ja luomaan uusi hegemonistisen aseman saavuttanut ajatusmalli.

1.6 Suomalaisesta ja kansainvälisestä terveydenhuollon kehityksen tutkimuksesta

Suomessa ei ole toistaiseksi tutkittu terveydenhuollon kehitystä käyttämällä lähestymistapana funktionalismia tai historiallista institutionalismia ja polkuriippuvuutta tai tarkasteltu muutosten taustalla olevia terveyspoliittisten tavoitteita, arvoja ja toimijoita muutoksissa. Suomen terveydenhuollon historiasta ja kehityksestä on kuitenkin olemassa lukuisia julkaisuja ja tutkimuksia. Katri Hellstenin väitöskirjassa (1993) *Vaivaishoidosta hyvinvointivaltion kriisiin – hyvinvointivaltiokehitys ja sosiaaliturvajärjestelmän muotoutuminen* on selvitetty sairausvakuutusjärjestelmän kehitystä Suomessa. Terveydenhuollon alkuaikojen kehityksestä on olemassa laaja esitys lääkintöhallituksen entisen pääjohtajan Niilo Pesosen teoksessa *Terveyden puolesta – sairautta vastaan* (1980). Jo ennen Pesosen teosta ilmestyi Vauhkosen, Laurinkarin ja Bäckmannin *Suomalaista terveyspolitiikkaa* (1978).

Uudempia tutkimuksia erityisesti sairausvakuutuksesta ovat tehneet Olli Kangas, Heikki Niemelä ja Kari Salminen. Monet tutkimukset käsittelevät myös eduskunnan toimia sosiaaliturvan rakentamisessa sekä suomalaisen terveyspolitiikan vaiheita 1900-luvulla[78]. Pekka Haatainen ja Kyösti Suonoja ovat käsitelleet sosiaali- ja ter-

75 Esimerkkejä hegemonistisista ajattelutavoista löytyy lakon murtamisen perusteista 1920-luvun loppupuolen Suomessa. Pauli Kettunen on poliittisia liikkeitä ja sosiaalista kollektiivisuutta käsittelevässä väitöskirjassaan havainnut, että lakon murtaminen ja rikkureiden haaliminen oli yhtä vanha ilmiö kuin lakotkin. Toiminta oli kuitenkin 1920-luvun Suomessa laajempaa, keskitetympää ja tehokkaampaa kuin esimerkiksi Ruotsissa. Syynä oli se, että suomalaiset työnantajat kykenivät – ”hegemonisesti” – asettamaan yksilöllisen ”työnvapauden” palkkatyöläisintressien kollektiivista ajamista vastaan. Työnvapauden ja työnhalun ruumiillistuma oli itsenäinen talopoika, jonka varaan suomalaisen suomalaiskansallinen yhteiskuntanäkemys koetti yhteiskuntarauhaa palauttaa. (Kettunen 1986.)

76 Hall 1993.

77 Hall 1993, 275–297.

78 Kangas 1990, 1991 ja 2006; Haatanen ja Suonoja 1992; Niemelä 1994 ja 2004; Niemelä ja Salminen 2003 ja 2009; Niemelä ym. 2007; Harjula 2007.

veysministeriön 75-vuotisjuhlakirjassa (1978) Suomen terveydenhuollon kehitystä, samoin Onni Vauhkonen kirjassaan *Terveydenhuollon historia* (1992)[79]. Tuoreimmat suomalaista terveyspolitiikkaa koskevat teokset ovat Minna Harjulan *Terveyden jäljillä* (2007) sekä Allan Tiitan *Collegium medicum – Lääkintöhallitus 1878–1991* (2009). Eduskunnan roolia käsittelevässä Tapani Paavosen ja Olli Kankaan teoksessa *Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana* (2006) on otettu huomioon myös polkuriippuvuusnäkökohdat.

Terveydenhuollon kehityksestä eri maissa on tehty lukuisia vertailevia tutkimuksia, joista mainittakoon erityisesti Ellen M. Immergutin tutkimus *Health politics, interests and institutions in Western Europe* (1992). Immergut tutki Ranskan, Sveitsin ja Ruotsin sairausvakuutusjärjestelmän ja kansallisen terveysjärjestelmän kehittymistä ja kehittymiseen vaikuttaneita tekijöitä.[80] Toinen vertaileva tutkimus on Jacob S. Hackerin artikkeli *The historical logic of national health – structure and sequence in the development of British, Canadian and U.S. medical policy* (1998). Siinä Hacker käsittelee Britannian, Kanadan ja Yhdysvaltain terveysvakuutuksen kehittymistä.[81] Hacker tarkasteli erityisesti sitä, miksi Yhdysvalloissa ei toteutettu universaalista sairausvakuutusjärjestelmää, kuten Kanadassa. Isossa-Britanniassa kehitys meni vielä pitemmälle: siellä toteutettiin kansallinen terveyspalvelujärjestelmä. (Hacker 1998). Samaa tematiikkaa käsittelee myös Antonia Maioni kirjassaan *Departing at the crossroads* (2005).[82] Mainitut teokset ovat kiinnostavia tämän tutkimuksen kannalta, koska niissä on ainakin osin sovellettu historiallista institutionalismia ja polkuriippuvuutta kansallisten terveysjärjestelmien tutkimisessa. Myös amerikkalainen sosiologi Jill Quadagno on tutkinut sitä, miksi Yhdysvalloissa ei ole kansallista sairausvakuutusta.[83]

Immergutin tutkimusotetta voidaan pitää valtiokeskeisen instituutio- ja polkuriippuvuusteorian soveltamisena, vaikka kirjan julkaisuajankohtana polkuriippuvuuden teoria ei ollut vielä kovin tunnettu. Immergut tutki eri instituutioiden vaikutuksia kehitykseen kussakin maassa. Häntä kiinnosti erityisesti se, miten kolme kehittynyttä maata (Ranska, Sveitsi ja Ruotsi) olivat päätyneet varsin samanlaisista lähtökohdista hyvin erilaisiin lopputuloksiin ja miten eri instituutiot kussakin maassa olivat vaikuttaneet lopputulokseen. Näistä maista Ruotsi päätyi kansalliseen terveyspalvelujärjestelmään, jota Immergut piti askeleena eteenpäin kansallisesta sairausvakuutusjärjestelmästä, ja Ranskassa toteutettiin kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä. Sveitsissä ei ole kuitenkaan toteutettu julkista sairausvakuutusjärjestelmää, vaikka valtio avustaa sairauskassoja. Immergut halusi selvittää, mitkä tekijät vaikuttivat näin erilaiseen lopputulokseen lähtökohdiltaan samankaltaisissa maissa.

79 Vauhkonen 1992; Hellsten 1993.

80 Immergut 1992.

81 Hacker 1998.

82 Maioni 2005.

83 Quadagno 2005.

Tutkimustensa tuloksissa Immergut totesi, että Ruotsissa kansallisen terveyspalvelujärjestelmän aikaan saaminen oli mahdollista pääasiallisesti sen vuoksi, että toimeenpaneva valta, Ruotsin hallitus, saattoi luottaa parlamentin enemmistöön. Sosialidemokraateilla oli parlamentissa vahva asema. Näin hallituksen esitykset hyväksyttiin ja ulkopuolisten tekijöiden, kuten lääkärijärjestöjen, vaikutus päätöksentekoon ei päässyt ratkaisevaan asemaan. Tärkeänä osapuolena tuloksen aikaan saamisessa Immergut piti Ruotsin yksikamarista eduskuntaa. Kokemuksen mukaan kaksikamarisessa järjestelmässä on vaikeampi saada hallituksen esityksiä läpi kuin yksikamarisessa. Ruotsin poliittisen järjestelmän vakauden ja parlamentarismin toimivuuden ansiosta hallitus saattoi ulkopuolisista vaikutteista vapaana toteuttaa kansallisen terveyspalvelujärjestelmän. Uudistus toteutui, vaikka lääkärit menettivät sen vuoksi itsenäisen asemansa vapaina ammatinharjoittajina ja heistä tuli terveydenhuollon yksiköiden palkallisia työntekijöitä.[84] Immergutin sairausvakuutusselitys Ruotsin kehityksestä lähentyy skocpolilaista valtion rakennetta painottavaa lähestymistapaa.

Kehitys Ranskassa ja Sveitsissä poikkesi huomattavasti Ruotsista. Ranskassa hallitus kolmannen ja neljännen tasavallan aikana oli täysin riippuvainen parlamentin tuesta ja koalitiot parlamentissa vaihtelivat. Lisäksi enemmistö parlamentissa ei riittänyt uudistuksen läpimenoon, vaan vähemmistö saattoi veto-oikeuttaan käyttämällä estää lain voimaantulon. Näin ulkopuolisten tekijöiden vaikutus päätöksentekoon nousi huomattavaksi. Sairausvakuutusjärjestelmä saatiinkin Ranskaan vasta sen jälkeen, kun viides tasavalta uusine perustuslakeineen teki hallitukselle mahdolliseksi säätää lain parlamentin enemmistön äänillä, ilman että parlamentin vähemmistöllä oli enää mahdollisuutta käyttää veto-oikeutta. Ratkaisevaa Ranskassa sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseksi oli siis parlamentaarisen järjestelmän toteutuminen ilman tehokasta vähemmistösuojaa, jolloin ulkopuoliselta taholta tullut painostus lain hylkäämiseksi onnistuttiin torjumaan. Ranskan lääkärijärjestöt vastustivat jyrkästi sairausvakuutusjärjestelmää, koska sen katsottiin vähentävän lääkäritoimen itsenäisyyttä ja rajoittavan ansaintamahdollisuuksia ammatinharjoittajina.[85]

Sveitsissä hallituksen ja parlamentin yhteinen tahto oli saada aikaan sairausvakuutusjärjestelmä maahan. Parlamentti hyväksyi hallituksen esittämän sairausvakuutuslakiesityksen, mutta intressiryhmillä, jotka vastustivat järjestelmää, oli Sveitsin perustuslakiin kirjattu ylimääräinen mahdollisuus torjua laki. Perustuslain mukaan silloinkin, kun laki hyväksytään parlamentissa, kansalaisilla on mahdollisuus siirtää lopullinen päätöksenteko kansanäänestyksen tuloksesta riippuvaiseksi. Lain vastustajat käyttivät tätä tilaisuutta hyväkseen ja vaativat kansanäänestystä, jonka tuloksena parlamentin hyväksymä sairausvakuutusjärjestelmä hylättiin. Näin perustuslain antama mahdollisuus on Sveitsissä hyvin tehokas tapa vastustaa uudistuksia ja antaa intressiryhmille uuden mahdollisuuden parlamentin enemmistöä vastaan. Tämän seurauksena Sveitsissä sairausvakuutuslain säätäminen viivästyi huomattavan pal-

84 Immergut 1992, 228.

85 Ks. Ranskan sairausvakuutusjärjestelmän sisällöstä Henke ja Schreyögg 2004. Julkaisussa on verrattu sairausvakuutusjärjestelmiä Ranskassa, Saksassa, Japanissa ja Hollannissa.

jon. Vasta vuonna 1994 Sveitsissä säädettiin sairausvakuutuslaki, joka tuli voimaan vuonna 1996. Vakuutetun pakollinen osa, joka kaikkien Sveitsissä asuvien tulee ottaa, on laajuudeltaan melko suppea kattaen vakuutetun sairauden tai äitiyden johdosta. Vakuutetut joutuvat myös itse osallistumaan kustannuksiin äitiydestä aiheutuvia kustannuksia lukuun ottamatta.

Jacob S. Hacker on soveltanut historiallista institutionalismia ja polkuriippuvuutta tutkiessaan Yhdysvaltain terveydenhuollon kehitystä.[86] Hacker tutki niitä erilaisia lopputuloksia, joita sairausvakuutuksen säätämisyritykset olivat tuottaneet kolmessa englantia puhuvassa maassa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Isossa-Britanniassa ja Kanadassa saatiin aikaan sairausvakuutus tai jopa kansallinen terveyspalvelujärjestelmä, mutta Yhdysvalloissa ponnistelut sairausvakuutusjärjestelmän aikaansaamiseksi ovat epäonnistuneet presidentti Obaman sairausvakuutusesityksen hyväksymiseen asti.[87] Etsiessään syitä järjestelmien kehityksen erilaisuuteen Hacker kiinnitti huomiota siihen, että jo varhaisessa vaiheessa esiintyi huomattavia eroja näiden kolmen maan välillä ja aikatekijä oli merkitsevä. Isossa-Britanniassa kehitystyö alkoi ensimmäisenä, sillä jo vuonna 1911 epäkaupalliset vakuutusrahastot kattoivat noin seitsemännen osan väestöstä.[88] Britannian järjestelmä kehittyi aiemmin myös paremmaksi kuin Kanadan ja Yhdysvaltojen.

Hacker piti merkittävänä myös lääkäreiden erilaisia asenteita sairausvakuutusjärjestelmää kohtaan näissä kolmessa maassa. Erilaiseen suhtautumiseen vaikuttivat lääkäreiden erilaiset odotukset siitä, minkälainen heidän asemansa muuttuneessa tilanteessa tulisi olemaan. Merkittävä erottava syy oli myös hyväksyttävän yksityisen vaihtoehdon olemassaolo valtiolliselle järjestelmälle. Yhdysvalloissa lääkärit vastustivat jyrkästi sairausvakuutusjärjestelmää, eikä heitä valtiovallan taholta pakotettu muutoksiin toisin kuin Kanadassa ja Isossa-Britanniassa. Yhdysvalloissa lääkärit eivät saaneet kokemusta muusta kuin yksityisistä vakuutusjärjestelmistä, eivätkä he päässeet vertaamaan yksityisen ja julkisen järjestelmän etuja ja haittoja. Lisäksi Yhdysvaltain terveydenhoitojärjestelmä alkoi jo 1940-luvulta lähtien kulkea kohti laajentuvaa, lääkäreiden hallitsemaa yksityistä vakuutusjärjestelmää, mikä avasi kehityspolun tulevaisuuteen. Lääkärit tottuivat yksityisiin vakuutuksiin ja hyväksyivät järjestelmän vastustaen edelleen valtiollisia vaihtoehtoja, joita he eivät käytännössä tunteneet ja joita kohtaan he tunsivat syvää epäluuloa. Amerikan lääkäreiden ammattijärjestön (AMA) vaikutusvalta on ollut aina suuri ja järjestö on onnistunut torjumaan yritykset toteuttaa kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä.

86 Hacker (1998, 70).on kuvannut käsitettä *historiallinen institutionalismi* siten, että käsittelytapa pyrkii integroimaan holistiset näkökulmat politiikasta poliittisiin instituutioihin, historiallisen tapahtumakulkuun ja sen kautta tuleviin mahdollisuuksiin

87 Presidentti Obaman sairausvakuutusesitys hyväksyttiin maaliskuussa 2010 kongressin ja senaatin täpärissä äänestyksessä, joten sairausvakuutusjärjestelmää ollaan muodostamassa Yhdysvaltoihin asteittain vuodesta 2014 lähtien.

88 Hacker 1998, 61.

Muita institutionaalisia syitä erilaisiin lopputuloksiin Hacker löysi valtiollisesta rakenteesta, joka Yhdysvalloissa on federalistinen. Yhdysvalloissa federalismi vaikuttaa hyvin eri tavalla kuin Kanadassa ja sen seurauksena sosiaalisten uudistusten toteuttaminen on erityisen vaikeaa. Uudistuksen täytyy läpäistä monta vaihetta, ja jokaisessa vaiheessa uudistuksen vastustajilla on mahdollisuus väliintulollaan kaataa esitys. Lisäksi hallinnon rakenne vaikuttaa uudistusten läpimenomahdollisuuksiin. Kanadassa hallinto pohjautuu paljolti paikalliseen, osavaltiotason itsemääräämisoikeuteen, kun taas Yhdysvalloissa valta on jaettu kolmelle taholle, joilla kaikilla on oma auktoriteettinsa, velvollisuutensa ja kannatuspohjansa. Presidentti toimii muista erillään eikä hänen kabinettiinsa kuulu lainsäätäjiä. Presidentti voi myös käyttää veto-oikeuttaan ja estää lain voimaantulon.

Kongressi jakaantuu kahteen kamariin, ja lisäksi erilaiset komiteat ja alakomiteat käyttävät kongressissa huomattavaa valtaa ja voivat jarruttaa uudistusesitysten etenemistä. Myös perustuslain vähemmistöä suojaavat säännökset antavat tehokkaita keinoja lakiesityksen jarruttamiseen. Viimeisenä keinona uudistuksen vastustajat voivat viedä vielä asian korkeimman oikeuden käsiteltäväksi ja vaatia uudistuksen kumoamista perustuslain vastaisena. Näin kävi 1930-luvulla, jolloin monet presidentti Rooseveltin sosiaaliset uudistukset kumottiin korkeimmassa oikeudessa, ja myös presidentti Obaman läpi ajama sairausvakuutuslaki viedään todennäköisesti korkeimman oikeuden arvioitavaksi. Sen sijaan Isossa-Britanniassa valta on keskitetysti hallituksella. Parlamentissa enemmistönä oleva puolue voi ilman muiden puuttumista asiaan toteuttaa politiikkaansa hallitusta johtaessaan. Kanadassa puolestaan sairausvakuutusjärjestelmän laajentaminen tapahtui asteittain osavaltiotasolta kansalliseksi järjestelmäksi. Laajentumiseen vaikuttivat positiivisesti järjestelmän toteuttaneiden osavaltioiden hyvät esimerkit, jotka rohkaisivat muita osavaltioita seuraamaan niitä. Lopulta koko Kanadalle saatiin kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä.

Hacker esittää kaksi väittämää, jotka eivät täysin tue institutionalistien näkemyksiä. Toinen on se, että vakaat instituutiot eivät välttämättä tuota vakaita tuloksia, koska instituutioilla on vaikutusta vain silloin, kun ne ovat yhteydessä toisiin, yleensä dynaamisempiin tekijöihin. Toiseksi toisiinsa nähden päällekkäiset instituutiot luovat keskinäisiä kannustimia ja konflikteja, jotka voivat johtaa muutoksiin, vaikka instituutiot itsessään olisivat vakaita. Modernin lääketieteen järjestelmien historia on Hackerin mukaan jatkuvaa ja usein keskenään ristiriitaista vuorovaikutusta toisaalta lääketieteen teknologian uutta luovien rakenteiden sekä rahoituksen ja palvelujen välillä ja toisaalta hallitsevien instituutioiden muuttuvien piirteiden ja julkisen politiikan välillä.[89]

Hackerin mukaan mahdollisuudet perusteelliseen terveyspolitiikan muutokseen ovat historiallisesti kuitenkin harvassa. Ohjelmat, jotka takaavat terveysturvan uudella tavalla, voivat säikäyttää vaaleilla valittavia poliitikkoja. Siksi poliitikot suosivat aiempiin järjestelyihin perustuvia kehittämisvaihtoehtoja. Kansalliset terveyspo-

89 Hacker 1998, 79–80.

litiikat luovat myös terveysmarkkinoita ja myös nämä markkinat asettavat rajoja kansallisten hallitusten harjoittamalle politiikalle. Hackerin mukaan olemme tottuneet ajattelemaan, että yksityinen vakuutus on luonnollinen vaihtoehto julkiselle vakuutukselle. Kuitenkin jos yksityinen vakuutus institutionalisoituu, muodostavat yksityiset vakuutusmarkkinat huomattavia rajoituksia hallituksen ponnisteluille laajentaa julkista vakuutusta tai säädellä terveyssektoria. Yhdysvaltain terveyspoliittisten ohjelmien heikkoutena oli myös se, että käsitys universaalisuudesta ei ole ollut ohjelmassa näkyvästi mukana.[90] Hacker on vielä seikkaperäisemmin kuvannut Yhdysvaltain terveydenhuollon kehitystä vuonna 2002 ilmestyneessä kirjassaan The divided welfare state, joka kuitenkin pääosin perustuu sairausvakuutuksen osalta vuoden 1998 artikkeliin.[91]

Tuoreemmassa tutkimuksessa vuodelta 2005 Quadagno[92] on Hackerin tavoin selvittänyt syitä siihen, miksi kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän toteuttaminen Yhdysvalloissa on kestänyt kauemmin kuin muissa länsimaissa. Quadagno päätyy neljään pääsyyhyn, jotka ovat lähinnä yhteiskunnallisia ja rakenteellisia syitä. Ensimmäinen syy ovat arvot, joiden mukaan valtio ei saa sekaantua lääkärin ja potilaan väliseen suhteeseen. Tämän seurauksena tahot, jotka ovat vastustaneet sairausvakuutusta, saavat paljon kannattajia. Toinen syy, joka liittyy läheisesti Korven valtaresurssiteoriaan, on työntekijäjärjestön heikko voima. Näiltä osin Quadagno ja Maioni ovat päätyneet samoihin johtopäätöksiin.[93] Työntekijäjärjestöt ovat yleensä joka maassa olleet ajamassa kansallista terveydenhuoltojärjestelmää. Yhdysvalloissa tavoitteet eivät ole toteutuneet, koska ammattiliitot ovat olleet erimielisiä niistä ja osa on pitänyt parempana neuvotella terveysturvasta työehtosopimusten nojalla. Samalla ne ovat lakanneet tavoittelemasta kansallista, kaikkia kansalaisia koskevaa järjestelmää. Yhteinen työntekijöiden ja heidän etujärjestöjensä rintama sairausvakuutusjärjestelmän saavuttamiseksi on siksi puuttunut Yhdysvalloista. Kolmantena syynä Quadagno näkee rotupolitiikan, joka on saanut etelän poliitikot molemmista pääpuolueista vastustamaan kansallista terveysturvaa, joka ulottuisi myös kaikkiin kansalaisiin ihonväriin katsomatta. Neljäs syy on lääkäreiden ammattijärjestön AMA:n tiukka vastustus sekä yksityisen järjestelmän myötä syntyneet vaikutusvaltaiset instituutiot, terveysvakuutuksia myöntävät yhtiöt. Vakuutusyhtiöt ovat tulojensa menetyksen pelossa vastustaneet valtiollisia ratkaisuja ja nostattaneet suuria kampanjoita tehtyjä ehdotuksia vastaan.[94]

90 Hacker 1998, 82.

91 Ks. Hacker 2002, 174–269.

92 Quadagno 2005.

93 Maioni hyväksyy pitkälti institutionaalisen lähestymistavan mutta tuo mukaan poliittiset voimasuhteet etsien näin kompromissia epäpoliittisen institutionalismin ja Korven valtaresurssiteorian ja rakennepoliittisten selitystapojen välillä. Maionin mukaan institutionaalisten erojen lisäksi merkittävää oli se, että Kanadassa toisin kuin Yhdysvalloissa vasemmistopuolueella oli jalansijaa poliittisessa järjestelmässä. (Maioni 2005.)

94 Quadagno 2005, 202–207. Vuonna 2010 maaliskuussa kongressi ja senaatti hyväksyivät presidentti Obaman esittämän sairausvakuutuslain Yhdysvaltoihin, mutta sen toteuttaminen kestää ainakin vuoteen 2014. Kysymyksessä on yksityisiä vakuutuksia täydentävä järjestelmä niille amerikkalaisille, jotka eivät ole saaneet vakuutusta työnantajansa kautta. Vuosina 2010–2020 noin 350 miljardia dollaria tullaan käyttämään noin 32 miljoonan vähä- ja keskituloisen

Immergutin, Hackerin, Maionin ja Quadagnon analyysit historiallisesta institutionalismista ja polkuriippuvuudesta eri maiden terveysturvan kehityksessä tarjoavat mielenkiintoisia teoreettisia lähtökohtia lähdettäessä tarkastelemaan Suomen terveydenhuollon kehitystä. Suomen kehitystä seurattaessa on myös aiheellista verrata samanaikaista kehitystä muissa maissa ja etsiä yhtäläisyyksiä tai erilaisuuksia Suomen oloihin. Samalla voidaan pohtia, millaisia heijastusvaikutuksia muiden maiden kehityksellä on ollut Suomessa tapahtuneeseen edistykseen vai onko niitä ollut ensinkään.

1.7 Teorioiden ja lähestymistapojen hyödyntäminen tässä tutkimuksessa

Suomen terveydenhuollon kehitystä koskevan tutkimuksen apuvälineeksi on hyödyllistä valita teorioita, joiden avulla voidaan selittää kehitystä laajemmassa kontekstissa. Tähän tutkimukseen olen valinnut lähestymistavaksi ja tarkastelukulmaksi funktionalismin, valtaresurssi- ja rakennepoliittisen lähestymistavan sekä polkuriippuvuuden ja historiallisen institutionalismin teorian ottaen huomioon myös sosiologisen institutionalismin. Koska Suomen terveydenhuollon kehitys on laaja aihe ja sisältää monia näkökulmia, ei ole syytä rajata tarkastelua vain yhteen teoriaan tai lähestymistapaan. Hedelmällisempää on arvioida kehitystä mahdollisimman monipuolisesti. En näe edellä mainittuja lähestymistapoja toisiaan poissulkevina vaan toisiaan täydentävinä teoreettisina työkaluina. Näiltä osin olen pitkälti samoilla linjoilla kuin Walter Korpi. Kehityksen käännekohtia paikannettaessa on hyödyllistä erottaa tapahtumiin ja toimiin liittyvät käännekohdat, joita voidaan kutsua institutionaalisiksi muutoksiksi, ajatuksellisista käännekohdista. Ajatuksellisia käännekohtia kutsun paradigmaattisiksi muutoksiksi. Niiden merkitys on ennen kaikkea siinä, että kehitystyössä pyritään toteuttamaan erilaisia arvoja kuin aiemmin. Kehityksen polkua aletaan kulkea uuteen suuntaan.

amerikkalaisen vakuuttamiseksi, koska heillä ei aiemmin ole ollut vakuutusta. Valtio alkaa säädellä vakuutusmaksuja ja -korvauksia ja kansalaiset velvoitetaan ottamaan sairausvakuutus. Yli 50 henkeä työllistävien yritysten on tarjottava vakuutus. Uudistusta uhkaa kuitenkin perustuslaillinen ongelma, joka antaa uudistuksen vastustajille Immergutin esiin tuoman vetomahdollisuuden. Monien osavaltioiden oikeusistuimet ovat pitäneet Yhdysvaltain perustuslain vastaisena lain vaatimusta, että jokaisen Yhdysvaltain kansalaisen tulee ottaa itselleen sairausvakuutus vuoteen 2014 mennessä. Lopullisesti asian ratkaisee korkein oikeus, joka 1930-luvulla kumosi useita ”New Dealin” sosiaaliturvauudistuksia sen vuoksi, että ne olivat vastoin perustuslakia.

2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

2.1 Kysymyksenasetteluja

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää Suomen terveydenhuollon kehityssuuntia autonomian ajasta lähtien. Autonomian ajan mukaan ottaminen on välttämätöntä, koska monet keskeiset terveydenhuollon kehitysvaiheet – esimerkiksi kunnallinen terveysvastuu, valtionosuus kunnille ja tietynlaiset terveyspalveluiden kustannusten minimointipyrkimykset – saivat alkunsa jo 1800-luvulla.

Tutkimuksen pääosa keskittyy kuitenkin Suomen itsenäisyyden aikaan. Kokonaisuudessaan tutkimus kattaa noin 150 vuotta. Näin pitkän ajan tarkastelu on perusteltua jakaa lyhyempiin jaksoihin ja ottaa erityisen tarkastelun kohteeksi merkittävät käännekohdat, jolloin kehityspolku on muuttanut suuntaansa. Tällöin voidaan tarkastella myös, kuinka paljon kunakin ajankohtana vallinneet diskurssit ja paradigmat ovat ohjanneet kehitystä, mitä terveyspoliittisia periaatteita muutoksia toteutettaessa on pyritty saavuttamaan sekä kuinka paljon politiikka, rakennepoliittiset tekijät, valtaresurssit, hegemonistiset pyrkimykset ja keskeisten toimijoiden mielipiteet terveyspolitiikan kehittämisen suunnasta ja tavoitteista ovat vaikuttaneet kehityksen kulkuun ja toteutettuihin muutoksiin.

Jokaisen ajanjakson alussa kuvataan ajanjakson yhteiskunta- ja terveyspolitiikan keskeisiä kysymyksiä taustaksi niille rakennepoliittisille, poliittisille ja aatteellisille tekijöille, joilla on ollut tai saattanut olla vaikutusta ajanjakson terveydenhuollon kehitykseen. Hypoteettisesti rakennepoliittista tulkintaa seuraten elinkeinorakenteella on oletettavasti vaikutusta sekä poliittisiin voimasuhteisiin että siihen, keiden etuja pyritään ensisijaisesti ajamaan kussakin ajanjaksossa. Poliittisessa elämässä taloudellisten vaatimusten asettaessa rajat uudistusten laajuudelle saattavat ryhmäedut tulla terveyspolitiikassa – kuten muussakin politiikan teossa – esille. On myös hyödyllistä tarkastella Suomen kehitystä kansainvälisessä kontekstissa ja viitata muiden maiden kehitykseen, jotta Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehityksen erityispiirteet tulisivat esille. Tutkimus keskittyy kuitenkin ennen kaikkea Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehityksen tarkasteluun. Kehitystä tarkastellaan myös funktionalistisesta perspektiivistä ja seurataan, millä tavoin muutokset maan taloudessa heijastuvat terveydenhuollon kehitykseen.

Olen nimennyt kunkin terveydenhuollon kehityksen ajanjakson kuvaten ajanjakson terveyspolitiikkaa. Lähestymis- ja tulkitsemisapuna terveydenhuollonkehityksen kuvauksessa käytän

funktionalismia, rakennepoliittista ja valtaresursseihin perustuvaa lähestymistapaa, johon kuuluu ennen kaikkea politiikan ja poliittisten puolueiden huomioon ottaminen kehityksessä sekä muiden toimijoiden, kuten työmarkkinajärjestöjen, vaikutusten arviointi

historiallista institutionalismia ja polkuriippuvuutta, joista hyödynnän erityisesti valtiokeskeistä institutionalismia. Siihen kuuluvat myös virkamiesten ja asiantuntijoiden huomioon ottaminen kehityksen tarkastelussa

sosiologista institutionalismia, johon kuuluu diskurssien ja paradigmojen, ajatuksellisen polkuriippuvuuden ja muutoksissa toteutettavien terveyspoliittisten arvojen tarkastelu.

Tutkimus käsittää Suomen terveydenhuollon kehityksen itsenäistymisestä aina vuoteen 2010 saakka edellä mainittuja teorioita ja lähestymistapoja pohjana käyttäen. Teoriat avaavat näkökulmia kehitykseen, ja yhtenä keskeisenä tutkimuskohteena on tutkia, onko Suomen terveydenhuollon kehittyminen tapahtunut suurten muutosten ja käännekohtien kautta vai onko kehitys ollut polkuriippuvaista ja tasaista. Lisäksi pyrin selvittämään, 1) onko käännekohta ollut sattumanvarainen vai suunniteltu, 2) kuinka paljon kunakin ajankohtana vallinneet ajatukselliset paradigmat ja hegemonistiset diskurssit ovat ohjanneet kehitystä sekä 3) mitä terveyspoliittisia periaatteita muutoksissa on tavoiteltu. Tapahtuiko muutos terveyspoliittisten periaatteiden toteuttamiseksi vai oliko syynä jokin ulkoinen tekijä? Kiinnitän huomiota myös toimijoihin: Ketkä ajoivat muutosta? Millaisia arvoja he tavoittelivat? Millaisin argumentein uudistuksia vastustettiin? Tämän ohella kiinnitän huomiota taloudellisiin ehtoihin ja tarkastelen kehitystä funktionalistisesta ja rakennepoliittisesta näkökulmasta. Lisäksi tarkastelen, miten muutokset ovat vaikuttaneet kansalaisten mahdollisuuksiin saada laadukasta ja riittävää terveydenhuoltoa kohtuullisin kustannuksin.

Tutkimuksessa etsin vastausta myös seuraavaan kysymykseen: Minkälaisten kehitysvaiheiden ja poliittisten ratkaisujen kautta on päädytty nykyiseen monikanavaiseen terveydenhoitojärjestelmään? Erityisesti tutkimuksessa keskitytään järjestelmän muotoutumisen kannalta ratkaisevan tärkeisiin käänteisiin.

2.2 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus jakautuu neljään ajanjaksoon, eli vuosiin 1860–1916, 1917–1959, 1960–1990 sekä 1991–2010. Kyseisillä ajanjaksoilla alkaneet kehitysprosessit eivät luonnollisestikaan ole tarkkaan rajattuja, sillä jonkin merkittävän asian kehittyminen tai valmistelu on voinut alkaa jo edellisellä jaksolla ja muutos on toteutunut vasta seuraavalla. Vastaavasti jokin kehityspolku on saattanut jatkua vielä jonkin aikaa seuraavalla ajanjaksolla, eikä ole perusteltua katkaista ilmiön kuvaamista ajanjakson rajaukseni vuoksi. Kukin ajanjakso on nimetty ajanjakson terveyspolitiikan keskeisten piirteiden mukaan. Perustelut sille, miksi olen jakanut ajanjaksot tällä tavoin, liittyvät lähinnä terveydenhuollossa ja sosiaalipolitiikassa tapahtuneisiin muutoksiin seuraavalla tavalla:

I ajanjaksossa, *Katsaus Suomen terveydenhuoltoon ennen itsenäisyyden aikaa* (1860–1916), Suomi oli osa Venäjän suuriruhtinaskuntaa säätyihin jakaantuneena ja sisäises-

ti autonomisena. Terveydenhuollon vastuu asettui kunnalliselle tasolle ja tästä alkoi nykyaikaan ulottuva kehityspolku. Valtion rooli muotoutui rahoittajaksi ja kunnan järjestämisvelvollisuutta tukevaksi. Virkamiesten ja erityisesti senaatin vaikutus terveydenhuollon edistymiseen oli huomattava, koska lopullinen päätöksen teko kuului keisarille ja myös valtiopäivien päätökset edellyttivät keisarin hyväksyntää.

II ajanjaksossa, *Terveyspalvelut etenenevät vähitellen* (1917–1959), Suomi itsenäistyi, jonka jälkeen seurasi vuoden 1918 sisällissota, talouspula ja sodan voittaneen osapuolen koventunut asenne sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. 1920-luvulla pula hellitti ja vuosikymmenen loppupuolella tapahtui talouden kasvua. Maailmanlaajuinen 1930-luvun talouslama hidasti kehitystä, mutta uusi talouden elpyminen alkoi 1930-luvun loppupuolella. Lupaavasti alkaneen elpymisen katkaisi kuitenkin toinen maailmansota seurauksineen. Säännöstelypolitiikka ja sotakorvaukset vaikuttivat kehitykseen vielä 1950-luvun loppupuolella ja hidastivat kehitystä, vaikka toisen maailmansodan seurauksena suhtautuminen terveydenhuollon kehittämiseen muuttuikin myönteisemmäksi ja valtion rooli muuttui. Merkittävä oli myös vuoden 1940 ”tammikuun kihlaus”, jossa työmarkkinaosapuolet tunnustivat toisensa sopimuskumppaneina. Työmarkkinoiden sopimustoiminnalla ei kuitenkaan ollut merkittävää roolia terveydenhuollossa ennen 1960-lukua. Erilaiset taloudelliset vaikeudet olivat ajanjaksolle tyypillisiä. Terveydenhuollon kehittämistä leimasivat vielä erilaiset taloudelliset rajoitteet sodan jälkeenkin aina 1960-luvulle saakka. Siksi ajanjaksoa pituudestaan huolimatta voidaan pitää yhtenäisenä, ja sille tunnusomaista oli etupäässä ulkoisista syistä johtunut terveydenhuollon hidas kehittyminen.

III ajanjaksossa, *Monikanavainen järjestelmä muotoutuuu* (1960–1990), nykyinen monikanavainen rahoitus- ja palvelujärjestelmä sai muotonsa terveydenhuollon kehityksen saatua vauhtia Pekka Kuusen kirjan antamien uusien näkemysten myötä. Ajanjaksolla myös työmarkkinoiden sopimustoiminta alkaa vaikuttaa terveydenhuollon palveluihin ja rahoitukseen. Tyypillistä tälle kaudelle olivat uudistushenki, suunnitelmallisuus ja pyrkimys kansalaisten tasa-arvoon. Työmarkkinajärjestöt tulivat uusina toimijoina aiempaa voimakkaammin mukaan terveyspoliittiseen päätöksentekoon perinteisten puolueiden rinnalle, ja edistys tapahtui eri toimijoiden ja osin erilaisten intressienkin kautta. Terveydenhuollon kokonaisuuteen ei järjestelmiä rakennettaessa kiinnitetty huomiota, ja eri kehityspolut synnyttivät keskenään vaikeasti yhteen sovitettavia tuloksia. Syntyi monikanavaisuuden ongelma.

IV ajanjaksossa, *Yksilön vastuu lisääntyy* (1991–2010), on tyypillistä suhtautumistavan muutos terveyspalveluihin ja yksilön asemaan palvelujen käyttäjänä. Terveydenhuollon rakenteet olivat valmiit ja huomio kiinnittyi järjestelmän aiheuttamiin kustannuksiin. Aiempi uudistushenki sosiaali- ja terveyspalveluissa muuttui tehokkuuden lisäämisen ja kustannusten hillinnän pyrkimyksiksi. Sen myötä kunnille myönnettiin entistä enemmän vapauksia päättää terveyspalvelujen järjestämisestä ja aiemmasta ohjausjärjestelmästä ja rahoituksen kautta tapahtuvasta kontrollista luovuttiin. Kustannustietoisuutta edisti 1990-luvun alkupuolen syvä taloudellinen lama. Vaikka laman jälkeen talous kasvoi voimakkaasti, ajatuksellisesti lamadiskurssi

edelleen jatkui, niin että kehittämistyö ei saanut kannatusta kustannusten lisääntymisen pelossa. Terveyspalveluissa kansalaista alettiin pitää ensisijaisesti asiakkaana, jolla perimmältään on itsellään omakohtainen vastuu hyvinvoinnistaan ja siksi hänen tuli aiempaa enemmän osallistua itse palvelujen kustannuksiin. Aikajaksolla terveyspolitiikka värittyi aiempaa enemmän myös puoluepoliittisesti ja kehitystyön suunnasta ja tavoitteista alkoi olla hyvinkin erilaisia näkemyksiä puolueiden välillä. Toisaalta työmarkkinoiden sopimukset ja vaikutusvalta ohjasivat terveydenhuollon rinnakkaista polkua, työterveyshuoltoa. Monikanavaisuuden ongelmista keskusteltiin vilkkaasti, mutta ratkaisuja ei löytynyt.

Tarkastelen kunkin ajanjakson terveyspolitiikan muutoksia etsien erityisesti ns. suuria käännekohtia (*critical junctions*) sekä niitä terveyspoliittisia tavoitteita ja arvoja, joita on pyritty toteuttamaan kyseisellä ajanjaksolla. Tämän ohessa tarkastelen toimijoiden roolia, diskursseja[95] ja vallitsevia ajatusparadigmoja.[96] Toimijoita terveyspolitiikassa ovat ministeriöt, kunnat ja kuntien etujärjestöt, puolueet, työmarkkinajärjestöt, merkittävät kansalaisjärjestöt sekä myös yksittäiset henkilöt, jos heidän panoksensa muutokseen on ollut merkittävä. Muutoksien yhteydessä on kiinnitettävä huomiota myös politiikkaan ja puolueiden ohjelmissaan esittämiin terveyspoliittisiin tavoitteisiin. Kuitenkin viime kädessä puolueiden tahto näkyy eduskunnassa hallitusten esityksiä käsiteltäessä ja siksi tässä tutkimuksessa erityisesti eduskunnan rooli ja siellä käyty keskustelu on keskeistä tutkimusaineistoa, kuten eräissä aiemmissa sosiaalipolitiikan historiaa luodanneissa tutkimuksissa.[97]

Terveydenhuoltoa kehitettäessä arvot, joita muutoksilla pyritään toteuttamaan, ovat vahvasti esillä muutosten perusteina. Yleisesti terveydenhuollossa tärkeitä ovat sellaiset arvot kuin kansalaisten tasa-arvo ja oikeus saada terveyspalveluja. Tärkeinä pidetään myös terveyspalvelujen tehokkuutta ja taloudellisuutta, potilaiden valinnanvapautta, palvelujen hyvää laatua sekä riittävää määrää tarpeisiin nähden. Kenties yleisimmin hyväksytty terveyspoliittinen periaate on palvelujen tasa-arvoinen jakaminen kansalaisten kesken, hoitoon pääsy nopeasti ja vaivattomasti sekä hoidon laadun korkea taso. Kuitenkin on muistettava, että terveyspalvelut ovat kaikissa maissa kustannuksiltaan yksi merkittävimmistä yhteiskunnan menoeristä.[98] Näin ollen

95 Diskurssilla tarkoitan lähinnä ranskalaisen Michael Foucaultin määritelmää. Foucault tarkoitti diskurssi-käsitteellä kunkin aikakauden kielessä ilmenevää ymmärrystä todellisuudesta. Foucaultin mukaan ”diskurssit ovat käytäntöjä, jotka systemaattisesti muokkaavat puhuntansa kohteita”. (Foucault 2005.) Diskurssin sisäiset säännöt määräävät, mitä jostakin aiheesta on mahdollista sanoa, miten voidaan puhua. Diskurssit nähdään usein vangitsevina siten, että diskurssin omaksuneen on vaikea ajatella toisin. Diskursseihin liittyy vahvasti vallan aspekti, koska erilaiset yhteiskunnalliset diskurssit määrittelevät, mikä on totta, mistä asioista voi puhua, ja miten asioista puhutaan. Yksinkertaistetusti diskurssilla voidaan tarkoittaa kiteytynyttä ajattelutapojen, käsitysten (kuten arvot, normit ja asenteet) ja olettamusten kokonaisuutta, jota pidetään yllä erilaisten sosiaalisten instituutioiden avulla. Diskursseista käydään aina kamppailua.

96 Paradigma viittaa tieteellistä toimintaa ohjaaviin ajatuskulkuihin tai muihin tietoteoreettisiin näkökulmiin. Se voi tarkoittaa myös oikeana pidettyä, yleisesti hyväksyttyä ja auktoriteetin asemassa olevaa teoriaa tai viitekehystä, kuten esimerkiksi evoluutioteoriaa tai suhteellisuusteoriaa. Paradigma-käsitteen yleisin merkitys on omaksuttu Thomas Kuhnin tieteenfilosofiasta.

97 Ks. Paavonen ja Kangas 2006.

98 Vuonna 2008 julkiset terveydenhuoltomenot olivat 11,474 miljoonaa euroa, 6,2 prosenttia bruttokansantuotteesta (Kela 2010).

väistämättä myös taloudelliset tekijät ja talouden kulloinenkin tilanne vaikuttavat terveydenhuollon toteutukseen ja kehittämismahdollisuuksiin.

Terveydenhuollon kehityksessä valtio–kunta-problematiikka (sentralisaatio vs. desentralisaatio) on keskeinen. Valtiolla ja kunnalla on terveyspolitiikassa kummallakin oma roolinsa,[99] mutta roolit ovat vaihdelleet aikojen kuluessa. Suomalaisten terveyspalvelujen korostunut piirre on terveyspalvelujen läheinen suhde kunnalliseen itsehallintoon ja tämän paikallisuuteen perustuvan toimeenpanon tuoma jännite valtion ja kunnan suhteessa on tutkimuksessa keskeisen huomion kohteena.

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaisesti pyrin kiinnittämään huomiota erityisesti polkuriippuvuuteen liittyviin tekijöihin, kuten instituutioiden muodostumiseen ja itseään vahvistaviin palauteprosesseihin sekä vaihtoehtoisiin ratkaisutapoihin ja niiden hylkäämisen syihin. Tähän liittyvät mm. seuraavat kysymyksenasettelut: miksi ei toisia yhtä käyttökelpoista vaihtoehtoa valittu ja ovatko muutokset tapahtuneet tietoisesti vai ajauduttiinko niihin sattumalta. Tämän ohella etsitään myös funktionalistisia ja rakenteellisia syitä kehitykseen, eli tarkastellaan niitä rakennepoliittisia ja taloudellisia ehtoja, jotka ovat vaikuttaneet kehityksen kulkuun. Jokaisessa ajanjaksossa tarkastelen myös jonkin verran terveydenhuollon kansainvälistä kehitystä sen valottamiseksi, millaiselta Suomen terveydenhuolto näyttää kunakin aikana kansainvälisessä kontekstissa.

Tutkimuksen lopussa pyrin vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja arvioimaan, mihin suuntaan kehitys on menossa. Tutkimus kuuluu sosiaalipolitiikan ja osin sosiaalihistorian alaan. Historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden ohella prosesseja kuvatessani käytän soveltaen hyväksi myös funktionalismia sekä rakennepoliittisia[100] ja sosiaalihistoriallisia tutkimustapoja.

2.3 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimusaineiston muodostavat alaa koskeva eduskunta- ja muu virallisaineisto, puolue- ja hallitusohjelmat, kirjallisuus, tieteelliset tutkimukset, lehtiartikkelit ja oikeuden päätökset. Eduskunnan ja valtioneuvoston asiakirjat sekä komiteanmietinnöt ovat tutkimukseni keskeinen primääriaineisto, mutta sen lisäksi käytän jonkin verran julkaisematonta sekundäärisaineistoa, kuten kokouspöytäkirjoja, viranomaisten laatimia muistioita ja viranomaisten välisiä kirjeitä. Taulukossa 2 olen jaotellut aineistoa tarkemmin.

99 Tässä pyrin hyödyntämään erityisesti Rauchin tutkimuksia (ks. Rauch 2005).

100 Rakennepoliittista lähestymistapaa on käyttänyt Kari Salminen väitöskirjassaan *Pension schemes in the making* (1993).

Taulukko 2. *Tutkimuksen aineisto.*

Eduskunnan ja valtioneuvoston aineisto, puolue- ja hallitusohjelmat sekä työmarkkinasopimukset	**Kirjallisuus**	**Ohjeet ja tilastoaineisto**	**Muu virallisaineisto**	**Julkaisematon aineisto**
Komiteanmietinnöt ja työryhmämuistiot sekä muu virallinen valmisteluaineisto	Terveys- ja sosiaalipoliittinen kotimainen ja ulkomainen kirjallisuus/artikkelit	Sairausvakuutusta koskevat ohjeet	Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut, Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen TEOn ja Valviran päätökset, lääninhallitusten ja aluehallintoviranomaisten kannanotot terveydenhuollon kanteluihin	Seminaaripuheenvuorot ym. seminaariaineisto
Valtioneuvoston ja ministeriöiden päätökset, hallituksen esitykset ja valiokuntien mietinnöt	Terveydenhoitoa ja sairausvakuutusta koskeva kirjallisuus/artikkelit	Terveydenhuollon ohjeet, kiertokirjeet	Sairausvakuutuslain muutoksenhakuasteiden päätökset	Viranomaisten laatimat muistiot
Puolue- ja hallitusohjelmat, terveydenhuoltoa koskevat työmarkkinasopimukset ja muu terveyteen liittyvä työmarkkina-aineisto	Ulkomaiset terveydenhuoltoa, sairausvakuutusta ja sosiaalipolitiikkaa sekä niiden kehitystä kuvaava kirjallisuus/artikkelit ja tilastoaineisto	Julkista terveydenhuoltoa ja sairausvakuutusta koskeva tilastoaineisto	Terveydenhuollon palveluja ja rahoitusta koskevat juridiset tulkinnat ja kannanotot	Kokouspöytäkirjat
Eduskunnan keskustelut, pöytäkirjat, päätökset ja lausumat	Muu yhteiskuntatieteellinen kirjallisuus	Talouden kehitystä ja elinkeinorakenteen muutosta koskeva tilastoaineisto	Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanotot ja päätökset	Viranomaisten väliset kirjeet

Eduskuntakeskustelut kuvaavat sitä, mitkä arvot ovat olleet esillä uudistuksia toteutettaessa ja miten puolueet ovat suhtautuneet uudistusesityksiin. Eduskuntakeskustelut heijastelevat myös eri intressiryhmien suhtautumista uudistuksiin. Lisäksi tarkastelen puolueiden ja eri hallitusten ohjelmia sekä selvitän eri puolueiden terveyspoliittisten tavoitteiden toteutumista. Kaikki kehitys ei kuitenkaan tapahdu poliittisten toimijoiden aloitteesta vaan myös virkamiehillä ja työmarkkinaosapuolilla on oma roolinsa. Siksi hallituksen esitystä edeltävät komiteanmietinnöt, ministeriöiden työryhmien ja toimikuntien esitykset, työmarkkinasopimukset ja järjestöjen lausunnot ovat tärkeitä lähdeaineistoja. Olen myös hyödyntänyt terveys- ja sosiaalipoliittista kirjallisuutta. Myös juridinen aineisto on ollut hyödyllistä etenkin viimeisten vuosikymmenien kehityksen tarkastelussa. Tilastotietoja olen hyödyntänyt etenkin rakennepoliitti-

sessa funktionalistisen kehityksen tarkastelussa. Merkitystä on myös viranomaisten ohjeilla, kirjeillä ja muilla kannanotoilla, jotka valaisevat erityisesti yksityiskohtien tulkintaa suurissa muutoksissa ja käännekohdissa.

Tutkimusmenetelmänä käytän kvalitatiivista sisältöanalyysia, jossa lähteenä on aiempi tutkimus sekä alkuperäislähteet, kuten eduskuntakeskustelut, hallituksen esitykset ja komiteanmietinnöt. Kvalitatiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että aineiston lukemisen pohjalta on hahmoteltu yleinen kehityslinja ja sitä havainnollistamaan aineistosta (esim. eduskunnan pöytäkirjoista) on valittu kuvaavia näytteitä. 1990- ja 2000-luvuilla olen Kelan toimihenkilönä myös henkilökohtaisesti seurannut terveydenhuollon kehitystä melko läheltä, ja sen pohjalta johtopäätöksissä esitän myös henkilökohtaisia väitteitä – onhan tämä väitöskirja! Henkilökohtaiset mielipiteeni pyrin kuitenkin perustelemaan aiemmin tutkimuksessa esittämäni aineiston avulla.

2.4 Tutkimuksen rajaukset

Tutkimusaiheen laajuuden vuoksi on syytä tehdä myös rajauksia. Niistä keskeisin on se, että taloustieteelliset näkökulmat eivät pääosin kuulu tämän tutkimuksen piiriin. Sellainen terveydenhuollon taloustieteellisessä tutkimuksessa keskeinen asia kuin tehokkuus (*efficiency*)[101] ei taloustieteellisenä käsitteinä ole tutkimuksessa mukana. Sen sijaan tasa-arvon terveyspoliittisena arvona otan tutkimuksessa huomioon, ja myös taloustieteessä keskeiseen osaoptimoinnin käsitteeseen kiinnitän huomiota terveydenhuollon toimeenpanoa tarkastellessani. Osaoptimoinnilla tarkoitetaan sitä, että silloin kun kukin yksittäinen toimija pyrkii omalta kannaltaan järkevään tulokseen eli optimoimaan hyötynsä, on mahdollista ja jopa todennäköistä, että kokonaisetu vaarantuu. Voidaan olettaa, että Suomen terveydenhuollon toteutuksen ollessa kuntakeskeinen ja hajanainen, saattaa osaoptimointiin liittyviä ilmiöitä tulla esiin. Osaoptimointiin liittyy myös rationaalisen toiminnan ongelma -käsite, jota sivuan terveydenhuollon kehitystä tarkastellessani. Näiltä osin tutkimukseni ammentaa ideoita rationaaliseen valintaan perustustuvasta institutionalismista.

Rajaan tutkimustani myös siten, että kohteena ovat ennen kaikkea yksilökohtaisen sairaanhoidon kehitys joko avopalveluna tai laitoshoitona sekä avohoitoon läheisesti liittyvien hoitomuotojen, kuten hammashuollon, kehitys. Koska avopalveluja annetaan Suomessa sekä julkisesti että yksityisesti ja näiden ohella toimii myös työterveyshuolto, käsittelen näiden rinnakkaisten palvelumuotojen ominaispiirteitä ja myös niiden rahoitusta eri aikoina. Rajauksen vuoksi monet terveydenhuollon erityisalat – kuten kouluterveydenhuolto, äitiyshuolto ja mielisairaanhoito – jäävät vähemmälle huomiolle tai kokonaan tarkastelun ulkopuolelle. Sen sijaan terveyspalveluja tarvitsevan kansalaisen näkökulma ja kansalaisen oikeudet saada terveyspalveluja eri ajanjaksoina ovat tutkimuksessa mukana. Samalla kiinnitän huomiota myös siihen, mitä mahdollisia esteitä ja ongelmia kansalaisilla palvelujen saamisessa on ollut.

101 Ks. näistä käsitteistä esim. LeGrand ym. 1992, 36–64 ja Barr 1998, 281.

3 KATSAUS SUOMEN TERVEYDENHUOLTOON ENNEN ITSENÄISYYDEN AIKAA (1860–1916)

3.1 Polun alku 1860–1916

Suomen itsenäisyyttä edeltävä autonomian aika Suomen ollessa osa Venäjän imperiumia oli monilta osin merkittävä tulevan kehityksen ja jopa nykyhetken kannalta. Monia itsenäisyyden ajan ilmiöitä ei voi ymmärtää, ellei tunne maan historiaa ennen vuotta 1917. Siksi tutkimuksen alussa on syytä tarkastella niitä kehityspolkuja, jotka alkoivat jo autonomian ajalla. Tuolloin terveydenhuoltoon vaikuttivat erityisesti valtiopäivien koolle kutsuminen 1860-luvulla ja sen seurauksena toteutettu kunnallishallinnon uudistaminen. Uusille kunnille tuli vastuu myös asukkaidensa terveydenhuollon järjestämisestä. Tämä oli merkittävä muutos aiemmin kuljettuun polkuun, sillä aiemmin 1800-luvulla terveydenhuollon keskeinen toimeenpanija oli ollut valtiovalta, jota Suomessa edusti keisarin nimittämä kenraalikuvernööri ja senaatti. Kunnallisen itsehallinnon toteutuessa valtiovalta vetäytyi toimeenpanijan roolistaan ja tyytyi paikallisen kehityksen avustajan rooliin sairaalalaitosta lukuun ottamatta. Jo 1800-luvulla syntyivät nykyisen valtionapujärjestelmän alkumuodot ja sen avulla valtiovalta saattoi edistää terveydenhuoltoa kunnallisen kiinnostuksen osoittautuessa vähäiseksi. Jo autonomian ajalla työpaikkakassoilla oli oma roolinsa erityisesti teollisuustyöntekijöiden terveyskustannusten tasaajana, ja ennen itsenäisyyttä tutkittiin myös vakavasti mahdollisuuksia sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamiseksi Suomessa. Kaikki nykyisen järjestelmän peruselementit olivat siis alkeismuodoissaan jo olemassa tai keskustelun kohteena ennen kuin Suomesta tuli itsenäinen valtio.

3.2 Taloudellinen kehitys 1860–1916

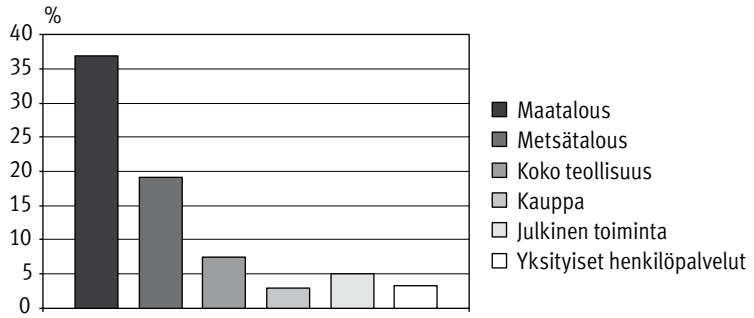
Tarkasteltaessa Suomen terveydenhuollon kehitysmahdollisuuksia autonomian ajalla rakennepoliittisesta ja funktionalistisesta näkökulmasta voidaan todeta, että terveydenhuollon edistämisen esteenä oli myös elinkeinorakenteen yksipuolisuus ja siitä seuraava varojen puute. Suomessa elinkeinorakenne oli koko autonomian ajan alkutuotantovaltainen ja alussa (kuvio 1, s. 46) muiden elinkeinojen osuus oli vielä hyviin vähäinen[102]. Tämä ei antanut kovin paljon mahdollisuuksia terveydenhuollon kehitystyöhön. Varojen kerääminen verotuloina palvelujen kehittämiseen on vaikeampaa alkutuotannosta kuin palkkatyöstä.

Autonomian ajalla bruttokansantuotteen keskeiset tekijät kehittyivät hitaasti (kuvio 2, s. 46), kuten näkyy vuoden 1900 tilanteesta. Keskeiset tekijät olivat vain vähän muuttuneet tänä aikana. Vuoteen 1900 tultaessa jalostuksen ja palvelujen osuus oli noussut, mutta siitä huolimatta maa- ja metsätalous muodosti vielä huomattavan osuuden. Teollisuuden osuus oli nousemassa, mutta kokonaisuutena sen osuus oli vielä melko vähäinen. Tämän vuoksi ei funktionalistisen lähestymistavan mukaisia yllykkeitä

102 Ks. Hjerppe 1988, 58–59. Vuonna 1860 alkutuotannon osuus koko työvoimasta oli noin 80 prosenttia; ks. myös s. 66–67 maa- ja metsätaloudesta autonomian ajalla.

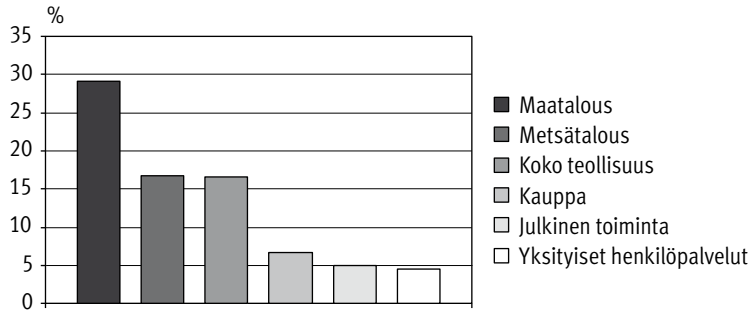
teollistumisen aiheuttamien ongelmien ratkaisemiseksi sosiaali- ja terveyspoliittisin toimin vielä tuolloin tullut esiin. Elinkeinorakenteen pääpaino oli edelleen maa- ja metsätaloudessa, ja sen mukaisesti Suomessa vallitsi talonpoikainen ajattelutapa.

Kuvio 1. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1860, %.*



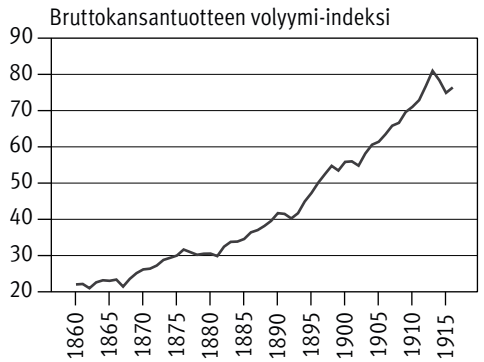
Lähde: Tilastokeskus 2010.

Kuvio 2. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1900, %.*



Lähde: Tilastokeskus 2010. Kuvion keskeiset tekijät edustavat noin 75:tä prosenttia bruttokansantuotteen kokonaisuudesta.

Kuvio 3. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1860–1916 (vuosi 1926 = 100).*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

Bruttokansantuotteen merkittävin kasvu (kuvio 3) ajoittui 1800-luvun viimeiselle vuosikymmenelle ja 1900-luvulle aina ensimmäisen maailmansodan syttymiseen saakka. Tänä aikana bruttokansantuotteen volyymi nousi noin nelinkertaiseksi, kun sodan syttyminen taas laski bruttokansantuotteen volyymia. Lähtötaso vuonna 1860 oli kuitenkin erittäin alhainen, sillä bruttokansantuote oli tuolloin vain viidesosa vuoden 1926 tasosta, jolloin bruttokansantuotteen indeksi saavutti 100 pisteen rajan.

3.3 Julkinen terveydenhuolto autonomian aikana

Kun Suomi liitettiin vuonna 1809 osaksi Venäjän keisarikuntaa sisäisesti autonomisena suuriruhtinaskuntana, Venäjän tsaari Aleksanteri I lupasi Porvoon valtiopäivillä säilyttää Ruotsin vallan aikaiset lait edelleen voimassa. Terveydenhuollon kehittämistyö jatkui siten aiempien lakien pohjalta. Autonomian aikana ylintä hallintovaltaa piti keisarin nimittämän kenraalikuvernöörin johdolla ensin hallituskonselji, josta tuli vuonna 1816 Keisarillisen Suomen senaatti. Vuonna 1811 perustettiin keisarillisella kuulutuksella uusia keskusvirastoja Ruotsiin jääneiden virastojen sijaan. Lääkintähallinnosta alkoi vastata lääkintäkollegio, jonka nimeksi tuli Collegium medicum. Sille kuului sairaan- ja terveydenhoitoon liittyvät tehtävät. Vuonna 1814 sairaalat otettiin kokonaan valtion haltuun ja niiden talous perustui siitä lähtien vahvistettuun tulo- ja menoarvioon.

Alemman tason lääkintähallinnon järjestelyt nojautuivat aina 1830-luvulle saakka piirilääkäriohjesääntöön, joka tuolloin uudistettiin.[103] Uudessa ohjesäännössä määritellyt piirilääkärin (lääninlääkärin) tehtävät kuuluivat nykykäsityksen mukaan ehkäisevän terveydenhuollon piiriin. Varsinainen sairaanhoito jäi vähälle huomiolle, ja piirilääkärijärjestelmä oli periaatteessa tarkoitettu alueelliseksi, ensisijaisesti yleiseen terveydenhuoltoon suunnatuksi organisaatioksi.[104] Laajempaan toimintaan ei ollut mahdollisuuksiakaan lääkäreiden vähäisen määrän vuoksi.[105] Paikallisesti lääkintätoimen vastuu oli seurakunnilla ja kirkollisilla viranhaltijoilla, joilla oli velvollisuus tarpeen vaatiessa antaa lääkinnällistä apua.[106] Kirkolla oli paljon sosiaalisia tehtäviä, ja diakoniatyö oli olennainen osa kirkon toimintaa.

Autonomian aikana eniten huomiota kiinnitettiin kulkutauteihin sekä sukupuolitauteihin. Resurssit keskitettiin näiden tautien hoitamiseen muiden sairauksien jäädessä vähemmälle huomiolle. Paikallisesti terveydenhoitoa edistettiin lisäämällä kätilöiden määrää. Tämäkin aiheutti kuitenkin talonpoikaisväestössä paljon vastustusta. Talonpojat pelkäsivät taloudellisten rasitustensa lisääntyvän, mikäli terveydenhoitoa

103 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1832.

104 Vauhkonen ym. 1978, 20.

105 Mikäli virkavelvollisuudet eivät estäneet, piirilääkärillä oli velvollisuus yksityisen pyynnöstä antaa tälle lääkärinapua. Tätä varten hänen tuli asuinpaikkakunnallaan ilmoittaa, missä hän kunakin ajankohtana oli tavattavissa. (Vauhkonen 1992, 211.)

106 Vauhkonen ym. 1978, 20.

paikallisella tasolla alettaisiin tehokkaasti kehittää.[107] Epäluulo terveydenhuollon aiheuttamia kustannuksia kohtaan hidasti jo tuolloin kehitystä.

Ylintä valtioelintä, valtiopäiviä, ei ollut kutsuttu koolle puoleen vuosisataan. Muutos tapahtui 1860-luvulla, jolloin keisari alkoi taas kutsua valtiopäiviä koolle ja siitä lähtien valtiopäivät kokoontuivat säännöllisin väliajoin. Valtiopäivien eli lainsäädäntöelimen puuttuessa vahvistui virkamiesten ja asiantuntijoiden keskeinen asema hallinnossa ja lainsäädännön toteutuksessa.[108] Myös terveydenhuollon uudistustyön avaimet olivat melko suppean virkamies- ja asiantuntijapiirin hallussa. Ennen valtiopäivien koolle kutsumista keisari antoi esittelystä asetuksia, joita virkamiehet olivat valmistelleet, ja virkamiesten asema säilyi vahvana valtiopäivätoiminnan alettuakin. Senaatilla oli keskeinen asema valtiopäivien päätösten toteuttamisessa. Säätyvaltiopäivät kokoontuivat ensimmäisen kerran puoleen vuosisataan vuonna 1863, jonka jälkeen valtiopäivät alkoivat kokoontua säännöllisesti. Valtiopäivillä terveydenhuollon puutteet ja tarpeet järjestelmän kehittämisestä olivat usein käsittelyn kohteena.

Väestön terveystilanne oli vielä 1860-luvulla hyvin huono. Terveyspalvelujen saanti oli kaupungeissa riittämätöntä, maaseudulla lähes olematonta. Kulkutaudit olivat edelleen suurin terveysongelma, ja tätä ongelmaa pahensi vuosina 1866–1868 Suomea kohdanneet katovuodet. Niiden seurauksena maahan tuli suoranainen nälänhätä. Heikentyneen ravintotilanteen myötä kulkutaudit levisivät aiempaa laajemmalle aiheuttaen suurta kuolleisuutta. Osin Suomen suureen kuolleisuuteen vaikutti myös Suomen yhteiskunnallisten olojen jälkeenjääneisyys.[109] Isorokko ja sen aiheuttamat kuolemat muodostivat suuren ongelman vielä 1870-luvun alussa: vuonna 1874 isorokko tappoi noin 18 000 henkilöä.[110]

Merkittävä käänne terveydenhuollon kehityksessä tapahtui kunnallisen itsehallinnon toteuttamisen yhteydessä. Maaseudulla kuntien itsehallinto toteutettiin vuonna 1865 erottamalla kunnallinen hallinto seurakunnallisesta. Tällöin syntyi kunnallisen itsehallinnon periaate, josta heti alusta lähtien muodostui hyvin keskeinen instituutio ja käsite suomalaiseen yhteiskuntaan. Kunnallinen äänioikeus edellytti maaseudulla kuitenkin maanomistusta eikä naisilla ollut äänioikeutta, joten kunnan luottamus-

107 Soikkanen toteaa terveydenhuollon kehityksestä ennen kuntien itsehallintoa seuraavaa: ”Terveyden- ja sairaanhoidossa eli talonpoikaisväestön syvä epäluulo uusia rasituksia sekä uusia ja outoja asioita kohtaan. Viranomaisten pitkäaikainen painostuskaan ei voinut lannistaa tätä vastarintaa. Itsehallintoajatuksen sisältö oli paljolta keskittynyt jyrkkään kieltooikeuteen. Juuri terveyden- ja sairaanhoidon alalla sai pitkään pyrkiä esille ajatus, että pitäjänhallinnolla oli tällä kohden laajoja velvollisuuksia”. (Soikkanen 1966, 104.)

108 Senaatin enemmistö koostui aatelisista. Talonpoikaisväestön mielipiteet tulivat esiin valtiopäiväkeskusteluissa talonpoikaissäädyn puheenvuoroissa. Säätyvaltiopäivillä eivät olleet lainkaan edustettuna maaseudun tilattomat, kaupunkien teollisuustyöväestö tai kaupunkien ja maaseudun muu köyhä ja varaton väestö, joten heidän mahdollisuutensa vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon oli hyvin rajattu. Alapuro (Alapuro 1985, 67) toteaa, että säätyläisten selkärankana oli ylempi virkamiehistö. Kun autonomian alkamisen myötä Suomeen oli perustettu oma keskushallinto, alkoi ”virkamiessäädyn ja virkavallan kultainen aika”. Ylimpään virkamiehistöön edenneet aatelittomat säätyläiset yleensä aateloitiin.

109 Tiitta 2009, 31–34.

110 Pesonen 1980, 267.

miehet ja muut päätöksentekijät valittiin vain pienestä joukosta kunnassa asuvista. Kunnan päätöksentekijöiden asennoitumisesta riippui, miten asukkaat terveyspalveluja saivat tai olivat saamatta.[111]

Vuoden 1865 kunnallishallintoasetus[112] ei vielä sisältänyt terveydenhuollon järjestämiseen liittyviä yksilöityjä kunnan tehtäviä tai velvollisuuksia,[113] mutta se loi puitteet myös myöhemmälle kunnan terveydenhuollolle. Uudet kunnat toimivat aluksi pelkästään luottamusmiesten varassa ilman vakituista virkamiehistöä, eikä kaupungeissakaan ollut paljon palkattua virkamieskuntaa. Verotulot olivat vähäisiä. Tämän vuoksi asukkaiden terveydenhuollon järjestäminen oli alussa vain moraalinen kehotus uusille kunnan luottamusmiehille kiinnittää huomiota väestön terveyteen. Kunnille ei voitu varojen puutteen vuoksi asettaa sitovia velvoitteita terveydenhuollon järjestämiselle, sillä todellisia mahdollisuuksia siihen kunnilla ei ollut. Kuitenkin uudessa paikallishallinnon organisaatiossa kunnallislautakunnan tehtäväksi tuli myös terveydenhuollon valvonnasta huolehtiminen.[114]

Neljän vuoden kuluttua kunnallisen itsehallinnon toteutumisesta vuonna 1869 annettiin keisarillinen julistus. Muodollisesti julistus koski vain kuntien yksityisen sairaanhoidon kustannuksia, mutta asiallisesti se sisälsi kannanoton kunnan vastuusta asukkaidensa terveydenhuollosta.[115] Julistuksen mukaan kuntien tuli itse vastata kaikista sekä yleisistä että kulkutautien ja eläinruttojen aiheuttamista kustannuksista, joita aiheutui yksityisestä sairaanhoidosta,[116] tarpeellisista lääkkeistä ja muista toimenpiteistä. Kunnalla oli oikeus kantaa ”kohtuullinen palkinto” lääkkeistä sekä muuten annetusta hoidosta ja ylläpidosta, jos apua saaneilla oli siihen varaa. Avustusta kruunun eli valtion rahoista kunnat saivat ainoastaan silloin, kun se yleisen köyhyyden vallitessa nähtiin välttämättömän tarpeelliseksi. Kunnalle tuli siinä tapauksessa antaa hätäapuna valtion rahoja.

Keisarillinen julistus, jota oli pidettävä lain veroisena säädöksenä, merkitsi käytännössä terveydenhuollon toteutuksen järjestämis- ja kustannusvastuun siirtymistä valtiolta kunnille. Terveydenhuolto katsottiin kuuluvaksi niihin yleisiin asioihin, joista kuntien oli huolehdittava. Muut kunnalle kuuluvat yleiset asiat olivat köyhäinhoito ja opetustoimi. Näin alkoi vähitellen hahmottua kunnan ja valtion välinen vastuunjako

111 Asiat päätettiin 1800-luvun loppupuolella vielä pitkään kuntakokouksissa ja varsinainen vaaleilla valittujen valtuustojen muodostaminen sujui hyvin hitaasti huolimatta siitä, että kuvernöörit painostivat kuntia siirtymään vaaleilla valittavaan järjestelmään. (Ks. kunnallishallinnon muotoutumisesta Soikkanen 1966, 215–292.)

112 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1865.

113 Kuitenkin jo vuoden 1865 kunnallishallintouudistuksessa kunnat saivat tehtäviä, jotka liittyivät kansakoulutoimeen, köyhäinhoitoon ja terveydenhuoltoon. Ylin terveysviranomainen, lääkintätoimen ylihallitus, edusti voimakkaasti näkemystä, jonka mukaan sairaanhoito tuli niin suuressa määrin kuin mahdollista saattaa kunnalliseksi asiaksi. (Tiitta 2009, 34.)

114 Vauhkonen ym. 1978, 23.

115 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1869.

116 ”Yksityisellä sairaanhoidolla” tarkoitettiin julistuksessa kaikkea kunnassa annettua sairaanhoitoa.

näillä aloilla. Seurakunnilla oli ennen kunnallishallinnon uudistusta myös terveydenhuollollisia tehtäviä, jotka siirtyivät nyt kunnille.[117] Vuoden 1869 julistuksen jälkeen valtion velvollisuus oli antaa vain välttämättömintä tarpeellista hätäapua kunnille. Julistuksen tarkempi toimeenpano jäi kuntien itsensä päätettäväksi, joten tässä tuli jo esiin kunnallisen itsehallinnon keskeinen merkitys terveydenhuollon toteuttamisessa.

Vuoden 1869 keisarillisen julistuksen seurauksena Suomeen omaksuttiin paikalliseen vastuuseen perustuva, fragmentoitunut terveydenhuollon toteuttamistapa. Tavallaan tämä keisarillinen julistus on edelleen voimassa, koska perusperiaate terveydenhuollon toteutuksessa on edelleen sama. Julistuksen perussanoma oli se, että päätös ylipäätään siitä, annetaanko kunnassa sairaanhoitoa asukkaille vai ei lukuun ottamatta kulkutauteja ja muita erityistapauksia jäi pitkälti kunnan itsensä päätettäväksi.[118] Julistuksen periaate, jonka mukaan hoitoa saaneilta kuntalaisilta voitiin periä hoidosta ja lääkkeistä maksua,[119] antoi myös viitteen maksullisuudesta kunnallisen terveydenhuollon toteuttamisessa.

Kaupungeissa kunnallishallinnon uudistus toteutui lähes kymmenen vuotta myöhemmin kuin maalaiskunnissa eli vuonna 1873. Kaupungissa[120] äänioikeus oli sidottu porvarioikeuksiin, joten äänioikeus sielläkin kuului vain osalle asukkaista. Kaupungeissa – toisin kuin maalla – yksilökohtaista sairaanhoitoakin oli saatavilla, sillä kaupunginlääkäreiden tehtävänä oli huolehtia kaupunkilaisten sairaanhoidosta. Kaupunginlääkäreiden virkojen perustaminen riippui kuitenkin siitä, kiinnostiko kaupungin päättäjiä panostaa terveydenhuoltoon: heillä ei ollut virkojen perustamisvelvollisuutta.

Kunnallisen terveydenhuollon vastuu kehittyi jatkui vielä 1870-luvulla. Valtiovalta halusi jatkaa terveydenhuollon hajautusta myös rokotusten osalta. Siihen asti valtiolla ollut rokotusvastuu haluttiin tuolloin siirtää kunnille. Lääkintätoimen ylihallituksen pääjohtaja Knut Felix von Willebrand teki siirrosta ehdotuksen katsoen,[121] että kunnat voisivat päättää jopa siitäkin, rokotettiinko asukkaita vai ei.[122] Von Willebrandin ehdotus ei tosin täysin toteutunut, sillä rokotusvelvollisuus tuli kuntien tehtäväksi vasta 1880-luvulla, ja vastoin pääjohtajan ehdotusta valtion tuli edelleen avustaa kuntia ro-

117 Vauhkonen ym. 1978, 23.

118 Ks. Soikkanen 1966, 342. Kuntien itsenäisyyden korostamiseksi vuoden 1869 julistuksessa tähdennettiin kuntien ”laillista oikeutta itse järjestää sairaiden hoitoa”, siis liberalismin periaatteiden pohjalta korostettiin kuntien itsemääräämisoikeutta hoidon järjestämisessä.

119 Terveydenhoidosta ja köyhäinhoidosta tuli kunnallisen itsehallinnon toteuduttua rinnakkaisia, merkittäviä kunnan toimialoja. Molemmat toteutettiin kunnallisen itsehallinnon puitteissa. Köyhäinhoidossa avustusmuodoista ja avustuksen määristä päättäminen oli kuntien omassa harkinnassa eikä valtio tarkemmin ohjannut kuntia köyhäinhoitotehtävien toteuttamisessa. Periaate oli siis sama kuin terveydenhuollon toteuttamisessa. (Ks. vuoden 1879 köyhäinhoitoasetuksesta tarkemmin Hellsten 1993, 138–146.)

120 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1873.

121 Pesonen 1980, 268.

122 Knut Felix von Willebrand nimitettiin lääkintätoimen ylihallituksen pääjohtajan virkaan vuonna 1863. Ks. Willebrandin toiminnasta pääjohtajana laajemmin Haatanen ja Suonoja 1992, 21 sekä Tiitta 2009, 38–45.

kotteiden hankkimisessa.[123] Pääjohtaja Willebrandin ehdotus kuvaa kuitenkin valtiovallan ylimmän terveydenhuollosta vastaavan virkamiehistön mielipiteitä ja asenteita kunnan ja valtion vastuusta terveydenhuollossa. Vastuu terveydenhuollon toteuttamisesta haluttiin ilmiselvästi siirtää kokonaan kunnille. Keskeisiä vallankäyttäjiä Suomen sisäisissä asioissa 1800-luvun loppupuolella olivat säädösten toimeenpanosta vastaavat virkamiehet, ja heidän mielipiteensä epäilemättä vaikutti myös keisarillisen julistuksen sisältöön.[124] Muutoksesta, jolla valtio vapautui vastuusta terveydenhuollossa, ei käyty laajempaa ja syvällisempää keskustelua valtiopäivillä, komiteoissa tai muissakaan valmistelevissa elimissä. Se kuitenkin aloitti terveydenhuollon toteutuksen polun, joka Suomessa on jatkunut aina vuoteen 2010 saakka. Jotain uudistuksia tosin valtiollisellakin tasolla tehtiin järjestämisvastuun siirtämisestä huolimatta. Vuonna 1878 perustettiin lääkintöhallitus ylimmäksi valtiovallan terveydenhoidon viranomaiseksi.[125] Uudistus paransi keskushallinnon toimintaedellytyksiä, koska uudistuksen jälkeen virastossa oli useampia päätoimisia viranhaltijoita. Kunnallisen terveydenhuollon käynnistyminen toi uuden tehtäväalueen lääkintöhallitukselle.

Paikallisesti kehitys pysähtyi keisarilliseen julistukseen, koska kunnat enimmäkseen varattomina eivät voineet järjestää terveyspalveluja asukkailleen. Vuosien 1877–1878 valtiopäivillä tehtiin ehdotus piirilääkäreiden lukumäärän lisäämiseksi, mikä käytännössä olisi merkinnyt valtion roolin vahvistamista. Senaatti ei kuitenkaan suostunut panemaan toimeen valtiopäivien ehdotusta, koska piirilääkärin tehtävänä oli yleinen terveydenhoito ja vasta toissijaisesti asukkaiden sairaanhoito.[126] Keskustelu terveydenhoidosta ja erityisesti sen heikosta tasosta jatkui edelleen vuoden 1885 valtiopäivillä[127], ja vielä vuosisadan vaihtumisen jälkeen viimeisillä säätyvaltiopäivillä tehtiin ehdotuksia erityisesti maaseudun terveydenhuollon parantamiseksi. Syynä oli se, että kunnat olivat hyvin hitaasti alkaneet hoitaa 1860-luvulla säädettyä velvollisuuttaan asukkaidensa terveydenhuollon järjestämisessä.

Senaatti asetti vuonna 1874 komitean professori Otto Hjeltin johdolla laatimaan ehdotusta yleistä terveydenhoitoa koskevan lainsäädännön aikaan saamiseksi. Ko-

123 Pesonen 1980, 267–273.

124 Heikki Ylikangas kuvaa tätä muutosta nasevasti: ”Vastaus siihen, miksi kuntauudistukseen käytiin, on helppo antaa, mikäli se annetaan tarkkaamalla kuntien tosiasiallista tehtäväkenttää 1800-luvun jälkipuoliskolla. Ne huolehtivat karkeasti jaotellen neljästä asiasta: köyhistä, kansakoulusta, lainajyvästöistä (asetus 1857) ja terveydenhoidosta. Kaikki neljä keskeistä toimintamuotoa liittyvät paljon läheisemmin liikaväestöongelmaan kuin kapitalismiin tai teollistumiseen. Korkeat itsehallinnolliset periaatteet ja niiden ylistely kansanvallan laajentumisena paljastuvat tässä valossa ytimeltään poliittiseksi propagandaksi, jolla valtiovalta silasi menestykselliset ponnistelunsa siirtää sosiaalista, taloudellista ja koulutuksellisia rasituksia valtiolta maaseuturahvaan kannettavaksi. Vapautuneet resurssit käytettiin sitten teollistumisen edellytysten parantamiseen. Maaseudulla odotti talonpoikien huoltama työvoimareservi aikaa, jolloin yritystoiminta sitä tarvitsi.” (Ylikangas 2007, 153.)

125 Pesonen 1980, 323–327.

126 Pesonen 1980, 264.

127 Tuolloin esitettiin pappis- ja talonpoikaissäädyssä kaikkiaan kuusi yleisluonteista anomusehdotusta sairaanhoidon lisäämiseksi maaseudulla. (Vauhkonen 1992, 221.)

mitea laati asetusehdotuksen.[128] Monien välivaiheiden jälkeen terveydenhoitoasetus annettiin 22.12.1879[129], ja näin ensimmäisen kerran terveydenhuoltoa järjestettiin koko maata koskevalla yhtenäisellä lainsäädännöllä[130]. Asetuksessa säädettiin aiempaa tarkemmin kunnallisten viranomaisten velvollisuuksista yleisen terveydenhoidon (mutta ei yksilökohtaisen sairaanhoidon) järjestämisessä. Kuitenkin maaseudulla asetuksen velvoitteet oli muotoiltu väljemmin kuin kaupungissa, eikä vuoden 1879 asetus sisältänyt säännöksiä varsinaisesta sairaanhoidosta. Asetus keskittyi lähinnä yleiseen terveydenhuoltoon ja ympäristön terveellisyyteen kulkutautien ehkäisemisen ja rokotussäännösten ohella. Terveydenhuollon valvonta ja toimeenpano uskottiin kunnallislautakunnalle, jonka jäsenet olivat yksinomaan luottamushenkilöitä.[131] Kunnan vastuu asukkaittensa terveydenhuollon järjestämisestä vakiintui asetuksen myötä, koska nyt ensimmäisen kerran kunnalle annettiin terveydenhuoltoon liittyviä yksilöityjä tehtäviä. Paikallisten päättäjien mielipide ei kuitenkaan ollut kypsynyt niihin toimenpiteisiin ja rajoituksiin, joita asetus sisälsi, ja käytännössä terveydenhoitoasetuksen säännökset jäivät maaseudulla toteuttamatta. Asetus jäi enemmänkin periaatteelliseksi yritykseksi koordinoida ensimmäisen kerran Suomen terveydenhuoltojärjestelmää.[132] Vuosisadan lopulla työskennellyt komitea ehdottikin uutta terveydenhuoltojärjestelmää, jota ei kuitenkaan toteutettu.[133]

Terveydenhuollon edistyminen oli 1800-luvun loppupuolella verkkaista. Kehityksen hitauden syynä ei kuitenkaan ollut niinkään lainsäädännön puute vaan pikemminkin asenteiden vanhoillisuus, asiantuntijoiden vähäisyys sekä taloudellisten voimavarojen niukkuus.[134] Autonomian ajan ehkä merkittävin yritys terveydenhuollon kehittämiseksi tehtiin vuoden 1885 valtiopäivillä, jolloin valtiopäiville kokoontuneet säädyt yksimielisellä päätöksellä tekivät hallitsijalle anomuksen maaseudun sairaanhoito-olojen parantamiseksi. Keisari pyysi senaatilta lausuntoa anomuksesta, ja senaatti antoi lääkintöhallituksen tehtäväksi laatia ehdotus maaseudun sairaanhoito-olojen järjestämiseksi koko laajuudessaan. Ehtona oli kuitenkin se, että muutoksien oli ta-

128 Komitea aloitti työnsä syksyllä 1875 ja otti ensimmäiseksi käsiteltäväkseen kuppatautia ja sen ehkäisemistä koskevat asiat, mutta tältä osin komitean ehdotuksia ei toteutettu (Hjelt 1873). Komitea ryhtyi sen jälkeen käsittelemään yleisen terveydenhoidon järjestämiseen liittyviä kysymyksiä.

129 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1879.

130 Vuonna 1879 annettiin myös vaivaishoitoasetus, jossa kunnat velvoitettiin avustamaan vain työkyvyttömiä ja sairaita, vanhuksia ja alaikäisiä. Avustusmuodoista päättäminen jätettiin pääosin kuntien oman harkinnan varaan. Myös omaisten huoltovelvollisuutta laajennettiin. Köyhällä ei enää ollut oikeuksia suhteessa kuntaan, ja avunsaanti johti ehdottomaan holhouksenalaisuuteen eikä valitusoikeutta tehdyistä päätöksistä ollut. Uusi asetus oli huomattavasti ankarampi köyhiä kohtaan kuin aiempi vuoden 1852 asetus, koska aiemmin köyhillä oli ollut oikeus saada seurakunnalta apua työtä vastaan ja vaivaisavun anojilla oli ollut oikeus valittaa kuvernöörille heitä koskevista päätöksistä. (Ks. Jaakkola ym. 1994, 56–62.)

131 Keisarillisen majesteetin armollinen … 1879, 10–25 §.

132 Kaupungeissa asetuksen seurauksena perustettiin erityisiä terveystarkastajien (ensimmäinen Poriin 1880) tai terveyspoliisin (Helsinkiin 1884) virkoja. Suurissa kaupungeissa terveydelliset olot alkoivat parantua uusien desinfiointimenetelmien ansiosta. Kaupunkeihin rakennettiin viemäreitä, likamaita kalkittiin ja veden laatuun kiinnitettiin huomiota. (Tiitta 2009, 47.) Asetuksella oli siis jonkin verran vaikutusta kaupunkien toimintaan.

133 KM 1896:6.

134 Forsius 1989.

pahduttava vähitellen ja pääasiassa kuntien omien toimenpiteiden kautta sekä valtiolle niin vähin kustannuksin kuin mahdollista. Lääkintöhallituksen esitys valmistui vuonna 1889. Sen mukaan lääkärinhoito maaseudulla olisi edullisimmin korjattavissa valtion ja kuntien yhteistoiminnalla.[135] Lääkintöhallitus ei kuitenkaan tehnyt yhtään ehdotusta vaan kehotti komiteaa tutkimaan asiaa edelleen.[136] Tämän jälkeen työskenteli ns. Relanderin komitea, joka ehdotti mietinnössään vuonna 1892 kunnanlääkärijärjestelmän vakinaistamista. Kunnanlääkäreitä tosin oli jo kunnan viroissa, mutta järjestelmä oli täysin sääntelemätön. Komitea katsoi, että piirilääkäreitä lisäämällä ei ongelmia voitu poistaa.[137] Esitykset eivät kuitenkaan johtaneet toimenpiteisiin, koska senaatti ylimpänä hallintoviranomaisena pysyi passiivisena.[138] Vuonna 1894 senaatti asetti kolmen jäsenensä toimikunnan käsittelemään asiaa, mutta toimikunta ei tehnyt ehdotuksia.

Kunnanlääkärijärjestelmä alkoi käytännössä vuonna 1883 ensimmäisten kunnanlääkäreiden aloitettua viroissaan. Koska järjestelmä syntyi ilman lainsäädännöllistä pohjaa, poikkesivat palvelujen laatu ja määrä huomattavasti toisistaan eri paikkakunnilla.[139] Kunnanlääkäreiden tulonmuodostuksessa oli paljon yksityisen toiminnan piirteitä. Kunta maksoi vain peruspalkan, ja pääosan tuloistaan kunnanlääkäri sai potilailta perityistä maksuista. Puutteistaan huolimatta kunnanlääkärijärjestelmä oli kuitenkin edistysaskel verrattuna valtion ylläpitämään piirilääkärijärjestelmään, jonka toteutus oli jäänyt puolinaiseksi ja jota ei haluttu kehittää.

Valtionapujärjestelmä tuli voimaan 1880-luvulla, kun kunnat saivat valtionapua kunnanlääkärien palkkaamiseen.[140] Alussa järjestelmä oli harkinnanvarainen, mutta vuoden 1885 valtiopäivillä se vakiinnutettiin. Valtio voi myöntää yksityisille kunnille raha-apua kunnanlääkärin palkkaamiseksi sekä sairastupien perustamiseksi.[141] Sen sijaan valtionapua ei saanut myöntää kaupunkilääkäreiden palkkaamiseen. Vähitellen kunnanlääkäreiden määrä alkoi lisääntyä, mutta vielä 1900-luvun alussa heidän asemansa oli hyvin vakiintumaton. Lääkärit palkattiin vain määräajaksi, eikä uudelleenvalinta määräajan jälkeen ollut lainkaan varmaa.[142] Valtionapu sille

135 Pesonen 1980, 394–395.

136 Pesonen 1980, 396–397.

137 KM 1892:8.

138 Senaatin siviilitoimituskunnan esittelijä T. J. Aminoff arvosteli lausunnossaan kärkevään sävyyn komitean ehdotuksia. Hän ei mm. hyväksynyt kunnanlääkärin viran muuttamista vakinaiseksi, ja myös muilta osin hän löysi ehdotuksista paljon moitittavaa. Aminoff ehdotti asian alistamista keisarin ratkaistavaksi kokonaisuudessaan. (Pesonen 1980, 402.)

139 Vauhkonen 1992, 224–225.

140 Viitasaaren ja Juvan kunnat anoivat ensimmäisinä valtionavustusta lääkärin palkkaukseen, mutta senaatti hylkäsi hakemukset.

141 Valtiopäivien päätöksen mukaan valtion varoista voitiin kunnille myöntää avustusta lääkärin palkkaukseen enintään 2 000 markkaa vuodessa. Samalla myönnettiin avustusta myös sairastupien rakentamiseen ja ylläpitoon. Valtiopäivillä viitattiin siihen, että avusta huolimatta monikaan kunta tuskin ottaisi lääkäriä, koska kunnat olivat jo niin raskaasti verotettuja ja koska nimenomaan näissä asioissa ilmeni ”vanhoilla-olijuus” eli konservatiivisuus. (Soikkanen 1966, 344.)

142 Valtionapu suosi taloudellisilta voimavaroiltaan vahvoja kuntia. Osittain tästä syystä kunnanlääkärin virkojen perus-

asetettuine lukuisine ehtoineen rajoitti pitkän aikaa valtion osallistumista paikallisen terveydenhuollon kehittämiseen.

Myös velvoite sairaaloiden perustamisesta ja ylläpidosta siirtyi periaatteessa vuoden 1869 julistuksessa kunnille. Periaate oli kuitenkin mahdotonta toteuttaa, ja siksi valtionsairaalat jatkoivat edelleen toimintaansa.[143] 1800-luvun loppupuolelle saakka sairaalalaitos kehittyi vailla kokonaissuunnitelmaa paikallisten aloitteiden pohjalta. Vuoden 1869 julistuksella oli kuitenkin se vaikutus sairaalalaitokseen, että lääkintöylihallitus vastusti esityksiä uusien valtion sairaaloiden perustamiseksi viitaten julistuksen periaatteeseen kunnan vastuusta terveydenhuollon järjestämisessä.[144] Koska kuntien talous oli heikko, ei sairaaloita kuntien toimesta perustettu.[145] Valtio tavallaan ”vapaaehtoisesti” perusti ja ylläpiti yleisiä sairaaloita vielä 1800-luvun loppupuolella mutta ei ottanut niistä täyttä vastuuta niiden huonon kunnon vuoksi[146].

Sairaaloita voivat perustaa muutkin tahot kuin valtio ja kunta. Myös yksityisin varoin perustettiin sairaaloita, kuten Finlaysonin vuonna 1893 Tampereella työntekijöilleen perustama sairaala.[147] Sairaalalaitos eteni siis sekä valtion, kuntien että suurten työnantajien toimesta, mutta kokonaisvaltainen kehittämissuunnitelma puuttui. Kunnanlääkäreiden määrän vähitellen lisääntyessä[148] alkoivat maalaiskuntien ns.

taminen kehittyi alueellisesti epätasaisesti. 1800-luvun loppuun mennessä ei Pohjois-Suomeen ollut perustettu yhtään kunnanlääkärin virkaa. (Niemivuo 1976, 34.)

143 Ks. Pesonen 1980, 66–73 ja 91–115.

144 Lääkintöylihallitus ilmaisi kantansa erityisen selvästi lausunnossaan, jonka se antoi vuonna 1898 Vaasan läänin maaherran ehdotuksen johdosta valtion kolmannen yleisen sairaalan perustamisesta lääniin. Lausunnossa yhdyttiin maaherran näkemykseen siitä, että Vaasan lääninsairaala oli erittäin huonossa kunnossa, mutta siitä huolimatta ei uutta valtion sairaalaa pitäisi rakentaa, vaan sairaalalaitosta olisi kehitettävä kunnallisia sairaaloita perustamalla. Lausunnon mukaan lääkintöhallitus on useammin kuin kerran huomauttanut siitä periaatteellisesti tärkeästä seikasta, että ”sairaanhoito niin suuressa määrin kuin mahdollista tehdään kunnalliseksi asiaksi”. Lääkintöhallitus sanoi noudattaneensa tätä periaatetta ehdotettaessa avustusta kunnallisille sairastuville ja myös useampien kuntien yhteisille mielisairaaloille. Ajankohta ei kuitenkaan ollut sopiva tavoitteen toteuttamiseksi kokonaisuudessaan. Valtio oli huolehtinut sairaanhoidon järjestämisestä maaseudun väestölle yleisissä sairaaloissa ja niin oli pakko menetellä vielä pitkään, sillä mahdollisuudet kunnallishallinnon kehittämiseen lähitulevaisuudessa, niin että kunnat itse vaikkapa valtion tuella voisivat ottaa kyseisen hallintoalan hoitaakseen, eivät vielä olleet olemassa. (Pesonen 1980, 589.)

145 Nimenomaan sairaanhoidon kohdalta todettiin 1800-luvun lopulla, etteivät pienet kunnat kyenneet palkkaamaan kunnanlääkäriä eivätkä ennen kaikkea perustamaan sairaalaa. Tämän takia ruvettiin korostamaan suuren kunnan etuja. (Soikkanen 1966, 347.)

146 Esimerkiksi vuotta 1896 koskevassa tarkastuskertomuksessa lääkintöylihallituksen pääjohtaja Salzman antoi Tampereen yleisestä sairaalasta erittäin masentavan kuvan. Varsinaisen lasarettiosaston lisäksi oli sairaalan yhteydessä myös 50 potilaalle tarkoitettu ylimääräinen kuppala. Salzman piti mahdottomana jatkaa toimintaa niin huonossa kunnossa olevassa sairaalassa. Hän ehdotti joko suoritettavaksi perustavanlaatuisia korjauksia ja lisärakennusten rakentamista tai mieluiten kokonaan uuden sairaalan rakentamista Tampereelle. Ehdotusta ei hyväksytty, joskin sairaalassa tehtiin joitakin muutoksia. Kahta vuotta myöhemmin vuonna 1898 pääjohtaja Salzman tarkasti Helsingin yleisen sairaalan ja totesi pääosin sairaalan rakennusten olleen niin huonossa kunnossa, että lisärakennusten ja muutostöiden avullakaan niitä ei voitu saada ajan vaatimusten mukaisiksi. (Pesonen 1980, 425–426.)

147 Tehtaat palkkasivat myös omia lääkäreitä, ensimmäisenä Fiskarsin ruukki vuonna 1860. Toiseen maailmansotaan saakka tehtaanlääkärit toimivat nimenomaan tehdasyhdyskunnan lääkäreinä. (Kettunen 1994, 68.)

148 Vuoden 1901 lopussa oli maassamme 401 laillistettua lääkäriä, joista naispuolisia kuusi. Lisäksi oli 13 lääkäriä, joilla ei ollut Suomen kansalaisuutta. Asukasmäärään suhteutettuna oli yksi lääkäri 6 500 asukasta kohden.

sairastuvat (kunnansairaalat) kuitenkin lisääntyä ja näin uusille kunnanlääkärit saattoivat antaa aiempaa monipuolisempaa hoitoa. Kuitenkin kunnan ylläpitämä sairaalalaitos kehittyi alussa hitaasti[149]. 1800-luvun diskurssia kuvaa se, että huolimatta kunnan vastuusta asukkaidensa terveydenhuollosta kuntatasolla sairaanhoito sai kunnallishallinnossa osakseen vain vähän huomiota ja siihen käytettyjen menojen osuus kuntien menoarviossa jäi vähäiseksi.[150]

1900-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä hyväksyttiin valtiollisella (mutta ei vielä kunnallisella) tasolla yleinen ja yhtäläinen äänioikeus ja säätyvaltiopäivät muuttuivat yksikamariseksi eduskunnaksi vuonna 1906. Muutos antoi mahdollisuudet ”alhaalta päin” tuleville politiikkaideoille, ja samaan aikaan puolueet alkoivat muodostua. Sosialidemokraattinen puolue päätti jo vuonna 1899 asettaa tavoitteekseen maksuttoman terveydenhuollon, ja Forssan puolueohjelmassa vuonna 1903 vaadittiin terveydenhoitoa sekä valtion että kuntien asiaksi, mikä viittaa pyrkimykseen vastuun jaosta kuntien ja valtion välillä. Lisäksi puolue vaati siis maksutonta terveydenhuoltoa jo polun alkuvaiheessa.[151]

Ennen vuotta 1917 eduskunta ei pystynyt edistämään terveydenhuollon lainsäädäntöä. Vaikka valtiopäivillä keskusteltiin terveydenhuollon puutteista vilkkaasti, eivät siellä tehdyt aloitteet johtaneet käytännön toteutukseen. Vuosien 1908–1909 valtiopäivillä tehtiin aloite koko lääkintä- ja sairaanhoitojärjestelmän uudelleen organisoimisesta. Tämän johdosta eduskunta hyväksyi vuonna 1909 anomuksen toimenpiteistä uudistusten aikaansaamiseksi. Senaatti kieltäytyi kuitenkin toimenpiteistä.[152] Ongelmaksi asioiden edistämiselle muodostui ennen itsenäistymistä myös se, että keisari jätti usein eduskunnassa hyväksytyt lait vahvistamatta, joskaan terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä ei saatu eduskunnassa edes käsittelyyn senaatin passiivisen asenteen vuoksi. Terveysasioiden vaatima pitkäjänteinen lainsäädäntötyö olisi ollut joka tapauksessa vaikeaa myös sen vuoksi, että keisari usein hajotti eduskunnan.[153]

Terveydenhoidon sääntelyssä edettiin kuitenkin lakia alemmalla tasolla, sillä vuonna 1901 kunnanlääkärien tehtävien määrittely täsmällistyi. Lääkintöhallitus laati tuolloin kunnanlääkäreiden malliohjesäännön. Tästä tehtävien täsmennyksestä

149 Ajatus kunnansairaalasta tuli esille vuonna 1879, jolloin keskusteltiin sairastupien perustamisen hyödyllisyydestä ja siitä, miten tupien perustamista voitaisiin edistää (Tiitta 2009, 48).

150 Soikkanen 1966, 536.

151 Hellsten 1993, 156 ja Kairamo 1982, 54–56. Sosialidemokraattinen puolue otti maksuttoman terveydenhuollon tavoitteekseen Forssan puoluekokouksessa, joka pidettiin 17.–20.8.1903. (Ks. Toisen Suomen Työväen … 1973, 163–164). Kokouksessa terveydenhoidosta keskusteltiin hyvin vähän eikä terveydenhuollon järjestämistapaan otettu kantaa. Kokouksen hyväksymän ohjelman mukaan ”sosiaalidemokraattisen puolueen lähimpinä vaatimuksina ovat – – Terveydenhoito valtion ja kuntien asiaksi. Maksuton lääkärinapu ja lääkkeet sekä synnytysapu. Maksuton hautaus”.

152 Vauhkonen ym. 1978, 29.

153 Ennen itsenäistymistä työelämään liittyvät lakiesitykset olivat kuitenkin eduskunnassa vilkkaan käsittelyn kohteena. Sosiaalipolitiikkaan liittyneet uudistukset kilpistyivät Venäjän hallitusvaltaan. Hallitsijan vahvistusta vaille jäivät eduskunta-aloitteiden pohjalta valmiiksi saadut lait työnvälityksestä (1911), työntekijöiden tapaturmavakuutuksesta (1912), työriitojen sovittelusta (1913), yritysten työsäännöistä (1913) ja työttömyyskassoista (1914). (Kalela 1989, 39.)

huolimatta terveydenhuolto kunnissa eteni hitaasti, sillä halukkuus panostaa terveydenhuoltoon oli vähäinen.[154] Täysin pysähtynyt tilanne ei kuitenkaan ollut, sillä vuonna 1906 asetettiin uusi komitea tutkimaan maaseudun lääkintäoloja. Komitean puheenjohtajaksi määrättiin lääkintöhallituksen entinen pääjohtaja Fredrik Salzman.[155] Komitea jätti mietintönsä vuonna 1908[156], ja se sisälsi asetusehdotukset piirilääkäreistä, kunnanlääkäreistä, maaseudun sairaaloista sekä Pohjois-Suomen aluelääkärin viroista. Erityisen merkittävää ehdotuksissa oli se, että komitea ehdotti kunnanlääkärien palkkaamista virkaansa vakinaisesti, jolloin kunnanlääkäreiden siihen asti heikko ja epävarma asema olisi vahvistunut ja vakiintunut. Kaikki lausunnonantajat kannattivat komitean esityksiä, mutta senaatti vastusti niitä, eikä ehdotettua lainsäädäntöä viety eduskunnan käsiteltäväksi. Toimeenpanevien virkamiesten kanta voitti jälleen. Aiemmin 1890-luvulla terveydenhuollon lainsäädäntö oli kilpistynyt senaatin haluttomuuteen toteuttaa säätyjen valtiopäivillä esittämää yksimielistä tahtoa ja jopa hallitsijan sen perusteella senaatille antamaa tehtävää. Sama toistui jälleen ensimmäistä maailmansotaa edeltävinä vuosina. Terveydenhuolto ei merkittävästi edennyt Suomen itsenäistyttyä, ja kehitystä hidasti myös vuonna 1914 alkanut ensimmäinen maailmansota.

3.4 Työpaikkakassatoiminta ja pyrkimys sairausvakuutukseen

Teollistuminen eteni 1800-luvun lopulla. Suomeen syntyi tehdasyhteisöjä, joissa työväenliikkeen uudet ajatukset alkoivat elää. Saksan esimerkin mukaisesti[157] Suomessakin oli tahoja, jotka jo 1900-luvun alussa pyrkivät toteuttamaan sairausvakuutusjärjestelmän Saksan kanslerin Bismarckin mallin mukaisesti. Käytännössä tämä ilmeni mm. keskinäiseen apuun perustuvien työpaikkakassojen syntymisenä. Useissa tapauksissa myös työnantajat avustivat työpaikkakassoja. Vuonna 1897 annettiin asetus työntekijöiden apukassoista. Tämä koski kuitenkin vain kassojen valvontaa ja niille asetettavia sääntöjä. Valtio ei siis avustanut kassoja, vaan ne toimivat yksinomaan työntekijöiltä kerättävillä maksuilla työnantajien osallistuessa vaihtelevasti kassojen ylläpitoon. Tästä huolimatta apukassatoiminta muodosti toisen kanavan kunnan vastuulla olevalle terveydenhuollolle. Jo tuolloin alkoi tulla esiin rinnakkainen ja osin ”pääpolusta” riippumaton kehitys terveydenhuollon rahoituksessa. Ruotsissa,[158] Norjassa ja Saksassa työpaikkakassat olivat jo pitkään olleet merkittävä

154 Varsin yleistä oli, että kuntakokouksissa terveyden- ja sairaanhoidon tarve mitätöitiin fatalistisella katsomuksella: ”lääkäri eikä muukaan voi auttaa, jos niin on sallittu” (Soikkanen 1966, 347).

155 Fredrik Salzman toimi lääkintöhallituksen pääjohtajana vuosina 1890–1902 ja työskenteli koko pääjohtajakautensa ajan aktiivisesti terveydenhoito-olojen parantamiseksi (ks. Salzmannin toiminnasta pääjohtajana Tiitta 2009, 60–63).

156 KM 1908:7.

157 Niemelä 1994, 146.

158 Ruotsissa sairausvakuutus säilyi vapaaehtoisena 1920-luvulle tultaessa, joskin sairauskassojen merkitys jäsentensä turvaajana oli paljon suurempi kuin Suomessa. Toisin kuin Suomessa Ruotsin valtio avusti sairauskassoja, ja kassojen antama turva oli niin kattava, että Ruotsissa ei ollut paineita muuttaa sairausvakuutusjärjestelmää vapaaehtoisesta pakolliseksi. Sairaskassojen merkitys edelleen kasvoi 1930-luvun alussa tehdyn Saltsjöbadenin sopimuksen jälkeen. Tuolloin Ruotsissa työmarkkinajärjestöt tunnustivat toisensa sopimuskumppaneina ja alkoivat sopimusteitse raken-

osa terveydenhuollon järjestämistapaa, ja järjestelmä alkoi vähitellen Suomessakin elää kunnallisen terveydenhuollon rinnalla.

Apukassat olivat kuitenkin vielä hyvin kaukana varsinaisesta sairausvakuutusjärjestelmästä. Ne olivat vapaaehtoisuuteen perustuvia, lähinnä tehtaissa toimivia kassoja, joiden jäsenmäärä oli pieni. Kassat avustivat jäseniään sairauden sattuessa siten kuin kunkin kassan säännöissä oli määrätty.[159] Vuoden 1897 apukassa-asetus ei koskenut edes kaikkia tuolloin toimivia kassoja.[160] Asetusta pyrittiin varsin pian säätämisensä jälkeen uudistamaan, mutta lainsäädännön valmistelu vei aikaa lähes viisitoista vuotta. Vasta vuonna 1911 työväenlainsäädäntöä tarkastamaan asetettu komitea antoi mietintönsä.[161] Komitea halusi Suomen pysyvän mukana kansainvälisessä kehityksessä ja ehdotti sairausvakuutuslakia, joka perustui pakolliseen palkkatyössä olevien vakuuttamisvelvollisuuteen. Ehdotuksessa lähdettiin siis rakentamaan osittaista, vain palkkatyötä koskevaa sairausvakuutusjärjestelmää, kuten muissakin järjestelmän omaksuneissa maissa[162]. Sairausvakuutus edellyttää varojen keräämistä etuuksien maksamiseksi. Varojen kerääminen muilta kuin palkkatyöntekijöiltä saattaa ainakin alussa olla ongelmallista. Siksi on ymmärrettävää, että vakuutusjärjestelmän omaksuneet maat ovat useimmiten edenneet asteittain aloittaen järjestelmän vain palkkatyöntekijöistä. Kuitenkin eräissä maissa, esimerkiksi Ruotsissa, järjestelmät kehittyivät rinnakkain. Taulukossa 3 esitetään terveydenhuollon eri mallien kehittyminen 1800-luvun lopulla järjestelmältään Suomea lähellä olevissa maissa.

Taulukko 3. *Terveydenhuoltojärjestelmien muotoutuminen eräissä järjestelmältään Suomea lähellä olevissa maissa vuoteen 1900 mennessä.*

Pakollinen sairausvakuutus (bismarckilainen malli)	Vapaaehtoinen sairausvakuutus/sairauskassat	Julkinen terveydenhuolto, vapaaehtoinen kassajärjestelmä, jonka kattavuus oli pieni	Julkinen terveydenhuolto ilman sairausvakuutusta
Saksa, Itävalta-Unkari	Norja, Ranska, Hollanti	Ruotsi	Tanska, Venäjä, Iso-Britannia

taa yhteiskuntaa, jossa myös terveysturva oli keskeisellä sijalla. (European Observatory on Health Care Systems and Policies.)

159 Tehdaskassat olivat jo 1880-luvun lopussa suurin kassaryhmä. Niiden jäsenistön osuus oli yli kolme neljäsosaa kaikista kassoihin kuuluvista. Ne olivat myös avustuslajeiltaan monipuolisimpia, sillä ne myönsivät yleisesti sairaus- ja hautausavustuksia sekä eläkkeitä. (Ks. ensimmäisistä kassoista Jaakkola ym. 1994, 149–158.)

160 Niemelä 1994, 146.

161 KM 1907:17 C. Nimestään huolimatta tämä komiteanmietintö ilmestyi vasta vuonna 1911.

162 Esimerkiksi Norjassa vuonna 1909 hyväksyttiin pakollinen sairausvakuutuslaki, jota muutettiin merkittävästi vuonna 1915. Pakollisen sairausvakuutuksen alaisia olivat palkkatyöläiset sekä julkisessa että yksityisessä palveluksessa. Sairausvakuutus lähti siis Norjassa liikkeelle osittaisena, vain palkkatyöntekijöitä koskevana, eikä universaalisena, koko kansaa koskevana. (European Observatory on Health Care Systems and Policies.)

Komiteanmietintö vuodelta 1911 sisälsi varsin kattavan sairausturvan ja vastasi tasoltaan muissa maissa tuolloin toteutettuja järjestelmiä. Komitean esityksiä ei kuitenkaan toteutettu huolimatta viidentoista vuoden perusteellisesta valmistelusta. Tästä huolimatta komitean esitykset ennakoivat tulevaa, sillä ne sisälsivät paljon aineksia siitä sairausvakuutusmallista, joka sittemmin yli viisikymmentä vuotta myöhemmin Suomessa toteutettiin.

3.5 Arvio

Terveydenhuollon kehitys Suomen itsenäistymistä edeltäneenä aikana ei sovi samalla tavoin arvioitavaksi terveydenhuollon kehityksessä kuin itsenäisyyden aikana. Suomen asema osana Venäjän imperiumia rajoitti uudistusten toteuttamista. Yhteiskunnan jako säätyihin ja säätyjen edustukseen perustuva valtiopäiväjärjestelmä, senaatin keskeinen asema valtiopäivien päätösten toimeenpanijana, keisarin asema asetusten hyväksyjänä sekä eduskuntauudistuksen jälkeinen levoton aika lukuisine eduskunnan hajottamisineen eivät antaneet mahdollisuuksia määrätietoiseen terveydenhuollon edistämiseen. Silmiinpistävää on kuitenkin autonomian ajan ylimmän toimeenpanoelimen, senaatin, ilmeinen haluttomuus toteuttaa valtiopäivillä hyväksyttyjä uudistuksia, jolla oli merkittävä vaikutus kehityksen hitauteen. Terveydenhuollon vastuun siirtäminen kunnille ja valtion vetäytyminen terveydenhuollon kehittämisestä 1860-luvulla pysäytti kehityksen useiksi vuosikymmeniksi ja kehitys oli hidasta aina itsenäistymiseen saakka. Kunnat päättivät itsenäisesti terveydenhuollon toteuttamisesta, ja ilmeni vastahakoisuutta osoittaa kunnan varoja terveydenhuollon tarpeisiin. Terveydenhuolto ei voinut edistyä pelkästään kuntatasolla ilman valtiovallan apua, minkä vuoksi valtionavustusjärjestelmä alkoi vähitellen kehittyä merkittäväksi terveydenhuollon rahoituskanavaksi.

Kaiken kaikkiaan Suomen terveydenhuollon muoto ja rakenne oli vielä hyvin hahmottumaton itsenäisyyden alkaessa. Kehitys oli pääosin tapahtunut ilman selvää tavoitteellisuutta ja merkittävän paljon kustannuksia välttäen. Merkittävin syy ongelmiin oli valtion penseä asenne terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen, mikä tuli esiin senaatin torjuessa uudistusesitykset. Autonomian aikana tehtiin kuitenkin merkittävää valmistelutyötä, jota ainakin osittain voitiin käyttää hyväksi myöhemmin. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Fredrik Salzmanin johtama komitea hahmotteli jo vuonna 1908 kattavan esityksen terveydenhuollon lainsäädännöksi, joka toteutuessaan olisi huomattavasti voinut ohjata kehitystä järjestyneeseen suuntaan. Samoin vuoden 1911 komiteanmietintö sisälsi perusteellisesti pohditun esityksen sairausvakuutuksen toteuttamiseksi Suomessa. Autonomian aika ei kuitenkaan poliittisesti eikä myöskään taloudellisilta resursseiltaan ollut otollinen merkittäville uudistuksille terveydenhuollossa.

4 TERVEYSPALVELUT ETENEVÄT VÄHITELLEN (1917–1959)

Tässä jaksossa tarkastelen terveydenhuoltojärjestelmän kehitystä itsenäisyyden ajan ensimmäisenä neljänä vuosikymmenenä. Ajanjaksoon sisältyvät Suomen itsenäistyminen, kansalaissota, 1930-luvun lamavuodet, toinen maailmansota sekä muutos asenteissa sen jälkeen. Ajanjakson alku ei terveyspoliittisesti juuri poikennut autonomian ajasta, koska muut kunnan tehtävät, erityisesti vuoden 1922 kansakoululain toteuttaminen, veivät päähuomion kunnissa eikä terveydenhuollolle löytynyt resursseja. Kuitenkin 1920-luvun loppupuolella kuljettu polku muutti olennaisesti suuntaansa, kun eduskunnan käsittelyssä oli esitys sairausvakuutukseksi. 1930-luvun lama asetti omat rajoitteensa terveydenhuollon edistämiselle ja vasta 1930-luvun loppupuolella alkoi terveydenhuollon lakisääteinen pohja laajentua. Kehitys kulki koordinoidumpaan suuntaan. Toinen maailmansota katkaisi alkaneen kehityksen, mutta sodan jälkeen terveydenhuollon rakenteita alettiin vahvistaa aloittamalla keskussairaalaverkoston rakentaminen monen kymmenen vuoden mittaisella aikataululla. Myös avosairaanhoitoa pyrittiin kehittämään. Sodan jälkeinen säännöstelyaika ja sotakorvausten maksaminen asettivat taloudellisia rajoitteita edistymiselle, ja eteenpäin voitiin mennä vain vähitellen. Myöskään selvää paradigman muutosta ei vielä tapahtunut sodan jälkeen suhtautumisessa terveydenhuoltoon, vaikka terveydenhuollon rakenteita alettiinkin vahvistaa, minkä vuoksi ajanjakso sodan päättymisestä 1960-luvun alkuun saakka voidaan lukea vielä hitaan kehityksen ajanjaksoon.

4.1 Taloudellinen kehitys ja terveydenhuollon diskurssi 1917–1959

Terveydenhuollon kehitykseen vaikuttivat tällä ajanjaksolla ennen kaikkea vuoden 1917 maaliskuun ja lokakuun vallankumoukset Venäjällä sekä niitä seurannut Suomen itsenäistyminen saman vuoden joulukuussa sekä sen jälkeinen sisällissota, joka laski voimakkaasti bruttokansantuotetta vuonna 1918. Sisällissodan vaikutuksesta suhtautuminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon koveni. Terveydenhuollon kehittämistä ei pidetty enää kansaa jakaneen sodan jälkeen niin tärkeänä kuin autonomian aikana.[163] Kansalaissodan jälkeen pidettiin mahdollisena jopa jakaa sosiaaliturvaa eri tavoin voittajien ja hävinneiden kesken.[164] Autonomian aikana paljon keskustelua herättäneet terveydenhuollon puutteet eivät nousseet enää näkyvästi esille, vaikka ongelmat olivat edelleen olemassa ja jopa pahentuneet sodan jälkeisen kulkutautiepidemian vuoksi. Diskurssi oli muuttunut ja huomio kiinnittynyt muihin asioihin kuin terveydenhuollon kehittämiseen[165]. Myös sodan aiheuttama taloudellinen pula

163 Ks. Ylikangas 2007, 227: ”Todellinen käännekohta vuosien 1917–1919 kehityksessä oli sisällissota, tarkemmin sanoen sen lopputulos. – – sodan seurauksena vallan painopiste siirrähti pysyvästi keskiviivan oikealle puolelle.”

164 Vuosi 1918 jätti jälkeensä huomattavan määrän leskiä ja orpoja, joista suurin osa oli punaisten kaatuneiden, ammuttujen tai vankeudessa kuolleiden lapsia. Sodan jälkeen pohdittiin, oliko kummankin puolen orpoja kohdeltava samalla tavalla. Asia ratkaistiin niin, että valkoisella puolella surmansa saaneiden leskille ja orvoille myönnettiin erityisellä lailla eläke, mutta punaisten lesket ja orvot jäivät normaalin kunnan köyhäinavun varaan. (Rasila 1984, 411. Ks. punaleskien kohtaloista tarkemmin Satka 1994, 272–280).

165 Ks. Jauho 2007, 280: ”Suomen itsenäistyessä terveysolot olivat kehittymättömät Länsi-Eurooppaan verrattuna. Myös

esti uudistusten toteuttamisen, ja suuret puolueet olivat eri mieltä uudistusten prioriteeteista. Agraariväestöä edustanut Maalaisliitto piti eläkevakuutusta tärkeimpänä uudistuksen kohteena, työläisiä edustavat sosialidemokraatit puolestaan sairausvakuutusta. Uudistuksen suunnasta vallitsi siis erimielisyys, ja kansalaissodan jälkeen seurasikin pitkä hiljainen kausi terveydenhuollon kehityksessä. Edistystä tapahtui vain kuntatasolla paikallisten aloitteiden pohjalta. Kunnanlääkärijärjestelmä laajeni sellaisiin kuntiin, joissa ei aiemmin ollut lääkäriä.

Suomi oli sotien välisenä aikana poliittisesti ja yhteiskunnallisesti kahtia jakautunut. Sisällissodan vaikutuksesta sosiaalireformistinen suuntaus kärsi tappion ja suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsi 1920–1930-luvuilla eräänlainen agraarinen visio,[166] jonka mukaisesti sosiaali- ja terveyspolitiikkaa alettiin katsoa ennen kaikkea talonpoikaisesta näkökulmasta. Ennen sisällissotaa työläisperheet olivat olleet enemmän huomion kohteena sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämistä suunniteltaessa. Sisällissodassa työväenliike lyötiin hajalle, ja rakenteellisesti suuri maataloussektori sai tästä johtuen aiempaa enemmän huomiota.[167] Maareformi vapautti torpparit ja uudistuksella pyrittiin poistamaan sisällissotaan johtaneita vastakohtaisuuksia maaseudulla ja lisäämään maaseudun asukkaiden tasa-arvoa. Maaseudun painoarvo valtakunnallisessa politiikassa nousi näkökulman muutos heijastui terveydenhuollonkin kehitykseen.

Suomi oli myöhään teollistunut maa, joka kuroi 1920- ja 1930-luvuilla taloudellisesti ja yhteiskunnallisesti umpeen eroa muihin Pohjoismaihin ja Länsi-Eurooppaan. Suomea voitiin luonnehtia pieneksi avoimeksi taloudeksi, jonka vienti perustui pääasiassa metsäteollisuuden tuotteisiin ja oli näin hyvin altis kansainvälisille suhdanteille. Metsäteollisuuden vaikutukset ulottuivat syvällä yhteiskuntaan. Metsät olivat suurelta osin talonpoikaisessa omistuksessa. Puun hankinta ja kuljetukset toivat työtä maaseudun tilattomille ja pienviljelijöille. Näin maatalous ja metsäteollisuus kytkeytyivät toisiinsa. Pienviljelys liittyneenä metsäteollisuuteen mahdollisti toimeentulon.[168]

Elinkeinorakenteeltaan Suomi oli 1930-luvun loppupuolella jo paljon muuttunut vuosisadan alusta (kuvio 4). Maataloudesta elantonsa saavien osuus oli pienentynyt huomattavasti, ja muut elinkeinot alkoivat olla yhä merkittävämpiä. Maa- ja metsätalouden osuus oli laskenut ja jalostuksen ja palvelujen osuus noussut.[169] Teollisuuden osuus alkoi olla yhä merkittävämpi, ja vuonna 1937 talouslaman vaikutukset olivat jo

erot maan sisällä olivat suuret. Etelän taajamissa terveyspalveluja oli saatavilla huomattavasti paremmin kuin Itä- ja Pohjois-Suomen haja-asutusalueilla. Terveydenhuollon kehittäminen ei ollut valtion asialistan kärjessä, ja kansalaissota kavensi tilaa reformipolitiikalta."

166 Ks. Kettunen 1986, 138–139 ja Kalela 1989.

167 Ks. Kangas 2006, 196.

168 Niemelä ja Salminen 2003, 9.

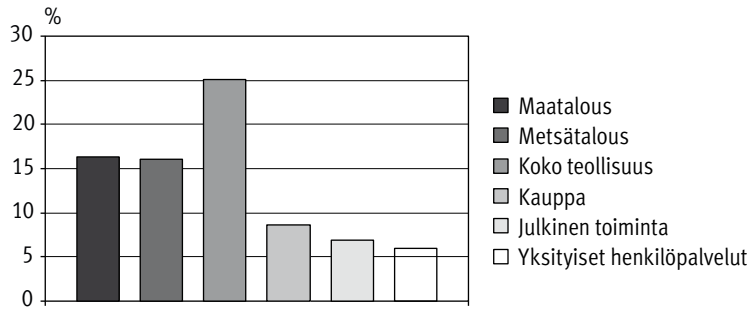
169 Ks. Hjerppe 1988, 61: "1920-luvun nopean kasvun käynnistyessä alkutuotannon osuus osuus oli vielä puolet bruttokansantuotteesta eli saman verran kuin 1900-luvun alussa. Jalostus ja palvelut jatkoivat kuitenkin nopeasti osuutensa kasvattamista. Palvelusektori nousi ensi kertaa tuotannoltaan suurimmaksi 1920-luvun lopulla. Alkutuotanto pysyi kuitenkin suurimpana työllistäjänä vielä pitkään, aina 1950-luvulle saakka."

vähentyneet. Sodan jälkeen tapahtui huomattavia muutoksia elinkeinorakenteessa ja maa- ja metsätaloudesta elantonsa saavien kansalaisten määrä väheni huomattavasti.

Bruttokansantuotteen volyymi nousi toiseen maailmansotaan mennessä kolminkertaiseksi (kuvio 5, s. 62). Nousu ei ollut suinkaan yhtäjaksoista. Vuonna 1918 bruttokansantuote putosi sisällissodan seurauksena vuoden 1900 tasolle, mutta tämän jälkeen 1920-luvulla volyymi alkoi kasvaa nopeasti.[170] Vuonna 1929 bruttokansantuote oli jo kaksinkertainen vuosisadan alkuun verrattuna. Sitten 1920-luvun lopulla alkanut maailmanlaajuinen lama laski bruttokansantuotetta, kunnes vuodesta 1933 lähtien alkoi yhtämittainen, nopea taloudellinen kasvu talvisotaan saakka.[171] Tämän jälkeen, erityisesti toisen maailmansodan jälkeen, volyymi kasvoi jälleen voimakkaasti aina 1950-luvun loppuun saakka.[172] Kokonaisuutena ajanjakso oli pääosin taloudellisen nousun aikaa, lukuun ottamatta toista maailmansotaa ja sitä seuranneita vuosia. Taloudellinen kehitys mahdollisti terveydenhuollon kehittämisen.

Suomessa teollistuminen oli hitaampaa kuin monessa muussa Euroopan maassa. Sisällissodan seurauksena väestöryhmien väliset suhteet olivat ennen talvisotaa edelleen kireät. Tähän viittaa mm. se, että vaikka Suomessa oli jo pitkään ollut työnantajia ja työntekijöitä edustavia järjestöjä, työehtosopimuksia solmittiin ennen toista maailmansotaa vain harvoilla aloilla, esimerkiksi kirjanpainajien ammattialalla.

Kuvio 4. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1937, %.*



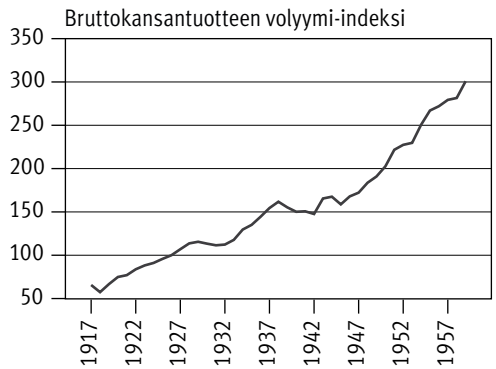
Lähde: Tilastokeskus 2010. Kuvion keskeiset tekijät edustavat noin 80:tä prosenttia bruttokansantuotteen kokonaisuudesta.

170 Hjerppe (1988, 45–46) toteaa 1920- ja 1930-luvuista, että ”sotaa seurasivat kiihkeän kehityksen vuodet aina 1920-luvun lopulle saakka. Keskikasvu oli 6,4 prosenttia vuosina 1922–1928. – – Suomessa kansainvälinen lama, 1930-luvun suuri depressio, alkoi aikaisemmin kuin muualla Euroopassa; kasvu hidastui 1929. – – Bruttokansantuotteen volyymi laski vuosina 1929–1931 yhteensä yli 4 prosenttia ja käypähintainen BKT 1928–1931 peräti 22 prosenttia. Kuitenkin suuren depression aikana bruttokansantuotteen lasku oli Suomessa kuten muissakin Pohjoismaissa keskimäärin vähäisempää ja lyhytaikaisempaa kuin muualla Euroopassa. – – Vuoden 1932 jälkeen Suomen BKT kasvoi ennätysvauhtia, 6,6 prosenttia vuodessa vuoteen 1938 asti. – – Keskimäärin ajanjaksona 1920–1938 kasvu kohosi 4,7 prosenttiin.”

171 Talouslama kanavoitui ennen kaikkea sahateollisuuden ja maatalouden kautta. Suomi oli teollistuva maatalousyhteiskunta, jonka viennin arvosta sahatavaran osuus oli noin 40 prosenttia. Sahatavaran viejät joutuivat 1930-luvun alussa kilpailemaan halvan neuvostoliittolaisen sahatavaran kanssa ja sen jälkeen markkinat supistuivat. Tämän seurauksena tuotantoa ja palkkakustannuksia oli vähennettävä. Vähitellen markan devalvoitumisen jälkeen vuonna 1931 vienti käynnistyi uudelleen ja Suomen teollisuus ylitti vuoden 1929 tuotannon arvon jo vuonna 1934. (Tiitta 2009, 133–135.)

172 Ks. toisen maailmansodan jälkeisestä kehityksestä 1950-luvun loppuun Hjerppe 1988, 166–117.

Kuvio 5. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1917–1960 (vuosi 1926 = 100).*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

Lisäksi diskurssi Suomessa oli ennen sotaa hyvin maatalousvaltainen ja maaseutuun suuntautunut. Kaupungistuminen oli vasta alkamassa ja elinkeinorakenteen monipuolistumisesta ja teollisuuden noususta huolimatta maanviljelys ja maatalouteen liittyvät asiat olivat päättäjien huomion kohteena. Maaseutua edustavien puolueiden vaikutus harjoitetussa politiikassa oli merkittävä, vaikka teollisuuden osuus kokonaistuotannosta oli huomattavasti kasvanut. Äänestäjiä asui edelleen paljon maaseudulla, ja tästä johtuen maaseudun näkemykset olivat edelleen tärkeitä suomalaisessa yhteiskunnassa, jota Kalelan mukaan hallitsi agraarinen yhteiskuntavisio.[173] Tämä visio jatkui koko ajanjakson ajan, sillä elinkeinorakenteiden muuttuminen vaikutti vain hitaasti väestön koostumukseen: alkutuotannon (maa- ja metsätalous) työllisyysosuus oli vuonna 1900 noin 70 prosenttia ja vielä 1950 osuus oli noin 40 prosenttia. Ajanjakson loppupuolella vielä erittäin merkittävä osa kansasta sai siis elantonsa alkutuotannosta, vaikka alkutuotannon bruttokansantuoteosuus pieneni samaan aikaan 50 prosentista 20 prosenttiin. Yhteiskuntaelämässä ja politiikassa muutokset työllisyysosuudessa eli siinä, mistä kansalaiset saivat toimeentulonsa, oli epäilemättä merkittävämpää kuin muutokset bruttokansantuoteosuuksissa. Koko ajanjakson ajan agraariväestöä edustavien poliitikkojen painoarvo säilyi suurena heijastuen myös toteutettuun terveyspolitiikkaan.[174] Näin ollen on tarkoituksenmukaista ulottaa vuonna 1917 alkanut ajanjakso aina 1950-loppuun saakka.

173 Ks. Kalela 1989, 73: ”Jos asiaa tarkastellaan vallitsevien yhteiskunnallisten suhteiden varmistamisen näkökulmasta, kansalaissodan jälkeinen maareformi toistettiin 1940-luvun jälkipuolella. Jatkosotaa seurannutta asutustoimintaa vain perusteltiin ehkä vieläkin vahvemmin poliittis-ideologisin argumentein. Kaksikymmentäluvun asutustoiminta oli selkeästi ilmentänyt talonpoikaisen Suomen visiolle perustuneen yhteiskuntapolitiikan turvallisuuspoliittista ulottuvuutta. Neuvostoliitossa oli talonpoika pakotettu kolhoositilan työläiseksi, mutta Suomessa hän oli vapaa. – – Tähän ideologiseen lähtökohtaan nojasi jatkosodan jälkeinen asutustoiminta. Sillä pyrittiin turvaamaan ja vahvistamaan talonpoikaista maanomistusta, pelastettiin maa monista sodanjälkeisen ajan vaikeista yhteiskunnallisista ongelmista ja taattiin koko Suomen kansan itsenäisyys ja vapaus – – Samalla varmistettiin talonpoikaisen Suomen visiolle rakentuneen yhteiskuntapolitiikan jatkuminen aina 1960-luvulle saakka.”

174 Ks. bruttokansantuoteosuuksien ja työllisyysosuuksien muutoksista Suomessa Haapala 2006, 108–114.

Terveydenhuolto eri maissa kehittyi ja syveni ajanjaksolla yleensä niiden suuntaviivojen mukaan, joiden lähtökohtana oli edellisellä jaksolla valittu terveydenhuollon rahoitusmalli (sairausvakuutus/verorahoitteisuus). 1920-luvulle tultaessa sairausvakuutus oli kehittynyt joko vapaaehtoisena tai pakollisena järjestelmänä useimmassa Euroopan maassa ja myös julkinen verorahoitteinen järjestelmä oli vahvistunut niissä maissa, jotka olivat edellisellä ajanjaksolla valinneet tämän järjestelmän. Saksa oli edelläkävijä sairausvakuutuksessa, ja sairausvakuutus oli pakollinen 1920-luvun alussa Saksan lisäksi jo Itävallassa (vuodesta 1888 lähtien), Unkarissa (vuodesta 1891 lähtien), Luxemburgissa (vuodesta 1901 lähtien), Isossa-Britanniassa (vuodesta 1911 lähtien), Hollannissa (vuodesta 1913 lähtien), Belgiassa (vuodesta 1914 lähtien), Norjassa (vuodesta 1915 lähtien) ja Tanskassa (1916 lähtien).

Vapaaehtoinen sairausvakuutusjärjestelmä oli voimassa Sveitsissä (vuodesta 1911 lähtien), Ranskassa (1800-luvun lopulta lähtien), Islannissa (1911 lähtien) sekä Ruotsissa (vuodesta 1910 lähtien uudistettuna).[175] Venäjällä (vuoden 1918 jälkeen Neuvostoliitossa) järjestelmää kehitettiin julkisena terveydenhuoltona ja yleisillä verovaroilla rahoitettuna ilman sairausvakuutusjärjestelmää. Suomen tilanne poikkesi muun Euroopan kehityksestä erityisesti siinä, että sairausvakuutuksen tuomaa toimeentulovakuutusta ei ollut sairauden sattuessa. Rahoituksellisesti Suomen järjestelmää lähellä oli moni maa. Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa sekä Isossa-Britanniassa varsinainen sairaanhoito toimi verorahoitteisena julkisena terveydenhuoltona sairausvakuutuksen ollessa lähinnä toimeentulovakuutus.

Muiden maiden kehityksestä poikkesi Yhdysvallat, jossa julkista terveydenhuoltojärjestelmää tai julkista sairausvakuutusta ei ajanjaksolla toteutettu. Suuren lamakauden aikana 1930-luvulla presidentti Roosevelt toteutti sosiaaliturvan uudistuksen, ja tässä vaiheessa harkittiin myös julkista sairausvakuutusta. Hankkeesta kuitenkin luovuttiin, koska kansallinen lääkärijärjestö (AMA) vastusti jyrkästi jo asian harkintaakin. AMA:n vaikutusvalta oli niin suuri, että kongressin jäsenet pelästyivät ja pakollisen sairausvakuutuksen harkinta siirtyi myöhemmäksi.[176]

4.2 Poliittisen tilanteen muutoksen heijastukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon

Vuoden 1918 sisällissodan myötä Suomeen levisivät mittavat kulkutautiepidemiat, muun muassa isorokko, tulirokko, kurkkumätä ja espanjantauti[177]. Seuraavien vuo-

175 Tiedot eri maista pääasiallisesti KM 1920:26 a ja European Observatory on Health Care Systems and Policies; Yhdysvaltain osalta Hacker 1998 ja 2002 sekä Quadagno 2005.

176 Ks. Hacker 2002, 206–212.

177 Satakahdeksan päivää kestänyt sisällissota (tammikuu–huhtikuu 1918) seurauksineen vaati lähes 37 000 kuollutta suomalaista. Taistelutappiot olivat noin 9 500 henkeä, punaisten ja valkoisten terrorin seurauksen kuoli noin 9 000 henkeä ja sodan päätyttyä sotavankileireihin suljettiin vähintään 80 000 henkeä, joista menehtyi pääasiassa nälkään ja tauteihin noin 14 000. Sodan jälkeen raivonneeseen espanjantautiin, joka oli maailmanlaajuinen influenssaepidemia ja jota ruuan puute pahensi, kuoli noin 5 500 henkeä. (Ks. sisällissodan aikaisesta lääkintähuollosta ja sairaanhoidosta Tiitta 2009, 82–95.)

sikymmenien keskusteluissa korostettiinkin aiempaa voimakkaammin ongelmien ennaltaehkäisyä sekä järjestyksen ylläpitoa.[178] Keskustelu sosiaalihygieniasta jäi 1920- ja 1930-lukujen aikana taka-alalle. Vuoden 1918 tapahtumien katsottiin osoittavan, ettei vaarallinen ollut ympäristö sinänsä vaan yksilöt. Tarkastelun painopiste siirtyi elinoloista yksilön suuntaan. Keskustelu rotuhygieniasta ja sen vaatimista toimenpiteistä leimasi terveyspolitiikkaa 1920–1930-luvuilla.[179] Ajanjaksolla oli melko vähän terveydenhuollon uudistuksia,[180] joskin jopa sairausvakuutuslaki oli eduskunnan käsiteltävänä 1920-luvun lopulla. Terveydenhuollon kehittämisen painopiste oli edelleen paikallisella tasolla. Kuntien tehtäväksi oli terveydenhuollon ohella asetettu opetustyö ja köyhäinhoito, joten terveydenhuolto joutui kamppailemaan määrärahoista näiden kahden muun merkittävän kunnan tehtävän kanssa. Suuri uudistus oli oppivelvollisuuslain toteuttaminen, mutta vuoden 1922 oppivelvollisuuslain toimeenpano vei huomattavan osan kuntien taloudellisista resursseista. Osin tästäkin johtuen terveydenhuollon edistäminen jäi taka-alalle 1920- ja 1930-lukujen alkupuolella.[181]

Saksan esimerkin seurauksena muualla Euroopassa sosiaalivakuutuksen ajatus alkoi elää ja kehittyä. Suomessa pääpaino säilyi kuitenkin perinteisessä köyhäinhoidossa. Vuoden 1879 vaivaishoitoasetus, jossa köyhiin suhtauduttiin melko ankarasti ja tuomitsevasti, pysyi voimassa vuoteen 1922 saakka.[182] Vähitellen 1900-luvun alkupuolella ”vaivaisten” joukkoa alettiin tarkastella aiempaa yksilöllisemmin ja erilaisia yhteiskunnan tukea tarvitsevien ryhmiä alettiin erotella toisistaan: turvattomat lapset, vanhukset, sairaat, vammaiset, alkoholistit, normeihin sopeutumattomat sekä taloudellisista vaikeuksista kärsivät työkykyiset. Valtaosa puutteellisissa oloissa elävistä ei päässyt lainkaan osalliseksi yhteiskunnan tuesta. Kunnasta huoltoa saaneet olivat köyhistä köyhimpiä eli niitä, jotka ilman yhteiskunnan tukea eivät olisi tulleet lainkaan toimeen. Käytännössä vaivaishoito tähtäsikin vain siihen, että avun saaja ei menehtynyt, vaan saattoi jotenkuten avun turvin jatkaa elämäänsä. Tavoitteena oli säästää kustannuksia niin paljon kuin mahdollista, minkä seurauksena huoltopainotteiset sosiaalimenot valtakunnallisestikin säilyivät bruttokansantuotteeseen

178 Harjula 2007, 35.

179 Marjatta Hietala on todennut, että huoli tulevien sukupolvien laadusta synnytti eugeniikan eli rotuhygienian. Rotuhygienian synty liittyy degeneraation pelkoon eli siihen, että uskottiin huonojen ominaisuuksien periytyvän tuleville sukupolville. Biologisen determinismin mukaisesti ajateltiin, että kaikki ihmisen ominaisuudet ovat johdettavissa hänen perimästään. Vuosina 1935–1970 Suomessa steriloitiin 7 530 ihmistä rotuhygieenisin perustein. Valtaosa steriloiduista oli naisia, joista osalla oli aviottomia lapsia. Useat kunnat pelkäsivät taloudellista rasitusta, ja köyhäinhoitoviranomaiset esittivät aviottomia äitejä sterilisoitaviksi viitaten näiden holtittomaan moraaliin. (Hietala 2009.)

180 Rotuhygienia näkyi erityisesti pakkosteriloinnin sallineen sterilointilain säätämisellä vuonna 1934. Valtiovallan oli estettävä psyykkisten sairauksien ja ”vähämielisyyden” leviäminen valtaväestön keskuuteen. (Tiitta 2009, 168–178.)

181 Vauhkonen ym. (1978, 46) toteavat, että ”nälänhädän ja pulakauden aiheuttamien terveydenhuoltoon liittyvien toimenpiteiden tultua tarpeettomiksi ei terveyspolitiikalla sisäpolitiikan koko kentässä ollut erityisen keskeistä asemaa. Kun lääkintähallinto toimi tyydyttävästi entisin muodoin, ei terveydenhuoltolainsäädäntö voinut kilpailla ensisijaisuudesta maanomistusoloja, oppivelvollisuutta ja työehtoja koskevan lainsäädännön kanssa.”

182 Ks. asiaa koskevasta keskustelusta Jaakkola ym. 2009, 52.

nähden hyvin pieninä. Vielä 1920-luvulla valtio käytti sosiaalimenoihin keskimäärin 1–2 prosenttia kokonaismenoistaan vuodessa.[183]

Uusi köyhäinhoitolaki hyväksyttiin vuonna 1922, ja sen myötä kuntien tuli perustaa kunnalliskoteja ja työlaitoksia joko yksin tai yhdessä toisten kuntien kanssa. Laki kielsi ruotuhoidon ja vaivaishuutokaupat, jolla lastensuojelu ja vammaisten hoito oli aiemmin erityisesti maaseudulla toteutettu.[184] Köyhäinhoitoviranomaisella oli laajat valtuudet puuttua apua tarvitsevan kansalaisen elämään, ja avunsaaja oli velvollinen alistumaan viranomaisten valvontaan. Vastuu köyhäinhoidosta oli kunnalla, sillä valtio osallistui köyhäinhoidon kustannuksiin vain perustamalla työlaitoksia. Ajanjakson terveydenhuollon kehitykseen vaikutti myös työttömyyden hoitaminen, jonka valtio siirsi kuntien hoidettavaksi. Taloudellisen lamakauden seurauksena työttömyys lisääntyi voimakkaasti 1930-luvulla. 1930-luvun lama ei Suomessa johtanut järjestelmien uudelleen arvioimiseen tai parannuksiin, kuten monissa muissa maissa.[185]

Suomen sosiaaliturva – työntekijäin tapaturmavakuutusta lukuun ottamatta – oli sotien välisenä aikana kehittymätöntä verrattuna muihin Länsi-Euroopan maihin. Suurin osa suomalaisista oli vakuutusmuotoisen sosiaaliturvajärjestelmän ulkopuolella, ja sosiaaliturva oli tuolloin aivan vähimmäistasoisen köyhäinhoidon varassa. Suomi oli kansallinen agraariyhteiskunta, jonka talouspolitiikka noudatti vapaata yritteliäisyyttä ja omatoimisuutta korostavaa liberalismia. Maata pyrittiin rakentamaan talonpoikaisella vision mukaisesti toteuttamalla mittavat maareformit vuosina 1918, 1922 ja 1924. Itsenäistä pienviljelijää pidettiin ajan ihanteena.[186]

Vuonna 1937 tapahtui poliittinen käänne, kun muodostettiin pääministeri Cajanderin johdolla ensimmäinen ns. punamultahallitus. Ensimmäisen kerran sisällissodan jälkeen maalaisliitto ja sosialidemokraatit toimivat yhteisessä hallituksessa. Hallituksen kokoonpanon laajentuminen merkitsi oikeistoradikalismin lieventymistä ja lapualaisaikojen päättymistä, joten nyt myös vasemmiston ja työväenliikkeen näkemykset pääsivät esiin hallitustasolla ja käytännön politiikassa.[187] Uusi hallituskoalitio antoi aiempaa suuremmat mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon edistämiseen. Hyvä esimerkki tästä on kansaneläkejärjestelmän syntyminen vuonna 1937 eli heti ajanjakson alussa. Myös terveydenhuollossa alkoi näkyä valtion aiempaa aktiivisempi

183 Sosiaalimenoihin ei laskettu terveydenhuollon menoja (Haatanen 1992, 59, 62).

184 Ks. Köyhäinhoitolain säätämisestä ja soveltamisesta Hellsten 1993, 200–204.

185 Mielenkiintoinen vertailukohta Suomen ja Yhdysvaltain välillä on se, että 1930-luvun lama poisti Yhdysvalloissa asenteellisia esteitä sosiaaliturvan uudistuksilta, jotka toteutettiin presidentti Rooseveltin johdolla vuonna 1935. Suomessa uudistuksia ei laman aikana tehty, koska laman seuraukset vieritettiin pääosin niistä eniten kärsineille työttömille, yksinhuoltajille ja vanhuksille yhteiskunnan sosiaalisen panostuksen supistuessa vähimmäistasolle. Kaikki sosiaali- ja terveysturva nähtiin 1920–1930-lukujen Suomessa pelkästään yhteiskunnan rasituksena. 1930-luvun laman jälkeen virinnyt kiinnostus terveydenhuollon kehittämiseen saattoi kuitenkin ainakin osittain johtua siitä, että terveydenhuollon puutteet tulivat esiin 1930-luvun alussa osan kansasta joutuessa lähes hädänalaiseen tilaan.

186 Niemelä ym. 2007, 3.

187 Suomen historia 1989, 241–242.

ote. Tämä alkoi vuonna 1934 tehdystä valtion ja kunnan välisestä sopimuksesta, jonka mukaan valtio osallistui sairaalalaitoksen kehittämiseen.

Uusi aikakausi poliittisessa yhteistyössä (punamultahallitus) alkoi näkyä terveydenhuollon kehityksessä. Vähitellen uudistussuunnitelmat alkoivat toteutua myös käytännössä. Aiempaa kehitystä olivat leimanneet virkamiesten ja asiantuntijoiden tekemät ehdotukset sekä laajat komiteanmietinnöt, jotka kuitenkin lähes säännöllisesti olivat jääneet toteuttamatta, koska poliittista painetta muutoksiin ei ollut riittävästi syntynyt. Diskurssi oli kuitenkin muuttumassa. Terveyspalvelujen kannalta keskeiseen kansalaisten tasa-arvoiseen terveyspalvelujen saamiseen alettiin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota 1930-luvun loppupuolelta lähtien. Enää ei pitäydytty yksinomaan siinä, että kunnallisen itsehallinnon tulee saada päättää vapaasti, miten he terveydenhuollon asukkailleen järjestävät. Suuret puolueet ja kansalaisjärjestöt ottivat terveydenhuollon edistämisen keskeiseksi tehtäväkseen. Vähitellen Suomessakin alettiin edistää terveydenhuoltoa aiempaa aktiivisemmin, ja myös valtio alkoi ottaa vastuuta terveydenhuollosta. Taloudelliset rajoitukset, joko todelliset tai kuvitellut, rajoittivat kuitenkin edelleen kehitystä, kuten jäljempänä tarkemmin kerrotaan. Osasyynä paradigman muutokseen oli 1930-luvun loppupuolelta alkanut taloudellisen tilanteen paraneminen Suomessa, sillä erityisesti puutavaran tuotanto menestyi 1930-luvun loppupuolella ja tuotteiden kysyntä kasvoi vuosittain. 1930-luvun loppu oli vireän talouskasvun kautta.

1930-luvun loppu oli kuitenkin vielä melko hitaan edistymisen aikaa. Vasta toisen maailmansodan jälkeen terveydenhuolto koettiin niin tärkeäksi asiaksi, että sitä tuli tarjota laadultaan hyvänä kaikille kansalaisille. Sota oli terveydenhuollon kehittämisen näkökulmasta ulkopuolinen tekijä, joka muutti ajatuksellisen paradigman. Toisaalta sota myös hidasti sitä kehitystä, joka oli alkanut heti ajanjakson alussa. Sota nieli voimavaroja, eikä muuttuneesta paradigmasta huolimatta terveydenhuollon nopea kehittäminen ollut sodan jälkeen taloudellisesti mahdollista. Näin siitä huolimatta, että toisin kuin aiemmin, jolloin kustannusten minimointi oli keskeinen toimintaan vaikuttava tekijä, kansan terveydenhuollon parantamista alettiinkin pitää itsestään selvänä ja tärkeänä tavoitteena.

Terveyspolitiikkaa hallitsivat jakson alkupuolella rotuhygienian ajatukset,[188] joiden mukaan kansanterveysongelmat voitiin poistaa eliminoimalla degeneroituneet ihmiset yhteiskunnasta eristämällä heidät laitoksiin. Laitoshoidon osuus olikin alkanut kasvaa 1930-luvulla, mutta laitoshoidon kalleus muihin hoitomuotoihin verrattuna esti näiden suunnitelmien täydellisen toteutuksen.[189] Toisaalta väestön köyhyys ja aliravitsemus aiheuttivat ajanjakson alussa paljon terveydellisiä ongelmia. Vuonna 1940 tehdyssä tutkimuksessa joka kolmannen kansakoululapsen todettiin olleen aliravittu. Suomalaisten eliniänodote oli vuosina 1936–1940 miehillä vain 54,3 vuotta ja naisilla

188 Ks. Mäkelä 2007.

189 Harjula 2007, 54.

59,5 vuotta. Ruotsiin verrattuna Suomen luvut olivat naisten osalta 7 vuotta ja miesten osalta 10 vuotta pienempiä, vaikka sota ei vielä vaikuttanutkaan kuolleisuuteen.[190]

Sota päättyi Suomessa 1944 ja vaikutti myös terveydenhuollon diskurssiin: sodan päätyttyä rotuhygienian sijasta alettiin keskustella väestöpolitiikasta ja kansanterveydestä. Taustalla olivat sodan aiheuttamat väestötappiot, minkä vuoksi koko kansakunnan olemassaolo koettiin uhatuksi. Huoli väestön riittävyydestä ja kansanterveyden hyväksi tehtävästä työstä kytkeytyivät aikakauden diskurssissa tiiviisti yhteen.[191] Kansanterveys-termiin sisällytettiin nyt koko kansa iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta tai sukupuolesta riippumatta. Sota ja erityisesti sen aiheuttamat väestötappiot siis muuttivat suhtautumista terveydenhuollon kehittämiseen. Sodan jälkeen pyrittiin ensimmäistä kertaa kaikkia kansalaisia koskevaan, universaaliseen terveysturvaan aiemman paikallisen aloitteellisuuden sijasta. Sota, erityisesti talvisota, oli yhdistänyt kansaa niin, ettei väestöä enää jaettu samalla tavoin punaisiin ja valkoisiin kuin 1930-luvulla. Uudessa ajattelussa kansanterveystyö nähtiin korostuneesti valtiollisena velvollisuutena, joten paradigman muutos sotaa edeltäneestä diskurssista, jossa valtion rooli terveydenhuollon kehittämisessä ei ollut mitenkään selvä, oli lähes täydellinen. Nyt alettiin puhua kaikkiin kansankerroksiin (myös työväestöön) kohdistuvasta kansanterveystyöstä, mutta käytännössä nimenomaan äitien ja lasten terveys määriteltiin kansan selviytymisen kannalta elintärkeäksi. Siksi kunnallista terveyssisar-, kätilö- ja neuvolatoimintaa vahvistettiin huomattavasti heti sodan jälkeisinä vuosina.[192]

Jo vuonna 1937 oli säädetty laki äitiysavustuksista. Vuodesta 1941 lähtien kaikille äideille alettiin antaa äitiysavustusta, jonka ensisijainen muoto oli äitiyspakkaus. Lisäksi jokaiseen kuntaan, jossa toimi lääkäri tai terveyssisar, oli perustettava maksuton äitiys- ja lastenneuvola eli neuvonta-asema. Varsinaista rahamääräistä äitiysavustusta alettiin maksaa sodan jälkeen. Vuonna 1952 tuli voimaan kansakoulujen lääkärin- ja hammaslääkärin toimesta annettu laki, jolla kunnat velvoitettiin huolehtimaan kansakoulujen terveydellisten olojen valvonnasta ja niiden oppilaiden terveydenhoidon järjestämistä.[193] Kehitys jatkui edelleen niin, että vuonna 1957 voimaan tulleen lain ja asetuksen mukaan kunta oli velvollinen järjestämään alueellaan olevien kansakoulujen oppilaiden hampaiden tarkastuksen ja hoidon.[194] Molemmissa tapauksissa valtio osallistui huomattavilla valtionavustuksilla tarvittavien lääkäreiden palkkaukseen.

Erityisen merkittävä käänne, jonka vaikutukset alkoivat kuitenkin heijastua terveydenhuoltoon vasta myöhemmin, oli talvisodan aikana vuonna 1940 solmittu ns.

190 Tilastokeskus 2010. Syntyvyys oli 1930-luvulla heikkoa ja väestökysymys nousi erityisen voimakkaasti esille talvisodan jälkeen. Vuonna 1941 perustettiin Väestöliitto.

191 Harjula 2007, 50.

192 Harjula 2007, 55–75.

193 Tiitta 2009, 222.

194 Tiitta 2009, 266–267.

tammikuun kihlaus, jossa työmarkkinaosapuolet tunnustivat toisensa neuvottelukumppaneina. Tämä muutos näkyi sodan jälkeen lisääntyneenä työehtosopimustoimintana. 1960-luvulla työmarkkinaosapuolet alkoivat edistää terveydenhuoltoa myös työterveyshuollon muodossa. Tammikuun kihlaus vaikutti myös moniin sosiaalipoliittisiin uudistuksiin, joita 1960–1980-luvuilla tehtiin keskitettyjen ratkaisujen ns. sosiaalipaketeissa.

Toinen maailmansota muutti merkittävästi paitsi terveydenhuollollista myös sosiaalihuollollista ajattelua. Sodan jälkeen asetettiin aiempaa selvemmin köyhäinhoidon tavoitteeksi sosiaalisen turvallisuuden lisääminen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttaminen. Huoltohallinto uudistettiin vuonna 1950 lailla sosiaalihuollon hallinnosta, jonka myötä kuntiin perustettiin sosiaalilautakunta. Päätäntävalta erotettiin toimeenpanosta ja valmistelusta, joista jälkimmäiset määrättiin viranhaltijoille. Lisäksi suuremmissa kunnissa tuli lisäksi olla sosiaalijohtaja tai ainakin sosiaalisihteeri. Vuonna 1956 säädettiin huoltoapulaki, jonka mukaan kunta oli velvollinen antamaan tarpeenmukaisen elatuksen ja hoidon huoltoapuna jokaiselle, joka muutoin jäisi niitä vaille, ja samalla sukulaisten huoltovelvollisuutta lievennettiin.[195] Ns. varsinaisen huoltoavun antaminen oli lain mukaan kunnan ehdoton velvollisuus. Kunnan harkintavaltaa siis rajoitettiin sosiaalihuollossa samalla tavoin kuin terveydenhuollossa.[196]

Myös avustuksia perheille lisättiin. Lastenhuollon keulakuva oli arkkiatri Arvo Ylppö, jonka mielestä syntyvyyden lisäämisen ohella tuli parantaa terveydenhoitoa, jotta ihmiset eläisivät pitempään. Välittömästi sodan jälkeen ja 1950-luvulla terveyspolitiikassa huomio kiinnitettiinkin ennen kaikkea lapsiin ja imeväisyyskuolleisuuden vähentämiseen.[197] Sodan jälkeen puolueiden ohjelmiin tuli myös aiempaa enemmän terveydenhuoltoon liittyviä tavoitteita.[198]

Muuttuneesta diskurssista huolimatta terveysturvan parantaminen ei koskenut vielä koko kansaa, vaan avohuollossa jatkui edelleen paikalliseen aloitteellisuuteen perustuva kansanterveystyö, vaikka avohuollon lainsäädäntö alkoikin kehittyä. Kansanterveystyö painottui 1940-luvulla maaseudulle, koska siellä puutteet olivat suurim-

195 Ks. Hellsten 1993, 281–289. Hellsten toteaa (288), että huoltoapulaki merkitsi symbolitasolla irtautumista köyhäinhoidosta, mutta itse avun antamisperiaatteet eivät juuri muuttuneet. Uudistusprosessin vaiheet ja niihin sisältyneet kiistat elatus- ja korvausvelvollisuudesta osoittavat, että oli keskeisesti kysymys vastuun määrittelystä ja vastuuta koskevien erilaisten näkemysten taistelusta. Muutokset yhteiskunnassa olivat lisänneet painetta lieventää omavastuun periaatetta ja supistaa sukulaisten huoltovelvollisuutta.

196 Soikkanen 1966, 742–747.

197 Harjula 2007, 80.

198 Kansallisen kokoomuksen vaaliohjelmassa vuodelta 1945 todettiin, että ”kansanterveyttä on voimakkaasti edistettävä.” Puoluekokouksessaan vuonna 1951 hyväksymässään ohjelmassa puolue kiinnitti huomiota erityisesti tuberkuloosin torjuntaan vaatien terveyden- ja sairaanhoidon kehittämisen suunnitelmallista jatkamista. Suomen Sosialidemokraattinen puolue esitti vuonna 1954 hyväksymässään talouspoliittisessa ohjelmassaan mm, että ”yleinen sairaus- ja työkyvyttömyysvakuutus on asetettava tärkeäksi tavoitteeksi vakuutusteitse tapahtuvaa sosiaalista turvallisuutta kehitettäessä”. (Tässä tutkimuksessa käytettyjen puolueohjelmien lähde: Pohtiva. Poliittisten ohjelmien tietovaranto. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/pohtiva/ohjelma>.)

mat.[199] Sairaalalaitoksen kehitys oli nopeampaa ja määrätietoisempaa. Molempien terveydenalojen kehitykseen palataan tarkemmin jäljempänä.

Sodan aiheuttama säännöstelykausi loppui vuoden 1956 alussa, ja se merkitsi Suomen talouspolitiikan suunnanmuutosta. Vuoden 1957 devalvaation jälkeen tuonti läntisistä teollisuusmaista vapautui, ja Suomi liittyi Euroopan vapaakauppaliittoon Eftaan 1961. Seuraavassa kuvaan ajanjakson 1917–1959 terveydenhuollon kehitystä siinä järjestyksessä, jossa kehittymispyrkimykset tulivat esiin tällä ajanjaksolla. Koska ensin tapahtui merkittävä yritys toteuttaa sairausvakuutusjärjestelmä, keskityn ensin siihen, ja sen jälkeen kuvaan avohuollon ja lopuksi sairaalalaitoksen kehittymistä.

4.3 Sairausvakuutushankkeet 1917–1959

4.3.1 Pyrkimykset sairausvakuutusjärjestelmän luomiseen 1920-luvulla

Puolueet olivat aktiivisia sairausvakuutusjärjestelmän aikaansaamiseksi autonomian ajan eduskunnassa. Asia oli esillä kansalaissotaan saakka useissa eri ryhmien tekemissä lakialoitteissa. Vuoden 1913 valtiopäivillä suomalaisen puolueen edustajat E. S. Yrjö-Koskinen, Onni Hallsten, (josta myöhemmin tuli sosiaali- ja terveysministeriön virkamies) ja Kalle Kaakko ehdottivat, että hallitus valmistelisi vuoden 1914 valtiopäiville esityksen työväestön sairausvakuutuksesta. Onni Hallsten toisti vielä esityksensä yksityiskohtaisen lakiesityksen muodossa vuonna 1914. Hallstenin esitys perustui pitkälti vuoden 1911 komitean ehdotuksiin. Esityksen mukaan vakuutuksen piiriin olisivat keskieurooppalaisen sairausvakuutusjärjestelmän mukaisesti tulleet vain tietyn tulorajan alittavat tehdastyöntekijät, joten kysymys ei ollut universaalisesta järjestelmästä. Järjestelmän toteutus olisi ehdotuksen mukaan alkanut asteittain, kuten muissakin sairausvakuutusjärjestelmän omaksuneissa maissa. Parempituloiset palkansaajat ja maaseudun väestö oli esityksessä rajattu etujen ulkopuolelle. Esitys ei kuitenkaan saanut vastakaikua eduskunnassa. Vuoden 1917 valtiopäivillä RKP:n Annie Furuhjelm jätti samansisältöisen aloitteen.[200] Asiaa pidettiin siis aktiivisesti esillä, mutta poliittista kannatusta aloitteille ei löytynyt riittävästi.

Autonomian ajan viimeisinä vuosina ei esityksillä ollut mahdollisuuksia toteutua. Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttaminen oli ollut vilkkaan keskustelun kohteena autonomian aikana, ja keskustelu jatkui heti Suomen itsenäistyttyä 1917, jolloin asetettiin uusi komitea kanslianeuvokseksi nimitetyn Onni Hallstenin puheenjohdolla tarkastamaan vuoden 1911 komiteanmietintöä.[201] Komitea sai vasta vuonna 1921 työnsä valmiiksi ehdottaen pakollisen sairaus- ja eläkevakuutuksen säätämistä kaikille yli

199 Toinen maailmansota muutti sosiaalista ilmapiiriä ja varsinkin sosiaaliturvan suhteen vaadittiin yhteiskunnalta entistä enemmän (Mannio 1967, 128).

200 Kangas 2006, 315.

201 Ks. sairausvakuutuksen valmistelutoimista 1900-luvun alkuvuosikymmeninä, Kangas 1991, 141–144.

16-vuotiaille kansalaisille.[202] Poiketen aiemmista esityksistä (ja myös pitkälti muiden maiden esimerkeistä) Hallstenin komitea esitti siis jo tuolloin universaalijärjestelmää, joka olisi kattanut kaikki kansalaiset.[203] Tälläkään kerralla komitean perusteellinen työ ei kuitenkaan johtanut toimenpiteisiin. Komiteanmietintö valmistui juuri silloin, kun Suomessa alettiin toteuttaa kansakoulu-uudistusta. Lisäksi kansalaissodan jälkeen asenteet sosiaali- ja terveysturvan uudistamiseen olivat muuttuneet aiempaa jäykemmiksi.

Suomen itsenäistyttyä puolueiden – myös vasemmistopuolueiden – vaikutusvalta lisääntyi sosiaali- ja terveydenhuollon edistämisessä. Sosialidemokraattinen puolue palasi melko nopeasti sisällissodan jälkeen valtiolliseksi vaikuttajaksi, ja sairausvakuutuksen aikaansaaminen oli työväestöä edustavalle puolueelle tärkeä tavoite. Puolueet ottivat kantaa myös sosiaaliturvan kehittämiseen, joskin taloudellinen niukkuus heijastui tavoitteissa. Hallstenin komitean esityksistä hankittiin runsaasti lausuntoja, joissa suhtauduttiin pääosin myönteisesti universaalisen sosiaalivakuutuksen toteuttamiseen. Sairausvakuutuksen ja työkyvyttömyyden etujen osalta katsottiin, että vakuutetun tulisi saada vakuutuksen mukaisia etuja vain silloin, kun hän olisi taloudellisesti niiden tarpeessa. Käsitys oli, että sosiaalivakuutusjärjestelmässä ei vakuutetun saamien etujen tarvinnut vastata hänen itsensä suorittamia tai hänen puolestaan suoritettuja maksuja.[204] Komitean esitykseen sisältyi kuitenkin vastaehdotus, jonka mukaan sairausvakuutus tuli ulottaa vain toisen työssä oleviin, kuten aiemmin apukassakomitea oli ehdottanut. Myös sosialidemokraattinen puolue esitti lopullisessa mietinnössään sairausvakuutuksesta samanlaisen näkemyksen. Kansanvakuutusperiaatteelle pohjautuvan sairaus- ja synnytysvakuutuksen epäiltiin kohtaavan monia vaikeuksia. Sairausvakuutus ja äitiysvakuutus tuli siksi ulottaa vain toisen työssä oleviin, ja vakuutusturva muille olisi vapaaehtoinen.[205]

Sairausvakuutusjärjestelmän etenemistä hidasti se, että puolueilla oli erilaisia näkemyksiä siitä, mitä sosiaalivakuutuksen osa-aluetta tulisi kehittää ensimmäisenä. Taloudelliset resurssit eivät sallineet kokonaisvaltaista kehittämistä, joten oli valittava. Sosialidemokraatit ja kokoomuspuolue asettivat etusijalle sairausvakuutuksen, kun taas maalaisväestöä edustava maalaisliitto piti eläkevakuutuksen edistämistä sairausvakuutusta tärkeämpänä[206]. Katri Hellsten on todennut, että sosiaalivakuutuksen hi-

202 Ks. KM 1920:26 a. Komitean esityksistä tarkemmin Niemelä 2004, 93–94.

203 Ks. Hellsten 1993, 205. Syyt vakuutuspakon ulottamiseen kaikkiin kansalaisiin olivat Suomen elinkeinorakenteeseen liittyviä ja poliittisia. Katsottiin, että maassa oli suuri määrä sellaisia vähävaraisia, itsenäistä työtä tekeviä henkilöitä, joiden toimeentulo oli kokonaan heidän työvoimansa varassa. Jyrkkää eroa toisen työssä olevan palkannauttijan ja itsenäisten henkilöiden välillä ei katsottu olleen olemassa, joten vakuutuksen tuli ulottua kaikkiin kansalaisiin.

204 Hellsten 1993, 206.

205 Hellsten 1993, 207.

206 Sosialidemokraattinen puolue oli vuoden 1922 työväensuojeluohjelmassaan asettanut sairausvakuutuksen kehittämisen ensi sijalle. Myös kokoomuspuolue oli vuoden 1922 vaaliohjelmassaan kannattanut yleisenä kansanvakuutuksena järjestettävää sairaus-, työkyvyttömyys- ja vanhuusvakuutusta. Kokoomuksen suhtautuminen sosiaalisiin uudistuksiin muuttui kuitenkin 1920-luvun kuluessa huomattavasti pidättyvämmäksi. Maalaisliitto puolestaan asetti alusta alkaen pääpainon vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutuksen toteuttamiselle.

taaseen etenemiseen itsenäistymisen alkuvuosikymmeninä vaikutti oikeistovirtauksen ja sosiaalipolitiikan vastustuksen ohella palkkatyöntekijöiden ja viljelijäväestön välinen eturistiriita. Maaseudun edustajat vastustivat kaikkia pelkästään palkkatyöntekijöihin kohdistuvia uudistuksia ja erityisesti sellaisia, jotka aiheuttivat taloudellisia rasituksia työnantajille. He vaativat etusijan antamista uudistuksille, jotka koskivat koko ”vähäväkistä kansaa”.[207]

Turvaa sairastumisen varalta oli siis parannettava, mutta millä tavalla? Tarve oli selvä, sillä vuoden 1921 jälkeen sairaudet ja kivulloisuus olivat yleisimpiä köyhäinhoidon syitä.[208] Sosialidemokraateille tarjoutui tilaisuus toteuttaa tavoitteitaan, kun vuonna 1927 muodostettiin Väinö Tannerin sosialidemokraattinen vähemmistöhallitus, joka antoi eduskunnalle esityksen sairausvakuutusjärjestelmän omaksumisesta Suomessa. Hallstenin komitean esittämä universaalisuusperiaate ei kuitenkaan ollut mukana Väinö Tannerin sosialidemokraattisen vähemmistöhallituksen tekemässä ehdotuksessa sairausvakuutuksesta, vaan esitys noudatteli aiempaa, työsuhteeseen liittyvää järjestelmää. Hallstenin komitean ehdotukset eivät olleet johtaneet käytännön toimiin, ja monet kokoomuksenkin edustajat olivat siirtyneet tavoittelemaan pakollista, vain palkansaajia koskevan järjestelmää.[209] Vuonna 1927 hallitus kuitenkin esitti virallisesti eduskunnalle sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamista myös Suomessa. Etupäässä virkamiesten ja asiantuntijoiden ansiota oli kuitenkin se, että Tannerin vähemmistöhallitus saattoi antaa esityksensä. Hallituksen esityksen valmisteluun olivat keskeisesti vaikuttaneet virkamieskunnasta Onni Hallsten ja sosiaaliministeriön kansliapäällikkö Niilo Mannio. Mannion käsialaa olivat ilmeisesti lakiesityksen yleisperustelut, joissa viitattiin kansainvälisen työkonferenssin sairausvakuutusta ja sen pakollisuutta koskeviin suosituksiin, koska Mannio oli hallituksen virallinen edustaja Kansainvälisen työjärjestön ILO:n kokouksissa, joissa olivat edustettuna myös työmarkkinaosapuolet, ja sopimukset ja suositukset syntyivät tämän kolmikantaisen käsittelyprosessin tuloksena. Suomessa työnantajat eivät kuitenkaan hyväksyneet työntekijäjärjestöjä sopimuskumppaniksi ennen vuoden 1940 tammikuun kihlausta, minkä vuoksi 1920- ja 1930-luvuilla virkamiesten asema oli erityisen keskeinen. Keskeiset sosiaalivakuutusalalla toimivat virkamiehet seurasivat aktiivisesti kansainvälistä kehitystä ja yrittivät vaikuttaa sairausvakuutuslain säätämiseen myös Suomessa muiden maiden esimerkkiä seuraten.[210]

Esityksen rajoittuminen vain palkkatyöntekijöihin muodosti kuitenkin ongelman lain läpimenolle. Väinö Tannerin hallituksen esityksen mukaan sairausvakuutus olisi ulottunut vain noin 300 000 palkansaajaan, jolloin järjestelmän ulkopuolelle olisi jäänyt poliittisesti merkittävä maatalousväestö.[211] Eduskunnassa Maalaisliiton

207 Hellsten 1993, 209, ks. myös Mannio 1967, 76.

208 Hellsten 1993, 210.

209 Hellsten 1993, 214.

210 Ks. Kangas 2006, 317.

211 Ks. tarkemmin Niemelä 2004, 95.

vaikutusvalta oli keskeinen, ja agraariset arvot leimasivat aikakautta, joten pelkästään palkkatyöntekijöitä hyödyttävä esitys, jonka vielä antoi sosialidemokraattinen vähemmistöhallitus, saattoi odottaa kovaa vastustusta eduskuntakäsittelyssä.

Ehdotuksen rahoitus perustui kolmikantaperiaatteelle. Vakuutuksen kustannuksiin olisivat osallistuneet vakuutetut ja työnantajat. Näiden lisäksi valtion olisi tullut suorittaa kassoille jokaista vakuutettua kohden laissa määrätty summa.[212] Valtionkin siis edellytettiin osallistuvan terveydenhuollosta aiheutuviin kustannuksiin. Esitys ei myöskään olisi sulkenut muita kansalaisryhmiä kokonaan ulkopuolelle, sillä vakuutuspakon ulkopuolelle jääville ehdotettiin oikeutta tietyin edellytyksin saada vapaaehtoinen vakuutus.[213]

Hallituksen esityksessä[214] viitattiin vuoden 1897 asetukseen työntekijäin apukassoista, joka sisälsi muutamia yleisiä määräyksiä työntekijäin vapaaehtoisten sairauskassojen järjestelyistä ja hallinnosta. Kassat eivät kuitenkaan saaneet avustusta yleisistä varoista, joten toisin kuin monissa muissa maissa, Suomessa apukassalaki ei merkinnyt vielä julkisen sairausvakuutuksen alkua. Hallituksen esityksessä viitattiin siihen, että monessa maassa, jossa sairausvakuutus edelleen oli vapaaehtoinen, valtion ja kunnan puolelta avustettiin kassoja. Vapaaehtoinen vakuutus oli etenkin Tanskassa ja Ruotsissa kehittynyt paljon pitemmälle kuin Suomessa, ja Norjassa sairausvakuutus oli jo pakollinen palkkatyöntekijälle ja toimihenkilölle.[215]

Esitys pyrki edistämään kansan yleistä terveydentilaa antamalla sairautta ehkäiseviä toimenpiteitä tarkoittavia neuvoja ja ohjeita, tarjoamaan lääkärinhoitoa sairastuneille ja saattamaan heidät näin uudelleen työkykyisiksi sekä antamaan työntekijälle taloudellista tukea sairauden aikana. Korostetusti esitys siis pyrki parantamaan työssä käyvien asemaa sairauden sattuessa. Tämä painotus palkkatyöntekijöihin ärsytti niitä kansanedustajia, joiden äänestäjät olivat pääasiassa muita kuin palkkatyöntekijöitä. Esitys ei siis vastannut yhteiskunnassa vallitsevaa talonpoikaista diskurssia, vaikka palkkatyöntekijät ja heidän työnantajansa olisivatkin pääosin kustantaneet järjestelmän itse.[216]

212 Esitys oli myös hyvin lähellä Kansainvälisen työjärjestön ILO:n vuonna 1927 hyväksymää yleissopimusta sairausvakuutuksesta (ILO 1927).

213 Sosiaali- ja terveysministeriön tuolloinen osastopäällikkö ja vuonna 1928 muodostetun Mantereen hallituksen sosiaaliministeri Niilo A. Mannio totesi muistelmissaan sairausvakuutusesityksestä: ”Vuoden 1927 vaalien jälkeen valitulle eduskunnalle Tannerin hallitus antoi uuden esityksen sairausvakuutuslaiksi. Tämä esitys kuten aikaisempikin pohjautui pääkohdiltaan ministeriössä laadittuun ehdotukseen. Sen valmisteluun olin ottanut osaa ja se vastasi minun omaakin käsitystäni siinä, että aluksi rajoituttiin vakuuttamaan pakollisesti vain palkkatyössä olevat ja järjestelmä perustui vakuutusperiaatteelle, jonka mukaan vakuutetut itsekin osallistuvat vakuutuksen rahoittamiseen. Pidin tärkeänä, että jo voimassa olevan tapaturmavakuutuksen jälkeen sairausvakuutus säädettäisiin pakolliseksi, koska kummassakin tapauksessa oli kysymys elävän työvoiman turvaamisesta. Olin saanut hallitukseltani valtuuden puoltaa tätä esitystä.” (Mannio 1967, 151.)

214 HE 2/1927.

215 Flora 1986.

216 Ks. Valtiopäivät 1927, pöytäkirjat I.

Lakiesityksen mukaan sairauden varalta olisi vakuutettuna jokainen, joka oli sitoutunut tekemään toiselle työtä tämän johdon ja valvonnan alaisena korvausta vastaan. Pienet, alle viiden työntekijän yritykset ja maa- ja metsätaloustyöt olisi kuitenkin jätetty lain ulkopuolelle, samoin ne työntekijät, joiden saama palkka ylitti tietyn enimmäismäärän. Lain määräämä vakuutus olisi alkanut samaan aikaan kuin työsuhde. Laki ehdotettiin toteutettavaksi kunnallishallinnon yhteydessä toimivassa piirisairauskassan tai yksityisen sairauskassan toimesta. Kunnallishallinto olisi siis toiminut sairausvakuutusjärjestelmän toteuttajana kunnallisen terveydenhuollon toteuttamisen ohella, mutta myös yksityiset sairauskassat olisivat säilyttäneet asemansa. Vakuutusmaksuista työntekijä olisi suorittanut puolet ja työnantaja toisen puolen. Valtio olisi avustanut kassoja tietyllä summalla ja kunnan olisi tullut antaa piirisairauskassalle sopiva huoneisto ja huolehtia sen ylläpidosta. Ehdotetulla sairausvakuutusjärjestelmällä olisi siis ollut läheinen yhteys kunnan toimintaan, jolla muutoinkin oli vuoden 1869 julistuksen seurauksena yleinen vastuu asukkaidensa terveydenhuollon järjestämisestä.[217] Kaksi terveydenhuollon järjestelmää olisi siis toiminut läheisessä vuorovaikutuksessa toisiinsa.

Vakuutuksen mukaiseen sairaanhoitoon olisi kuulunut sekä lääkärin antama tai määräämä tarpeellinen hoito (myös sairaalassa) sekä muu tarpeellinen hoito ja kolme neljäsosaa lääkärin määräämien lääkkeiden, tarpeellisten puhdistusaineiden ja sidetarpeiden hinnasta. Sairaanhoitoa ehdotettiin annettavaksi siltä ajalta, minkä sairaus estäisi työntekijää toimittamasta tavallista työtään. Lääkärinhoidosta suoritettavan palkkion perusteet olisi määrännyt sosiaaliministeriö lääkintöhallituksen esityksestä. Sairauskassa olisi maksanut sanottujen perusteiden mukaisen palkkion suoraan lääkärille, jos tämä oli tarkastusviranomaiselle ilmoittanut noudattavansa sanottuja perusteita. Ellei sairasta hoitanut lääkäri ollut mainittua ilmoitusta tehnyt, olisi sairauskassa maksanut kohtuullisen korvauksen lääkärin hoitopalkkiosta sairaalle itselleen. Jäljempänä paljon keskustelua herättänyt suorakorvausmenettely olisi siis kuulunut ainakin suurelta osin 1920-luvulla ehdotettuun sairausvakuutusjärjestelmään. Myös muissa maissa yleinen palkkiomenettely, jossa lääkäri sitoutuu antamaan hoidon erikseen sovittavalla hinnalla, joka korvataan sairausvakuutuksesta, olisi tullut Suomen järjestelmään samoin kuin sairastuneen kuljettaminen lääkärin luo tai sairaalaan.

Vakuutussuorituksina olisi vakuutetulle maksettu toimeentuloturvaa sairauden aikana, kuolleen vakuutetun kuolinpesälle hautausapua sekä naispuoliselle vakuutetulle synnytystilanteessa äitiysapua. Toimeentuloturva sairauden ajalta oli esityksessä tarkkaan määritelty, sillä sairausrahan suuruus ehdotettiin jaettavaksi kahdeksaan luokkaan vakuutetun palkkausluokan mukaan. Korvausta olisi suoritettu yhteensä enintään puolen vuoden ajan. Synnytystapauksissa sairauskassa olisi myöntänyt vakuutetulle äitiysapuna maksuttoman kätilönavun sekä kolme neljäsosaa lääkärin määräämien lääkkeiden hinnasta. Milloin synnytys olisi vaatinut lääkärin apua, olisi kassa maksanut siitä aiheutuneet kustannukset niin kuin sairaustapauksessa. Äitiys-

217 HE 2/1927.

raha olisi ollut yhtä suuri kuin äidille sairaustapauksessa maksettava sairausraha. Sitä olisi maksettu enintään kuudelta viikolta ennen synnytystä ja kuudelta viikolta sen jälkeen. Sairauskassa olisi myös suorittanut kustannukset synnytyksestä ja lapsen hoidosta sekä elatuksesta synnytyslaitoksessa.

Nykynäkökulmastakin tuon 1920-luvulla esitetyn sairausvakuutusjärjestelmän kattavuusalue olisi ollut huomattava ja se olisi vastannut yleistä eurooppalaista tasoa. Järjestelmän toteuttaminen olisi kuitenkin merkinnyt palkkatyöntekijöiden saattamista huomattavasti paremman terveysturvan piiriin kuin muu väestö, koska edelleenkin 1920-luvulla kunnanlääkärijärjestelmä ja sairaalalaitos olivat kehittymättömiä ja puutteellisia.

Kuten odottaa saattoi, sairausvakuutusesitys sai eduskunnassa hyvin ristiriitaisen vastaanoton. Asian eduskuntakäsittely kuvaakin hyvin niitä monensuuntaisia tavoitteita, joita Suomessa tuolloin esiintyi terveydenhuollon kehittämiseksi. Toisaalta moni edustaja myönsi sen tosiasian, että Suomi oli sekä terveydenhuollon palveluiden että rahoituksen osalta jäljessä muiden Länsi-Euroopan maiden tilanteesta ja kansalaiset olivat terveyspalvelujen suhteen osin hyvin huonossa asemassa.[218] Siksi ehdotettua sairausvakuutusjärjestelmää pääosin kannatettiin eduskunnassa, mutta myös kiivaita vastustajia riitti.[219] Vastustusta perusteltiin paljolti myös taloudellisilla seikoilla.

Erityisesti edustaja Pulkkinen (kok.) kiinnitti huomiota sairausvakuutuksen aiheuttamiin kustannuksiin.[220] Hän tosin piti sairausvakuutusta tärkeänä, koska se suojelisi maan tuotantoelämälle tärkeää työvoimaa ja tulevaa sukupolvea. Toisaalta Pulkkisen mukaan tämänkin vakuutusmuodon olisi oltava ”sopusoinnussa yhteiskunnan omien taloudellisten edellytysten kanssa”. Merkittävä ja lähes pysyvä este terveydenhuollon edistämiselle Suomessa, kustannusten pelko ja maan köyhyys nousivat siis esitystä käsiteltäessä eduskunnassa voimakkaasti esiin. Maaseudun huomiotta jättäminen herätti kuitenkin eniten arvostelua, vaikka järjestelmän rahoitus olikin pääosin muiden kuin valtion vastuulla. Edustaja Salo (maalaisliitto) totesi, että ”maaseutu sai jäädä, kun kerran muut, valtionvirkamiehet ja suurtilojen työväki saadaan tässä autetuksi, kyllä se maaseutu joutaa sairaansa ja rampansa hoitamaan”. Edustajan mukaan varsinkin harvaan asuttujen seutujen kannalta esitys oli nöyryyttävä sen vuoksi, että sen ulkopuolelle jätettiin semmoinen maaseutu, jossa ei lääkärinhoitoa ollut saatavissa.

218 Sairausvakuutusesityksen taloudellisissa perusteluissa painotettiin järjestelmän vaikutusta kansan yleiseen terveystasoon. Kaikissa niissä maissa, joissa sairausvakuutus oli toteutettu, kuolleisuusikäraja oli kohonnut ja ihmisten elinikä pidentynyt. Sitä mukaa kuin elinikä oli kohonnut ja kuolleisuus vähentynyt, olivat vähentyneet yhteiskunnan köyhäinhoitomenot. (Hellsten 1993, 214.)

219 Maalaisliitto piti väitteitä sosiaalivakuutuksen jälkeenjääneisyydestä liioitteluna ja mustamaalauksena. Suomen olot, eikä suinkaan haluttomuus uudistuksiin, katsottiin syyksi jälkeenjääneisyyteen, kuten oli väitetty (Hellsten 1993, 215). Myös maaseudun kuntien etujärjestö Maalaiskuntien Liitto suhtautui sairausvakuutusesitykseen jyrkän kielteisesti.

220 Valtiopäivät 1927, pöytäkirjat I. Edustaja Yrjö Pulkkinen oli kokoomuspuolueen vaikuttajiin kuulunut Keskuskauppakamarin yliasiamies.

Pelko kustannuksista ja maaseudun jättäminen sairausvakuutuksen ulkopuolelle olivat pääasialliset syyt epäileviin ja vastustaviin puheenvuoroihin, vaikka toisaalta Suomen jälkeenjääneisyys myönnettiin. Puheenvuoroissa todettiin, että vain Aasiasta oli löydettävissä vielä kehittymättömämpiä maita kuin Suomi. Suomen tuotantorakenteen katsottiin poikkeavan olennaisesti muista Euroopan maista, joten Suomea ei voitu verrata muuhun Eurooppaan. Edustaja Lohi (maalaisliitto) totesi, että useimmissa Euroopan maissa miltei pääasiallisimpana tulolähteenä oli suurteollisuus, jossa työnantajat olivat suuria yhtymiä ja työntekijät olivat pääasiassa palkkatyöläisiä. Suomen olot Lohi totesi erilaiseksi, koska ”meillä on suuri joukko köyhälistöä, kymmeniätuhansia pikkuviljelijöitä ja torppareita, jotka eivät ole varsinaisia palkkatyöläisiä, mutta sosiaalisen huollon tarpeessa vielä kipeämmin kuin ammattityöläiset”. Lohen mielestä esitys jouti hylätyksi, koska kaikille ei heti saatu kunnollista hoitoa. Hän ei kuitenkaan viitannut siihen, että kunnat, joissa hänen edustamansa puolue oli usein enemmistönä, eivät myöskään olleet edenneet asukkaidensa terveydenhuollon järjestämisessä. Eduskuntakeskustelussa lakiehdotusta moitittiin myös siitä, että omaa työtään tekevät yrittäjät jäivät sairausvakuutuksen ulkopuolelle.[221]

Lakiesitys vietiin valiokuntakäsittelyyn työväenasiainvaliokuntaan, joka mietinnössään[222] ehdotti muutosta sekä siihen, kuinka laajoihin kansalaispiireihin laki olisi ulotettava, että siihen, kuinka vakuutusmaksuvelvollisuus olisi jaettava työnantajan ja työntekijän välillä. Valiokunta ehdotti poistettavaksi viiden työntekijän rajoituksen lain soveltamisalasta, jolloin vakuutettujen määrä olisi noussut kaksinkertaiseksi eli noin 600 000 kansalaiseen. Lisäksi valiokunta ehdotti muutoksia vakuutusmaksuluokkiin. Muutoin valiokunta oli hyväksymässä hallituksen esityksen. Merkittävää esityksen vastaiselle päätökselle oli kuitenkin se, että valiokunnan mietintöön sisältyi runsaasti vastalauseita, joissa ehdotettiin mm. luopumista kokonaan pakollisesta sairausvakuutuksesta. Asia siirtyi sen jälkeen suureen valiokuntaan, jonka mietinnössä ehdotukseen tehtiin vain pieniä muutoksia,[223] ja esitys hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1929.

Vuonna 1919 hyväksytty Suomen hallitusmuoto antoi vähemmistölle mahdollisuuden estää uudistuksia, koska yksi kolmasosa, edustajista saattoi äänestää hyväksytyn lain yli vaalien. Tällöin vasta uusi, vaalien jälkeen valittu eduskunta otti lopullisesti kantaa esityksen hyväksymiseen tai hylkäämiseen. Yksinkertainen enemmistö ei riittänyt, jos vähemmistö halusi pitkittää asian käsittelyä.[224] Tämä päätöksenteon rakenteeseen liittyvä seikka antoi kuitenkin lain vastustajille veto-mahdollisuuden, sillä vuonna 1919 hyväksytyn hallitusmuodon mukaan yksi kolmasosa edustajista saattoi vaatia asian käsiteltäväksi vaalien jälkeen valittavaan uuteen eduskuntaan. Tätä rakenteel-

221 Valtiopäivät 1927, pöytäkirjat I. Maalaisliiton ohella myös ruotsalainen kansanpuolue vastusti voimakkaasti esitystä lähinnä elinkeinoelämän kehittymättömyyden ja sairausvakuutuksen aiheuttamien kustannusten vuoksi.

222 TyövM 1/1928.

223 SuVM 4/1929.

224 Ks. Nousiainen 1975.

lista veto-mahdollisuutta lakia vastustava vähemmistö käyttikin hyväkseen, joskin äänestys asian siirtämisestä vaalien jälkeen oli äärimmäisen täpärä, sillä 83 edustajaa kannatti lain lepäämään jättämistä yli vaalien ja 77 sitä vastusti.[225] Poissa oli 38 edustajaa ja mikäli nämä poissaolijat olisivat olleet paikalla, olisi lakiesitys saatettu hyväksyä ilman siirtämistä vaalien jälkeisen eduskunnan käsiteltäväksi.

Lain siirtämiskeskustelussa tuli jo esiin huomattava sairausvakuutuksen vastaisuus,[226] joka sittemmin ratkaisi sairausvakuutuksen kohtalon. Keskustelussa lain vastustajat vetosivat saksalaisen lääkärin Liekin kirjaan, jossa kuvattiin saksalaisessa sairausvakuutusjärjestelmässä ilmenneitä väärinkäytöksiä. Lain vastustajat, mm. Suomen Lääkäriliitto, katsoivat, että mahdollisten väärinkäytösten vuoksi järjestelmää ei tulisi ottaa käyttöön Suomessa.[227] Maalaisliitossa epäiltiin koko järjestelmän tarpeellisuutta, koska oli olemassa vapaaehtoisia sairaskassoja, joita kehittämällä ja valtion varoilla tukemalla voitaisiin saavuttaa maan oloja ja varoja paremmin vastaavat tulokset.[228] Toisaalta monet edustajat pitivät siirtoa vain väliaikaisena. Lakiesityksen siirtämistä vaatineetkin pitivät selvänä, että laki hyväksyttäisiin myös vaalien jälkeisessä eduskunnassa.

Uudessa eduskunnassa esitys tuli ainoaan käsittelyyn 8. päivänä marraskuuta 1929. Vaalien jälkeinen hallitus oli toisensisältöinen kuin sitä edeltävä, ja niiden välissä oli alkanut lapuanliikkeen liikehdintä, joka vei huomion muihin asioihin kuin terveysturvaan. Kokoomus ja työnantajat olivat asettuneet vastustamaan lakia varsin yksimielisesti, ja myös edistyspuolue, joka aiemmin oli suhtautunut uudistukseen myönteisesti, oli nyt lakia vastaan. Niinpä siirrettyä lakiesitystä käsiteltäessä ensimmäinen puheenvuoron käyttäjä, sosiaaliministeri Herman Paavilainen (edistyspuo-

225 Valtiopäivät 1929, pöytäkirjat. Lain puolesta äänestivät molemmat vasemmistopuolueet ja edistyspuolue sekä osa ruotsalaisen kansanpuolueen edustajista ja kokoomuslaisista. Maalaisliitto sekä enemmistö kokoomuksesta ja RKP:sta kannattivat lain siirtämistä yli vaalien käsiteltäväksi. Merkittävää äänestyksessä oli kuitenkin se, että osa ruotsalaisen kansanpuolueen edustajista ja kokoomuksen edustajista olisi halunnut lain tulevan voimaan. Äänestyksessä eivät siis olleet puhtaasti vastakkain oikeisto ja vasemmisto, vaan oikeiston puolella suhtautumisessa oli horjuvuutta.

226 Kansliapäällikkö Niilo A. Mannio kuvaa muistelmissaan poliittista tilannetta sairausvakuutuslain yhteydessä seuraavasti: ”Maalaisliitto oli vastustanut jo edellistä esitystä lähinnä siitä syystä, että itsenäiset yrittäjät ja siis myös maanviljelijät olisivat jääneet toistaiseksi lain ulkopuolelle. Tämän tärkeän mutta verraten paljon varoja nielevän uudistuksen hyvin ymmärrettävinä vastustajina olivat työnantajat ja vahvaa sivustatukea antoi Lääkäriliitto. Vastustajat viittasivat väärinkäytösten mahdollisuuteen ja Lääkäriliitto selitti, että lukuisissa tapauksissa lääkärinkin on mahdotonta todeta, onko korvauksiin oikeuttavaa sairautta olemassa. Saksassa, jossa sairausvakuutus oli jo vuosikymmeniä ollut voimassa, väitettiin esiintyneen runsaasti väärinkäytöksiä ja niistä oli julkaistu kirjojakin. Todennäköisesti vastustus olisi kuitenkin voitettu, ellei myös maalaisliitto edellä sanotusta syystä olisi edelleen asettunut kielteiselle kannalle. Siten esitys Mantereen hallituksen kannatuksesta huolimatta tässä uudessakin vaiheessa hylättiin. Näin oli tullut selvästi näkyviin palkansaajain ja itsenäisten maanviljelijäin, maamme kahden suurimman äänestäjäryhmän, eri käsitykset sosiaalivakuutuksesta. Tämä erimielisyys on sen jälkeenkin jatkuvasti ollut haittana sosiaalivakuutuksen kehitykselle”. (Mannio 1967, 155.)

227 Lääkäriliitto vastusti esitystä myös sen vuoksi, että sairausvakuutuksen katsottiin mm. häiritsevän potilaan ja lääkärin keskinäistä luottamuksellista suhdetta ja aiheuttavan lääkärille sellaista tarpeetonta työtä, joka vähentää hänen haluaan lääketieteelliseen ajatteluun (Hellsten 1993, 218).

228 Hellsten 1993, 215. Lain vastustajat epäilivät myös, korvaisiko se työvoimanpalautus, joka tämän avulla saataisiin tuotannon palvelukseen, järjestelmästä aiheutuneet kustannukset. Verrattain harvojen uskottiin menettävän työkykynsä hoidon puutteessa.

lue) ehdottikin lakiehdotuksen hylkäämistä. Hän siteerasi laajasti edellä mainittua saksalaisen lääkärin Liekin kirjaa ja kertoi, että myös Norjassa oli ilmennyt väärinkäytöksiä. Lisäksi hän viittasi Suomen köyhyyteen suhteessa muihin Skandinavian maihin. Ministeri vetosi siis jälleen siihen yleisesti käytettyyn ”Suomen talouden jälkeenjääneisyyteen”, jonka vuoksi Suomella ”ei ollut varaa” sairausvakuutukseen. Tämän vuoksi oli ymmärrettävää ja hyväksyttävää, että kansalaisten terveysturva oli Suomessa paljon alhaisemmalla tasolla kuin muualla Euroopassa.

Uuden eduskunnan lakiesityksestä käyttämistä puheenvuoroista tuli esiin uusi piirre. Myös kommunistit, joilla oli 23 edustajaa, olivat muuttaneet kantansa lakiesitykseen ja vaativat sen hylkäämistä. Puheissa annettiin ymmärtää käskyn tähän tulleen Moskovasta.[229] Ratkaisevaa äänestystä edeltänyt keskustelu oli erityisen kiihkeä ja siinä väärinkäytösten mahdollisuuden toivat hyvin korostetusti esiin lain vastustajat.[230] Tätä korostettiin erityisesti Lääkäriliiton antamassa lausunnossa. Liitto katsoi, että harvaan asutulla maaseudulla sairausvakuutuksen valvonta olisi vaikeaa, joten väärinkäytösten mahdollisuus oli ilmeinen. Muitakin syitä vastustavalle kannalleen liitolla oli. Yleiskokouksessaan vuonna 1929 Lääkäriliitto oli ottaessaan kielteisen kannan sairausvakuutuslakiin todennut, että sairausvakuutus olisi vaikeasti toteutettava sairaalaolojen puutteellisuuden ja lääkäreiden vähäisyyden takia. Liitto kiinnitti myös huomiota kustannusten ennakoimattomaan nousuun ja lain mukanaan tuomaan ”siveelliseen demoralisointiin”.[231]

Lääkäriliiton vastustus ja liiton käynnistämä julkinen kampanja lakia vastaan oli merkittävä ase hylkäämistä kannattaville edustajille[232], ja kokonaisuudessaan ajattelutapa ja suhtautuminen terveysturvaan oli uudessa eduskunnassa muuttunut. Lakia vastustettiin nyt kiihkeämmin ja ehdottomammin kuin edellisessä eduskunnassa. Erityisesti kokoomuksen ja maalaisliiton kannat olivat muuttuneet jyrkän vastustavaksi. Sairausvakuutusesityksen puutteena pidettiin ennen kaikkea universaalisuuden puutetta, joka sai erityisesti maalaisliiton vastustamaan esitystä. Palkansaajaväestön ei pitänyt saada sellaisia etuja, joita ei maalaisväestö saisi. Tähän näkemykseen ei

229 Ks. Kangas 2006, 318: ”Vallankumous vaarantuisi, jos laki hyväksyttäisiin. Kommunistien vastustus ratkaisi asian maalaisliiton voitoksi jo työväenasiainvaliokunnassa, joka hylkäsi ehdotuksen.” Ks. myös Kettunen 1994, 188: ”Juuri työturvallisuuslain käsittelyn edellä kommunistien hallitsema sosialistisen työväen ja pienviljelijäin eduskuntaryhmä oli päättänyt edistää vallankumousta vastustamalla sairausvakuutuslakia ja ratkaissut reformin romuttumisen.”

230 Ks. Sairausvakuutuslain eduskuntakäsittelystä, puolueiden kannoista ja suhtautumisesta sairausvakuutuslakiin Niemelä 2004, 96–99. Koko kansaa koskeva sairasvakuutus olisi puolestaan maksanut 7 prosenttia tuolloisesta valtion tulo- ja menoarviosta. Siihen ei katsottu olevan taloudellisia mahdollisuuksia.

231 Vuonna 1929 Lääkäriliiton yhdeksännessä yleisessä kokouksessa annetussa yksimielisessä julkilausumassa viitataan mm. niihin maihin, joissa on pakollinen sairausvakuutus, ja todetaan, että siellä ”taudin teeskentely, sen liioittelu ja nk. vakuutusneuroosit olivat vuosi vuodelta vakavasti lisääntyneet ja tehneet kaikki laskelmat lain aiheuttamista kustannuksista paikkansa pitämättömiksi”. Julkilausuman mukaan ”lakiehdotusten määräysten laatu tulisi meilläkin epäilemättä johtamaan laajojen kansankerrosten siveelliseen demoralisointiin”. (Vauhkonen ym. 1978, 124.)

232 Sairausvakuutuksen käsittelyn kuluessa kokoomuksen asennoituminen muuttui, ja se näkyi myös vaaliohjelmassa. Vielä vuoden 1927 vaaliohjelmassa kannatettiin sairausvakuutusta, mutta vuoden 1929 vaaliohjelmassa sosiaalivakuutuksen kehittämistä koskeva kannanotto oli kokonaan muuttunut. Työnantajat suhtautuivat torjuvasti sairausvakuutukseen. Vastustus liittyi työnantajille aiheutuviin maksuihin sekä koko yhteiskunnalle aiheutuvaan rasitukseen. (Hellsten 1993, 217–218.)

vaikuttanut se, että muissakin maissa järjestelmä oli alkanut osittaisena ja laajentunut vähitellen koko väestöä koskevaksi. Suomeen ei haluttu sairausvakuutusjärjestelmää osittaisen liikkeellelähdön ja järjestelmän aiheuttamien kustannusten vuoksi. Lisäksi joidenkin kansalaisten pelättiin käyttävän järjestelmää väärin. Vanhuusvakuutuksen toteuttamista pidettiin sairausvakuutusta tärkeämpänä.[233] Esitys hylättiinkin tällä kertaa selvin luvuin: 120 oli hylkäyksen kannalla ja 76 kannatti esitystä.

Oli kuitenkin hyvin täpärällä, että Suomeen olisi tullut sairausvakuutus rahoittamaan terveydenhuoltoa jo 1920-luvulla palkkatyöntekijöitä koskevana, mikäli rakenteellista veto-mahdollisuutta ei olisi ollut. Työväenasiain valiokunnan tekemät muutokset esitykseen olisivat ulottaneet järjestelmän suureen osaan kansasta, ja sen jälkeen olisi muiden maiden tapaan ollut mahdollista laajentaa järjestelmää vähitellen universaaliseksi. Alussa tosin vain palkkatyöntekijöiden terveysturva olisi kehittynyt, mutta tuon ajan poliittisen tilanteen huomioiden keskustelu järjestelmän laajentamisesta olisi todennäköisesti lähtenyt nopeasti käyntiin, jos laki olisi tullut voimaan. Järjestelmän ulkopuolelle jääneet maaseudun edustajat olisivat nopeasti vaatineet järjestelmän muuttamista kaikkia kansalaisia koskevaksi.

Lain hyväksymisellä olisi ollut muitakin seurannaisvaikutuksia. Sairausvakuutuksen mukainen hoidon korvaaminen käsitti sekä avo- että sairaalahoidon, joten uusi rahoituskanava olisi todennäköisesti antanut sysäyksen sekä avohuollon lääkäripalvelujen lisäämiselle että uusien sairaaloiden rakentamiselle. Näin koko terveydenhuollon tuolloin hyvin kehno tila olisi voinut vähitellen alkaa parantua. Rajanveto-ongelmia yleisen verorahoituksen ja sairausvakuutusrahoituksen välillä olisi todennäköisesti jouduttu tuolloinkin ratkomaan, mutta ratkaisuun pääsy olisi ehkä ollut helpompaa kuin myöhemmin. Terveydenhuolto oli vielä 1930-luvulla kokonaisuudessaan sääntelemätöntä, joten uusille poluille lähteminen olisi joka tapauksessa ollut kustannuksiltaan halvempaa kuin myöhemmin, jolloin polut olivat jo leventyneet ja syventyneet. Järjestelmiä kehitettäessä olisi sairausvakuutus otettu enemmän huomioon kuin sittemmin tehtiin, kun järjestelmä viimein tuli voimaan 1960-luvulla. Monikanavaisuuden ongelmia olisi voitu ratkaista vuorovaikutteisemmin kuin myöhemmin on tehty.

Esityksen vastustajien onnistuminen esityksen kaatamisessa johti epäilemättä yhteen Suomen terveydenhuollon historian merkittävimmistä käänteistä (*critical junction*). Tämä käänne oli kuitenkin luonteelta negatiivinen ja johti Suomessa kansalaisten ter-

233 Toiset Valtiopäivät 1929, pöytäkirjat I. Kangas on käsitellyt sairausvakuutuslain tuolloista hylkäystä seuraavasti: ”On väitelty paljon siitä, kenelle kuuluu kunnia pohjoismaisesta universalismista. Skandinaviassa pisteet ovat menneet sosialidemokraattisille puolueille, sen sijaan Suomessa ne on annettu maalaisliitolle, joka ainakin suurista puolueista eduskuntakeskustelujen ja puolueohjelmien valossa on puhunut kaikille maksettavien universaalisten etujen puolesta. Asia ei kuitenkaan ole niin selvä. Kiistatonta on, että yhteiskunnan agraarisuuden ja puolueiden organisoitumistavan vuoksi maalaisintresseillä oli vahva sija suomalaisessa politiikassa. Yhtä kiistatonta on se, että varhaiset yritykset toteuttaa sairausvakuutus rajoitetun työväenvakuutuksen muodossa kariutuivat Suomessa maalaisliiton vastustukseen. Puolueen torjuva asenne työväenvakuutusta kohtaan on tärkeä syy siihen, että sairausvakuutuksen toteuttaminen Suomessa kesti niin pitkään. Onko siis niin, että universalismi on maalaisliiton ansiota? Ei välttämättä. Myös muissa Pohjoismaissa päädyttiin kattaviin järjestelmiin, vaikka agraaripuolueilla ei ollut sellaista vahvaa asemaa kuin Suomessa. Mitä todennäköisimmin Suomessakin olisi päädytty pohjoismaiseen universalismiin, vaikka sairausvakuutus olisi aluksi toteutettu vaikkapa Tannerin hallituksen esityksen mukaisesti 1920-luvun lopulla.” (Kangas 2006, 335.)

veysturvan jäämiseen yhä kauemmas jälkeen yleisestä kansainvälisestä kehityksestä. Sairausvakuutusesityksen kaatumisen jälkeen 1860-luvulla muotoutunut paikallisen aloitteellisuuden polku jatkui edelleen sääntelemättömänä vielä 1930-luvullakin. Järjestelmän kaatuminen ei merkinnyt sitä, että kunnan järjestämisvelvollisuuteen perustuvaa terveydenhuoltoa olisi alettu kehittää vastapainoksi. Ainoa lopputulos oli se, että Suomi jäi Albanian kanssa ainoiksi Euroopan maiksi, joissa kansalaisilla ei ollut sairausvakuutusturvaa.[234]

Esityksen kaatumisesta huolimatta keskustelu sosiaalivakuutuksesta jatkui 1930-luvulla. Maalaisliiton vaatimuksesta kehittämisen painopiste siirtyi kuitenkin sairausvakuutuksesta eläkevakuutukseen, koska puolue piti vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutuksen toteuttamista sairausvakuutusta kiireellisempänä. Tämän johdosta 1930-luvulla alettiin valmistella kansaneläkejärjestelmää, joka toteutui kahdeksan vuotta sairausvakuutusesityksen hylkäämisen jälkeen.[235] Laki kansaneläkkeestä hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1937, joskin lain voimaantulo merkitsi vasta henkilökohtaisten eläketilien avaamista ja eläkesäästämisen aloittamista. Ensimmäisiä vanhuuseläkkeitä voitiin maksaa vasta 1940-luvun lopulla. Tosin ensimmäiset työkyvyttömyyseläkkeet tulivat maksuun jo vuonna 1942. Kansaneläkelain säätäminen merkitsi päänavausta sosiaalivakuutuksen kehittämiselle tapaturmavakuutuksen jälkeen. Sairausvakuutus jäi edelleen vuoden 1897 apukassa-asetuksen mukaisten vapaaehtoisten kassojen varaan, joita valtio ei avustanut. Kassat toimivat pelkästään jäsenmaksujen ja työnantajaosuuksien varassa.

4.3.2 Pyrkimykset sairausvakuutusjärjestelmän luomiseen toisen maailmansodan jälkeen

Samaan aikaan kuin sairaalalaitosta alettiin kehittää 1940-luvun lopulla, alettiin uudelleen keskustella sairausvakuutuksen toteuttamisesta. Sairausvakuutus olisi merkinnyt uutta, vakuutusmaksuun perustuvaa rahoitusmuotoa, jonka integrointi muun terveydenhuollon rahoituksen kanssa ei ole ongelmatonta. Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisen uusi yritys lähti hyvin hitaasti ja varovaisesti liikkeelle. Vuonna 1942 hyväksyttiin uusi avustuskassalaki,[236] joka selkeytti avustuskassojen toimintaa ja oli soveltamisalaltaan aiempaa apukassa-asetusta laajempi. Uuden lain myötä työntekijät, joiden työpaikalle oli perustettu sairauskassa, pääsivät lähemmäksi sitä tilannetta, johon sairausvakuutuslain hyväksyminen olisi johtanut. Kysymyksessä oli kuitenkin hyvin yksilöllinen etuus. Avustuskassojen myöntämien etuuksien ja avustusten määrä ja laatu olivat riippuvaisia kunkin kassan säännöistä, ja edut vaihtelivat huomattavasti eri kassoissa. Avustuskassat eivät siis olleet mikään todellinen

234 Rinnan sairausvakuutuksen kanssa pyrittiin Suomeen saamaan myös työttömyysvakuutus, mutta tämäkään yritys ei onnistunut, vaikka eduskunta kehotti vuonna 1926 hallitusta tutkimaan, missä laajuudessa pakollinen työttömyysvakuutus olisi voitu ottaa käyttöön (Hellsten 1993, 218).

235 Niemelä 1994, 146.

236 HE 118/1941.

vaihtoehto sairausvakuutusjärjestelmälle edes sen suppean työntekijäjoukon osalta, joka oli kassojen piirissä.

Vielä vuonna 1942 kassat pysyivät lain uudistuksesta huolimatta omakustanteisina. Valtio valvoi kassojen toimintaa mutta ei osallistunut niiden ylläpitoon.[237] Lain mukaan avustuskassojen toiminnan valvonta kuului sosiaaliministeriölle, ja valvonnasta oli laissa hyvin tarkat säännökset. Varsinaisesta valtion panostuksesta kassatoimintaan lakiesityksessä ei ollut mainintaa, eikä asiaa otettu esille eduskuntakeskustelussakaan. Oletettavasti syynä oli se, ettei sodan aikana ollut mahdollisuutta laajentaa valtion avustustoimintaa. Valtio oli tosin jo 1930-luvulta lähtien avustanut virkamiesten kassoja, mutta avustamistoiminta ei ulottunut laajemmalle. Tämän suppean ryhmän kassan avustamista ei voida pitää Suomessa sairausvakuutusjärjestelmän alkuna.[238]

Aloite sairausvakuutusuudistuksen valmisteluun tuli virkamiehiltä. Heti sodan jälkeen vuonna 1945 alkoi kansliapäällikkö Niilo Mannion puheenjohdolla työskennellä sosiaalivakuutuskomitea. Sen tehtäväksi annettiin ehdotuksen laatiminen pakollisesta sairausvakuutuksesta. Mannio oli osallistunut ILO:n toimintaan sekä mukana jo valmisteltaessa 1920-luvun sairausvakuutusesitystä.[239] Huolimatta siitä, että sairausvakuutuslakiesitys kaatui 1920-luvulla, Mannio oli jälleen sodan jälkeen valmis uuteen yritykseen. Hänen toimintaansa vaikuttivat erityisesti kansainvälisestä toiminnasta saadut kokemukset. Vakituisena valtion edustajana ILO:n vuosittaisissa yleiskokouksissa Mannio oli huolissaan siitä, että ILO:n suositus sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisesta jäsenmaissa ei ollut vaikuttanut kehitykseen Suomessa.

Mannion johtama ns. suuri sosiaalivakuutuskomitea työskenteli neljä vuotta ja antoi vuonna 1949 osamietintönsä.[240] Taloudelliset vaatimukset olivat sodan jälkeen suurempi este sosiaalivakuutusjärjestelmien toteuttamiselle kuin poliittisen tahdon puuttuminen. Suuret kokonaisuudistukset eivät sodanjälkeisessä taloudellisessa tilanteessa olleet mahdollisia. Suomi joutui rauhansopimuksen mukaan maksamaan suuret sotakorvaukset, ja voimavarat piti ensisijaisesti keskittää niiden maksamiseen. Siksi komitea lähti sairausvakuutuksen soveltamisalan osalta aiemmista, tosin jo kerran hylätyistä, lähtökohdista ja ehdotti sairausvakuutuksen toteuttamista vain suurien työpaikkojen työntekijöille.[241] Lähtötaso olisi siis ollut jopa alempi kuin 1920-luvulla ehdotetussa järjestelmässä, joka olisi hyväksyttynä ulottunut kaikkiin palkkatyöntekijöihin. Sota oli muuttanut asenteita suopeammaksi sairausvakuutusjärjestelmää

237 Suomen valtion suhtautuminen avustuskassoihin poikkesi pohjoismaisesta käytännöstä, sillä esimerkiksi Ruotsissa valtio oli tukenut avustuskassoja jo 1900-luvun alusta lähtien.

238 Hallituksen esityksessä virkamiesten kassojen avustaminen mainitaan lyhyesti ja todetaan, että se on toteutettu eri lainsäädännöllä kuin mitä sovelletaan muihin kassoihin (HE 118/1941).

239 Mannio piti muistelmissaan sairausvakuutusesityksen kaatumista 1920-luvulla suurena vahinkona (Mannio 1967, 91–92).

240 KM 1949:23.

241 Komitealla ei ollut periaatteellisia epäilyksiä pakollisen sairausvakuutuksen tarpeellisuudesta, mutta koko kansaa koskevan sairausvakuutuksen toteuttamista ei pidetty mahdollisena (KM 1949:23, 2).

kohtaan. Sodan jälkeinen eduskunnan kokoonpano, jossa vasemmistopuolueet olivat huomattavasti vahvistuneet, olisi ehkä mahdollistanut järjestelmän hyväksymisen. Toisaalta juuri sodan vuoksi taloudelliset vaatimukset olivat entisestään tiukentuneet. Tämän vuoksi ehdotettu soveltamisala oli suppeampi kuin vuoden 1911 komitean esittämä järjestelmä ja kansainvälisesti 1950-luvun näkökulmasta katsoen ehdotettu soveltamisala oli jopa poikkeuksellisen suppea.

Vakuutuksen toteuttaminen olisi annettu olemassa oleville sairauskassoille, joten toteutuessaan järjestelmä ei olisi vaatinut suuria hallinnollisia uudistuksia.[242] Komitea pohti myös universaalista järjestelmää, mutta käyttäen perusteenaan taloudellista tilannetta ja sairaanhoito-olojen puutteellisuutta komitea ei pitänyt universaalin järjestelmän toteuttamista mahdollisena. Universaalisuuden tavoittelemisestakin oli komitean mielestä luovuttava niin kauan kuin ei ollut mahdollista antaa kaikille maan asukkaille tarpeellista sairaanhoitoa. Kehittämisen hitaus 1920- ja 1930-luvulla oli johtanut siihen, että asenteiden muututtua terveydenhuollon kehittämiseen myönteisemmäksi aineelliset rajoitukset estivät etenemisen. Koska terveydenhuoltojärjestelmää ei ollut muutoinkaan kehitetty, ei katsottu mahdolliseksi toteuttaa sairauden aiheuttamia kustannuksia korvaavaa sairausvakuutusjärjestelmää kaikkia kansalaisia koskevana.[243] Komitean antaessa mietintönsä vuonna 1949 terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen toimeenpano sodan jälkeisessä uudessa kehittämishengessä oli tosin vasta alkuvaiheessa.[244] Kuitenkin jo 1940-luvulla edettiin joillakin osa-alueilla, kuten lasten terveyden edistämisessä[245], ja komitea ehdotti järjestelmän piiriin tuleville suurten työpaikkojen työntekijöille varsin kattavaa sairausvakuutusturvaa.[246] Toteutuessaan esitys olisi merkinnyt alkua sairausvakuutuksen kehittämiselle ja todennäköisesti järjestelmän laajentaminen olisi toteutunut taloudellisten olojen parannuttua.

Komitean esitykset eivät tälläkään kertaa johtaneet käytännön toimenpiteisiin eikä sairausvakuutuspolku alkanut Suomessa vielä 1940-luvulla. Mietinnön antamisen

242 KM 1949:23, 2: ”Lähes kaikki maassamme tällä hetkellä toiminnassa olevat sairausavustuskassat ovat tehdaskassoja. Ensimmäinen tehdaskassa perustettiin vuonna 1846 Finlayson & C:o O/Y:n puuvillatyöntekijöitä varten. Näille kassoille on ollut ja on edelleenkin ominaista, että työnantaja avustaa kassoja suorittamalla niille kassan sääntöjen mukaisesti kannatusmaksua sekä järjestämällä niille niiden toimintaa varten tarvitsemat tilat, minkä ohessa työnantajat yleensä maksavat kassan henkilökunnan palkkamenot ja usein ovat järjestäneet työpaikalle lääkinnällistä hoitoakin.”

243 Hellsten 1993, 290. Rajaukseen vaikutti se, että sairausvakuutuksen katsottiin jäävän teholtaan vajanaiseksi, ellei olisi olemassa riittäviä sairaanhoitomahdollisuuksia, ennen kaikkea riittävää sairaalaverkostoa.

244 Hellsten 1993, 292. Sairausvakuutusta argumentoitiin ensisijaisesti vedoten taloudellisiin ja tuotannollisiin näkökohtiin. Kysymys oli elävän työvoiman turvaamisesta.

245 1940-luvulla kehitettiin ehkäisevää terveydenhuoltoa, koska silloin tulivat lakisääteisiksi äitiys- ja lastenneuvolat. Muista sosiaalipoliittisista uudistuksista tärkein oli lapsilisäjärjestelmän toteuttaminen vuonna 1948. (Ks. Niemelä ja Salminen 2003, 10–12.)

246 Komitea ehdotti muun muassa, että sairaanhoitona vakuutus suorittaisi kustannukset lääkärin hyväksymästä tarpeellisesta hoidosta, kuitenkin vain kolme neljäsosaa hoitoon kuuluvien lääkkeiden ynnä tarpeellisten puhdistusaineiden hinnasta (KM 1949:23, 40). Kassa olisi kuitenkin ollut velvollinen korvaamaan vain kassan lääkärin hyväksymän sairaanhoidon kustannukset. Sairaanhoidon kustannusten tason vakiinnuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö olisi lääkintöhallitusta kuultuaan vahvistanut lääkärihoidosta suoritettavan palkkion perusteet (KM 1949:23, 11).

jälkeen kului vuosia, ilman että komitean esityksiin olisi poliittisella tasolla palattu. Tarvittava paine puuttui sairausvakuutuksen viemiseksi poliittisesti tärkeäksi kysymykseksi puolueiden välillä. Virkamiehet ja asiantuntijat olivat jälleen ehdottaneet uudistuksia, mutta asia ei edennyt, koska poliitikot eivät olleet yksimielisiä sen eteenpäin viemisestä.[247] Vähitellen kuitenkin myös poliittisella tasolla kiinnostus asian edistämiseen lisääntyi, niin että vuonna 1954 annettiin komitean mietinnön pohjalta lakiesitys eduskunnalle palkansaajien sairausvakuutuslaiksi.[248] Heikko kohta komitean esityksissä oli jälleen soveltamisalan rajaaminen vain suurten työpaikkojen työntekijöihin. Suppea soveltamisala aiheutti ongelmia poliittisessa päätöksenteossa, eikä esitys pelkästään palkansaajia koskevana saanut riittävää kannatusta. Maaseudun edustajat eduskunnassa olivat edelleen samaa mieltä kuin 1920-luvulla eivätkä voineet esitystä näin suppeana hyväksyä.[249] Ajatus sairausvakuutuksen toteuttamisesta ei kuitenkaan tällä kertaa sammunut kokonaan vuosikausiksi, vaan tämän jälkeen päätettiin jälleen perustaa komitea pohtimaan asiaa. Valmistelu oli nyt aiempaa määrätietoisempaa, koska tällä kertaa komitea sai nimenomaiseksi tehtäväkseen laatia ehdotuksen koko kansaan kohdistuvasta sairausvakuutuslaista.[250]

Yhtenä pontimena asian eteenpäin viemiseen oli varmasti se, että pohjoismaisessa vertailussa Suomi olisi jäänyt jälkeen, vaikka suuren sosiaalivakuutustoimikunnan esitys vain palkansaajia koskevasta sairausvakuutuksesta olisi toteutettukin. Kehitys muualla oli jo kulkenut universaaliseen suuntaan. Ruotsissa tuli pakollinen, kaikkia kansalaisia koskeva sairausvakuutus voimaan 1955,[251] Norjassa 1956 ja Tanskassa 1960. Näissä maissa vakuutus kattoi sairaanhoitovakuutuksen sekä päiväraha- ja äitiysvakuutuksen kaikille kansalaisille.[252] Tanskassa vapaaehtoisen, mutta valtion

247 Ks. Hellsten 1993, 291. Sairausvakuutus oli ollut keskeisellä sijalla sosialidemokraattien sosiaalipoliittisessa ohjelmassa 1920-luvusta lähtien, ja myös sodan jälkeen se asetettiin tärkeysjärjestyksessä ensimmäiseksi. Puolueen kansanedustajat tekivät asiasta useita aloitteita ja yleisen sairausvakuutuksen puutetta pidettiin sosiaaliturvajärjestelmän suurimpana aukkona. Kokoomus painotti sosiaalivakuutuksen kehittämisessä erityisesti äitiysvakuutusta, mutta sen ohella mainittiin myös sairausvakuutuksen toteuttaminen, jolle oli vähitellen luotava edellytykset sairausavustuskassatoimintaa kehittämällä. Työnantajat kannattivat vakuutuksen järjestämistä työpaikkakassoissa, joiden valvonnasta olisivat huolehtineet työntekijät.

248 HE 15/1954. Esityksen käsittely päättyi kuitenkin alkuunsa eduskunnassa, koska sillä ei ollut läpimenomahdollisuuksia (Hellsten 1993, 292).

249 Esityksen 8 § oli periaatteellisesti hyvin mielenkiintoinen, koska sen mukaan lääkärinhoidosta suoritettavan palkkion perusteet oli lääkäreitä edustavan järjestön ja Kansaneläkelaitoksen sovittava. Tässä siis pyrittiin selvästi Saksan järjestelmän tyyppiseen lääkärinpalkkioiden neuvottelu- ja sopimismenettelyyn.

250 Ks. Haatanen ja Suonoja 1992, 467–468. Sairausvakuutusta valmisteltaessa voitiin nähdä tavoitellun neljää käsitteellisesti erillistä, mutta toisiinsa liittyvää asiaa: 1) Sairausvakuutuksella pyrittiin sairauden aiheuttaman taloudellisen menetyksen korvaamiseen. 2) Korvaustavoitteen katsottiin sisältävän paitsi sairastavien ja terveiden välisen kustannusten tasauksen myös pyrkimyksen sairauden aiheuttaman taloudellisen rasituksen vähentämiseen nimenomaan pienituloisissa perheissä. 3) Hoidon käytön tehostamiseen pyrittiin pienentämällä avosairaanhoidon lääkärin, lääkkeiden sekä tutkimus- ja hoitolaboratorioiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia. 4) Pyrkimyksenä oli myös hoidon käytön väestöryhmittäinen tasaaminen ja lisääminen siellä, missä taloudelliset tekijät olivat eniten rajoittaneet hoitoon tuloa.

251 Ruotsissa oli lain säätämiseen mennessä 65 prosenttia kansasta vakuutettu vapaaehtoista tietä sairauden varalta. Tilanne oli siis paljolti erilainen kuin Suomessa, jossa sairauden turva perustui yleensä sairaskassoihin. Niiden jäsenmäärä koko väestöön verrattuna oli suppea. (Lindqvist 1990.)

252 Niemelä 1994, 147.

tukeman kassajärjestelmän kattavuus oli laajentunut nopeasti, sillä jo 1930-luvulla lähes 90 prosenttia työvoimasta kuului etujen piiriin. Ruotsissa valtion tuen määrä vapaaehtoisille kassoille oli vähäisempää kuin Tanskassa ja siksi kattavuus laajeni hitaammin. Norja seurasi saksalaista mallia ja eteni asteittain soveltamisalaa laajentaen, kunnes vuonna 1956 päästiin Norjassakin universaaliseen, kaikkia kansalaisia koskevaan sairausvakuutusjärjestelmään. Suomen tavoin ei Norjankaan valtio ryhtynyt tukemaan vapaaehtoista sairaskassatoimintaa, minkä vuoksi sairaskassaliike oli vapaaehtoisena järjestelmä edennyt hitaasti. Kuitenkin Norjassa ensimmäinen pakollinen sairausvakuutuslaki säädettiin jo 1900-luvun alussa, ja se kattoi vain eräät teollisuusalat. Siitä vakuutus kuitenkin vähitellen laajeni pakollisena muille toimialoille ja ammattiryhmiin.[253] Muissa Pohjoismaissa oli siis alussa kattavuus ollut rajoitettu ja vähitellen oli edetty kohti universalismia. Todennäköisesti Suomessakin olisi edetty samalla tavoin kuin muissa Pohjoismaissa, jos vuoden 1954 esitys tai sitä ennen 1920-luvun sairausvakuutusesitys olisi hyväksytty. Suomessa poliittiset olosuhteet kuitenkin estivät osittaisen etenemisen ja haluttiin ”kaikki tai ei mitään”. Sairausvakuutuksen eteneminen Suomessa alkoikin vasta 1955, jolloin perustettiin ns. Jylhän komitea. Komitean toimintaa selostan seuraavassa luvussa.

Ennen 1960-lukua toimeentuloturvaa sairaustapauksissa tarjosivat vain sairausvakuutuskassat, jotka yleensä olivat työpaikkakassoja. Järjestelmän piiriin kuului vielä 1950-luvun lopullakin ainoastaan noin viisi prosenttia väestöstä, joten järjestelmällä ei ollut merkitystä puuttuvan sairausvakuutuksen korvaajana. Kun sairausvakuutus puuttui, oli kansalaisilla mahdollisuus lieventää sairauden aiheuttamia taloudellisia ongelmia ottamalla henkilökohtainen sairauskuluvakuutus yksityisestä vakuutusyhtiöstä. Yksityisvakuutusten tarjoamat edut etuudet eivät kuitenkaan normaalitapauksissa riittäneet kattamaan kaikkia sairausajan menetyksiä. Erityissuojaa tarjosivat erityisjärjestelmät, kuten tapaturmavakuutus ja liikennevakuutus, joskaan niidenkään korvaukset eivät aina kattaneet kaikkia hoitokuluja.

Suomen hajanainen ja aukollinen terveysturvajärjestelmä oli vielä 1950-luvulla niin puutteellinen, että ILO:n edellyttämä sairausturva ei toteutunut.[254] Sairausvakuutuksen puuttuminen oli erityisesti siksi terveyspoliittisesti huolestuttavaa, että ihmiset eivät tarpeesta huolimatta hakeutuneet hoitoon. Lisäksi kunnanlääkärit joutuivat usein jättämään palkkionsa perimättä potilaan varattomuuden vuoksi. Ongelmat esiintyivät erityisesti avoterveydenhuollon puolella, sillä sairaalahoidossa yhteiskunnan panostuksen vuoksi perityt maksut olivat kiinteät ja kohtuulliset. Myös palvelun saatavuudessa oli ongelmia. Suomen lääkäritiheys oli Euroopan pienimpiä. Väestön terveydentila eliniän pituudella ja kuolleisuudella mitattuna kuului Euroopan huonoimpiin. Erityisesti perheiden lääkemenot olivat sairausvakuutuksen puuttumisen vuoksi suuret.

253 Kangas 2006, 335.

254 Jaakkola ym. 1994, 237. Kysymyksessä oli ILO:n yleissopimus nro 102 vuodelta 1952, joka määritteli sosiaaliturvan vähimmäistason. Sopimus koski lähinnä työntekijöitä ja heidän perheitään. Näille tuli taata sairaanhoito sairauden syyhyn katsomatta sopimuksen artiklojen 7–12 mukaisesti.

Puutteista huolimatta joillakin erikoisaloilla terveydenhuollon palvelut paranivat sodan jälkeen ja 1950-luvulla. Tuberkuloosi oli vakava kansansairaus. Siksi jo 1930-luvulla ryhdyttiin erityistoimiin, ja toiminta jatkui sodan jälkeen. Tuberkuloosi liittyy köyhyyteen ja heikkoon vastustuskykyyn.[255] Sodan jälkeen tuberkuloosin vastustamiseksi säädettiin tuberkuloosilaki, joka tähtäsi parantoloissa annettavan hoidon lisäämiseen. Tuberkuloosihoito kehittyi muusta sairaanhoidosta erilliseksi järjestelmäksi, johon sisältyi myös ennaltaehkäisy.[256]

4.4 Kunnallisen järjestämisvastuun eteneminen

4.4.1 Terveydenhoitolakia uudistetaan

Vaikka kehitys yksilökohtaisessa terveydenhuollossa eteni vuosina 1917–1959 hajanaisesti ja paikallisena, päästiin yleisessä terveydenhuollossa pidemmälle uudistamalla vuodelta 1879 peräisin oleva terveydenhoitoasetus. Asetuksessa kunnallisille elimille oli annettu useita terveydellisten olosuhteiden edistämiseen tähtääviä tehtäviä, mutta maalaiskunnissa nämä tehtävät ja lainsäädännön määräykset olivat jääneet pääosin toteuttamatta. Asenteet ja mielipiteet kunnissa eivät olleet riittävästi kypsyneet asetuksen säännösten toteuttamiseen, eikä valtio kontrolloinut asetuksen toteuttamista. Terveydenhoitoasetuksen toimeenpanoon liittyviä ongelmia oli tosin vuosisadan alussa tutkinut komitea, mutta sen esitykset jäivät toteuttamatta, kuten niin monen muunkin terveydenhuollon edistämistä selvittäneen komitean esitykset.[257] Tilanne jatkui epätyydyttävänä, kunnes vuonna 1927 tuli voimaan uudistettu terveydenhoitolaki,[258] jonka myötä keskitettyä ohjausta yleisen terveydenhoidon edistämiseksi vahvistettiin. Lain mukaan yleisen terveydenhoidon tuli toimia lääkintöhallituksen johdettavana ja kunnan terveydenhoitoviranomaiset saivat laissa valtuudet tarpeellisiksi katsottaviin toimenpiteisiin kulkutautien estämisen varalta.[259] Asiaan oli tartuttava silloin, kun joku oli sairastunut kulkutautiin, jolloin terveydenhuoltoviranomaisten oli ryhdyttävä tarpeellisiin ehkäisytoimiin. Terveydenhuoltoviranomaisiin luettiin myös kunnalliset viranomaiset, ja laki velvoitti jokaisen kunnan perustamaan erityislautakunnan lainmukaisten tehtävien hoitamista varten. Lautakunnan tärkeimpiä tehtäviä oli terveydenhoitolain noudattamisen valvonta ja yleisestä terveydenhoidosta huolehtiminen.

Uusi laki oli periaatteellisesti tärkeä, sillä nyt ensimmäistä kertaa keskushallinto alkoi valvoa paikallisen tason terveydenhuollon toteuttamista ja lääkintöhallitus sai uusia valtuuksia. Merkittävää oli myös se, että kuntiin perustettiin terveyslautakuntia

255 Soininen 2009, 83.

256 Jauho 2007, 282.

257 KM 1908:7. Komitea ehdotti mm. kuntien velvoittamista terveydenhoitolautakunnan asettamiseen ja erityisen katsastajajärjestelmän perustamiseen sekä kunnanlääkärien osallistumista terveydenhuoltotyöhön. Ehdotukset perustuivat siihen, että terveydenhoitolautakuntia ei aiemman lain aikana ollut perustettu, jolloin asetuksen käytännön toteuttajaa ei kunnassa ollut.

258 Terveydenhoitolaki 1.7.1927/165.

259 Terveydenhuoltolaki uusittiin seuraavan kerran vuonna 1965.

toteuttamaan asetuksen säännöksiä. Tästä huolimatta Suomessa ei vielä 1920-luvun lopulla ollut totuttu keskitettyyn ohjaukseen ja kunnissa vallitsi edelleen se näkemys, että terveydenhuollon toteuttaminen on kunnille vapaaehtoista. Paikallinen vastustus oli niin huomattavaa, että uusi lakikaan ei tuonut olennaista parannusta aiempaan tilanteeseen, jossa asetusta ei ollut noudatettu.[260] Uusien lautakuntien työ jäi käytännössä vähäiseksi, eikä tilannetta parantanut sekään, että terveyslautakunnalle oli lain myötä tullut mahdollisuus käyttää myös pakotteita. Lisäksi epäkohtana oli se, että terveydenhoitolaissa ei ollut mainintaa kunnallislääkärin viran perustamisesta, joten tältä osin edistys jäi edelleen kuntatasolla tehtävien päätösten varaan.[261]

Muutenkin vuoden 1927 terveydenhoitolain toteuttaminen jäi niin puutteelliseksi, että vuonna 1937 jouduttiin toteamaan, että vain runsaassa kolmannessa osassa maalais- ja kauppalakuntia suoritettiin säännöllisesti lain edellyttämä terveystarkastus. Useimmissa kunnissa tarkastus toteutettiin ”tarpeen mukaan”, mikä käytännössä merkitsi harvoin tehtyä, ylimalkaista tarkastusta. Terveystarkastuksen tekijöistä oli puutetta, mutta ongelmana olivat ennen kaikkea asenteet paikallisella tasolla. Perinteisen käsityksen mukaan terveystarkastaja puuttui yksityisen henkilön oman päätäntävallan piiriin kuuluviin asioihin hoitaessaan tehtäväänsä.[262] Ajatuksellinen paradigma ei siis Suomessa ollut kypsynyt yleisenkään terveydenhuollon osalta siihen, että viranomaisilla olisi oikeus ryhtyä tehokkaisiin toimenpiteisiin terveydenhuollon edistämiseksi ja kulkutautien ehkäisemiseksi. Suomen kunnissa eli edelleen epäluulo terveydenhoitoon liittyviä asioita kohtaan osin kustannusten pelossa ja osin ehkä sen vuoksi, että terveydenhuoltoa ei arvostettu.

4.4.2 Kunnanlääkärijärjestelmä vahvistuu

Kunnanlääkärijärjestelmän vakiintumattomuudesta ja aseman epävarmuudesta[263] huolimatta paikalliseen järjestämisvastuuseen perustuva terveydenhoitojärjestelmä laajeni 1920- ja 1930-luvuilla. Kehitys oli kuitenkin korostetun paikallista, sillä ainoat valtiovallan taholta annetut määräykset koskivat valtionapua kunnille näiden päättäessä perustaa kunnanlääkärin virkoja. Vuonna 1932 kunnallislakia muutettiin niin, että kuntainliitto muodostui ensisijaiseksi kuntien yhteistoiminnan muodoksi. Muutos edisti kuntien yhteisiä terveyshankkeita.[264] Kunnan velvollisuuksia terveydenhoidon alalla lisättiin myös tarkasteltavalla ajanjaksolla 1917–1959. Vuonna 1936 annettiin rokotuslaki, jossa tarkennettiin kunnallisten viranomaisten velvoitteita

260 Terveydenhoitosäännön määräykset olivat niin vaativat, että ne synnyttivät puheita siitä, että valtio pyrkii maksattamaan kunnilla ne tehtävät, joihin sillä itsellään ei ollut varaa. Monilla kaupungeilla ja kunnilla oli suuria vaikeuksia uusien tehtävien ja määräysten täyttämisessä. (Tiitta 2009, 118.)

261 Vauhkonen ym. 1978, 47.

262 Soikkanen 1966, 544.

263 Vuodesta 1902 lähtien valtionavustukset kunnanlääkärien palkkaukseen myönnettiin vain rahainhoitokauden päättymiseen saakka, kun aiemmin vuodesta 1888 alkaen niitä oli myönnetty 3–10 vuodeksi (Pesonen 1980, 404).

264 Soikkanen 1966, 537–539.

rokotusten toimittamisesta. Asianomainen valtion viranomainen jopa valvoi sitä, että kunnat hoitivat tältä osin velvoitteensa.[265] Valtion valvonta edusti uutta ajattelua terveydenhuollon toteuttamisessa, koska aiemmin oli luotettu siihen, että kunnat tekivät ”mitä parhaaksi katsovat”, eikä valtio puuttunut asiaan.

Terveysasiat oli itsenäisessä Suomessa uskottu sisäasianministeriön hoidettavaksi ja sosiaaliasiat kuuluivat sosiaaliministeriölle. Näin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus tapahtui kahdesta eri ministeriöstä, joilla oli melko vähän vuorovaikutusta keskenään. Terveydenhuolto ja sosiaalihuolto kehittyivät erillään toisistaan, vaikka alat olivat käytännön tasolla läheisiä. Sisäasianministeriötä pidettiin kuntien luottoministeriönä ja ministeriön toimiala oli hyvin laaja. Terveysasiat muodostivat vain pienen osan ministeriön tehtävistä, ja niitä hoiti muutama virkamies ministeriön hallinto-osastolla muiden tehtäviensä ohella. Varsinainen terveydenhuollon asiantuntijaelin ja keskusvirasto oli lääkintöhallitus.

Vasta vuonna 1927 sisäasianministeriö antoi lainvalmistelukunnalle tehtäväksi laatia ehdotuksen piiri-, alue- ja kunnanlääkärilaitosta koskevaksi lainsäädännöksi. Lainvalmistelukunnalla oli käytettävissään terveydenhuollon edistämisen aiempi valmisteluaineisto, erityisesti Salzmannin komitean esitykset vuodelta 1908. Työ jatkuikin paljolti aiemmalta pohjalta.[266] Vuonna 1928 lääkintöhallituksen pääjohtaja ja sosialidemokraattien kansanedustaja Hannes Ryömä esitti valmistelijoille suunnitelmansa piiri-, kunnan-, kaupungin- ja aluelääkäritoiminnan järjestelystä. Hän ehdotti piirilääkärijärjestelmän lakkauttamista vähitellen ja heidän sijaansa läänin-lääkäreitä, joiden sijaintipaikaksi tulisi läänin pääkaupunki. Kaupungit, kauppalat ja aluelääkärin virkapiiriin kuulumattomat maalaiskunnat velvoitettaisiin perustamaan yleistä terveyden- ja sairaanhoitoa varten kaupungin- ja kunnanlääkärinvirat. Tarpeen vaatiessa voitaisiin lääkärinvirka perustaa useiden kuntien yhteistoimin. Ryömän ehdotus edusti uutta ajattelua. Ehdotuksen ydin oli se, että lainsäädännöllä kunnat velvoitettaisiin perustamaan lääkärinvirkoja. Näin siis muutettaisiin aiempi vapaaehtoisuuteen perustuva järjestelmä. Ehdotuksen ongelma oli se, että se puuttui kunnalliseen itsehallintoon, joka oli muodostunut yhä painavammaksi arvoksi suomalaisessa yhteiskunnassa.

Työ jatkui lainvalmistelukunnassa, jonka mietintö valmistui 21.3.1930[267]. Tämäkään esitys ei johtanut mihinkään. Kuvaavaa asioiden hitaalle edistymiselle vielä 1930-luvulla on se, että lausunnonanto lainvalmistelukunnan esityksiin kesti peräti viisi vuotta. Suomen Lääkäriliitto ja muut keskeiset lausunnonantajat olivat tosin antaneet lausuntonsa jo heti esityksen valmistumisen jälkeen. Tärkein lausunnonantaja

265 Vaikka yleistä sairaanhoitoa koskeva lainsäädäntö oli vuosina 1917–1959 puutteellista, oli terveydenhuollon ammatinharjoittamisesta tarkempia säännöksiä. Vuonna 1925 säädettiin laki lääkärintoiminnan harjoittamisesta. Lääkintöhallitukselle annettiin valta tarvittaessa rajoittaa tai peruuttaa määräajaksi tai kokonaan lääkärin oikeus ammattinsa harjoittamiseen, mikäli lain säädökset antoivat siihen aiheen. (Tiitta 2009, 111.)

266 Pesonen 1980, 411.

267 Lainvalmistelukunnan esitys lääkäritoimen järjestämisestä 21.3.1930.

oli kuitenkin lääkintöhallitus, joka sai lausuntonsa valmiiksi vasta vuonna 1935. Syyksi asian viipymiseen ilmoitettiin taloudellinen pulakausi, jonka aikana mitään uudistuksia yleisen lääkärinhoidon järjestelyssä ei voitu saada aikaan. Lausunnossaan lääkintöhallitus asettui kannattamaan ehdotuksia. Uusi ehdotus valmistui lainvalmistelukunnasta vuonna 1936, mutta eduskunnan käsittelyyn se tuli vasta vuonna 1938[268]. Toisin kuin aiemmin, tällä kertaa esitys kuitenkin johti myös lainsäädäntöön. Hallituksen esitys perustui pitkälle Salzmannin komitean esityksiin vuodelta 1908. Niiden toteuttamiselle oli siis viimeinkin löytynyt myös poliittista tahtoa vuonna 1937 alkaneen ”punamultayhteistyön” seurauksena. Siihen saakka ainoa lääkäreiden antamaa yksilökohtaista hoitoa ohjaava säädös oli ollut piirilääkäreiden johtosääntö vuodelta 1832.

Hallituksen esityksen perusteluissa todettiin, että ”maaseudun lääkärinhoitoa koskevan lainsäädännön uusiminen on yli viiden vuosikymmenen ajan ollut päiväjärjestyksessä”.[269] Tästä huolimatta asia ei ollut edennyt eikä yhtenäisiä määräyksiä ollut alue- ja kunnanlääkäreistä. Nyt esitys viimein annettiin eduskunnan käsiteltäväksi, ja se käsitti kolme säännösryhmää: a) säännökset, jotka pääpiirtein määrittelivät lääkärilaitoksen sekä lääkärihenkilökunnan virka-aseman ja yleiset virkatehtävät, b) kaupungin ja kunnanlääkärilaitoksia koskevat säännökset, jotka rajoittivat tai vähensivät kuntien itsemääräämisoikeutta ja sen vuoksi hallitusmuodon mukaan oli säädettävä lailla sekä c) valtionavustusten perusteita koskevat säännökset, joiden mukaan valtio antoi kunnille avustusta lääkärinvirkain ylläpitämiseen. Hallitus esitti[270] ensimmäisen kerran kaupungeille, kauppaloille ja maalaiskunnille lakiin perustuvaa velvollisuutta perustaa kaupungin- tai kunnanlääkärin virkoja. Esityksen mukaan jokaisessa kaupungissa tuli olla kaupunginlääkäri, jonka virka-alue käsitti myös ne läheiset kunnat, jotka kaupungin kanssa olivat päättäneet ylläpitää yhteistä lääkärinvirkaa. Maalaiskunnat, jotka eivät kuuluneet aluelääkärin virka-alueeseen, sekä kauppalat olivat velvollisia joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa ylläpitämään kunnanlääkärin virkaa.

Ehdotus merkitsi uuden, keskitetyn ajattelutavan alkua ja suurta paradigmaattista muutosta aiempaan kuntien vapaaehtoisuuteen perustuvaan järjestelmään. Toisaalta hallituksen esitys myös laajensi kunnanlääkäreiden tehtäviä varsinaisesta yksilökohtaisesta sairaanhoidosta piirilääkäreiden tehtävien suuntaan. Esityksen mukaan kunnanlääkäreiden tuli varsinaisen sairaanhoidon ohella käyttää aiempaa enemmän aikaansa yleisiin terveydenhoidollisiin ja muihin lääkinnällisiin tehtäviin. Tehtävien laajentamiseen oli tarvetta erityisesti sen vuoksi, että hallitus esitti piirilääkärijär-

268 Pääministeri Aimo Cajanderin hallituksen ohjelmassa maaliskuulta 1937 ensimmäistä kertaa mainittiin terveydenhuoltoon liittyviä tavoitteita seuraavasti: ”Monissa suhteissa takapajulla olevia kansan sairaanhoito- ja terveydenhoito-oloja on tehokkaasti parannettava”. Cajanderin hallitus istui talvisodan alkuun 1.12.1939 saakka. (Tässä tutkimuksessa käytettyjen hallitusohjelmien lähde: Hallitusohjelmat 1917–. Helsinki: Valtioneuvosto. Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/hallitusohjelmat/fi.jsp>.)

269 HE 34/1938, 2.

270 HE 34/1938.

jestelmän lopettamista ja lääninlääkärijärjestelmän perustamista. Lääninlääkärit eivät voineet ottaa hoitaakseen kaikkia niitä tehtäviä, joita siihen asti olivat hoitaneet piirilääkärit. Kunnanlääkäreitä tarvittiin apuna.

Sekä kansalaisten hoidon saannin että myös terveydenhuollon rahoituksen näkökulmasta hallituksen esitys merkitsi edistysaskelta verrattuna entiseen järjestelmään. Esityksessä määriteltiin aiempaa täsmällisemmin kuntien ja valtion vastuunjako lääkärin virkojen ylläpidossa. Valtionavustusta kunnille lääkärin palkkaukseen ehdotettiin kahdeksi kolmasosaksi palkasta ja aiemmasta poiketen myös kaupunginlääkärin palkkaukseen sisältyisi valtionavustus. Kaupungit olivat siihen asti joutuneet ylläpitämään kaupunginlääkäreiden virkoja yksin ilman valtion tukea. Myös kunnanlääkärin eläke suoritettiin kokonaan valtion varoista. Näin runsas lakiin perustuva valtionavustus merkitsi valtion kannalta muutosta aiempaan pidättyväiseen ja passiiviseen rooliin terveydenhuollossa. Vuonna 1938 haluttiin valtion taholta alkaa edistää terveyspalvelujen tasa-arvoista saatavuutta koko maassa. Lisääntyneet valtionavut toteuttivat myös erityisesti kunnallisten keskusjärjestöjen vaatimusta siitä, että valtion määrätessä uusia tehtäviä lainsäädännöllä kunnille, tuli valtion myös maksaa siitä aiheutuvat kustannukset. Toisaalta kunnanlääkäreiden tehtävien laajennus yleisen terveydenhuollon suuntaan saattoi merkitä myös yksilökohtaisen sairaanhoidon saamismahdollisuuksien heikennystä. Kunnanlääkärit velvoitettiin huolehtimaan aiemmin valtion vastuulla olleista tehtävistä.

Kunnallisen itsehallinnon periaatetta korostettiin 1930-luvulla ja tämä tuli esiin esityksen eduskuntakäsittelyssä,[271] jossa kuntien velvoittaminen lailla perustamaan lääkärinvirkoja herätti paljon keskustelua. Ehdotusta arvosteltiin ja pakkoa lääkärinvirkojen perustamiseen pidettiin kuntien itsemääräämisoikeuden loukkauksena. Kunnallisessa itsehallinnossa tuli voida päättää siitäkin, saako kansalainen hoitoa sairauteensa vai ei. Ehdottomia oikeuksia ei kunnan palveluissa haluttu antaa kunnan asukkaille, vaan palveluiden antaminen oli riippuvaista kunnan päätöksistä ja palveluihin myönnettävistä määrärahoista. Lain ilmaisuun, jonka mukaan kunta ”voi” antaa palveluja, sisältyy palvelun saamisen harkinnanvaraisuus. Esityksessä pyrittiin kääntämään polkua keskitetympään ohjaukseen, mutta pitäytyminen vanhaan ajatteluun kunnan itsenäisestä päätöksenteosta säilyi vahvana.[272]

Myös aiemmin terveydenhuollon kehittämisessä keskeisenä pidetyt taloudelliset näkökohdat ja varojen niukkuuden korostaminen nousivat esitystä käsiteltäessä jälleen esille. Eduskuntakeskustelussa lain toteutuksen arveltiin aiheuttavan kunnille liian suuria rasituksia (huolimatta siitä, että valtio olisi maksanut kaksi kolmasosaa kunnanlääkärin palkasta sekä lääkäreiden eläkkeet). Taloudellisiin seikkoihin vetoami-

271 Valtiopäivät 1938, pöytäkirjat II.

272 Wrede on todennut vuoden 1939 laista yleisestä lääkärinhoidosta, että siinä ”heijastui lääkärikunnan varauksellinen asenne avohuollon järjestämiseen julkisin viroin”. Tällä Wrede tarkoitti sitä, että lain mukaan kunnanlääkärit toimivat pitkälti vapaan ammatinharjoittajan tavoin saaden pääosan tuloistaan potilailta perittävistä maksuista. (Wrede 2000, 196–197.)

nen ja Suomen talouden heikkoudet verrattuna muihin maihin onkin kestodiskurssi, kun Suomen terveydenhuoltoa on pyritty kehittämään. Terveyden edistämistä tasa-arvoisesti ja kaikkia kansalaisia koskevana ei vielä 1930-luvun loppupuolella pidetty lainkaan itsestään selvänä arvona. Edelleen epäiltiin, onko Suomella varaa uudistukseen. Edustaja Halonen (maalaisliitto) totesikin lain kolmannessa käsittelyssä, että ”kuka lopulta jaksaa nämä viulut maksaa”. Edustajat olivat erityisesti huolissaan pienten maalaiskuntien resursseista. Niillä nähtiin olevan erityisiä vaikeuksia palkata kunnanlääkäriä. Moni edustaja toivoikin entisen paikallisen aloitteellisuuden varassa olleen kehityksen jatkumista ilman kuntiin asetettavia velvoitteita.[273] Laki kuitenkin hyväksyttiin hallituksen esityksen mukaisena.

Ulkoiset tekijät viivästyttivät kuitenkin tämän periaatteellisesti tärkeän lain toteuttamista. Laki ei ehtinyt edes tulla voimaan, kun vuoden 1939 marraskuussa syttyi talvisota. Poikkeuksellisten olosuhteiden vuoksi lain voimaantuloa siirrettiin vuoden 1943 alkuun. Tällöin piirilääkäreiden virat lakkautettiin ja lääninlääkärien virkojen perustaminen alkoi. Lääkärin palvelut haluttiin nyt ensimmäistä kertaa ulottaa kaikkien kansalaisten ulottuville asuinpaikasta riippumatta, mutta sota luonnollisesti rajoitti lain toteuttamista. Samalla alkoi uusi valtion ja kuntien yhteistyö terveydenhuollon kehittämisessä, kun kuntia velvoitettiin toimimaan lain asettamien velvoitteiden pohjalta. Kovin paljon aiemmalta polulta ei kuitenkaan poikettu eikä siirrytty keskitettyyn terveydenhuoltojärjestelmään, sillä kunnallisen itsehallinnon instituution merkitys säilyi edelleen voimakkaana. Uusista ja osin pakottavista säännöksistä huolimatta kunnat saattoivat edelleen varsin vapaasti päättää siitä, miten ne toteuttavat tarkemmin terveydenhuollon alueellaan. Jokaisen kunnan oli lain mukaan joko yksin tai yhdessä toisten kanssa perustettava kunnanlääkärin virka, mutta muilta osin kunnallisen terveydenhuollon järjestäminen säilyi kunnan harkinnassa.[274] Valtionavun saaminen kuitenkin täsmällistyi, sillä kuntien erilaistuva taloudellinen kantokyky otettiin nyt huomioon ja harvaan asuttujen ja köyhien kuntien valtionapua voitiin korottaa.

Lain voimaan tulo keskellä sotaa vaikeutti sen täytäntöönpanoa. Varsin pian ilmeni, että kunnat eivät pystyneet toteuttamaan velvoitettaan lääkärien palkkaamisessa, mistä johtuen lain toimeenpanoon jouduttiin antamaan vielä viiden vuoden siirtymäaika. Laki tuli täysimääräisenä voimaan vasta vuonna 1948. Tuolloin laissa määrätyt lääkärinvirat olisi tullut viimeistään täyttää, mutta tämäkin siirtymäaika osoittautui liian lyhyeksi. Vielä vuonna 1950 oli 38 kunnanlääkäripiiriä vailla lain edellyttämää lääkärin virkaa. Syynä olivat sodan jälkeiset poikkeukselliset ja puutteelliset olot. Elettiin säännöstelytalouden aikaa, ja valtiontaloutta heikensivät raskaat sotakorvaukset. Olojen epävakaisuudesta johtuen kuntien taloudelliset mahdollisuudet perustaa lain

273 Edustaja Halonen katsoi puheenvuorossaan lain 3. käsittelyssä 24.2.1939, että lain täytäntöönpano pitää jättää vapaamman kehityksen varaan. Hänen mukaansa ”kun kuitenkin on varmaa, että nykyisten olosuhteiden vallitessa kaikki kunnat vapaaehtoisestikin niin pian kuin mahdollista perustavat lääkärin virkapaikan niin tällaista uhkavaatimusta ei olisi tarvittu ollenkaan laissa määrätä”. (Valtiopäivät 1938, pöytäkirjat II.)

274 Vuonna 1937 oli vielä 118 kuntaa, joissa lääkäri ei käynyt säännöllisesti. Eniten näitä kuntia oli Turun ja Porin sekä Oulun läänissä. (Soikkanen 1966, 542.)

edellyttämät lääkärinvirat olivat heikot, vaikka laki sitä edellyttikin. Osin etenemisen hitauteen vaikutti myös jo eduskuntakeskustelussa esiin tullut kunnallisen itsehallinnon instituutio. Kunnat eivät hyväksyneet pakkoa lääkärinvirkojen perustamiseen ja kokivat, että laki puuttui kunnalliseen itsehallintoon, vaikka taloudellisesti valtio avustikin merkittävästi viran palkka- ja eläkekustannuksissa.

4.4.3 Avoterveydenhuollon kehitys toisen maailmansodan jälkeen

Paradigma suhtautumisessa terveydenhuollon kehittämiseen muuttui huomattavasti sodan jälkeen.[275] Aiempi ajattelutapa, jolle oli tunnusomaista taloudellisten vaatimusten asettaminen ja paikallisen päätöksenteon korostaminen, muuttui jossain määrin. Sodanjälkeisessä diskurssissa alettiin korostaa kansalaisten hyvinvoinnin parantamista. Sodan aikana valtio ei voinut väistää vastuutaan sodassa haavoittuneiden ja vammautuneiden hoidosta, ja sodan seurauksena valtion rooli terveydenhuollossa korostui. Sodan päätyttyäkin säilyi näkemys valtion keskeisestä roolista terveydenhuollossa ja terveydenhuollon keskeisestä asemasta hyvinvointipalveluna. Ennen sotaa terveydenhuoltoa ei ollut pidetty erityisen tärkeänä, ja sen kehittäminen oli ollut hidasta ja kustannustietoista. Sota aiheutti suuren ajatuksellisen käänteen suhtautumisessa terveydenhoitoon, mutta tästä huolimatta toista keskeistä kehitystyön vaatimusta – taloudellisten seikkojen korostamista – pidettiin tärkeänä sodan päätyttyäkin. Taloustekijät vaikuttivat ratkaisevasti uudistusten nopeuteen uudesta tahtotilasta huolimatta.

Tämän terveydenhuoltoon aiempaa myönteisemmän suhtautumisen ilmenemismuotona on pidettävä sitä, että vuonna 1938 säädetty laki lääkärintoimesta todettiin vanhentuneeksi jo muutama vuosi voimaantulonsa jälkeen. Vuonna 1951 tuli voimaan uusi laki yleisestä lääkärinhoidosta, missä ajatuksellisesti uutta oli se, että nyt haluttiin lääkäreiden tehtäviä jakaa aiempaa enemmän sekä saada terveydenhuoltoon tarpeeseen nähden riittävästi resursseja. Aiemmassa laissa pidettiin riittävänä sitä, että jokaiseen kuntaan palkattiin lääkäri. Käytäntö osoitti kuitenkin varsin pian sen, että yksilökohtainen sairauden hoito vaati kunnanlääkäriltä paljon aikaa eikä hänellä ollut mahdollisuuksia yleisen terveydenhuollon tehtäviin. Jotta kaikki kunnanlääkärin tehtävät olisivat tulleet suoritetuiksi, muutettiin uudessa laissa valtionapusäännöksiä. Kunnat ja kaupungit saattoivat nyt perustaa useitakin lääkärinvirkoja, ja valtio maksoi avustusta kaikkien näiden virkojen kustannuksiin. Nyt siis ensimmäisen kerran haluttiin paikallinen terveydenhuolto määrältään riittäväksi eikä kustannusten minimoinnin periaate enää jarruttanut kehitystä niin paljon kuin aiemmin. Kunnat eivät luonnollisestikaan olleet palkanneet enempää kuin yhden kunnanlääkärin, koska useampaan virkaan ei ollut mahdollisuutta saada valtion apua.

275 Heikki Ylikangas kuvaa sodan aiheuttamaa muutosta seuraavasti: ”Suomi astui ulos II maailmansodan huhmaresta hävinneenä ja suuria menetyksiä kärsineenä mutta myös monessa suhteessa kehityskykyisempänä kuin se sotisopaansa pukeutui. Rauhanehdot toteuttivat jälleen demokratian, kansanvallan, samantapaisen kuin vuonna 1917.” (Ylikangas 2007, 303.)

Kunnanlääkäreiden palkkaus koostui monesta osasta. Kunta maksoi vain tietyn suuruisen peruspalkan ja valtio antoi tähän valtionapua. Kunnanlääkärin saama peruspalkka ei ollut suuri, ja pääosa kunnanlääkärin tuloista muodostui potilailta perittävistä maksuista. Tämä johti käytännössä siihen, että kunnanlääkärin palvelut saattoivat olla potilaalle huomattavasti kalliimpia kuin sairaalan palvelut. Sairaaloissa lääkärit saivat kuukausipalkkaa, ja siellä perityt potilasmaksut oli laissa määrätty ja määrältään kohtuullisia. Kunnanlääkäreillä oli mahdollisuus hinnoitella palvelunsa itse, mutta sairausvakuutuksen puuttuessa potilaat eivät saaneet yhteiskunnalta kompensaatiota maksamista potilasmaksuista. Vain sairauskassojen jäsenillä oli mahdollisuus saada korvaus kunnanlääkärille maksamastaan palkkiosta.

4.5 Sairaalatoiminnan kehitys

Sairaaloiden osalta kehitys jatkui samantapaisena kuin autonomian ajalla. Itsenäisyyden saavuttaminen ei merkinnyt suurta muutosta sairaalatoiminnan kehitykseen, vaan valtio joutui edelleen ”olosuhteiden pakosta” perustamaan ja ylläpitämään sairaaloita. Kunnallisilla päätöksillä sairaaloita ei syntynyt, vaikka vastuu terveydenhuollon järjestämisestä oli kunnilla. Vähitellen valtio alkoi kuitenkin tukea myös kunnansairaaloiden perustamista. Tämän seurauksena maalaiskunnissakin sairaanhoidon ala alkoi kehittyä, ja kuntien sairastupien ohella perustettiin myös kunnan ylläpitämiä sairaaloita. Vuoteen 1931 mennessä maalaiskunnissa toimineiden sairaaloiden määrä oli noussut lähes sataan. Valtionavun saamista käytettiin houkuttimena kunnille uusien sairaaloiden perustamiseksi. Kunnallisten sairaaloiden määrä lisääntyi, mutta sairaaloiden perustamisesta tai jakautumisesta maan eri osiin ei ollut olemassa kokonaissuunnitelmaa. Niiden perustaminen oli edelleen paikallisen aloitteellisuuden ja päätöksenteon varassa. Myös kaupunginsairaaloita perustettiin lisää. Vuoteen 1928 mennessä kaupunginsairaaloita oli perustettu yhteensä 25, ja niissä oli yhteensä 1 158 sairaansijaa.[276]

Sairaaloiden määrän lisääntymisestä huolimatta sairaalalaitoksen kehitys vuosina 1917–1959 oli pääosin epäyhtenäistä ja suunnittelematonta, samalla tavoin kuin avohoidonkin. Valtio vetosi kuntien vastuuseen terveydenhuollon järjestämisessä ja edellytti kuntien perustavan sairaaloita. Valtionapusäännökset olivat epäselviä ja kattoivat vain 25 prosenttia sairaaloiden perustamismenoista. Kun sairaaloiden perustaminen kunnissa oli vapaaehtoista, eivät useimmat kunnat pitäneet tarpeellisena tai mahdollisena tarjota asukkailleen sairaalahoitoa riippumatta esiintyvistä tarpeista. Vähitellen mielipiteet alkoivat kuitenkin muuttua. Jo 1920-luvun lopulla alettiin kiinnittää huomiota siihen, että lain velvoitteista huolimatta monilla kunnilla ei ollut tarjota minkäänlaista sairaalahoitoa tai edes sairaanhoitoa asukkailleen. Kunnassa ei ollut lääkäriä eikä kuntalaisilla mahdollisuuksia päästä sairaalahoitoon sitä tarvitessaan. Suurella osalla kansasta oli vielä 1920- ja 1930-luvuilla hyvin puutteelliset mahdollisuudet saada terveyspalveluja ja etenkin sairaalahoitoa. Liikenneolojen kehittyminen mah-

276 Pesonen 1980, 430–432.

dollisti sairaalahoitoon tulemisen pitkienkin matkojen päästä 1920-luvulta alkaen. Tämän perusteella huomattiin kuntien mahdollisuudet perustaa yhteisiä suuria sairaalalaitoksia, koska potilaiden pääsy sairaalaan ei ollut enää niin hankalaa kuin aiemmin. Keskustelu johti siihen, että perustettiin komitea kunnallista sairaalatointa tutkimaan. Komitea sai nimekseen kunnallissairaalakomitea, ja mietinnössään vuonna 1931[277] komitea esitti perustettavaksi kolmenlaisia sairaaloita. Näitä olisivat suurten ja pienten kuntayhtymien sairaalat sekä sairaalat, joita ylläpitäisi vain yksi kunta. Ehdotuksen mukaan kaikkien kuntien tulisi olla osallisena jonkin sairaalan ylläpidossa ja lainsäädännön avulla luotaisiin tarkoituksenmukainen sairaaloiden piirijako. Komitea ei suositellut kuntien vapaaehtoista liittymistä kuntayhtymiin sairaalan perustamiseksi, jotta hajanaisuus voitaisiin estää. Komitea piti parhaana sitä, että lainsäädännön avulla maa jaettaisiin erityisiin sairaalapiireihin.

Kunnallissairaalakomitean esitykset eivät heti johtaneet käytännön toimenpiteisiin. Ideaalisesti komitean ajatuksissa oli kuitenkin merkittävä muutos aiempaan diskurssiin, koska komitean esityksiin sisältyi ajatus keskitetyn sääntelyn lisäämisestä sairaalatoiminnassa. Sairaalapiirien ei tullut muodostua kuntien vapaasti itsehallintonsa puitteissa tekemien päätösten pohjalta. Komitean esityksissä on nähtävissä lievää kritiikkiä puhtaasti kunnalliseen itsehallintoon perustuvaa terveydenhuollon järjestämistä kohtaan ja pyrkimystä keskitetympiin järjestelmiin. Edellä on todettu, että vain vuotta aiemmin oli lainvalmistelukomitea esittänyt samantyyppisiä, keskitettyyn ohjaukseen viittaavia kannanottoja myös avoterveydenhuollon kehittämisestä. Näin ollen vuosia 1930–1931 on pidettävä uuden, keskitetymmän ohjauksen polun alkuna Suomen terveydenhuollossa. Kysymyksessä on kuitenkin vain alkusyy, ”suuri ajatuksellinen käänne”, koska komiteoiden ehdotukset aiempaa keskitetymmästä ohjauksesta toteutuivat vasta paljon myöhemmin.

Terveydenhuollon tulevaan kehitykseen vaikutti merkittävästi myös 1930-luvulla alkanut keskustelu ja osin myös kiistely kunnan ja valtion suhteesta. Erityisesti Maalaiskuntien Liitto kuntien etujärjestönä ja keskeisenä edunvalvojana[278] ajoi voimakkaasti näkemystä, jonka mukaan lainsäädännön määräämät tehtävät tuli aina tulkita kunnallista itsehallintoa rajoittaviksi. Valtion tuli kompensoida kunnille niiden menettämä itsehallintoetu eli maksaa kunnille ne kustannukset, joita lainsäädännön määräämät tehtävät aiheuttivat. Tästä kompensaatiovelvoitteesta johdettiin myös toinen periaate valtion ja kunnan välisissä suhteissa. Sen mukaan valtion tuli tasoittaa kuntien erilaisesta kantokyvystä johtuvaa kustannusten aiheuttamaa eriarvoisuutta. Panu Pulma on todennut, että ”kolmiosta lain määräämät tehtävät – itsehallinnon kaventuminen – kustannusten eriarvoisuus muodostui ikään kuin kanonisoitu tulkinta valtio-kuntasuhteen luonteesta”. Hän tekee tästä seuraavan johtopäätöksen: ”tämä merkitsi itsehallintoprinsiipin ideologista yliotetta poliittisessa

277 KM 1931:15.

278 Ks. Maalaiskuntien liiton edunvalvontatoiminnasta Soikkanen 1966, 619–624.

keskustelussa”[279]. Tämän periaatteen korostaminen tuli vaikuttamaan merkittävästi julkisen terveydenhuollon kehitykseen, koska valtio–kunta-asetelmassa terveydenhuollon suuret kustannukset ja niiden jakaminen muodostivat 1930-luvulta lähtien jatkuvan kiistanaiheen ja vaikuttivat olennaisesti uudistusten toteutusvauhtiin. Lisäksi kunta–valtio-keskustelu saattoi johtaa huomion pois kansalaisnäkökulmasta ja kansalaisten oikeuksista terveyspalveluissa. Kunnan asukkaiden tarpeet terveyspalvelujen saamiseksi saattoivat jäädä vähemmälle huomiolle kuin kustannusvastuun jakoa koskevat erimielisyydet. Kansalaisten universaaliset ja tasa-arvoon perustuvat oikeudet terveyspalvelujen saamiseksi jäivät tämän kiistelyn varjoon.

Toisaalta jo 1930-luvulla esitettiin sellaisia näkemyksiä, että kuntien valta on peräisin valtiosta, joten valtion ja kunnan välinen työnjako tästä näkökulmasta katsoen on ennen muuta tarkoituksenmukaisuuskysymys, joka lainsäätäjän tulisi ratkaista. Tähän liittyen katsottiin oleva asiaan kuuluvaa, että valtio valvoi kuntia.[280] Tätä näkemystä edustivat sittemmin hyvin arvovaltaiset henkilöt, mutta yksimielisyyttä asiassa ei saavutettu 1930-luvulla eikä myöhemminkään. Kuitenkin samalla kun ajatus terveydenhuollon keskitetystä ohjauksesta alkoi lisääntyä komiteoiden esitysten synnyttämässä keskustelussa, myös kiista kunta–valtio-suhteesta alkoi tulla yhä keskeisemmäksi. Kumman osapuolen tuli maksaa lisäkustannukset, jos terveydenhuollon määrää ja laatua haluttiin lisätä?

Ulkoinen tekijä aiheutti kuitenkin sen, että keskustelu 1930-luvulla jäi vain teoriatasolle: maailmalaajuisen taloudellisen laman myötä[281] mahdollisuudet Suomen terveydenhuollon kehittämiseen vähenivät ja komiteanmietintöjen esitykset jäivät toteumatta. Lääkintöhallituksen lausunnon antaminen lainvalmistelukunnan esitykseen terveydenhuoltolainsäädännön uudistamisesta vei viisi vuotta, mikä osoittaa uudistustyön hitauden. Lamasta huolimatta Suomen terveydenhuollon ongelmat odottivat edelleen ratkaisujaan, ja 1930-luvun edetessä sekä talouden alkaessa taas elpyä 1930-luvun loppupuolella tapahtui käänne valtion suhtautumisessa sairaalatoimen kehittämiseen. Valtio alkoi yhdessä kuntien kanssa etsiä uusia ratkaisuja. Muutos ajatuksellisessa paradigmassa näkyi ennen kaikkea eduskunnassa virinneenä keskusteluna siitä, miten terveydenhuoltoa ja etenkin sairaalatointa tulisi kehittää. Terveydenhuollon jälkeenjääneisyyden myönsivät nyt nekin, jotka olivat vastustaneet sairausvakuutusjärjestelmää ja saaneet aikaan esityksen kaatumisen. Valtiovallan edun mukaista ei ollut enää pitäytyä täysin terveydenhuollon kehittämisen ulkopuolella vedoten vanhaan keisarilliseen julistukseen. Valtion taholta alettiin vähitellen tuntea vastuuta kansan terveydenhuollon järjestämisestä kuntien velvollisuuden ohella. Ulkonaisesti tämä ilmeni valtion lisääntyvänä kiinnostuksena kehittää sairaalalai-

279 Pulma 1996, 16.

280 Näkemystä edustivat mm. Urho Kekkonen ja Veli Merikoski (Ks. Holopainen 1969, 250–272).

281 Ks. 1930-luvun taloudellisen laman vaikutuksista Yhdysvalloissa Beland 2005, 64–66.

tosta 1930-luvulla, koska kuntien vastuulla sairaalalaitoksen kehitys oli edennyt liian hitaasti. Huomattava osa väestöstä oli vielä 1930-luvulla vailla sairaalapalveluja.[282]

Aloite uuteen asennoitumiseen ei kuitenkaan lähtenyt virkamiehistä ja asiantuntijoista. Virkamiesten ja asiantuntijoiden keskuudessa oli kahdenlaista suhtautumista terveydenhuollon kehittämiseen. Monet keskeisessä asemassa olevat virkamiehet ja asiantuntijat olivat pikemminkin vastustaneet ja jarruttaneet kehitystä kuin edistäneet sitä. Lääkintöhallitus pohti viisi vuotta lausuntoaan terveydenhoitolakiesityksestä ja etujärjestönä sekä asiantuntijoiden edustajana Suomen Lääkäriliitto oli toiminut aktiivisesti sairausvakuutusesityksen kaatamiseksi sen ollessa käsittelyssä eduskunnassa.[283] Toisaalta monet virkamiehet, jotka edustivat Suomea kansainvälisissä järjestöissä, kuten ILO:ssa, olivat perehtyneet siellä käytyyn keskusteluun, kuten kansliapäällikkö Niilo Mannio. He olivat sairausvakuutuksesta tehtyyn kansainväliseen sopimukseen vedoten pyrkineet aktiivisesti edistämään sairausvakuutusjärjestelmää. Virkamiesten ja asiantuntijoiden mielipiteet olivat siis vastakkaisia ja näin ollen käänteen suhtautumisessa terveydenhuollon edistämiseen täytyi tulla näiden piirien ulkopuolelta.

Puolueiden vaikutusvalta oli Suomen itsenäistyttyä 1920-luvulla kasvanut, joten myös eduskunnan piirissä alettiin miettiä parannuskeinoja. Kansanedustajat näkivät kotiseuduillaan terveydenhuollon ja erityisesti sairaalahoidon puutteellisuudet. Heillä oli mahdollisuus tehdä aloitteita tilanteen korjaamiseksi. Tässä tapauksessa erityisesti sairaalahoidon puutteet olivat niin ilmeiset, että kansanedustajat halusivat aloittaa kehittämistoimet sieltä. Epäilemättä myös 1930-luvun taloudellisen laman luoma hätä ja aliravitsemuksen aiheuttamat terveydelliset ongelmat vaikuttivat kansanedustajien asennoitumiseen. Uuden paradigman synnyttivät siis kansanedustajat. Ehkä ensimmäistä kertaa poliitikot alkoivat aktiivisesti ajaa terveydenhuollon parantamista ilman virkamiesten ja asiantuntijoiden aloitteita ja taustatyötä. 1930-luvun alkupuolta voidaankin nimittää politiikan ja poliitikkojen esiinmarssin kaudeksi terveyspolitiikassa. Aiempi virkamiesten ja asiantuntijoiden tekemä uudistustyö oli osoittautunut liian hitaaksi ja poliitikot olivat olleet siitä liian kaukana. Erityisesti sairaalahoidon puutteet olivat tulleet esiin eduskunnan keskusteluissa.

Kansanedustajien aktiivisuuden seurauksena tehtiin eduskunnassa sopimus valtion ja kunnan yhteistoiminnasta sairaalalaitoksen kehittämiseksi vuonna 1934. Sopimus sisälsi sekä valtion että kuntien ylläpitämien sairaaloiden parantamisen molempien

282 Ruotsissa samaan aikaan maakuntakäräjien vastuu terveydenhuollosta kasvoi. Vuonna 1928 Ruotsissa säädettiin sairaalalaki, joka velvoitti maakuntakäräjät järjestämään kaikki sairaalapalvelut maakuntansa asukkaille. Tämä laki muodosti perustan maakuntakäräjien terveydenhuollon vastuulle kuitenkin sillä poikkeuksella, että pitkäaikaissairaat ja mielenterveyspotilaat eivät kuuluneet lain piiriin. Myöskään avohoidon järjestäminen ei kuulunut maakuntakäräjien tehtäviin, vaan avohoito säilyi pitkään Ruotsissa pääasiallisesti yksityisten ammatinharjoittajien tarjoamien palvelujen varassa. (European Observatory on Health Care Systems and Policies.)

283 Suomen Lääkäriliiton ja Yhdysvaltain lääkäriliiton AMAn välillä on mielenkiintoisia yhteisiä piirteitä sairausvakuutusjärjestelmän vastustamisessa. Yhdysvalloissa lääkärijärjestö AMA on toiminut eri keinoja käyttäen sairausvakuutusjärjestelmää vastaan (Hacker 1998). Suomessa Lääkäriliitto sittemmin muutti kantaansa, kun sairausvakuutuslaki 1960-luvulla toteutettiin.

osapuolten, sekä kuntien että valtion, rahoittaessa hanketta. Valtio sitoutui nyt olemaan mukana kehitystyössä eikä vedonnut enää keisarilliseen julistukseen kunnan yksinomaisesta vastuusta terveydenhuollossa. Aluksi päätettiin laajentaa Turun ja Porin lääninsairaaloita, mutta sopimus koski myös uusien sairaaloiden rakentamista ja muiden vanhojen sairaaloiden laajennusta. Sopimuksella saavutetun yhteisymmärryksen perusteella valtioneuvosto oikeutti lääkintöhallituksen tekemään kuntien kanssa sopimuksia sairaaloiden perustamisesta. Uusi tapa täydentää sairaalaverkkoa oli siis syntynyt. Kysymys oli kuitenkin tässä vaiheessa vain valtion ja kuntien sopimuksesta, ei lainsäädännöstä, jolla olisi keskitetysti ja valtakunnallisesti ohjattu sairaalatoimen kehitystä.[284]

Sairaalatoiminnan kehittäminen alkoi lääninsairaaloista, koska ne kaipasivat eniten kunnostusta ja uusia tiloja. Sopimuksen perusteella kunnat osallistuivat lääninsairaaloiden laajentamiskustannuksiin ja saivat panostuksensa vastineeksi sairaalasta tietyn määrän vuodepaikkoja. Suomi oli ottanut askeleen lähemmäksi muita Euroopan maita, joissa valtion rooli terveydenhuollon kehittämisessä oli koko ajan ollut suurempi kuin Suomessa. Vuoden 1934 sopimus, jossa politiikka ja poliitikot olivat keskeisiä toimijoita, merkitsi käännettä ja poikkeamista siihen asti kuljetusta polusta. Sopimuksen tehdessään valtio oli nyt ensimmäistä kertaa valmis ottamaan osavastuun sairaalalaitoksen kehittämisestä, kun se aiemmin oli perustanut ja ylläpitänyt sairaaloita lähinnä pakon edessä kuntatason toimimattomuuden vuoksi.

Kehitys eteni vuoden 1934 sopimuksen mukaisesti, mutta varsin pian todettiin, että pelkkä sopimustaso ei ollut riittävä, sillä vielä vuonna 1937 valtaosalla kunnista ei ollut itsellään sairaalaa eikä paikkoja muidenkaan kuntien ylläpitämissä sairaaloissa. Tällaisia kuntia oli 68 prosenttia eli pääosa maalaiskuntien asukkaista oli vailla sairaalapalveluja. Oulun läänin 54 kunnasta vain kahdeksalla oli sairaalapaikkoja ja Mikkelin läänissäkin, jossa tilanne oli maan parhain, vain puolella kunnista oli osuus yleiseen sairaalaan. Suurella osaa kansasta ei edelleenkään ollut mahdollisuutta saada sairaalahoitoa niinkin myöhään kuin vuonna 1937. Siksi vapaaehtoista etenemistä kuntien päätöksillä ei voitu pitää enää riittävänä, vaan valtion oli edelleen lisättävä panostaan. Eräs vaihtoehto oli, että valtion velvollisuudeksi olisi siirretty sairaanhoitomahdollisuuksien järjestäminen kaikille kansalaisille.[285]

Näin pitkälle ei kuitenkaan menty, vaan vuoden 1930 sairaalakomitean esitykset otettiin uudelleen tarkasteluun 1940-luvulla. Hallituksen esitys komiteanmietinnön esitysten toteuttamiseksi annettiin vuonna 1943. Esityksessä otettiin kuitenkin huomioon 1930- ja 1940-luvuilla tapahtunut paradigman muutos ja valtion roolin lisääntyminen. Vuoden 1930 komitean esitykset olivat sisältäneet parannuksia vain kunnan ylläpitämille sairaaloille, mutta 1940-luvulla aika oli kypsynyt myös valtion roolin

284 Ks. Pesonen 1980, 596–597.

285 Soikkanen 1966, 541–542.

laajentamiselle. Hallituksen esityksen perusteluissa[286] todettiin, että Suomen sairaalaolojen kehitys oli koko maata käsittävän yhtenäisen ohjelman puuttuessa jäänyt sen varaan, mitä omia sairaaloita valtio ja kunnat ovat kukin tahollaan katsoneet tarpeelliseksi perustaa ja ylläpitää esiintyneiden kipeimpien tarpeiden tyydyttämiseksi. Ainoa maininta sairaaloista oli terveydenhoitolaissa, jossa mainittiin vain lyhyesti, että kuntien tuli pitää huolta kulkutautisairaaloista. Lailla oli säädetty valtionavusta vain kunnallisille mielisairaaloille ja tuberkuloosiparantoloille. Sairaaloiden perustaminen oli riippunut toisaalta valtion ja toisaalta kuntien oma-aloitteisista toimenpiteistä.[287]

Hallituksen esityksen perusteissa todettiin edelleen, että lailla vahvistettujen suuntaviivojen puuttumisesta johtuen sairaalapaikkojen luku oli asukaslukuun verrattuna Suomessa riittämättömän pieni ja suhteellisesti paljon alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa. Lisäksi olemassa olevat sairaalapaikat olivat jakaantuneet epätasaisesti maan eri seutujen kesken. Myös sairaalahallinnon vaatimat kustannukset olivat sääntelyn puutteesta johtuen epämääräiset, milloin valtion, milloin kuntien suoritettavia.

Erityisen merkittävä hallituksen esityksessä oli kohta[288], jossa ensimmäisen kerran pohdittiin uudelleen valtion ja kunnan välistä vastuuta sairaaloiden rakentamisesta ja ylläpidosta vuoden 1869 julistuksen jälkeen. Esityksessä todettiin, että lainsäädännössä ei ollut ratkaistu sitä, onko yleisten sairaaloiden perustaminen valtion vai kunnan velvollisuutena (tosin vuoden 1869 julistus selvästi viittasi kunnan velvollisuuteen). Esityksen mukaan maamme olojen kehityksen mukaan oli luonnollista, että asiasta aiheutuvaa taloudellista rasitusta ei tullut yksipuolisesti siirtää jommankumman julkisen yhdyskuntamuodon kannettavaksi. Parasta olisi jakaa rasitus valtion ja kuntien kesken sopivaa ja kohtuullista jakoperustetta noudattaen. Yleisten sairaaloiden tarpeen tyydyttäminen edellytti suuria ja monipuolisia keskussairaaloita sekä pienempiä paikallisia sairaaloita. Sairaaloiden luonteen ja tarkoituksen sekä siihen asti vallinneen käytännön mukaisesti soveltuvat keskussairaalat parhaiten valtion ja paikalliset sairaalat kuntien tai kuntayhtymien hoidettaviksi. Kuntien tuli vastaavassa suhteessa osallistua sairaalasta aiheutuviin kustannuksiin. Verorasituksen tasoittamiseksi oli myös tarpeellista, että valtio suoritti määrätyn osan paikallisten sairaaloiden menoista. Valtion perustaessa keskussairaaloita tuli kuntien ottaa osaa rakentamiseen, ylläpitoon, hallintoon ja käyttöön laissa säädettyjen perusteiden mukaan. Valtioneuvoston tuli päättää keskussairaalan nimestä, sijainnista ja kunnista, jotka kuuluivat sairaalan toiminta-alueeseen.

Valtio ei siis esityksen mukaan ottanut koko vastuuta sairaalatoiminnasta, vaan valtion ja kunnan välinen kustannusjako pantiin lähinnä puoliksi, mikä merkitsi

286 HE 12/1943.

287 Esimerkkinä kehityksen sattumanvaraisuudesta voidaan mainita, että vuonna 1934 valmistui Helsingin Meilahteen Naistenklinikka valtion rahoittamana. Sairaala syntyi professori S. E. Wichmannin sinnikkyyden ansiosta. Wichmann ”lobbasi” vuodesta 1925 lähtien naiskansanedustajia niin ahkerasti, että valtio viimein saatiin rakentamaan Naistenklinikka.

288 HE 12/1943, 3.

huomattavaa selkeyttämistä aiempiin epäselviin kustannusjakoihin. Kun sisäasiainministeriö valtion edustajana lainsäädäntötasolla sitoutui rahoittamaan puolet keskussairaaloiden kustannuksista, saattoivat kunnat omissa laskelmissaan aiempaa tarkemmin varautua oman osuutensa suorittamiseen. Kunnat eivät kuitenkaan saaneet osallistua sairaaloiden hallintoon, vaikka maksoivat osansa kustannuksista.

Esityksestä käydyssä eduskuntakeskustelussa tuli selvästi esiin silloisen sairaalalaitoksen kehittymättömyys ja sairaaloiden perustamisen sattumanvaraisuus. Keskustelussa esitettiin voimakkaasti taloudelliset ehdot ja uudistuksen aiheuttamat kustannukset. Useissa puheenvuoroissa viitattiin vielä käynnissä olleen sodan vaikutuksiin ja epäiltiin, voitiinko lakia lainkaan toteuttaa käytännössä. Lain tarpeellisuutta ei kuitenkaan epäilty, joten sairaalatoimen puutteellisuudet myönnettiin nyt kaikissa puolueissa. Suunnitelmallisuuden sairaaloiden rakentamisessa todettiin puuttuneen, minkä vuoksi linjaa oli muutettava.[289] Oikeana pidettiin puheenvuoroissa sitä, että kunnan ei tarvinnut osallistua keskussairaalan perustamiseen ja ylläpitämiseen kuin omien asukkaittensa osalta. Laki hyväksyttiin eduskunnassa yksimielisesti vuonna 1943. Sairaalalaitoksen kehittämisestä valtiovallan johdolla olivat kaikki puolueet samaa mieltä, ja sodan aikana päätettiin sairaalahoidon määrätietoisesta kehittämisestä. Komiteanmietinnöt uudistuksista olivat valmistuneet lähes viisitoista vuotta aiemmin, mutta rauhan aikana ei komitean esityksiä ollut saatu toteutetuksi.[290]

Ulkopuoliset tekijät vaikuttivat nytkin kehityksen vauhtiin, sillä sairaalalain voimaantulo siirtyi sodan ja sen jälkeisen talouspulan vuoksi sodan jälkeiseen aikaan.[291] Loppujen lopuksi keskussairaalalaki oli mahdollista toteuttaa vasta vuosina 1947–1950, jolloin valtioneuvoston päätöksellä muodostettiin 20 keskussairaalapiiriä.[292] Tällä päätöksellä ei kuitenkaan syntynyt vielä uusia sairaaloita, sillä lain täytäntöönpano edellytti huomattavan laajaa rakennustoimintaa eikä sodan jälkeinen säännöstelykausi sallinut suuria julkisia investointeja yhdellä kertaa. Siksi oli päätettävä rakentamisjärjestyksestä, mikä vaati eduskunnan kannanottoa. Etusijajärjestyksestä päättäminen merkitsi myös sitä, että joillakin alueilla jouduttaisiin keskussairaalaa

289 Ks. esim. edustaja Juneksen (maalaisliitto) puheenvuoro, jossa hän toteaa, että ”ei voi kieltää sitä tosiasiaa, että ns. lasarettisairaalain kohdalta on perustamis- ym. suhteissa puuttunut suunnitelmallisuutta ja niiden aiheuttamien kustannusten jakautumisessa valtion ja kuntien ehkä vakiintunutta järjestelmääkin”. Samoin edustaja Reinikainen (sosialidemokraatit) totesi, että ”tähän saakka ei ole lainsäädäntöteitä eikä muutenkaan määritelty, kenen tehtävänä, valtion vai kunnan on huolehtia siitä, että ne, jotka tarvitsevat hoitoa ns. lasarettisairaalassa, sitä todellakin saavat. Eduskuntaesitykset, kuntien oma-aloitteisuus ja kunnan varallisuus ovat ratkaisseet, mihin ja milloin joku sairaala on saatu aikaan, ja tuloksena on ollut, että sairaalat ovat jakautuneet epätasaisesti maan eri osiin ja sairaalasijoista on ollut tuntuva puute.” (Valtiopäivät 1943, pöytäkirjat I.)

290 Ongelma vuoden 1943 sairaalalaissa oli se, että kysymyksessä oli nimenomaan keskussairaalalaki, joka koski vain valtion sairaaloita. Kuntien omat ja kuntayhtymien sairaalat jäivät lain ulkopuolelle, joten niiden kohtalo jäi epävarmaksi. (Tiitta 2009, 224)

291 Vauhkonen ym. (1978, 59) toteavat keskussairaalalain olleen lähinnä puitelaki, jonka käytännöllinen toteuttaminen jäi sodan jälkeiseen aikaan. Vauhkonen piti kuitenkin merkille pantavana sitä, että jo tuossa vaiheessa haluttiin luoda myös yleissairaalahoidon valtakunnallinen järjestelmä, jonka perustana oli valtion ja kuntien yhteistoiminta.

292 Vuoden 1943 laki kumottiin jo vuonna 1948 annetulla keskussairaalalailla, jossa keskussairaalajärjestelmä ulotettiin koskemaan myös kulkutautisairaanhoitoa (312/48). Uusi laki ei kuitenkaan muutoin merkittävästi poikennut aiemmasta, ja kulkutautiosastojen rakentaminen keskussairaaloihin säädettiin tapahtuvaksi vasta toisessa vaiheessa.

odottamaan pitkäänkin. Vuonna 1950 hyväksyttiin eduskunnassa laki keskussairaaloiden rakentamisjärjestyksestä,[293] jossa määriteltiin takaraja lain toimeenpanolle. Hyväksytyn aikataulun mukaan kaikki keskussairaalat tuli rakentaa vuosien 1950 ja1964 välillä.[294] Etusijajärjestyksestä päätettäessä otettiin huomioon suurimmat akuutit tarpeet. Ensimmäisiksi rakennettiin Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen ja Savonlinnan keskussairaalat. Näistä Pohjois-Karjalan keskussairaala aloitti toimintansa vuonna 1953 Joensuussa ja sitä seurasivat keskussairaalat Jyväskylässä, Savonlinnassa ja Lappeenrannassa.[295]

Uudesta kehittämishalusta huolimatta rakentamisvauhti oli alussa melko hidas johtuen valtion huonosta taloustilanteesta 1950-luvulla. Tavoitteena oli kuitenkin myös erinomainen laatu eikä pelkästään pahojen puutteiden korjaaminen. Keskussairaaloiden valmistuttua niiden palvelutarjonta tulisi kattavaksi ja alueellisesti voitaisiin keskussairaaloissa hoitaa sairauksia melko laajasti. Kaikkiin keskussairaaloihin perustettiin yleisimmät erikoissairaanhoidon osastot, vaikka vähimmäisvaatimukseksi laissa oli asetettu vain kolme erikoissairaanhoidon alaa. Harvinaiset erikoisalat keskitettiin yliopistollisiin keskussairaaloihin.

Valtion johtava rooli keskussairaaloiden rakentamisessa ja hallinnossa ei osoittautunut pitkäikäiseksi ja se oli syntynyt sodan poikkeuksellisissa oloissa. Se ei osoittautunut kestäväksi. Kunnan järjestämisvastuu terveydenhuollossa palautui keskussairaaloissa verkoston rakentamisen ollessa vielä kesken. Vuonna 1956 tuli voimaan uusi sairaalalaki, joka palautti sairaalalaitoksen kehittämisen osittain kuntien vastuulle. Hallituksen esityksessä[296] todettiin, että yleisten sairaaloiden ylläpitämisestä aiheutuva taloudellinen rasitus jaetaan valtion ja kuntien kesken. Vastoin aiempia linjauksia hallitus esitti nyt, että uudet keskussairaalat luovutettaisiin valmistumisensa jälkeen asianomaisen keskussairaalapiirin kuntainliiton omistukseen. Tällöin kunnat tulisivat vastuullisiksi sairaalan ylläpidosta ja valtion tehtävänä olisi pelkästään tukea kuntien toimintaa valtionosuudella. Keskussairaalan toimintaan ehdotettiin annettavaksi valtioapua 50 prosenttia hyväksyttävistä kustannuksista. Näin valtion johtava rooli sairaalatoiminnan kehittäjänä kesti vain vajaat kymmenen vuotta, jonka jälkeen palattiin entiseen kuntavetoiseen järjestelmään. Esitys tosin koski vain lain voimaantulon jälkeen rakennettavia keskussairaaloita, mutta suunta oli jo selvä. Vuonna 1956 säädettiin sairaalalain ohella myös laki yliopistollisista keskussairaaloista, joissa perustettiin ns. erityishoitopiirit harvinaisten tai vaikeasti hoidettavia sairauksia varten niissä keskussairaalapiireissä, joiden alueella Helsingin ja Turun yliopistot sijaitsivat.

293 Eduskunnan kannanotto perustui keskussairaalakomitean esitykseen (KM 1949:25). Samaan aikaan valmistui myös aluesairaalakomitean mietintö, jossa mm. todettiin valtionhallinto kankeaksi ja epätarkoituksenmukaiseksi sairaalalaitoksen johdossa. Tällä kannanotolla oli merkittävä vaikutus sairaalalaitoksen tulevaan kehitykseen. (KM 1949:29.)

294 Sittemmin osoittautui, että jopa neljäntoista vuoden määräaika koko keskussairaalaverkon luomiseksi oli liian lyhyt ja määräaika pidennettiin vuoden 1970 loppuun.

295 Pesonen 1980, 603–607.

296 HE 45/1954.

Yliopistosairaalalain piiriin erityishoitoalueina ovat sittemmin tulleet myös Oulun, Tampereen ja Kuopion keskussairaalat.

Ennen sairaalalain voimaantuloa rakennetut keskussairaalat pysyivät valtion omistuksessa ja hallinnoimina vuoteen 1965 saakka, jolloin kaikki valtion sairaalat luovutettiin keskussairaalapiirien kuntainliittojen omistukseen ja hallintaan.[297] Valtion vastuu palvelujen tuottamisesta terveydenhuollossa tosin säilyi vuoden 1965 jälkeen eräiden erityisryhmien. kuten vankiloiden, puolustuslaitoksen jne. kohdalla, mutta operatiivinen vastuu terveydenhuollon järjestämisestä sekä avo- että laitoshoidossa siirtyi takaisin kunnille keskussairaalahankkeen tultua valmiiksi.

Miksi sitten haluttiin palata taaksepäin ja rajata valtion rooli pelkästään rahoittajaksi, vaikka sodan aikana oli syntynyt ajatus valtion johtavasta roolista? Syy muutokseen oli hallituksen esityksen[298] mukaan se, että valtion sairaaloiden taloushallinnon järjestysmuoto oli osoittautunut kankeaksi. Sairaaloiden menot määriteltiin valtion tulo- ja menoarviossa yksityiskohtaisesti eri momenteilla, eikä tällöin voitu varsinkaan olosuhteiden vaihdellessa riittävästi ottaa huomioon vuoden aikana odottamatta esiintyviä, mutta kuitenkin välttämättömän tarpeen vaatimia menoja. Lisäksi hankaluutta oli aiheuttanut se, että moniin taloudelliselta merkitykseltään varsin vähäpätöisiinkin toimiin voitiin valtion sairaaloissa ryhtyä vain keskusviraston (lääkintöhallituksen) tai vieläpä ministeriön jokaisessa yksityistapauksessa antamalla suostumuksella. Myös sairaaloiden hallinnon valvonta oli vaatinut keskusvirastolta melkoisen työmäärän. Jos suunnitellut keskussairaalat niiden valmistuttua hoidettaisiin edelleen valtion sairaaloina, olisi lääkintöhallituksen tullut saada lisää henkilökuntaa huolehtimaan näiden sairaaloiden hallinnon johtamisesta ja valvonnasta sekä suoranaisesta talousasioiden hoidosta. Lisähenkilökunnan palkkaamisesta huolimatta tulisi valtion sairaaloiden taloushallinnon kankeus ja monimutkaisuus keskussairaaloiden hallinnossa esille ja voisi huomattavassa määrin vaikeuttaa näiden laitosten tehokasta toimintaa. Ajatus valtion hallinnon kankeudesta ja tehokkuuden puutteesta valtion hallinnoimissa sairaaloissa ei ollut uusi, vaan jo aluesairaalakomitea[299] oli vuonna 1949 esittänyt mietinnössään tämän mielipiteen.

Hallitus halusi siis vähentää byrokratiaa ja lisätä tehokkuutta siirtämällä keskussairaalat kuntainliittojen hallintaan. Kun valvonta vaati lisäresursseja, päätti valtio luopua tehtävästä ja antaa kuntien omien päätöstensä mukaisesti hoitaa koko sairaalalaitoksen hallinnon. Mitään uhkatekijöitä siitä, että näin hajautettu kuntapohjainen hallinto voisi aiheuttaa eriarvoisuutta ja laadun vaihtelua keskussairaaloiden välillä, ei lakiesityksen perusteluissa ole mainittu. Tärkeintä oli se, ettei valtion tarvinnut panostaa hallintoon ja palkata lisää henkilökuntaa. Perustelut viittaavat haluun mi-

297 Luovutus perustui vuonna 1962 tehtyyn sairaalalain muutokseen, jossa valtioneuvosto sai valtuudet luovuttaa kuudessa keskussairaalapiirissä sijaitsevat valtion yleiset ja lääninsairaalat perustettaville keskussairaalapiirien kuntainliitoille (laki sairaalalain muuttamisesta 8.6.1962/350).

298 HE 45/1954, 3.

299 KM 1949:29, 31.

nimoida valtion kustannuksia ja heijastavat paluuta autonomian ajalta periytyviin asenteisiin valtion asemasta pelkästään kuntien rahoittajana puuttumatta hoidon laatuun ja määrään.

Lakiesityksen eduskuntakäsittelyssä käytetyissä puheenvuoroissa tulee esiin, mihin suuntaan kansanedustajat halusivat terveydenhuollon kehittyvän 1950-luvun puolivälissä. Puheenvuoroissa esitystä kritisoitiin. Katsottiin, että keskussairaaloiden siirtyminen kuntainliiton omistukseen merkitsi valtion sanoutumista melkein kokonaan irti sairaanhoidosta. Edustajien mielestä kehityksen olisi pitänyt kulkea siihen suuntaan, että valtio kustantaisi ensisijaisesti sairaanhoidon ja kunnat vain täydentäisivät valtion toimintaa.[300] Puheenvuoroissa vastustettiin siirtoa kunnille ja vedottiin mm. asiantuntijoihin, joilla on sairaalakokemusta. Asiantuntijat olivat valiokunnassa kuultavana ollessaan esittäneet näkemyksenään, että valtion tuli ensisijaisesti vastata keskussairaaloiden hoidosta. Lisäksi vedottiin sairaanhoidon alan kehitykseen niin laitteiden kuin lääkkeidenkin osalta ja pidettiin edullisempana, että sairaalat kehittyisivät yhtenäisesti valtion omistuksessa. Kuntien valvoessa toimintaa kehitys helposti johtaisi siihen, että kukin sairaala kehittyy yksipuolisesti kunkin piirin yleistarpeisiin.[301] Puheenvuoroissa viitattiin kustannuksiin. Puhujien mielestä hallituksen esityksen hyväksyminen tietäisi uusia rasituksia kuntien veronmaksajien kannettavaksi. Köyhät kunnat eivät pystyisi sairaaloita rakentamaan, ja valtion varoja tarvittiin edelleen. Esitykseen suhtauduttiin kriittisesti lähes kaikissa puolueissa. Puoluekannasta riippumatta terveydenhoitoon ja sen rahoitukseen perehtyneet edustajat, jotka käyttivät esityksestä eniten puheenvuoroja, suhtautuivat epäillen paluuseen vanhaan kuntakeskeiseen järjestelmään sairaalatoimessa. Valtio oli yli kaksikymmentä vuotta ollut aktiivisena perustamassa ja ylläpitämässä keskussairaalaverkostoa, eikä muutokseen nähty perusteita.[302]

Hallituksen esityksen perusteluista[303] ja käydystä keskustelusta tulee selväksi se tosiasia, että aloite valtion vetäytymisestä keskussairaaloiden hallinnosta oli tullut viranomaistaholta eli sisäasiainministeriöstä ilman laajempaa pohdintaa muutoksen positiivisista tai negatiivisista seurauksista. Sisäasiainministeriön toimialaan terveysasiat kuuluivat yhtenä osana laajana kokonaisuutta, ilman että ministeriö olisi voinut kovin syvällisesti keskittyä terveydenhuollon edistämiseen. Terveysasioiden keskittäminen sisäasiainministeriöön oli ollut lähinnä seuraus siitä, että 1860-luvulla terveysasiat oli uskottu kuntien hoidettavaksi ja sisäasiainministeriö ns. kuntaministeriönä oli katsottu sopivaksi myös terveysasioita hoitamaan. Ministeriön päähuomio

300 Edustaja Nurmisen (sd.) puheenvuoro sairaalalain ensimmäisessä käsittelyssä 20. syyskuuta 1955 (Valtiopäivät 1955, pöytäkirjat II).

301 Ks. Keskustelusta eduskunnassa Valtiopäivät 1955, pöytäkirjat II.

302 Myös puolueohjelmissa kiinnitettiin huomiota muutoksen seurauksiin. Keskustapuolueen kunnallisohjelmassa vuodelta 1968 vaadittiin sairaaloiden siirtämistä läänin tai maakunnan aluetta vastaavalle organisaatiolle ja mikäli se ei onnistu, olisi osa sairaalalaitosta siirrettävä takaisin valtion haltuun. Kansallisen kokoomuksen yleisohjelmassa vuodelta 1969 todetaan epäkohdaksi sairaalalaitoksen hajanaisuus (130 kuntainliittoa). Puolue vaati, että maa olisi jaettava terveydenhuoltopiireihin, joihin tulisi sisältyä kaikkinainen terveyden- ja sairaanhoito ja joissa olisi yksi ja yhtenäinen johto.

303 HE 45/1954.

suuntautui kunta- ja poliisiasioiden sekä rajavartiolaitoksen toimintaan. Lääkintäasiat kuuluivat muutaman virkamiehen miehittämälle yleiselle osastolle, jonka vastuulla olivat myös läänien, kaupunkien ja kuntien hallintoon liittyvät asiat.[304] Eduskuntakeskustelussa katsottiin, että sairaaloiden hallinto oli annettu sisäasianministeriön hoitoon jonkinlaisena sivutyönä[305] eikä valtion taholta ollut riittävästi kiinnitetty huomiota siihen, millä tavoin valtio tehokkaasti hallinnoisi keskussairaaloita. Valtio ei ollut tehokkaasti kehittänyt sairaaloiden johtojärjestelmiä.[306]

Yksi syy Suomen terveydenhuollon huonoon etenemiseen ja Suomen jälkeenjääneisyyteen saattaisikin olla se, että terveydenhuoltoasiat oli vuoteen 1968 saakka annettu ”väärälle” ministeriölle. Sisäministerillä ei ollut mahdollista monien muiden tehtäviensä ohella keskittyä terveydenhuollon edistämiseen, ja sisäasiainministeriö esitti sairaaloiden hallinnon ja ylläpidon siirtämisen kunnille lähinnä käytännöllisenä kysymyksenä ilman periaatteellista pohdintaa. Muutosta perusteltiin pelkästään kuntien ja valtion välisenä kysymyksenä, eikä muutosten vaikutuksia terveyspalveluja tarvitsevien potilaiden kannalta juuri pohdittu. Ehdotus merkitsi kuitenkin suurta käännettä sodan aikana alkaneeseen, valtion lisääntyneeseen vastuuseen terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon edistämisestä. Juuri kun 1950-luvulla oli päästy hyvään yhteistoimintaan valtion ja kuntien välillä keskussairaaloiden perustamiseksi ja ylläpitämiseksi, palattiin vanhaan järjestelmään, joka 1930-luvulla oli todettu toimimattomaksi.

Eduskuntakeskustelusta käy ilmi, että muutoksesta ei käyty laajaa keskustelua ennen hallituksen esityksen antamista. Vasta esityksen tultua eduskuntaan kansanedustajat joutuivat lakiesitystä käsitellessään ihmettelemään muutoksen suuruutta ja epäilemään, onko muutos hyväksi terveydenhuollolle. Muutoksella oli ajatuksellisesti sama vaikutus kuin vuoden 1869 keisarillisella julistuksella. Syytökset terveydenhuollon heikkouksista voitiin kohdistaa pelkästään kuntiin, ja valtiovalta tavallaan toisen kerran vetäytyi pelkästään rahoittajan ja tarkkailijan rooliin. Kun valtiovalta ei ollut enää vastuussa keskussairaaloiden hallinnosta ja toiminnasta, ei sitä voitu myöskään syyttää mahdollisista puutteista, vaan syyn saivat pelkästään kunnat, jotka jälleen vastasivat kaikesta julkisesta terveydenhuollosta. Moitteen välttäminen (*blame avoidance*) voisikin olla se ”näkymätön syy”, jonka vuoksi valtio vetäytyi erikoissairaanhoidonkin kehittämistyöstä jo vuonna 1956 ja siirsi vastuun kunnille.

Kritiikistä huolimatta lakiesitys hyväksyttiin, joskin valiokuntakäsittelyssä hallituksen esitykseen tehtiin lukuisia muutoksia. Esityksen hyväksyminen merkitsi aiemman, hajautetun mallin paluuta myös sairaaloihin. Kuntainliittojen hallitessa

304 Tiitta 2009, 270.

305 Ks. edustaja Käkelän (sd.), Wirtasen (SKDL), Leikolan (kok.), Jämsenin (maalaisliitto) ja Hostian (Suomen kansanpuolue) puheenvuorot sairaalalain ensimmäisessä käsittelyssä 20. syyskuuta 1955 (Valtiopäivät 1955, pöytäkirjat II).

306 Lääkintöhallitus oli kuitenkin kuulunut itsenäisyyden alusta lähtien sisäasianministeriölle, joten keskusvirastotasolla oli terveydenhuollon asiantuntemusta. Sisäasianministeriössä terveydenhoitoasiat olivat muutaman virkamiehen varassa, jotka hoitivat terveysasioita muiden tehtävien ohella..

keskussairaaloita saattoivat keskussairaalat erota toisistaan, kun maanlaajuinen ohjaus puuttui. Tasa-arvo palvelujen saatavuudessa ei ollut tärkeä näkökohta muutosta tehtäessä. Paikallinen hallinnointi ja päätöksenteko aiheuttaa väistämättä enemmän alueellisia laatu- ja tasoeroja hoidossa kuin keskitetty, valtion toteuttama hallinnointi. Tämän totesivat kansanedustajatkin puheenvuoroissaan lakia käsitellessään. Mielenkiintoista sodan jälkeisessä kehityksessä onkin se, että runsaan vuosikymmenen aikana Suomen sairaalainstituutiossa tapahtui kaksi suurta käännettä (*critical junction*), joista jälkimmäinen merkitsi valtion ohjausmahdollisuuden olennaista heikkenemistä. Muutoksen jälkeen valtion ohjaus perustui lähinnä lääkintöhallituksen kiertokirjeisiin ja ohjeisiin. Tosin valtio saattoi edelleen ohjata kehitystä valtionavun ehdoilla. Valtiolta saatua avustusta terveydenhuoltoon eivät kunnat saaneet käyttää muihin tarkoituksiin.

Kuntien ylläpitämien sairaaloiden lainsäädännöllinen pohja vahvistui, kun vuonna 1967 tuli voimaan laki kunnallisista yleissairaaloista. Laissa säädeltiin muiden kuin keskussairaaloiden toimintaa ja ylläpitoa. Merkittävä muutos aiempaan oli valtion kasvanut osuus kunnallistenkin sairaaloiden ylläpidossa valtionosuuksien kautta. Uuden lain mukaan valtio osallistui enintään 60 prosentilla kunnallisten yleissairaaloiden käyttökustannuksiin. Määrä oli 10 prosenttia enemmän kuin keskussairaaloissa. Runsaalla valtionavulla pyrittiin lisäämään kuntien kiinnostusta aluesairaaloiden perustamiseen ja siten sairaalaverkoston vahvistamiseen. Aloite sairaaloiden perustamisesta oli kuitenkin taas kunnilla, kuten ennen toista maailmansotaa, joten sodan jälkeen keskitetty suunnittelu sairaalatoimessa alkoi lain myötä taas hajautua. Lopullista selvyyttä siihen, kuuluuko päävastuu sairaalatoimen kehittämisestä kunnille vai valtiolle, ei ole saatu.[307]

4.6 Terveydenhuollon rahoitus 1917–1959

Terveydenhuollon rahoitus ei olennaisesti muuttunut ajanjaksolla. Päävastuu rahoituksesta oli kunnalla sen perustaessa kunnanlääkärin virkoja tai kunnansairaaloita. Valtionavustuksiin tuli kuitenkin aiempaa selkeämmät säännökset, joten kunnat tiesivät jo toimeen ryhtyessään, kuinka paljon hankkeeseen oli saatavissa valtionavustusta. Rahoituksen pelisäännöt etenivät ajanjaksolla enemmän kuin terveydenhuollon valtakunnallinen suunnittelu. Mikäli sairausvakuutusesitys olisi hyväksytty, olisi se todennäköisesti merkinnyt terveydenhuollon rahoituksen olennaista muutosta, koska jo 1920-luvulla yleisen verorahoituksen rinnalla terveydenhoidon palveluja ja lääkkeitä olisi alettu korvata sairausvakuutuksesta. Voidaan olettaa, että kun palkkatyöntekijöiden lääkärinpalvelut, sairaalakulut, lääkkeet ja sairauden vuoksi tehdyt matkat olisi maksettu sairausvakuutuksesta, olisi järjestelmä osaltaan helpottanut

307 Kosti Myllykoski on luonnehtinut asiaa seuraavasti: ”Kunnanlääkärilaitos sai alkunsa valistuneiden maallikoiden toimista. – – Kunnanlääkärien työkenttä painotettiin pääasiassa sairaanhoitoon. – – Erikoislääkärin antama sairaalahoito miellettiin lähinnä valtion velvollisuudeksi. Näin rakennettiin maahamme hallinnollisesti ja taloudellisesti erittäin sekava järjestelmä, jossa lääninsairaalat, yleiset sairaalat sekä mielisairaalat ja tuberkuloosiparantolat saivat hyvin vaihtelevat vastuualueet siten lisäten myös toiminnallista sekavuutta”. (Ks. Myllykoski 1985, 917.)

kuntien vastuuta vakuutettujen terveyspalveluista. Kunnat olisivat todennäköisesti keskittyneet niihin kansalaisiin, jotka eivät olleet vakuutettuja.

Sairausvakuutus olisi myös keventänyt kunnan terveydenhuollon toteuttamista, koska kunnanlääkäreiden palkkioita ja sairaalamaksuja olisi voitu korvata sairausvakuutuksesta ja vakuutusta vailla olleet olisivat ehkä saaneet helpotuksia maksuista. Todennäköisesti sairausvakuutuksen kattavuus olisi myös nopealla aikataululla laajentunut koskemaan kaikkia kansalaisia. Suhtautuminen sairausvakuutukseen oli kuitenkin hyvin varauksellista, eivätkä lain vastustajat kiinnittäneet huomiota niihin mahdollisuuksiin, joita esityksen hyväksyminen olisi tuonut koko Suomen terveydenhuollon rahoitukselle ja kehitykselle. Sairausvakuutusesityksen hylkääminen merkitsi myös sitä, että sairauskassat olivat edelleen tärkeä tekijä erityisesti niissä terveydenhuollon kustannuksissa, joihin kuntien vastuu ei ulottunut. Näitä olivat erityisesti lääkekulut ja sairauden aikainen toimeentuloturva, joita monet sairaskassat sääntöjensä mukaisesti korvasivat jäsenilleen. Esityksen kaatumisen myötä sairauden aikainen toimeentuloturva jäi edelleen vain sairauskassan piirissä oleville sikäli kuin kassan sääntöihin sellaista etuutta oli sisällytetty. Kehitys 1920–1950-luvuilla jatkui verorahoitteisena kunnan ja valtion kiistellessä kustannusten jaosta.

4.7 Arvio

Ajanjakso 1917–1959 oli hitaan edistyksen aikaa taloudellisten voimavarojen rajoittaessa mahdollisuuksia kehittää terveydenhuoltoa. Tätä näkemystä tukee se, että 1930-luvun loppupuolella bruttokansantuotteen volyymin alkaessa lisääntyä parantunut taloudellinen tilanne heijastui myös terveydenhuoltoon. Suomi sai tuolloin ensimmäisen yksilökohtaista terveydenhuoltoa sääntelevän lain, joka tosin samaan aikaan syttyneen talvisodan vuoksi tuli voimaan vasta myöhemmin. Myös 1920-luvulla bruttokansantuote kasvoi melko nopeasti, mutta silloin voimavarat keskitettiin toiseen kunnan tehtävään, oppivelvollisuuslain toteutukseen. Terveydenhuollon kehitys oli hidasta. Byrokratiatasolla tehtiin ehdotuksia, mutta ne eivät saaneet riittävää poliitikkojen kannatusta, minkä vuoksi poikkeuksellisesti kansanedustajat alkoivat eduskunnasta käsin edistää terveydenhuoltoa. Vuoden 1934 sopimus eduskunnassa sairaalatoimen edistämiseksi syntyi kansanedustajien aloitteesta, ja samaan aikaan vahvistuva talous mahdollisti uudenlaisen aloitteellisuuden.

Sota katkaisi 1930-luvun lopulla alkaneen myönteisen kehityksen. Sodan jälkeen taloudellinen kehitys jarrutti etenemistä, vaikka diskurssi terveydenhuollon edistämisestä muuttui ja oli huomattavasti myönteisempi kuin ennen sotaa. Sodan jälkeen alettiin vahvistaa terveydenhuollon rakenteita. Merkittävin osoitus siitä oli keskussairaalaverkoston rakentamisen aloittaminen. Taloudelliset seikat vaikuttivat merkittävästi rakentamisaikatauluun, joka loppujen lopuksi venyi noin 25 vuodeksi. Vaikka erikoissairaanhoidon puutteet olivat tiedossa, lähdettiin puutteiden korjaamiseen vain asteittain taloudelliset näkökohdat huomioiden. Tämän vuoksi ongelmat jatkuivat pitkään niillä alueilla, jotka oli asetettu rakennusaikataulussa myöhäiseksi.

Rakennepoliittisesti tarkasteltuna ajanjakso vaikuttaa melko yhtenäiseltä. Suhtautuminen terveydenhuollon lainsäädäntöön ei yleensä jakanut puolueita. Kaikki puolueet kannattivat parannuksia silloin, kun ne tuotiin eduskunnan käsiteltäväksi. Komiteoiden ehdotukset eivät kuitenkaan päässeet eduskuntakäsittelyyn saakka, jolloin ne jäivät toteuttamatta. Poiketen muusta terveydenhuollosta sairausvakuutusesitys jakoi syvästi puolueiden mielipiteitä. Karkeasti ottaen vasemmistopuolueet kannattivat sairausvakuutusta, maaseutua edustavat puolueet olivat valmiita hyväksymään vain kaikkia kansalaisia koskevan universaalisen sairausvakuutuksen ja oikeistoa edustavat puolueet torjuivat esityksen kustannussyistä. Tosin puolueiden sisälläkin mielipiteet vaihtelivat. Esimerkiksi kokoomus suhtautui sairausvakuutukseen aluksi melko myönteisesti mutta muutti myöhemmin kantansa jyrkän kielteiseksi. Pääasiallisesti maalaisliiton ja kokoomuksen vastustus johti siihen, että sairausvakuutusesitys jäi hyväksymättä, mutta myös valtiolliseen institutionalismiin liittyvillä tekijöillä oli merkitystä lopputulokseen. Lain vastustajat käyttivät hyväkseen Suomen hallitusmuodon vähemmistösuojasäännöksiä onnistuen eduskuntavaalien jälkeen torjumaan eduskunnan aiemmin hyväksymän lain. Suomen kehityksestä voidaan näiltä osin löytää yhtymäkohtia niihin institutionaalisiin tulkintoihin, joita ovat tutkimuksissaan tuoneet esiin Immergut ja Skocpol. He ovat korostaneet valtiorakenteen ja päätöksentekotavan vaikutuksia.

Suhtautuminen sairausvakuutukseen muuttui jyrkästi 1920-luvun lopulla, samalla kun asenteet yleensäkin jyrkkenivät Suomen poliittisessa elämässä. Kunnallisen järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvan terveydenhuollon osalta puolueet olivat järjestelmän edistämisen kannalla, mutta tavoitteet tältä osin törmäsivät usein huoleen kuntien taloudesta ja järjestelmän aiheuttamista kustannuksista. Kansanedustajat yleensä toimivat myös kunnallispolitiikassa, ja terveydenhuollon lainsäädännön ollessa käsittelyssä nousee heti kysymys siitä, miten kuntien talous kestää uudistusten aiheuttamat lisäkustannukset sekä miten paljon valtio osallistuu kuntien kustannuksiin. Taloudelliset aspektit ja kustannusten minimointi hallitsivat terveyspoliittista keskustelua ja vaikutti myös uudistusten aikatauluun.

Rakennepoliittisesta näkökulmasta 1920-luvulla nousee esiin sosialidemokraattinen puolue ja pääministeri Väinö Tanner, jonka johtama hallitus antoi eduskunnalle sairausvakuutuslakiesityksen. Lakiesityksen tuominen eduskuntaan merkitsi niiden poliittisten tavoitteiden toteuttamisyritystä, joihin sosialidemokraatit jo ennen itsenäistymistä vuosisadan alusta lähtien olivat pyrkineet. Lisäksi poliittisista toimijoista on mainittava ne eri puolueita edustavat kansanedustajat, jotka tekivät merkittävän aloitteen siitä poliittisesta sopimuksesta, joka solmittiin eduskunnassa vuonna 1934 valtion ja kunnan yhteistoiminnasta sairaalalaitoksen kehittämiseksi. Vuoden 1937 Cajanderin punamultahallitus tasoitti tietä aiempaa sovinnollisemmalle ja tasapuolisemmalle politiikalle, joka ilmeni kunnanlääkäreiden aseman vakiinnuttamisena ja sodan aikana säädettynä sairaalalakina, joiden molempien käytännön merkitys tuli esiin vasta 1950-luvulla, jolloin kunnanlääkärijärjestelmä laajeni ja keskussairaaloiden rakentaminen alkoi. Sodan jälkeen terveydenhuollon kehittämisestä oltiin poliittisesti yksimielisiä, mutta taloudelliset ehdot hidastivat kehitystä.

Virkamiehistä ja asiantuntijoista voidaan tällä ajanjaksolla mainita lääkintöhallituksen pääjohtajaksi 1920-luvun lopulla tullut Hannes Ryömä[308], joka hahmotteli lainsäädäntöä kunnallisen järjestämisvastuun täsmentämiseksi. Sairausvakuutuksen osalta virkamiehistä on mainittava sosiaaliministeriön hallitusneuvos Onni Hallsten, joka ennen Suomen itsenäistymistä kansanedustajana ollessaan pyrki edistämään sairausvakuutuksen toteuttamista. Hallsten johti sosiaalivakuutuskomiteaa, jonka mietintöön 1920-luvun sairausvakuutusesitys pääosin perustui. Kolmas merkittävä virkamies oli sosiaaliministeriön kansliapäällikkö Niilo Mannio, joka sairausvakuutusesityksen valmistelijana toi esiin kansainvälisen työjärjestö ILO:n sopimusten ja suositusten merkityksen suomalaiseen sairausvakuutuskeskusteluun. Mannio edisti sairausvakuutusta myös sodan jälkeen suuren sosiaalivakuutuskomitean puheenjohtajana. Heclon esiin tuoma virkamiesten ja asiantuntijoiden keskeinen asema uudistuksissa toteutui siis erityisen selvänä ennen sotaa, joskaan virkamiesten esitykset eivät vielä saaneet riittävää kannatusta poliittisten päättäjien keskuudessa. Taloudellisen niukkuuden diskurssi vaikutti ajanjaksolla kehitykseen enemmän kuin virkamiesten aktiivinen toiminta terveydenhuollon edistämiseksi. Kuitenkin ne aloitteet, joita virkamiehet tekivät 1920- ja 1930-luvuilla, toteutuivat vähitellen sodan jälkeen. Tuolloin kunnanlääkärijärjestelmää alettiin vahvistaa ja keskussairaalaverkostoa rakentamaan virkamiesten ja asiantuntijoiden aiemmin ehdottamien suuntaviivojen mukaisesti.

Walter Korven valtaresurssiteorian mukaisesti vasemmistopuolueet ajoivat ajanjaksolla voimakkaimmin terveydenhuollon uudistusta pyrkien sairausvakuutusjärjestelmään. Vasemmiston poliittinen voima ei kuitenkaan riittänyt uudistuksen läpi viemiseen, ja yllättäen kommunistit asettuivat ratkaisevassa äänestyksessä sairausvakuutusjärjestelmää vastaan. Lisäksi edellä kuvattu päätöksentekojärjestelmään sisäänrakennettu institutionaalinen vetomahdollisuus antoi lain vastustajille mahdollisuuden estää lain voimaantulo. Ammattiyhdistysliikkeellä, joka on toinen keskeinen uudistuksiin pyrkivä voima Korven valtaresurssiteoriassa, ei ollut vielä keskeistä asemaa toimijana ja painostajana 1920- ja 1930-luvuilla. Kansalaissodan jälkeen ammattiliitot keskittyivät lähinnä palkkakysymyksiin, vaikka 1920-luvulla toteutettiin myös merkittäviä työlainsäädännön uudistuksia, kuten työsopimuslaki ja työehtosopimuslaki. Lisäksi voimia hajotti se, että 1920-luvulla ammattiyhdistykset olivat syvästi jakautuneet sosialidemokraattisiin ja kommunistisiin järjestöihin ja niiden vaikutusvalta puhtaan palkkapolitiikan ulkopuolisissa asioissa oli vielä hyvin heikko. Ammattiliittojen rooli oli kuitenkin merkittävä työpaikkakassoissa koko jakson ajan. Työpaikkakassat antoivat merkittävää sairausturvaa niille työntekijöille, joilla oli mahdollisuus päästä kassan tarjoaman suojan piiriin. Sodan jälkeen ammattiyhdistysten valta ja merkitys kasvoivat, mutta 1950-luvun loppuun mennessä tämä ei kovin paljon näkynyt terveyspolitiikassa.

Taloudelliset seikat ja kustannusten säästäminen ohjasivat hyvin pitkälti terveydenhuollon kehitystä koko ajanjaksolla. Erityisesti 1920- ja 1930-luvuilla korostettiin niukkuutta ja taloudellisten mahdollisuuksien rajallisuutta, minkä vuoksi tervey-

308 Hannes Ryömä oli myös sosialidemokraattinen kansanedustaja ja Väinö Tannerin vähemmistöhallituksen ministeri.

denhuollon edistyminen oli hidasta todetuista puutteista huolimatta. Taloudellisten voimavarojen niukkuuden korostamisesta tuli erityisesti ennen sotaa jopa edistyksen este. Suomi seurasi 1920–1950-luvuilla terveydenhuollossa pääosin 1800-luvulla alkanutta kunnallisen järjestämisvelvollisuuden polkua ja sairausvakuutusesityksen kaatuminen 1920-luvulla edelleen vahvisti tätä suuntausta. Periaatteen mukaan kunta on vastuussa asukkaidensa terveydenhuollosta ja valtio rahallisesti tukee kuntia terveydenhuollon järjestämisessä. Autonomian ajalta periytynyt, Suomelle ominainen terveydenhuollon järjestämistapa syveni vuosina 1917–1959, ja sen myötä syntyneet instituutiot ehdollistivat kehityksen. Poikkeaminen toiseen järjestelmään kävi yhä vaikeammaksi.

Merkittävimmät muutokset ajanjaksolla olivat epäilemättä kunnanlääkärijärjestelmän lakisääteistäminen, tuberkuloosin vastustaminen mm. hoitolaitoksia rakentamalla ja keskussairaalaverkoston rakentamisen aloittaminen. Muutos aiempaan tehtiin paikallisessa terveydenhuollossa, kun kunnanlääkärijärjestelmä lakisääteistettiin 1940- ja 1950-lukujen taitteessa. Tavoitteeksi asetettiin kunnanlääkärin saaminen jokaiseen kuntaan ja kuntien velvoittaminen lääkärin viran perustamiseen. Uutta oli se, että kunnalliseen itsehallintoon perustuvaa vapaata päätöksentekoa palvelujen antamisessa ja virkojen perustamisessa rajoitettiin. Kuitenkaan monet kunnat eivät noudattaneet lakia eivätkä perustaneet kunnanlääkärin virkaa, mikä osoittaa valtion vaikeuden ohjata terveydenhuollon kehitystä, kun toisella puolella on kunnallisen itsehallinnon syvään juurtunut periaate.

Merkittävä käänne oli vuoden 1943 keskussairaalalaki, jonka myötä valtio otti aiempaa huomattavasti aktiivisemman roolin sairaalalaitoksen kehittämisessä alkaen johtaa sitä. 1940- ja 1950-luvut olivat keskussairaaloiden rakentamisen aikaa valtion johdolla. Valtiojohtoisuus ei kuitenkaan ollut pysyvää. Vuonna 1956 aiempaan kuntavetoiseen järjestelmään palattiin takaisin, kun kuntainliitot saivat keskussairaaloiden ylläpidon ja hallinnon vastuulleen. Valtio palasi sotia edeltäneeseen rooliinsa kuntien terveydenhuollon toteutuksen rahallisena avustajana, joskin rahoitusrooli oli nyt vakiintuneempi kuin aiemmin. Samalla kuntainliitoista instituutioina tuli uusia, merkittäviä toimijoita ja instituutioita terveydenhuollossa yksittäisten kuntien rinnalla. Polkuriippuvuus vaikutti paluuseen kunnalliseen järjestelmään sairaalatoimessa. Valtiojohtoisuus oli vain sodan poikkeuksellisten olojen aiheuttama ja pakon sanelema välivaihe, koska kuntavetoisena keskussairaalaverkoston rakentaminen ei ehkä olisi onnistunut. Kun valtion johtava rooli ei ollut enää välttämätön, palattiin Suomessa polkuriippuvaisesti entiselle, jo 1860-luvulla muotoutuneelle polulle. Universaalisuuden ja kansalaisten tasa-arvon kannalta astuttiin askel taaksepäin, koska kunnallinen järjestämisvastuu väistämättä lisäsi kirjavuutta ja erilaisia käytäntöjä sairaalatoimen toteuttamisessa.

Vaikutteita terveydenhuollon kehitykseen saatiin myös muiden maiden esimerkeistä ja erityisesti kansainvälisten järjestöjen sopimuksista ja suosituksista. Lakien keskeiset valmistelijat ministeriöistä osallistuivat kansainvälisten järjestöjen kokouksiin ja Kansainvälisen työjärjestön ILO:n sairausvakuutusta koskevat päätöslauselmat

vaikuttivat heidän asenteisiinsa. Kansainvälisen työjärjestön jäsenenä Suomen velvollisuus oli ottaa huomioon ILO:ssa hyväksytyt sopimukset ja suositukset, ja tämä oli yksi taustatekijä Tannerin hallituksen sairausvakuutusesitykselle. Myös eduskunnassa terveydenhuollon kansainväliset vaikutteet tulivat keskustelussa esiin. Niiden vaikutus päätöksentekoon jäi kuitenkin vähäiseksi ja Suomi jatkoi omalla erityisellä polullaan järjestämällä terveydenhuoltonsa omintakeisesti. Eduskuntakeskusteluissa Suomen terveydenhuollon jälkeenjääneisyys muista Euroopan maista todettiin, mutta Suomen talouden katsottiin olevan niin takapajuinen, että puutteet ovat ymmärrettäviä. Vetoaminen talouden heikkouteen onkin ollut ”pitävä” selitys Suomen terveydenhuollon ilmeisiin puutteisiin 1920–1950-luvuilla.

Kansalaisten tasa-arvo ja oikeus saada hoitoa eivät vielä olleet erityisen keskeisiä tavoitteita itsenäisyyden alusta 1950-luvun lopulle. Kuntakohtaiset erot hoidon määrässä ja laadussa olivat merkittäviä ajanjakson loppuun saakka, vaikka ongelmat herättivät paljon keskustelua. Epäilemättä ongelmia haluttiin poistaa vahvistamalla kunnanlääkäripalveluja ja aloittamalla keskussairaalaverkon rakentaminen, mutta tasa-arvon puutteisiin nähden kehitystyötä tehtiin hitaasti ja kustannustietoisesti. Kuntakohtainen terveydenhuollon järjestämistapa johti myös siihen, että yleinen talouden kasvu ja bruttokansantuotteen volyymin kasvu valtakunnan tasolla ei välttämättä suoraan edistänyt terveydenhuoltoa kunnissa. Kuntien talous vaihteli kunnittain, ja tämä heijastui kuntien talousarvioon ottamiin määrärahoihin. Terveydenhuollon määrä ja laatu vaihtelivat paikkakunnittain.[309]

309 Ks. Hellsten 1993, 218: ”Vaikka ajanjakso 1922–1928 oli miltei keskeytymätöntä taloudellisen nousun aikaa, ei sosiaalivakuutuksen laajentamiselle ollut riittäviä edellytyksiä.”

5 MONIKANAVAINEN JÄRJESTELMÄ MUOTOUTUU (1960–1990)

Tässä empiirisen osan kolmannessa jaksossa muodostetaan Suomen terveydenhuollon palvelujen ja rahoituksen kanavat. 1960-luvulla saadaan Suomeen monien tuloksettomien yritysten jälkeen sairausvakuutusjärjestelmä. Rinnan sairausvakuutusjärjestelmän kanssa valmistellaan kuitenkin jo kunnalliseen vastuuseen perustuvan kunnanlääkärijärjestelmän korvaamista kansanterveysjärjestelmällä, joten kaksi suurta uudistusta toteutetaan ajallisesti lähellä toisiaan. Kuitenkaan järjestelmien keskinäisestä vuorovaikutuksesta ei pidetä huolta. Suomeen syntyy monikanavainen palvelu- ja rahoitusjärjestelmä, jonka toimivuus terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta osoittautuu ongelmalliseksi. Kolmas kanava, työterveyshuolto, syntyy Kansainvälisen työjärjestön ILO:n sopimuksiin ja suosituksiin pohjautuen työmarkkinajärjestöjen välisellä sopimuksella samoihin aikoihin kuin kansanterveysjärjestelmä helpottamaan työssä käyvien hoitoon pääsyä ja ehkäisemään työstä aiheutuvia terveyshaittoja. Tämä kanava etenee omaa reittiään eikä sen yhteys kansanterveysjärjestelmään ei ole ongelmaton. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirit alkavat yhä enemmän erkaantua kunnan perusterveydenhuollosta muodostaen omia instituutioitaan. Jakson loppupuolella kustannustekijät alkavat yhä enemmän vaikuttaa kehitykseen ja uusia paradigmoja aletaan omaksua suhteessa yksilön ja yhteiskunnan vastuuseen hyvinvointivaltiossa.

5.1 Taloudellinen kehitys ja terveydenhuollon diskurssi 1960–1990-luvuilla

Merkittävä muutos tapahtui Suomessa 1950-luvun loppupuolella, kun säännöstelykausi päättyi ja alettiin tavoitella taloudellista kasvua. Kasvua ja kulutuskysyntää ei kuitenkaan voinut syntyä, kun kansan enemmistön sosiaali- ja terveysturva oli heikko ja kansalaisten kulutus keskittyi perustarpeiden tyydyttämiseen. Erityisesti jos perheenjäsen sairastui, perheen tulot eivät riittäneet muihin menoihin. Taloudellisen kasvun katsottiin edellyttävän myös sosiaaliturvan laajentamista. Sosiaalisten tulonsiirtojen katsottiin lisäävän kulutuskysyntää ja parantavan taloudellisen kasvun edellytyksiä. Tämä merkitsi nykyaikaisen sosiaaliturvajärjestelmän syntyä, sillä sen tavoitteena oli laajojen väestöryhmien pääsy sosiaaliturvan piiriin ja väestön kulutusmahdollisuuksien parantaminen. Uuden ajan airuena toimi 1960-luvun alussa Pekka Kuusi, jonka kirja ”60-luvun sosiaalipolitiikka”[310] aloitti uuden diskurssin sosiaali- ja terveysturvan kehittämisessä. Sosiaali- ja terveysturvan kustannuksia ei enää pidetty pelkästään kustannuksina vaan myös sijoituksena, joka vaikutti kansantalouden kasvuun.

Talouspolitiikassa alettiin korostaa taloudellisen kasvun ja kasvupolitiikan merkitystä. Taloudellisen kasvun nopeuttaminen nousi tärkeäksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi Suomen kansainvälisen kilpailuaseman vuoksi. Tähän tarvittiin teollistamista, ja Suomen yhteiskuntarakenteen muutos nopeutui. Suomi muuttui

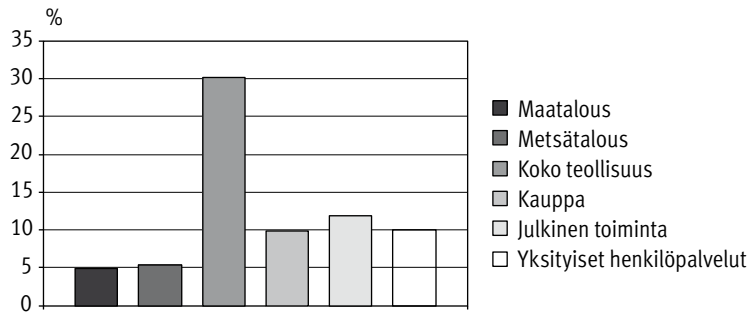
310 Kuusi 1962.

maatalousyhteiskunnasta teollisuus- ja palveluyhteiskunnaksi 1960-luvulla.[311] Koko 1960-luku oli taloudellisen nousun aikaa (ks. kuvio 6). Vuosikymmenen lopulla kasvu pysähtyi mutta jatkui taas nopeana 1970-luvun alussa. 1960-luvun loppua leimasi työmarkkinajärjestöjen vaikutusvallan nousu aiemmin erillään toimineiden työntekijäpuolen keskusjärjestöjen (SAJ ja SAK) yhdistyttyä uudeksi Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestöksi. Valtakunnansovittelija Keijo Liinamaan johdolla aikaan saatu ensimmäinen tulopoliittinen sopimus solmittiin vuonna 1968, ja se aloitti merkittävän tulopolitiikan kauden Suomessa. Kehityskulku, jonka alkulähde ja ajatuksellinen paradigma oli syntynyt jo ns. tammikuun kihlauksessa vuonna 1940, alkoi nyt tulla selkeästi näkyviin ja tuottaa tulosta. Sosiaali- ja terveydenhuolto oli saanut uuden alkulähteen työmarkkinaosapuolten neuvottelupöydässä. Tällä muutoksella oli vaikutusta myös terveydenhuollon kehitykseen, kuten jäljempänä tarkemmin kerrotaan.

1970-luvulle tultaessa Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet olivat olennaisesti muuttuneet aiemmasta. Esimerkiksi vuonna 1973 (kuvio 6) alkutuotannon (maa- ja metsätalous) osuus kaikista elinkeinoista oli vähentynyt, ja vain noin kymmenesosa kansasta sai enää elantonsa maa- ja metsätaloudesta. Vastaavasti teollisuuden osuus oli noussut tärkeimmäksi bruttokansantuotteen osaksi, ja myös palvelujen osuus oli huomattava. Teollisuuden osuus bruttokansantuotteesta oli noin 30 prosenttia kokonaisuudesta ja kaupan sekä yksityisten henkilöpalvelujen lähes 20 prosenttia. Myös julkisen toiminnan osuus oli noussut noin 12 prosenttiin bruttokansantuotteesta.

Myös bruttokansantuotteen volyymi kehittyi aikajaksolla lähinnä myönteisesti (kuvio 7, s. 110). Vuonna 1960 bruttokansantuotteen volyymin indeksi oli noin kaksinkertainen vuoteen 1926 verrattuna. Koko 1960-luku oli huomattavan kasvun aikaa, ja kasvu jatkui edelleen 1970-luvulla, joskin öljykriisi aiheutti bruttokansantuotteen kasvun hidastumista 1970-luvun lopulla. Koko 1980-luku oli nousun aikaa.

Kuvio 6. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1973, %.*



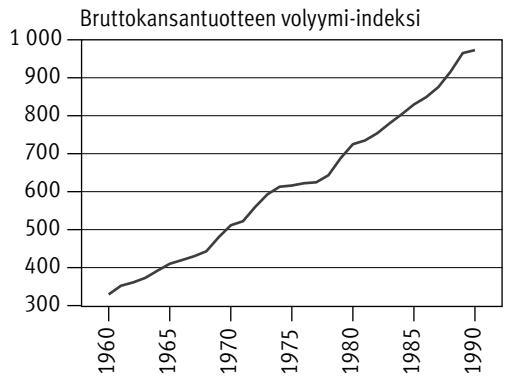
Lähde: Tilastokeskus 2010. Kuvion keskeiset tekijät ovat noin 72 prosenttia bruttokansantuotteesta.

311 Niemelä ja Salminen 2003, 12.

Bruttokansantuotteen volyymi jatkoi kasvuaan aina vuoteen 1989 saakka, minkä jälkeen kasvu tasaantui, ja sen jälkeen 1990-luvun alussa Suomea kohtasi pahin taloudellinen lamakausi sitten 1930-luvun. Laman vaikutus terveyspolitiikkaan tuli kuitenkin esille vasta seuraavalla ajanjaksolla, johon palataan jäljempänä. Kokonaisuudessaan ajanjakson 1960–1990 myönteinen talouskehitys antoi mahdollisuudet myös terveydenhuollon kehittämiseen.[312]

Tarkasteltaessa eri sektoreiden työvoimaosuuksia voidaan nähdä ajanjaksolla kiihtyvää siirtymää pois alkutuotannon elinkeinoista teollisuuteen ja palvelusektoreille. Kun edellisen ajanjakson viimeisen vuosikymmenen alussa vuonna 1950 alkutuotannon osuus työvoimasta oli vielä 46 prosenttia, teollisuuden 27 prosenttia ja palveluiden 27 prosenttia, kehittyivät työvoimaosuudet ajanjaksolla taulukon 4 mukaisesti.

Kuvio 7. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1960–1990 (vuosi 1926 = 100).*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

Taulukko 4. *Suomen bruttokansantuotteen pääasiallisten sektoreiden työvoimaosuuksien muutos 1960–1980, %.*

Vuosi	Alkutuotanto	Teollisuus	Palvelut ja muut
1960	36	30	34
1970	20	35	45
1980	13	31	52

Lähde: Tilastokeskus 2010.

312 Ks. talouden kehityksestä 1960–1980-luvulla Hjerppe 1988, 46–48. Hjerppe toteaa mm., että ”toisen maailmansodan jälkeen nopea kasvu jatkui 1970-luvun alkupuolelle ns. öljykriisiin saakka. Öljyn hinta kymmenkertaistui vuosina 1974–1979. Seurasi maailmanlaajuinen inflaatio ja lama. – – Suomessa tänä hitaan kasvun vuosikymmenenäkin 1974–1985 bruttokansantuotteen kasvu on ollut keskimäärin 2,7 prosenttia vuodessa eli jokseenkin yhtä nopeaa kuin ajanjakson 1980–1913 keskikasvu. 1970-luvun puolivälissä BKT ei tosin kasvanut kolmeen vuoteen, mutta 1980-luvun alkupuolella talouskasvu on ollut eurooppalaisittain keskitasoa nopeampaa.”

Työvoimaosuuksien ja elinkeinojen muutokset heijastuivat poliittisiin voimasuhteisiin. Maaseutuväestöä edustavat puolueet olivat edelleenkin vaikutusvaltaisia tällä ajanjaksolla, mutta niiden rinnalla tärkeiksi poliittisiksi vaikuttajiksi tulivat myös vasemmistopuolueet, ennen kaikkea sosialidemokraatit. Kokoomus tuli hallitusvastuuseen vasta 1980-luvulla mutta oli eduskunnassa tärkeä puolue terveydenhuoltoa koskevia lakeja käsiteltäessä. Pääasiallisen hallituskoalition muodostivat 1960-luvun puolivälin jälkeen ja 1970-luvulla sosialidemokraatit ja keskustapuolue, entinen maalaisliitto. Puolueiden ohjelmissa terveydenhuoltoon liittyviä tavoitteita oli aiempaa runsaammin 1960-luvulla, ja 1970-luvulla ohjelmat tarkentuivat ja puolueiden väliset erot terveyspolitiikassa alkoivat tulla aiempaa enemmän esiin. 1970-luvulla puolueissa harrastettiin aktiivista terveyspolitiikkaa, mikä näkyi myös siinä, että suuret puolueet laativat erillisiä terveyspoliittisia ohjelmia. Kokoomus hyväksyi laajan terveyspoliittisen ohjelman vuonna 1970, SDP vuonna 1975 ja keskustapuolue vuonna 1977. 1980-luvulla terveyspoliittiset tavoitteet sisällytettiin puolueiden yleisohjelmiin.

1960- ja 1970-luvuilla keskityttiin suunnitteluun ja uudistuksiin. Sairausvakuutuslaki saatiin viimein aikaan, joskin sen säätämistä edelsivät tarkat laskelmat uudistuksen kustannusvaikutuksista. Pääosin kustannusten nousun estämiseksi eräitä sairausvakuutukseen normaalisti kuuluvia osioita jätettiin suomalaisesta järjestelmästä pois. Vielä enemmän luottamusta suunnitteluun ja suunnitelmiin ajanjaksolla kuvaa kansanterveysjärjestelmän toteutus. Kansanterveyslaki säädettiin puitelakina, joten lakia keskeisesti täydensivät ja sen sisältöä määrittelivät valtion ja kuntien kansanterveyssuunnitelmat. Paradigma suunnittelun ja suunnitelmien keskeisestä merkityksestä harjoitettavassa terveyspolitiikassa alkoi kuitenkin muuttua ajanjakson viimeisellä vuosikymmenellä 1980-luvulla. Tuolloin keskustelu suuntautui normiohjauksen tarpeellisuuteen ja pyrittiin jopa purkamaan normeja. Yhä enemmän nousi esiin sotaa edeltävä perinteinen suomalainen terveyspoliittinen ajattelu kuntien itsenäisyydestä ja vapaudesta päättää asukkaidensa terveydenhoidosta. Kuntien vapaus ja itsenäisyys palasivat keskeisiksi arvoiksi suomalaisessa terveyspolitiikassa. Normi- ja suunnitteluohjaus osoittautuivat vain 1960- ja 1970-lukujen rakennuskauden arvoiksi.

Globaalitalouden sääntelyn purkaminen ja pääomien vapaa liikkuvuus, jotka molemmat alkoivat toteutua 1980-luvulla, heijastuivat suoraan myös terveyspolitiikkaan. Taloudessa uutta kasvumallia alettiin hakea purkamalla sääntelyä ja annettiin markkinoiden toimia vapaasti ilman valtion väliintuloa. Pohjaa näille 1980-luvun suurille muutoksille antoi 1970-luvun lopulla Korpilammella pidetty vaikuttajien ja intressiryhmien kokous. Sen seurauksena valtio alkoi tukea yrityksiä elvytystoimin ja valtiosta tuli aiempaa aktiivisempi toimija elinkeinopolitiikassa. Tämän kehityksen ja ajattelutavan myötä tehokkuus ja kilpailukyky alkoivat nousta arvoina ja jopa eräänlaisena paradigmana kaikkein keskeisimmäksi yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi syrjäyttäen monia muita aiemmin tärkeinä pidettyjä arvoja. Suuri muutos käytännön toiminnassa tehokkuuden ja kilpailukyvyn suuntaan tapahtui kuitenkin vasta seuraavalla vuosikymmenellä, joten siihen palataan vasta empiirisen osan neljännessä osiossa.

Lasten terveyteen jo 1950-luvulla kohdistunut huomio tuotti tuloksia, sillä 1960-luvulla imeväisyyskuolleisuus Suomessa saatiin vähenemään olennaisesti. Tämän jälkeen huomio kiinnittyi aikuisväestön kehnoon terveyteen ja suomalaisten kansainvälisesti katsoen erittäin alhaiseen elinikään. Kehitys oli mennyt jopa huonompaan suuntaan, sillä työikäisten miesten kuolleisuus lisääntyi vuosina 1961–1965. Koko Euroopan vertailussa Suomi sijoittui sekä miesten että naisten kuolleisuudessa aivan kärkisijalle ja alueelliset erot olivat suuria. Synkimmät kuolleisuusalueet olivat Itä- ja Pohjois-Suomessa.[313] Suomalaisten terveyspalveluissa todettiin olevan sekä alueellista että ikään ja sukupuoleen liittyvää epätasa-arvoa. Vaikka diskurssi oli sodan seurauksena muuttunut ja kansanterveyttä haluttiin parantaa, muodosti lääkäripula vakavan esteen terveydenhuollon kehittämiselle. Lääkärikoulutusta lisättiinkin perustamalla uusia lääketieteellisiä tiedekuntia.[314]

Terveyspolitiikassa Suomen suuret kuolleisuusluvut johtivat myös toimenpiteisiin, sillä erityisesti 1970-luvulla keskityttiin suurten kansantautien, erityisesti sepelvaltimotaudin, vähentämiseen, kun aiemmin erityishuomion kohteena oli ollut tuberkuloosin torjunta. Suomalaisten alhaista elinikää haluttiin nyt toden teolla pidentää ja etsiä ratkaisuja terveyden edistämiseksi myös valtion toimenpitein. Terveydenhuollon kehittämistä ja terveyskasvatusta alettiin arvostaa yhä enemmän. Tähän myös valtion tuli panostaa. Ajanjaksolle olivat tyypillisiä suuret alueelliset kokeiluhankkeet terveyden edistämiseksi, joista kuuluisin oli ns. Pohjois-Karjala-hanke. Hankkeessa pyrittiin terveiden elin- ja ruokailutapojen ohjauksella vähentämään Itä-Suomen kansantaudin eli sepelvaltimotaudin riskiä. Terveyttä edistettiin hankkeessa sekä julkisuuden keinoin että yksilökohtaisella ohjauksella menemällä jopa koteihin opastamaan oikeata ravintokäyttäytymistä. Tulokset olivat vaikuttavia, sillä tilastojen mukaan kuolleisuus sepelvaltimotautiin väheni olennaisesti kampanjan seurauksena.

Ajanjaksoon kuuluivat suuret uudistukset terveydenhuollossa eli sairausvakuutuslain, kansanterveyslain ja työterveyshuollon synty ja käytännön toteuttaminen. Uudistuksiin liittyi myös laajoja hallinnollisia toimia, kuten koko maan kattavan sairausvakuutustoimisto- ja terveyskeskusverkoston rakentaminen sekä työterveyspalvelujen aloittaminen työssä oleville. Sairausvakuutustoimistoverkosto syntyi hyvin lyhyen ajan kuluessa 1960-luvulla, kun taas terveyskeskusten rakennustyö aloitettiin asteittain. Rakentaminen alkoi sieltä, missä terveyspalvelujen puute koettiin suurimmaksi eli Pohjois-Suomesta. Kysymys oli siis pitkän ajan kuluessa toteutetusta uudistuksesta, kuten oli ollut keskussairaaloiden rakentaminen edellisinä vuosikymmeninä. Terveyskeskusverkoston toteutuksen myötä korostettiin avohoidon ja perusterveydenhoidon merkitystä raskaan ja kalliin laitoshoidon sijaan. Taloudellinen noususuhdanne ja kohtalaisen hyvä kunnallistaloudenkin tilanne heijastui terveydenhuollossa jonojen vähenemisenä, joskin henkilöstöpula alkoi hidastaa kehitystä erityisesti 1980-luvulla. Työterveyspalvelut laajenivat vähitellen ja jopa ilman lainsäädäntöä 1970-luvulla.

313 Tilastokeskus 2010.

314 Harjula 2007, 80.

Kun työterveydenhuollon lainsäädäntö viimein tuli voimaan 1970-luvun lopulla, oli verkosto jo käytännössä pitkälle muotoutunut.

5.2 Sairausvakuutuksen synty ja toteuttaminen vuosina 1960–1990

5.2.1 Sairausvakuutuslakia valmistellaan

Vuonna 1954 palkansaajia koskeva sairausvakuutusesitys torjuttiin eduskuntakäsittelyssä toisen kerran. Hylkääminen ei kuitenkaan tällä kertaa sulkenut ovea muutoksilta vuosikymmeniksi, kuten 1920-luvulla, vaan valmistelu sairausvakuutusjärjestelmän saamiseksi Suomeen aloitettiin taas alusta. Vuonna 1955 aloitti osastopäällikkö Tauno Jylhän johdolla työskentelynsä jälleen uusi sairausvakuutuskomitea, joka antoi mietintönsä vuonna 1959.[315] Aiemmista epäonnistumisista oli opittu, eikä uusi komitea pyrkinytkään enää osittaiseen ratkaisuun, vaan Jylhän komitean tehtävä oli valmistella koko kansaa koskevaa sairausvakuutusesitys.[316] Soveltamisalaa koskevat kiistat haluttiin siis välttää jo valmisteluvaiheessa. Mietinnössään vuonna 1959 komitea esitti asteittain voimaan tulevaa sairausvakuutusjärjestelmää.[317] Alkuvaiheessa vakuutus olisi tosin kattanut vain työsuhteessa olevat, mutta viiden vuoden kuluttua voimaantulosta järjestelmä olisi laajentunut kattamaan koko väestön. Sairaalahoito ehdotettiin korvattavaksi kokonaan vakuutuksesta ja muu sairaanhoito, johon komitea ehdotti sisällytettäväksi lääkärinpalkkiot, lääkkeet, laboratoriokustannukset ja matkakustannukset, ehdotettiin korvattavaksi osittain taksojen mukaan. Toimeentuloturvaan liittyvät päivä- ja äitiysrahat olisivat sisältäneet sekä peruspäivärahan että ansioon suhteutetun päivärahan. Vakuutusta olisivat hoitaneet kunnalliset sairauskassat, ja järjestelmän yleinen valvonta ehdotettiin annettavaksi Kansaneläkelaitokselle. Hallinnollisesti esitys vastasi työnantajien ja kokoomuksen suosimaa sairauskassalinjaa[318]. Myös sosialidemokraatit olivat sairauskassojen kannalla.

Jylhän komitea loi esityksillään periaatteet sairausvakuutustyyppiselle sairaanhoidon korvaamiselle. Monilta osin esitykset toteutuivatkin, mutta lopullisessa laissa myös poikettiin Jylhän komitean esityksistä. Komitea ehdotti vakuutuksen perusteella

315 KM 1959:6, 110–114.

316 Pääministeri Karl-August Fagerholmin ohjelmassa elokuussa 1958 on seuraava maininta: ”Hallitus ryhtyy valmistelemaan sairausvakuutuksen toimeenpanoa.” Fagerholmin hallitus istui kuitenkin vain puoli vuotta.

317 Komitean työn aikana tapahtui suuria muutoksia Suomen taloudessa, kun sodan jälkeinen säännöstelykausi loppui vuoden 1956 alussa. Tätä seurasi vuoden 1957 devalvaatio, jonka jälkeen länsituonti, joka siihen asti oli ollut säännösteltyä, vapautui. Taloudellisen kasvun nopeuttaminen nousi tällöin tärkeäksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi ja tällöin kiinnittyi huomio myös sosiaaliturvaan. Sosiaalisten tulonsiirtojen katsottiin lisäävän kulutuskysyntää ja turvaavan näin taloudellisen kasvun edellytyksiä. (Niemelä ja Salminen 2003, 12.) Tavoite edisti todennäköisesti myös sairausvakuutuslain toteuttamista, koska sairaus ilman vakuutusta saattoi aiheuttaa suuria tulonmenetyksiä ja heikentää kulutuskysyntää.

318 Ks. Hellsten 1993, 348 perusteista, joiden vuoksi sairausmenoja katsottiin komiteassa tarpeelliseksi korvata vakuutuksella eikä suoraan julkisin varoin. Syynä olivat pelko suurista kustannuksista ja se, että suoraan julkisin varoin korvattaessa korvauksen saajien mielenkiinto olisi kohdistunut korvausten saamiseen eikä riittävästi olisi kiinnitetty huomiota siihen, mistä tarvittavat varat saadaan. Rahoittaminen julkisilla varoilla olisi saattanut myös johtaa pyrkimykseen määrätä ansionmenetyksen korvaus samansuuruiseksi sekä työntekijöille että itsenäisen ammatin harjoittajille.

suoritettavaksi korvausta sekä sairaudesta, viasta tai vammasta että raskaudesta ja synnytyksestä johtuvista taloudellisista menetyksistä. Etuudet oli jaettu kahteen pääryhmään, joista toiseen kuului korvaus tarpeellisista sairaus-, raskaus- ja synnytyskustannuksista ja toiseen toimeentuloon liittyvä päiväraha korvauksena menetetyistä työansioista sekä äitiysraha synnytysloman ajalta. Tämä komitean ehdottama jako sairauden aiheuttamien kustannusten korvaamiseen sekä ansion menetyksen kompensointiin tuli myös lopulliseen lakiin.

Esityksen mukaan korvausta tuli suorittaa sairauden alkamishetkestä aina siihen asti, jolloin sairaus päättyy. Aiemmat 1920-luvulla esillä olleet pelot väärinkäytöksistä olivat todennäköisesti komitean jäsenten mielessä, sillä väärinkäytöksiä ja tuhlausta komitea halusi torjua korvaamalla kustannuksista vain osan sairaalahoitoa lukuun ottamatta. Vain sairaalahoito ehdotettiin korvattavaksi täysimääräisesti valtion sairaaloissa yleispaikalta perittävän maksun mukaan.[319] Lääkärinpalkkiot sekä yksityissairaaloissa ja laboratorioissa annettu hoito ehdotettiin korvattavaksi vakuutetulle sosiaaliministeriön vahvistamien taksojen perusteella. Ensimmäisen palkkion osalta korvaus olisi puolet ja muutoin kolme neljäsosaa taksan määrästä. Laboratoriomaksuista ehdotettiin korvattavaksi kolme neljäsosaa taksan määrästä.

Komitea ehdotti suoritettavaksi korvausta myös lääkärin kirjallisesti määräämistä lääkkeistä, mikäli ne sairaustapausta kohden ylittivät tietyn rahasumman, jolloin niistä korvattaisiin puolet tämän summan ylittävältä osalta. Kuitenkin vaikeissa ja pitkäaikaisissa sairauksissa lääkkeet ehdotettiin korvattavaksi kokonaan. Lääkekorvauksissa komitean esitys oli selvästi niukempi kuin aiemmat esitykset. Matkakustannuksia ehdotettiin korvattavaksi silloin, jos kysymyksessä oli sairaala-, lääkäri- tai laboratoriomatka.

Hoitoon ei esitetty kuuluvan hoitovälineiden, tukisidosten tai tekojäsenten hankkimista. Komitean mielestä hammassairaudet tulisi sisällyttää korvattavien hoitojen joukkoon, mutta koska se olisi lisännyt tuntuvasti kustannuksia, ehdotti komitea korvaamista vain äkillisissä tapauksissa ja hammashuollon korvaamista silloin, kun hoito on välttämätöntä muun sairauden vuoksi.[320]

Merkittävä muutos vuonna 1954 eduskunnassa hylättyyn edelliseen sairausvakuutusesitykseen oli se, että korvaustaksoilla ei enää määritelty lääkärin tai hoitolaitoksen potilailta perimiä palkkiota, vaan taksat määrittelivät vain korvausten suuruuden eri hoidoista.[321] Näin siis lähdettiin ns. vapaan hinnoittelun periaatteesta, jolloin perityt

319 Potilaalta perittävällä maksulla tarkoitettiin ainoastaan potilasmaksua, joka oli vain pieni osa sairaalapaikan kustannuksista, joten esitys sisälsi jo ”kaksikanavaisuuden” elementin. Suurin osa sairaalapaikan hinnasta olisi maksettu valtion tai kunnan yleisistä varoista keskussairaalasopimuksen mukaisesti. Suomeen ei siis ehdotettu järjestelmää, jossa verorahoituksen sijasta kaikki sairaalakustannukset olisi katettu sairausvakuutuksella, kuten esimerkiksi Saksassa.

320 Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosastolla hammashoidon välttämättömyys muun sairauden hoidon vuoksi oli jatkuvan selvittelyn alainen kysymys 1970–1980-luvuilla yksittäisten korvaustapahtumien kohdalla. Lääketieteellisesti asia ei ollut selvä.

321 Esityksen pohjalta tehtyyn lakiin ei tullut täsmällisiä säännöksiä taksojen tarkistamisesta kustannustason noustessa.

hinnat ja korvattava määrä eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Korvaustaso riippui siitä, oltiinko korvaustaksoja valmiita tarkistamaan hintakehityksen mukaisesti vai ei. Jylhän komitea ei enää esittänyt monissa maissa omaksuttua lääkärijärjestön ja viranomaisten välistä neuvottelumenettelyä korvattavan hoidon hinnasta, minkä tuloksena sairausvakuutuksesta korvattavat hinnat sovitaan yhteisesti ja joita järjestelmään liittyvät lääkärit ja muut palveluntuottajat sitoutuvat noudattamaan. Tällä valinnalla, joka ehkä lievensi lääkärijärjestön aiemmin jyrkkää asennetta sairausvakuutusta kohtaan, oli ratkaiseva merkitys järjestelmän kehitykselle, kuten jäljempänä todetaan. Aiemmissa esityksissä neuvottelu- ja sopimusmenettely oli ollut keskeisesti mukana.

Komitea perusteli esitystään osittaisen korvaamisen periaatteesta sillä, että yleisen vakuutuksen tehtävänä oli osallistua korvausmenoihin vain siinä laajuudessa, minkä sairaustapauksen hoito yleensä tuli maksamaan. Tämän vuoksi sairaanhoidossa katsottiin tarkoituksenmukaiseksi antaa viranomaisen vahvistettavaksi ne määrät eli taksat, joiden mukaan vakuutuksen osuus korvauksesta määräytyy. Komiteanmietinnön valmistuessa vuonna 1959 kunnanlääkärit perivät palkkioita toimenpiteistään ja myös puhtaasti yksityislääkäritoiminta oli melko yleistä. Näin ollen komitean esitys tarkoitti potilaan kulujen korvaamisesta riippumatta siitä, oliko hoitava lääkäri julkisen tahon palveluksessa tai toimiko hän yksityisesti. Periaatteellisesti merkittävää esityksessä olikin potilaan valinnanvapauden korostaminen hänen hankkiessaan terveyspalveluja. Vakuutetulla oli ehdotuksen mukaan oikeus itse valita lääkärinsä ja hoitopaikkansa julkisen ja yksityisen palvelun tuottajan välillä.

Korvaustoiminnassa komitea ehdotti noudatettavaksi tiukkaa tarpeellisuusperiaatetta. Aiemmin 1920-luvulla ehdotettua sairausvakuutusjärjestelmää oli erityisesti Suomen Lääkäriliiton taholta vastustettu sen vuoksi, että kansalaisten pelättiin tulevan hakemaan hoitoa turhaan. Turha hoito haluttiin eliminoida korostamalla tarpeellisuusperiaatetta. Lisäksi komitean mukaan hoidosta tulisi suorittaa korvaus vain, mikäli hoitoa on pidettävä sairauden laatuun nähden tarpeellisena ja vain siltä osin mitä hoito aiheettomia kustannuksia välttäen olisi tullut maksamaan. Kustannusten hillintä ja aiheettomien kustannusten välttäminen oli siis ehdotetun korvaustoiminnan perusperiaatteita. Terveyspalvelut tuli antaa niin halvalla kuin mahdollista, mikä periaate on ollut johtava lähtökohta koko Suomen terveydenhuollon historiassa. Kuitenkin komitea totesi, että kun potilas vain harvoissa tapauksissa itse kykeni arvostelemaan hänelle määrätyn hoidon tarpeellisuutta, oli yleensä lähdettävä siitä, että lääkärin määräämä hoito tuli korvata. Potilaan ei siis tarvinnut itse ruveta pohtimaan sitä, kannattaako hänen korvauksen epävarmuudesta johtuen ottaa vastaan hoitoa vai ei.[322] Hoidon laadusta ei esityksessä puhuttu mitään.

Komitea ei pitänyt tarpeellisena sairauden käsitteen määrittelemistä, koska se oli komitean mielestä jokaiselle tuttu. Varsinaisten sairauksien ja tautien lisäksi sairau-

322 Ks. Hellsten 1993, 347. Jylhän komitean aikoihin sairausvakuutuksen puuttumista ei pidetty enää vain tietyn väestöryhmän ongelmana, vaan yleisenä turvallisuuskysymyksenä. Sairaus saattoi aiheuttaa jopa asianomaisen taloudellisen kantokyvyn ylittäviä kustannuksia ja taloudellisia menetyksiä. Moni jätti kustannusten pelon takia kokonaan turvautumatta asianmukaiseen hoitoon.

deksi oli komitean mielestä katsottava sekä synnynnäiset viat että muut viat ja vammat. Raskaus ja synnytys ovat normaaleja tapahtumia, mutta silti niistä aiheutuvat kustannukset tulisi korvata samalla tavoin kuin sairaudesta johtuvat kustannukset, koska ne usein vaativat lääkärin hoitoa. Raskaus- ja synnytyskustannukset esitettiin korvattavaksi samalla tavoin kuin sairauden hoito. Raskauteen ja synnytykseen saattoi usein liittyä sairaudeksi katsottavia lisäpiirteitä, jolloin voi olla vaikeaa ratkaista, johtuuko hoito sairaudesta vai raskaudesta tai synnytyksestä.[323]

Osakorvauksen periaate osoittautui myöhemmin kohtalokkaaksi koko sairausvakuutusjärjestelmälle. Komitea ei ehdottanut selväpiirteistä korvaustaksojen tarkistamisjärjestelmää, vaan asian tuli jäädä erikseen tehtävien poliittisten päätösten varaan. Taksan mukaiset palkkiot olisi komitean mukaan vahvistettava sellaisiksi, että ne lähimain vastaavat yleisimmin perittäviä palkkioita, mutta taksoilla ei ollut merkitystä vakuutetun ja häntä hoitaneen lääkärin tai hoitolaitoksen välisiä suhteita ratkaistaessa.[324] Taksat voitaisiin kuitenkin määritellä erisuuruisiksi riippuen siitä, oliko hoidon antanut yleis- vai erikoislääkäri.[325]

Korvaustaksojen tarkistamisen mekanismin puuttuminen esityksestä ja myöhemmin myös säädetystä laista johti sittemmin siihen, että taksat jäivät jälkeen yleisestä hintatason noususta. Komitean suositus korvaustaksojen tarkistamisesta osoittautui käytännössä liian väljäksi estämään korvausten jäämistä jälkeen hintatason noustessa. Esitys sisälsi siis jo perusperiaatteiltaan asiakkaan ja koko sairausvakuutusjärjestelmän kannalta heikkouksia, jotka tulivat sittemmin esiin järjestelmän soveltamisessa. Tämä saattoi olla ainakin osasyy siihen, että jo ennen sairausvakuutuksen voimaantuloa ryhdyttiin suunnittelemaan kansanterveysjärjestelmää, joka lähti olennaisesti toiselta pohjalta kuin Jylhän komitean hahmottelema sairausvakuutus.

Rahoituksen osalta komitea ehdotti, että sairausvakuutuksen kustannukset rahoitettaisiin vakuutetuilta ja työnantajilta perittävillä maksuilla sekä valtion ja kunnan varoilla. Työnantajien osallistumista vakuutuksen kustannuksiin pidettiin tarkoituksenmukaisena sen vuoksi, että vakuutus tulisi pienentämään työnantajien sairausajan palkkaa koskevia kustannuksia. Komitea katsoi, että niiden työnantajien osalta, joiden yhteydessä toimi sairausavustuskassa, sairausvakuutus tulisi pienentämään kassasta maksettavan sairaanhoidon kustannuksia. Valtion ja kuntien osallistumista sairausvakuutuksen kustannuksiin pidettiin perusteltuna, koska sairausvakuutuksen tehtävänä on huolehtia maan kansalaisista heidän sairastuessaan, ja komitea katsoi tämän tehtävän kuuluvan juuri valtiolle ja kunnille. Valtionkin tehtäviin katsottiin siis kuuluvan maan kansalaisista huolehtiminen näiden sairastuessa. Rahoituksen kolmijakoisuutta puolsi myös se, että mainittu jako oli yleinen kaikessa sosiaali-

323 KM 1959:6, 43.

324 KM 1959:6, 34.

325 KM 1959:6, 47.

vakuutuksessa.[326] Komitean esityksen mukaan valtion ja kuntien osallistuminen vakuutuksen kustannuksiin olisi kuitenkin rajoittunut vain tulottomiin tai vähätuloisiin.[327] Muu osa vakuutuksen kustannuksista esitettiin jätettäväksi vakuutettujen itsensä kannettavaksi.[328]

Jylhän komitean ehdotusten valmistuminen vuonna 1959 ei vielä johtanut välittömiin lainsäädäntötoimiin.[329] Asian selvittely jatkui useita vuosia. Kuitenkin valtioneuvosto asetti 26.10.1961 komitean valmistelemaan erittäin kiireellisesti hallituksen esitystä sairausvakuutuslaiksi. Tämä ns. Mäkelän pikakomitea[330] antoi ehdotuksensa sairausvakuutuslaiksi sekä siihen liittyviksi laeiksi valtioneuvostolle jo 26.11.1961. Komitea ehdotti joitakin merkittäviä muutoksia Jylhän komitean esityksiin. Niistä tärkein oli ehdotus sairaalamaksujen jättämisestä kokonaan korvattavuuden ulkopuolelle sekä järjestelmän voimaantulon jakaminen kolmeen osaan. Jylhän komitea oli esittänyt lain kaksivaiheista voimaantuloa. Muutosehdotustensa perusteluissa Mäkelän komitea[331] viittasi taloudellisiin syihin, jotka vaikeuttivat sairausvakuutusjärjestelmän käyttöönottoa. Järjestelmän suuri tarve kuitenkin myönnettiin, ja siksi komitea piti tärkeänä ja kiireellisenä sosiaalipoliittisena tehtävänä sairausvakuutuksen aikaansaamista. Sairaalamaksujen pois jättäminen merkitsi kuitenkin sairausvakuutusjärjestelmän soveltamisalan supistamista vain avohoidon toimenpiteisiin. Tämä vaikutti ennen kaikkea tulevaisuuden ratkaisuihin, sillä sairaala- ja muut laitosmaksut eivät vielä 1950-luvulla olleet suuria. Rajausta ei pidetty vielä tuolloin erityisen tärkeänä.

Myöhemmin tilanne kuitenkin muuttui, joten pitkällä aikavälillä Mäkelän komitean tekemä muutos on ollut vakuutettujen kannalta hyvin merkityksellinen. Komitea perusteli supistavaa ehdotustaan muilla sosiaalimenoilla ja viittasi erityisesti 1.7.1962 voimaan tulevaan työntekijäin eläkelakiin, joka toi työnantajille vuosittain kasvavan lisärasitteen. Tämän vuoksi mahdollisuudet runsaasti tulonsiirtoja aiheuttavien

326 KM 1959:6, 69–70.

327 Kansliapäällikkö Mannio suhtautui kriittisesti sairausvakuutuksen aloittamiseen universaalina järjestelmänä Suomessa. Hän toteaa muistelmissaan, että Jylhän komitean laskelmien mukaan pelkästään palkansaajaväestöön rajattu vakuutus olisi tullut suhteellisesti enemmän kuin puolta halvemmaksi kuin kansanvakuutusjärjestelmä. Silloin se olisi voitu rahoittaa melkein kokonaan työnantajien ja palkansaajien vakuutusmaksuilla. Lisäksi siten olisi saatu kokemusta laajemman järjestelmän toteuttamista varten. (Mannio 1967, 144.) Mannio ei kuitenkaan maininnut sitä, että osittainen järjestelmä olisi ollut mahdotonta saada läpi eduskunnassa.

328 Komiteanmietintöön liittyi useita eriäviä mielipiteitä. Mm. STK, SAK, Lääkäriliitto ja Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto eivät olleet tyytyväisiä mietintöön, vaan esittivät muutoksia (ks. Niemelä 2004, 105). Lääkäriliitto ei enää suhtautunut täysin kielteisesti sairausvakuutuksen toteuttamiseen. Sen sijaan Suomen Työnantajien Keskusliiton mielestä sairaanhoitovakuutusta ei olisi tarvittu lainkaan. Työtulovakuutus, joka kevensi työnantajan sairausajan palkanmaksuvelvoitetta, olisi riittänyt.

329 Jylhän komitea ei ollut esityksissään yksimielinen. Työnantajapuoli katsoi, että sairausvakuutuksen läpiviemiseen ei ollut varaa, ja ehdotti vakuutuksen rajaamista vain toimeentuloturvaan. Vakuutusyhtiöiden keskusliiton edustaja esitti vapaaehtoista vakuuttamista. SAK esitti karenssiajan lyhentämistä ja palkansaajien maksuosuuden pienentämistä, kun taas Lääkäriliiton edustaja vaati päivärahan karenssiajan pitentämistä väärinkäytösten välttämiseksi. (Ks. Kangas 2006, 319.)

330 Komitean puheenjohtaja oli hallitussihteeri Erkki Mäkelä.

331 KM 1961:39.

sosiaalipoliittisten uudistusten toimeenpanoon olivat rajoitetut.[332] Niukkuuden periaate oli siis nähtävissä ehdotetussa järjestelmässä jo alusta lähtien. Korvausalaltaan ja tasoltaan ehdotettu sairausvakuutusjärjestelmä jäi silmiinpistävän rajoitetuksi ja osittaiseksi jopa verrattuna aiempiin ehdotuksiin.

Työeläkeuudistus siis vaikutti niin, että sairausvakuutuksessa jouduttiin tyytymään rajoitetumpaan järjestelmään kuin oli alun perin tarkoitus. Vaikka kysymyksessä saattoi olla Suomelle tyypillinen selitys, on myös ilmeistä se, että sairausvakuutusjärjestelmän viipyminen vuosikymmenestä toiseen oli johtanut tilanteeseen, jossa rinnalle oli alkanut muodostua uusia sosiaaliturvan instituutioita kilpailemaan sosiaali- ja terveysmenoista. Muut järjestelmät olivat vielä 1950-luvulla vasta muotoutumassa ja suunnitteluvaiheessa, joten silloin olisi sairausvakuutus voitu toteuttaa täydellisenä. Seuraavalla vuosikymmenellä muut järjestelmät aiheuttivat supistuksia, joten mahdollisuudet kestävään järjestelmään menetettiin viivyttelyn ja poliittisen erimielisyyden vuoksi. Sairausvakuutuksen viipyminen vuosikymmenestä toiseen johti siihen, että Suomeen omaksuttu järjestelmä jätti huomattavan osan potilaan terveysmenoista vakuutusturvan ulkopuolelle. Komitea totesi, että valtion ja kunnan sairaaloissa annetusta hoidosta aiheutuvista kustannuksista korvattiin valtion ja kuntien varoista noin 80 prosenttia. Näin huomattavassa mitassa toteutettuja tukitoimenpiteitä oli komitean mukaan pidettävä riittävänä.[333] Komitea ei voinut kuitenkaan tietää tulevaa kehitystä, jolloin potilaiden sairaalamaksut alkoivat huomattavasti nousta ja sairausvakuutusta olisi tarvittu erityisesti paljon sairaalahoitoa tarvitsevien eläkeläisten ja mielenterveyspotilaiden maksujen kohtuullistajana.

Mäkelän komitea kiinnitti esitystensä perusteluissa huomiota myös maan sairaanhoitojärjestelmän mahdollisuuksiin tarjota sairausvakuutuksen korvaamia terveyspalveluja. Komitea huomautti, että sairausvakuutuksen voimaantulo saattoi äkillisesti lisätä palvelujen kysyntää siinä määrin, että sairaanhoitojärjestelmä ei pystynyt sitä täyttämään. Tällöin vakavasti sairastuneiden henkilöiden mahdollisuudet saada riittävästi huomiota osakseen voivat heiketä. Sairaanhoidon tarjonnan vähäisyys oli siis taloudellisten rajoitteiden ohella myös tekijä, joka esti sairausvakuutuksen toteuttamisen niin laajana kuin alun perin tavoiteltiin.[334] Aiempi hidas kehitys Suomen terveydenhuollon kehityksessä vaikutti siis sairausvakuutuksen toteutukseen negatiivisesti. Komitea puolsi myös osakorvauksen periaatetta ja totesi, että vakuutuksen perusteella suoritettava korvaus yleensä ei täysin peitä sairauden aiheuttamia kustannuksia, vaan vakuutetun maksettavaksi jää jokin sopivaksi mitoitettu omavastuuosuus. Omavastuuosuudet tuli kuitenkin asettaa määriltään sellaisiksi,

332 KM 1961:39, 2–3.

333 KM 1961:39.

334 KM 1961:39, 3–4. Komitea totesi, että Suomessa oli vuonna 1961 sairaaloissa sairaansijoja 8,9 kappaletta 1 000 asukasta kohden ja lääkäreitä keskimäärin yksi 1 527 asukasta kohden. Käynnissä olleen sairaaloiden rakennusohjelman sekä lääkäreiden valmistumisen tehostustoimenpiteiden ansiosta sairaansijojen luku tulisi nousemaan ja lääkäreitä olisi yksi 1 000 asukasta kohden. Ruotsissa sairaansijoja oli 1 000 henkilöä kohden 15,1 ja Norjassa yksi lääkäri 850 asukasta kohden. Lääkäritiheys kaupungeissa ja kauppaloissa oli huomattavasti suurempi kuin maaseudulla: taajamissa yksi lääkäri 775 asukasta kohden ja maaseudulla 4 500.

etteivät ne muodostu kohtuuttoman raskaiksi vähävaraisillekaan vakuutetuille mutta riittävät toisaalta päämäärien toteuttamiseen.[335] Mäkelän komiteakaan ei ehdottanut tarkempaa ja yksityiskohtaisempaa korvaustaksojen tarkistusjärjestelmää kuin Jylhän komitea, joten tarkistukset jäivät erikseen tehtävien päätösten varaan.

Sairausvakuutus oli kuitenkin Mäkelän pikakomitean vielä työskennellessä tullut tärkeäksi poliittiseksi kysymykseksi. Loputtomiin ei asiaa voitu pohtia komiteoissa, ja eduskuntaan perustettiin erityinen sairausvakuutusvaliokunta valmistelemaan sairausvakuutuslakia kansanedustajien lakialoitteiden pohjalta. Paineet sairausvakuutuksen aikaansaamiseksi olivat kasvaneet niin paljon, että eduskunnassa ei haluttu enää odottaa hallituksen esitystä asiasta, vaan alettiin käsitellä asiaa koskevia kansanedustajien aloitteita. Eduskunnan hajotus katkaisi kuitenkin nämä valmistelut, mutta valmistelun aikana eri puolueiden kannat sairausvakuutukseen olivat alkaneet selkiytyä. Erilaiset näkemykset tulivat esiin puolueiden tekemissä lakialoitteissa, joissa sairausvakuutuksen muoto vaihteli. SDP korosti puolueen tavoitteena olevan koko kansan vakuuttaminen. Siihen ei kuitenkaan ollut mahdollista siirtyä kerralla. Ensimmäinen askel tulisi olla palkansaajaväestön vakuuttaminen, jolloin pakollinen vakuutus koskisi kaikkia palkansaajia. Sosialidemokraattien näkemyksen mukaan hallinnollisesti sairausvakuutuksen tuli toimia kassaperiaatteella kustannusten jakautuessa tasan työntekijäin ja työnantajain kesken. Palkansaajille tuli maksaa sairausajalta palkkaa enintään kolmelta viikolta, jonka jälkeen sairastunut saisi sairauskassan päivärahaa, jonka suuruus olisi 60 prosenttia palkasta. SDP ajoi siis edelleen palkansaajavakuutusta. Tosin vuonna 1962 valtiopäivillä jättämässään uudessa aloitteessa SDP oli siirtynyt selvemmin kansanvakuutuksen kannalle.

Maalaisliiton lähtökohtana oli edelleen koko kansaa koskeva vakuutus ilman välivaiheita[336]. Järjestelmän rahoitukseen tulisi osallistua vakuutetut, työnantajat, valtio ja kunnat, kuitenkin sillä poikkeuksella, että pienituloisimmat tulisi vapauttaa vakuutusmaksuista. SKDL:n ehdotus lähti täyden kansanvakuutuksen pohjalta, mutta suurituloiset ja ne, joiden verotettava omaisuus ylittäisi tietyn rajan, olisi ehdotuksen mukaan jätettävä vakuutuksen ulkopuolelle. SKDL:n ehdotus myötäili maalaisliittoa ja erosi SDP:n ehdotuksesta toimeentuloturvan osalta. Sairauspäiväraha tulisi muodostua tasaetuperiaatteella, joskin päivärahan määrä oli SKDL:n aloitteessa suurempi kuin maalaisliiton aloitteessa.

Kaikkiaan eduskunnalle jätettiin 11 eri sairausvakuutusaloitetta. 1960-luvun alussa puolueet kilpailivat keskenään sairausvakuutusesityksillä. Etsittiin poliittista kiitosta,

335 Komiteanmietintö 1961:39, 5; ks. Mäkelän pikakomitean kannanotoista myös Hellsten 1993, 350–351.

336 Vuoden 1962 yleisohjelmassaan ”Maalaisliiton tavoitteet 1960-luvulla” puolue asettui kannattamaan sairausvakuutuksen säätämistä. Ohjelmassa todetaan, että ”kiireellisyysjärjestyksessä ensimmäinen on sairaus- ja siihen liittyvän äitiysvakuutuksen toteuttaminen”. Ohjelman terveydenhuoltoa koskevassa osassa todetaan, että maamme terveydenhuollolliset olot ovat pahasti takapajulla.

joskin lopullinen tavoite, sairausvakuutuksen aikaansaaminen, oli edelleen saavuttamatta.[337]

5.2.2 Sairausvakuutuslain eduskuntakäsittely

Uusien vaalien jälkeen 13.4.1962 nimitetty Ahti Karjalaisen neljän porvarillisen puolueen ja SAK:n edustajista muodostettu enemmistöhallitus otti ohjelmaansa yleisen sairausvakuutuksen säätämisen. Hallitus nimitti ministeri Kyllikki Pohjalan (kok.) johdolla ministerivaliokunnan valmistelemaan sairausvakuutuslakiesitystä. Valiokunta sai työnsä valmiiksi alkusyksystä 1962, mutta esityksen sisällöstä syntyneiden kiistojen johdosta esitys annettiin eduskunnalle vasta marraskuussa 1962. Sitä ennen eduskunnan sosiaalivaliokunta oli jo jatkanut kansanedustajien asiaa koskevien lakialoitteiden käsittelyä. Mikäli hallitus ei olisi antanut esitystään, olisi sairausvakuutus ehkä hyväksytty lakialoitteen pohjalta, kuten työeläkejärjestelmässä tapahtui. Hallituksen esitys kuitenkin muutti valmistelun suunnan eduskunnassa ja lakia alettiin käsitellä hallituksen esityksen pohjalta. Ahti Karjalaisen hallituksen toista sosiaaliministeriä Kyllikki Pohjalaa onkin kutsuttu sairausvakuutuksen äidiksi.[338]

Hallituksen esityksen[339] sisältö oli pitkälti sama kuin asiaa valmistelleiden komiteoiden esitysten. Esityksen perusteluissa todettiin sairausturvan jääneen Suomessa pahasti jälkeen eikä vapaaehtoinen sairausvakuutuskassojen ja henkivakuutusyhtiöiden harjoittama sairausvakuutustoiminta voinut korjata tätä puutetta. Sairausvakuutuksen tehtäväksi todettiin osallistuminen saatavissa olevan sairaanhoidon vakuutetulle aiheuttamien kustannusten ja sairauden aiheuttamien työansioiden menetysten korvaamiseen.

Korvausten osalta ehdotettiin noudatettavaksi komiteoiden esittämää osakorvauksen periaatetta, jolloin taksat olisi vahvistettava sellaisiksi, että ne lähimain vastaavat yleisimmin perittäviä palkkioita[340], ja Mäkelän komitean esitysten mukaisesti sairaalahoidon kustannukset jätettiin esityksessä kokonaan vakuutuksen ulkopuolelle.[341] Sairausvakuutuksen rahoitus ehdotettiin jaettavaksi vakuutettujen itsensä, työnanta-

337 Ks. Kangas 2006, 320–321 sekä Hellsten 1993, 351–352.

338 Ks. Haatanen ja Suonoja 1992, 468 sekä Niemelä 2004, 106–107.

339 HE 129/1962.

340 Tämä periaate tuli laissa hyväksytyksi. Vuonna 1970 taksanvahvistusmenettelyä kuitenkin tarkennettiin sairausvakuutuslain muutoksella. Hallituksen esityksen perustelujen mukaan (HE 35/1970) pidettiin sosiaali- ja terveysministeriön taksanvahvistusmenettelyä liian jäykkänä, eikä muutoksia voitu tehdä riittävän nopeasti. Siksi lakia ehdotettiin muutettavaksi niin, että sosiaali- ja terveysministeriö päättäisi taksojen perusteista ja Kansaneläkelaitos vahvistaisi yksityiskohtaiset taksat sekä luettelot eri ryhmiin kuuluvista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Eduskunnan sosiaalivaliokunta edellytti, että taksojen mahdolliset muutokset koituvat vakuutettujen eduksi eivätkä olisi omiaan vaikuttamaan siihen, että potilailta sairaanhoitopalveluksista perittäviä maksuja korotetaan. (SoVM 3/1970.)

341 Perustelujen mukaan ”tähän ratkaisuun on ollut vaikuttamassa paitsi yleinen tarve kustannusten vähentämiseen myös se, että sairaalapaikkojen vähälukuisuuden takia ei sairaalassa sairastamista olisi syytä tehdä olennaisesti edullisemmaksi kuin avohoitoa” (HE 129/1962, 7).

jien sekä valtion kesken. Merkittävää on, että kunnat jäivät pois rahoittajien joukosta. Muutos ennakoi sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnan järjestämän sairaanhoidon erkaantumista toisistaan. Vakuutettujen ja työnantajien maksun tuli ehdotuksen mukaan olla kiinteä. Työnantajan maksun määräksi ehdotettiin yhtä prosenttia maksettujen palkkojen määrästä, ja loppuosa vakuutuksen kustannuksista suoritettaisiin valtion varoista. Ehdotuksen mukaan vakuutettujen ja työnantajien tuli kattaa noin kolme neljäsosaa kustannuksista, puolet kumpikin, ja valtio vastasi lopusta, noin yhdestä neljäsosasta.[342] Vakuutettujen ja työnantajien sairausvakuutusmaksuina kertyvät varat tuli siirtää Kansaneläkelaitoksen hoitamaan erilliseen sairausvakuutusrahastoon, josta sairausvakuutuksen kustannukset suoritettaisiin. Valtion tuli suorittaa vuosittain kolmannes vakuutuksen kustannuksista, ja jos rahaston varat eivät riittäisi menoihin, suoritettaisiin puuttuva osa valtion varoista.

Ehdotuksen mukaan sairausvakuutus vaati mahdollisimman tehokkaan ja joustavan organisaation. Vakuutetun tuli välittömästi lääkärissä tai apteekissa käytyään saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus kustannuksistaan. Vakuutuksen hoitamista ehdotettiin Kansaneläkelaitokselle paikallisten sairausvakuutustoimikuntien avulla. Maa tuli jakaa vakuutuspiireihin. Vakuutuspiirin muodostaisi kunta tai tarpeen mukaan useampi kunta yhdessä. Jokaisessa piirissä olisi sairausvakuutusta koskevien asioiden käsittelemistä varten sairausvakuutustoimikunta. Siihen kuului Kansaneläkelaitoksen määräämä puheenjohtaja, lääninhallituksen määräämä lääkärijäsen ja kunnallisvaltuuston valitsema, paikallista asiantuntemusta edustava henkilö. Asiat ratkaisi sairausvakuutustoimikunta kokouksessaan, jollei asiaa ollut uskottu toimiston johtajalle tai toimiston muulle toimihenkilölle ratkaistavaksi toimikunnan puolesta. Tarkoitus oli, että toimiston johtaja tai muu toimihenkilö asiakkaan odottaessa välittömästi ratkaisi selvät tapaukset.

Hallitus ei myöskään halunnut lopettaa sairauskassajärjestelmää, vaan työnantaja voi järjestää sairausvakuutuslaissa säädettyjen etuuksien antamisen työntekijöilleen ja heidän perheenjäsenilleen edelleen avustuskassan välityksellä. Järjestelylle oli kuitenkin hankittava Kansaneläkelaitoksen suostumus. Tällaista avustuskassaa sanottiin työpaikkakassaksi ja siitä oli soveltuvin osin voimassa se, mitä säädettiin sairausvakuutustoimikunnista.[343]

Lain voimaantulo ehdotettiin kaksivaiheiseksi niin, että laki tulisi voimaan muita kuin etuuksia koskevana 1.1.1964 lukien. Etuuksia koskevat säännökset tulisivat voimaan kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa eli 1.3.1964 lukien ryhdyttäisiin suorittamaan korvauksia lääke- ja laboratoriomenoista ja matkakustannuksista sekä päivä- ja äitiysrahaa. Muiden etuuksien korvaaminen alkaisi 1.1.1967.[344]

342 Maksuosuudet muuttuivat hyvin pian lain voimaan tulon jälkeen toteutetuilla sairausvakuutuslain muutoksilla. Merkittävää on, että valtion osuus oli alun perin tarkoitettu yhdeksi kolmasosaksi kustannuksista.

343 Sosiaalivaliokunnassa tehtiin kassojen asemaa parantava muutos. Sairausvakuutuskorvaukset voitiin maksaa työnantajalle silloin, kun kassa maksoi korvauksia.

344 Lääkärinpalkkioiden maksamisen siirto alkavaksi 1.1.1967 johtui vallinneesta lääkäripulasta (ks. Niemelä 1994, 150).

Eduskunnassa hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi lähetettiin sosiaalivaliokuntaan. Samassa valiokunnassa käsiteltiin myös ne lukuisat lakialoitteet, joita sairausvakuutusjärjestelmän aikaansaamiseksi edustajat ja puolueet olivat tehneet.[345] Valiokunnan mietintö valmistui seuraavan vuoden alussa (1963).[346] Siinä ehdotettiin muutoksia hallituksen esitykseen, mutta kovin huomattavasti esitys ei enää muuttunut. Valiokunta ei hyväksynyt esitystä lääkärinpalkkioiden erilaisesta korvauksesta, koska valiokunnan saaman selvityksen mukaan käytännössä saattaa tuottaa suuria vaikeuksia selvittää, milloin kysymyksessä on sama, milloin uusi sairaus. Valiokunta ehdotti kaikista lääkärinpalkkioista suoritettavaksi korvaukseksi 60:tä prosenttia vahvistetusta korvaustaksasta.[347]

Sairausvakuutuslain 60 §:ään valiokunta liitti säännöksen, jonka mukaan sairauksien ehkäisyyn ja vakuutettujen kuntoutukseen tuli käyttää vuosittain kaksi prosenttia sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä. Muutos merkitsi kuntoutustoiminnan liittämistä sairausvakuutuksen yhteyteen. Lisäksi lain 61 §:ään valiokunta ehdotti muutosta, joka perustui perustuslakivaliokunnan lausunnossa oleviin näkemyksiin.[348] Perustuslakivaliokunta oli todennut, ettei ehdotuksen mukainen sairausvakuutustoiminta ollut vakuutustoimintaa sanan oikeudellisessa mielessä eivätkä sairausvakuutusmaksut olleet hallitusmuodon 62 §:ssä tarkoitettuja maksuja. Sekä vakuutetun että työnantajan suoritettava sairausvakuutusmaksu oli katsottava valtiolle maksettavaksi pakolliseksi rahasuoritukseksi. Ne ovat siis ulkonaisesti veron muotoisia ja niiden käyttötarkoitus – määrätyn toimeentulominimin turvaaminen sairastuneille kansalaisille, jotka ovat sairauden vuoksi estyneet toimeentuloa itse hankkimaan – oli sellainen, johon verovaroja voitiin käyttää. Veroluonteisuutta ei perustuslakivaliokunnan mielestä poistanut sekään, että maksujen tuotto meni tuloja menoarvion ulkopuolella olevaan rahastoon. Perustuslakivaliokunta katsoi, että ehdotus sairausvakuutuslaiksi oli verolaki ja se tuli käsitellä valtiopäiväjärjestyksen 68 §:n verolakia koskevassa järjestyksessä.[349] Sosiaalivaliokunta esitti myös muutosta lain

345 Maalaisliitto ja kansandemokraatit olivat ryhmänä tehneet lakialoitteen sairausvakuutuslaiksi. Maalaisliiton aloitteessa esitettiin myös sairaalamaksuja korvattavaksi vakuutuksesta. Kansandemokraattien aloitteessa esitettiin etuuksien korvaamista täysimääräisesti ja sairaalamaksujen ottamista sairausvakuutuksen korvauspiiriin. Lakialoitteessa otettiin kantaa myös ns. virastolinjaan ja ns. kassalinjaan, jotka olivat pitkään olleet poliittisen kiistan kohteena. Saisiko Kansaneläkelaitos sairausvakuutuksen hoidettavakseen vai annettaisiinko hoitaminen sairauskassoille? Lopuksi päädyttiin virastolinjan kannalle: sairausvakuutus tuli Kansaneläkelaitoksen hoidettavaksi. Samalla kuitenkin myös työpaikkakassojen toimintaedellytykset turvattiin ja kassat alkoivat hoitaa myös sairausvakuutusetuuksia. Ks. myös Niemelä 1994, 148: Kansaneläkelaitos vaikutti V. J. Sukselaisen mukaan siihen, että hallitus siirtyi sairausvakuutusesitystä tehdessään kassalinjalta virastolinjalle. Ks. myös kassalinjan ja virastolinjan välisestä kilpailusta Haatanen ja Suonoja 1992, 469–472 sekä Niemelä 2004, 108–111. Ministeri Kyllikki Pohjalan vaikutus virastolinjan voittoon oli keskeinen.

346 SoVM 1/1963.

347 SoVM 1/1963, 6.

348 PeVL 1/1963.

349 Perustuslakivaliokunnan lausunto selvensi sairausvakuutuksen asemaa yhtenä osana sosiaaliturvaa, mutta vähensi samalla järjestelmän vakuutusnäkökohtia. Kansalaisen kannalta sairausvakuutus kuitenkin näyttää vakuutukselta, koska se suojaa riskien varalta ja perustuu vakuutuksesta maksettavaan maksuun. Valtiontaloudessa sairausvakuutusmenoja kuitenkin käsitellään sosiaalimenoina.

voimaantuloon. Pääosin laki tulisi voimaan vuonna 1964, mutta lääkärinpalkkioiden korvaaminen alkaisi vasta 1.1.1967.

Eduskunnan täysistuntokäsittelyssä valiokunnan esittämät muutokset hyväksyttiin eikä lakiin tullut enää muita muutoksia.[350] Käydyssä keskustelussa kiinnitettiin huomiota ennen kaikkea sairauskassojen asemaan ja lainmukaiseen korvaustasoon erityisesti köyhimpien kansalaisten kohdalla. Keskustan ja vasemmiston kansanedustajat halusivat, että köyhimmät kansalaiset vapautettaisiin kokonaan terveydenhuollon maksuista.[351] Sairausvakuutuslaki hyväksyttiin eduskunnassa lopullisesti 21.5.1963[352] ja laki astui maksujen ja muiden etuuksien paitsi lääkärinpalkkioiden osalta voimaan 1.4.1964. Lääkärinpalkkioiden korvaaminen alkoi 1.1.1967.

Järjestelmän universaalisuuden vuoksi aiempi ristiriita maaseudun ja palkkatyöntekijöiden välillä oli hävinnyt ja laki saatettiin nyt hyväksyä yksimielisesti, joskin ajankohdaltaan hyvin myöhään. Tilanne oli myös sikäli muuttunut 1920-luvun keskusteluista, että Suomen Lääkäriliitto ei enää asettunut vastustamaan sairausvakuutusjärjestelmää eikä eduskunnassa myöskään ollut sellaista koalitiota, joka olisi pyrkinyt käyttämään vähemmistön veto-oikeutta hyväkseen ja yrittänyt siirtää lain käsittelyn vaalien jälkeiselle eduskunnalle. Vain palkkatyöntekijöitä koskevana esitys olisi todennäköisesti tullut torjutuksi vielä 1960-luvullakin. Universaalisuudella oli kuitenkin hintansa, sillä erityisesti hoitokustannusten ja lääkkeiden korvaajana hyväksytty järjestelmä oli selvästi matalatasoisempi kuin 1920-luvulla huomattavasti niukemmissa oloissa tehty esitys.

Olli Kangas on todennut, että ”kokonaisuudessaan sairausvakuutus oli hyvä ja lajityyppinen esimerkki suomalaisen hyvinvointivaltion rakentamisesta. Sosialidemokraatit olivat vaatimustensa kanssa ahkerimpia ja yrittivät useaan otteeseen saada aikaan lakia. Määrävähemmistösäännöksin ja kommunistien tuen turvin maalaisliitto onnistui torjumaan kaikki sellaiset ehdotukset, jotka olisivat johtaneet työväenvakuutukseen. Kokoomus oli asiassa vuoroin torjuva, vuoroin välinpitämätön. Vakuutuksen voimaantulon viipyminen liittyy maalaisliiton valitsemaan ”kun ei meille niin ei muillekaan” -strategiaan. Sairausvakuutus viivästyi sekä ajallisesti että

350 Kaikkein eniten eduskuntakäsittelyssä herätti keskustelua järjestelmän hallinto ja siinä erityisesti se, valitaanko kassalinja vai virastolinja. Puolueiden kannat vaihtuivat käsittelyn aikana. Ks. eri puolueiden näkemyksistä hallintoasiaan Hellsten 1993, 352–354. Ks. myös Kangas 1991, 146–147.

351 Ks. esim. edustaja Hostian (sd.), Sääskilahden (maalaisliitto), Torven (SKDL) ja Sinisalon (SKDL) puheenvuorot lakiesityksen toisessa käsittelyssä 17.5.1963 (Valtiopäivät 1963, pöytäkirjat I).

352 Ks. sairausvakuutuslain eduskuntakäsittelystä Hellsten 1993, 352–356. Hellsten toteaa (355), että ”yksi oleellinen ero aikaisempiin verrattuna koski käsitystä vastuunjaosta yhteiskunnassa: siitä, kenen tehtävä on huolehtia, että kansalaisten toimeentulo on riittävässä määrin turvattu silloin, kun hän menettää mahdollisuutensa ansioiden saamiseen. Varhaisemmissa suunnitelmissa painotettiin, että pakollisella vakuutuksella velvoitetaan ihmiset huolehtimaan omasta sairausturvastaan. Sairaus nähtiin riskinä, johon ihmisen pitäisi ja hän voisi varautua. Nyt korostettiin julkisen vallan velvollisuutta huolehtia kansalaisten taloudellista turvallisuudesta”. Ks. myös Bergholm ja Saari 2009, 49–51, jossa tekijät toteavat hallituksen esityksen ja perustelujen vastanneen paljon Kuusen pohdintoja niin vakuutuksen rakenteen, ajoituksen kuin taloudellisen mitoituksen osalta. Eduskuntakäsittely oli Kuusen näkemysten läpitunkema ja ehdollistama. Sosiaalipoliitikko Pekka Kuusi oli auktoriteetti, johon eduskuntakeskustelun aikana useiden puolueiden kansanedustajat tukeutuivat siteeraamalla sanasta sanaan *60-luvun sosiaalipolitiikka* -kirjasta omia näkemyksiään tukevia argumentteja.

kehitystasollisesti – muissa maissa laki oli toteutettu merkittävästi köyhemmissä oloissa. Sairausvakuutus on myös hyvä esimerkki suomalaisen kehityksen rajuudesta: kun laki lopulta saatiin aikaan, se oli kattavampi kuin missään muussa maassa. Suomen sairausvakuutus sovitti yhteen erilaiset poliittiset intressit ja tuo yhteensovitus saattoi toisinaan kestää kohtuuttoman kauan".[353] Kankaan näkemykseen on helppo yhtyä, mutta vakuutuksen korvaustasosta on huomautettava, että siihen jäi aukkoja ja ongelmia, jotka paljastuivat vasta lain ollessa voimassa.

5.2.3 Sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpano ja järjestelmän arviointia

Sairausvakuutuksen toimeenpano oli uskottu Kansaneläkelaitokselle, jonka organisaatiossa vuosi 1964 merkitsi tehtävien huomattavaa laajentumista. Sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpano edellytti erittäin suurta henkilömäärää. Siksi Kelan henkilöstöä lisättiin lähes 1 500 toimihenkilöllä yhdessä vuodessa (vuonna 1964).[354] Sitä ennen vuoden 1963 marraskuussa Suomi oli jaettu 205 sairausvakuutuspiiriin järjestelmän toteuttamiseksi alueellisesti. Yhteen piiriin kuului yksi tai useampia kuntia. Jokaiseen sairausvakuutuspiiriin perustettiin sairausvakuutustoimisto, ja toimiston päätöksentekoa toteutti sairausvakuutustoimikunta. Jokaiselle vakuutetulle annettiin henkilökohtaisella sosiaaliturvatunnuksella varustettu sairausvakuutuskortti todistuksena oikeudesta sairausvakuutusetuuksiin.

Sairausvakuutuslain tullessa voimaan ilmestyi julkaisuja uuden lain soveltamisesta. Ensimmäiseksi ilmestyi Kansaneläkelaitoksen oikeudellisen toimiston päällikön, myöhemmin Kelan pääjohtajan Jaakko Pajulan artikkeli vuonna 1963.[355] Pajula oli ollut keskeisesti mukana lain valmistelussa, ja hänen kannanottonsa painoivat myös lakia toimeenpantaessa. Artikkelissaan Pajula totesi, että uuden lain mukaan jokainen Suomessa asuva henkilö on vakuutettu sairauden varalta.[356] Suomeen omaksuttu sairausvakuutusjärjestelmä noudatti pohjoismaisen hyvinvointivaltion sosiaalietuuksien universaalisen soveltamisen linjaa.[357] Sairausvakuutusta säädettäessä jouduttiin tekemään valinta universaalisuuden, tarveharkinnan ja työperusteisuuden välillä. Pajula kiinnitti kuitenkin huomiota Suomen mallin universaalisuuden rajoituksiin. Hyväksytty järjestelmä oli vain sairaanhoitovakuutuksen eli sairaanhoidon kustannusten korvaamisen ja äitiysvakuutuksen osalta universaalinen. Sen sijaan

353 Kangas 2006, 323.

354 Pelkästään yhden kuukauden aikana elokuussa 1964 Kansaneläkelaitoksen palvelukseen tuli 729 henkilöä. Ks. sairausvakuutuslain toimeenpanosta Haatanen ja Suonoja 1992, 472–474 sekä Häggman 1997, 142–164.

355 Pajula 1963.

356 Pajula 1963, 5. Tämä oikeus terveydenhoitoon oli itse asiassa uusi periaate Suomessa. Aiempi lainsäädäntö vain velvoitti kuntia perustamaan kunnanlääkärin virkoja. Sairausvakuutus antoi mahdollisuuden hakeutua hoitoon joko julkisen tai yksityiseen palveluntuottajan luo potilaan oman valinnan mukaan ja sairausvakuutus korvasi potilaan kustannuksia molemmissa tapauksissa.

357 Pajula 1963, 6. Kuitenkin on muistettava, että muissa Pohjoismaissa universaalisuus omaksuttiin asteittain ja pitkällä ajalla. Suomessa terveysturva oli puutteellinen useita vuosikymmeniä ja sairausvakuutuslain myötä universaalisuus toteutettiin yhdellä kertaa.

toimeentulotulovakuutuksen henkilöpiiri oli suppeampi, sillä se koski vain työikäisiä 16–64-vuotiaita henkilöitä.[358]

Pajula käsitteli artikkelissaan myös syitä siihen, miksi korvausta ei päätetty suorittaa sairaalamaksuista. Jätettäessä sairaalamaksujen korvaaminen pois sairausvakuutuksesta pyrittiin siihen, ettei sairaalassa sairastaminen muodostuisi taloudellisesti olennaisesti kotona sairastamista edullisemmaksi. Tämä olisi lisännyt sairaaloiden painetta ja vaikeuttanut muutoinkin tiukkaa sairaalapaikkatilannetta. Pajulan mukaan laissa omaksuttu avohoitoa suosiva linja ainakin jossain määrin vähensi sairaaloihin kohdistuvaa painetta.[359]

Sairausvakuutusjärjestelmällä siis pyrittiin lisäämään palvelujen käyttämistä ja helpottamaan hoitoon pääsyä vakuutettujen kustannuksia vähentämällä. Heti lain tultua voimaan alettiin seurata, toteutuivatko nämä tavoitteet. Samalla tarkkailtiin terveydenhuollon resurssien riittävyyttä järjestelmän toteuttamiseksi. Vuonna 1964 ilmestyi ylilääkäri Yrjö Hongiston artikkeli sairaanhoitolaitosten tilasta sairausvakuutuslain voimaantullessa.[360] Hongisto kuvasi artikkelissaan keskussairaaloiden ja aluesairaaloiden sijaintia ja määrää sekä kiinnitti huomiota erityisesti keskussairaaloiden poliklinikoihin. Hän korosti, että sairaalan poliklinikalla oli tarkoituksenmukaista järjestää tutkimukset ja hoito vain niille potilaille, joiden sairauden laatu edellytti nimenomaan keskussairaalassa olevia tutkimus- ja hoitomahdollisuuksia.[361] Keskussairaaloiden poliklinikat olivat ns. lähetepoliklinikoita, joihin tulevat potilaat oli kunnanlääkärin tai muun lääkärin ensin tutkittavat ja todettava heillä keskussairaalahoidon tarve. Sairausvakuutuksen perusteella myönnettävät korvaukset, joissa omavastuurajaa määrättäessä oli otettu huomioon mm. keskussairaalan poliklinikkamaksut, tulivat vaikuttamaan siihen, ettei taloudellisista syistä enää tarvinnut hakeutua näille poliklinikoille niiden hoidosta perittävän pienen maksun vuoksi. Keskussairaalan poliklinikkaa ei ollut myöskään tarkoitettu korvaamaan paikkakunnan lääkäripäivystystä. Sairausvakuutuskorvaukset tulivat ohjaamaan potilasvirrat oikeaan hoitopaikkaan eli perusterveydenhuollon piiriin ja toivat siten parannusta perus- ja erikoissairaanhoidon väliseen työnjakoon.

Vuonna 1971 sairausvakuutuslakia ja tulevaa kansanterveyslakia arvioi terveydenhuoltoneuvottelupäivillä Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosaston päällikkö Olavi Suihko. Hän totesi, että (tuolloin vielä tulossa olevan) kansanterveyslain voi-

358 Työtulojen osalta toimeentulovakuutuksen soveltamisalaan kohdistuva kritiikki vaikuttaa liioitellulta. Sairausvakuutuksen tarkoitus ei ollut turvata lasten tai eläkeiässä olevien toimeentuloa sairauden ajalta. Sitä varten on olemassa muita järjestelmiä. Universaalisuus ei tarkoita sitä, että kaikki kansalaiset olisivat etuuksien suhteen täysin samassa asemassa.

359 Pajula 1963, 4. Komiteanmietintöjen perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että sairaalat jätettiin pois sen vuoksi, että valtio ja kunnat jo pitkälti korvaavat sairaalakustannukset. Kukaan potilas ei voinut ”turhaan” tulla sairaalahoitoon, koska sairaalan vastaava lääkäri päätti sairaalaan sisään ottamisesta. Sittemmin sairaalamaksut ovat nousseet ja sairausvakuutusta olisi tarvittu myös potilaiden sairaalamaksujen korvaamiseen, mutta tätä ei tietenkään lakia säädettäessä voitu ennakoida.

360 Hongisto 1964.

361 Hongisto 1964, 202.

maantuloa helpotti, että sairausvakuutus oli tasaamassa sitä kustannusrasitusta, jonka kansanterveyslaki valtiolle ja kunnille oli aiheuttamassa.[362] Tällä Suihko tarkoitti sairausvakuutuksesta maksettavaa korvausta kunnille lääkärinpalveluista, johon palataan myöhemmin. Suihko otti myös kantaa niihin arvoihin, joihin sairausvakuutus rakentui. Sairausvakuutuksen myötä potilaiden valinnanvapaus hoitavan lääkärin suhteen laajeni, koska potilaalla on periaatteessa oikeus kääntyä kenen tahansa valitsemansa lääkärin puoleen. Toimipa lääkäri kunnan palveluksessa tai yksityisenä ammatinharjoittajana sai potilas molemmissa tapauksessa maksamastaan palkkiosta sairausvakuutuskorvauksen.

Suihko vastasi myös tuolloin esitettyihin väitteisiin, ettei sairausvakuutus olisi kaikilta osin täyttänyt odotuksia. Hän viittasi tutkimuksiin, jotka osoittivat, että sairausvakuutuksen voimassaoloaikana lääkärinpalvelujen käyttö oli lisääntynyt siellä, missä palvelujen tarve oli ollut suurin, nimittäin maaseudulla työikäisten miesten sekä alempiin tuloluokkiin kuuluvien keskuudessa. Sairausvakuutuksen vaikutukset olivat olleet tältä osin odotetun mukaiset. Muutokset eivät ole olleet jyrkkiä, eivätkä suuret muutokset olisi olleet mahdollisiakaan ottaen huomioon terveydenhuollon puutteet. Suihkon mukaan tutkimukset osoittivat, että taloudelliset seikat eivät olleet ainoa hoitoon hakeutumista motivoiva tekijä[363]. Suihko korosti, että sairausvakuutuksen voimaantulo vuonna 1964 merkitsi käännettä siinä suhteessa, että yhteisiä varoja ryhdyttiin ohjaamaan nimenomaan avosairaanhoitoon.

Vuosina 1967–1971 ilmestyivät Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen selvitykset sairausvakuutuksen vaikutuksesta sairastavuuteen ja terveyspalvelujen käyttöön. Tutkimustulosten mukaan sairausvakuutus oli tehnyt hoidon aiempaa halvemmaksi mutta ei ollut kokonaan poistanut eniten sairastaneiden ja pienituloisimpien hoidon saamiseen liittyviä taloudellisia vaikeuksia[364]. Sairausvakuutuksen mahdollistama lääkärinpalvelusten käyttöedellytysten lisäys oli kuitenkin vaikuttanut tehokkaasti eniten sairastaneiden ryhmiin, joilla taloudelliset edellytykset olivat eniten rajoittaneet palvelusten käyttöä aiemmin. Koko väestössä kovin huomattavaa palvelusten käytön lisäystä ei kuitenkaan havaittu. Sairausvakuutus ei ollut riittävästi suojannut hoidon saantiin liittyviltä taloudellisilta vaikeuksilta niitä perheitä, joissa sairastettiin eniten ja joille sairastamisesta oli koitunut eniten kustannuksia.[365] Erityisesti lääkkeet olivat kalliita. Lääkekustannukset muodostivat perheiden sairaus-

362 Terveydenhuollon neuvottelupäivät 1971.

363 Puolueissa esiintyi halua parantaa sairausvakuutuksen korvaustasoa 1960-luvun loppupuolella. Keskustapuolueen yleisohjelmassa vuodelta 1968 vaaditaan, että sairausvakuutusta on kehitettävä siten, että se entistä paremmin tasaa terveydenhuollon kustannukset. Ohjelmassa todetaan myös, että terveydenhuoltopalvelujen tuottaminen ei saa muodostua liikevoiton tavoittelun kohteeksi. Kokoomuksen terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1970 vaaditaan sairausvakuutusta kehitettäväksi siten, että se samalla palvelee yleistä terveydenhuoltopolitiikkaa. Ohjelmassa todetaan, että sairauden takia joutuvat kaikkein vaikeimpaan ahdinkoon ne, joilla sairaus muodostuu huomattavan pitkäaikaiseksi. Tämän vuoksi omavastuun määrät tulisi poistaa, kun sairaus on kestänyt kolme kuukautta.

364 Tähän epäilemättä vaikutti se, että sairausvakuutusta valmisteltaessa päädyttiin vain osakorvaukseen.

365 Ks. Purola ym. 1971.

kuluista yli puolet ja alemmissa tuloluokissa lääkkeisiin kului suurempi osa tuloista kuin ylemmissä.[366]

Vuonna 1982 todettiin, että väestöryhmien väliset erot tarpeisiin suhteutetussa terveyspalvelusten käytössä olivat sairausvakuutuksen ansiosta pienentyneet. Palvelusten käyttö oli yleisesti ottaen kasvanut ja painottunut avohoitopalveluihin. Avohoitopalvelujen hintojen alentamiseen ja tarjonnan lisäämiseen tähdännyt terveyspolitiikka oli siis pääpiirteissään tuottanut hoitotavoitteen kannalta myönteisiä tuloksia.[367] Yhteenvedossaan sairausvakuutuksen vaikutuksista Kansaneläkelaitoksen tutkija Kauko Nyman[368] totesi vuonna 1984, että kustannusten tasaus sairaanhoitovakuutuksen keinoin ei yksinään voinut ratkaista kaikkia niitä sosiaalipoliittisia pulmia, jotka liittyivät noudatettavaan terveyspolitiikkaan. Erityisesti terveyspalvelujen tarjonnassa esiintyvien alueittaisten erojen poistamisessa sairausvakuutus osoittautui riittämättömäksi. Sen sijaan uusien järjestelmien vaikutus näkyi siinä, että terveyspalvelusten käyttö oli lisääntynyt eniten alimmissa tuloluokissa.

Kaikkiaan tutkimustulokset osoittavat, että sairausvakuutus ja ennen kaikkea sairaanhoitovakuutus täytti melko hyvin sille asetetut toiveet ja vaatimukset. Muuttunut 1960-luvun paradigma johti kuitenkin siihen, että näihin tutkimustuloksiin kiinnitettiin kuitenkin melko vähän huomiota ja jo sairausvakuutuksen tullessa voimaan etsittiin sairausvakuutuksesta riippumatta uusia lähestymistapoja terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseksi. Tämän prosessin tuloksena syntyi kansanterveysjärjestelmä.

Sairausvakuutuksen rahoitus oli uutta lakia valmisteltaessa perusteellisesti harkittu. Monta komiteaa oli pohtinut uuden järjestelmän rahoittamista ja tehnyt laskelmia eri osapuolten oikeudenmukaisista kustannusosuuksista. Tästä huolimatta sairausvakuutuksen rahoituksen uudelleenarviointi käynnistyi samana vuonna kuin lääkärinpalkkioita alettiin korvata eli vuonna 1967. Tuolloin julkisti mietintönsä Sair ausvakuutusrahastotoimikunta,[369] jonka tehtävänä oli tutkia, millä tavoin sairausvakuutusrahaston maksuvalmius olisi turvattava sekä millä tavoin valtion osuus sairausvakuutuksen kustannuksista määrättävä.

Toimikunta ehdotti sairausvakuutusrahaston maksuvalmiuden parantamiseksi säännöstä, jonka mukaan silloin, kun rahaston varat eivät riitä sairausvakuutuksen menoihin, tulee puuttuva osa suorittaa valtion varoista takuusuorituksena. Säännös tuli sittemmin hallituksen esityksenä sairausvakuutuslakiin ja merkitsi huomattavaa muutosta alun perin suunniteltuun rahoituspohjaan. Vain kolme vuotta lain voimaantulon jälkeen valtion osuus järjestelmän rahoituksesta ei ollutkaan enää neljäsosaa

366 Lääkekorvauksissa potilaiden omavastuut jäivät osakorvauksista johtuen edelleen melko suuriksi.

367 Kalimo ym. 1982.

368 Nyman 1984.

369 KM 1967: B 49.

kaikista kustannuksista, vaan valtion osuuden suuruuden tuli määräytyä kerättyjen sairausvakuutusmaksujen määristä ja maksetuista korvauksista. Muutos vähensi sairausvakuutuksen vakuutusluonnetta ja siirsi sitä lähemmäksi valtion hoidossa olevaa sosiaaliturvaa, jonka rahoituksesta valtio viime kädessä vastasi. Vakuutuksesta saatujen etuuksien suuruus tuli samalla aiempaa enemmän riippuvaiseksi kunkin ajankohdan taloudellisista suhdanteista ja valtiontalouden tilasta. Uudessa järjestelmässä sairausvakuutusetuuksia saatettiin alkaa karsia ja supistaa, jos valtion menot järjestelmän rahoituksen takaajana uhkasivat kasvaa liian suureksi. Ajankohtaiseksi tällaiset toimet tulivat erityisesti taloudellisen laskusuhdanteen aikana, jolloin valtion verotulot pienenevät. Asia konkretisoitui 1990-luvun laman yhteydessä, jolloin erityisesti sairausvakuutuksen toimeentuloetuuksia supistettiin huomattavan paljon valtiontaloudellisista syistä. Myös lääkekorvauksissa on pyritty jatkuvasti etsimään keinoja kustannusten nousun hillitsemiseksi. Muutos heijastui myös halukkuuteen tarkistaa korvaustaksa, kuten seuraavassa luvussa tarkemmin kuvataan.

5.2.4 Korvaustason alhaisuuden ongelmat 1970- ja 1980-luvuilla

Korvaustaksojen käyttöönottoa ja osakorvauksen periaatetta sairausvakuutuksen korvaamissa lääkärinpalkkioissa sekä tutkimuksessa ja hoidossa (esimerkiksi laboratoriotutkimukset, röntgentutkimukset, fysioterapia, yksityisesti suoritetut leikkaukset) perusteltiin alun perin sillä, että korvaus muutoin muodostuisi samanlaisissakin tapauksissa erisuuruiseksi riippuen siitä, kuka on hoidon antanut. Eri ammatinharjoittajien ja lääkäriasemien hoidosta perimät palkkiot saattoivat poiketa toisistaan. Lisäksi korvaustaksoilla varmistettiin se, että perityt toimistomaksut jäivät aina korvattavuuden ulkopuolelle. Korvaustaksoilla ei myöskään ollut merkitystä potilaan ja hoidon antajan välisiin suhteisiin. Hoidon antaja saattoi määritellä aina oman palkkionsa taksasta riippumatta, joten palkkion suuruus vaikutti tällöin potilaan omavastuuosuuden suuruuteen. Korvaustaksoilla pyrittiin määrittelemään korvausten suorittaminen niin, että samanlaisesta hoidosta maksettiin aina samansuuruinen korvaus koko maassa huolimatta siitä, että perittävät palkkiot saattoivat vaihdella.[370]

Korvaustaksojen vahvistaminen oli sosiaali- ja terveysministeriön tehtävä vuoteen 1970 saakka. Sen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö alkoi määrätä vain taksojen perusteista Kansaneläkelaitoksen vahvistaessa varsinaiset hoitokohtaiset taksat. Vahvistamista koskevissa säännöksissä korostettiin sitä, että korvaustaksoja tarkistettaessa käytännössä perityt palkkiot eivät saaneet olla perusteena tarkistamiselle, vaan perusteita ja taksoja määriteltäessä oli otettava huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatu, niiden vaatima työ sekä työn aiheuttama kustannus. Kysymys on siis palvelun hinnan määrittelystä kustannusperusteisesti. Korvaustaksojen taso muodostui ajan myötä ongelmaksi, koska sairausvakuutuslakiin ei tullut tarkempia määräyksiä siitä, milloin taksan tarkistaminen tulee suorittaa (esimerkiksi kuinka paljon tarveaineiden hintojen on noustava, jotta tarkistustoimiin tulisi ryhtyä, tai

370 KM 1959:6, 32.

kuinka paljon palkkojen tulee nousta, jotta olisi perusteita tarkistuksiin). Yksimielisyyttä kustannuskehityksen nousun suuruudesta ei saavutettu. Niinpä taksapolitiikkaan alkoivatkin yhä enemmän vaikuttaa yleiset valtiontaloudelliset syyt. Lisäksi taksojen korotusten tielle alkoi tulla myös periaatteellisia, ideologisia esteitä. Eräiden näkemysten mukaan taksojen korotus johtaisi vain palvelujen hintojen nostamiseen, jolloin vakuutetut eivät hyötyisi korotuksesta.[371] Lain tulkinnanvaraisuudesta johtuen korvaustaksoja onkin tarkistettu hyvin harvoin sairausvakuutuslain voimaantulosta lähtien, jolloin taksat eivät ole seuranneet kustannuskehitystä. Näin siis lain tulkinnanvaraisuudesta johtuen sairausvakuutuslakia säädettäessä esillä olleet tavoitteet eivät toteutuneet[372]. Taksat alkoivat jäädä jälkeen kustannuskehityksestä jo melko pian sairausvakuutuksen voimaantulon jälkeen.[373] Vuosina 1971, 1985 ja 1989 korotettiin korvaustaksaa, mutta korotukset eivät kuitenkaan nostaneet taksoja lain tavoitetasolle eli noin 60 prosenttiin perityistä hinnoista. Siksi todellinen korvaustaso pysyi matalana korotusten jälkeenkin eikä sairausvakuutuksella tuettu yksityinen hoito enää ollut todellinen vaihtoehto julkiselle palvelulle.

Vuoden 1989 korotus on yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen kannalta sikäli merkittävä, että sen toteutuksessa kiinnitettiin huomiota myös julkisen ja yksityisen terveydenhuollon väliseen vuorovaikutukseen. Korotukseen käytettävissä olevat varat pyrittiin ohjaamaan niin, että ne hyödyttivät julkista terveydenhuoltoa vuonna 1985 hyväksyttyjen terveyspoliittisten periaatteiden mukaisesti täydentäen julkisen sektorin palveluja. Taksojen korottamiseen tuolloin varatut 100 miljoonaa markkaa kohdennettiin sosiaali- ja terveysministeriössä erityisesti sydämen ohitusleikkauksiin liittyvien toimenpiteiden (mm. varjoainekuvaus) ja tietokonetomografian korvaustaksoihin. Näitä korvaustaksoja korotettiin enemmän kuin muita taksoja, koska julkisella puolella ohitusleikkaus- ja tietokonetomografiapalveluista oli tuolloin pulaa ja potilaat joutuivat tämän vuoksi turvautumaan tavanomaista enemmän yksityisiin palveluihin. Taksojen korotusten kohdentamisella pyrittiin näin helpottamaan sairauskustannuksia erityisesti niiltä vakuutetuilta, jotka julkisen palvelutarjonnan vähäisyyden vuoksi joutuivat turvautumaan yksityiseen hoitoon. Nämä potilaat eivät voineet vapaasti valita julkisen ja yksityisen palvelun välillä, joten normaalia suurempi kompensaatio heidän kohdallaan oli perusteltua

371 Merkille pantavaa on se, että Suomessa – toisin kuin yleensä niissä maissa, joissa sairausvakuutusjärjestelmä on otettu käyttöön – ei ole omaksuttu järjestelmää, jolla asiakkailta perittäviä palkkioita olisi säädelty. Esimerkiksi Saksassa korvattavien palkkioiden määrät neuvotellaan vuosittain sairausvakuutusviranomaisten ja lääkärijärjestöjen välillä. Sovitut palkkiot muodostuvat näin enimmäispalkkioiksi eikä erillisiä korvaustaksoja tarvita.

372 Puolueista sosialidemokraatit suhtautuivat jo 1970-luvulla varauksellisesti korvaustaksojen korottamiseen ohjelmatasollakin. Puolueen terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1975 todetaan, että sairausvakuutuksen muodossa yksityiselle sektorille tulevia subventioita tulisi sekä absoluuttisesti että suhteellisesti vähentää sitä mukaa kuin julkinen sektori kehittyy vastaamaan tehtävistään.

373 Vuonna 1981 tehdyn tutkimuksen mukaan yli 70 prosentissa erikoislääkärissäkäynneistä asiakkaalta peritty palkkio ylitti korvaustaksan määrän, joten 60 prosentin korvaustasoa ei saavutettu. Erikoislääkärillä käyntien kustannuksista sairausvakuutus korvasi vain 45,5 prosenttia ja yleislääkäreiden kohdalla palvelujen korvaustaso oli vielä alhaisempi. Tutkimuksen ja hoidon korvausprosentiksi tuli 52,2 prosenttia lain tavoitetason ollessa 75 prosenttia. (Karvanen 1981.) Korvaustaso aleni koko 1980-luvun, ja sairausvakuutuksen täyttäessä 25 vuotta vuonna 1989 lääkärinpalkkioiden korvausprosentti oli keskimäärin 37 prosenttia ja tutkimuksen ja hoidon osalta 42,3 prosenttia (Mattila 1989, 235).

ja samalla yksityinen sektori näkyvästi tuki julkista terveydenhuoltoa.[374] Tyydyttävä korvaustaso saavutettiin vain niissä hoitotoimenpiteissä, joihin korotuksia tehtäessä kohdistettiin erityishuomiota. Näin saatiin yksityisen sektorin resurssit tehokkaasti käyttöön ohitusleikkauksissa ja tietokonetomografiassa. Samalla potilaiden hoitoon hakeutumista helpotettiin vähentämällä heidän omavastuuosuuksiaan. Kuitenkaan korotuksiin käytettävissä olevan kokonaissumman vuoksi joitakin korvaustaksoja ei voitu tarkistaa lainkaan. Näin kävi vuonna 1989 mm. fysioterapian korvaustaksoille. Fysioterapiassa yksityisten palvelujen käyttö on hyvin yleistä, ja suuri osa fysioterapeuteista työskentelee itsenäisinä ammatinharjoittajina.

5.2.5 Sairausvakuutuksen uudistamispyrkimyksiä

1960-luku oli sairausvakuutuksen toimeenpanon aikaa, mutta sen jälkeen poliittinen huomio siirtyi sairausvakuutuksesta kansanterveyslain toteuttamiseen. Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyössä pyrittiin lähinnä teknisiin uudistuksiin, kuten asiakkaiden hoitoon pääsyn helpottamiseen kehittämällä korvausmenettelyä yksinkertaisemmaksi (suorakorvausmenettely) sekä korvaustaksojen yksinkertaistamiseen. Järjestelmän keskeiseen ongelmaan, korvaustaksojen yhä suurempaan jälkeenjääneisyyteen ei kuitenkaan saatu parannusta. Vähitellen alkoi unohtua sairausvakuutuksen voimaantulon yhteydessä esitetty tavoite, jonka mukaan korvaustaksojen tulisi seurata palveluista aiheutuvien kustannusten kehitystä. Vakuutettujen omavastuuosuudet nousivat huolimatta siitä, että korvaustason alhaisuus aiheutti tyytymättömyyttä vakuutettujen keskuudessa jo 1980-luvulla. Taksojen jälkeenjääneisyys alkoi vähitellen heikentää sairaanhoitovakuutuksen uskottavuutta, ja koko sairaanhoitovakuutuksen asema julkisen terveydenhuollon rinnalla tuli kysymyksenalaiseksi.

Hiljaisuus sairaanhoitovakuutuksen ympärillä ei kuitenkaan merkinnyt sitä, että esityksiä järjestelmän uudistamiseksi ei olisi tehty. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että sairausvakuutuksen tukeman yksityisen sektorin tulisi toimia läheisemmin julkisen terveydenhuollon tukena. Näin todettiin myös vuoden 1985 terveyspoliittisessa selonteossa. Eri työryhmissä ja toimikunnissa pohdittiin 1970- ja 1980-luvuilla sairaanhoitovakuutuksen uudistamisen tarvetta erityisesti siitä näkökulmasta, miten yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen välistä vuorovaikutusta voitaisiin lisätä. Toimikunnista merkittävin oli 1980-luvulla toiminut sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta, joka jätti mietintönsä vuonna 1987.[375] Tämä ei kuitenkaan ollut ainoa esitys järjestelmän uudistamiseksi, vaan myös monet sosiaali- ja terveysministeriön työryhmät miettivät järjestelmän kehittämistä, esimerkiksi sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmä, joka jätti mietintönsä vuonna 1989.[376] Seuraavassa tarkastelen näitä uudista-

374 Vuonna 1989 kolme yksityistä palveluyksikköä (Diakonissalaitos ja Mehiläinen Helsingissä sekä Cordia Kuopiossa) olivat erikoistuneet sydämen ohitusleikkauksiin. Julkiselle puolen ohitusleikkauksiin oli tuolloin pitkä jono.

375 KM 1987:34.

376 STM 1989.

misesityksiä ja kiinnitän huomiota erityisesti siihen, olisiko esitysten toteuttaminen lisännyt julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta.

Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta (ns. Puron-Pajulan toimikunta) totesi esityksensä johdannossa, että sairausvakuutusjärjestelmän yksi tarkoitus oli lisätä avosairaanhoidon palvelujen käyttöä sekä poistaa palvelujen käyttöön liittyvää eriarvoisuutta korvaamalla vakuutettujen kustannuksia. Avoterveydenhuollon palvelujen käytön todettiinkin lisääntyneen, ehkä eniten pienituloisten ryhmässä. Sairausvakuutusuudistus ei kuitenkaan yksin voinut poistaa palvelujen niukasta tarjonnasta ja tarjonnan alueellisesta vaihtelusta johtuvia palvelujen käytön eroja.[377] Toimikunta lähti sen vuoksi selvittämään sairausvakuutuksen kehittämistarvetta, niin että sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat palvelut täydentäisivät mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti kunnallisia terveydenhoitopalveluja. Rahoitusehdotuksia laadittaessa toimikunta puolestaan pyrki siihen, että sairausvakuutuksen, kuntien, valtion sekä vakuutettujen rahoitusosuudet muodostaisivat toimintapoliittisia tavoitteita tukevan kokonaisuuden. Tällöin toimikunnan mielestä voitaisiin selvittää myös kunnallisen rahoituksen liittämistä sairausvakuutusjärjestelmään. Näiden suurten kysymysten ohella toimikunta selvitti myös sairaanhoitokorvauksen sisällöllisiä muutostarpeita sekä hallinnollisen menettelyn kehittämistä korvaustason määrittelemiseksi ja korvauksen joustavasti suorittamiseksi.

Esityksissään toimikunta ilmoitti ottaneensa työskentelyn lähtökohdaksi hallituksen terveyspoliittisessa selonteossa olleen toteamuksen, jonka mukaan yksityisen terveydenhuollon tehtävä oli täydentää julkista terveydenhuoltoa. Toimikunnan käsityksen mukaan kunnalliset ja yksityiset palvelut muodostivat pääpiirteissään tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden, joten terveydenhuoltoa ja sairaanhoitovakuutusta oli syytä kehittää tämän työnjaon pohjalta. Kaikki terveydenhuollon voimavarat tuli saada käyttöön niin, että ne toimisivat asetettujen terveyspoliittisten tavoitteiden suuntaisesti tehokkaasti ja päällekkäisyyttä välttäen. Periaatekannasta huolimatta toimikunta ei esityksissään ottanut konkreettisesti kantaa rakenteellisiin kysymyksiin tai julkisen ja yksityisen väliseen työnjakoon. Toimikunta käsitteli mietinnössään yleisesti keskeisiä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen liittyviä kysymyksiä mutta ei tehnyt vuorovaikutuksen lisäämiseen liittyviä esityksiä.[378] Näin toimikunnan esitykset keskittyivät lähinnä sairausvakuutuksen toimivuuden, tason ja kattavuuden kehittämiseen. Toimikunta piti tärkeänä mm. suorakorvausjärjestelmään siirtymistä ja korvaustaksojen saattamista vastaamaan palvelujen käytöstä aiheutuneita kustannuksia. Lisäksi sairausvakuutuksen korvausalaa ehdotettiin laajennettavaksi mm. toimintaterapian ja puheterapian osalta. Rahoituksen osalta toimikunta ei pitänyt perusteltuna kunnallisen rahoituksen liittämistä sairausvakuutukseen. Vuorovaikutusta rahoituksen osalta ei siis haluttu lisätä, vaikka kunnallisen rahoituksen liittäminen olisi saattanut lähentää sairausvakuutusta ja julkista tervey-

377 KM1987:34, 1.

378 Ks. toimikunnan esitysten yhteenveto KM 1987:34, 127–130.

denhuoltoa ja avata uusia mahdollisuuksia terveyskeskusten ja yksityisten palvelun tuottajien väliseen yhteistoimintaan.

Asenteet suuria linjakysymyksiä kohtaan olivat jo vakiintuneet, minkä vuoksi muut työryhmät keskittyivät esittämään lähinnä teknisiä parannuksia sairaanhoitovakuutuksen toimivuuden parantamiseksi. Vuonna 1989 mietintönsä jättänyt taksa- ja suorakorvaustyöryhmä[379] ehdotti lainsäädännöstä poistettavaksi esteet suorakorvausjärjestelmään siirtymiseltä. Lainmuutoksilla tuli tehdä mahdolliseksi sellaisen Kansaneläkelaitoksen ja palveluntuottajien välisen sopimusjärjestelmän syntyminen, jonka perusteella palveluntuottajat voisivat halutessaan liittyä suorakorvausjärjestelmään. Sopimuksilla ratkaistaisiin suorakorvausjärjestelmän tekniset yksityiskohdat. Työryhmä esitti myös sairausvakuutuksen korvaustaksojen teknistä yksinkertaistamista. Työryhmä piti lisäksi perusteltuna pyrkimyksiä hillitä palvelujen hintojen nousua. Nousun hillitsemiskeinoina olisivat riittävän suuruiset vakuutettujen omavastuuosuudet, kilpailun lisääminen sekä korvaustaksojen tarkistaminen vain tuotantokustannusten muutosten edellyttämällä määrällä.

Työryhmä ehdotti perustettavaksi lakisääteisen taksaneuvottelukunnan, jonka tehtävänä olisi seurata yksityisen sektorin terveyspalvelujen tuotantokustannusten kehittymistä sekä ohjata kustannusten selvitystyötä. Selvitystyössä olisi tullut kiinnittää huomiota yksityisten tuotantokustannusten ohella niihin tuotantokustannuksiin, mitä vastaavien palvelujen tuottaminen julkisella sektorilla aiheuttaa. Sosiaali- ja terveysministeriön olisi tullut tarkistaa korvaustaksojen perusteet silloin, kun palvelujen tuotantokustannukset olivat olennaisesti muuttuneet. Ehdotuksen mukaan kerran vuodessa tulisi harkita, ovatko tuotantokustannukset olennaisesti muuttuneet ja onko siten tullut tarvetta tarkistaa taksoja. Taksojen tarkistusjärjestelmä osoittautui kuitenkin poliittisesti mahdottomaksi toteuttaa ja työryhmän ehdotuksista ainoastaan suorakorvausta koskeva ehdotus toteutui. Siihen palataan luvussa 6.5.

5.3 Kansanterveysjärjestelmä 1960–1990

5.3.1 Avohuollon puutteet huolestuttavat

Julkiset terveyspalvelut tulivat sodan jälkeen yhä tärkeämmiksi hyvinvoinnin osatekijöiksi. Sota selvästikin merkitsi Suomessa kriittistä käännekohtaa (*critical junction*), jolloin suhtautumisen hyvinvointipalveluihin ja niistä erityisesti terveyspalveluihin muuttui olennaisesti. Sodan jälkeen voitiin kuitenkin taloudellisten rajoitusten vuoksi kiinnittää käytännössä huomiota vain erityisryhmiin, kuten lapsiin, pyrkien parantamaan ensisijaisesti heidän terveydentilaansa. Toisaalta käynnistettiin keskussairaaloiden rakennusohjelma ja pyrittiin siten parantamaan sairaalahoidon puutteita, joiden suuruus oli ennen sotaa jo todettu. Varsinainen kansanterveystyö käynnistyi kuitenkin vasta 1960-luvulla sairausvakuutuslain säätämisen myötä. Sairausvakuutuslaki ei kuitenkaan voinut ratkaista kaikkia kansanterveyteen liittyviä ongelmia,

379 STM 1989.

jotka liittyivät lähinnä palvelujen saatavuuteen. Monilla alueilla oli edelleen vaikeata saada lääkäripalveluja vielä1960-luvulla. Ongelmien ratkaisuja haettiin kehittämällä varsinaista kansanterveystyötä eli lisäämällä terveyspalvelujen saatavuutta, niin että ne ulottuisivat koko Suomeen. Erotuksena sairausvakuutuksesta, joka pyrki tukemaan sairastuneita sairauden aiheuttamissa kustannuksissa, kansanterveystyö pyrki lisäämään väestön mahdollisuuksia päästä hoitoon asuinpaikasta riippumatta.

Samalla kun huomio kiinnittyi palvelujen lisäämiseen, alettiin 1960-luvulla myös tehostaa terveysasioiden valmistelua keskushallinnossa. Sisäministeriössä terveysasiat olivat vain pieni osa kokonaistehtävistä, ja siksi terveysasioiden valmistelua haluttiin vahvistaa laajentamalla sosiaaliministeriön hallinnonalaa koskemaan myös terveydenhuoltoa. Muutos tehtiin vuonna 1968, ja sen jälkeen uusi ministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö, tuli vastuulliseksi sekä sosiaali- että terveydenhuollon kehittämisestä, ja terveydenhuoltoon liittyvän lainsäädännön valmistelu tehostui. Samaan aikaan terveydenhuollon menot suhteessa bruttokansantuotteeseen kasvoivat niin, että terveydenhuoltomenojen kasvuvauhti oli 1960-luvulla kaksinkertainen koko bruttokansantuotteen kasvuun verrattuna. Kehittämisen pääpaino oli 1960-luvulle saakka ollut sairaalaverkon luomisessa ja lapsiin kohdistuneissa erityistoimissa, mutta terveyspalvelujen käyttö lisääntyi erityisesti sairausvakuutusjärjestelmän voimaantulon myötä.

Avohuollon kehittäminen oli 1960-luvulle tultaessa jäänyt vähemmälle huomiolle, joskin sairausvakuutuskorvaukset helpottivat lääkäripalvelujen käyttöä. Lääkäripalvelut ja erityisesti yksityiset lääkäripalvelut lisääntyivätkin sairausvakuutusjärjestelmän myötä. Ponnisteluista huolimatta kunnanlääkärijärjestelmä ei kuitenkaan erityisesti syrjäseuduilla ulottunut vielä kaikkialle ja lääkäreistä oli pulaa monilla alueilla. Kansanterveys ei ollut tyydyttävällä tasolla 1960-luvulla, ja erityistä huolta aiheuttivat Itä- ja Pohjois-Suomen suuret kuolleisuus- ja sairastavuusluvut, jotka olivat selvästi maan keskiarvoa korkeammat. Näillä alueilla suuri osa alkavista sairauksista muuttui krooniseksi tai johti jopa kuolemaan. Huonoa terveystilannetta kuvasi myös se, että Suomessa oli yli miljoona pitkäaikaissairasta. Myös työkyvyttömyyseläkkeellä oli kansainvälisesti poikkeuksellisen suuri osa työikäisestä väestöstä.[380]

Keskussairaalaverkon luominen ja sairausvakuutusjärjestelmän voimaantulo eivät selvästikään vielä riittäneet kohentamaan kansanterveyden tilaa. Siksi keskustelu terveydenhuollon ja erityisesti kansanterveyden parantamisesta keskittyi avohuollon palvelujen kohentamiseen. Perusterveydenhuollon palvelujen puutteellisuus ja vähyys nähtiin terveydenhuoltojärjestelmämme rakenteelliseksi vinoutumaksi, ja sen poistamiseksi katsottiin tarvittavan suunnitelmallista ja keskittynyttä terveyspolitiikkaa.[381] Aiemmin oli luotettu siihen, että kunnat päättäjät osasivat arvioida

380 Ks. Haatanen ja Suonoja 1992, 518.

381 Paine terveydenhuoltojärjestelmän laajentamiseen kasvoi 1950-luvun aikana, jolloin havaittiin, että sairaalakustannusten nopeasta noususta huolimatta suomalaisten terveydentila ei ollut kohdentunut odotusten mukaisesti. Vähitellen alettiin ymmärtää, että neuvolaikäisten ohella myös aikuisväestön suhteen sairauksien ehkäiseminen ja niiden ajoissa

ja tiesivät parhaiten, tarvitsevatko asukkaat terveydenhuoltoa vai eivät, ja siksi kehityksen annettiin edetä omalla painollaan paikalliseen aktiivisuuteen perustuen. Asioita alettiin kuitenkin katsoa uudesta näkökulmasta 1960-luvulla. Toisin kuin aiempina vuosina valtion taholta haluttiin nyt vaikuttaa paikalliseen kehitykseen sekä ohjata terveyspolitiikalla niin perus- kuin erikoispalveluidenkin voimavaroja. Prioriteeteista haluttiin nyt päättää valtakunnallisesti, ja näin haluttiin korjata perushoidossa edelleen olevia palvelujen puutteita.[382] Pula lääkäreistä aiheutti eniten ongelmia peruspalvelujen järjestämiselle. Kunnanlääkäreiden muita hankalammat työolosuhteet aiheuttivat sen, ettei varsinkaan syrjäseudulle hakeutunut riittävästi lääkäreitä. Osin puute johtui myös palkkauksesta, sillä kunnanlääkäreiden palkasta vain pieni osa kuului valtionavun piiriin.

Kunta maksoi lääkäreilleen edelleen vain peruspalkan, ja muun tulonsa kunnanlääkäri peri suoraan potilailta hoitomaksuina. Kunnanlääkäreiden toiminnassa oli siis paljon yksityislääkäritoiminnan piirteitä, koska tulot olivat pääosin riippuvaiset hoitokertojen määrästä. Potilaalle järjestelmä saattoi merkitä suuria omavastuuosuuksia, sillä avosairaanhoidosta potilas joutui maksamaan huomattavasti enemmän kuin sairaalahoidosta, jonka maksut oli laissa säännelty. Tilanne muuttui sen jälkeen, kun sairausvakuutus tuli voimaan myös lääkärinpalkkioiden korvaamisen osalta 1.1.1967. Tätä ennen monet potilaat hakeutuivat suoraan sairaaloiden poliklinikoille niissäkin tapauksissa, joissa heidät olisi voinut tutkia ja hoitaa kunnanlääkäri, koska poliklinikoiden kiinteät maksut olivat halvemmat kuin kunnan- tai yksityislääkärien. Perusterveydenhoitoa kehittämällä haluttiin vähentää sairaaloissa käyntejä ja sairaalakustannusten lisääntymistä. Perusterveydenhuoltoa ei katsottu voitavan tehostaa ilman lainsäädännön muutosta, sillä aiemmat, 1950-luvun kunnanlääkäreitä koskevat säännökset eivät vastanneet koko kansan terveyspalvelujen parantamiseen tähtäävää tavoitetta eivätkä muodostaneet yhtenäistä järjestelmää, jonka puitteissa uutta paradigmaa olisi voitu toteuttaa.

Kehitykseen vaikutti myös muuttunut käsitys kunnan roolista. 1930-luvulla virinnyt keskustelu kunta–valtio-suhteesta oli 1960-luvulle tultaessa muuttunut, ja kunnalla katsottiin nyt olevan yleisen paikallishallinnon rooli. Sisäasiainministeriön tuolloisen kansliapäällikön mukaan ei kannattanut lähteä enää keskustelemaan siitä, mitkä asiat olivat luonteeltaan kunnalliselle itsehallinnolle kuuluvia ja mitkä eivät. Tuli vain keskustella tosiasioiden pohjalta siitä, mitkä yhteiskunnan paikallishallinnon tehtävät oli tarkoituksenmukaisinta antaa kunnallishallinnon hoidettavaksi ja mitkä taas sopivimmin jäivät valtion paikallisviranomaisten asioiksi.[383] Näillä kansliapäällikkö

havaitseminen oli paljon edullisempaa kuin niiden hoito sairaalassa. Sairaalahoidon ja avoterveydenhuollon välistä epätasapainoa kärjisti se, että hoito sairaalassa oli potilaalle usein halvempaa kuin kunnanlääkäreiden antama avoterveydenhuolto. (Tiitta 2009, 313.)

382 1960-luvulta alkoi julkisessa hallinnossa suunnittelun ja ohjauksen aikakausi. Tuolloin lähdettiin siitä, että pitkäjänteisellä suunnittelulla ja toimintaohjelmilla voitiin asioita kehittää tehokkaimmin. Tämä ajanjakso päättyi vuonna 1992, jolloin säädettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksista. (Ks. 1970–1980-luvun suunnitteluajattelusta Tuori 1985.)

383 Rekola 1966.

Esko Rekolan mielipiteillä oli painoa, koska terveysasiat kuuluivat vielä sisäasiainministeriölle silloin, kun kansanterveyslakia alettiin valmistella 1960-luvun alussa. Valmistelu alkoi siis sisäasiainministeriössä ja siirtyi vuonna 1968 sosiaali- ja terveysministeriölle. Missään vaiheessa ei tiettävästi edes keskusteltu siitä, että kansanterveysjärjestelmän toteuttaminen olisi annettu valtion tehtäväksi tai että olisi alettu rakentaa aivan uutta konseptia avohuollon järjestämiseksi, vaan kehittämistyö jatkui lähtökohtanaan 1800-luvulla muotoutunut kunnallinen järjestämisvelvollisuus. Kysymys kunnallisen itsehallinnon keskeisyydestä terveyspalvelujen toteuttamisessa pysyi valmistelutyössä esillä kunnallisten keskusjärjestöjen toimesta. Sen myötä alettiin yhä enemmän kiinnittää huomiota valtionosuuden merkitykseen. Jos keskitettyä ohjausta tehostettiin ja kunnat eivät enää saaneet vapaasti valita, mitä tehtäviä ne hoitivat, tuli valtion taata rahoituksellisesti mahdollisuudet tehtävän toteuttamiseen.[384] Tämä ajattelutapa oli syntynyt jo 1930-luvulla, mutta kansanterveysjärjestelmän valmistelun yhteydessä asia tuli keskeisesti esiin.

5.3.2 Pekka Kuusi muuttaa paradigman

Terveyspalvelujen kehittämiseen 1960-luvun alussa oli monia ulkoisia syitä. Elinkeinorakenne oli muuttunut yhä enemmän teollisuuspainotteiseksi, kaupungistuminen oli lisääntynyt ja bruttokansantuote oli alkanut huomattavasti nousta. Nämä kaikki tekijät saivat Suomen terveydenhuollon ilmeisen jälkeenjääneisyyden näyttämään yhä vähemmän hyväksyttävältä. Terveydenhuollon kustannusten minimoinnin politiikka oli tullut tiensä päähän. Uutta ajattelua toivat esiin myös tutkijat: 1960-luvulle tultaessa tärkeä terveys- ja sosiaalipolitiikan kehittämisen tarvetta virittänyt kirja oli vuonna 1961 ilmestynyt Pekka Kuusen teos ”60-luvun sosiaalipolitiikka”.[385] Kirjan ilmestymistä ja sitä seurannutta keskustelua voidaan pitää kriittisenä käännekohtana Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan kehityksessä. Tosin jo sodan jälkeen ajatuksellinen suhtautuminen sosiaali- ja terveysturvan kehittämiseen oli muuttunut aiempaa myönteisemmäksi, mutta käytännössä suuri paradigman muutos tapahtui vasta 1960-luvun alkupuolella. Kuusen kirja toi selkeästi esiin Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon jälkeenjääneisyyden ja viitoitti tietä hyvinvointivaltion kehittämiseen. Siihen Suomessa selvästi oli nyt enemmän poliittista tahtoa kuin aiemmin. Kirjan ansiosta terveydenhuollon kehittämisen vastustajatkin lievensivät kustannusten pelkoon liittyviä kantojaan, koska Suomen parantunut taloudellinen tilanne antoi selvästi mahdollisuuden aiempaa parempaan sosiaali- ja terveysturvaan. Kehitystyötä voitiin myös tehdä suuremman yksimielisyyden vallassa kuin aiemmin.

Kirjassaan Kuusi viitoitti uutta paradigmaa, jonka mukaan sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämisellä oli suora yhteys talouskasvuun. Sosiaali- ja terveysturvaan meneviä varoja ei tullut lukea pelkästään kustannuksiksi, vaan siihen tehdyt investoinnit toivat myös taloudellista lisäarvoa. Tästä näkökulmasta ei sosiaali- ja terveysmenoja ollut

384 Pulma 1996, 31.

385 Kuusi 1962.

aiemmin poliittisessa keskustelussa, kirjallisuudessa tai tutkimuksessa kovin paljon käsitelty, ja erityisesti Suomessa lähestymistapa oli uusi.[386] Kuusen oivalluksen voidaan sanoa muuttaneen siihenastista hegemonistista ajattelua, jonka mukaan Suomi oli niin köyhä ja takapajuinen, ettei suomalaisilla voinut olla samanlaista sosiaali- ja terveysturvaa kuin muilla Euroopan kansoilla. Tätä näkemystä erityisesti uudistusten vastustajat olivat tuoneet esiin ahkerasti ennen 1960-lukua ja osin kyllä sen jälkeenkin. Kuusen esille tuoma näkemys sosiaali- ja terveysturvasta investointina taloudelliseen kasvuun toi uuden, merkille pantavan vasta-ajatuksen aiemmalle ajattelutavalle. Osaksi juuri Kuusen uusien ajatusten ansiosta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen lähti reippaaseen vauhtiin 1960- ja 1970-luvuilla. Kysymys ei tosin ollut vain yhdestä henkilöstä, vaan Kuusen ympärille muodostui kirjan ilmestymisen jälkeen vaikuttajien joukko, jotka saattoivat edistää kehitystä kukin omalla tahollaan.[387]

Pekka Kuusi toi varsin selväsanaisesti esiin Suomen terveysolojen heikkoudet 1950-luvun lopulla.[388] Hän totesi terveydenhuoltopolitiikan olevan sosiaalipolitiikan toimintalohkojen piirissä omaluonteinen. Terveydenhuollon kohteena on ensinnäkin koko väestö eikä vain epäaktiivinen väestö. Toiseksi toimenpiteet sairaan henkilön hyväksi ovat luonteeltaan tilapäisiä eivätkä pysyviä, kuten toimenpiteet vanhuksen, työkyvyttömän tai lapsiperheen hyväksi.[389] Terveyspolitiikassa Kuusi asetti keskeiseksi sen asian ratkaisemisen, miten kansalaisen taloudellinen tukeminen sairauden varalta oli järjestettävä, jotta terveydenhoidolliset kansalaisoikeudet olisi turvattu.[390] Tätä ongelmaa käsitellessään Kuusi teki laajan kansainvälisen vertailun ja totesi johtopäätöksenä Suomen terveydenhuollon osoittautuvan ”oudon takapajuiseksi”. Lääkäreitä ja sairaansijoja oli asukasta kohti vähän ja nuorena kuolleiden miesten osuus väestöstä suuri. Suomalaisten miesten kuolleisuus aktiivi-iässä oli kaksinkertainen muiden pohjoismaalaisten miesten kuolleisuuteen verrattuna ja suurempi kuin ainoassakaan toisessa Euroopan maassa.[391] Luvut erottuivat siis jyrkästi muista Pohjoismaista, ja Suomen vertailukohteena olivat lähinnä Euroopan köyhimmät kansat. Kuusi arvosteli myös lääkärikunnan asenteita, koska vielä vuonna 1955 oli ilmennyt julkista vastustusta lääkärikoulutuksen tilapäistäkin lisäämistä kohtaan.

Kuusi luettelee kirjassaan myös tilastoihin perustuvia syitä tähän terveydenhuollon jälkeenjääneisyyteen. Suomen terveydenhuoltomenojen osuus kansantulosta oli 1950-luvun puolivälissä kansainvälisesti katsoen erittäin pieni (2,2 prosenttia). Potilaan kustannukset sairaalahoidosta eivät olleet potilaalle kohtuuttomia, mutta

386 Eino Kuusi oli tosin jo vuonna 1931 ilmestyneessä teoksessaan ”Sosiaalipolitiikka I–II” tuonut esiin ajatuksen taloudellisesta tarkoituksenmukaisuudesta sosiaalipolitiikan vaikuttimena. Hän kiinnitti huomiota sosiaalipolitiikan rooliin kansankunnan työvoiman säilyttämisen ja kansakunnan työkyvyn kasvamisen näkökulmasta. (Kuusi 1931, 13–24.)

387 Ks. Pekka Kuusen kirjan herättämästä keskustelusta ja toimenpiteistä kirjan ajatusten johdosta Hellsten 1993, 337–346.

388 Olavi Riihinen toteaa, että terveydenhuollon ongelmien esittely oli Kuusen teoksen analyyttisin osa ja saattoi sellaisena antaa virikkeitä jatkokeskusteluille (Riihinen 2009, 135).

389 Kuusi 1962, 252.

390 Kuusi 1962, 254.

391 Kuusi 1962, 256–257.

avohoidon puolella valtaosa lääkintäpalvelun kustannuksista jäi potilaan itsensä kustannettavaksi.[392] Myös apteekkimenojen potilaalle aiheuttama kustannus oli huomattavan suuri.[393] Kuusi piti suurena puutteena sitä, että sairauden aiheuttamista taloudellisista kokonaismenetyksistä katettiin 1950-luvulla yhteiskunnan varoin vain runsas kolmannes, minkä vuoksi sairaan väestön kulutustaso oli maassamme erittäin alhainen. Yhteiskunnan toimenpiteet kohdistuivat lähinnä vain sairaalahoitoon, jolloin sairauksien syntyä ja kehittymistä ehkäisevä avohoito oli jäänyt toissijaiseksi eivätkä lääkintäpalvelukset jakautuneet kansalaisten kesken terveydenhoidollisen tarpeen mukaan.[394] Lisäksi sairauden aiheuttamat taloudelliset menetykset estivät ja hidastivat tarpeellista hoitoon hakeutumista. Ehdotuksissaan Kuusi kannatti sairaanhoitovakuutuksen käyttöönottoa, mikä sitten toteutuikin varsin pian kirjan ilmestymisen jälkeen.[395] Kuusen ajatukset vaikuttivat osaltaan myös kansanterveysjärjestelmän toteuttamiseen, jonka valmistelu alkoi kirjan ilmestymisen ja sitä seuranneen keskustelun aikoihin.[396]

Kuusen kirjan ohella kansanterveysjärjestelmän syntyyn vaikutti epäilemättä myös se, että sairausvakuutusjärjestelmän voimaantulo ei toteutunut ilman kritiikkiä, vaikka kysymyksessä olikin pitkään valmisteilla ollut uudistus. Sairausvakuutuksen toimeentuloturvaa koskevat osat hyväksyttiin yleisesti, mutta arvostelun kärki kohdistui vakuutuksen hoidon korvaavuutta koskevaan osaan. Kaikki eivät pitäneet oikeana yksityisten lääkärien palvelujen korvaamista. Esimerkkinä tästä kritiikistä voidaan mainita kansanedustajana ja myöhemmin myös sosiaali- ja terveysministerinä toimineen Osmo Kaipaisen (sd.) vuonna 1969 kirjassaan ”Kansa kaikki kärsinyt” esittämä arvostelu. Kaipainen oli koulutukseltaan lääkäri, joten hän esitti kritiikkinsä sekä poliitikkona että alan ammattilaisena. Kaipaisen mukaan kunnallislääkärijärjestelmä takasi sen, että yleislääkäritasoisen hoidon valtaosa oli ainakin jonkinlaisen kontrollin alainen, vaikka toimintaan liittyi ”bisnespiirteitä” niin kuin toimenpidepalkkiojärjestelmään aina voi liittyä. Tilanne yleislääkäreiden osalta oli potilaita ajatellen kuitenkin paljon edullisempi kuin erikoislääkäritasoisessa hoidossa. Erikoislääkäritasoinen hoito oli Kaipaisen mukaan jätetty, sairaaloiden poliklinikoita

392 Kuusi 1962, 268–273.

393 Mielenkiintoinen on Kuusen poleeminen kuvaus sairaanhoidon tilasta Suomessa 1950-luvun lopulla: ”Lääkäripulaisessa ja sairausvakuutuksettomassa maassamme apteekkilaitos näköjään joutuu osaltaan ottamaan vastaan hoitamattomien sairauksien paineen. Kun tauti iskee, kansa ei oikopäätä ryhdy työntämään rahoja lääkärille. Elleivät kotirohdot auta, hankitaan apteekista uusia. Valtaosa sairauksista hoidettaneen täällä omaehtoisen troppailun varassa hoitoratkaisujen tapahtuessa usein apteekin tiskin äärellä. Lääkärikunnan käsiin joutunevat koti- ja apteekkihoidon piiristä ennen kaikkea epäonnistuneet hoitotapaukset”. (Kuusi 1962, 272.)

394 Kuusi 1962, 273.

395 Kuitenkin Kuusi suhtautui kriittisesti Jylhän komitean ehdotukseen ja epäili ettei sairausvakuutus täydessä laajuudessaan mahtuisi sosiaalipolitiikan ohjelmaan talouden kasvukykyä vaarantamatta, ks. Hellsten 1993, 350.

396 Ks. Bergholm ja Saari 2009, 33–60. Artikkelissa tarkastellaan, miten Pekka Kuusen 60-luvun sosiaalipolitiikka on vaikuttanut suomalaisen hyvinvointivaltion kehitykseen. Bergholm ja Saari toteavat (2009, 51), että ”sairausvakuutuslaki ei yksityiskohdiltaan eikä ajoitukseltaan vastannut Pekka Kuusen uudistusohjelmaa. Kuitenkin tämän lain kaksi keskeistä piirrettä ovat mahdollisesti 60-luvun sosiaalipolitiikan uudistusohjelman muovaamia. Ensiksi sairausvakuutuksesta tuli yleinen ja ennalta avosairaanhoitoa suosiva ja toiseksi uudistus pyrittiin ainakin periaatteessa sovittamaan kansantalouden ja valtiontalouden kehitysnäkymien tarjoaman reformimarginaalin puitteisiin.”

lukuun ottamatta, kokonaan yksityisten hoitamaksi ja samalla vapaan markkinatalouden säätämän voitontavoittelun varaan.

Kaipaisen kritiikin kärki oli suunnattu sairausvakuutusjärjestelmään, sillä erityisen nopeasti vapaa markkinatalous oli Kaipaisen mukaan edennyt sairausvakuutuksen voimaantulon jälkeen. Uusia lääkäriasemia, laboratorioita, röntgenlaitoksia ja fysikaalisen hoidon laitoksia oli syntynyt taajaan. Kaipainen myönsi sen, että kehitys oli täyttänyt aukon, joka oli ollut olemassa, mutta yhteiskunnan myöhästyminen oli hänen mukaansa valitettavaa, sillä koko alue oli jäänyt yhteiskunnan kontrollin ulkopuolelle. Kaipainen katsoi, että yksityinen liiketoiminta ei voinut taata kaikille kansalaisille tasavertaisia palvelunsaantimahdollisuuksia eikä sairausvakuutus voinut pysyä mukana yksityislaitosten hinnankorotuksissa. Korkeiden hintojen takia köyhin kansanosa ei voinut käyttää laitosten tarjoamia palveluja.[397]

Kaipaisen näkemykset heijastavat 1960-luvun muuttunutta paradigmaa suhteessa terveydenhuollon kehittämiseen. Kun aiemmin poliitikot olivat hiljaa terveydenhuollon puutteista, haluttiin nyt edetä nopeasti ja saada kaikille kansalaisille terveyspalveluja tulotasosta riippumatta ja nimenomaan julkisena palveluna, ei yksityisenä. Kaipaisen kirja heijastaa laajemminkin niitä näkemyksiä, jotka johtivat kansanterveyslain säätämiseen pian sairausvakuutuksen voimaantulon jälkeen, ilman että sairausvakuutuksen hyvistä ja huonoista puolista oli ehditty saada kunnollisia kokemuksia. Uusien näkemysten, joita edustivat ns. ”kansanterveysrintamaan” kuuluvat asiantuntijat ja poliitikot, mukaan terveydenhuolto ei saanut olla bisnestä. Tasa-arvon saavuttamiseksi kansalaisille tuli tarjota terveyspalvelut ilmaiseksi. Nämä tavoitteet eivät olleet täysin sopusoinnussa sairausvakuutuksen osakorvauksen ja vapaan valintaoikeuden periaatteen (julkinen/yksityinen) kanssa. Osakorvaustahan oli perusteltu mm. sillä, että terveyspalveluja ei haettaisi ”turhaan”, vakuutuksen tehtäväksi koettiin vain osakorvaus ja vakuutetulle tuli jättää osa itsensä maksettavaksi. Toisaalta kansanterveysrintama ei vaatimuksissaan tuonut esiin potilaan valintaoikeutta hoidon saamisessa, vaan potilaan tuli saada hoito julkisen terveydenhuollon osoittamalta ammattilaiselta.

Vaikka sairausvakuutus oli vuosikymmenien riitelyn jälkeen saatu Suomeen, ei se muodoltaan kuitenkaan täyttänyt 1960-luvun terveyspoliittisia ihanteita. Terveydenhuolto haluttiin toteuttaa puhtaasti julkisena järjestelmänä ilman vähäisintäkään bisnesluonnetta. Kuusen kirjassa korostettiin tasa-arvoa ja hoidon saatavuutta, ja tähän liitettiin 1960-luvun edetessä maksuttomuuden ihanne. Terveyspalvelujen saaminen ei saanut riippua tuloista tai varallisuudesta, vaan yhteiskunnan tuli tarjota palvelut kaikille ilmaiseksi. Terveyspalvelujen maksuttomuus oli ollut sosialidemokraattisen puolueen ohjelmassa jo vuoden 1903 Forssan kokouksesta lähtien. Sairausvakuutusta oli valmisteltu vielä 1950-luvulla niukkuuden oloissa, ja pääpaino oli asetettu vakuutetulle sairaudesta aiheutuvien kustannusten kohtuullisuudelle. Tämä ei kuitenkaan enää riittänyt 1960-luvulla sairausvakuutuksen tullessa voimaan. Osittainen hoidon korvaaminen ei täyttänyt 1960-luvun ihannetta palvelujen saatavuudesta tulotasosta

397 Ks. Kaipainen 1969, 30–34.

riippumatta. Erityisen pahana pidettiin sitä, että terveydenhuoltoa voitiin antaa myös yksityisesti, niin että potilaiden kustannuksella voisi palvelujen antamisesta saada taloudellista hyötyä. Uusien ihanteiden mukaan julkisen vallan tehtävä oli huolehtia terveydenhuollosta ja sitä tuli antaa kaikille kansalaisille ilmaiseksi. Tämä 1960-luvun uusi paradigma oli erityisesti sosialidemokraattisen puolueen tavoite[398], ja se toteutui seuraavan vuosikymmenen alussa kansanterveyslakia säädettäessä. On kuitenkin muistettava, että Osmo Kaipaisen esittämä kritiikki kohdistui vain pieneen osaan sairausvakuutuksesta. Kaipainenkaan ei kritisoinut sairausvakuutuksen tuomaa turvaa sairauden tai äitiyden estäessä työnteon tai lääkkeiden ja sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaamista.

5.3.3 Kansanterveyslakia valmistellaan

Ratkaisevana käännekohtana avosairaanhoidon kehittämisessä voidaan pitää 1960-luvun alkua, jolloin sairausvakuutusjärjestelmä tuli voimaan ja kansanterveyslain valmistelutyö aloitettiin. Tuolloin todettiin laajasti aiemman kuntien päätöksentekoon perustuvan polun tulosten riittämättömyys. Avopalveluja oli edelleen liian vähän, vaikka sairaalalaitoksen kehittämisessä oli edetty. Uusi paradigma edellytti avosairaanhoidon tuntuvaa kehittämistä. Asiaa selvittämään asetettiin kansanterveyskomitea vuonna 1960. Sen tehtävä oli selvittää mahdollisuudet avohoidon parantamiseen.[399] Merkittävää on, että komitean perustamisaikaan sairausvakuutuslaista oli olemassa vain Jylhän komitean esitys, joten kansanterveyskomitea lähti tavallaan alusta, vaikka sittemmin komitean vielä työskennellessä sairausvakuutuslaki hyväksyttiin eduskunnassa. Kansanterveyskomitean työskentelyyn tämä seikka ei näytä vaikuttaneen juuri lainkaan, koska komiteanmietinnössä sairausvakuutus mainitaan vain ohimennen. Valmisteilla oli siis jotain muuta kuin sairausvakuutuslain kattama terveydenhuolto. Vuonna 1965 valmistuneessa mietinnössään kansanterveyskomitea esitti erityisen kansanterveyslain säätämistä.[400]

Kansanterveyskomitea lähti kehittämään avohuoltoa aiemman kunnallisen järjestämisvelvollisuuden pohjalta. Siksi komitean esityksessä ei ollut kovin paljon uutta, vaan siinä on yhdistetty eri lakien kansanterveystyötä koskevat säännökset yhdeksi laiksi. Uutta aiempiin esityksiin nähden oli kuitenkin se, että komitea ehdotti myös henkilökuntanormeja kansanterveystyöhön. Tältä osin komitea puuttui kunnalliseen itsehallinto-oikeuteen esittäen keskitetympää järjestelmää. Komitea esitti kunnanlääkäreiden määrän huomattavaa lisäämistä sekä uudenlaista valtionapujärjestel-

398 Sosialidemokraattinen puolue oli asettanut maksuttoman terveydenhuollon tavoitteekseen jo vuonna 1899, ja maksuttomuustavoite oli mukana Forssan ohjelmassa vuonna 1903.

399 Jo Kuusen kirjan ilmestymisvaiheessa eli ennen sairausvakuutuksen voimaantuloa esitettiin epäilyksiä siitä, onko sairausvakuutusjärjestelmä lainkaan tarpeellinen. Kuusi toteaa, että Jylhän komiteassa todettiin, että yhteiskunta on vähitellen ottanut sairausmenoista kantaakseen yhä suuremman osan, joten pakollinen sairausvakuutus oli käynyt maassamme tarpeettomaksi. (Kuusi 1962, 267.)

400 KM 1965:B:72.

mää kuntien kansanterveystyön tueksi. Henkilöstöön liittyviä esityksiä ei aiemmin ollut tehty, koska kysymyksen henkilöstöstä ja lääkärien määrästä katsottiin olevan kuntien päätettävissä. Kunnat olivat siihen asti olleet oikeutettuja päättämään siitä, montako kunnanlääkärin virkaan haluttiin perustaa, joten tältä osin esitys kuvaa uutta paradigmaa keskitetyn ohjauksen lisäämisestä myös avoterveydenhuollossa.

Komitea vahvisti syvään juurtuneen, jo vuoden 1869 keisarillisesta julistuksesta lähteneen näkemyksen siitä, että kansanterveystyön tehtävät kuuluivat kunnille. Komitean esitykset tähtäsivätkin kunnanlääkärijärjestelmän tehostamiseen, joskin vallitsevaan järjestelmään esitettiin myös merkittäviä muutoksia. Kunnanlääkärit olivat työskennelleet pienellä peruspalkalla pitkälti toimenpidepalkkioiden varassa, mutta komitea ehdotti palkkioperusteisen järjestelmän muuttamista virkalääkärijärjestelmäksi. Kunnanlääkärin palkka olisi siis vastaisuudessa muodostunut kokonaan kunnan maksamasta palkasta ilman toimenpidepalkkioiden antamaa lisätuloa. Näin ollen sairausvakuutuksen asema jäi kyseenalaiseksi, eikä tiedetty, oliko sillä roolia komitean esittämässä virkalääkärijärjestelmässä vai ei. Näin siitä huolimatta, että sairausvakuutuslaki oli tullut voimaan vuotta ennen komitean esityksiä. Koska komitea ehdotti yksinomaan virkalääkäreistä koostuvaa kansanterveysjärjestelmää, eivät esitykset ottaneet lainkaan huomioon yksityisen palvelusektorin roolia ja resursseja. Esitys oli hyvin ehdoton ja ehkä jopa ristiriidassa tuolloisen käytännön kanssa. Monet lääkärit työskentelivät tuolloin yksityisinä ammatinharjoittajina, joiden palkkioita alettiin korvata sairausvakuutuksesta vuodesta 1967 lähtien sairausvakuutuslain voimaantulosäännösten mukaisesti. Nyt ehdotettiin yksinomaan virkalääkäreihin perustuvaa järjestelmää. Näin siis jo kansanterveyslain valmisteluvaiheessa kaksi toisistaan poikkeavaa ajattelutapaa alkoi kulkea rinnakkain kahta erillistä polkua Suomen terveydenhuoltoa edistettäessä. Molempien järjestelmien tarkoituksena oli lääkäripalvelujen lisääminen ja hoitoon pääsyn helpottaminen, mutta keinot poikkesivat olennaisesti toisistaan ja menivät osin jopa keskenään ristiin.

Kaksi rinnakkaisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän polkua alkoi siis jo ennen kuin kansanterveyslaki oli tullut voimaan. Näitä kahta rahoitusjärjestelmää ei edes suunnitteluvaiheessa harmonisoitu. Aiemmin juuri resurssien puutteen oli väitetty olevan terveydenhuollon edistämisen esteenä. Kuitenkin 1960-luvulla resursseja katsottiin olevan jopa niin paljon, että suunniteltiin ja toteutettiinkin kaksi rinnakkaista järjestelmää, joissa keinot menivät osin toistensa kanssa ristiin ja palvelivat samaa tavoitetta. Komiteanmietinnän valmistuttua Suomen Lääkäriliitto kiinnittikin huomiota tähän ongelmaan. Liitto katsoi kansanterveyskomitean mietinnön olevan yksipuolinen, koska komitea ei ollut esityksissään maininnut lainkaan sairausvakuutusta.[401] Liitto totesi, että komitea oli esittänyt kansanterveyttä edistettäväksi pelkästään valtionavuilla eikä sairausvakuutuksen tarjoamaa rahoitusta ollut otettu suunnittelussa huomioon.

401 Haatanen ja Suonoja 1992, 522–523.

Kahteen polkuun oli ainakin osittain syynä se, että kansanterveysjärjestelmää valmistelivat eri viranomaistahoja edustavat virkamiehet ja asiantuntijat kuin sairausvakuutuslakia. Skocpolin tutkimustulokset valtiorakenteen merkityksestä sopivat Suomen terveydenhuollon tarkasteluun, mutta myös Heclon esiin tuoma virkamiesten merkitys on syytä ottaa huomioon. Keskeistä Suomen terveydenhuollon polulle oli se, millaisin asentein virkamiehet esityksiä valmistelivat. Sisäasiainministeriön, jonka toimialaan terveydenhuolto kuului vuoteen 1968 saakka, pääasiallinen toimiala oli kunnallishallinto. Kunnalliset keskusjärjestöt olivat suuntautuneet toimimaan enemmän yhteistyössä sisäasianministeriön kuin sosiaaliministeriön kanssa. Itsenäisyyden alusta lähtien sisäasiainministeriö oli ollut eräänlainen kuntien luottoministeriö, kun taas sosiaaliministeriötä kohtaan tunnettiin jopa epäluuloa kuntien taholta, koska sen toimien pelättiin aiheuttavan kustannuksia. Näin ollen sisäasianministeriössä suoritettu lain valmistelu otti erityisesti huomioon kunnallisen itsehallinnon periaatteen, joka oli keskeinen periaate myös kansanterveysjärjestelmän valmistelussa.

Kahteen polkuun johti myös se, että kansanterveysjärjestelmä rakentui vahvasti 1860-luvulla tehtyjen linjausten pohjalle eikä siinä otettu huomioon sairausvakuutusta, jota ehkä kuntien taholta pidettiin outona, olihan järjestelmä perusperiaatteeltaan aivan toinen kuin kunnalliseen järjestämisvelvollisuuteen perustuva järjestelmä, johon oli totuttu 1800-luvulta lähtien. Kuntien itsehallinnon näkökulmasta sairausvakuutus oli vieras järjestelmä. Terveydenhuoltoa koskevat päätökset tehtiin siinä muualla kuin kunnallisen itsehallinnon puitteissa. Kahden polun kehitystä ei hidastanut sekään, että vuonna 1968 terveydenhoito siirrettiin sosiaaliministeriön toimialalle. Julkinen terveydenhuolto ja sosiaalivakuutus olivat ministeriössä eri osastojen vastuulla, eikä osastojen välillä ollut kovin paljon yhteistoimintaa. Vaikka kysymys kansalaisten näkökulmasta oli samasta asiasta, terveyspalvelujen antamisesta ja palvelun riittävyydestä, hallinnollisesti kunnan järjestämisvelvollisuuden mukainen julkinen terveydenhoito ja sairausvakuutus olivat melko kaukana toisistaan.

Kun kansanterveyskomitea ei esityksissään ottanut huomioon sairausvakuutusta, lähti se yhden rahoituskanavan periaatteesta, vaikka sairaanhoitovakuutus ja sairausvakuutusrahasto olivat jo olemassa. Komitea perusti esityksensä verorahoitteisuuteen, vaikka samaan aikaan kerättiin kansalaisilta erikseen sairausvakuutusmaksua, jolla myös sairaanhoitovakuutus rahoitettiin. Tämä oli lähtökohta myöhemmin syntyneelle monikanavaiselle rahoitusjärjestelmälle. Osin syynä lienee ollut kansanterveyskomitean kokoonpano. Komiteassa ei ollut edustusta lainkaan sairausvakuutusjärjestelmää rakentaneista virkamiehistä sosiaaliministeriöstä tai Kansaneläkelaitoksesta. Näin ollen kansanterveyskomitea ei juuri pohtinut muita vaihtoehtoja kansanterveystyön edistämiseksi eikä työn lopputulos ottanut huomioon kaikkia käytettävissä olevia resursseja. Heclon esiin tuoma virkamiesten ja asiantuntijoiden polkua ohjaava keskeinen asema näkyy asioiden valmisteluvaiheessa, jolloin poliitikot ja muut vaikuttajat eivät vielä ole ottaneet muuta kantaa kuin antaneet asiantuntijoiden tehtäväksi miettiä uudistuksia. Useimmiten uudistusten päälinjaus tapahtuu jo valmisteluvaiheessa.

Kansanterveyskomitean esitykset eivät kuitenkaan vielä johtaneet terveydenhuollon polkujen erkaantumiseen – olihan kysymys komiteanmietinnöstä. Komiteoiden esityksiä ei terveydenhuollon alalla useinkaan toteutettu sellaisenaan, kuten edellä on todettu. Lausuntokierroksen jälkeen sisäasiainministeriö asetti uuden kansanterveystoimikunnan miettimään kansanterveysjärjestelmän muodostamista vuonna 1967. Vaikka käänne ajattelussa oli tapahtunut jo 1960-luvun alussa, käytännön toimiin ryhtyminen vei Suomessa runsaasti aikaa, vaikka epäkohtien korjaaminen vaati ripeitä toimia. Kysymys oli kansalaisten terveydestä. Oli kulunut jo seitsemän vuotta siitä, kun kansanterveyskomitea oli aloittanut työnsä. Uuden toimikunnan tehtävä oli annettujen lausuntojen pohjalta selvittää, millä tavoin tarkistettuina kansanterveyskomitean ehdotukset voitaisiin toteuttaa. Kansanterveystoimikuntaan kuuluivat vain lääkintöhallituksen ja kunnallisten keskusjärjestöjen edustajat.[402] Näin pienellä joukolla suunniteltiin Suomen koko perusterveydenhuollon uudistamista. Sairausvakuutusjärjestelmän mahdollisuuksiin ei tässä toisessakaan vaiheessa kiinnitetty huomiota, vaan kansanterveysjärjestelmän kehittäminen jatkui edellisen komitean esitysten pohjalta ilman uusia avauksia. Kaksi 1960-luvun alussa haarautunutta terveydenhuollon polkua jatkuivat erillisinä.

Vuonna 1969 kansanterveystoimikunta esitti mietinnössään, että paikallisen tason kansanterveystyö olisi järjestettävä kokonaisuudeksi keskittämällä hallintoa. Tähän tavoitteeseen päästäisiin perustamalla terveyskeskus, joka hoitaisi koko kunnan kansanterveystyön erikoislääkärijohtoista sairaanhoitoa lukuun ottamatta. Terveyskeskuksen hoidettavaksi ehdotettiin myös elinympäristöön liittyvät toiminnot. Malli perustui joustavuuteen ja kuntien itsehallinnon periaatteeseen. Kunnalle tulisi jäädä paljon harkintavaltaa esityksen käytännön toteutuksessa. Polkuriippuvuus vuoden 1869 julistuksen periaatteisiin oli ilmeinen. Keskeisiä paikallisen tason terveydenhuollossa tulisivat olemaan ne päätökset, joita paikallispoliitikot kunnissa tekisivät. Kunta saisi itsenäisesti päättää muun muassa asukkaidensa sairaanhoidon tasosta ja laadusta eikä ulkopuolisilla tai kunnan terveyspalveluja tarvitsevilla asukkaillakaan olisi oikeutta puuttua paikallispoliitikkojen tekemiin päätöksiin.

Toimikunta pyrki vain puitteiden luomiseen eli sellaiseen järjestysmuotoon ja organisaatioon, jonka varassa kansanterveystyön sisältöä voitaisiin kehittää paikallisella tasolla itsehallintoon perustuvin päätöksin. Yksityiskohtaisia säännöksiä pidettiin tarpeettomina eikä toimikunta – vastoin aiemman komitean esitystä – pitänyt tarpeellisena määritellä edes toimihenkilöiden määrää lainsäädäntötasolla. Määrittely tuli tehdä joustavasti lakia alemmantasoisissa säännöksissä. Joitakin tehtäviä toimikunta tosin määritteli myös valtion keskusjohdolle. Valtakunnallisella tasolla toiminnan tuli tapahtua lääkintöhallituksen johdolla. Tämä oli uutta Suomen perusterveydenhuollossa. Ehdotettiin, että tämä toteutetaan niin, että lääkintöhallituksella olisi suunnitteluvelvollisuus kansanterveystyön valtakunnallisen yleissuunnitelman laatimisesta viideksi vuodeksi kerrallaan. Tämä suunnitelma tuli vahvistaa sosiaali-

402 Toimikunnan puheenjohtajana oli asessori Olli Blomqvist ja jäseninä lääkintöneuvos Aimo Ojala, ylilääkäri Yrjö Hongisto, osastopäällikkö Pentti Vatja ja varatuomari Sakari Kallio.

ja terveysministeriössä. Myös kuntien tuli tehdä omat suunnitelmansa, ja kuntien suunnitelmien tuli soveltua valtakunnalliseen yleissuunnitelmaan. Vaikka toimikunnan jäsenet olivat pääosin kuntien edustajia, ehdotti se siis valtiollekin jonkinlaista ohjaavaa roolia, niin että kuntien tuli ainakin jossain määrin ottaa valtakunnallinen suunnitelma huomioon tehdessään päätöksiä. Valtion ohjaus tulisi siis riippumaan siitä, kuinka yksityiskohtaiseksi valtakunnallinen suunnitelma tultaisiin laatimaan.

Ehdotuksen mukaan valtion rooli olisi huomattava myös rahoittajana, sillä valtionavun suuruudeksi esitettiin kantokykyluokituksen mukaisesti 40–85 prosenttia kansanterveystyön menoista. Tässä siis pyrittiin toteuttamaan sitä periaatetta, että valtion antaessa kunnille tehtäviä ja rajoittaessa näin kunnallista itsehallintoa valtion tuli korvata kunnille lisätehtävistä aiheutuneet kustannukset. Toimikunta määritteli myös yksityiskohtaisesti ne perustamis- ja käyttökustannukset, joihin valtionapua tulisi antaa.[403] Rahoitus olisi kuitenkin myös ohjausväline, sillä valtionapu oli korvamerkittyä ja kunnan tuli käyttää saamansa valtion rahat kansanterveystyöhön.

Terveysasioiden keskittäminen sosiaali- ja terveysministeriöön vuonna 1968 tehosti lainvalmistelua. Tällä kertaa lainsäädäntötoimiin ryhdyttiin ripeästi toimikunnan esitysten valmistumisen jälkeen. Ministeriössä laadittiin jo ennen vuoden 1970 loppua lakiluonnos perusterveydenhuollon toteuttamisesta. Luonnoksen mukaan kunnan järjestämä sairaanhoito rajoittuisi yleislääkärin suorittamaan tutkimukseen ja hänen antamaansa tai valvomaansa hoitoon, lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä ensiavun antamiseen kunnan alueella. Tältä osin lakiesitys poikkesi aiemmin tehdyistä suunnitelmista ja esityksistä, sillä vuoden 1969 toimikunnan mietintö olisi mahdollistanut kunnalle myös erikoislääkäritasoisen hoidon antamisen. Myös terveydenhuollon rahoitukseen ministeriö esitti toisia perusteita kuin toimikunta, niin että luonnoksessa alennettiin valtionapuasteikkoa 39–70 prosenttiin kansanterveystyön menoista. Muutoksilla ministeriö halusi yhdenmukaistaa valtionapukäytäntöä ja helpottaa lain voimaanpanoa. Muutetutkin suuret valtionapuprosentit kunnille kansanterveystyön käynnistämiseksi osoittavat, että valtiovalta oli muuttanut aiempaa suhtautumistaan avohoitoon ja halusi runsailla valtionavuilla tukea kuntia tässä työssä. Tähän paradigman muutokseen ainakin osin vaikuttivat Pekka Kuusen kirjassaan esittämät ajatukset sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnattujen panostusten yhteydestä tuottavuuden lisääntymiseen ja taloudelliseen kasvuun. Kunnanlääkärijärjestelmä oli edennyt hitaasti ja epätasaisesti suomalaisten terveydentilan pysyessä vuosikymmenestä toiseen heikkona. Valtion täytyi jälleen kerran pakon edessä aktivoitua. Samoista syistä valtio oli sodan jälkeen lähtenyt edistämään erikoissairaanhoitoa keskussairaalaverkkoa rakentamalla. Valtio ei kuitenkaan avosairaanhoidon kehittämisessä lähtenyt johtamaan uudistuksia vaan tyytyi ohjaamaan kehitystä kunnissa suunnitelmin ja valtionapuun liitetyin ehdoin.

403 KM 1969:A:3.

5.3.4 Ehdotuksia kansanterveyslaiksi

Alkuvuonna 1970 istunut hallitus ei vienyt lakiluonnosta vielä eteenpäin, vaan asia jäi odottamaan uutta, vaalien jälkeen muodostettavaa hallitusta, joka kirjasikin kansanterveyslain edistämisen ohjelmaansa.[404] Ensimmäisen kerran terveysasiat nousivat keskeiseksi poliittiseksi kysymykseksi vaalitaistelussa, mikä osoittaa terveysasioiden painoarvon nousseen 1960-luvun kuluessa. Kansanterveysjärjestelmä oli keskeinen puheenaihe vaalitilaisuuksissa. Vaalien jälkeen vuonna 1971 sosialidemokraattinen puolue asetti hallitukseen menonsa ehdoksi sen, että kansanterveyslaki säädettäisiin ns. ilmaisperiaatteen mukaan eli potilaiden tuli saada kansanterveyteen liittyvät palvelut maksutta.[405] Sosialidemokraattien kanta vastasi tuolloin laajemminkin hyväksyttyä näkemystä siitä, että terveydenhuollon tuli olla jokaisen saatavilla tuloista ja varallisuudesta riippumatta ja siksi ei ollut ihme, että maksuttoman perusterveydenhuollon periaate tuli hyväksytyksi hallituksen ohjelmaneuvotteluissa. Hallituksen aloitettua työnsä sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään tarkemmin asiaa.[406] Työryhmän saatua työnsä valmiiksi kansanterveysjärjestelmä eteni lopulliseen vaiheeseensa hallituksen antaessa 23.8.1971 eduskunnalle esityksen kansanterveyslaiksi.

Hallituksen esityksen[407] perusteluissa todettiin muun muassa, että terveyspolitiikan pääpaino oli edellisen vuosikymmenen aikana ollut sairaaloiden rakentamisessa. Kun keskussairaaloiden ohella oli rakennettu alue- ja paikallissairaaloita ja myös laajennettu toiminnassa olevia laitoksia, olivat mahdollisuudet saada sairaalahoitoa huomattavasti parantuneet. Terveydenhuoltomenot olivat kuitenkin kasvaneet ja ohjaamalla valmistuvista lääkäreistä entistä suurempi osa avoterveydenhuollon tehtäviin voitiin vähäisemmin kokonaiskustannuksin käyttää lisääntyvä henkilökunta terveydenhuollon tehtäviin. Kansanterveystyöllä tarkoitettiin esityksessä yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Paikallisen kansanterveystyön järjestäminen ehdotettiin annettavaksi kunnan tehtäväksi. Ideaalinen polkuriippuvuus kunnan vastuusta näkyikin selvästi esityksessä samoin kuin sitä edeltäneissä toimikuntien mietinnöissä. Muita vaihtoehtoja tai avauksia uudentyyppisen terveydenhuollon järjestämiseksi Suomeen ei edes pohdittu komiteoissa tai hallituksen esitystä kirjoitettaessa. Terveydenhuolto katsottiin kunnan tehtäväksi, vaikka vuodesta 1869 lähtien järjestelmän toteuttami-

404 Ahti Karjalaisen hallituksen ohjelmassa heinäkuulta 1970 oli ensimmäistä kertaa hallitusohjelmassa konkreettisia tavoitteita terveydenhuollosta: ”Säädetään kansanterveyslaki. Ryhdytään toimenpiteisiin hammashuollon asteittaiseksi siirtämiseksi sairausvakuutuksen piiriin. Lääkäripulan poistamiseksi ryhdytään todella vaikuttaviin toimenpiteisiin. Nykyistä halvemmalla ja tehokkaamman lääkehuollon toteuttamiseksi jatketaan lääkehuollon organisaatiouudistuksen valmistelua.”

405 Sosialidemokraattien vaatimuksen taustalla oli paitsi Forssan ohjelma myös se tosiasia, että monissa Euroopan maissa, muun muassa muissa Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa, terveydenhuolto oli jo tuolloin potilaalle ilmaista tai melkein ilmaista.

406 KM 1971:B:4.

407 HE 98/1971.

sessa oli ollut paljon huomautettavaa. Matkan varrella syntyneet instituutiot, joista tärkeimpiä olivat kunnalliset keskusjärjestöt, ehdollistivat jo kehitystä.

Hallitus esitti, että lääkintöhallituksen tuli laatia valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä ja kuntien tuli tehdä kansanterveystyön toimintasuunnitelma.[408] Suunnitelman sisällöstä ei laissa ollut tarkempia säännöksiä, joten kuntien vapaus suunnitelman tekemiseen oli käytännössä varsin suuri. Tavallisesti siis esityksen mukaan kunta itsehallintonsa puitteissa edelleen päättää asukkaidensa terveydenhuollon määrästä ja laadusta. Sikäli keskitettyä ohjausta ehdotettiin kuitenkin vahvistettavaksi, että kunnan kansanterveystyön järjestysmuodosta tuli määrätä ohjesäännössä, joka oli alistettava lääkintöhallituksen vahvistettavaksi. Paikallisena kansanterveystyötä hoitavana viranomaisena tuli olla terveydenhoitolautakunta. Kansanterveystyössä olevien viranhaltijoiden asema ja tehtävät ehdotettiin sisällytettäväksi kunnan ohje- ja johtosääntöihin.

Kunnan velvollisuus järjestää sairaanhoito asukkailleen rajattiin esityksessä yleislääkärin suorittamaan tutkimukseen ja hänen antamaansa ja valvomaansa hoitoon sekä lääkinnälliseen kuntouttamiseen ja ensiavun antamiseen kunnan alueella.[409] Esityksen mukaan terveyskeskuksen sairaansijat oli tarkoitettu pitkäaikaissairaiden hoidon tehostamiseksi, vaikkakin osaa niistä tultaisiin käyttämään myös sellaisten lyhytaikaista sairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon, jotka soveltuvat yleislääkärien hoidettavaksi.[410] Polikliininen hoito terveyskeskuksessa tuli esityksen mukaan korvata sairausvakuutuslain mukaan,[411] joten hallituksen esityksessä oli sairausvakuutuslakikin otettu huomioon. Lisäksi kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusrahoituksen yhteistoimintaa korosti se esityksen kohta, jonka mukaan hallitus halusi ohjata sairausvakuutuskorvaukset suoraan terveyskeskuksille korjaamaan palvelusten tarjonnan alueellista epätasaisuutta. Tämän vuoksi samanaikaisesti kansanterveystyöstä annettavan lakiehdotuksen kanssa annettiin esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta, joka mahdollisti sairausvakuutuskorvausten maksamisen myös terveyskeskusten antamista lääkäripalveluista. Tällaista esitystä ei ollut mukana asiaa valmistelleissa komiteanmietinnöissä, joten ajatuksen sairausvakuutusrahojen suuntaamisesta kunnan kansanterveystyöhön on täytynyt syntyä vasta hallituksen

408 HE 98/1971, 1–3.

409 HE 98/1971, ehdotus 17 §:ksi: ”Terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoitona, kotisairaanhoito mukaan luettuna, vai ottamalla potilas terveyskeskukseen sairaansijalle hoidettavaksi. Niin ikään hän päättää potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen.”

410 HE 98/1971, ehdotus 16 §:ksi: ”Terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve tai toipilasaste huomioon ottaen voidaan siellä tarkoituksenmukaisimmin hoitaa. Kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi tai, mikäli siellä ei voida järjestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa, ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolaitokseen.”

411 Tämä oli yksi niistä harvoista kohdista, joissa esityksessä (HE 98/1971) viitattiin sairausvakuutuslakiin. Esitys tarkoitti sitä, että lääkärinpalkkiokorvaus sairausvakuutuksesta tuli maksaa terveyskeskuslääkärin antamasta hoidosta. Syy korvaamiseen oli se, että kansanterveysjärjestelmän tavoitteen mukaista hoidon maksuttomuutta ei voitu toteuttaa heti, vaan vasta siirtymäajan jälkeen vuonna 1980. Siihen asti potilaalta perittiin maksuja, joiden korvaamiseen sairausvakuutus siis osallistui.

esityksen kirjoitusvaiheessa. Hallitus siis halusi, että terveyskeskuksia rahoitettaisiin myös sairausvakuutusvaroilla, jolloin kaksi terveydenhuollon rahoituskanavaa lähentyi toisiaan. Muilta osin sairausvakuutusjärjestelmä mainitaan lakiesityksessä silmiinpistävän harvoin siitä huolimatta, että sairausvakuutus oli vuodesta 1967 lähtien korvannut myös kunnanlääkäreiden potilailtaan perimiä palkkioita.

Hallituksen esityksen mukaan kunnallisten yleislääkäreiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perityt palkkiot olivat suuria erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden poliklinikoilla perittäviin maksuihin verrattuna. Hoitoon hakeutumisen nopeuttamiseksi (ja hallitusohjelman toteuttamiseksi) nämä maksut esitettiin poistettavaksi, mutta poistaminen ei voinut tapahtua kerralla vaan vähitellen. Esityksen mukaan maksut hidastivat erityisesti vähävaraisten potilaiden hoitoon hakeutumista, mutta tässäkään kohdin esityksessä ei viitata sairausvakuutuslakiin ja sen mukaiseen lääkärinpalkkioiden korvaamiseen. Tämä osoittaa, että asiaa valmistelleet tahot edustivat muita tahoja kuin sairausvakuutusta ja sen vaikutuksia tuntevia piirejä. Poliittinen agenda edellytti maksutonta avohoitoa eli selvää poikkeamista aiemmin kuljetusta polusta, jossa potilasmaksut olivat olleet suuret. Tähän tavoitteeseen ei haluttu enää sovittaa sairausvakuutuksen osakorvausperiaatetta. Hoito tuli saada kunnalta ilmaiseksi, joten uudessa tilanteessa sairausvakuutuksen rooli oli vaikea hahmottaa. Esitys ei sisältänyt pohdintaa sairausvakuutuksen ja kansanterveysjärjestelmän yhteistyöstä terveydenhuollon kokonaisuudessa.

Maksuttomaan hoitoon katsottiin voitavan siirtyä vain kymmenen vuoden siirtymäajalla eli vuoden 1980 alusta lukien. Siihen saakka myös sairausvakuutus osallistuisi kuntien järjestämän kansanterveystyön kustannuksiin. Sairausvakuutukselle siirtyvien kustannusten määrä tulisi esityksen mukaan riippumaan maksujen alennusten määrästä ja toiminnan kasvusta.[412] Kansanterveyslaki tuli muutoinkin voimaan asteittain, sillä lääkäri- ja hammaslääkäripulan vuoksi toimintaa ei saatu heti alkuun toteutetuksi lain edellyttämässä koko laajuudessa. Toimintaa katsottiin voitavan laajentaa vain sitä mukaan kuin sanotunlainen työvoima lisääntyi. Kymmenen vuoden siirtymäaika vastasi Suomen terveydenhuollossa omaksuttua tapaa kiirehtiä hitaasti. Puutteet todettiin, mutta korjaustoimiin ryhdyttiin kustannustietoisesti ja ongelmien laajuus ja vakavuus huomioon ottaen huomiota herättävän hitaasti. Aiemmin keskussairaalaverkoston rakentaminen oli kestänyt 25 vuotta.

Valtionapua kansanterveystoimintaan maksettiin runsaasti, kuitenkin eräin rajoituksin. Terveyskeskusten vastaanotolla potilailta perittävät maksut tuli vähentää terveyskeskuksen käyttökustannuksista ennen valtionavun määräämistä, samoin potilasmaksujen sijaan kunnalle tulleet sairausvakuutuskorvaukset.[413] Menettely vastasi

412 Maksuttomuus toteutettiin esityksen (HE 98/1971) 21 §:ssä: ”Edellä 14 §:ssä tarkoitetut kunnan velvollisuuteen kuuluvat terveydenhoitopalvelukset ovat niiden käyttäjille maksuttomia kuitenkin niin, että asetuksella voidaan määrätä potilaalta perittävä korvaus sairaankuljetuksesta, hoitoon käytetyistä aineista ja terveyskeskuksen toimesta annetuista apuvälineistä sekä potilaan ylläpidosta terveyskeskuksessa.”

413 HE 98/1971 27 § 2 mom.: ”Valtionavun perusteena olevia käyttökustannuksia laskettaessa vähennetään kokonaiskustannuksista potilaalta terveyskeskuksen vastaanotolla perittävä tutkimus- ja hoitomaksu kuin myös se osa näistä, joka

aiempaa järjestelmää, jonka mukaan kunnanlääkärin suorittamista tutkimuksesta ja hoidosta potilaalta perittäviä toimenpidepalkkioita ei pidetty sellaisina kunnan terveydenhoitomenoina, joihin maksettiin valtionapua. Uutta oli se, että kunta sai itsekin sairausvakuutuskorvauksia lääkärinpalveluja antaessaan. Aiemmin sairausvakuutuskorvausta kunnanlääkärille maksetusta palkkiosta oli maksettu vain potilaille.

Hallituksen esitys annettiin eduskunnan talousvaliokunnalle valmisteltavaksi. Mietinnössään[414] valiokunta totesi, että hallitus oli perusteellisen, yli kymmenen vuotta kestäneen valmisteluajan jälkeen antanut esityksen kansanterveystyötä koskevan lainsäädännön uudistamisesta. Hallituksen esityksen tarkoitus oli luoda sekä hallinnolliset että taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitojärjestelmän kehittämiselle ja siirtää terveydenhuoltopolitiikan painopistettä avohoidon ja ehkäisevän terveydenhoidon suuntaan. Painopisteen muutos toteutettiin lisäämällä valtion tukea kansanterveystyöhön, määräämällä sairausvakuutuksen varoja kunnallisten terveyskeskusten käyttöön ja muuttamalla kansanterveyspalvelut asteittain kansalaisille maksuttomiksi. Kunnalliseen terveydenhoitoon kuuluvat toiminnot sekä ehkäisevä terveydenhoitotyö järjestettiin keskitetysti valtakunnallisen yleissuunnitelman puitteissa terveyskeskusten toimesta. Terveyskeskus ei ollut erillinen laitos tai rakennus, vaan hallinnollinen toimintayksikkö, joka vastasi paikallisten terveyspalvelujen tarpeeseen. Sen perusti yksi kunta tai useammat kunnat yhdessä. Terveyskeskuksia oli suunniteltu perustettavaksi noin 300.

Terveysvaliokunnan mukaan terveyskeskuksissa tarvittavista vastaanottotiloista ja sairaansijoista oli huomattavin osa jo olemassa. Yleislääkärijohtoinen paikallissairaalalaitos oli käytännöllisesti katsoen kokonaan suunniteltu siirrettäväksi terveyskeskuksiin. Samoin pääosa terveyskeskuksiin tulevasta henkilökunnasta oli jo kuntien palveluksessa. Kansanterveystyön sisällöstä lakiehdotus sitä vastoin määräsi vain perussuuntaviivat. Lakiehdotus oli luonteeltaan puitelaki, jonka mukaan kansanterveystyön yksityiskohtainen sisältö, samoin kuin perustettavien terveyskeskusten henkilökuntarakenne, tuli määräytymään valtioneuvoston vahvistamien suunnitelmien, asetusten, ohje- ja johtosääntöjen sekä kansanterveystyöhön osoitettujen määrärahojen mukaan. Valiokunta kannatti lakiesityksen hyväksymistä, joskin ehdotti siihen joitakin muutoksia. Valiokunta mm. esitti lakiesityksen nimeksi kansanterveyslakia, jonka muutoksen eduskunta hyväksyi.[415]

Merkittävää talousvaliokunnan mietinnössä on se, että terveyskeskusten joustava muoto hyväksyttiin huomautuksitta. Myös kustannusnäkökohdat olivat selvästi esillä, koska huomautuksia ei aiheuttanut se hallituksen esityksen kohta, jonka mukaan terveyskeskusten henkilöstörakenne ja koko paikallisen kansanterveystyön sisältö määräytyi viime kädessä kunnan päättäjien tarkoitukseen myöntämästä määrärahas-

sairausvakuutuslain nojalla on terveyskeskukselle korvattu."

414 TaVM 1/1971.

415 TaVM 1/1971, 3 ja 8.

ta kunnan talousarviossa. Vaikka valtionosuudet tuli käyttää kansanterveystyöhön, määräytyi terveyskeskusten toiminta kuitenkin pitkälti kunnanvaltuuston tahdosta ja kunnan taloudellisesta tilanteesta. Valiokunta ei edes sivulauseessa kiinnittänyt huomiota siihen hoidon tason kirjavuuteen eri kunnissa, joka tästä paikallisesta päätöksenteosta väistämättä tulisi seuraamaan. Oletettavasti valiokunta piti riittävänä yhtenäisyyden kannalta sitä, että kuntien kansanterveyssuunnitelmien tuli olla sopusoinnussa lääkintöhallituksen laatiman valtakunnallisen suunnitelman kanssa. Hyvin tyypillistä Suomen terveydenhuoltoa koskevalle keskustelulle on myös se, että valiokunta ei viitannut lainkaan kuntalaisen eli potilaan asemaan tai siihen, miten hoidon laatu uudessa järjestelmässä keskitetysti kontrolloidaan. Polkuriippuvaisesti nämä asiat on katsottu kuuluvan kunnallisen itsehallinnon piiriin Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä.

Talousvaliokunnan mietintöön liitetyssä sosiaalivaliokunnan lausunnossa[416] kiinnitettiin huomiota kansanterveystyön palvelujen maksuttomuuteen. Valiokunnan käsityksen mukaan maksuttomuutta oli sosiaalipoliittiselta ja terveyspoliittiselta kannalta pidettävä oikeana ratkaisuna, sillä taloudelliset seikat eivät saisi rajoittaa terveyspalvelusten käyttöä. Sairastavuuden ja lääkintäpalvelujen käyttöä koskevat tutkimukset olivat toistuvasti osoittaneet, että sairastavuus ja köyhyys liittyivät yhteen sekä alueellisesti että väestöryhmittäin. Pieniin tuloihin liittyi yleensä runsas sairastavuus, mutta keskimäärää vähäisempi palvelusten käyttö. Valiokunta totesi, että sairausvakuutus oli vaikuttanut suotuisasti ja lisännyt jossakin määrin eniten sairastavien pienituloisten lääkärissäkäyntiä. Edelleen voitiin kuitenkin sanoa, että varojen puute rajoitti palvelujen käyttöä nimenomaan silloin, kun sairaus alkoi pitkittyä. Oli luonnollista, että tällöin myös sairauden aiheuttama taloudellinen rasitus oli sairausvakuutuksesta huolimatta perheille erityisen suuri.

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta kiinnitti luonnollisesti lausunnossaan[417] huomiota lain aiheuttamiin kustannuksiin. Kansanterveystyöstä annettava laki tuli aiheuttamaan huomattavaa lisärasitusta niin valtion kuin kuntienkin taloudelle. Valiokunnan käsityksen mukaan tämä lisärasitus ei kuitenkaan ollut ensisijainen este lain voimaansaattamiselle jopa ennen esitettyä ajankohtaa eli vuoden 1979 loppua. Valtiovarainvaliokunta piti tärkeänä sitä, että valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä laadittiin ottaen huomioon tehokkuus, tarkoituksenmukaisuus ja taloudellisuus. Juuri tehokkaan suunnittelutoiminnan avulla oli mahdollista välttää virheinvestoinnit kansanterveystyöstä annettavaa lakia käytäntöön sovellettaessa. Huomattavaa lisärasitusta kuntien ja valtion taloudelle ei tällä kertaa pidetty esteenä uudistuksen toteuttamiselle jopa lyhyemmässä kuin esitetyssä ajassa.

Valtiovarainvaliokunnan lausuma osoittaa, että ajatuksellinen paradigma pelkästään julkisen sektorin kustannusten ratkaisevasta merkityksestä terveydenhuollon uudistuksissa oli siis muuttunut. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, saivatko suomalaiset

416 SoVL 3/1971.

417 VaVL 4/1971.

terveydenhuoltoa vai eivät. Aiemmin keskeisenä huomion kohteena olivat uudistusten aiheuttamat kustannukset, joten terveydenhuollon arvostus oli lisääntynyt jopa valtiovarainvaliokunnassa. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, miten kunnat toteuttavat terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutensa. Näin ollen kansanterveyslain säätämistä voidaan pitää suurena käänteenä siihen asti lähes pelkästään kustannuksia ja niukkuutta korostavassa ajattelussa. Suureen käänteeseen liittyy erityisesti valtion muuttunut suhtautuminen avohuollon kehittämiseen sekä valtion valmius panostaa kehitykseen huomattavan avokätisesti valtion varoja, kun aiemmin kunnanlääkärijärjestelmän saamat valtion tuet olivat huomattavan paljon niukemmat. Aiemmin päähuomio terveydenhuollossa oli pitkälti ollut siinä, että terveydenhuollon kustannukset säilyivät kohtuullisina. Myös valtiovarainvaliokunnan lausunnossa tämä Suomen terveydenhuollon kestoarvo on selvästi näkyvissä, koska valiokunta edellytti kansanterveystyön valtakunnalliselta suunnitelmalta tehokkuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja taloudellisuutta.

Kansanterveysjärjestelmän hajanaiseen järjestämistapaan kiinnitettiin huomiota esityksen eduskuntakeskustelussa. Edustajat totesivat muun muassa, että kansanterveyslakia oli suunniteltu 11 vuotta ja kaikki olivat vaatineet avohoitoa. Kansanterveyslain päätavoitteena pidettiin painopisteen siirtämistä sairaalakeskeisestä hoidosta sairauksia ehkäisevään hoitoon ja avohoitoon. Kansanterveyslaki todettiin kuitenkin vain puitelaiksi, jonka perusteella kansanterveystyön sisältö luodaan kansanterveystyön valtakunnallisessa suunnitelmassa ja kuntien toimintasuunnitelmissa. Edustajat epäilivät, antoiko esitetty puitelaki riittävästi aineksia asetettujen tavoitteiden saavuttamiselle. Suomalaiset olivat 1970-luvulla Euroopan sairain kansa ja palvelujen saajat maan eri osissa olivat eriarvoisessa asemassa. Erot olivat merkittäviä erityisesti kehitysalueiden ja ruuhkakuntien välillä, vaikka asuinpaikka ja varallisuustaso eivät saaneet olla este peruspalvelusten saamiselle. Lääkäripulan vuoksi maaseudun terveyskeskusten pelättiin jäävän ilman lääkäreitä, erityisesti hammaslääkäreistä oli pulaa. Positiivisena laissa pidettiin sitä, että valtakunnallinen suunnittelu oli pakollista viiden vuoden jaksoissa, joten suunnitelman puitteissa voitiin edetä tavoitteiden mukaisesti. Uuden lain suhde sairausvakuutuslakiin tuli keskustelussa esiin vain ohimennen.[418] Sen sijaan mm. edustaja Osmo Kaipainen (sd.) korosti lain tuomaa uutta maksujärjestelmää ja totesi, että periaatteessa laki toteuttaa ilmaisen kunnallisen avosairaanhoidon, tosin vasta siirtymäkauden jälkeen.[419]

418 Ks. edustajien Lankinen (kesk.), Tiekso (SKDL), Ruokola (kesk.), Karppi (kok.), Kaipainen (sd.) ja Linna (kesk.) puheenvuorot lakiesityksen toisessa käsittelyssä 30 päivänä marraskuuta 1971 (Valtiopäivät 1971, pöytäkirjat II).

419 Lakiesityksen toisessa käsittelyssä 3.12.1971 Kaipainen totesi muun muassa, että ”Se, minkä tavallinen kansalainen tulee huomaamaan huhtikuun alussa, on maksujärjestelmän muuttuminen kunnallisessa avosairaanhoidossa. Potilaan, joka tarvitsee kunnanlääkärin apua taikka kunnan laboratorion, röntgenlaitoksen ja kuntoutuslaitoksen apua, tutkimuksia ja hoitoa, ei enää tarvitse varata hoitoon mennessään suurta setelitukkoa, niin kuin tällä hetkellä on asianlaita. Potilas tulee tietämään kansanterveyslain voimaan tultua tarkoin, mitä hän joutuu maksamaan hakiessaan kunnallisia avosairaanhoitopalveluksia. Hän tulee tietämään, että maksu on esim. lääkärin luona käynnistä 4 mk ensimmäiseltä kerralta ja 2 mk myöhemmiltä kerroilta, niin kuin on kaavailtu ja niin kuin valiokunnalle esim. lääkintöhallituksen taholta ilmoitettiin suunniteltavan. Potilaalta säästyy myös matka sairausvakuutustoimistoon sen takia, että sairausvakuutuskorvaus suoritetaan suoraan kunnan terveyskeskukselle. Sairausvakuutushan tulee vastaamaan kokonaisuudessaan niistä kustannuksista, joita potilaalta ei sairaanhoitopalveluksista peritä. Muitten kustannusten osaltahan valtio ja

Merkittävää eduskuntakeskustelussa oli kansanedustajien yksituumaisuus puolueesta riippumatta. Kansanterveyslaki ei aiheuttanut jyrkkää vastustusta sen enempää poliittisesti oikealla kuin vasemmallakaan, vaan kaikki puolueet ilmoittivat kannattavansa lakia[420]. Julkisen terveydenhuollon kehittäminen oli 1970-luvun alussa selvästikin poliittisesti suosittu aihe, jota yksikään puolue ei halunnut vastustaa. Lain puitelakiluonnetta tosin kritisoitiin. Monet edustajat olivat sitä mieltä, että laissa tulisi olla yksityiskohtaisempia säännöksiä, mutta lakiin sisältyvien kunnallisten suunnitelmien toivottiin kuitenkin korjaavan puutteet. Eduskunta antoi vastauksen hallituksen esitykseen 7.1.1972. Vastauksessaan eduskunta edellytti, että hallitus pyrkii toteuttamaan lain tarkoittaman maksuttoman avosairaanhoidon vuoden 1976 loppuun mennessä.[421] Tämä eduskunnan ponsi ei kuitenkaan toteutunut, vaan palvelujen maksuttomuus alkoi alkuperäisen suunnitelman mukaan vasta vuonna 1980.

Poliittiset puolueet kannattivat siis varsin yksimielisesti kansanterveysjärjestelmää, ja suhtautuminen oli myönteisempää kuin sairausvakuutusta toteutettaessa. Sairausvakuutusjärjestelmä tuli Suomeen vasta monien ristiriitojen ja epäonnistumisien jälkeen. Kansanterveysjärjestelmän suurempi kannatus selittyy sillä, että järjestelmä polkuriippuvuuden näkökulmasta oli varsin luonteva jatko vuonna 1869 alkaneelle polulle, itse asiassa vain yksi kehitysvaihe tässä polussa. Kunnalle annettiin kansanterveyslaissa suuri vapaus toteuttaa kansanterveysjärjestelmä omien päätöstensä pohjalta, eikä edes terveyskeskuksen määritelmää annettu keskitetysti, vaan kuntien terveyskeskukset saattoivat muodoltaan poiketa hyvinkin paljon toisistaan. Kansanterveysjärjestelmän toimeenpano oli hyvin pirstaleista, joskin valtakunnalliset suunnitelmat ja niiden kanssa sopusoinnussa olevat kunnalliset suunnitelmat jossain määrin rajoittivat kuntien muuten lähes rajatonta mahdollisuutta toteuttaa kansanterveysjärjestelmä haluamallaan tavalla. Merkille pantavaa on erityisesti se, että palvelujen määrästä ja laadusta sekä kuntalaisten oikeuksista saada palveluja ei kansanterveyslaissa, joka eduskuntakäsittelyssä todettiinkin vain puitelaiksi, sanottu mitään.

Kansanterveyslaista tulee esiin kaksi selvää arvoa, joista toinen on kunnallisen itsehallinnon erittäin vahva korostaminen ja toinen kunnan asukkaan tietynlainen oikeudettomuus suhteessa kunnan päättäjiin. Kuntalaisen mahdollisuudet vaikuttaa terveydenhuollon järjestämiseen supistui neljän vuoden välein järjestettäviin vaaleihin. Muutoin hänen oli tyydyttävä kunnan tekemiin päätöksiin ja siihen terveydenhuoltoon, jonka kunta hänelle osoitti. Hoitopaikan tai hoitavan lääkärin valitsemista ei järjestelmä tuntenut, ei myöskään mahdollisuutta saada toisen lääkärin arviota,

kunnat jakavat ne keskenään siten, että valtionapu porrastuu kunnan taloudellisen kantokyvyn mukaan."

420 1960-luvun ja 1970-luvun alun ohjelmissaan puolueet olivat yleisesti asettaneet tavoitteekseen avoterveydenhuollon kehittämisen. Esimerkiksi kokoomus piti vuonna 1970 hyväksymässään terveyspoliittisessa ohjelmassa kiireellisimpänä "sellaisen terveysasemajärjestelmän luomista perhelääkäreineen, joka tarjoaa kullekin yksilölle sekä avohoidon tukikohdan että laitoshoidon lähtökohdan". Myös keskustapuolue oli vuoden 1968 kunnallisohjelmassaan vaatinut maaseudun terveydenhuollon kehittämistä. Sairaanhoitopalveluja oli lisättävä ja tehostettava.

421 EV 1971.

jos potilas ei ollut tyytyväinen lääkärin hoitopäätökseen tai diagnoosiin. Järjestelmä perustui hoidon antamiseen ylhäältä alaspäin, eikä potilaan asemaan tai oikeuksiin kiinnitetty huomiota.

Keskeistä kansanterveysjärjestelmässä on kunnan päättäjän toimintavapaus ja harkinta siitä, tarvitsivatko kunnan asukkaat terveydenhuoltoa ja kuinka paljon. Asukkaalla on mahdollisuus valittaa kunnan päätöksistä kansanterveyteen liittyvissä asioissa vain silloin, kun kunnan päättäjät eivät tee päätöksiä lain muotomääräyksiä noudattaen. Puitelainsäädäntö antaa vain viitteitä, ja konkreettisesta terveydenhuollon sisällöstä päätetään kunnassa. Hajanaiselle toimeenpanolle tyypillisesti valtio ei juuri puuttunut siihen, miten kukin kunta kansanterveysjärjestelmänsä toteutti. Ainoat rajoitukset sisältyivät valtakunnalliseen suunnitelmaan ja siihen, että kansanterveyteen suunnatut valtionavut olivat korvamerkittyjä.

Kansanterveysjärjestelmän toteutuksessa tuli esiin virkamiesten ja asiantuntijoiden keskeinen rooli terveydenhuollon uudistuksissa. Heclon havainnot näyttävät pätevän myös tähän muutokseen. Vaikka puolueet olisivat yksimielisiä uudistusten tarpeesta, päättävät valmisteluun osallistuvat virkamiehet ja asiantuntijat uudistusten vauhdin. Kansanterveysjärjestelmän valmisteluun kului peräti 12 vuotta. Kun laki viimein saatiin voimaan, kului sen jälkeen lain toimeenpanoon vielä lähes kymmenen vuotta. Tilastot kuitenkin osoittivat jo 1960-luvun alussa, että suomalaiset olivat Euroopan sairain kansa. Prioriteetti uudistuksessa asetettiin selvästi kustannusten kohtuullisuudelle. Vasta toissijaisesti oltiin huolestuneita siitä, että pitkän valmisteluajan aikana moni suomalainen saattoi kuolla hoidon puutteeseen. Epäkohdat olivat tiedossa, mutta valmistelutyö eteni hitaasti.

Sairausvakuutuksen lähtökohdat olivat toiset kuin kansanterveysjärjestelmässä. Sairausvakuutus antaa oikeuden valita hoitopaikkansa sekä lääkärinsä ja saada korvausta hoidon kustannuksista. Vakuutetulla oli myös oikeus valittaa muutoksenhakuelimeen, jos hän ei saanut riittävää korvausta maksamastaan hoidosta tai sairausvakuutuslakia ei muutoin hänen kohdallaan noudatettu. Tällainen kansalaisen oikeus saada terveyspalveluja valitsemastaan hoitopaikasta tai lääkäriltä oli vierasta Suomessa ennen sairausvakuutuslakia ja periaate jäi vieraaksi myös kansanterveysjärjestelmälle. Sairausvakuutus on keskitettyä, yksilölle oikeuksia antavaa terveydenhuollon toimeenpanoa, kun taas kansanterveysjärjestelmä lähtee kunnan oikeuksista päättää asukkaansa terveydenhuollon määrästä ja laadusta. Ristiriita oli jo lähtökohdiltaan niin suuri, että kahden järjestelmän rinnakkaiselon voitiin ennakoida olevan vaikeaa.

5.3.5 Kansanterveyslain toimeenpano ja terveydenhuollon kehitys 1970- ja 1980-luvuilla

Kansanterveyslain siirtymäaika ja toimeenpano kestivät koko 1970-luvun. Terveyskeskusten rakentaminen aloitettiin Pohjois-Suomesta, ja vähitellen 1970-luvun edetessä terveyskeskusten rakentaminen siirtyi kohti etelää sitä mukaa kuin valtio saattoi

myöntää kunnille valtionosuuksia toiminnan aloittamiseen[422]. Myös terveyskeskuspalvelujen maksuttomuus toteutui asteittain, niin että 1980-luvun alussa maksuttomuus oli voimassa täydellisenä ja maksujen periminen terveyskeskuspalveluista lopetettiin koko maassa. Vuonna 1983 loppui myös terveyskeskusten lääkäripalvelujen korvaaminen sairausvakuutusrahastosta kunnille. Siitä lähtien palvelut annettiin terveyskeskuksesta yleensä ilmaiseksi.

Kansanterveyslain toimeenpano perustui pääosin valtakunnallisten ja kuntakohtaisten suunnitelmien varaan.[423] Lain oltua neljä vuotta voimassa (vuonna 1976) perushoitojärjestelmän hallinnolliset uudelleenjärjestelyt oli saatu valmiiksi. Oma terveyskeskus oli tuolloin 93 kunnassa, ja kuntainliittoja terveyskeskusten ylläpitämiseksi oli muodostettu 108. Myös lääkärien määrä oli nopeasti lisääntynyt. Perusterveydenhuollossa oli vuoden 1972 alussa alle 1 000 lääkäriä, mutta vuoden 1976 lopussa jo noin 2 600 lääkäriä työskenteli perusterveydenhuollon hyväksi.[424] Vuonna 1976 kehitysalueisiin luettavat läänit olivat peruspalvelujen toteuttamisessa lähes kaikilla mittareilla mitaten jo paremmassa asemassa kuin eteläiset läänit. Ennen 1970-lukua runsaan sairastavuuden alueille avohoitopalveluja oli ollut vähän tarjolla, joten kansanterveyslaki toi suuren käänteen kehitykseen ja huomattavan lisäyksen palvelutarjontaan.[425] Lain toimeenpanon myötä terveydenhuollon tarjonnan painopiste avopalveluissa siirtyi julkiselle puolelle. Aiemmin julkinen ja yksityinen olivat toimineet rinnakkain ja toisiaan täydentäen. Painopisteen muutos näkyi ennen kaikkea siinä, että yksityisten lääkäripalveluiden käytössä tapahtui kansanterveyslain voimaan tulon jälkeen noin miljoonan käyttäjän jyrkkä lasku (kuvio 8). Tämän jälkeen yksityisten palvelujen käyttö tasaantui noin 1,5 miljoonaan käyttäjään vuodessa. Terveyskeskuspalvelut ja yksityiset palvelut alkoivat kulkea rinnakkain omaa polkuaan, eikä terveyskeskustoiminta enää 1970-luvun laskun jälkeen näytä vaikuttaneen kovin paljon yksityisissä lääkäripalveluissa käyntien määrään.[426] Tutkimukseen ja hoitoon terveyskeskusten toiminnan alkaminen ei vaikuttanut niin jyrkästi kuin lääkäripalveluihin. Käyntimäärät laskivat, mikä sittemmin tasaantui, ja myöhemmin käyntien määrä on vaihdellut.

422 Pääministeri Sorsan I hallituksen (syyskuu 1972–kesäkuu 1975) ohjelmaan kansanterveysjärjestelmän seuranta oli kirjattu seuraavasti: ”Hallitus seuraa tiiviisti kansanterveyslain toimeenpanoa ja huolehtii siitä, että terveyskeskusten kehittämisedellytykset turvataan varaamalla riittävät määrärahat kansanterveystyön perustamis- ja toimintakustannuksiin. Annetaan eduskunnalle esitys sairaanhoitolaiksi. Toteutetaan lääkehuollon kokonaisuudistus. Selvitetään sairausvakuutusjärjestelmän etuuksien lisäämismahdollisuudet.”

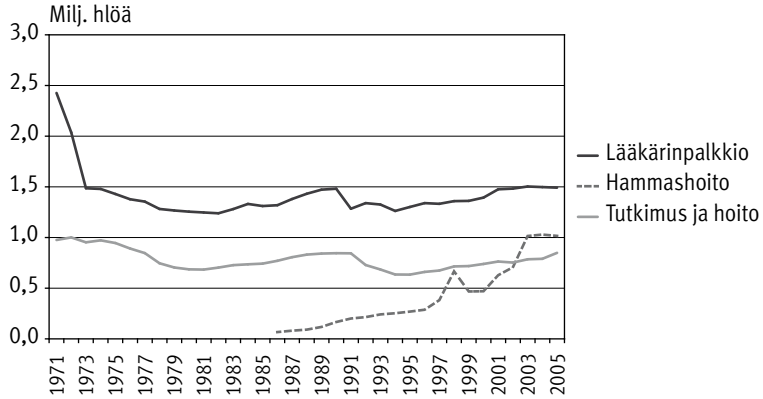
423 Pekka Kuusi toimi vuonna 1972 sosiaali- ja terveysministerinä. Hän luonnehti kansanterveyslain merkitystä mm. seuraavasti: ”Kansanterveyslaki pyrkii muuttamaan terveydenhuollon painopisteen sijaintia. Terveyspalveluja pyritään sekä määrällisesti että laadullisesti kehittämään. Sairausvakuutus on jonkun verran lisännyt terveyspalvelujen käyttöä, mutta lisäys on ollut odotettua vähäisempi.” (Terveydenhuollon neuvottelupäivät 1971.)

424 Lain voimaantulo merkitsi myös kaupunginlääkäri-instituution loppumista. Heidän tilalleen tulivat terveyskeskuslääkärit. Samoin kaupunginsairaalat muuttuivat terveyskeskussairaaloiksi (Rasila 1984, 457).

425 Haatanen ja Suonoja 1992, 531.

426 Ks. kansanterveyslain toteutumisesta Tiitta 2009, 380–387. Tiitan lopputoteamus (387) on, että ”uudistuksen ansiosta suomalaisten terveydentila alkoi kohentua, ja elinajan odotteen suhteen mitattuna Suomi ohitti useita Euroopan maita. Tämä johtui ennen kaikkea siitä, että sydän- ja verisuonikuolleisuus pieneni erityisesti työikäisten joukossa. Aluepoliittisesti saavutettiin menestystä, kun kansanterveystyö lähti parhaiten käyntiin terveydenhuollon kannalta ongelmallisimmalla alueella Itä- ja Pohjois-Suomessa, joissa kuolleisuus oli ollut suurinta.”

Kuvio 8. *Lääkärinpalkkiosta, hammashoidosta sekä tutkimuksesta ja hoidosta korvausten saaneiden määrät 1971–2005.*



Lähde: Kela.

Suomessa huomattava osa avohoidosta jäi edelleen kansanterveysjärjestelmän rinnalle sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen terveydenhuollon piiriin. Kansanterveysjärjestelmä ei siten ollut sellainen kokonaisvaltainen uudistus, joka olisi siirtänyt avohoidon kokonaan tai edes valtaosin julkiseksi palveluksi. Terveyskeskuksista huolimatta kansalaiset käyttivät edelleen myös yksityisiä palveluja. Suomeen syntyi näin eräänlainen sekajärjestelmä, jossa sekä julkisilla että yksityisillä palveluilla on merkittävä rooli. Kansanterveysjärjestelmän keskeisin tavoite oli lisätä palveluja etenkin sinne, missä aiemmin oli todettu olleen eniten puutteita. Järjestelmä ei kuitenkaan pyrkinyt siihen, että Suomessa olisi vain yksi avohuollon palvelujärjestelmä.

1980-luvulle tultaessa terveydenhuollon rakenteen suuret uudistukset oli saatu suurin piirtein valmiiksi ja perusrakenteet kuntoon. Keskussairaalaverkosto oli rakennettu, terveyskeskusjärjestelmä oli tullut voimaan koko maassa, jäljempänä selostettava työterveyshuolto oli lakisääteistetty ja sairausvakuutuksella oli roolinsa vakuutettujen sairaudesta aiheutuneiden kustannusten korvaajana. Oliko Suomen terveydenhuolto niin aukottomasti valmis, että tulevaisuudessa tarvittiin vain ylläpitotoimia eikä kehitystyö ollut enää tarpeen? Tarkasteltaessa puolueiden ohjelmia ja tavoitteita 1980-luvulla voi havaita tietynlaisen kiinnostuksen vähenemisen. Puolueet laativat edelleen terveyspoliittisia tavoitteita, mutta vaatimukset olivat yleisluontoisia ja antoivat virkamiehille ja asiantuntijoille paljon mahdollisuuksia valmistella erilaisia vaihtoehtoja. Suuria laadullisia uudistuksia ei enää tavoiteltu edellisen vuosikymmenen tapaan, vaan keskityttiin enemmänkin pieniin edistysaskeliin ja korjauksiin.[427]

427 Kokoomus vaati ohjelmapaperissaan vuodelta 1979 *Kansallisen kokoomuksen tavoitteet 1980-luvun politiikassa* muun muassa, että ”kansanterveyslain mukaista toimintaa on kehitettävä voimakkaasti ehkäisevän terveydenhuollon ja terveellisten elämäntapojen edistämisen alueelle”. Keskustapuolue vaati samana vuonna hyväksymässään kunnallisohjelmassa lisää päätäntävaltaa kunnalliselle tasolle vaatimalla kansanterveyslain tarkoittaman toimintasuunnitelman käsittelyn selkeyttämistä osoittamalla terveyskeskuksille etukäteen liikkuma-alaa valtakunnallisen suunnitelman pohjalta. SDP vaati vuonna 1981 hyväksymässään kunnallispoliittisessa ohjelmassa kansanterveyslain edellyttämän terveydenhuollon

Hallituksen[428] keväällä 1985 eduskunnalle antama terveyspoliittisen selonteko tarjosi vastauksen tähän kysymykseen. Selonteon pohjalta laadittiin sosiaali- ja terveysministeriössä Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma.[429] Selonteosta ilmeni tulevan kehitystyön suunta, koska selonteon mukaan ”terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen perustuu edelleen ensisijaisesti kunnalliseen terveydenhuoltoon. Sairausvakuutuksen tukemalla yksityisellä terveydenhuollolla on kuitenkin tärkeä tätä täydentävä tehtävä”.[430] Ohjelmassa todettiin edelleen, että terveydenhuoltoon saatavien uusien voimavarojen kasvu tulisi olemaan melko niukkaa, samalla kun palvelujen tarve kasvaa väestön ikärakenteen muuttuessa. Tämän takia jouduttiin erityisesti kiinnittämään huomiota koko terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan taloudellisuuteen ja tehokkuuteen. Ohjelma osoitti, että Suomen terveydenhuollon kehityshistoriassa keskeinen elementti, kustannusten minimointi ja taloudellisuus, tuli vastedeskin olemaan keskeinen arvo terveydenhuoltoa kehitettäessä. Tämä tuli myös käytännössä esille talouden heikennyttyä jyrkästi 1990-luvulla, kuten jäljempänä todetaan.

Terveyspoliittinen selonteko otti kantaa myös julkisen ja yksityisen palvelun keskinäiseen suhteeseen. Aiemmin oli kehitystyössä korostettu ennen kaikkea julkisen palvelun osuutta, kun oli rakennettu maahan terveyskeskusjärjestelmä. Toisaalta ohjelman mukaan melko hallitsemattoman ja sääntelemättömän kehityksen tuloksena maahan oli syntynyt myös toinen palvelujärjestelmä, työterveyshuolto, jota rahoitettiin sairausvakuutusrahastosta ja jossa palvelut tuottivat pääosin yksityiset palveluntuottajat. Sanavalinta osoittaa, että ohjelmassa ei suhtauduttu erityisen suopeasti työterveyshuollon tuloon terveyskeskusjärjestelmän rinnalle. Ohjelmassa yksityisellä palvelulla nähtiin olevan tehtäviä ja merkitystä etenkin hammashuollossa, avohuollon erikoislääkäripalvelussa, työterveyshuollossa sekä fysikaalisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen perusta olisi julkinen terveydenhuolto, jota yksityinen toiminta täydentäisi.[431]

Selonteko sisälsi kannanottoja myös julkisen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistavoitteista. Niiden mukaan sairausvakuutuksen toimivuutta tuli parantaa ja sairausvakuutuksen korvaukset sovittaa entistä paremmin yhteen terveydenhuoltojärjestelmän palvelujen kanssa. Sairaanhoitokorvausten taksojen todettiin olleen jälkeenjääneitä,

kehittämisen jatkamista, ja myös työterveyshuolto tuli puolueen näkemyksen mukaan järjestää kansanterveystyön yhteydessä.

428 Kalevi Sorsan IV hallituksen (toukokuu 1983–huhtikuu 1987) ohjelmassa terveydenhuolto on mainittu melko yleisin sanamuodoin: ”Hallitus pyrkii kehittämään terveydenhuoltoa siten, että terveyspalvelujen saatavuutta parannetaan, hoitosuhteen jatkuvuutta tehostetaan, potilaiden oikeusturvaa lisätään ja turvataan myös ruotsinkielisen väestönosan mahdollisuudet saada terveyspalveluja ja lääkärikoulutusta äidinkielellään. Hammashuoltoa kehitetään eri toteuttamisvaihtoehdot huomioon ottaen. Sairaalahallinnon uudistamisesta annetaan lakiesitys. Ruotsinkielistä väestöä palvelevien erikoissairaanhoitolaitosten kohdalta toteutetaan tällöin tarpeelliset erityisjärjestelyt.”

429 STM 1985; STM 1986, 23.

430 Merkittävää on, että tässä yhteydessä ei mainittu lainkaan työterveyshuoltoa, vaan valtioneuvosto antoi sen kehittämisestä erillisen periaatepäätöksen vuonna 1989. Työterveyshuoltoa käsitellään siis jonkin verran erillisenä muusta terveydenhuollosta osin ehkä toimijoiden erillisyyden ja työmarkkinajärjestöjen keskeisen aseman vuoksi.

431 STM 1986, 23.

mikä oli johtanut omavastuuosuuksien nousuun. Jälkeenjääneisyys haluttiin korjata ja myös laajentaa sairaanhoitokorvauksen alaa tarpeellisille uusille alueille. Sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen hintojen kohtuullisuuden valvontaa tuli myös parantaa. Palvelujärjestelmien (julkinen/yksityinen) yhteensopivuus asetettiin ohjelmassa tavoitteeksi.[432] Ohjelmassa ei kuitenkaan tarkemmin määritelty niitä keinoja, joilla yhteensopivuuteen voitaisiin päästä, vaan ne jäivät erikseen mietittäväksi.[433]

5.4 Sairaalalaitos ja erikoissairaanhoito

Julkisessa terveydenhuollossa huomio suuntautui ajanjakson alkupuolella vielä keskussairaalaverkoston loppuun saattamiseen. Työ oli valmis vasta 1975, kun koko maan kattava keskussairaalaverkko oli valmis ja rakennetut keskussairaalat siirtyneet valtiolta kuntayhtymien omistukseen. 1970- ja 1980-luvulla edistettiin avosairaanhoitoa, mutta myös sairaalalaitos sai osansa keskussairaalaverkon tultua valmiiksi. Sekä sairaalalaitoksen että avosairaanhoidon uudistukset perustuivat valtakunnallisiin suunnitelmiin. Vuonna 1973 kunnallisista yleissairaaloista annettuun lakiin tehtyjen muutosten perusteella valtioneuvoston tuli hyväksyä vuosittain lääkintöhallituksen laatima viisivuotissuunnitelma sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä. Tähän valtakunnalliseen suunnitelmaan niveltyvä alueellinen toimintasuunnitelma tuli laatia kussakin keskussairaalapiirissä sijaitsevia sairaanhoitolaitoksia varten. Alueellisen suunnitelman laatimisesta huolehtivat keskussairaaloiden kuntainliitot yhdessä niiden kuntainliittojen ja kuntien kanssa, jotka keskussairaalapiirin sisällä pitivät yllä yleissairaaloita.[434]

Vuonna 1991 tuli voimaan erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), joka täsmensi julkisen terveydenhuollon rakenteita erottelemalla aiempaa täsmällisemmin perus- ja erikoispalvelut terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitettiin lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia, sairauden tutkimiseen ja hoitoon kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Laki ei koskenut kunnan kansanterveystyön yhteydessä järjestämää erikoissairaanhoitoa.

Laki valmisteltiin virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä, eikä lain käsittely eduskunnassa herättänyt poliittisia intohimoja sen enempää oikeisto- kuin vasemmisto-

432 STM 1986, 27.

433 Harri Holkerin (huhtikuu 1987–huhtikuu 1991) hallituksen ohjelmassa terveydenhuollon tavoitteet oli kirjattu seuraavasti: ”Julkisia palveluja kehitetään ja niiden saatavuutta parannetaan asuinpaikasta riippumatta. Tarvittaessa käytetään hyväksi täydentäviä yksityisiä palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstömäärää nostetaan vastaamaan paremmin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistarpeita ottaen huomioon myös alueelliset ja kielelliset näkökohdat. Omalääkärijärjestelmää laajennetaan asteittain. Hallitus tehostaa toimenpiteitä leikkausjonojen poistamiseksi. Tartuntatautien, kuten HIV-viruksen torjuntaa tehostetaan. Kotona hoitotyötä tekevien sosiaaliturvan epäkohdat selvitetään. Järjestelmällisen hammashuollon piiriin saatetaan nykyistä useampi ikäluokka. Sairasvakuutuksen kattavuutta hammashuollossa lisätään.”

434 Tiitta 2009, 388. 1970-luvun alkuun mennessä keskussairaaloiden rakennusohjelma oli edennyt niin pitkälle, että Päijät-Häme oli ainoa maakunta, jossa ei ollut keskussairaalaa. Päijät-Hämeen keskussairaala valmistui vuonna 1978.

puolueissakaan. Virkamiesten ja asiantuntijoiden valta näyttää olleen tämäntyyppisen lain valmistelussa erityisen merkittävä. Jos kysymyksessä ei ole poliittisesti kiistanalainen uudistus, voidaan se toteuttaa yksityiskohdiltaan lähes sellaisessa muodossa kuin virkamiehet ja alan asiantuntijat sen haluavat muotoilla. Eduskunnassa lakia pidettiin tarpeellisena ja se hyväksyttiin yksimielisesti. Lain käsittely eteni nopeasti ja ilman laajempaa keskustelua. Ainoa periaatteellinen huomautus tuli kansanedustaja Claes Anderssonilta (SKDL), joka talousvaliokunnassa jätti vastalauseen esitykseen sisältyvästä erikoismaksuluokasta. Andersson piti erikoislääkäreitten oikeutta pitää erikoismaksuluokan potilaita sairaalahoidossa vanhentuneena ja epädemokraattisena. Erikoismaksuluokka merkitsi hänen mukaansa sitä, että muut kuin hoidolliset kriteerit vaikuttivat siihen, miten potilaita valikoitiin sairaalahoitoon esimerkiksi silloin, kun sairaalapaikoista on pulaa ja hoitoon pääseminen edellyttää muilta potilailta jonottamista.[435] Tuossa vaiheessa Anderssonin muutosesitystä ei hyväksytty, mutta erikoismaksuluokkaan palattiin myöhemmin.

Erikoissairaanhoitolain pääperiaate oli 1860-luvulla alkaneen kunnallisen vastuun polun mukainen. Esityksen perusteluissa korostettiin kunnan huolehtimisvelvollisuutta asukkaittensa erikoissairaanhoidon saatavuudesta. Uutta ajattelutapaa edusti kuitenkin se, että kunnille annettiin laissa ehdottomiakin määräyksiä. Laki ei siis ollut pelkästään puitelaki, jossa tarkempi soveltaminen tapahtuu vasta kuntatasolla. Lain mukaan erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa tuli jakaa 21 sairaanhoitopiiriin ja sairaanhoitopiirin alueella olevien kuntien tuli olla jäseniä sairaanhoitopiirin kuntainliitossa. Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tehtävä oli järjestää erikoissairaanhoito alueellaan. Näin erikoissairaanhoidon ja yksittäisen kunnan tehtävät selkiytyivät, ja erikoissairaanhoito siirtyi uudistuksen myötä tavallaan kauemmaksi peruskunnasta. Erikoissairaanhoidon toteuttaminen oli yleensä kuntainliiton sairaanhoitopiirin tehtävä ja terveyskeskukset huolehtivat perusterveydenhuollosta antaen tarvittaessa lähetteen potilaalle erikoissairaanhoitoon. Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tuli antaa alueensa terveyskeskuksille sellaisia niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ollut tarkoituksenmukaista tuottaa itse. Tämän lisäksi sairaanhoitopiirin tuli vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadunvalvonnasta.[436] Sellaisen sairaanhoitopiirin kuntainliiton, jonka hallinnassa oli yliopistollinen sairaala, tuli lisäksi järjestää erityistason sairaanhoito (ns. miljoonapiirit), jolla tarkoitettiin sellaisten esiintymiseltään harvinaisten sairauksien hoitoa, joita varten ei jokaisessa sairaanhoitopiirissä ollut tarkoituksenmukaista järjestää hoitoa.

Kuntien edustajat olivat mukana sairaanhoitopiirin hallinnossa, mutta silti sairaanhoitopiiri omine hallintoineen ja päätöksentekoelimineen alkoi vähitellen muodostua

435 TaVM 4/1989, 13–14.

436 Merkille pantavaa erikoissairaanhoitolaissa on se, että 1990-luvulle tultaessa pidettiin jo selvänä, että myös terveyskeskuksissa voitiin antaa erikoissairaanhoidon palveluja. Kansanterveyslakia säädettäessä tavoitteena oli vain perustason avohoidon keskittäminen terveyskeskuksiin.

omaksi instituutiokseen, jonka yhteydet jäsenkuntiin eivät aina olleet kovin kiinteät. Sairaanhoitopiirin kuntainliitolla tuli olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä. Laissa oli yksityiskohtaiset säännökset sairaanhoitopiirin hallinnosta, yliopistollisten sairaaloiden organisoinnista sekä erikoissairaanhoidon käytännön järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon rahoitus oli järjestetty siten, että potilaan kotikunnan tuli maksaa erikoissairaanhoito täyden kustannusperiaatteen mukaisesti. Mikäli sairaanhoitopiirin tilinpäätös jäi alijäämäiseksi, oli jäsenkuntien velvollisuus lisätä maksuosuuttaan vajauksen poistamiseksi. Kuntien tuli varautua erikoissairaanhoidon kustannuksiin talousarvioissaan. Laki tietenkin rajoitti kunnallista itsehallintoa, mutta merkillistä kyllä tämä kuntien velvoite erikoissairaanhoidon järjestämiseen lain mukaisesti ei aiheuttanut voimakkaita protesteja kuntien keskusjärjestöissä, vaan laki koettiin enemmänkin teknisenä uudistuksena.

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tuli alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa. Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tuli muodostaa toiminnallinen kokonaisuus. Henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoitoa varten edellytti lain mukaan lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevia lukuun ottamatta. Lähetekäytäntö aiheutti jonkin verran ongelmia, sillä potilaat saattoivat olla hyvinkin eri mieltä erikoissairaanhoidon tarpeestaan kuin terveyskeskuksessa hoitoa antava lääkäri ja lääkärin mielipide oli lopullinen. Päätökset hoidosta keskitettiin lääkäreille, kuten terveyskeskuksissakin. Sairaalassa annettavaa hoitoa johti ja valvoi asianomainen ylilääkäri tai muu johtosäännössä määrätty sairaanhoitopiirin lääkäri. Lääkäreille oli keskitetty päätösvalta potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta. Potilaalla ei ollut varsinaista valitusoikeutta hoitoaan koskevista päätöksistä, eikä hänellä ollut oikeutta valita hoitavaa lääkäriä. Tosin lain mukaan ”sairaalan toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa” oli potilaalle pyrittävä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen sairaalan lääkäreistä. Tämä lain ”pyrkimys” hoitavan lääkärin valitsemiseen ei käytännössä toteutunut. Käytännössä kuitenkin hoitavien lääkäreiden jatkuva vaihtuminen sairaaloissa on ollut potilaille ongelmallista.

Sairaanhoito oli annettava potilaan sairauden laadun sekä tutkimuksentarpeen kannalta tarkoituksenmukaisimmassa sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalassa tai muussa toimintayksikössä. Lisäksi oli otettava huomioon sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan oma taikka hänen omaisensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Erityistä huomiota oli kiinnitettävä potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään. Erikielisiä tai kaksikielisiä kuntia käsittävässä sairaanhoitopiirissä oli turvattava potilaalle sairaanhoito hänen omalla äidinkielellään, suomen tai ruotsin kielellä. Jos potilaan sairaus sitä vaati, oli sairaanhoitopiirin kuntainliiton huolehdittava toimintayksikkönsä potilaan kuljetuksesta toisessa toimintayksikössä tai terveyskeskuksessa annettavaa hoitoa tai suoritettavia toimenpiteitä varten.

Suomessakin siis alettiin siirtyä kohti suurempia yksiköitä erikoissairaanhoidon toteutuksessa, niin että toiminta etääntyi kauemmaksi kunnista. Kehitys pysähtyi kuitenkin erikoissairaanhoidosta huolehtiviin sairaanhoitopiireihin, joita ylläpitivät kuntainliitot. Erikoissairaanhoitoa ei annettu maakuntien tai vastaavien laajempien organisaatioiden hoidettavaksi, joilla olisi oma, kunnista erillinen verotusoikeus ja vaaleilla valitut toimielimet, kuten muissa Pohjoismaissa. Myöskään valtion rooli ei muuttunut. Sen jälkeen, kun keskussairaalat oli luovutettu kuntien hoidettavaksi, valtion roolina oli rahoittajan ja lainsäätäjän ohella lähinnä valtakunnallisten terveyssuunnitelmien laatiminen ja terveydenhuollon yleinen ohjaus muun muassa lääkintöhallituksen kiertokirjeillä. Lääkintöhallituksen asema 1800-luvulta periytyvänä keskusvirastona oli arvovaltainen ja kunnat noudattivat keskusviraston ohjeita.

Erikoissairaanhoitolaki selvensi julkisen terveydenhuollon antamista koskevia säännöksiä mutta ei sisältänyt uusia aloitteita julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä vuorovaikutuksesta. Julkinen sairaanhoitovakuutus oli korvannut melko vähän yksityissairaaloissa annettua hoitoa – sydämen ohitusleikkauksia lukuun ottamatta – eikä erikoissairaanhoitolaissa viitattu yksityisiin erikoissairaanhoidon palveluihin, vaikka suurin osa erikoislääkäreiden avohoidon palveluista annettiin yksityisesti. Julkisen ja yksityisen palvelun vuorovaikutuksen kannalta merkille pantavaa oli kuitenkin se, että sairaalaan pääsyn edellytyksenä oleva lääkärin lähete saattoi olla myös yksityislääkärin antama. Perushoito voitiin siis antaa joko julkisella tai yksityisellä puolella, eikä julkiseen sairaalaan pääsyn ehdoksi asetettu sitä, että potilas olisi kääntynyt ensin terveyskeskuksen puoleen hoitoa saadakseen ja saanut sieltä lähetteen sairaalaan. Erikoissairaanhoitoa ei rajattu pelkästään julkisten palvelujen mukaiseksi jatkohoidoksi, jolloin pelkästään terveyskeskuslääkärin antamat lähetteet olisivat olleet päteviä erikoissairaanhoitoon pääsemiseksi. Lähettävä lääkäri saattoi olla myös työterveyslääkäri, joten tämäkin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välissä oleva terveydenhuollon instituutio saattoi lähettää potilaansa saamaan erikoissairaanhoitoa kuntainliiton ylläpitämään sairaalaan.

Merkittävää Suomen kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän ja yksityisen ja julkisen sektorin vuorovaikutuksen kannalta onkin potilaalle annettu vapaus valita yksityisen ja julkisen välillä. Järjestelmästä toiseen siirtyminen sallitaan, ja siirtyminen yksityiseltä lääkäriasemalta julkiseen järjestelmään on mahdollista.[437] Kun erikoissairaanhoitoon tulevia potilaita ei erotella perustasolla annetun hoidon mukaan, julkinen ja yksityinen terveydenhuolto täydentävät tässä saumakohdassa toisiaan sekä lainsäädännöllisesti että myös käytännössä.

437 Tosin eräät sairaanhoitopiirit ovat omilla päätöksillään voineet rajoittaa potilaiden sisään ottamista yksityislääkäreiden lähetteillä. Tämä on kuitenkin ollut kunnallista päätöksentekoa eikä perustu erikoissairaanhoitolakiin.

5.5 Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain soveltaminen rinnakkain ja järjestelmien vuorovaikutus

Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutus sairaalapalveluissa ei 1960-luvulle saakka ollut keskeinen kysymys. Valtaosa sairaaloista oli julkisia ja niiden hoidosta perimät maksut laissa säänneltyjä ja pienempiä kuin avohoidossa kunnanlääkärin palvelujen maksut. Lääkärit toimivat sairaaloissa kuukausipalkkaisina eikä heidän tulomuodostukseensa vaikuttaneet potilailta perityt palkkiot. Keskussairaaloissa saattoi kuitenkin olla myös lääkäreiden yksityispotilaita ja sairaaloissa saattoi olla erikoismaksuluokkaan hakeutuneita potilaita, joilta perittiin erillisiä palkkioita lääkärille. Muutoin jako yksityisen ja julkisen palvelun välillä ennen sairausvakuutuslakia oli selväpiirteinen. Käytännössä moni lääkäri toimi kaksoisroolissa: toisaalta heillä saattoi olla virka keskussairaalassa ja toisaalta virka-ajan ulkopuolella he pitivät yksityisvastaanottoa sairaalan ulkopuolella. Lisäksi oli luonnollisesti lääkäreitä, jotka toimivat pelkästään yksityisinä.

Sairausvakuutusjärjestelmä ja kansanterveysjärjestelmä toteutettiin ajallisesti lähekkäin, mutta asiallisesti melko kaukana toisistaan. Kansanterveyslakia suunniteltaessa sairausvakuutusta ei juurikaan otettu huomioon ja ensisijainen pyrkimys oli lisätä terveyspalveluja koko maahan, saattaa kansalaiset tasa-arvoiseksi hoitoon pääsyssä sekä taata kaikille hoito maksuttomasti tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Kansanterveysjärjestelmä vuoden 1869 paradigmaa toteuttavana järjestelmänä oli poliittisesti tärkeämpi, minkä seurauksena aiemmin toteutettu sairaanhoitovakuutus alkoi vähitellen menettää asemaansa suuren kunnallisen järjestelmän rinnalla. Kuitenkaan vielä 1970-luvulla tämä rinnakkaisuuden ja osittaisen päällekkäisyydenkin ongelma ei ollut selvästi näkyvissä. Kansalaiset käyttivät kansanterveysjärjestelmän ohella myös yksityisiä palveluja, ja sairausvakuutus korvasi myös terveyskeskuksen lääkäripalveluja.

Sairausvakuutuksen perusperiaatteena ei ollut korvata pelkästään yksityistä lääkäripalvelua, vaan kaikkea avohoidon palvelua. Kunnanlääkäreiden potilailtaan perimien palkkioiden korvaaminen oli osa sairausvakuutuksen korvaamaa palvelua, ja sairausvakuutuksen voimaan tullessa sen oletettiin helpottavan erityisesti vähävaraisten mahdollisuuksia hakeutua hoitoon. Kansanterveysjärjestelmän tultua voimaan kunnat alkoivat tarjota asukkailleen samoja lääkäripalveluja terveyskeskuksissa, joita kunnanlääkärit olivat aiemmin antaneet. Monissa kunnissa muutos kunnanlääkäritoiminnasta terveyskeskuspalveluihin ei ollut kovin suuri. Eniten muuttuivat kuitenkin lääkäreiden palkat, kun terveyskeskuslääkärin palkkauksen osana ei enää ollut potilailta perityt palkkiota. Kunnanlääkärit muuttuivat osittaisista ammatinharjoittajista kokonaan virkalääkäreiksi, mutta monilla lääkäreillä oli kaksoisrooli. heidän toimiessaan sekä virka- että yksityislääkäreinä.[438] Sairausvakuutus saattoi kor-

438 Lääkäreiden kaksoisrooli on pysynyt keskustelun kohteena 2000-luvulle saakka. Anu Kantola toteaa artikkelissaan ”Julkiset palvelut tienhaarassa” seuraavaa: ”Julkisen sektorin ongelmiin kuuluu myös lääkäreiden kaksoisrooli. Se on suomalaiseen terveydenhuoltoon pesiytynyt ongelma, johon muun muassa OECD on kiinnittänyt huomiota. Noin

vata lääkäreiden palkkiota, mutta virkalääkäreiden palkkaukseen ei sairausvakuutus voinut osallistua. Sairausvakuutuksesta voitiin maksaa terveyskeskukselle korvausta lääkärien siellä antamasta hoidosta huolimatta siitä, että terveyskeskuslääkärit olivat virkalääkäreitä.

Rahoituksellisesti sairausvakuutuksen ja kansanterveysjärjestelmän tuli alkuperäisten tavoitteiden mukaan tukea toisiaan ja sairausvakuutusrahaston tuli osaltaan tukea sitä palvelujen lisäämispyrkimystä, johon kansanterveysjärjestelmällä pyrittiin. Tämä tapahtui niin, että terveyskeskusten antamia lääkärinpalveluja korvattiin suoraan kunnille erillisen laskutuksen mukaan suorakorvauksena. Potilaan terveyskeskukselle maksamaa maksua pidettiin omavastuuosuutena, josta sairausvakuutuskorvaus oli jo vähennetty kansanterveysjärjestelmän siirtymäaikana ennen palvelujen maksuttomuuden toteutumista. Jotta asiassa ei olisi epäselvyyksiä, sairausvakuutuslakia muutettiin niin, että terveyskeskuksen lääkärinpalvelujen kustannuksista voitiin maksaa sairausvakuutuskorvausta. Kunnalle tuleva korvaus määräytyi kuitenkin eri perustein kuin vakuutetulle, jotta valtionapujärjestelmästä tuleva raha ja sairausvakuutuskorvaus eivät kohdistuisi samaan palveluun. Maksettaessa kunnalle sairausvakuutuskorvauksia olikin käytännössä kysymys siitä, että sairausvakuutusrahaston haluttiin tukevan kuntia niiden antaessa väestölle lääkäripalveluja terveyskeskuksista.

Sairausvakuutuslain 11 a §:ää muutettiin niin, että kunta oli oikeutettu saamaan korvausta sairausvakuutuksesta terveyskeskuksen toimesta annetusta sairaanhoidosta ja järjestetystä sairaankuljetuksesta.[439] Muutosesitystä perusteltiin sillä, että terveyskeskuksen palvelut oli tarkoitus tehdä maksuttomiksi ja korvauksen suorittamisella suoraan kunnalle yksinkertaistettiin sairausvakuutuksen korvaustointa. Kunta olisi oikeutettu saamaan korvausta sairausvakuutuksesta terveyskeskuksen toimesta annetusta sairausvakuutuslain 5 §:ssä tarkoitetusta sairaanhoidosta ja siellä järjestetystä sairaankuljetuksesta.[440] Muutoksen tarkoitus oli ohjata sairausvakuutuksen varoja kunnallisten terveyskeskusten kehittämiseen ja palvelusten tarjonnan alueellisen epätasaisuuden korjaamiseen.

Eduskunnan sosiaalivaliokunta kannatti ehdotettua sairausvakuutuslain muutosta.[441] Valiokunta kuitenkin totesi, että jos kunta järjestää asukkailleen parempia etuuksia kuin mihin kansanterveystyötä koskeva laki vähimmäisvaatimuksena velvoittaa, kunnalle ei tullut suorittaa sairausvakuutuslain mukaista korvausta. Eduskunta hy-

neljällä viidestä yksityissektorilla toimivista lääkäreistä on päätoimi kuntasektorilla. Monet kunnallisen sektorin lääkärit käyttävät yksityistä sektoria lisäansioiden ansaitsemiseen." Anu Kantola viittaa OECD:n vuonna 2000 ilmestyneeseen maaraporttiin. (Kantola 2002, 121.)

439 HE 99/1971.

440 Sairausvakuutuslain 5 §:n korvauksiin kuuluivat sekä lääkärin antama hoito, lääkärin suorittama mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi tarpeellinen tutkimus sekä lääkärin määräämä laboratorio- tai röntgentutkimus.

441 SoVM 25/1971.

väksyi valiokunnan mietinnön, ja sairausvakuutuslain 11 a § tuli voimaan 1.4.1972.[442] Kunnille alettiin tämän jälkeen korvata sairausvakuutuksesta terveyskeskuksen sairaanhoitopalveluja, mikäli ne olivat kansanterveyslain edellyttämiä yleislääkäritasoisia tutkimuksia ja hoitoja. Saamansa korvauksen lisäksi kunta saattoi periä terveyskeskuksen potilaalta maksun, josta sairausvakuutuskorvaus oli vähennetty. Potilaalle ei enää suoritettu sairausvakuutuskorvausta terveyskeskuspalvelujen maksuista, vaikka aiemmin kunnanlääkärille maksetusta palkkiosta korvaus oli suoritettu. Kunnalle määrättyjen korvausten taksojen perusteet vahvistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä samalla tavoin kuin vakuutetuille maksettavien korvausten taksat. Kunnan tuli kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun tutkimus oli suoritettu tai hoito annettu, tehdä sairausvakuutustoimikunnalle tilitys korvauksen saamiseksi.[443]

Määrällisesti kuntien sairausvakuutusrahastosta saamat korvaukset eivät olleet huomattavia. Esimerkiksi vuoden 1978 tilastojen mukaan sairausvakuutuskorvaukset kattoivat vain noin 9 prosenttia terveyskeskuksen menoista. Kaikista avohoidon kustannuksista sairausvakuutuksen osuus oli 15 prosenttia, kuntien osuus 34 prosenttia ja valtion osuus 41 prosenttia sekä potilaiden oma osuus 7 prosenttia. Kansanterveyslain säätämisen jälkeen terveydenhuollon rahoituksen painopiste siirtyi selvästi kuntiin ja valtiolle sairausvakuutuksen osuuden jäädessä melko pieneksi.[444] Kansanterveystyön rahoitus sairausvakuutuksesta olisi voinut jatkua pitkäänkin, ja järjestelmä olisi voinut vakiintua siten, että eri rahoituslähteet olisivat tukeneet toisiaan. Toimeentuloturvaan tehdyt muutokset aiheuttivat kuitenkin rahoituslähteiden yhteistyön katkeamisen 1980-luvun alussa. Ns. SOVE-uudistuksessa sairausvakuutuksen päivä- ja äitiysrahan tasoa korotettiin ja vastaavaa säästöä haettiin sairaanhoitovakuutuksen puolelta. Muutos toi mukanaan päivärahamenojen huomattavan lisääntymisen, sillä aiemmin päivärahoissa oli ollut katto. Uudistuksen jälkeen päiväraha määräytyi työtulojen mukaan.[445] Lisämenojen kattamiseksi hallitus esitti vuonna 1981[446] sai-

442 Hyväksytyn lain (75/1972) 11 a §:n täsmällinen sanamuoto oli seuraava: ”(1 mom.) Edellä 5 §:ssä tarkoitetun terveyskeskuksen toimesta kansanterveyslain 14 §:n 1 momentissa mainittujen velvollisuuksien toteuttamiseksi annetun sairaanhoidon ja järjestetyn sairaankuljetuksen kustannuksista korvataan kunnalle vahvistetun taksan mukainen määrä tai, jos vakuutetulta saadaan sen mukaan kuin erikseen säädetään periä maksu, taksan mukaisen ja mainitun määrän erotus. Vastaavasti korvataan terveyskeskuksen toimesta 17 vuotta täyttäneelle vakuutetulle annetun hampaiden tutkimuksen ja hoidon kustannukset. (2 mom.) Tämän lain nojalla ei suoriteta vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta määrästä eikä kunnalle sellaisesta hoidosta tai tutkimuksesta, joka muun kuin kansanterveyslain nojalla on vakuutetulle maksutonta.”

443 Kunnat ilmoittivat tilitystä varten tarvittavat tiedot 1.4.1972–31.12.1976 terveyskeskuksissa jokaisesta vakuutetun käynnistä täytetyillä vakuutettukohtaisilla lomakkeilla. Terveyskeskusten tilitysmenetelty uudistettiin 1.1.1977 alkaen niin, että luovuttiin vakuutettukohtaisen lomakkeen täyttämisestä. Tilitystä varten tarvittavien yksityiskohtaisten tietojen kerääminen jäi kuntien tehtäväksi.

444 Sairausvakuutus 15 vuotta 1980, 45.

445 HE 54/1981, 2–5.

446 Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen muutos (ns. SOVE-ratkaisu) vuonna 1981 perustui keskusjärjestöjen väliseen tuloratkaisuun. Kokonaisratkaisuihin liittyvät sosiaalipaketit keskittyivät lähinnä toimeentuloturvaan liittyvien etuuksien kehittämiseen, ja näistä SOVE-ratkaisu oli yksi vaikuttavimmista. (Ks. Niemelä ja Salminen 2003, 13–14.)

rausvakuutuslain 11 a §:n kumoamista, jolloin terveyskeskusten lääkäripalvelujen korvaaminen sairausvakuutusrahastosta lopetettaisiin.[447]

Eduskuntakäsittelyssä päähuomio kohdistui päivä- ja äitiysrahojen korottamiseen, joten ehdotukseen sisältynyt sairaanhoitokorvauksien poistaminen kunnilta jäi lähes kokonaan huomiota vaille. Edustajat eivät puheenvuorossaan viitanneet muutoksen suureen periaatteelliseen merkitykseen, eikä hallituksen esityksessäkään tuotu esiin muutoksen periaatteellista luonnetta eli sitä, että kaksi rahoituskanavaa erkanisivat esitetyn muutoksen johdosta toisistaan ja syntyisi ns. monikanavaisuuden ongelma. Hallituksen esityksessä SVL 11 a §:n kumoamiselle ja korvausten poistamiselle kunnilta ei esitetty lainkaan perusteluja. Sosiaalivaliokunta katsoi lausunnossaan, että sairaankuljetuksen korvauksen poistaminen kunnilta ei ollut hyväksyttävää, mutta muilta osin ei lausunnossa otettu kantaa esitykseen.[448] Tämän hiljaisuuden taustalla oli ehkä se, että kunnilta pois jäävää rahamäärää oli tarkoitus kompensoida lisätyillä valtionosuuksilla.[449]

Eduskunta ei kuitenkaan kokonaan kumonnut 11 a §:ää, vaan se jäi voimaan muutettuna.[450] Päivärahauudistuksen siirtymäkaudella terveyskeskuksille sairaanhoidosta maksettuja korvauksia vain alennettiin, mutta korvauksia ei lopetettu kokonaan. Korvausten tuli uudistuksen voimaantulon jälkeisen kolmen vuoden aikana olla 26 prosenttia ja seuraavien neljän vuoden aikana 12 prosenttia aikaisemmin määräytyneistä korvauksista. Vasta vuoden 1988 jälkeen kunnille maksetut sairausvakuutuskorvaukset olisivat eduskunnan hyväksymän siirtymäsäännöksen mukaan poistuneet kokonaan. Tämä osoittautui kuitenkin väliaikaisratkaisuksi, sillä vuonna 1982 annettiin jo uusi hallituksen esitys SOVE-uudistuksesta.[451] Siinä määriteltiin päivä- ja äitiysrahan uudet tasot, ja samalla ehdotettiin kumottavaksi kokonaan kunnille maksettavat sairausvakuutuskorvaukset vuoden 1983 alusta lukien lukuun ottamatta sairaankuljetuksen korvaamista koskevia säännöksiä. Hallitus perusteli esitystä valtiontaloudellisilla syillä, joiden vuoksi korvaukset olisi lakkautettava arvioitua nopeammin.

Sosiaalivaliokunta lausui ehdotuksesta, että terveyskeskusten toimesta annetun sairaanhoidon kustannuksiin tulevien korvausten poistaminen merkitsi vuosittain yli

447 HE 54/ 1981.

448 SoVM 12/1981, 5.

449 Kuntien sairausvakuutuskorvausten poistaminen mainitaan kuitenkin edustaja Irma Rosnellin (SKDL) vastalauseessa, joka sisältyy valtiovarainvaliokunnan lausuntoon sosiaalivaliokunnalle. Rosnell toteaa vastalauseessaan mm., että ”hallituksen esityksen mukaan sairausvakuutuslain ja siihen liittyvien lakien uudistusten kautta kunnat saisivat jonkin verran tuloja tästä uudistuksesta. Kun kuitenkin samaan aikaan ehdotetaan ensi alkuun vähennettäväksi ja myöhemmässä vaiheessa kokonaan poistettavaksi kuntien oikeus saada korvausta terveyskeskusmenoihinsa ja sairaankuljetuksiinsa, merkitsee tämä sitä, että kuntien tulot toisaalta pienenevät”. (VaVL 10/1981.)

450 Muutetun lain (1052/1993) 11 a §:n (2 mom.) sanamuoto oli seuraava: ”Tämän lain nojalla ei suoriteta vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta määrästä eikä kunnalle sellaisesta sairaankuljetuksesta, joka muun kuin kansanterveyslain nojalla on vakuutetulle maksutonta.”

451 HE 178/1982.

100 miljoonan markan menojen lisäystä kunnille.[452] Valiokunta ei kuitenkaan kiinnittänyt huomiota muutoksen periaatteelliseen puoleen eli siihen, että sairausvakuutus ei enää tukenut kansanterveysjärjestelmää eikä vastustanut korvausten poistamista.[453] Esitys sisälsi runsaasti sairausvakuutuksen omavastuuosuuksien lisäämisiä, joita eduskuntakeskustelussa vastustivat vasemmistopuolueiden ja SMP:n edustajat. Näin ollen keskustelu kiertyi omavastuuosuuksien korotuksiin, niin ettei 11 a §:n poistamiselle ja poistamiseen liittyviin periaatekysymyksiin riittänyt kansanedustajilla huomiota. Tähän liittyy myös etuuksien supistamisen taktiikka hallituksen puolelta. Kun samaan esitykseen liitetään sekä etuuksien parannuksia ja useita heikennyksiä, voivat jotkin heikennykset mennä läpi ilman soraääniä, koska suuret muutokset aiheuttavat eniten keskustelua. Tässä tapauksessa pieneen, huomaamattomaan muutokseen sisältyi suuri, koko Suomen terveydenhuollon rahoitukseen liittyvä periaatekysymys. Huomaamatta syntyi ns. monikanavaisuuden ongelma, joka myöhemmin aiheutti paljon keskustelua.

Eduskunnan hyväksyttyä esityksen kunnalle tulevat korvaukset sairausvakuutuksesta lääkärinpalvelusten osalta loppuivat 1.1.1983. Ajankohta on periaatteellisesti tärkeä, koska siitä lähtien julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoitus on toteutunut yhä erillisempänä, monikanavaisena. Rahoituspolut eriytyivät eivätkä ole enää sen jälkeen yhtyneet.

Vuonna 1983 alkaneen rahoituksen monikanavaisuuden vaikutuksia arvioitiin ensimmäisen kerran 1980-luvun lopulla. Tuolloin tutkittiin, mitä oli tapahtunut monikanavaisuuden alkamisen jälkeen. Tutkimuksessa päädyttiin johtopäätökseen, jonka mukaan sairausvakuutuslaki ja kansanterveyslaki ohjasivat avosairaanhoidon lääkärinpalvelujen käyttöä eri tavoin eri kunnissa. Kunnan koko oli tässä suhteessa tärkeä tekijä. Kaupungeissa suuri osa väestön avosairaanhoidon palveluiden käytöstä oli rahoitusuudistuksen jälkeen suuntautunut muualle kuin terveyskeskuslääkäreille, erityisesti yksityisille lääkäriasemille ja työterveyshuoltoon. Sen sijaan pienemmillä paikkakunnilla ja maalaiskunnissa terveyskeskuskäynnit olivat jatkuneet samaan tapaan kuin ennen uudistusta. Jakauma oli kuitenkin melkoisen laaja, sillä avohoidon terveyspalveluista 30–40 prosenttia toteutettiin terveyskeskusten, 10–20 prosenttia sairaalapoliklinikoiden, 20–30 prosenttia työterveyshuollon ja loput 30–40 prosenttia yksityisten palvelujen toimesta.

Toinen kanava eli sairausvakuutusrahasto rahoitti siis edelleen huomattavan osan avopalveluista, vaikka kansanterveyslain tavoitteena oli epäilemättä siirtää palvelun painopiste terveyskeskuksiin. Näin ei siis kuitenkaan 1980-luvun lopulla ollut

452 SoVM 33/1982, 2.

453 Valiokunnan jäsen, edustaja Marjatta Stenius-Kaukonen (SKDL) vastalauseessaan totesi, että sairausvakuutuksen korvausten poistaminen terveyskeskuksilta merkitsee kunnille 102 miljoonan markan menetystä. Tämä aiheutti Steniuksen mukaan huomattavia vaikeuksia köyhien kuntien taloudelle. Siksi terveyskeskuskorvaukset olisi hänen mukaansa tullut säilyttää. (Valtiopäivät 1982, pöytäkirjat.)

tapahtunut[454], ja myös yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollolla oli tärkeä sija terveydenhuollon kokonaisuudessa. Julkisen ja yksityisen palvelun väliin oli yhä näkyvämpänä alkanut tulla uudempi palvelumuoto, työterveyshuolto. Suomessa jatkui kansanterveyslaista huolimatta eräänlainen sekajärjestelmä.

Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen liittyy myös yksityisen terveydenhuollon lainsäädännön uudistaminen. Hallitus antoi vuonna 1989 eduskunnalle esityksen laiksi yksityisestä terveydenhuollosta (46/1989), joka korvasi aiemman, vuodelta 1964 (426/64) peräisin olevan lain. Esityksessään[455] hallitus esitti yksityistä terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön uudistamista ja ajanmukaistamista tavoitteena luoda puitteet yksityisen terveydenhuollon laadun jatkuvaan kehittämiseen. Terveydenhuoltoa ohjaavien viranomaisten tuli saada tarvittavat tiedot yksityisen terveydenhuollon palvelujen laajuudesta ja kehittämissuunnasta. Lisäksi terveydenhuollon palvelutoiminnalle haluttiin asettaa yleiset vaatimukset ja valvoville viranomaisille keinot erityisesti laitosmuotoisten terveydenhuollon palvelujen tehokkaaseen valvontaan. Tämä valvonta-aspektin korostaminen oli merkittävä poikkeus verrattuna erikoissairaanhoitolakiin. Kunnan toteuttamaa erikoissairaanhoidon laatua ja määrää ei valvottu keskitetysti, koska kunnat toteuttivat erikoissairaanhoidon itsehallintonsa puitteissa, jolloin hoidon laatu, hoitoon tarvittavat laitteet ja välineet, henkilökunta ja sen määrä olivat kaikki kunnan tai kuntayhtymän päätettävissä. Valvonta keskittyi terveydenhuollon ammattihenkilökunnan toimiin ja siinä mahdollisesti tehtyihin virheisiin.

Yksityinen terveydenhuolto haluttiin uudessa laissa aiempaa tarkempaan valtion kontrolliin antamalla uudessa laissa valvontaviranomaisille uusia keinoja. Hallitus esitti, että laitosmuotoisen toiminnan aloittamisen tuli edellyttää viranomaisen lupaa, ja ehdotuksessa määriteltiin myös luvan antamisen edellytykset. Yksityisen laitoksen perustaminen ja toiminta oli siis viranomaisten valvonnan piirissä. Viranomaisella lakiesityksessä tarkoitettiin ennen kaikkea lääninhallitusta. Hallituksen esityksen mukaan terveydenhuollon palveluja harjoittavalla yksiköllä oli oltava asianmukaiset tilat ja laitteet sekä toiminnan edellyttämä henkilökunta.[456] Ennen käyttöönottoa tilat oli tarkastettava. Toiminnan oli oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tuli ottaa huomioon potilasturvallisuus. Palvelujen tuottajalla tuli olla terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja. Annetusta luvasta tuli käydä ilmi palvelujen tuottajan toimiala, ja vuosittain oli annettava toiminnasta kertomus lääninhallitukselle. Laitos

454 Haatanen ja Suonoja 1992, 533.

455 HE 46/1989.

456 Laitoksella oli oltava sekä henkilöstöä, tiloja että laitteita, jotta se voitiin hyväksyä yksityisen terveydenhuollon laitokseksi. Hoitoa tuli antaa suoraan potilaille. Tapauksessa KHO 2004:42 yhtiö oli hakemuksessaan pyytänyt lääninhallitukselta, että sille myönnettäisiin lupa yksityisen terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Yhtiön tarkoituksena oli hoitaa kuntien ja kuntayhtymien lääkäripäivystystä kunnan toimitiloissa. Korkein hallinto-oikeus katsoi, että kysymyksessä oli työvoiman vuokraustoiminta, jossa yhtiö ei antanut palvelujaan suoraan potilaille vaan julkisen terveydenhuollon yksikölle. Tällaista ei voitu pitää yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuna yksityisen terveydenhuollon palveluiden antamisena väestölle. Yhtiötä ei myöskään voitu pitää sellaisena laissa tarkoitettuna palveluntuottajana, jolle voitiin myöntää lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen.

oli muutoinkin velvollinen toimittamaan lääninhallitukselle tehtävien suorittamista varten tarpeelliset tiedot ja lääninhallituksella oli mahdollisuus myös peruuttaa myöntämänsä toimilupa, jos toiminnassa ilmeni puutteita.

Eduskuntakäsittelyssä laki ei herättänyt puoluepoliittisia intohimoja, koska esitys miellettiin vain vanhentuneen lainsäädännön päivitykseksi. Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen yksimielisesti ja laki tuli voimaan vuoden 1991 alussa (152/1990). Laki koski kuitenkin vain yksityisiä terveydenhuollon laitoksia, ei itsenäisiä ammatinharjoittajia. Terveydenhuollon laitoksissakin saattoi toimia lääkäreitä ja muita terveydenhuollon ammattihenkilöitä itsenäisinä ammatinharjoittajina. Nämä ammattihenkilöt jäivät lain valvontasäännösten ulkopuolelle, ja heidän toimiaan valvottiin terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön mukaisesti.

Rauchin esille ottaman implementaation fragmentaation[457] näkökulmasta yksityisen terveyspalvelun lainmukainen valvonta, joka ulottuu sekä tiloihin, laitteisiin että henkilökuntaan ja sen määrään, on mielenkiintoinen. Kun valtio ei juuri puutu julkisen, kunnan järjestämän terveydenhuollon toteutukseen, valvovat lääninhallitukset ja vuodesta 2010 lähtien aluehallintovirastot ainakin lain tekstin perusteella hyvin tarkasti yksityisesti annettua terveydenhuoltoa ja kiinnittävät huomiota myös potilaiden asemaan ja hoidon laatuun. Yksityisesti annettu hoito on siis enemmän ulkopuolelta valvottua kuin kunnan järjestämä terveydenhuolto, joskin käytännössä valvontaa heikentänee tarvittaessa resurssien puute aluehallintovirastoissa.

Uuden lain myötä otettiin merkittävä periaatteellinen kanta julkisen ja yksityisen palvelun väliseen vuorovaikutukseen, kun tarveharkinta luvan myöntämisen edellytyksenä poistettiin. Aiemman, vuoden 1964 lain mukaan lupaa myönnettäessä lääninhallituksen tuli arvioida, oliko perustettavalla yksityisellä laitoksella merkitystä julkisen terveydenhuollon täydentäjänä. Laitoksen myöntämisluvan edellytyksenä oli, että yksityinen laitos oli väestön terveydenhuollon kannalta tarpeellinen. Tämä tarpeellisuuden harkinta perustui vielä kansanterveysjärjestelmän toteutuksen aikana 1970-luvulla siihen, kuinka paljon paikkakunnalla oli saatavilla kunnallisia palveluja. Lupamenettelyn tarveharkinta ja julkisen terveydenhuollon huomioon ottaminen luvan myöntämisen ehtona vahvistettiin tuolloin jopa oikeuden päätöksillä.[458] Kuitenkin lakia uudistettaessa[459] vertailu saatavissa oleviin julkisiin palveluihin luvan edellytyksenä oli käytännössä jo lopetettu. Uuteen lakiin ei enää sisällytetty tarveharkintaa, vaan lupa yksityiseen palvelutoimintaan oli myönnettävä, jos harjoitettava toiminta täytti laissa asetetut lääketieteelliset ja potilasturvallisuutta koskevat vaatimukset. Hallituksen esityksen perusteluissa (s. 10) todettiinkin, ettei luvan myöntämisen yhteydessä ole katsottu voitavan estää päällekkäistä terveydenhuollon palvelua. Yk-

457 Suomi ei tosin kuulunut Rauchin (2005) tutkimuksen piiriin.

458 KHO totesi päätöksessään KHO 1975 II 73 muun muassa, että laitokselle tuli myöntää perustamislupa, mikäli hakemuksessa tarkoitettu laitos oli tarpeellinen ja mikäli muutkin oikeudelliset edellytykset luvan myöntämiselle olivat olemassa. Tämän tarpeellisuuden mittana pidettiin tuolloin saatavissa olevia julkisia terveyspalveluja.

459 HE 46/1989, 9.

sityisen ja julkisen terveydenhuollon polut alkoivat siis jo lainsäädäntötasolla kulkea erillään vailla yhteyttä toisiinsa.[460]

5.6 Työterveyshuoltojärjestelmä julkisen ja yksityisen väliin

5.6.1 Työterveyshuoltojärjestelmä muodostuu vähitellen

Sairausvakuutukseen liittyvä työterveyshuolto alkoi kehittyä vähitellen, mutta alussa melko huomaamattomasti. Se sisälsi aluksi lähinnä sairaanhoitoa ja sittemmin myös työhön liittyviä ehkäiseviä terveyspalveluja. Kyseessä on kansainvälinen ilmiö, sillä työhön liittyvät terveyspalvelut olivat 1960-luvulla yleisiä monissa maissa. Erityisesti Yhdysvalloissa työnantajan tarjoamat terveyspalvelut olivat jo toisesta maailmansodasta lähtien muodostaneet subventoitujen terveyspalvelujen ytimen. Suomessa työterveyshuolto kehittyi vähitellen 1960-luvulla sairausvakuutuslain soveltamisen ohella vailla selväpiirteisiä rajoja ja lakisääteistä pohjaa. Järjestelmä ei ollut uusi Suomessakaan, vaan jo teollistumisen alkuajoista lähtien suuret teollisuusyritykset olivat alkaneet huolehtia työntekijöidensä ja heidän perheidensä terveydenhuollosta. Eräillä teollisuuslaitoksilla oli jopa omia sairaaloita, joskaan tämä ei ollut kovin tavallista. Pääosin työnantajan tarjoama työpaikkaterveydenhuolto käsitti tuolloin ensiapua ja jonkin verran yleistä avoterveydenhuoltoa. Työterveyshuolto eriytyi vähitellen työsuojelusta, ja erityisesti vuoden 1930 työturvallisuuslaki on merkittävä myös työterveyshuollon taustatekijänä.[461] Työterveyshuollon syntyyn vaikutti myös heti sodan jälkeen lääkäreiden kiinnostuminen työhön liittyvistä terveysriskeistä, mikä johti työterveyslaitoksen perustamiseen 1950-luvun alussa.[462]

Pohjoismaisittain ja laajemminkin Euroopassa asiaa tarkasteltaessa työterveyshuolto omana terveydenhuoltolajinaan työsuhteessa oleville on kuitenkin leimallisesti suomalainen ilmiö. Muualla työterveyshuoltoon liittyvät toiminnot on yleensä liitetty kiinteämmin osaksi työsuojelutoimintaa. Esimerkiksi Ruotsissa sairauskassat toimivat jäsentensä terveyden turvaajana, mutta kysymyksessä ei ole työsuhteeseen vaan kassan jäsenyyteen liittyvä etuus. Samalla tavoin ns. sairausvakuutusmaissa, kuten Saksassa ja Ranskassa, sairausvakuutus on oma erillinen järjestelmänsä eikä suoraan työsuhteeseen ja työnantajan velvoitteisiin liittyvä asia, kuten Suomen työterveyshuolto.

460 Eduskunnan talousvaliokunta piti jopa tärkeänä sitä, että luvan myöntämisestä poistettiin tarkoituksenmukaisuusharkinta ja terveydenhuoltoa kehittävät viranomaiset saivat tiedon yksityisen terveydenhuollon laajuudesta, laadusta ja kehittämissuunnista (TaVM 15/1989).

461 Ks. vuoden 1930 työterveyshuoltolain synnystä ja alkuvaiheista Kettunen 1994, 187–207. Toisin kuin sairausvakuutuslaki, työterveyshuoltolaki ei säätämisvaiheessaan aiheuttanut poliittisia ristiriitoja. Työsuojelutoiminnan alkulainsäädäntönä Suomessa voidaan kuitenkin pitää vuoden 1879 elinkeinoasetusta, joka velvoitti kaupunkien ja kuntien terveydenhoitolautakuntia valvomaan yleisten terveysolojen lisäksi tehtaiden terveydellisiä oloja. Teollisuusammateissa olevien työtekijöiden suojelemisesta annettu asetus vuodelta 1889 oli ensimmäinen yleinen työsuojelulaki. Työolojen valvomiseksi perustettiin myös ammattientarkastuslaitos jo 1800-luvulla. (STM 2000, 1.)

462 Ks. Työterveyslaitoksen perustamisesta Kettunen 1994, 385–392 ja Rantanen ym. 1995, 43–95.

Työterveyshuollon kehitys muualla maailmassa vaikutti keskeisesti työterveyshuoltojärjestelmän syntyyn Suomessa. Jo 1950-luvun alkupuolelta lähtien Kansainvälinen työjärjestö ILO hyväksyi yleiskokouksissaan työsuojelua koskevia suosituksia, joihin sisältyi myös työntekijöiden terveyteen liittyviä säännöksiä. Vuonna 1953 hyväksyttiin suositus nro 97 työntekijöiden terveydensuojelusta työpaikalla, vuonna 1959 suositus nro 112 työterveyshuollon järjestämisestä työpaikoilla ja vuonna 1964 ensimmäinen yleissopimus nro 120 kauppa- ja toimistotyön terveysoloista. ILO:n suosituksilla ja yleissopimuksella on sitovuuden osalta olennaisia eroja. Yleissopimuksen hyväksyminen edellyttää järjestön jäsenmaata viemään sopimuksen parlamentin käsittelyyn, jonka tulee tehdä päätös siitä, ratifioidaanko sopimus jäsenmaassa vai ei. Suosituksen hyväksyminen ei vielä edellytä jäsenmaalta toimenpiteitä.

Vuoden 1953 suosituksessa oli jo säännöksiä työntekijöiden lääkärintarkastuksista, ja vuoden 1959 suositus sisälsi työterveyshuollon määritelmän. Sen mukaan työterveyshuolto oli työpaikalla tai sen läheisyydessä järjestettyä, ja sen tarkoitus on suojella työntekijöitä kaikilta työstä tai työolosuhteesta johtuvilta terveydellisiltä vaaroilta. Kaikkien työntekijöiden tulisi suosituksen mukaan päästä työterveyshuollosta osallisiksi. Suosituksessa määriteltiin työterveyshuollon keskeiset periaatteet:

1) Työterveyshuolto on ehkäisevää toimintaa.
2) Työterveyshuollon tehtäviin ei kuulu sairauden vuoksi tapahtuneitten poissaolojen asianmukaisuuden tarkkailu.
3) Työterveyshuolto ei saa aiheuttaa työntekijöille minkäänlaisia kustannuksia.

Suosituksen johdosta valtioneuvosto antoi vuonna 1961 päätöksen (232/61), joka koski noin 10 000:ta teollisuuden palveluksessa olevaa työntekijää. Sen mukaan työssään ammattitaudin vaaran aiheuttajien kanssa tekemisiin joutuvalle työntekijälle tuli työnantajan kustannuksella tehdä lääkärintarkastus viimeistään kuukauden kuluessa siitä, kun työntekijä on aloittanut tällaisen työn. Määräaikaistarkastus tuli myös tehdä tällaisen työn jatkuessa ainakin kerran vuodessa.[463] Tätä päätöstä voidaan pitää nykyisen työterveyshuoltojärjestelmämme alkupisteenä ja ajatuksellisena käännekohtana työssä olevien terveysturvassa. Terveydenhuolto tuli tuolloin osaksi työsuojelua ja alkoi sittemmin vähitellen laajentua. Järjestelmän alku koski tosin vielä vain melko pientä työntekijäjoukkoa, eikä tuolloin osattu aavistaa, että tästä kehittyisi Suomen terveydenhuollon toinen muoto. ILO:n vuoden 1964 yleissopimus kauppa- ja toimistotyön terveysoloista nro 120 merkitsi työterveyspalvelujen laajenemista myös palvelualoille.

Sairausvakuutuksen voimaantulo vuonna 1964 muodosti seuraavan askeleen työterveyshuoltopalvelujen kehitykselle, koska lain myötä työhön liittyvät terveyspalvelut saattoivat laajeta muillekin kuin teollisuustyöntekijöille, mikäli niin haluttiin. Seuraavana vuonna alettiinkin korvata työnantajan järjestämän sairaanhoidon kustan-

463 Koskiaho 1987, 28–36.

nuksia sairausvakuutuslain mukaan. Sairausvakuutuslakia[464] (29 §) tulkittiin niin, että työnantajan järjestäessä sairaanhoitoa työntekijöilleen voitiin kustannuksia korvattaessa korvaus maksaa vakuutetun sijasta työnantajalle suorakorvauksena. Tämä merkitsi voimakasta sysäystä työterveyshuollon kehittymiselle koko työelämän kenttään ja myös työterveydenhuollon vähittäistä eriytymistä omaksi terveydenhuollon lajikseen. Sairausvakuutuksen voimaantuloon saakka työterveyshuolto oli kehittynyt osana sairaskassatoimintaa, mihin liittyi myös edellä mainittu valtioneuvoston päätös teollisuustyöntekijöiden lääkärintarkastuksista vuodelta 1961. Nyt järjestelmän rahoittajaksi tuli sairausvakuutusrahasto,[465] mikä tarjosi uusia mahdollisuuksia järjestelmän kehittämiselle. Vuodesta 1965 lähtien työpaikkojen terveydenhuollon kustannusten korvaaminen on ollut osa suomalaista terveyspolitiikka, jonka tavoitteena on tukea avohuollon kehitystä ja sairauksien ehkäisyä.[466]

Työterveyshuollolla ei kuitenkaan ollut lakisääteistä pohjaa vielä 1960-luvulla, ja kehitys perustui työpaikkakohtaisiin päätöksiin. Ns. tammikuun kihlauksesta vuonna 1940 alkanut työmarkkinaosapuolten yhteistyö tuli kuitenkin työterveyshuollon kehityksen tukijaksi, kun Suomi siirtyi tulopolitiikan kauteen vuonna 1968. Tulopolitiikan vaikutusalue ulottui myös terveydenhuoltoon, ja sen myötä terveydenhuoltoa alkoivat kehittää aivan uudet toimijat, työmarkkinajärjestöt. Ns. kolmikantainen asioiden valmistelu valtion ja työmarkkinajärjestöjen kesken ulottui myös työterveydenhuollon kehittämiseen, ja se avasi uusia mahdollisuuksia järjestelmälle. Tulopoliittiseen neuvottelujärjestelmään siirtyminen merkitsi Suomen sosiaalipolitiikan kehittämisessä huomion kiinnittämistä palkkatyössä oleviin ja sen myötä ensisijaisesti ansiosidonnaisen sosiaaliturvan kehittämistä. Samoin terveyspolitiikassa työstä aiheutuvat terveysvaarat saivat aiempaa enemmän huomiota, ja työmarkkinajärjestöjen neuvotteluissa nousivat esiin myös työterveyteen liittyvät kysymykset ja niiden edistäminen.[467]

Työmarkkinajärjestöjen kiinnostus työssä aiheutuvien terveysvaarojen ehkäisyyn alkoi näkyä heti sen jälkeen, kun tulopoliittisia sopimuksia oli alettu solmia. Jo vuonna 1969 sairausvakuutuslakia muutettiin niin että työnantajalle maksettavan sairausvakuutuskorvauksen piiriin hyväksyttiin sairaanhoitopalvelujen ohella myös ehkäisevän työterveyshuollon kustannukset, jolloin työkyvyn ylläpitäminen ja työstä aiheutuvien terveyshaittojen ehkäiseminen voitiin ottaa aiempaa enemmän huomioon. Muutos oli merkittävä. Sen jälkeen alkoi hahmottua työterveyshuollon kokonaisuus, jossa nimenomaan työstä aiheutuvien terveysvaarojen ennaltaehkäisyllä on merkittävä osuus. Tämän jälkeen työmarkkinajärjestöjen rooli työterveyshuollon merkittävänä taustavoimana ja tukijana tuli esiin toisessa tuloratkaisussa, ns. UKK-sopimuksessa,

464 Sairausvakuutuslain (364/1963) 29 §:n mukaan Kansaneläkelaitos voi maksaa työnantajalle, joka oli järjestänyt palveluksessaan oleville tai heidän perheenjäsenilleen mahdollisuuden saada sairauden, raskauden tai synnytyksen johdosta sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa hoitoa, kohtuullisen korvauksen tästä aiheutuneista kustannuksista.

465 Sairausvakuutusrahaston panos työnantajalle oli kuitenkin alussa vain 20 prosenttia kustannuksista.

466 STM 1993, 1.

467 Ks. Niemelä ym. 2007, 5.

vuonna 1970, johon sisältyi työterveyshuoltoa koskevia sopimuskohtia.[468] Keskitetyssä tulosopimuksessa työmarkkinaosapuolet päättivät yhteisen aloitteen tekemisestä Kansaneläkelaitokselle ja työnantajille työpaikkaterveydenhuollon järjestämisestä suoritettavien korvausperusteiden muuttamisesta[469], niin että korvauksia työnantajille myönnettäessä otettaisiin aiempaa korostetummin huomioon ns. ehkäisevän työterveyshuoltotoiminnan osuus. Kuvaavaa työmarkkinajärjestöjen valtaresurssille on se, että työmarkkinajärjestöjen esitys hyväksyttiin ja ehkäisevää työterveyshuoltoa alettiin korvata aiempaa laajemmin sopimuksen mukaisesti. UKK-sopimuksessa keskusjärjestöt sopivat myös kolmikantaisen työterveyshuoltotoimikunnan perustamisesta, jonka tehtävänä oli Kelan avustaminen sen maksaessa korvauksia työnantajille työpaikkaterveydenhuollon järjestämisestä. Näin siis virallisestikin tuli vahvistetuksi työterveyshuollon kolmikantaan perustuva kehittämistapa.

UKK-sopimuksen pohjalta allekirjoitettiin seuraavana vuonna (1971) keskusjärjestöjen välinen sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoista. Sen mukaan työpaikkaterveydenhuoltoa oli pyrittävä ensisijaisesti kehittämään niillä työpaikoilla, joilla työolosuhteista johtuvat terveysvaarat ovat ilmeisiä. Sairaanhoito työterveyshuollon osana oli sopimuksessa mainittu yhtenä terveydenhuollon toimintamuotona, joskin sen järjestämiseen suhtauduttiin sopimuksessa melko pidättyvästi.[470] Sairaanhoidon hyväksyminen osaksi työterveyshuoltoa oli kuitenkin periaatteellinen kannanotto siihen suuntaan, että pelkkä ehkäisevä toiminta ei ollut riittävää työntekijöiden suojaamiseksi, vaan myös korjaavia, lääketieteeseen perustuvia hoitotoimenpiteitä tarvittiin. Tässä suhteessa ILO:n sopimusten ja suositusten toimeenpano Suomessa poikkesi ehkä joissain kohdin monista muista maista. Työsuojelun yhteyteen ei yleensä liitetty sairaanhoitoa.[471] Etsittäessä syitä tähän on kiinnitettävä huomiota ajankohtaan. Työpaikkaterveydenhuoltoa koskeva sopimus solmittiin vuonna 1971, jolloin kansanterveyslaki oli vielä valmisteluvaiheessa. Järjestelmät eivät olleet tuolloin vielä vakiintuneet ja työterveyshuolto kehittyi rinnan kansanterveysjärjestelmän kanssa.

Työterveyshuollon järjestämisestä maksettiin työnantajalle korvausta sairausvakuutusrahastosta, mutta työterveyshuollon asema ei kuitenkaan ollut vielä 1970-luvun alussa täysin vakiintunut. Lainsäädäntöpohja puuttui, samoin tarkentavat säännök-

468 Ks. Sopimus eräistä vuotta 1971 ja osasta vuotta 1972 koskevaan työehtosopimusratkaisuun liittyvistä sosiaalisista ja muista järjestelyistä 10 §, jonka mukaan ”keskusjärjestöjen tuli tehdä erikseen työpaikkaterveydenhuoltoa koskevan sopimus, jonka tuli perustua seuraaville yleisille periaatteille: 1. Työpaikkaterveydenhuollon ensisijaisena tavoitteena on ennalta ehkäisevän terveydenhuollon järjestäminen ja kehittäminen. – – 2. Vaikka sairaanhoidon järjestäminen ensi sijassa kuuluukin yhteiskunnan tehtäviin, voidaan olosuhteista riippuen sen sisällyttämistä myös työpaikkaterveydenhuoltoon pitää toisinaan tarpeellisena ja tarkoituksenmukaisena. Sairaanhoidon laatu ja laajuus on ratkaistava kussakin tapauksessa erikseen. Toimintaan tulee kuitenkin aina sisältyä ensiavun antaminen ja äkillisten sairaustapausten hoitaminen. Sairaanhoidon sisällyttämisellä työpaikkaterveydenhuoltoon ei saa olla ehkäisevää työtä rajoittavaa vaikutusta.” (Tulopoliittiset ratkaisut vuodesta … 1978.)

469 Kysymyksessä oli siis sairausvakuutuslain 29 §:n 1 momentin tulkinnan muuttaminen.

470 Ks. tarkemmin Keskusjärjestöjen välinen sopimus … 1971.

471 Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008.

set, joten palvelujärjestelmä oli epämääräinen ja hahmottumaton perustuen pitkälti yksittäisen työnantajan ja työpaikan työntekijöiden aktiivisuuteen ja paikallisiin sovelluksiin. Työterveyshuoltojärjestelmä 1970-luvun alussa muistuttikin mielenkiintoisella tavalla kunnanlääkärijärjestelmän alkuaikoja 1900-luvun alkupuolella, jolloin paikallinen terveydenhuolto perustui kuntakohtaisiin sovelluksiin valtakunnallisen lainsäädäntöpohjan puuttuessa. Työmarkkinajärjestöt ajoivat kuitenkin järjestelmän vakiinnuttamista, ja vain kuukausi keskusjärjestöjen välisen sopimuksen allekirjoittamisen jälkeen (vuonna 1971) lääkintöhallituksen pääjohtaja Leo Noron johtama työterveyskomitea jätti mietintönsä, joka sisälsi ensimmäisen laajan kartoituksen suomalaisesta vapaaehtoisuuteen perustuvasta työterveystoiminnasta ja jossa selvityksen perusteella esitettiin erityisen työterveyslain säätämistä. Esitys ei kuitenkaan vielä tuolloin toteutunut,[472] vaikka työmarkkinajärjestöt olivat yksimielisiä asian edistämisestä. Terveyspoliittisesti asia ei ollut selkeä, koska samaan aikaan oltiin toteuttamassa kansanterveysjärjestelmää ja kansanterveyslaki tuli voimaan seuraavana vuonna. Työterveyshuoltoa pidettiin kansanterveysjärjestelmän kilpailijana. Siksi järjestelmä herätti myös vastustusta eikä työterveyshuollon merkitystä kaikilla tahoilla haluttu tunnustaa.

Mielenkiintoista terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta on se, että järjestelmäpolku alkoi aivan toisista toimijoista kuin yleinen terveydenhuolto. Samaan aikaan kuin virkamiehet, asiantuntijat ja poliitikot olivat toteuttamassa kansanterveysjärjestelmää, tuli ILO:n ja työmarkkinajärjestöjen taholta yllykkeitä kehittää työsuhteeseen ja työpaikkoihin perustuvaa terveysjärjestelmää. Valmistelun erillisyys näkyi sairausvakuutuksen ja kansanterveysjärjestelmän välisissä suhteissa sekä työterveyshuollon kehityksessä. Työterveyshuolto alkoi kulkea omaa polkuaan kansanterveysjärjestelmän ja sairausvakuutuksen välissä muodostaen näin kolmannen polun, jonka toimijoina ja edistäjinä olivat aivan eri tahot. Kansanterveysjärjestelmä kunnan järjestämisvelvollisuuteen ja vuoden 1869 paradigmaan perustuvana muodostaa oman pääpolkunsa. Lisäksi sairausvakuutuksen korvaamat yksityiset palvelut ja työterveyshuolto muodostavat kumpikin oman erillisen polkunsa, vaikka rahoituspohja (sairausvakuutusrahasto) on yhteinen.[473]

5.6.2 Työterveyshuolto instituutiona vakiintuu

Vuonna 1971 työmarkkinaosapuolten välinen sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä sai myös valtiovallan toimimaan Leo Noron johtaman toimikunnan esitysten jälkeen vielä kaksi muuta sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa työryhmää selvitti työterveyshuollon vakiinnuttamis- ja selkeyttämismahdollisuuksia

472 KM 1971:A:14.

473 Kelassa sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon ohjaus keskushallinnossa oli keskitetty sairausvakuutusosastolle, jossa työterveyshuolto kuitenkin muodosti oman toimistonsa. Myös sosiaali- ja terveysministeriössä työterveyshuoltoa hoidettiin eri osastolla kuin kunnan järjestämää terveydenhuoltoa.

1970-luvun kuluessa.[474] Pääministeri Kalevi Sorsan johtama hallitus antoi jo vuonna 1972 lupauksen työterveyshuoltoa koskevasta laista. Lupauksen toteuttaminen ei kuitenkaan ollut yksinkertaista, sillä yksimielisyyttä järjestelmän yksityiskohdista ei tahtonut löytyä. Keskeinen erimielisyyttä aiheuttanut kysymys koski yksityisen terveydenhuollon asemaa uudessa järjestelmässä. Olisiko sallittua, että työterveyshuoltoa saisi myös yksityisten terveyspalvelujen kautta, juuri kun kansanterveysjärjestelmää oltiin toteuttamassa? Toinen paljon päänvaivaa aiheuttanut erimielisyys koski muiden kuin palkansaajien oikeutta työterveyshuoltopalveluihin. Jälkimmäinen ongelma oli sama kuin sairausvakuutusjärjestelmää valmisteltaessa: tulisiko järjestelmän kattaa muutkin ”työtä tekevät” kuin palkansaajat? Ongelmalla oli myös poliittinen luonne, sillä maalaisliitto puolueena ja MTK maa- ja metsätalouden etujärjestönä eivät voineet hyväksyä pelkästään palkansaajia hyödyttävää työterveyshuoltoa. Poliittiset rintamalinjat olivat siis samat kuin sairausvakuutusjärjestelmää rakennettaessa.

Työterveyshuolto oli UKK-sopimukseen saakka kehittynyt vapaasti ilman periaatteellista eroa siinä, annettiinko työterveyshuolto julkisen vai yksityisen sektorin palveluna. Pääasiassa palveluja antoivat työnantajien perustamat omat työterveysasemat ja yksityiset lääkäriasemat ja niiden lisäksi myös kunnalliset terveyskeskukset. Vuonna 1975 työterveyshuoltotehtävissä toimi 2 497 henkilöä, joista 848 oli lääkäreitä ja 1 322 terveydenhoitajaa tai sairaanhoitajaa. Yksityiset työterveysasemat antoivat työterveyshuoltopalvelut noin 944 000 työntekijälle kun taas terveyskeskusten työterveyshenkilöstö tuotti työterveyshuoltopalvelut 200 000 työntekijälle. [475] Järjestelmä oli alkanut hahmottua jo ennen kansanterveysjärjestelmää, ja tuolloin palvelujen antajan ominaisuuksilla ei ollut vielä olennaista merkitystä yhteiskunnan antaman tuen näkökulmasta. Sairausvakuutus korvasi tuolloin sekä yksityistä että julkista avohoitoa. Työterveyshuollon ideaalinen instituutio oli siis jo pitkälle muotoutunut 1970-luvulle tultaessa. Tätä ei voitu ohittaa järjestelmää vakiinnutettaessa. Vaihtoehtoja ei voinut valita enää täysin vapaasti, vaikka lainsäädäntöä ei vielä ollutkaan. Polkua oli edetty käytännössä niin pitkälle, että siirtyminen aivan uuteen järjestelmään olisi vaatinut huomattavia lisäkustannuksia.

Kaksi instituutiota olivat eri mieltä siitä keskeisestä kysymyksestä, voitiinko yksityisten lääkäriasemien tuottamat työterveyshuoltopalvelut hyväksyä työterveyshuollon piiriin. Kansanterveysrintama oli muodostumassa, ja se vastusti yksityisten palvelujen subventoimista julkisista varoista. Rintamaan kuului lähinnä sellaisia keskeisiä virkamiehiä, asiantuntijoita ja poliitikkoja, jotka olivat voimakkaasti ajaneet kansanterveysjärjestelmän toteuttamista. Monet heistä eivät voineet hyväksyä työterveyshuollon toteuttamista yksityisenä palveluna, kun kansanterveysjärjestelmä oli juuri saatu käynnistetyksi kunnalliseen vastuuseen ja virkalääkäreihin perustuvana.[476] Syntymässä oleva järjestelmä oli vastoin kansanterveysjärjestelmän perusperiaatteita.

474 STM 1976 ja STM 1978.

475 HE 26/1978, hallituksen esityksen perustelut.

476 Vuonna 1973 Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä totesi, että valtaosa työterveyshuollon puutteellisuuksista johtui kokonaisvaltaisen järjestämisvastuun puuttumisesta. Työryhmän mielestä kunnalliset terveyskeskukset muodostivat

Keskeisestä erimielisyyskysymyksestä oli vaikea päästä yksimielisyyteen. Voimakkaat instituutiot ohjasivat kehitystä eri suuntiin, ja kompromissia oli vaikea löytää. Siksi työterveyshuoltoa koskevan lain valmisteluun kuluikin lähes koko 1970-luku, vuonna 1971 solmitusta työmarkkinasopimuksesta huolimatta. Kuitenkin vuonna 1975 valmistui sosiaali- ja terveysministeriön virkamiestyöryhmän lakiesitysluonnos työterveyshuollosta, joka pohjautui siihen, että työterveyshuollon tulisi olla osa kansanterveysjärjestelmää, joskin työnantajalla olisi myös mahdollisuus ostaa työterveyspalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Rintamalinjat yksityisen ja julkisen välillä hahmottuivat lakiesitysluonnoksesta annetuissa lausunnoissa. Lääkintöhallitus totesi työterveyshuollon olevan osa kansanterveystyötä, ja siksi työterveyshuoltopalvelujen tuottamista ensisijaisesti yksityisen sektorin toimesta ei pidetty tarkoituksenmukaisena ja oletettiin, että lakiesityksessä kaavailtu menettely johtaisi olemassa olevien rajallisten resurssien ohjaamattomaan käyttämiseen. Lääkintöhallitus katsoi, että kunnallinen terveyskeskus tulisi saattaa työterveyspalvelujen tuottajana ensisijaisvastuuseen, jotta välttämätön suunnitelmallisuus ja resurssien koordinoiminen toteutuisi.[477] Sen sijaan Työterveyslaitos toisena valtion laitoksena piti lausunnossaan onnistuneena sitä, että työnantajalla on laajat mahdollisuudet valita työterveyspalveluja, eikä vastustanut yksityistä vaihtoehtoa. Nämä kaksi julkista instituutiota olivat eri mieltä keskeisestä kiistakysymyksestä, mikä kuvaa ristiriitaa suhtautumisessa yksityisiin terveyspalveluihin 1970-luvulla. Työterveyslaitos oli työmarkkinajärjestöjen ohella merkittävässä asemassa työterveyshuollon lakisääteistämisen edistämisessä, joten sen sanalla oli painoa. Laitoksen pääjohtaja Jorma Rantanen ajoi aktiivisesti työterveyshuollon lakisääteistämistä, ja hän toimi lakiesityksen kirjoittaneen työryhmän puheenjohtajana.[478]

Lausuntojen antamisen jälkeen keskustelu työterveyshuollon lakisääteistämisestä hiljeni muutamaksi vuodeksi. Taloudellinen tilanne oli heikentynyt vuodesta 1973 lähtien mm. öljykriisin vuoksi, ja uudistusten toteuttaminen oli aiempaa vaikeampaa. Vuonna 1977 istuneen Kalevi Sorsan II hallituksen tehtäväksi tuli talouden elvyttäminen. Elvytystoimien osana jo sovittuja palkankorotuksia siirrettiin puolella vuodella, mutta elvytystoimintaan liittyi myös yritystoiminnan tukemista. Tässä vaiheessa elvytyspakettiin päätettiin liittää myös pitkään vireillä olleita yritysdemokratiaan ja työterveyshuoltoon liittyviä työelämän uudistuksia. Hyväksytyn toimintaohjelman mukaan työterveyshuoltolainsäädäntöä tulisi toteuttaa lakisääteisenä vuoden 1979 alusta lukien. Pitkään seissyt asia sai uutta vauhtia ulkopuolisen tekijän, talouskriisin, lieventämiseksi päätetyistä toimista. Tavallaan kysymys oli vastineesta palkankoro-

koko maan kattavan järjestelmän. Ne olivat myös kehitettävissä tehokkaiksi työterveyshuoltoyksiköiksi. (Koskiaho 1987, 77–78.)

477 Koskiaho 1987, 91–97, ks. myös Tiitta 2009, 384: ”Lääkintöhallitus pyrki laajentamaan terveyskeskusten tehtäväkenttää esittämällä, että ne saisivat vastuun opiskelijoiden terveydenhuollon lisäksi myös työterveyshuollosta, joka oli yksi kansanterveystyön painoalueista.”

478 Työterveyslaitoksen asema muuttui huomattavasti 1970-luvulla Jorma Rantasen tultua pääjohtajaksi. Laitos laajeni tuolloin Helsingistä koko maan kattavaksi aluetyöterveyslaitosverkoksi. Koskiaho toteaa, että ”oli itsestään selvää, että työterveydenhuoltolainsäädännön lakisääteistäminen ja tulevan lainsäädännön sisältö kiinnostivat myös laitoksen vastuullista johtoa”. (Koskiaho 1987, 132.) Laitos tarvitsi lainsäädäntöön nojaavaa tukea toiminnalleen.

tusten siirtämiselle.[479] Sattumalla ja ajankohdalla oli osaltaan merkitystä Suomen lakisääteisen työterveyshuoltojärjestelmän syntyyn.

Talouskriisin ohella myös toinen ulkopuolinen tekijä vaikutti ratkaisevasti työterveyslainsäädännön sisältöön. Se oli oikeuskanslerin 17.5.1977 antama päätös työsuojeluhallituksen oikeudesta antaa työnantajaa välittömästi sitovia normeja eli ns. turvallisuusnormeja. Oikeuskansleri katsoi, että näiden normien antaminen kuului työturvallisuuslain 47 §:n mukaan valtioneuvostolle eikä työsuojeluhallitukselle. Päätöksen seurauksena työsuojeluhallitukselle suunniteltu keskeinen rooli työterveydenhuoltolain toteuttamisessa kariutui eikä työterveyshuoltoa voitu enää kytkeä kiinteästi työturvallisuuslain toteuttamiseen. Kehitys lähti kulkemaan toiseen suuntaan ja työturvallisuuslaista irrotettiin lääkärintarkastusta koskevat säännökset, jotka sijoitettiin valmisteltavana olevaan työterveyshuoltolakiin.[480] Kysymyksessä oli ratkaiseva käänne, sillä muutoksen jälkeen työturvallisuustyö ja työpaikkojen työterveyshuolto alkoivat etääntyä toisistaan. Työterveyshuolto alkoi saada oman, työsuojelusta erillisen roolin ja profiloitua yhdeksi osaksi Suomen terveydenhuollon kokonaisuutta.[481] Tämä ei kuitenkaan merkinnyt vastakkainasettelua työsuojeluun nähden vaan lähinnä toista lähestymistapaa työstä aiheutuvien terveysongelmien ratkaisemiseksi.[482]

Kehitys jatkui edelleen työterveyshuollon vakinaistamista kohti. Puolueiden ohjelmissa työterveyshuollon edistämistä tuettiin, mutta yksityiskohdat jätettiin työmarkkinoiden päätettäväksi. Puolueiden terveyspoliittisissa tavoitteissa on kuitenkin nähtävissä se ero, että SDP korosti työterveyshuollon ennalta ehkäisevää luonnetta, kun taas kokoomus ja keskustapuolue ovat selvästikin liittäneet myös sairaanhoidon työterveyshuollon käsitteeseen mukaan. Työterveyshuollon sisältö ei siis ollut vielä täysin vakiintunut ennen lakisääteistämistä, ja erityisesti sairaanhoito työterveyshuollon yhteydessä herätti keskustelua, koska kansanterveyslakia parhaillaan toimeenpantiin.[483]

479 Työterveyshuollon ohella myös uusi yhteistoimintalaki säädettiin osana elvytystoimissa päätettyä työelämän uudistamispakettia.

480 Muissa maissa työterveyshuoltoon liittyvät säännökset ovat yleensä osa työturvallisuus- ja työsuojelusäännöstöä. Suomen työturvallisuustyöstä eriytynyt työterveyshuolto muodostaa tässä suhteessa poikkeuksen kansainvälisestä käytännöstä (Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008).

481 Koskiaho 1987, 119.

482 Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008.

483 Kokoomuksen terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1970 todetaan, että työterveyshuollon tavoitteena on ihmistyövoiman terveyden ylläpitäminen, mikä saavutetaan mm. luomalla mahdollisuus nopeaan ja tehokkaaseen terveyden palauttamiseen tarjoamalla seulovaa sairaanhoitopalvelua jatkohoitolähetteineen ja työpaikkaan soveltuvaa kuntoutusta. SDP:n terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1975 työterveyshuollon tarkoitus oli estää työntekijää sairastumasta työperäisestä syystä sekä tarkkailla hänen terveydentilaansa ja siinä ehkä tapahtuvia muutoksia työn yhteydessä. Ohjelman mukaan työterveyshuollon on kuuluttava jokaisen työntekijän perusoikeuksiin. Keskustapuolueen terveyspoliittisessa periaateohjelmassa vuodelta 1977 todetaan, että työelämässä mukana oleville on turvattava mahdollisuudet heidän työhönsä suhteutettujen terveyspalvelujen saantiin. Työterveyspalvelujen kehittämistoimet tulee ensisijaisesti suunnata niille aloille, joilla ilmenee erityisiä terveydellisiä ongelmia. Viljelijäväestön, pienyrittäjien ja omaa työtään tekevien työterveyshuolto on kytkettävä kansanterveystyöhön ja ohjattava näihin tarpeisiin riittävästi varoja.

Työterveyshuollon lakisääteistäminen sai vauhtia 1970-luvun loppupuolen taloudellisesta taantumasta. Hallitus päätti osana edellä mainittua elvytyspakettia tammikuussa 1978 asettaa erityisen työterveyshuoltotoimikunnan asiaa valmistelemaan.[484] Toimikunta sai mietintönsä valmiiksi vain vajaan kuukauden työskentelyn jälkeen. Näin nopean etenemisen mahdollisti se, että syksyn 1977 aikana SAK:n ja STK:n sekä sosiaali- ja terveysministeriön välisissä neuvotteluissa oli päästy yksimielisyyteen työterveyshuoltolainsäädännön perusteista. Työryhmän tehtäväksi jäi näin ollen vain saavutetun yksimielisyyden kirjoittaminen lakipykälien muotoon.[485] Loppujen lopuksi työterveyshuollon lainsäädäntö syntyi siis työmarkkinajärjestöjen saavuttaman yksimielisyyden tuloksena, jossa keskeiset kiistakysymykset ratkaistiin. Maataloustuottajien etujärjestö MTK oli mukana tekemässä ratkaisua.

Keskeinen kiistakysymys palvelujen hankkimisesta oli ratkennut jo työmarkkinaneuvotteluissa, ja lopputulos oli sellainen, millaiseksi järjestelmä oli jo 1960-luvulta lähtien muotoutunut. Työnantajalla oli mahdollisuus ostaa työterveyshuoltopalvelut kunnallisesta terveyskeskuksesta tai hankkia palvelut perustamaltaan omalta tai monen yrityksen yhteiseltä työterveysasemalta. Tämän lisäksi työnantaja saattoi ostaa palveluja yksityislääkäriltä tai yksityiseltä lääkäriasemalta, joten myös yksityiset palvelut nähtiin vaihtoehtona julkisen palvelun ohella työnantajan valinnan mukaan. Työmarkkinaneuvotteluissa ratkesi myös toinen kiistakysymys, niin että omaa työtään tekevät saatettiin vapaaehtoisuuden pohjalta työterveyspalvelujen piiriin. Omaa työtä tekevät yrittäjät ja viljelijät saattoivat vapaaehtoisesti liittyä järjestelmään, ja silloin Kansaneläkelaitos maksaisi 60 prosenttia heidän työterveyshuoltokustannuksistaan heille takaisin. Erimielisyys soveltamisalasta ratkesi siis tavallaan ”universaalisena” samalla tavoin kuin aiemmin sairausvakuutusta koskenut soveltamisalaerimielisyys.

Työryhmän mietintö sisälsi hallituksen esityksen eduskunnalle työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi,[486] jonka hallitus veikin eduskunnan käsittelyyn välittömästi. Julkisen terveydenhuollon kehittäminen oli tapahtunut melko hitaasti, mutta nyt muutoksen tahti oli erittäin nopea. Työmarkkinaosapuolten sopima malli tuli eduskunnan käsittelyyn vain muutama kuukausi sen jälkeen, kun yhteisymmärrys työmarkkinaosapuolten välillä oli saatu aikaan, joten keskusjärjestöjen välinen neuvottelutulos siis ratkaisi lakiesityksen sisällön. Kansanterveysjärjestelmää keskeisesti rakentaneet virkamiehet joutuivat tällä kertaa vastakkain uusien voimien, työmarkkinajärjestöjen, linjausten kanssa, ja työmarkkinajärjestöjen kanta oli vahvempi, joskin myös Työterveyslaitos oli ollut samalla kannalla kuin työmarkkinaosapuolet. Heclon mukaan virkamiehet eivät valtaresurssina olleet tällä kertaa niin voimakkaita kuin korporaatioiden edustama voima, mutta luonnollisesti työmarkkinajärjestöissäkin yksityiskohdista neuvottelivat terveysalan asiantuntijat. Asiantuntijat olivat keskei-

484 Ks. lain syntyvaiheista professori Jorma Rantasen juhlapuheenvuoro (STM 2000).

485 Koskiaho 1987, 24.

486 KM 1978:4. Työryhmän puheenjohtajana toimi työterveyslaitoksen pääjohtaja Jorma Rantanen ja kokoonpanoltaan toimikunta oli ns. laajapohjainen. Sen jäsenet olivat etujärjestöjen edustajia ja sosiaali- ja terveyshallinnonalan virkamiehiä.

sessä asemassa silloinkin, kun valtion virkamiehet olivat sivussa. Työterveyshuollon syntyhistoria tukee Korven näkemystä ammattiyhdistysliikkeen keskeisestä merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa. Järjestelmän syntyyn vaikuttivat kuitenkin myös muut, ulkoiset tekijät, kuten talouden elvytystarpeet ja siihen liittyvät tilannekohtaiset erityisjärjestelyt.

Hallituksen esityksen[487] perusteluissa on mainittu ne pääsyyt, miksi työterveyshuollon kaltainen uusi terveyspalvelun muoto haluttiin Suomessa lainsäädännöllä vakiinnuttaa. Niiden mukaan väestön terveydentilan parantaminen edellyttää, että terveyspoliittisten toimenpiteiden painopiste asetetaan sairauksien ehkäisyyn. Yksi ehkäisevän terveydenhuollon tavoitteista on työstä ja työolosuhteista johtuvien terveyden vaarojen ja haittojen vähentäminen ja poistaminen, ja niihin voitiin vaikuttaa työterveyshuoltoa kehittämällä. Työterveyshuollon pääpaino tuli olla sairauksien ennaltaehkäisyssä, mutta työterveyshuoltoon kuului myös varsinaista sairaanhoitoa, joskin sellaisen järjestäminen oli työnantajille vapaaehtoista.

Hallituksen esityksellä luotiin lainsäädännölliset edellytykset työntekijäin ja omaa työtä tekevien terveyden suojeluun eri työpaikoilla ja toimialoilla esiintyvien tarpeiden mukaisesti. Työterveyshuollolla tarkoitettiin niiden terveydenhuollon alaan kuuluvien toimenpiteiden kokonaisuutta, joilla työpaikkakohtaisesti pyrittiin ehkäisemään työstä tai työolosuhteista mahdollisesti aiheutuvia terveydellisiä haittoja. Esitys ei pyrkinyt määrittelemään tai rajaamaan työterveyshuoltoa kovin tarkasti, vaan työpaikkakohtaiset sovellukset sallittiin laajasti. Tämä sääntelyn väljyys ja mahdollisuus paikallisiin sovelluksiin on siis yhteistä sekä kansanterveysjärjestelmälle että työterveyshuollolle. Terveydenhuollon järjestelmien yksityiskohdat päätetään paikallisesti, ja lainsäädäntö antaa vain yleiset puitteet toiminnalle.

Esityksen mukaan työnantaja oli velvollinen kustannuksellaan järjestämään tarpeelliset työterveyspalvelut palveluksessaan oleville työntekijöille ja käyttämään siihen terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja palveluita. Työnantaja sai itse valita, millä tavoin hän hankki työterveyshuoltopalvelut, mutta terveyskeskuksille asetettiin velvollisuus tuottaa työterveyshuollon palveluja työnantajan niitä pyytäessä. Vastaava valinnanmahdollisuus julkisen ja yksityisen välillä oli myös omaa työtään tekevillä, joiden osalta järjestelmä oli kuitenkin vapaaehtoinen. Ennalta ehkäisevän työterveyshuollon ohella työnantaja saattoi järjestää työntekijöilleen myös sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa. Taustalla olivat terveyspoliittiset argumentit. Esityksessä viitattiin työikäisen väestön epätyydyttävään terveystilanteeseen ja erityisesti miesten odotettavissa olevaan alhaiseen elinikään.

Vaikka sairaanhoitopalvelusten järjestämisvelvollisuus säilyi edelleen kunnallisilla terveyskeskuksilla, oli niin työntekijäin, työnantajain kuin yhteiskunnankin kannalta tarkoituksenmukaista järjestää perussairaanhoidon palveluksia työterveyshuollon

487 HE 26/1978.

yhteydessä. Esitys poikkesi vuoden 1971 työterveyskomitean[488] mietinnön esityksistä. Kansanterveystyön sisällön ja hallinnon järjestäminen kansanterveyslailla sekä työsuojeluhallinnon ja työsuojelun valvonnan uudistaminen olivat asettaneet työterveyshuollon järjestämismahdollisuudet kokonaan uuteen valoon. Esityksessä vedottiin myös vuoden 1978 työterveyshuoltotoimikunnan laajapohjaisuuteen, koska edustajia oli sekä sosiaali- ja terveyshallinnosta että työmarkkinajärjestöistä. Toimikuntien ja työryhmien kokoonpanolla on siis Suomessa merkittävä vaikutus lopputulokseen.

Eduskunnassa lakiesitys meni sosiaalivaliokuntaan, jossa työterveyspalvelujen järjestämistapaan ei kiinnitetty kovin paljon huomiota. Eduskuntakeskustelua oli omiaan hillitsemään edellä mainittu työmarkkinajärjestöjen yksimielisyys työnantajan oikeudesta valita palvelun järjestämistapa. Työmarkkinoiden päästyä yksimielisyyteen ei eduskunnalla ollut 1970-luvulla tapana muuttaa sopimuksessa saavutettua yksimielisyyttä. Korven esiin tuomat valtaresurssit olivat selvästi työmarkkinoiden puolella jopa eduskunnassa, ja voidaankin väittää, että eduskunta noudatti tuolloin työmarkkinoihin liittyvissä asioissa korporatiivista päätöksentekotapaa. Asiallisesti päätös tehtiin työmarkkinoiden neuvottelupöydässä ja eduskunta siunasi sopimuksen. Tässä tapauksessa valiokunta tyytyikin vain esittämään näkemyksenään, että työterveyshuoltouudistuksen tuli tapahtua sopusoinnussa kansanterveyslain palvelujen jatkuvan kehittämisen kanssa. Tällaisen ponnen käytännön merkitys on hyvin vähäinen.[489]

Täysin yksimielisesti ei valiokuntakäsittelyssä kuitenkaan kannatettu hallituksen esittämää palveluiden järjestämistapaa. Edustaja Marjatta Mattsonin (SKDL) vastalause kertoo siitä, että asia haluttiin nostaa esiin eduskunnassa työmarkkinasopimuksesta huolimatta. Mattson arvosteli sitä, että työnantajille oli esityksessä jätetty yksipuolinen määräysvalta työterveyshuollon palvelun järjestämistavan suhteen. Vastalauseen mukaan työterveyshuollosta lähes 90 prosenttia oli yksityistä, joten valinnanvapaus merkitsisi yksityisen työterveyshuollon voimistumista ja työterveyshuollon suunnittelemattomuuden jatkumista.[490] Mattsonin vastalause jäi kuitenkin vähemmistöön, ja enemmistö valiokunnasta oli valmis hyväksymään esityksen. Täysistunnoissa laista keskusteltiin hyvin vähän, mikä osoittaa, että työmarkkinajärjestöjen sopimukseen ei

488 KM 1971:A:14.

489 Koskiaho toteaa (1987, 120) työterveyshuoltolain eduskuntakäsittelyssä, että ”tuon ajan korporatistiselle päätöksentekopolitiikalle oli myös tyypillistä, että lain läpimeno eduskunnassa todella varmistettiin. Eduskuntaa ei päästetty lakia juuri muuttamaan. Nimittäin samat keskeiset tahot ja usein vieläpä samat henkilöt, jotka olivat lakiesitystä valmistelleessa toimikunnassa – ja sitä edeltävissä ratkaisuneuvotteluissa – kutsuttiin asiantuntijoina kuultavaksi eduskunnan talousvaliokuntaan ja sosiaalivaliokuntaan. Lisäksi STM:n vetämässä valmistelu- ja seurantaryhmässä oli lainsäädännön loppuun saakka näistä keskeisistä vaikuttajista koottu ydinjoukko valvomassa ja paimentamassa lainsäädäntöprosessia. Mitään ei siten jätetty sattuman varaan; lakiesitys vietiin turvallisesti satamaan.”

490 SoVM 17/1978. Edustaja Mattson piti myös samansuuntaisen, järjestämistapaa kritisoivan puheenvuoron eduskuntakäsittelyssä esiteltäessä lakia valiokuntaan lähettämistä varten (Valtiopäivät 1978, pöytäkirjat 1).Myös sosiaalivaliokunnalle annetussa talousvaliokunnan lausunnossa on eriävä mielipide palvelujen järjestämistapaan. Edustaja Suomi (SKDL) toteaa, että lakiesityksessä vahvistetaan yksityisen terveydenhuollon ensisijaisuus työ- ja avoterveydenhuollossa. Hänen mukaansa tämä vaarantaa vakavasti kansanterveystyön kehittämistä. Päinvastoin kuin lakiesitys tekee, pitäisi kunnallista terveydenhuoltoa kehittää henkilöstöä sekä tutkimus- ja kuntoutusvälineistöä kehittämällä. (TaVL 2/1978.)

haluttu puuttua. Lain ensimmäisessä käsittelyssä edustaja Mattson kuitenkin toi esiin näkemyksensä siitä, että työterveyshuolto tulee liittää kiinteäksi osaksi kansanterveystyötä, jolloin työterveyspalvelujen tuottamisen tuli olla keskeisesti kuntien tehtävä.[491] Eri mieltä olleet kansanedustajat eivät kuitenkaan vieneet palvelujen järjestämistapaa äänestykseen saakka, vaan uusi työterveyshuoltolaki hyväksyttiin yksimielisesti ja laki tuli voimaan vuonna 1979.

Työterveyshuolto instituutiona oli kehittynyt pitkälle jo ennen lakisääteistämistä, ja työterveyshuollon toteutus oli edennyt pitkälle yksityisenä palveluna. Polun suuntaaminen uudelleen lainsäädäntöä toteutettaessa, niin että työterveyshuolto olisi otettu kokonaan osaksi kansanterveystyötä, olisi todennäköisesti aiheuttanut huomattavia lisäkustannuksia, mihin tuskin 1970-luvun loppupuolen taloudellisessa kriisissä olisi ollut mahdollisuuksia.

Kehitys osoittaa Piersonin esiin ottaman ajankohdan merkityksen. Muutos ja polun alku on sijoitettavissa jo vuosisadan alkuun, kun työnantajat olivat alkaneet järjestää terveyspalveluja työntekijöilleen julkisen terveydenhuollon ollessa vielä kehittymätöntä. Kehityksen myötä oli alkanut syntyä sekä todellisia että ideaalisia, ajatuksellisia instituutioita ehdollistamaan polun suuntaa eteenpäin, ja työterveyshuollon lakisääteistäminen merkitsi loppujen lopuksi vain instituution lopullista virallista osaksi Suomen terveydenhuoltoa.

1970-luvun alussa olisi ehkä ollut mahdollista vielä keskittää työterveyshuoltopalvelut terveyskeskuksiin tuon ajan poliittisen ilmapiirin vallitessa, jolloin etsittiin uusia tapoja parantaa terveydenhuoltoa. Valmisteilla olevaan kansanterveyslakiin olisi ehkä voitu liittää myös työterveyshuolto osana terveyskeskuksen toimintaa, ilman että muita toteutustapoja olisi tuettu yhteiskunnan toimesta. Tämän jälkeen 1970-luvulla työmarkkinajärjestöjen vahvistuminen ja työterveyspalvelujen kehittyminen käytännössä tekivät vaikeaksi tällaisen merkittävän muutoksen mahdollisuuden.

Työmarkkinajärjestöt olivat enemmän kiinnostuneita järjestelmän vakiinnuttamisesta kuin palveluntarjoajien taustoista, joten järjestelmää vakiinnutettaessa ainoa todellinen vaihtoehto oli hyväksyä lakia edeltänyt kehitys ja ottaa järjestelmän piiriin kaikki ne palveluntarjoajat, jotka olivat antaneet työterveyshuoltopalveluja. Ilman tällaista ratkaisua olisi todennäköisesti ollut vaikea löytää riittävästi resursseja järjestelmän toteuttamiseen, sillä terveyskeskusten rakentaminen oli vielä vuonna 1978 kesken. Lopputulos oli työmarkkinajärjestöjen realistinen kompromissi. Terveyspolitiikkaan oli perinteisten virkamiesten, asiantuntijoiden ja puolueiden rinnalle tullut uusi toimija ja vaikuttajataho, työmarkkinajärjestöt. Ne eivät välttämättä pyrkineet toteuttamaan samoja arvoja kuin kansanterveyslakia ajaneet tahot. Työnantajalla haluttiin säilyttää laaja valinnanvapaus palvelun järjestämiseen senkin vuoksi, että huomattava osa työterveyshuollon kustannuksista jäi lain hyväksymisen jälkeen työn-

491 Valtiopäivät 1978, pöytäkirjat II.

antajan itsensä maksettavaksi, joten myös tästä näkökulmasta työnantajan valinnan vapaudelle oli löydettävissä perusteluja.[492]

Lakiesityksen tultua hyväksytyksi valmisteli erityinen työterveyshuoltotyöryhmä alemmanasteisia säännöksiä lain toteuttamiseksi. Työterveyshuoltolaki oli kansanterveyslain tapaan vain puitelaki, jonka käytännön toteuttaminen vaati tarkempaa ohjeistusta ja suunnittelua. Valmistelun tuloksena työterveyshuolto voitiin toteuttaa osana kansanterveystyötä tai työnantajan palkkaaman terveydenhoitohenkilöstön tai oman työterveysaseman toimesta. Sen lisäksi työterveyshuolto oli mahdollista toteuttaa ostamalla palvelut yksityisiltä lääkärikeskuksilta tai muulta terveydenhuoltohenkilöstöltä.[493] Monet suuret työnantajat toteuttivat työterveyshuollon perustamalla oman työterveyshuoltoyksikön, mutta sen ohella monen yksityisen lääkäriaseman toiminta suuntautui työterveyshuollon palvelujen tarjoamiseen. Lisäksi suuri osa työterveyshuoltopalveluista hankittiin terveyskeskuksista. Kaikki työryhmän esittämät vaihtoehdot otettiin siis käyttöön. Vuoden 1983 jälkeenkin terveyskeskuksissa annetun työterveyshuollon kustannuksia korvattiin, vaikka muu yhteys terveyskeskuksen ja sairausvakuutusrahaston välillä tuolloin katkesi. Työterveyshuolto instituutiona oli lakisääteistämisen jälkeen erkaantunut jo melko kauas varsinaisesta sairausvakuutuksesta ja järjestelmät olivat yhteydessä toisiinsa vain rahoituksellisesti.

Työterveyshuollon terveyspoliittinen suuntautuminen on toisenlainen kuin muun terveydenhuollon. Työterveyshuollon keskeinen tavoite on sairauksien ennaltaehkäisy ja työstä aiheutuvien terveyshaittojen torjuminen. Siksi pakollisena järjestettävä työterveyshuolto on rajautunut niihin toimenpiteisiin, jotka liittyvät sairauksien ennaltaehkäisyyn (esimerkiksi säännölliset tarkastukset). Varsinaisen sairaanhoidon järjestäminen työntekijälle ei ole työterveyshuollon painopistealue. Työterveyshuoltolain säätämisen yhteydessä katsottiin sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon järjestämisen työterveyshuollon palvelujen yhteyteen olevan tarkoituksenmukaista, koska työntekijöiden oireista ja sairastavuudesta voidaan havaita myös työhön liittyviä haittoja ja työperäisiä sairauksia.[494] Työterveyshuolto ei siis tavoitteiltaan kilpaile terveyskeskusten kanssa, vaan molemmilla on oma roolinsa. Parhaimmillaan järjestelmät täydentävät toisiaan, kun työterveyshuolto keskittyy erityisesti työoloihin ja työperäisiin sairauksiin sekä niiden ehkäisyyn ja terveyskeskukset yleiseen perusterveydenhuoltoon. Työhön liittyvistä terveyshaitoista ja työperäisten sairauksien hoidosta ei terveyskeskuksilla välttämättä ole samanlaista asiantuntemusta kuin työterveyshuollolla.

492 Työnantajat ovat osallistuneet järjestelmän kustannuksiin yleensä korvaamalla 40–50 prosenttia kustannuksista. Korvausprosentit työnantajalle työterveyshuollon kohtuullisista ja tarpeellisista kustannuksista ovat vaihdelleet 50 ja 60 prosentin välillä.

493 Ks. KHO 1993 A 31: Yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottamista koskevaa hakemusta ei voitu hylätä sillä perusteella, että toimipisteessä työskenteli vain yksi terveydenhuollon palveluja tuottavaan yhtiöön työsuhteessa oleva henkilö. Hakemus voitiin kuitenkin hylätä sillä perusteella, että toimipisteen henkilökunta ei ollut saanut työterveyshuollon koulutusta eikä sillä ollut työterveyshuollosta kokemusta.

494 STM 1993, 6.

Työnantajan päätöksellä on kuitenkin ratkaiseva merkitys siinä, kuinka laajalti työntekijällä on mahdollisuus saada sairaanhoitoa työterveyshuollon osana. Vain pelkästään sairauden ehkäiseviin toimenpiteisiin rajautunut työterveyshuolto riittää työterveyshuollon vähimmäisvaatimuksena työnantajalle. Käytännössä useimmat työnantajat kuitenkin tarjoavat työterveyshuoltona myös varsinaisen sairaanhoidon palveluja ja hyvät työterveyshuoltopalvelut voi myös olla työnantajalle keino saada pätevää työvoimaa. Työterveyshuolto voi antaa työntekijälle mahdollisuuden päästä nopeasti hoitoon ja takaisin työelämään sairauden sattuessa. Tällöin saattaa syntyä säästöä myös työnantajalle lyhentyneinä sairaslomina.

5.6.3 Työterveyshuollon kehittyminen 1980-luvulla

Vuonna 1985 Kansainvälisessä työjärjestössä ILO:ssa hyväksyttiin uusi työterveyshuoltosopimus ja sitä täydentävä suositus.[495] Sopimus ja suositus määrittivät aiempaa tarkemmin työterveyshuollon asemaa ja merkitystä sekä korostivat tämän terveyspalvelun erityisluonnetta työelämästä aiheutuvien terveysvaarojen torjujana. Uusi sopimus korosti aiempaa enemmän sairauksien ennaltaehkäisyä ja muita terveydellisiä seikkoja, joilla ei ollut enää niin läheistä suhdetta työsuojeluun kuin aiemmilla ILO:n sopimuksilla ja suosituksilla. Suomi ratifioi sopimuksen vuonna 1986, eikä ratifiointi edellyttänyt muutoksia lainsäädäntöön. Suomen työterveyshuoltojärjestelmän todettiin täyttävän uuden sopimuksen ja suosituksen ehdot, koska työterveyshuolto oli lakisääteistä ja järjestelmä oli 1980-luvun puoliväliin mennessä laajentunut koko maan kattavaksi.

Sopimuksen ratifioinnin yhteydessä katsottiin kuitenkin olevan edelleen tarpeellista kehittää työterveyshuoltojärjestelmää.[496] Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunta laati ILO:n sopimuksen ja suosituksen pohjalta ”Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat” -asiakirjan, jonka valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksellään vuonna 1989. Asiakirjaan sisältyvät työterveyshuollon kansallisen toimintapolitiikan keskeiset kehittämisehdotukset. Merkittävää oli se, että uudessa periaatepäätöksessä määriteltiin myös sairaanhoito työterveyshuollon osaksi ja sairaanhoidosta oli säännöksiä myös ILO:n sopimuksessa ja suosituksessa. Päätöksessä todetaan, että työnantaja voi työterveyshuoltopalvelujen lisäksi järjestää työntekijälle sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Työterveyshuoltolain säätämisen yhteydessä pidettiin välttämättömänä mahdollistaa sairaanhoidon toteuttaminen yhdessä työterveyshuollon kanssa, koska sairaanhoito on tärkeä keino työperäisten terveyshaittojen havaitsemisessa. Työolojen tuntemus auttaa sairauksien hoidossa, työkyvyn arvioinnissa ja kuntoutukseen ohjaamisessa.[497] Valtioneuvosto periaatepäätöksellään vahvisti nämä linjaukset. Sen jälkeen on ollut

495 ILO 1985a ja b.

496 STM 1993, 7.

497 Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat 1989, 18.

selvää, että sairaanhoito on osa työterveyshuoltoa suomalaisessa järjestelmässä. Vaikka työterveyshuollossa keskeistä on terveysvaarojen ja työstä johtuvien sairauksien ennaltaehkäisy, voidaan sen lisäksi antaa pääosin yleislääkäritasoista sairaanhoitoa.

Valtioneuvoston hyväksymissä linjauksissa määriteltiin myös työterveyshuollon ja työsuojelun keskinäistä suhdetta. Ohjelman mukaan työterveyshuolto ja työsuojelu ovat toisiaan tukevia ja täydentäviä toimintoja työstä ja työoloista johtuvien terveysvaarojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Kysymyksessä on siis kuitenkin kaksi eri käsitettä. Kummankin lähtökohtana on, että työolojen vaarat voidaan tunnistaa ja niiden aiheuttamat terveyden haitat ehkäistä. Työnantajalla on vastuu sekä työterveyshuollon että työsuojelun järjestämisestä. Työterveyshuoltoon liittyvät periaatteet koskevat myös työnantajan ja työntekijöiden yhteistoimintaa ja työolojen jatkuvaa seurantaa.[498]

5.7 Hammashuolto julkisen ja yksityisen palveluntuotannon välimaastossa

Vuoden 1985 terveyspoliittisessa selonteossa todettiin yksityisillä palveluilla olevan merkittävä tehtävä julkisten palvelujen täydentäjänä hammashuollossa. Tämä periaatekanta näkyi myös käytännössä välittömästi selonteon antamisen jälkeen. Vuonna 1986 sairausvakuutuksen korvausalaan tehtiin merkittävä laajennus liittämällä nuorten henkilöiden normaali hammashuolto korvattavan hoidon piiriin. Aiemmin korvattavaa oli ollut vain muun sairauden vuoksi tarpeellinen hammashoito. Yksityinen palvelu hammashuollossa oli laajentunut merkittäväksi jo senkin vuoksi, että hammashuollossa kunnan järjestämisvelvollisuus oli kansaterveyslaissa rajoitetumpi kuin muussa terveydenhuollossa. Hammashuollon ei katsottu olevan niin keskeinen terveydenhuollon alue, että kunnalla olisi velvollisuus järjestää hoito kaikille asukkailleen, vaan kunnan velvollisuus oli rajoitettu alle 19-vuotiaisiin kuntalaisiin.[499]

Koska hammashuoltoon ei kiinnitetty huomiota, oli suomalaisten hampaiden kunto vielä 1970-luvun alussa hyvin huono. Lakisääteinen hammashuolto koski vain peruskoulun oppilaita ja lapsia. Muilta osin kunta saattoi harkintansa mukaan päättää hammashuoltopalvelujen määrästä kunnassa, koska lakiin ei sisältynyt velvoittavia säännöksiä. Hammashuolto oli siis 1970-luvulla edelleen paikallisen aktiivisuuden varassa samalla tavoin kuin lääkäripalvelut 1930-luvulla.[500] Kuitenkin lääkintöhallitus pyrki 1970-luvulla lisäämään hammaslääkärin virkoja terveyskeskuksiin ja puolueet alkoivat aiempaa enemmän liittää myös hammashuoltoon liittyviä tavoitteita ohjel-

498 Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat 1989, 16.

499 Hammashuollon poikkeava asema näkyi myös alan koulutuksessa. Vuonna 1965 työnsä päättänyt hammaslääkärikomitea oli pitänyt sopivana tiheytenä yhtä hammaslääkäriä tuhatta asukasta kohti. Kuitenkin 1960-luvun lopulla maassa oli vain 2 500 hammaslääkäriä eli yksi hammaslääkäri vajaata 1 900:aa asukasta kohden. Hammaslääkäritiheys vaihteli suuresti maan eri osissa. (Tiitta 2009, 349.)

500 Ks. hammashuollon järjestämisestä 1970-luvulla Tiitta 2009, 406–411.

miinsa. Eroa tavoitteissa oli kuitenkin siinä, tuliko hammashuoltoa edistää sairausvakuutuksen vai kansanterveystyön kautta.[501]

Myös sairausvakuutuksen puolella terveydenhuollon talousnäkökohdat nousivat esiin, koska sairausvakuutuksen korvausalan laajennus vuonna 1986 toteutettiin vain osittaisena terveydenhuollon tasa-arvonäkökohdat ohittaen. Korvausalan laajennus rajattiin koskemaan vain vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneitä, eli järjestelmä koski pääosin vain alle 30-vuotiaita kansalaisia. Kustannusten huomioon ottaminen terveydenhuollossa näkyi erityisen selvänä hammashuollossa. Koululaisilla ja alle 19-vuotiailla nuorilla oli oikeus kunnalliseen hammashuoltoon ja sen jälkeen 30 ikävuoteen saakka nuorilla oli mahdollisuus saada sairausvakuutuksesta korvattua yksityistä hammashuoltoa. Jälkimmäinen muutos toteutettiin kustannussyistä vielä asteittain neljänä vuotena, niin että vuosittain yksi uusi ikäluokka tuli sairausvakuutuskorvausten piiriin. Korvausta tälle ”nuorten” ryhmälle suoritettiin tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon kustannuksista 75 prosenttia ja muusta hammashoidosta 60 prosenttia korvaustaksan mukaisesta määrästä.

Hammashuollon kehittäminen jatkui edelleen 1980-luvulla. Koska rajoitukset olivat perustuneet kustannusten säästötavoitteisiin, voitiin talouden kohentuessa nyörejä hellittää ja antaa kansalaisille aiempaa enemmän palveluja. Tällä kertaa palvelujen laajennus tapahtui julkisen terveydenhuollon puolella, niin että vuonna 1988 nuorten (vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneiden) hammashuollon järjestäminen tuli myös kuntien hammashuollon palvelujen piiriin. Nuoret saivat aidon mahdollisuuden valita terveyskeskuksesta annetun hammashoidon ja sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen hoidon välillä. Muutosta perusteltiin pyrkimyksellä edetä tasapainoisesti molemmilla sektoreilla ja antaa kansalaisille valinnan vapaus terveydenhoitonsa järjestämisessä. Kuitenkin terveydenhuollon tasa-arvoperiaatteen kannalta ratkaisu oli erikoinen. Nuoret saivat palveluja molemmilta rahoituskanavilta samaan aikaan kuin vanhemmat ikäluokat jäivät kokonaan vaille subventoituja palveluita. Nuorten osalta terveyspoliittisesti tärkeä valinnanvapauden mahdollisuus toteutui hammashuollossa harvinaisen täydellisenä, kun nuorille annettiin mahdollisuus valita vapaasti yksityisen ja julkisen palvelun välillä.

Kuntien järjestämisvelvollisuuden tehosteena käytettiin rahoituksellisia keinoja, joilla pyrittiin lisäämään kuntien kiinnostusta antaa hammashuoltopalveluja nuo-

501 Kokoomuksen terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1970 on jo oma osansa suu- ja hammassairauksille. Ohjelmassa vaadittiin hammaslääkärin suosittamia tutkimuksia ja hammaslääkärin määräämiä lääkkeitä korvattavaksi sairausvakuutuksesta mahdollisimman pian. SDP:n terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1975 todetaan hammashuollon suurimmiksi ongelmiksi hoitopalvelujen riittämättömyys, ennalta ehkäisevän toiminnan puute, palvelujen epätasainen jakautuminen ja palveluista perittävien maksujen suuruus. Toisin kuin kokoomus, SDP halusi kuitenkin ongelman ratkaistavaksi kansanterveystyön avulla ja vaati, että kansanterveyslain edellyttämä koko kansan maksuton hammashoito oli toteutettava asteittain niin, että viimeistään vuonna 1985 voidaan koko väestölle tarjota maksuton perushammashoito terveyskeskuksissa. Keskustapuolue vaati vuoden 1977 terveyspoliittisessa periaateohjelmassaan hammashoitoa asteittain sairausvakuutuksesta korvattavaksi, jotta taloudelliset seikat eivät olisi esteenä kansalaisten hammashoidolle. Merkittävää on se, että kokoomus ja keskusta vaativat etenemistä sairausvakuutusta kehittämällä ja SDP oli kansanterveysjärjestelmän edistämisen kannalla.

rille asukkailleen. Tämä tapahtui niin, että nuorten hammashuoltoon käytettyjen yksityishammaslääkärin palkkioiden sairausvakuutuskorvaukset laskutettiin takaisin asianomaiselta kunnalta. Kunnalle tehtiin houkuttelevaksi järjestää nuorten hammashoito terveyskeskuksen palveluna, jolloin kunta säästyi sairausvakuutuskorvausten maksamiselta. Erikoinen järjestelmä kuvaa hyvin kuntien ja valtion suhdetta terveydenhuollon organisoinnissa. Kun valtion on kunnan itsehallinnon vuoksi vaikeata antaa suoria määräyksiä kunnille terveydenhuollon järjestämisessä, on kuntia rahoituksellisin keinoin houkuteltava toimimaan halutulla tavalla. Tässä tapauksessa kuntia painostettiin toteuttamaan kansanterveyslain mukaiset velvollisuutensa lisäkustannusten välttämiseksi. Uusi velvollisuus herätti luonnollisesti kunnissa ja niiden etujärjestöissä voimakasta vastustusta. Kunnat katsoivat, että ne velvoitettiin vastentahtoisesti osallistumaan sairausvakuutuksen rahoitukseen, vaikka ne joutuivat samaan aikaan hoitamaan kansanterveyslain mukaiset velvoitteensa. Järjestelmä ei osoittautunut kestäväksi, vaan se lopetettiin 1990-luvun alun suuren valtionosuusuudistuksen yhteydessä.

1990-luvun alussa kiinnitettiin huomiota myös sotaveteraanien hammashuollon parantamiseen. Veteraanien hammashuollon toteutus liittyi maamme itsenäisyyden 75-vuotisjuhlavuoteen, jolloin haluttiin muistaa veteraanien panosta itsenäisyyden säilyttämisessä.[502] Rintamaveteraanien hammashuollosta ja korvaamisesta säädetyn lain (678/1992) mukaan henkilöllä, jolla oli rintamasotilastunnus, rintamapalvelustunnus, rintamatunnus tai veteraanitunnus, oli oikeus saada korvausta hammashuollosta, eikä tällaiselta henkilöltä peritty maksua terveyskeskuksessa suoritetusta hampaiden tarkastuksesta, ehkäisevästä työstä tai protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä.[503]

Hammashuolto kokonaisuudessaan muodostaa oman erillisen polkunsa Suomen terveydenhuollon kehityksessä. Hammashuoltojärjestelmä ei alun perinkään kulkenut vuoden 1869 julistuksesta lähtenyttä kunnallisen järjestämisvelvollisuuden polkua. Hammashuolto ei kuulu siihen yleisen terveydenhuollon piiriin, joka kunnalla on velvollisuus asukkailleen järjestää, eikä aiempina ajanjaksoina kunnallista hammashoitoa ollut juuri lainkaan. Vasta 1970-luvulla tarjottiin laajempaa kunnallista hammashoitopalvelua, joka sekin perustui kunkin kunnan itsehallintonsa puitteissa tekemiin erillispäätöksiin eikä lain velvoituksiin. Kunnat ovat koululaisia ja alle 19-vuotiaita lukuun ottamatta voineet vuoteen 1988 saakka vapaasti päättää hammashuollon palvelujen määrästä. Vuoden 1988 jälkeenkin kunnallinen hammashuolto koski vain nuoria.

502 Asiaa valmisteltiin rintamaveteraanien hammashuollon työryhmässä (STM 1991:17). Hallituksen esityksen johdannossa (HE 83/1992) korostetaan, että hallituksen esitys annetaan maamme itsenäisyyden 75-vuotisjuhlavuoteen liittyen.

503 Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta tarkensi esitystä niin, että kysymys oli hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon suorittamasta protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä, koska esityksessä ei ollut tarkennettu protetiikkaan liittyvän työn käsitettä (SoVM 14/1992).

Perinteisesti suuri osa hammaslääkäreistä on toiminut yksityisyrittäjinä, ja hammashuolto kunnallisena palveluna on rajoittunut lähinnä kouluterveydenhuoltoon. Suurimman osan kansasta edellytettiin hoidattavan hampaansa itse ilman yhteiskunnan tukea. Vanhemmilla ikäryhmillä oikeus hammashuollon korvaukseen sairausvakuutuksesta tuli kysymykseen vain silloin, kun hoito katsottiin välttämättömäksi jonkun muun sairauden kuin hammassairauden hoitamiseksi. Säännös merkitsi melkoista soveltamisongelmaa. Aina ei suinkaan ollut selvää ja kiistatonta, minkä sairauden hoidossa hammashoito oli välttämätöntä. Sairausvakuutusta on yleensä tulkittu melko suppeasti, ja muun sairauden hoidon huomioon ottaminen korvauskäytännössä oli vähäistä. Korvattavuuden edellytyksenä tuli olla selvä ja kiistaton yhteys muun sairauden ja hammashoidon välille. Esimerkiksi nivelreumaa, MS-tautia tai synnynnäistä lihassurkastumatautia ei hyväksytty sellaiseksi muuksi sairaudeksi, jonka hoidon vuoksi hammashoitoa olisi pidetty välttämättömänä. Korvattavuuden ulkopuolelle jäivät myös proteettiset toimenpiteet, vaikka ne olisivatkin olleet välttämättömiä muun sairauden hoitamiseksi.[504]

5.8 Arvio

Funktionalistisesti tarkasteltuna vuodet 1960–1990 olivat terveyspoliittisille uudistuksille suotuisia. Yleisesti koko kolmenkymmenen vuoden jakso oli taloudellisen nousun aikaa Suomessa. Teollisuustuotanto nousi huippuunsa 1970-luvulla, minkä jälkeen teollisuuden osuus bruttokansantuotteesta alkoi laskea. Ajanjakson lopussa, vuoteen 1990 tultaessa, Suomi oli muuttunut jälkiteolliseksi palveluyhteiskunnaksi sekä suljetusta taloudesta avoimeksi. Näiden suurten muutosten vaikutukset terveyspolitiikkaan alkoivat kuitenkin näkyä vasta 1990-luvulla, jolloin aiempaa enemmän alettiin korostaa yksilön vastuuta yhteiskunnan vastuun sijasta. Funktionalistisen lähestymistavan mukaisesti Suomen terveydenhuolto alkoi kehittyä, kun taloudelliset edellytykset paranivat.

Ensimmäisenä tuli voimaan sairausvakuutus, jota oli valmisteltu yli kuusikymmentä vuotta ja joka Suomessa toteutettiin kansainvälisesti katsoen erittäin myöhään. Sairausvakuutus auttoi erityisesti sairauden ja äitiyden aikaisissa työtulojen menetyksessä sekä lääkkeiden korvaamisessa, mutta itse sairaanhoidossa sairausvakuutuksen rooli ei muodostunut niin merkittäväksi kuin mihin järjestelmää valmisteltaessa pyrittiin. Syynä olivat samaan aikaan toteutetut muut suuret uudistukset, kuten työeläkejärjestelmän voimaantulo, minkä vuoksi sairaanhoitovakuutuksen soveltamisalaa jouduttiin supistamaan ja korvausjärjestelmä jäi puutteelliseksi. Suureksi osaksi säätämisvaiheessa tehtyjen kompromissien vuoksi sairaanhoitovakuutus muodosti alusta lähtien heikon instituution.

Lisääntyvä teollinen työvoima edellytti uusia ratkaisuja työkyvyn ylläpitämiseksi ja työstä aiheutuvien terveysvaarojen torjumiseksi. Pääasiassa juuri näistä syistä

504 Kelan hammashuollon ohjeet, ks. www.kela.fi.

työmarkkinajärjestöt alkoivat edistää ja tukea työterveyshuoltojärjestelmää uutena työikäisille ja työssä käyville suunnattuna terveyspalvelun muotona. Perinteinen kunnanlääkärijärjestelmä ei riittänyt työkyvyn ylläpitämiseen ja työssä käyvien terveyspalvelujen tarpeiden tyydyttämiseen. Kun talous vahvistui ja 1960-luvun lopulla työntekijäpuolen keskusjärjestöt yhdistyivät, oli työnantajapuoli valmis sopimusteitse edistämään sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Samalla terveydenhuollon alalle tulivat aiempaa voimakkaammaksi toimijaryhmäksi työmarkkinajärjestöt, jotka alkoivat ehdollistaa tulevaa kehitystä ja polun suuntaa työssä käyvien osalta. Muutos koski kuitenkin vain avoterveydenhuoltoa, ei niinkään erikoissairaanhoitoa. Työterveyshuollon myötä sairausvakuutusrahasto ja työnantajat alkoivat yhdessä ylläpitää työterveyshuoltoa. Työterveyshuolto erkaantui myös selväpiirteisesti sairaanhoitovakuutuksesta omaksi polukseen. Samalla sairausvakuutusrahasto jakaantui tavallaan monikanavaiseksi rahoituslähteeksi, joka ylläpiti sekä sairaanhoitovakuutusta että työterveyshuoltoa. On kuitenkin muistettava, että työterveyshuollossa myös työnantajat ovat merkittävä rahoituskanava, koska työnantajat vastaavat ainakin puolesta järjestelmän ylläpitokustannuksista. Uuden rahoituskanavan syntymisen syyt ovat pääosin selitettävissä sillä, että parantunut ja laajentunut talous antoi edellytykset lisätä panostusta työssä käyvien terveysongelmien ratkaisuun. Muutoksessa oli kysymys myös Walter Korven esittämistä valtaresursseista. Työmarkkinajärjestöjen vaikutusvalta kasvoi tällä ajanjaksolla, ja tärkeää kehityksen kannalta oli se, että työnantajapuoli suostui sopimaan myös terveydenhuoltoon liittyvistä kysymyksistä. Työmarkkinaosapuolten, erityisesti SAK:n ja STK:n, vaikutusvalta nousi puolueiden vaikutusvallan rinnalle, koska järjestöt saattoivat sopimustoiminnalla tehokkaasti edistää asioita ohi puoluepoliittisten erimielisyyksien.

Työmarkkinajärjestöjen vaikutusvallan nousu pohjautui ajatuksellisesti jo vuoden 1940 tammikuun kihlaukseen, ja käytännössä se näkyi vuonna 1968 solmitussa ensimmäisessä tulopoliittisen sopimuksessa. Kehitys jatkui tämän jälkeen samaan suuntaan. SAK eheytyi vuonna 1969 ja sen seurauksen työntekijöiden järjestäytymisaste Suomessa nousi yli 80 prosentin, mikä oli yksi suurimmista koko maailmassa.[505] Samaan aikaan myös työnantajien keskusjärjestössä STK:ssa nähtiin taloudellisen kasvun näkökulmasta hyödylliseksi tehdä tulopoliittisia kokonaisratkaisuja, joiden sosiaalipaketteihin sisältyi myös terveydenhuoltoon liittyviä uudistuksia. Koska asiallisesti uudistuksista sovittiin työmarkkinaneuvotteluissa, eduskunta koki joinakin vuosina olevansa vain työmarkkinasopimusten passiivinen toteuttaja. Työmarkkinasopimuksilla vakiinnutettiin uuden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelupolku, työterveyshuolto, yksityisen ja julkisen terveydenhuollon väliin sekä vahvistettiin ns. kolmikantainen valmistelutapa. Näin perinteisten puoluetoimijoiden, asiantuntijoiden ja virkamiesten rinnalle terveydenhuoltoa kehittämään tulivat uudet toimijat, työmarkkinajärjestöt, jotka edistivät uutta terveydenhuollon lajia. Kaiken taustalla talouden paraneminen antoi edellytykset tälle kehitykselle.

505 Ks. SAK:n eheytymisprosessista Bergholm 2001, 48–51.

Myös perinteisen kunnanlääkärijärjestelmän muuttuminen kansanterveysjärjestelmäksi voidaan selittää pitkälti funktionalistisin perustein. 1960-luvulle tultaessa Suomen elinkeinorakenne koki syvän rakennemuutoksen. Maaseudulta muutettiin kaupunkeihin ja suureksi osaksi myös Ruotsiin työnhakuun eikä siihenastinen kuntaratkaisuihin perustuva terveydenhuoltojärjestelmä voinut enää tyydyttää muuttuneita tarpeita. Hyvä taloudellinen kehitys 1960-luvulla antoi pohjaa myös terveydenhuollon tuolloin alkaneelle uudelle ajattelutavalle, jossa terveydenhuoltoa haluttiin tarjota tasapuolisesti kaikille varallisuudesta ja tulotasosta riippumatta. Kansanterveysjärjestelmän toteutuksessa kuitenkin korostuvat kuitenkin myös institutionaaliset ja polkuriippuvuuteen liittyvät tekijät. Erityisesti sosiologisen ja valtioinstitutionalismin piirteet ovat ilmeiset.

Monista uusista piirteistään huolimatta uudistus pohjautui vuoden 1869 keisarillisen julistuksen ajatukseen kunnallisesta järjestämisvastuusta ja kunnan itsehallinnon keskeisyydestä toteutuksessa. Uudistuksessa ei edes pyritty rakentamaan Suomen avoterveydenhuoltoon uutta järjestelmää uusista lähtökohdista vaan tyydyttiin parantamaan jo sata vuotta voimassa ollutta järjestelmään entisistä lähtökohdista. Uudistusta valmisteltaessa ei pohdittu niitä haittoja, joita kunnalliseen päätöksentekoon pohjautuva järjestelmä oli aiheuttanut potilaan asemalle ja oikeusturvalle, vaan uudistuksen tulos oli lähinnä parannettu kunnanlääkärijärjestelmä. Uutta oli tosin se, että kunnallista itsehallintoa jonkin verran rajoitettiin, koska kansanterveystyö kunnissa tuli olla yhdenmukainen valtakunnallisen kansanterveyssuunnitelman kanssa. Myös kansanterveysjärjestelmän rakentamiseen ja ylläpitämiseen tarkoitetut korotetut valtionavut tuli kunnassa käyttää tähän tarkoitukseen eikä muuhun. Valtakunnalliset suunnitelmat eivät kuitenkaan olleet kovin yksityiskohtaisia, minkä vuoksi jokaisella kunnalla oli runsaasti päätösvaltaa kansanterveyslakia paikallisesti toteutettaessa. Kansanterveyslain puitelakiluonne polkuriippuvuuden seurauksena johti siihen, että päätökset kansanterveysjärjestelmän tarkemmasta toteutuksesta säilyivät kunnan päättäjillä ja ratkaisut eri kunnissa vaihtelivat. Siksi kansanterveysjärjestelmän toimeenpano oli hajanaista ja myös kansalaisten välinen tasa-arvo terveyspalvelujen saamisessa vaihteli asuinpaikan mukaan.

Erikoissairaanhoitolaissa, joka säädettiin vuonna 1989, vahvistettiin sairaanhoitopiirin vastuu jäsenkuntiensa erikoissairaanhoidosta. Laki tarkensi niitä velvoitteita, joita kunnalla jo aiemmin oli asukkaittensa erikoissairaanhoidon järjestämiseksi. Uusi instituutio, sairaanhoitopiirit, ehdollisti tulevan kehityksen. Vaikka sairaanhoitopiirin päättävät elimet muodostuivat jäsenkuntien edustajista, alkoi erikoissairaanhoito erkaantua perusterveydenhuollosta omaksi järjestelmäkseen, jota kunnat pitivät etäisenä. Erikoissairaanhoitolain säätäminen oli sikäli merkittävä käännekohta, että erikoissairaanhoito oli yhä selvemmin kuntayhtymien vastuulla ja Suomi tavallaan lähestyi tältä osin Ruotsia, jossa terveydenhuolto on maakuntien vastuulla. Potilaan kannalta erikoissairaanhoitolaki merkitsi selkiytymistä. Erikoissairaanhoitoa saadakseen potilaan oli saatava lähete perusterveydenhuollosta. Tähän liittyvät myös eduskunnassa vuonna 1934 tehty sopimus valtion ja kunnan yhteistoiminnasta sai-

raalalaitoksen kehittämiseksi, vuoden 1943 sairaalalaki ja keskussairaaloiden rakentamisprosessi 1950–1970-luvuilla.

Valtion roolin aktivoituminen, joka oli alkanut jo vuoden 1943 sairaalalain myötä, ulottui nyt myös avoterveydenhuollon toteuttamiseen. Tästä huolimatta polkuriippuvuus oli voimakas kansanterveysjärjestelmää toteutettaessa. Polkuriippuvuus vaikutti siihen, että kansanterveysjärjestelmää valmisteltaessa juuri voimaan tullut sairausvakuutusjärjestelmä ohitettiin voimavarana lähes täysin ja lähdettiin suunnittelemaan kunnallisen järjestämisvelvollisuuden pohjalta kehitettyä mallia, jossa juuri voimaan tulleella sairausvakuutuksella uutena voimavarana ei ollut roolia. Vain lain voimaantulovaiheen aikana rahoituskanavat yhdistyivät ja sairausvakuutus rahoitti myös kansanterveystyötä.

Kuntien terveyskeskuksissa annettua sairaanhoitoa rahoitettiin sairausvakuutuksesta vuoteen 1983 saakka. Polkuriippuvuuden näkökulmasta tämä rahoituksellinen merkittävä käännekohta tapahtui Piersonin mukaisesti lähes sattumanvaraisesti ja ilman syvällisempää keskustelua. Päähuomio keskittyi tuolloin sairausvakuutuspäivärahojen muutokseen (SOVE-uudistus) ja sen aiheuttamaan kustannusten kasvuun. Sairausvakuutusrahaston ja julkisen terveydenhuollon rahoituksellisen yhteyden katkaisu ei herättänyt poliittista mielenkiintoa, koska muutos oli vain pieni osa kokonaisuudesta. Muutos näytti alussa pieneltä, mutta sen vaikutukset tulivat esiin vasta myöhemmin, kun Suomessa alettiin keskustella ns. monikanavaisuuden ongelmasta, mikä osaltaan edelleen on ollut omiaan heikentämään sairaanhoitovakuutuksen asemaa instituutiona.

Terveydenhuollon erimielisen kehittämisen lopputuloksena syntyneet kolme järjestelmää perustuivat erilaisiin lähtökohtiin. Vanhin, 1860-luvulla syntynyt kunnallinen järjestelmä ja siitä kehittynyt terveyskeskusjärjestelmä pyrkivät täyttämään kansalaisten hoidon tarpeen paikallisesti siten kuin kunnallisessa itsehallinnossa erikseen päätettiin. Sairausvakuutus taas antoi potilaalle oikeuden valita hoitava lääkäri. Se myös korvasi osan hoidon kustannuksista. Sairausvakuutus antoi aluksi myös mahdollisuuden valita kunnanlääkärin ja yksityisen palvelun välillä, mutta valinnanvapaus poistettiin sittemmin terveyskeskuskäyntien muuttuessa maksuttomiksi, jolloin sairausvakuutus supistui korvaamaan vain yksityisiä palveluja. Kehityksen seurauksena kaksi lähellä toisiaan kehitettyä järjestelmää alkoi toimia rinnakkain ilman selvää yhteyttä toisiinsa. Julkista ja yksityistä terveydenhuoltoa alettiin pitää toistensa vastakohtina eikä kokonaisuutta haluttu hyödyntää. Hoitoa antava taho tuli tärkeämmäksi kuin se, saiko potilas hyvää hoitoa vai ei. Näiden kahden polun väliin tuli työterveyshuolto, jossa lisättiin yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutusta, koska palvelu sallittiin vaihtoehtoisesti jommankumman palvelujärjestelmän kautta. Työterveyshuollon synnyllä oli myös merkittävä heijastusvaikutus työssä käyvien valinnanvapauteen. Järjestelmän ansiosta työssä olevien oli mahdollista valita terveyspalvelunsa terveyskeskuksen, yksityisen palvelun ja työterveyshuollon välillä.

Tällä ajanjaksolla syntyneen kolmen polun varteen alkoi muodostua instituutioita, jotka ehdollistivat terveydenhuollon kehityksen tulevaisuuteen nähden. Kansanterveysjärjestelmä painotti kuntien vastuuta terveydenhuollosta: kuntien keskusjärjestöistä instituutioina tuli yhä merkityksellisempiä painostusryhmiä päättäjiin päin. Työterveyshuollon kannalta keskeisiä instituutioita olivat työmarkkinajärjestöt ja kolmikantainen asioiden valmistelu, kun taas sairaanhoitovakuutus ei muodostanut merkittäviä instituutioita. Periaatteessa esimerkiksi potilasjärjestöistä tai yksityisistä lääkäriasemista olisi voinut tulla sairaanhoitovakuutuksen taustavoimia, mutta siitä ei ollut merkkejä. Sairaanhoitovakuutukselle jäi vähän puolustajia ja eniten sen kehittämistarpeet tulivat esiin eduskuntakeskustelussa, jossa kansanedustajat tuovat äänestäjien näkemyksiä esiin. Sairaanhoitovakuutusta kannattavat lähinnä palveluja tarvitsevat kansalaiset, jotka syystä tai toisesta joutuvat käyttämään julkisen ohella myös yksityisiä palveluja ja joutuvat sen vuoksi maksamaan itse pääosan kustannuksista korvaustason jälkeenjääneisyydestä johtuen. Kolme eri polkua on johtanut myös monenlaisiin näkemyksiin siitä, miten Suomen terveydenhuoltoa tulisi kehittää. Monet kansanterveystyön nimeen vannovat katsovat, että ainoastaan kansanterveystyötä tulisi edelleen kehittää, ja pitivät Suomen terveydenhuollon kulmakivenä terveyskeskuksia. Toiset tahot ottivat huomioon myös sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon merkityksen ja halusivat kehittää terveydenhuollon kokonaisuutta myös nämä elementit ja resurssit mukaan lukien.

Edellä mainittujen rintamalinjojen toimijat ja edustajat ovat edelleen tunnistettavissa. Kuten Ira Kaznelson[506] on todennut, merkitykselliset tapahtumasarjat, jotka ovat joko ulkoisia tai sisäisiä tai yhdistelmiä molemmista, vahvistavat instituutioita. Tällaisille tapahtumasarjoille tyypillistä on se, että ne siirtävät instituutiota epävarmuuden tilasta ja kognitiivisesti monista poliittisista vaihtoehdoista sellaiseen tilanteeseen, jossa on paljon vähemmän vaihtoehtoja, joka on vähemmän epävarma ja joka asettaa rajoituksia harjoitettavalle politiikalle. Työterveyshuolto on esimerkki instituutiosta, joka on vähitellen 1970-luvun alusta lähtien siirtynyt työmarkkinajärjestöjen valtaresurssin turvin epävarmuuden tilasta tilanteeseen, jossa poliittisesti on vaikeata esittää sille vaihtoehtoa. Kansanterveysjärjestelmä oli vahva järjestelmä heti syntyessään, koska se perustui sata vuotta voimassa olleeseen traditioon. Sairaanhoitovakuutus oli sen sijaan järjestelmässämme outo, joka ei perustunut traditioihin ja joka sen vuoksi muotoutui niin heikoksi, ettei se voinut menestyksellisesti kilpailla kahden muun järjestelmän kanssa.

Hajanaisuudesta huolimatta vuosina 1960–1990 tehdyt uudistukset merkitsivät selvää edistystä Suomen terveydenhuollossa, ja niiden myötä myös kansanterveys koheni. Sairausvakuutuksen toteutuksessa korostui vielä Suomen terveydenhuollossa jatkuvasti esillä oleva taloudellisuuden ja niukkuuden periaate, joka väistyi osittain kehittämishalun tieltä kansanterveysjärjestelmää rakennettaessa. Siinäkin niukkuuden periaate näkyi pitkänä siirtymäaikana. Uudistus toteutettiin asteittain ja kustannustietoisesti, vaikka bruttokansantuotteen volyymi keskimäärin kasvoi voimakkaasti

506 Katznelson 2003, 293.

1970-luvulla taloudellisista taantumista huolimatta. Terveyskeskusten rakentamisen aloittaminen Pohjois-Suomesta merkitsi sitä, että puutteita haluttiin alkaa korjata siellä, missä pitkät matkat ja puutteelliset palvelut olivat eniten haitanneet terveydenhuollon toteutusta.

Terveyspoliittisesti ja kansalaisten tasa-arvon kannalta kansanterveysjärjestelmän maksuttomuuden toteuttaminen samoin kuin työterveyshuolto käyttäjälleen maksuttomana olivat merkittäviä saavutuksia. Hoitoon pääsyn kynnystä haluttiin alentaa, joten Suomessa pyrittiin 1960-luvulla toteuttamaan samantyyppisiä terveyspoliittisia arvoja kuin monissa muissakin Euroopan maassa. Taloudellisuus- ja kustannusajattelu sekä erityisesti kunnan taloudesta huolehtiminen terveyspalveluja toteutettaessa oli saanut rinnalleen toisen arvon, kansalaisten hoitoon pääsyn helpottamisen ja kansalaisten tasa-arvon periaatteen. Monissa Euroopan maissa toteutettu maksujen poistaminen terveyspalveluista toteutui nyt Suomessakin, joskin pitkällä siirtymäajalla.[507]

Merkittävä uudistus tällä ajanjaksolla oli myös hammashoidon saaminen osaksi kunnan järjestämää terveydenhoitoa rinnakkaisena sairausvakuutuksen kanssa, joskin se koski vain nuoria kansalaisia. Käännekohta sai aikaan uuden polun hammashuollossa, joka johti vähitellen koko kansan ottamiseen hammashuollon piiriin ja hammashuollon täysimittaiseen huomioon ottamiseen kunnan terveydenhuollon järjestämisvelvoitetta määriteltäessä. Samalla hammashuolto muodosti oman terveydenhuollon instituutionsa, jossa yksityisten palvelujen asema suhteessa julkisiin palveluihin oli täydentävä ja merkittävämpi kuin yleisessä terveydenhuollossa.

Keskeisiä toimijoita terveydenhuollon edistämisessä vuosina 1960–1990 olivat ensin puolueet ja myöhemmin yhä enemmän työmarkkinajärjestöt. Sairausvakuutusjärjestelmä ei universaalisesti toteutettuna aiheuttanut enää kovia poliittisia ristiriitoja, kuten aiempina vuosikymmeninä. Alan etujärjestö Suomen Lääkäriliitto ei vastustanut sairausvakuutuksen ja kansanterveyslain voimaantuloa mutta ei myöskään aktiivisesti ajanut näitä uudistuksia. Merkittävää on, että osittain palkkioihin perustuvan kunnanlääkärijärjestelmän muuttuminen kiinteäpalkkaiseksi terveyskeskuslääkärijärjestelmäksi ei herättänyt vastustusta alan ammattijärjestössä, vaikka monissa muissa maissa kiinteään palkkaan siirtyminen on ollut lääkäreille vaikeata. Tähän asenteeseen kuitenkin vaikutti todennäköisesti suomalaisessa kulttuurissa vallinnut käytäntö, jossa lääkärillä on mahdollisuus toimia samaan aikaan sekä julkisen yhteisön palveluksessa että työajan ulkopuolella yksityisenä ammatinharjoittajana tai lääkärinä yksityisessä terveyspalveluja antavassa laitoksessa.[508] Sen sijaan työnanta-

507 Esimerkiksi Tanskassa ja Isossa-Britanniassa terveydenhuolto on ilmaista.

508 Monessa maassa perusterveydenhuollon lääkärit ovat ammatinharjoittajia eivätkä kiinteäpalkkaisia. Yhteiskunnan heille maksamat palkkiot sovitaan neuvottelumenettelyssä. Tätä vaihtoehtoa ei kuitenkaan edes tutkittu kansanterveysjärjestelmää suunniteltaessa. Mikäli lääkärit olisivat osallistuneet kansanterveysjärjestelmään ammatinharjoittajina, olisi sairaanhoitovakuutus voinut korvata heidän palkkiotaan. Tällöin ei ehkä samanlaisia ristiriitoja sairaanhoitovakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon välille olisi syntynyt kuin sittemmin tapahtui. Tässä vaihtoehdossa ei myöskään olisi syntynyt ns. monikanavaisuuden ongelmaa, kun molemmat kanavat olisivat tukeneet julkista terveydenhuoltoa.

japuoli vastusti jo 1950-luvulla sairausvakuutusta valmistelleessa Jylhän komiteassa sairaanhoitovakuutusta.

Työterveyshuollon myötä alkoi vaikuttaa myös uusi asioiden valmistelutapa, ns. kolmikantainen asioiden valmistelu, jossa valtion ja työmarkkinajärjestöjen edustajat yhdessä kehittivät järjestelmää. Kansanterveysjärjestelmän keskeisiä valmistelijoita olivat alussa virkamiehet ja asiantuntijat, mutta vähitellen asia nousi poliittiseen keskiöön ja myös puolueet ottivat kansanterveysjärjestelmän edistämisen ohjelmaansa. 1960-luvulla alkaneen diskurssin maksuttomista terveyspalveluista aloittivat vasemmistopuolueet, etenkin sosialidemokraatit, joiden tavoitteissa maksuttomat palvelut olivat olleet jo Forssan puoluekokouksesta vuodesta 1903 lähtien. Erittäin keskeinen instituutio olivat jo 1930-luvulta lähtien julkisen terveydenhuollon valmistelussa ja kehittämisessä olleet kunnalliset keskusjärjestöt, joiden intressissä on ollut erityisesti kunnallisen itsehallinnon ja kunnan talouden ylläpitäminen uudistuksissa. Kunnalliset keskusjärjestöt ovat kiinnittäneet erityistä huomiota myös valtion maksuosuuden lisäämiseen vaatien valtiota korvaamaan kunnilla lisääntyneistä tehtävistä aiheutuneet kustannusten lisäykset. Valtion puolella keskeisenä instituutiona ovat ennen kaikkea alan keskeiset ministeriöt – sisäministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö – sekä alan keskusvirastot lääkintöhallitus ja Työterveyslaitos.

Virkamiehet ja asiantuntijat olivat edelleen merkittäviä toimijoita tällä ajanjaksolla, sillä heidän toimestaan uudistukset valmisteltiin komiteoissa ja työryhmissä sekä pelkästään virkatyönä etenkin sosiaali- ja terveysministeriössä. Uudistuksista käydyt eduskuntakeskustelut eivät osoita kovin selkeitä eroja vasemmiston ja oikeiston välillä, joskin kansanterveysjärjestelmää ja julkista terveydenhuoltoa sekä hoidon maksuttomuutta puolustettiin enemmän vasemmisto- kuin oikeistopuolueiden puheenvuoroissa. Valiokuntatyöskentelyssä jätetyt eriävät mielipiteet osoittavat vasemmistolla ja oikeistolla olleen eriäviä näkemyksiä hoidon järjestämistavasta. Vasemmisto korosti julkisen terveydenhuollon ensisijaisuutta sekä tasa-arvoista hoitoa.[509] Kovin syviä poliittisia erimielisyyksiä ajanjakson uudistuksista ei kuitenkaan enää eduskuntavaiheessa esiintynyt, vaan kovemmat kiistat käytiin jo asioiden valmisteluvaiheessa, jolloin kaikkien instituutioiden edustajat pyrkivät vaikuttamaan lopputulokseen.

Suurin muutos aiempaan oli työmarkkinajärjestöjen (SAK ja STK) ja osin myös maataloustuottajia edustavan keskusjärjestön (MTK) roolin vahvistuminen tietynlaisina yhteiskunnallisen kehityksen vetureina. Terveydenhuollon kehityksen seurauksena työmarkkinajärjestöjen ääni voimistui ja järjestöjä kuultiin entistä tarkemmin sosiaali- ja terveysalan uudistuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa, eli ns. kolmikantaisesta asioiden valmistelusta tuli käytäntö.

509 Esimerkkinä voidaan mainita edustaja Marjatta Mattsonin (SKDL) kriittinen suhtautuminen työterveydenhuollon yksityiseen järjestämistapaan ja edustaja Claes Anderssonin (Vas.) huoli erikoismaksuluokan eriarvoistavasta vaikutuksesta.

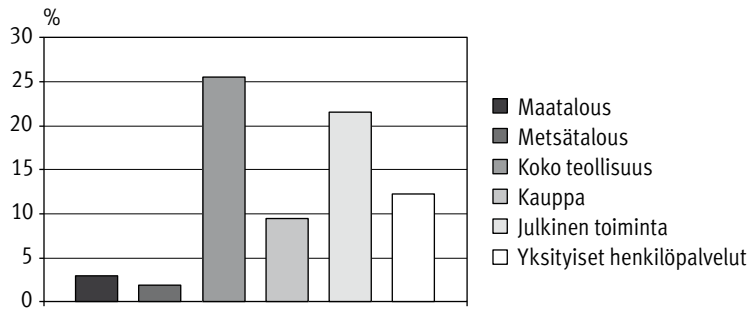
6 YKSILÖN VASTUU LISÄÄNTYY (1991–2010)

Tässä jaksossa tarkastelen, miten edellisessä ajanjaksossa muotoutuneet kolme terveydenhuollon polkua ja niihin liittyvä rahoituksen ja palvelun monikanavaisuus ovat kehittyneet ja millaisessa vuorovaikutuksessa järjestelmät ovat olleet kahden viimeisen vuosikymmenen aikana. Lisäksi tarkastelen, miten ajanjaksolle tyypillinen yksilön vastuun lisääntyminen heijastuu tehtyihin terveyspoliittisiin ratkaisuihin ja potilaan asemaan. Tarkastelen myös sairausvakuutuksen, työterveyshuollon ja hammashuollon kehitystä ajanjaksolla sekä näiden sivupolkujen suhdetta terveyspolitiikan pääpolkuun. Lopuksi arvioin ajanjaksoa funktionalistisen, rakennepoliittisen ja institutionalistisen lähestymistavan pohjalta.

6.1 Suomen taloudellinen tilanne vuosina 1991–2010

Bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden jakaumassa tällä ajanjaksolla olen ottanut esimerkiksi vuoden 1993 (kuvio 9). Silloin taloudellinen lama oli jatkunut jo kolmatta vuotta. Suomen elinkeinorakenne oli edennyt ns. jälkiteolliseen vaiheeseen ja palvelut olivat ohittaneet teollisuustuotannon. Tietoyhteiskunta teki tuloaan Suomeen, ja tietotekniikka-alasta tuli tärkeämpi tekijä kansantalouden kokonaisuudessa. Vastaavasti maa- ja metsätalouden osuus oli supistunut vajaaseen 5 prosenttiin ja teollisuudenkin osuus 25 prosenttiin, kun se 20 vuotta aiemmin oli ollut vielä runsaat 30 prosenttia. Jälkiteollista yhteiskuntaa kuvaa erityisesti se, että palvelujen osuus oli noussut lähes 65 prosenttiin, kun kaksikymmentä vuotta aiemmin palveluiden osuus oli 48 prosenttia. Julkisen toiminnan osuus, mukaan lukien julkinen terveydenhuolto, oli 22 prosenttia ja yksityisten henkilöpalvelujen osuus, mukaan lukien yksityinen terveydenhuolto, oli 14 prosenttia. Terveydenhuolto muodosti siis merkittävän osan bruttokansantuotteesta.

Kuvio 9. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1993, %.*

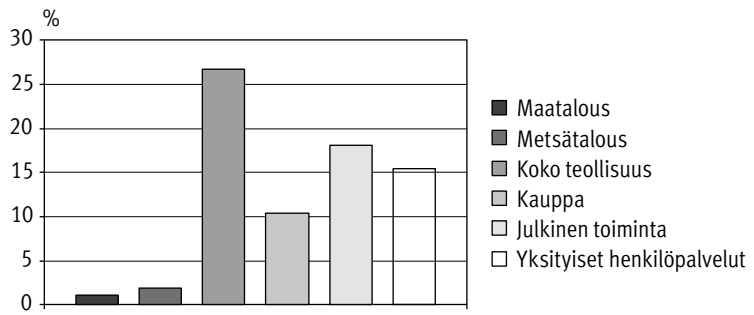


Lähde: Tilastokeskus 2010.

Vuonna 2003 (kuvio 10) ei tilanne ollut paljonkaan muuttunut. Maatalouden osuus oli edelleen hieman laskenut ja vastaavasti yksityisten henkilöpalvelujen osuus noussut. Suomeen oli alkanut vakiintua jälkiteollinen elinkeinorakenne eivätkä aiempien vuosikymmenien suuret rakennemuutokset olleet enää mahdollisia. Suomi oli siirtynyt pysyvästi jälkiteolliseksi palveluyhteiskunnaksi ja kaupungistunut. Siitä huolimatta kaupunkien ja maaseudun välinen jännite politiikassa oli säilynyt. Vuonna 2010 tilanne oli edelleen pitkälti samanlainen kuin vuonna 2003.

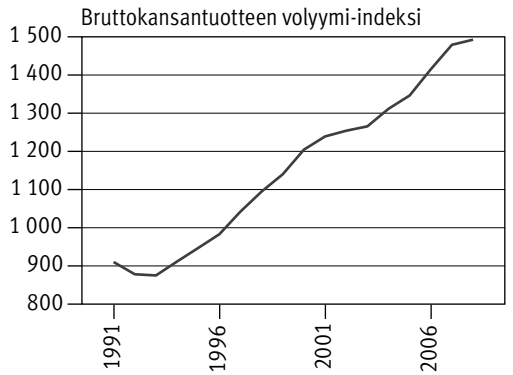
Bruttokansantuotteen kehityksen näkökulmasta (kuvio 11) voidaan nähdä taloudellisen laman leimanneen bruttokansantuotteen volyymin kasvua 1990-luvun alkupuolella. Sen jälkeen volyymi alkoi rajusti nousta. 1990-luvun lama jätti kuitenkin pelon uudesta lamasta, ja ideaalinen lamadiskurssi vaikutti hidastavasti kehittämishaluihin terveydenhuollon osalta koko ajanjakson. Vuoden 2002 jälkeen bruttokansantuotteen volyymi nousi edelleen, kunnes vuoden 2008 loppupuolella pankkikriisistä johtunut taloudellinen taantuma alkoi ja se kosketti koko maailmaa. Laskusuhdanne heikensi

Kuvio 10. *Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 2003, %.*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

Kuvio 11. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1990–2008 (vuosi 1926 = 100).*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

kuntien taloutta ja sitä kautta myös julkista terveydenhuoltoa. Vuonna 2008 bruttokansantuotteen kasvu pysähtyi taloudellisen taantuman seurauksena, ja vuonna 2009 bruttokansantuote laski lähes kahdeksan prosenttia. Taantuma lisäsi työttömyyttä ja vähensi verotuloja nostaen jälleen pintaan 1990-luvulla syntyneen lamadiskurssin. Kuntien palveluita leikattiin rajusti säästöjen aikaansaamiseksi. Ennen taantumaa vuosina 2003–2007 taloudellinen kasvu oli kuitenkin hyvin nopeaa. Vuonna 2008 Suomen bruttokansantuotteen volyymi oli 15 kertaa suurempi kuin vuonna 1926.

1980-luku oli sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen aikaa, jolloin Suomen sosiaali- ja terveysturva viimeinkin lähestyi muiden Pohjoismaiden tasoa. Seuraavalla vuosikymmenellä kehitys kuitenkin hidastui, ja jo 1980-luvun loppua leimasi pyrkimys normien purkamiseen ja päätöksenteon siirtäminen paikalliselle tasolle. Samalla korostui yksilön vastuu suhteessa julkiseen hyvinvointivastuuseen. Talouselämässä ja julkisessa toiminnassa, mukaan lukien terveydenhuollon toteuttaminen, korostettiin tuottavuuden ja kilpailukyvyn lisäämistä ja kustannusten hillintää. Laman seurauksena sosiaali- ja terveysturvan kehittämistyö muuttui etuuksien leikkaamiseksi, mikä jatkui sen jälkeenkin, kun talous alkoi elpyä vuodesta 1995 lähtien. Laman jäljet näkyivät sosiaali- ja terveysturvan kehittämisen pysähtymisenä vielä 2000-luvullakin. Vahva ajatuksellinen paradigma leikkausten välttämättömyydestä oli erityisen voimakas sosiaaliturvan puolella, mutta sama ajattelu heijastui myös terveyspolitiikkaan.

Lama heijastui myös työmarkkinajärjestöjen rooliin, sillä 1990- ja 2000-luvuilla tehtiin enää vähän keskitettyjä työmarkkinaratkaisuja eikä niiden osana ollut enää sosiaalipakettia, joilla olisi kehitetty sosiaali- ja terveysturvaa. Ammattiyhdistysliikkeen päähuomio keskittyi saavutettujen etujen puolustamiseen ja työttömyyden torjuntaan. Päätöksenteon siirtäminen paikalliselle tasolle teki kunnallisista keskusjärjestöistä merkittäviä instituutioita, jotka ehdollistivat tulevaa kehitystä. Pyrkimys säästöihin ja tuottavuuden lisäämiseen vahvisti valtiovarainministeriön asemaa. Vuodesta 2010 lähtien valtiovarainministeriöön on keskitetty valtionosuuksien jakaminen kunnille. Muutos on institutionaalisesti merkittävä ja heijastuu todennäköisesti myös terveydenhuollon toteutukseen tuottavuuden ja kustannusten hillinnän korostamisena. Sosiaali- ja terveydenhuollon informaatio-ohjaus säilyi edelleen sosiaali- ja terveysministeriöllä.[510]

Kunnissa siirryttiin 1990-luvun alkupuolella valtionosuusuudistuksen jälkeen ns. kehysbudjetointiin, jossa kunnan menokehys päätetään moneksi vuodeksi eteenpäin ja talousarvion kustannukset sopeutetaan menokehykseen. Valta keskittyi kunnan

510 Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta (1704/2009) tuli voimaan vuoden 2010 alussa. Uuteen lakiin koottiin hallinnonalakohtaisista valtionosuuksista yleinen valtionosuus, sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuus sekä esi- ja perusopetuksen sekä yleisten kirjastojen, kuntien kulttuuritoimen ja asukaskohtaisesti rahoitetun taiteen perusopetuksen valtionosuudet. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksia koskeneet, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain säännökset kumottiin uuden lain myötä ja valtionosuudet siirrettiin uudistuksella valtiovarainministeriön hallinnonalalle. Valtionosuuksien maksamisesta huolehtii valtion talous- ja henkilöstöhallinnon palvelukeskus. Valtionavustukset, kuten kehittämisavustukset, jäivät opetusministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön budjetteihin ja hallintoon. Yhdistetyissä valtionosuuksissa käytetään yhtä valtionosuusprosenttia. Uudistuksella ei muutettu aiempia valtionosuuksien asukaspohjaisia määräytymisperusteita.

talousjohdolle, jolla on valtiovarainministeriön tapaan oikeus tehdä esitykset luottamushenkilöille talousarvioksi aiemmin hyväksytty menokehys huomioon ottaen. Luottamushenkilöille on mahdollisuus lisätä määrärahoja johonkin kohteeseen, mutta muutos merkitsee vähennystä jonkin toisen menoerän määrärahasta, jotta pysytään kehysbudjetissa. Kehysbudjetointi merkitsi kunnallisen demokratian olennaista vähentymistä.

6.2 Keskitetty ohjaus lopetetaan ja kuntien vastuuta lisätään

6.2.1 Valtionosuusuudistuksen tausta ja paradigman muutos

Valtionosuusuudistusta valmisteltiin pitkään aina 1980-luvun puolivälistä lähtien. Uudistusta edelsivät lukuisat ns. vapaakuntakokeilut, joissa kokeilun piiriin kuuluneet kunnat saivat useita vuosia valtionosuuden yhtenä summana vapaasti käytettäväksi. Kokeilujen tulosten pohjalta syntyi ajatus kaikkien kuntien muuttamisesta vapaakunniksi ja valtion ohjauksen lopettamisesta. Tavoitteeksi asetettiin kuntien itsehallinnon lisääminen, niin että jokainen kunta voisi toteuttaa sosiaali- ja terveyspalvelut vapaasti ilman valtion holhousta paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Päättäjillä oli vahva näkemys siitä, että kunnallisessa demokratiassa tiedetään parhaiten, miten valtionosuudet jaetaan eikä valtion pitänyt millään tavoin sekaantua kunnan päätöksentekoon.

Ennen vapaakuntakokeiluja valtionosuuden muodot olivat käyneet läpi monia vaiheita. 1920- ja 1930-luvuilla valtionapua oli jaettu eniten köyhäinhoitoon ja lastensuojeluun ja myös terveydenhuoltoon annettiin valtionapua kunnanlääkärien viran perustamiseksi. Valtionavut olivat myös valtion ohjausväline, sillä valtionapuun liittyvillä ehdoilla varmistettiin, että raha käytettiin tarkoitettuun kohteeseen ja valtionavun ehtojen rikkominen saattoi johtaa takaisinperintään. Ennen toista maailmansotaa eivät kunnat kuitenkaan olleet tyytymättömiä valtionavun ehtoihin, koska niitä oli ollut valtionapuinstituution alusta lähtien.[511] Kuitenkin jo 1930-luvun eduskuntakeskustelussa nousi esiin kuntien ja valtion ristiriitainen suhtautuminen valtionapujen ehtoihin, joiden katsottiin rajoittavan kunnallista itsehallintoa. Lastensuojelulakien käsittelyn yhteydessä vuosina 1934–1935 valtion ja kunnan väliseen suhteeseen liittyvät perusperiaatteet kiteytyivät. Keskeistä oli kuntien kantokyvyn huomioon ottaminen sekä se, että valtion tuli osallistua kustannuksiin, jos kunnille annettiin uusia tehtäviä. Uusien tehtävien katsottiin merkitsevän puuttumista kuntien itsehallintoon, minkä vuoksi valtion oli korvattava itsehallinnon rajoittamisesta syntynyt haitta. 1930-luvulla alkoivat myös kuntien etujärjestöt tiukasti valvoa etujaan valtion hoitamissa, kuntiin ja valtionapuihin liittyvissä kysymyksissä. Etujärjestöjen ja niistä erityisesti Maalaiskuntien Liiton kannanotot alkoivat vakiintua poliittisiksi argumenteiksi.[512]

511 Pulma 1996, 13–14.

512 Pulma 1996, 15–16.

Valtion ja kuntien välisten suhteiden näkökulmasta 1960- ja 1970-lukuja voidaan kutsua kokonaisuussuunnittelun ajaksi. Kokonaisvaltainen suunnittelu muodostui iskusanaksi erityisesti terveydenhuollon toteutuksessa.[513] Kansanterveysjärjestelmä perustettiin suunnitelmille lainsäädännön määritellessä vain yleiset puitteet toiminnalle. Palvelutaso maassa kuitenkin vaihteli asuinkunnasta riippuen, minkä vuoksi pohdittiin, tulisiko lainsäädäntöä tarkentaa, jotta palvelujen määrä ja laatu saataisiin koko maassa yhdenmukaisemmaksi. Kirjava palvelutasokäytäntö oli ongelma erityisesti sosiaalipalveluissa. Siksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 1976 valmistelutyön, jonka tavoitteena oli yhtenäistää sosiaali- ja terveysalojen valtionapuja suunnittelujärjestelmä sekä luoda edellytykset sosiaalihuoltolain uudistamiselle. Taustalla oli lainsäädännön pirstaleisuus, sillä sosiaali- ja terveysalan toimintaa ja rahoitusta säänneltiin tuolloin noin sadalla lailla ja asetuksella.

Uudistus sisälsi monta vaihetta. Keskeinen erimielisyys koski sitä, tulisiko valtionosuudet sitoa vain löyhästi niiden kohteena oleviin tehtäviin ja palveluihin ja siten vähentää keskushallinnon seuranta- ja ohjausmahdollisuuksia. Valtiovarainministeriö halusi seurannan vähentämistä, koska muutoksen oletettiin tuovan säästöjä kuntien muuttaessa palveluitaan. Kustannusperiaatteesta luopumisen arveltiin näin helpottavan julkisen talouden paineita. Valtiovarainministeriö ei myöskään halunnut enää sitoa valtion budjettia valtakunnallisiin suunnitelmiin. Sen sijaan sosiaali- ja terveysministeriö sektoriministeriönä ei pitänyt keskushallinnon ohjauksen vähentämistä kannatettavana, vaan ministeriö ehdotti sosiaalialalle samantyyppistä suunnittelujärjestelmää kuin kansanterveystyössä. Kunnalliset keskusjärjestöt asettuivat samalle kannalle kuin valtiovarainministeriö ja ajoivat voimakkaasti kuntien seurannan vähentämistä. Erityisesti kunnalliset keskusjärjestöt vastustivat kansanterveystyön suunnittelujärjestelmää, jota he pitivät kunnallista itsehallintoa rajoittavana, liian raskaana ja yksityiskohtaisena. Tällä kertaa kuitenkin suunnittelujärjestelmä vielä säilyi, sillä prosessin lopputuloksena ehdotettiin valtionosuuslainsäädännön muutosta, ns. Valtava-järjestelmää, joka olisi merkinnyt kuntien sosiaalipalveluihin samanlaista suunnittelujärjestelmää kuin kansanterveystyössä. Kunnalliset keskusjärjestöt luonnollisesti vastustivat ehdotusta jyrkästi.[514]

Esitys muuttui useita kertoja, mutta sen perusperiaate säilyi ja lopulta Valtava-uudistus tuli voimaan vuonna 1984 ja sen myötä suunnittelujärjestelmä ulotettiin myös sosiaalipalveluihin. Kunnilta edellytettiin suunnitelmia sosiaalipalveluista valtionosuuden saamisen ehtona. Uudistus herätti heti arvostelua valtion holhouksesta, ja erimielisyydet käynnistivät prosessin, joka lopulta johti koko suunnittelujärjestelmän lopettaneeseen. Lopulta siis kunnalliset keskusjärjestöt ja valtiovarainministeriö saivat tavoitteensa niin täydellisesti läpi, että valtion ohjaus myös terveydenhuollon toteutuksessa lopetettiin. Sosiaali- ja terveyspalveluissa siirryttiin Suomessa Rauchin

513 Pulma 1996, 27.

514 Pulma 1996, 46–47, ks. myös Niemelä 2008, 19–23.

kuvaamaan täydelliseen hajanaiseen toimeenpanoon[515]. Valtava-uudistus ja sen yhteydessä käyty kamppailu lopputuloksesta oli siis alkusyy ja kriittinen käännekohta sille, että terveydenhuollonkin polku muuttui olennaisesti 1990-luvulla.

Valtava-uudistuksen yhteydessä käyty keskustelu oli vasta ensimmäinen merkki siitä, mitä oli tulossa.[516] Valtarakenteet olivat muuttumassa ja 1980-luvun loppupuolella toteutettu rahamarkkinoiden vapauttaminen teki valtiovarainministeriön eräänlaisen superministeriön ja[517] muut ministeriöt joutuivat ottamaan huomioon kaikissa toiminnoissaan valtiovarainministeriön näkemykset ja mielipiteet. Siten myös valtiovarainministeriön mielipiteet suunnittelun haitallisuudesta saivat siten aivan uutta kantavuutta. 1980-luvun loppupuolella tapahtui Suomessa merkittävä muutos suhtautumisessa sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja hyvinvointivaltioon. Alettiin puhua siitä, että Suomi oli siirtymässä hyvinvointivaltion jälkeiseen aikaan. Raija Julkunen on käyttänyt termiä ”jälkiekspansiivinen hyvinvointivaltio” kuvaamaan tätä siirtymää.[518] Julkunen tarkoittaa tällä sellaista valtiota, jossa kansalaisen oletetaan itse ottavan vastuun omasta terveydestään, sosiaaliturvastaan ja lähimmäisistään. Tästä aktiivisuudesta ja aktiivisen, itse itseään auttavan kansalaisen ihanteesta tuli perusideologia suomalaisessa sosiaali- ja terveyspolitiikassa 1990-luvulta lähtien.[519] Yksilön vastuun korostamisesta tuli paradigma, johon sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutus pyrittiin sovittamaan. Vuonna 1991 alkanutta ajanjaksoa voidaan perustellusti kutsua yksilön vastuun lisääntymisen ajanjaksoksi, eikä ole mitään merkkejä siitä, että ajanjakso olisi muuttumassa. Aktiivisen kansalaisen käsite (*active citizenship*) tuli yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun jo 1980-luvulla. Englantilainen Niklas Rose määritteli aktiivisen kansalaisen käsitteen niin, että ”sillä asetetaan ihanteita, jossa passiivisen hyvinvointietuuksien nauttijan sijasta kansalaiset pyritään muuttamaan aktiivisiksi toimijoiksi, jotka oma-aloitteisesti edistävät terveyttään ja työllistymistään yhteiskunnan vetäytyessä kauemmaksi”.[520] Tämä Rosen määritelmä sopii hyvin siihen paradigmaan, jota Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikassa on alettu soveltaa 1990-luvun alkuvuosista lähtien.

515 Ks. Rauch 2005 artikkeli *Central versus local service regulation*.

516 Ks. muutoksesta tarkemmin Heiskala ja Luhtakallio 2006, 14–42 sekä Tiitta 2009, 460: ”SVOL-laki (Valtava-uudistus) yhdisti suunnittelun ja valtionosuuden tiiviisti yhteen. Kuntien ja kuntainliittojen oli laadittava omaa toimintaansa koskevat toteuttamissuunnitelmat tiukasti valtioneuvoston hyväksymän sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman mukaisesti, sillä niille maksettiin valtionosuutta vain sen mukaisen toiminnan aiheuttamiin kustannuksiin.”

517 Ks. Kantola 2006, 258–259. Kantola toteaa muun muassa, että ”valtiovarainministeriöstä tuli 1990-luvulla ”superministeriö”, joka määritti etukäteen sopivan julkisen velan määrän ja budjetin loppusumman. Vasta näiden linjausten jälkeen tuli poliittisen keskustelun ja ministerien budjettineuvottelujen vuoro.” Ks. myös Tiitta 2009, 457: ”Taloudellisen kasvun turvanneet teknologiapoliittiset päätökset voimistivat lamavuosien käynnistämää kehitystä, jonka tuloksena valtiovarainministeriön vaikutusvalta ja tehtävät kasvoivat edelleen. Siitä muodostui eräänlainen yliministeriö, jonka asettamiin kehyksiin muiden ministeriöiden oli mukauduttava. Samalla eduskunnan budjettivaltaa siirtyi hallitukselle ja edelleen valtiovarainministeriölle tulo- ja menoarvion painottuessa entistä enemmän valmistelutyöhön.”

518 Julkunen 2001.

519 Julkunen 2006, 206.

520 Rose 1999, 164–166.

6.2.2 Valtionosuusuudistuksen valmistelu

Vapaakuntakokeilut eivät vielä merkinneet uudistusta. Niiden pohjalta asian valmistelu kuitenkin jatkui, ja vuonna 1988 valtioneuvosto teki periaatepäätöksen toimenpiteistä hallinnon uudistamiseksi[521]. Tämän päätöksen[522] mukaan tarkoituksena oli parantaa valtioneuvoston mahdollisuuksia asettaa eri hallinnonalojen keskeisiä hankkeita tärkeysjärjestykseen sekä keventää lakisääteistä suunnittelua. Erillisiä lakisääteisiä suunnitelmia tuli karsia ja ne tuli kytkeä hallinnonaloittaiseen toiminta- ja taloussuunnitteluun. Uudistuksen keskeinen sisältö sanottiin selkeästi jo tässä periaatepäätöksessä, koska sen mukaan ”kuntien päätösvaltaa ja vastuuta toiminnan taloudellisuudesta valtionaputehtävien hoitamisessa tuli lisätä muuttamalla kuntien valtionosuus- ja avustusjärjestelmiä laskennallisiin perusteisiin pohjautuviksi ottaen huomioon kuntien erilaiset olosuhteet”. Haluttiin siis, että kunnat päättävät itsenäisesti valtionosuuden käytöstä taloudellisuuden lisäämiseksi valtionaputehtävien hoitamisessa. Näitä valtionaputehtäviä, joissa taloudellisuutta haluttiin lisätä, olivat ennen kaikkea opetustoimi sekä sosiaali- ja terveyspalvelut. Tällöin ei juurikaan esitetty epäilyksiä siitä, että muutos voisi heikentää sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamista ja kansalaisten mahdollisuuksia saada palveluja. Uudistus eteni virkamiestasolla, mutta myös puolueiden ohjelmissa on havaittavissa pyrkimys kunnallisen vapautuksen suuntaan. Uudistuksia vaati ohjelmatasolla lähinnä kokoomus.[523]

Valtionapu-uudistuksen valmistelu jatkui siten, että vuonna 1990 valtioneuvosto[524] antoi eduskunnalle selonteon julkisen hallinnon uudistamisesta. Sen mukaan hallinnon kehittämistavoitteena oli kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen sekä kansalaisten palvelujen ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen. Pääpaino oli hallinnon tuloksellisuuden ja tuottavuuden lisäämisessä, hallinnon hajauttamisessa ja keventämisessä sekä ohjausjärjestelmien uudistamisessa. Kansalaista ei kuitenkaan haluttu kokonaan ohittaa ja jättää huomiotta uudistuksessa, sillä selonteon mukaan tuottavuuden lisäämisen ohella tuli kuitenkin turvata kansalaisten peruspalvelujen saatavuus koko maassa. Peruspalveluja ei kuitenkaan tarkemmin määritelty, ja uudistamisen yhteydessä tuli toteuttaa kuntien ohjaus- ja seurantajärjestelmän uudistus ja normien purku. Uudistusta perusteltiin sillä, että kattava ja eri puolilla maata pit-

521 Vuonna 1988 istui Harri Holkerin johtama hallitus, jossa pääpuolueina olivat kokoomus ja sosialidemokraatit.

522 Valtioneuvoston päätös toimenpiteistä … 1988.

523 Kokoomus hyväksyi vuonna 1988 terveyspoliittisen ohjelman 1990-luvun loppupuolelle saakka. Terveydenhuollon hallintoa ja rahoitusta tuli jatkuvasti uudistaa. Terveydenhuollon suunnittelujärjestelmää pidettiin jäykkänä ja huonosti toimivana. Puolue vaati, että sisällöllinen päätösvalta olisi toteuttavalla tasolla ja vain tavoitteet asettaisi valtioneuvosto. Valtion viranomaisten tulisi luopua sellaisten hallinnollisten ohjeiden tai määräysten antamisesta kunnille tai kuntainliitoille, mitkä eivät perustu lain antamiin valtuuksiin. Keskustapuolueen tavoiteohjelmassa 1980-luvun loppupuoliskolle vuodelta 1986 ei vielä tällaisia vaatimuksia esitetty. Myöskään SDP:n vuoden 1987 periaateohjelmasta ei löydy niin syvällisiä hallinnon uudistamistavoitteita kuin kokoomuksen ohjelmasta. Valtionosuusuudistus toteutui suurin piirtein sellaisena kuin kokoomus vaati ohjelmassaan vuonna 1988.

524 Harri Holkerin johtama hallitus (1987–1991) istui edelleen vuonna 1990, joten valtionosuusuudistuksen periaatteelliset lähtökohdat luotiin hänen johtamassaan hallituksessa, jossa pääpuolueina olivat kokoomus ja SDP. Esko Ahon johtama porvarillinen hallitus (1991–1995), jossa pääpuolueina olivat keskusta ja kokoomus, aloitti keväällä 1991 uudistukset, ja kaikki valtionosuuteen liittyneet lainmuutokset olivat Esko Ahon hallituksen antamia.

kälti samantasoiset palvelut takaava palvelujärjestelmä oli rakennettu. Siksi valtionosuusjärjestelmän tavoitteita tuli tarkistaa uusien kehittämislinjojen mukaisesti. Järjestelmän tuli taata riittävät palvelut kaikille niitä tarvitseville, mutta sen tulisi olla samalla taloudellinen ja tehokas, mahdollistaa kunnille laaja toimintavapaus ja olla hallinnollisesti yksinkertainen.

Selonteossa todettiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvoitteesta säädettiin useassa eri laissa, jotka tavallisesti olivat puitelakeja. Niissä ei yksityiskohtaisesti säännelty, miten palveluja tuli järjestää. Kun kunnissa oli kattava peruspalvelujärjestelmä, katsottiin peruspalvelujen vastedes tulevan järjestetyksi asianmukaisesti ilman suunnitteluohjausta. Täysin sääntelemättömänä peruspalvelujärjestelmän kehittyminen voisi kuitenkin johtaa siihen, että palvelujen käyttäjät joutuisivat kohtuuttoman eriarvoiseen asemaan eri puolilla maata. Tämän takia uudessa suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmässä tuli olla mahdollisuus osoittaa kunnille ne keskeiset tavoitteet, jotka palvelujen kehittämisessä tulisi ottaa huomioon sekä määritellä tarkemmin uudistamiskohteet. Tarvittaessa olisi myös voitava kuntia sitovasti määrätä hyvinvoinnin kannalta keskeisistä palveluista laissa olevan valtuutussäännöksen nojalla.

Todellisiin kustannuksiin perustuva ja tehtäviin sidottu valtionosuus ei valtioneuvoston päätöksen mukaan kaikissa tapauksissa kannustanut kuntia ja kuntainliittoja taloudelliseen ja tehokkaaseen toimintaan, koska lisäkustannuksista ne joutuivat vastaamaan ainoastaan osittain. Valtionosuuden tulikin siksi määräytyä kuntakohtaisesta kustannuskehityksestä riippumatta, jolloin toiminnan tarpeellisuus ja tehokkuus nousevat huomattavasti aiempaa tärkeämmiksi tekijöiksi. Taloudellisen ja tehokkaan toiminnan edellytyksenä on myös se, että kunnat voivat järjestää toiminnan paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Palveluja voitiin kehittää parhaiten kunnissa tehtävän itsenäisen suunnittelun pohjalta. Kun peruspalvelujärjestelmä oli jo pitkälti rakennettu koko maahan, kuntakohtainen ja yksittäisiin asioihin kohdistuva valtion päätösvalta tulisi kuntien toiminnan kehittämisessä yleensä poistaa. Siksi sellaisista toteuttamissuunnitelmista, jotka alistettiin lääninhallitusten vahvistettavaksi ja joiden noudattaminen oli valtionosuuden saamisen ehtona, ehdotettiin selonteossa kokonaan luovuttavaksi. Kunnallisen toiminnan ohjaaminen tuli tehdä huomattavasti yleisemmällä tasolla osoittamalla keskeisiä päälinjoja palvelujen kehittämiselle, jotta kunnille jäisi mahdollisuus päättää itse ohjauksen soveltamisesta paikalliseen toimintaan. Uusi valtakunnallinen suunnitelma sisältäisi vain valtioneuvoston antamat suuntaviivat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä.[525]

525 Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle … 1990.

6.2.3 Keskushallinnon alasajo: lääkintöhallituksen sekä sosiaali- ja terveyshallituksen lopettaminen

Valtioneuvoston selontekoon oli kirjattu uudistuksen tavoitteet, ja sen jälkeen ohjelmaa alettiin toteuttaa. Valtion antama ohjaus haluttiin lopettaa, joten myös ohjausta toteuttaneet virastot tuli lopettaa. Niinpä valtioneuvoston selonteon jälkeen vuonna 1991 yhdistettiin lääkintöhallitus ja sosiaalihallitus uudeksi sosiaali- ja terveyshallitukseksi.[526] Vain vuotta myöhemmin myös tämä uusi keskusvirasto lopetettiin ja sen seurauksena lääkintöhallituksen vuosien varrella lähettämät kiertokirjeet, ohjeet yms., joiden perusteella keskitettyä ohjausta terveydenhuollossa oli toteutettu, kumottiin. Tämän jälkeen kunnat saivat itsehallintonsa puitteissa päättää vapaasti sosiaali- ja terveydenhoitoon liittyvistä asioista ilman valtion puuttumista. Aiemmin kiertokirjeissä ja ohjeissa oli asetettu vähimmäisedellytyksiä mm. terveydenhuollon henkilöstön määrälle ja laadulle sekä käytetylle laitteistolle. Nyt kunnat saivat päättää kaikesta toteutuksesta itse tavoitteena kustannusten minimointi, taloudellisuus ja tehokkuus valtioneuvoston selonteon mukaisesti. Merkille pantavaa oli se, että kansalaisten oikeuksista ja mahdollisuuksista saada sosiaali- ja terveyspalveluja ei valtioneuvoston päätöksessä sanottu juuri mitään.

Sosiaali- ja terveyshallituksen sijaan perustettiin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuskeskus STAKES, jolla ei kuitenkaan ollut ohjaus- ja valvontatehtäviä eikä se osallistunut lupahallintoon.[527] Valtio ei enää valvoisi kuntien rahojen käyttöä.[528] Valtion uudeksi rooliksi tulisi kuntien ja palvelujen tuottajien ohjaaminen informaatio-ohjauksella. Valtion tulisi asettaa sosiaali- ja terveyspalveluille määrällisiä ja laadullisia tavoitteita antamalla suosituksia sekä tuottamalla tietoa ja toimintamalleja paikallisen toiminnan tueksi.

6.2.4 Valtionosuusuudistuksen keskeinen sisältö ja tavoitteet

Keskushallinnon ja normiohjauksen lopettaminen oli vain yksi edistysaskel valitulla tiellä, ja huhtikuussa 1991 muodostettu Esko Ahon porvarillinen hallitus (pääpuolueet keskusta ja kokoomus) jatkoi muutoksia[529]. Valtioneuvoston selonteossa olleet

526 Ks. Lääkintöhallituksen lopettamisprosessista Tiitta 2009, 466–501. Keskusvirastoissa alkanut muutosprosessi perustui puolustusministeriön kansliapäällikön kenraali Aimo Pajusen komiteanmietintöön (KM 1986:12), joka annettiin jo vuonna 1986. Mietinnössä esitettiin 13:n keskusviraston yhdistämistä mutta ei lakkauttamista. Lääkintöhallitus ja sosiaalihallitus kuitenkin päätettiin lakkauttaa.

527 HE 264/1992.

528 Ks. uudistuksen valmistelusta ja toteutuksesta Niemelä 2008, 24–31.

529 Esko Ahon hallituksen (huhtikuu 1991–huhtikuu 1991) ohjelma terveyspolitiikasta: ”Palvelujen toimivuutta ja käyttäjien vaihtoehtoja lisätään palveluiden porrastuksella, kotihoidontukijärjestelmiä sekä avo- ja lähipalveluja kehittämällä väestövastuuperiaatteen mukaisesti. Palvelujärjestelmän tuottavuutta, tehokkuutta ja taloudellisuutta lisätään. Palvelujen tason turvaaminen ja kehittäminen edellyttävät, että maksupolitiikkaa uudistetaan ottaen huomioon sosiaalinen oikeudenmukaisuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ja että hallintoa yksinkertaistetaan. Kansalaisten terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistetään panostamalla ennaltaehkäisevään toimintaan. Omais- ja lähimmäistyötä sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoalan kansalaisjärjestöjen toimintaa tuetaan. Alkoholin käyttöä erityisesti lasten ja nuorten

tavoitteet kirjoitettiin lain muotoon ja toteutettiin vuonna 1991 annetulla hallituksen esityksellä eduskunnalle.[530] Esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä ehdotettiin uudistettavaksi samanaikaisesti opetus- ja kulttuuritoimen valtionosuusjärjestelmän sekä kuntien yleisen valtionosuusjärjestelmän kanssa. Uudistuksella muutettiin kuntien käyttökustannusten valtionosuus laskennallisten perusteiden mukaisesti määräytyväksi kaikissa valtionosuusjärjestelmissä. Samalla ehdotettiin laajennettavaksi kuntien toimintavapautta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Esitys sisälsi ehdotukset uusiksi laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta sekä valtionosuudesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista sekä ehdotukset muutoksiksi niihin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin, joiden mukaiseen toimintaan uusia lakeja sovellettaisiin. Ehdotuksella ei kuitenkaan haluttu muuttaa palvelujen järjestämistä koskevia velvoitteita. Kunta päättäisi eri palveluihin osoitettavista voimavaroista ottaen huomioon erityislaeissa asetetut velvoitteet. Näiden erityislaeissa mainittujen velvoitteiden huomioon ottaminen takaisi esityksen mukaan tasavertaisten peruspalvelujen saamisen asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja kielestä riippumatta.

Ehdotuksen mukaan käyttökustannusten valtionosuus suoritettaisiin yksinomaan kunnille eikä enää kuntayhtymille. Kuntakohtainen valtionosuus määräytyisi laskennallisesti pääasiassa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden perusteella. Valtionosuus laskettaisiin asukasta kohden määräytyvistä valtionosuuksista ottamalla huomioon kunnan ikäryhmittäinen asukasmäärä ja kantokykyluokka sekä lisäksi kunnan työttömyysaste, asukkaiden sairastavuus, pinta-ala ja asukastiheys. Laskettu valtionosuus olisi lopullinen eikä sen käyttö ollut sidottu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapaan. Samalla ehdotettiin luovuttavaksi kuntien ja kuntainliittojen toimintaan kohdistuvasta sitovasta ohjauksesta ja muutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöä siten, että kuntien hallinnon järjestäminen tuli aikaisempaa enemmän kuntien itsensä ratkaistavaksi. Kuntien päätösvalta lisääntyi myös palveluista perittävien maksujen, henkilökunnan kelpoisuusehtojen ja virkarakenteen määräämisessä.

Periaatteellista pohdintaa ei hallituksen esityksestä löydy. Esitystä[531] perusteltiin enimmäkseen teknisillä seikoilla, eikä ajatuksellisen paradigman muutoksen perusteita tuotu esityksessä kovinkaan selvästi esiin. Esityksessä todettiin vain, että kuntien ja kuntainliittojen valtionosuusjärjestelmää uudistettaessa oli tavoitteena eri valtionosuuksien perusteiden yhtenäistäminen ja yksinkertaistaminen, valtionosuuksien kokoaminen yhteen suuremmiksi kokonaisuuksiksi sekä kunnallisen itsehallinnon vahvistaminen ja taloudellisuuden lisääminen kuntien palvelutuotannossa. Taloudellisuus keskeisenä arvona nousi siis esiin sekä valtioneuvoston selonteossa että

osalta pyritään vähentämään. Vanhusten ja vammaisten selviytymistä kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa parannetaan. Sairausvakuutusjärjestelmän toimivuus selvitetään terveydenhuollon kokonaisuudessa."

530 HE 216/1991.

531 HE 216/1991. On kuitenkin otettava huomioon, että esitys valmisteltiin ennen taloudellisen laman alkua ja uudistus tuli voimaan laman ollessa syvimmillään.

hallituksen esityksessä. Kun kunnat saivat vapaasti päättää sekä opetuksesta että sosiaali- ja terveyspalveluista, niiden oletettiin toteuttavan palvelut mahdollisimman taloudellisesti ja kustannustehokkaasti. Hallituksen esityksessä ei tullut esiin sitä mahdollisuutta, että kunnat päätyisivät siihen, että taloudellisin toteutustapa olisi palveluiden supistaminen tai kokonaan lopettaminen. Esityksen perusteluissa ei kiinnitetty huomiota myöskään kansalaisten asemaan siinä tapauksessa, että kunnat päättäisivät olennaisesti supistaa palveluja uusia vapauksiaan käyttäen.

Esityksessä moitittiin ankarasti siihen asti voimassa ollutta suunnittelujärjestelmää. Tehtäväkohtaisten suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmien ongelma oli ollut niiden erillisyys ja kirjavuus ja ne olivat varsin yksityiskohtaisia. Nyt oli tarkoitus yksinkertaistaa ja keventää hallinnollisia menettelyjä sekä lisätä kuntien ja kuntainliittojen vapautta toiminnan järjestämisessä. Esityksessä viitattiin myös vuonna 1984 voimaan tulleeseen lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (677/82), jossa lainmukaisen yhtenäisen suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän piiriin tuli lähes koko sosiaali- ja terveydenhuolto sekä eräitä ympäristöterveydenhuollon tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä oli kokemusten mukaan parantanut eri lohkojen välistä yhteistyötä ja mahdollistanut voimavarojen tarkoituksenmukaisen ja tehokkaan käytön. Tästä huolimatta järjestelmä haluttiin nyt lopettaa. Kunnille tuli antaa täydellinen vapaus päättää sosiaali- ja terveyspalveluista.

Miksi siis sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmästä haluttiin luopua, kun sen kerran todettiin toimineen hyvin? Muutosta perusteltiin sillä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta yksittäisen kunnan ja kuntainliiton toimintaan ja kustannuksiin sidottu suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä ei enää riittävästi korostanut kuntien omaa vastuuta järjestää palvelut paikalliset olot huomioon ottaen parhaalla mahdollisella tavalla. Kustannusperusteisena valtionosuusjärjestelmä ei myöskään kannustanut toimintojen järjestämiseen riittävän taloudellisesti, ja järjestelmä oli myös hallinnollisesti raskas. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön sekä muiden ministeriöiden hallinnonalojen valtionosuusjärjestelmät poikkesivat edelleenkin keskeisiltä osiltaan toisistaan, mikä oli vaikeuttanut erityisesti kunnissa valtionosuuksien kokonaisvaltaista tarkastelua. Kun kunnissa oli kattava peruspalvelujärjestelmä, peruspalvelujen voitiin katsoa vastedes tulevan järjestetyksi asianmukaisesti ilman yksityiskohtaista suunnitteluohjausta. Lakiin esitettiin kuitenkin säännöstä, jonka mukaan kunnan oli osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Merkittävä kohta esityksessä olivat muutokset erikoissairaanhoitolakiin. Kaikki säännökset sairaanhoitopiirin kuntainliiton hallinnon järjestämisestä ehdotettiin kumottaviksi, samoin kuin säännökset kuntien maksuosuuksista sairaanhoitopiirille. Muutoksen jälkeen kunnat, sairaanhoitopiirit ja kuntainliitot saisivat itse päättää hallinnostaan ja maksuosuuksistaan. Myös erikoissairaanhoitolain 23 § ehdotettiin kumottavaksi. Siinä oli määritelty sairaanhoitopiirin johtosäännön sisältö. Johtosäännössä oli tullut määritellä johtavien viranhaltijoiden asema ja tehtävät, viranhaltijoi-

den johto- ja vastuusuhteet sekä potilaan sijoittamiseen ja hoitoon ottamiseen liittyvät vastuusuhteet. Nyt niistä päätettäisiin kokonaan kuntatasolla.

Ehdotettu muutos merkitsi terveydenhuollossa siirtymistä toista maailmansotaa edeltävään aikaan, jolloin terveydenhuolto oli kunnallisten päätösten varassa. Nyt siis 1990-luvulle tultaessa rakenteet oli saatu valmiiksi valtion johdolla ja katsottiin olevan syytä palata entiseen, kuntakeskeiseen päätöksentekotapaan valtion vetäytyessä taaemmaksi. Paradigman muutokseen vaikutti osittain ajatuksellinen, sosiologinen polkuriippuvuus paikallisen päätöksenteon ensisijaisuudesta, joka oli saanut alkunsa keisarillisesta julistuksesta. Sen lisäksi uusi piirre ja ehkä ratkaiseva syy ehdotettuun muutokseen oli 1980-luvulla muotoutunut näkemys kansalaisesta asiakkaana sekä tavoite kustannusten minimoinnista julkisessa palvelutuotannossa. Samalla valtio siirsi moitteet sosiaali- ja terveyspalvelujen mahdollisesta heikentymisestä valtiolta kunnille (*blame avoidance*). Taustalla oli samanlaista ajattelua kuin 1860-luvulla, kun terveydenhuollon vastuun katsottiin kuuluneen kunnille ja valtio halusi silloinkin eroon terveydenhuollon toteuttamisesta. Ajatuksellisesti voidaan jopa väittää, että Suomi palasi 1990-luvulta 1860-luvulle, jolloin valtiolla ei myöskään katsottu enää olevan roolia terveydenhuollossa. Normiohjauksen sijaan tullut informaatio-ohjaus merkitsi vain suosituksia ja hyviä esimerkkejä, ilman että kuntien tarvitsi niistä välittää. Valtio siis pesi kätensä ja vastaisuudessa, jos kansalaisilla oli valittamista terveyspalveluista, oli valtion mahdollista kehottaa valittajaa kääntymään kotikuntansa puoleen, koska valtiolla ei ollut enää mitään tekemistä asiassa.

6.2.5 Valtionosuusuudistus eduskunnassa ja huoli kansalaisen asemasta

Eduskunnan saama lakipaketti oli niin suuri, että kaikki merkittävät muutokset, joita esitys sisälsi, eivät saaneet riittävää huomiota eduskuntakäsittelyssä. Esitys meni valmisteltavaksi hallintovaliokuntaan, jota on pidetty kuntien luottovaliokuntana sen vuoksi, että kunnallista itsehallintoa ja kunnan taloutta korostavat kansanedustajat, jotka yleensä ovat myös keskeisiä vaikuttajia kotikunnassaan, hakeutuvat mielellään juuri tähän valiokuntaan. Valtionosuuden laskentaperusteet olivatkin valiokunnan jäsenten keskeinen huolen aihe ja ylipäätään hallintovaliokunta keskittyi esitystä valmistellessaan ennen kaikkea kunnan talouskysymyksiin. Esityksessä kansalaisten palveluihin liittyvät näkökulmat jäivät paljon vähemmälle huomiolle. Kansalaisen asemaan ja mahdollisuuksiin saada palveluja kiinnitettiin kuitenkin huomiota sosiaali- ja terveysvaliokunnan[532] ja sivistysvaliokunnan hallintovaliokunnalle antamissa lausunnoissa.

Hallintovaliokunnan enemmistö kannatti voimakkaasti uudistusta mutta korosti kuitenkin terveydenhuollon osalta, että asianmukainen hoito tuli turvata kaikille sitä

532 Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunnoissa todettiin muun muassa, että ”vastuun siirtäminen kunnille ja yksilönvastuun korostuminen eivät saa johtaa siihen, että lapset, kehitysvammaiset, vanhukset tai muut ryhmät, jotka eivät kykene itse huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan, jäävät heitteille” (StVL 3/1992, 42).

tarvitseville. Hoitoon pääsyä ei saanut ratkaista vain rahoituskysymyksenä, vaan sen tuli olla kussakin yksittäistapauksessa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiosaamisen piiriin kuuluva asia.[533] Valiokunta ei kuitenkaan esittänyt konkreettisia keinoja, miten näihin tavoitteisiin päästäisiin. Sen sijaan valiokunta teki tulevaisuuden kannalta ratkaisevan muutoksen. Esitykseen sisältyi erityisen perusturvalautakunnan perustaminen, jonka tehtävä olisi valvoa, ettei kunnan palvelutaso laske kohtuuttomasti kunnan käyttäessä uusia vapauksiaan päättää sosiaali- ja terveyspalveluista. Tältä osin hallintovaliokunta äänestäen[534] muutti hallituksen esitystä ja poisti perusturvalautakunnalta mahdollisuuden periä valtionosuudet takaisin, jos kunnan palvelutaso jäi selvästi valtakunnallisen keskiarvon alapuolelle.[535] Muutos merkitsi asiallisesti esitykseen sisältyvän palveluvarmistuksen ja samalla koko perusturvalautakunnan toimintamahdollisuuksien mitätöimistä. Kun perusturvalautakunnalta poistettiin sanktiomahdollisuudet, tuli kunnille rajaton vapaus heikentää palvelutasoa ilman pelkoa valtionosuuksien takaisinperinnästä. Muutosehdotus ei valiokunnassa tosin ollut yksimielinen, sillä valiokunnan mietintöön jätettiin sosialidemokraattien vastalause, jossa esitettiin sanktiomahdollisuuden säilyttämistä.[536] Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunnossa muutoksen vaikutuksia jo ennakoitiin, kun valiokunta totesi, että ”kunnan vastuulla on palvelujen järjestäminen ja taloudellisten voimavarojen ohjaaminen palveluihin ja jopa mahdollisuus jättää joitakin palveluja tarjoamatta”.[537] Eduskunta käsitteli siis asiaa, jolla tulisi olemaan poikkeuksellisen suuri vaikutus kansalaisten elämään ja heidän mahdollisuuksiinsa saada sosiaali- ja terveyspalveluja. Hallituksen esityksessä oli painokkaasti tuotu esiin, että kunnalla oli oikeus vapaasti päättää saamiensa valtionosuuksien käyttökohteista, joten esimerkiksi terveyspalveluihin tarkoitetun valtionosuuden kunta sai käyttää aivan toisiin tarkoituksiin.

Hallintovaliokunnan puheenjohtaja edustaja Kalevi Mattila (kesk.) kuvasi esitystä ”vuosisadan uudistukseksi, joka päästää kunnat valtionhallinnon pikkutarkasta ohjannasta”[538]. Sanktiomahdollisuudet perusturvalautakunnalta poistettiin nimen-

533 HaVM 7/1992, 6.

534 Hallituspuolueet (kokoomus ja keskusta) olivat muutoksen kannalla, vasemmistopuolueet vastustivat sitä.

535 Valtionosuusjärjestelmään jäi tosin mahdollisuus asettaa kunnalle tai kuntainliitolle uhkasakko, jos kunta oli laiminlyönyt lakiin tai sen perusteella annettuun alemman asteiseen normiin perustuvan velvoitteensa. Sosiaali- ja terveysministeri Jorma Huuhtanen (keskusta) kommentoi eduskunnassa uhkasakon ja esityksestä poistetun sanktion eroa todetessaan, että uhkasakkomenettely sopii hyvin yksittäisten ja selkeiden säännösten laiminlyöntien sanktioksi. Se ei kuitenkaan ole käyttökelpoinen silloin, kun ei ole löydettävissä yksiselitteistä normia uhkasakon asettamisen perusteeksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ei ole olemassa yksiselitteistä normia peruspalvelujen laajuudelle, eli uhkasakkomenettelyä ei Huuhtasen näkemyksen mukaan yksinkertaisesti voitu käyttää. Uhkasakko ei korvannut valiokunnan tekemää olennaista muutosta hallituksen esitykseen. (Ministeri Huuhtanen lakiesityksen I käsittelyssä 10.6.1992, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2299.)

536 HaVM 7/1992, 19.

537 StVL 3/1992, 41. Valiokunta totesi lausunnossaan edelleen, että kuntakohtaiset erot ovat mahdollisia ja hyväksyttäviäkin, kunhan valtakunnallisen suunnitelman edellyttämää yleistä linjaa seurataan. Kuntien itsehallintoon kuuluu myös palvelujen etusijajärjestykseen asettaminen.

538 Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2268. Edustaja Mattilan valiokunnan mietinnön esittelypuheenvuorossa on kiteytetysti ilmaistu uudistuksen ydin. Hän totesi, että uudistuksessa keskeistä oli kuntien toimintavapauden lisääminen. Valtionosuusjärjestelmä oli sisältänyt paljon yksityiskohtaisia säännöksiä hallinnon ja toiminnan järjestämisestä,

omaan kuntien keskusjärjestöjen esityksestä,[539] joskin hallintovaliokunta äänesti asiasta ja oppositio (sosialidemokraatit ja vasemmistoliitto) toi esiin huolensa siitä, että kunnilla oli nyt mahdollisuus heikentää rajattomasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Esitystä käsiteltäessä syksyllä 1992 oli taloudellinen lama syvimmillään, joten palveluja heikennettiin kuntien talouden heikentymisen myötä. Edustajat pelkäsivät, että vapautta käytetään väärin ja supistetaan kuntalaisten palveluja.[540] Muutoin valiokunta piti uudistusta tarpeellisena ja tarkoituksenmukaisena todeten, että uudistuksen tavoitteet kustannustietoisuuden ja tulosvastuun merkityksestä korostuvat erityisesti taloudellisesti vaikeina aikoina ja ne saattavat jopa ylikorostua. Tästä syystä valiokunnan mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatuun, niiden saatavuuteen, kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja maan eri osien asukkaiden tasapuolisiin mahdollisuuksiin saada palveluja tuli kiinnittää erityistä huomiota.[541]

Esityksen edetessä valiokunnasta koko eduskunnan käsiteltäväksi mielipiteet uudistuksesta hajautuivat eikä kovin selviä rintamalinjoja oikeiston ja vasemmiston välillä ollut havaittavissa. Kuitenkin erityisesti sosiaali- ja terveysvaliokunnan jäsenet käyttivät täysistunnoissa kriittisiä puheenvuoroja siitä, että valiokunnan lausunnossa esille ottamia terveyspoliittisia näkemyksiä ei ollut otettu huomioon hallintovaliokunnan mietinnössä. Edustaja Outi Ojala (vas.) moitti lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä hallintovaliokunnan enemmistöä siitä, että valiokunnassa oli hyvin ylimalkaisesti sivuutettu palveluihin liittyviä ongelmia paneutumatta siihen problematiikkaan, jota sosiaali- ja terveysvaliokunnassa oli käyty läpi.[542] Edustaja Mirja Ryynästä (kesk.) vaivasi asenne, jonka mukaan kunnan pitää voida toimia kaikissa asioissa sujuvasti, vapaasti sekä ilman minkäänlaista seurantaa ja kontrollia ja unohdetaan kuntalaisen etu ja turva.[543] Tällaisia huolestuneita kannanottoja tuli jopa hallituspuolueiden riveistä, sillä esimerkiksi edustaja Eeva Kuuskoski (kesk.) piti muutoksen uhkana eriarvoisuuden kasvua ja sitä, että taloudellisuuden korostaminen johtaa palvelujen tarjonnan vähenemiseen.[544]

Terveyspalvelujen osalta erityisen kiinnostava oli edustaja Kirsti Ala-Harjan (kok.) puheenvuorossaan esittämä toteamus siitä, että ”paras asiantuntija siinä, kuka tar-

henkilökunnasta ja palveluista perittävistä maksuista. Yksityiskohtaiset säännökset rajoittivat kuntien mahdollisuuksia organisoida ja järjestää valtionosuustehtäviä paikalliset olosuhteet huomioiden tarkoituksenmukaisella tavalla, joten säännösten purkaminen oli tullut välttämättömäksi. Kuntien tuli etsiä säästöjä ja harkita palvelujen tarvetta uudelleen sekä uusia vapauksia hyväksi käyttäen säästää ja karsia palveluja.

539 Ks. Kuntien keskusjärjestöjen (Suomen Kaupunkiliitto, Suomen Kunnallisliitto ja Finlands Svenska Kommunförbund) yhteinen kirjelmä eduskunnan hallintovaliokunnalle 24.2.1992, 4: ”Kuntien keskusjärjestöt pitävät tärkeänä, ettei perusturvalautakunta käytännössä puutu kuntien harkintavallan ja toimintavapauden piiriin kuuluviin asioihin. Kuntakohtaiset erot sosiaali- ja terveyspalveluissa ovat hyväksyttäviä ja lainmukaisia. – – Valtionosuuden takaisinperintä ei sovi hyvin valtionosuusjärjestelmään, koska takaisinperinnällä ei ratkaista palvelujärjestelmässä olevia puutteita.”

540 Valtiopäivät 1992, Pöytäkirjat 3.

541 HaVM 7/1992.

542 Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2270.

543 Edustaja Ryynänen, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2305.

544 Edustaja Kuuskoski, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2310.

vitsee hoitoa ja koska, on hoitava lääkäri. Tämä oikeus hänellä täytyy olla, ei niin että hoitoon pääsyn päättää kamreeri. Tätä vaatii jo potilasturvallisuus ja myös salassapitovelvollisuus".[545] Edustaja viittasi kilpailuun, jonka uudistus toi tullessaan. Hänen mukaansa julkinen terveydenhuolto joutuu kilpailuasemaan yksityisen kanssa, mitä hän piti oikeana.[546] Edustaja Ala-Harjan mielipiteistä huolimatta oli ilmeistä, että hyväksyttävänä ollut lainsäädännön muutos antoi kunnan talousjohdolle mahdollisuuden vaikuttaa kunnan järjestämään terveydenhuoltoon myönnettävien määrärahojen kautta ja tähän myös eduskuntakeskustelussa kiinnitettiin huomiota.

Kokonaisuudessaan uudistus oli niin valtava ja monivaikutteinen, ettei yksikään edustaja voinut ottaa kokonaisuuteen kantaa. Jokainen edustaja tarkasteli esitystä oman erikoisalansa näkökulmasta. Hallituspuolueet (keskusta, kokoomus, RKP) näkivät esityksen ennen kaikkea tuovan säästöjä ja kiinnittivät huomiota uusiin valtionosuuskertoimiin. Kuntalaisten mahdollisuus saada sosiaali- ja terveyspalveluja jäi vähemmälle huomiolle. Keskustelusta saattoi havaita myös asioiden tärkeysjärjestyksen. Kansalaisten palveluja pidettiin selvästi vähemmän tärkeänä kuin sitä, että kunnan talous on kunnossa. Kunnan oli saatava itsenäisesti ja vapaasti päättää siitä, annetaanko ja kuinka paljon kuntalaisille sosiaali- ja terveyspalveluja ja kuntalaisen piti tyytyä osaansa, jos palveluja ei ollut. Kunnallisessa itsehallinnossa tuli päättää asiasta vapaasti tavoitteena tehokkuus ja kustannussäästöt. Halu vastuun siirtämisestä yhteisöltä yksilölle näkyi selvästi monissa puheenvuoroissa. Valtion vetäytyessä yövartijarooliin jonkinlaista valvontavastuuta tosin haluttiin siirtää kansalaisryhmille, jolloin kansalaisyhteiskunta ottaisi vastuulleen valvonnan. Kansalaisryhmien tuli painostaa kunnan päättäjiä parannuksiin, jos palvelutaso kunnassa heikkenee alle sietorajan. Kunnallinen demokratia hoitaisi mahdolliset epäkohdat.[547] Eduskuntakeskustelusta saattoi havaita jopa hurmoksellista luottamista siihen, että "paikallisesti asiat tiedetään parhaiten". Siksi kaikenlainen "byrokratia ja kontrolli" oli lopetettava seurauksista piittaamatta. Peruslähtökohdiltaan kaikki puolueet halusivat kuntien määräysvallan lisääntymistä, yksityiskohdista vain oltiin eri mieltä.[548]

Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen lähes muuttamattomana, ja uusi laki tuli voimaan vuoden 1993 alussa. Terveydenhuollon kytkeminen kunnallisen itsehallin-

545 Edustaja Ala-Harja ei ottanut kuitenkaan kantaa siihen tilanteeseen, että potilas ja lääkäri ovat eri mieltä hoidon tarpeellisuudesta, eikä viitannut siihen mahdollisuuteen, että kamreeri antaa lääkäreille ohjeita mm. siitä, voidaanko potilaille antaa lähete erikoissairaanhoitoon vai yritetäänkö potilas hoitaa perusterveydenhuollossa niin pitkään kuin mahdollista. Juuri lähetteen saaminen terveyskeskuksesta erikoissairaanhoitoon voi olla potilaalle vaikeata, koska valtionosuusuudistuksen jälkeen kunta sai erikoissairaanhoidosta laskun, joka sisälsi potilaan todelliset hoitokustannukset. Uudistuksen jälkeen kaikki valtionosuudet tulivat kunnille, joten sairaanhoitopiirit siirtyivät laskuttamaan hoidon täyden hinnan potilaan lähettäneeltä kunnalta. (Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3.)

546 Edustaja Ala-Harja, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2339.

547 Ks. edustaja Perho-Santalan (kok.) puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä, jossa hän totesi mm., että lakiesityksen myötä ollaan siirtymässä Suomessa ylhäältäpäin tapahtuvasta ohjauksesta kansalaisyhteiskuntaan. Kansalaisliikkeet ovat vaikuttaneet kunnallisten päätöksentekijöiden ratkaisuihin mm. koulupiirien yhdistämisissä ja Perho-Santalan mukaan valtionosuusuudistuksen logiikka perustuu aika pitkälle tähän toimintamalliin. (Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3.)

548 Ks. valtionosuusuudistuksen taustoista ja muutoksen vaikutuksista: Hänninen ym. 1995, erityisesti sivut 13–66.

non toteuttamiseen muistuttaa mielenkiintoisella tavalla kunnallisen eläkejärjestelmän syntyä. Kunnallinen eläkejärjestelmä syntyi vaiheittain niin, että 1800-luvulla muutamilla kaupungeilla ja maalaiskunnilla oli aluksi viranhaltijoilleen eläkesääntöjä, joista 1960-luvulla muodostui kuntien eläkevakuutus. Kuntien eläkevakuutuksen rahastointi-, sijoitus-, vakavaraisuus- ym. säännöt poikkeavat kuitenkin muusta eläkejärjestelmästä ja kuntien edustajien päätösvalta erityisesti sijoitustoiminnassa on suuri.[549] Kuntien itsehallinnon periaate on siis sekä terveydenhuollossa että kuntien eläkejärjestelmässä hyvin keskeinen.[550]

6.3 Yksilön vastuu sairauskulujen maksajana lisääntyy

6.3.1 Terveyskeskusmaksut ja muut terveydenhuollon maksut osaksi rahoitusta

Paradigmaan yksilön vastuun lisäämisestä suhteessa yhteiskunnan turvajärjestelmään liittyy olennaisesti kansalaisten omavastuun lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksilön vastuun lisääminen terveydenhuollossa alkoi jo ennen valtionosuuden voimaan tulemista vuonna 1991, jolloin sairauskulujen verovähennysoikeus kokonaan poistettiin. Tämä substanssiltaan ja vaikutukseltaan hyvin merkittävä muutos toteutui hiljaisesti ja huomaamattomasti sen vuoksi, että muutoksen vastapainoksi oli tarkoitus laajentaa hammashuollon korvaamista sairausvakuutuksesta koskemaan koko kansaa. Lisäksi uudistus toteutettiin toisen uudistuksen eräänlaisena huomaamattoman sivutuotteena. Hallituksen esityksessä sairauskulujen vähennysoikeuden poisto oli merkittävyydestään huolimatta vain pienenä yksityiskohtana korkojen verovähennysoikeutta koskevassa tulo- ja varallisuusverolain muutosesityksessä.[551] Esitystä perusteltiin melko suppeasti ja ylimalkaisesti vain viittaamalla siihen, että sairaudesta johtuvia kustannuksia koskeva vähennys sisällytettiin verojärjestelmään yli neljäkymmentä vuotta sitten. Vähennys oli tuolloin paikallaan, mutta sittemmin todettiin, että sairauskulujen vähennysoikeudesta voitaisiin luopua. Valtaosa eläkeläisistä ei hyötynyt vähennyksistä, ja sairaudesta aiheutuvia kuluja kompensoitiin samanaikaisesti tukemalla julkisia terveyspalveluja sairausvakuutuksen korvauksilla sekä suorilla tulonsiirroilla, ja päällekkäiset tukimuodot hämärsivät tuen kokonaismäärän arviointia. Lisäksi tosittein osoitettava vähennys oli paitsi verovelvollisille myös hallinnolle työläs. Näillä melko kevyillä ja jopa verovelvollisia vähättelevillä perusteilla esitettiin yli neljäkymmentä vuotta voimassa olleen järjestelmän lopettamista. Perustelujen väitteistä huolimatta vähennyksen merkitys oli monille sairastuneille tärkeä, ja erityisesti eläkeläiset olivat hyötyneet vähennyksestä suurten lääkekulujen vuoksi.

549 Ks. kunnallisen eläkejärjestelmän kehityksestä ja toteutuksesta Kunnallinen eläkelaitos 25 vuotta 1989.

550 Minna Kaarakainen toteaa, että suomalainen terveydenhuolto on äärihajautettua, sillä jokainen kunta on järjestämisvastuussa oman kuntansa palveluista lainsäädännön ohjatessa ja normittaessa toimintaa. Hallinnon hajauttamisella hän tarkoittaa hajauttamista valtion ja kunnan välisessä suhteessa. (Kaarakainen 2008, 55.

551 HE 62/1991.

Esitys olisi taloudelliselta vaikuttavuudeltaan todella merkittävä, sillä sairauskuluvähennyksen poistaminen kasvatti valtion tuloveron tuottoa peräti 700 miljoonaa markkaa, kunnille tulevia verotuloja 500 miljoonaa markkaa ja Kelan tuloja 100 miljoonaa markkaa.[552] Kaikkiaan esitys merkitsi siis 1,3 miljardin markan tulonsiirtoa sairailta julkisyhteisöille. Taloudellinen lama vaikutti kuitenkin vuonna 1991 jo ankarasti, ja se hillitsi kritiikkiä esitystä kohtaan. Muutosta vastaan ei noussut erityisen vahvaa oppositiota eduskunnassa, eikä esityksestä ja sen vaikutuksista edes keskusteltu eduskuntakäsittelyssä. Vähennyksen vastapainoksi suunniteltu hammashuoltokorvauksen laajennus toteutui vasta vuonna 2002.

Seuraava askel yksilön vastuun lisäämiseksi oli terveydenhuollon palvelumaksujen palauttaminen valtionosuusuudistuksen yhteydessä.[553] Valtionosuusuudistuksen lakipakettiin sisältyi hallituksen esitys, jonka mukaan kuntien ja kuntainliittojen järjestämistä sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksu palvelun käyttäjiltä. Maksun perimisestä ja sen suuruudesta määräisi palvelun järjestänyt kunta tai kuntainliitto. Maksu voisi olla joko tasasuuruinen tai määräytyä palvelun käyttäjän maksukyvyn mukaan. Lailla palveluja voitaisiin säätää myös maksuttomiksi. Aiemmin maksuja sosiaali- ja terveyspalveluista voitiin periä vain silloin, kun laissa tai asetuksessa niin säädettiin. Nyt esitys oli päinvastainen eli maksuttomuudesta piti säätää erikseen lailla. Muutoin sosiaali- ja terveyspalvelut olisivat maksullisia. Maksuttomiksi terveyspalveluiksi ehdotettiin säädettäväksi kansanterveyslain mukaiset palvelut lukuun ottamatta fysikaalista hoitoa, sairaankuljetusta ja potilaan ylläpitoa terveyskeskuksen sairaansijalla. Terveyspalveluissa maksuttomuus oli siis edelleen pääsääntö, ja siksi esitys ei herättänyt kovin paljon keskustelua. Lakiesityksen eduskuntakäsittelyssä maksuista käytettiin melko vähän puheenvuoroja. Kysymyksessä oli suuren uudistuksen pieni osa.[554]

Kunnalliset keskusjärjestöt eivät kuitenkaan olleet tyytyväisiä asiakasmaksuja koskevaan esitykseen ja vaativat myös terveyskeskuskäyntien muuttamista maksullisiksi.[555] Kunnallisten keskusjärjestöjen keskeistä asemaa valtaresurssina osoittaa se, että keskusjärjestöjen vaatimus toteutettiin välittömästi huolimatta terveyskeskusmaksujen ideologisesta merkityksestä. Hallitus antoi vuoden 1992 lopulla terveyskeskuskäyntien maksullisuudesta esityksen, joka käsiteltiin nopeasti, ja lain muutoksella vuoden 1992 lopulla (30.12.1992/1646) avosairaanhoidon lääkäripalveluista tuli maksullisia. Samalla luovuttiin terveyskeskuspalvelujen maksuttomuusperiaatteesta myös lääkä-

552 HE 62/1991, 5.

553 HE 216/1991.

554 Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 6.

555 Kunnalliset keskusjärjestöt eivät pitäneet onnistuneena ratkaisuna sitä, että terveyskeskuskäynti ja lääkärin kotikäynti sekä kotisairaanhoito olivat ehdotuksessa maksuttomia. Järjestöt pitivät tärkeänä, että myös näistä palveluista voidaan määrätä perittäväksi sellainen maksu, joka ohjaa palvelujen tarkoituksenmukaista käyttöä ja jolla on kuntien talouteen positiivinen vaikutus. (Suomen Kaupunkiliiton, Suomen Kunnallisliiton ja Finlands Svenska Kommunförbundin yhteinen muistio eduskunnan hallintovaliokunnalle 24.2.1992, 17.)

ripalvelujen osalta.[556] Syyt olivat taloudellisia, joskin maksulla ehkä haluttiin myös karsia ”turhia” käyntejä. Hallituksen esityksen perusteluissa viitattiin valtioneuvoston periaatepäätökseen julkisen talouden tasapainottamisesta, jonka mukaan vuoden 1993 aikana tuli ottaa käyttöön terveyskeskusmaksu. Muutoksen periaatteellista merkitystä ei käsitelty enempää, vaan talous ja erityisesti kuntien talouden ylläpito riitti perusteeksi terveyskeskusmaksujen käyttöönotolle.

Esityksen eduskuntakäsittelyssä nousi esiin muutokseen sisältyvä periaatteellinen diskurssin muutos maksuttomuudesta maksullisuuteen. Terveyskeskusmaksu herätti eduskunnassa runsaasti keskustelua. Mielipide-erot hallituksen ja opposition välillä olivat tällä kertaa selvät. Hallituspuolueet puolustivat esitystä ja vasemmistopuolueet vastustivat sitä.[557] Keskustelun ollessa kuumimmillaan sosiaali- ja terveysministeri Jorma Huuhtanen totesi suhtautumisen terveyspalveluista kerättäviin maksuihin jakavan mielipiteitä. Hän kuitenkin viittasi tutkimuksiin, joiden mukaan kansalaiset hyväksyivät terveyspalveluista kerättävät maksut. Maksuja keräämällä turvataan julkisten palveluiden saatavuus.[558] Ministeri puolusti esitystä myös sillä, että kunnilla oli maksupolitiikassa hyvin laaja liikkumavara. Laissa säädettiin vain maksujen yläraja ja kunnilla oli mahdollisuus antaa helpotuksia maksuihin. Ministerin mukaan maksujen lisäämisen perimmäinen syy oli maan talous. Suomen valtiontalous oli sellaisessa kunnossa, että sen pelastamiseksi tarvittiin nopeita toimenpiteitä, muun muassa uudet arvioinnit maksupolitiikasta.

Periaatteelliset, kansanterveysjärjestelmää rakennettaessa esillä olleet tavoitteet palvelujen saatavuudesta tulotasosta ja varallisuudesta riippumatta joutuivat siis väistymään. Maan huonon taloustilanteen vuoksi 1960-luvun ihanteet saivat väistyä. Keskustelussa opposition edustajat syyttivät hallituspuolueita siitä, että sairaat pantiin pelastamaan valtion kurja talous.[559] Keskustelua eduskunnassa käytiin maksun sosiaalisesta kohdentumisesta ja terveyspoliittisista vaikutuksista. Opposition edustajat katsoivat maksun kohdistuvan kipeimmin vähävaraisiin.[560] Arvostelusta huolimatta laki kuitenkin hyväksyttiin.[561]

556 HE 291/1992.

557 StVM 46/1992.

558 Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 6, 5835–5836.

559 Edustaja Vehkaoja (sd.), Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 6, 5836 ja 5840.

560 Edustaja Muttilaisen (sd.), Hämäläisen (sd.), Anttilan (vihr.), Stenius-Kaukosen (vas.) ja Puiston (sd.) puheenvuorot Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 6, 5837–5839.

561 Ks. StVM 46/1992, jossa valiokunta esityksen hyväksyessään esitti selvitettäväksi mahdollisuudet luoda terveydenhuollon maksuista koostuva kokonaisomavastuu, jotta maksu- ja korvausjärjestelmän muodostamassa kokonaisuus ei aiheuta tilanteita, joissa kansalainen joutuu kohtuuttomien kustannusten maksajaksi.

6.3.2 Maksukattoon jää aukkoja

Terveydenhuollon maksupolitiikka muuttui siis olennaisesti valtionosuusuudistuksen yhteydessä. Taloudelliset perusteet syrjäyttivät 1960-luvun ihanteet terveyspalvelujen antamisesta tulotasosta ja varallisuudesta riippumatta. Muuttuneen diskurssin mukaan kuntien talouden ylläpitämiseksi on kuntien voitava periä maksuja antamistaan sosiaali- ja terveyspalveluista ja niiden tulee ylläpitää osaltaan kunnan taloutta. Päähuomio oli siis kääntynyt kuntalaisesta ja hänen mahdollisuudestaan saada terveyspalveluja kuntaan ja kunnan talouteen. Terveyspalvelut eivät muodostaneet poikkeusta kunnan hoitamista muista palveluista, vaan verotulojen ohella myös maksut ovat terveydenhuollon rahoituslähde ja kansalaisten maksamat julkisen terveydenhuollon palvelumaksut muodostavat oman erillisen terveydenhuollon rahoituskanavan. Terveyskeskusmaksun käyttöönoton peruste, taloudellinen lama, kuitenkin väistyi 1990-luvun puolivälissä ja muuttui vähitellen nousukaudeksi. Näin ollen ei ollut enää samanlaisia perusteita periä terveyskeskusmaksua kuntien talouden ylläpitämiseksi ja maksuja voitiin tarkastella myös kansalaisen kannalta.

Terveyspalveluista perittävien maksujen aiheuttamat sosiaaliset ongelmat alkoivat tulla yhä selvemmin esiin, eikä maksuja voitu enää perustella pelkästään kunnan talouden ylläpidolla. Yhä useammin maksut vaikeuttivat erityisesti vähävaraisten vanhusten, mielenterveyskuntoutujien ja vaikeavammaisten terveyspalvelujen käyttöä. He joutuvat yleensä käyttämään tavallista enemmän terveyspalveluja, ja perityt maksut olivat heidän tulotasoonsa nähden liian suuria ja jopa estivät terveyspalvelujen käytön. Ongelmallista oli myös se, että monet kunnat ja sairaanhoitopiirit lähettivät erääntyneet laskut suoraan ulosottoon, jolloin erityisesti vanhukset ja mielenterveyspotilaat joutuivat velka- ja ulosottokierteeseen maksamatta jääneiden terveydenhuollon maksujen vuoksi. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä säädetty asiakasmaksulaki tosin antoi kunnille mahdollisuuden alentaa maksuja tai jättää ne kokonaan perimättä, mutta käytännössä tätä mahdollisuutta ei käytetty. Siksi jouduttiin miettimään, olisiko maksupolitiikkaan tehtävä muutoksia, jotta terveydenhuollon maksut eivät estäisi palvelujen käyttöä. Keinoksi tähän harkittiin vuotuista maksukattoa. Maksukatto oli käytössä sairausvakuutuksen lääke- ja matkakorvauksissa, ja järjestelmää pidettiin käyttökelpoisena vaihtoehtona myös terveydenhuollon maksuissa.

Ajatus maksukatosta nousi esille jo heti valtionosuusuudistuksen tultua voimaan vuonna 1993. Asiaa tutki sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunta, joka esityksessään suositti järjestelmän käyttöönottoa.[562] Toimikunta totesi, että asiakasmaksulailla ja -asetuksella säädetyt enimmäismaksut olivat pääosin niin suuria, että ne muodostivat suuren taloudellisen rasitteen palveluja tarvitseville henkilöille. Toimikunta esitti otettavaksi käyttöön tulosidonnaisen katon, jolloin kustannuskaton ylittyessä palveluista perittävät maksut pienenisivät asteittain. Toimikunnan esitykset eivät kuitenkaan vielä vuonna 1993 saaneet riittävää poliittista kannatusta, koska

562 KM 1993:17.

taloudellinen lama oli tuolloin syvimmillään. Huomio kiinnittyi kuntien talouden ylläpitoon.

Keskustelu kuitenkin jatkui, sillä kansainvälisessä vertailussa asiakasmaksut Suomessa osoittautuivat erittäin suuriksi.[563] Lievennystä heikompiosaisille ja vähätuloisille oli etsittävä, sillä valtionosuusuudistuksen tavoitteisiin ei sentään kuulunut säästöjen tavoitteleminen estämällä ihmisiä saamasta terveyspalveluja. Sairausvakuutusta ei kuitenkaan haluttu mukaan lieventämään julkisen terveydenhuollon maksuja, vaikka teoriassa sellainenkin vaihtoehto olisi voinut olla käyttökelpoinen. Julkinen terveydenhuolto ja sairausvakuutus olivat 1990-luvulla eriytyneet kuitenkin eri poluiksi, eikä tällaista vaihtoehtoa edes harkittu. Aikaa ehti kulua vuosia ennen kuin suurten terveysmaksujen ongelmaan todella tartuttiin. Suomen Kuntaliitto, joka oli ajanut terveyskeskusmaksuja kuntien talouden ylläpitämiseksi, vastusti maksupolitiikan muutoksia. Epäkohdat kasvoivat kuitenkin niin suuriksi, että poliitikot joutuivat ottamaan huomioon myös kansalaisten mielipiteet. Hallitus antoi esityksen julkisen terveydenhuollon maksukatosta eduskunnalle vuonna 1999.[564] Siinä julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuille esitettiin vuotuista enimmäismäärää, jonka täytyttyä palvelujen tulisi olla ilmaisia. Perusteluissa todettiin, että paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien vuotuinen maksurasitus saattoi nousta kohtuuttoman suureksi. Esityksessä ei kuitenkaan määritelty tarkemmin maksukaton tasoa ja sen piiriin kuuluvia palveluja, vaan niistä haluttiin säätää erikseen asetuksella. Asian ydin, maksukaton määrä, olisi siis jäänyt laissa määrittelemättä.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi, että terveydenhuollon asiakasmaksujen rahoitusosuus on Suomessa OECD-maiden suurimpia, kun taas terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli (vuoden 1997 luku) suhteellisen pieni, 7,4 prosenttia.[565] Maksut kasautuivat paljon palveluja käyttäville, joilla oli myös muita sairaudesta tai terveydenhuollosta johtuvia menoja, kuten lääkemenot ja sairauden vuoksi suoritettujen matkojen kustannukset sekä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta aiheutuvat menot. Valiokunta piti perusteltuna, että terveydenhuollon maksuille pyrittiin asettamaan vuotuinen enimmäismäärä. Omavastuun taso tuli asettaa sellaiseksi, ettei se kohtele kohtuuttomasti paljon tai pitkään sairastavia eikä aiheuta merkittävää toimeentulotuen tarvetta.[566]

Perustuslakivaliokunta kiinnitti lausunnossaan huomiota kuntien itsehallintoon ja totesi, että lakiehdotuksen valtiosääntöoikeudelliseksi ongelmaksi muodostui esi-

563 Tanskassa terveyspalvelut olivat ilmaista, Ruotsissa terveydenhuollon maksukatto oli 1990-luvun lopulla (euroissa laskien) noin 120 euroa vuodessa ja Norjassa noin 140 euroa vuodessa (HE 77/1999).

564 HE 77/1999. Esitys sisälsi myös lasten päivähoidon maksujen muutoksen.

565 StVM 19/1999.

566 Valiokunta otti kantaa myös sairausvakuutusjärjestelmään todetessaan, että asiakkaan valinnanvapauden turvaamiseksi olisi tarkoituksenmukaista tarkastella järjestelmää kokonaisuutena siten, että selvitetään myös mahdollisuudet ottaa yksityisen terveydenhuollon piirissä syntyviä maksuvelvoitteita maksukaton piiriin esimerkiksi soveliailla taksajärjestelmillä. Valiokunnan mielestä tuli selvittää, onko tarkoituksenmukaista ottaa yksityisiä palveluja maksukaton piiriin vai kehittää sairausvakuutusjärjestelmän kattavuutta. (StVM 19/1999.)

tyksessä omaksuttu säätämistaso. Ehdotuksen 6 a §:n 1 momentin mukaan maksukaton suuruus ja siihen sisällytettävät palvelut säädettiin asetuksella. Maksukaton asettaminen johti palvelujen maksuttomuuteen katon saavuttamisesta alkaen ja siten kuntien maksutulojen vähenemiseen. Kuntien mahdollisuuksia päättää itsenäisesti taloudestaan oli pidetty yhtenä kuntien itsehallinnon perustuslainsuojaa nauttivana osa-alueena, mistä syystä sanotuin tavoin vaikuttavasta maksukatosta tuli säätää lailla. Tätä johtopäätöstä tukivat sääntelyn perusoikeuskytkennät. Valiokunta katsoi, että edellytyksenä lakiehdotuksen käsittelemiselle tavallisessa lainsäätämisjärjestyksessä oli se, että maksukaton suuruudesta ja maksukaton piiriin kuuluvista palveluista säädettiin lailla.[567]

Sosiaali- ja terveysvaliokunta lisäsi perustuslakivaliokunnan lausuntoon viitaten maksukaton määräksi 3 500 markkaa (590 euroa) sekä tarkensi esitystä siten, että maksukaton ylittymisen jälkeen olivat maksukattoon sisältyvät palvelut maksuttomia. Maksukatto ei kuitenkaan ollut aukoton, sillä sairaalahoidosta voitiin periä maksu ylläpidosta maksukaton ylittymisen jälkeenkin. Valiokunta tarkensi myös maksukaton kertymistä. Maksukattoon tuli ottaa mukaan vain maksut terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärinpalveluista, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgisesta hoidosta, sarjahoidosta, yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta. Tämä valiokunnan tekemä muutos merkitsi tosiasiassa esityksen vesittämistä, eikä muutos täysin ratkaissut vanhusten ja muiden terveyspalveluja käyttäneiden ongelmia. Maksukaton ulkopuolelle jäivät sairaalan ylläpitomaksun lisäksi mm. hammashuollon ja kotisairaanhoidon maksut. Erityisesti kotisairaanhoidon maksujen ottaminen mukaan olisi ollut tarpeen vanhuksille ja muille kotiavun tarpeessa oleville kotona asumisen helpottamiseksi.[568]

Lakiesityksen eduskuntakäsittelyssä poliittinen tilanne oli muuttunut valtionosuusuudistuksesta. Vuonna 1999 istui Paavo Lipposen II hallitus, jonka pääpuolueet olivat sosialidemokraatit, kokoomus ja vasemmistoliitto. Keskustapuolue oli oppositiossa, mutta puolue ei vastustanut maksukaton käyttöönottoa. Suomen Kuntaliitto vastusti jyrkästi esitystä, mutta kuntien taloustilanne oli 1990-luvun lopulla parempi kuin vuosikymmenen alussa, joten vetoaminen kuntien taloustilanteeseen esityksen vastustamiseksi ei ollut niin tehokasta kuin aiemmin. Vielä asian valiokuntakäsittelyssä keskusjärjestö esitti asian palauttamista kokonaan uudelleen valmisteluun[569] ja myös

567 PeVL 8/1999.

568 Lain hyväksymisen yhteydessä muutettiin asiakasmaksuasetusta luettelemalla maksut, joita ei lueta maksukattoon lain rajausten lisäksi. Niitä ovat mm. maksut, joiden suorittamiseen palvelun käyttäjälle oli myönnetty toimeentulotukea. (A 912/1992.)

569 Suomen Kuntaliitto totesi sosiaali- ja terveysvaliokunnalle antamassaan lausunnossa, että ”huomioon ottaen esityksen puutteet ja sen vaikutukset kuntien mahdollisuuksiin ohjata palvelujen käyttöä tarkoituksen mukaiseen palvelurakenteeseen, liitto esittää, että Eduskunta lähettää hallituksen esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain 6 a §:ksi uudelleen valmisteltavaksi”. Lausunnossa pidettiin 3 500 markan vuotuista maksukattoa liian matalana ja todettiin, että ”Maksukaton asettaminen niinkin alas kuin 3 500 markkaan ja siten, että se sisältää sekä avosairaanhoidon että laitoshoidon johtaa pikemminkin tulorahoituksen vähenemiseen kuin lisääntymiseen.” Liitto esitti sairaalahoidon

monet kansanedustajat kommentoivat puheenvuoroissaan kuntien näkemyksiä.[570] Suomen terveyspolitiikan keskeinen kysymys, valtion ja kuntien suhde, nousi esille eduskuntakeskustelussa, koska valtion katsottiin siirtävän kustannuksia kunnille.[571] Myös maksukaton korkeutta kansainvälisessä vertailussa ja erityisesti muihin Pohjoismaihin verrattuna arvosteltiin useissa puheenvuoroissa.[572] Kaiken kaikkiaan maksukatosta käyty keskustelu nosti esiin sen, että terveydenhuollossa arvot jakautuivat kansanedustajien keskuudessa kuntien talouden ja kansalaisten hyvinvoinnin välillä. Esitys kuitenkin hyväksyttiin yksimielisesti soraäänistä huolimatta.

6.3.3 Maksut vakiintuvat osaksi terveydenhuollon rahoitusta

Julkisen terveydenhuollon maksujen palautuksen perusteluna oli tuolloin vallinnut talouslama ja siitä johtuvat kuntien taloudelliset vaikeudet. Laman hellitettyä 1990-luvun puolivälin jälkeen olisi ollut mahdollisuus palata aiempaan tavoitteeseen terveyspalvelujen jakamisesta kaikille kansalaisille tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Näin ei kuitenkaan tehty, vaan pienituloisten hoitomahdollisuudet haluttiin auttaa asettamalla terveydenhuollon maksuille vuotuinen katto, jossa tosin oli lukuisia poikkeuksia. Maksukatto ei korvaa palvelujen maksuttomuutta, ja maksullisuuden jatkuminen talouden parannuttuakin osoittaa diskurssin pysyvän muutoksen sekä osin myös Suomen terveydenhuollon tietynlaisen immuniteetin kansainvälisiä vaikutteita vastaan. Suomi ei terveyspalvelujen huomattavan suurten maksujen vuoksi kuulu samaan kategoriaan muiden Pohjoismaiden kanssa, ja koko Euroopan mittakaavassa kansalaisten suuri omavastuu terveyspalveluissa erottuu muiden maiden omavastuista.

Diskurssin muutos maksuttomuudesta maksulliseen ei kuitenkaan ollut selvää ja polku oli pitkään huomaamaton. Terveydenhuollon maksut pysyivät paikallaan vuoden 2002 jälkeen kustannustason muutoksista huolimatta. Poliittinen kysymys oli ennen kaikkea se, kiinnitettäisiinkö asian kehittelyssä enemmän huomiota kansalaisten mahdollisuuksiin saada kohtuullisen hintaista hoitoa vai pidettäisiinkö tärkeimpänä tavoitteena kuntien talouden vahvistamista maksuja korottamalla. Entä mitä tehtäisiin sairausvakuutuksen korvaustaksoille?

rajaamista kokonaan maksukaton ulkopuolelle. (Suomen Kuntaliiton lausunto … 1999.)

570 Edustaja Timo Ihamäki (kok.) puheenvuorossaan lain kolmannessa käsittelyssä kommentoi Kuntaliiton esityksiä (Valtiopäivät 1999, pöytäkirjat 4, 3861). Ihamäen mukaan terveydenhuollon maksujen tavoitteena oli kuntien maksutulojen lisääminen. Kuntaliitto oli ehdottanut lain voimaantulon siirtämistä sen takia, että kunnalle tulevat tulot jäävät odotettua pienemmiksi.

571 Edustaja Matti Väistö (kesk.) piti lakiehdotusta epäoikeudenmukaisena kuntien näkökulmasta, koska valtio siirsi kustannuksia ja maksujen rahoitusvastuuta kunnille (Valtiopäivät 1999, pöytäkirjat 3, 3635).

572 Edustaja Ossi Korteniemi (kesk.) totesi tilastoihin viitaten, että Suomessa potilaan omavastuuosuus asiakasmaksuista ja lääkemenoista oli 20 prosenttia, kun Saksassa vastaava osuus oli 11 prosenttia ja Isossa-Britanniassa 3 prosenttia (Valtiopäivät 1999, pöytäkirjat 3, 3635). Edustaja Liisa Hyssälä (kesk.) totesi, että sairaalahoito oli Norjassa, Tanskassa ja Islannissa ilmaista. ja Ruotsissa perittiin enimmillään 50 markan hoitomaksu maksukaton täyttyessä 800 markan kohdalla (Valtiopäivät 1999, pöytäkirjat 4, 3858).

Vuonna 2001 eduskunta edellytti, että terveydenhuollon asiakasmaksujen, maksukaton sekä sairausvakuutuslain mukaisten omavastuiden vaikutukset palvelujen käyttäjien ja kuntien taloudelliseen asemaan selvitetään.[573] Asia oli esillä selvitysmies Raimo Jämsenin johtamassa työryhmässä sosiaali- ja terveysministeriössä. Mietinnössään vuonna 2003 työryhmä totesi, että maksupolitiikan lähtökohtana on, että myös tulevaisuudessa asiakkaat maksavat palvelujen käyttämisestä ja että asiakkaiden maksuilla ja omavastuilla on yläraja. Asiakasmaksupolitiikan tulisi asiakasmaksuineen ja omavastuineen olla väestön tuntema ja hyväksymä ja tukea vallitsevan sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteita. Kuitenkin on tiedostettava, että asiakkaiden maksamat osuudet eivät ole yleinen ratkaisu sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseksi. [574]

Työryhmän kannanotto puolsi selvästikin terveydenhuollon maksupolitiikkaa. Poliittisesti haluttiin siis jatkaa maksujen vakiinnuttamista osaksi terveyspalvelujen toteutusta. Paras ja varmin tapa toteuttaa asia oli kirjata muutos hallitusohjelmaan. Kului kuitenkin vielä monta vuotta ennen kuin terveydenhuollon maksupolitiikka vakiintui. Vasta vuonna 2007 Matti Vanhasen II hallituksen (pääpuolueet keskusta, kokoomus, RKP ja vihreät) ohjelmaan tuli selvä maksupolitiikan jatkamista koskeva kirjaus. Ohjelman mukaan hallituskaudella toteutetaan maksujen jälkeenjääneisyyden huomioiva sosiaali- ja terveydenhuollon maksu-uudistus ja luodaan järjestelmä, jossa maksut seuraavat vastedes kustannuskehitystä. Lisäksi tarkistetaan palveluiden rahoituspohja ja uudistetaan järjestelmää siten, etteivät asiakasmaksut johda epätarkoituksenmukaisiin hoitovalintoihin.

Yksityiskohtainen hallitusohjelman kirjaus osoitti, että kehittämissuunta oli vuonna 2007 hyväksytty virallisesti ja vakiintuneesti sellaiseksi, että terveydenhuollon maksut lisääntyivät. 1960-luvun idealismi ja monissa muissa maissa käytössä ollut politiikka hoidon saatavuudesta maksukyvystä riippumatta Suomessa lopullisesti hylättiin. Kuntien talouden ylläpito oli arvona selvästikin mennyt maksuttomuusihanteiden ja kansalaisten hyvinvointitavoitteiden edelle. Hallitusohjelman tavoitteita vahvisti valtioneuvoston toukokuussa 2007 tekemä päätös vuosien 2008–2011 valtiontalouden tarkistetuista kehyksistä. Päätöksen mukaan vuodesta 2009 alkaen terveydenhuollon maksut seuraavat kustannuskehitystä ja vuonna 2008 korotettiin maksuja. Tämän pohjalta hallitus antoi keväällä 2008 eduskunnalle esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain ja sosiaalihuoltolain mukaisten maksujärjestelmien uudistamisesta.[575] Esityksen tarkoituksena oli korjata viimeksi vuonna 2002 tarkistettujen asiakasmaksujen jälkeenjääneisyys ottamalla huomioon vuosien 2002–2006 kustannuskehitys. Lisäksi ehdotettiin, että maksut ja niiden perusteena olevat tulorajat tarkistetaan erikseen määriteltävien indeksimuutosten mukaisesti joka toinen vuosi.

573 EV 211/2001.

574 STM 2003.

575 HE 37/2008.

Korotusten perusteeksi esitettiin kuntien vaikeutuva taloustilanne tulevaisuudessa. Kuntien ja kuntayhtymien toimintamenojen nopea kasvu ja korkea investointiaste ovat pitäneet kuntatalouden alijäämäisenä ja kuntien velka on kaksinkertaistunut. Esityksessä ennakoitiin kuntien rahoitustilanteen vaikeutumista tulevina vuosina. Väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveyspalvelujen kysyntää ja sitä kautta lisähenkilökunnan tarvetta. Lisäksi työvoiman saantivaikeudet tulisivat lisäämään palkkapaineita. Menojen kasvaessa kuntien taloudellinen tilanne heikentyy selkeästi ja kuntien velkaantuminen jatkuu. Esitys tähtäsi siis kuntatalouden parantamiseen lisäämällä asiakasmaksuja. Kuntalaisten tuli maksaa terveyspalveluistaan lisää sen vuoksi, että kunnat voisivat investoida johonkin aivan muuhun kohteeseen kuin terveydenhuoltoon. Kansalaisten näkökulmaa ja hyvinvointia ei esityksessä juuri pohdittu. Lähtökohtana oli kuntien talouden ylläpito, vaikka kuntatalous oli vuonna 2007 vielä kohtuullisessa kunnossa.

Terveydenhuollon maksujen korotus oli poliittisesti kuuma asia, jossa hallituskoalition ja vasemmisto-opposition näkemykset poikkesivat jyrkästi toisistaan. Lakiesityksen eduskuntakäsittelyä vaikeutti se, että samassa esityksessä olivat mukana sekä terveydenhuollon, sosiaalihuollon että lasten päivähoidon maksujen korotukset. Eduskunnassa keskusteltiin pääasiassa päivähoitomaksuista. Terveydenhuollon kohoavat maksut jäivät vähemmälle huomiolle, vaikka niiden korotukset olivat kaikkein suurimmat. Edes ehdotus, jossa terveydenhuollon maksukaton korotukset sidottiin indeksiin, ei kirvoittanut paljon keskustelua, vaikka tällä muutoksella oli paljon terveyspalveluja tarvitseville huomattava merkitys. Hallitus tosin ilmoitti, että maksukattojärjestelmä on tarkoitus uudistaa niin, että eri maksukattoja tullaan yhdistämään. Tämä kuitenkaan ei voine tapahtua helposti, koska terveydenhuollon, matkojen ja lääkkeiden maksukatot kohdistuvat paljolti eri henkilöihin.[576] Esitetyt korotukset muuttivat kaikkia terveyspalvelujen maksuja ja eniten kohosivat hammashuollosta perittävät maksut.

Esitellessään lakiesitystä eduskunnalle 15.4.2008 peruspalveluministeri Paula Risikko (kok.) totesi, että maksujen suuruus ei tulevaisuudessakaan estä palvelujen käyttöä. Maksujen korotukset voivat lisätä tarvetta harkita maksuvapautusten myöntämistä joillekin asiakkaille, ja tämä mahdollisuus kunnilla jo on. Uudistuksen keskeinen periaate oli se, että kenenkään mahdollisuus saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveyspalveluja ei vaarannu. Ministeri ei juurikaan perustellut sitä, miten hän oli päätynyt tällaiseen johtopäätökseen, kun maksuja kuitenkin huomattavasti korotettiin ja korotukset sidottiin indeksiin. Lisäksi oli tiedossa, että kunnat eivät olleet antaneet maksuvapautuksia niille, joilla oli vaikeuksia selviytyä maksuista. Keskustelu esityksestä muodostuikin kärjekkääksi, ja siinä sivuttiin Suomen julkisen terveydenhuollon maksutasoa laajemmin. Puheenvuoroja käyttivät eniten opposition edustajat, jotka vastustivat esitystä.[577]

576 Ks. Mikkola ym. 2009.

577 Edustaja Päivi Räsänen (kd.) viittasi Kirkkohallituksen tekemään kyselyyn ja totesi, että maassamme on suuri joukko kansalaisia, joiden varat eivät riitä välttämättömiinkään terveydenhuoltokuluihin ja jotka säästävät ottamalla päivit-

Hallituspuolueet hyväksyivät esityksen ja oppositiopuolueet vaativat esityksen hylkäämistä. Hallituspuolueiden rintama kuitenkin piti eduskuntakäsittelyssä. Ainoa merkittävä muutos, jonka sosiaali- ja terveysvaliokunta teki hallituksen esitykseen, oli maksujen korotusten sitominen kansaneläkeindeksiin hallituksen esittämän sosiaali- ja terveystoimen indeksin sijasta. Esitys hyväksyttiin äänestäen. Sen myötä julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja korotettiin lähes 20 prosentilla ja hammashuollon maksuja jopa 27 prosentilla. Samalla julkisen terveydenhuollon maksupolitiikka linjattiin pitkälle tulevaisuuteen, koska korotukset sidottiin indeksiin. Korotukset tehdään lain mukaan automaattisesti joka toinen vuosi kansaneläkeindeksin kehityksen mukaan. Julkista terveydenhuoltoa tullaan siis tulevaisuudessa kattamaan yhä enemmän potilailta kerättävillä maksuilla. Toisaalta myös kunnan taloudenpitoa koskeva lainsäädäntö muuttui aiemmin vuonna 2006. Kunnalla voi olla alijäämäinen tilinpäätös vain neljä vuotta, jonka jälkeen kunnan on ryhdyttävä toimenpiteisiin taloutensa tasapainottamiseksi.[578] Tulevaisuudessa saattaa siis olla paineita korottaa terveyspalveluista perittävät maksut vielä olennaisesti korkeammalle tasolle, jos kunnat itsehallintoaan hyväksi käyttäen haluavat sijoittaa verotulot ja valtionosuudet investointeihin tai muihin kohteisiin, joilla ei ole yhteyttä terveydenhuoltoon.

Terveydenhuollon asiakasmaksuissa valittu toimintapa osoittaa valtionosuusuudistuksessa valitun maksulinjan jatkumista hyvinäkin talousvuosina. Keskeiset terveydenhuoltoon vaikuttavat instituutiot valtiovarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto,[579] jotka voimakkaasti ajoivat valtionosuusuudistusta ja joilla oli keskeinen rooli myös vuoden 2007 hallitusneuvotteluissa, ehdollistivat kehitystä edelleen kohti lisääntyvää kansalaisten omavastuuta. Valtaresurssina näistä kahdesta valtiovarainministeriön vaikutusvalta näyttää kasvaneen kaikkein suurimmaksi, koska kuntien valtionosuuksia leikattiin palvelumaksuista saadun maksutulon lisäyksen verran. Tällä vähennyksellä valtiovarainministeriö varmisti sen, että kunnat eivät anna asiakas-

täiseksi tarkoitetun lääkkeen vain joka kolmas päivä. Vuonna 2001 noin 12 000 kotitalouden maksukyvystä vähintään 40 prosenttia hupeni pelkkiin terveydenhuollon asiakasmenoihin. Räsänen katsoi Suomen terveydenhuollossa olevan huomattava oikeudenmukaisuusvaje. Hän viittasi OECD:n tutkimukseen 21 maasta, jonka mukaan vain Yhdysvalloissa ja Portugalissa lääkärissäkäynnit suhteessa tarpeeseen jakautui yhtä paljon hyvätuloisia suosivasti kuin Suomessa. Lisäksi Suomi sai kärkisijan erikoislääkärillä käyntien eriarvoisuudessa. Edustaja Erkki Virtanen (vas.) viittasi selvitykseen terveyserojen kasvusta Suomessa. Pienituloiset käyttävät terveyskeskuksia, mutta suurituloisten ei tarvitse maksaa esitettyjä maksujen korotuksia, koska he voivat mennä työterveyshuoltoon tai halutessaan ostaa palvelut yksityisiltä markkinoilta. Edustaja Anneli Kiljunen (sd.) totesi, että monissa EU-maissa perusterveydenhuollon palvelut ovat kokonaan maksuttomia ja myös sairaalahoito voi olla maksutonta. Lisäksi muissa maissa maksukatto on huomattavasti alhaisempi kuin Suomessa. Suomen maksukatto 590 euroa on suurempi kuin täysi kansaneläke kuukaudessa. Lisäksi kunnallisen maksukaton ulkopuolelle jää paljon hoitoja. (Täysistunnon pöytäkirja 37/2008.)

578 Kuntalain 65 § 3 mom. muuttui vuonna 2006 tehdyllä muutoksella (578/2006). Kunnan taloussuunnitelman on oltava tasapainossa tai ylijäämäinen enintään neljän vuoden pituisena suunnittelukautena. Jos alijäämää ei saada katetuksi, on päätettävä yksilöidyistä toimenpiteistä, joilla kattamaton alijäämä katetaan valtuuston erikseen päättämänä kattamiskautena.

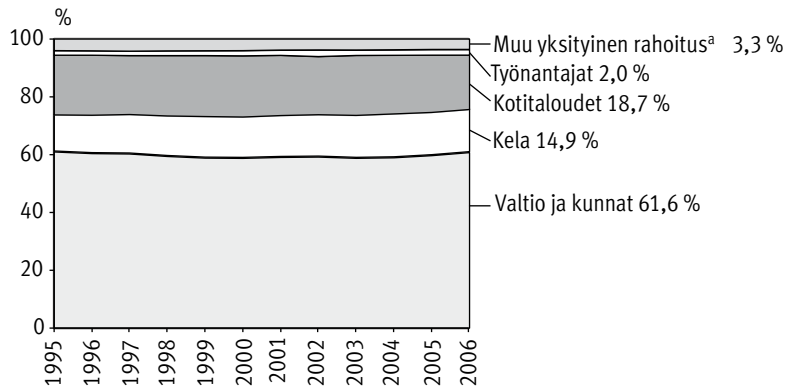
579 Hallituksen esitys vastasi Suomen Kuntaliiton tavoitteita, eikä liiton edustajalla ollut paljonkaan sanottavaa ollessaan kuultavana sosiaali- ja terveysvaliokunnassa. Valiokunnalle jättämässään lausunnossa liiton sosiaali- ja terveysjohtaja Jussi Merikallio tyytyi toteamaan, että asiakasmaksujen korottaminen ja kiinnittäminen indeksein on perusteltua palvelujen rahoituksen turvaamiseksi. Liitto kuitenkin vastusti sitä, että kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin tehtiin vuositasolla 60 miljoonan euron asiakasmaksutulo-odotusta vastaava leikkaus. (Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveysjohtaja … 2008.)

maksuista vapautuksia palvelujen tarvitsijoille vähävaraisuuden tai muun sellaisen seikan vuoksi, koska kuntien on paikattava valtionosuuksien pieneneminen perimällä asiakasmaksut enimmäismääräisenä kuntalaisilta.

Kansanedustajien mahdollisuus vaikuttaa asiakasmaksujen kehitykseen näyttää hyvin rajoitetulta verrattuna instituutioiden vaikutusvaltaan. Eduskuntakeskusteluissa olivat hyvin usein tulleet esiin Suomen suuret asiakasmaksut ja niiden aiheuttamat ongelmat erityisesti pienituloisille eläkeläisille ja mielenterveyspotilaille valtionosuusuudistuksesta lähtien. Hallituksen esitys ei kuitenkaan sisältänyt mitään vastaan tuloa pienituloisille aiemmista eduskuntakeskusteluista huolimatta.[580] Jo ennen vuonna 2008 tehtyjä maksujen korotuksia kotitalouksien osuus terveydenhuollon menoista oli huomattava. Vuonna 2006 kotitaloudet maksoivat 18,7 prosenttia terveydenhuollon menoista ja päärahoittajien (kunta ja valtio) verovaroin kattama osuus oli 61,6 prosenttia. Potilaat maksoivat siis julkisessa terveydenhuollossakin hoitonsa kaksikanavaisesti veroina ja palvelumaksuina (kuvio 12). Maksujen sitominen indeksiin merkitsee sitä, että erityisesti vanhusten kotitalouksien osuus kasvaa huomattavasti, koska kotisairaanhoidon maksut jätettiin kokonaan pois maksukaton piiristä.

Terveydenhuollon maksut ovat tyypiltään regressiivisiä, hyvätuloiset ja vähätuloiset kansalaiset maksavat yhtä paljon terveyspalveluistaan, joten maksut suosivat suurituloisia. Pitkäaikaistyöttömällä, joka saa kuukaudessa noin 500 euroa työmarkkinatukea, voi olla vaikeuksia olla sairaalahoidossa pidempään kuin kaksi viikkoa, koska tulot eivät riitä maksuihin. Lisäksi sairaanhoitopiirit perivät maksamattomat terveydenhuollon maksut hyvin suoraviivaisesti. Jos maksu viivästyy, perintä annetaan yksityisen perintätoimiston hoidettavaksi, jolloin maksu nousee nopeasti moninkertaiseksi

Kuvio 12. *Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet Suomessa 1995–2006, %.*



[a] Vakuutuskassat ja yksityiset vakuutukset.
Lähde: Stakes.

580 Esim. Eduskunnan täysistunnossa perjantaina 14. helmikuuta 2003 edustaja Taipale (sd.) ihmetteli sitä, miksi mielisairaiden asiaa ei ollut hoidettu. Asiakasmaksulain mukaan heille jäävä raha kuukautta kohti oli 60 euroa. (Täysistunnon pöytäkirja 207/2002.)

suurten perintäkulujen ja korkojen vuoksi. On oletettavaa, että Suomen suurilla terveydenhuollon maksuilla ja niiden julkiselle viranomaiselle sopimattomalla ja epäsosiaalisella perimistavalla on yhteyttä vähätuloisten kansalaisten syrjäytymiseen ja velkakierteeseen sekä OECD:n toteamaan Suomen terveyspalvelujen eriarvoiseen saatavuuteen. Vähätuloisilla kansalaisilla ja erityisesti pitkäaikaistyöttömillä ja kansaneläkkeen varassa elävillä ei yksinkertaisesti ole varaa hankkia itselleen terveyspalveluja. Tilanne tulee edelleen pahenemaan tulevaisuudessa, kun indeksiin sidotut maksut nousevat niin paljon, että terveyspalvelujen saaminen tulee yhä useammalle mahdottomaksi. Asiaa pahentaa se, että myös lääkekuluissa kansalaisten omavastuu on hyvin suuri.[581]

6.3.4 Palveluseteli herättää paljon kysymyksiä

Kansalaisten omavastuuseen terveydenhuollon palveluissa liittyy myös vuonna 2009 toteutettu palveluseteliuudistus, koska se laajensi palvelusetelin käyttömahdollisuuksia terveyspalveluihin. Hallituksen esitys asiasta annettiin maaliskuussa 2009[582]. Hallitus perusteli esitystään erityisesti pyrkimyksellä lisätä alan yritystoimintaa, mutta juuri terveyspalveluihin palvelusetelin käyttöä ei tarkemmin ohjattu, vaan palveluseteliä voisi käyttää kaikissa kuntien järjestämissä sosiaali- ja terveyspalveluissa siten kuin kunta itse päättää. Kunnan tulisi kuitenkin hyväksyä ne yksityiset palveluntuottajat, joiden antamien palvelujen maksamiseen kunnan antamaa palveluseteliä voitaisiin käyttää. Lisäksi kuntien tuli esityksen mukaan tiedottaa asiakkaille palvelusetelin arvosta ja omavastuuosuuden määräytymisestä sekä neuvoa asiakkaita palvelusetelin käytössä. Kunnan tulisi ottaa asiakkaan mielipide huomioon järjestettäessä palvelu palvelusetelillä, ja asiakkaalla olisi oikeus kieltäytyä palvelusetelin vastaanottamisesta. Tällöin kunnan tulisi ohjata asiakas muulla tavoin järjestettyjen kunnallisten palvelujen piiriin. Asiakkaan valitessa palvelusetelin hän tekisi sopimuksen kunnan hyväksymän palveluntuottajan kanssa. Tähän sopimussuhteeseen sovellettaisiin sopimuksen sisällön mukaan määräytyviä kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännöksiä ja oikeusperiaatteita.

581 Vuonna 2009 Suomessa oli EU:n köyhyysluokituksen mukaisesti noin 700 000 köyhää kansalaista (Tilastokeskus 2011). Suuret asiakasmaksut ovat herättäneet myös keskustelua. Vuonna 2008 Markku Pekurinen esitti Helsingin Sanomien Vieraskynä-palstalla, että terveyspalvelujen asiakasmaksuja tulisi arvioida uudelleen. Tuona vuonna tehdyt asiakasmaksujen 16 prosentin korotukset vähentänevät kunnallisten terveyspalvelujen käyttöä pari kolme prosenttia. Maksujen korottaminen vähentää hänen mukaansa yhtä lailla tarpeellisten kuin hoidollisesti vähemmänkin tarpeellisten terveyspalvelujen käyttöä. Asiakasmaksujen muutokset kohdistuvat suhteellisesti eniten pienituloisiin ja eläkeikäisiin. (HS 30.5.2008.) Myös lääkärikunnan piiristä on esitetty huolestumista suurista potilaskustannuksista, joihin sisältyvät myös lääkemenot (Ks. Onko potilaalla varaa … 2010).

582 HE 20/2009. Hallituksen esitys perustui melko tarkasti asiaa STM:ssä valmistelleen palvelusetelityöryhmän muistion esityksiin (STM 2008b). Muistion esityksissä todetaan perusteluna uudelle laille se, että sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö mahdollisti palvelusetelin käytön hyvin laajalti jo ennen muutoksiakin, mutta ei erityisesti kannustanut kuntia harkitsemaan palvelusetelin käyttöön ottoa. Sen vuoksi työryhmä ehdotti, että palvelusetelistä säädettäisiin erillisellä lailla. Uuden lain tavoitteena oli siis lisätä kuntien kiinnostusta palvelusetelin käyttöön.

Hyvin merkittävä terveyspalvelujen kustannuksiin liittyvä asia esityksessä koski asiakkaan omavastuuta. Hallitus esitti kumottavaksi aiemman, keskeisen palvelusetelin käyttöä koskeneen periaatteen, jonka mukaan palveluseteliä käytettäessä asiakkaan maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden tuli olla sama kuin vastaavasta kunnan palvelusta perittävä asiakasmaksu. Kun yhteys kunnan palvelumaksuun poistuisi, voisi palveluseteli kattaa vain osan palvelun hinnasta ja asiakkaan omavastuu olisi suurempi kuin silloin, jos palvelu annetaan kunnan omana palveluna. Tällainen vaara asiakkaalla voi olla, sillä palvelusetelin suuruudesta päättää kunta vapaasti itsehallintonsa puitteissa. Hallituksen esitys edellytti vain, että setelin määrä on ”kohtuullinen”.[583] Lisäksi esityksen mukaan toteutettaessa terveyspalveluja palvelusetelillä ei asiakkaan kustannuksia tulisi lukea mukaan vuotuiseen omavastuuseen. Hallitus esitti siis terveydenhuollon maksukattoon tarkemmin rajaamatonta aukkoa, jota käyttäen kunnille tulisi merkittävä mahdollisuus siirtää terveydenhuollon kustannuksia yhä enemmän asiakkaan maksettavaksi. Asiakkaalle voidaan asettaa hyvinkin suuri omavastuu eikä asiakas saa hyötyä terveydenhuollon maksukatosta, koska omavastuuta ei lueta siihen mukaan. Esityksen mukaan palvelusetelillä ostetuista terveyspalveluista ei myöskään olisi oikeutta saada sairausvakuutuskorvausta, vaan kustannus jäisi kokonaisuudessaan asiakkaan maksettavaksi.

Lain eduskuntakäsittelyssä hallitus ja oppositio suhtautuivat palveluseteliin samalla tavoin kuin esitykseen palvelumaksuista. Hallituspuolueissa (pääpuolueet keskusta ja kokoomus) esitystä kannatettiin voimakkaasti ja korostettiin erityisesti sitä, että palveluseteli tulee lisäämään yritystoimintaa sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä antaa palvelujen tarvitsijoille uusia vaihtoehtoja. Oppositio arvosteli erityisesti kuntien vapaata mahdollisuutta määritellä palvelusetelin arvo sekä sitä, että palvelusetelillä ostettuja palveluja ei luettaisi mukaan terveydenhuollon maksukattoon.[584] Esityksen pelättiin myös lisäävän yksityisten palvelujen käyttöä julkisten palvelujen kustannuksella sekä lisäävän kansalaisten omavastuita.

Erimielisyydet hallituspuolueiden ja opposition välillä tulivat selvästi esiin sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnöstä ja siihen sisältyvästä vastalauseesta[585]. Valiokunnassa tehtiin kuitenkin yksimielinen muutos esityksen 8 §:ään. Palvelusetelin suuruutta määrättiin korotettavaksi, jos asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo tai asiakkaan elatusvelvollisuus muutoin vaarantuisi. Muutos perustui perustuslakivaliokunnan lausuntoon,[586] koska perustuslakivaliokunta oli katsonut, että kunnalle tulee asettaa velvollisuus korottaa näissä tapauksissa palvelusetelin arvoa. Muutoksesta

583 Sami Uotinen on tulkinnut palvelusetelin kohtuullisuutta seuraavasti: ”Omavastuuosuutta ei säädellä yhtä yksityiskohtaisesti kuin asiakasmaksua asiakasmaksulainsäädännössä. Se ei ole kuitenkaan vailla sääntelyä. Palvelusetelin arvo tulee määrätä niin, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon muun muassa asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus.” (Uotinen 2009, 86.)

584 Ks. edustajien Rehula (kesk.), Kiljunen (sd.), Guzenina-Richardson (sd.), Virtanen (vas.), Räsänen (kd.), Asko-Seljavaara (kok.) sekä ministeri Risikon (kok.) puheenvuorot täysistunnossa 28.5.2008 (Täysistunnon pöytäkirja 58/2009).

585 StVM 14/2009.

586 PeVL 10/2009.

huolimatta kunnan harkintavalta palvelusetelin arvoa määritettäessä säilyi laajana, sillä muutoksenkin jälkeen sanamuoto on melko väljä. Hallituksen esitys hyväksyttiin eduskunnassa äänestäen. Esityksen hyväksyessään eduskunta hyväksyi lausuman, jonka mukaan maksukattojärjestelmää uudistettaessa tulee selvittää, millä tavoin palvelusetelin omavastuuosuus huomioidaan maksukaton kertymisessä.

Laki tuli voimaan 1.8.2009. Lain soveltamisesta terveyspalveluihin ei ollut vielä keväällä 2010 kokemusta, mutta voisi olettaa, että kunnat tarjoaisivat palveluseteleitä esimerkiksi lonkkaleikkauksiin keskittyneisiin yksityisiin terveydenhuollon yksiköihin. Paljon kysymyksiä herättää siinä tapauksessa palvelusetelin määrä. Mikä on se kohtuullinen osuus, jolla kunnan tulee osallistua tällaisen leikkauksen kustannuksiin, ja minkä suuruinen on kuntalaisen omavastuu? Kohtuullisuuden määrää pohdittaessa on syytä kiinnittää huomiota siihen, että palveluseteliesitystä ei perusteltu säästölakina vaan kunnan mahdollisuutena toteuttaa palveluja uusilla tavoilla sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen yritystoiminnan laajenemisella paikkakunnalla. Tavoitteena ei ollut kumota asiakasmaksulakia palvelusetelillä ja panna kansalaiset maksamaan sosiaali- ja terveyspalvelunsa pääosin itse. Kansalaisella on myös oikeus kieltäytyä palvelusetelistä.

Vuoden 2010 lopussa palvelusetelin käyttö terveydenhuollossa alkoi hahmottua. Helsingin kaupunki on päättänyt kokeilla palveluseteliä vuoden 2011 alussa hammashuollossa, psykoterapiassa ja paksusuolen tähystyksessä. Potilas saa kaupungilta palvelusetelin, jos hoitojonot kaupungin tuottamiin palveluihin ovat pitkiä. Seteli kelpaa maksuvälineeksi kaupungin hyväksymissä yrityksissä, esimerkiksi yksityisillä hammaslääkäriasemilla tai terapeuteilla. Kaupunki julkistaa listan yrityksistä, joissa kaupungin antama seteli kelpaa[587]. Jossain määrin siis näyttää siltä, että palveluseteli voisi jopa edistää yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta ja antaa mahdollisuuden julkisen sektorin resurssipulan täyttämisen yksityisillä palveluilla. Helsingin kokeilussakin potilas maksaa ylimenevän osan itse, mikäli yrityksen tarjoama palvelu on kalliimpi kuin palveluseteli.

6.3.5 Johtopäätöksiä

Valtionosuusuudistus muutti paradigman terveydenhuollon maksuttomuudesta ja avasi polun, jossa kansalaisten tulisi enenevässä määrin itse vastata terveydenhuoltonsa kustannuksista. Tästä on osoituksena valtionosuusuudistuksen yhteydessä säädetty asiakasmaksulaki, jossa aiempi diskurssi terveydenhuollon maksuttomuudesta kääntyi päinvastaiseksi. Aiemmin laissa oli säädetty, mitkä palvelut olivat kansalaiselle maksullisia, nyt maksuttomuus oli ikään kuin poikkeus ja siitä tuli säätää erikseen. Uutta polkua osoittaa myös terveyskeskusmaksujen käyttöönotto, asiakasmaksujen suuri korotus ja sitominen indeksiin vuonna 2008 sekä palvelusetelin käyttöönotto myös terveyspalveluissa.

587 HS 10.11.2010.

Näiden ohella on pyritty hillitsemään yksilönvastuun lisääntymisen aiheuttamia ongelmia paljon sairastaville ja vähätuloisille säätämällä maksukatto. Maksukaton valmistelussa terveydenhuollon keskeiset instituutiot, valtiovarainministeriö, Suomen Kuntaliitto sekä sosiaali- ja terveysministeriö, ovat kamppailleet lopputuloksesta. Kaksi edellistä ovat pyrkineet siihen, että valtion ja kuntien talous otettaisiin mahdollisimman paljon huomioon, kun taas sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt kansalaisen aseman parantamiseen. Lopputulos on kompromissi, jossa näkyy jokaisen instituution vaikutus. Valtiovarainministeriö ja Kuntaliitto onnistuivat kuitenkin jättämään kotisairaanhoidon ja sairaaloiden ylläpitomaksut maksukaton ulkopuolelle. Erittäin merkittävä muutos oli palvelusetelin ulottaminen terveyspalveluihin. Palveluseteli antaa uuden mahdollisuuden kiertää maksukattosäännöksiä ja lisätä asiakkaiden omavastuuosuuksia.

6.4 Yksilön vastuu lisääntyy hoidon laadun ja määrän suhteen

Tässä jaksossa tarkastellaan instituutioiden vaikutusta siihen, miten yksilön vastuu lisääntyi hoidon laatuun ja määrään nähden sekä miten instituutiot vaikuttivat siihen, että valtionosuusuudistuksen haitallisia seuraamuksia pyrittiin korjaamaan.

6.4.1 Lisäsikö potilaslaki potilaan oikeuksia?

Valtionosuusuudistuksen rinnalla vuonna 1992 eduskunnassa käsiteltiin terveydenhuoltoa koskevaa lakia, jonka avulla kansalaisen ongelmia terveyspalvelujen saamisessa pyrittiin parantamaan. Hallitus esitti eduskunnalle lakia potilaan asemasta ja oikeudesta. Laki sisälsi potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet.[588] Esityksen perustelujen mukaan lailla haluttiin selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa sekä edistää luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä moniulotteisessa ja teknistyvässä terveydenhuollossa. Laki oli tarkoitettu koskemaan sekä julkista että yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa.

Lakiesityksen keskeinen säännös oli 3 §, jossa määritettiin oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Säännöksen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Kunnan ja valtion velvollisuuksista järjestää terveydenhuollon palveluja oli lisäksi voimassa se, mitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa ja muissa terveydenhoitoa koskevissa laeissa säädettiin. Sanat ”niiden voimavarojen rajoissa” kirjattiin lakiin kunnallisten keskusjärjestöjen vaatimuksesta. Potilaan oikeudet terveyden- ja sairaanhoitoon rajattiin terveydenhuoltoon suunnattujen määrärahojen puitteisiin kunnan talousarviossa. Potilas ei voinut saada terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa enempää kuin

588 HE 185/1991.

mihin määrärahat riittivät, koska terveydenhuolto on määrärahasidonnainen palvelu. Sanamuoto viittasi samaan aikaan käsiteltyyn valtionosuusuudistuslainsäädäntöön, jossa kunnan itsenäisyyttä ja päätäntävaltaa lisättiin sekä suhteessa valtioon että kuntalaisiin. Kunta sai aiempaa laajemmin päättää siitä, kuinka paljon voimavaroja terveydenhuoltoon suunnataan.

Kansalaisen oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon oli selvästikin ehdollinen vaihdellen sen mukaan, miten paljon kunnassa haluttiin panostaa terveydenhuoltoon. Lain viittaus kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoitolakiin herätti kuitenkin kysymyksiä tästä tulkinnasta. Ovatko keskeiset terveydenhuollon lait vain puitelakeja, joilla ei ole vaikutus kansalaisen oikeuksiin vai antavatko ne kansalaisille oikeuden vaatia hoitoa määrärahoista riippumatta? Asia jäi potilaslain säätämisen yhteydessä auki, mutta siihen palattiin myöhemmin potilasoikeuksia ja kunnan järjestämisvelvollisuuden laajuutta koskeneissa oikeudenkäynneissä.

Esityksen 4 § käsitteli hoitoon pääsyä. Hoidon saamisen ehdollisuus ja määrärahasidonnaisuus oli säännöksessä otettu huomioon. Esityksen mukaan silloin, kun henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto. Näin siis annettiin kunnille laillinen oikeus ohjata potilaita hoitojonoon, jos määrärahat eivät riittäneet hoidon antamiseen. Muualle ei potilasta voitu toimittaa hoitoa saamaan, jos kunnalla ei ollut määrärahaa hoidon maksamiseen. Kustannuksiltaan edullisin tapa kunnalle oli ohjata hoitoa tarvitseva potilas odottamaan hoitoon pääsyä, kunnes kunta sai voimavaroja hoidon antamiseen.[589] Tavallaan 4 § antoi vastauksen kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaisen järjestämisvelvollisuuden käytännön toteutukseen. Kun kunta oli ohjannut hoitoa tarvitsevan potilaan odottamaan hoitoon pääsyä, oli lain mukainen järjestämisvelvollisuus täytetty ja kunnan voimavarat eli talousarvion terveydenhuoltoon tarkoitettu määräraha ratkaisi sen, milloin hoitoa voitiin antaa.

Ehdotuksen mukaan potilaalla olisi oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Tämä oikeus olisi kuitenkin sidottu edellä mainittuihin edellytyksiin hoidon saamisesta ja kunnan voimavaroista. Sitten kun potilas mahdollisesti ensin hoitoa odotettuaan saa hoitoa, on annettavan hoidon oltava laadultaan hyvää. Lakiesitys

589 Ks. esim. Ellilä 2007, 389, selostus eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksestä 624/1/00, 20.6.2000, joka kuvaa tilannetta 1990-luvun loppupuolella: Kantelija oli potenut selkä-, rintaranka- sekä osteoporoosivaivoja ja hänellä oli akillesjänteen tulehdus. Akillesjännettä oli hoidettu pehmein keinoin terveyskeskuksessa ilman positiivista tulosta. Sittemmin potilas oli joutunut keskussairaalan leikkausjonoon huhtikuussa. Kantelijalle sairaalasta annetun tiedon mukaan leikkaukseen pääsisi aikaisintaan syksyllä. Potilas kanteli liian pitkistä leikkausjonoista. Päätöksessään oikeusasiamies totesi, että leikkausjonot ovat valitettavan tavanomaisia maamme sairaaloissa. Lisäksi oli yleinen käytäntö, että osastoja suljettiin kesälomien vuoksi. Oikeusasiamies katsoi, ettei kirjoituksessa ollut esitetty sellaisia seikkoja, joiden johdosta hänen olisi syytä epäillä, että tapauksessa leikkaukseen pääseminen olisi kohtuuttomasti viivästynyt yleinen tilanne huomioon ottaen. Sen vuoksi ja koska oikeusasiamies ei voinut kiirehtiä leikkausta eikä ollut ilmennyt muutakaan sellaista, mihin olisi puututtava, asia ei antanut aihetta enempään.

ei kuitenkaan sisältänyt tarkempia säännöksiä siitä, miten hyvälaatuinen hoito varmistetaan potilaalle, eikä laissa annettu ohjeita siitä, miten potilaan on meneteltävä, jos hänen saamansa terveyden- ja sairaanhoito ei olisikaan laadultaan hyvää. Esitys siis pyrki yleisellä tasolla parantamaan potilaan asemaa samaan aikaan kuin kunta sai uusia vapauksia, mutta esitystä vaivasi sanonnan julistuksenomaisuus ja selvien toimintaohjeiden puute.[590]

Eduskunnassa lakiesitys ei herättänyt kovin paljon keskustelua eikä sitä varsinaisesti vastustettu missään puolueessa. Erimieliseksi ja epäselväksi jäi kuitenkin kysymys potilaan oikeudesta saada hoitoa sekä hoitojonoon ohjaamisen yksityiskohdat. Monissa edustajien puheenvuoroissa kiinnitettiin huomiota jo tuolloin pitkiin hoitojonoihin.[591] Opposition (SDP, vasemmistoliitto) taholta esityksen puutteena pidettiin erityisesti sitä, että lakiesitys ei antanut potilaalle subjektiivista oikeutta saada hoitoa. Edustaja Outi Ojala (vas.) totesi puheenvuorossaan, että lakiesitys korostaa kyllä periaatteellisia arvonäkökohtia ja kansalaisten tasa-arvoa oikeutena hyvään terveydenhoitoon. Kuitenkaan esityksessä ei annettu potilaalle suoraan subjektiivisia oikeuksia hoidon saantiin, kun hoitoa tuli antaa terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa[592]. Myös edustaja Virpa Puisto (sd.) kiinnitti samaan asiaan huomiota todetessaan, että lakiesityksen 3 ja 4 §:ssä ensin luvataan ja sitten otetaan.[593]

Sosiaali- ja terveysvaliokunta otti mietinnössään kantaa tähän kansalaisen kannalta keskeiseen kysymykseen ja totesi mm., että ”lakiehdotuksen 3 §:n mukaan hoitoa annetaan terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Voimavaroihin kuuluvat paitsi hoidon antamisen taloudelliset edellytykset myös käytettävissä olevan henkilökunnan määrä, tekniset laitteet sekä olemassa oleva tieto ja taito”. Lakiehdotuksen 4 §:stä (hoitojonoon asettaminen) valiokunta huomautti, että siinä säädetään toimenpiteistä muun muassa niissä tapauksissa, joissa henkilölle ei voida välittömästi antaa tarpeellista hoitoa. Kyseinen säännös ei valiokunnan käsityksen mukaan tuottanut subjektiivista oikeutta hoitoon pääsyyn vaan osoitti hoidon por-

590 Toomas Kotkas on pitänyt potilaslakia menettelyllisenä eikä potilaalle oikeuksia antavana etuna. Hän on todennut, että 1990-luvun alun taloudellinen lama leikkasi sosiaaliturvajärjestelmäämme ja hyvinvointivaltion laajentumisen aika oli ohi. Sosiaalisia oikeuksia ei välttämättä lakkautettu, mutta niihin oikeutettujen henkilöiden piiriä rajattiin ja niiden tasoa laskettiin. Sosiaalisia oikeuksia ei ymmärretä enää ehdottomina, vaan ne nähdään pikemminkin neuvottelujen tuloksena syntyneinä vaateina. Sosiaaliset oikeudet voidaan kyseenalaistaa vertaamalla niitä muihin, esimerkiksi yleiseen etuun tai taloudelliseen tehokkuuteen kiinnittyviin vaateisiin. Samaan aikaan yksilön menettelyllisiä oikeuksia on vahvistettu sosiaalioikeuden alalla. Tärkeimpinä menettelyllisinä säännöksinä Kotkas pitää potilaslakia ja sosiaalihuollon asiakaslakia. (Kotkas 2009, 207–225.)

591 Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3. Ks. esim. Tina Mäkelän (SMP) puheenvuoro.

592 Edustaja Ojalan puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 11.6.1992, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2398

593 Edustaja Puiston puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 11.6.1992, Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3, 2399. Edustaja Puisto viittasi siihen, että valtionosuuslain voimaan tullessa ja valtion säästäessä ja leikatessa mahdollisuudet hoitoon pääsyyn tulevat yhä kyseenalaisemmaksi. Hänen mukaansa lakiesityksen 3 §:n mukaan toimitaan siltä osin kuin on taloudellisia resursseja ja että ei saa aiheuttaa taloudellisia kustannuksia. Seuraavassa pykälässä kerrotaan, että kaikilla on oikeus päästä hoitoon ja jollei hoitoon, niin ainakin hoitojonoon. Puiston mukaan lakiesityksessä ei ollut mitään tulkintaa.

rasteista järjestelmää.[594] Laki siis antoi valiokunnan käsityksen mukaan kunnalle paljon joustoa kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaisen hoidon järjestämisessä. Samaan aikaan eduskunnassa käsitelty valtionosuusuudistus antoi kunnalle oikeuden päättää vapaasti sosiaali- ja terveyspalveluihin käytettävistä määrärahoista, jolloin voimavarojen suuruus jäi riippumaan kunnan päättäjien halusta panostaa terveydenhuoltoon.

Laki potilaan oikeuksista hyväksyttiin yksimielisesti, ja se tuli voimaan samana vuonna kuin valtionosuusuudistus eli vuonna 1993 (785/1992).[595] Koska laki ei varsinaisesti anna potilaalle oikeutta hoitoon, antavat sen säännökset lähinnä käyttäytymisohjeita hoitohenkilökunnalle potilaan kohtelusta sekä korostavat potilaan suostumuksen merkitystä hoitotoimenpiteisiin. Siinä tapauksessa, että potilas ei saa haluamaansa hoitoa tai se ei ole hänen mielestään potilaslain mukaisesti hyvää, ovat potilaan oikeusturvakeinot kuitenkin rajoittuneet lähinnä mahdollisuuteen tehdä muistutus. Potilaslain 10 §:n mukaan saamaansa terveyden- ja sairaanhoitoon tai siihen liittyvään kohteluun tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Laissa tähdennetään, että tehty muistutus tulisi käsitellä huolellisesti ja antaa siitä asiallinen vastaus potilaalle kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä.

Muistutusmenettely on osoittautunut hyvin heikoksi oikeusturvakeinoksi. Laki ei määrittele tarkemmin muistutuksen käsittelyyn liittyvää prosessia, ja sen vuoksi vastauksia muistutuksista potilaille ei joko anneta ollenkaan tai niiden sisältö on niin mitäänsanomaton, ettei vastaus muistutukseen todellisuudessa auta potilasta hoitoon liittyvissä ongelmissa.[596] Potilailla on myös mahdollisuus kannella eduskunnan oikeusasiamiehelle hoitokohtelustaan, mutta tämäkin keino on vain ns. ylimääräinen muutoksenhakukeino. Oikeusasiamiehen päätöksiin ei ole liitetty mitään toimeenpanoa eikä ole lainkaan varmaa, että oikeusasiamiehen kantelijalle antama myönteinen päätös johtaa todellisiin parannuksiin kantelijan kannalta.[597] Viime kädessä jää terveydenhuollon yksikön itsensä päätettäväksi se, miten oikeusasiamiehen päätökseen suhtaudutaan ja ryhdytäänkö sen johdosta joihinkin toimenpiteisiin. Ennen oikeusasiamiestä potilaat yleensä kääntyvät potilasasiamiehen puoleen potilaslain 11 §:n mukaan. Potilasasiamies voi avustaa potilasta hänen hoitoon liittyvissä ongelmissaan,

594 StVM 15/1992.

595 HE 185/1991.

596 Ks. Muistutuksesta Pirjo Sorsan artikkeli *Oikeussuojasta terveydenhuollossa*. Sorsa toteaa mm., että ”Käytännössä potilaan voi olla vaikea näyttää toteen kokemaansa huonoa tai epäasiallista kohtelua. Asiapapereista, lausunnoista ja selvityksistä voi välittyä asian ratkaisijalle yksipuolinen kuva oikeussuojavaatimuksen esittämiseen johtaneesta tapahtumasta, jolloin muistutuksen ratkaisijana toimivan henkilön olisi kyettävä objektiivisesti tarkastellen havaitsemaan myös potilaalle edulliset seikat – – asian käsittely ja ratkaisu tapahtuvat yksikön johtajan toimesta ja potilaita hoitaneita henkilöitä kuulemalla sekä pyytämällä näiltä tarvittavia selvityksiä. Organisaation sisäiseksi asiaksi jää usein terveydenhuollon ammattihenkilöstön epäasiallisen toiminnan selvittäminen ja korjaaminen.” (Sorsa 2000, 375–376.)

597 Toomas Kotkas on todennut potilaslain säätämisen eräänä keskeisenä tavoitteena olleen potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen. Tähän viittaa hänen mukaansa erityisesti lain 6 §, jonka mukaan ”potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan”. Kotkaksen mukaan itsemääräämisoikeuden ja sitä tukevien menettelyllisten oikeuksien taustalla voidaan nähdä vaikuttavan lainsäätäjän halu aktivoida kansalaisia. (Kotkas 2009, 212–213.)

mutta hänellä ei lain mukaan ole valtuuksia puuttua hoitoyksikön toimintaan.[598] Näin ollen potilasasiamiehen rooli on lähinnä konsultoiva.

Potilaslain säätämisen jälkeen uudistettiin 1990-luvulla potilasvahinkolaki (585/1986) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)[599]. Uudistetut lait täsmensivät sanonnaltaan yleispiirteistä potilaslakia jonkin verran. Potilaslain säännökset hoidon hyvästä laadusta konkretisoituvat potilasvahinkolaissa jälkikäteisenä vahingonkorvauksena silloin, jos on tapahtunut hoitovirhe. Hoitovirheestä tulee kuitenkin olla todennäköinen näyttö, jotta potilas saisi oikeuden korvaukseen vakuutuksesta. Hoitovirhetapausta käsiteltäessä ei varsinaisesti haeta syyllistä vaan riittää todennäköisyys siitä, että potilaan sairaus on pahentunut tai tila heikentynyt virheellisen hoidon seurauksena. Mittapuuna arvioinnissa käytetään sitä, että kokenut terveydenhuollon ammattihenkilö olisi toteuttanut hoidon toisin ja siten todennäköisesti välttänyt vahingon.

Potilasvahinkolaissa tulee esiin harvinaisen selvästi periaate siitä, että kansalaisen eikä yhteiskunnan tulee kantaa vastuu vahingosta, jos yhteiskunta ei vastaa terveydenhuollon järjestämisestä. Tämä todetaan hallituksen esityksen perusteluissa potilasvahinkolaiksi vuodelta 1986 hyvin suoraan. Perustelujen mukaan yhteiskunnan terveyden- ja sairaanhoidolliset resurssit vaikuttavat siihen, minkä tasoista hoitoa yhteiskunnassa voidaan antaa. Potilasvahinkona ei korvata sellaista henkilön terveydentilan huononemista, jonka hoitamatta jääminen johtuu pelkästään rajallisista voimavaroista.[600] Terveydenhuoltoa annetaan siis voimavarojen puitteissa. Jos kansalainen ei saa tarvitsemaansa hoitoa, joutuu hän kärsimään itse vahingon. Jos kansalainen jonottaa hoitoon pääsyyn ja hänen terveydentilansa huononee hoitojonossa, ei hän potilasvahinkolain perusteella saa korvausta. Hoidon pitää alkaa ennen kuin potilasvahinkolakia sovelletaan.[601]

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä merkitsee terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja vuodesta 2009 lähtien Sosiaali- ja terveysalan valvontavirasto Valviran

598 Potilasasiamiehen rooli on muodostunut lähinnä neuvovaksi ja potilasta ohjaavaksi, ei ongelmia korjaavaksi. Potilasasiamiehellä ei ole valtuuksia puuttua terveydenhuollon yksikön tekemiin päätöksiin. Potilasasiamiehen työtä häiritsevät myös se, että asiamiestehtävät ovat yleensä sivutoimisia muun työn ohella. Ks. potilasasiamiehen tehtävistä Sundman 2000a ja b.

599 Potilasvahinkolaki oli alun perin säädetty vuonna 1986 (585/1986), mutta järjestelmää muutettiin monilla lain muutoksilla vuosina 1996–2000.

600 HE 54/1986, 3.

601 Potilasvakuutusjärjestelmää hoitaa vakuutusyhtiöiden ylläpitämä potilasvakuutuskeskus. Potilasvakuutuksesta maksettavat korvaukset on standardoitu määräsuuruisiksi vahingon laadun ja vaikeusasteen mukaan. Potilasvakuutuskeskuksen päätökseen tyytymätön voi hakea muutosta potilasvahinkolautakunnalta. Hänellä on myös mahdollisuus vaatia yleisessä oikeudessa vahingonkorvausta, jos hän pitää potilasvahinkolautakunnan päättämää korvausta liian pienenä. Käytännössä oikeudenkäyntejä on vähän, joten monissa maissa yleiset oikeudenkäynnit hoitovirheistä eivät Suomessa ole yleisiä. Yleensä potilaat tyytyvät vakuutuksesta saamaansa korvaukseen, vaikka kansainvälisessä vertailussa hoitovirheestä maksettavat korvaukset eivät ole Suomessa suuria. Vuosittain käsitellään noin 8 000 potilasvahinkotapausta, joista noin 30 prosenttia johtaa korvauksen maksamiseen. Korvauksia maksetaan noin 30 miljoonaa euroa vuodessa. (Potilasvakuutuskeskuksen korvauspäällikkö Reima Palosen luento 17.5.2010.)

ammattihenkilöihin kohdistuvaa valvontaa. Valvira valvoo sekä julkisia että yksityisiä terveydenhuollon yksiköitä sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Potilas voi näin ollen tehdä hoitonsa laadusta tai kohtelustaan terveydenhuollon asiakkaana kantelun joko aluehallintovirastoon (entinen lääninhallitus) tai Valviraan. Molemmilla on yleinen valvontavastuu terveydenhuollon toteuttamisessa, mutta niiden mahdollisuus puuttua kunnan itsehallintonsa puitteissa toteuttamaan terveydenhuoltoon on käytännössä rajoittunut lähinnä hoitoaikojen (hoitotakuun) toteuttamiseen, koska kunnallisessa itsehallinnossa päätetään hoidon laadusta ja määrästä. Näin ollen valvonta julkisessa terveydenhuollossa on hoitotakuun ohella käytännössä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatin harjoittamisen valvontaa. Siinä ei voida puuttua julkisen terveydenhuollon toteuttamiseen muilta osin, koska kysymyksessä on kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluva asia, joka toteutetaan itsehallinnon puitteissa. Laadultaan heikkotasoinen hoito voi kuitenkin johtua esimerkiksi siitä, että hoitoyksikön henkilökunnan määrä on alimitoitettu tai välineet ovat puutteellisia.

Valvontaviranomaiset ja niistä erityisesti Valvira voi puuttua sekä yksityisen että julkisen terveydenhuollon hoitolaitoksen toimintaan, mutta julkisen terveydenhuollon yksiköille ongelma saattaa olla se, että yksikön henkilökunnan määrä ja hoidon laatu kuuluvat edelleen kuntatasolla päätettäviin asioihin. Valviran toimivaltuudet, jotka käsittävät myös sosiaalihuollon valvonnan, ovat vasta muotoutumassa vuonna 2010. Toimintansa alussa Valviran tehokkaimmaksi valvontakeinoksi on osoittautunut uhkasakon asettaminen erityisesti silloin, kun hoitotakuuaikoja ei ole terveydenhuollon yksikössä noudatettu. Muilta osin julkisen terveydenhuollon valvonta on vasta alussa. Sen sijaan yksityisiä hoitolaitoksia koskevassa laissa on valvontaviranomaisille annettu täsmälliset valvontakeinot.[602] Myös terveydenhuollon ammattihenkilöitä kohtaan viranomaisilla on tehokkaat keinot käytössään. Tarvittaessa Valvira voi kieltää valvottavalta terveydenhuollon ammattihenkilöltä oikeuden harjoittaa ammattiaan.

Verrattaessa näitä oikeusturvakeinoja potilaslain yleisiin periaatteisiin potilaan oikeuksista joudutaan toteamaan, että kaikki potilaan keinot oikeuksiensa toteuttamiseen ovat jälkikäteisiä. Ratkaisun saaminen kanteluun vie yleensä paljon aikaa, eikä välitöntä keinoa epäkohtien korjaamiseksi ole. Sairaustilanne on kuitenkin akuutti ja vaatisi välittömiä toimia potilaan oikeusturvan varmistamiseksi. Tällaisia keinoja ei lainsäädäntö tunne, joskin vuonna 1995 toteutettu perusoikeusuudistus toi uusia piirteitä potilaan asemaan ja oikeuksiin.[603]

602 Lääninhallitukset lopetettiin 1.1.2010 ja niiden tilalle perustettiin alueelliset valvontayksiköt.

603 Ks. kantelusta oikeusturvakeinona Ellilä 2007, erityisesti 225–226, 333–343, 415–440, 474–491 ja 518–532. Vuonna 1995 muodostettiin Paavo Lipposen I hallitus (huhtikuu 1995–huhtikuu 1999), jonka päähallituspuolueet olivat SDP, kokoomus ja vasemmistoliitto. Hallituksen ohjelmassa terveyspolitiikka oli ilmaistu mm. seuraavasti: ”Sosiaali- ja terveyspalvelut, ansiosidonnainen sosiaaliturva ja vähimmäisturva muodostavat hyvinvointiyhteiskunnan ytimen. Niiden turvaamiseksi sosiaali- ja terveysturvassa tarvitaan vaalikauden aikana merkittäviä, rakenteellisia muutoksia ja menojen karsintaa. Sosiaalietuuksien, asiakasmaksujen, ansiotulojen kasvun ja verotuksen on muodostettava kokonaisuus, joka kannustaa työn tekemiseen, opiskeluun sekä estää nk. kannustinloukkujen syntymisen. Sairausvakuutusjärjestelmässä vähimmäispäivärahan saamisehtoja tarkistetaan. Sairausvakuutusten kustannusten kasvua hillitään mm. vaikuttamalla terveydenhuoltojärjestelmän avulla lääkkeiden käyttöön. Yhteiskunta turvaa peruspalvelut kaikille väestöryhmille. Julkinen palvelujärjestelmä on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen perusta. Sitä täydentävät yksityiset palvelut,

6.4.2 Perusoikeusuudistus ja terveydenhuollon oikeudellistuminen

Valtionosuusuudistus lisäsi kunnallisen itsehallinnon merkitystä palvelujen tuottamisessa, ja myös terveyspalvelut tulivat kunnan päättäjien harkinnasta riippuvaiseksi terveydenhoitolakien rajoissa. Laki potilaan oikeuksista oli enemmän periaatteellinen kuin käytännön oikeusturvaa antava instrumentti. Suomalaisen terveydenhuollon perusperiaatteena on terveyspalvelujen antaminen voimavarojen puitteissa. Potilaalla on subjektiivinen oikeus vain kiireelliseen sairaanhoitoon, ja siitä sekä kansanterveyslaki että erikoissairaanhoitolaki sisälsivät oman säännöksensä. Aiempi, vuoden 1919 hallitusmuoto ei sisältänyt terveyteen liittyviä säännöksiä. Tosin hallitusmuodon 6 §:n mukaan Suomen kansalainen oli lain mukaan turvattu hengen, kunnian, henkilökohtaisen vapauden ja omaisuuden puolesta, joten hengen turva saattoi koskea myös turvaa tarttuvien tautien ja muiden hengenvaarallisten sairauksien osalta.[604] Kaikkiaan terveyteen liittyviä säännöksiä oli kuitenkin perustuslain tasolla vähän.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistus lisäsi kansalaisen turvattomuutta terveyspalvelujen saannissa, koska siinä kunnan päätösvaltaa terveydenhuollon toteuttamisessa lisättiin, ilman että kansalaisen oikeuksia olisi parannettu[605]. Kunnan oikeuksien ohella oli huomiota kiinnitettävä myös kansalaisen asemaan. Siksi valtionosuusuudistuksesta lähteneen kehityksen seuraava vaihe oli ns. perusoikeusuudistus, joka toteutettiin vuonna 1995.[606] Uudistuksessa hallitusmuotoon tuli uusi 15 a §, jonka 1. momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Saman pykälän 2. momentin mukaan lailla taataan jokaisen oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella ja 3. momentin mukaan

sosiaali- ja terveysalan järjestöt sekä omais- ja lähimmäistyö. Hoidon porrastusta jatketaan. Erikoissairaanhoidossa tehostetaan toimivaa työnjakoa. Edistetään erityisesti työkykyä ylläpitävää toimintaa ja varhaiskuntoutusta."

604 Vauhkonen ym. 1978, 45.

605 Valtionosuusuudistuksen aiheuttamat ongelmat terveydenhuollolle on myönnetty keväällä 2010 eduskunnalle annetun terveydenhuoltolakiesityksen perusteluissa. Niissä todetaan (HE 90/2010, 4–5) mm., että "vuoden 1993 alussa voimaan tullut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (lain nimi muutettu sittemmin lailla 1706/2009) muutti syvällisesti terveydenhuollon toimintaa. Lainmuutoksen myötä valtionosuudet maksettiin peruskunnille palvelujen tarvetta kuvaavan laskukaavan mukaisina summina. Lainsäädännön muutos purki valtionhallinnon resurssiohjausjärjestelmän ja sen myötä siirryttiin entistäkin hajautetumpaan terveydenhuoltoon, jossa peruskunnilla oli valta ja vastuu järjestää terveydenhuoltopalvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Uudistuksen tärkeimpiä syitä olivat aiemman kustannusperusteisen valtionapujärjestelmän menoja kasvattava vaikutus sekä yleinen pyrkimys valtion keskushallinnon tehtävien hajauttamiseen. Samalla toivottiin, että peruskuntien asema suhteessa suuriin kuntayhtymiin vahvenisi. Toisaalta uudistuksen tullessa voimaan pelättiin, että eri kuntien asukkaat joutuisivat eriarvoiseen asemaan. Taloudelliset tai poliittiset syyt ovatkin johtaneet päätöksiin, joiden tuloksena kaikkien kuntien asukkaille ei enää ole ollut tarjolla riittävästi terveyspalveluja. Lakiuudistus tuli voimaan, kun Suomi oli keskellä syvää talouslamaa. Uusi järjestelmä joutui heti testattavaksi ääriolosuhteissa."

606 Perusoikeusuudistus siirtyi sittemmin sisällöltään muuttumattomana vuoden 2000 perustuslakiin (19 §). Pentti Arajärvi on väitöskirjassaan *Toimeentuloturvan oikeellisuus* selvittänyt toimeentuloturvaa koskevan lainsäädännön suhdetta perustuslakiin, erityisesti perusoikeuksiin, ihmisoikeuksiin ja yhteisöoikeuteen (Arajärvi 2002). Terveydenhuollon osalta ei ole tehty vastaavan tyyppistä, syvälle luotaavaa analyysiä perustuslain (erityisesti perustuslain 19 §) vaikutuksesta terveydenhuollon toteuttamiseen Suomessa.

julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Lain 1 momentissa turvattu subjektiivinen oikeus ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on riippumaton iästä, kansallisuudesta tai taloudellisesta asemasta. Huolenpidolla on yhteys terveydenhuoltoon, mutta lain yleinen sanamuoto jättää epäselväksi, mitä ”välttämätön huolenpito” terveyspalvelujen osalta merkitsee. Millaiseen huolenpitoon kansalaisella on perustuslain takaama subjektiivinen oikeus? Perusoikeusuudistuksen valmisteluasiakirjoista voidaan päätellä, että ”toimeentulo” ja ”huolenpito” ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. Siksi tietyn etujärjestelmän piirissä oleva henkilö voi saada vähemmän huolenpitoa kuin järjestelmän ulkopuolelle jäänyt, koska toimeentuloturva antaa mahdollisuuden hankkia itse huolenpitoa. Säännös kattaa kuitenkin rahaetuuksien ohella myös palvelut, jolloin herää kysymys, antaako sanonta ”ihmisarvoisen elämän kannalta välttämätön” oikeuden muuhunkin kuin kiireelliseen sairaanhoitoon. Entä mikä merkitys terveyspalveluille oli sillä, että 3. momentin mukaan julkisen vallan oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä? Miten julkinen valta voisi turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä, kun toisaalta terveyspalveluja annetaan voimavarojen mukaan? Perusoikeusuudistuksen tullessa voimaan vuonna 1995 nämä kysymykset jäivät vielä pitkälti auki.

Perusoikeusuudistuksella oli kuitenkin käytännön merkitystä, sillä vähitellen oikeuskäytännössä alettiin katsoa, että myös terveyspalveluissa syntyi kuntalaisen ja kunnan välille oikeussuhde, jota on mahdollista käsitellä erimielisyystilanteessa hallintoriita-asiana.[607] Tällöin ensimmäisenä asteena on hallinto-oikeus ja ylimpänä korkein hallinto-oikeus. Tulkinta hallintoriidasta ei tosin syntynyt yksin perusoikeusuudistuksesta, vaan ehkä enemmänkin valtionosuusuudistuksen aiheuttamista ongelmista kansalaisten terveyspalvelujen saamisessa. Kunnat alkoivat noudattaa liiankin innokkaasti valtiovarainministeriön ja kunnallisten keskusjärjestöjen valtionosuusuudistuksen korostamia arvoja tehokkuudesta ja kustannussäästöistä päätyen useasti siihen johtopäätökseen, että paras kustannussäästö on saavutettavissa jättämällä palvelut kokonaan antamatta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen potilaita alettiin ohjata ”ikuiseen jonoon”, jolloin aika tulisi hoitamaan kustannusongelmat. Tilanteen mennessä näin pitkälle oli oikeastaan pakko selvittää, onko terveydenhoito pelkästään ”tosiasiallista toimintaa” vai liittyykö siihen myös juridiikkaa ja potilaiden oikeusturvakeinoja. Tällöin todettiin, että hallintoriitamenettely voisi soveltua tavaksi, jolla potilaat voisivat saada oikeusturvaa hoitoa tarvitessaan.

Oikeusturvaa ei kuitenkaan voi saada, jos ei ole olemassa säännöksiä, joihin prosessissa voi tukeutua. Kunnan järjestämisvelvollisuuden sisältöä alettiin tarkastella

607 Hallintoriita on määritelty hallintolainkäyttölain (586/96) 69 §:ssä seuraavasti: ”Julkisoikeudellista maksuvelvollisuutta tai muuta julkisoikeudellisesta oikeussuhteesta aiheutuvaa velvollisuutta tai oikeutta koskevan riidan samoin kuin hallintosopimusta koskevan riidan, johon haetaan viranomaisen ratkaisua muuten muutoksenhakuteitse (hallintoriita-asia), käsittelee hallinto-oikeus.”

tässä valossa. Voisiko hoitoon ottamatta jättäminen merkitä sitä, että kunta ei ole asianmukaisesti täyttänyt terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuttaan uusien perusoikeussäännösten valossa? Koska perusoikeussäännökset olivat yleispiirteisiä ja tulkinnallisia, tarvittiin oikeuskäytäntöä niiden soveltamisesta, jotta asia selkiytyisi. Hoitoonsa tyytymättömät potilaat alkoivatkin viedä sairaanhoitoon liittyviä erimielisyyksiä hallintoriita-asiana hallinto-oikeuden käsiteltäväksi. Vuosien 1995–2003 välillä oli vireillä useita oikeudenkäyntejä, joissa hallinto-oikeudet ja viime kädessä korkein hallinto-oikeus joutuivat miettimään, onko ja millä ehdoilla potilaalla oikeus saada julkisen terveydenhuollon palveluja ei-kiireellisissä tapauksissa. Yleensä kysymys oli siitä, että kuntalainen oli hakenut julkista terveyspalvelua mutta ei ollut sitä saanut, koska hän oli joutunut kohtuuttoman pitkään hoitojonoon. Lisäksi jouduttiin pohtimaan sitä, mitä tarkoittaa se, että kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaan lääkäri päättää potilaan hoidosta. Oliko asia loppuun käsitelty, jos lääkärin päätös oli kielteinen eikä potilas saanut hoitoa? Vireille tulleet hallintoriitaratkaisut toivat joitakin uusia piirteitä potilaan asemaan ja oikeuksiin, mutta eivät kuitenkaan muuttaneet sitä perusperiaatetta, että lääkäri päättää potilaan hoidosta.

Päätöksessään 1997:92 KHO totesi, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtajaylilääkärin päätös, jolla oli hylätty henkilön hakemus saada maksusitoumus yliopistollisessa sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin, oli pätevä.[608] KHO:n päätös ei kuitenkaan ratkaissut asiaa kokonaan. Lääkärin päätös on ratkaiseva hoitoon pääsyssä. Tästä huolimatta terveyspalvelujen järjestäminen sitä tarvitsevalle on kunnan kansanterveyslaista tai erikoissairaanhoitolaista johtuva velvollisuus. Sitä, onko kunta hoitanut järjestämisvelvollisuuttaan riittävästi, on jouduttu arvioimaan monissa terveyspalveluja koskevissa prosesseissa. Päätöksiä tehdessään oikeudet ovat soveltaneet sekä terveydenhuoltolainsäädäntöä että perustuslain perusoikeussäännöksiä. Perusoikeussäännösten soveltaminen konkreettisiin tapauksiin on ollut uutta Suomen oikeuskäytännössä. Vuosien 1995–2003 välillä oli vireillä useita prosesseja, joissa oikeus on joutunut miettimään kunnan järjestämisvelvollisuuden laajuutta ja siihen liittyen potilaan oikeutta saada julkisen terveydenhuollon palveluja.[609] Päätökset

608 KHO katsoi, että A:lle annettavan hoidon sisältöä koskeva, erikoissairaanhoitolain 33 §:ssä tarkoitettu päätös, jonka johtajaylilääkäri oli tehnyt laillistettuna lääkärinä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n tarkoittamalla päätösvallalla, oli lopullinen eikä lääkärin tekemään päätökseen, kun otettiin huomioon myös terveydenhuollon ammattihenkilökuntalain 5 luvun sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 luvun säännökset, voitu hakea muutosta kuntalain tarkoittamin muutoksenhakukeinoin. (Erikoissairaanhoitolain 33 §: ”Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisohjeiden mukaan ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri.” Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 22 §:n 1 mom.: ”Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.”)

609 Ks. Tuori ja Kotkas 2008, 276–281 ja esim. seuraavat päätökset: 1) KHO 2000:63, joka koski kunnan velvollisuutta myöntää osana erikoissairaanhoitolakiin kuuluvaa lääkinnällistä kuntoutusta ortopediset jalkineet henkilölle, joka tarvitsi niitä vammansa vuoksi. KHO totesi henkilöllä olleen vammansa vuoksi kiistatta ortopedisten jalkineiden tarve ja hänen toimintavajauksensa oli osoitettu olleen sellainen, että siitä aiheutuva ortopedisten jalkineiden hankinta tai hankintakustannusten korvaaminen kuului kunnan järjestämisvelvollisuuteen. 2) KHO 2001:50, jossa oli kysymys lapsen oikeudesta erikoishammaslääkärin antamaan hampaiden oikomishoitoon. Potilas oli joutunut siirtymään terveyskeskushoidon jälkeen yksityiseen hoitoon, koska hakemus julkisesta erikoishammashoidosta oli hylätty. KHO velvoitti kuntayhtymän korvaamaan lapselle yksityisesti hankitusta hampaiden oikomishoidosta aiheutuneet kustannukset. 3) KHO 2002:21, jossa kuntalainen ei ollut saanut tarpeellista hoitoa julkisesta terveydenhuollosta. KHO velvoitti kaupungin

eivät ole paljonkaan horjuttaneet sitä perusperiaatetta, että lääkäri päättää potilaan hoidosta. Kuitenkin joissakin tapauksissa – kuten lapsen oikeus saada hampaiden oikomishoitoa, pääsy sydämen ohitusleikkaukseen ja oikeus eräisiin lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyviin apuvälineisiin – korkein hallinto-oikeus on katsonut, ettei kunnan järjestämisvelvollisuutta ollut riittävästi toteutettu. Tällöin oikeus on jopa velvoittanut asianomaista kuntaa maksamaan hoidon kustannukset, kun potilas on hoidon epäämisen jälkeen joutunut turvautumaan kalliimpaan yksityiseen hoitoon[610] tai katsonut, että apuvälineiden antaminen on kuulunut kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Annetuista päätöksistä on kuitenkin hyvin vaikeata vetää yleisiä johtopäätöksiä kunnan järjestämisvelvollisuuden rajoista. Kussakin tapauksessa on omat erityispiirteensä.

Oikeudenkäyntien lisääntyminen kuitenkin osoittaa, että terveyspalvelujen tietynlainen oikeudellistuminen oli yksi valtionosuusuudistuksen seurauksista. Valtionosuusuudistuksessa tehokkuuden lisääminen ja säästöjen tavoitteleminen kunnan palveluissa nousi keskeiseksi arvoksi. Kovin suurta huolta ei kannettu kansalaisten asemasta ja oikeuksista, minkä vuoksi oikeudenkäynti oli ainoa tapa selvittää säästötavoitteista aiheutuneita ongelmia. Kansalaiset joutuivat hakemaan oikeuden kautta palveluja kunnalle maksamiensa verojen vastineeksi, ja hallintotuomioistuimille tuli tärkeä rooli kuntien terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden täsmentäjänä. Juridisella etenemistavalla on kuitenkin myös rajoituksensa. Lopputulos on epävarma eikä voida ajatella, että kuntalaisen täytyy aina käynnistää hallinto-oikeusprosessi saadakseen kunnalta terveyspalveluja. Korkeimman hallinto-oikeuden tuomari ja entinen sosiaali- ja terveysministeriön virkamies Marita Liljeström onkin todennut, että terveyspalvelujen saatavuuteen liittyviä monitahoisia ongelmia ei voida ratkaista siten, että tuomioistuimet juristivoimin muutoksenhakuviiveellä oikeudellisin perustein jakavat sairaanhoitopalveluja tai ohjaavat potilaita eri hoitopaikkoihin. Liljeströmin mukaan hallintotuomioistuimilla on tärkeä rooli kuntien järjestämisvelvollisuuden oikeudellisten vaatimusten selvittäjänä. Kuitenkin hänen mukaansa valtion osallistumista sekä seuranta- ja ohjauskeinoja tulisi kehittää. Myös kuntien tulisi kehittää omia seuranta- ja arviointimenetelmiään, sillä terveyspoliittisia ratkaisuja tehdessään kuntien tulee ottaa huomioon velvollisuutensa edistää terveydenhuoltoa koskevan perusoikeuden toteutumista. [611] Näihin Liljeströmin näkemyksiin on helppo yhtyä. Ennakkopäätöksistä huolimatta potilaan mahdollisuus saattaa kunnan järjestämisvelvollisuuden riittävyys oikeuskäsittelyyn jää epämääräiseksi. Potilaat tarvitsevat tehokkaampia ja ennen kaikkea nopeampia keinoja hoitoon pääsemisen turvaamiseksi.

korvaamaan henkilölle yksityisesti hankitusta leikkaushoidosta aiheutuneet kustannukset. Kuntalainen ei ollut saanut tarvitsemaansa erikoissairaanhoitoa, jonka järjestämisvastuu oli lain mukaan kaupungilla. 4) KHO 2002:43, jossa oli kysymys kuntalaisen oikeudesta lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluun.

610 EU-asetus 1408/71 antoi kolmannenkin vaihtoehdon Suomen liityttyä Euroopan unionin jäseneksi vuonna 1995. EU-kansalaisella on oikeus hakeutua hoitoon toiseen maahan, jos hän ei saa tarvitsemaansa hoitoa omassa maassaan. Tätä oikeutta Suomessa on kuitenkin käytetty äärimmäisen harvoin, eikä mahdollisuus ole laajalti tiedossa kansalaisten keskuudessa. Lisäksi hakeutuminen hoitoon edellyttää Suomessa asianomaisen sairaanhoitopiirin lupaa. Luvan antamisen perusteista ei ole selviä ohjeita.

611 Ks. Liljeström 2003, 98–99.

Oikeudenkäyntien ohella potilaat joutuivat käyttämään runsaasti myös ylimääräisiä oikeussuojakeinoja valtionosuusuudistuksen seurausten alkaessa näkyä käytännössä. Eduskunnan oikeusasiamies on kanteluita ratkaistessaan joutunut usein ottamaan kantaa julkisen terveydenhoidon saatavuuskysymyksiin. Merkittävän päätöksen oikeusasiamies antoi 22.4.2003 (843/4/01) asiassa, joka koski erikoissairaanhoidon rajoittamista eräässä Länsi-Uudenmaan kaupungissa. Kaupungin perusturvalautakunta oli tehnyt päätöksen, jonka mukaan kaupunki ei vuonna 2001 tule maksamaan lainkaan ei-kiireellisiä leikkauksia. Tästä päätöksestä leikkauksen tarpeessa oleva kunnan asukas teki kantelun oikeusasiamiehelle.[612] Ratkaisussaan oikeusasiamies katsoi, että kaupungin perusturvalautakunnan päätös erikoissairaanhoidon säästöistä oli lainvastainen. Kunta ei siis voinut näin totaalisesti lopettaa erikoissairaanhoidon tarjoamista asukkailleen, vaikka päätös epäilemättä oli kunnan taloutta ylläpitävä ja siten linjassa valtionosuusuudistuksen tavoitteiden kanssa. Säästöistä huolimatta kunta ei kuitenkaan tässä tapauksessa ollut riittävästi toteuttanut erikoissairaanhoitolain mukaista järjestämisvelvollisuuttaan.

Oikeusasiamies on kiinnittänyt huomiota myös terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden epämääräisyyteen ja tehnyt aloitteen lainsäädännön uudistamisesta ratkaistessaan kantelun erikoissairaanhoidon järjestämisestä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS).[613] Ratkaisussa oikeusasiamies esittää muutettavaksi erikoissairaanhoitolakia niin, että laissa otettaisiin huomioon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistamisesta aiheutuneet muutokset kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän välisille suhteille. Sairaanhoitopiirin ja jäsenkuntien suhteista ja vastuusta potilaiden hoitamisessa tulisi säätää selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin.[614] Oikeusasiamiehen esityksen taustalla on epäilemättä se, että valtionosuusuudistuksessa vastuu potilaan hoidosta siirrettiin nimenomaan kunnalle. Sairaanhoitopiiri tuli vastuulliseksi potilaan hoidosta ainoastaan silloin, kun potilas sai lähetteen terveyskeskuksesta erikoissairaanhoitoon. Valtionosuusuudistus myös poisti kaikki hallinnolliset säännökset erikoissairaanhoidosta ja ohjasi valtionosuudet suoraan kunnille.

Korkeimman hallinto-oikeuden ja eduskunnan oikeusasiamiehen päätökset antoivat potilaalle joitain mahdollisuuksia saada hoitoa kunnan päätöksestä huolimatta, mutta tämä vaikutuskanava oli hidas. Sairaus oli saattanut edetä liian pitkälle ennen

612 Oikeusasiamies totesi, että potilaan hoidon tarve tulee arvioida hänen yksilöllisen tarpeensa mukaisesti sekä kiireellisissä että ei-kiireellisissä tapauksissa. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on potilaslain mukaan terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos potilas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja arvioitu kesto. Potilaita jonoon asetettaessa on otettava huomioon perustuslain 6 §:ssä ja potilaslain 3 §:n 1 momentissa säädetty syrjinnän kielto ja velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva terveyspalvelujen tarpeensa. Siltä osin kuin päätökset eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ne ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa.

613 Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 15.11.2002 (488/4/00).

614 Tämä oikeusasiamiehen esitys toteutui osittain 2000-luvun puolivälissä, kun hoidon määräajat kirjattiin lainsäädäntöön, missä yhteydessä sairaanhoitopiirit tulivat vastuulliseksi erikoissairaanhoidon antamisesta koko alueellaan.

kuin oikeusturvakeinoja käyttämällä sai apua. Oikeusistuimen linjaukset olivat vain tapauskohtaisia eikä selkeitä ennakkopäätöksiä potilaiden oikeudesta hoitoon saatu tapausten erilaisuuden vuoksi. Asiaan vaikutti myös perustuslain 121 §, jonka mukaan kuntien hallinnon tuli perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon ja kuntien hallinnon yleisistä perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä tuli säätää lailla. Jokaisella kunnalla oli perustuslakiin perustuva oikeus toteuttaa terveydenhuolto ja muut palvelunsa siten kuin se itse parhaaksi katsoi.

6.4.3 Hoitotakuu kääntää polkua

Hoitotakuun valmistelu

Hoidon saatavuus valtionosuusuudistuksen seurauksena oli ongelma tultaessa 2000-luvulle[615]. Potilaiden hoitojonot saattoivat olla hyvinkin pitkiä hoidon tarpeesta riippumatta. Kunnat saattoivat päättää asukkaittensa terveydenhuollon voimavaroista, ja sen seurauksena kuntien tarjoamat terveyspalvelut vaihtelivat suuresti kunnittain. Tehdessään päätöstä potilaan hoidosta lääkäri joutui ottamaan huomioon sekä lääketieteelliset seikat että kunnan terveydenhuoltoon myöntämät määrärahat. Kunnan talousjohto saattoi antaa kunnan palveluksessa oleville lääkäreille ohjeita mm. siitä, lähetetäänkö potilaita erikoissairaanhoitoon vai pyritäänkö heitä hoitamaan enemmän perustasolla. Jälkimmäinen vaihtoehto oli kunnalle taloudellisesti huomattavasti edullisempi kuin laskujen maksaminen sairaanhoitopiirille potilaan saamasta erikoissairaanhoidosta. Jokaisella sairaanhoitopiirillä oli omat kuntien laskutusperusteensa, ja myös tältä osin hoidon tason kirjavuus eri alueiden välillä lisääntyi. Kun valtionosuusuudistuksessa oli kumottu kaikki sairaanhoitopiirin hallintoa ja henkilöstöä koskeva säännökset ja valtionosuudet maksettiin vain peruskunnille, joutuivat sairaanhoitopiirit tekemään omat laskelmansa erikoissairaanhoidon kustannuksista ja laskuttamaan niiden mukaan peruskuntia antamastaan hoidosta. Tämä uusi vapaus antoi kunnille houkuttimia pyrkiä hoitamaan potilaat perustasolla kunnassa ja pidättäytyä erikoissairaanhoitoon lähettämisestä, jolloin kunta voi säästää erikoissairaanhoidon kustannuksissa.

615 Vuonna 1999 muodostettiin Paavo Lipposen II hallitus (huhtikuu 1999–huhtikuu 2003), jossa keskeiset puolueet olivat SDP ja kokoomus. Hallituksen ohjelman terveyspoliittisessa osassa todettiin mm. seuraavaa: Väestön terveys ja sen edistäminen otetaan yhdeksi julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi sekä siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Julkisen vallan järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava kaikkien saatavilla ja ne tulee kustantaa pääosin verovaroin. Niitä täydentävät yksityiset palvelut, kolmas sektori sekä omais- ja lähimmäistyö. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on luotava tehokkaat ja toimivat hoitoketjut ja tarkoituksenmukainen hoidon porrastus ja hyödynnettävä tehokkaasti uutta teknologiaa. Terveydenhuoltolainsäädäntöä selkeyttämällä pyritään erikoissairaanhoidosta, kansanterveystyöstä ja työterveyshuollosta muodostamaan toimiva kokonaisuus. Palveluohjausta on vahvistettava erityisesti pitkäaikaissairaiden ja vammaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käytössä. Osana palvelujärjestelmän arviointia tulee perusturvalautakunnan roolia vahvistaa ja sen toimintaa tehostaa. Palvelusetelijärjestelmän käyttöönottoa laajennetaan kokeilujen avulla. Sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdenvertaisen toteutumisen seuraamiseksi tulee luoda toimiva kriteeri- ja laatumittaristo, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate. Selvitetään tarpeet kustannusten tasausjärjestelmän luomiseksi erityisryhmien ongelmien ratkaisemiseksi. Hallitus uudistaa maksupolitiikkaa siten, etteivät asiakasmaksut suosi laitospalveluita avopalveluiden kustannuksella. Selvitetään vaihtoehdot maksukattojärjestelmän käyttöönottamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmän puitteissa. Toteutetaan vaiheittain koko väestön mahdollisuus saada yhteisistä varoista tuettua hammashuoltoa.

Valtio oli viime kädessä vastuussa perustuslain mukaisten oikeuksien toteutumisesta, mutta miten perustuslain määritellyt ja muodoltaan yleiset oikeudet toteutettaisiin käytännössä niin, että kansalaiset hyötyvät niistä? Miten valtio voisi toteuttaa perustuslain velvoitteen, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, kun terveydenhuollon toteutus käytännössä oli kuntien tehtävä? Valtionosuusuudistuksen jälkeen valtio oli saattanut toteuttaa vain informaatio-ohjausta kertoen kunnille hyvistä käytännöistä sekä antamalla laatusuosituksia. Informaatio-ohjauksen suositukset eivät kuitenkaan olleet kuntia sitovia.[616] 2000-luvulla hoitojonot kasvoivat edelleen ja tyytymättömyys terveydenhuollon toteuttamiseen kansalaisten keskuudessa lisääntyi. Potilaiden tekemät kantelutkaan eivät tuottaneet tulosta, koska kunnallisessa itsehallinnossa päätettiin hoidon määrästä ja laadusta.[617] Informaatio-ohjauksen keinot osoittautuivat tehottomaksi ja siksi valtiovallan perustuslain toteutumisesta vastaavana ylimpänä toimijana oli ryhdyttävä tehokkaampiin toimiin. Ainoa käytettävissä oleva keino oli muuttaa lainsäädäntöä, jotta perustuslakiin kirjatut oikeudet merkitsisivät jotain myös kansalaisille.

Huoli terveydenhuollon tilasta heijastui myös puolueiden ohjelmissa 2000-luvulla. Ohjelmien luonne tosin muuttui. 1970-luvulla keskeiset puolueet olivat laatineet yksityiskohtaisia terveyspoliittisia ohjelmia, mutta 1990- ja 2000-luvuilla vain vihreät laativat oman terveyspoliittisen ohjelman (1998). Muilla puolueilla terveyspoliittiset tavoitteet olivat yleis- tai vaaliohjelmia. Ohjelmiin sisältyi kuitenkin konkreettisia uudistustavoitteita, joskin ohjelmien sanamuodot olivat yleispiirteisiä eikä ohjelmiin sisältynyt ehdotuksia käytännön toteutuksesta tavoitteiden saavuttamiseksi. Puolueet antoivat suosiolla byrokraattien ja asiantuntijoiden tehdä uudistusten vaatiman käytännön suunnittelutyön.

Vihreät vaativat vuoden 1998 terveyspoliittisessa ohjelmassa, että potilaan vuodessa julkisesta terveydenhuollosta maksamille hoitopäivämaksuille ja muille maksuille tuli asettaa katto. Sosialidemokraatit totesivat vuoden 2000 kunnallisvaaliohjelmassaan, että terveydenhuollon perusta on terveyskeskuksissa ja niitä tukevissa, oikein porrastetuissa sairaalapalveluissa. Myös vasemmistoliitto korosti julkisen terveydenhuollon keskeisyyttä vuoden 2002 vaaliohjelmassaan ja vaati, että Suomeen tulisi luoda hoitotakuujärjestelmä ja yhtenäinen maksukatto, joka pitäisi sisällään myös lääke- ja matkakulut. Keskustapuolueen vuoden 2002 vaaliohjelmassa todetaan julkisen terveydenhuollon ajautuneen yhä pahenevaan tilaan. Henkilöstöpula,

616 Laatusuosituksia on annettu etenkin vanhusten huollosta, jossa on määritelty hoidettavien vanhusten määrä hoitajaa kohti. Kunnat eivät kuitenkaan suostu noudattamaan laatusuosituksia, vaan todellisuudessa henkilöstömäärät voivat huomattavastikin alittaa laatusuositukset. Viimeisin vanhustenhuollon laatusuositus on vuodelta 2007.

617 Ks. esim. Etelä-Suomen lääninhallituksen päätös 13.1.2005 (Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja … 2007, 2). Kantelijalle oli kirjoitettu sisäinen lähete keskussairaalan kirurgian poliklinikalta neurologian poliklinikalle. Hän ei kuitenkaan ollut saanut vastaanottoaikaa kahteen vuoteen. Kantelija tiedusteli, oliko kahden vuoden odotusaika hyväksyttävä. Päätöksessään lääninhallitus totesi asiassa saadun selvityksen perusteella käsityksenään, että keskussairaalan neurologian osaston lääkärimiehitys oli käytettävissä oleviin virkoihin nähden vähäinen. Lääninhallitus saattoi näkemyksensä sairaanhoitopiirin tietoon tarpeellisia toimenpiteitä varten. Lääninhallitus ei voinut sanoa muuta kuin mielipiteensä, koska sairaanhoitopiirin hallinnossa olevat kunnat päättivät itsenäisesti henkilöstömääristä. Lääninhallituksen näkemys ei välttämättä aiheuttanut mitään toimenpiteistä sairaanhoitopiirissä.

erikoissairaanhoidon pitkät jonot ja terveysasemien väliaikaiset sulkemiset kertoivat siitä, että potilaat eivät päässeet lääkärin vastaanotolle ja hoitoon. Puolueen mukaan julkinen perusterveydenhuolto oli pidettävä kunnossa riittävien resurssien avulla eivätkä jonotusajat lääkärin vastaanotolle ja hoitoon saaneet olla liian pitkät. Terveydenhuollon maksujen tuli olla kohtuulliset.

Puolueohjelmien edellyttämä uusi diskurssi terveydenhuollon toteutumisessa alkoi näkyä vuonna 2001, jolloin sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistyi kansallinen terveysprojekti. Tuolloin ministeriössä alettiin valmistella hoitotakuuta osana projektia. Hoitoaikojen sääntelyä pidettiin käyttökelpoisena tapana lyhentää hoitojonoja. Suunnitellussa järjestelmässä potilaalle tulisi oikeus päästä hoitoon tietyssä, laissa säädetyssä ajassa ja tällä tavoin potilaiden hoitoon pääsy varmistettaisiin tehokkaammin kuin antamalla kunnille informaatio-ohjausta. Kysymys oli ennen kaikkea julkisen terveydenhuollon toteuttamisen tehostamisesta hoidon määräajoilla, mutta suunnitelmien mukaan määräaikojen toteuttamiseksi hoidon antaja saattoi olla myös yksityinen palveluntuottaja, joten suunnitelmassa otettiin huomioon myös yksityisen ja julkisen palvelun välinen vuorovaikutus tavoitteen toteuttamiseksi. Potilaan tuli kuitenkin saada hoito julkisen terveydenhuollon maksuin riippumatta siitä, antoiko hoidon julkinen vai yksityinen palveluntuottaja.

Hoitotakuun valmistelu alkoi valtioneuvoston periaatepäätöksellä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta vuonna 2001.[618] Sen jälkeen valtioneuvosto päätti 13.9.2001 kansallisesta hankkeesta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvystä riippumatta, eli tavoitteet olivat pitkälti samat kuin kansanterveysjärjestelmää valmisteltaessa. Uusia piirteitäkin oli, sillä palvelujärjestelmää päätettiin nyt kehittää kuntien ja valtion yhteistyönä ottamalla huomioon yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Diskurssi oli siis laajentunut käsittämään koko terveydenhuollon kentän järjestelmiä uudistettaessa. Valtio oli nyt valmis olemaan mukana kehittämistyössä samalla tavoin kuin 1940-luvulla lähdettäessä kehittämään sairaalaverkostoa.

Terveydenhuollon kansallisen projektin työryhmä antoi suosituksensa vuonna 2002[619], ja seuraava askel oli vuonna 2002 tehty periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta.[620] Periaatepäätös pohjautui perustuslakiin (19 § 3 mom.), jonka mukaan julkisen vallan oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslain ohella hankkeeseen vaikutti myös vuonna 1995 alkanut Euroopan unionin jäsenyys, joka vaikutti myös kansalliseen terveyspolitiikkaan.[621] Periaatepäätöksessä

618 STM 2001.

619 STM 2002a.

620 STM 2002c.

621 Erityisesti hankkeeseen vaikutti EY:n asetus 1408/71 siirtotyöläisen sosiaali- ja terveysturvasta sekä EY-tuomioistuimen

korostettiin toimivan perusterveydenhuollon ja ennalta ehkäisevän työn merkitystä. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja hoitoon pääsyn perusteissa olevien erojen vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriön tuli valmistella yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet.

Periaatepäätöksen lähtökohtana oli, että pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen ensi arvioon tuli turvata kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta sekä pääsy erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoidon arvioon kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta[622]. Lisäksi pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tuli turvata kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Jo periaatepäätöksessä siis määriteltiin konkreettisesti hoitoon pääsyajat, mikä merkitsi huomattavaa muutosta aiempaan, valtionosuusuudistuksesta lähtöisin olevaan paradigmaan kunnan vapaasta päätösvallasta terveydenhuollon toteuttamisessa. Valtionosuusuudistuksessa kunnille annettiin vapaat kädet asukkaidensa terveydenhuollon järjestämiseen tavoitteena säästöjen saaminen. Nyt eivät säästöt ja tehokkuuden lisääminen olleetkaan enää ainoita tavoiteltavia arvoja terveydenhuollon toteuttamisessa, vaan valtio aikoi puuttua tähän vapaaseen hoidon järjestämiseen huomattavan yksityiskohtaisesti kunnan vapaata harkintavaltaa rajoittaen. Merkittävää on, että Suomen Kuntaliitto ei vastustanut periaatepäätöksen tekemistä johtuen ehkä siitä, että perusoikeudet sitoivat valtion ohella myös kuntia julkisena toimijana. Ongelmat kansalaisten terveyspalvelujen saamisessa olivat menneet niin pitkälle, että korjaustoimiin oli ryhdyttävä. Perustuslaki antoi tukea niille voimille, jotka halusivat parannuksia terveydenhuoltoon.

Periaatepäätöksen antamisen jälkeen käynnistyi lainsäädännön valmistelutyö, jota kesti useita vuosia[623]. Aiemminkin Suomen terveydenhuollolle tyypillinen hidas eteneminen jatkui siis 2000-luvulla huolimatta pikaista korjausta vaativista ongelmista. Vasta huhtikuussa 2004 annettiin eduskunnalle hallituksen asiaa koskeva

päätökset asetuksen ja vapaan liikkuvuuden tulkinnasta. Niiden mukaan EU-kansalaisella on oikeus hakea hoitoa myös muista EU-maista, jos kotimaassa hoidon saanti kestää kohtuuttoman kauan. Suomessa ja Isossa-Britanniassa olivat EU:n pisimmät hoitojonot.

622 STM 2001, 3.

623 Hallitus vaihtui vuonna 2003, ja vuodesta 2003 huhtikuuhun 2007 istui Matti Vanhasen I hallitus, jossa päähallituspuolueita olivat keskusta ja SDP. Hallituksen ohjelmassa todetaan terveyspolitiikasta mm. seuraavaa: Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava kansalaisten saatavilla tasa-arvoisesti ja ne on rahoitettava pääosin verovaroin. Palvelujen järjestämisvastuu tulee säilyttää kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin. Kuntien palvelutuotantoa täydentävät yksityinen ja kolmas sektori sekä omais- ja lähimmäistyö. Perusterveydenhuollon asemaa vahvistetaan. Muun muassa tietoteknologian hyödyntämisellä, seudullisella yhteistyöllä, toimivalla työnjaolla ja hoitoketjuilla turvataan paremmin laadukkaiden ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus. Selvitetään mahdollisuudet parantaa julkisen hammashuollon saatavuutta. Työterveyshuollon sekä ensihoidon ja sairaankuljetuksen kokonaistilanne ja kehittämistarpeet selvitetään. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaa uudistetaan. Tavoitteena on, että maksut eivät estä hoitoon hakeutumista erityisesti pienituloisten ja paljon sairastavien kohdalla. Tästä syystä selvitetään mahdollisuudet ottaa käyttöön yhtenäinen maksukattojärjestelmä. Annetaan kunnille mahdollisuudet ottaa palvelusetelit käyttöön kotipalveluissa siten, että kunta on tilaajana ja laadunvalvojana. Sairausvakuutuksen rahoitus uudistetaan virkamiestyöryhmän esitysten (STM 2003c) pohjalta. Yksityiskohdat valmistellaan kolmikantayhteistyössä.

esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.[624] Esitys noudatteli valtioneuvoston periaatepäätöksen suuntaviivoja. Sen mukaan terveyskeskuksen tuli järjestää toimintansa siten, että potilas saattoi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Myös erikoissairaanhoidon määräajat olivat samat kuin periaatepäätöksessä. Merkittävää kuitenkin oli, että esityksessä ei puututtu potilaan oikeuteen päästä hoitoon, vaan lääkärin keskeinen asema hoidon päättäjänä säilyi entisellään. Esitys luotti lääkäreiden ammattitaitoon eikä ulkopuolinen saanut puuttua lääkärin tekemiin päätöksiin. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnin tuli tehdä aina julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva lääkäri riippumatta siitä, mikä taho (yksityinen tai julkinen) oli lähetteen erikoissairaanhoitoon antanut.

Potilaan mahdollisuutta hakea muutosta hoitavan lääkärin tekemään arvioon ja hoitopäätökseen esitys ei sisältänyt. Potilaalle ei annettu mahdollisuutta saada toisen lääkärin arviota, jos hän oli eri mieltä hoitavan lääkärin kanssa hoidon tarpeesta tai muusta hoitoon liittyvästä seikasta, kuten siitä, tulisiko potilaan saada lähete erikoissairaanhoitoon vai ei. Hoitavan lääkärin päätös säilyi lopullisena uudessakin järjestelmässä, mutta uutta oli se, että hoidon tarve tuli arvioida yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Näin pyrittiin lisäämään tasapuolisuutta ja vähentämään alueellisia eroja hoitoon pääsyssä. Lähetekäytäntöä terveyskeskuksesta erikoissairaanhoitoon pyrittiin lisäksi yhtenäistämään hoito-ohjeilla (Käypä hoito -ohjeet), jolloin taloudellisia seikkoja ja kunnan taloudellista asemaa ei otettaisi enää huomioon lähetettä kirjoitettaessa. Kaikki lääketieteelliseen arvioon ja hoidon pisteytykseen liittyvät ohjeet säilyivät vain suosituksina, joita hoidon antajien ei tarvinnut ehdottomasti noudattaa. Uudistus tähtäsi myös siihen, että kunnan talous tai voimavarat eli terveyteen ohjatut määrärahat eivät saisi enää vaikuttaa hoitopäätöksiin, vaan vain lääketieteellisten seikkojen tuli olla ratkaisevia. Tämän seikan valvominen on kuitenkin vaikeaa ja toisaalta potilaalle ei esityksessä annettu itsenäistä oikeutta vaatia hoitoa määräajassa. Hoitotakuujärjestelmä perustui valtion kuntiin kohdistamaan valvontaan ja mahdollisuuteen määrätä tarvittaessa uhkasakko hoitoaikojen toteuttamiseksi.

Pääasiallisesti hoitotakuu kohdistuu kuntayhtymien hallitsemiin sairaanhoitopiireihin, joissa hoitotakuusäännökset ovat täsmällisimmät ja helpoimmin valvottavissa. Hoito tuli antaa määräajassa, vaikka omat resurssit eivät olisikaan riittäviä hoidon toteuttamiseen. Hallituksen esityksen mukaan silloin, jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voinut antaa hoitoa määräajassa omana toimintana, sen tuli hankkia hoito joltakin muulta palveluntuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaisesti.[625] Ääritapauksissa kuntayhtymän tuli siis ostaa palvelu jopa yksityiseltä palveluntuottajalta, jos hoitoaikoja ei muutoin

624 HE 77/2004.

625 Kysymys ei ollut kunnalle annettavasta uudesta tehtävästä vaan tehtävien hoitamistavasta. Hoitoon pääsyajat lisäsivät kuntien kustannuksia ja tämä otettiin valtion puolella huomioon korottamalla valtionosuuksia vuosina 2004–2007 noin 400 miljoonalla eurolla. Tästä terveydenhuollon osuus oli 288 miljoonaa euroa. Valtionosuuksien lisäämisellä haluttiin auttaa kuntia ja kuntayhtymiä hoitojonojen purkamisessa. Valtionosuuksien lisäämiset myös auttoivat lakiesityksen käsittelyä eduskunnassa.

olisi saatu toteutetuksi. Merkittävää esityksessä oli se, että potilaalle ei annettu omaa, itsenäistä oikeutta hakeutua hoitoon, jos sairaanhoitopiiri ei järjestänyt hoitoa määräajassa. Potilaan oikeusturvakeinot jäivät hoitotakuuesityksessäkin siis heikoiksi, sillä vain kantelumenettelyllä potilas saattoi kiinnittää valvontaviranomaisen huomiota silloin, kun kunta tai sairaanhoitopiiri laiminlöi hoidon määräaikojen noudattamisen. Potilaan oikeuksia lisättiin kuitenkin potilaslain muutoksella. Potilaan tuli saada tietää, milloin hän pääsee hoitoon. Häntä ei saanut enää laittaa jonoon odottamaan hoitoon pääsyä epämääräiseksi ajaksi.[626]

Esityksessä vahvistettiin sairaanhoitopiirien asemaa suhteessa jäsenkuntiin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tuli vastata alueellaan erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Näin siis pyrittiin Ruotsin mallin mukaiseen maakuntatasoiseen erikoissairaanhoidon vastuuseen ja koko sairaanhoitopiirin asukkaat yhdenmukaisen kohtelun alaiseksi erikoissairaanhoidossa asuinkunnasta riippumatta. Lisäksi ehdotettiin luovuttavaksi lääkärien erikoismaksuluokkajärjestelmästä, joskin erikoismaksuluokkaoikeuden saaneet lääkärit voivat hoitaa potilaita vielä vuoteen 2008 saakka. Erikoismaksuluokka ehdotettiin korvattavaksi erityispoliklinikkatoiminnalla, jonka yhteydessä hoidettavilta potilailta voitiin periä normaalia poliklinikkatoimintaa suuremmat maksut.[627]

Hoitotakuun käsittely eduskunnassa

Eduskunnan perustuslakivaliokunta piti esitystä ongelmattomana perustuslain näkökulmasta.[628] Näin siis siitä huolimatta, että esitys selvästi rajoitti kunnan itsehallintoa, koska kunnat velvoitettiin antamaan hoitoa määräajassa eikä hoidon antamisesta voitu enää päättää vapaasti itsehallinnon puitteissa, kuten ennen. Valiokunta kiinnitti huomiota vain terveyskeskukseen pääsyyn ja korosti sitä, että yhteys terveyskeskukseen tulee olla järjestetty kiireelliseen hoitoon pääsyn vuoksi myös virka-ajan ulkopuolella. Syynä tähän perustuslakivaliokunnan huomautukseen oli epäilemättä se, että kiireelliseen hoitoon kansalaisilla on Suomessa subjektiivinen oikeus.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta korosti sitä, että kunnalla oli velvollisuus järjestää asukkaansa terveydentilan edellyttämä, yksilölliseen tarvearviointiin perustuva sekä

626 Tosin aiemminkin potilaan tuli saada tietää, kuinka pitkään hän tulisi olemaan hoitojonossa, mutta ilmoitukset olivat usein epätarkkoja tai eivät pitäneet paikkaansa. Esityksessä tähdättiin tarkempaan ilmoitusvelvollisuuteen.

627 Tällainen toiminta ei kuitenkaan käynnistynyt vuonna 2008 erikoismaksuluokan loputtua, vaan erikoismaksuluokan poistaminen korvattiin lääkäreille palkkausjärjestelyin.

628 PeVL 20/2004.

kiireellinen[629] että ei-kiireellinen hoito.[630] Hallituksen esityksessä oli kysymys siitä, miten ja missä ajassa ei-kiireellisen hoidon yksilöllinen tarvearvio oli tehtävä ja hoito järjestettävä.[631] Valiokunta käsitteli myös tarkemmin sitä ehdotuksen kohtaa, jonka mukaan hoidontarpeen arviointi ja hoito tuli järjestää yhtenäisin lääketieteellisin perustein ja sairaanhoitopiirien tuli vastata hoitoindikaatioiden määrittelystä. Valiokunnan saaman selvityksen mukaan yhtenäisten hoidon perusteiden olemassaolo oli edellytyksenä hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumiselle ja seurantajärjestelmän kehittämiselle koko valtakunnan alueella. Tärkeimmistä tauti- ja toimenpideryhmistä oli tarkoitus laatia hoitoon ottamisen perusteita koskevat suositukset. Ei-kiireellistä hoitoa koskevat suositukset kattoivat kunkin erikoisalan ennakolta suunnitellusta hoidosta merkittävän osan. Valiokunta kuitenkin korosti sitä, että hoitokriteerien ja niihin liittyvien aikarajojen käyttöönottaminen ei saanut johtaa siihen, että vain jonoja tuottavien, ennakolta suunniteltavien toimenpiteiden saatavuus paranee. Yhtenäiset hoitokriteerit saattoivat valiokunnan mielestä olla myös este potilaiden hoitoon pääsylle, sillä kriteereihin vedoten voidaan hoitoon pääsy torjua hoitojonojen välttämiseksi. Potilaan saama hoito oli riippuvainen hoitavan lääkärin hoitopäätöksestä hoitotakuuajoista huolimatta.[632]

Hallituksen esityksen ensimmäisessä käsittelyssä yksikään puolue ei asettunut suoraan vastustamaan esitystä. Suomen Kuntaliittokaan ei suoraan vastustanut esitystä, koska uudistuksen yhteydessä kuntien saamia valtionosuuksia korotettiin hoitotakuun velvoitteiden toteuttamiseksi. Liitto vaati kuitenkin lain voimaantulolle riittävän pitkää siirtymäaikaa ja piti esitystä kuntien itsehallinnon kannalta ongelmallisena.[633] Eduskuntaan ei kuitenkaan tämän esityksen käsittelyn yhteydessä syntynyt keskustelussa sellaista vastakkainasettelua kuntien talouden ja kansalaisten oikeuksien välillä kuin aiempia terveydenhuoltoa koskevia lakeja käsiteltäessä. Huoli kuntien talouden ylläpidosta ei ollut ainoana asiana edustajien mielessä, vaan käytetyissä puheenvuoroissa annettiin tunnustusta siitä, että esityksen perusteet lähtivät kansalaisnäkökulmasta. Puheenvuoroissa esitettiin toiveikkaasti näkemyksiä siitä,

629 Raija Huhtanen on arvioinut eroa kiireellisyyden ja kiireettömyyden välillä seuraavasti: ”Pelkästään sanamuodon perusteella käsittelyn kiireellisyyden voidaan ehkä katsoa vaativan joutuisampaa toimintaa kuin käsittelyn viivytyksettömyyden tai viipymättömyyden. Säätämällä tietyt asiat kiireellisiksi lainsäätäjä on saattanut tarkoittaa, että viranomaisen tulee erotella nämä asiat muista, ei-kiireellisistä asioista ja asettaa ne tärkeysjärjestyksessä jälkimmäisten edelle. Kiireellisyysvaatimus on mahdollista toteuttaa sitä tehokkaammin, mitä pienempään asiajoukkoon se kuuluu. (Huhtanen 2008, 306.)

630 Hoidon määräajat asettivat vain rajoja kunnan päätöksenteolle. Määrärahoja terveydenhuoltoon tuli osoittaa niin paljon, että hoidon määräajat toteutuivat, mutta edelleen kunta päätti muutoin hoidon määrästä ja laadusta. Valiokunta keskusteli siitä, onko kuntien itsemääräämisoikeus suhteessa sairaanhoitopiireihin vaarantumassa, kun sairaanhoitopiirien tehtäviä tarkennettiin ja oikeuksia suhteessa kuntiin laajennettiin. Valiokunta katsoi, ettei kysymys ollut kuntien itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta. (Valiokunnan puheenjohtajan, edustaja Valto Kosken (sd.) puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 10.6.2004, Täysistunnon pöytäkirja 73/2004.)

631 StVM 13/2004, 4.

632 StVM 13/2004, 5–6.

633 Suomen Kuntaliiton … 2004, 4.

että uudistus merkitsisi monelle ehkä kahden, jopa kolmenkin vuoden odotusajan lyhentymistä enintään kuuteen kuukauteen.[634]

Keskustelussa nousi kuitenkin esiin myös uhkatekijöitä ja epäilyjä lain tavoitteiden toteutumisesta, ja erityisesti kuntatalouden vaikutus hoitoon pääsyyn oli edustajien huomion kohteena. Valtiovallalta vaadittiin erityistoimenpiteistä, jos hoitotakuu ei toimisikaan käytännössä. Keskustelussa pelättiin erityisesti sitä, että taloudelliset edellytykset ”sovitetaan” hoitoindikaatioihin tarvittaessa, kun hoitojonojen purkaminen tulisi olemaan kunnille kallista. Merkittävä yhteentörmäys oli siis odotettavissa hoitotakuun joutuessa vastakkain kuntien talouden kanssa huolimatta korotetuista valtionosuuksista. Puheenvuoroissa viitattiin myös suoraan kunnan mahdollisuuteen vaikuttaa taloudellisin perustein lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin. Edustajat kysyivät, määritteleekö tulevaisuudessakin kunnan ”kamreeri” sen, montako potilasta saa laittaa tutkimuksiin ja toimenpiteisiin. Puheenvuoron käyttäneen edustajan mukaan sellainen oli arkipäivää kunnissa ja lääkärit joutuivat muilla kuin hoidollisilla perusteilla priorisoimaan potilaita. Edustajat epäilivät sitä, että hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden annettaisiin määritellä todellisuudessa hoidon perusteella hoidon tarve. Hoitomääräysten pelättiin edelleen tulevan kunnan kamreerilta. Tällaisia argumentteja esittivät ne edustajat, jotka yleensä itse olivat terveydenhuollon ammattilaisia. Tämä osoittaa, kuinka merkittävä yhteys kunnan terveydenhuoltoon osoittamilla määrärahoilla ja potilaan mahdollisuuksilla saada hoitoa monessa kunnassa on ollut. Jos kunnan talousjohto on antanut lääkäreille sellaisia määräyksiä, että tiettyjä potilaita ei hoideta tai heille ei anneta lähetettä erikoissairaanhoitoon, ei potilaalla ole muuta vaihtoehtoa kuin hakea apua yksityiseltä sektorilta.

Puheenvuoron käyttäjät totesivat myös sen yksityisen ja julkisen välisen vuorovaikutuksen kannalta mielenkiintoisen seikan, että keskussairaaloihin yli puolet lähetteistä tuli yksityissektorilta. Jos kunnan terveyskeskuksen kautta ei päässyt jatkotutkimuksiin, yksityisen kautta sinne pääsi, ja kunta joutui kuitenkin tutkimukset maksamaan. Muutos aiempaan oli se, että erikoissairaanhoidon antamisesta päätti julkisen terveydenhuollon lääkäri. Lähetteen saaminen erikoissairaanhoitoon ei siis vielä merkinnyt hoidon saamista.[635]

Kaiken kaikkiaan keskustelu lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä eduskunnassa oli esitykselle myönteinen. Perinteinen hallitus vastaan oppositio -asenne ei noussut esiin, ja mielenkiintoista oli se, että perinteisiä ”kuka nämä viulut sitten maksaa” -puheenvuoroja ei käytetty, vaan enemmänkin keskustelussa nousi esiin huoli potilaista ja siitä, noudattavatko kunnat uusia hoitotakuuaikoja. Lakiesityksen toisessa käsittelyssä 15. päivänä kesäkuuta 2004 keskustelun sävy kuitenkin muuttui täysin. Potilaat ja heidän mahdollisuutensa hoitoon jäivät nyt syrjään ja keskustelu kiertyi

634 Sosiaali- ja terveysvaliokunnan puheenjohtaja Valto Koski (sd.) ja edustaja Maija Perho (kok.) (Täysistunnon pöytäkirja 73/2004).

635 Edustajien Maija Perhon (kok.), Erkki Virtasen (vas.) Sirpa Asko-Seljavaaran (kok.), Anne Huotarin (vas.) ja Eero Akaan-Penttilän (kok.) puheenvuorot lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä (Täysistunnon pöytäkirja 73/2004).

lähes yksinomaan kuntatalouden ympärille. Edustajat vaativat, että valtion tuli lisätä avustuksiaan, jotta kunnat selviäisivät hoitotakuun velvoitteista. Monet edustajat olivat avoimesti sitä mieltä, että hoitotakuu ei tulisi toteutumaan ilman monen sadan miljoonan tai jopa lähes miljardin euron lisäpanostusta kunnille. Edustajien mukaan kunnille oltiin jälleen antamassa uusia tehtäviä ja lisäämässä kuntien taakkaa eikä annettu rahaa näitten tehtävien hoitamiseen.

Jonkin verran lain toisessa käsittelyssä keskusteltiin kuitenkin myös terveydenhuollon rakenteista ja siinä yhteydessä viitattiin työterveydenhuollon rooliin. Edustajat totesivat, että ilman työterveyshuoltoa tilanne olisi vielä pahempi.[636] Keskustelussa esitettiin myös näkemyksiä suurista terveydenhuollon muutostarpeista. Erikoissairaanhoidon hoitotakuun katsottiin onnistuvan ainoastaan sillä tavalla, että kaikki keskussairaalat siirretään vastedes valtion haltuun. Tällöin eduskunnassa budjettivaroin annettaisiin hoitotakuun edellyttämät resurssit.[637] Lakiesityksessä todettiin olevan se ongelma, että valtionosuudet maksettiin suoraan kunnille ja hoitotakuun toteuttaminen erikoissairaanhoidon osalta oli määrätty sairaanhoitopiireille. Näin valtionosuudet eivät kohdistuneet sinne, missä hoitotakuu vaikutti eniten ja hoitoaikojen lyhentyminen oli huomattavinta.[638] Tässäkin ilmeni siis yksi valtionosuusuudistuksen aiheuttama ongelma, joka jäi hoitotakuuesityksen yhteydessä ratkaisematta.

Hoitotakuuta koskeva lakiesitys hyväksyttiin yksimielisesti ja muutetut säännökset tulivat voimaan 1.3.2005.[639] Muutoksessa pyrittiin kehittämään sairaanhoitopiirien välistä yhteistoimintaa niin, että hoitoaikojen noudattamiseksi palvelut voitiin hankkia myös toisesta sairaanhoitopiiristä tai tarvittaessa myös yksityisiltä[640]. Epäkohdaksi loppuun asti jäi se, että kansalaisten mahdollisuus vedota hoitotakuun määräaikoihin rajoittui kuitenkin vain kanteluihin valvontaviranomaiselle. Suomessa ei oltu valmiita antamaan kansalaiselle mitään oikeuksia silloin, kun hän tarvitsee sairauteensa hoitoa.[641]

636 Edustajien Pentti Tiusasen (vas.), Eero Akaan-Penttilän (kok.), Matti Kankaan (vas.), Mikko Kuopan (vas.) ja Timo Soinin (ps.) puheenvuorot lakiesityksen toisessa käsittelyssä (Täysistunnon pöytäkirja 75/2004).

637 Ks. edustajien Pekka Kuosmasen (kok.), Tapani Töllin (kesk.) ja Tuija Nurmen (kok.) puheenvuorot lakiesityksen toisessa käsittelyssä (Täysistunnon pöytäkirja 75/2004).

638 Ks. edustaja Soininvaaran (vihr.) puheenvuoro lakiesityksen toisessa käsittelyssä. Soininvaara ennusti, että kymmenen vuoden sisällä nousee esille kysymys, onko kunta ollenkaan oikea yksikkö vastaamaan terveydenhuollosta vai pitäisikö tehdä niin kuin Ruotsissa niin että terveydenhuolto annetaan maakunnille tai sairaanhoitopiireille, joille annettaisiin myös sairausvakuutus. Tällöin menot olisivat samoissa käsissä ja usean rahoituslähteen, monikanavaisen rahoituksen ongelmakin ratkeaisi. (Täysistunnon pöytäkirja 75/2004.)

639 Laki kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004), laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta (856/2004), laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta (857/2004) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta (858/2004).

640 Ruotsissa hoitotakuu toteutui Suomen jälkeen, ja Suomi oli kerrankin edellä Ruotsia terveydenhuollon kehittämisessä. Erona Suomen järjestelmään Ruotsissa potilaalle annettiin kuitenkin oikeus hakeutua itse muualle hoitoon julkisen terveydenhuollon kustannusvastuulla, jos hoidon määräajat ylittyivät ja hoidon määräajat ovat Ruotsin järjestelmässä lyhyemmät kuin Suomessa.

641 Tuori ja Kotkas ovat todenneet, että 1990-luvun laman seurauksena sosiaalisia oikeuksia koskevat käsitykset muuttuivat. Tämän vuoksi edellytetään aktiivista kansalaista eli asiakasta, joka osaa vaatia ja saada haluamansa, vaikka oikeudet

Hoitotakuulain tultua voimaan myös erikoismaksuluokkakäytäntö lopetettiin vaiheittaisesti asiakasmaksulakia muuttamalla, niin että potilaita voitiin hoitaa erikoismaksuluokassa lääninhallituksen myöntämän luvan perusteella 29.2.2008 saakka.[642] Erityispoliklinikkatoiminnan alkamisen jälkeen sairaalassa maksettuja maksuja ei enää korvata sairausvakuutuksesta.[643] Toistaiseksi erityispoliklinikkatoiminta ei ole käynnistynyt, mutta sen sijaan on ehdotettu muita vaihtoehtoja julkisen terveydenhuollon tilojen hyödyntämiseksi aiempaa tehokkaammin.[644]

Hoitotakuun toteutuminen käytännössä

Jo hoitotakuuesityksen eduskuntakeskustelusta saattoi tehdä sen johtopäätöksen, että monet kansanedustajat kokivat hoitotakuun olevan kunnille esitetty toivomus siitä, että hoitoa annettaisiin kansalaisille aiempaa joutuisammin, niin että jonot lyhenisivät. Hoitotakuun toteutumista kunnissa ja kuntien lain noudattamista epäiltiin avoimesti siitä huolimatta, että käsittelyssä oli laki, jota kuntien tuli noudattaa ilman varauksia. Edustajien keskuudessa oli säilynyt vahva käsitys siitä, että kuntien itsehallinto menee eduskunnan säätämän lain ohi, mistä kyllä onkin useita esimerkkejä, kuten edellä on todettu. Tämä osoittaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eräänlaista liittovaltioluonnetta. Valtiovallan laissa ilmaisema tahto ei riitä, vaan uudistuksen onnistuminen edellyttää myös Suomen lähes 400 kunnan suostumusta valtion ”ehdotukseen”. Tämän suostumuksen saaminen edellyttää huomattavaa valtion panostusta valtionosuuksiin, kuten hoitotakuuesityksen yhteydessä tapahtuikin. Tämä ei kuitenkaan edustajille riittänyt, vaan lain toisessa käsittelyssä vaadittiin jopa miljardin euron lisäpanostusta, jotta kunnat suostuisivat lakia noudattamaan. Näin ollen, kun kansanedustajat jo lakia säätäessään esittivät epäilyksiä lain noudattamisesta, oli pelättävissä, että lainuudistuksen tavoitteet eivät toteutuisi eivätkä hoitojonot lyhenisi.

---

eivät olekaan ehdottomia. Hoitotakuu luetaan ns. menettelyllisiin oikeuksiin. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilölle ei tule subjektiivista oikeutta saada palvelua, mutta jos hän on aktiivinen kansalainen, hän voi käyttää hoitotakuuta perusteenaan vaatiessaan itselleen hoitoa. (Ks. oikeuksien diskursiivisesta kehityksestä Tuori ja Kotkas 2008, 88–109.)

642 Säännökset, joista poiketaan erityispoliklinikkatoiminnassa, ovat mm. asiakasmaksulain 6 a §:n maksukattosäännös. Maksukattoon ei lueta erityispoliklinikkamaksuja. Sairaaloille on annettu vapaus päättää, millaisia maksuja erityispoliklinikkatoiminnasta peritään.

643 Vuodesta 2008 lähtien julkisessa sairaalassa annetusta hoidosta ei enää ole maksettu sairausvakuutuskorvausta, koska käytännössä myös sairaalalääkäreiden yksityispotilastoiminta on loppunut. Sairaalat eivät ole myöntäneet lupia yksityisvastaanottoon enää sen jälkeen, kun sairaaloiden erityispoliklinikkatoiminta on voinut lain mukaan alkaa.

644 Sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä perusti talvella 2008 työryhmän selvittämään, voitaisiinko julkisen terveydenhuollon tiloissa annetusta yksityisestä hoidosta maksaa sairausvakuutuskorvausta. Ministeri Liisa Hyssälän näkemys toteutui lainsäädännössä maaliskuussa 2011. Silloin tuli voimaan sairausvakuutuslain muutos, jonka mukaan kunnallisen terveydenhuollon tiloissa annetusta yksityisestä hoidosta voidaan maksaa sairausvakuutuskorvausta (102/2011 sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n väliaikaisesta muuttamisesta). Edellytyksenä yksityiseen terveydenhuollon palvelujen kustannusten korvaamiselle on se, että tiloja vuokratessaan kunta tai kuntayhtymä pitää huolta siitä, että tilojen vuokraaminen yksityiselle ei vaaranna kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Vuokrauksesta ja palveluiden antajasta on myös annettava tarvittava tiedot Kelalle. Laki on määräaikainen ja voimassa 30.4.2015 saakka. (Ks. muutoksen perusteista HE 183/2010 ja StVM 43/2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö teetti vuonna 2008 arviointiselvityksen lain toteutumisesta.[645] Siinä keskityttiin käytännön johtopäätöksiin siitä, miten kansallisen terveyshankkeen tavoitteet ja niitä koskevat toimenpiteet olivat toteutuneet. Arviointitulosten mukaan parhaiten olivat toteutuneet valtionosuuksien lisääminen, hoitoon pääsyn perusteiden ja hoitotakuun määrittely terveyspoliittisena tavoitteena, edistyminen tavoitteen saavuttamisessa, koulutusvolyymien lisääminen ja päivystysten keskittäminen. Kuitenkaan perusterveydenhuollon toimivuuden parantuminen ei ollut toteutunut. Arviointihavaintojen mukaan edellytykset toimivan perusterveydenhuollon aikaansaamiseen olivat jopa huonontuneet hoitotakuun voimaantulon jälkeen. Erityisen huolestuttavaa kehityksessä oli terveyskeskuslääkäreiden saatavuuden ja terveyskeskusten vetovoimaisuuden heikentyminen. Kuntien välittömästi toteuttama terveyskeskustoiminta siis kehittyi huonompaan suuntaan.

Raportin mukaan vuonna 2007 keskimäärin vain seitsemässä prosentissa terveyskeskuksista potilas pääsi lääkärin vastaanotolle kolmen vuorokauden sisällä ja tilanne oli huonontunut aiemmasta vuodesta. Noin kolmanneksessa terveyskeskuksista kiireettömään hoitoon pääsy viivästyi yli 14 vuorokauteen. Hoitoon pääsyn seurannassa ajantasaiset julkistetut seurantatiedot löytyivät vain 40 prosentissa terveyskeskuksista ja 59 prosenttia terveyskeskuksista ei julkaissut lainkaan tietoja jonotusajoista, vaikka lainsäädäntö edellytti julkaisemista vähintään puolivuosittain. Näin ollen terveyskeskusten hoitotakuuvalvonta jäi käytännössä potilaiden tekemien kanteluiden varaan, kun valvontaviranomaiset eivät saaneet kunnilta lakiin perustuvia tietoja. Hoitotakuu oli tosin saanut myönteistäkin aikaan, sillä terveyskeskukset olivat kouluttaneet henkilöstöään yhtenäisen hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä perusteiden kirjaamiseen. Lääkärit tunsivat kriteerit sairaanhoitajia paremmin, suhtautuivat niihin myönteisesti ja näkivät niiden käytön hyödyt potilaiden terveyspalvelujen yhtenäistämisessä. Kuitenkin lääkärit käyttivät annettuja yhtenäisen hoidon perusteita varsin vähän. Suositukset siis toimivat heikosti käytännössä, eikä niiden avulla saavuteta yhtenäistä hoitoa.

Myöskään erikoissairaanhoidossa hoitotakuu ei ollut onnistunut erityisen hyvin, sillä ennen lain voimaan tuloa vuoden 2005 alussa yli kuusi kuukautta odottaneita potilaita oli yhteensä 41 000 kappaletta. Hoitotakuu oli lyhentänyt jonoja, mutta silti vuoden 2007 alkupuolella yli kuuden kuukauden hoitojonossa oli vielä 7 332 potilasta.[646] Määrä oli noussut vuoden 2007 lokakuuhun mennessä 9 200 jonottajaan, joten tältäkin osin kehitys oli menossa huonompaan suuntaan. Valvira joutui asettamaan vuonna 2010 HUS:lle 2 miljoonan euron uhkasakon hoitotakuuaikojen noudattamiseksi, ja vuoden 2010 lopussa jonot olivat lyhentyneet. Sairaanhoitopiirien välillä

645 Tuomola ym. 2008.

646 Merkittävä ongelma hoitoaikojen valvonnassa potilaan kannalta on se, että erikoissairaanhoidossa enimmäisaika koskee hoidon tarpeen arvioinnin aloittamista, jonka tulee alkaa kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön. Vastaava säännös koskee myös perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaa erikoissairaanhoitoa. Kuitenkaan laissa ei arvioinnin päättämiselle ole vahvistettu mitään määräaikaa, jolloin arviointi voi kestää kauankin, ja vasta sen jälkeen, kun arviointi on suoritettu loppuun, alkaa kuuden kuukauden määräaika hoidon saamiselle.

vaihtelu hoitotakuuaikojen noudattamisessa on ollut suurta, ja ilman Valviran ja aluehallintoviranomaisten valvontaa ja uhkasakkojen asettamista hoitotakuuaikojen noudattaminen olisi todennäköisesti jäänyt kuolleeksi kirjaimeksi. Tiedottaminen hoitotakuun toteutumisesta ja jonotusajoista ei ollut toteutunut kattavasti erikoissairaanhoidossakaan. Vuonna 2008 tehdyn selvityksen mukaan yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet olivat kokonaan käytössä 13 sairaanhoitopiirissä mutta eivät lainkaan kolmessa piirissä. Myös erikoisalojen välillä oli eroja hoidon perusteiden käyttöönotossa, joten suositusten noudattamisessa oli paljon toivomisen varaa erikoissairaanhoidossakin.[647] Arvioinnin lopputulos oli se, että informaatio-ohjauksella ei ollut riittävää voimaa.

Myös Stakes arvioi hoitotakuun toteutumista vuonna 2008 ja totesi, että tulos ei vastannut niitä tavoitteita, joita järjestelmää luotaessa asetettiin.[648] Vielä vuonna 2008 joka kymmenes leikkauspotilas joutui jonottamaan yli kuuden kuukauden enimmäisajan ja jonot olivat jopa kasvaneet sen jälkeen, kun valtion myöntämät ylimääräiset valtionosuudet olivat loppuneet. Pisteytys ei ollut tuonut yhtenäisyyttä hoitoon pääsyyn, vaan maan eri osissa leikkauksiin pääsi edelleen eri perustein. Leikkausjonot olivat kuitenkin lyhentyneet aiemmasta sen jälkeen, kun ministeriö ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskus olivat alkaneet lisätä sairaanhoitopiirien valvontaa ja esille oli noussut jopa uhkasakkojen määrääminen sairaanhoitopiireille lain määräaikojen toteuttamiseksi.

Potilaan kannalta hoitotakuuaikojen rikkominen voi olla kohtalokasta sekä sairauden että mahdollisen sairauden hoitamattomuuden näkökulmasta. Pitkittyneen odotuksen vuoksi sairaus voi paheta tai sairautta ei ehkä voida hoitaa niin tehokkaasti kuin jos hoito annettaisiin aiemmin. Hoitoaikojen pidentymisestä aiheutuneista vahingoista potilaalla ei myöskään ole mahdollisuutta saada korvausta potilasvahinkovakuutuksesta. Potilasvakuutus korvaa vain hoidossa tehdyt virheet, mutta potilas joutuu itse kärsimään vahingon, jos ei pääse hoitoon määräajassa. Potilasvakuutus ei korvaa vahinkoja silloin, jos vahingon tai sairauden pahenemisen syynä on kunnan ”resurssipula”. Potilasvakuutusjärjestelmä on siis rakennettu sen pohjalta, että julkista terveydenhuoltoa annetaan ”voimavarojen puitteissa” ja jos potilaalla on huono onni eikä hän saa hoitoa, on potilaan itse kärsittävä seuraukset.

6.4.4 Julkisen terveydenhuollon rahoituspohjaa vahvistetaan Paras-hankkeella

Vuonna 2007 käynnistettiin ns. Paras-hanke, jonka myötä kunnat ovat yhdistyneet tai alkaneet tehdä uudenlaista yhteistyötä terveydenhuollon toteuttamiseksi. Hanke käynnistettiin lailla kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta, joka on voimassa vuoden 2011 loppuun saakka. Hankkeen tavoitteena on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituspohjaa ja lisätä valinnan vapautta. Hanke toteutetaan määräaikaisena kokei-

647 Tuomola ym. 2008, 10–15.

648 Pekurinen ym. 2008.

lulakina.[649] Lain mukanaan tuomat yhteistoiminta-alueet ja sosiaali- ja terveyspiirit laajensivat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta alueelliseksi, usean kunnan käsittäväksi kokonaisuudeksi, mutta vain osassa Suomea piirit ovat toteutuneet. Hankkeen edistyessä kuntien yhdistyminen on lisääntynyt ja erityisesti Salo, Raasepori ja Kouvola ovat kasvaneet yhdistymisten myötä aiempaa huomattavasti suuremmiksi. Suomeen on myös alkanut syntyä yhteistoiminta-alueita ja alueellisia sosiaali- ja terveyspiirejä.[650] Perusterveydenhuollon toteuttamisvastuu on näin siirtynyt kuntaa suuremmille yksiköille, ja suuremmilla yksiköillä on ollut pientä kuntaa paremmat mahdollisuudet toteuttaa terveydenhuoltoa.

Paras-hankkeen toteutus ei kuitenkaan ole vuoteen 2011 mennessä edennyt loppuun saakka eikä kaikilla Suomen kunnilla ole riittävää, hankkeen edellyttämää 20 000 asukkaan väestöpohjaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen. Huomattava osa kunnista on edelleen hankkeen ulkopuolella. Paras-kokeilulaki päättyy vuoden 2012 loppuun mennessä. Siksi hallitus antoi vuoden 2010 lopulla esityksen, jonka mukaan vuoteen 2013 mennessä kuntien velvollisuus on saavuttaa tavoiteltu väestöpohja muodostamalla kuntayhtymiä tai yhteistoiminta-alueita. Mikäli kunnat eivät määräaikaan mennessä näin tee, voi valtioneuvosto päättää asiasta.[651] Hankkeen jääminen osittainen toteutumatta osoittaa, että huomattavatkaan valtion tarjoamat rahalliset houkutteet eivät välttämättä tehoa silloin, kun kunnat haluavat korostaa itsenäisyyttään ja omaa päätöksentekoaan.[652] Kuitenkin pääosin kunnissa on jo vuonna 2011 saavutettu vähintään 20 000 asukkaan väestöpohja palvelujen järjestämiseksi, joten terveydenhuollon toteutus ei ole enää vuonna 2011 niin hajautunut kuin ennen Paras-hankkeen aloittamista.

Hanke ei kuitenkaan rajoittanut kunnallista itsehallintoa, vaan uusissa yhdistyneissä kunnissa, kuntayhtymissä tai yhteistoiminta-alueilla terveydenhuolto toteutetaan edelleen kunnallisen päätöksenteon pohjalta. Näin ollen uudet yhteistyömuodot ovat pikemminkin kirjavoittaneet kuin yhdenmukaistaneet sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutusta eri puolilla Suomea. Resurssit ovat muuttuneet yhdenmukaisesti,

649 Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 9.2.2007/169. Lain 1 §:n mukaan lain tarkoitus on luoda edellytykset kunta- ja palvelurakenneuudistukselle. Uudistuksen tarkoitus on kunnallisen kansanvallan lähtökohdista vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmää sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytyksiä kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiselle. Lain 4 §:n mukaan kuntarakennetta vahvistetaan yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin ja palvelurakennetta vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Lain 5 §:n mukaan kuntien yhteistoiminnan vahvistamiseksi kunnat voivat perustaa toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan yhteistoiminta-alueen. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään 20 000 asukasta.

650 Yhteistoiminta-alue voidaan hallinnollisesti organisoida joko kuntayhtymäksi, tai kunnat voivat sopia, että yhteistoiminta-alueen tehtävät annetaan alueen yhden kunnan hoidettavaksi eli otetaan käyttöön niin sanottu vastuukunta- tai isäntäkuntamalli.

651 HE 268/2010.

652 Paras-hankkeessa yhdistyville kunnille luvattiin huomattavan suuria summia yhdistymisrahaa valtiolta hankkeen edistämiseksi. Tästä eivät kuitenkaan kaikki kunnat olleet kiinnostuneita.

kun palvelun järjestäjän väestöpohja on suurentunut 20 000 asukkaaseen ja muutoin uudistus on toteutettu ”kunnallisen kansanvallan lähtökohdista”, kuten Paras-lain tarkoituspykälään (1 §) on kirjattu. Väestöpohjan kasvaminen antaa kuitenkin erityisesti pienille kunnille aiempaa paremmat mahdollisuudet toteuttaa perusterveydenhuoltoon liittyviä tehtäviään, jotka vielä täsmentyvät seuraavassa selostettavassa terveydenhuoltolaissa.

6.4.5 Muuttaako terveydenhuoltolaki 2011 polun suunnan?

Suomalaiselle terveysjärjestelmälle on ollut ominaista tietynlainen toteutuksen jäykkyys. Kunnan asukkaalla on mahdollisuus saada julkista terveydenhuoltoa vain omasta kunnastaan. Mahdollisuus hakeutua hoitoon muuhun hoitopaikkaan on vain kiireellisissä tapauksissa. Ulkoiset paineet Suomenkin järjestelmän muuttamiseksi ovat lisääntyneet vuonna 2010. EU:n valmisteilla oleva potilasdirektiivi antaa EU-kansalaisille oikeuden hakea hoitoa koko EU:n alueella. Direktiivin toteutus onkin otettu huomioon jäljempänä selostettavassa terveydenhuoltolakiesityksessä, jossa muutoinkin laajennetaan potilaan vapautta valita hoitopaikkansa ja hoitoa antava ammattihenkilö.

Terveydenhuoltolain taustalla on keväällä 2007 aloittaneen Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa oleva tavoite kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistämisestä.[653] Erikoissairaanhoitolain voimaantulosta lähtien perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito olivat käytännössä hyvin erillään toisistaan. Terveyskeskuksissa ei aina tiedetty, miten erikoissairaanhoitoon lähetetyn potilaan hoito on onnistunut ja sairaanhoitopiirit ovat alkaneet elää omaa elämäänsä perusterveydenhuollosta erillisinä instituutioina. Toimivaa hoitoketjua ei onnistuttu rakentamaan.[654] Ongelma

653 Matti Vanhasen II hallituksen (huhtikuu 2007–huhtikuu 2010) päähallituspuolueet olivat keskusta ja kokoomus. Hallitusohjelmassa terveyspolitiikasta on todettu seuraavaa: Hallituksen tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon vakaa rahoitus ja palvelujen saatavuus. Varmistetaan kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tavoitteiden toteutuminen ja valmistellaan tarvittavat lainsäädäntömuutokset. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseksi ja yhteistyön lisäämiseksi kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistetään laiksi terveydenhuollosta. Perusterveydenhuollon asemaa vahvistetaan. Palvelurakenneuudistuksen toteuttamiseksi kehitetään erityisesti perusterveydenhuoltoa ja sosiaalityötä, ensihoitoa sekä mielenterveys- ja päihdetyötä. Erityishuomiota kiinnitetään lasten, nuorten, työikäisten ja vanhusväestön mielenterveysongelmien tunnistamiseen, palveluiden saatavuuteen sekä mielenterveystyön osaamiseen. Arvioidaan terveydenhuollon hoitotakuun toimivuus ja tehdään tarpeelliset muutokset aikarajoihin ja toimintamalleihin. Käynnistetään terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Työterveyshuollon palveluita ja palveluohjausta kehitetään. Jatketaan sähköisten tietojärjestelmien kehittämistä. Palvelujen järjestämisvastuu tulee säilyttää kunnilla ja rahoituksen tulee pääosin perustua valtionosuuteen ja kuntien omiin verotuloihin. Palveluiden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi on niiden rahoituspohjaa tarkistettava myös asiakasmaksujen osalta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon luodaan oikeudenmukaisempi maksukattojärjestelmä paljon palveluja ja lääkkeitä käyttävien aseman parantamiseksi. Samalla järjestelmää uudistetaan siten, etteivät asiakasmaksut johda epätarkoituksenmukaisiin hoitovalintoihin. Kansalaisten yhdenvertaisuus turvataan vahvistamalla palvelujen käyttäjien oikeuksia. Palvelujen laatusuosituksia uudistetaan tavoitteena sitovuustason nostaminen. Tehostetaan toiminnan ja palvelujen laadun ja vaikuttavuuden arviointia sekä palvelujen valvontaa ja ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten voimavaroja suunnataan uudelleen näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Avo- ja laitoshoidon rajanveto poistetaan asteittain sosiaalivakuutuksista.

654 Kunnat ovat jopa valittaneet, että ainoa tieto potilaan jatkohoidosta on sairaanhoitopiirin potilaan kotikuntaan lähettämä lasku potilaan saamasta erikoissairaanhoidosta.

on myös se, että perusterveydenhuolto ei ole saanut riittävästi tukea erikoissairaanhoidolta. Potilaan on ollut vaikeata hoidattaa itseään eri hoitoyksiköissä, kun hänen potilastietonsa ovat olleet puutteelliset ja lääkärit hoitoyksiköissä ovat jatkuvasti vaihtuneet.

Hallitusohjelman toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö asetti uudistusta valmistelemaan terveydenhuoltolakityöryhmän, joka jätti mietintönsä kesäkuussa 2008.[655] Työryhmä ehdotti, että terveyspalvelut järjestettäisiin kahden, rinnakkain maan eri osissa sovellettavan mallin mukaisesti. Kuntiin, yhteistoiminta-alueisiin ja sairaanhoitopiireihin (laajan väestöpohjan kuntayhtymä) perustustuvassa mallissa kunta voisi järjestää kansanterveystyön joko itse tai muodostamalla yhteistoiminta-alueen, joka vastaisi kansanterveystyöstä. Sairaanhoitopiiri, jossa tulisi olla vähintään noin 150 000 asukasta, vastaisi erikoissairaanhoidosta, ja saman yhteistoiminta-alueen kuntien tulisi kuulua samaan sairaanhoitopiiriin. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio toteutuisi tuomalla erikoissairaanhoidon konsultaatiota kuntaan ja yhteistoiminta-alueelle sekä perustamalla sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikkö. Toinen vaihtoehto olisi terveyspiiriin perustuva malli, jonka kunnat muodostaisivat vastaten sekä kansanterveystyöstä että erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitusta osasta erikoissairaanhoitoa. Asiakaslähtöisyyttä pyrittiin lisäämään antamalla potilaalle mahdollisuus valita erityisvastuualueella terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa häntä hoidetaan.

Terveydenhuoltolakityöryhmän ehdotuksesta pyydettiin lukuisia lausuntoja.[656] Niiden pohjalta esitys kirjoitettiin osin uudelleen ja siihen liitettiin terveydenhuollon toteuttamiseen liittyviä yksityiskohtaisia säännöksiä. Hallituksen esityksen antamista kuitenkin viivytti päähallituspuolueiden kokoomuksen ja keskustan ministereiden eriävät näkemykset terveydenhuollon uusista rakenteista, ja erimielisyys koski myös merkittäviä rahoitukseen liittyviä kysymyksiä. Keskustan sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä olisi antanut terveysrahat maakuntahallinnon käyttöön, kun taas kokoomuksen peruspalveluministeri Paula Risikko olisi halunnut jakaa maan sosiaali- ja terveysalueisiin, joilla palvelut rahoitettaisiin alueen yhteisestä kassasta. Rahoituksesta ei päästy yksimielisyyteen, joten hallituksen esitys, joka annettiin eduskunnalle keväällä 2010 (HE 90/2010), ei sisällä rahoitukseen liittyviä muutosesityksiä.[657] Esitys on laaja ja monimuotoinen, mutta pääosin esitys tarkentaa tervey-

655 STM 2008a.

656 Lausunnossaan 30.10.2008 terveydenhuollon oikeusturvakeskus kiinnitti luonnoksessa huomiota terveydenhuollon hajanaiseen toteuttamiseen ja totesi, että: ”Oikeusturvakeskus pitää suotavana, ettei kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä olisi rakenteellisesti niin monimuotoinen kuin lakiehdotus sallii sen olevan. Julkisten terveydenhuollon palvelujen tulisi olla järjestetty selkeällä ja helposti ymmärrettävällä tavalla. Lakiehdotuksen mukaisen rakenteen vaarana on, ettei se paranna terveydenhuollon palvelujärjestelmän hallittavuutta, vaan että se pirstoutuu entisestään.” (Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 2008.)

657 HS 4.2.2010: Uutisessa kerrotaan, että päähallituspuolueet olivat sopineet, että kuntien on vastedeskin kuuluttava nykyisen kaltaisiin sairaanhoitopiireihin ja kunnat vastaavat yhä perusterveydenhuollon järjestämisestä. Ratkaisu päätti kuukausia jatkuneen poliittisen väännön. Keskusta vastusti peruspalveluministeri Paula Risikon ajamaa mallia, jossa koko maa olisi jaettu noin 50 sosiaali- ja terveysalueeseen. Nämä olisivat kuntien sijasta pyörittäneet suurinta osaa alueensa terveys- ja sosiaalipalveluista. Sairaanhoitopiirit olisivat kadonneet. Ratkaisun johdosta eduskunnalle

denhuollon toteuttamista ja sisältää melko vähän uutta.[658] Kuitenkin monisanainen ja yksityiskohtainen esitys merkitsee diskurssin muuttumista valtionosuusuudistuksen jälkeisestä ajattelusta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen terveydenhuollon lainsäädäntöä supistettiin ja annettiin tilaa kuntakohtaiselle vapaudelle ja sovelluksille. Uudessa terveydenhuoltolakiesityksessä pyritään sanomaan mahdollisimman tarkkaan, miten terveyspalveluja on toteutettava, joskin esitys koskee vain julkista, kunnan toteuttamaa terveydenhuoltoa. Säännösten toimeenpano on edelleen kuntatasolla, joten perusrakenteet pysyvät paikallaan.

Eduskunnassa lakiehdotuksen lähetekeskustelussa epäiltiin avoimesti lain toteutumista käytännössä. Keskustelun sävy oli samalla tavalla skeptinen kuin aiempaa hoitotakuulainsäädäntöä käsiteltäessä. Kunnat eivät tule lainsäädäntöä noudattamaan. Ehkä selvimmin tämän epäilyksen muotoili edustaja Pentti Tiusanen (vas.), joka puheenvuorossaan viittasi esityksen 4 §:ään, jonka mukaan kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Tiusanen totesi, että ”näin ei kuitenkaan ole tapahtunut eikä tapahdu. Suomen valtakunnassa on jatkuvasti ongelmia saada riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä tekemään työtä. Me tiedämme, että nämä sosiaali- ja terveydenhoidon suositukset, ammattihenkilöstön suhde hoidettaviin. Nämä 0,5 ja 0,6 ja 0,65 jne. monesti alitetaan käytännön toiminnassa.” Myös edustaja Erkki Virtanen (vas.) esitti epäilyksensä lain kirjaimen ja käytännön välisestä ristiriidasta todetessaan, että vaikka kunnan velvollisuus on ollut turvata terveydenhuoltoon riittävät voimavarat ja riittävä henkilöstö jo pelkästään perustuslain perusteella, niitä ei ole turvattu. Virtanen epäili, että valitukset oikeusasiamiehelle tulevat lisääntymään, kun ihmiset toteavat, että voimavarat eivät ole olleet riittävät.[659]

Terveydenhuoltolaki sisältää myös parannuksia potilaan asemaan. Ehkä merkittävin uudistus on ehdotus, jonka mukaan potilaalla on mahdollisuus valita ensi vaiheessa kuntansa terveysasema ja kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö erityisvastuualueella. Lisäksi kotipaikkaan liittyvää terveydenhuoltoa väljennetään esityksessä niin, että jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella, hän voi käyttää myös muuta terveyskeskusta tai kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikköä. Vuonna 2014 sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon valinnan mahdollisuus laajenisi valtakunnalliseksi. Erikoissairaanhoidossa valinnan mahdollisuus tapahtuisi kuitenkin yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. Lisäksi potilaan asemaa vahvistetaan mahdollisuudella valita hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Ehdotus ei kuitenkaan sisällä mahdollisuutta saada toisen lääkärin arviota diagnoosista tai hoitotarpeesta.

ei annettu terveydenhuollon järjestämislakia, jossa olisi säännelty terveyspalvelujen rakennetta. Terveydenhuollon rahoitusvastuun asettaminen muille kuin kunnille ja järjestämisvastuun uusi määrittely jäivät terveydenhuoltolaista pois.

658 HE 90/2010.

659 Täysistunnon pöytäkirja 65/2010.

Uudessa laissa myös hoitotakuusäännökset täsmentyvät.[660] Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on tullut aloittaa kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Sen jälkeen on ollut mahdollista jatkaa hoidon tarpeen arviointia ilman aikarajaa, jolloin hoitoon pääsy on viivästynyt ennen kuin kuuden kuukauden määräaika on edes alkanut. Lakiesitys tukkisi tämän hoitotakuun kiertämismahdollisuuden niin, että jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan.

Selventävä uudistus liittyy myös potilasrekistereihin ja ensihoitoon. Sairaanhoitopiirin ohjausta kehitetään säätämällä potilasrekisterin pito sairaanhoitopiirien tehtäväksi sekä siirtämällä ensihoitopalvelujen vastuu sairaanhoitopiireille. Ehdotuksessa täsmennetään erityisvastuualueiden tehtäviä ja säädetään erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksesta erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kesken. Uudistusten tavoite on vahvistaa erikoissairaanhoidon alueellista koordinaatiota ja sairaanhoitopiirien välille kehittyvää yhteistyötä. Lisäksi hoitokäytäntöjä pyritään entistä enemmän ohjaamaan ns. Käypä hoito -suosituksilla, ja potilasturvallisuutta edistettäisiin potilasturvallisuusohjelmilla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voitaisiin päättää laatujärjestelmän ja potilasturvallisuussuunnitelman sisällöstä ja sen toimeenpanosta ja seurannasta.

Hallitusohjelman mukaisesti esityksen keskeinen tavoite on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lähentäminen. Sen toteuttaminen olisi sairaanhoitopiirin vastuulla ja sairaanhoitopiirin alueen väestön ja alueen kuntien perusterveydenhuollon tarpeiden mukainen. Esityksen mukaan sairaanhoitopiirin henkilöstö voisi esimerkiksi antaa perusterveydenhuollossa sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka olisi mahdollista toteuttaa peruspalveluja antavissa terveydenhuollon toimintayksiköissä.

660 Terveydenhuoltolain 51 §:n mukaan kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidontarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Terveydenhuoltolain 52 §:n mukaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä.

Esitys sisältää myös säännökset ennakkoluvasta hakeutua hoitoon EU- ja ETA-alueella tai Sveitsissä. Potilas voi pyytää ennakkolupaa saadakseen hakeutua hoitoon EU- tai ETA-valtioihin taikka Sveitsiin ja sairaanhoitopiirin on annettava lupa, jos hoitoa ei voida järjestää Suomessa hoitoon pääsystä säädetyissä enimmäisajoissa ja kyseessä on lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perustelu hoito, jota Suomessa pidetään hyväksyttynä hoitomuotona. Lupaa ei kuitenkaan tarvitse myöntää, jos hoito on annettavissa Suomessa hoitoon pääsystä säädettyjen enimmäisaikojen puitteissa.

Pääosa terveydenhuoltolaista on yleispiirteistä kuvausta siitä, miten kuntien tulisi terveydenhuoltoa toteuttaa. Lain tultua voimaan kunnallisessa itsehallinnossa edelleen päätetään, miten paljon terveydenhuoltoon myönnetään kunnassa voimavaroja ja miten terveydenhuolto yksityiskohdiltaan toteutetaan kunnassa. Terveydenhuoltolaki antaa vain puitteet kuntakohtaiselle päätöksenteolle, eikä kuntakohtainen kirjavuus välttämättä vähene lain toteutuksen myötä. Terveydenhuollon toimeenpano tulee pysymään hajanaisena.

Laki parantaa terveydenhuollon säädöspohjaa mutta ei sisällä uusia säännöksiä potilaan oikeusturvan parantamisesta. Mutta miten laki on toteuttavissa, kun lain toimeenpano tapahtuu nykyisen kuntakohtaisen rahoituksen varassa Paras-hankkeen edellyttämästä 20 000 asukkaan vähimmäisväestöpohjasta huolimatta? Ajatus terveydenhuollon rahoitusuudistuksesta nousikin esiin lakiesityksen lähetekeskustelussa. Useat edustajat toivat esiin pettymyksensä siihen, että rahoitusuudistusta ei toteutettu terveydenhuoltolakiuudistuksen yhteydessä. Puheenvuoroissa kiinnitettiin huomiota mm. Suomen suuriin terveyseroihin ja perusterveydenhuollon puutteisiin, mutta itse lakiesitys ei saanut kovinkaan paljon kritiikkiä osakseen. Yleissävy keskustelussa itse lakiesitykseen oli myönteinen ja lain uskottiin tuovan parannuksia terveydenhuoltoon.[661]

Sosiaali- ja terveysvaliokunta esitti mietinnössään joitakin muutoksia hallituksen esitykseen.[662] Ehkä merkittävin muutos tehtiin yhtenäisen hoidon perusteita koskevaan säännökseen, jonka mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten ja hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden toteutumista. Lain perusteella pyritän siis aiempaa tarmokkaammin yhdenmukaistamaan hoitokäytäntöjä. Valiokunta myös täsmensi kiireellisen hoidon käsitettä. Perustuslakivaliokunta totesi lausunnossaan lakiehdotuksen toteuttavan osaltaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle osoitettua tehtävää turvata, sen mukaan kuin laissa tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perustuslain säännös ei edellytä, että julkisyhteisöt itse huolehtisivat

661 Ks. edustajien Päivi Räsänen (kd.), Erkki Virtanen (vas.), Anneli Kiljunen (sd.), Lyly Rajala (kok.) Pentti Tiusanen (vas.) Sirpa Asko-Seljavaara (kok.) Eero Akaan-Penttilä, Aila Paloniemi (kesk.)Esko-Juhani Tennilä (vas.) Sanna Lauslahti (kok.) ja Antti Kaikkonen (kesk.) puheenvuorot (Täysistunnon pöytäkirja 65/2010).

662 StVM 40/2010.

kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta. Toisaalta siitä kuitenkin seuraa, että lainsäädännöllä on huolehdittava riittävien palvelujen tuottamisesta.[663]

Eduskuntakeskustelussa lain ensimmäisessä käsittelyssä olivat esillä pitkälti samat asiat kuin hallituksen esityksen lähetekeskustelussa. Oppositio moitti esitystä siitä, että järjestämis- ja rahoituslakia ei ollut saatu terveydenhuoltolain yhteyteen. Keskustelussa nousi esiin myös THL:n asiantuntijoiden 17.11.2010 tekemä selvitys yhdestä rahoituskanavasta, ja ministeri Risikko lupasi, että asiaa kokeillaan.[664] Viimeinen keskustelu lakiesityksestä käytiin lakiesityksen toisessa käsittelyssä 7.12.2010. Keskustelussa opposition edustajat ilmoittivat kannattavansa esitystä mutta pitivät puutteena sitä, että rahoitus- ja järjestämislakia ei säädetty samaan aikaan kuin terveydenhuoltolakia. Opposition taholta myös annettiin ymmärtää, ettei sairausvakuutuksen korvauksia tai työterveyshuoltoa haluttu lopettaa tulevien uudistusten yhteydessä. Hallituspuolueiden edustajat toivat esiin esityksen myönteisiä puolia, mutta hekin halusivat jatkaa uudistuksia.[665] Eduskunta hyväksyi lain valiokunnan esityksen mukaisena 8.12.2010, ja laki tulee voimaan 1.5.2011.

Terveydenhuoltolain säätämisen ohella on vireillä ns. KANTO-hanke, jossa potilastiedot pyritään keskittämään yhteen, Kelan ylläpitämään keskusrekisteriin. Terveydenhuollon henkilökunta saisi henkilön potilas- ja hoitotiedot asianomaisen suostumuksella kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja riippumatta siitä, onko hoito yksityisesti vai julkisesti annettua.[666] Sähköisen kansallisen potilasarkiston ja siihen liittyvän sähköisen reseptin pitäisi olla käyttövalmis vuonna 2012. Tuolloin potilastiedot kirjataan jokaisessa hoitoyksikössä sähköisesti yhdenmukaisesti, potilasasiakirjat allekirjoitetaan sähköisesti ja lähetetään kansalliseen arkistoon. Valtakunnallisesta sähköisestä arkistosta voidaan hakea tietoa sähköisesti eri hoitoyksiköissä ja myös apteekissa, jos potilas antaa siihen suostumuksensa.

6.4.6 Johtopäätöksiä

Vaikeudet hoitotakuun toteuttamisessa osoittavat terveydenhuollon hajanaisen toteuttamistavan vaikeudet. Tyypillistä on soveltamiskäytännön kirjavoituminen, talous- ja tehokkuusvaatimusten ylikorostuminen sekä kansalaisten palvelunsaannin vaarantuminen kustannusten minimoinnin vuoksi. Kokemukset hoitotakuusta osoit-

663 PeVL 41/2010.

664 Ks. edustajien Inkeri Räsänen (kesk.), Päivi Räsänen (kd.), Sirpa Asko-Seljavaara (kok.), Anneli Kiljunen (sd.), Erkki Virtanen (vas.) Maria Guzenina-Richardson (sd.), Håkan Nordman (r.), Satu Taivelaho (sd.), Arja Karhuvaara (kok.), Pentti Tiusanen (vas.), Eero Akaan-Penttilä (kok.) Mauri Salo (kesk.), Raija Vahasalo (kok.), Pertti Hemmilä (kok.) Paula Sihto (kesk.), Lauri Oinonen (kesk.) ja peruspalveluministeri Paula Risikko puheenvuorot torstaina joulukuun 2. päivänä 2010 (Täysistunnon pöytäkirja 124/2010).

665 Ks. edustajien Erkki Virtanen (vas.), Anneli Kiljunen (sd.), Toimi Kankaanniemi (kd.), Päivi Räsänen (kd.), Sirpa Asko-Seljavaara (kok.), Eero Akaan-Penttilä (kok.), Maria Guzenina-Richardson (sd.), Erkki Pulliainen (vihr.), Outi Alanko (vihr.)ja Mauri Salo (kesk.) puheenvuorot tiistaina 7. joulukuuta 2010 (Täysistunnon pöytäkirja 126/2010).

666 Ks. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007).

tavat, että vaikka valtio lisäsi voimakkaasti valtionosuuksia järjestelmän toteuttamiseksi kunnissa, tavoiteltuihin hoitoaikoihin päästiin vain osittain. Potilaan asema on hoitotakuun toteuttamisessa osoittautunut hyvin ongelmalliseksi, koska hänelle ei järjestelmässä annettu itsenäisiä toimintamahdollisuuksia toisin kuin Ruotsissa, jossa potilas voi hakeutua itse julkisen terveydenhuollon kustannuksella muualle hoitoon, jos hoitotakuuajat eivät muuten toteudu. Meillä ei ole tällaista oikeutta eikä mahdollisuutta saada korvausta potilasvahingosta, jos hoidon saannin pitkittymisen vuoksi sairaus pahenee. Ainoana hyvin hitaana ja jälkikäteisenä keinona potilaalla on mahdollisuus kannella Valviraan[667] tai eduskunnan oikeusasiamiehelle.[668] Aikaa kantelun tekemisen ja valvontaviranomaisen päätöksen välillä voi kulua useita kuukausia. Kantelu ei siis välittömästi lyhennä hoitotakuuaikaa. Valviran sairaanhoitopiirille tai kunnalle määräämän uhkasakon käyttämisellä on omat rajoituksensa. Uhkasakon asettaminen on järeä keino ja edellyttää käytännössä jo jatkuvaa ja laajaa hoitotakuuaikojen rikkomista eivätkä lukuisat huomautukset ole johtaneet tulokseen. Toimintansa alkuaikoina Valvira on keskittynyt sairaanhoitopiirien hoitoaikojen valvontaan, joten perusterveyshuollossa ja terveyskeskuksissa hoitoaikojen valvonta on vähäistä.[669]

Oikeusasiamies on arvioinut hoitotakuusäännösten noudattamista viidessä vuonna 2007 julkaisemassaan kanteluratkaisussa ja antanut jokaisessa tapauksessa huomautuksen terveyskeskukselle tai kuntayhtymälle enimmäisajan noudattamatta jättämisen vuoksi. Oikeusasiamies on näin hyvin yksiselitteisesti ja tiukasti suhtautunut hoitotakuuaikojen ylittämiseen.[670] Päätöstensä perusteluissa oikeusasiamies on viitannut paitsi terveydenhoitolainsäädännön hoitotakuusäännöksiin myös perustuslain

667 HE 131/Esityksen keskeinen tavoite oli koota sosiaali- ja terveysministeriön alaiset kaksi valvontavirastoa yhdeksi lupa- ja valvontavirastoksi hallinnon selkeyttämiseksi ja voimavarojen käytön tehostamiseksi. Viraston perustamisen tavoite oli alueellisten valvonta- ja lupakäytäntöjen yhdenmukaistaminen. Valvonnan painopistettä pyrittiin siirtämään erityisesti ennakoivaan valvontaan ja kohdentamaan valvontaa ennalta havaittujen valvontatarpeiden ja päätettyjen linjausten mukaisesti koko maassa.

668 Toomas Kotkas on todennut hoitotakuusta, että ”itsemääräämisoikeuden lailla myös enimmäisaikasäännöksillä voi olla yksilöitä ja kansalaisia aktivoiva vaikutus – joskin välillisesti. Kansalaisille tarjotaan entistä enemmän oikeudellisia perusteita vaatia terveys- ja sosiaalipalveluja tarvittaessa tuomioistuimeen saakka. Voidaan ajatella, että enimmäisaikasäännöksillä tulee olemaan samansuuntainen vaikutus kuin potilaslain säätämisellä, vaikka niillä ei luotukaan uusia (subjektiivisia) oikeuksia tiettyihin terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palveluihin”. (Kotkas 2009, 215–216.)

669 Keväällä 2009 Oulun, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä hoitotakuuajan ylittäneet leikkausjonot saatiin puretuksi tekemällä leikkauksia iltaisin ja viikonloppuisin. Valvira oli asettanut sairaanhoitopiireille kahden miljoonan euron uhkasakon, joka olisi langennut maksettavaksi, ellei hoitojonoja olisi saatu puretuksi. (HS 12.7.2009.) Toukokuussa 2010 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit sekä Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoitopiiri ja kuntayhtymä saivat kahden miljoonan euron uhkasakon liian hitaan hoitoon pääsyn vuoksi. Valvira uhkaa sakoilla HUS:ia, ellei sairaanhoitopiiri hoida hoitoon pääsyä lain vaatimalle tasolle viimeistään lokakuun loppuun 2010 mennessä. Valvira määräsi ensimmäistä kertaa HUS:ia huolehtimaan siitä, että hoitoon pääsee lain edellyttämissä aikarajoissa myös vastedes. Osa sairaanhoitopiireistä oli korjannut hoitojonot kuntoon vain väliaikaisesti mutta antanut jonojen kasvaa moitteista selvittyään. Valvira haluaa sairaanhoitopiireiltä marraskuun loppuun 2010 mennessä selvityksen siitä, miten hoitoon pääsy ja lähetteiden käsittely on saatu lain vaatimalle tasolle. Hoitoon on päästävä puolessa vuodessa ja lähetteet on käsiteltävä kolmen viikon kuluessa siitä, kun ne ovat saapuneet sairaalaan. (HS 23.5.2010.)

670 (Ks. Oikeusasiamiehen päätökset 23.8.2007 (1362/4/06), 11.9.2007 (3822/4/06), 24.9.2007 (713/4/07, 767/4/07, 785/4/07) 28.12.2009 (3121/4/08) ja 22.1.2010 (3772/4/08).

19 §:n 3 momenttiin, jossa velvoitetaan julkista valtaa turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Oikeusasiamies on todennut kuntien tai sairaanhoitopiirin rikkoneen lakia, kun hoitotakuuaika on ylittynyt. Oikeusasiamies on pitänyt hoitotakuuta subjektiivisena oikeutena huolimatta siitä, että hoitotakuuta koskevan hallituksen esityksen perusteluissa sanottiin, että hoitotakuuaikojen määrääminen ei tarkoita sitä, että potilaat saisivat itsenäisen oikeuden saada hoitoa määräajassa. Oikeusasiamies osoitti olevansa merkittävä toimija terveydenhuollossa. Ennen hoitotakuuta hän kanavoi kansalaisten tyytymättömyyttä terveydenhuollon laatuun ja määrään tehden saamiensa kantelujen pohjalta esityksiä ministeriölle lainsäädännön tarkentamiseksi. Osin oikeusasiamiehen aktiivisen toiminnan ja esitysten tuloksena hoitotakuusäännökset Suomessa toteutuivat. Oikeusasiamies myös tulkitsi hoitotakuusäännöksiä rohkeasti kansalaisten oikeustajua mukaillen, vaikka vielä hallituksen esitykseen oli kirjattu, että hoitotakuu ei ole subjektiivinen oikeus.

Oikeusasiamiehen kanta hoitotakuusta subjektiivisena oikeutena perustunee siihen, että perustuslain 19 §:ää ja erikoissairaanhoidon ja kansanterveyslain järjestämisvelvollisuutta koskevia säännöksiä ei ole katsottu voitavan syrjäyttää hallituksen esityksen perustelujen toteamuksella. Jo ennen hoitotakuuta oli edellä selostetuissa korkeimman hallinto-oikeuden päätöksissä todettu, että kunnan järjestämisvelvollisuus oikeuttaa kunnan asukkaan vaatimaan kunnalta terveyspalveluja. Käsite ”voimavarojen puitteissa” ei siis enää tarkoita kunnan päätöksenteko-oikeutta terveyspalvelujen antamisesta määrärahojen puitteissa, vaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukainen hoito on kuntalaisille annettava tarpeen mukaan ja määrärahoista riippumatta. Tämän perusasian totesivat eduskunnan perustusvaliokunta ja sosiaali- ja terveysvaliokunta hoitotakuuesitystä käsitellessään.[671]

Hoitotakuusäännökset eivät suoraan anna oikeutta potilaalle päästä haluamaansa hoitoon, koska hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaan lääkäri. Kuitenkin päätös hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta on tehtävä puhtaasti lääketieteellisin perustein eikä päätökseen saa vaikuttaa kunnan taloustilanne tai kunnan talousarviossaan terveydenhuollolle myöntämät määrärahat. Eduskuntakeskusteluissa esiin nousseella kunnan ”kamreerilla” ei siis saisi olla mitään roolia kunnan antaessa asukkailleen terveydenhuoltoa kansanterveyslain tai erikoissairaanhoitolain perusteella.

Lait antavat siis potilaalle oikeuden hoidon tarpeen arviointiin ja tarpeelliseksi todettuun hoitoon säädettyjen enimmäisaikojen kuluessa, mutta hoidon tarpeen ar-

671 StVM 13/2004, 4: ”Perustelujen mukaan esityksellä ei luoda potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon eikä potilaalla olisi rajatonta oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hänen hoidon tarpeensa arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. Valiokunta korostaa kuitenkin, että kunnalla on jo nykyisinkin velvollisuus järjestää asukkaansa terveydentilan edellyttämä, yksilölliseen tarvearviointiin perustuva sekä kiireellinen että ei-kiireellinen hoito. Hallituksen esityksessä on kyse siitä, miten ja missä ajassa ei-kiireellisen hoidon yksilöllinen tarvearvio on tehtävä ja hoito järjestettävä.” Perustuslakivaliokunta totesi, että sääntely hoitotarpeen arvioinnin ja hoidon järjestämisen määräajoista koskee perustuslain 19 §:n 3 momentissa tarkoitettujen terveyspalvelujen saatavuutta. (PeVL 20/2004, 2.)

vioinnin ja hoitopäätöksen tekee lääkäri lääketieteellisin perustein.[672] Periaate on paperilla selkeä, mutta käytännössä vaikea valvoa. Lääketiede ei ole eksakti tiede ja käsitykset hoidon tarpeesta voivat vaihdella lääkäristä riippuen. Lisäksi julkisen terveydenhuollon lääkärit ovat kunnan virkamiehiä ja ainakin periaatteessa velvollisia noudattamaan kunnan työnantajana antamia määräyksiä. Käytännössä lääkärit ovat ilmoittaneet erityisesti taloudellisen laman aikana joutuvansa tasapainoilemaan lääketieteellisten kriteereiden ja kunnan talousrealiteettien välimaastossa. Siksi puutteena onkin pidettävä sitä, että hoitotakuusäännöksiä valmisteltaessa ja säädettäessä ei kiinnitetty huomiota potilaan oikeuksiin eikä järjestelmään liitetty oikeusturvakeinoja, joihin turvautuen potilas voisi erimielisyyden sattuessa näyttää toteen hoidon tarpeensa.[673] Hoitotakuun toteuttaminen edellyttää aktiivista kansalaista, joka ei alistu, vaikka tulee torjutuksi. Yksilönvastuun lisäämisen ajanjaksolla 1991–2010 kansalaisen on käytettävä kaikki vaikuttamiskeinot palveluja saadakseen. Tällöin on tietenkin myös olemassa vaara, että hiljaiset ja vähään tyytyvät kansalaiset ohitetaan ja saavat puutteellista hoitoa.

Tarkasteltaessa terveydenhuollon säännösten kehitystä 1990- ja 2000-luvulla sekä erityisesti hoitoaikojen sääntelyä voidaan havaita vuoden 1995 perustusturvauudistuksen merkittävä vaikutus kehityksen taustalla. Skocpolin ja muiden samaan koulukuntaan kuuluvien tutkijoiden esiintuoma valtiorakenteeseen liittyvä institutionalismi näyttäytyy perusturvasäädöksissä tapana, jolla valtio toteuttaa tahtoaan terveydenhuollossa, koska muita keinoja on vähän. Perusoikeusuudistukseen sisällytetty periaate, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, oli vaikutukseltaan ja merkitykseltään niin vahva, ettei siinä asetettua velvoitetta julkiselle vallalle voitu ohittaa valtionosuusuudistuksen aiheuttamia epäkohtia ja ongelmia korjattaessa.

Puutteistaan huolimatta hoitotakuu paransi monen potilaan hoitomahdollisuuksia ja uusi terveydenhuoltolaki, joka tullee voimaan vuonna 2011, tarkentaa eräiltä osin hoitotakuuta. Uuden lain myötä potilas saa enemmän valinnan mahdollisuuksia sekä hoitopaikkansa että hoitavan henkilön osalta kuin aiemmin. Laki myös jonkin verran lähentää perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa toisiinsa mutta ei laajemmin pyri ratkaisemaan hajanaisuuden aiheuttamia ongelmia. Lain suurin anti on se, että se määrittelee kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuun aiempaa huomattavasti tarkemmin. Kun tämän jälkeen jatketaan valitulla linjalla lisäämällä lain noudattamisen valvontaa kunnissa ja annetaan potilaille keinoja toteuttaa oikeuksiaan välittömästi, jos kunnat eivät noudata terveydenhuoltolakia eli toteutetaan perustuslaissa

672 Ks. Tuori ja Kotkas 2008, 280–281.

673 Ks. kuitenkin Helsingin hallinto-oikeus 10.10.2007 07/1161/6. Henkilö oli hakeutunut leikkaukseen yksityissairaalaan ennen hoitotakuuajan päättymistä. Hallinto-oikeus katsoi, että kaupunki ei ollut laiminlyönyt hoitoa säädetyssä ajassa eikä sillä ollut velvollisuutta korvata yksityisessä sairaalassa tehtyä leikkausta, koska kunnalla ei ollut mahdollisuutta arvioida palveluntarvetta uudelleen. Päätös antaisi viitteitä siitä, että selvässä hoidon määräaikojen ylittymistilanteessa suomalaisellakin potilaalla voisi olla mahdollisuus hakeutua yksityiseen hoitoon julkisen terveydenhuollon kustannuksella. Asiasta ei kuitenkaan ole ennakkopäätöstä.

taattu oikeus hyvään hoitoon myös käytännössä, voi Suomen terveydenhuollon polku kääntyä positiiviseen suuntaan.

6.5 Sairaanhoitovakuutus vuosina 1991–2010

Kehittämisen pääpaino oli vahvemman instituution, julkisen terveydenhuollon, puolella, joten sairaanhoitovakuutus, erityisesti lääkärinpalkkioiden ja yksityisen hoidon korvaaminen, sai poliittisesti vain vähän huomiota vuosina 1991–2010. Sairaanhoitovakuutuksen tasoa eikä kovin paljon sisältöäkään kehitetty lukuun ottamatta lääkekorvauksia. Suureksi osaksi tähän vaikutti sairaanhoitovakuutuksen kiistanalainen asema. Valtionosuusuudistus heijastui sairaanhoitovakuutukseen lähinnä siinä muodossa, että uudistuksen jälkeen kiinnitettiin erityistä huomiota julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoituksen erillisyyteen, ja myös keskustelu monikanavaisen rahoituksen vaikutuksista terveydenhuollon toteutukseen oli ajanjaksolla vilkasta. Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen rajoittui teknisten yksityiskohtien parantamiseen eikä vaikeimpaan ongelmaan, korvaustaksojen jälkeenjääneisyyteen, löydetty ratkaisua. Sen sijaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitus muuttui merkittävästi, kun ajanjakson loppupuolella työnantajat vapautettiin osallistumasta sairaanhoitovakuutuksen kustannuksiin työterveyshuoltoa lukuun ottamatta.

Seuraavassa selostan ensin niitä pyrkimyksiä ja tavoitteita, joita tällä ajanjaksolla oli julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyön edistämiseksi sekä sairaanhoitovakuutuksen rakenteen uudistamiseksi. Tämän jälkeen tarkastelen sitä kehitystä, joka sairaanhoitovakuutuksessa syntyi valtionosuusuudistuksen heijastumana ja viimeisenä tarkastelen sairaanhoitovakuutuksen teknisiä muutoksia.

6.5.1 Monikanavainen rahoitus

Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen yhteinen rahoitus loppui vuonna 1983. Sen jälkeen voimistui keskustelu monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutuksista ja mahdollisista haitoista terveydenhuollon toteutuksessa. Tämän seurauksena valtionosuusuudistuksen tullessa voimaan alettiin aiempaa tarkemmin pitää huolta siitä, että samaa palvelua ei rahoitettu usean rahoituskanavan kautta. Kahden järjestelmän rinnakkaiselo ei ollut ongelmatonta, ja vuosina 1991–2010 moni työryhmä ja toimikunta mietti ratkaisuja yhteistoiminnan parantamiseksi, jotta terveydenhuollon kokonaisuus toimisi tehokkaammin. Tavoitteeksi asetettiin, että julkinen ja yksityinen terveydenhuolto järjestelmällisellä ja suunnitellulla tavalla tukisivat toisiaan.

Vuonna 1993 eli samana vuonna kuin valtionosuusuudistuksesta johtuvat suuret muutokset tulivat voimaan, pohti STM:n kansliapäällikkö Markku Lehdon johtama sairaanhoitovakuutustoimikunta (ns. Lehdon toimikunta) mahdollisuuksia kehittää sairaanhoitovakuutusta. Valtionosuusuudistus laajensi kuntien mahdollisuuksia to-

teuttaa julkista terveydenhuoltoa mm. ostamalla palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta oman palvelutuotannon sijasta. Siksi oli entistä tärkeämpää selvittää, miten yksityiset palvelut saataisiin tukemaan ja täydentämään julkista terveydenhuoltoa. Esityksissään Lehdon toimikunta[674] totesi lähtökohtanaan, että kunnilla on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu, ja tämän vastuun säilyttämistä toimikunta piti perusteltuna. Toimikunta kiinnitti kuitenkin huomiota potilaiden valinnanvapauteen ja totesi olevan tärkeää, että terveydenhuollon asiakas voisi edelleenkin valita lääkärinsä myös kunnallisen palvelujärjestelmän ulkopuolelta, ja toimikunta katsoi, että tällaista valinnanmahdollisuutta tulisi yhteiskunnan taholta edelleen tukea. Tärkeänä toimikunta piti myös periaatetta, että kukin rahoituskanava huolehtisi potilaansa hoidosta alusta loppuun. Potilaan valittua kunnallisen terveydenhuollon palvelukanavan tulee hänellä olla oikeus saada kaikki tarpeellinen tutkimus ja hoito tämän järjestelmän puitteissa julkisen terveydenhuollon maksuilla. Näin tulisi olla riippumatta siitä, toteuttiko kunta palvelun omana toimintana vai ostopalveluna yksityiseltä palveluntuottajalta.

Toimikunta katsoi, että yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteensovitusta tulisi kehittää sekä valtakunnallisella, alueellisella että paikallisella tasolla. Terveydenhuoltoa tuli tarkastella kokonaisuutena, jolloin myös yksityisen sektorin terveydenhuolto ja työpaikkaterveydenhuolto sisältyivät tarkasteluun. Tällöin sairaanhoitovakuutusta ja työterveyshuoltoa voidaan arvioida kokonaisuuden osana. Kokonaistarkasteluun tuli ottaa sekä palvelujen tarjonta ja kysyntä että palvelutuotantoon sitoutuvan henkilöstön määrä. Näiden lisäksi oli tarkasteltava asiakkailta perittäviä maksuja, asiakkaiden omavastuita sekä laite- ja muita investointeja.

Julkisen ja yksityisen vuorovaikutuksessa toimikunta otti tarkastelun kohteeksi sekä valtakunnallisen että paikallisen tason. Valtakunnan tasolla terveydenhuoltojärjestelmien yhteensovittaminen olisi perusteltua tehdä kunnallista terveydenhuoltoa koskevan valtakunnallisen suunnitelman yhteydessä. Suunnitelmaa valmisteltaessa ja siitä päätettäessä tulisi samanaikaisesti arvioida yksityisen terveydenhuollon ja työpaikkaterveydenhuollon volyymin kehitystä sekä sovittaa näitä sektoreita koskevat rahoitus- ja muut päätökset yhteen terveyspoliittista linjaa tukevalla tavalla. Toimikunta siis tavallaan esitti paluuta entiseen suunnittelujärjestelmään, josta luovuttiin vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa. Uudistuksen jälkeen valtakunnallisten suunnitelmien noudattaminen kunnissa oli vapaaehtoista.

Paikallistason yhteensovituksen edistämiseksi tarvittiin kuntakohtaista tietoa yksityisen ja julkisen sektorin terveyspalveluista. Tiedon keräämiseksi toimikunta esitti, että Kela säännönmukaisesti toimittaisi kullekin kunnalle sitä koskevat tiedot maksetuista sairaanhoitokorvauksista.[675] Näin kunnat saisivat alueellaan tiedot yksityisten palvelujen käytöstä ja voisivat sovittaa oman palvelutuotantonsa ottamalla huomioon myös yksityisten palvelujen osuuden. Toimikunta ehdotti myös terveydenhuollon

674 KM 1993:29.

675 KM 1993:29, 66–68.

asiakaskäyntien määrien ja työvoiman saatavuudessa tapahtuvien muutosten seuraamista sekä sairaanhoitokorvauksista tiedottamisen parantamista, jotta kansalaisilla olisi todellinen mahdollisuus valita ja käyttää yhteiskunnan tukemana yksityisiä terveydenhuoltopalveluja julkisten palvelujen ohessa. Kuitenkin lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamiseen käytettävät varat tulisi toimikunnan mielestä kohdentaa niin, että otettaisiin julkisen terveydenhuollon palvelut. Vuonna 1989 korvaustasoa oli nostettu enemmän niissä palveluissa, joissa julkisella sektorilla oli puutteita, ja toimikunta ehdotti tällaisen käytännön jatkamista.

Toimikunnan mielestä asiakkaan lopullinen oma kustannusosuus tulisi aina olla suurempi yksityisten palvelujen käyttämisestä kuin julkista käytettäessä. Näin valinnanmahdollisuutta käyttäessään asiakkaan tuli olla valmis myös maksamaan enemmän, mutta samalla hänen tulisi tietää ennakkoon yksityisten terveyspalvelujen käyttämisestä hänelle aiheutuvat kustannukset. Tähän toimikunta katsoi päästävän uudistamalla sairausvakuutuksen korvaustaksat ja kohdentamalla ne uudelleen.[676] Korvaukset tulisi suunnata suuriin kustannuksiin asettamalla palkkioille vuosittainen alkukustannusosuus, jonka täytyttyä korvauksia vasta alettaisiin suorittaa. Alkukustannusosuuden suuruutta voitaisiin vuosittain arvioida terveyspoliittisista lähtökohdista. Alkukustannusosuuden täyttymisen jälkeen toimikunta ehdotti aiempaa runsaampaa korvaustasoa.

Toimikunta esitti myös uutta menettelytapaa korvaustaksojen pitämiseksi ajan tasalla. Taksojen tarkistamistarvetta tulisi arvioida määräajoin terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman vahvistamisen yhteydessä ja korvaustaso tulisi asettaa terveyspoliittisesti perustellulle tasolle. Samassa yhteydessä tarkasteltaisiin myös julkisen terveydenhuollon käyttämisestä asiakkaille aiheutuvia maksuja ja pidettäisiin huolta siitä, että asiakkaan lopullinen kustannusosuus yksityisen sektorin palveluista olisi aina suurempi kuin julkisen sektorin palvelun. Käytännön seurantatyö ehdotettiin tehtäväksi Kelassa ja sen apuna toimivassa sairausvakuutusasiain neuvottelukunnassa.

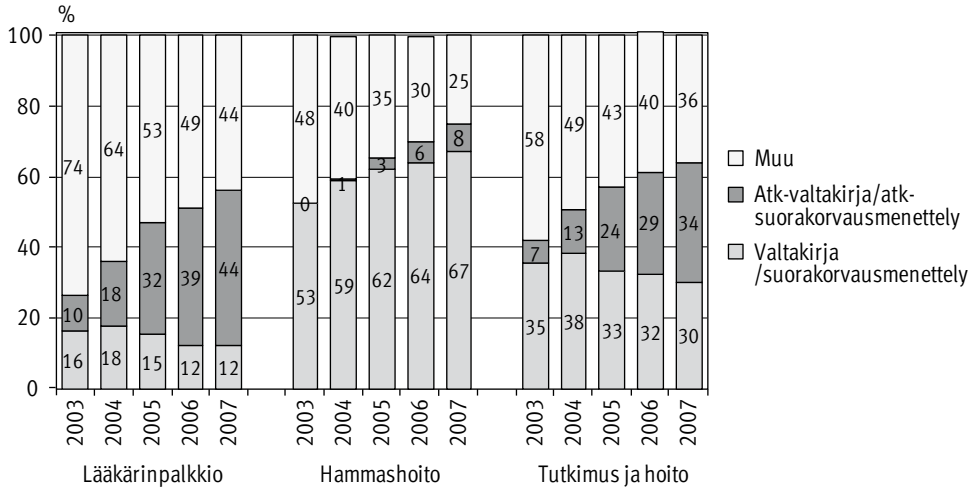
Lehdon toimikunnan esitysten toteuttaminen olisi saattanut ratkaista julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteensovittamisen ja auttaa myös monikanavaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamien ongelmien ratkaisussa. Toimikunnan esitykset eivät kuitenkaan saaneet poliittista huomiota ja esitykset julkisen ja yksityisen palvelun yhteensovituksesta jäivät toteutumatta. Tämän jälkeen keskustelu sairaanhoitovakuutuksen kehittämisestä vaimeni yli vuosikymmeneksi. Korvaustaksoja korotettiin vain hammashuollon osalta, joskin joitakin teknisiä uudistuksia tehtiin toimikunnan esitysten pohjalta. Näistä tärkein oli ehkä korvaustaksojen yksinkertaistaminen vuonna 1995, jolloin pääosa lääkärinpalkkioista tuli aikaperusteiseksi ja myös tutkimuksen ja

676 Komiteanmietintö 1993:29, 71–73. Sairaanhoitovakuutustoimikunta esitti myös yksityistä omalääkärimallia, jossa kansalainen voisi valita määräajaksi omalääkärikseen yksityisen sektorin yleislääkärin. Vaihtoehtoisesti hän voisi valita omalääkärinsä julkisen sektorin yleislääkäreistä ja eräissä tapauksissa tulisi kyseeseen myös omalääkärin valinta työpaikkaterveydenhuollosta. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan omalääkärin valinta ei olisi sidottu kuntarajoihin. Omalääkäri voisi ohjata asiakkaan jatkohoitoon sekä yksityiselle että julkiselle sektorille. Käytännön menettelytavoista omalääkärin ja asiakkaan kotikunnan tulisi sopia. (KM 1993:29, 73–75.)

hoidon ja hammashuollon korvaustaksat uudistettiin. Näin julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen vertailtavuus ja tilastointi helpottui. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon nimikkeet ja koodit vastasivat uudistuksen jälkeen toisiaan. Näin myös potilaan oli aiempaa helpompi hahmottaa julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa annettuja hoitoja ja niistä aiheutuvia kustannuksia.[677]

Korvaustaksojen uudistaminen ja yksinkertaistaminen edisti myös ns. suorakorvausmenettelyn käyttöönottoa, jota jo vuonna 1987 työskennellyt ns. Puron-Pajulan-toimikunta oli suositellut.[678] Suorakorvausmenettelyssä yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajat perivät asiakkaaltaan suoraan sairausvakuutuskorvauksella vähennetyn hinnan, jolloin asiakas maksaa palveluksista vain omavastuuosuuden. Tällöin Kela tilittää sairausvakuutusosuuden suoraan palveluntuottajalle, eikä vakuutetun tarvitse erikseen lähteä hakemaan korvausta. Menettely voidaan toteuttaa sekä manuaalisena että atk-menettelynä, joskin jälkimmäinen on lopullinen tavoite. Aikaa ei kulu korvausten hakemiseen, ja hoitokynnys madaltuu niiden vakuutettujen osalta, joille täyden hinnan maksaminen palveluista on pientuloisuuden vuoksi vaikeaa.[679] Järjestelmä on vähitellen laajentumassa, kuten seuraavasta kuviosta (kuvio 13) voidaan havaita. Kuitenkin palveluntuottajien liittyminen järjestelmään on vapaaehtoista.

Kuvio 13. *Lääkärinpalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausosuudet eri maksutavoilla 2003–2007, %.*



Lähde: Kela.

677 Sairaanhoitovakuutuksen toteuttamisesta 1990-luvun puolivälissä on selostettu julkista sairaanhoitovakuutusta koskeneen seminaarin koosteessa vuodelta 1997 (Julkinen sairaanhoitovakuutus 1997).

678 KM 1987:34, 109.

679 Vuoden 2005 lopulla suurissa kaupungeissa monet lääkäriasemat ovat liittyneet suorakorvausjärjestelmään, ja vuonna 2010 suorakorvaus oli vähitellen siirtymässä kokonaan sähköiseen tiedonsiirtoon Kelan ja palveluntuottajien välillä. Suorakorvaus tulee olemaan yleisin korvausmuoto tulevaisuudessa.

6.5.2 Sairausvakuutuslain kokonaisuudistus

Vuoden 2000 perustuslakiuudistus heijastui myös sairausvakuutukseen, koska uuden perustuslain mukaan kaikki kansalaisten oikeuksia ja velvollisuuksia koskevat säännökset tuli antaa lailla. Vanha, vuoden 1964 sairausvakuutuslaki ei näitä edellytyksiä täyttänyt ja siksi heti perustuslakiuudistuksen jälkeen alettiin valmistella uutta sairausvakuutuslakia. Vuoden 1964 sairausvakuutuslakia oli tulkinnallisesti huomattavasti jouduttu täydentämään asetuksilla ja soveltamisohjeilla, minkä vuoksi etuuksien lopullinen sisältö ei tullut esiin lain tekstissä, vaan vasta käytännön soveltamistilanteissa. Sairausvakuutuslaki oli sen vuoksi tarpeen uudistaa kokonaan, ja uudistuksen valmistelu alkoi virkamiestyönä sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan asiantuntijoiden toimesta 2000-luvun alussa. Työn tultua valmiiksi hallitus antoi keväällä 2004 eduskunnalle esityksen uudeksi sairausvakuutuslaiksi.[680] Uudistus liittyy kokonaisuuteen, jolla pyrittiin selkeyttämään toimeentuloturvaa koskevaa lainsäädäntöä.[681] Ehdotetussa laissa tulkinnalle jäi vähemmän sijaa, kun kansalaiset saattoivat suoraan lain sisällöstä tietää oikeutensa ja velvollisuutensa. Varsinaisia tasokorotuksia esitys ei kuitenkaan sisältänyt, vaan kysymyksessä oli lähinnä lainsäädäntötekninen uudistus.

Lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 17.11.2004 tuotiin erityisesti oppositiossa olleen kokoomuksen[682] taholta esiin korvaustaksojen jälkeenjääneisyys ja vaadittiin korvausten asteittaista korjaamista.[683] Myös vasemmistoliitto esitti samanlaisen toivomuksen, ja pääsyynä olivat edustajien havaitsemat ongelmat vastaanotolle pääsystä julkisessa terveydenhuollossa.[684] Edustaja Valto Koski (sd.) valiokunnan puheenjohtajana vastasi puheenvuoroihin ja viittasi valiokunnan enemmistön kantaan, jonka mukaan korvauskysymykset tuli selvittää sairausvakuutuksen rahoituksen uudistuksen yhteydessä. Valiokunnassa ehdotetut muutosesitykset olisivat merkinneet sairausvakuutuskustannusten nousua, joten yhdessä kehittämishankkeiden kanssa tuli selvittää myös rahoitus.[685] Näin siis sairausvakuutuksen kehittäminen jälleen

680 HE 50/2004.

681 Vuoden 2000 perustuslain voimaan tulon johdosta on uudistettu myös kansaneläkelaki (568/2007), laki eläkkeensaajien asumistuesta (571/2007), laki vammaisetuuksista (570/2007), laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista (566/2007) ja työttömyysturvalaki (1220/2002).

682 Vuonna 2004 hallituksen pääpuolueet olivat keskusta ja SDP kokoomuksen ja vasemmistoliiton ollessa oppositiossa (Matti Vanhasen I hallitus).

683 Edustajien Maija Perhon (kok.) ja Eero Akaan-Penttilän (kok.) puheenvuorot (Täysistunnon pöytäkirja 122/2004).

684 Ks. edustaja Pentti Tiusasen (vas.) puheenvuoro, jossa hän totesi, että potilas ei voi aina valita yksityisen ja julkisen terveydenhoidon välillä, koska julkista terveydenhoitoa erikoissairaanhoidon puolella ei ole käytettävissä. Tiusasen mukaan kysymys siitä, pitääkö yhteiskunnan ”tukea” yksityistä erikoislääkäritoimintaa vai ei, väistyy, koska potilaan ja hoidon saannin kannalta on aivan järkevää tukea mahdollisuutta mennä yksityislääkäriin, koska muutakaan vaihtoehtoa ei ole. Tiusanen mukaan tulisi katsoa, että korvaukset todellakin pohjautuisivat sellaiseen korvaustaksaan, joka on aito ja vastaa nykytilannetta (Täysistunnon pöytäkirja 122/2004).

685 Edustaja Valto Koski (sd.) (Täysistunnon pöytäkirja 122/2004). Valiokunnan enemmistö ei ottanut kantaa kehittämisehdotuksiin, koska oli tiedossa, että sairausvakuutuksen rahoitusta tultaisiin muuttamaan ja kehittämiseen voitaisiin palata silloin.

siirtyi, vaikka sosiaali- ja terveysvaliokunnassa ilmeni halua kehittää sairaanhoitovakuutusta enemmän kuin hallitus esitti.

Lakiesityksen toisessa käsittelyssä 23.11.2004 tulivat näkemykset korvaustaksojen korottamisesta sikäli selviksi, että erityisesti oppositiossa olevat kokoomuksen edustajat käyttivät puheenvuoroja korvaustaksojen korottamisen puolesta. Hallituspuolueiden (keskusta, SDP) näkemys oli edelleen se, että asiaa voidaan tarkastella vasta sen jälkeen, kun sairausvakuutuksen rahoitus on uudistettu.[686] Keskusta piti korvaustaksojen korottamista myös ideologisena kysymyksenä tiettyyn suuntaan, ja puolue kiinnitti huomiota myös korotuksen mahdollisiin kustannusvaikutuksiin.[687]

Keskustelu sairausvakuutuksen korvaustaksojen korottamistarpeista ja sairausvakuutuskorvauksen ja julkisen terveydenhuollon rajanvedoista osoittaa, että eri puolueissa nähtiin sairausvakuutuksen asema hyvin eri tavoin. Keskustassa suhtauduttiin epäilevästi taksojen korottamiseen ja asiaa lähestyttiin ideologisena kysymyksenä. Keskusta on toisaalta voimakkaasti korostanut kunnan keskeistä asemaa terveydenhuollon järjestäjänä. SDP ja vasemmistoliitto ovat myös olleet vahvasti julkisen terveydenhuollon kannalla, mutta on myös vaadittu taksojen korottamista, koska yksityiseen terveydenhuoltoon voidaan joutua turvautumaan siksi, että julkista palvelua ei ole saatavilla. Voimakkaimmin sairausvakuutuksen kehittämisen ja korvaustason nostamisen kannalla on ollut kokoomus. Kokonaisuudessaan eduskuntakeskustelu oli osoitus sairaanhoitovakuutuksen heikosta institutionaalisesta asemasta. Tulossa ollut sairausvakuutuksen rahoitusuudistus antoi syyn siirtää järjestelmän kehittämisen myöhemmäksi eikä yksikään puolue tarmokkaasti ajanut uudistuksia lain kokonaisuudistuksen yhteydessä. Heclon esiin tuoma virkamiesten ja asiantuntijoiden keskeinen asema terveydenhuoltoon liittyvien uudistusten valmistelussa näkyy siinä, että eduskunnassa esitetyt toiveet ja aloitteet eivät useinkaan toteudu. Kansanedustajat ja osin puolueetkin pääsevät tuomaan näkemyksensä esiin vasta eduskuntakäsittelyssä, ja hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa ratkaisuvalta on virkamiehillä ja asiantuntijoilla. Eduskunnassa hallituksen esitystä on enää vaikea muuttaa, jos esityksen on antanut enemmistöhallitus, sillä periaatteessa kaikkien hallituspuolueiden edustajien tulisi olla yhtä mieltä muutoksesta. Eduskunta hyväksyi uuden sairausvakuutuslain yksimielisesti, ja uudistettu sairausvakuutuslaki tuli voimaan 1.1.2005 (1224/2004).

Lääkärinpalkkioita ja tutkimusta ja hoitoa koskevat säännökset pysyivät uudessa laissa suurin piirtein ennallaan. Sanonta uudessa laissa on kuitenkin selkeämpi kuin vuoden 1964 sairausvakuutuslaissa. Esimerkiksi korvaustaksojen perusteissa on aiempaa selvemmin todettu, että käytettävissä olevat varat vaikuttavat korvaustaksan suuruuteen (3 luvun 6 §). Näin siis lainsäätäjän taholta tulee selitys siihen, miksi

686 Edustajien Eero Akaan-Penttilä (kok.) ja Sirpa Asko-Seljavaara (kok.) puheenvuorot lain toisessa käsittelyssä (Täysistunnon pöytäkirja 125/2004).

687 Edustaja Jaana Ylä-Mononen (kesk.) otti puheenvuorossaan esiin rajanvedon julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä aatteellisena kysymyksenä ja kysyi, onko tässä aatteellista tai ideologista maailmaa ja päätöksentekoa mukana. Ylä-Monosen mukaan sairausvakuutuksen korvausasiassa on keskeistä se, mistä raha otetaan. (Täysistunnon pöytäkirja 125/2004.)

korvaustaksoja ei ollut korotettu vuoden 1989 jälkeen. Ei ole ollut varoja taksojen nostamiseen. Tarkasteltaessa bruttokansantuotteen volyymin kasvua vuodesta 1989 lähtien on kuitenkin vaikea uskoa tähän selitykseen. Pikemminkin kysymys on ollut poliittisesti hankalasta asiasta, josta ei ole päästy yksimielisyyteen. Keskustan puheenvuorot sairausvakuutuslain käsittelyn yhteydessä viittaa tähän vaihtoehtoon. Monikanavainen terveydenhuollon rahoitus johtaa myös poliittisiin erimielisyyksiin kehittämisen suunnasta, ja sen vuoksi heikomman instituution eli sairaanhoitovakuutuksen kehittämisestä ei päästä yksimielisyyteen.

6.5.3 Merkittävä käänne sairausvakuutuksen rahoituksessa

Sairausvakuutuslain uudistamisen yhteydessä esiin noussut sairausvakuutuksen rahoituksen uudistus toteutui pari vuotta myöhemmin. Kyse oli nimenomaan rahoituspohjan muutoksesta, sillä vuoden 1964 sairausvakuutuslakia valmisteltaessa tavoitteeksi oli asetettu, että kunkin rahoitukseen osallistuvan tahon (vakuutetut, työnantajat ja valtio) osuudet sairausvakuutuksen kustannuksista tuli olla suurin piirtein yhtä suuret. Tämä tavoite ei tosin toteutunut, vaan pääosan vakuutuksen menoista ovat maksaneet vakuutetut ja työnantajat. Valtion rooli on ollut lähinnä takuusuoritusten maksaminen sairausvakuutusrahastoon. Nämä takuusuoritukset ovat 2000-luvulla olleet huomattavia vakuutusmaksujen tason alhaisuuden vuoksi. Myös arvonlisäveroa on 2000-luvulla ohjattu sairausvakuutuksen rahoitukseen, joskin tämä oli tarkoitettu vain tilapäiseksi ratkaisuksi.

Vuoden 2005 sairausvakuutuslain mukaan sairausvakuutusrahaston menot rahoitettiin pääosin vakuutetun ja työnantajien vakuutusmaksuista kertyvin varoin, eli samoin periaattein kuin sairausvakuutusta oli rahoitettu vuodesta 1964 lähtien. Sairaanhoitovakuutuksen ja toimeentuloturvan kustannukset oli maksettu osana sairausvakuutusrahaston menoja erittelemättä menoja sen mukaan, liittyivätkö ne työsuhteeseen vai eivät. Vähimmäispäivärahakustannukset rahoitettiin kuitenkin kokonaan valtion varoista, ja jos sairausvakuutusrahaston tuotot eivät riittäneet rahoitusosuuden vähimmäismäärän saavuttamiseen, suoritettiin puuttuva osa valtion varoista. Perityt sairausvakuutusmaksut olivat liian pieniä ja riittivät vain noin 60 prosenttiin sairausvakuutusmenoista, joten puuttuva 40 prosenttia jouduttiin kattamaan valtion takuusuorituksena ja arvonlisäveron tuotolla. Vakuutusperiaate ei siis toteutunut sairausvakuutuksessa.

Sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksen valmistelu lähti liikkeelle työnantajapuolen aloitteesta. Elinkeinoelämän keskusliitto esitti näkemyksenään, että osapuolten tulisi osallistua vain niiden sairausvakuutusetuuksien rahoitukseen, joista ne suoraan hyötyivät. Tämän aloitteen pohjalta käynnistettiin vuonna 2002 valmistelutyö sairausvakuutuksen rahoituksen uudistamiseksi eri työryhmissä.[688] Matti Vanhasen

688 Sosiaalivakuutuksen rahoitusta vuonna 2002 selvittänyt SOMERA-toimikunta ehdotti mietinnössään (KM 2002:4), että sairausvakuutuksen rahoitusta on selvennettävä jakamalla se ansiotulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen.

I hallituksen ohjelman mukaan rahoitusjärjestelmän yksityiskohdat tuli valmistella kolmikantayhteistyössä, minkä vuoksi työmarkkinajärjestöt tulisivat keskeisesti vaikuttamaan lopputulokseen. Näin siis työterveyshuollon ohella työmarkkinajärjestöt nousivat 2000-luvulla esiin merkittäviksi valtaresursseiksi myös koko sairausvakuutuksen rahoitusta uudistettaessa.

Valmistelun tuloksena annettiin keväällä 2005 eduskunnalle esitys sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.[689] Esityksen perusteluissa ilmoitettiin uudistuksen tavoitteena olevan sairauden perusteella myönnettävien etuuksien rahoituksen riittävyyden turvaaminen sekä vakuutusperiaatteen vahvistaminen tiivistämällä samalla maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä. Näin siis sairausvakuutuksen rahoituksen korvamerkintää haluttiin tarkentaa toisin kuin julkisessa terveydenhuollossa, jossa korvamerkitystä rahoituksesta oli luovuttu kokonaan kunnallisen itsehallinnon lisäämiseksi. Merkittävä tavoite oli vakuutusperiaatteen vahvistaminen, koska sairausvakuutusta ei ollut koskaan pidetty puhtaana sosiaalivakuutuksena maksujen veroluonteisuuden vuoksi. Muutoksen jälkeenkin sairausvakuutusmaksut säilyivät veroluonteisina, mutta muutoksessa ne kohdennettiin tarkemmin menojen kattamiseen kuin aiemmin.

Esitys jakoi sairausvakuutuksen rahoituksen kahteen osaan, sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen, ja kummankin osan rahoitus tuli tapahtua eri pohjalta.[690] Sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen osallistuisivat pääosin vakuutetut ja valtio yhtä suurella osuudella lukuun ottamatta EU-maihin maksettavia sairaanhoidon kustannusten korvauksia, jotka valtio rahoittaisi kokonaan. Valtio oli siis nyt valmis tulemaan mukaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen paljon suuremmalla osuudella kuin aiemmin. Muutos merkitsi käännettä aiemmin kuljettuun rahoituspolkuun, jossa valtio oli vain rahaston riittävyyden takaaja. Toiseksi rahoittajaosapuoleksi tulivat vakuutetut, koska työnantajat haluttiin vapauttaa sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta. Kaikilta vakuutetuilta esitettiin perittäväksi sairaanhoitomaksu, joka korvaisi aiemman vakuutetun sairausvakuutusmaksun. Maksu tulisi tarkistettavaksi vuosittain annettavalla lailla, ja näin maksun riittävyyteen kiinnitettiin nyt enemmän huomiota kuin valtion ollessa rahaston riittävyyden takaajana.

Rahoitusmallin toisen osan, työtulovakuutuksen rahoituspohjaa esitettiin laajemmaksi kuin sairaanhoitovakuutuksen. Työtulovakuutuksen rahoitukseen osallistuisivat työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät sekä valtio. Valtio rahoittaisi edelleen vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat, erityishoitorahat sekä kun-

Toimikunnan työn pohjalta Kansaneläkelaitoksen rahoitusta selvittänyt virkamiestyöryhmä ehdotti keväällä 2003 annetussa muistiossa (STM 2003c), että työtulovakuutus rahoitettaisiin vakuutusperiaatteen mukaisesti työnantajan ja työntekijän palkkaperusteisin maksuin. Sairaanhoitokustannusten rahoitukseen osallistuisivat myös eläkkeensaajat ja sosiaalietuuksia saavat. Työryhmä esitti erilaisia rahoituslaskelmia jatkovalmistelun pohjaksi.

689 HE 68/2005.

690 Hallituksen esityksessä perustelut työnantajien vapauttamisesta osallistumasta sairaanhoitovakuutuksen kustannuksiin ovat niukat (ks. HE 68/2005 yleisperustelut).

toutusrahat, mutta uudistuksen jälkeen vuonna 2006 työnantajat rahoittaisivat muista työtuloetuuksista 73 prosenttia ja palkansaajat sekä yrittäjät yhdessä 27 prosenttia. Sen jälkeen tapahtuvat kustannusmuutokset rahoitettaisiin valtion osuutta lukuun ottamatta siten, että maksujen muutokset jakautuisivat tasan työnantajien, palkansaajien ja yrittäjien kesken. Palkansaajilta ja yrittäjiltä perittäisiin uusi sairausvakuutuksen päivärahamaksu, ja työnantajat maksaisivat omaa sairausvakuutusmaksuaan. Työtulovakuutuksen maksuilla rahoitettaisiin myös työterveyshuoltoa, joten tältä osin työnantajatkin edelleen osallistuisivat ehkäisevän hoidon ja sairaanhoidon kustannuksiin.

Hallituksen esitykseen sisältyi myös yrittäjien työterveyshuollon laajentaminen, niin että uudistuksen voimaan tultua yrittäjille alettaisiin korvata valtion varoista ennalta ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi myös yrittäjän itselleen järjestämän sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannuksia. Yrittäjien työterveyshuollon parannuksilla oli tarkoitus kompensoida yrittäjien kasvavaa päivärahamaksua.[691] Muutosta voidaan pitää melko suurena työterveyshuoltojärjestelmän laajennuksena. Yrittäjät olivat uudistukseen asti olleet vain ehkäisevän työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuollon laajennus oli yrittäjille vapaaehtoinen, ja luonnollisesti yrittäjä saisi itse päättää, halusiko hän liittää työterveyshuoltosopimukseensa sairaanhoitopalveluja vai ei.

Eduskunnassa esitystä käsiteltiin sosiaali- ja terveysvaliokunnassa, joka mietinnössään[692] piti ehdotettua uudistusta erittäin tarpeellisena ja kannatettavana. Valiokunta viittasi eduskunnan lausumiin, joissa oli edellytetty sairausvakuutuksen rahoituksen ja Kelan maksuvalmiuden saattamista pysyvästi vakaalle pohjalle. Valiokunta totesi sairausvakuutuksen rahoituksen epätasapainon kasvaneen viime vuosina, kun sairausvakuutuksen etuusmenot olivat jatkuvasti nousseet yleistä kustannus- ja ansiotasoa nopeammin ja toisaalta samanaikaisesti sairausvakuutusmaksuja oli alennettu. Valtion takuusuorituksilla oli vuosittain jouduttu enenevästi turvaamaan sairausvakuutuksen maksuvalmius.

Valiokunta katsoi, että uudistuksen lähtökohdat olivat oikeita. Ehdotetuilla uudistuksilla tasapainotettiin sairausvakuutuksen rahoitusta ja vähennettiin sen riippuvuutta vuosittain tehtävistä budjettipäätöksistä. Luopuminen vuosittaisista arvonlisätilityksistä ja tilitysten korvaaminen lisätyllä vakuutusmaksurahoituksella olivat omiaan selkeyttämään rahoitusjärjestelmää. Valiokunta kannatti varauksettomasti kerättävien maksujen ja maksettavien etuuksien tiivistämistä ja totesi sen korostavan vakuutusperiaatetta. Vastedes vakuutettujen tai työnantajien maksujen muutokset perustuisivat lähtökohtaisesti vain sairausvakuutuksen rahoitukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen. Valiokunta kannatti myös yrittäjien työterveyshuollon parantamista ja sairaanhoidon liittämistä yrittäjien työterveyshuoltoon, koska uudistuksella kannustettiin yrittäjiä työkykyä uhkaavien tekijöiden mahdollisimman varhaiseen toteamiseen ja niiden asianmukaiseen hoitamiseen.

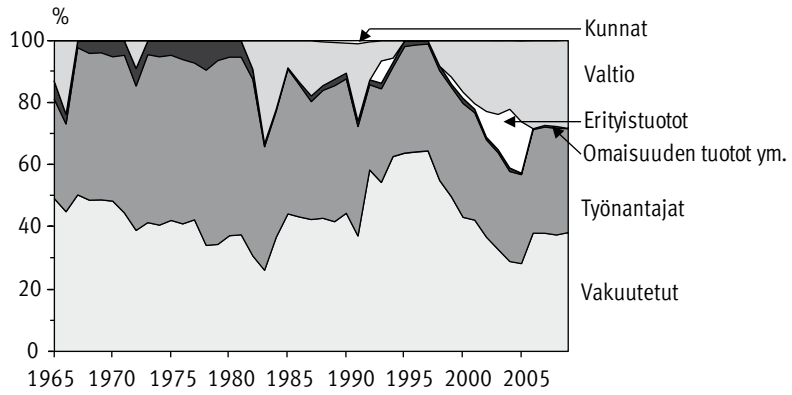
691 Yrittäjien työterveyshuollon laajennus tapahtui täydentävällä hallituksen esityksellä HE 129/2005.

692 StVM 22/2005.

Eduskuntakäsittelyssä ei ilmennyt puolueiden välisiä eroavaisuuksia uudistuksen tarpeellisuudesta, joten jälleen tuli esiin työmarkkinaosapuolten välillä saavutetun yksimielisyyden rauhoittava vaikutus uudistuksen eduskuntakäsittelyyn. Joissakin puheenvuoroissa nousivat esiin myös sairausvakuutuksen uudistamistarpeet[693]ja kuntien säästötoimet,[694] mutta suuria erimielisyyksiä puolueiden välillä ei esiintynyt.[695] Eduskunta hyväksyi esityksen yksimielisesti ja sairausvakuutuksen rahoitusuudistus tuli voimaan vuonna 2006. Kuviossa 14 nähdään sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksen vaikutus eri osapuolten maksuosuuteen.

Kuvioista näkyy vakuutettujen ja työnantajien rahoitusosuuden nousu vuonna 2006, jolloin uusi rahoitusjärjestelmä tuli voimaan. Kuviossa 14 erityistuotot tarkoittavat arvonlisäveron tuoton siirtoa sairausvakuutusrahastoon, joka päättyi rahoitusuudistukseen. Vuonna 2009 kukin osapuoli – valtio, työnantajat ja vakuutetut – rahoittaa noin kolmanneksen sairausvakuutuksesta. Kuviosta 14 näkyy myös, että rahoituksen kustannusosuudet ovat vuodesta 1965 lähtien muuttuneet melko paljon, koska sairausvakuutusmaksut ja niiden kustannusosuudet ovat olleet osa valtion suhdannepolitiikkaa. Esimerkiksi 1990-luvun taloudellisen laman seurauksena vakuutettujen panosta lisättiin ja työnantajien maksuosuutta kevennettiin, mikä näkyy selvänä kuviossa. 1970-luvulla työnantajien maksuosuus oli huomattavasti suurempi kuin vuonna 2009,

Kuvio 14. *Sairausvakuutuksen rahoitusosuudet 1965–2009, %.*



Lähde: Kela.

693 Edustaja Anneli Kiljunen (sd.) kiinnitti huomiota sairausvakuutuksen substanssiin. Hän viittasi sairausvakuutuslain kokonaisuudistukseen, jonka yhteydessä käsiteltiin peräti 25 laki- ja toimenpidealoitetta, jotka koskivat muun muassa hoidon korvattavuutta sekä taksoja ja lääkekorvausten tasoa. Hän totesi, että nämä paineet ja tarpeet olivat edelleen olemassa. (Täysistunnon pöytäkirja 63/2005.)

694 Edustaja Pentti Tiusanen (vas.) toi puheenvuorossaan tietoa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toteutuksesta kertoen kuntien säästötalkoista sosiaali- ja terveydenhuollon määrärahoissa. Tiusasen mukaan kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon määrärahoihin oli helposti tehtävissä säästöjä, koska kyseessä olivat kunnan päätettävissä olevat etuudet. Säästöjen seuraukset saattavat kuitenkin palveluja tarvitsevan kuntalaisen kannalta olla hyvinkin kohtalokkaat. (Täysistunnon pöytäkirja 63/2005.)

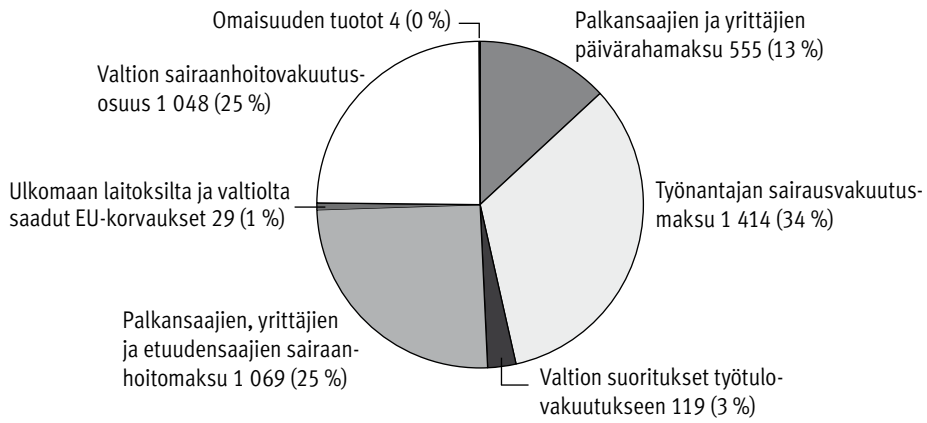
695 Täysistunnon pöytäkirja 63/2005.

ja valtion osuus oli vuonna 2009 suurin piirtein sama kuin sairausvakuutuksen tullessa voimaan. Kuviosta 14 näkyy myös, että valtio varsin nopeasti siirtyi vain sairausvakuutusrahaston maksukyvyn takaajaksi, kunnes 2000-luvulla valtion panos alkoi nopeasti kasvaa. Vakuutettujen osuus on ollut melko tasainen 1990-luvun lamavuosia lukuun ottamatta.

Kuviosta 15 nähdään vielä tarkemmin rahoittajien maksuosuudet vuonna 2009. Palkansaajien, yrittäjien ja etuudensaajien sairaanhoitomaksu kattaa neljäsosan, eli 25 prosenttia sairausvakuutusmenojen kokonaisuudesta (4 240 miljoonaa euroa v. 2009) ja sen lisäksi palkansaajat ja yrittäjät maksavat 3 prosenttia päivärahamenoista, joten vakuutettujen osuus sairausvakuutuksen koko rahoituksesta on yhteensä 38 prosenttia. Työnantajan sairausvakuutusmaksu kattaa 34 prosenttia kokonaisuudesta ja valtion osuus on 25 prosenttia.

Rahoitusuudistus oli sairausvakuutusjärjestelmää vakauttava, koska vakuutusperiaatetta alettiin toteuttaa aiempaa määrätietoisemmin ja järjestelmän rahoitus pyritään kattamaan kokonaan laskennallisin vakuutusmaksuin. Aiemmin suhdannepoliittiset syyt saattoivat vaikuttaa voimakkaastikin maksujen suuruuteen, mikä heikensi vakuutusperiaatetta ja lähensi järjestelmää enemmän yleiseen sosiaaliturvaan kuin sosiaalivakuutukseen kuuluvaksi. Sairausvakuutuksen rahoituksen riittävyyden ja sairausvakuutusmaksujen tason kannalta on olennaista, että sairausvakuutusrahastolle on säädetty sairausvakuutuslain 18 luvun 3 §:ssä vähimmäismäärä ja 26 §:ssä yläraja suhteessa sairausvakuutuksen kuluihin. Sairausvakuutuslain 18 luvun 3 §:n mukaan sairausvakuutusrahaston vieraalla pääomalla ja varauksilla vähennetyn rahoitusomavastuun määrän on kunkin vuoden päättyessä oltava vähintään kahdeksan prosenttia sairausvakuutuksen vuotuisista kokonaiskuluista.

Kuvio 15. *Sairausvakuutuksen rahoitus 2009, milj. € (%).*[a]



[a] Yhteensä 4 240 milj. €.
Lähde: Kela.

Jos seuraavan vuoden vakuutusmaksuja ja valtion rahoitusosuuden määrää vahvistettaessa arvioidaan, että sairausvakuutusrahaston vieraalla pääomalla ja varauksilla vähennetty rahoitusosuus tulee kuluvana vuonna alittamaan kahdeksan prosenttia tai ylittämään kaksitoista prosenttia sairausvakuutuksen kokonaiskuluista, sairausvakuutuslain 18 luvun 26 §:n mukaan arvioitu vajaus tai ylijäämä otetaan huomioon seuraavan vuoden vakuutusmaksuja ja valtion rahoitusosuuden määrää vahvistettaessa.

Sairaanhoitomaksua maksavat palkansaajat, yrittäjät sekä eläkkeen- ja etuudensaajat verotettavan ansiotulon perusteella. Palkansaajilla sekä eläkkeen- ja etuudensaajilla maksun perusta on kunnallisverotuksessa verotettava ansiotulo, yrittäjillä nettotyötulo (työtulo – tuloverolain mukaiset vähennykset). Eläkkeistä ja sosiaalietuuksista peritään 0,17 prosenttiyksikköä suurempi maksu kuin muista ansiotuloista. Vuonna 2011 sairaanhoitomaksu palkoista ja yrittäjien työtuloista on 1,19 prosenttia ja eläkkeistä ja sosiaalietuuksista 1,36 prosenttia. Sairaanhoitomaksusta ja valtionosuudesta kertyneillä rahavaroilla maksetaan kaikki sairaanhoitovakuutuksen etuudet (lääkekorvaukset, lääkärinpalkkiot, hammaslääkärin palkkiot, tutkimuksen ja hoidon korvaukset, matkakorvaukset, ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavat korvaukset sekä kuntoutuspalvelut). Sairaanhoitovakuutuksen kuluja ovat myös sairaanhoitovakuutusetuuksien ja korvausten täytäntöönpanosta Kelalle aiheutuneet toimintakulut.[696]

Rahoitusuudistus ei kuitenkaan nostanut sairaanhoitovakuutuksen statusta instituutiona, ja puolueiden suhtautuminen sairaanhoitovakuutuksen sisällölliseen kehittämiseen säilyi edelleen ristiriitaisena. Poliittista voimaa ei löytynyt sairaanhoitovakuutuksen sisällölliseen uudistamiseen, vaikka eduskunta sairausvakuutuslakia säätäessään siirsi uudistukset odottamaan rahoitusuudistusta. Esimerkiksi edellä selostetut ns. Lehdon toimikunnan esitykset olisi ehkä voitu rahoitusuudistuksen yhteydessä tuoda esiin ja tarkastella, voitaisiinko uudistukset toteuttaa, kun järjestelmän rahoituspohja varmistettiin uudistuksen myötä.

6.5.4 Sairaanhoitovakuutuksen uudistamisyritykset vuoteen 2010 mennessä

Lehdon toimikunta on ehkä unohdettu, mutta uudistuksia sairaanhoitovakuutukseen on mietitty vielä 2000-luvullakin. Osin syynä on varmasti ollut eduskunnassa käyty keskustelu järjestelmän uudistamisen tarpeesta, jolloin sairaanhoitovakuutusta ei ole voitu kokonaan unohtaa. Keskustelun sävy on osin ollut järjestelmälle kielteinen, ja erityisesti monikanavaisen rahoituksen ongelmat ovat olleet esillä. Monien terveysvaikuttajien mielestä kysymyksessä on kaksi kilpailevaa järjestelmää,[697] jolloin ongelmat

696 Kelan tietojen mukaan vuonna 2010 sairaanhoitomaksun kertymä oli arviolta 1 234 miljoonaa euroa ja valtion osuus sairaanhoitovakuutukseen oli arviolta 1 048 miljoonaa euroa.

697 Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre katsoi vuonna 2003 (Pohjolan Sanomat 1.6.2003), että ”yksityisellä puolella Kelan kautta maksettavat korvaukset ovat jonkun mielestä olleet suoranainen elinkeinotuki”. Toisessa lausunnossaan (Aamulehti 5.6.2003) ministeri Mönkäre kaavaili uudenlaista järjestelmää, jossa kunta maksaisi hoitotakuun voimaantulon jälkeen yksityisestä hoidosta sen osuuden, jonka potilas nyt maksaa, eikä potilas hakisi Kela-korvausta: ”Kelan

ratkeaisivat sillä, että yhteiskunta tukisi terveyspalveluja vain yhden kanavan kautta. Ongelmien ratkaisuksi on jopa esitetty sairausvakuutuskorvausten maksamisen lopettamista kokonaan ja palkansaajilta ja muilta vakuutetuilta kerättävän sairausvakuutusmaksun antamista kunnille terveydenhuollon järjestämiseksi. Keskustelu on ollut osin kiivasta, mutta tästä huolimatta järjestelmien toimimista rinnakkain on tutkittu hyvin vähän. Tilastot eivät tue sitä keskustelussa usein esitettyä väitettä, että vain varakkaat käyttäisivät yksityisiä terveyspalveluja. Yksityisiä palveluja käyttävä kaikki kansalaisryhmät, myös kaikkein pientuloisimmat.[698] Yksityisillä palveluilla on siis jokin rooli Suomen terveydenhuollon kokonaisuudessa, ja yhteiskunnan tuen lopettaminen näiltä palveluilta voisi aiheuttaa ennalta arvaamattomia seurauksia.

Uuden sairausvakuutuslain säätämisen jälkeen sairausvakuutuksen uudistaminen oli ajankohtainen. Vuonna 2005 sosiaali- ja terveysministeriö pyysi Kelaa miettimään sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä ja tekemään siitä ehdotuksia. Kelaan perustettiin tuolloin työryhmä (ns. SAVAKE-työryhmä) selvittämään vaihtoehtoisia malleja sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi. Työryhmä[699] sai työnsä valmiiksi tammikuun lopussa 2006. Se esitti, että kaikilla korvauslajeilla olisi sama korvaustaso, jolloin tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta luovuttaisiin ja korvausten tulisi tasoltaan vastata noin 50 prosenttia perityistä palkkioista. Työryhmä arvioi, että korvaustason korottaminen tähän tavoitetasoon olisi lisännyt korvausmenoja noin 130 miljoonaa euroa. Työryhmä esitti myös kahta vaihtoehtoa korvausjärjestelmän muutokseksi. Toisen vaihtoehdon mukaan kustannuksista maksettaisiin tietyt euromääräiset korvaukset ilman kiinteää omavastuuta. Näin vakuutetun olisi helpompi tietää ennalta korvauksen suuruus ja arvioida oma osuutensa hoidon kustannuksista. Toisen vaihtoehdon mukaan korvaus maksettaisiin erikseen vahvistettavan taksan sijasta suhteellisena osuutena potilaalle aiheutuneista kustannuksista ja kaikilla korvauslajeilla olisi sama korvausprosentti. Tällä tavoin korvausjärjestelmän hallinnointi helpottuisi. Lisäksi työryhmä esitti korvausalan laajentamista niin, että mm.

raha kuuluu mielestäni siinä tilanteessa kunnille. Vaikka valtio lisää kuntien valtionosuusrahaa terveydenhuoltoon, tarvitaan jokainen lisäeuro, jotta terveyskeskukset saadaan kuntoon." Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori Martti Kekomäki otti kantaa sairaanhoitovakuutukseen Helsingin Sanomien mielipidepalstalla 16.6.2003 otsikolla *Kela on osa isompaa terveydenhuollon rahoitusongelmaa*. Kirjoituksessa Kekomäki totesi mm., että "Kelan maksama yksityissektorin tuki, 120 miljoonaa euroa, on marginaalinen osa koko järjestelmän käyttämästä rahasta. Se on silti kaikkein regressiivisin osa, sillä sen rahavirta suuntautuu sairaammilta terveemmille, köyhiltä rikkaille. Tätä asiaa ei muuta toiseksi se, että osa vähävaraisestakin väestöstä käyttää joskus yksityispalveluita."

698 Ks. Haataja ym. 2008, 34–35. Artikkelissa kuvataan tilastoista saatavia tietoja yksityisten terveyspalvelujen käytöstä. Niiden mukaan naiset käyttivät yksityisiä lääkäripalveluja enemmän kuin miehet, ja jopa 23 prosenttia alimpaan ja toiseksi alimpaan tulokymmenykseen kuuluneista naisista oli käyttänyt yksityisiä lääkäripalveluja. Yleensäkin naiset käyttävät terveyspalveluita ahkerammin kuin miehet, ja naisten ja myös miesten terveysongelmat ovat osin erilaisia. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö painottui erikoislääkäripalveluihin. Vuonna 2006 eniten erikoislääkärikäyntejä tehtiin silmätautien (514 000 käyntiä) ja seuraavaksi eniten (477 000 käyntiä) gynekologian palveluihin. Tietoa ei kuitenkaan ole yksityisten lääkäripalvelujen käytön motiiveista eri tuloluokissa. On kuitenkin oletettavaa, että alimpaan ja toiseksi alimpaan tuloluokkaan kuuluvat naiset eivät käyttäisi yksityisiä palveluja ilman painavaa syytä, koska alhaisen korvaustason vuoksi he joutuvat maksamaan palvelunsa lähes kokonaan itse.

699 Kela 2006.

suuhygienistin antama hoito ja hammasproteettiset toimenpiteet sekä keinonivelten kustannukset otettaisiin korvausten piiriin.[700]

Sosiaali- ja terveysministeriö jatkoi vuonna 2006 sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyötä ja perusti ministeriön puitteissa sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän. Tämä työryhmä jätti mietintönsä keväällä 2007.[701] Mietinnössä todettiin mm., että sairausvakuutuksen tehtävä on täydentää julkisia palveluja korvaamalla osa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä aiheutuneista kustannuksista sekä lisäksi avohoidon lääkemenoja ja matkakustannuksia. Mietinnön mukaan sairausvakuutuslaki toteuttaa osaltaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyä riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen vaatimusta.[702] Kannanotto on sikäli merkittävä, että aiemmin ei sairaanhoitovakuutuksella ole virallisesti katsottu olevan tällaista perustuslaillista tehtävää osana Suomen terveydenhuoltoa. Näin ollen sairausvakuutuksen kehittämistä tulisi tarkastella myös perustuslain toteuttamisen näkökulmasta.

Työryhmän ehdotuksissa asetettiin tavoitteeksi, että sairausvakuutus täydentäisi parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen. Tarkoituksena on tarjota potilaalle vaihtoehto ja osaltaan helpottaa hoitoon pääsyä. Työryhmä totesi, että hoitotakuun käyttöönotto on jossain määrin vähentänyt sairausvakuutuksen roolia hoitoon pääsyn täydentäjänä.[703] Järjestelmä ei kuitenkaan saisi johtaa tilanteeseen, jossa julkisten palvelujen saatavuus heikentyisi. Julkisten palvelujen saatavuus on taattava täydentävästä elementistä huolimatta. Näin ollen perustelluinta olisi korvata palveluita priorisoimatta niitä erikoisaloittain. Työryhmän mielestä perustelluinta on määrittää korvaus tehokkaiden tuottajien hintojen perusteella.

Uudet esitykset, jotka eivät ehkä olleet niin syvälle luotaavia kuin Lehdon toimikunnan esitykset vuonna 1993, eivät johtaneet käytännön toimenpiteisiin. Mikäli muutoksia halutaan, on niistä oltava kirjaus hallitusohjelmassa, ja vuonna 2007 aloittaneen Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmaan ei sairausvakuutuksen uudistusta otettu. Ohjelmaan sisällytettiin vain hammashuollon korvaustaksojen korottaminen 40 prosenttiin peritystä palkkiosta, mikä sekin on erikoisuus, kun muut korvaustaksat jäivät yhä enemmän jälkeen perityistä palkkioista. Kansan ja poliitikkojen yhteys tältä osin on heikko, sillä tutkimusten mukaan kansalaiset kannattavat sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä. Terveyspalvelualan Liitto toteutti keväällä 2007 laajan kansalaiskyselyn, jonka mukaan suomalaisista peräti 77 prosenttia oli sitä mieltä, että yksityislääkärissä-

700 Kela 2006, 18–19. Ehdotuksista toteutui suuhygienistin palvelujen ottaminen korvausten piiriin 1.1.2010 lukien.

701 STM 2007.

702 Perustuslain 19 §:n 3 momentti: ”Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.”

703 Hoitotakuu ei tilastollisesti näytä vaikuttaneen yksityisten lääkäripalvelujen käyttöön. Palkkiokustannukset ovat olleet hieman yli 60 miljoonaa euroa vuodessa ennen hoitotakuun voimaantuloa, ja määrä on pysynyt suurin piirtein samana hoitotakuun voimaantulon jälkeen. Vuonna 2009 lääkäripalvelujen korvauskustannukset olivat 73,6 miljoonaa euroa. (Kela 2010.)

käyntien korvaustaksoja tulisi korottaa vastaamaan paremmin todellisia lääkärikuluja. Kansalaiset eivät pelkää edes sairaanhoitovakuutusmaksun nousua, sillä lähes neljä viidesosaa hyväksyisi sairaanhoitomaksun nousun, jos korvauksia korotettaisiin esimerkiksi 50 prosenttiin. Jos korvaustaso edelleen laskee, noin kolmannes vastaajista harkitsisi yksityisen vakuutusturvan vahvistamista. Yli 80 prosenttia suomalaisista piti tärkeänä, että mahdollisuus yksityisten terveyspalvelujen käyttöön turvataan vakuutuksilla. Yli puolet vastaajista katsoi, että lakisääteinen sairausvakuutus on yksityistä vakuutusta parempi tapa varautua sairastumisiin. Vain alle puolet suomalaisista uskoi saavansa julkisesta terveydenhuollosta aina kaiken tarvitsemansa avun, mikä osaltaan kertoo melkoisesta epäluottamuksesta julkista terveydenhuoltoa kohtaan.[704] Olisiko yksityisten palvelujen laajan käytön syynä juuri se, että julkinen terveydenhuolto ei anna kansalaisille niitä palveluja, joita he tarvitsevat? Jäljempänä selostan Katriina Aaltosen ja Satu Jäntin tähän kysymykseen liittyviä tutkimuksia.

6.5.5 Julkiset ja yksityiset palvelut rinnakkain

Sairaanhoitovakuutusta koskevat parannusehdotukset ovat siis törmänneet sekä asenteiden ristiriitaisuuteen että poliittiseen välinpitämättömyyteen, mikä osaltaan kertoo sen, että alun perin terveydenhuoltoa on kehitetty osa kerrallaan ottamatta kokonaisuutta huomioon. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset eivät ole olleet poliittisesti merkittävä asia, ja keskeinen ongelma on epäilemättä ollut se, että luontevaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutusta ei edellä mainituissa komiteanmietinnössä esitetty toisin kuin 1990-luvulla istuneen Lehdon toimikunnan esityksissä. Korvaustaksat ovat pysyneet tarkistamattomina ennätyksellisen kauan ja todellinen yksityisen palvelun maksaja alkaa yhä enemmän olla asiakas itse. Mikäli asiat eivät muutu, sairaanhoitovakuutuksella lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen osalta ei tulevaisuudessa ole enää paljoakaan merkitystä. Kuviossa 16 nähdään korvaustason lasku vuodesta 1975 lähtien.

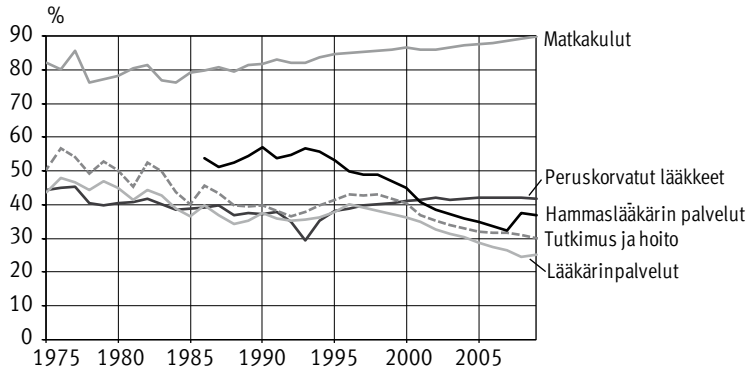
Korvaukset tulevat vähenemään jyrkästi jo lähivuosina.[705] Kuvio 17 osoittaa, että vuoteen 2060 mennessä korvaustaso tulee ilman korjauksia olemaan noin 5 prosenttia. Kuviossa 16 on arvioitu inflaation aiheuttama palvelujen hinnan nousu suhteessa nykyisten korvaustaksojen tasoon. Arvio osoittaa, että mikäli korvaustaksoja ei haluta tarkistaa enää ollenkaan, on sairaanhoitovakuutus näivettymässä tulevaisuudessa kokonaan. Jo vuonna 2020 lääkärinpalkkioiden korvaustaso tulee olemaan vain noin 15 prosenttia, joten kansalaiset tuskin silloin enää pitävät korvauksia tärkeinä. Jos korvaukset laskevat mitättömiksi, poistuu tietenkin monikanavaisuuden ongelma, mutta onko kansalaisille hyväksi, että valinnan mahdollisuutta ei enää ole, ja tehostuuko julkinen terveydenhuolto siitä, että kansalaisten valinnan mahdollisuuksia supistetaan?

704 Ks. Terveyspalvelujen Liitto ry:n Taloustutkimuksella teettämä mielipidetutkimus sairaanhoitovakuutuksesta vuonna 2007. Terveyspalvelualan Liitto on Elinkeinoelämän keskusliiton jäsenliitto ja edustaa yli 200 yksityisen ja kolmannen sektorin terveyspalvelujen tuottajaa, joiden palveluksessa on yli 16 000 työntekijää.

705 Kela on esittänyt STM:lle korvaustaksojen korotuksia säännöllisin väliajoin, mutta esityksiä ei ole toteutettu.

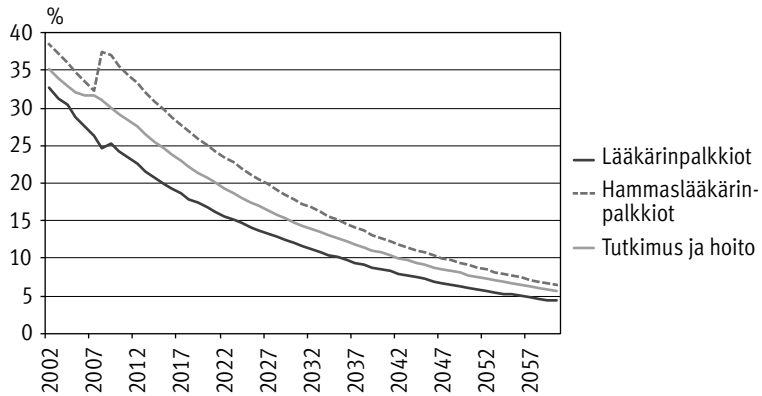
Taksojen korottamattomuuden politiikka on ainakin ristiriidassa sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksen tavoitteiden kanssa. Kun palkansaajat rahoitusuudistuksen jälkeen maksavat suuren osan sairaanhoitovakuutuksen kustannuksista, ei taksojen jälkeen jäämisen johdosta kompensaatiota maksetuille vakuutusmaksuille juuri ole saatavissa silloin, kun vakuutettu tarvitsisi apua ja terveyspalveluja. Moni palkansaaja saattaa tulevaisuudessa asettaa sairaanhoitovakuutusmaksun kyseenalaiseksi, kun maksun vastine korvauksissa on vähäinen.[706]

Kuvio 16. *Sairausvakuutuksen korvaama osuus vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista yksityisellä sektorilla 1975–2007, %.*



Lähde: Kela.

Kuvio 17. *Sairausvakuutuskorvausten osuus kustannuksista 2002–2060, jos korvaustaksat vuodesta 2009 ennallaan, %.*



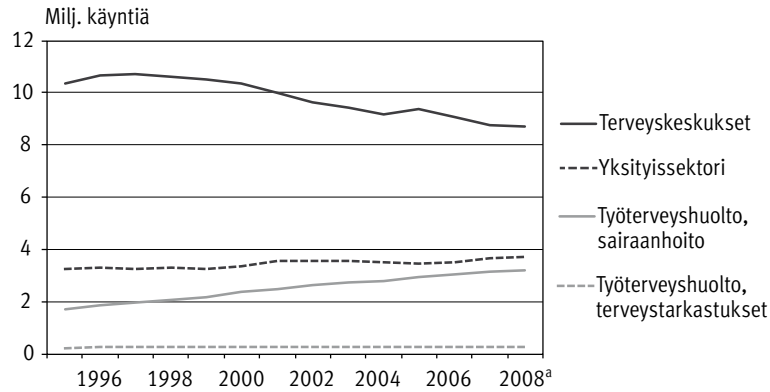
Lähde: Kela.

706 Markku Pekurinen on arvioinut monikanavarahoitusta ja sairausvakuutusta seuraavasti: ”Monikanavarahoitus ylläpitää avohoitopalveluissa päällekkäistä palvelutarjontaa ja lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä. Se lisää myös verorahoituksen (valtion ja kuntien verot, sairausvakuutusmaksut) tarvetta, koska vahvan julkisen sairausvakuutuksen olemassaolo on hidastanut yksityisen sairausvakuutuksen kehittymistä.” (Pekurinen 2007, 55–56.) Tutkimuksia monikanavarahoituksen vaikutuksista ei kuitenkaan ole olemassa, vaan enemmänkin monikanavaisuudessa on kysymys asiasta, josta on olemassa monia mielipiteitä ja väitteitä, ilman että väitteiden tueksi esitettäisiin tutkimustietoa.

Korvaustaksojen jälkeenjääneisyydestä huolimatta yksityisiä terveyspalveluja käytetään huomattavan paljon. Lääkärinpalkkioita korvattiin vuonna 2007 lähes 3,6 miljoonasta käynnistä, hammaslääkärinpalkkioita vajaasta 3 miljoonasta käynnistä sekä tutkimuksesta ja hoidosta 1,3 miljoonasta käynnistä. Alhainen korvaustaso ei siis ole vaikuttanut yksityisten palvelujen käyttöön, joka on vuosittain pysynyt suurin piirtein samalla tasolla. Kuitenkin alhaisen korvaustason vuoksi yksityisten terveyspalvelujen korvauskustannukset muodostavat vain pienen osan sairausvakuutusrahaston vuosittaisista menoista. Vuonna 2007 sairausvakuutuksen kokonaiskustannukset olivat 3 148 miljoonaa euroa, josta lääkärinpalkkioiden korvauksiin meni 2,1 prosenttia. Kansalaisten 3,6 miljoonasta lääkärissäkäynnistä aiheutui siis yhteiskunnalle kustannuksia vain noin 66 miljoonaa euroa. Koska todelliset kustannukset näistä käynneistä olivat noin 300–400 miljoonaa euroa, maksoivat potilaat itse noin 80 prosenttia käyntien kustannuksista. Noin 3,6 miljoonasta lääkärissäkäynnistä lähes 80 prosenttia on erikoislääkärissäkäyntejä (esimerkiksi gynekologit, silmälääkärit ja psykiatrit). Niihin käytettiin vain 66 miljoonaa euroa. Julkisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin verrattuna nämä lähes 4 miljoonaa lääkärissäkäyntiä, jotka merkitsivät huomattavaa terveyspalvelua kansalaisille, toteutuivat suorastaan uskomattoman vähäisellä julkisella panostuksella.[707]

Lääkärissäkäynnit Suomessa jakautuvat terveyskeskusten, yksityissektorin ja työterveyshuollon sairaanhoidon käynteihin. Kahden jälkimmäisen palvelumuodon osuus suhteessa julkisen terveydenhuollon terveyskeskuskäynteihin on huomattavan suuri, kuten kuviosta 18 voidaan havaita. Myös Suomen terveydenhuollon palvelu-

Kuvio 18. *Lääkärissäkäynnit 1995–2008.*



[a] V. 2008 arvio.
Lähde: Kela.

707 Keskustelu sairaanhoitovakuutuksen asemasta ja suhteesta julkiseen terveydenhuoltoon on jatkunut vuosien ajan. Pellervon taloustutkimus PTT julkaisi syksyllä 2010 tutkimusraportin Sairaanhoitovakuutus – sairaus vai mahdollisuus, jossa arvioitiin, kuinka sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen avohoidon käyttöön ja rahoitukseen. Tutkimustuloksen mukaan sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu lisäisi Kelan menoja 56 miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut 24 miljoonaa euroa. (Holm ja Laiho 2010.)

järjestelmää voidaan kutsua monikanavaiseksi, ei vain terveydenhuollon rahoitusta. Avohoidon lääkärissäkäynnit suuntautuvat vuosittain lähes puoliksi julkiselle ja lähes puoliksi yksityiselle tai työterveyshuollon (voi olla yksityinen tai julkinen) käynteihin. Merkittävää kuviossa on työterveyshuollon sairaanhoidon käyntien nouseva trendi 2000-luvulla. Käynnit yksityisen sektorin vastaanotoilla ovat pysyneet koko ajanjakson hieman alle 4 miljoonassa käynnissä ja terveyskeskuskäynnit ovat jonkin verran vähentyneet.

Tutkimustuloksia niistä syistä, joiden vuoksi kansalaiset käyttävät yksityisiä palveluja, on olemassa jonkin verran, ja myös eduskuntakeskusteluissa on viitattu niihin. Eduskuntakeskustelut viittaavat siihen johtopäätökseen, että syy yksityisten terveyspalvelujen käyttöön on se, että kansalaiset eivät saa tarvitsemaansa palvelua julkisesta terveydenhuollosta. Tätä eduskuntakeskusteluista saatua näkemystä ainakin jonkin verran tukevat Katriina Aaltosen tutkimustulokset vuodelta 1996 ja Satu Jäntin tulokset vuodelta 2008.[708] Kansalaiset pitävät julkisia palveluja ensisijaisena vaihtoehtona, mutta terveyskeskusten ja julkisen sektorin riittämättömät resurssit ovat ohjanneet etenkin lapsiperheet yksityisen palvelusektorin käyttäjiksi. On esitetty näkemyksiä siitä, että mikäli terveyskeskus ja työterveyshuolto toimisivat tehokkaasti ja niillä olisi riittävät resurssit, ei yksityisillä palveluilla ja yksityisillä terveysvakuutuksilla olisi suuria markkinoita.[709] Ihmisten käyttäytymiseen on kuitenkin vaikeata vaikuttaa. Helena Tuorila on tutkimuksessaan todennut, että ihmiset arvostavat mahdollisuutta valita oma lääkärinsä.[710]

Tarkasteltaessa sairaanhoitovakuutuksen korvausmäärien kehitystä vuodesta 1971 vuoteen 2009 voidaan havaita, että yksityispalvelujen korvausmäärät ovat pysyneet vuosittain melko tasaisina. Tosin hammashuollossa, johon palataan jäljempänä, ovat korvausalan kattavuuden laajentumisen myötä yksityispalvelujen korvausmäärät kasvaneet 2000-luvulla. Kuviossa 19 (s. 270) näkyy myös kansanterveyslain asteittai-

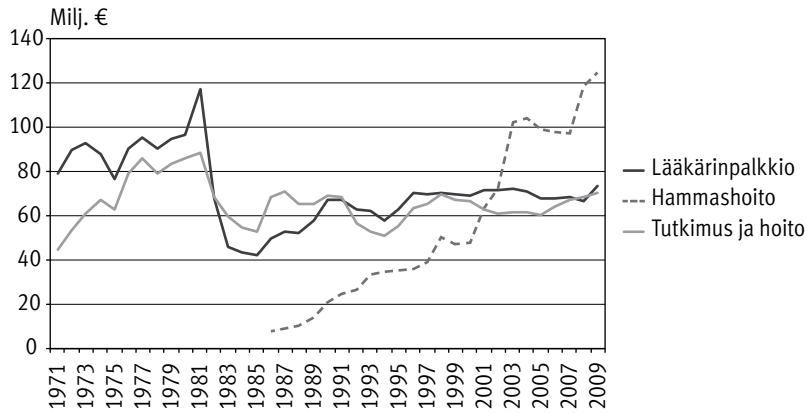
708 Katriina Aaltonen selvitti terveyspalvelujen valintoja koskevia mielipiteitä kyselytutkimuksella. Tulosten mukaan terveyspalvelujen valinta ja käyttö olivat vastaajien keskuudessa melko vakiintuneita. Kunnallisia terveyspalveluja käytti suurin osa väestöstä. Yksityisten terveyspalvelujen käyttöön vaikutti vastaajien varallisuustaso. Sosioekonomisista ryhmistä ylemmät toimihenkilöt hyödynsivät parhaiten kumpaakin palvelusektoria. Puolet vastanneista ei halunnut korostaa laatuun perustuvia eroja, vaan he pitivät sekä yksityisiä että kunnallisia palveluja yhtä hyvinä. Monet käyttivät omaa rahaa ja suosivat yksityisiä terveyspalveluja saadakseen parempaa palvelua. Yksi tärkeimmistä hyvän palvelun osatekijöistä oli se, kuinka nopeasti pääsi hoitoon ja tutkimuksiin. Keskeinen kriteeri vastaajien mielestä oli myös se, kuinka asiakkaan tilanteeseen paneudutaan, sekä se, onko potilas-lääkärisuhde hyvä. Hyvässä laadussa korostettiin palvelun vuorovaikutteisuutta. (Aaltonen 1996, 50–51). Satu Jäntti tutki asiakkaiden valintoja julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Tulosten mukaan yksityinen sairauskuluvakuutus ja aikaisempi yksityisten terveyspalvelujen käyttö lisäsivät todennäköisyyttä yksityisen lääkäripalvelun valintaan julkisen sijaan. Yksityisen terveyspalvelun hyväksi koettu laatu lisäsi todennäköisyyttä valita yksityinen palvelu myös tulevaisuudessa. Voimakkain vaikutus yksityisen lääkäripalvelun valinnan todennäköisyyteen oli omalla valinnalla eli itse varatulla ajalla tai äkillisellä hoidon tarpeella. Jatkohoidon valinta oli yhteydessä aikaisempaan julkisen terveydenhuollon käyttöön. (Jäntti 2008, 176.)

709 Järvinen 2004, 195–196.

710 Helena Tuorila on tutkimuksessaan Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjänä vuodelta 2001 todennut terveyspalveluista mm., että ikääntyvät henkilöt pitävät kunnallisia palveluja ensisijaisena vaihtoehtona. Myös lapsiperheet käyttäisivät julkisia palveluja, jos niitä olisi riittävän nopeasti saatavissa. Julkisen puolen riittämättömät resurssit ohjaavat lapsiperheet yksityiselle sektorille erityisesti silloin, kun terveyspalveluja joudutaan hankkimaan lapselle. (Tuorila 2001, 28.)

sen voimaantulon vaikutus yksityisten palvelujen käyttöön. Korvausten vuosittaiset rahamäärät ovat terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin nähden hyvin pienet. Lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvauksiin (kuvion pystyjana kuvaa miljoonia euroja) menee kumpaankin vuosittain 60–70 miljoonaa euroa ja hammashuollon korvauksiin hiukan yli sata miljoonaa euroa, kun perusterveydenhuollon kustannukset kokonaisuudessaan ovat vuositasolla noin 2 500 miljoonaa euroa. Sairaanhoitovakuutus on siis hyvin edullinen tapa toteuttaa terveyspalveluja, jos kansalaiset ovat valmiit maksamaan suurimman osan palvelujen kustannuksista itse. [711] On lisäksi muistettava, että kansalainen ei voi saada korvausta potilasvahingosta potilasvakuutuslain mukaan, jos hänen terveydentilansa huononee sen vuoksi, että hän ei saa hoitoa tai hänen hoitonsa viivästyy julkisen terveydenhuollon rajallisten voimavarojen vuoksi. Kansalaiset jonottavat hoitoon siis omalla riskillään, ja siksi yksityiseen palveluun turvautuminen julkisen sijasta saattaa hoidon saannin viivästyessä tuntua monesta kansalaisesta järkevältä suuresta omavastuuosuudesta huolimatta, ja se voi lisätä myös kiinnostusta yksityisen sairauskuluvakuutuksen ottamiseen. Yksityisen palvelun käyttö voi siis joissain tapauksissa olla lähes pakollista, jos julkisen terveyspalvelun saamisessa on vaikeuksia.

Kuvio 19. *Lääkärinpalkkioiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset 1971–2009, vuoden 2009 rahana, milj. €.*



Lähde: Kela.

711 Vuonna 2008 julkiset terveydenhuoltomenot olivat yhteensä 11,474 miljardia euroa. Näistä erikoissairaanhoito maksoi 4,635 miljardia euroa ja perusterveydenhuolto 2,539 miljardia euroa. Lääkärinpalveluja korvattiin sairausvakuutuksesta 66,2 miljoonalla eurolla, hammaslääkäripalveluja 118,6 miljoonalla eurolla, tutkimusta ja hoitoa 68,3 miljoonalla eurolla, fysioterapiaa 18 miljoonalla eurolla. Samana vuonna työterveyshuollon kokonaiskustannukset (sairausvakuutusrahaston ja työnantajien osuus yhteensä) oli 562 miljoonaa euroa. (Kela 2010.).

6.6 Hammashuolto kehittyy

Vaatimus koko kansaa koskevasta hammashoidosta nousi merkittäväksi poliittiseksi kysymykseksi 1990-luvun alussa. Rahoituksen saamiseksi uudistukselle poistettiin vuonna 1991 sairauskulujen verovähennysoikeus, ja tämän leikkauksen vastapainoksi oli tarkoitus laajentaa sairausvakuutuksen hammashuoltokorvaus koskemaan koko väestöä.[712] Kysymyksessä oli siis vaihtokauppa, jonka hyödyt ja haitat olisivat kuitenkin ainakin osittain kohdistuneet aivan eri kansalaisryhmiin. Sairauskulujen verovähennysoikeus oli hyödyttänyt ennen kaikkea ikääntyneitä kansalaisia, joilla oli paljon lääke- ja hoitokuluja, kun taas hammashuollon laajentamisen hyöty olisi kohdistunut lähinnä työikäiseen väestöön.

Puolueiden terveyspoliittisissa ohjelmissa hammashuollon edistäminen yhteiskunnan tukemana oli ollut jo 1970-luvulta lähtien.[713] Hallitus teki vuonna 1991 esityksen järjestelmällisen hammashuollon korvauksiin oikeutettujen piirin laajentamisesta koko aikuisväestöä koskevaksi.[714] Sairausvakuutuksen hammashuoltokorvaus haluttiin siis laajentaa nuorista kansalaisista koko väestöön, mutta tuolloin ei ehdotettu julkisen terveydenhuollon hammashuoltoa laajennettavaksi koko väestöön. Eduskunnassa asiaa koskeva sairausvakuutuslain muutos hyväksyttiin melko vähäisellä keskustelulla. Muutos ymmärrettiin kompensaatioksi sairauskulujen verovähennysoikeuden poistamisesta, joka oli merkinnyt yli miljardin euron veronlisäystä paljon sairastaville. Merkittävää oli kuitenkin se, että tällä kertaa oltiin kehittämässä sairausvakuutusinstituutiota eikä sen rinnalla kehitetty kansanterveysjärjestelmää. Syynä tämän etenemistien valintaan oli epäilemättä se, että hammashuoltoa ei tuolloin vielä pidetty kansanterveysjärjestelmän osana samalla tavoin kuin muuta terveydenhuoltoa. Siksi asiaa ei juuri vastustettu. Hammashoidossa ei raja julkisen ja yksityisen palvelun välillä ole koskaan ollut niin jyrkkä kuin muussa terveydenhuollossa. Pikemminkin

712 Sairauskuluvähennyksen korvaamista selvittänyt toimikunta tutki vuonna 1989 erilaisia vaihtoehtoja siitä, miten vähennysoikeuden poistaminen olisi korvattava. Toimikunta esitti vähennysoikeuden poistamisen korvaamista täysimääräisesti, niin että vastaava tuki järjestettäisiin veronmaksukyvyn alentumisvähennystä korottamalla, sairausvakuutuskorvausten tasoa nostamalla ja laajentamalla korvausten piiriä aikuisten hammashuoltoon ja silmälaseihin. (KM 1989:29.) Kun verovähennysoikeus poistettiin, toteutettiin kompensaationa kuitenkin vain aikuisten hammashuolto, joka sekin toteutui yli kymmenen vuoden viiveellä, kun verovähennysoikeus poistui jo vuonna 1991.

713 Kokoomuksen terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1970 todetaan, että hammaslääkärin suorittamat tutkimukset ja hammaslääkärin määräämät lääkkeet pitäisi saada sairausvakuutuksen korvattavaksi mahdollisimman pian. Hammaslääkärin antaman hoidon osalta sairausvakuutuksen korvausperiaatteita määriteltäessä tulisi pyrkiä siihen, että normaali korvaus edellyttää säännöllistä hammastarkastuksessa käyntiä. SDP:n terveyspoliittisessa ohjelmassa vuodelta 1975 todetaan, että hammashuollon pääongelmia ovat hoitopalvelujen riittämättömyys, ennalta ehkäisevän toiminnan puute, palvelujen epätasainen jakautuminen ja palveluista perittävien korvausten suuruus. Kaikille kansalaisille on varallisuudesta ja asuinpaikasta riippumatta tarjottava mahdollisuus nykyaikaiseen hammassairauksien ehkäisyyn ja hoidon vaatimiin palveluihin. Kansanterveyslain edellyttämä koko kansan maksuton hammashoito on toteutettava asteittain niin, että viimeistään vuonna 1985 voidaan koko väestölle tarjota maksuton perushammashoito terveyskeskuksissa. Keskustapuolueen terveyspoliittisessa tavoiteohjelmassa vuodelta 1977 todettiin, että suomalaisten heikon hammasterveyden syitä ovat hammashuoltopalveluiden vähäisyys ja epätasainen alueellinen jakautuminen, hoidon korkea hinta, huonot ravintotottumukset sekä hampaidenhoitovalistuksen riittämättömyys. Puolue vaati, että hammashoito on asteittain saatettava sairausvakuutuksen korvattavaksi, jotta taloudelliset seikat eivät olisi esteenä kansalaisten hammashoidolle.

714 HE 145/1991.

on ajateltu, että julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyöllä voidaan saavuttaa paras lopputulos.

Taloudellinen lama esti hammashoidon uudistuksen. Sairauskuluvähennyksen poistamisen jälkeen maan talous heikkeni niin paljon, että hammashoitouudistusta ei katsottu mahdolliseksi toteuttaa, vaikka laki olikin hyväksytty eduskunnassa. Seurasi pitkä väliaika, sillä lain hyväksymisen jälkeen kesti peräti kymmenen vuotta ennen kuin katsottiin olevan riittävästi taloudellisia edellytyksiä hammashuollon laajentamisen toteuttamiselle. Vaikka hammashuolto koko väestöä koskevana oli lakina voimassa, siirrettiin lain voimaantuloa vuosittain hyväksytyillä määräaikaisilla erillislaeilla valtiontaloudellisista syistä.[715] Sotaveteraaneille katsottiin voitavan toteuttaa erillinen hammashuolto vuonna 1992, vaikka taloudellinen lama tuolloin vielä jatkuikin. Senkin jälkeen tapahtui osittaisuudistuksia, sillä vuonna 1996 säädettiin kaikille kansalaisille oikeus suun ja hampaiden tutkimukseen joka kolmas vuosi sairausvakuutuksesta korvattuna. Tällä uudistuksella oli kuitenkin vain vähäinen merkitys.

Hammashuolto ulotettiin asteittain koko väestöön vasta 2000-luvulla. Asia olisi todennäköisesti haudattu sitä ennen, ellei Suomen hammaslääkäriliitto olisi pitänyt sitä jatkuvasti esillä. Lopulta liiton sitkeys palkittiin ja uudistus toteutui. Diskurssi hammashuollon asemasta julkisessa terveydenhuollossa oli kuitenkin muuttunut. Toisin kuin 1990-luvun alussa hammashuolto haluttiin nyt saada tasavertaisena mukaan kansanterveysjärjestelmän mukaisiin hoitoihin, ja hammashuollon uudistus lähti toisista periaatteista kuin kymmenen vuotta aiemmin. Siksi hallitus antoi vuonna 2000 eduskunnalle kaksi esitystä, joiden tavoitteena oli hammashuollon laajentaminen rinnakkain sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Kysymyksessä oli kuitenkin vain hoitoon oikeutettujen ikäluokkien lisääminen eikä koko kansaa koskeva uudistus.

Hallitus esitti, että julkisessa terveydenhuollossa ja sairausvakuutuksessa hammashuoltoon oikeutettuja ikäluokkia tulisi lisätä kymmenellä uudella ikäluokalla, jolloin hammashuolto-oikeus julkisesti tuettuna olisi ulottunut vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin.[716] Asiakkailla olisi valinnanvapaus julkisen ja yksityisen sektorin välillä, ja hammashuoltoon esitettiin samanlaista kunnan järjestämisvelvollisuutta kuin muussakin terveydenhuollossa. Järjestämisvelvollisuus olisi tosin rajautunut vain laissa mainittuihin ikäluokkiin, sairauskulujen verovähennysoikeuden poistamisen perusteena oli ollut hammashuollon ulottaminen kansaan. Bruttokansantuote oli alkanut nousta tasaisesti vuodesta 1995 lähtien, joten taloudellisia perusteita niukkuuteen ei ollut samalla tavoin kuin 1990-luvun alussa. Kustannusten hillinnän diskurssi oli edelleen voimakas huolimatta siitä, että sairauskulujen verovähennys-

715 Bruttokansantuotteen volyymi oli kuitenkin alkanut nousta jo vuodesta 1994 lähtien. Taloudellisiin syihin voidaan politiikassa vedota silloinkin, kun tilastot osoittavat päinvastaista kehitystä. Politiikan diskurssi ei aina ole yhdenmukainen tosiasioiden kanssa.

716 HE 149/2000; HE 155/2000.

oikeuden poistaminen oli tuonut valtiolle noin 10 miljardia markkaa lisätuloja, eli paljon enemmän kuin hammashuollon ulottaminen koko väestöön tulisi maksamaan.

Eduskuntakäsittelyssä hallituksen tavoitteet kustannusten hillinnästä ja poliittiset paineet uudistuksen toteuttamiseksi kuitenkin törmäsivät toisiinsa. Tällä kertaa poliittinen tahto oli niin vahva, että kustannusten hillinnän diskurssi joutui väistymään. Eduskuntakäsittelyssä hallituksen esitystä muutettiin ja hammashuollosta tuli ikäluokista riippumatta kansanterveystyöhön kuuluva kunnan tehtävä. Samalla myös sairausvakuutuksen korvaukset hammashuollossa ulotettiin koko väestölle. Lain siirtymäsäännösten vuoksi uudistus tuli kuitenkin voimaan vain asteittain, joten kustannusten hillinnän diskurssi säilyi edelleen lain toimeenpanossa.[717] Uudistus tuli voimaan koko kansaa koskevana 1.12.2002,[718] jolloin asiakkaan valinnan vapaus yksityisen ja julkisen hammashuollon välillä toteutui. Sairausvakuutuksessa korvaus hammaslääkärin suorittamista toimenpiteistä oli 60 prosenttia kustannuksista, kuitenkin enintään taksan mukaisesta määrästä laskettuna. Taksojen jälkeenjääneisyyden vuoksi käytännössä korvaustaso jäi huomattavasti tätä alhaisemmaksi, joten julkinen hammashoito tuli potilaalle selvästi edullisemmaksi kuin yksityinen palvelu, mikä oli tarkoituskin. Kunnan kansanterveysjärjestelmän osalta kysymyksessä oli kuitenkin uusi kunnalle annettu tehtävä, koska aiemmin kansanterveysjärjestelmän mukainen hammashuolto oli ollut huomattavasti rajatumpi.[719] Uudistuksen toivottiin osaltaan tasoittavan sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja.[720]

Ehdotettua sairausvakuutuslain muutosta käsitellessään sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi, että aikuisten suun terveydenhuollon palveluista annettiin yli puolet yksityissektorilla. Valiokunnan mukaan asiakas voi vain silloin aidosti valita kunnallisen tai yksityisen hoidon välillä, jos kunta pystyy tarjoamaan palveluja kysyntää vastaavasti. Toisaalta asiakasvirtoja ohjasivat ratkaisevasti myös hoidon kustannukset. Vahvistettavien taksojen suuruudella oli merkitystä asiakkaan kannalta.[721] Hammashuoltoa kehitettäessä oli siis kiinnitettävä huomiota sekä yksityiseen että julkiseen

717 StVM 33/2000. Hallituksen esitystä muutettiin sosiaali- ja terveysvaliokunnassa lähinnä sen vuoksi, että joka tapauksessa oli suunnitteilla koko väestöä koskevan julkisen hammashuollon toteutus vuonna 2002. Valiokunta halusi käsitellä asian yhtenä kokonaisuutena, niin että myös koko väestöä koskevan uudistuksen ajankohta olisi tiedossa. Kysymyksessä oli kuitenkin vain suunnitelma, joten tässä lainsäätäjä käytti lopullista päätösvaltaansa byrokraattien tahdon vastaisesti.

718 Laki kansanterveyslain 14 ja 49 §:ien muuttamisesta 1219/2000.

719 Perustuslakivaliokunta kiinnitti kansanterveyslain muutosta hyväksyessään huomiota siihen, että perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaan kuntien hallinnon perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Tässä oli kysymys olemassa olevan tehtävän olennaisesta laajentamisesta. (PeVL 37/2000.)

720 StVM 33/2000. Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi mietinnössään, että hammashoidon kunnallisten palvelujen järjestäminen vastaavalla tavoin kuin kansanterveyslain mukainen muu terveydenhuolto oli edennyt hitaasti. Suuri osa aikuisista oli kunnallisen hammashoidon ulkopuolella kiireellistäkin apua tarvitessaan. Valiokunta katsoi, että esitys kunnallisen hammashoidon laajentamisesta paransi väestön tasa-arvoa ja mahdollisti väestön suun terveyden paranemisen.

721 StVM 34/2000. Valiokunnan mukaan taksan suuruudella oli merkitystä myös sille, millaiseksi hintataso palveluissa muodostui. Valiokunta piti tärkeänä, että kilpailu kunnallisen ja yksityisen sektorin välillä toteutuu ja että asiakkaalla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa. Valiokunta edellytti myös, että asiakkaan maksettavaksi tulevia omavastuita tuli tarkastella asiakasmaksuihin liittyvänä kokonaisuutena.

palvelujärjestelmään tasavertaisesti. Hammashuollon korvaustaksoja ei kuitenkaan uudistuksen yhteydessä korjattu, vaan yksityisen palvelujärjestelmän valinta merkitsi potilaalle 60–70 prosenttia omavastuuta. Tällöin voidaan aiheellisesti kysyä, vastasiko hammashuollon laajentaminen näin alhaisella korvaustasolla sairauskulujen verovähennyksen poistamisesta aiheutunutta veronlisäystä.

Eduskuntakeskusteluissa hallituksen esitykset eivät kohdanneet vastustusta minkään puolueen taholta niin kuin ei yleensäkään silloin, kun etuuksia parannetaan. Rahoituksesta sen sijaan käytiin vilkasta keskustelua, kuten aina terveydenhuollon lainmuutosten yhteydessä. Kuntien taloustilanne ja uudistuksen aiheuttamat kustannukset nousivat esiin erityisesti keskustapuolueen edustajien puheenvuoroissa käsiteltäessä uudistuksen vaikutusta kansanterveysjärjestelmään. Erityisesti korostettiin sitä, että kunnallisena palveluna hammashuolto ei ollut kansalaisille subjektiivinen oikeus, vaan kunta päätti, miten paljon ja millä henkilöstöllä hammashuoltoa kansalaisille terveyskeskuksesta annettiin.[722] Eduskunta hyväksyi esityksen ja laki tuli voimaan 1.12.2002. Uutta ajattelutapaa hammashuollon uudistuksessa koko terveydenhuoltoa ajatellen edusti se, että valinnanvapautta terveyspalveluissa yksityisen ja julkisen välillä pidettiin positiivisena arvona eikä sairausvakuutuksen antamaa valinnan mahdollisuutta kansalaisille pidetty negatiivisena, kunnan terveyspalvelujen kannalta haitallisena asiana.

Sairausvakuutuksen hammashuollon laajeneminen koko kansaa koskevaksi lisäsi huomattavasti palvelujen käyttöä.[723] Uudet ikäluokat hakeutuivat terveyskeskusten hammashoitoon jonoiksi asti etenkin suurissa kaupungeissa.[724] Hoitotakuun tultua voimaan vuonna 2005 kuntien tuli toteuttaa hoitotakuun mukaiset hoitoajat hammashoidon osalta samalla tavoin kuin muissakin terveyskeskuspalveluissa. Yksityinen sektori saattoi siten helpottaa kuntien hoitotakuun toteuttamista, ja hammashoidon korvaustaksoja korotettiin 1.1.2008 lukien.[725] Julkisen ja yksityisen palvelun tasapuo-

722 Edustaja Juha Rehula (kesk.) totesi, että kunnille tuli kiistatta uusi lisävelvoite ja kyse oli entistä sitovammasta ohjauksesta. Rehula toivoi, ettei hammashuolto muutu subjektiiviseksi oikeudeksi, vaikka kunnille tulikin uusi velvoite. Myös muiden puolueiden taholta tuotiin esiin kunnan uusi rooli hammashuollossa. Edustaja Merikukka Forsius (vihr.) oli huolissaan siitä, kuinka kunnat selviävät hammashuollon uusista velvoitteista, kun eivät tähän astikaan olleet pystyneet järjestämään hyvin kaikkia hammashuollon palveluja eikä valtionosuuksia samalla korotettu. (Täysistunnon pöytäkirja 155/2000.) Forsiuksen puheenvuoro heijastelee toista keskeistä kysymystä kunnan ja valtion suhteessa. Kun valtio antaa kunnalle uusia tehtäviä, tulisi sen maksaa kustannukset. Kuitenkin voidaan myös sanoa, että terveydenhuollon järjestäminen on ollut kuntien tehtävä vuodesta 1869 lähtien. Kyseessä ei siis varsinaisesti ollut uusi tehtävä, vaikka aiemmin hammashuoltoa oli pidetty eri asemassa kuin muita kansanterveyspalveluja.

723 Vuoden 2003 ensimmäisen kolmanneksen tilasto osoitti, että hammashoitokorvausten piiriin päässeiden uusien ikäluokkien hakeutuminen yksityishammaslääkärin hoitoon ja siten Kela-korvausten piiriin oli odotetun innokasta. Korvausten määrän kasvu oli 50 prosenttia ja korvauksien saajien 42 prosenttia verrattuna vuoden 2002 tammi-helmikuuhun. (Ks. hammashuoltouudistuksen vaikutuksista Helminen 2003; Nihtilä ja Widström 2005; Widström ym. 2005.)

724 Matti Vanhasen II hallituksen (2007) ohjelmaan kirjatun tavoitteen mukaisesti hammashuollon taksoja korotettiin 1.1.2008 lukien ja korvaustaso nousi keskimäärin 40 prosenttiin. Taksojen korotukseen hammashuollossa ei liittynyt samanlaisia asenteellisia ongelmia kuin lääkärinpalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon, koska hammashuollossa yksityisten palvelujen rooli koetaan hyväksyttävämpänä kuin muussa terveydenhuollossa.

725 Vuosina 2002–2004 myös tutkimuksen hoidon (laboratoriotutkimukset ja radiologiset tutkimukset) korvaustaksat uudistettiin muuttamalla sairausvakuutuskorvausten perusteet tehokkaimpien julkisen terveydenhuollon yksiköiden

linen kohtelu hammashuollossa tukee sellaista ajattelua, että yksityisen ja julkisen terveyspalvelun järjestynyt ja suunniteltu yhteistoiminta voisi olla hyödyllistä laajemminkin terveydenhuollossa.

6.7 Työterveyshuolto

Työterveyshuolto muodostaa oman omaleimaisen järjestelmänsä sairausvakuutuksen sisällä. Siksi on helpointa selostaa työterveyshuollon kehitystä erillisenä muusta sairausvakuutuksesta. Syy tähän omaan selväpiirteiseen polkuun julkisen ja yksityisen terveyspalvelun välissä on ennen kaikkea järjestelmän kohderyhmä, työikäinen väestö. Myös järjestelmän taustaryhmä – työmarkkinajärjestöt ja työterveyshuoltoon erikoistuneet virkamiehet ja asiantuntijat – muodostaa oman erillisen osansa terveydenhuollon kokonaisuudessa[726]. Työterveyshuolto poikkeaa kahdesta muusta terveydenhuollon palvelukanavasta siinä, että se ei ole universaalinen, kaikkia koskettava järjestelmä. Työterveyshuollolla on oma tarkkaan rajattu tehtävänsä työstä johtuvien terveysvaaran torjujana ja työikäisten terveysjärjestelmän toteuttajana.

Ajanjakso 1991–2010 alkoi työterveyshuollon osalta leikkauksilla, sillä vuonna 1991 alkanut taloudellinen lama heijastui suoraan työterveyshuollon toteuttamiseen. Sairausvakuutusrahastosta työnantajille maksettavia korvauksia työterveyshuollon järjestämisestä alennettiin 55 prosentista 50 prosenttiin. Näin työnantajan kustannusosuus nousi viidellä prosentilla. Ongelmana työterveyshuollossa oli vielä 1990-luvun alussa järjestelmän tuntemattomuus ja tietynlainen sopeutumattomuus terveydenhuollon kokonaisuuteen. Kun järjestelmää ei tunnettu työmarkkinoiden ulkopuolella, nousi keskustelussa usein esiin ennakkoluuloja ja epäilyksiä työterveyshuollon olemassaolon oikeutuksesta. Erityisesti työterveyshuollon suhde kansanterveysjärjestelmään aiheutti ristiriitaisia näkemyksiä ja työterveyshuollon katsottiin kilpailevan terveyskeskusten kanssa.

Epäilysten hälventämiseksi työterveyshuollon korvauskäytännön läpinäkyvyyttä haluttiin lisätä 1990-luvun alkupuolella, kun keskustelu työterveyshuollon asemasta ja merkityksestä kiihtyi ja epäileviä puheenvuoroja järjestelmää kohtaan alkoi tulla yhä enemmän. Maksu- ja korvausjärjestelmän uudistamista selvitti vuosina 1992–1993 työryhmä, joka jätti mietintönsä joulukuussa 1993.[727] Työryhmän tehtäväksi oli annettu selvittää työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien nykytilaa sekä arvioida

kustannuksia vastaavaksi. Muutetut taksat eivät sisältäneet varsinaisia tasokorotuksia vaan järjestelmien sisällä tehtiin muutoksia, jolloin kokonaisuudesta ei tullut kustannusvaikutuksia.

726 Puolueet suhtautuivat 1970-luvulla ohjelmissaan työterveyshuoltoon pääosin myönteisesti. Sen jälkeen ja erityisesti 1990- ja 2000- luvulla puolueet eivät enää mainitse työterveyshuoltoa ohjelmissaan. Poikkeuksena on kuitenkin SDP, jonka Visio-ohjelmassa Yhteisvastuu ja hyvinvointi vuodelta 2005 todetaan työterveyshuollon toimivan Suomessa pääosin erittäin hyvin ja sen rahoitukseen osallistuvat sekä työnantajat että työntekijät. Työterveydenhuollon kattavuus on noin kahdeksankymmentä prosenttia työntekijöistä. Tilanne ei kuitenkaan ole tyydyttävä epätyypillisissä työsuhteissa, pienissä yrityksissä eikä eräillä työaloilla, kuten rakennus- ja kuljetusalalla.

727 STM 1993.

maksu- ja korvausjärjestelmien kehittämisvaihtoehtoja. Työryhmän kokoonpano kertoo paljon järjestelmän taustavaikuttajista. Siinä olivat edustettuina sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos, Kela, Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö, Teollisuuden ja Työnantajain Keskusliitto, Suomen Kuntaliitto ja työministeriö. Edustus oli siis laaja, mutta erityistä huomiota kiinnitettiin työmarkkinajärjestöjen mielipiteisiin, olihan järjestelmän synty paljolti työmarkkinajärjestöjen ansiota. Valmistelussa oli vahvasti kolmikantaisuuden piirteitä.

Työryhmä teki perusteellista työtä ja sen tekemät esitykset olivat hyvin ratkaisevia järjestelmän tulevaisuudelle. Korvausjärjestelmän uudistamisen lähtökohtana työryhmä piti työpaikkaterveydenhuollon tehostamista suuntaamalla voimavaroja aiempaa enemmän ennalta ehkäisevään ja työkykyä ylläpitävään toimintaan. Työryhmä ehdotti sairausvakuutuslain muuttamista siten, että työterveyshuollon kustannukset ryhmiteltäisiin uudelleen kahteen korvausluokkaan. Ensimmäiseen korvausluokkaan sisältyisi työnantajaa velvoittava työterveyshuolto mukaan lukien työkykyä ylläpitävä toiminta.[728] Ehdotettiin, että toisessa korvausluokassa korvattaisiin työnantajan vapaaehtoisesti järjestämä perusterveydenhuollon tasoinen sairaanhoito ja muu terveydenhuolto. Maksettavan korvauksen määrästä tuli säätää sairausvakuutuslaissa. Korvausluokissa työryhmä ehdotti laskennallisuuteen perustuvan työntekijäkohtaisen korvauksen enimmäismäärän käyttöönottoa. Enimmäismäärään sisältyvinä tekijöinä ehdotettiin otettavaksi huomioon mm. toimialakohtainen sairastavuus, työympäristötiedot, työpaikkojen koko ja työterveyshuollon piiriin kuuluvan henkilöstön rakenne. Korvattavat kustannukset olisivat palkka-, käyttö- ja perustamiskustannuksia sekä näitä vastaavia palkkioita. Työryhmän esitykset tähtäsivät siis työterveyshuollon rahoituksen tarkentamiseen ja läpinäkyvyyden lisäämiseen.

Läpinäkyvyyden lisäämiseksi työryhmä ehdotti myös valtakunnallista seurantajärjestelmää, jonka mukaan työterveyshuollon seuranta-, valvontaa ja ohjauskeinoja tulisi kehittää viranomaisten ja eri tahojen yhteistyönä. Näin voitaisiin arvioida työterveyshuollon laatua ja tuloksellisuutta toiminnan jatkuvaa parantamista varten. Merkittävää oli, että ehdotetuilla toimilla pyrittiin keskittämään järjestelmän toteutusta, kun samaan aikaan julkisessa terveydenhuollossa pyrittiin valtionosuusuudistuksen yhteydessä entistä hajanaisempaan järjestelmään. Terveydenhuollon kaksi keskeistä palvelukanavaa kulkivat täysin eri suuntiin.

Myös asiakasmaksujen osalta työryhmän esityksissä poikettiin siitä suunnasta, joka oli tuolloin menossa julkisessa terveydenhuollossa. Työryhmä ehdotti, Suomen Kuntaliiton edustajaa lukuun ottamatta, ettei työterveyshuoltoon tulisi lainkaan asettaa erillisiä käyttäjämaksuja. Työterveyshuolto haluttiin toteuttaa aiempaa kontrolloidumpana ja keskitetymmin johdettuna, mutta käyttäjälleen ilmaisena. Annettavan hoidon tarpeellisuutta ehdotettiin arvioitavaksi aina ennen korvauksen maksamista yhteisesti sovituin kriteerein.[729]

728 STM 1993, 112–117.

729 STM 1993, 115; Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008. Palvelun antamista ilman käyttäjä-

Merkittävä linjaus työryhmän esityksissä oli myös se, että erikoislääkäritasoisen sairaanhoidon kustannusten korvaaminen haluttiin rajata tavallisesti työterveyshuollon ulkopuolelle. Kustannukset tulisi tältä osin korvata vain työpaikan työterveyshuollosta vastaavan lääkärin tarpeellisina pitämiin konsultaatioihin, joilla arvioitaisiin hoitomahdollisuuksia ja selvitettäisiin työntekijän työkykyä. Näin siis työterveyshuollosta saatava sairaanhoito rajoittuisi pääasiassa perusterveydenhuoltoon. Työryhmä katsoi, että työterveyshuolto on osa perusterveydenhuollon kokonaisuutta ja se tulisi integroida tasavertaisesti perusterveydenhuoltoon ottaen kuitenkin huomioon työelämän erityistarpeet. Työryhmä otti myös huomioon suhteen julkiseen perusterveydenhuoltoon todetessaan, että kun työterveyshuollon rahoittavat toisaalta sairausvakuutusrahasto ja toisaalta työnantajat, on järjestelmä osaltaan pienentämässä vastaavalla summalla kuntien terveydenhuoltokustannuksia. Tällä toteamuksella haluttiin selventää työterveyshuollon roolia. Työterveyshuolto oli työryhmän näkemyksen mukaan kansanterveysjärjestelmään nähden täydentävä eikä päällekkäinen järjestelmä, joka osaltaan helpottaa kuntien perusterveydenhuollon toteutumista. Näitä työryhmän periaatteellisia kannanottoja voidaan pitää merkkipaaluna ja merkittävänä käännekohtana työterveyshuollon asemoinnissa suomalaisen terveydenhuollon kokonaisuuteen.

Työryhmän esitykset olivat yksimielisiä, lukuun ottamatta edellä mainittua Suomen Kuntaliiton edustajan eriävää mielipidettä työterveyshuollon maksuttomuudesta. Kuntaliiton kanta on ymmärrettävä, kun samaan aikaan järjestö ajoi voimakkaasti julkisen terveydenhuollon maksujen korotuksia. Työterveyshuolto eteni kuitenkin varsin itsenäisesti ja erillään julkisen terveydenhuollon kehityksestä, ja kun näin laaja ja eri tahoja edustava työryhmä sai aikaan lähes yksimielisen esityksen, sai se taakseen myös valtaresursseja. Työryhmän esitys ei jäänyt samalla tavoin unohduksiin kuin sairausvakuutuksen kehittämistä selvittäneiden työryhmien esitykset. Valmistelutyötä jatkettiin heti työryhmän esitysten valmistuttua, ja työterveyshuollon korvaamisjärjestelmä uudistui työryhmän esitysten mukaisena vuonna 1995. Käsite ”hyvä työterveyshuoltokäytäntö” tuli tuolloin mukaan työterveyshuoltotoiminnan kriteeriksi. Sittemmin käsite kirjattiin myös lakiin vuoden 2001 työterveyshuoltolain uudistamisen yhteydessä. Korvausuudistuksen yhteydessä käynnistettiin myös työterveyshuollon seurannan ja toteutumisen arvioinnin kehittäminen.[730]

Epäilykset työterveyshuoltoa kohtaan kuitenkin jatkuivat korvausuudistuksesta huolimatta. Valtiontalouden tarkastusvirasto julkaisi vuonna 1995 työterveyshuoltoa

maksuja perusteltiin sillä, että työnantaja rahoittaa työterveyshuollon kokonaisuudessaan, ja sairausvakuutusrahastosta ja työterveyshuolto on, siltä osin kuin se toteuttaa avosairaanhoitoa, alentamassa vastaavalla summalla kuntien terveydenhuoltokustannuksia. Työterveyshuolto tulisi katsoa osaksi perusterveydenhuollon kokonaisuutta ja pyrkiä integroimaan se mahdollisimman tasavertaisesti perusterveydenhuoltoon työelämän perustarpeet huomioon ottaen.

730 STM 1993, 114; Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008. Työryhmä ehdotti, että korvausmenettelyyn sisältyisi työterveyshuollon valtakunnallinen perusseurantajärjestelmä. Työterveyshuollon seuranta-, valvonta- ja ohjauskeinoja tulisi kehittää viranomaisten ja eri tahojen yhteistyönä työterveyshuollon laadun ja tuloksellisuuden arvioimiseksi ja toiminnan jatkuvaa parantamista varten.

koskevan tarkastuskertomuksen,[731] jossa tarkastuskohteena oli työterveyshuollon väitetty päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa. Asiaa tarkasteltiin erityisesti rahoituksen näkökulmasta. Virasto totesi, että uuden valtionosuusjärjestelmän mukaan kunnat saivat terveydenhuollon asukaskohtaisen valtionosuuden, vaikka merkittävä osa kuntalaisista saattoi saada perusterveydenhuollon palvelut Kelan sairausvakuutusrahoituksella tukeman työpaikkaterveydenhuollon toimesta. Tarkastuskertomuksessa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että työpaikkaterveydenhuollon rahoitus jakautui epätasaisesti kuntien kesken.[732] Rinnakkaisten terveydenhuoltojärjestelmien ylläpito ja kehittäminen olivat viraston mielestä omiaan aiheuttamaan päällekkäisinvestointeja sekä toiminnan koordinoimattomuutta ja tehottomuutta.

Tarkastusviraston kertomus herätti vilkkaan keskustelun siitä, miten työterveyshuoltoa tulisi edelleen kehittää. Lopputulos oli tarkastusviraston kritiikistä huolimatta järjestelmän kannalta positiivinen. Esitettyjen ongelmien korjaamiseksi päätettiin uudistaa vuodelta 1978 peräisin oleva työterveyshuoltolaki ajan olosuhteita vastaavaksi. Työterveyshuollon todettiin painottuneen liian paljon sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin, jolloin työterveyshuollon tärkein rooli, sairauksien ehkäisy, oli jäänyt liian vähälle huomiolle.[733] Valmistelu jatkui kolmikantaisesti, ja useita vuosia kestäneen valmistelutyön jälkeen hallitus antoi vuonna 2001 esityksen työterveyshuoltolain uudistamiseksi.[734]

Uudistuksessa määriteltiin hyvän työterveyshuoltokäytännön ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet, joita noudattamalla työterveyshuolto voisi parhaalla mahdollisella tavalla suunnata toimenpiteensä työ- ja toimintakyvyn seurantaan ja tukemiseen koko työuran ajan. Lakiehdotukseen sisällytettiin myös säännöksiä työterveyshuollon laadun seurannasta ja arvioinnista. Ehdotus ei kuitenkaan sisältänyt varsinaista muutosta työterveyshuollon sairaanhoidolliseen osioon, vaan työnantaja saattoi edelleen pakollisen työterveydenhuollon lisäksi järjestää työntekijöille sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Säännösten perusteluissa kuitenkin määriteltiin aiempaa tarkemmin työterveyshuoltona annetun sairaanhoidon taso, joka oli yleislääkäritasoista sairaanhoitoa vastaava. Erikoislääkärin toiminta oli korvattavaa vain silloin, jos se perustui työpaikan työterveyslääkärin konsultaatioon selvitettäessä työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia. Hallituksen esityksessä haettiin myös luontevaa työnjakoa terveyskeskusjärjestelmän kanssa. Esityksen perustelut ohjasivat osaltaan työterveyshuollon yhteydessä annetun sairaanhoidon sisältöä. Kansanterveysjärjestelmä ei kaikilta osin voinut ottaa huomioon työelämän

731 Valtiontalouden tarkastusvirasto 1995, 35–36.

732 Sairaanhoidon järjestäminen työterveyshuollon osana on työnantajalle vapaaehtoista, joten rahoitusta annettiin niille työnantajille, jotka olivat liittäneet sairaanhoidon työterveyshuollon osaksi. Luonnollisesti oli paljon kuntia, joissa ei ollut suuria työnantajia, joten näihin kuntiin työterveyshuollon ehkä ohjautui vähemmän varoja kuin suurille paikkakunnille.

733 STM 1986.

734 HE 114/2001.

erityistarpeita, minkä vuoksi työelämään ja sen terveysvaaroihin erikoistunut terveydenhuolto oli perusteltu.

Käytännössä työterveyshuollon yhteydessä annettavat sairaanhoitopalvelut muodostavat merkittävän osan työterveyshuollon sisällöstä.[735] Jo 1990-luvun lopulla työterveyshuollossa tehtiin vuosittain noin 3,8 miljoonaa avohoidon käyntiä lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Haastattelututkimusten mukaan 84 prosenttia työterveyshuoltoon kuuluvista palkansaajista sai työterveyshuollon osana myös sairaanhoitoa. Avohoidon lääkärin vastaanottokäynneistä työterveyshuollon osuus oli 57 prosenttia vuonna 2000. Palvelujen käyttö ei työterveyshuollon asiakkailla ollut tiheämpää kuin muilla väestöryhmillä, joten työterveyshuollon palvelut näyttivät korvaavan terveyskeskuspalvelujen käyttöä. Tämä vastasi työryhmän terveyspoliittisia kannanottoja siitä, että työterveyshuolto järjestelmänä helpotti kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuuta.[736]

Lakiesityksen eduskuntakäsittelyssä hallituksen esitys uudeksi työterveyshuoltolaiksi sai lähes yksinomaan positiivisen vastaanoton. Sosiaali- ja terveysvaliokunta piti esitystä tarpeellisena, joskin se teki siihen joitain muutosesityksiä.[737] Täysistunnossa pidetyissä puheenvuoroissa todettiin, että edellinen laki vuodelta 1978 oli ensimmäinen laki koko maailmassa, jossa työterveyshuoltoa käsiteltiin lain tasolla. Suomi oli työterveyshuollossa ja sen käytännön toteutuksessa eturivin maita, ja kansainvälisissä kongresseissa Suomi oli ollut esimerkkinä muille maille.[738] Puheenvuoroissa kiinnitettiin huomiota myös työterveyshuollon vaikuttavuuteen. Kun sairausvakuutusrahastosta korvattiin vuonna 2001 työterveyshuoltoa noin 110 miljoonalla eurolla vuodessa, todettiin keskustelussa, että tällä summalla autettiin työnantajia heidän pyrkiessään pitämään työvoimaansa työkykyisenä ja hyväkuntoisena. Mikäli työterveyshuoltoa ei olisi järjestetty, olisivat kustannukset olleet suuremmat yhteiskunnalle ja työnantajille.[739] Keskustelussa myös kiitettiin kolmikantaista neuvottelujärjestelmää, jonka tuloksena lakiesitys oli syntynyt.[740] Eduskunta hyväksyi esityksen yksimielisesti ja

735 Valtioneuvoston periaatepäätöksessä (STM 2004) työterveyshuollon sisältö määritellään hyvin painokkaasti ennalta ehkäiseväksi (Kehittämislinja 2). Uudessa laissa työterveyshuollon sisältö (12 §) määriteltiin niin, että varsinainen sairaanhoito ei kuulu työterveyshuoltoon, vaikka työnantaja voi sen vapaaehtoisuuden pohjalta järjestää (Ks. Husman 2003). Sairaanhoito käsitetään siis jonkinlaiseksi lisäeduksi, joka annetaan työterveyshuollon yhteydessä.

736 Kimmo Räsänen (2003) toteaa, että työterveyshuolto tulisi niveltää muuhun perusterveydenhuoltoon paikallisiin olosuhteisiin parhaiten soveltuvalla tavalla siten, että se edistää väestön terveydentilaa ja parantaa alueellista terveydentilan seurantaa.

737 StVM 36/2001.

738 Edustaja Akaan-Penttilän (kok.) puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 21.11.2001 (Täysistunnon pöytäkirja 136/2001).

739 Edustaja Uotilan (vas.) puheenvuoro lakiesityksen ensimmäisessä käsittelyssä 21.11.2001 (Täysistunnon pöytäkirja 136/2001).

740 Edustaja Koski (sd.) totesi, että perustyö tehtiin työmarkkinajärjestöjen välisenä ja kolmikantaisena ja eduskunnassa valiokunta muotoili lakipykäliä vielä uudestaan. (Täysistunnon pöytäkirja 136/2001). Valiokunnan puheenjohtaja Koski viittasi siihen, että sosiaali- ja terveysvaliokunta mietinnössään esitti hallituksen esitykseen lukuisia muutoksen ja tarkennuksia, jotka eduskunta hyväksyi (StVM 36/2001). Valiokunta ei kuitenkaan esittänyt muutosta sairaanhoidon järjestämistä koskeviin kohtiin.

uusi laki tuli voimaan vuoden 2002 alussa (1383/2001). Lakia vielä täydennettiin antamalla valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista ja työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001). Työterveyshuollosta tuli siis lain tasolla hyvin tarkkaan säännelty palvelumuoto.

Vuoden 2005 sairausvakuutuslain kokonaisuudistus oli työterveyshuollon osalta merkittävä, sillä uuden sairausvakuutuslain säännöksiin sisällytettiin myös järjestelmän kehittämistä koskevia säännöksiä. Uuden sairausvakuutuslain säännökset työterveyshuollosta merkitsivätkin järjestelmän lopullista vakiinnuttamista osaksi Suomen terveydenhuoltoa. Tällaista näkemystä puoltaa se, että uudessa laissa määriteltiin aiempaa huomattavasti tarkemmin työterveyshuollon yhteydessä annettavan sairaanhoidon sisältö, jolloin järjestelmän ohjattavuus lisääntyi. Myös työterveyshuollon palvelujen maksuttomuus vahvistettiin ILO:n sopimuksen mukaisesti. Työterveyshuolto toteuttaa edelleen niitä maksuttomuuden ja tuloista riippumattomuuden palvelujärjestelmän ihanteita, joihin pyrittiin 1960-luvulla kansanterveysjärjestelmää valmisteltaessa.

Merkittävää on työterveyshuoltopalvelujen tietynlainen epävarmuus työntekijän kannalta. Sairaanhoidon järjestäminen työterveyshuollon yhteydessä on edelleen työnantajalle vapaaehtoista. Työnantaja voi myös tehdä toimenpidekohtaisia rajauksia sairaanhoidon palveluihin, jolloin järjestelmän antama suoja vähenee. Tässä suhteessa suomalainen työterveyshuolto muistuttaakin mielenkiintoisella tavalla Yhdysvaltain työnantajapainotteista terveysjärjestelmää, jossa työpaikan menetys yleensä merkitsee myös sairaanhoitoetuuksien menetystä, joskin Suomessa poiketen Yhdysvalloissa on kaikkia koskeva julkinen terveydenhuolto ja sairausvakuutuslaki. Siitä huolimatta työterveyshuolto on monelle tärkeä ja Suomessa syksyllä 2008 alkaneen taloudellisen taantuman vuoksi tehtyjen lomautusten johdosta syntyi epäselvyyttä oikeudesta työterveyspalveluihin lomautuksen aikana. Epäselvyys kuitenkin ratkesi työntekijöiden kannalta myönteisesti.

Vuonna 2005 sairausvakuutuslakia uudistettaessa tarkennettiin edelleen työnantajalle työterveyshuollon järjestämisestä maksettavan korvauksen edellytyksiä. Jotta työnantaja saisi työterveyshuollon korvausta sairausvakuutusrahastosta, on toiminta järjestettävä työterveyshuoltolaissa tarkoitetulla tavalla, niin että työterveyshuollon toteuttavat ammattihenkilöt ja heidän tarpeelliseksi katsomansa asiantuntijat ja toiminta toteutetaan muita työterveyshuollon tarpeellisia voimavaroja käyttäen. Uuteen lakiin kirjattiin myös säännökset työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän määrittelemisestä, joten palvelujen saamisessa on tietty katto työntekijää kohden. Sairausvakuutusrahastosta maksettu korvaus ei voi ylittää tätä lakiin perustuvaa määrää. Toiminnan laadusta ja henkilöstön koostumuksesta on vuoden 2002 työterveyshuoltolaissa laissa tarkat säännökset, mikä osoittaa työterveyshuollon kontrollia ja keskitettyä toteutustapaa. Uutta oli ennen kaikkea se, että lakiin siirrettiin aiemmin alemmalla tasolla olleet yksityiskohtaiset säännökset korvattavuuden edellytyksistä, mikä vahvisti annettujen palvelujen kontrollia rahoittajan taholta.

Lain mukaan korvattava toiminta perustuu suoritteisiin, joiden tulee olla hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia ja joista aiheutuvien kustannusten tulee ilmetä yrityksen kirjanpidosta. Kelalla on oikeus tarkastaa työnantajan kirjanpito sekä saada työnantajalta korvausten kannalta olennaisia tietoja. Korvaamisen edellytyksenä on se, että kaikki hakemuksen mukaiset kustannukset ovat hyväksyttäviä.[741] Hyväksytyistä kustannuksista korvataan työnantajalle 50 prosenttia. Lakiin sisältyy myös periaate työntekijöiden myötämääräämisoikeudesta työterveyshuoltoasioissa, niin että työsuojelutoimikunnalle tai työsuojeluvaltuutetulle on varattava mahdollisuus antaa korvausta koskevasta hakemuksesta lausunto.

Vuoden 2005 sairausvakuutuslain tultua voimaan on hyvän työterveyshuoltokäytännön käsite tullut entistä enemmän huomion kohteeksi alan oppikirjoissa. Käsitteellä on pyritty yhtenäiseen käytäntöön työterveyshuollon toteutuksessa. Määritelmän keskeisyyttä työterveyshuollossa kuvaa sekin, että asiasta on olemassa oma asetuksensa.[742] Sen mukaan (2 §) hyvään työterveyshuoltokäytäntöön kuuluu hyvä ammattikäytäntö, monitieteinen ja monniammatillinen toimintatapa, tarvittava tieto työpaikan työolosuhteista sekä yhteistyö ja yhteistoiminta työpaikalla. Työterveyshuollon tulee olla jatkuvaa toimintaa, johon sisältyy työpaikan tarpeiden arviointi, toiminnan suunnittelu, varsinainen toiminta vaikutusten aikaansaamiseksi, seuranta ja arviointi sekä laadun jatkuva parantaminen. Asetus sisältää myös yksityiskohtaisia säännöksiä työterveyshuollon suunnittelusta, toteuttamisesta, menetelmistä, työpaikkaselvitysten tekemisestä, terveystarkastuksista, vajaatyökykyisten työntekijöiden työssä selviytymisen seurannasta, neuvonnasta ja ohjauksesta, työkyvyn ylläpitämisestä, ensiapuvalmiudesta, toiminnan laadun ja vaikuttavuuden arvioinnista ja seurannasta, työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta sekä koulutuksen seurannasta.

Myös sairaanhoidossa tulee noudattaa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia yleisiä periaatteita. Työterveyshuoltona annettava sairaanhoito sisältää työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan antaman hoidon mukaan lukien tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset sekä työterveyshuollon asiantuntijoiden ja erikoislääkäreiden konsultaatiot työkyvyn tai hoitomahdollisuuksien selvittämiseksi, silloin kun hoitovastuu säilyy työterveyslääkärillä. Sairaanhoidon sisällön laajuus tulee olla sama koko henkilöstölle. Laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla sekä konsultaatioilla tulee varmistaa riittävät toimintaedellytykset laadukkaan yleislääkäritasoisen sairaanhoidon mahdollistamiseksi. Laadukkaaseen työterveyshuollon sairaanhoitoon tulee sisältyä myös sellaiset tutkimukset, joita tarvitaan yleislääkäritasoisessa sairaanhoidossa ja joiden tuloksia työterveyshuollossa pystytään tulkitsemaan ja hyödyntämään. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen sairaanhoidon vähimmäistavoite on, että työterveyshuollossa saadaan hoidetuksi ajanvarauksella työhön liittyvät sairaudet eli työperäiset ja työkykyyn etenkin pitkäaikaisesti vaikuttavat sairaudet. Työterveyspainotteisen sairaanhoidon sisältö kirjataan työterveyshuollon toimintasuunnitelmaan.

741 Ks. tarkemmin työterveyshuollon korvauksista Kela 2009.

742 A 1484/2001.

Työterveyshuollon asiakkaille on tiedotettava kirjallisesti työnantajan kustantamaan sairaanhoitoon kuuluvista palveluista tasapuolisen kohtelun takaamiseksi.[743]

Vuosina 2007–2010 käytiin Suomessa laajaa keskustelua työkyvyn ylläpitämisestä ja työurien pidentämisestä. Työterveyslaitos laati sosiaaliturvan uudistamiskomitean toimeksiannosta esiselvityksen siitä, miten työterveyshuollon korvauksilla, sosiaalivakuutusmaksuilla tai muilla vastaavilla kannusteilla voitaisiin edistää työkykyä ylläpitävien ja kuntouttavien toimenpiteiden käyttöä työelämässä.[744] Sosiaaliturvan uudistamiskomitean kesäkuussa 2008 asettama kolmikantainen valmistelutyöryhmä arvioi keinoja ja menettelytapoja, joiden avulla voitaisiin varmista, että työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat toimenpiteet tehdään työterveyshuollossa ja työpaikalla kattavasti sekä oikein ajoitettuna ja mitoitettuna. Asetettu työryhmä valmisteli sosiaaliturvan uudistamiskomitean käyttöön esityksen työterveyshuollon kehittämisestä, ja työryhmän työn pohjalta annettiin eduskunnalle hallituksen esitys sairausvakuutuslain muuttamisesta.[745] Esityksessä ehdotettiin muutettavaksi sairausvakuutuslakia siten, että ennalta ehkäisevän työterveyshuollon 60 prosentin korvaustason ehtona olisi, että työnantaja, työntekijät ja työterveyshuolto yhteistyössä sopivat työpaikalla ja työterveyshuollossa noudatettavista käytännöistä, joilla työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea toteutetaan työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana. Laki tuli voimaan vuoden 2011 alussa.

Vuoden 2006 sairausvakuutuksen rahoitusuudistus vaikutti työterveyshuollon rahoitukseen vakauttavasti. Toisin kuin muu sairaanhoitovakuutus työterveyshuolto rahoitetaan työtulovakuutuksesta, jonka rahoitukseen myös työnantajat osallistuvat. Työtulovakuutuksen etuuksiin luetaan Kelan maksamat sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat, erityishoitorahat, korvaukset työnantajille vanhempainloma-ajan vuosilomakustannuksista sekä tässä kohdin merkitykselliset korvaukset työnantajille työterveyshuollon järjestämisestä. Työtulovakuutuksen kuluja ovat myös työtulovakuutuksen etuuksien ja korvausten täytäntöönpanosta aiheutuneet kulut.

Työtulovakuutuksen rahoittamiseksi työnantajat maksavat sairausvakuutusmaksua ja palkansaajat ja yrittäjät päivärahamaksua. Eläkkeistä ja sosiaalietuuksista ei peritä päivärahamaksua. Työnantajien sairausvakuutusmaksun suuruus ja palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksun suuruus määräytyy vuosittain työtulovakuutuksen arvioitujen kulujen ja maksujen tuottojen perusteella. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat, erityishoitorahat ja kuntoutusrahat sekä 0,1 prosenttia muista kuin vähimmäismääräisistä vanhempainpäivärahoista. Työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät rahoittavat muut työtulovakuutuksen etuudet ja vakuutuksen aiheuttamat toimintakulut. Maksuja määrättäessä huomioidaan,

743 Manninen ym. 2007.

744 Husman 2008.

745 HE 67/2010. Sosiaali- ja terveysvaliokunta esitti lakiehdotuksen hyväksymistä muuttamattomana (StVM 26/2010).

samoin kuin sairaanhoitovakuutuksessakin, edelliseltä vuodelta syntynyt työtulovakuutuksen rahoitusomaisuuden ylijäämä tai vajaus.[746]

Työterveyshuollon yhteydessä annettua sairaanhoitoa on edelleen kehitetty määrittämällä suositukset työterveyshuollon hyvästä sairaanhoitokäytännöstä, joka edistää vaikuttavan työterveyshuoltotoiminnan toteutumista ja työkyvyn tukemista. Sen mukaan työterveyshuollon sairaanhoidon lähtökohtana on palveluista tehtävä työnantajakohtainen sopimus, jonka sisältö ja laajuus tulee kirjata toimintasuunnitelmaan. Työterveyshuollon palveluntuottajilla on vastuu hyvän käytännön mukaisen ja eettisesti hyväksyttävän sairaanhoidon järjestämisestä. Työterveyshuollon sairaanhoito on osa työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyötä, jonka tavoitteena on työkyvyn tukeminen. Sen kohderyhmänä ovat henkilöt, joilla jo on ilmennyt erilaisia oireita tai sairauksia. Sairauksien syntymisen ehkäisyn (primaaripreventio) lisäksi työkykyä edistetään myös ehkäisemällä sairauksista aiheutuvaa oireilua ja työkyvyttömyyttä sekä tukemalla jäljellä olevaa työkykyä (sekundaari- ja tertiaaripreventio). Tässä työterveyspainotteisella sairaanhoidolla on tärkeä osa. Suosituksissa korostetaan yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa.[747]

Työterveyshuollon tulevaisuus vaikuttaa vakaalta[748]. Valtioneuvosto teki jo vuonna 2004 periaatepäätöksen työterveyshuollon kehittämislinjoista vuoteen 2015 saakka[749]. Periaatepäätöksen yleissävy on työterveyshuollolle myönteinen ja kehittämishaluinen. Periaatepäätöksen saatesanoissa ministeri Liisa Hyssälä toteaa, että työelämässä jaksaminen ja jatkaminen entistä pidempään edellyttävät työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden riittävyyden varmistamista ja koulutuksen kehittämistä, työterveyshuollon palvelujärjestelmän sekä työterveyshuollon sisällön kehittämistä siten, että riittävät ja sisällöltään laadukkaat työterveyshuoltopalvelut ovat kaikkien työntekijöiden, yrittäjien ja muiden omaa työtä tekevien saatavilla. Valtiovalta siis haluaa kehittää työterveyshuoltoa ainakin vuoteen 2015 saakka.

746 Vuonna 2011 työnantajan sairausvakuutusmaksun suuruus on 2,12 prosenttia maksetuista palkoista, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksu on 0,82 prosenttia ja sen lisäksi YEL-vakuutettujen yrittäjien lisärahoitusosuus on 0,10 prosenttia. Työnantajien sairausvakuutusmaksun kertymä oli vuonna 2010 arviolta 1 592 miljoonaa euroa, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksukertymä 723 miljoonaa euroa ja valtionosuudet työtulovakuutuksen etuuksista 125 miljoonaa euroa.

747 Ks. tarkemmin STM 2010, 4–5. Suosituksessa todetaan mm., että sairauspoissaolojen hallinnan tulee tapahtua työpaikan ja työterveyshuollon yhteisenä toimintana. Kaikkien pitkäaikaissairauksien seurantaa ja tarvittavia seurantatutkimuksia ei ole tarkoituksenmukaista ottaa työterveyshuollon vastuulle. Pitkäaikaissairauksien hoidon tavoitteena on hoitoketjun hyvä toimivuus ja työkyvyn seuranta yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteistoimintakäytännöt on sovittava paikkakuntakohtaisesti.

748 Tosin THL:n asiantuntijaryhmä ehdotti vuoden 2010 lopussa, että vapaaehtoisen työterveyshuollon palvelujen sairausvakuutuskorvaus tulisi poistaa. (Pekurinen ym. 2010, 82.) Ehdotuksen toteutus merkitsisi sitä, että yhteys ehkäisevän työterveyshuollon ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen sairaanhoidon välillä katkeaisi. Työperäistenkin sairauksien hoito siirtyisi yleisen terveydenhuollon piiriin, eikä sairaanhoitoa annettaisi hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteiden mukaisesti. Työterveyshuollon yhteydessä annetulla sairaanhoidolla on ollut merkittävä vaikutus työkyvyn ylläpitämiseen ja työhön palaamiseen sairauden jälkeen. Nämä hyvän työterveyshuollon mukaiset elementit ovat vaarassa poistua.

749 STM 2004.

Ongelma on kuitenkin se, että työterveyshuollon sairaanhoito-osion kehittämisestä ei voi tehdä kovin tarkkoja suunnitelmia, koska sairaanhoidon järjestäminen työterveyshuollon osana on työnantajille vapaaehtoista. Työterveyshuollon sairaanhoito-osio ja sen järjestämisen vapaaehtoisuus aiheuttavat ongelmia sekä työntekijöiden keskinäisen tasa-arvon näkökulmasta että suhteessa muuhun väestöön, koska muilla ei ole vastaavia etuja. Lisäksi jatkuvasti esitetään vaatimuksia työterveyshuollon painopisteen siirtämisestä yhä enemmän ehkäisevään suuntaan.[750] Toisaalta työterveyshuolto, jossa sekä yhteiskunta että työnantajat osallistuvat kustannuksiin, on kokonaisuudessaan melko halpa järjestelmä suhteessa terveydenhuollon kokonaismenoihin. Järjestelmässä kustannusten kontrolli (työntekijäkohtainen korvauksen enimmäismäärä) sekä hoidon laadun varmistus (hyvän työterveyshuoltokäytännön noudattaminen korvauksen edellytyksenä) ovat jatkuvasti kehittyneet 1990- ja 2000-luvuilla, ja järjestelmää kehitetään edelleen aktiivisesti.[751]

Työterveyshuollon korvauksia maksettaessa valvotaan hoidon vaikuttavuutta ja tarpeellisuutta. Rahoitus on siis kytketty hoidon laatuun samaan tapaan kuin eräissä sairausvakuutusjärjestelmän omaksuneissa maissa, joissa korvaus voidaan jopa jättää maksamatta hoidon toteuttajalle, jos laatu on ollut puutteellista. Säännösten yksityiskohtaisuus ja valvonnan tarkkuus osoittaa työterveyshuollossa polun suunnan olevan erilainen kuin julkisessa terveydenhuollossa, jossa korostetaan kunnan itsenäistä oikeutta päättää hoidon laadusta ja määrästä ilman ulkopuolista kontrollia. Erikoissairaanhoidonkaan osalta ei kunnalle lähetetyn laskun yhteyteen ole sisällytetty minkäänlaista erikoissairaanhoidossa annetun hoidon laadun tarkistusta. Suomessa toteutetaan siis rinnakkain sekä hajautunutta että keskitettyä terveydenhuoltoa.[752]

Työterveyshuollolla on merkittävä osuus työikäisten terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Sen piiriin kuuluu lähes 1,7 miljoonaa kansalaista, ja palkansaajana toimivasta työvoimasta yli 80 prosenttia saa järjestettyä työterveyshuoltoa. Työterveyshuollon ja kansanterveysjärjestelmän välinen ongelma on ehkä se, että Suomesta puuttuu terveydenhuollon kokonaissuunnitelma. Siksi järjestelmien toisiaan täydentävä ja tukeva vaikutus ei ole helposti nähtävissä. Epäilemättä järjestelmät tukevat toisiaan, vaikka valtakunnallinen ja yhdenmukainen koordinaatio puuttuukin. Mikäli työterveyshuoltoa ei olisi, tulisi terveyskeskusten mitoitukset ja resurssit määrittää uu-

750 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy 2008, 91–93. Tarkastusvirasto totesi tarkastusten perusteella, että työterveyshuollon ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille tulee lisäämään työterveyshuollon sairaanhoitopainotteisuutta ja järjestelmän kustannuksia. Suurilla terveyspalveluyrityksillä on kapasiteettia tarjota kattavat sairaanhoitopalvelut, jolloin myös houkutus niiden ostamiseen kasvaa. Tarkastuksen yhteydessä STM totesi, että työterveyshuolto on paljon tiukemman ohjauksen piirissä kuin muu terveydenhuolto.

751 Vuonna 2008 työterveyshuollon järjestämiskustannuksista maksettiin työnantajille korvauksia sairausvakuutuslain nojalla 262,2 miljoonaa euroa. Työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2008 noin 1,9 miljoonaa työntekijää eli 85 prosenttia palkansaajana toimivasta työvoimasta. (Kela 2010.)

752 Työterveyshuollon sairaanhoidon kattavuus kasvoi 91 prosenttia vuosina 1996–2005 ja lääkärissäkäynnit lisääntyivät 18 prosenttia. Sairaanhoidon osuus työterveyshuollon kustannuksista oli 60,5–61,8 prosentin välillä. Työterveyshuollon antaman sairaanhoidon piiriin kuului vuonna 2005 yhteensä 1,6 miljoonaa kansalaista ja terveyskeskusten osuus työterveyshuollon palveluista oli noin 25 prosenttia. Suurimmat työterveyshuollon palvelujen tuottajat olivat yritysten omat tai yritysten yhteiset työterveysasemat sekä yksityiset lääkäriasemat. (Kimanen ym. 2008.)

delleen, sillä asiakasmäärät tulisivat silloin huomattavasti nousemaan. Selvää on, että nämä kaksi terveydenhuollon järjestelmää yhtyvät erikoissairaanhoidon tasolla, sillä sekä kansanterveysjärjestelmä että työterveyshuolto antavat lähetteitä erikoissairaanhoitoon. Erikoissairaanhoidon hoitotakuuaikoja sovelletaan periaatteessa kaikkiin potilaisiin riippumatta siitä, kummasta palvelukanavasta potilas on saanut lähetteen.

Potilaan oikeuksien ja tasa-arvon kannalta työterveyshuollon toteutus aiheuttaa periaatteellisia huomautuksia. Työterveyshuollon työntekijällä on hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa hoitonsa laajuuteen, vaikka lakimääräiset työterveyshuoltosuunnitelmat käsitelläänkin yhteistoimintamenettelyssä. Koska sairaanhoitopalvelujen laajuus työterveyshuoltoon kytkettynä on pelkästään työnantajan päätöksen varassa, voivat eri työpaikkojen työntekijät olla hyvinkin erilaisessa asemassa terveyspalvelujensa suhteen. Työntekijän oikeudet palveluihin määräytyvät yksinomaan työpaikan terveydenhuollon laajuuden mukaan, eikä työntekijällä ole juurikaan mahdollisuuksia tehokkaasti vaikuttaa palveluihin. Lisäksi taloudellinen lama tai yhteiskunnan korvausosuuksien muutos saattavat vaikuttaa suoraan potilaan asemaan heikentävästi, jos työnantaja päättää rajoittaa työterveyshuollon kattavuutta muutosten vuoksi. Normaalisti potilaalla on kuitenkin selvä oikeus saada työterveyshuoltopalveluja ja sairaanhoitoa silloin, kun työnantaja on sisällyttänyt sairaanhoidon palveluihin. Tältä osin potilas on samassa asemassa kuin käyttäessään sairausvakuutuksen korvaamia palveluja.

Potilaan mahdollisuudessa vaikuttaa terveyspalveluihinsa kuntien perusterveydenhuollon toteutus ja työterveyshuolto ovat lähellä toisiaan. Molemmissa yksinomainen päätöksenteko-oikeus on potilaan vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella ja ulkopuoliset tekijät, kuten kunnan tai työnantajan taloudellisen tilanteen muuttuminen voi vaikuttaa heidän palveluihinsa heikentävästi. Kunnallisessa terveydenhuollossa potilas voi tosin vaikuttaa terveydenhuoltoon äänestämällä oikeita ehdokkaita, mutta tällöin kysymys hyvin välillisestä vaikutusmahdollisuudesta.

6.8 Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa ja vuorovaikutusta

Valtionosuusuudistus käynnisti prosessin, jonka vaikutukset näkyivät hyvin eri tavoin tällä ajanjaksolla. Pääosa vuosien 1991–2010 terveydenhuollon muutoksista on tavalla tai toisella saanut alkulähteensä valtionosuusuudistuksesta, jonka voi sanoa mullistaneen Suomen sosiaali- ja terveyspalvelut. Uudistus pyrki kustannussäästöihin ja kilpailukyvyn lisäämiseen sekä kansalaisen yksilönvastuun lisäämiseen. Nämä tavoitteet onnistuivat, sillä valtionosuuksien tarkoitussidonnaisuuden poistuttua kunnilla oli mahdollisuus suunnata aiemmin terveydenhuoltoon tarkoitettuja varoja muihin kohteisiin. Joiltain osin jouduttiin ottamaan huomioon myös kansalaisen oikeudet ja intressit saada itselleen hoitoa tarvitessaan, jolloin jouduttiin palaamaan takaisin ja asettamaan kunnille velvoitteita terveydenhuollon toteutuksessa. Hoitoaikojen sääntely on tästä parhain esimerkki. Kuitenkin Suomi on vuonna 2010 olennai-

sesti erilainen hyvinvointivaltio kuin vuonna 1990 ja suuntaus kohti yksilönvastuun lisäämistä edelleen jatkuu.

Eräs valtionosuusuudistuksen käynnistämä prosessi on julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanveto, johon liittyy myös laitoshoidon käsite vanhusten ja vammaisten palveluissa. Kysymys on pitkälti kunnan ja sairausvakuutuksen välisestä vastuunjaosta niissä kustannuksissa, joita kertyy kansalaisen ollessa hoidettavana erilaisissa laitoksissa ja instituutioissa. Milloin kunnan täytyy vastata potilaan kaikesta hoidosta laitosmaksuun sisältyvänä? Milloin taas potilaan velvollisuus on maksaa hoitonsa ja palvelunsa itse sairausvakuutuksen tukemana? Tässä luvussa hypoteesi on se, että muutoksessa yksilönvastuu on lisääntynyt. Toinen tähän ongelmaan liittyvä kysymys on palveluntuottajan institutionaalinen asema: tuottaako palvelun julkinen vai yksityinen taho. Tähän liittyy huoli siitä, ettei samaa palvelua tuettaisi sekä sairausvakuutuksesta että valtionosuuksin kaksikanavaisesti.

Hallituksen esitykseen valtionosuusuudistukseksi[753] sisältyi sairausvakuutuslain muutos (11 a §), jolla pyrittiin estämään saman palvelun rahoittamista kahdesta julkisesta rahoituslähteestä (kunta ja sairausvakuutusrahasto). Esitys hyväksyttiin eduskunnassa osana valtionosuuspakettia eikä siitä erikseen keskusteltu. Muutos liittyi valtionosuusuudistuksen kunnalle tuomaan laajennettuun mahdollisuuteen järjestää terveyspalveluja eri tavoin, jossa palvelun ostaminen yksityisiltä olisi eräs vaihtoehto. Hallitus esitti, että silloin kun kunta hankki yksityiseltä palveluntuottajalta terveyspalveluja, ei niistä aiheutuneista kustannuksista tullut maksaa valtionosuusjärjestelmän lisäksi korvausta sairausvakuutuksesta. Näin oli tilanne ollut aiemminkin, mutta valtionosuusuudistus antoi syyn tarkentaa rajanvetoa. Esityksen mukaan sairausvakuutuskorvausta ei tullut maksaa silloinkaan, kun kysymyksessä tosiasiassa oli kunnan terveyspalvelusta, vaikka muodollisesti palvelu näyttäisi yksityisesti annetulta. Esityksen taustalla oli se, että eräissä yksittäistapauksissa kunta oli pyrkinyt saamaan yksityisiltä hankkimiinsa palveluihin korvausta sairausvakuutuksesta. Kunta saattoi esimerkiksi mennä osakkaaksi terveyspalveluja antavaan yhtiöön, jolloin palvelu olisi muodollisesti yksityistä mutta tosiasiassa kuului kunnan palvelutoimintaan. Tällaisia tulkintatilanteita haluttiin selventää lain muutoksella. Kunnan palvelun ”tosiasiallisuus” saattoi kuitenkin monissa tapauksissa olla vaikea havainnoida. Potilaalla ei voinut olla tietoa hoitoa antavan yksikön omistussuhteista.

Lainmuutoksesta huolimatta sairaanhoitovakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon välillä ilmeni horjuntaa erityisesti lääkehoidossa. Aiemmin oli ollut selvää, että sairaalassa tai muussa laitoksessa olevan potilaan kaikki annettu hoito sekä siihen liittyvät lääkkeet ja hoitotarvikkeet sisältyivät laitosmaksuun. Valtionosuusuudistuksen jälkeen ja taloudellisen laman samanaikaisesti syventyessä näihin aiemmin selviin periaatteisiin alkoi tulla uusia sävyjä. Ostopalvelusopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa saatettiin liittää ehtoja, joiden mukaan potilaiden edellytettiin ostavan tarvittavat lääkkeet reseptillä apteekista eikä niitä enää annettaisi hoitoon liittyvänä.

753 HE 216/1991.

Samanlaisia vaatimuksia esiintyi hoidettaessa potilaita sairaaloiden poliklinikoilla, joissa aiemmin lääkkeet olivat sisältyneet hoitoon. Ongelmat saatiin kuitenkin korjatuiksi neuvotteluteitse ja sairaalassa annetut lääkkeet todettiin kuuluvaksi hoitoon,[754] mutta ongelmien perimmäinen syy oli osaoptimointi. Kunnan kannalta oli taloudellisesti järkevää siirtää lääkekustannuksia potilaan ja sairausvakuutuksen vastuulle.

Asiaan palattiin vielä vuoden 2005 sairausvakuutuslakiesityksen eduskuntakäsittelyssä. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta kiinnitti erityistä huomiota yksityisen ja julkisen terveydenhuollon väliseen rajanvetoon ja valiokunta otti kantaa erityisesti julkisissa tiloissa annettaviin lääkkeisiin. Valiokunta totesi nimenomaisesti, että lääkkeet, joiden käyttö edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilön toimenpiteitä ja jotka annetaan kunnallisen terveydenhuollon tiloissa, sisältyvät julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuun. Lausuman taustalla olivat edellä mainitut lääkkeiden kustannusten siirtoyritykset julkisesta terveydenhuollosta sairausvakuutuksen korvattavaksi.

Sen sijaan toinen paljon suurempi asia oli valtionosuusuudistuksen seurauksena laitoshoidon käsitteen olennainen muuttuminen laitoshoidossa olevien potilaiden kohdalla. Valtionosuusuudistuksen jälkeen Suomessa virisi keskustelu ”laitosvaltaisesta” hoitotavasta. Suomessa oli liikaa laitoksia ja laitospaikkoja, minkä vuoksi laitoksia lopetettiin ja alettiin suosia kotona asumista ja palvelujen viemistä kotiin erityisesti vanhuksille ja mielenterveyskuntoutujille. Laitoshoitoa purettiin varsinkin vuosina 1994–1996, jolloin vanhainkotipaikat vähenivät ja laitoksia, erityisesti mielisairaaloita, lopetettiin. Aiemmin vanhusväestö oli tavallisesti sijoitettu kunnan ylläpitämiin vanhainkoteihin, jotka olivat laitoksia ja joiden perimiin maksuihin sisältyi ylläpidon ja asumisen lisäksi myös terveydenhuolto tarpeellisine lääkkeineen. Kun laitoshoitoa alettiin purkaa, kunnissa vanhainkoteja muutettiin asumispalveluyksiköiksi. Tällöin laitoshoito loppui ja vanhuksen katsottiin muuttuneen itsenäiseksi asujaksi ikään kuin omassa kodissaan, vaikka ulkonaisesti laitoksen toiminnassa tapahtui vain vähän tai ei ollenkaan muutoksia. Kustannusvastuu terveydenhuollon kustannuksista siirtyi muutoksessa vanhukselle itselleen. Lääkkeet vanhusten tuli ostaa itse apteekista, kuten muidenkin kotonaan asuvien tulee tehdä, ja myös muut hoitokulunsa vanhuksen tuli maksaa itse.[755] Tämä aiheutti huomattavan muutoksen kustannusvastuussa kunnan ja Kelan maksamien etuuksien välillä, sillä itsenäisesti asuva vanhus oli oikeutettu paitsi lääkekorvauksiin myös asumistukeen ja muihin Kela etuuksiin. Muutoksessa, jota alettiin tehdä hyvin ripeään tahtiin, oli osaoptimoinnin piirteitä.[756] Laitoshoidon maksut on säännelty asiakasmaksulaissa,[757] mutta palveluasumisen maksuja ei ole lainsäädännössä määritelty.

754 Neuvotteluja käytiin Kelan, Suomen Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön välillä.

755 Ks. Laitoshoidon muutoksista Riitta Viialainen ja Juhani Lehto 1996, erityisesti Marja Vaaraman ja Juhani Lehdon artikkeli Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994.

756 Osaoptimoinnilla tarkoitetaan sitä, että jokin kokonaisuuden osa keskittyy itselleen edullisiin tuloksiin, jonka seurauksena kokonaisuus ja muu sen osat voivat kärsiä.

757 Laitoshoidossa maksu on 85 % eläketulosta, ja vanhukselle tulee aina jäädä 90 euroa kuukaudessa omaan käyttöön.

Tulkintavaikeuksia ja jopa tulkintaerimielisyyksiä eri julkisten tahojen välillä aiheutti kuitenkin sen seikan selvittäminen, milloin kysymyksessä katsottiin olleen laitos ja milloin asumispalveluyksikkö. Kunnat saattoivat katsoa, että varsin pienilläkin muutoksilla saatettiin vanhainkoti muuttaa asumispalveluyksiköksi. Toisaalta Kelassa, josta vanhukselle alettiin maksaa erilaisia etuuksia laitoshoidon päättyessä, vaadittiin huomattavia muutoksia yksikön toimintaan ennen kuin katsottiin vanhainkodin muuttuneen asumispalveluyksiköksi. Merkille pantavaa ja ehkä kuvaavaakin julkisen tahon kiistelylle kustannuksista oli se, että muutoksen kohteena olevia vanhuksia ei kuultu juuri lainkaan, vaikka heidän asemansa ja maksunsa muuttuivat viranomaisten päätösten johdosta. Kysymyksessä oli tyypillinen osaoptimointitilanne. Purkaessaan laitoshoitoa kunnat pääasiassa hyötyivät, kun valtion (Kelan) maksuosuus nousi. Kunnat lähtivät hakemaan itselleen edullisinta tulosta, mutta sen seurauksena kokonaisuus saattoi kärsiä ja erityisesti apua tarvitsevan vanhuksen olosuhteet saattoivat muuttua huonommiksi.

Laitoshoidon purkamisen aiheuttamia tulkintaongelmia selvitettiin neuvotteluin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla. Pääosapuolia olivat Suomen Kuntaliitto ja Kela. Varsin pian todettiin, että asia ei selviä ilman normien tarkennusta. Sosiaali- ja terveysministeriö teki sen jälkeen päätöksen, jossa määriteltiin, millaisin kriteerein laitoshoito voitaisiin muuttaa itsenäiseksi asumiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön antamien suuntaviivojen mukaisesti kaikki Suomen laitoshoito- ja asumispalveluyksiköt tuli käydä läpi ja arvioida, oliko hoitoyksikkö laitos vai asumispalveluyksikkö.[758] Asiat oli tarkoitus selvittää paikallisesti kunnan ja Kelan välillä, mutta jos paikallisissa neuvotteluissa ei päästy yksimielisyyteen, tuli osapuolten pyytää sosiaali- ja terveysministeriöltä lausuntoa asiasta. Sosiaali- ja terveysministeriö ratkaisi asian soveltaen omaa päätöstään.[759] Kun selvitystyö oli tehty,[760] hyvin moni laitos, ennen kaikkea vanhainkoti, muuttui asumispalveluyksiköksi vuosien 1995–1996 aikana ja laitoksissa asuvien vanhusten maksuperusteet ja sosiaaliturvaetuudet muuttuivat.[761] Myöhemmin 2000-luvulla sosiaali- ja terveysministeriön päätös avo- ja laitoshoidon kriteereistä muuttui asetukseksi, mutta sisältö pysyi samana.[762] 2000-luvulla asumispalveluyksiköt ovat runsaasti lisääntyneet ja laitoshoito vähentynyt. Kustannusten siirto kunnalta valtiolle on koskettanut eniten vanhuksia itseään kohonneina mak-

Erityisesti hyvätuloisen vanhuksen kohdalla kunta sai huomattavan osan tai joissain tapauksissa jopa kokonaan vanhuksen laitoshoidon kustannukset katettua laitosmaksulla. Palveluasumisen hintoja ei ole määritelty ja kustannukset voivat jopa ylittää vanhuksen tulotason. Tällöin kunnat yleensä antavat erotuksen toimeentulotukena, mutta vanhus saattaa joutua ”asumaan itsenäisesti” ilman omaa rahaa. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992.)

758 Kela 1995a.

759 STM 1995.

760 Kela 1995b.

761 Sotka-tietokantaan on kerätty tietoja muutoksista. Yleensä kuntien tekemä muutos vanhainkodista asumispalveluyksiköksi hyväksyttiin, mutta laitoksissa saattoi olla hoidettavia, joiden kunto ja autettavuus edellyttivät laitoshoitoa. Heidän kohdallaan muutosta ei tehty, vaikka laitoksen status muutoin saattoi muuttua. (http://www.sotkanet.fi.)

762 A 1241/2002.

suosuuksina ja erilaisina hoitoon ja ylläpitoon liittyvinä kustannuksia, mikä ei ehkä ollut tavoitteena, kun julkiset instituutiot alkoivat siirtää kustannuksia toisilleen.[763]

Laitoshoidon purkaminen kosketti laajasti myös sairaalalaitosta. 1990-luvulla mielisairaaloiden ohella myös monia aluesairaaloita lopetettiin. Lukuisat sairaalakiinteistöt jäivät tyhjilleen ja niille jouduttiin keksimään uutta käyttöä. Tällöin saattoi tapahtua myös niin, että entisissä julkisen terveydenhuollon tiloissa alettiin antaa yksityisiä terveyspalveluja. Ongelmia rajanvedossa julkisen ja yksityisen terveydenhoidon välillä ja sairausvakuutuksen korvattavuudessa syntyi tällöin niissä tapauksissa, joissa samassa kiinteistössä annettiin sekä julkista että yksityistä terveyspalvelua. Palvelun katsottiin tällöin olevan julkista, mutta toisaalta tyhjiksi jääneille toimitiloille oli löydettävä mielekästä käyttöä. Siksi rajanvetoratkaisuissa jouduttiin joustamaan eikä korvattavuutta evätty pelkästään sen vuoksi, että laitos oli saanut rakentamisvaiheessa valtionavustusta, vaan huomiota kiinnitettiin enemmän toiminnan luonteeseen. Jos palvelu oli yksityistä, voitiin sairausvakuutuskorvaus yleensä maksaa. Kovin paljon ei tulkintoja voitu väljentää, jotta kaksi rahoituskanavaa eivät olisi menneet päällekkäin.[764]

Julkisessa sairaalassa perityt maksut eivät kuuluneet sairausvakuutuksen korvausalaan. Tästä huolimatta omaksuttiin tulkinta, jonka mukaan sairaaloiden erikoismaksuluokassa olevien potilaiden lääkärinpalkkiota voitiin korvata, samoin sairaalalääkäreiden yksityispotilaiden maksama lääkärin palkkio. Erikoismaksuluokka perustui 1950-luvulla tehtyyn Suomen Lääkäriliiton ja kuntatyönantajain väliseen sopimukseen. Järjestelmän tarkoituksena oli antaa potilaalle oikeus valita lääkärinsä maksamalla lisämaksun. Sairaalalääkäreiden oikeus hoitaa yksityispotilaita sairaalassa on perustunut asianomaisen sairaalan lääkärille antamaan lupaan, ja järjestelmän tausta on työmarkkinoiden sopimustoiminnassa. Yksityisvastaanotto-oikeus syntyi ns. Lehtisen sopimuksella vuonna 1962. Sopimuksen mukaan sairaalat saattoivat itsenäisesti päättää siitä, kuinka moni sen lääkäreistä sai ottaa yksityisesti vastaan potilaita sairaalassa ja kuinka monta tuntia tähän toimintaan sai käyttää aikaa.

Sairausvakuutuskorvausten maksaminen edellä mainitussa kahdessa tapauksessa osoittaa, että julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajamaastossa tulkinta ratkaisee korvattavuuden. Pääpaino asetettiin näissä tapauksissa toiminnan yksityisluontei-

763 Palvelutalossa asumisen hinta on riippuvainen vuokrasta ja siitä, kuinka paljon palveluja asumiseen sisältyy sekä kuinka paljon asukas joutuu käyttämään lääkkeitä ja muita terveyspalveluja. Keskimäärin voidaan vuonna 2010 esittää karkea arvio siitä, että 2 000 euron kuukausieläke ei välttämättä vielä riitä kattamaan palvelutalossa asumisen kustannuksia.

764 Tästä on esimerkkinä kannanotto, jonka Kela antoi Suomen yksityisten sairaaloiden yhdistykselle vuonna 1998. Yhdistys pyysi Kelan näkemystä tilanteesta, jossa potilas hakeutui yksityislääkärin vastaanotolle, jossa hänen leikkaustarpeensa todettiin. Yhdistys tiedusteli, voitaisiinko sairausvakuutuksesta korvata leikkaavien lääkäreiden palkkiot siinä tapauksessa, että leikkaus tehdään yksityisessä sairaalassa ja kunta maksaa ns. laitososuuden eli yleisen sairaalan hinnaston mukaiset kulut yksityispotilaiden leikkauksista. Potilas olisi maksanut itse lääkäreiden palkkiot ja hakenut niistä sairausvakuutuskorvausta. Kela totesi, että kyseisessä tilanteessa kunta osallistuisi laitosmaksuihin vasta sen jälkeen, kun potilas on hakeutunut yksityislääkärin vastaanotolle ja hänet on leikattu yksityissairaalassa. Lopputulos korvattavuuteen oli kielteinen, koska kunta olisi järjestänyt julkista terveydenhuoltoa käyttämällä osaksi hyväksi sairausvakuutusvaroja. Samaa palvelua olisi rahoitettu kaksikanavaisesti. (Kela 1998.)

suuteen, vaikka hoito annettiinkin julkisissa tiloissa. Samalla katsottiin, että lääkärit voivat toimia yksityisinä myös virassa ollessaan. Kansainvälisesti terveydenhuoltoa kehitettäessä lääkäreiden asema on ollut kovan kiistelyn kohteena. Erityisesti muutos ammatinharjoittajasta kuukausipalkkaiseksi työntekijäksi on kohdannut ankaraa vastustusta lääkärijärjestön taholta.[765] Suomessa sairaalalääkäreiden ja terveyskeskuslääkäreitä koskeva ongelma kuukausipalkkaisuudesta ei ole herättänyt samanlaista keskustelua ehkä juuri lääkäreiden ns. kaksoisroolin vuoksi. Erityisesti sairaaloiden erikoislääkärit ovat voineet pitää yksityisvastaanottoa virka-ajan ulkopuolella. Tähän kokonaisuuteen ovat liittyneet myös erikoismaksuluokka ja sairaalalääkäreiden yksityisvastaanotto-oikeus. Nämä palvelut on voitu korvata sairausvakuutuksesta samalla tavoin kuin sairaalalääkäreiden yksityisvastaanotolla antama hoito.

Valtionosuusuudistus vaikutti kuitenkin myös erikoismaksuluokan hoitoon. Uudistuksen yhteydessä säädetyn asiakasmaksulain 9 §:n mukaan sairaaloissa voi olla erikoismaksuluokka potilaita varten, jotka halusivat päästä sellaisen lääkärin hoitoon, jolla oli lääninhallituksen myöntämässä laajuudessa oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa. Lääkäreillä oli oikeus saada palkkiona perittyjä erikoismaksuluokan lisämaksuja vastaava määrä. Uudistus siis legalisoi erikoismaksuluokan, mutta muutos ei ollut pitkäaikainen. Sittemmin ajattelutapa muuttui ja katsottiin, että korvattavuuden salliminen julkisissa tiloissa annetusta hoidosta oli epäloogista siihen muutoin selkeään rajanvetoon nähden, mitä valtionosuusuudistuksen yhteydessä muutoin toteutettiin. Tämän vuoksi erikoismaksuluokkajärjestelmä ja lääkäreiden yksityisvastaanotto-oikeus sairaaloissa lopetettiin vuonna 2008.

Tiukat rajanvedot ja korvausten epäämiset aiheuttivat luonnollisesti paljon tyytymättömyyttä potilaiden taholta. Tulkinnat eivät olleet potilaiden tiedossa, ja monelle vakuutetulle korvauksen epääminen tuli ikävänä yllätyksenä, ja se johti kanteluun eduskunnan oikeusasiamiehelle. Oikeusasiamies edellytti päätöksissään asian selventämistä, ja tämän vuoksi ryhdyttiin lainsäädännön selkeyttämistoimiin vuonna 1998, jolloin keskustelut yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen rajanvedosta alkoi uudelleen.[766] Sen tuloksena asiakasmaksulainsäädäntöä muutettiin niin, että yksityislääkärin lähetteellä tehtävistä laboratorio- ja röntgentutkimuksista sairaaloissa voitiin periä palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia vastaava maksu,[767] ja hieman myöhemmin sama periaate toteutettiin myös terveyskeskuksissa yksityislääkärin lähetteellä tehdyissä tutkimuksissa tehtäväksi maksullisesti laboratorio- ja

765 Immergut on selvittänyt tätä lääkäreiden suhtautumista terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän kehittymisen osana Ranskassa, Ruotsissa ja Sveitsissä. Vain Ruotsissa siirtyminen kuukausipalkkaukseen onnistui eivätkä lääkärit vastustaneet muutosta jyrkästi. Ranskassa lääkärit säilyivät ammatinharjoittajina, kun taas Sveitsissä sairausvakuutusjärjestelmää ei saatu aikaan lainkaan, osin juuri lääkärijärjestöjen vastustuksen vuoksi. Lääkärijärjestöt olivat osa niistä voimista, jotka veivät parlamentin hyväksymän sairausvakuutuslain kansanäänestykseen, jossa esitys hylättiin. Hacker on todennut, että Yhdysvalloissa lääkärit ja erityisesti heidän etujärjestönsä AMA ovat olleet eturintamassa sairausvakuutusjärjestelmää vastustettaessa. (Immergut 1992; Hacker 1998.)

766 Pekka Järvinen, muistio 14.10.1998, STM, sosiaali- ja terveyspalveluosasto.

767 A 1309/1999, 8 b §.

röntgentutkimuksia yksityislääkärin lähetteellä.[768] Tavoitteena oli, että yksityisesti toimivat lääkärit saattoivat toiminnassaan aiempaa enemmän tukeutua julkisen sektorin palveluihin ja tällöin katsottiin, että potilaan näin julkiseen terveydenhuoltoon maksamista tutkimusmaksuista tuli suorittaa sairausvakuutuskorvaus. Yksityinen ja julkinen toimivat näin hyvässä vuorovaikutuksessa etenkin syrjäseuduilla, jossa yksityisiä tutkimuksen suorittajia ei ollut käytettävissä.

Keskustelu yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteistoiminnasta jatkui edelleen 2000-luvulla.[769] Sen tuloksena lain tulkintaa päätettiin vieläkin muuttaa niin, että sairausvakuutuskorvaus voitiin maksaa silloin, kun palvelun käyttäjä siirtyi omasta aloitteestaan kunnallisesta terveydenhuollosta yksityisten palveluiden käyttäjäksi saamatta kunnalta lähetettä tai maksusitoumusta. Tällainen muutos merkitsi potilaan kustannusten lisääntymistä ja toisaalta julkisen terveydenhuollon paineiden vähentymistä, joten sairausvakuutuskorvaukselle ei nähty esteitä. Tämän jälkeen lain tulkintamahdollisuudet oli käytetty äärimmilleen, joten mikäli korvausmahdollisuuksia haluttiin edelleen laajentaa, oli lain muuttaminen tarpeen. Kela lähetti lokakuussa 2002 sosiaali- ja terveysministeriölle kirjeen, jossa viitattiin vuonna 2002 käynnistyneessä kansalliseen terveysprojektiin. Projektin yksi tavoite oli turvata terveyspalvelut kuntien ja valtion sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Tämän vuoksi Kela pyysi sosiaali- ja terveysministeriötä selvittämään lainsäädännön muutostarpeet, jotka johtuivat terveydenhuollon palvelujen uusista järjestämistavoista ja niiden aiheuttamasta yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajan hämärtymisestä.[770]

Kirje johtikin muutoksiin. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti 14.11.2002 kirjeen, jossa todettiin mm., että terveydenhuollossa oli yhä enemmän hämärtynyt julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välinen raja sekä sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon keskinäinen työnjako. Ongelmaa ratkaisemaan perustettiin ministeriöön työryhmä, jonka tuli kevään 2003 aikana selvittää asiaa ja arvioida mahdollisia lainsäädännön muutostarpeita.[771] Työryhmä julkisti työnsä tulokset muistiossa 12.6.2003[772]. Siinä ehdotettiin sairausvakuutuskorvausten laajentamista. Kehittämissuunta oli siis nyt kääntynyt eri suuntaan kuin valtionosuusuudistuksessa. Ehdotuksen mukaan sairausvakuutuslain mukainen korvaus tulisi myöntää myös silloin, kun tutkimus on tehty yksityisessä terveydenhuollon palveluja tuottavassa yksikössä riippumatta omistussuhteista. Kunta yksityisen terveydenhuollon yksikön omistajana ei siis enää estäisi sairausvakuutuskorvauksen suorittamista, vaikka aiemmin kunnan osaomistuskin esti korvauksen. Korvauskäytännön muutos

768 Laki 1408/2001, jossa yksityislääkärin lähetteellä terveyskeskuksessa tehtävät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset säädettiin terveyskeskusmaksujen ulkopuolelle.

769 Suomen Kuntaliitto 2002.

770 Kelan kirje sosiaali- ja terveysministeriölle (Kela 2002). Kirjeeseen liittyi muistio, jossa kuvattiin mm. kunnallisten liikelaitosten, säätiöiden, yhdistysten ja osakeyhtiöiden aiheuttamia ongelmia korvauskäytännölle.

771 STM 2002b.

772 STM 2003a.

edellytti sairausvakuutuslain muuttamista, mikä toteutettiin sairausvakuutuslain kokonaisuudistuksen yhteydessä vuonna 2004.[773]

Hallituksen esityksen mukaan julkisella terveydenhuollolla olisi edelleen kustannusvastuu silloin, kun hoitoa antaa ostopalveluna yksityinen palveluntuottaja, eikä sairausvakuutuskorvausta edelleenkään suoritettaisi, jos hoito annetaan julkisen terveydenhuollon tiloissa.[774] Näiltä osin hoidon ja tutkimuksen vaiheet kuuluivat edelleen julkisen terveydenhuollon kustannusvastuulle. Sen sijaan esityksen mukaan[775] sairausvakuutuskorvauksia voitaisiin maksaa myös kunnan omistamalle terveydenhuollon yksikölle. Esitys meni tältäkin osin sosiaali- ja terveysvaliokuntaan, joka mietinnössään piti välttämättömänä, että pikaisesti selvitettäisiin, pitäisikö kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen rajanvetoa edelleen selkiyttää, jotta perusteeton kustannusten siirto estyisi.[776] Valiokunta hyväksyi hallituksen esitykseen sisältyneet muutokset, ja uuden sairausvakuutuslain tultua voimaan kunnan kokonaan tai osittain omistamien terveydenhuollon yksiöiden palveluista on voitu maksaa sairausvakuutuskorvausta. Valtionosuusuudistuksen jälkeen vuonna 1993 rajausta kunnan kokonaan tai osittain omistamiin yksiöihin pidettiin hyvin tärkeänä, joten diskurssin muutos kymmenessä vuodessa on ollut hyvin merkittävä. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon toimintaa halutaan lähentää toisiinsa.

Keskustelu julkisen ja yksityisen terveydenhuollon läheisemmästä yhteydestä on jatkunut uudistetun sairausvakuutuslainkin aikana, sillä tammikuussa vuonna 2008 sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä[777] ehdotti, että yksityinen terveydenhoitoalan yritys tai lääkäri voisi vuokrata kunnan tai kuntayhtymän tyhjillään olevia tiloja, niin että siellä hoidettaville potilaille voitaisiin maksaa sairausvakuutuskorvaus annetusta hoidosta.[778] Ehdotus osoittaa, kuinka liikkuva julkisen ja yksityisen terveydenhuollon raja Suomessa on ja kuinka eri tavoin eri aikakausina rajaan suhtaudutaan. Ehdottoman ja joustamattoman rajanvedon kääntöpuolena on nähty julkisten tilojen tehoton käyttö.

773 HE 50/2004.

774 HE 50/2004, 5.

775 HE 50/2004, 6–17, esityksen 2 luvun 3 §.

776 StVM 25/2004. Valiokunnan mietintöön esittivät kokoomuksen edustajat vastalauseen, jossa mm. ehdotettiin kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tilojen vuokraamista yksityisille ja siellä annetun hoidon korvaamista sekä sairausvakuutuksen korvaustaksojen korottamista, jotta julkisten erikoislääkäripalveluiden ruuhkat saataisiin puretuksi. Kokoomuksen vastalauseeseen yhtyi myös Leena Rauhala (kd.). Valiokunnassa kokoomusta edustivat edustajat Akaan-Penttilä, Asko-Seljavaara, Risikko ja Vahasalo.

777 HS 27.1.2008.

778 Ministeri Hyssälä perusteli ehdotustaan muuttuneella rahoitustilanteella. Aiemmin julkiset tilat saivat valtionavustusta perustamiskustannuksiin, mutta valtionosuusuudistuksen jälkeen valtionavustusten maksaminen terveydenhuollon investointeihin on lopetettu. 1.3.2011 tuli voimaan määräaikainen sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muutos (HE183/2010, EV 255/2010), jonka mukaan myös julkisen terveydenhuollon tiloissa voidaan antaa yksityistä, sairausvakuutuksesta korvattavaa sairaanhoitoa.

6.9 Muut terveydenhuollon rahoituskanavat

6.9.1 Yksityiset sairauskuluvakuutukset

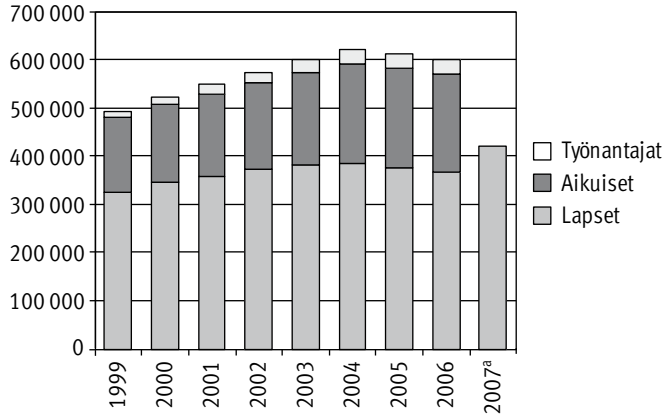
Yksityisillä sairauskuluvakuutuksilla on todennäköisesti rooli myös Suomen terveydenhuollon rahoituksen kokonaisuudessa. On ilmeistä, että monet kansalaiset haluavat täydentää julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen antamaa terveysturvaa ottamalla vakuutusyhtiöistä yksityisiä sairauskuluvakuutuksia. Sairauskuluvakuutus voi olla myös työsuhde-etu, jonka työnantaja antaa työntekijöilleen houkutellakseen itselleen pätevää työvoimaa tai antaakseen työntekijälle mahdollisuuden saada nopeaa hoitoa ja saada tämä palaamaan työhön mahdollisimman nopeasti. Vakuutusmaksuilla sekä vakuutuksen ottajat että vakuutusyhtiöt rahoittavat osaltaan Suomen terveydenhuollon kokonaisuutta, joten perustellusti voidaan todeta Suomen terveydenhuollon rahoituksen koostuvan ainakin seuraavista lähteistä:

1) kunnallisvero ja terveydenhuollon laskennalliset valtionosuudet
2) palkansaajien, yrittäjien ja muiden etuuden saajien maksamat sairaanhoitovakuutusmaksut
3) julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja sairausvakuutuksen omavastuuosuudet
4) kansalaisten ja työnantajien maksamat sairauskuluvakuutusmaksut.

Alun perin kaksikanavaisena pidetty Suomen terveydenhuollon rahoitus osoittautuukin näin jaoteltuna ainakin nelikanavaiseksi eli rahaa järjestelmän ylläpitoon tulee ainakin neljästä lähteestä. Yksityisten sairauskuluvakuutusten maksut muodostavat kiistämättä yhden kanavan, koska kansalaiset hakevat siten itselleen terveysturvaa. Yksityisistä sairauskuluvakuutuksista suosittuja ovat erityisesti ns. lapsivakuutukset, jotka antavat vanhemmille mahdollisuuden saada sairastunut lapsi nopeasti yksityiseen terveydenhuoltoon. Näin säästyy aikaa jonotukselta terveyskeskuksessa. Viime vuosina myös työnantajien ottamat sairauskuluvakuutukset työntekijöilleen ovat nousseet. Kuviosta 20 (s. 294) havaitaan, että yksityisten vakuutusten määrä on lähes jatkuvasti noussut. Yksityisten sairauskuluvakuutusten piirissä oli vuonna 2007 noin 700 000 kansalaista, eli noin 12 prosenttia koko kansasta. Kehitys 2000-luvulla on ollut pääosin nouseva kaikissa vakuutusryhmissä, joskin lapsivakuutuksen nousu oli vuonna 2007 erityisen huomattava. Aikuisten ja työnantajien osalta ei ole saatavissa aivan tarkkaa lukumäärää vuodelta 2007, koska vakuutusyhtiöt ovat alkaneet tehdä uusia järjestelyjä. Sairauskuluvakuutuksia on liitetty muihin vakuutuksiin, jolloin tilastointi on vaikeutunut. Finanssialan Keskusliiton arvion mukaan työnantajien ja aikuisten osalta tapahtui nousua noin 10–15 prosenttia vuonna 2007.[779] Syitä siihen, miksi kansalaiset ovat alkaneet enenevästi ottaa sairaskuluvakuutuksia, ei ole kovin paljon tutkittu.

779 Finanssialan Keskusliiton tutkija Päivi Lunan haastattelu 3.5.2010.

Kuvio 20. *Yksityisten sairauskuluvakuutusten lukumäärän kehitys 1999–2007.*



[a] Vuodesta 2007 on saatavissa vain lasten vakuutusten kehitys.

Sairauskuluvakuutusten ehdot vaihtelevat yhtiö- ja yksilökohtaisesti, joten kysymyksessä on varsin heterogeeninen ilmiö. Normaalisti nämä vakuutukset kattavat julkisen sairaanhoitovakuutuksen omavastuita ja julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja. Sairaanhoitovakuutuksen korvaustason jälkeenjääneisyydestä johtuen yksityisellä vakuutuksella katettava osa on vuosi vuodelta käynyt suuremmaksi, mikä epäilemättä on vaikuttanut myös vakuutusten hintoihin.

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisen vuorovaikutuksen kannalta yksityisten vakuutusten lisääntymisellä on merkitystä. Tosiasia lienee se, että vain harva yksityisen vakuutuksen ottanut menee terveyskeskukseen silloin, kun hänellä on mahdollisuus käyttää vakuutustaan. Tämä oletus pätee ainakin lapsivakuutuksissa ja todennäköisesti laajemminkin, joten on mahdollista, että jopa 700 000 kansalaista käyttää yksityisiä terveyspalveluja ottamansa yksityisen sairauskuluvakuutuksen ohjaamana. Terveyskeskus ei ole houkutteleva vaihtoehto silloin, kun yksityinen sairauskuluvakuutus kattaa yksityisen hoidon kustannukset kokonaan tai ainakin suuren osan kustannuksista. Erityisesti suurissa kaupungeissa yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat todennäköisesti hyvinkin merkittävä taustatekijä kansalaisten valitessa hoitomuotoaan, koska yksityisiä palveluja on runsaasti tarjolla.

Tutkimustietoa yksityisten sairauskuluvakuutusten vaikutuksesta on olemassa lähinnä lääkäreiden näkökulmasta, ja tulokset osoittavat, että vakuutus saattaa lisätä turhien käyntien ja tutkimusten määrää.[780] Yksityisten vakuutusten lisääntyminen

780 Riitta Lusenius on haastatteletutkimuksessaan selvittänyt lääkäreiden näkemyksiä sairauskuluvakuutuksen merkityksestä vastaanotolla tapahtuviin ratkaisuihin lääkärin näkökulmasta. Lääkäreiden mielestä sairauskuluvakuutuksen olemassaolo johtaa siihen, että vakuutettu hakeutuu turhan helposti vastaanotolle. Myös lääkärit itse kertovat tutkivansa ja hoitavansa potilasta turhan herkästi, koska insentiivejä pitäytyä lääketieteellisesti riittäviksi todetuissa hoidoissa ja tutkimuksissa ei ole tarpeeksi. Luseniuksen vakuutussuunnitteluksi nimeämä ilmiö korostuu etenkin silloin, kun hoidon määrälle tai laadulle ei ole asetettu selkeitä vaatimuksia ja rajoja. Riittävän suuri omavastuu voisi vaikuttaa rajoittavasti sekä lääkärissä käyntien että tutkimusten määrään. (Lusenius 2009.)

on todennäköisesti vaikuttanut myös yksityisten terveyspalvelujen volyymiin, mutta terveydenhuollon kokonaisuudelle tällainen kehitys ei välttämättä ole negatiivista. Yksityisten palvelujen käytön lisääntyessä julkisen terveydenhuollon paineet ehkä helpottuvat. Terveydenhuollon tasa-arvon näkökulmasta yksityisten vakuutusten lisääntyminen ei ole myönteistä, sairausvakuutusta ei useinkaan myönnetä hakijalle, jonka terveydentilassa on ongelmia.[781] Vakuutusyhtiöt toteuttavat ns. riskien valikointia ja vakuutuksien myöntämisen yhteydessä arvioidaan vakuutusriskin toteutumisen todennäköisyyttä.

6.9.2 Liikenne- ja tapaturmavakuutukset

Laajennettaessa tarkastelua muihin vakuutuksiin voidaan löytää vielä uusia terveydenhuollon rahoituskanavia. Sairausvakuutuskorvaukset ovat toissijaisia lakisääteisiin vakuutuksiin nähden, ja näistä vakuutuksista keskeisimmät ovat liikennevakuutus ja työtapaturmavakuutus. Sairausvakuutuskorvauksia ei näissä tapauksissa makseta, vaan liikenne- tai työtapaturmaan joutuneet vakuutetut ohjataan hakemaan korvaukset suoraan asianomaiselta vakuutusyhtiöltä. Hoitoja maksaessaan liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöt osallistuvat osaltaan myös terveydenhuollon rahoitukseen. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen kannalta on merkittävää, että liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöillä on mahdollisuus valita yksityisen ja julkisen palveluntuottajan välillä liikenneonnettomuudessa tai työtapaturmassa loukkaantuneita hoidattaessaan, eivätkä kaikkia liikenne- ja tapaturmavakuutuspotilaita välttämättä ohjata julkiseen terveydenhuoltoon.

Vuoden 2005 alussa poistui ns. laastarivero, jonka vakuutusyhtiöt maksoivat siitä, että liikenne- ja tapaturmavakuutuspotilaat hoidettiin julkisessa terveydenhuollossa. Tällä verolla vakuutusyhtiöt osallistuivat julkisen terveydenhuollon ns. todellisiin[782] kustannuksiin. Vuodesta 2005 lähtien vakuutusyhtiöt ovat kuitenkin maksaneet hoidon todelliset kustannukset suoraan palvelun antajalle jokaisesta hoidettavasta potilaastaan. Valitessaan hoitopaikkaa ja pyrkiessään kustannussäästöihin vakuutusyhtiöt ovat alkaneet kilpailuttaa palveluntuottajia ja potilaiden hoito ohjataan

781 Finanssialan Keskusliitto teetti vuonna 2010 Taloustutkimuksella tutkimuksen suomalaisten asennoitumisesta vakuutuksiin ja vakuutusyhtiöihin. Tutkimuksessa haastateltiin 15–79-vuotiaita suomalaisia. Tutkimustulosten mukaan lähes puolet suomalaisista (47 prosenttia) katsoi vapaaehtoisen vakuutuksen välttämättömäksi pakollisen sosiaaliturvan täydentäjäksi. Erityisesti sairauskuluvakuutus on lisäämässä suosiotaan, sillä tutkimusraportin mukaan vuonna 2010 noin joka neljännellä suomalaisella (26 prosenttia) on joko itsensä tai työnantajansa ottama sairauskuluvakuutus. Tutkimustulosten mukaan kolme neljästä vastaajasta piti sairauskuluvakuutusta tarpeellisena kaikille perheille, joilla on lapsia ja lainaa. Yli puolet (57 prosenttia) oli myös sitä mieltä, että yksin elävät tarvitsevat vakuutuksen. Siihen, että julkinen terveydenhuolto takaa riittävät palvelut, uskoi vain 51 prosenttia vastaajista. (Yksityinen sektori on … 2010.)

782 Hoidon todellisilla kustannuksilla tarkoitetaan kustannuksia, joita potilaan hoito kokonaisuudessaan aiheuttaa ottaen huomioon kiinteistö-, henkilöstö-, tarvike-, lääke- yms. menot. Sairaanhoitopiirien laskuttaessa kuntia erikoissairaanhoidon antamisesta pyritään todellisten kustannusten kattamiseen. Laskutusperusteet ovat kuitenkin vaihdelleet sairaanhoitopiireittäin. Jokainen sairaanhoitopiiri laskee itse todellisen kustannuksen valitsemansa laskuperusteen mukaisesti ja laskuttaa sen mukaan kuntia antamastaan erikoissairaanhoidosta. Yhtenäistä, koko maan kattavaa terveydenhuollon kustannusten laskentaa ei Suomessa ole käytössä, mikä sekin on osoitus Suomen terveydenhuollon hajanaisesta toteutuksesta.

tarjouskilpailun voittaneeseen yksikköön, olipa se yksityinen tai julkinen. Koska järjestelmä on ollut käytössä vasta muutaman, vielä ei tiedetä, kuinka paljon muutos on vaikuttanut yksityisten palvelujen volyymiin, mutta todennäköisesti muutoksella on ollut vaikutusta. Tärkeätä on kuitenkin huomata, että myös lakisääteiset liikenne- ja vakuutusyhtiöt osallistuvat Suomen terveydenhuollon kokonaisuuden rahoitukseen yhtenä rahoituskanavana.

6.10 Terveydenhuolto liiketoimintana ja yksityiset palvelut

Yksityiset terveyspalvelut laajenivat ja niiden rooli muuttui 2000-luvulla. Näin tapahtui sairaanhoitovakuutuksesta riippumatta, sillä korvaustaso pysyi koko ajanjaksolla alhaisena eivätkä suuret omavastuuosuudet houkutelleet käyttämään yksityistä terveydenhuoltoa julkisen palvelun sijasta. Terveyskeskusten ja yksityissektorin välinen suhde on pysynyt melko vakaana. Suomen liittyminen EU:hun vuonna 1995 toi kilpailuelementin myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Julkisen yhteisön hankkiessa palveluja yksityiseltä sektorilta on järjestettävä tarjouskilpailu, jos sopimuksen arvo ylittää EU:n hankintadirektiivin kynnysarvon. EU:n julkisia hankintoja koskeva direktiivi ei tosin kata sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta Suomi on liittänyt myös nämä palvelut kilpailutukseen toteuttaessaan direktiivin hankintalakia. Näin kilpailuelementti ja kuntien kilpailutukset niiden toteuttaessa järjestämisvelvollisuuden ostopalveluina yksityisiltä on alkanut erityisesti 2000-luvulla tuoda uusia piirteitä terveydenhuollon toteutukseen. Jo sitä ennen 1990-luvulla tilaaja-tuottajamalli, jossa palvelujen hankintaorganisaatio ja palvelujen tuottajaorganisaatio haluttiin erottaa toisistaan tehokkuuden lisäämiseksi, alkoi levitä myös kuntasektorille ja palvelujen tuottamiseen.

Hoitotakuun toteuttaminen lisäsi yksityisten palvelujen käyttöä, sillä hoitoaikojen toteuttamiseksi kunnat ostivat aiempaa enemmän yksityisiä terveyspalveluja. Näin myös kuntien järjestämät tarjouskilpailut terveyspalvelujen järjestämisestä alkoivat lisääntyä ja kynnysarvon alhaisuuden vuoksi terveyspalvelut tuli melkein aina kilpailuttaa.[783] Tämän kehityksen myötä yhä useampi terveyspalvelun kilpailutus on päätynyt riita-asiana markkinaoikeuteen. Palvelun käynnistyminen saattaa huomattavastikin viivästyä, jos markkinaoikeus kieltää sopimuksen tekemisen markkinaoikeuskäsittelyn ajaksi.[784] Yksityisen sektorin tullessa yhä näkyvämmäksi toimijaksi terveydenhuollossa tapahtuu samalla väistämättä alan markkinoitumista, ja markkinaoikeus kilpailutuksesta aiheutuneita riitoja ratkaistessaan luo myös pelisääntöjä terveydenhuollon toteuttamiselle. Keskeiseksi kysymykseksi on noussut hankittavan palvelun hinnan suhde laatuun. Kuinka paljon kunnat voivat asettaa laatutekijöitä

783 Kynnysarvo on vuonna 2007 uudistuneen kilpailutuslainsäädännön mukaan 15 000 euroa.

784 Kilpailutus saattaa laskea hintoja. Kunnat järjestivät vuosina 2002–2004 yli 150 kilpailutusta päivystyspalveluista ja pitkäaikaisista lääkärin vastaanottopalveluista. Stakesin tekemän tutkimuksen mukaan hinnat ovat laskeneet erityisesti lääketieteen kandidaattien kohdalla, joiden tuntihinta oli laskenut vajaasta 60 eurosta 40 euroon. (Sarola 2005). Toisen, uudemman tutkimuksen mukaan lääkäripalvelujen ulkoistaminen ei ollut tuonut kunnille säästöjä (Mikkola 2009).

edellytykseksi kilpailuun osallistumiselle ja mikä on hinnan ja laadun suhde kilpailun voittajaa ratkaistaessa? Kuntien terveyspalvelujen ulkoistaminen on myös saanut suuret, kansainväliset, terveyspalveluja tuottavat yritykset kiinnostumaan Suomen markkinoista, ja yksityiset terveyspalvelut ovat keskittyneet.

Toinen syy yksityisten palvelujen laajentumiseen 2000-luvulla on ollut lääkäreiden haluttomuus hakeutua julkisen terveydenhuollon palvelukseen. Kun lääkäreitä ei ole saatu terveyskeskuksen virkoihin, ovat kunnat ostaneet palveluja lääkäreitä välittäviltä yrityksiltä, ja jopa kokonaisia terveyskeskuksia on annettu ostopalveluna yksityisten terveyspalveluyhtiöiden hoidettavaksi.[785] Uusi piirre terveydenhuollon toteutuksessa on myös se, että kunnat ovat perustaneet terveydenhuollon yhtiöitä yhdessä yksityisten palveluntuottajien kanssa ja hoitoja on siirretty näiden yksiköiden hoidettavaksi.[786] Mikäli kysymyksessä ei ole kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluva terveyspalvelu, voidaan tällaisessa yksikössä annetusta hoidosta maksaa sairausvakuutuskorvausta vuoden 2005 sairausvakuutuslain mukaan.

Työterveyshuolto voidaan toteuttaa sekä terveyskeskuksissa että yksityisen terveydenhuollon palveluina. Tältä osin julkinen terveydenhuolto on kilpailutilanteessa samassa asemassa yksityisen kanssa. Kehitys palveluntarjoajien osalta on kulkenut keskittymistä kohden. Viisi suurinta lääkäriketjua tuottaa palveluja noin viidennekselle työterveyshuollon henkilöasiakkaista.[787] Kuitenkin edelleen noin 25 prosenttia työterveyshuoltopalveluista annetaan terveyskeskuksista, joten työterveyshuolto on edelleen luokiteltavissa yksityisen ja julkisen sekoitukseksi, jossa ratkaisevaa on kilpailutus ja sen tulos. Myös ns. laastariveron poistuminen vaikutti yksityisen ja julkisen terveydenhuollon väliseen vuorovaikutukseen, koska liikenne- ja tapaturmavakuutusyhtiöt voivat valita potilaansa hoidon julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Julkisen terveydenhuollon yksiköt joutuvat osallistumaan vakuutusyhtiöiden julistamaan kilpailutukseen yksityisten palveluntuottajien kanssa, jotta ne voisivat saada liikenne- ja tapaturmavakuutuspotilaita hoidettavakseen.

Myös palvelusetelin käyttömahdollisuus kunnan hoitaessa terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuttaan palvelusetelillä voi vaikuttaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon tasapainoon Suomessa. Palveluseteliuudistuksen nimenomainen tavoite oli lisätä yksityistä yritystoimintaa sosiaali- ja terveyspalveluissa, joten palveluseteli, jos

785 Lahdessa yksityinen palveluntuottaja ylläpitää kokonaan kahta kaupungin alueellista terveysasemaa ja myös uudessa laajassa Kouvolan kaupungissa perusterveydenhuolto on osin ulkoistettu. Monissa muissa kunnissa on suunnitelmia terveyskeskusten siirtämisestä yksityisten hoidettavaksi, ja eräät kunnat ovat muuttamassa terveyskeskuksia liikelaitoksiksi. (Ks. ulkoistuksesta saaduista säästöistä Mikkola 2009). Joulukuussa 2010 Rääkkylän kunta päätti ostaa lähes kaikki sosiaali- ja terveyspalvelunsa kansainväliseltä Attendo MedOnelta ja irtaantua kuntien muodostamasta liikelaitoksesta, jossa palveluja on tuotettu. (HS 15.12.2010).

786 Esimerkkinä kuntien ja yksityisten palveluntuottajien perustamasta yhtiöstä voidaan mainita Tampereella toimiva Coxa Oy. Pirkanmaan kunnat lähettävät sinne lonkkanivelpotilaita leikattavaksi ostopalveluna julkisen sektorin potilaina. Mikäli potilas hakeutuu itse Coxa Oy:n hoidettavaksi, voidaan hänelle maksaa hoidosta sairausvakuutuskorvaus, vaikka kunta onkin yhtiön osaomistaja.

787 Ks. Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy 2008, 96. Tarkastusviraston toteuttamassa työterveyshuollon tarkastuksessa on todettu, että työterveyshuollosta on tullut merkittävä osa yksityistä terveyspalvelutuotantoa.

sitä aletaan tehokkaasti käyttää kuntien terveyspalvelujen toteutuksessa, epäilemättä alkaa lisätä yksityisen terveydenhuollon osuutta. Kokemukset palvelusetelin käytöstä ovat toistaiseksi vielä vähäiset, mutta tulevaisuudessa sillä saattaa olla merkittävä rooli yksityisten terveyspalvelujen lisääjänä. Kunnan talouden kannalta palveluseteli on hyvä vaihtoehto, koska palvelusetelillä ostetut palvelut eivät ole mukana laskettaessa asiakkaan maksukattoa ja kunta voi itse päättää palvelusetelin arvosta. Asiakkaalla on tosin oikeus kieltäytyä palvelusetelistä, mutta jos toinen vaihtoehto on pitkä jonotus potilaalle tärkeään hoitotoimenpiteeseen, saattaa palveluseteli olla potilaankin hyväksymä vaihtoehto.

6.11 Arvio

Funktionalistisesti tarkasteltuna yksilönvastuun lisääntymisen ajanjakso oli taloudellisesti pääosin myönteisen kehityksen aikaa 1990-luvun alun taloudellista lamaa ja vuonna 2008 alkanutta taantumaa lukuun ottamatta. Laman hellitettyä 1990-luvun puolivälin jälkeen talous alkoi nousta voimakkaasti, ja pienten notkahdusten jälkeen nousu jatkui aina vuonna 2008 alkaneeseen taantumaan saakka. Teorian mukaan terveydenhuollon olisi tullut tällä ajanjaksolla kehittyä talouden kehityksen myötä, mutta näin ei tapahtunut. Keskeinen selittävä syy oli muuttunut suhtautuminen hyvinvointipalveluihin, joka alkoi jo 1980-luvun puolivälin jälkeen pääomien vapautuksen myötä. Muuttuneessa paradigmassa korostettiin tehokkuutta ja kustannussäästöjä hyvinvointipalvelujen laadun ja määrän kustannuksella. Terveydenhuollon toteutuksen tuli tapahtua kustannustehokkaasti ja säästöihin pyrkien. Ajattelutapaa syvensi 1990-luvun alun taloudellinen lama, joka loi ”lamadiskurssin” leimaten koko ajanjakson terveyspoliittista ajattelua. Kehittämiseen ei ollut varaa, koska lama-ajattelu esti kehittämisen pitkälle senkin jälkeen, kun talous oli alkanut kehittyä suotuisasti. Valtionosuusuudistus hajautti terveydenhuollon toteutuksen kuntiin, eikä taloudellisen tilanteen yleinen paraneminen suoraan heijastunut kuntatason terveydenhuollon toteuttamiseen. Jokainen kunta teki päätöksensä itse, ja terveydenhuollon määrä ja laatu kussakin kunnassa määräytyi itsehallinnossa tehtyjen päätösten mukaan. Valtio alkoi toteuttaa informaatio-ohjausta, jonka vaikutus kuntien terveydenhuoltoon oli vähäinen.[788] Aiemmin lääkintöhallitus oli suosituksin, kiertokirjein yms. tavoin ohjannut kuntia, mutta lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen tällaista koordinoivaa viranomaista ei enää ollut.

Valtionosuusuudistus pyrki ennen kaikkea tehokkuuden lisääntymiseen ja kustannussäästöihin sekä yksilön vastuun lisäämiseen suhteessa julkiseen vastuuseen. Näitä tavoitteita toteutettaessa terveydenhuolto ja muut sosiaalipalvelut nähtiin lähinnä

788 Valtiontalouden tarkastusvirasto toteutti vuonna 2009 tarkastuksen sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmästä. Vuoden 2009 valtio oli tulo- ja menoarviossa osoittanut kuntien järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon 5 959 miljoonaa euroa, josta 93 prosenttia oli valtionosuutta kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Tarkastusviraston mukaan varsinaisia toiminnallisia ja tulostavoitteita kuntien sosiaali- ja terveyspalveluille ei budjettikirjassa esitetty. (Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan … 2009, 39–46). Kunnat saavat siis päättää lähes 6 miljardin euron käytöstä.

kustannuksena, eikä hyvinvointipalvelujen roolia pidetty positiivisena. Palvelut tuli toteuttaa mahdollisimman kustannustehokkaasti. Tähän liittyi myös se, että kansalaisille tuli antaa hyvin säästeliäästi oikeuksia terveyspalvelujen saamiseen. Terveyspalvelujen tuottajat päättivät palvelujen määrästä ja laadusta. Valtionosuusuudistus ja etenkin sen tavoitteet vaikuttivat kuitenkin niin negatiivisesti kansalaisten hyvinvointipalveluihin, että joihinkin korjaustoimiin oli ryhdyttävä. Karkeasti ottaen kaikkien ajanjakson terveydenhuollon muutosten alkusyy – tai ainakin muutoksen taustalla – oli valtionosuusuudistus.[789]

Terveydenhuollon maksuttomuus poistettiin noudattamalla asteittaisen muutoksen strategiaa.[790] Etuuksien ja palvelujen heikennykset saadaan läpi vähäisemmällä keskustelulla, kun ne toteutetaan vähitellen. Terveyskeskusmaksu otettiin käyttöön myöhemmin kuin muut terveydenhuollon maksut. Tämän jälkeen maksukatolla pyrittiin lieventämään maksujen aiheuttamia haittoja, mutta kattoon jäi aukkoja. Maksukaton täyttymisen jälkeenkin potilas joutui osallistumaan moniin terveydenhuoltonsa kustannuksiin. Vuonna 2008 maksupolitiikka viimein vakiintui, kun maksuja korotettiin ja maksut sidottiin indeksiin. Palveluseteli antaa mahdollisuuden ohittaa maksukatto.

Polkuriippuvuuden ja historiallisen institutionalismin kannalta ajanjaksoa voisi kuvata eri suuntiin johtavien polkujen ajanjaksona. Pääosin jakso oli polkuriippuvainen 1800-luvulla alkaneesta polusta ja varsinkin valtionosuusuudistus oli hyvin polkuriippuvainen jo vuoden 1869 keisarillisesta julistuksesta, jossa kunnat asetettiin vastuuseen asukkaittensa terveydenhuollosta ilman tarkempia määräyksiä ja suunnitelmia. Kunnan itsehallinto ja kunnan vapaus päättää terveydenhuoltoon suunnatuista määrärahoista olivat keskeisiä myös valtionosuusuudistuksessa. Myös kehitys terveydenhuollon maksujen palauttamiseksi eteni polkuriippuvaisesti. Maksullisuuden polku alkoi 1800-luvulla. Kansanterveysjärjestelmän yhteydessä esiin tullut maksuttomuuden periaate ei saanut syvempää sijaa suomalaisen terveyspolitiikan arvomaailmassa, ja maksullisuus palautettiin valtionosuusuudistuksen yhteydessä.

Perusoikeusuudistus vuonna 1995 ja hoidon määräaikojen säätäminen lailla vaikuttivat syvällisimmin terveydenhuollon toteuttamiseen, edellinen kuitenkin vain

789 Hallituksen esityksessä terveydenhuoltolaiksi todetaan yleisperusteluissa (HE 90/2010, 5), että ”STVOL:n myötä siirryttiin resurssiohjauksesta kuntien itsehallinnolliseen tulosvastuuseen. Kunnan oli osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (3 §). Valtionosuusuudistuksen yhtenä keskeisenä tavoitteena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Tämä merkitsee kunnan asukkaiden oikeutta ja vapautta päättää palvelujen painotuksista ja asukkaiden tarpeiden huomioon ottamisesta haluamallaan tavalla, kuitenkin lainsäädännön asettamissa rajoissa. Samalla kun uusi järjestelmä on tuonut joustavuutta, se on aiheuttanut myös sen, että joihinkin lainsäädännön edellyttämiin palveluihin eivät kaikki kunnat ole osoittaneet voimavaroja. Kunnan on kuitenkin varattava riittävästi varoja terveyspalvelujen tuottamiseen tai ostamiseen. Kunnan on varattava talousarvioonsa määrärahat kiireellisen hoidon ohella myös muuta lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeellista hoitoa varten. Potilaan oikeutta hoitoon ei voida rajoittaa vetoamalla pelkästään kunnan terveydenhuoltoon osoittamien määrärahojen niukkuuteen ottamatta huomioon hänen yksilöllisiä tarpeitaan.” Näin siis hallituksen esityksessä myönnetään, ettei kuntien menettely uusia vapauksia käyttäessään ole aina ollut potilaiden ja kunnan asukkaiden etujen mukaista.

790 Ks. vähittäisten muutosten strategiasta Kangas 2006, 328–334.

välillisesti ja pitkällä viiveellä.[791] Molemmat muutokset tarjoavat mielenkiintoisen havainnon Skocpolin edustaman valtiollisen institutionalismin näkökulmasta, koska Skocpol on korostanut valtiorakenteen merkitystä arvioitaessa sosiaaliturvan kehitystä eri maissa. Yhdysvalloissa perustuslaki ja korkein oikeus ovat olleet keskeisessä asemassa sosiaaliturvaa uudistettaessa ja monet sosiaaliturvalait ovat rauenneet, koska korkein oikeus on katsonut niiden olevan ristiriidassa perustuslain kanssa. Suomessa perusoikeusuudistus ja vuoden 2000 perustuslaki toimi kuitenkin toiseen suuntaan ja vahvisti kansalaisten oikeuksia terveydenhuollossa. Tämä näkyi erityisesti siinä, että ns. hoitotakuun taustalla oli perustuslain säännös kansalaisten oikeudesta hyvään hoitoon. Hallituksen esityksessä hoitoajoista korostettiin sitä, että esityksellä ei luotu potilaalle subjektiivisia oikeuksia, mutta siitä huolimatta hoitoaikoihin kansalaisilla on katsottu olevan tietynlainen subjektiivinen oikeus.

Potilaslain säätämisellä vuonna 1992 oli tarkoitus hyvittää potilaille valtionosuusuudistuksen kunnille antamia uusia vapauksia, mutta lain sisältö jäi keskeisiltä osiltaan periaatteelliselle tasolle eikä laki merkittävästi auttanut potilasta vaikeissa hoitotilanteissa. Keskeiseksi periaatteeksi jäi kunnan oikeus päättää terveydenhuollon antamisesta asukkailleen voimavarojensa puitteissa. Hoitotakuun käyttöönotolla vuonna 2005 oli tarkoitus parantaa potilaan asemaa ja rajoittaa kuntien itsehallintoonsa perustuvaa päätösvaltaa asukkaidensa terveydenhuollosta. Kuitenkin järjestelmän valmistelussa ja toteutuksessa instituutiot vaikuttivat hallituksen esitykseen, jossa korostettiin, että hoitotakuu ei merkitse potilaalle subjektiivista oikeutta hoitoon. Hoitotakuun luonne oli hallinnollinen eikä potilaalle tullut oikeusturvakeinoja, jos hoitoaikoja ei hänen kohdallaan noudatettu. Potilas saattoi vain tehdä kantelun tai muistutuksen.

Hoitotakuun eduskuntakäsittelyssä kuitenkin perustuslakivaliokunnan ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausunnot veivät hoitotakuun käsitettä lähemmäksi potilasta ja järjestelmän tulkinnassa otetaan huomioon myös perustuslain 19 § ja potilaslain sääntelemä oikeus hyvään hoitoon. Niinpä eduskunnan oikeusasiamies ja valvontaelimet ovat tulkinneet hoitotakuuta tiukasti. Lääkäri päättää edelleen hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta lääketieteellisin perustein. Kuitenkin sen jälkeen kun hoitopäätös on tehty, on potilaalla oikeus saada hoito hoitotakuuaikojen puitteissa subjektiivisena oikeutena riippumatta kunnan tai sairaanhoitopiirin taloudellisesta tilanteesta. Hoitotakuu ei ole siis pelkästään hallintoa, vaan se antaa potilaalle myös oikeuksia. Ongelmia silti on. Hoitotakuuaikoja rikotaan, ja valvontaviranomaisten on vaikea puuttua jokaiseen rikkomukseen. Potilaan oikeusasema hoitotakuurikkomuksissa kaipaisi vielä kohennusta. Valvontaviranomaisen ainoa tehokas keino on hyvityssakon asettaminen. Siihen ei yleensä ryhdytä, jos hoitotakuuaikojen rikkomukset eivät ole laajoja ja toistuvia eikä kunta tai kuntayhtymä ole huomautuksista huolimatta korjannut menettelyään.

791 Tanskan terveydenhuollossa asiakkaalla on niin sanottu laajennettu oikeus valita hoitava sairaala. Oikeus on sidottu odotusaikaan ja se aktualisoituu, jos asiakas on joutunut odottamaan hoitoon pääsyä yli kuukauden. Tämän jälkeen hän voi hakea palvelun miltä tahansa kunnan hyväksymältä terveyspalvelun tuottajalta. (HE 20/2009, 8.)

Hoitotakuun toteutus oli vielä hallituksen esitysvaiheessa polkuriippuvainen 1800-luvulla alkaneesta kunnallisen järjestämisvelvollisuuden toteutustavasta. Hoitotakuun valmisteluvaiheessa korostettiin erityisesti sitä, että takuu ei merkitse subjektiivista oikeutta hoitoon pääsyyn. Polkuriippuvaiseen toteutustapaan viittaa myös se, että hoitotakuulle on asetettu monimutkaisia ehtoja (hoidon pisteytys ym.), jotka vaikeuttavat sekä potilaan että valvontaviranomaisen mahdollisuuksia selvittää, onko hoitotakuuaika toteutunut vai ei. Lisäksi perusterveydenhuollossa hoitotakuun valvonta on vaikeampaa kuin erikoissairaanhoidossa. Käytännössä hoitotakuun valvonta onkin keskittynyt enimmäkseen sairaanhoitopiirien toteuttaman erikoissairaanhoidon määräaikojen valvontaan. Siinäkin on suuria ongelmia, koska vuonna 2010 hoitotakuun vuoksi kunnille annetut ylimääräiset valtionosuudet ovat loppuneet. Hoitotakuu on siis periaatteessa subjektiivinen oikeus silloin, kun on tehty hoitopäätös mutta potilaille ei ole annettu tehokkaita oikeusturvakeinoja hoitotakuun toteuttamiseksi. Toisin on esimerkiksi Ruotsissa, jossa potilas voi hoitotakuuajan ylittyessä mennä hoidattamaan itsensä valitsemaansa hoitopaikkaan ja terveysviranomaiset maksavat tästä aiheutuvat ylimääräiset kustannukset. Ruotsin tyyppinen oikeusturvakeino olisi todennäköisesti tehostanut Suomessakin hoitotakuun toteuttamista paremmin kuin sairaanhoitopiireille asetetut uhkasakot.

Perustuslaki ja hoitotakuu ovat jonkin verran rajoittaneet kunnan aiemmin vapaata päätösvaltaa terveydenhuollossa ja siirtäneet huomiota myös potilaan oikeuksien suuntaan.[792] Kuitenkin Rauchin esittämän valtiokeskeisen institutionalismin näkökulmasta ajanjaksolla Suomessa pyrittiin hyvin tietoisesti hajanaiseen, paikalliseen terveydenhuollon toimeenpanoon.[793] Myös Heclon esiin tuoma virkamies- ja asiantuntijavalta näkyy ajanjakson kehityksessä, koska terveydenhuolto on tyypillisesti ala, jossa asiantuntijoiden ja alan ammattilaisten panos on keskeinen.[794] Valtionosuusuudistusta ajoivat terveydenhuollon keskeiset instituutiot valtiovarainministeriö ja kuntien keskusjärjestöt, ja uudistus lisäsi erityisesti kunnan talousjohdon valtaa. Terveydenhuollon valtionosuuksia oli mahdollisuus suunnata kunnan muihinkin menoihin, joten terveydenhuollon laatu ja taso tulivat entistä enemmän riippuvaiseksi paikallisista päätöksistä.[795]

792 HE 77/2004, 1 ja 36.

793 Ks. Rauch 2005, 3–7, jossa Rauch käsittelee universalismin käsitettä sosiaalipalveluissa ja 23–26, jossa Rauch vetää yhteen tutkimustensa tulokset. Selvimmin valtiokeskeinen institutionalismi on nähtävissä lastenhuollossa Ruotsin ja Tanskan kohdalla. Keskitetyt säännökset ovat niin selvät, että paikallisilla toimijoilla on vain vähän vetomahdollisuuksia. Norjan tilanne poikkeaa muista kolmesta Pohjoismaasta paikallisilla sovelluksillaan. Vanhusten huollossa puolestaan Ruotsi on toteuttanut kaikkein hajanaisimman toteutustavan, kun taas Tanskassa on valtiokeskeinen järjestelmä.

794 Ks. Heclo 1974, 301–305, jossa Heclo pohtii hallintovirkamiesten vaikutusta sosiaalipolitiikan kehitykseen. Heclo toteaa, että virkamiesten vaikutus on ”jatkuvaa”, kun taas puolueet ja intressiryhmät vain ajoittain ovat tärkeässä asemassa. Virkamiehet ja asiantuntijat laativat ne analyysit, jotka ohjaavat hallintoa ja kehitystä.

795 Terveyspalveluja enemmän supistuivat sosiaalipalvelut kunnissa valtionosuusuudistuksen jälkeen. Sotka-tietokannasta (http://www.sotkanet.fi) saatavien mukaan kuntien kotipalvelut olivat 1990-luvun puolivälissä supistuneet puoleen siitä, mitä ne olivat olleet vuosikymmenen alussa.

Rakennepolitiikan näkökulmasta terveyspolitiikka tuli ajanjaksolla aiempaa enemmän puoluepoliittiseksi kiistakapulaksi. Terveydenhuollon instituutiot vaikuttivat voimakkaasti kehitykseen ja asioiden valmistelussa virkamiehillä ja asiantuntijoilla oli keskeinen asema. Uudistusten päälinjat päätettiin kuitenkin jo ajanjakson hallitusohjelmissa, johon kaikki intressiryhmät pyrkivät vaikuttamaan. Terveydenhuollon uudistuksia ajanjaksolla voidaankin pitää lähinnä instituutioiden välisenä kamppailuna, jossa lopputuloksen ratkaisivat viime kädessä valtaresurssit ja poliittinen tilanne. Erityisesti terveydenhuollon maksupolitiikan ja palveluseteliuudistuksen käsittelyssä poliittiset erimielisyydet eduskunnassa olivat suuret. Puolueiden kannat terveyspolitiikkaan tulikin parhaiten esille juuri eduskuntakeskusteluissa.

Sairausvakuutus pysyi tällä ajanjaksolla lähes entisellään joitakin teknisiä uudistuksia lukuun ottamatta. Merkittävin tekninen muutos oli sairausvakuutuslain uudistaminen vuonna 2005. Korvaustaksojen jälkeenjääneisyys rapautti järjestelmää koko ajanjakson, ja suurin syy oli sairaanhoitovakuutuksen heikko ja ristiriitainen poliittinen asema. Järjestelmä ei ollut luonut instituutioita, jotka olisivat ehdollistaneet kehityksen järjestelmälle myönteisesti. Korvaustaksojen pienuudesta huolimatta tällä ajanjaksolla yksityisten palvelujen osuus terveydenhuollon kokonaisuudessa säilyi huomattavana.[796] Suuri periaatteellinen käänne tapahtui kuitenkin sairausvakuutuksen rahoituksessa, kun työnantajat vapautettiin osallistumasta sairaanhoitovakuutuksen kustannuksiin, työterveyshuoltoa lukuun ottamatta. Aiemmin sairausvakuutuksen rahoitus oli kolmikantainen työnantajien osallistuessa kaikkiin sairausvakuutuksen kustannuksiin. Työnantajien maksujen suuntaaminen vain toimeentulovakuutukseen heijastelee yhteiskunnassa tapahtunutta valtaresurssien muuttumista 2000-luvulla. Valtiovallan ja puolueiden merkitys yhteiskunnallisina toimijoina oli alkanut heikentyä suhteessa markkinavoimiin ja elinkeinoelämän instituutioihin, jolloin elinkeinoelämä alkoi saada aiempaa helpommin tavoitteitaan läpi erilaisissa kolmikantaisissa valmistelutyöryhmissä ilman keskitettyjä ratkaisuja. Walter Korven esiin tuomat valtaresurssit ja myös muut vallan tasot alkoivat siirtyä markkinavoimien puolelle. Rahoitusuudistus on myös osoitus korporatismin ja työmarkkinajärjestöjen keskeisestä asemasta sosiaaliturvan rahoituksen muotoutumisessa, vaikka keskitettyjen ratkaisujen aika 2000-luvulla alkoikin olla ohi.[797]

Työterveyshuolto kolmantena polkuna laajeni vuosina 1991–2010 voimakkaasti, ja yli 80 prosenttia työnantajista sisällytti työterveyspalveluihinsa myös sairaanhoitoa. Työterveyshuollon ja siihen liitetyn sairaanhoidon piirissä oli 1,6 miljoonaa kansalaista.[798] Työterveyshuollon toteutus muuttui kontrolloidummaksi ja kustannustietoi-

796 Ks. Haataja ym. 2008.

797 Kehitys työnantajien vastuun muuttumisesta sosiaaliturvajärjestelmässä on jatkunut sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksen jälkeenkin. Vuoden 2010 alusta lopetettiin työnantajien kansaneläkemaksun periminen.

798 STM:n kansliapäällikkö Markku Lehto totesi työterveyshuollon 20-vuotisjuhlaseminaarissa vuonna 2000, että Suomen työssä käyvästä palkansaajaväestöstä 1,6–1,7 miljoonaa, noin 80–90 prosenttia, on järjestelmällisen työpaikkaterveydenhuollon piirissä. Suomessa on myös pitkälle kehittynyt työsuojelu- ja työturvallisuustoiminta. Näiden ansiosta työperäisten sairauksien, ammattitautien ja työtapaturmien määriä on saatu vähenemään. Lehto kiinnitti huomiota myös työterveyshuollon hintaan. Työterveyshuoltoon käytetään 0,5 prosenttia teollisuuden palkkasummasta. Lehto totesi,

semmaksi, koska korvauksille asetettiin ylärajat ja korvausten saamisen edellytyksenä ”hyvän työterveyshuoltokäytännön” noudattaminen sekä ennalta ehkäisevässä työterveyshuollossa että sairaanhoidossa. Työterveyshuolto helpottaa terveyskeskusten paineita, vaikka järjestelmällinen yhteistoiminta puuttuukin järjestelmien välillä.[799] Työterveyshuollon asiakkaalla on mahdollisuus valita työterveyshuollon palvelujen ja terveyskeskuksen välillä, mutta työterveyshuollon varsinainen painopiste on kuitenkin ennalta ehkäisevässä toiminnassa ja työperäisten sairauksien ehkäisyssä.[800] Huolimatta ajanjakson yleisestä pyrkimyksestä lisätä kansalaisten omavastuuta on työterveyshuolto säilynyt maksuttomana palveluna työntekijöille. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon vastakkainasettelu on tällä ajanjaksolla vähitellen poistunut ja kehittämisen huomio siirtymässä perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten kohentamiseen. Tällä tavoin työelämän ulkopuolella oleville ja muille, joilla ei ole mahdollisuutta saada työterveyshuollon palveluja, pyritään takaamaan samantasoiset terveyspalvelut kuin työterveysetuja nauttiville.[801] Myös hammashuolto eteni tällä ajanjaksolla myönteisesti, kun hammashuolto tuli tasaveroiseksi muun terveydenhuollon kanssa sekä julkisessa terveydenhuollossa että sairausvakuutuksessa.

että työterveyshuoltoon investoidut varat, kun toiminta on hyvin järjestetty, palautuvat varsin nopeasti taloudellisen tuloksen kautta yrityksiin. (STM 2000, 5–7.)

799 Työterveyshuoltojärjestelmä on mielenkiintoisella tavalla lähellä Yhdysvaltojen työssä käyvien terveysjärjestelmää. Suomessa järjestelmän vaihtoehtona on kuitenkin universaaliset kansanterveysjärjestelmä ja sairausvakuutus, kun taas Yhdysvalloissa työpaikan menetys on saattanut merkitä terveysturvan loppumista.

800 Ennalta ehkäisevän toiminnan painotusta työterveyshuollossa kuvaa se, että työnantajan saama korvaus on ennalta ehkäisevän toiminnan osalta suurempi kuin varsinaisten sairaanhoitotoimien korvaus (vuonna 2010 korvaus on 60 prosenttia ennalta ehkäisevistä toimenpiteistä ja 50 prosenttia varsinaisesta sairaanhoidosta). (Sairausvakuutuslaki 1224/2004 13. luku 1 ja 5 §.)

801 Työterveyshuollon laaja kannatus tuli esiin eduskunnassa keskusteltaessa hallituksen esityksestä sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta. Minkään puolueen taholta ei esitetty huomautuksia työterveyshuoltoa vastaan, mutta huoli puheenvuoroissa nousi niiden kansalaisten terveydenhuollosta, jotka ovat järjestelmän ulkopuolella. Esimerkiksi edustaja Erkki Virtanen (vas.) kannatti esitystä mutta totesi, että järjestelmä jättää ulkopuolelle ihmiset, jotka eivät ole työssä, työttömät, eläkeläiset jne. – nimenomaan sen joukon, jonka terveys on heikentynyt. (Ks. keskustelua Täysistunnon pöytäkirjat 56/2010 ja 111/2010.)

7 TULOKSIA, JOHTOPÄÄTÖKSIÄ JA POHDINTAA

7.1 Funktionalistinen selitystapa

Tarkasteltaessa Suomen terveydenhuollon kehitystä funktionalistisesta viitekehyksestä voidaan todeta, että teoria sopii vain osittain Suomen terveydenhuollon kehityksen selittäjäksi. Rakennefunktionalistisessa selitysmallissa sosiaali- ja terveyspolitiikka nähdään välttämättömänä ja väistämättömänä vastauksena teollistumisen ja modernisaation asettamiin haasteisiin.[802] Wilenskyn esittämän konvergenssiteorian mukaan eri maissa tapahtuva kansantulon kasvu teollistumisen myötä ja samalla väestön ikääntyminen pakottavat maita luomaan kansalaisille sosiaali- ja terveysturvan järjestelmät, jotka ajan kuluessa muotoutuvat toistensa kaltaisiksi.[803] Näin ei kuitenkaan Suomen terveysturvan kehityksessä ole välttämättä tapahtunut. Kansantalouden kasvua pitkällä aikavälillä voidaan tarkastella kuviosta 21.

Kuviossa 21 vuoden 1926 indeksin arvo on ollut 100. Siitä voidaan havaita, kuinka pieni bruttokansantuotteen volyymi oli autonomian ajalla. Toisaalta kuvio kertoo myös sen, kuinka voimakasta kasvu on ollut toisen maailmansodan jälkeen. Syvä taloudellinen lama 1990-luvun alussa näkyy myös selvänä notkahduksena kasvukäyrässä.

150 vuoden aikana kansantalous on kasvanut muutamaa jaksoa lukuun ottamatta kiihtyvällä nopeudella. Sillä ei kuitenkaan voida havaita olleen systemaattista terveysturvaa edistävää vaikutusta. Kuviossa 22 nähdään ajanjaksojen trendejä. Ajanjaksoa 1860–1890 voidaan kuvataan epävakaaksi kaudeksi, koska volyymin kasvu oli keskimäärin vain 2,2 prosenttia vuodessa. Vuosina 1890–1913 kasvu oli vakaampaa, koska vuotuinen bruttokansantuotteen kasvu oli tuolloin keskimäärin 3 prosenttia. Suomen itsenäistymisen jälkeen vuosina 1920–1938 kasvu oli nopeaa, keskimäärin lähes 4,7 prosenttia vuosittain, vaikka tähän ajanjaksoon sisältyy 1930-luvun talouslama. Sotien jälkeen vuosina 1946–1974 kasvu edelleen kiihtyy, sillä tuona aikana kasvu oli keskimäärin 4,9 prosenttia vuodessa. Vuosia 1974–2005 voidaan kuvata hidastuneen kasvun ajaksi, koska bruttokansantuotteen kasvu on ollut keskimäärin vain 2,6 prosenttia vuodessa.

Verrattaessa bruttokansantuotteen volyymin kasvua terveydenhuollon kehitykseen havaitaan, että vuosien 1860–1890 epätasainen kehitys on todennäköisesti heijastunut terveydenhuoltoon, jonka kehitys oli tuona ajanjaksona hyvin hidasta. Sen jälkeisellä vakaamman kasvun kaudella edistys oli hidasta, mutta myös autonomian ajan hallinnolla oli osuutensa tähän, koska senaatin asenne terveydenhuollon kehittämiseen oli torjuva; se torjui jopa valtiopäivien tekemiä parannusehdotuksia. Sen sijaan itsenäisyyden ajan voimakas kasvu vuosina 1920–1938 ei juurikaan näkynyt terveydenhuollon kehityksessä. Tosin 1920-luvun huomattavan kasvun vuosina kansakoululaitos vakiinnutettiin Suomeen ja opetustoimi vaati voimavaroja. Terveydenhuolto säilyi määrältään vähäisenä Suomessa toiseen maailmansotaan saakka.

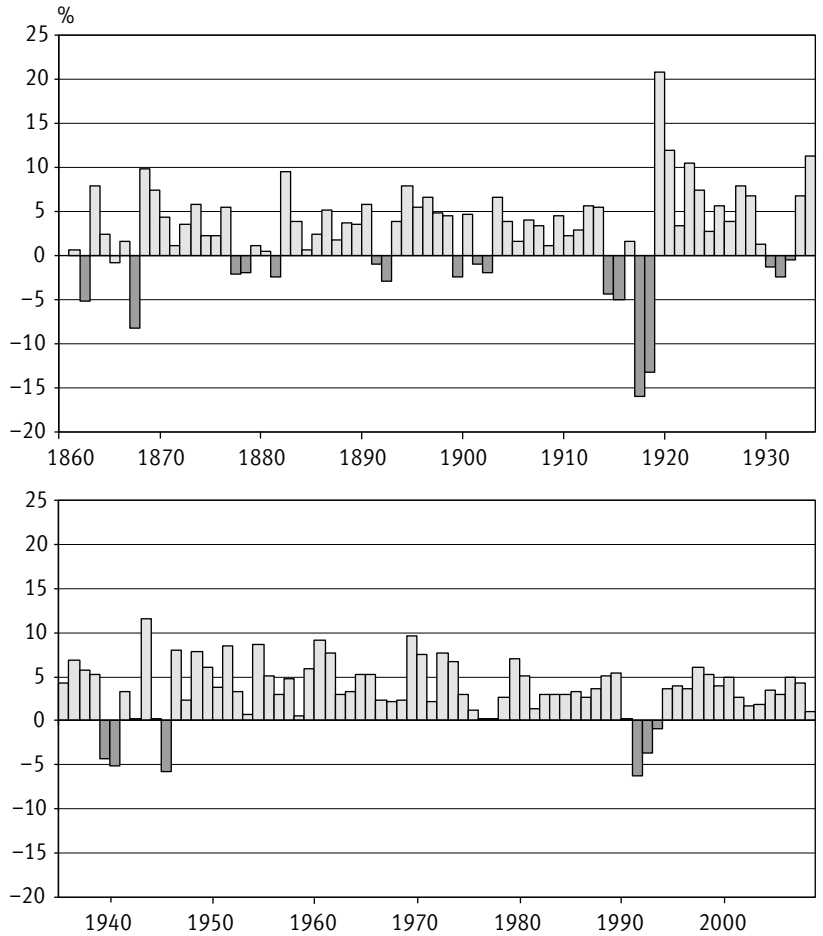
802 Ks. Kerr ym. 1960; Wilensky 1975 ja 2002.

803 Wilensky 2002, 3–82.

Kuvio 21. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1860–2008 (vuosi 1926 = 100).*



Kuvio 22. *Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutokset 1860–2005, %.*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

Jotain yhteyttä 1930-luvun loppupuolen taloudellisesti suotuisilla vuosilla ja terveydenhuollolla on kuitenkin havaittavissa.

Vuonna 1939 hyväksyttiin eduskunnassa laki lääkärintoimesta, mikä merkitsi terveydenhuollon yksityiskohtaisemman lakipohjaisen sääntelyn alkua Suomessa. Toisen maailmansodan jälkeen aina 1970-luvun puoliväliin saakka taloudellinen kehitys oli keskimäärin suotuisaa, mutta sodan jälkeinen sotakorvausten maksaminen ja säännöstely asettivat rajoituksia ja reunaehtoja vielä pitkälle 1950-luvulle. Suotuisan kehityksen heijastus terveydenhuoltoon on kuitenkin ilmeinen, koska keskussairaalaverkoston rakentaminen alkoi 1950-luvulla, sairausvakuutusjärjestelmä saatiin aikaan 1960-luvulla ja kansanterveysjärjestelmä 1970-luvulla, eli kaikki suuret uudistukset toteutettiin talouden ollessa vahvasti nousujohteinen. Kehitys antoi mahdollisuudet suurille investoinnille ja tahti olisi ehkä voinut olla nopeampikin. Vuodesta 1975 lähtenyt hitaan kasvun aika näkyy myös terveydenhuollon kehityksen hidastumisena suurten uudistusten tultua toteutetuksi. Valtionosuusuudistus toteutettiin syvän taloudellisen laman aikana 1990-luvun alussa, ja se merkitsi jopa askelta taaksepäin kansalaisen näkökulmasta. Lamadiskurssi vaikutti asenteisiin ja kehitykseen vielä pitkään kansantuotteen volyymin käännyttyä nousuun 1990-luvun puolivälin jälkeen. Hitaampi taloudellinen kehitys ei kuitenkaan ole estänyt työterveyshuollon ja hammashuollon kehittymistä.

Rakennefunktionalistinen selitystapa antaa jonkin verran taustaa Suomen terveydenhuollon kehityksen arvioinnille. Yhteys talouden kasvuun ja terveydenhuollon kehitykseen ei ole kuitenkaan ollut suoraviivaista, vaan monet muutkin tekijät kuin bruttokansantuotteen volyymin kehitys ovat vaikuttaneet etenemiseen.[804] Ehkä vähiten rakennefunktionalismi selittää Suomen sairausvakuutuksen ajoittumista, koska Suomi toteutti sairausvakuutuslainsäädännön Euroopan maista viimeisimpien joukossa. Olli Kangas[805] on laskenut, että jos Suomi olisi ollut yhtä vauraus kuin Italia oli säätäessään ensimmäisen sairausvakuutuslakinsa, Suomessa sairausvakuutus olisi tullut voimaan jo noin vuonna 1900. Saksan ja Ruotsin tapaan Suomen olisi tullut lähteä liikkeelle 1920-luvulla.

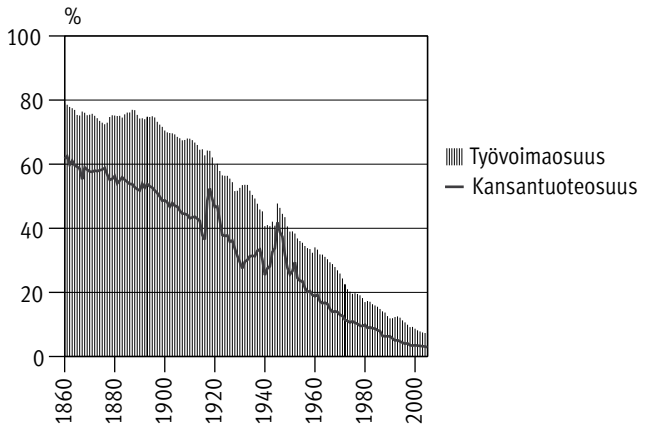
Selitys bruttokansantuotteen kasvun ja terveydenhuollon kehityksen eroihin löytyy myös kuvioista 23–25. Bruttokansantuotteen kasvu ei suoraan muuttanut elinkeinorakennetta ja alkutuotanto työllisti vielä paljon kansalaisia aina 1950-luvun loppuun saakka.[806] Vielä 1960-luvulla suuri osa kansasta sai elantonsa maa- ja metsätaloudesta

804 Ks. Alapuro 1985, erityisesti s. 44–66, jossa kuvataan maatalouden murrosta ja luokkasuhteiden muutosta sekä teollisuustyöväenluokan muotoutumista 1870-luvulta toiseen maailmansotaan, sekä Alestalo 1985, erityisesti s. 116–149, jossa kuvataan maatalouden ja maanviljelijäväestön ja työväestön kehitystä toisen maailmansodan jälkeen.

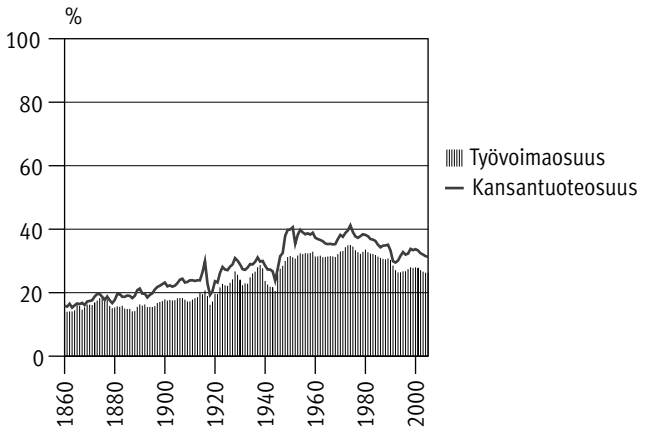
805 Kangas 2006, 314.

806 Esimerkiksi Kyösti Kallion IV hallituksen ohjelmassa vuodelta 1936 on maataloudesta seuraava kappale: ”Hallitus, jonka sydäntä lähellä on maamme pääelinkeinon, maatalouden, menestys, pyrkii sopivin toimenpitein siihen, että maataloustuotteille on vakiinnutettava niiden tuotantokustannuksia vastaava hintataso. Maataloudelle sekä maan tuotantoelämälle yleensäkin tärkeää metsätalouden kehittämistä tulee hallitus vaalimaan.” Teollisuudesta ja palvelualoista ei ohjelmassa puhuta mitään, vaikka molempien työvoimaosuus vuonna 1936 oli jo huomattava.

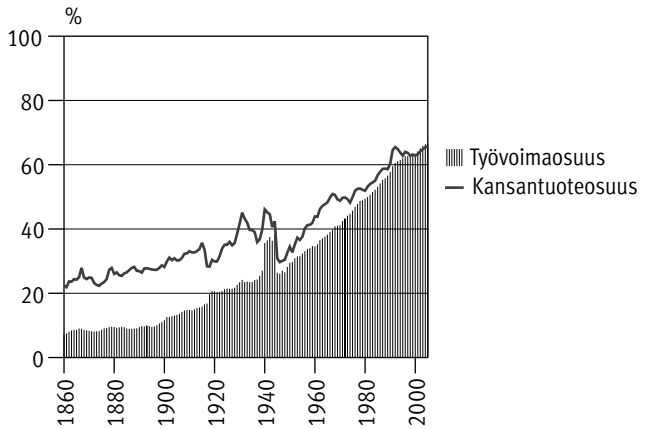
Kuvio 23. *Primäärielinkeinojen (maa- ja metsätalous) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, %.*



Kuvio 24. *Sekundäärielinkeinojen (teollisuus ym. tuotanto) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, %.*



Kuvio 25. *Tertiäärielinkeinojen (palvelut ym.) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, %.*



Lähde: Tilastokeskus 2010.

ja tämä heijastui myös harjoitettuun politiikkaan.[807] Toisaalta teollisuuden ym. tuotannon työllistävä vaikutus on koko tarkastelujakson aikana ollut pienempi kuin kansantuoteosuus ja 2000-luvulla ero on jopa kasvanut työn tuottavuuden noustessa.[808] Palvelujen työllistävä vaikutus on ollut huomattavasti pienempi kuin bruttokansantuoteosuus aina 1990-luvulle saakka, jolloin ero alkoi kuroutua umpeen.

Rakennepoliittisesti merkille pantavaa on poliittisten ja kansantaloudellisten tekijöitten eriaikaisuus. Esimerkiksi vuonna 1960 Suomen bruttokansantuotteesta noin 20 prosenttia muodostui maataloudesta. Maatalouden työvoimaosuus oli kuitenkin yli 35 prosenttia, ja maaseudulla asui tuolloin yli 60 prosenttia väestöstä.[809] Poliittisesti tämä yhteiskunnallisen kehityksen eriaikaisuus oli merkitsevää. Maatalouden kansantaloudellinen merkitys oli vähentynyt, mutta politiikassa maatalousväestöä edustavalla maalaisliitolla oli edelleen vahva asema. Maalaisliitto pystyi poliittisesti keskeisenä voimana edelleen määrittämään, mitä sosiaali- ja terveyspoliittisia uudistuksia tuli tehdä ja mitä ei. Rakenteilla on siis merkitystä, mutta sen ohella katse on suunnattava myös politiikkaan. Seuraavassa tarkastelen harjoitettua politiikkaa sekä instituutiota ja niiden vaikutusta terveydenhuoltoon.

7.2 Rakennepoliittinen ja institutionalistinen selitystapa

7.2.1 Eri lähestymistavoista

Walter Korven ns. Tukholman koulukunta on korostanut poliittisten tekijöiden merkitystä hyvinvointivaltion kehityksessä. Korven mukaan sosiaalipolitiikan kehittymisessä keskeistä on se, millä tavoin yhteiskunnallinen valta ja valtaresurssit ovat jakaantuneet. Hän korostaa vasemmistopuolueiden ja järjestäytyneen ammattiyhdistysliikkeen merkitystä kehitykselle.[810] Korven lähestymistapa on suomalaisessa tutkimusperinteessä pyritty yhdistämään rakennepoliittiseksi tulkinnaksi,[811] jossa painotetaan Tukholman koulun tavoin politiikan merkitystä, mutta politiikka sidotaan yhteiskunnan rakenteisiin tiukemmin kuin vahvoissa poliittisissa selityksissä. Tähän liittyy myös amerikkalaisen Theda Skocpolin valtiollisen institutionalismin

807 Ks. Haapala 1993, 11: ”Elinkeinorakenteen jyrkkä muutos on tapahtunut on tapahtunut Suomessa sotien jälkeen, vielä 1960-luvulla Suomi oli puoliagraarinen maa. Kaikkein merkittävin ilmiö onkin ollut maatalousväestön supistuminen puolesta alle kymmenesosaan kokonaisväestöstä.”

808 Ks. Haapala 2006, 106–114 Haapala toteaa (s. 107), että ”koska Suomen lähtötaso oli matala, muutoksen nopeus oli 1900-luvulla maailmanennätysluokkaa. Suomea voi sanoa 1900-luvun nopeimmin modernisoituneeksi maaksi Euroopassa. Talous kasvoi nopeimmin Euroopassa, samoin elintaso 1960-luvulta 1980-luvulle, ja maatalousyhteiskunta hävisi ennätysajassa. Myös väestörakenteen muutokset olivat nopeita sekä 1900-luvun alussa että lopussa.” Haapala toteaa myös (s. 110), että ”maataloudesta elävien määrä ei vähentynyt sotien välisenä aikana, ja 1950-luvun asutustoiminta lykkäsi rajun pudotuksen 1960- ja 1970-luvulle. Näin luettuna elinkeinotilasto kertoo, että Suomi pysyi pitkään ainakin puoliagraarisena yhteiskuntana. Vuonna 1980 noin 40 prosenttia aikuisväestöstä oli vielä viljelijöiden lapsia, ja 2000-luvun alussa perinteinen agraaripuolue keskusta taisteli vielä suurimman puolueen asemasta.”

809 Valkonen 1985, 201–242.

810 Ks. Palme 1990; Kangas 1991.

811 Ks. Alestalo ym. 1985; Kangas 1986; Salminen 1987.

näkökulma, jossa kiinnitetään huomiota valtiorakenteen tai valtiollisen päätöksenteon vaikutukseen, kuten federalismiin, jossa alueellisilla ja paikallisilla valtaresursseilla on merkitystä kehityksen lopputulokseen.[812] Federalistisen hallintotavan merkitystä ovat korostaneet myös monet muut tutkijat.[813] Vahvasti hajautettu toimeenpano valtion ja kuntien välillä sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisessa, jota Pohjoismaissa on tutkinut mm. Dietmar Rauch[814], muistuttaa federalismin problematiikkaa.

Ellen Immergut[815] on puolestaan painottaa vetomahdollisuuksia maiden välisten erojen selittäjänä. Niissä maissa, joissa sairausvakuutusta vastustaville ryhmille poliittinen päätöksentekojärjestelmä tarjoaa vetokohtia, kehitys on hidasta. Rakenteellisten ja poliittis-toimijakeskeisten selitysmallien välimaastoon asettuvat ne tulkinnat, joissa korostetaan valtiobyrokraattien ja valtiollisen päätöksentekorakenteen merkitystä. Tutkiessaan Ruotsin ja Ison-Britannian hyvinvointivaltion kehitystä Hugh Heclo korostaa[816] byrokraattien roolia. Byrokraatit, yleensä virkamiehet ja asiantuntijat, suunnittelevat ja kehittävät sosiaalipolitiikkaa. Siellä missä heidän asemansa on vahva suhteessa poliitikkoihin, kuten esimerkiksi Ruotsissa, sosiaali- ja terveyspolitiikan kehitys on ollut nopeaa.

Edellä kuvattujen lähestymistapojen edustajat näkevät usein selitysmallit toisensa poissulkevina ja vastakohtaisina. Tässä tutkimuksessa lähestymistapa on ollut elektiivisempi. Kaikkiin sisältyy oma totuutensa, ja kyse on ehkä enemmän näkökulmasta kuin perustavasta ristiriidasta. Suomen yhteiskunnallista kehitystä on vaikea ymmärtää, jos yhteiskunnan tuotantorakennetta ja agraarisuutta ei millään tavalla oteta huomioon. Rakenteen korostaminen ei kuitenkaan suinkaan merkitse sitä, etteikö poliittisilla voimasuhteilla tai työmarkkinajärjestöillä olisi ollut merkitystä, samoin kuin byrokraateilla ja asiantuntijoilla. On hyvä huomata, että eri toimijoiden suhteellinen merkitys on vaihdellut eri aikoina ja eri asiakysymyksissä. Kaikilla tekijöillä on ollut oma merkityksensä lopputulosta arvioitaessa. Joskus byrokraatit ovat voimakkaasti vaikuttaneet politiikkaan, joskus taas poliitikot ovat tehneet omia ratkaisujaan ja byrokraatit ovat jääneet taka-alalle. Myös valtiollisen päätöksenteon rakenteella on Suomessa ollut oma merkityksensä, ja siitä voidaan löytää tukea niin Skocpolin, Rauchin kuin Immergutinkin tulkinnoille.

812 Ks. esim. Evans ym. 1985; Skocpol 1990.

813 Obinger ym. 2005.

814 Ks. erityisesti Rauch 2005, 5–7, jossa Rauch artikkeliensa yhteenvedossa pohtii erityisesti vanhustenhuollon erilaisia toteuttamistapoja. Ongelmana universaaliselle toteutumistavalle vanhusten kohdalla on se, että kaikki vanhukset eivät ole avun tarpeessa. Siksi tarvitaan erilaisia kriteereitä ja mittareita sen arvioimiseksi, kuka on oikeutettu apuun, ja lopputuloksena universaalinen järjestelmä voi hajota ja paikallisessa päätöksenteossa ratkaistaan, kuka saa apua ja kuka ei.

815 Immergut 1992.

816 Heclo 1974, ks. luku 6 *Social policy and political learning*, jossa Heclo tarkastelee sosiaalipolitiikan toimijoita ja kehitykseen vaikuttavia voimia. Heclo käsittelee sosioekonomista kehitystä, vaalien ja puolueiden sekä intressiryhmien ja hallintovirkamiesten ja asiantuntijoiden merkitystä. Heclo päätyy painottamaan virkamiesten ja asiantuntijoiden keskeistä roolia sosiaalipolitiikan kehityksessä Isoa-Britanniaa ja Ruotsia empiirisenä aineistona tarkastellessaan.

Seuraavassa yhteenvedossa arvioin lähemmin, miten eri selitysmallit sopivat Suomen terveydenhuollon historialliseen kehittymiseen. Pyrin esittämään tutkimukseni tulosten pohjalta, miten Korven korostamat valtaresurssit, Skocpolin esiin tuomat valtiorakenteeseen ja Immergutin veto-mahdollisuuksiin ja Rauchin toimeenpanoon liittyvät näkökohdat sekä Heclon korostama byrokraattien asema on vaikuttanut Suomen terveydenhuollon kehittymiseen eri aikoina.

7.2.2 Polkuriippuvuus ja aikatekijä

Polkuriippuvuuteen liittyvä aikatekijän huomioon ottaminen sopii Suomen terveydenhuollon alkuun. Polun alku, vuoden 1869 keisarillinen julistus kuntien vastuusta asukkaidensa terveydestä, on kansainvälisestikin katsoen varhainen, mikä taas ei sovi rakennefunktionalistiseen tulkintaraamiin. Vaikka näyttäisi siltä, että kunnan järjestämisvastuu syntyi autonomisena aikana lähinnä ylimpien virkamiesten näkemysten mukaisena ilman syvällistä valmistelua ja suunnittelua, on tuolloin tehty linjanveto säilynyt Suomessa lähes muuttumattomana 150 vuotta. Varhain tehty ja ehkä osin sattumanvaraisesti tapahtunut vastuunjako kunnan ja valtion välillä on osoittautunut harvinaisen kestäväksi eikä vaihtoehtoja ole kovin vakavasti koskaan edes harkittu. Polkuriippuvuuden teorian mukaan mitä aiemmin aikatekijä on vaikuttanut, sen kestävämpi on siitä lähtenyt polku, ja Suomen terveydenhuollossa tämä pitää paikkaansa. Polun varrelle syntyneet instituutiot ovat jo varhain alkaneet ehdollistaa kehitystä.

Vaihtoehto kuntien järjestämisvelvollisuuden pohjalta rakennetulle terveydenhuoltojärjestelmälle, jota voitaisiin kutsua vuoden 1869 paradigmaksi, olisi ehkä voinut olla yleinen sairausvakuutus, jota monissa maissa oli käyty kehittämään samoihin aikoihin kuin Suomen kunnallinen polku alkoi. Esimerkiksi Saksassa sairausvakuutus oli toteutettu jo 1883 ja Ruotsissa 1896, ja myös Suomessa tehtiin poliittisella taholla aloite sairausvakuutusjärjestelmän aikaansaamiseksi samoihin aikoihin. Tällöin paljastui toimijoiden osalta keskeinen piirre, joka on jatkunut Suomen terveydenhuollon toteutuksessa koko sen olemassaolon ajan. Järjestelmät luovat instituutioita ja toimijoita, ja jo varhain kävi selväksi, että kunnan järjestämisvelvollisuuteen perustuvaa terveydenhuoltoa edistivät ja kehittivät eri tahoja ja instituutioita kuin sairausvakuutusjärjestelmää edustavat byrokraatit ja asiantuntijat. Sosiaalivakuutus ja kunnallisen järjestämisvelvollisuuden mukainen terveydenhuolto eroavat jo perusajatuksiltaan niin paljon toisistaan, että myös henkilötasolla tapahtuu väistämättä eriytymistä, vaikka Suomi onkin pieni maa. Tämä eriytyminen oli nähtävissä jo 1900-luvun alkupuolella, jolloin kunnan järjestämisvelvollisuuteen perustuva terveydenhuolto eteni kunnallisen itsehallinnon pohjalta valtion avustaessa rahallisesti niitä kuntia, jotka olivat päätyneet kehittämään terveydenhuoltoa. Tällöin alkoivat myös muodostua julkisen terveydenhuollon[817] kulkua ehdollistaneet instituutiot, joista ehkä tärkeimpinä

817 Kunnissa on myös ongelma siinä, mikä on vallanjako luottamushenkilöiden ja kunnan virkamiesten välillä. Tämä todennäköisesti vaihtelee kuntakohtaisesti, mutta epäilemättä viranhaltijoilla on valtaa, koska he valmistelevat talousarvion kunnan päätäntäelimille ja kunnissa sovellettu kehysbudjetointi käytännössä saattaa rajoittaa luottamushenkilöiden mahdollisuuksia muuttaa talousarviota. Matti Wiberg on tutkimuksessaan *Valta kunnassa* (2005, 36) todennut, että

voidaan mainita kuntien etuja ajava Maalaiskuntien Liitto sekä puolueista maaseudun väestöä edustavat puolueet. Terveydenhuollosta tuli keskeinen osa kunnan toimintaa, jolla oli myös huomattava taloudellinen merkitys kuntien toteuttaessa itsehallintoaan.

Kunnallisessa itsehallinnossa terveydenhuolto on yksi kunnan tehtävistä ja terveydenhuollon määrärahat päätetään osana kunnan talousarviota ja keskeinen osa terveydenhuollon toteutusta on kunnan palveluksessa oleva terveydenhuoltohenkilöstö, kuten kunnanlääkärit. Toista järjestämistapaa edustaa sairausvakuutus, jonka lähtökohtana on kansalaisten sairaudesta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen. Sairausvakuutus ei ota kantaa palvelun järjestämistapaan vaan korvaa sairastumisesta aiheutuneita kuluja riippumatta siitä, onko terveyspalvelun antanut yksityinen palveluntuottaja tai kunnan palveluksessa oleva terveydenhuollon ammattilainen. Sairausvakuutuksessa keskeistä on kustannusten korvaaminen, kun taas kunnan järjestämisvelvollisuudessa keskeistä on terveyspalvelun järjestäminen. Välttämättä järjestelmät eivät ole ristiriidassa keskenään, vaikka Suomessa järjestelmien toiminen rinnakkain ei ole ollut ongelmatonta.

7.2.3 Federalismin heijastuksia

Suomen terveydenhuollon kehitys ja valtio-kuntasuhteet ovat pitkälti analogisia sen kanssa, mitä Obinger, Leibfried ja Castles kirjoittavat federalististen valtioiden hyvinvointivaltiokehityksestä. Federalismi hidastaa ja vaikeuttaa toimeenpanoa, koska osavaltiot voivat käyttää erilaisia vetomahdollisuuksia estääkseen lakien voimaantulon tai lykätäkseen niitten toimeenpanoa. Federalismi johtaa osaoptimointiin kustannusten ja vastuitten jaossa, ja usein liittovaltiotason poliittiset voimasuhteet ovat toiset kuin monissa osavaltioissa.[818] Suomessa vastaavasti kuntatasolla poliittiset voimasuhteet voivat olla toiset kuin eduskunnassa, ja tällä saattaa olla vaikutusta siihen, miten terveydenhuoltoa koskevat lait pannaan toimeen paikallisella tasolla.

Vuonna 2007 käynnistynyt Paras-hanke heijastelee suomalaista federalismia parhaimmillaan. Kaikki tahot kyllä myönsivät sen hankkeen taustalla olevan tosiasian, että monet Suomen kunnat ovat liian pieniä ja vähävaraisia selvitäkseen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuudesta. Hanke toteutettiin kuitenkin ”kunnallisen kansanvallan lähtökohdista”, niin että kunnille annettiin lähes vapaat kädet lähteä suunnittelemaan, miten lain tavoitteena oleva 20 000 asukkaan väestöpohja palvelujen järjestämiseksi toteutetaan. Eri puolilla Suomea toteutetut ratkaisut poikkeavat toisistaan, minkä vuoksi sosiaali- ja terveyspalvelujen hallinta on hankkeen toteutuksen jälkeen keskitetysti entistä vaikeampaa, ja myös kansalaisten on ollut

”Virkamiehillä on kunnissa nykyisellään kosolti enemmän poliittista valtaa kuin heillä muodollisesti pitäisi olla. Kunnan hallinnon tulisi vallitsevan doktriinin mukaan perustua luottamushenkilöstön määräävään asemaan. Monesti poliittisen vallan on kunnissa kuitenkin väistyttävä virkavallan tieltä. Osaksi tämä on paitsi kunnan virkamiesjohdon vallantavoittelun tulosta myös poliittisten päättäjien itse valitsemaa heikkoutta.”

818 Obinger ym. 2005, 38.

vaikeata omaksua uusia palvelujen järjestämistapoja. Tämän seurauksena Paras-hanke lisäsi terveydenhuollon hajanaisuutta ja paikallista kirjavuutta, vaikka toisaalta se antoikin lisää resursseja kunnallisille päättäjille parantaa erityisesti paikallista perusterveydenhuoltoa.

7.2.4 Keskeiset toimijat ja kehitystä ehdollistaneet instituutiot

Kaikissa maissa terveydenhuoltoa ovat kehittäneet ennen kaikkea virkamiehet ja asiantuntijat. Terveyspolitiikka on hyvin asiantuntijavaltaista, eivätkä puolueet ja työmarkkinajärjestöt sen vuoksi useinkaan ole kehityksen kärkijoukkoa. Näiltä osin Suomen kehitys vastaa pitkälti sitä tilannetta, jonka Hugh Heclo totesi olleen Ruotsissa 1800-luvulla. Siellä virkamiesten asema sosiaali- ja terveysalan kehittämistyössä oli jo ennen parlamentarismin syntyä keskeinen. Suomessa tärkeimmät toimijat 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa ennen itsenäistymistä olivat valistuneet byrokraatit, jotka pyrkivät edistämään terveydenhuoltoa ja poistamaan havaittuja ja ilmeisiä puutteita järjestelmästä. Myös politiikalla eli autonomian ajan säätyvaltiopäivillä oli oma merkityksensä. Erityisesti talonpoikaissääty toi valtiopäiväkeskusteluissa esiin terveydenhuollon puutteita ja vaati parannuksia. Kunnissa talonpoikien asenne terveydenhuollon kehittämiseen oli kuitenkin voittopuolisesti torjuva. Tuolloin jo alkoi valtion ja kuntien välinen kiistely siitä, kumpi terveydenhuollon lopulta maksaisi, ja siihen liittyvä osaoptimointi.

Vuoden 1906 äänioikeusuudistus loi pohjan Suomen puoluerakenteelle ja puolueet tulivat säätyjen sijaan. Puolueilla oli myös omat sosiaali- ja terveyspoliittiset ohjelmansa, jotka poikkesivat toisistaan. Valtiopäivien suurin puolue sosialidemokraatit vaati sekä ohjelmassaan että eduskuntakeskusteluissa voimakkaimmin sosiaali- ja terveyspoliittisia uudistuksia. Muut puolueet tavoittelivat uudistuksia vaihtelevasti, mutta rakenteelliset ongelmat hidastivat kehitystä. Virkamiehet ja asiantuntijat olivat aktiivisia jo autonomian ajalla ja heidän työnsä tuloksena erityisesti yleinen terveydenhuolto edistyi. Autonomisen ajan keskeisistä vaikuttajista on mainittava erityisesti J. O. Hjelt, jonka aktiivisuuden seurauksena Suomeen säädettiin terveydenhuoltoasetus vuonna 1879. Asetuksen toimeenpano kohtasi kuitenkin ongelmia kuntatasolla ja toimeenpanossa Suomen terveydenhuollon toteutus on muistuttanut federalististen maiden ongelmia.[819]

Yrityksissä sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseksi toimijoina 1800-luvulla ja 1900-luvun ensimmäisinä vuosikymmeninä olivat sosiaalivakuutuksen asiantuntijat ja työväestöä edustavat puolueet agraariväestön vastustaessa aluksi vain palkansaajia koskevaa vakuutusta. Rintamalinjat törmäsivät toisiinsa 1920-luvun lopulla käsitel-

819 Vrt. Obinger ym. 2005, 309–319. Johtopäätöksissään tekijät ovat todenneet liittovaltiojärjestelmän pääosin hidastaneen sosiaalipolitiikan edistämistä, mutta maiden välillä on merkittäviä eroja, ja toisissa liittovaltiorakenne on hidastanut enemmän kuin toisissa. Myös poliittisilla asenteilla hyvinvointivaltion rakentamiselle on ollut suuri merkitys. Esimerkkimaina tutkijat ovat käyttäneet Australiaa, Kanadaa, Yhdysvaltoja, Itävaltaa, Saksaa ja Sveitsiä, jotka kaikki ovat rakenteeltaan liittovaltioita.

täessä sairausvakuutusesitystä. Maaseutua edustavat puolueet ja työnantajia lähellä olleet porvarilliset puolueet eivät hyväksyneet esitystä, joskaan vastustus ei ollut täysin yksimielistä. Myös alan ammattilaiset Lääkäriliiton edustamana vastustivat tuolloin esitystä.

Terveydenhuollon valmistelu vaatii erityisosaamista, ja siksi asiaa koskevan valmistelutyön tekevät alan asiantuntijat ja byrokraatit. Sairausvakuutuksen toimijoina ja edistäjänä voidaan mainita monta merkittävää henkilöä, jotka ovat olleet mukana asiaa tutkineissa komiteoissa jo autonomian ajalla ja itsenäisyyden alkuvuosikymmeninä. Tuolloin laaditut komiteanmietinnöt sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamiseksi olivat hyvin korkealuokkaisia sisältäen asiantuntevia katsauksia myös alan kansainvälisestä kehityksestä. Yksittäisinä asiantuntijoina ja byrokraatteina voidaan mainita ennen kaikkea sosiaaliministeriön virkamiehet Onni Hallsten ja Niilo A. Mannio. He vaikuttivat merkittävästi siihen, että sairausvakuutusjärjestelmä yritettiin toteuttaa 1920-luvulla. Vaikka yritys epäonnistui, Suomen kehitys antaa tietyiltä osin tukea Heclon ja Skocpolin väitteille valtiobyrokraattien merkityksestä. Valtiobyrokratia yksinään ei kuitenkaan riitä takaamaan uudistusten läpimenoa, koska virkamiesten ehdotukset voivat tulla tyrmätyksi poliittisella tasolla, kuten tapahtui mm. Niilo Mannion ja sairausvakuutuksen kohdalla, mikä palauttaa selitykset Korven valtaresurssikehikkoon.

Sairausvakuutusesityksen hylkääminen merkitsi kehityksen suuntaamista kunnallisen järjestämisvelvollisuuteen, suuntaan ja keskustelu sairauden vuoksi aiheutuneiden kustannusten korvaamisesta jäi vähemmälle. 1930-luvulla terveydenhuoltoa kehitettiinkin ennen kaikkea kunnalliselta pohjalta. Kehitystä jatkoivat nyt ne puolueet, jotka olivat vastustaneet sairausvakuutusesitystä, suurimpina maalaisliitto ja kokoomus. Merkittävin tulos oli vuonna 1934 eduskunnassa tehty sopimus, jolla sairaalalaitosta alettiin edistää. Polkuriippuvuuden teorian mukaan aikaisemmat tapahtumat eivät aina indusoi kehitystä samaan suuntaan, vaan polku voi myös haarautua tai muuttaa suuntaa. Tässä tapauksessa aiempi polku haarautui. Kehitys jatkui edelleen kunnan järjestämisvelvollisuuden pohjalta, mutta sen rinnalle muodostui uusi polku. Valtiovalta muutti aiempaa kehityksen seurailijan rooliaan ja otti vastuuta erityisesti terveydenhuollon kalleimman osan, sairaaloiden, ylläpitämisestä ja rakentamisesta. Myös sosiaalivakuutuksen kehittämisessä muutettiin suuntaa, kun sairausvakuutuksen sijasta alettiin kehittää kansaneläkejärjestelmää. Virkamiehet ja asiantuntijat joutuivat mukautumaan poliitikkojen tahtoon.[820]

Uusi asennoituminen terveydenhuoltoon 1930-luvun lopulla näkyi lainsäädännöllisenä aktiivisuutena. Terveydenhuollon asioista vastaava sisäministeriö alkoi edistää lääkärintoimesta annetun lain etenemistä, ja niin komiteoiden esitykset saatiin eduskunnan käsiteltäväksi vähän ennen talvisotaa. Laki edisti kunnanlääkärijärjestelmää, joka oli ilman lainsäädäntöpohjaakin edennyt jo moneen kuntaan. Poliittisesti lain käsittely sujui huomattavasti sopuisammassa hengessä kuin sairausvakuutusesityksen

820 Ks. Mannio 1967.

käsittely. Yksikään puolue ei vastustanut esitystä. Tuolloin tuli myös esiin terveydenhuollon polulle muodostuneiden instituutioiden ehdollistava vaikutus. Instituutioista merkittävin oli kuntien etuja valvova Maalaiskuntien Liitto, ja lakia käsiteltäessä nousi esiin kysymys kunnallisesta itsehallinnosta ja valtion osallistumisesta kustannuksiin. Voiko valtio velvoittaa kuntia edistämään terveydenhuoltoa, jos se ei maksa siitä aiheutuneita kustannuksia? Tähän asiaan on myöhemmin jouduttu moneen kertaan palaamaan. Teoreettisesti tarkasteltuna saadaan kehityksestä tukea historialliselle institutionalismille, jossa korostetaan, että muuttuneet institutionaaliset rakenteet muokkaavat ja muuttavat toimijoiden preferenssejä ja tilannearviota. Instituutiot ehdollistavat toimintaa eivätkä ne ole pelkkä toiminnan kulissi.[821]

Uutta oli se, että myös valtiolla toimijana katsottiin olevan rooli ja vastuuta kansalaisten terveydenhuollosta kehittämisestä. Käytännössä virkamiehet ja asiantuntijat olivat jo 1920-luvulta lähtien ajaneet valtion roolin vahvistamista ja saivat nyt myös poliitikot mukaan. Moitteita terveydenhuollon huonosta tasosta (*blame avoidance*) ei voitu enää kokonaan ohjata kunnille, vaan myös valtion oli lisättävä panostaan epäkohtien korjaamiseksi. Sota muutti asenteita, ja vuonna 1943 säädettiin sairaalalaki, joka sairaalatoimessa valtion toimijaroolin näkökulmasta merkitsi muutosta aiemmin kuljettuun polkuun. Laki ei herättänyt vastustusta missään puolueessa.

1960-luvulla terveyspolitiikkaa suuntasivat merkittävät toimijat, joista niminä voidaan mainita Pekka Kuusi ja Osmo Kaipainen. Kansanterveysjärjestelmää ajoivat etenkin sosialidemokraatit, jotka 1920-luvulla olivat olleet sairausvakuutusjärjestelmän kannalla. Linjanmuutos paljastaa erään ongelman vasemmiston valtaresursseja painottavassa lähestymistavassa, jossa usein puhutaan sosialidemokraattisesta hyvinvointipolitiikasta ja sosialidemokraattisesta hyvinvointivaltiosta. Implisiittisenä ajatuksena näissä vertailevissa tutkimuksissa on ollut se, että sosialidemokraattiset puolueet ajavat eri maissa ja eri aikoina samankaltaista yhteiskuntapolitiikkaa. Suomen esimerkki osoittaa, että tilanteesta riippuen puolueet voivat taktisesti muuttaa prioriteettejaan ja poliittista painopistettään, mikä taas sopii historiallisen institutionalismin tulkintakehikkoon.

Kansanterveyslain säätämisen yhteydessä muodostettiin ”kansanterveysrintama”, joka käsitti sekä kansanterveysjärjestelmää edistäneitä poliitikkoja, virkamiehiä että asiantuntijoita. Kansanterveysrintama alkoi yhä enemmän ehdollistaa tulevaa kehitystä ja piti kiinni ihanteistaan, minkä vuoksi avoin keskustelu kehittämisvaihtoehdoista alkoi vaikeutua ja suhtautuminen jo ennen kansanterveysjärjestelmää toteutettuun sairausvakuutusjärjestelmään ei ollut ongelmatonta. Osin syynä eriseuraisuuteen oli se, että uudistusten toteuttajat edustivat eri tahoja eikä vuorovaikutusta ryhmien välillä ollut. Koska vuoropuhelu oli vähäistä, toteutettiin kansanterveysjärjestelmä ottamatta juuri lainkaan huomioon jo käytössä ollutta sairausvakuutusjärjestelmää. Muodostui kaksi instituutiota ja monikanavainen rahoitus. Kunnallista järjestämisvelvollisuutta edustava instituutio osoittautui valtaresurssiltaan sairausvakuutusins-

821 Ks. Krasner 2009, 2–5.

tituutiota huomattavasti vahvemmaksi ja alkoi ehdollistaa kehitystä tulevaisuuteen. Polkuriippuvuus ja myös sosiologinen institutionalismi alkoi vaikuttaa yhä enemmän polun kulkuun, jolloin vaihtoehtoiset ja uudet lähestymistavat ongelmien ratkaisemiseksi eivät enää mahtuneet diskurssiin.

Kansanterveysjärjestelmässä kunnanlääkäri, jonka palkkaus muodostui osin potilaiden maksamista palkkioista, muuttui terveyskeskuksessa työskenteleväksi kiinteäpalkkaiseksi kunnan virkamieheksi. Immergutin eri maissa havaitsemat ongelmat lääkäreiden ja heidän etujärjestöjensä vastustavasta kannasta siirryttäessä ammatinharjoittajasta palkkatyöntekijäksi eivät Suomessa toteutuneet. Avoterveydenhuollon suurin muutos 1900-luvulla toteutui Suomessa ilman alan ammattityöntekijöiden ja asiantuntijoiden vastustusta, toisin kuin eräissä muissa maissa. Eräänä syynä saattoi olla lääkäreiden mahdollisuus toimia Suomessa sekä julkisessa virassa että yksityisenä ammatinharjoittajana samanaikaisesti, mikä lisäsi ammattikunnan työ- ja ansiomahdollisuuksia.

1970-luvulla kansanterveysjärjestelmää toteutettaessa suunnitelmat olivat keskeisiä työvälineitä. 1980-luvulla alettiin korostaa yksilön vastuuta yhteiskunnan vastuun sijasta ja päätöksentekoa haluttiin siirtää paikallistasolle. Samaan aikaan nousivat esiin tavoitteet kustannusten minimoinnista ja tehokkuuden lisäämisestä raha- ja pääomamarkkinoiden vapauttamisen myötä. Muutos merkitsi valtiojohtoisen talouspolitiikan olennaista pienentymistä ja yksityisten markkinoiden merkityksen lisääntymistä taloudellisessa päätöksenteossa. Terveyspolitiikassa alkoivat instituutiot yhä enemmän ehdollistaa polun kulkua. Terveyspolitiikan kannalta Skocpolin esiin tuoma puolijulkinen organisaatio ovat Suomessa olleet kuntien keskusjärjestöt, jotka 1990-luvun alkupuolella yhdistyivät Suomen Kuntaliitoksi. Suomen Kuntaliitto ajaa etujärjestönä kuntien etuja ja korostaa kunnallisen itsehallinnon säilyttämistä terveydenhuollon toteuttamisessa vastustaen valtion yksityiskohtaista ohjausta sosiaali- ja terveyspalvelujen toteuttamisessa Toisena keskeisenä instituutiona, joka 1980-luvun loppupuolella lisäsi merkitystään, on mainittava valtiovarainministeriö, joka on korostanut kustannustehokkuuden lisäämistä ja säästöjen tavoittelemista terveyspalvelujen toteutuksessa. Kunnissa talousjohdon asema luottamushenkilöihin nähden alkoi korostua kehysbudjetoinnin myötä. Tulevien vuosien budjettiraamit päätetään etukäteen, jolloin vuosittain määrärahoja käytettäessä on pysyttävä kehysbudjetin puitteissa. 1980-luvulla alkanut kehitysdiskurssi muuttui käytännöksi valtionosuusuudistuksessa, jossa kahden keskeisen instituutin ja toimijan, valtiovarainministeriön ja kunnallisten keskusjärjestöjen, vaatimukset toteutettiin ja valtionosuudet vapautettiin tarkoitussidonnaisuudesta.

Rauchin tutkimusten perusteella terveydenhuollon hajanaisuuden oletetaan lisäävän eroja hoidon toteuttamisessa paikallistasolla. Näin myös tapahtui, ja Heclonkin korostamien byrokraattien ja asiantuntijoiden valta samalla kasvoi jopa poliitikkoihin nähden. Kehitystä alettiin ohjata yhä enemmän taloudellisten tunnuslukujen ja talousteoreettisten näkemysten kautta. 2000-luvulla ovat aiemmin mainitut instituutiot edelleen olleet vaikuttavia, mutta niiden ohella myös sosiaali- ja terveysministeriön

merkitys toimijana ja terveydenhuollon instituutiona on kasvanut. Syynä on lähinnä kansalaisten tyytymättömyys hoitoon pääsyyn ja hoidon laatuun kuntien hoitaessa itsenäisesti terveydenhuollon palveluja ja eduskunnan oikeusasiamiehen tekemät esitykset lainsäädännön selventämiseksi ja ongelmien poistamiseksi. Kustannusten minimoinnin ja tehokkuuden lisäämisen ohella oli kiinnitettävä huomio myös hoidon laatuun ja määrään sekä hoidosta perittäviin maksuihin. Tätä edellytti myös vuoden 2000 perustuslaki, jonka 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön valmistelemilla lainsäädäntömuutoksilla pyrittiin korjaamaan sekä maksujen että hoitoon pääsyn ongelmat ja samalla korjaamaan valtionosuusuudistuksen aiheuttamia heikennyksiä kansalaisten näkökulmasta. Paras-hankkeella pyrittiin lisäämään erityisesti pienten kuntien mahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Kehityksen viimeinen vaihe on vuoden 2011 terveydenhuoltolaki, jossa terveydenhuollon järjestämisvelvollisuus on säännelty yksityiskohtaisesti. Sen täydennyksenä on suunnitteilla terveydenhuollon järjestämislaki, jossa olisi ehkä täydentäviä säännöksiä terveydenhuoltolain valvonnasta.

Giuliano Bonoli[822] on esittänyt näkemyksen siitä, että sellaisessa maassa, jossa järjestelmä on hajanainen, on kansalaisille keskeisiä etuuksia vaikea supistaa, koska leikkauksista joudutaan neuvottelemaan intressiryhmien kanssa. Tämä ei ehkä päde Suomessa, jossa kansalaisten mielipiteet vaikuttavat kehitykseen yleensä vain silloin, kun epäkohdat alkavat tulla niin ilmeisiksi, että asiasta tulee poliittinen. Monessa maassa kansalaisjärjestöt vaikuttavat keskeisesti kehityksen kulkuun. Tätä Skocpolin esiin nostamaa yksityisten organisaatioiden ja sosiaalisten liikkeiden vaikutusta Suomessa ei kuitenkaan ole selvästi nähtävissä.

Kansalaistoiminta terveydenhuollon toteutuksessa ei ole järjestynyttä ja vaikuttavaa vaan enemmänkin eri kanavia myöten sosiaali- ja terveysministeriöön ja poliitikoille tulee yksittäistä tietoa kansalaisten tyytymättömyydestä, joka saattaa johtaa toimenpiteisiin, jos tyytymättömyys terveydenhuollon toteutukseen on riittävän laajaa ja epäkohdat suuria. Näiden viestien seurauksena myös puolueiden kiinnostus voi herätä. Puolueet ja puolueohjelmat vaikuttivat erityisesti 1970-luvulla merkittävästi kehitykseen, joka kuitenkin seuraavalla vuosikymmenellä alkoi vähetä, samalla kun muiden instituutioiden ohjaava vaikutus voimistui. Tämän jälkeen 1990- ja 2000-luvuilla puolueilla ja puolueohjelmilla ei ole ollut erityisen selkeätä roolia terveyspolitiikan toteuttamisessa, vaan puolueet ovat reagoineet enemmänkin tilannekohtaisesti virkamiesten ja instituutioiden taholta tulleisiin aloitteisiin. Puolueohjelmista on luettavissa halu poistaa epäkohtia, mutta enimmäkseen puolueiden näkemykset ja kannanotot ovat tulleet esiin eduskuntakeskusteluissa lain muutoksista päätettäessä.

Keskeisenä terveyspoliittisena toimijana 1990-luvun loppupuolella ja 2000-luvulla on mainittava eduskunnan oikeusasiamies, joka on saanut tietää terveydenhuollossa

822 Ks. Bonoli 2001, 239.

olleista ongelmista kansalaisten tekemien kantelujen välityksellä. Oikeusasiamies on tuonut julkisuuteen kansalaisten tyytymättömyyden ja osaltaan ohjannut terveydenhuollon lainsäädännön soveltamista kanteluihin antamissaan ratkaisuissa. Toimivaltansa mukaisesti oikeusasiamies on tehnyt myös lainsäädäntöesityksiä epäkohtien ja ongelmien ratkaisemiseksi, ja osin niiden pohjalta on sosiaali- ja terveysministeriössä alettu valmistella lainsäädäntöä epäkohtien poistamiseksi.

Työterveyshuollon osalta keskeisimmät vaikuttajat ja toimijat 1990–2000-luvuilla ovat olleet työmarkkinajärjestöt, jotka ovat muodostaneet järjestelmälle selkeän kehitystä ehdollistavan instituution. Työterveyshuollossa työntekijäpuolen edustajat ovat ehkä suoremmin voineet tuoda esiin palvelujen tarvitsijoiden näkemyksiä uudistuksissa kuin julkisen terveydenhuollon puolella. Työterveyshuollon lakisääteistäminen 1970-luvun lopulla ja työterveyshuollon edelleen kehittäminen 1990- ja 2000-luvuilla, jolloin työterveyshuolto muuttui keskitetysti ja kontrolloidusti johdetuksi terveysjärjestelmäksi, on pitkälti työmarkkinajärjestöjen aikaansaannosta. Kaikki uudistukset on valmisteltu ns. kolmikantaisella periaatteella.

Sairaanhoitovakuutuksella sen sijaan ei ole ollut vahvaa instituutiota tai merkittäviä toimijoita tukenaan. Pitkälti sen vuoksi järjestelmän kehittäminen on pysähtynyt 1990- ja 2000-luvuilla. Kansanedustajat ovat eduskuntakeskusteluissa tuoneet esiin järjestelmän kehittämistarpeita, mutta puheenvuorot eivät ole tuottaneet tulosta. Puolueet järjestelmän keskeisenä valtaresurssina eivät ole yksimielisiä sairaanhoitovakuutuksen kehittämisen tarpeista, eikä kansalaisten tyytymättömyys korvaustason alhaisuuteen ja muihin järjestelmän ongelmiin ole ollut niin äänekästä, että asia olisi noussut poliittiseen keskusteluun.

Puoluepoliittisesti katsottuna puolueiden rooli terveydenhuollossa ja sen edistämisessä näkyi voimakkaimmin 1930-luvulla. Puolueiden kiinnostus ja aktiivisuus nousi toisen maailmansodan jälkeen 1960- ja 1970-luvuilla, jolloin puolueet laativat jopa omia terveyspoliittisia ohjelmiaan. 1980-luvulta lähtien kehitykseen ovat voimakkaimmin vaikuttaneet instituutiot ja eturyhmät. Puolueiden näkemykset ovat tulleet esiin vaaliohjelmissa ja eduskuntakeskusteluissa. Selvimmin puolueiden näkemykset ovat eronneet suhtautumisessa terveydenhuollon maksuihin, sillä muutoin kaikki puolueet ovat yleensä kannattaneet terveydenhuollon parannusesityksiä. Eduskunnassa esitysten läpimeno ei yleensä ole ollutkaan ongelma, vaan se, että esitys yleensä saadaan hallituksen esitystasolla.

Esitysten valmistelulla ja sillä, ketkä ovat päässeet mitäkin esitystä valmistelemaan, on ollut keskeinen merkitys lopputulokseen. Hallitusten esitysten lopullinen sisältö on muotoutunut puolueiden, instituutioiden ja intressiryhmien valmistelutyön ja kompromissien tuloksena ja valtaresursseilla on ollut suuri merkitys. Puolueet ovat olleet yhtenä osapuolena valmistelutyössä, mutta päävastuu on ollut byrokraateilla ja asiantuntijoilla. Ministeriötason valmistelutyössä ovat puolueiden ohella mukana intressiryhmät ja instituutiot. Lopputulos on useimmiten kompromissi. Voimakkaimmin puolueintressit ovat tulleet esiin vuosina 2007–2010 valmisteltaessa vuoden

2011 terveydenhuoltolakia. Kysymys oli tällöinkin rahasta ja sen käytöstä. Vanhasen toisen hallituksen päähallituspuolueet keskusta ja kokoomus olivat erimielisiä siitä, tulisiko terveydenhuolto rahoittaa maakuntatasoisena vai olisiko parempi jakaa maa sosiaali- ja terveysalueisiin. Asiassa ei päästy kompromissiin, vaan puolueiden välisen erimielisyyden seurauksena terveydenhuollon järjestämis- ja rahoituskysymykset siirrettiin myöhemmäksi. Vuoden 2011 terveydenhuoltolaki sisältää tämän vuoksi säännökset vain terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden yksityiskohdista.

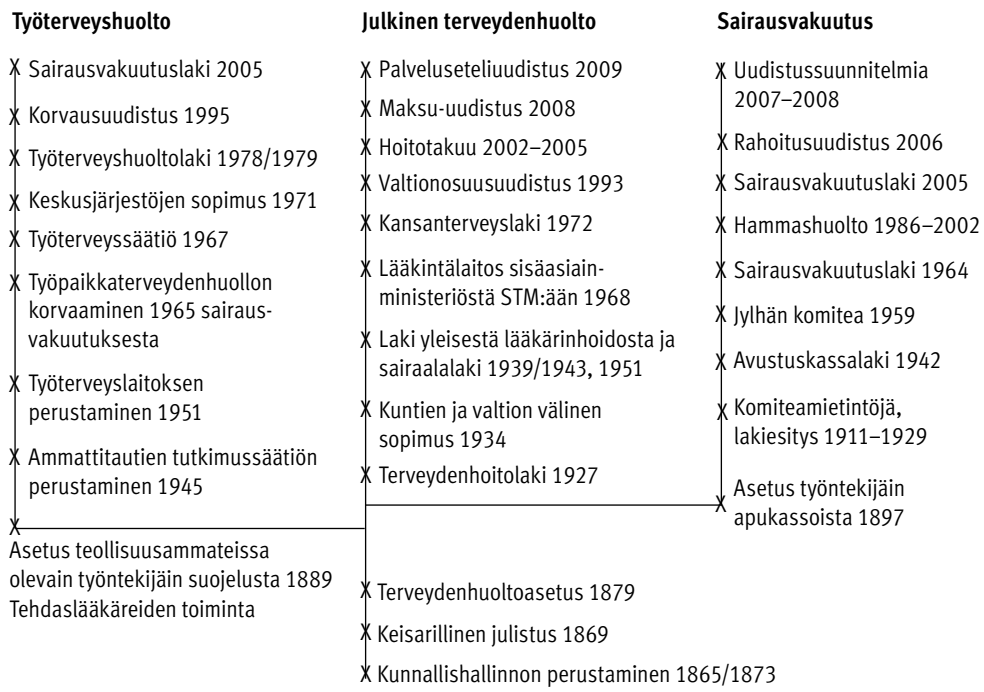
Hallitusohjelmat vielä 1960-luvulle saakka keskittyivät enimmäkseen talous- ja maatalouspolitiikkaan. Ensimmäisen kerran hallitusohjelmaan kirjattiin konkreettisia terveyspoliittisia tavoitteita vasta 1970-luvulla vasta 1990- ja 2000-luvuilla hallitusohjelmissa on laajemmin kirjattuja terveystavoitteita, joihin sisältyy myös sairausvakuutus ja työterveyshuolto. Erityisesti 2000-luvulla on alkanut korostua yhä enemmän hallitusohjelman merkitys koalitiohallituksen työvälineenä, vaikka Suomessa on ollut enemmistöhallituksia vuodesta 1978 lähtien. 2000-luvulla merkittäviä muutoksia on ollut vaikeata tai lähes mahdoton tuoda päätettäväksi hallituskauden aikana, jos asiaa ei ole mainittu hallitusohjelmassa, ja myös hallitusohjelmaan kirjatun toimenpiteen sanamuodolla on suuri merkitys. Onko jotain asiaa tarkoitus hallituskauden aikana vain selvittää vai onko tarkoitus todella tehdä muutoksia? Hallitusohjelman korostumisen vuoksi myös terveydenhuollon keskeiset instituutiot ja intressiryhmät ovat enenevästi pyrkineet vaikuttamaan hallitusohjelmaan, koska siinä ratkaistaan tulevan neljän vuoden toimenpiteet ja uudistukset.

7.3 Merkittävät muutokset Suomen terveydenhuollossa

7.3.1 Terveydenhuollon kokonaisuus muotoutuu

Polkuriippuvuuteen ja institutionalismiin liittyy olennaisesti merkittävien muutosten havainnointi, sillä kehityksen polku on kääntynyt uuteen suuntaan. Tässä jaksossa pyrin paikantamaan näitä merkittäviä muutoksia. Suomen terveydenhuollon kokonaisuuden kehitystä voi kuvata kuviolla 26. Runko on yhtenäinen, mutta siitä haarautuu omiksi oksikseen työterveyshuolto ja sairausvakuutus. Sekä runko että kummatkin oksat ovat kehittyneet irrallaan toisistaan ilman yhteyttä muihin oksiin. Suomeen on syntynyt melko monimutkainen ja monitahoinen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa kokonaisuuden hahmottaminen on vaikeaa ja jossa eri osien vuorovaikutus toisiinsa ei ole aina selvitettävissä.

Kuvio 26. *Suomen terveydenhuollon polku.*



7.3.2 Julkinen perusterveydenhuolto

Suomen julkisen perusterveydenhuollon (kuvio 27, s. 321) kehitystä kuvataan merkitsemällä muutokset ja tärkeät muutokset x:llä. Julkisessa terveydenhuollossa muutoksia on tehty melko paljon, mutta kriittisiä käännekohtia, joissa polun suunta on muuttunut, on melko vähän. Enimmäkseen kehitys on ollut polkuriippuvaista. Monista vaihtoehdoista on valittu vähiten työtä vaativa ja kustannuksia säästävä ratkaisu, ilman että olisi lähdetty toteuttamaan uusia polkuja. Vain harvoin ollaan oltu avoimia merkittäville muutoksille, jolloin aiempi polku on merkittävästi kääntynyt uuteen suuntaan. Suuri muutos tapahtui polun alussa polun alussa 1860-luvulla, jolloin keisarillisella julistuksella ja sen jälkeen annetulla terveydenhoitoasetuksella määriteltiin kunnat vastuullisiksi terveydenhuollosta. Sen jälkeen tehdyt muutokset ja kehittämistoimet ovat olleet pitkälti polkuriippuvaisia 1860-luvulla valitusta polusta. Järjestelmää on kehitetty, mutta perusta on pysynyt samana.

Vasta kansanterveyslain säätäminen vuonna 1972 muutti merkittävästi 1860-luvulla alkanutta kunnallista järjestämisvelvollisuutta, koska silloin perusterveydenhuollossa tavoitteeksi asetettiin palvelujen antaminen kaikille kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Siirtymäajan jälkeen kansanterveysjärjestelmä tuli valmiiksi vuonna 1980. Muita muutoksia perusterveydenhuollossa 1860-luvulta 2000-luvulle saakka ei voida pitää merkittävinä käännekohtina (*critical junction*), koska niissä kysymys

on ollut enemmänkin polkuriippuvaisesta, aiempaan kehitykseen kiinnittyneestä muutoksesta eikä polun suunta varsinaisesti muuttunut. Tällainen polkuriippuvainen muutos oli myös 1990-luvun valtionosuusuudistus, joka oikeastaan palautti kehityksen keisarillisen julistuksen tasolle. Valtio vetäytyi tarkkailijan rooliin samalla tavoin kuin 1860-luvulla.

Seuraavan kerran polun suunta muuttui merkittävästi vasta vuonna 2002 kansallisen terveyshankkeen myötä, kun syntyi ajatus hoitoaikojen säätelystä, joka oli uutta suomalaisessa terveyspolitiikassa. Huomio kiinnittyi tällöin pitkästä aikaa potilaaseen ja hänen oikeuksiinsa. Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 epäilemättä oli käänne, vaikka ongelmia on ollut perusterveydenhuollon hoitoaikojen valvonnassa. Myös vuonna 2007 alkanut Paras-hanke on kuviossa merkitty polun käännökseksi, koska sen myötä kunnat ovat yhtyneet tai on muodostettu terveyspiirejä terveyspalveluiden toteuttamiseksi. Paras-hankkeessa terveydenhuollon rakenteet ovat vahvistuneet, jolloin hajautuneeseen toteutustapaan liittyvät ongelmat ovat jonkin verran vähentyneet.

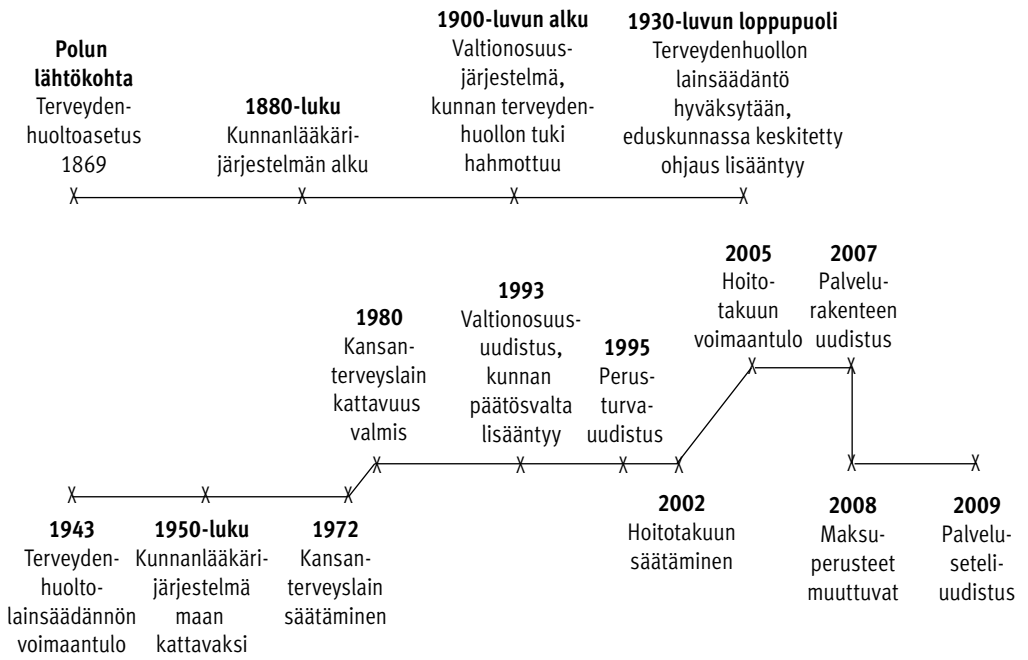
Seuraava merkittävä muutos oli myös epäilemättä terveydenhuollon maksupolitiikan vakiintuminen ja maksujen sitominen indeksiin vuonna 2008. Aiempi, hiukan epäröivä maksupolitiikka vakiinnutettiin silloin tulevaisuuden suunnaksi ja samalla luovuttiin lopullisesti tavoittelemasta sitä, että Suomessa annettaisiin terveydenhuoltoa tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Vuonna 2009 tapahtunut palveluseteli-järjestelmän laajentaminen terveyspalveluihin vahvisti edelleen muutosta maksullisuuden suuntaan, koska palveluseteli antaa mahdollisuuden jakaa kustannusvastuu terveyspalveluissa hyvinkin paljon toisin kuin normaaleissa kunnallisissa palveluissa. Isoissa kaupungeissa palveluseteliä on päätetty käyttää jonojen purkamiseen niillä terveydenhuollon aloilla, joissa on resurssipulaa. Erityisesti hammashuolto on esitetty toimialana, johon palveluseteli sopii, jos kansalainen suostuu ottamaan palvelusetelin vastaan.

Terveydenhuoltolaki 2011 ei välttämättä merkitse suurta polun käännettä perusterveydenhuollossa, koska laista jäivät pois palvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen liittyvät säännökset. Laissa määritellään kuitenkin aiempaa tarkemmin kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuun sisältö, ja potilaalle tulee asteittain lisää valinnan mahdollisuuksia hoitopaikkansa ja hoitoa antavan terveydenhuollon ammattihenkilön suhteen. Lisäksi laissa tarkennetaan aiemmin epäselvää hoitovälineiden jakelua terveyskeskuksista.[823] Muutoinkin laki sisältää paljon yksityiskohtaisia säännöksiä, mutta sanktiot lain rikkomisesta ovat jääneet myöhemmin annettavaan järjestämislakiin. Pääosin laki sisältää normiohjausta kunnille terveydenhuollon toteuttamisesta. Terveydenhuollon historia osoittaa, että kunnat eivät välttämättä noudata valtakunnallisia lakeja ilman kontrollia ja sanktioita. Terveydenhuoltolakia tulee siis täydentää järjestämislailla. Kuitenkin lain toteutuksen valvojat – aluehallintovirastot,

823 Terveydenhuoltolaki 2011 (1326/2010, § 24): ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Sairaanhoitopalveluihin sisältyvät 1) sairauksien tutkimus, lääketieteellinen tai hammaslääketieteellinen taudinmääritys, hoito, hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaissairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sekä tarpeellinen kotisairaanhoito.”

Valvira sekä eduskunnan oikeusasiamies – voivat tulkita lakia perusoikeusmyönteisesti, jolloin perustuslain 19 §:n takaama kansalaisten oikeus hyvään hoitoon otetaan keskeisesti huomioon. Pääasiallinen oikeuskeino on tällöin kantelumenettely, joka kuitenkin on jälkikäteisenä oikeusturvana liian hidas terveyspalveluissa. Mikäli tuleva järjestämislaki sisältää lisää valtuuksia valvojille sekä riittäviä sanktioita lain noudattamisen tehostamiseksi, merkitsee terveydenhuoltolaki 2011 eittämättä muutosta perusterveydenhuollon toteutukseen. Säännökset terveydenhuollon toteutuksesta ovat laissa riittävän yksityiskohtaiset. Ennen järjestämislain säätämistä asiasta ei vielä voi olla varma.[824]

Kuvio 27. *Julkisen terveydenhuollon polku.*



824 Terveydenhuoltolaki 2011 (1326/2010, § 34): ”Samaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. Suunnitelmasta on neuvoteltava sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kanssa. Suunnitelmassa on sovittava kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken. Suunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja hyväksyttävä sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Suunnitelman hyväksymisen edellytyksenä on, että kuntayhtymään kuuluvista jäsenkunnista vähintään kaksi kolmannesta sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Kuntien ja kuntayhtymän on yhdessä arvioitava suunnitelman toteutumista vuosittain sekä tehtävä siihen tarvittaessa muutokset.” Huolimatta tästä 34 §:n yksityiskohtaisesta sääntelystä suunnittelupykälä voi jäädä kuolleeksi kirjaimeksi, koska suunnitelman tekemättä jättämisestä ei aiheudu sanktioita kunnille. Tämän puutteet totesi myös eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta hallituksen esitystä käsitellessään. Koska suunnitelmia ei ehkä tehdä sanktioiden puuttuessa, perusterveydenhuoltoon terveydenhuoltolaki 2011 ei todennäköisesti tuo olennaisia parannuksia. Kunnat eivät noudata lakia, jos säännösten noudattamatta jättäminen ei aiheuta niille haitallisia seuraamuksia. Lain mukainen suunnitelma olisi todennäköisesti lisännyt perusterveydenhuollon tehokkuutta ja suunnitelmallisuutta.

7.3.3 Erikoissairaanhoito

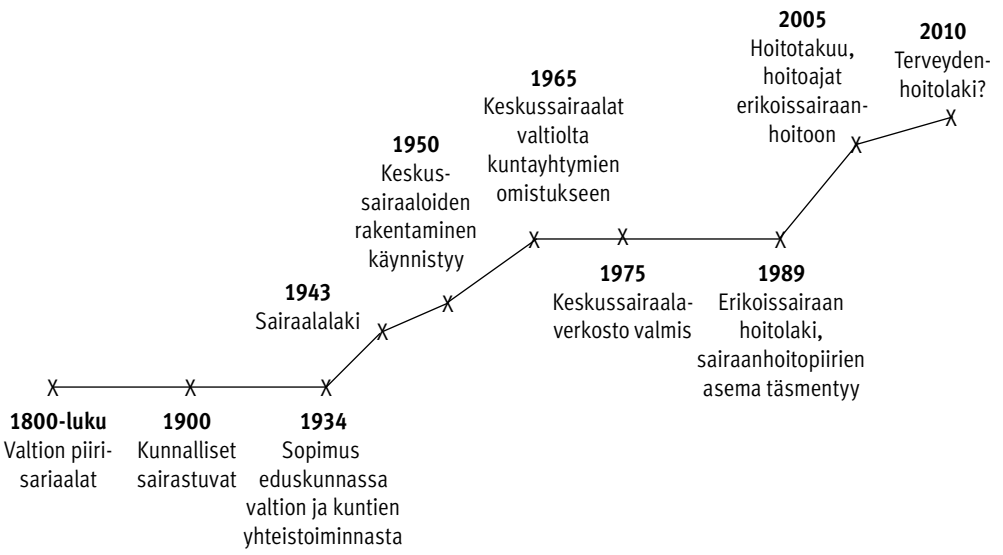
Suomen julkisen erikoissairaanhoidon kehityksen polku (kuvio 28) poikkeaa jonkin verran perusterveydenhuollosta. Aluksi kehitys oli tasaista ja hidasta. Sairaalatoiminta oli hyvin puutteellista eikä täyttänyt tarpeita ennen kuin vuoden 1934 sopimus valtion ja kuntien välillä sairaalatoimen kehittämisestä syntyi ja alkoi muuttaa polun suuntaa merkittävästi. Sopimuksen seurauksena säädettiin sairaalalaki, ja keskussairaalaverkoston rakentaminen käynnistyi toisen maailmansodan jälkeen. Valtion tulo keskussairaalaverkon kehittämisen johtajaksi oli merkittävä käännekohta, samoin paluu kunnalliselle polulle, kun keskussairaaloiden omistus siirtyi lopullisesti kuntainliitoille vuonna 1965. Erikoissairaanhoitolaki selvensi sairaanhoitopiirien asemaa, ja vähitellen lain säätämisen jälkeen erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto alkoivat eriytyä toisistaan.

Valtionosuusuudistus 1990-luvun alussa ei merkinnyt erikoissairaanhoidossa kovin paljon muutoksia mutta korosti terveyskeskuksesta saatavan lähetteen merkitystä erikoissairaanhoidon saamiseksi. Uudistuksessa valtionosuuksien maksaminen kohdistettiin pelkästään kunnille, sairaanhoitopiirien hallintosäännökset kumottiin ja kuntayhtymien valtionosuudet lopetettiin. Sairaanhoitopiirit alkoivat laskuttaa kuntia antamastaan hoidosta, mikä ehkä lisäsi erikoissairaanhoidon pitämistä kuntien kannalta kalliina hoitona, joka aiheuttaa suuria kustannuksia. Erikoissairaanhoidosta tuli korostetusti kustannustekijä. Hoidon määräaikojen säätäminen vuonna 2005 merkitsi suurta muutosta erikoissairaanhoidossa samoin kuin perusterveydenhuollossa, koska sairaanhoitopiirien piti muuttaa ja tehostaa käytäntöjään hoitoaikojen toteuttamiseksi ja valvontaviranomaiset saivat mahdollisuuden käyttää uhkasakkoa hoitoaikojen toteuttamiseksi. Terveydenhuoltolaki 2011 merkitsee muutoksia erikoissairaanhoidon toteuttamiseen. Kun laissa potilaiden valinnanvapaus hoitopaikkansa suhteen erikoissairaanhoidossa lisääntyy, hoitotakuuajat täsmentyvät, nuorten pääsy psykiatriseen hoitoon helpottuu ja erikoissairaanhoitoa voidaan aiempaa enemmän antaa myös terveyskeskuksissa. Nämä säännökset ovat laissa niin yksityiskohtaisia, että valvontaviranomaisilla on mahdollisuus puuttua lain rikkomisiin, vaikka järjestämislakia ei olekaan säädetty. Näin ollen olen taipuvainen uskomaan, että erikoissairaanhoidossa terveydenhuoltolaki 2011 merkitsee merkittävää muutosta terveydenhuollon polkuun, joskin epävarmaa sellaista.

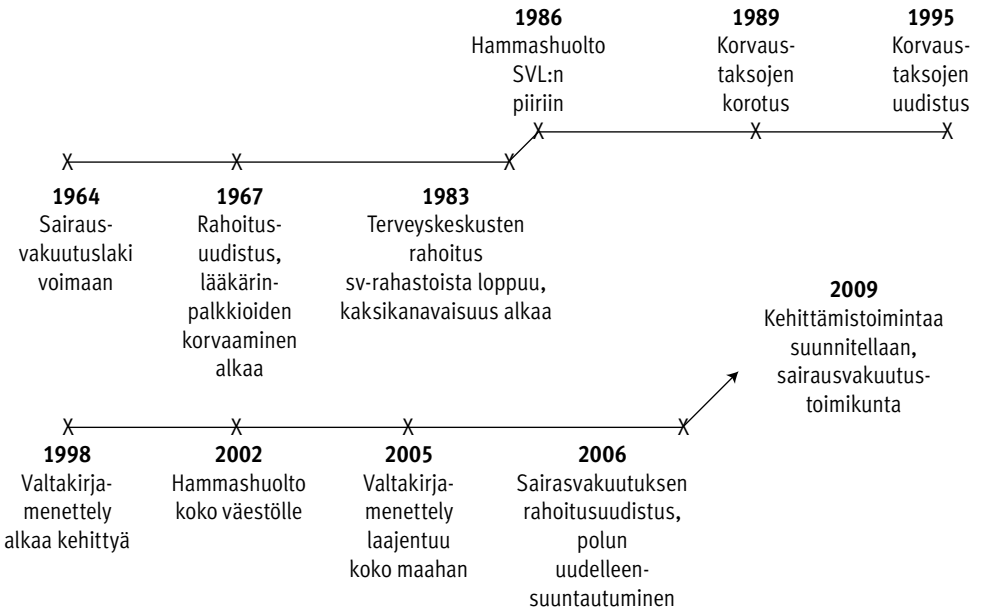
7.3.4 Julkinen sairaanhoitovakuutus

Suomen sairaanhoitovakuutuksen kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta (kuvio 29) on varsin tasainen eikä siinä ole montakaan merkittävää käännekohtaa. Osin syynä on järjestelmän myöhäinen voimaantulo vuonna 1964 ja sairaanhoitovakuutuksen institutionaalinen heikkous suhteessa 1860-luvulla syntyneeseen kunnalliseen järjestelmään. Sairaanhoitovakuutuksen ja kansanterveysjärjestelmän vähäinen vuorovaikutus ja järjestelmän poliittisesti kiistanalainen asema ovat jarruttaneet sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä. Muutokset, joita järjestelmään on tehty, ovat

Kuvio 28. *Erikoissairaanhoidon polku.*



Kuvio 29. *Sairaanhoitovakuutuksen polku.*



olleet luonteeltaan enemmän teknisiä kuin taso- tai substanssimuutoksia. Merkittävä, järjestelmän kannalta negatiivinen muutos tapahtui kuitenkin vuonna 1983, jolloin sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon rahoituksellinen yhteys lopetettiin. Muutoksen jälkeen sairaanhoitovakuutuksen aseman poliittinen kiistanalaisuus lisääntyi, mikä vaikutti ja hidasti edelleen järjestelmän kehittämistä.

Komitea- ja työryhmätasolla kehittämisehdotuksia on tehty paljon, mutta esitykset ovat jääneet toteuttamatta. Seuraava merkittävä muutos järjestelmässä onkin vasta vuoden 2006 sairausvakuutuksen rahoitusuudistus, joka muutti olennaisesti järjestelmän rahoituspohjaa. Palkansaajien ja valtion osuus sairaanhoitovakuutuksen rahoituksessa lisääntyi samalla, kun työnantajien rahoitusosuus keskitettiin sairausvakuutuksen toimeentuloturvaan. Aiemmin sairausvakuutusta oli kaikilta osiltaan rahoitettu kolmikantaisesti. Muita järjestelmässä tapahtuneita muutoksia ei voida pitää polun suuntaa muuttaneina, mutta on edelleen mahdollista, että vuoden 2007 toimikunnan esitykset tulevaisuudessa toteutetaan, koska eduskunnassa on edellytetty järjestelmän kehittämistä. Mikäli näin tapahtuu, olisi kysymys muutoksista, jotka muuttavat polun suuntaa. Palkansaajien ja muiden edunsaajien jääminen yksin rahoittamaan sairaanhoitovakuutusta tulee todennäköisesti myös lisäämään vaatimuksia korvaustaksojen korottamisesta. Sairaanhoitovakuutuksen tulevaisuus on hyvin epäselvä, koska vuoden 2010 lopulla on esitetty merkittäviä muutoksia terveydenhuollon toteutukseen, jotka koskettavat myös sairaanhoitovakuutusta.[825]

7.3.5 Työterveyshuolto

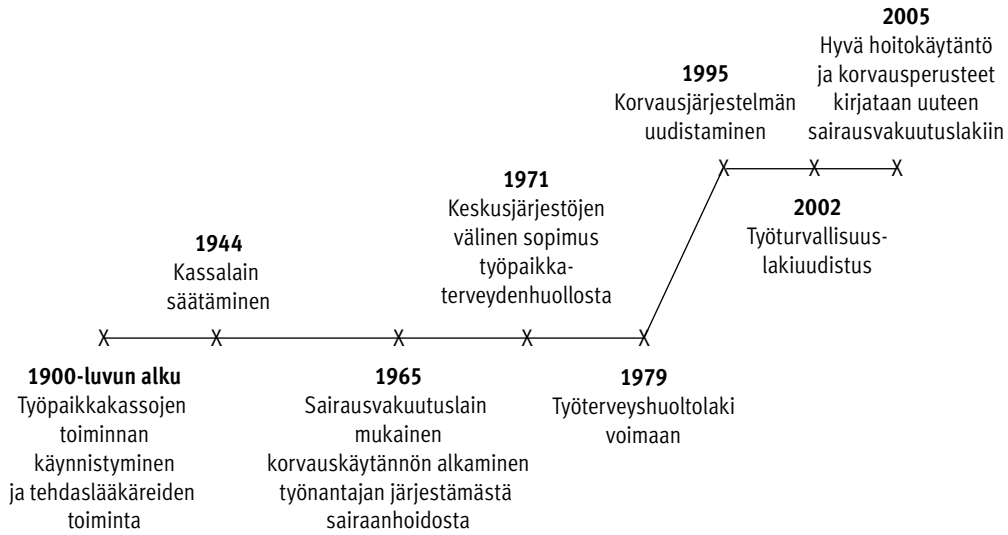
Muutoksia ja kehittämistyötä työterveyshuollossa (kuvio 30) on tehty järjestelmän alusta lähtien. Tästä huolimatta merkittävänä käännekohtana, joka on muuttanut polun suuntaa, voidaan pitää vain harvoja tapahtumia, joista ensimmäinen oli järjestelmän lakisääteistäminen vuonna 1979. Tuolloin varmistui järjestelmän asema toisena merkittävänä terveydenhuollon toteutustapana terveyskeskusten ohella. Järjestelmän tultua lainsäädännölliselle pohjalle kehitystyö jatkui kolmikantaisella pohjalla, ja muutoksia ja parannuksia järjestelmään on tehty erityisesti 1990- ja 2000-luvuilla. Näistä merkittävin käännekohta, jota voidaan pitää jopa kriittisenä, oli vuoden 1995 korvausuudistus. Silloin hyvän työterveyshuoltokäytännön käsite tuli ensimmäisen kerran sovellettavaksi ja työterveyshuollon korvaustoiminnassa alettiin aiempaa enemmän kiinnittää huomiota annetun hoidon laatuun. Merkittävää on myös se, että hyvä työterveyshuoltokäytäntö sekä ehkäisevässä työterveyshuollossa että sairaanhoidossa kirjattiin korvauksen edellytykseksi myös vuoden 2005 sairausvakuutuslakiin, jolloin lakiin tuli muutoinkin huomattavan yksityiskohtaiset säännökset työterveyshuollon korvaamisen edellytyksistä ja järjestelmän toteutuksen valvonnasta. Työterveyshuollossa hoidon kontrolli ja laatuvaatimukset on sidottu kor-

825 Pekurinen ym. 2010, 82–84.

vaustoimintaan, joten sitä voidaan pitää keskitetysti toteutettuna terveydenhuollon järjestelmänä rahoitukseensa liittyneen valvonnan vuoksi.[826]

Vuoden 2006 sairausvakuutuksen rahoituksen muutos ei vaikuttanut kovin merkittävästi työterveyshuoltoon, koska työterveyshuollon rahoittaa edelleen pääosin työnantaja osana työnantajien sairausvakuutusmaksua. Sen sijaan merkittävä muutos voi olla vuoden 2011 alussa voimaan tullut lain uudistus, jossa järjestelmän rahoitus on sidottu yhä kiinteämmin toiminnan tuloksiin. Muutoksen jälkeen työnantajan työterveyshuollon 60 prosentin korvauksen saamisehtona on, että työpaikalla on asetettu tavoitteet ja sovittu käytännöt työntekijöiden työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen toteuttamiseksi. Niistä on tullut sopia kirjallisesti työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä. Uudistus vahvistaa työterveyshuollon perusroolia työntekijöiden työkyvyn ylläpitäjänä.

Kuvio 30. *Työterveyshuollon polku.*



7.4 Mitkä periaatteet, asenteet, tavoitteet ja arvot ovat olleet keskeisiä kehitettäessä ja rahoitettaessa Suomen julkista terveyspalvelujärjestelmää?

Yhteiskunnat rakentuvat asenteille, tavoitteille ja arvoille, ja poliittisia valintoja tehdään kulloinkin vallalla olevien asenteiden ja arvojen mukaisesti. Terveydenhuollon keskeisiä asenne- tavoite- ja arvolähtökohtia voidaan hahmotella seuraavilla tavoilla:

826 Työpaikkaselvitys on työterveyshuollon keskeisiä toimenpiteitä. Sen perusteella laaditaan työpaikkakohtainen työterveyshuollon toimintasuunnitelma, joka sisältää riskianalyysin ja TYKY-toiminnan suunnitelman. Vuonna 2008 työpaikkaselvityksiin käytettiin kaikkiaan 315 000 tuntia. Terveydenhoitajat ja fysioterapeutit tekevät suurimman osan työpaikkaselvityksistä. (Kela 2010.)

– kansalaisten tasa-arvo ja oikeus saada terveyspalveluja
– terveyspalvelujen tehokkuus ja taloudellisuus
– valinnanvapaus terveyspalveluissa
– terveyspalvelujen hyvä laatu ja riittävä määrä
– terveyspalveluihin pääsyn nopeus
– terveyspalvelujen maksuttomuus tai kohtuulliset kustannukset kansalaisille
– työkyvyn ylläpito
– paikallisen päätöksenteon tärkeys terveyspalveluja toteutettaessa, kuntien talouden ylläpito sekä valtio-kuntasuhde.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että kehityksen aikana neljä arvoa on selvästi noussut keskeisimmiksi Suomessa terveyspalveluja kehitettäessä. Ne ovat tehokkuus ja taloudellisuus sekä paikallisen päätöksenteon korostaminen terveydenhuollon toteutuksessa sekä valtio-kuntasuhde. Nämä arvot ovat Suomen terveydenhuollossa olleet alusta lähtien keskeisiä ja aikaa myöden nousseet jopa hegemonistiseen asemaan jättäen muut arvot varjoonsa. Näiden pääarvojen ohella myös muut, kansalaisten kannalta keskeisemmät arvot ovat olleet vaihtelevasti esillä. Tällaisia ovat mm. kansalaisten mahdollisuus saada tasavertaisesti terveyspalveluja, valinnan mahdollisuus, huoli työkyvyn ylläpidosta ja mahdollisuus päästä määräajassa hoitoon. Kehityksen ja siihen liittyvien arvojen, asenteiden ja tavoitteiden yhteyttä voidaan kuvata seuraavalla taulukolla 5.

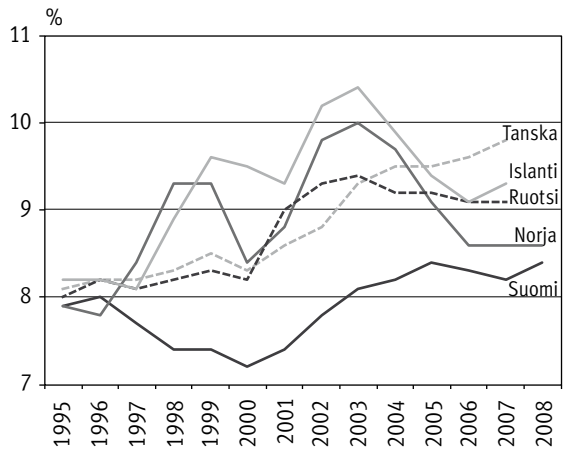
Taulukko 5. *Arvot, asenteet ja tavoitteet, jotka ovat olleet keskeisiä Suomen terveydenhuollon suurimmissa muutoksissa.*

Muutos	**Arvo, jota muutos pääosin toteutti**
Vuoden 1869 keisarillinen julistus	Terveyspalvelujen taloudellisuus, valtion vastuun väheneminen, vastuun siirtyminen paikallistasolle
Keskussairaalaverkoston rakentaminen	Kansalaisten tasa-arvo ja oikeus saada terveyspalveluja
Sairausvakuutuslaki	Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen, sairaudesta aiheutuvien kustannusten kohtuullistaminen, valinnanvapaus
Kansanterveyslaki	Kansalaisten tasa-arvo ja oikeus saada terveyspalveluja, palvelujen saannin maksuttomuus
Työterveyshuolto	Työkyvyn ylläpito
Valtionosuusuudistus	Paikallisen päätöksenteon korostaminen, kunnan talouden ylläpito, maksullisuuden ja yksilönvastuun lisääminen
Hoitotakuu	Potilaan mahdollisuus saada hoitoa kunnan taloudesta riippumatta
Terveydenhuoltolaki 2011	Potilaan valinnanvapauden lisääntyminen, hoitotakuuaikojen täsmentyminen

Kustannustietoisuus keskeisenä tekijänä terveydenhuollossa on nähtävissä siinä, että suuret ja kansalaisten kannalta merkittävät uudistukset, kuten keskussairaalaverkoston rakentaminen ja kansanterveysjärjestelmän toteuttaminen, tehtiin asteittain pitkän ajan kuluessa huolimatta ilmiselvästä tarpeesta toimia nopeasti. Sama asia tulee esiin myös vertailtaessa Suomen terveydenhuollon menoja kansainvälisesti ja erityisesti muihin Pohjoismaihin. Suomen terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta on pienin Pohjoismaissa (kuvio 31). [827]

Kuviosta 31 näkyy myös valtionosuusuudistuksen jälkeen tapahtunut terveydenhuoltomenojen lasku. Valtionosuusuudistuksen keskeinen tavoite – kuntien terveydenhuoltokustannusten nousun hillintä ja tehokkuuden lisääminen – onnistui, mutta sen seurauksena tuli terveydenhuollon toteutukseen ongelmia hoidon saamisessa hoitojonojen kasvaessa. Myös hoitotakuu näkyy kuviosta 31 terveydenhuoltomenojen nousuna suhteessa bruttokansantuotteeseen vuonna 2005. Sittemmin hoitotakuun noudattamisessa on ilmennyt ongelmia, joihin Valvira on joutunut puuttumaan asettamalla uhkasakkoja. Suomalaiseen terveydenhoitoon on sopinut Pekka Kososen[828] hahmottama Suomen hyvinvointivaltiomalli, jossa kustannukset ja kilpailukyvyn korostaminen ovat keskeisiä. Tehokkuus ja kustannusten hillintä ovat olleet korostuneen hegemonistinen arvo Suomen terveydenhuollon toteutuksessa.

Kuvio 31. *Terveydenhuollon menot bruttokansantuotteesta Pohjoismaissa 1995–2007, %.*



Lähde: THL.

827 Tilastolliseen tehokkuuteen saattaa olla syynä sekin, että joitakin lakisääteisiä tehtäviä ei tehdä tai tehdään alle suositusten erityisesti ehkäisevässä terveydenhuollossa. Vuonna 2008 Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen ja Stakesin tekemän tutkimuksen mukaan vain 3 prosentissa terveyskeskuksista äideille, lapsille ja nuorille tehdyt terveystarkastukset olivat kaikissa toiminnoissa suositusten vähimmäistavoitteen mukaisia. Suunnitelmista puuttui yli 350 000 terveystarkastusta. Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon valtakunnalliset henkilösuositukset eivät täyttyneet yhdessäkään terveyskeskuksista. (Rimpelä ym. 2008.)

828 Kosonen 1987.

Toinen keskeinen tekijä ja arvo Suomen terveydenhuollon toteutuksessa on ollut kunnallisen itsehallinnon korostaminen. Suomen terveydenhuolto on rakennettu paikallisen päätöksenteon pohjalle ilman valtion toteuttamaa koordinaatiota. Vasta hoitotakuusäännökset toivat uusia piirteitä valtion ja kunnan väliseen suhteeseen ja sen myötä valtion ote terveydenhuollon toteuttamisessa on alkanut lisääntyä. Terveydenhuollon toteutukselle onkin tyypillistä eräänlainen federalismi, vaikka Suomi ei ole liittovaltio.[829] Kunnat kokevat olevansa itsenäisiä ja niiden toiminnassa ja suhtautumisessa keskushallintoon on samoja piirteitä kuin liittovaltioissa suhteessa osavaltioihin.[830]

7.5 Priorisointi ja potilaan oikeusasema

Priorisointi ei kunnissa ole avointa, eikä asiasta ole olemassa valtakunnallista ohjeistusta. Siksi potilaan asema on usein epävarma. Hän ei voi aina tietää, onko hoito evätty lääketieteellisten vai taloudellisten seikkojen vuoksi. Myös lääkärin toiminta oli vaikeata hänen joutuessaan tasapainoilemaan lääketieteellisten ja taloudellisten tosiasioiden välimaastossa. Ennen hoitotakuuta suomalaisella oli subjektiivinen oikeus vain kiireelliseen sairaanhoitoon ja muilta osin lääkäri yksin päätti hoidon aloittamisesta ja lopettamisesta. Terveydenhuoltolaissa on sosiaali- ja terveysministeriölle määritelty oikeus antaa asetuksia hoidon laadun valvonnasta. Kyseenalaista on kuitenkin edelleen, jääkö säännös kuolleeksi kirjaimeksi vai aletaanko Suomessa todella valvoa hoidon laatua. Hoitovirheet tai muut ongelmat hoidossa voivat johtua myös liian vähäisistä resursseista eivätkä suinkaan aina ammattitaidon puutteesta. Potilasvahinkolautakunnassa käsitellyt tapaukset sekä kansalaisten kanteluissaan (joko aluehallintovirastoon, Valviraan tai eduskunnan oikeusasiamiehelle) esiin tuomat seikat antavat tietoa ladun varmistamiseksi ja hyvän hoidon edistämiseksi.[831]

829 Muissa Pohjoismaissa kehitys on kulkemassa hyvin paljon kuntatasoa laajempaan suuntaan terveydenhuollon toteuttamisessa. Valtio on ottanut koko sairaalalaitoksen hoitoonsa sekä Norjassa että Tanskassa. Tanskassa valtio huolehtii muutoinkin pääosin terveydenhuollosta, jolloin paikalliset taloudelliset tekijät eivät vaikuta järjestelmän toimivuuteen. Ruotsissa, jossa maakunnat hoitavat terveydenhuollon, on suunnitteilla laajentaa sairaalatoimen haltijoiksi maakuntaa suuremmat alueet.

830 Vrt. Obinger ym. 2005.

831 Terveydenhuoltolain (1326/2010) 12 §: ”Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus. Kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia. Kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kunnan eri toimialojen on tehtävä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Jos sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, yhteistoiminta-alueen on osallistuttava asiantuntijana eri toimialojen väliseen yhteistyöhön sekä sosiaalisten ja terveysvaikutusten arviointiin alueen kunnissa.”

Suomi on etääntynyt hyvin kauaksi terveyspalvelujen tasa-arvoisen saatavuuden ihanteesta. Tilastot osoittavat, että Suomessa erityisesti lääkäripalveluja annetaan epätasaisesti eri tuloluokille.[832] Epätasainen hoidon jakaminen näkyy myös kuolleisuusluvuissa, joissa on huomattava ero ylempien ja alempien tuloluokkien välillä. Suomalaisessa terveyspoliittisessa keskustelussa esillä ovat lähes yksinomaan kuntien talousongelmat, joskin terveydenhuoltolain antaminen eduskunnalle osoittaa, että aiempaa suurempaa huolta aletaan kantaa myös potilaan asemasta ja hänen perustuslain takaamasta oikeudestaan hyvään hoitoon. Ennen terveydenhuoltolain antamista potilaan ongelmat hoidon saamisessa ja hoidon laatu olivat Suomessa esillä lähinnä yleisönosastokirjoituksissa, internetin keskustelupalstoilla ja kanteluviranomaisten pöydällä. Terveydenhuoltolain hyväksyminen ja käytäntöön soveltaminen perusoikeusmyönteisellä tavalla voi muuttaa tähänastista polkua. Ehdoton edellytys polun kääntämiseksi on myös suurien ja luonteeltaan regressiivisten terveydenhuollon asiakasmaksujen muuttaminen kohtuullisemmiksi vähätuloisten kansalaisten osalta.

Julkisessa terveydenhuollossa potilaan oikeudellisesti heikko asema on ollut leimallista Suomen terveydenhuollolle. Lääkäri päättää hoidosta ja potilaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa tai vaatia jotain toimenpidettä ovat vähäiset. Tämä asenne on kulkenut polkuriippuvaisena jo 1800-luvulta, jolloin terveyspalvelujen saaminen oli kunnan päätösten varassa. Potilaslaki sisältää säännökset potilaan kuulemisesta ja potilaan tahdon kunnioittamisesta hoidossa, mutta toisaalta lainsäädännössä korostetaan lääkärin yksipuolista päätäntävaltaa hoidon antamisessa, ilman että potilaalla olisi oikeutta edes saada toisen lääkärin arviota hoidon tarpeesta. Potilaan mahdollisuus tehdä muistutus tai kantelu konkretisoituu vasta poikkeuksellisissa tilanteissa, eivätkä nämäkään keinot aina johda potilaan kannalta muutoksiin. Potilaalla ei ole mahdollisuutta reagoida tehokkaasti silloinkaan, kun hänen hoidossaan ei noudateta kansallisia hoitosuosituksia. Valviralla on tosin oikeus valvoa julkisen terveydenhuollon yksiköitä, ja hoidon laatu ja määrä voidaan ottaa valvontakohteeksi. Valviran valvontatoiminta on kuitenkin vasta muotoutumassa, ja tehokas valvonta vaatisi myös riittäviä resursseja.

Eräässä suhteessa terveydenhuoltolain toimeenpano voi parantaa potilaan asemaa: lakiehdotuksen mukaan potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Resurssit voivat kuitenkin rajoittaa tätä valinnan mahdollisuutta, sillä valinta voi tapahtua vain toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Aiemminkin laki on sisältänyt valinnan mahdollisuuksia, mutta käytännössä valinnan mahdollisuus ei ole toteutunut ja on pelättävissä, ettei terveydenhuoltolaki tuo asiantilaan muutosta. Toteutumatta voi jäädä myös terveydenhuoltolain säännös siitä, että potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. Lain sanonta ”on mahdollista” ja ”toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa” sisältävät varauksia,

832 Ks. Pekurinen ym. 2010, 63–64.

jotka voivat käytännössä mitätöidä säännöksen merkityksen. Lakiehdotus ei sisällä säännöksiä henkilön oikeusturvasta silloin, kun lähetteen saamisesta perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon tulee erimielisyyttä. Koska erikoissairaanhoito on kunnille kallista, voidaan kunnissa edelleen säästää hoidon kustannuksella, niin että lähetteiden saaminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon on vaikeaa.

Järjestelmää edelleen kehitettäessä olisi syytä harkita, olisiko tarpeen muuttaa terveydenhuollossa tehtävät päätökset hallintopäätöksiksi, jolloin ne olisivat oikeudellisesti valituskelpoisia. Erityisesti vakavissa erimielisyystapauksissa potilaan ja hoitolaitoksen tai lääkärin välillä saattaisi olla järkevää käsitellä hoitopäätöstä hallinnollisena päätöksenä, josta potilaalla olisi hallintolainkäyttölain mukainen valitusoikeus viime kädessä korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Haittana tässä järjestelmässä on kuitenkin käsittelyn hitaus. Sairaanhoito vaatisi nopeita, välittömiä tapoja palvelunantajan ja potilaan välisten erimielisyyksien ratkaisemiseksi. 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa, kun ongelmat valtionosuusuudistusten terveyspalvelujen saamisessa aiheuttivat erityisen paljon tyytymättömyyttä kansalaisten keskuudessa, turvautuivat kansalaiset hallintolainkäyttölain 69 §:n mukaiseen hallintoriitamenettelyyn. Tällä tavoin saatiin korkeimmasta hallinto-oikeudesta ennakkopäätöksiä siitä, olivatko kunnat riittävästi huolehtineet terveydenhuollon järjestämisvelvoitteestaan yksittäistapauksissa. Ennakkopäätökset selvittivät järjestämisvelvollisuuden laajuutta yksittäistapauksissa mutta eivät antaneet asiasta tyhjentävää vastausta.

7.6 Onko monikanavaisuus syynä terveydenhuollon ongelmiin?

Sairausvakuutuslaki merkitsi yhteiskunnan subventiota kunnanlääkärin ja yksityislääkärin perimiin palkkioihin. Lain myötä yksityisten palvelujen tarjonta lisääntyi. Kehitys nosti esiin keskustelun yksityisten ja julkisten palvelujen välisestä suhteesta. Samaan aikaan 1960-luvulla valmisteltiin kansanterveysjärjestelmää, jossa yhtenä keskeisenä tavoitteena oli palvelujen antaminen potilaille maksuttomasti. Tulot ja varallisuus eivät saaneet vaikuttaa palvelujen saamiseen. Keskustelu yksityisen ja julkisen terveydenhuollon suhteesta lisääntyi kansanterveyslain tultua voimaan 1970-luvun alussa. Varsinaisesti monikanavaisuuden ongelmaa ei tuolloin kuitenkaan ollut, koska sairausvakuutuksesta korvattiin terveyskeskuksissa annettuja lääkäripalveluja aina vuoteen 1983 saakka, jolloin varsinaisesti siirryttiin monikanavarahoitukseen.

Monikanavaisuuden myötä on keskustelu terveydenhuollon tasa-arvoisuudesta kiihtynyt. OECD:n tilaston mukaan Suomen terveydenhuolto on OECD-maiden kolmanneksi epätasa-arvoisin sen vuoksi, että lääkäripalvelujen saatavuudessa on huomattavia eroja maan eri osien välillä.[833] Järjestön tekemän kansainvälisen vertailututkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuneista 21 maasta kaikkein eniten hyvätuloisia suosittiin Yhdysvalloissa, Portugalissa ja Suomessa. Tutkimustulokset viittasivat siihen, että Suomen heikko sijoittuminen vertailussa selittyy yksityislääkärissäkäynneillä ja

833 OECD 2004.

työterveyshuollon palveluilla, joita hyvätuloiset kansalaiset käyttävät enemmän kuin muut.[834] OECD:n tilastot hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta Suomessa ovat lisänneet vaatimuksia sairaanhoitovakuutuksen lopettamisesta. Yksityisten terveyspalvelujen ei nähdä tukevan julkisia palveluja, vaan esitetään näkemyksiä, jonka mukaan kaksi rinnakkaista järjestelmää kilpailee keskenään epäterveellä tavalla.[835]

Järjestelmän hyvät ja huonot puolet on kuitenkin tässä yhteydessä jätetty muutoin arvioimatta ja on kiinnitetty huomiota vain joihinkin yksityiskohtiin. Vuoden 1983 jälkeen on kunnan järjestämää julkista terveydenhuoltoa sekä työterveyshuoltoa edistetty. Sen sijaan sairaanhoitovakuutus ja sitä edustava sivupolku on ollut kehittämissuunnitelmien kohteena, mutta tehdyt esitykset ovat jääneet toteuttamatta. Merkittävä este sairausvakuutuksen antaman valinnanvapauden toteuttamiseksi yksityisen ja julkisen palvelun välillä on erityisesti pienituloisilla ollut korvaustason jälkeenjääneisyys.

Lisääntynyt yksityisten vakuutusten määrä (erityisesti lapsia koskevissa terveysvakuutuksissa) on merkinnyt yksityisten lääkäriasemien lisääntynyttä käyttöä. Myös työterveyshuoltoon liittyvää sairaanhoitoa annetaan paljon yksityisillä lääkäriasemilla terveyskeskusten ohella.[836] Tämä on johtanut yhä voimakkaampiin vaatimuksiin muutoksista lääkäripalveluissa, joita annettaisiin tasa-arvoisemmin. Rahoitusyhteyden katkeamisen jälkeen ei ole tehty tutkimuksia julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä vuorovaikutuksesta.

Potilaan kannalta toisesta rahoituskanavasta eli sairausvakuutuksesta korvatulla hoidolla on se etu, että se mahdollistaa tietyn valinnanvapauden, joka ei julkisessa terveydenhuollossa ole mahdollista. Yksityisen vaihtoehdon valitessaan potilaalla on aito mahdollisuus valita lääkärinsä sekä saada toinen arvio diagnoosistaan, mikäli hän ei luota esimerkiksi terveyskeskuksessa saamaansa arvioon. Mahdollisuus saada toinen arvio (second opinion) on monissa maissa liitetty jopa potilaan perusoikeuksiin. Suomessa sen mahdollistaa toinen kanava. Noin 80 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamista lääkärinpalkkioista on erikoislääkärin palkkioita, joita ei toistaiseksi ole ollut mahdollista saada terveyskeskuksista, vaan potilas on tarvinnut lähetteen erikoissairaanhoitoon. Terveydenhuoltolaki 2011 tosin muuttaa tämän tilanteen. Eniten yksityispalveluja kansalaiset ovat käyttäneet gynekologi-, silmälääkäri- ja psykiatria-

834 Heikkilä ym. 2005, 80.

835 Ks. esim. Ryynänen 2009. Todellista ja laajaa tilaaja-tuottajamallia ei voi olla ennen kuin tilaaja-rahoittaja vastaa kaikesta. Lisäksi monikanavaisuus on kirjoittajan mukaan byrokratian lähde. Martti Kekomäki kysyy kolumnissaan, miksi uusi terveydenhuoltolakikaan ei korjaa rahoituksen monikanavaisuutta. Kekomäki kutsuu sairausvakuutusta ”bismarckilaiseksi käenpojaksi beveridgeläisessä pesässä”. (Kekomäki 2009.)

836 Vuonna 2008 lääkärikeskusten tuottamien työterveyshuoltopalvelujen piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 802 000 henkilöä eli 43 prosenttia työterveyshuollon piiriin kuuluvista. Terveyskeskukset tarjosivat palvelut puolelle miljoonalle työntekijälle. Työnantajien omilta tai heidän yhdessä muiden työnantajien kanssa omistamiltaan työterveysasemilta pääasialliset palvelut sai 432 000 henkilöä ja toisen työnantajan työterveysasemaa käytti 101 000 työntekijää. Terveystarkastuksia tehtiin eniten terveyskeskuksissa. Sairaanhoitokäynneistä kolmasosa tehtiin lääkärikeskuksiin. Työnantajien omat tai yhteiset työterveysasemat tekivät eniten työpaikkaselvityksiä. (Kela 2010.)

palveluissa, ja tutkimusten mukaan naiset käyttävät yksityisiä palveluja enemmän kuin miehet. Mikäli sairausvakuutuskorvaukset lääkärinpalkkioista lopetettaisiin varmistamatta, että vastaavat palvelut annetaan julkisessa terveydenhuollossa, olisi seurauksena todennäköisesti vain se, että pienitulosten naisten mahdollisuus saada tarvitsemiaan terveyspalveluja loppuu kokonaan.[837]

Rahoituksen monikanavaisuutta voi myös lähestyä puhtaasti kustannusten näkökulmasta. Kun sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon vaatimaa kustannusosuutta tarkastellaan osana Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista, havaitaan, että niiden osuus on melko pieni verrattuna julkisen terveydenhuollon menoihin. Silti työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon käyntimäärien osuus on huomattava. Kuviossa 32 on nähtävissä terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus vuosina 1995–2008. Kuvio osoittaa rahoituksen monikanavaisuuden. Kelan eli sairausvakuutusrahaston osuus on noin 15 prosenttia, mutta muun yksityisen rahoituksen osuus on tätä suurempi. Kotitalouden osuudessa ei vielä ole näkyvissä vuonna 2008 tapahtunut julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen korotus. Vaikka sairausvakuutusrahaston osuus rahoituksesta lopetettaisiin, olisi rahoitus siis edelleen monikanavainen, koska yksityinen rahoitus ja kotitalouksien osuus on huomattava. Myös valtio ja kunta muodostavat kaksi eri rahoituskanavaa.

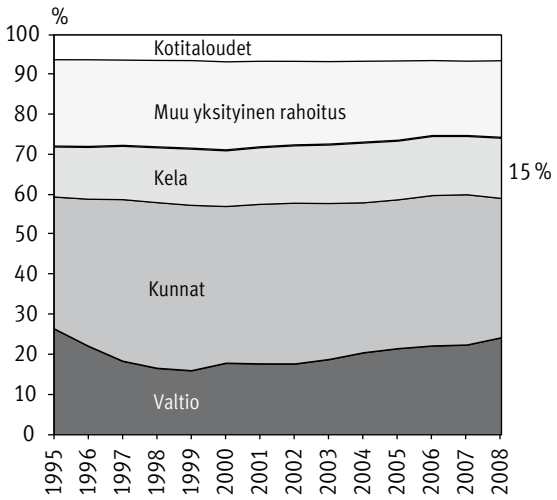
Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto on pysynyt melko vakaana vuosina 1995–2008, kuten kuvio 33 osoittaa. Sen sijaan erikoissairaanhoidon ja lääkkeiden kustannukset ovat tarkastelujaksolla huomattavasti nousseet.

On ilmeistä, että monikanavaisuuden ohella monet muutkin syyt ovat vaikuttaneet tutkimusten ja OECD:n toteamaan terveydenhuollon eriarvoisuuskehitykseen maassamme. Ongelmana ovat suuret sosioekonomiset erot ja niiden vaikutus terveyteen.[838] Edellä kuvatun kehityshistorian perusteella pääsyy terveydenhuollon epätyydyttävään kehitykseen ja eriarvoisuuden lisääntymiseen on vuoden 1993 valtionosuusuudistus, jonka seurauksena palvelut heikkenivät kuntien käyttäessä uusia vapauksiaan. Terveydenhuollon maksukatto, hoitotakuusäännökset, terveydenhuoltolaki 2011 sekä Valviran ja aluehallintoviranomaisten tehostunut valvontatoiminta ovat toimia, joilla valtionosuusuudistuksen aiheuttamia ongelmia on pyritty korjaamaan. Kuitenkin on epäiltävissä, että nämä toimet eivät ole vielä riittäviä, koska ongelmat ovat päässeet paisumaan suuriksi. Suomessa alimmissa tuloluokissa olevien kansalaisten määrä

837 Tutkimusten mukaan naiset käyttivät yksityisiä lääkäripalveluja enemmän kuin miehet, ja jopa 23 prosenttia alimpaan ja toiseksi alimpaan tulokymmenykseen kuuluneista naisista oli käyttänyt yksityisiä lääkäripalveluja vuonna 2006. Naisten terveysongelmat ovat osin erilaisia kuin miesten. Vuonna 2006 eniten erikoislääkärissäkäyntejä tehtiin silmätautien (514 000 käyntiä) ja seuraavaksi eniten (477 000 käyntiä) gynekologian palveluihin. (Haataja ym. 2008.)

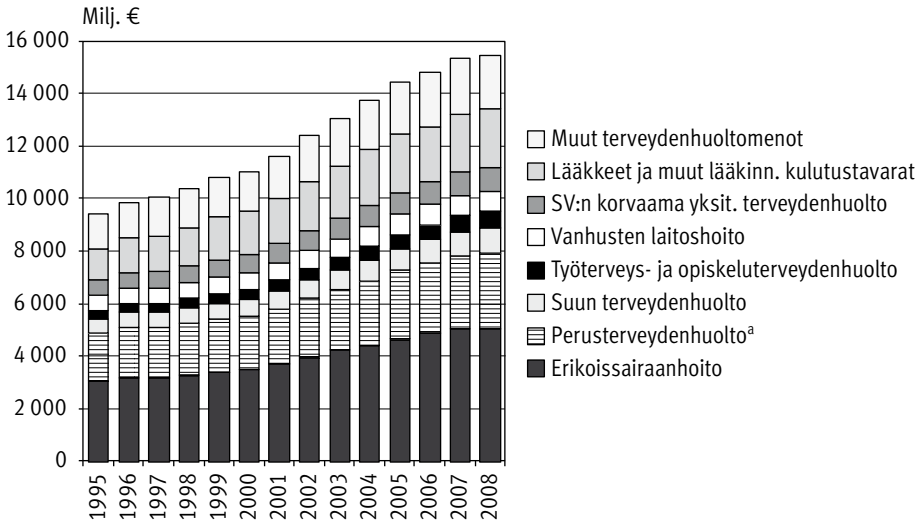
838 Ks. Palosuo ym. 2007. Raportissa todetaan, että suomalaisten terveydentila oli tarkastelujaksona kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot olivat säilyneet pääosin ennallaan tai jopa kasvaneet. Raportin mukaan on yhä vaikeampi saavuttaa Terveys 2015 -ohjelman tavoitetta, jonka mukaan kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaissairaudet olivat alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 prosenttia yleisempiä kuin ylimmissä ryhmissä. Nämä erot olivat hieman pienentyneet työikäisillä, mutta kasvaneet eläkeikäisillä. Erot koetussa terveydessä olivat säilyneet selvinä koko tarkastelujakson ajan. Terveenä eletyn elinajan odote vaihteli koulutusryhmittäin vielä enemmän kuin elinajanodote.

Kuvio 32. *Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet 1995–2008, %.*



Lähde: THL.

Kuvio 33. *Terveydenhuoltomenot toiminnoittain 1995–2008, milj. €.*



[a] Pl. työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto ja suun terveydenhuolto.
Lähde: THL.

kasvaa koko ajan, ja juuri heidän kohdallaan terveysongelmat ovat kasaantuneet. Tutkimukset osoittavat kahteen alimpaan tuloluokkaan kuuluvien kansalaisten kuolevan nuorempana kuin muut kansalaiset ja heillä on myös enemmän sairauksia.[839] Rauchin esiin tuomat ongelmat hajanaisesta toimeenpanosta ovat Suomessa nähtävissä ja 1990-luvun lamassa syrjäytyneiden pitkäaikaistyöttömien terveystilanne on huono.[840]

Pitäisikö järjestelmä sitten kokonaan muuttaa, jotta tapahtuisi käänne parempaan? Ajatuksia julkisen terveydenhuollon toteuttamisesta vakuutusmuotoisella rahoitustavalla on valmisteltu ja esitetty erityisesti Sitran ja Kelan taholta. Sitra julkaisi esityksen uudesta terveydenhoidon rahoitusohjausjärjestelmästä. Sen mukaan Suomeen tulisi perustaa kansallinen terveydenhoidon ja vanhustenhuollon tilaaja (KATIRA), joka operoisi uudella järjestelmällä, joka erottaisi tilaajat ja tuottajat toisistaan. Tilaajaorganisaatio olisi kansallinen, jotta sillä olisi mahdollisimman hyvä tilaajaosaaminen ja neuvotteluvoima suhteessa tuottajiin ja mahdollisuus reagoida kansalaisten terveystarpeisiin tasa-arvoisesti. Valtion valvontaviranomaiset huolehtisivat siitä, että alalle tulevat tuottajat täyttävät laatukriteerit ja eri tuottajat (julkiset ja yksityiset) voivat toimia kilpailuneutraalissa ympäristössä.[841]

Kelan entinen pääjohtaja Jorma Huuhtanen teki keväällä 2010 aloitteen Kelan hoitamasta kansallisesta terveysrahastosta, jossa kunta ottaisi vakuutuksen kansalaiselle ja rahoitus hoidettaisiin yhteisen vakuutusrahaston kautta.[842] Aloitetta oli valmisteltu

839 Ks. Kinnunen 2009, 132–156, jossa tarkastellaan terveyspalvelujen saatavuudessa ilmeneviä ongelmia diakonian asiakkaille. Ongelmia todettiin asiakkaiden haastattelujen perusteella olevan erityisesti perusterveydenhuollossa. Saadun hoidon laatu on liian riippuvainen lääkäristä. Kun lääkäri vaihtuu, ei kroonikon hoito ole jatkuvaa. Hoidon jääminen puolitiehen näkyy myös jatkohoitoon pääsyssä. Lähetteen antamisen pitkä harkinta-aika saattaa synnyttää asiakkaassa tunteen, että terveyskeskukseen meneminen uudelleen saman vaivan takia on kertakaikkisen turhaa. Kunnissa pyritään säästämään erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Yhtenäisten hoitokriteerien toteutumista ei seurata eikä valvota. Myös terveyskeskusten ajanvarausjärjestelmä koettiin ongelmaksi. Asiakas joutuu jonottamaan ajanvaraukseen ja vain osa puheluista pääsee läpi. Ks. myös Sosiaalivakuutus-lehden terveyden tasa-arvon teemanumero 2/2010.

840 Suomen Lääkärilehden numerossa 45/2010 julkaistiin Raija Kerättären ja Vappu Karjalaisen kuvaileva tapaustutkimus pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arvioinnista. Pitkäaikaistyöttömät olivat Oulun, Kainuun ja Raahen seutukunnan työvoiman palvelukeskusten asiakkaita, ja heillä todettiin runsaasti työllistämiskykyä heikentäviä sairauksia, jotka olivat hoitosuositusten näkökulmasta vajaasti hoidettuja. Tutkituista 65 prosentilla oli toimintakykyä heikentävä mielenterveyshäiriö, ja suosituksia hoitoon tai kuntoutukseen sai 82 prosenttia asiakkaista. Pitkää sairauspäivärahajaksoa tai pysyvää työkyvyttömyyseläkettä suositeltiin 34 prosentille asiakkaista, ja neljä asiakasta (2 prosenttia) todettiin työkykyisiksi ilman hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Päätelmissään tutkimuksen tekijät totesivat, että pitkäaikaistyöttömien heikentynyt toiminta- ja työllistymiskyky jää terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa ja työvoimahallinnossa suurelta osin tunnistamatta. Henkilöt, joiden sairauksiin liittyvät oireet aiheuttavat vetäytymistä ja passivoitumista, näyttävät jäävän sivuun terveydenhuollon palveluista.

841 Ks. Sitran esityksestä Aronkytö ym. 2010.

842 Ks. Aloitteen valmistelu Kelassa oli alkanut jo vuonna 2003, ks. Forss ja Klaukka 2003. Kirjoittajat ehdottivat, että kunta vakuuttaisi asukkaansa samaan tapaan kuin työnantaja työntekijänsä sairauden varalta. Vakuutusjärjestelmä arvioisi kuntaryhmittymän asukkaiden terveyspalvelujen tarpeen, neuvottelisi lähiseudun yksiköiden kanssa palvelujen tuottamisesta ja hinnasta sekä solmisi niiden kanssa määräaikaiset palvelusopimukset. Palveluja voisi tilata julkiselta, yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Järjestelmää ylläpitävän vakuutusjärjestelmän palveluksessa olisi alan asiantuntijoita. Sosiaalivakuutus-lehden numerossa 2/2010 (Arola 2010, 25–26) pääjohtaja Jorma Huuhtanen suosittelee järjestelmää ja esittelee syitä, miksi terveysrahasto olisi syytä perustaa. Rahaston keskeinen idea on se, että kuntien, valtion ja Kelan terveyteen käyttämät rahat kootaan yhdeksi rahastoksi ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta kansalliselle rahastolle. Rahastoa hallinnoidaan keskitetysti ja valtakunnallisesti ja alueelliset organisaatiot huolehtivat palvelujen järjestämisestä, seurannasta ja ja rahaliikenteestä keskitetysti ohjattuna ja yhteisen tietojärjestelmän avulla.

useita vuosia Kelan asiantuntijoiden toimesta, mutta toistaiseksi esitys on saanut ristiriitaisen vastaanoton.[843] Voidaan kuitenkin kysyä, joutuisiko terveydenhuolto vakuutustyyppisessä järjestelmässä taloudellisen taantuman ja mahdollisen laman aikana samalla tavoin säästöjen ja leikkausten kohteeksi kuin kunnallinen järjestelmä.[844] Vakuutustyyppisen rahoitusmuodon etuna voisi olla myös se, että hoidon laatua, määrää ja kustannustehokkuutta voitaisiin ehkä ohjata ja valvoa tehokkaasti, mikäli hoitoyksiköiden rahoitukseen liitettäisiin hoidon laatu- ja tehokkuusvaatimuksia.[845] Kansainvälisesti voidaan löytää useita esimerkkejä tällaisesta rahoitusmuodosta. Esimerkiksi Viron ja Tšekin tasavallan terveydenhuoltojärjestelmissä valvotaan rahoituksen yhteydessä myös hoidon laatua. Joissain tapauksissa hoito voidaan jättää jopa kokonaan korvaamatta terveydenhuollon yksikölle, jos laadussa on ilmennyt puutteita.[846]

Syksyllä 2010 terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL julkaisi asiantuntijaryhmän muistion sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen eduista, haitoista ja kehittämistarpeista.[847] Työryhmän mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus olisi luontevinta toteuttaa kuntien kautta rakentuvan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen rahoittajan ja järjestäjän toimesta ja muutoksen tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu tulisi siirtää alueellisesti yhdelle toimijalle. Tälle toimijalle koottaisiin kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus, ja se vastaisi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille.[848] Näille kuntien alueellisille

Kunnalliset yksiköt, yksityinen ja kolmas sektori tuottavat palveluja tasavertaisina kilpailijoina.

843 Juhani Lehto on artikkelissaan Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä tutkinut Yhdysvaltain terveydenhuoltoa ja siellä tehtyjä uudistusehdotuksia kolmen amerikkalaisen professorin näkemysten pohjalta ja verrannut Yhdysvalloissa tehtyjä uudistusehdotuksia Suomessa tehtyihin. Hän toteaa professori Paul Krugmanin ratkaisuehdotus kansallisen sairausvakuutuksen rakentamisesta muistuttaa ajatusta kansallisesta terveysrahastosta. Yhdysvaltain oloissa sillä on kuitenkin toisenlainen merkitys kuin Suomessa. Suomessa on Lehdon mukaan syytä harkita opin ottamista vakuutuspohjaisten järjestelmien paremmasta tavasta määritellä kansalaisten subjektiivisia oikeuksia terveyspalveluihin. Lehto toteaa myös, että kolmen professorin analyysit varoittavat siitä, että Suomen terveydenhuollon rahoituksen monikanavaistaminen mm. palvelusetelillä ja rakenteen monimutkaistaminen maakunnallisilla hybridiorganisaatioilla voi johtaa hallinto- ja transaktiokustannusten kasvuun ja kustannusten siirtopyrkimysten voimistumiseen. (Lehto 2010, 419–421.)

844 Ks. esim. Hellsten ja Helne 2004.

845 Ks. Klavus ym. 2005.

846 Tullessaan valituksi Kelan pääjohtajaksi Jorma Huuhtasen jälkeen 1.10.2010 lukien entinen sosiaali- ja terveysministeri Liisa Hyssälä ilmoitti kannattavansa kansallista terveysrahastoa. Lehtihaastattelussa tuore pääjohtaja linjasi, että jos omaishoidon tuki siirtyy Kelan hoidettavaksi, se käytännössä aloittaa kansallisen hoivarahaston toiminnan. Silloin Kela hoitaisi suurimman osan omaishoitoa käyttävien kansalaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen maksuista. Hyssälän mukaan ajatus hoivarahastosta on nyt aikaisempaakin tärkeämpi, koska uudessa terveydenhuoltolaissa ei puututa sosiaali- ja terveyspuolen rahoituksen järjestämiseen. Terveydenhuollon rahoituksen kokoamista puoltaa Hyssälän mukaan se, että nykyisellään palvelut, rahoitus ja lait ovat pirstaleina eri puolilla. Hän kritisoi sitä, että palvelujen erilaiset järjestelyt ja ulkoistamiset tapahtuvat hallitsemattomasti, sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toteutusta kuntatasolla. ”Joku saa hoitoa, jos saa ja jossain saa”. Kyse on siitä, onko käytössä sosiaalivakuutusperusteinen järjestelmä vai päättävätkö kunnat palveluista edelleen. (HS 3.10.2010.)

847 Pekurinen ym. 2010.

848 Edustaja Erkki Virtanen (vas.) hahmotteli asiaa keskusteltaessa eduskunnassa terveydenhuoltolakiesityksestä 2.12.2010 (Täysistunnon pöytäkirja 124/2010). Hän totesi mm., että ”Me tarvitsemme siis jatkossa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sellaisen rahoituksen, jonka kanssa voimme nykyistä paremmin elää. Se tarkoittaa sitä, että Suomeen

elimille siirrettäisiin palkansaajien sairaanhoitovakuutusmaksu ja työnantajien sairausvakuutusmaksu, ja toimielimet päättäisivät paitsi kaikesta terveydenhuollon antamisesta myös lääkekorvauksista. Alueellisen palvelujen järjestäjän ja rahoittajan väestöpohja tulisi olla vähintään 200 000 asukasta. Koko maassa alueita voisi olla esimerkiksi 12–15. Asiantuntijaryhmä esitti hyväksyttäväksi nämä tavoitteet peruslinjaukseksi tulevalle kehittämistyölle. Peruslinjauksen jälkeen toteutettaisiin rahoitus- ja järjestämiskokeilu vähintään kahdella väestöpohjaltaan riittävän suurella alueella. Vapaaehtoisen työterveyshuollon palvelujen sairausvakuutuskorvaus tulisi poistaa, samoin kuin sairausvakuutuskorvaus yksityisiltä lääkäripalveluilta sekä tutkimukselta ja hoidolta, ja myös avohoidon lääkkeiden rahoitusvastuu sekä suun terveydenhuollon palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu tulisi yhdistää samalle taholle muiden terveydenhuollon hoito- ja toimintamuotojen kanssa.[849]

Tarkasteltaessa esitystä historiallisen kehityksen valossa on todettava, että työryhmän näkemys monikanavaisuuden vahingollisuudesta kaipaa vielä keskustelua. Työryhmän haastattelemat asiantuntijat olivat eri mieltä monikanavaisuuden eduista ja ongelmista ja jopa siitäkin, onko monikanavaisuus ylipäätään syynä Suomen terveydenhuollon ongelmiin. Muistiossa ei myöskään viitata tutkimuksiin esityksen tukena, koska monikanavaisuuden hyvistä ja huonoista puolista ei ole tehty tutkimuksia. Keskeisenä muutoksen syynä viitataan osaoptimointiin eri rahoittajatahojen välillä. Kuitenkin tässä tutkimuksessa on selvitetty, että pääosin osaoptimointiin liittyvät ongelmat selvitettiin jo 1990-luvulla, joskin edelleen sitä saattaa esiintyä. Lisääntynyt normiohjaus ja valvonta voisi kuitenkin olla kevyempi keino ongelman poistamiseen.

Esityksen toteuttaminen voi tuoda mukanaan myös vaaroja, koska ne osat terveydenhuollosta, jotka nyt toimivat hyvin ja tehokkaasti, eivät ehkä toimikaan samalla tavoin muutoksen jälkeen.[850] Lisäksi on huomattava, että työryhmän esityksen toteuttaminen ei merkitse rahoituksen muuttumista kokonaan yksikanavaiseksi. Muutoksesta huolimatta yksityisten ja työnantajien ottamat sairauskuluvakuutukset, liikenne- ja tapaturmavakuutukset sekä kansalaisten terveyspalveluista maksamat omavastuuosuudet olisivat edelleen mukana terveydenhuollon rahoituksessa. Myöskään terveydenhuollon toteuttamisen hajanaisuus ei ehdotuksen toteutuksella poistuisi, koska alueelliset kunnalliset toimijat tulisivat tekemään päätöksensä kunnallisen itsehallinnon periaatteiden mukaisesti. Tämä johtanee kirjavan toteutuskäytännön jatkumiseen maan eri osissa. Työryhmä ehdotti, että työryhmän mukaisesta mallista tulisi ensin tehdä periaatepäätös ja sen jälkeen alettaisiin kokeilla, miten uusi järjestelmä käytännössä

perustetaan kuntien omistamana noin 15–25 alueellista terveydenhuoltopiiriä, jotka vastaavat koko julkisen terveydenhuollon järjestämisestä sekä terveydenhuoltoon läheisesti liittyvästä sosiaalityöstä, kuten vanhustenhuollosta ja päihdetyöstä. Näin turvataan terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistoiminta."

849 Pekurinen ym. 2010, 80–84.

850 Vuonna 2008 tehtiin 5,2 miljoonaa työterveyshuollon sairaanhoitokäyntiä. Sairaanhoitokäyntejä tehtiin työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti vuosittain keskimäärin 2,8. Vuonna 2008 työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli 1 876 000 työntekijää, joista sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palvelujen piirissä oli 1 730 600 työntekijää. Laboratoriotutkimuksia tehtiin 6,5 miljoonaa ja radiologisten tutkimusten määrä oli 453 000. (Kela 2010.)

toimii. Tällaista ehdotusta on vaikeata ymmärtää. Miksi pitäisi periaatepäätöksellä sitoutua lopettamaan sairaanhoitovakuutus ja työterveyshuolto, jos ei ole mitään tietoa siitä, mitä on tulossa tilalle?

Erityisen ongelmallinen osa työryhmän ehdotuksissa on sairasvakuutusturvan lopettaminen lääkekorvauksissa ja lääkekorvausten siirtäminen kunnallisen päätöksenteon piiriin. On olemassa vaara, että kansalaiset eivät enää saa tarvitsemiaan lääkkeitä etenkään silloin, kun hänen taloudellinen tilanteensa heikentyy ja kuntien talous vaikeutuu. Kunnilla on lakiin perustuva velvollisuus tasapainottaa taloutensa neljän vuoden kuluessa. Tällöin kunnan on supistettava menojaan eivätkä lääkkeisiinkään tarkoitetut määrärahat, olipa lääkkeiden tarve kuinka suuri tahansa, voi silloin olla turvattuja.

Työryhmä ei tehnyt ehdotuksia potilaiden oikeuksien parantamisesta tai Suomen terveydenhuollon suurien asiakasmaksujen alentamisesta. Kuitenkin historian valossa näyttäisi siltä, että vajanaisilla potilasoikeuksilla ja palveluista perittävillä suurilla asiakasmaksuilla saattaa olla yhteyttä terveyspalvelujen eriarvoistumiseen. Tähän liittyy myös suomalaisen yhteiskunnan voimakas polarisoituminen 2000-luvulla.

Tulevilla hallituksilla on siis hyvin erityyppisiä ehdotuksia käytettävissään terveydenhuoltoa edistäessään. Ehdotukset poikkeavat melkoisesti toisistaan. Toisaalta on olemassa Sitran ehdotus sekä Kelan pääjohtajien ehdottama malli, joista erityisesti Kelan esitys katkaisisi polkuriippuvuuden vuoden 1869 paradigmaan ja lähtisi uuden tyyppisestä riski- ja vakuutusnäkökulmasta kansalaisten terveysturvan toteuttamiseen. THL:n asiantuntijoiden ehdotus lähestyy asiaa toisesta näkökulmasta. Siinä säilytettäisiin terveydenhuollon järjestämisvastuu kuntien muodostamilla elimillä, ja kunnille haluttaisiin antaa myös yksinomainen päätösvalta terveydenhuoltoon tarkoitettujen rahojen käytöstä. Perusperiaatteeltaan THL:n ehdotus on vuoden 1869 paradigman mukainen ja syventäisi kunnalliseen itsehallintoon perustuvaa järjestämistapaa, kun uudistuksen yhteydessä historian aikana syntyneet rinnakkaiset sairausvakuutus- ja työterveysjärjestelmät lopetettaisiin. Näiden kolmen ehdotuksen ohella on myös esitetty ajatus erikoissairaanhoidon siirtämisestä kokonaan valtion vastuulle. Tämän ehdotuksen toteuttaminen merkitsisi paluuta sodan jälkeiseen ajattelutapaan, jolloin valtiolla oli keskeinen toimijan rooli keskussairaalaverkoston rakentamisessa ja keskussairaaloiden hallinnossa.[851]

Tulevat ajat näyttävät, mihin suuntaan terveydenhuollon polku suuntautuu. On kuitenkin pidettävä varmana, että valittiinpa mikä suuntaus ja ehdotus tahansa, vie suurten muutosten toteuttaminen huomattavan paljon aikaa. Jotta kaikkien ongelmien ratkaisu ei siirtyisi vuosien päähän, olisi tärkeää pohtia myös sellaisia keinoja ja toimenpiteitä, joita voidaan toteuttaa lyhyellä aikavälillä. Olisi esimerkiksi aiheel-

851 Elinkeinoelämän Keskusliiton toimitusjohtaja ja Turun entinen kaupunginjohtaja Mikko Pukkinen on marraskuussa 2010 haastattelussa todennut, että erikoissairaanhoito on vaativin ja ylivoimaisesti kallein osa terveydenhuoltoa. Hänen mielestään se edellyttää valtakunnan tasoista koordinaatiota ja siksi hän haluaisi siirtää erikoissairaanhoidon valtion vastuulle. (Hynynen 2010, 8.)

lista pohtia sitä, ovatko insentiivit oikea ja riittävä keino saada toimijat muuttamaan käytäntöjään vai olisiko tehokkaampaa lisätä normiohjausta? Suomen kaltaisessa hajanaisessa terveydenhuollon toteutusjärjestelmässä insentiivit ole osoittautuneet tehokkaiksi, ja esimerkkinä siitä on vuoden 1993 valtionosuusuudistus, kun vapauttamalla kunnat kaikesta kontrollista oletettiin terveydenhuollon ”luonnostaan” pysyvän hyvälaatuisena. Kuitenkin uudistuksen seurauksena terveydenhuollon toteutus kirjavoitui ja eriarvoisuus lisääntyi. Hoitojonojen pidentyessä oli lisättävä normiohjausta hoitotakuujärjestelmällä.

Vuoden 2000 perustuslaki edellyttää annettavaksi hyvää ja laadukasta terveydenhuoltoa kaikille kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Tämä vaatimus tuskin toteutuu, jos ei palata takaisin samantyyppiseen suunnittelu- ja ohjausjärjestelmään kuin ennen valtionosuusuudistusta, jolloin kuntien velvollisuus olisi noudattaa tehtyjä valtakunnallisia suunnitelmia. Tämän ohella tulisi terveydenhuoltoon tarkoitettujen valtionosuuksien käyttötarkoitus korvamerkitä, jolloin kunnat eivät voi käyttää rahoja muuhun kuin terveyspalvelujen toteuttamiseen.

Uudessa terveydenhuoltolaissa edellytetään kuntien suuntaavan riittävästi voimavaroja terveydenhuoltoon, mutta tällaista säännöstä on vaikea valvoa.[852] Kysymys on säännöksestä, jonka noudattaminen tai noudattamatta jättäminen tulee esiin vasta käytännön tilanteissa lain sanonnan yleispiirteisyyden vuoksi.[853] Potilailla on mahdollisuus samalla tavoin kuin 1990-luvun loppupuolella hallintoriitateitse saattaa oikeuden arvioitavaksi, onko kunta toteuttanut järjestämisvelvollisuutensa riittävästi, mutta menettely on hidas ja vaivalloinen. Pääosin terveydenhuoltolain säännösten valvonta jäänee kuitenkin kansalaisten tekemien kanteluiden varaan, joiden perusteella aluehallintoviranomaiset ja Valvira voivat tarvittaessa ryhtyä toimenpiteisiin. Terveyspalvelujen eriarvoisuutta voitaisiin vähentää antamalla terveydenhuollon toteutuksen valvojille (aluehallintoviranomaisille, Valviralle ja eduskunnan oikeusasiamiehelle) tehokkaat keinot puuttua epäkohtiin heti niiden ilmetessä. Kokemus hoitotakuuaikojen valvonnasta on osoittanut, että valvonnan lisääminen auttaa yhdenmukaisen ja tasa-arvoisen terveydenhuollon toteutuksessa. Eriarvoisuuden poistamiseksi tulisi valvontatyössä kiinnittää erityistä huomiota alimpien tuloluokkien mahdollisuuksiin saada terveyspalveluja.

852 Terveydenhuoltolaki (1326/2010 4 §): Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

853 Terveydenhuoltolaki (1326/2010 10 §): Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava vastuullaan olevien asukkaiden palvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuoltopalvelut alueellaan lähellä asukkaita, paitsi jos palvelujen alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Työterveyshuollosta saadut kokemukset osoittavat, että normiohjaus on tehokas keino edistää laadukkaita ja tasa-arvoisia terveyspalveluja. Työterveyshuollon korvausjärjestelmä perustuu ehdottomiin standardeihin, joiden toteutumista valvotaan korvaushakemuksia ratkaistaessa.[854] Työterveyshuollon rahoitus on sidottu riittävään hoidon laatuun ja määrään, joten työnantaja ei voi saada korvausta järjestämistään palveluista sairausvakuutusrahastosta, jollei hän ole korvaushakemuksessa selvittänyt korvausten saamisen edellytyksiä. Näitä edellytyksiä on mm. se, että työterveyshuollon palvelut on annettu ammattihenkilöiden toimesta ja että palvelut ovat olleet määrältään ja laadultaan riittäviä ja hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia. Tämän rahoitukseen liitetyn valvonnan seurauksena kansalaiset ovat olleet tyytyväisiä työterveyshuollosta saamiinsa palveluihin.

Eriarvoisuuden syitä korjattaessa ei voida myöskään ohittaa terveydenhuollon suuria asiakasmaksuja. Terveydenhuollon asiakasmaksujen nousu ei ole sopusoinnussa suomalaisen yhteiskunnan lisääntyvän polarisoitumisen kanssa, koska köyhyys Suomessa lisääntyy vuosittain. Tutkimusten mukaan suomalaisten tuloköyhyys lisääntyi eniten Pohjoismaista kymmenessä vuodessa, kun verrataan muutosta vuodesta 1995 vuoteen 2005. Vuonna 1995 tuloköyhiä oli Suomessa noin 9 prosenttia väestöstä ja vuoteen 2005 tultaessa tuloköyhien määrä oli noussut 14 prosenttiin väestöstä.[855] Alimmissa tuloluokissa olevilla kansalaisilla on vaikeuksia maksaa kohonneita asiakasmaksuja. Siksi muutos julkisen terveydenhuollon maksupolitiikkaan olisi välttämätöntä. Eriarvoisuutta lisää erityisesti asiakasmaksujen regressiivinen luonne. Kaikki julkisen terveydenhuollon asiakkaat, sekä suurituloiset että pienituloiset, maksavat palveluistaan saman verran. Pienituloisten maksamat maksut vievät paljon suuremman osan heidän kokonaistuloistaan kuin suurituloisten. Maksut voivat jopa estää palvelujen käytön.[856] Kuviosta 34 (s. 341) nähdään, että vuonna 1992 toteutettu sairauskulujen

854 Työnantajalla on oikeus saada korvausta tarpeellisista ja kohtuullisista hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen työterveyshuollon kustannuksista sekä sen lisäksi järjestetyn yleislääkäritasoisen, työterveyspainotteisen avosairaanhoidon kustannuksista. Erikoislääkärin palvelu korvataan siltä osin kuin työterveyslääkäri tarvitsee erikoislääkärin konsultaatiota arvioidakseen työntekijän työkykyä ja hoitomahdollisuuksia. Kustannukset jaetaan kahteen korvausluokkaan. Korvausluokassa I (ehkäisevä toiminta ja työntekijöiden työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannukset) Kela maksaa 60 prosenttia ja korvausluokassa II (työterveyspainotteinen, yleislääkäritasoisen avosairaanhoidon kustannukset) 50 prosenttia työnantajille aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Työantajan työterveyshuollon enimmäismäärä työntekijää kohti vuonna 2008 korvausluokassa I oli 145,50 euroa, josta työnantajalle korvattiin 87,30 euroa, ja korvausluokassa II enimmäismäärä työntekijää kohti oli 218,30 euroa, josta työnantajalle korvattiin 109,15 euroa. Laskennallinen enimmäismäärä määritellään hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan toteuttamiseksi tarpeellisten voimavarojen perusteella. Vuonna 2008 työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 562 miljoonaa euroa, joista 213 miljoonaa euroa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 350 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. (Kela 2010.)

855 Professori Johan Fritzellin esitys Kelan tutkimusosaston työpajassa 2.12.2010. Fritzell on yhdessä professorien Olof Bäckmanin ja Veli-Matti Ritakallion kanssa tutkinut köyhyyden kehitystä eri Pohjoismaissa käyttäen lähteenä Luxemburgin EU-LIS- ja EU-SILC-aineistoa. Näistä saatujen tietojen mukaan Suomessa suurimman köyhyysuhan alaisina olivat yksinhuoltajaäidit ja vanhukset, joista yli 20 prosenttia eli köyhyysuhan alaisina vuonna 2007.

856 Vuoden 2011 alusta lukien on maksulliseksi tullut myös käynti sairaanhoitajan luona terveyskeskuksessa. Ks. HS 7.12.2010, pääkirjoitus Hoitajamaksut osuvat kaikkein köyhimpiin. Kirjoituksessa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa terveydenhoitomaksujen vyöryttämistä potilaille. Summat eivät ole valtavia, mutta ne kohdistuvat suurimmaksi osaksi juuri niihin väestöryhmiin, jotka tarvitsevat palveluja eniten: eläkeläisiin ja työttömiin. Hoitajamaksu on muiden terveydenhoidon asiakasmaksujen tavoin sidottu kansaneläkemaksuun. Se takaa lähes varman maksujen kasvun vuosittain. Pääkirjoituksessa todetaan, että sosiaali- ja terveysministeriön ajama maksupolitiikka joutuu erikoi-

verovähennysoikeuden poisto nosti huomattavasti kansalaisten omavastuuosuutta. Vuonna 1992 omavastuuosuus oli verovähennysoikeuden ansiosta vain 12–13 prosenttia, mutta verovähennysoikeuden poisto ja terveydenhuollon maksuttomuudesta luopuminen samoihin aikoihin nosti osuuden nopeasti 20 prosenttiin.

Maksujen vuotuinen katto, johon ei sisällytetä sairaaloiden ylläpitomaksuja eikä kotisairaanhoidon tai palvelusetelillä ostettujen palvelujen maksuja, ei aina riittävästi auta vähätuloisia. Vuonna 2010 terveydenhuollon maksukatto oli 633 euroa. Maksukatto ei täyty, jos asiakas ei pysty suoriutumaan palveluista perittävistä maksuista ennen katon täyttymistä. Maksamatta jättämisestä seuraa velkakierre, koska perintätoimistojen perintäkulut nostavat maksun moninkertaiseksi. Kunnat eivät ole kehittäneet tietojärjestelmiä asiakasmaksujen kertymän seurantaan. Kertymän seuranta on kokonaan potilaan omalla vastuulla. Kuviosta 12 (s. 215) voidaan havaita, että vuosina 1995–2006 kansalaisten omavastuuosuus on pysytellyt 20 prosentin vaiheilla eikä maksukatto merkittävästi pienentänyt kansalaisten omavastuuta. Vuodesta 2007 lähtien terveydenhuoltomenojen tilastointi siirtyi Kelasta Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL, tuolloin Stakes). Kotitalouksien osuutta terveydenhuollon kokonaismenoista ei ole vuodesta 2007 lähtien erikseen tilastoitu, minkä vuoksi kotitalouksien maksuosuuden kehitystä ei ole voitu enää seurata. Tämä muutos on nähtävissä kuviossa 32 (s. 333), jossa kotitalouksien ja muun yksityisen rahoituksen osuuksia ei ole selvästi enää eroteltu. On pidettävä todennäköisenä, että maksujen korotukset vuonna 2008 ja tuolloin toteutettu maksujen nousun sitominen indeksiin on nostanut kotitalouksien osuutta terveydenhuollon kokonaisuuden rahoittajana.

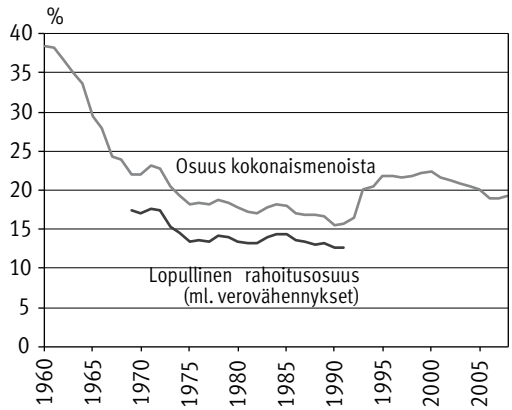
Terveydenhuollon maksuja arvioitaessa on otettava huomioon, että sairausvakuutuskorvauksista huolimatta potilaiden omavastuuosuus myös lääkkeistä on Suomessa huomattava. Vuonna 2010 lääkekustannusten yläraja oli 672,20 euroa. Peruskorvaukseen oikeuttaneiden, reseptillä määrättävien lääkkeiden korvausprosentti on 42 prosenttia lääkkeen hinnasta eikä itsehoitolääkkeitä korvata lainkaan sairausvakuutuksesta. Näin ollen erityisesti kalliita lääkkeitä voivat ostaa vain suurituloiset. Kuviosta 35 havaitaan, että kotitaloudet ovat maksaneet yli 50 prosenttia lääkemenoista vuosina 1965–2004. Vuonna 2009 Suomessa otettiin käyttöön lääkkeiden viitehintajärjestelmä, jonka mukaan lääke korvataan vain viitehintaan saakka. Mikäli potilas valitsee viitehintaa kalliimman lääkkeen, hän joutuu maksamaan viitehinnan ylittävän summan itse. Ylittävää osaa ei myöskään lueta mukaan lääkkeiden vuotuiseen omavastuuseen.

Suomen solmimat kansainväliset sopimukset edellyttävät kansalaisten terveyskustannusten pitämistä kohtuullisella. Suomi on ratifioinut Euroopan sosiaalisen peruskirjan ja siihen liittyvän lisäpöytäkirjan eräät määräykset. Hyväksymisasiakirjan tallettamisen yhteydessä Suomi on ilmoittanut sitoutuvansa noudattamaan uudistetun peruskirjan 11 artiklaa. Tässä artiklassa sopimusvaltio sitoutuu joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa asianmukaisiin toimiin, joiden

seen valoon, kun ministeriössä ollaan samaan aikaan huolissaan suomalaisten eriarvoistumisesta terveydenhoidossa.

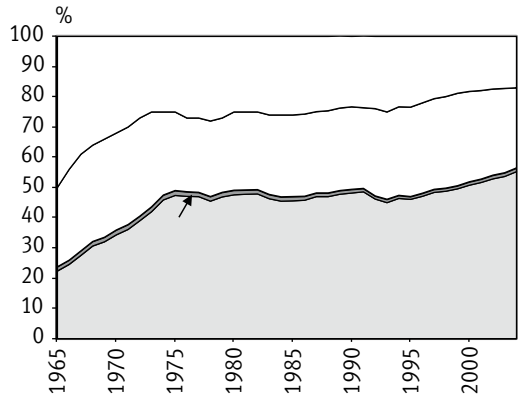
tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan.[857] Suuret asiakasmaksut voivat vaikeuttaa pienituloisten kansalaisten mahdollisuuksia saada palveluja ja siten heikentää heidän terveyttään.

Kuvio 34. *Verovähennysoikeuden poiston vaikutus kansalaisten omavastuuosuuteen terveydenhuollossa, %.*



Lähde: Stakes (Kela 1966–1990).

Kuvio 35. *Lääkemenojen rahoituksen kehitys vuosina 1965–2004, %.*



Lähde: Stakes (Kela 1966–1990).

857 Laki uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta 14.6.2002/486, SopS 78 ja TPA uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan voimaansaattamisesta ja uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta sekä Euroopan sosiaalisen peruskirjan ja siihen liittyvän lisäpöytäkirjan eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain kumoamisesta annetun lain voimaantulosta 26.7.2002/639, SopS 80.

7.7 Johtopäätöksiä

Tarkasteltaessa kehitystä historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden teorian pohjalta on yhdyttävä Ira Katznelsoniin, joka on todennut, että sattumanvaraisuuden osuutta korostetaan liikaa. Katznelson on painottanut[858] instituutioita, ja ne näyttäisivät olevan keskeisiä myös Suomen terveydenhuollon kehitystä tarkasteltaessa. Katznelsonin mukaan eniten kiinnostusta vertailevassa historiallisessa tutkimuksessa ovat herättäneet kaikki ne toimet, jotka lähentävät ja edistävät instituutioiden muodostumista, eivät pelkästään tapahtumat, kriisit tai päätökset.[859] Suomessa polun varrelle on syntynyt ennen kaikkea vahvoja instituutioita, jotka ovat ehdollistaneet ja ohjanneet kehitystä tulevaisuuteen nähden. Tämän seurauksena julkista terveydenhuoltoa toteutetaan Suomessa edelleen kunnallisen itsehallinnon puitteissa huolimatta siitä, että kansainvälisesti katsoen kunta on hyvin pieni yksikkö toteuttamaan terveydenhuoltoa. Syy tähän on ennen kaikkea se, että polun varrelle syntyneet instituutiot ovat voineet ohjata kehitystä. Järjestelmän toteuttavat kunnat edellyttävät myös valtion osallistuvan kustannuksiin, joten järjestelmään on syntynyt valtio–kunta-jännite, joka on säilynyt järjestelmän alkuajoista 1860-luvulta 2010-luvulle saakka. Terveydenhuolto on vain osa kunnan toiminnoista, ja kunnan rahoja tarvitaan moniin muihinkin kunnan menoihin. Tämän seurauksena suomalaiselle järjestelmälle on muodostunut kansainvälisesti katsoen hyvin suuret terveydenhuollon palvelumaksut. Kunnan taloutta pyritään ylläpitämään sekä verovaroin, valtionosuuksin että palvelumaksuin, ja tavallaan asukkaat joutuvat näin maksamaan veronsa kaksinkertaisena terveyspalveluja tarvitessaan.[860]

Jos arvioidaan, mikä James Mahoneyn ja Kathleen Thelenin instituutioiden muutosmalleista sopii Suomen terveydenhuollon polkuun, voitaneen olla sitä mieltä, että malli ei ole ollut siirtymä (*displacement*). Suomen julkisessa terveydenhuollossa ei ole koskaan täysin korvattu vanhoja sääntöjä uusilla. Kysymys on 1940-luvulta lähtien enemmänkin ollut kerrostumista (*layering*), joissa uusia säännöksiä on tullut aiempien täydennykseksi ja rinnalle. Esimerkiksi kansanterveysjärjestelmä tuli aiemman kunnanlääkärijärjestelmän tilalle, mutta kysymys oli enemmänkin aiemman järjestelmän täydennyksestä kuin aivan uudesta järjestelmästä. Tällaisesta kerrostumittain etenemisestä on kysymys myös vuonna 2011 voimaan tulevassa terveydenhuoltolaissa, jossa aiempia säännöksiä terveydenhuollon toteuttamisesta pääasiassa vain täsmennetään ja uutta on melko vähän. Tämä johtuu siitä, että syvällisempi terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisvastuun uudistaminen kaatui poliittisiin erimielisyyksiin. Tästä huolimatta voidaan sanoa, että halua syvällisempiin muutoksiin ja aiemman

858 Katznelson 2003, 292.

859 Katznelson 2003, 293.

860 Vuoden 2010 alussa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin tehtiin ensimmäiset indeksitarkistukset. Terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkäripalveluista perittävän vuosimaksun enimmäismäärä nousi 27,40 euroon, samoin sairaalan poliklinikkamaksun enimmäismäärä ja päiväkirurgisten toimenpiteiden 89,90 euroon. Sairaalan hoito- ja ylläpitomaksu nousi 32,50 euroon hoitopäivältä ja terveydenhuoltomaksujen maksukatto 633 euroon kalenterivuotta kohti. (STM 2009.) Tämän lisäksi erillisellä lakiesityksellä pitkäaikaisen laitoshoidon maksut nostettiin 85 prosenttiin nettotuloista.

polun selkeään muuttamiseen on ollut vuodesta 2007 lähtien huomattavasti enemmän kuin aiemmin.

Aiempaa terveydenhuollon polun etenemistä 1860-luvulta 1930-luvun lopulle voitaneen luonnehtia eräänlaiseksi ajelehtimiseksi, joskaan ei täysin Mahoneyn ja Thelenin tarkoittamassa mielessä. Termi on paikallaan lähinnä sen vuoksi, että noina vuosina terveydenhuollon eteneminen oli paikallisten päätösten varassa ilman laajempaa koordinaatiota. Tämän seurauksena terveydenhuoltopalvelut kirjavoituivat maan eri osissa, ja tämän kehityksen seurauksia on näkyvissä vielä nykyäänkin (2011), ja myös terveyden eriarvoisuus Suomessa on ehkä osin perintöä alkuaikojen sääntelemättömästä kehityksestä.

Ajelehtimisena (*drift*) Mahoneyn ja Thelenin tarkoittamassa mielessä voidaan pitää Suomen terveydenhuollon polkua 1960-luvulta 2010-luvulle. Säännökset julkisessa terveydenhuollossa pysyivät samana senkin jälkeen, kun Suomeen oli tullut sairausvakuutusjärjestelmä ja työterveyshuolto. Kansanterveysjärjestelmä luotiin kiinnittämättä huomiota näihin kahteen muuhun polkuun, mistä syntyi monikanavaisuuden ongelma. Mahoney ja Thelen toteavat,että ajelehtimista tapahtuu, jos säännökset pysyvät muodollisesti samoina, mutta niiden vaikutus muuttuu ulkonaisten olosuhteiden muutosten seurauksena. Jos toimijat eivät vastaa näihin ympäristössä tapahtuneisiin muutoksiin, toimettomuus voi muuttaa instituution vaikutusta ja asemaa. Näin on käynyt julkisen avoterveydenhuollon, koska suuri osa avoterveydenhuollon käynneistä tapahtuu terveyskusten ulkopuolella työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla. Terveydenhuollosta vastaavat toimijat eivät ole ryhtyneet toimiin, jolla terveydenhuollon kokonaisuus muodostuisi mahdollisimman harmoniseksi ja tehokkaaksi sekä kansalaisen kannalta edullisimmaksi. Myös toimijoiden vähäinen reagointi uusiin ilmiöihin – terveydenhuollon keskittymiseen, kansainvälisten pääomasijoittajien yhä suurempaan rooliin Suomen terveydenhuollossa, kansalaisten yhä suurempaan omavastuuseen ja yksityisten sairauskuluvakuutusten lisääntymiseen – on lisäämässä tätä ajelehtimisilmiötä, jonka seurauksena Suomen terveydenhuolto koko ajan muuttuu ulkoisten voimien vaikutuksesta. Tähän muutokseen ei pystytä tehokkaasti vastaamaan, ja lopputulos on vaikeasti arvioitavissa.

Onko polkuna alkanut väylä Suomessa muuttunut moottoritieksi, josta on mahdotonta poiketa? Polkuriippuvuusteorian mukaan polkuriippuvuus jäykistää kehitystä ja instituutiot ohjaavat kehitystä tiettyyn suuntaan, niin että muut käyttökelpoiset vaihtoehdot jäävät käyttämättä. Polkuriippuvuus ja instituutiot vaikuttavat myös siihen diskurssiin, jonka puitteissa uudistuksia tehdään. Diskurssi voi kaventua vain nykyjärjestelmän kehittämisvaihtoehtoihin ja muiden vaihtoehtoisten ratkaisujen pohtiminen jää tekemättä. Ajan kuluessa siirtyminen toiselle polulle tulee yhä vaikeammaksi, ja diskurssi rajoittuu vain polkuriippuvuuden mukaisten muutosten toteuttamiseen. Muut yhtä hyvät tai jopa käyttökelpoisemmat vaihtoehdot jäävät huomiotta. Tällaisia piirteitä on nähtävissä Suomessa terveydenhuollon kehityksessä, ja ehdotukset terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuun siirtämisestä suurempiin yksiköihin ovat nekin polkuriippuvaisia ja osin syrjivät muita toimivia polkuja.

Lähdettäessä etsimään uutta tulisi hyödyntää kaikki se, mikä toimii, ja uudistuksille tulisi saada mahdollisimman laaja tuki.

Tällä hetkellä julkisella terveydenhuollolla, työterveyshuollolla ja sairaanhoitovakuutuksella on oma vakiintunut roolinsa. Yhdenkin ”kaistan” katkaiseminen voi aiheuttaa ennalta arvaamattomia ongelmia ja ruuhkia toisilla kaistoilla. Myös muutoksen aiheuttamat kustannukset voivat nousta suuriksi. Terveydenhuoltoa uudistettaessa tulisikin etsiä uusia, ennen kokeilemattomia vuorovaikutustapoja eri osioiden välillä, jolloin terveydenhuollon kokonaisuus ja kansalaisten tasa-arvo saataisiin parhaiten toteutetuksi. Pitkällä aikavälillä Suomen terveydenhuollon pitäisi tarjota kaikille kansalaisille mahdollisuus valita itselleen sopiva terveydenhuollon polku. Mahoneyn ja Thelenin luokittelemista instituutioiden muutostavoista Suomelle epäilemättä voisi sopia tulevaisuudessa siirtymä (displacement) siten, että polun varrella syntyneitä eri palvelu- ja rahoitusjärjestelmien mahdollisuudet yhdistetään hyvän ja laadukkaan sekä kansalaisten tasa-arvon kannalta parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi 2010-luvulla.

Terveydenhuollon palvelun ja rahoituksen toteuttamisesta on löydettävissä monia kansainvälisiä malleja. Järjestelmiä edelleen kehitettäessä olisikin hyödyllistä tutustua muiden maiden kokemuksiin ja kokeilla siellä olevia järjestelmiä Suomen olosuhteisiin. Suomessa muutokset terveydenhuollossa vaativat aikaa. Siksi monia kokeiluja on toteutettava ja niiden tuloksia on analysoitava ennen kuin uusia malleja voidaan ottaa käyttöön terveydenhuollon ja tasa-arvon parantamiseksi.

LÄHTEET

Asetukset:
A 912/1992. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.
A 1309/1999. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta.
A 1484/2001. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta.
A 1241/2002. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus perusteista avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi.

Aaltonen Katriina. Kaivataanko vaihtoehtoja? Kansalaisten mielipiteitä sosiaaliturvan vaihdettavuudesta. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 14, 1996.

Aho Tuomas. Terveysvakuutusjärjestelmä. Hallinnollisia ja juridisia näkökohtia. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 35, 2004.

Alapuro Risto. Yhteiskuntaluokat ja sosiaaliset kerrostumat 1870-luvulta toiseen maailmansotaan. Julkaisussa: Valkonen Tapani, Alapuro Risto, Alestalo Matti, Jallinoja Riitta, Sandlund Tom. Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. Porvoo: WSOY, 1985.

Ahtokari Reijo. Tuntematon vaikuttaja. Työeläkejärjestelmän isä Teivo Pentikäinen. Porvoo: WSOY, 1988.

Alestalo Matti. Yhteiskuntaluokat ja sosiaaliset kerrostumat toisen maailmansodan jälkeen. Julkaisussa: Valkonen Tapani, Alapuro Risto, Alestalo Matti, Jallinoja Riitta, Sandlund Tom. Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. Porvoo: WSOY, 1985.

Alestalo Matti. Structural change, classes and the welfare state. Finland in a historical and comparative perspective. Helsinki: University of Helsinki, Reseach Reports 33, 1986.

Alestalo Matti, Uusitalo Hannu. Finland. Julkaisussa: Flora Peter, ed. Growth to limits. The Western European welfare states since World War II. Volume 1. Sweden, Norway, Finland, Denmark. Berlin: de Gruyter, 1986.

Alestalo Matti, Flora Peter, Uusitalo Hannu. Structure and politics in the making of the welfare state. Julkaisussa: Alapuro Risto, Alestalo Matti, Haavio-Mannila Elina, Väyrynen Raimo, eds. Small states in comparative perspective. Oslo: Norwegian University Press, 1985: 188–210.

Antti-Poika Mari, Martimo Kari-Pekka, Husman Kaj, toim. Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim, 2003.

Arajärvi Pentti. Toimeentuloturvan oikeellisuus. Toimeentuloturvaa koskevan lainsäädännön suhde perustuslakiin, erityisesti perusoikeuksiin, ihmisoikeuksiin ja yhteisöoikeuteen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 68, 2002.

Arola Hilkka. Rahastosta terveyttä jokaiselle. (Pääjohtaja Jorma Huuhtasen haastattelu.) Sosiaalivakuutus 2010 (2).

Aronkytö Timo, Hallipelto Aatos, Kangasharju Aki. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010.

Barr Nicholas. The economics of the welfare state. Oxford: Oxford University Press, 1998.

Beland Daniel. History and politics from the New Deal to the privatization debate. Lawrence, KS: Unversity Press of Kansas, 2005.

Bergholm Tapio. SAK:n vuosisata. Suomen ammattijärjestö 1907–1930, Suomen ammattiyhdistysten keskusliitto 1930–1969, Suomen ammattiliittojen keskusjärjestö 1969–. Helsinki: SAK, 2001.

Bergholm Tapio, Saari Juho. Paradigmat, agendat ja kehykset. Julkaisussa: Kananen Johannes, Saari Juho, toim. Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. Helsinki: Minerva, 2009: 33–60.

Bonoli Giuliano. Political institutions, veto points, and the process of welfare state adaption. Julkaisussa: Pierson Paul, ed. The new politics of the welfare state. Oxford: Oxford University Press, 2001: 238–264.

Bonoli Giuliano, Palier Bruno. How do welfare states change? Institutions and their impact on the politics of welfare state reform in Western Europe. European Review 2000; 8 (3): 333–352.

Dahl Robert A. Who governs? Democracy and power in an American city. New Haven, CT: Yale University Press, 1961.

Eduskunnan oikeusasiamiehen päätökset:
15.11.2002 (488/4/00).
22.4.2003 (843/4/01).
23.8.2007 (1362/4/06).
11.9.2007 (3822/4/06).
24.9.2007 (713/4/07, 767/4/07, 785/4/07).
28.12.2009 (3121/4/08).
22.1.2010 (3772/4/08).

Eduskunnan vastaukset:
EV 1971. Hallituksen esitys kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi.
EV 211/2001. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 a §:n muuttamisesta.
EV 94/2004. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
EV 255/2010. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muuttamisesta.

Eduskuntakäsittelyt:
Valtiopäivät 1927, pöytäkirjat I, sairausvakuutuslakiehdotuksen lähetekeskustelu.
Valtiopäivät 1929, pöytäkirjat, sairausvakuutuslakiehdotuksen 3. käsittely.
Toiset Valtiopäivät 1929, pöytäkirjat I.
Valtiopäivät 1938, pöytäkirjat II.

Valtiopäivät 1943, pöytäkirjat I.
Valtiopäivät 1955, pöytäkirjat II.
Valtiopäivät 1963, pöytäkirjat I.
Valtiopäivät 1971, pöytäkirjat II.
Valtiopäivät 1978, pöytäkirjat I.
Valtiopäivät 1978, pöytäkirjat II.
Valtiopäivät 1982, pöytäkirjat.
Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 3.
Valtiopäivät 1992, pöytäkirjat 6.
Valtiopäivät 1999, pöytäkirjat 3 ja 4.
Täysistunnon pöytäkirja 155/2000 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 136/2001 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 207/2002 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 73/2004 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 75/2004 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 122/2004 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 125/2004 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 63/2005 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 37/2008 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 58/2009 vp.
Täysistunnon pöytäkirjat 56/2010 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 65/2010 vp.
Täysistunnon pöytäkirjat 111/2010 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 124/2010 vp.
Täysistunnon pöytäkirja 126/2010 vp.

Ellilä Kalevi. Terveyskantelun oikeusperusteet. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2007.

Elster Jon. The multiple self. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

Esping-Andersen Gösta. Politics against markets. The social democratic road to power. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1985.

Esping-Andersen Gösta. The three worlds of the welfare capitalism. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.

Esping-Andersen Gösta. Social foundations of postindustrial economies. Oxford: Oxford University Press, 1999.

Etzioni Amitai. The moral dimension. Towards a new economics. New York, NY: Free Press, 1988.

European Observatory on Health Care Systems and Policies. Health system profiles (HiTs). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Saatavissa: ‹http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits›.

Evans Peter, Rueschemeyer Dietrich, Skocpol Theda. Bringing the state back in. Cambridge: Cambridge University Press 1985.

Flora Peter, toim. Growth to limits. Volume 1. Sweden, Norway, Finland, Denmark. Berlin: de Gruyter, 1986.

Forsius Arno. Terveydenhoitosääntö 1879. Suomen Lääkärilehti 1989 (25).

Forss Mikael, Klaukka Timo. Yleinen terveysvakuutus. Idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003 (16–17).

Foucault Michel. Tiedon arkeologia. Tampere: Vastapaino, 2005.

Fritzell Johan. Esitys Kelan tutkimusosaston työpajassa 2.12.2010.

Gramsci Antonio. Vankilavihkot. Helsinki: Kansankulttuuri, 1979.

Haapala Pertti. Suomalaisen hyvinvointivaltion rakennehistoria. Julkaisussa: Haapala Pertti, toim. Hyvinvointivaltio ja historian oikut. Tampere: Työväen historian ja perinteen tutkimuksen seura, 1993: 6–24.

Haapala Pertti. Suomalainen rakennemuutos. Julkaisussa: Saari Juho, toim. Historiallinen käänne. Johdatus pitkän aikavälin historia tutkimukseen. Helsinki: Gaudeamus, 2006: 91–124.

Haastattelut:
Työterveyshuoltopäällikkö Arto Laineen haastattelu 20.8.2008.
Finanssialan Keskusliiton tutkija Päivi Lunan haastattelu 3.5.2010.

Haataja Anita, Juutilainen Vesa-Pekka, Mattila Yrjö. Yksityisiä terveyspalveluja käyttävät kaikki väestöryhmät, toiset enemmän kuin toiset. Sosiaalivakuutus 2008 (6).

Haatanen Pekka, Suonoja Kyösti. Suuriruhtinaskunnasta hyvinvointivaltioon. Sosiaali- ja terveysministeriö 75 vuotta. Helsinki: VAPK-kustannus, 1992.

Hacker Jacob S. The historical logic of national health insurance. Structure and sequence in the development of British, Canadian and U.S. medical policy. Studies in American Political Development 1998; 12: 57–130.

Hacker Jacob S. The divided welfare state. The battle over public and private social benefits in the United States. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

Hacker Jacob S. Policy drift. The hidden politics of US welfare state retrenchment. Julkaisussa: Streeck Wolfgang, Thelen Kathleen. Beyond continuity. Institutional change in advanced political economics. Oxford: Oxford University Press, 2005: 40–82.

Hall Peter. Policy paradigms, social learning and the state. The case of economic policymaking in Britain. Comparative Politics 1993; 25 (3).

Hall Peter, Taylor Rosemary. Political science and the three new institutionalisms. Political Studies 1996; XLIV: 936–957.

Hallintovaliokunta:
HaVM 7/1992. Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta.
HaVL 28/2000. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:ien, erikoissairaanhoitolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.

Hallituksen esitykset:
HE 2/1927. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi.
HE 34/1938. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi yleisestä lääkärinhoidosta.
HE 118/1941. Hallituksen esitys Eduskunnalle avustuskassalaiksi.
HE 12/1943. Hallituksen esitys Eduskunnalle keskussairaalalaiksi.
HE 15/1954. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairaus- ja äitiysvakuutusta koskeviksi laeiksi.
HE 45/1954. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairaalalaiksi.
HE 129/1962. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
HE 35/1970. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
HE 98/1971. Hallituksen esitys Eduskunnalle kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi.
HE 99/1971. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
HE 26/1978. Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi.
HE 54/1981. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain ja työntekijäin eläkelain muuttamisesta sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi.
HE 178/1982. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
HE 54/1986. Hallituksen esitys Eduskunnalle potilasvahinkolaiksi ja siihen liittyväksi lainsäädännöksi.
HE 46/1989. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta.
HE 62/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tulo- ja varallisuusverolain muuttamisesta.
HE 145/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta.
HE 185/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.
HE 216/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta.
HE 83/1992. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta.
HE 264/1992. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon keskushallinnon uudelleenjärjestämisestä sekä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen perustamista koskevaksi lainsäädännöksi.
HE 291/1992. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:ien ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 45 §:n muuttamisesta.
HE 309/1993. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 33/1994. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi.
HE 77/1999. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.
HE 149/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoitolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.
HE 155/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
HE 114/2001. Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta.
HE 50/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi.
HE 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
HE 164/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi annetun hallituksen esityksen (HE 50/2004) täydentämisestä.
HE 68/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.
HE 129/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi annetun hallituksen esityksen (68/2005) täydentämisestä.
HE 37/2008. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain sekä sosiaalihuoltolain 29 b ja 29 d §:n muuttamisesta.
HE 131/2008. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
HE 20/2009. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.
HE 67/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.
HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.
HE 183/2010. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muuttamisesta.
HE 268/2010. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta annetun lain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

Hallitusohjelmat 1917–. Helsinki: Valtioneuvosto. Saatavissa: ‹http://www.valtioneuvosto.fi/tietoa-valtioneuvostosta/hallitukset/hallitusohjelmat/fi.jsp›.

Hardin Russell. Morality within the limits of reason. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1988.

Harjula Minna. Terveyden jäljillä. Suomalainen terveyspolitiikka 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press, 2007.

Health care expenditure and financing. Helsinki: Stakes, SVT, Terveys 2008, Tilastotiedote 11, 2008.

Heclo Hugh. Modern social politics in Britain and Sweden. From relief to income maintenance. New Haven, CT: Yale University Press, 1974.

Heikkilä Matti, Kautto Mikko, Teperi Juha. Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki, Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5, 2005.

Heiskala Risto, Luhtakallio Eeva, toim. Uusi jako. Miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 2006.

Hellsten Katri. Vaivaishoidosta hyvinvointivaltion kriisiin. Hyvinvointivaltiokehitys ja sosiaaliturvan muotoutuminen Suomessa. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1993.

Hellsten Katri, Helne Tuula, toim. Vakuuttava sosiaalivakuutus. Helsinki: Kela, 2004.

Helminen Sari. Hammashoitoon hakeutuminen odotetun innokasta. Sosiaalivakuutus 2003 (4).

Helsingin hallinto-oikeus 10.10.2007 07/1161/6.

Helsingin Sanomat:
HS 16.6.2003. Kekomäki Martti. Kela on osa isompaa terveydenhuollon rahoitusongelmaa.
HS 27.1.2008. Hyssälä Liisa. Terveydenhuollon tilat tehokäyttöön.
HS 30.5.2008. Pekurinen Markku. Terveyspalvelujen asiakasmaksuja pitäisi arvioida uudelleen.
HS 12.7.2009. Hoidon priorisoinnista ei vieläkään uskalleta puhua. Pääkirjoitus.
HS 4.2.2010. Keskusta voitti kiistan terveydenhuollon palvelurakenteesta.
HS 23.5.2010. Husia uhkaavat isot sakot hitaan hoitoon pääsyn vuoksi.
HS 3.10.2010. Terveydenhuollon rahoitus ja palvelut nykyisin hajallaan. Hyssälä haluaa hoivarahaston.
HS 10.11.2010. Helsinki kokeilee palveluseteliä terveyspalveluissa.
HS 7.12.2010. Hoitajamaksut osuvat kaikkein köyhimpiin. Pääkirjoitus.
HS 15.12.2010. Rääkkylä kokeilee Paras-lain rajoja. Pääkirjoitus.

Henke Klaus-Dirk, Schreyögg Jonas. Towards sustainable health care systems. Strategies in France, Germany, Japan and the Netherlands. A comparative study. Baden-Baden: Nomos, 2004.

Hietala Marjatta. Eugeniikan ja rotuhygienian tausta ja seuraukset. Tieteessä tapahtuu 2009 (8).

Hiilamo Heikki, Kangas Olli. Trap for women or freedom to choose? Political frames in the making of child home care allowance in Finland and Sweden. Turku: University of Turku, Publications of the Department of Social Policy A:18, 2006.

Hjelt Otto. Den veneriska sjukdomens utbredning i Finland jämte förslag att hindra dess spridning. Bidrag till sundhetslagstiftningen i Finland I. Helsingfors 1873.

Hjelt Otto. Allmän helsovårdstadga för Finland. Förslag och motiver. Bidrag till sundhetslagstiftningen i Finland II. Helsingfors 1875.

Hjerppe Riitta. Suomen talous 1860–1985. Kasvu ja rakennemuutos. Helsinki: Suomen pankki, 1988.

Holm Pasi, Laiho Veera. Sairaanhoitovakuutus – sairaus vai mahdollisuus. Helsinki: Pellervon taloustutkimus PTT, PTT-raportteja 224, 2010.

Holopainen Toivo. Kunnan asema valtiossa. Oikeudellinen rakennetutkimus. Helsinki: Suomalainen Lakimiesyhdistys, 1969.

Hongisto Yrjö. Sairaanhoitolaitoksemme sairausvakuutuksen voimaantullessa. Maalaiskunta 1964 (5).

Huhtanen Raija. Käsittelyaikoja koskeva sääntely sosiaali- ja terveydenhuollossa. Julkaisussa: Muukkonen Matti, Miettinen Tarmo, Tolvanen Matti, toim. Juhlakirja Pentti Arajärvi 1948 - 2/6 - 2008. Joensuu: Joensuun yliopisto, 2008: 291–310.

Husman Kaj. Työterveyslainsäädäntö. Julkaisussa: Antti-Poika Mari, Martimo Kari-Pekka, Husman Kaj, toim. Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim, 2003.

Husman Kaj. Voidaanko sosiaalivakuutusmaksuilla, työterveyshuollon korvauksilla tai muilla vastaavilla kannusteilla edistää työkykyä ylläpitävien ja kuntouttavien toimenpiteiden käyttöä sairauspoissaoloihin? Raportti SATA-komitealle 9.12.2008.

Hynynen Eeva-Liisa. EK:n Mikko Pukkinen vaatii palvelukustannukset läpinäkyviksi. (Mikko Pukkisen haastattelu.) Polemiikki 2010 (4).

Häggman Kai. Suurten muutosten Suomessa. Kansaneläkelaitos 1937–1997. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1997.

Hänninen Sakari, Iivari Juhani, Lehto Juhani. Hallittu rakennemuutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon muutos ja muutoksen hallinta 1990-luvun alkuvuosina. Helsinki: Stakes, Raportteja 182, 1995.

ILO

ILO. Yleissopimus nro 24, joka koskee teollisuus-, kauppa- ja kotitaloustyöntekijäin sairausvakuutusta. 1927.
ILO. Suositus nro 97, joka koskee työntekijöiden terveydensuojelua työpaikalla. 1953.
ILO. Suositus nro 112, joka koskee työterveyshuollon järjestämistä työpaikoille. 1959.
ILO. Yleissopimus nro 120, joka koskee kauppa- ja toimistotyön terveysoloja. 1964.
ILO. Suositus nro 171, joka koskee työterveyshuoltoa. 1985.
ILO. Yleissopimus nro 161, joka koskee työterveyshuoltoa. 1985.

Immergut Ellen M. Health politics. Interests and institutions in Western Europe. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

Immergut Ellen M, Anderson Karen M, Schulze Isabelle, eds. The handbook of West European pension politics. Oxford: Oxford University Press 2007.

Jaakkola Jouko, Pulma Panu, Satka Mirja, Urponen Kyösti. Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 1994.

Jaakkola Risto, Kainulainen Sakari, Rahkonen Keijo. Työväensuojelusta sosiaalipolitiikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908–2008. Helsinki: Edita, 2009.

Jauho Mikko. Kansanterveysongelman synty. Tuberkuloosi ja terveyden hallinta Suomessa ennen toista maailmansotaa. Helsinki: Tutkijaliitto, 2007.

Joka kolmas lähtee. Suomen Kuvalehti 2004 (1).

Julkinen sairaanhoitovakuutus. Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia, 1997.

Julkunen Raija. Jälkiekspansiivinen hyvinvointivaltio. Janus 2001; 9 (4).

Julkunen Raija. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes, 2006.

Jäntti Satu. Kansalaiset terveyspalveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Kuopio: Kuopion yliopisto, Julkaisuja E 154, 2008.

Järvinen Pekka. Yksityislääkärin lähetteellä julkisessa terveydenhuollossa tehtävien tutkimusten maksut. Muistio. Helsinki: STM, 1998.

Järvinen Raija. Yksityisvakuutus sosiaalivakuutuksen täydentäjänä. Julkaisussa: Hellsten Katri, Helne Tuula, toim. Vakuuttava sosiaalivakuutus? Helsinki: Kela, 2004.

Kaarakainen Minna. Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945–2015. Valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2008.

Kaipainen Osmo. Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus? Hämeenlinna: Karisto, 1969.

Kairamo Aimo. Suomen Sosialidemokraattisen Puolueen periaateohjelman tausta. Helsinki: Suomen Sosialidemokraattinen Puolue, 1982.

Kalela Jorma. Työttömyys suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1989.

Kalimo Esko, Nyman Kauko, Klaukka Timo, Tuomikoski Hannu, Savolainen Eero. Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976. Helsinki: Kela, 1982.

Kananen Johannes, Saari Juho, toim. Ajatuksen voima. Ideat hyvinvointivaltion uudistamisessa. Helsinki: Minerva, 2009.

Kangas Olli. Luokkaristiriidat ja hyvinvointivaltio. Sisältöanalyyttinen tarkastelu suurimpien puolueiden ja etujärjestöjen sosiaalipoliittisista kannanotoista. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulu, Julkaisuja D-84, 1986.

Kangas Olli. The politics of universalism. The case of Finnish sickness insurance. Helsinki: Helsingin kauppakorkeakoulu, 1990.

Kangas Olli. The politics of social rights. Studies on the dimensions of sickness insurance in OECD countries. Stockholm: University of Stockholm, 1991.

Kangas Olli. Politiikka ja sosiaaliturva Suomessa. Julkaisussa: Paavonen Tapani, Kangas Olli. Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Helsinki: Edita, 2006.

Kangas Olli, Palme Joakim. Public and private pensions. The Scandinavian countries in a comparative perspective. Stockholm: University of Stockholm, 1989.

Kantola Anu. Julkiset palvelut tienhaarassa. Julkaisussa: Kantola Anu, Kautto Mikko. Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Helsinki: Sitra, 2002: 112–137.

Kantola Anu. Markkinakuri ja managerivalta. Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä. Helsinki: Loki-kirjat, 2006.

Karvanen Marja. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten taso. Tampere: Tampereen yliopisto, 1981.

Katznelson Ira. Reflections on purposive action in comparative historical social science. Julkaisussa: Mahoney James, Rueschemeyer Dietrich, eds. Comparative historical analysis in the social sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

Keisarillisen majesteetin armollinen asetus kunnallishallituksesta maalla, annettu Helsingissä 6 päivänä helmikuuta 1865.

Keisarillisen majesteetin armollinen julistus muutoksesta niistä tätä ennen annetuista säännöistä, jotka koskevat kustannuksia kuntien yksityisestä sairashoidosta, annettu Helsingissä 13 päivänä huhtikuuta 1869.

Keisarillisen majesteetin armollinen asetus kunnallishallituksesta kaupungissa, annettu Helsingissä 8 päivänä joulukuuta 1873.

Keisarillisen majesteetin armollinen asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa, annettu Helsingissä 22 päivänä joulukuuta 1879.

Keisarillisen majesteetin armollinen sääntö lääninlääkäreille Suomessa, annettu 17.1.1832.

Kekomäki Martti. Miksi uusi terveydenhuoltolakikaan ei korjaa rahoituksen monikanavaisuutta? Duodecim 2009 (13).

Kela. Neuvottelumuistio 2.2.1995. Helsinki: Kela, Kelan terveysosaston arkisto. (1995a)

Kela. Terveys- ja toimeentuloturvaosaston kiertokirje paikallistoimistoille 15.3.1995. Helsinki: Kela, Kelan terveysosaston arkisto. (1995b)

Kela. Kansaneläkelaitoksen kirje 16.3.1998 Suomen yksityisten sairaaloiden yhdistykselle. Helsinki: Kela, Kelan terveysosaston arkisto.

Kela. Kansaneläkelaitoksen kirje sosiaali- ja terveysministeriölle 22.10.2002. Lainsäädännön tarkistamistarpeen selvittäminen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanveto-ongelmien johdosta.

Kela. SAVAKE-työryhmän muistio. Helsinki: Kela, 2006.

Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2009. Helsinki: Kela, SVT, Sosiaaliturva 2010.

Kela. Työterveyshuolto. Tietoa työnantajille ja yrittäjille työterveyshuollon korvauksista. (Kelan esite.) Helsinki: Kela, 2009.

Kerr Clark, Harbison Frederick, Dunlop John, Myers Charles. Industrialism and industrial man. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1960.

Kerätär Raija, Karjalainen Vappu. Pitkäaikaistyöttömillä on runsaasti hoitamattomia mielenterveyshäiriöitä. Kuvaileva tapaustutkimus pitkäaikaistyöttömien työkyvyn arvioinnista. Suomen Lääkärilehti 2010 (45).

Keskusjärjestöjen välinen sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä ja työpaikkaterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoista 1971.

Kettunen Pauli. Poliittinen liike ja sosiaalinen kollektiivisuus. Tutkimus sosialidemokratiasta ja ammattiyhdistysliikkeestä Suomessa 1918–1930. Helsinki: Suomen historiallinen seura, Historiallisia tutkimuksia 138, 1986.

Kettunen Pauli. Suojelu, suoritus, subjekti. Työsuojelu teollistuvan Suomen yhteiskunnallisissa ajatteluja toimintatavoissa. Helsinki: Suomen historiallinen seura, Historiallisia tutkimuksia 189, 1994.

Kimanen Annukka, Manninen Pirjo, Kankaanpää Eila ym. Sairaanhoito työterveyshuollossa. Toimintalukujen ja kustannusten vertailua. Suomen Lääkärilehti 2001 (21).

Kinnunen Kaisa, toim. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus, 2009.

Klavus Jan, Järvelin Jutta, Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari. Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 2005 (3).

Komiteanmietinnöt:
KM 1896:6. Komiteanmietintö ehdotuksen antamista varten muutoksiksi asetukseen terveydenhoidosta Suomenmaassa 22.12.1879 sekä asetukseksi kulkutaudeista.
KM 1892:8. Komiteanmietintö lääkärihoidon järjestämiseksi maaseudulla.
KM 1907:17 c. Komiteanmietintö apukassoja koskevasta lainsäädännöstä.
KM 1908:7. Komiteanmietintö maaseudun lääkärinhoidon järjestämisestä ja uudesta terveydenhoitoasetuksesta.
KM 1920:26 a. Komiteanmietintö. Sairausvakuutus-, vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutus ulkomailla.
KM 1931:15. Kunnallissairaalakomitean mietintö.
KM 1949:23. Sosiaalivakuutuskomitean mietintö n:o 3.
KM 1949:25. Keskussairaalakomitean mietintö.
KM 1949:29. Aluesairaalakomitean mietintö.
KM 6/1959. Komiteanmietintö (ns. Jylhän komitean mietintö).
KM 1961:39. Komiteanmietintö (ns. Mäkelän pikakomitea).
KM 1967:B:49. Sairausvakuutusrahastotoimikunnan mietintö.
KM 1965:B:72. Kansanterveyskomitean mietintö.
KM 1969:A:3. Kansanterveystoimikunnan mietintö.
KM 1971:A:14. Työterveyskomitean mietintö.
KM 1971:B:4. Terveydenhuollon suunnittelukomitean mietintö.
KM 1978:4. Työterveyshuoltotoimikunnan 1978 mietintö.
KM 1986:12. Hallinnon hajauttamiskomitean mietintö.
KM 1987:34. Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö.
KM 1989:29. Sairauskuluvähennyksen korvaamista selvittävän toimikunnan mietintö.
KM 1993:17. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö.
KM 1993:29. Sairaanhoitovakuutustoimikunnan mietintö.
KM 2002:4. Sosiaalimenojen kehitystä ja sosiaaliturvan rahoituksen turvaamista pitkällä aikavälillä selvittäneen toimikunnan (SOMERA-toimikunta) mietintö.

Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut:
KHO 1975:II:73.
KHO 1993:A:31.
KHO 1997:92.
KHO 2000:63.
KHO 2001:50.
KHO 2002:21.
KHO 2002:43.
KHO 2002:63.
KHO 2004:42.

Korpi Walter. The working class in welfare capitalism. Work, unions and politics in Sweden. London: Routledge and Kegan, 1978.

Korpi Walter. Contentious institutions. An augmented rational-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in western countries. Rationality and Society 2001; 13 (2): 235–283.

Koskiaho Tapio. Työterveyshuoltolaki. Tutkimus lainsäädännön syntyprosessista vuosina 1968–1978. Helsinki: STM, 1987.

Kosonen Pekka. Pohjoismaiset mallit murroksessa. Tampere: Vastapaino, 1998.

Kotkas Toomas. Terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. Lakimies 2009 (2).

Kuhn Thomas S. The structure of scientific revolutions. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1962.

Kunnallinen eläkelaitos 25 vuotta. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 1989.

Kuusi Eino. Sosiaalipolitiikka I–II. Porvoo: WSOY, 1931.

Kuusi Pekka. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY, 1962.

Lainvalmistelukunnan esitys lääkäritoimen järjestämisestä 21.3.1930.

LeGrand Julian, Propper Carol, Robinson Ray. The economics of social problems. Basingstoke: Macmillan, 1992.

Lehto Juhani. Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia? Yhteiskuntapolitiikka 2010 (4).

Liljeström Marita. Terveyspalvelujen järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis 2003 (1).

Lin Ka. Confucian welfare cluster. A cultural interpretation of social welfare. Tampere: University of Tampere, Acta Universitatis Tamperensis 645, 1999.

Lindqvist Rafael. Från folkrörelse till välfärdsbyrokrati. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900–1990. Lund: Arkiv, 1990.

Lusenius Riitta. Lääkärien näkemyksiä erityisturvavakuutusten vaikutuksesta lääkäri–potilas-hoitosuhteessa. Turku: Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos, 2009.

Mahoney James. Path dependence in historical sociology. Theory and Society 2000; 29 (4): 507–548.

Mahoney James, Thelen Kathleen. A theory of gradual institutional change. Julkaisussa: Mahoney James, Thelen Kathleen, eds. Explaining institutional change ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

Mahoney James, Thelen Kathleen, eds. Explaining institutional change ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

Maioni Antonia. Parting at the crossroads. The emergence of health insurance in the United States and Canada. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1998.

Manninen Pirjo, Laine Vappu, Leino Timo, Mukala Kristiina, Husman Kaj, toim. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Työterveyslaitos, 2007.

Mannio Niilo A. Sosiaalipoliitikon kokemuksia 50 itsenäisyysvuoden ajalta. Porvoo: WSOY, 1967.

Mattila Yrjö. Sairausvakuutuksessa suorakorvaukseen. Sosiaalivakuutus 1989 (5–6).

Mikkola Hennamari. Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa? Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö, 2009.

Mikkola Hennamari, Kapiainen Satu, Seppälä Timo ym. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä. Helsinki: THL, Avauksia 10, 2009.

Myllykoski Kosti. Kansanterveyslaki 1972. Kansanterveystyön organisaatio. Suomen Lääkärilehti 1985 (10).

Mäkelä Päivi. Läkarväska eller lagbok. Julkaisussa: Kangas Olli, Kangasharju Helena, red. Ordens makt och maktens ord. Helsingfors: Svenska litteratursällskapet i Finland, 2007.

Niemelä Heikki. Suomen kokonaiseläkejärjestelmän muotoutuminen. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, 1994.

Niemelä Heikki. Suomen sairausvakuutuksen synty. Julkaisussa: Hellsten Katri, Helne Tuula, toim. Vakuuttava sosiaalivakuutus? Helsinki: Kela, 2004.

Niemelä Heikki, Salminen Kari. Suomalainen sosiaaliturva. Helsinki: Kela, 2003.

Niemelä Heikki, Salminen Kari. Kansallisten eläkestrategioiden muotoutuminen ja Euroopan unionin koordinaatiomenetelmä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 2009.

Niemelä Heikki, Pykälä Pertti, Sullström Risto, Vanne Reijo. Suomalaisen sosiaaliturvan kehitys ja kansalaisten elinvaiheet. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 57, 2007.

Niemelä Mikko. Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 102, 2008.

Niemivuo Matti. Valtionavut kunnille ja kuntainliitoille. Oikeustieteellinen tutkimus valtionapuinstituutiosta julkisten palvelujen, erityisesti perus- ja keskiasteen koulutuksen määrällisen sääntelyn keinona. Helsinki: Suomalainen Lakimiesyhdistys, 1976.

Nihtilä Annamari, Widström Eeva. Haasteena oikeudenmukaisuus. Keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 2005 (3).

Nousiainen Jaakko. Suomen poliittinen järjestelmä. Porvoo: WSOY, 1975.

Nyman Kauko. Sairausvakuutus ja terveysturva tutkimuksen valossa. Sosiaalivakuutus 1984 (8).

Obinger Herbert, Leibfried Stephan, Castles Francis, eds. Federalism and the welfare state. New worlds and European experiences. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

OECD. OECD Health Data, 3rd edition. Paris: OECD, 2004.

OECD. Health at a glance 2007. OECD indicators. Paris: OECD, 2007.

Onko potilaalla varaa määräämääsi hoitoon? Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2010 (24).

Paavonen Tapani, Kangas Olli. Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana. Helsinki: Edita, 2006.

Pajula Jaakko. Sairausvakuutuslaki. Sosiaalivakuutus 1963 (2–3).

Palme Joakim. Pension rights in welfare capitalism. The development of old-age pensions in 18 OECD countries 1930 to 1985. Stockholm: University of Stockholm, 1990.

Palosuo Hannele, Koskinen Seppo, Lahelma Eero ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007.

Pekurinen Markku. Terveydenhuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Julkaisussa: Terveydenhuollon menojen hillintä. Rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4, 2007.

Pekurinen Markku, Mikkola Hannamari, Tuominen Ulla, toim. Hoitotakuun talous. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Helsinki: Stakes, Raportteja 5, 2008.

Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto ym. Sosiaali-ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, 2010.

Perustuslakivaliokunta:
PeVL 1/1963. Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
PeVM 25/1994. Hallituksen esitys perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.
PeVL 8/1999. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.
PeVL 37/2000. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoitolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.
PeVL 20/2004. Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

PeVL 10/2009. Hallituksen esitys laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.
PeVL 41/2010. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi erikoissairaanhoitolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Pesonen Niilo. Terveyden puolesta – sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. Porvoo: WSOY, 1980.

Pfau-Effinger Birgit. Culture and welfare state policies. Reflections on a complex interrelation. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

Pierson Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. American Political Science Review 2000; 94 (2): 251–267.

Pohtiva. Poliittisten ohjelmien tietovaranto. Tampere: Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: ‹http://www.fsd.uta.fi/pohtiva/ohjelma›.

Potilasvakuutuskeskuksen korvauspäällikkö Reima Palosen luento. Mauno Koivisto -keskus, Turku 17.5.2010.

Pulma Panu. Valtion lainoista Valtavaan. Kunnan ja valtion suhde sosiaalitoimen valtionapujärjestelmän kehityksessä 1922–1982. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 60, 1996.

Purola Tapani, Kalimo Esko, Sievers Kai, Nyman Kauko. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Helsinki: Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, 1971.

Quadagno Jill. One nation uninsured. Why the U.S. has no national health insurance. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Rantanen Jorma, Hernberg Sven, Koskela Aarni, Lehtinen Suvi, toim. Työn jäljet. Työterveyslaitos 1945–1995. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995.

Rasila Viljo. Sosiaalitoimi ja terveyshuolto. Julkaisussa: Tommila Päiviö, toim. Suomen kaupunkilaitoksen historia 3. Helsinki: Suomen kaupunkiliitto, 1984.

Rauch Dietmar. Institutional fragmentation and social service variations. A Scandinavian comparison. Umeå: Umeå University, 2005.

Rekola Esko. Valtionapujärjestelmän uudistaminen. Maalaiskunta 1966 (2).

Riihinen Olavi. Pekka Kuusesta Terho Pulkkiseen 1957–1969. Julkaisussa: Jaakkola Risto, Kainulainen Sakari, Rahkonen Keijo. Työväensuojelusta sosiaalipolitiikkaan. Sosiaalipoliittinen yhdistys 1908–2008. Helsinki: Edita, 2009: 97–143.

Rimpelä Matti, Happonen Hanna, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi, Rimpelä Arja. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007–2008. Helsinki: Stakes, Raportteja 40, 2008.

Robertson Roland. Globalization. Social theory and global structure. London: Sage, 1992.

Robinson, William I. A theory of global capitalism. Production, class, and state in a transnational world. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2004.

Rose Nikolas. Powers of freedom. Reframing political thought. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Rosenberg Justin. The follies of globalisation theory. Polemic essays. London: Verso, 2000.

Ryynänen Olli-Pekka. Rahoituksen monikanavaisuus estää terveydenhuollon kehittämisen. Suomen Lääkärilehti 2009 (21–22).

Räsänen Kimmo. Työterveyshuolto osana terveydenhuoltojärjestelmää. Julkaisussa: Antti-Poika Mari, Martimo Kari-Pekka, Husman Kaj, toim. Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim, 2003.

Sairausvakuutus 15 vuotta. Sosiaalivakuutus 1980 (2).

Sairausvakuutus. Lääkärinpalkkio, tutkimus ja hoito. Ohjeita terveydenhuoltohenkilöstölle. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1997.

Salminen Kari. Yhteiskunnan rakenne, politiikka ja eläketurva. Kokonaiseläketurvan muotoutuminen Suomessa ja Ruotsissa. Helsinki: Eläketurvakeskus, 1987.

Salminen Kari. Pension schemes in the making. A comparative study of the Scandinavian countries. Helsinki: Eläketurvakeskus, 1993.

Sarola Suvi. Tutkimus lääkärityövoimaa vuokraavista yrityksistä. Kilpailu on laskenut hintoja. Suomen Lääkärilehti 2005 (22).

Satka Mirja. Sosiaalista työtä lain, moraalin ja kasvatuksen keinoin. Julkaisussa: Jaakkola Jouko, Pulma Panu, Satka Mirja, Urponen Kyösti. Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisen sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 1994: 272–280.

Schmidt Vivien A. Does discourse matter in the politics of welfare state adjustment? Comparative Political Studies 2002; 35 (2): 168–193.

Skocpol Theda. Bringing the state back in. Strategies of analysis in current reseach. Julkaisussa: Evans Peter, Rueschemeyer Dietrich, Skocpol Theda. Bringing the state back in. Cambridge: Cambridge University Press 1985.

Skocpol Theda. Protecting soldiers and mothers. The political origins of social policy in the United States. Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1992.

Skopcol Theda, Shola Orloff Ann. Why not equal protection. American Sociological Review 1984; 49 (6): 726–750.

Skocpol Theda, Amenta Edwin. States and social policies. Annual Review of Sociology 1986; 12: 131–157.

Sklair Leslie. Globalization. Capitalism and its alternatives. Oxford: Oxford University Press, 2002.

Soikkanen Hannu. Kunnallinen itsehallinto kansanvallan perusta. Maalaiskuntien itsehallinnon historia. Helsinki: Maalaiskuntien liitto, 1966.

Soininen Leena. Tuberkuloosi ei ole historiaa – ja pandemiat ovat tulevaisuutta. Julkaisussa: Helne Tuula, Kalliomaa-Puha Laura, toim. Filmi-Kela. Suomi-filmistä sosiaalipolitiikkaan. Helsinki: Kela, 2009.

Sorsa Pirjo. Oikeussuojasta terveydenhuollossa. Julkaisussa: Sundman Eila, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 2000: 370–379.

Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäreen haastattelut Pohjolan Sanomissa 1.6.2003 ja Aamulehdessä 5.6.2003.

Sosiaali- ja terveysministeriö
STM. Työterveyshuoltotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 9, 1976.
STM. Työterveyshuoltotyöryhmän mietintö. Työryhmämietintö 7, 1978.
STM. Hallituksen terveyspoliittinen selonteko eduskunnalle 26.3.1985.
STM. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1986.
STM. Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 8, 1989.
STM. Rintamaveteraanien hammashuollon työryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 17, 1991.
STM. Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmien uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 29, 1993.
STM. Sosiaali- ja terveysministeriön päätös nro 3/1995 perusteista avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi.
STM. Työterveyshuoltolaki 20 vuotta juhlaseminaari. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3, 2000.
STM. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4, 2001.
STM. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33, 2002a.
STM. Sairausvakuutuslain selkeyttäminen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanvetokysymysten osalta. Sosiaali- ja terveysministeriön kirje 14.11.2002b.

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 6, 2002c.
STM. Sairausvakuutuslain 11 a §:n selkeyttäminen. Muistio 12.6.2003a.
STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 12, 2003b.
STM. Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 14, 2003c.
STM. Valtioneuvoston periaatepäätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämislinjat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2004.
STM. Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 34, 2007.
STM. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28, 2008a.
STM. Palvelusetelin käyttöalan laajentaminen. Palvelusetelityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 32, 2008b.
STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuihin tehty indeksitarkistukset. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 417, 2009.
STM. Työterveyshuollon hyvä sairaanhoitokäytäntö 1.4.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 196/2009.

Sosiaalivaliokunta / Sosiaali- ja terveysvaliokunta:
SoVM 1/1963. Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
SoVM 3/1970. Hallituksen esitys sairausvakuutuslain muuttamisesta.
SoVL 3/1971. Hallituksen esitys kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi.
SoVM 25/1971. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
SoVM 17/1978. Hallituksen esitys työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi.
SoVM 12/1981. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työntekijäin eläkelain muuttamisesta sekä eräiksi niihin liittyviksi laeiksi.
SoVM 33/1982. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
StVL 3/1992. Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmästä.
StVM 14/1992. Hallituksen esitys laiksi rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta.
StVM 15/1992. Hallituksen esitys laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.
StVM 46/1992. Hallituksen esitys laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:n ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 45 §:n muuttamisesta.
StVM 19/1999. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.
StVM 33/2000. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoitolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.
StVM 34/2000. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.
StVM 36/2001. Hallituksen esitys työterveyshuoltolaiksi ja työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojelulaissa annetun lain 4 ja 1 §:n muuttamisesta.

StVM 13/2004. Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.
StVM 25/2004. Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi.
StVM 22/2005. Hallituksen esitys sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.
StVM 14/2008. Hallituksen esitys laiksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.
StVM 14/2009. Hallituksen esitys laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.
StVM 26/2010. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.
StVM 40/2010. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi erikoissairaanhoitolain muuttamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.
StVM 43/2010. Hallituksen esitys sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n muuttamisesta.

Stephens J. The transition from capitalism to socialism. London: Macmillan, 1979.

Streeck Wolfgang, Thelen Kathleen. Beyond continuity. Institutional change in advanced political economies. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Sundman Eila. Potilasasiamies terveydenhuollossa: toiminta ja kehittäminen. Julkaisussa: Sundman Eila, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 2000a: 216–231.

Sundman Eila. Potilasasiamiehille tehtyjen kyselyjen yhteenvedot. Julkaisussa: Sundman Eila, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 2000b: 232–252.

Suomen historia. Osa 7. Itsenäisyyden alku, toisen maailmansodan aika. Espoo: Weilin+Göös, 1989.

Suomen Kaupunkiliiton, Suomen Kunnallisliiton ja Finlands Svenska Kommunförbundin yhteinen muistio eduskunnan hallintovaliokunnalle 24.2.1992.

Suomen Kuntaliiton lausunto Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 18.11.1999, HE 77/1999 vp laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta Uusi 6 a §, maksukatto.

Suomen Kuntaliiton lausunto Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle 6.5.2004 HE 77/2004 vp laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamiseksi.

Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveysjohtaja Jussi Merikallion kirjelmä Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle HE 37/2008 vp 16.4.2008, 1112/90/2008.

Suomen Kuntaliitto. Yleiskirje 19.4.2002. Kelan sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö muuttuu eräissä tilanteissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suuri valiokunta:
SuVM 4/1929. Hallituksen esitys, joka sisältää ehdotuksen sairausvakuutuslaiksi.

Talousvaliokunta:
TaVM 1/1971. Hallituksen esitys kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi.
TaVL 2/1978. Talousvaliokunnan lausunto sosiaalivaliokunnalle.
TaVM 4/1989. Hallituksen esitys erikoissairaanhoitolaiksi ja laiksi erikoissairaanhoitolain voimaanpanosta.
TaVM 15/1989. Hallituksen esitys laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten ratkaisuja 2005. Helsinki: Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, 2007.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Lausunto 30.10.2008 terveydenhuoltolakityöryhmän mietinnöstä.

Terveydenhuollon neuvottelupäivät. Helsinki 7.–9.10.1971 (moniste).

Terveyspalvelujen Liitto ry:n Taloustutkimuksella teettämä mielipidetutkimus sairaanhoitovakuutuksesta vuonna 2007. Saatavissa: ‹http://www.ek.fi/terveyspalvelualan_työnantajaliitto/ajankohtaista›.

Thelen Kathleen. How institutions evolve? Insights from comparative historical analysis. Julkaisussa: Mahoney James, Rueschemayer Dietrich, eds. Comparative historical analysis in social sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 208–240.

Tiitta Allan. Collegium medicum. Lääkintöhallitus 1878–1991. Helsinki: THL, 2009.

Tilastokeskus. Suomen tilastollinen vuosikirja 2006. Helsinki: Tilastokeskus, 2006.

Tilastokeskus. Kansantalouden tilinpito. Historialliset sarjat. Helsinki: Tilastokeskus, 2010.

Tilastokeskus. Tulonjakotilasto. Pienituloisuus 2009. Saatavissa: ‹http://www.tilastokeskus.fi/til/tjt/2009/02/tjt_2009_02_2011-01-26_tie_001_fi.html›. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, julkaistu 26.1.2011.

Torfing Jacob. Path-dependent Danish welfare reforms. The contribution of the new institutionalisms to understanding evolutionary change. Scandinavian Political Studies 2001; 24 (4).

Toisen Suomen Työväen Puoluekokouksen (5:n työväenyhdistysten edustajainkokouksen) pöytäkirja (kokous pidetty Forssassa elok. 17–20 p. 1903). (Toim. J. K. Kari.) Helsinki: Suomen Sosialidemokraattinen Puolue, 1973.

Tulopoliittiset ratkaisut vuodesta 1968. Helsinki: STK, 1978.

Tuomola Seppo, Idänpää-Heikkilä Ulla, Lehtonen Olli-Pekka, Puro Markku. Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta, terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 22, 2008.

Tuori Kaarlo. Budjetti, laki ja suunnitelma. Helsinki: Valtiovarainministeriö, 1985.

Tuori Kaarlo, Kotkas Toomas. Sosiaalioikeus. Helsinki: WSOY, 2008.

Tuorila Helena. Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjinä. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, Julkaisuja 6, 2001.

Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämislinjat. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyshuollon neuvottelukunta, 1989.

Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomukset 177, 2008.

TyövM 1/1928. Työväenasiainvaliokunnan mietintö hallituksen esityksen johdosta, joka sisältää ehdotuksen sairausvakuutuslaiksi.

Uotinen Sami. Palveluseteli. Helsinki: CC Lakimiesten Kustannus, 2009.

Uusitalo Hannu. Luokkarakenne ja intressien organisoituminen. Sosiologia 1985 (3): 165–176.

Vaarama Marja, Lehto Juhani. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988–1994. Julkaisussa: Viialainen Riitta, Lehto Juhani, toim. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Stakes, Raportteja 192, 1996: 39–60.

Valkonen Tapani. Alueelliset erot. Julkaisussa: Valkonen Tapani, Alapuro Risto, Alestalo Matti, Jallinoja Riitta, Sandlund Tom. Suomalaiset. Yhteiskunnan rakenne teollistumisen aikana. Porvoo: WSOY, 1985.

Valtioneuvoston päätös toimenpiteistä hallinnon uudistamiseksi 12.5.1988.

Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle valtionosuusuudistuksen tavoitteista 6.5.1990.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Työterveyshuollon järjestäminen ja päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa. Tarkastuskertomus 6, 1995.

Valtiovarainvaliokunta:
VaVL 4/1971. Hallituksen esitys kansanterveystyöstä ja sen voimaanpanosta annettaviksi laeiksi.
VaVL 10/1981. Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan lausunto sosiaalivaliokunnalle.

Vauhkonen Onni. Terveydenhuollon historia. Osa II: Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 1992.

Vauhkonen Onni, Laurinkari Juhani, Bäckman Guy. Suomalaista terveyspolitiikkaa. Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Helsinki: WSOY, 1978.

Viialainen Riitta, Lehto Juhani, toim. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Stakes, Raportteja 192, 1996.

Wennemo Irene. Sharing the costs of children. Studies on the development of family support in the OECD countries. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1994.

Wiberg Matti. Valta kunnassa. Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö, 2005.

Widström Eeva, Niskanen Tapani, Rintanen Hannu. Hammashuoltouudistuksen seuranta vuosina 2000–2003. Helsinki: Stakes, Aiheita 13, 2005.

Wilensky Harold. The welfare state and equality. Structural and ideological roots of public expenditures. Berkeley, CA: University of California Press, 1975.

Wilensky Harold. Rich democracies. Political economy, public policy, and performance. Berkeley, CA: University of California Press, 2002.

Wrede Sirpa. Suomalainen terveydenhuolto. Jännitteitä ja murroksia. Julkaisussa: Kangas Ilkka, Karvonen Sakari, Lillrank Annika, toim. Terveyssosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 2000.

Yksityinen sektori on julkisen kumppani. Vakuutustutkimus 2010. Helsinki: Finanssialan Keskusliitto, 2010.

Ylikangas Heikki. Suomen historian solmukohdat. Helsinki: WSOY, 2007.

TAULUKOT JA KUVIOT

Taulukko 1. Terveydenhuollon neljä erilaista rahoitusmallia 16
Taulukko 2. Tutkimuksen aineisto 43
Taulukko 3. Terveydenhuoltojärjestelmien muotoutuminen eräissä järjestelmältään Suomea lähellä olevissa maissa vuoteen 1900 mennessä 57
Taulukko 4. Suomen bruttokansantuotteen pääasiallisten sektoreiden työvoimaosuuksien muutos 1960–1980, % 110
Taulukko 5. Arvot, asenteen ja tavoitteet, jotka ovat olleet keskeisiä Suomen terveydenhuollon suurimmissa muutoksissa 326

Kuvio 1. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1860, % 46
Kuvio 2. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1900, % 46
Kuvio 3. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1860–1916 (vuosi 1926 = 100) 46
Kuvio 4. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1937, % 61
Kuvio 5. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1917–1960 (vuosi 1926 = 100) 62
Kuvio 6. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1973, % 109
Kuvio 7. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1960–1990 (vuosi 1926 = 100) 110
Kuvio 8. Lääkärinpalkkiosta, hammashoidosta sekä tutkimuksesta ja hoidosta korvausten saaneiden määrät 1971–2005 153
Kuvio 9. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 1993, % 190
Kuvio 10. Suomen bruttokansantuotteen keskeisten tekijöiden osuudet vuonna 2003, % 191
Kuvio 11. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1990–2008 (vuosi 1926 = 100) 191
Kuvio 12. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet Suomessa 1995–2006, % 215
Kuvio 13. Lääkärinpalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausosuudet eri maksutavoilla 2003–2007, % 255
Kuvio 14. Sairausvakuutuksen rahoitusosuudet 1965–2009, % 261
Kuvio 15. Sairausvakuutuksen rahoitus 2009, milj. € (%) 262
Kuvio 16. Sairausvakuutuksen korvaama osuus vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista yksityisellä sektorilla 1975–2007, % 267
Kuvio 17. Sairausvakuutuskorvausten osuus kustannuksista 2002–2060, jos korvaustaksat vuodesta 2009 ennallaan, % 267
Kuvio 18. Lääkärissäkäynnit 1995–2008 268
Kuvio 19. Lääkärinpalkkioiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset 1971–2009, vuoden 2009 rahana, milj. € 270
Kuvio 20. Yksityisten sairauskuluvakuutusten lukumäärän kehitys 1999–2007 294
Kuvio 21. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1860–2008 (vuosi 1926 = 100) 305
Kuvio 22. Suomen bruttokansantuotteen volyymin muutos 1860–2005, % 305
Kuvio 23. Primäärielinkeinojen (maa- ja metsätalous) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, % 307
Kuvio 24. Sekundäärielinkeinojen (teollisuus ym. tuotanto) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, % 307
Kuvio 25. Tertiäärielinkeinojen (palvelut ym.) työvoimaosuus ja kansantuoteosuus 1860–2005, % 307
Kuvio 26. Suomen terveydenhuollon polku 319
Kuvio 27. Julkisen terveydenhuollon polku 321

Kuvio 28. Erikoissairaanhoidon polku....323
Kuvio 29. Sairaanhoitovakuutuksen polku....323
Kuvio 30. Työterveyshuollon polku....325
Kuvio 31. Terveydenhuollon menot bruttokansantuotteesta Pohjoismaissa 1995–2007, %....327
Kuvio 32. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitusosuudet 1995–2008, %....333
Kuvio 33. Terveydenhuoltomenot toiminnoittain 1995–2008, milj. €....333
Kuvio 34. Verovähennysoikeuden poiston vaikutus kansalaisten omavastuuosuuteen terveydenhuollossa, %....341
Kuvio 35. Lääkemenojen rahoituksen kehitys 1965–2004, %....341

VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

115 **Sinokki M.** Social factors at work and the health of employees.2011. ISBN 978-951-669-851-2 (nid.), ISBN 978-951-669-852-9 (pdf).

114 **Saarinen A.** Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. 2010. ISBN 978-951-669-847-5 (nid.), ISBN 978-951-669-848-2 (pdf).

113 **Suoyrjö H.** Kelan järjestämän kuntoutuksen kohdentuminen ja vaikutukset työkykyyn kunnallisilla työpaikoilla. 2010. ISBN 978-951-669-845-1 (nid.), ISBN 978-951-669-846-8 (pdf)

112 **Hinkka K, Karppi S-L, toim.** IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. 2010. ISBN 978-951-669-842-0 (nid.), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).

111 **Grönlund R.** Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. 2010. ISBN 978-951-669-832-1 (nid.), 978-951-669-833-8 (pdf).

110 **Saarikallio-Torp M, Wiers-Jenssen J, eds.** Nordic students abroad. Student mobility patterns, student support systems and labour market outcomes. 2010. ISBN 978-951-669-834-5 (print), 978-951-669-835-2 (pdf).

109 **Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A.** Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. 2010. ISBN 978-951-669-829-1 (nid.), 978-951-669-830-7 (pdf).

108 **Kallio J.** Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. 2010. ISBN 978-951-669-821-5 (nid.), 978-951-669-822-2 (pdf).

107 **Haavio-Mannila E, Majamaa K, Tanskanen A, Hämäläinen A, Karisto A, Rotkirch A, Roos JP.** Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus. 2009. ISBN 978-951-669-818-5 (nid.), 978-951-669-819-2 (pdf).

106 **Heinonen H-M.** Byrokraatti vai asiakaspalvelija? Kelan virkailijan toimintatavat ja roolit Yhteyskeskuksessa palvelukulttuurin muutosten keskellä. 2009. ISBN 978-951-669-816-1 (nid.), ISBN 978-951-669-817-8 (pdf).