

# Kansallista vai paikallista?

Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta

TOIMITTANEET HENNAMARI MIKKOLA, JENNI BLOMGREN & HEIKKI HIILAMO





Kansallista  
vai  
paikallista?



# Kansallista vai paikallista?

Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta

TOIMITTANEET HENNAMARI MIKKOLA, JENNI BLOMGREN & HEIKKI HIILAMO

## Alkusanat

Ennen kevään 2011 eduskuntavaaleja alkanut sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta koskeva vilkas keskustelu innosti myös Kelan monitieteisen tutkimusosaston tutkijat pohtimaan nykyisen palvelujärjestelmän hyviä puolia sekä kehittämiskohteita. Aloite hankkeelle syntyi terveysturvan tutkimusryhmässä ja jalostui lopulta osaston yhteiseksi teemakirjaksi.

Sosiaali- ja terveysturvan asiantuntemusta kysytään säännöllisesti erilaisissa työryhmissä, hallitusohjelmavalmisteluisissa, kotimaisissa ja kansainvälisissä asiantuntijaseminaareissa ja mediassa.

Seuratessamme keskustelua sosiaali- ja terveysturvan uudistamisesta havaitsimme ilmeisiä tietoaukkoja ja väärinkäsityksiä. Haluamme tuoda tässä kirjassa laajempaan keskusteluun Kelan tutkijoiden tietoja ja näkemyksiä sosiaali- ja terveysturvan uudistamisesta. Tarkastelemme erityisesti kansallisten toimijoiden roolia. Kirjan sisältö kertoo niistä ajankohdaisista kysymyksistä, joihin lähdimme etsimään täsmällisempiä vastauksia. Paljon jäi vielä kertomatta, ja uusia tutkimusaiheita sekä tietotarpeita syntyi matkan varrella.

Kirjan artikkeleita on hiottu tutkijaseminaareissa. Olemme lisäksi saaneet runsaasti kommentteja sekä Kelan sisältä että laajemmalta tutkijayhteisöltä. Kiitämme lämpimästi kaikkia prosessiin osallistuneita.

Lämpimät kiitokset kirjan painokuntoon saattamisesta vastanneille työtovereillemme.

Toukokuussa 2012

*Toimittajat*

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri  
Kustantaja: Kelan tutkimusosasto, Helsinki

© Kirjan tekijät ja Kelan tutkimusosasto

ISBN 978-951-669-889-5 (nid.), 978-951-669-890-1 (pdf)

Painopaikka: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy

Tampere 2012



## Sisältö

|               |   |
|---------------|---|
| Esipuhe ..... | 7 |
|---------------|---|

### Kansalaisen asema ja oikeudet

#### **Yrjö Mattila**

|   |    |
|---|----|
| Potilaan aseman ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa ..... | 10 |
|---|----|

#### **Mikko Niemelä**

|   |    |
|---|----|
| Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta ..... | 24 |
|---|----|

#### **Toomas Kotkas ja Laura Kallioma-Puha**

|   |    |
|---|----|
| Oikeudellisia näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiskeskusteluun ..... | 40 |
|---|----|

### Sosioekonomiset terveyserot

#### **Olli Kangas**

Välskärei vaiko rauhanneuvottelija?

|  |    |
|--|----|
| Sosioekonomisia terveyseroja selittävät tekijät Euroopassa ..... | 52 |
|--|----|

#### **Jenni Blomgren ja Heikki Hiilamo**

|  |    |
|--|----|
| Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin ..... | 76 |
|--|----|

### Kuntoutus ja työterveyshuolto

#### **Ilona Autti-Rämö, Katariina Hinkka, Annamari Tuulio-Henriksson ja Jouko Lind**

|  |    |
|--|----|
| Kuntoutus valtakunnallisena toimintana ..... | 90 |
|--|----|

#### **Jouko Lind ja Tuula Toikka**

|  |     |
|--|-----|
| Kuntoutus sosiaalivakuutusetuutena ja tutkimuskohteena ..... | 114 |
|--|-----|

#### **Anna-Liisa Salminen ja Annamari Tuulio-Henriksson**

|  |     |
|--|-----|
| Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa ..... | 124 |
|--|-----|

#### **Antero Ahonen, Heikki Hiilamo ja Hennamari Mikkola**

|  |     |
|--|-----|
| Kannattaisiko työttömien työterveyshuolto? ..... | 138 |
|--|-----|

#### **Timo Hujanen ja Hennamari Mikkola**

|   |     |
|---|-----|
| Työterveyshuollon merkitys perusterveydenhuollossa ja työnantajan investointina ..... | 152 |
|---|-----|

## Rahoitus ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen

### **Anita Haataja**

Lastenhoidon tavoitteet ja toteutus: paikallinen ristiriidassa kansallisen kanssa? ..... 164

### **Marketta Rajavaara**

Työvoiman käytön kysymykset ja sosiaalipalvelujen asema terveydenhuollon rahoitusta käsitelleissä ehdotuksissa .....176

### **Hennamari Mikkola ja Lauri Virta**

Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkärinpalkkioita?..... 190

### **Katri Aaltonen, Leena K. Saastamoinen, Hanna Koskinen ja Jaana E. Martikainen**

Onko monikanavaisuus lääkehuollon ongelma? ..... 204

### **Sari Kehusmaa, Heikki Hiilamo ja Hennamari Mikkola**

Kelan hoivatilistä tukea omaishoitoon ja helpotusta kuntien kuluihin ..... 216

### **Hennamari Mikkola, Päivi Tillman, Heikki Hiilamo, Timo Hujanen, Jussi Tervola ja Jorma Järvisalo**

Sairausvakuutuksestako Gordionin solmun avaaja?  
Muutostarpeita terveystalvelujen rahoitusjärjestelmässä ..... 228

**Kirjoittajat**.....248

## Esipuhe

7 Suomessa on viime vuosikymmenen aikana käyty hyvin laaja, moniulotteinen ja osittain ristiriitainenkin keskustelu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Keskustelun eri osapuolia kuunnellessa on kieltämättä joskus tuntunut siltä, että pääasia ei ole ollut palvelujen onnistunut järjestäminen kansalaisille vaan ideologinen taistelu, jonka juuret juontavat aikaisempaan köydenvetoon sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon paremmuudesta, lisäulottuvuutena yksityisten palvelujen rahoitus. Hyvin usein myös Kelan järjestämä sairausvakuutus on ollut keskustelun kohteena.

Kelan ja kuntien järjestelmät toimivat epäilemättä eri lähtökohdista. Vakuutuksen kautta rahoittaminen tarkoittaa sitä, että kansalainen hankkii palvelunsa itse ja anoo rahoitusta jälkikäteen. Julkinen palvelu taas rahoitetaan etukäteen budjetista ja on käyttäjälle ilmainen tai vahvasti subventoitu.

Suomessa nämä järjestelmät voitaisiin kuitenkin yhdistää ja nähdä yhtenä kokonaisuutena, jolloin voitaisiin hyödyntää molempien hyviä puolia. Tätä ei kuitenkaan ole osattu käyttää hyväksi, vaan sairausvakuutuslaitokset ja kunnalliset palvelut on asetettu vastakkain ja niiden eroja ja kahden järjestelmän aiheuttamia haittoja liioiteltu. Samalla on jäänyt ratkaisematta nykyjärjestelmän varsinainen ongelma, joka johtuu kuntakentän pirstaleisuudesta.

Molempien järjestelmien on tavoiteltava perustuslain mukaista kansalaisten yhdenvertaista palvelua paikkakunnasta ja tuloista riippumatta. Tässä Kelalla on kiistämättömiä kilpailuetuja siksi, että Kelan kriteerit ja toimintaperiaatteet ovat yhtenäiset koko maassa. Lisäksi Kelalla on koko maan kattavassa tietoverkossa toimiva yhtenäinen tietojärjestelmä, josta on suurta etua myös palvelujen näkökulmasta.

Kunnallisia palveluja sen sijaan järjestää 336 kuntaa ja 20 sairaanhoitopiiriä sekä usea kuntayhtymä. Palvelut ja niiden taso vaihtelevat eri kunnissa esimerkiksi taloustilanteen, väestön määrän, poliittisten asetelmien ja virkamieskunnan sekä palveluntuottajien osaamisen vuoksi.

Toisaalta erityisesti pienten ja keskisuurten kuntien kilpailuetuna on paikallisdemokraattinen päätöksenteko, läheisyys kansalaisiin ja siitä seuraava pienen yhteisön luottamusväkijärjestelmä ja mutkattomuus.

Sosiaali- ja terveystalvet voitaisiin hoitaa hyötyjä yhdistäen, valtakunnallisen järjestelmän kautta siten, että paikalliset tarpeet ja valtakunnallinen yhdenmukaisuusvaatimus otetaan huomioon. Se vaatii vain huomattavasti vahvempaa poliittista tahtoa ja valtakunnallista johtamisotetta.

Ilman valtakunnallista malliakin olisi todella tärkeää, että sairausvakuutus sekä julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitettäisiin, ohjattaisiin ja tuettaisiin nykyistä johdonmukaisemmin kansalaisten ja potilaiden tarpeiden mukaan, ilman ideologisia ja organisaatiolähtöisiä silmälappuja.

Kehittämiseen ja keskusteluun tarvitaan faktoja ja harkittuja näkemyksiä. Tässä kirjassa Kelan tutkijat ja asiantuntijat vahvistavat sosiaali- ja terveydenhuollon keskustelua omalla panoksellaan pyrkien samalla tuomaan esille tuoreita faktoja sekä uusia ja mielenkiintoisia näkökulmia.

8 Toukokuussa 2012

*Mikael Forss*

johtaja

Kela

## **Kansalaisen asema ja oikeudet**

## Yrjö Mattila

### Potilaan aseman ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa

**Terveydenhuollon uudistaminen on keskeinen tavoite Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa. Vuoteen 2015 mennessä uudistetaan sekä terveydenhuollon järjestämistä että rahoitusta koskevia säännöksiä. Mihin suuntaan edetään potilaan aseman ja oikeuksien näkökulmasta ja millaisia kokemuksia saadaan Suomen terveydenhuollon kolmesta polusta: julkisesta terveydenhuollosta, sairausvakuutuksesta ja työterveyshuollosta?**

### Potilaan oikeudet Suomessa 1960-luvulle saakka

Kunnan vastuuseen perustuva terveydenhuollon järjestämistapa alkoi vuonna 1869 keisarillisesta julistuksesta, jolla kunnallishallinto veloitettiin huolehtimaan asukkaidensa terveydestä (Mattila 2011). Valtio osallistui terveydenhuollon kehittämiseen melko vähän. Terveydenhuoltojärjestelmä kehittyi hyvin epätasaisesti ja ilman lainsäädännöllistä pohjaa. Kansalaisten pääsy terveydenhuoltoon riippui kuntien taloudesta ja päättäjien asenteista. Niin elinkeinorakenne kuin ilmapiirikin Suomessa oli agraarinen. Lisäkustannusten pelossa paikalliset päättäjät suhtautuivat terveydenhuoltojärjestelmään kielteisesti. Valtio aktivoitui vain keskussairaalaverkon rakentamiseen.

1930-luvun loppupuolella ja 1940-luvulla terveydenhuollon lainsäädännöllinen pohja vahvistui. Paikallisella tasolla järjestelmä perustui kunnanlääkärin palveluihin. Kunta saattoi järjestää lääkärille vastaanottotilat, mutta pääosan tuloistaan kunnanlääkäri sai asiakkaan maksamista palkkioista.

---

*Kansalaisen mahdollisuus saada terveydenhuoltoa oli pitkälti sen varassa, sattui-ko hän asumaan sellaisessa kunnassa, jossa oli kunnanlääkäri, ja ulottuiko keskus-sairaalaverkosto hänen asuin-alueelleen.*

---

Vasta 1950-luvulla laki velvoitti kunnan palkkaamaan lääkärin. Sairaaloiden perustamiseen yksittäisillä kunnilla ei ollut mahdollisuuksia ja siksi sairaalahoitoa oli vaikea saada. Toisen maailmansodan päätyttyä alettiin valtion johdolla rakentaa keskussairaaloita. Koko maan kattava keskussairaalaverkosto oli valmis 1970-luvun lopulla. Aina 1960-luvulle saakka kansalaisen mahdollisuus

saada terveydenhuoltoa oli pitkälti sen varassa, sattuiiko hän asumaan sellaisessa kunnassa, jossa oli kunnanlääkäri, ja ulottuiko keskussairaalaverkosto hänen asuinalueelleen. (Kuusi 1962, 257.)<sup>1</sup>

## Paranivatko potilaan oikeudet 1960–1980-luvuilla?

1960-luvun alussa suhtautuminen terveydenhuoltoon alkoi muuttua. Muutokseen vaikutti keskeisesti Pekka Kuusen kirja *60-luvun sosiaalipolitiikka*, jossa tuotiin esiin suomalaisten heikko sijoitus eurooppalaisessa sairaus- ja kuolleisuusvertailussa (Kuusi 1962 s. 256–257)<sup>2</sup>. Kuusen mukaan terveydenhuoltoon sijoitetut varat lisäsivät talouskasvua, joten panostuksen lisääminen oli kansantaloudellisesti kannattavaa. Kun ilmapiiri muuttui, perustettiin myös sairausvakuutusjärjestelmä vuonna 1964. Järjestelmä toteutettiin universaalisenä eli kaikki kansalaiset kattavana kansanvakuutusena. Useimmissa muissa maissa järjestelmä koski aluksi vain palkkatyöntekijöitä ja laajeni vähitellen universaaliksi.

Potilaan oikeuksien osalta sairausvakuutus poikkesi kunnallisesta järjestelmästä. Kunnallisessa järjestelmässä palvelujen saaminen oli sidottu kunnan määrärahoihin, kun taas sairausvakuutus

---

*Potilaan asema ja oikeudet paranivat vuodesta 1964 alkaen, jolloin perustettiin universaalinen sairausvakuutusjärjestelmä.*

---

antoi kansalaiselle subjektiivisen oikeuden sairaudesta johtuvien kustannusten korvaamiseen. Järjestelmään tarvittavat varat kerättiin erillisillä veronluonteisilla sairausvakuutusmaksuilla, jotka määriteltiin sen suuruiseksi, että ne kattavat kustannukset. Toinen ero kunnalliseen järjestelmään oli potilaan valinnanmahdollisuus. Kunnallisessa järjestelmässä potilaan tuli hakeutua paikallisen kunnanlääkärin vastaanotolle. Sairausvakuutusjärjestelmässä potilaalla oli oikeus hakeutua valitsemaansa hoitoyksikköön ja hoidon kustannukset korvattiin.

---

1 Kuusi kommentoi Suomen huonoa sijoitusta vertailussa terveydenhuollon tasosta Euroopan eri maissa vuonna 1956: ”Alhainen lääkäritiheys ei ole selitettävissä lääkärikuntamme korkean ammatillisen tasonkaan avulla. Kun kuopiontakaisesta maalaisväestöstämme viidennes joutuu elämään vailla kunnanlääkärinä, tälle väestölle ei riitä lohdutukseksi se, että Helsingissä on kosolti etevä lääkäreitä”.

2 Sivulla 257 Kuusi toteaa sivun 256 taulukosta: ”Yleisimmänsä taulukkoon ja nimenomaan sen yhteenvertosarakkeeseen muodostuu maamme kannalta hätkähdyttäväksi. Terveydenhuoltomme osoittautuu oudon takapajuisiksi. Erotomme jyrkästi muista Pohjoismaista ja liitymme lähinnä maanosamme köyhimpiin kansoihin.” Sivulla 263 Kuusi toteaa taulukkoon viitaten, että ”suomalaisen miehen terveydentila on eurooppalaisittain katsoen huono ja hänen elinikänsä lyhyt”.

Sairausvakuutusjärjestelmä antoi kansalaisille vakuutusperusteisen oikeuden terveyspalveluihin. Kunnan järjestämisvelvollisuus rajasi asiakkaan mahdollisuudet saada terveyspalveluja ”voimavarojen puitteissa”. Potilaan mahdollisuus saada hoitoa oli edelleen kiinteästi sidoksissa paikalliseen kunnallispolitiikkaan ja kunnan talouteen. Vain kiireellisissä tilanteissa potilaalla oli itsenäinen oikeus saada hoitoa.

12

Vakuutusmuotoinen, kansalaisille oikeuksia antava sairausvakuutus ei istunut suomalaisen ajatteluun, jossa oli totuttu siihen, että kunnallispoliititkot päättivät kansalaisten mahdollisuudesta saada terveydenhuoltoa.

Kansanterveysjärjestelmän suunnittelussa ei juuri voimaan tullutta sairausvakuutusta ja sen antamia mahdollisuuksia otettu huomioon. Vuoden 1972 kansanterveyslaki oli väljä puitelaki, jonka perusteella terveyskeskuksen muoto ja palvelut jäivät kunnan päätettäväksi. Valtio koordinoi lain voimaantuloa lääkintöhallituksen avulla. Valtakunnallisilla, kuntia velvoittavilla terveysuunnitelmissa pyrittiin edistämään järjestelmän yhtenäistä toteutusta, eivätkä kunnat saaneet käyttää terveydenhuoltoon tarkoitettuja valtionapuja muihin tarkoituksiin. Järjestelmän rahoituksessa hyödynnettiin aluksi sairausvakuutusrahastoa, josta korvattiin myös terveyskeskusten lääkärinpalkkioita – vuonna 1981 täysimääräisenä 147 miljoonaa euroa (nykyrahassa). 1980-luvulla tämä kahden järjestelmän rahoituksellinen yhteys katkaistiin. Sairausvakuutusjärjestelmä kansanterveysjärjestelmän rinnalla heikkeni, koska kuluttajahintaindeksiin sitomattomien lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaso laski.

Kunnan palveluissa potilas voitiin ei-kiireellisissä tapauksissa ohjata jonoon odottamaan hoitoon pääsyä. Odotuksen pituutta ei määritelty. Potilasvahinkolaki säädettiin vuonna 1986 korvaamaan potilaalle hoidossa tapahtuneesta virheestä aiheutuneet vahingot. Potilaan sairauden pahentumista hänen ollessaan hoitojonossa ei kuitenkaan korvattu potilasvakuutuksesta. Potilasvahinkolain perusteluissa todetaan, että ”yhteiskunnan terveyden- ja sairaanhoidolliset resurssit vaikuttavat siihen, minkä tasoista hoitoa yhteiskunnassa voidaan antaa. Potilasvahinkona ei korvata sellaista henkilön terveydentilan huononemista, jonka hoitamatta jääminen on johtunut pelkästään rajallisista voimavaroista”. (HE 54/1986, 3.) Kunta ei ollut vastuullinen potilaalle hoidon saamatta jäämisestä. Usein oli epäselvää, milloin kysymyksessä oli niin kiireellinen tilanne, että hoitoa tulisi antaa potilaalle kunnan terveydenhuoltoon myöntämistä voimavaroista riippumatta.

1970-luvulla kolmannen polun, työterveyshuollon, perustana oli Kansanvälisen työjärjestön ILO:n yleissopimukset ja suositukset, joissa kiinnitettiin erityistä huomiota työssä käyvien terveyden ylläpitoon ja sairauksien ehkäisyyn. Työnantajille annettiin mahdollisuus tarjota pakollisen ennaltaehkäisyn ohella myös sairaanhoitoa työntekijöilleen. Useimmat työnantajat järjestivät myös sairaanhoitoa, koska sairausvakuutusrahastosta korvattiin puolet kustannuksista.

Työssä käyvillä oli siis mahdollisuus valita kolmen vaihtoehdoisen palvelun välillä. Käytännössä ensisijaiseksi palvelumuodoksi työikäisille tuli työterveyshuolto. Sitä kautta hoitoon pääsy oli nopeaa ja asiakkailta oli oikeus maksuttomiin palveluihin Suomen ratifioiman ILO:n sopimuksen ehtojen perusteella. Työterveyshuollossa potilaan oikeus palveluun on riippuvainen työnantajan päätöksestä. Työntekijällä on oikeus työterveyshuollon mukaisiin sairaanhoitopalveluihin vain, jos työnantaja on sisällyttänyt yksilökohtaisen sairaanhoidon sopimukseen.

Terveydenhuollon kolme polkua olivat 1970-luvulla vailla selvää koordinaatiota. Tästä huolimatta kehitys vaikutti potilaan oikeusturvaan positiivisesti. Sairausvakuutus tarjosi vaihtoehdon sellaiselle potilaalle, joka kunnan voimavarojen puuttuessa ohjattiin jonoon odottamaan hoitoon pääsyä. Suomessa yksityisten terveyspalvelujen käyttö on laajaa, joskaan perusteellisia tutkimuksia yksityisten palvelujen käytön syistä ei ole tehty.<sup>3</sup> Sairausvakuutus antaa potilaalle oikeusturvaa kansanterveysjärjestelmää enemmän, sillä potilaalla on muutoksenhakuoikeus valituselimiin, mikäli hän on tyytymätön päätökseen hoidon kustannusten korvaamisesta. Julkisessa terveydenhuollossa hoitava lääkäri päättää potilaan hoidosta eikä päätökseen ole muutoksenhakuoikeutta.

## **Valtionosuusuudistus vuonna 1993 lisäsi kunnan itsehallintoa entisestään**

Vuoden 1993 valtionosuusuudistus (HE 216/1991) muutti olennaisesti valtion ja kunnan suhdetta terveyspalvelujen järjestämisessä ja lisäsi olennaisesti kuntien valtaa itsehallintonsa puitteissa päättää terveydenhuoltoon suunnattavista voimavaroista. Uudistuksen perusteena oli menojen hillintä sekä yleinen pyrkimys valtion keskushallinnon tehtävien hajauttamiseen. Uudistusta olivat edeltäneet vapaakuntakokeilut, jotka uudistuksessa muutettiin pysyväksi järjestelmäksi. Kuntien tuli saada vapaasti päättää asioistaan valtiovallan niihin puuttumatta. Valtiovalta siirtyi sivuun ohjaajan ja koordinoijan roolista ja omaksui lähinnä palvelujen rahoittajan roolin. Kansalaisten mahdollisuus saada palveluja julkisesta terveydenhuollosta tuli entistä enemmän riippuvaiseksi kuntien päätöksistä, koska valtakunnalliset terveysuunnitelmat muuttuivat suosituksiksi ja lääkintöhallitus lopetettiin. Ministeriöllä oli uudistuksen jälkeen oikeus vain suositella kunnille hyviä käytäntöjä informaatio-ohjauksen keinoin. Kuntien itsenäisyyttä lisättiin myös valtionavun käytön valvonnassa. Kun aiemmin valtionapu oli ollut käyttötarkoitukseensa sidottu, uudistus takasi kunnille oikeuden käyttää

3 Ks. tilanteesta vuonna 2012 HS 15.2.2012.

terveydenhuoltoonkin tarkoitetut laskennalliset valtionavut vapaasti mihin tahansa kohteeseen. Potilaan oikeuksien kannalta kuntien päätösvallan lisääminen merkitsi terveydenhuollon laadun ja määrän saattamista yhä enemmän riippuvaiseksi kunnallispolitiikasta ja kunnan taloudesta. Lakia käsiteltäessä eduskunnassa kansanedustajat esittivätkin huolestuneita puheenvuoroja siitä, mihin suuntaan uudistus tulisi viemään potilaan oikeuksia. (PTK 3/1992.)<sup>4</sup> Muutos toteutettiin keskellä taloudellista lamaa, jolloin kunnilla oli muutoinkin tarpeita vähentää menojaan. Myöhemmin on virallisesti myönnetty, että valtion-

*Julkisella sektorilla henkilös-  
tö- ja rahapula vaikuttavat ter-  
veyspalvelujen saatavuuteen.*

osuusuudistus muutti syvällisesti terveydenhuollon toimintaa siirryttäessä entistäkin hajautetumpaan terveydenhuoltoon (HE 90/2010, 4–5).

Kuntien laajemman itsenäisyyden vastineeksi osana valtionosuusuudistusta hallitus esitti lakia potilaan asemasta ja oikeudesta (HE 185/1991), johon sisällytettiin potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät keskeiset periaatteet. Lailla haluttiin selkiinnyttää ja vahvistaa potilaan oikeusturvaa sekä edistää luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä. Hallituksen esityksen mukaan (3 §) jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Sosiaali- ja terveystaloudellista tulkitsi mietinnössään tätä esitystä kunnan itsenäisyyttä korostaen. Valiokunta katsoi voimavaroihin kuuluvan paitsi hoidon antamisen taloudelliset edellytykset myös käytettävissä olevan henkilökunnan määrän, tekniset laitteet ja olemassa olevan tiedon ja taidon, joista kunta siis päätti itsehallintonsa puitteissa. Valiokunnan mukaan hoitojonoon asettaminen osoitti hoidon porrasteista järjestelmää eikä säännös tuottanut subjektiivista oikeutta hoitoon pääsyyn. (StVM 15/1992.) Lakiesitykseen vaikutti syvenevä taloudellinen lama, ja pitkät odotusajat hoitoon pääsemisessä olivat esillä jo eduskuntakeskusteluissa lakia käsiteltäessä. Lakiehdotusta arvosteltiin siitä, ettei se taannut hoidon saamista. Jonotusajat hoitoon olivat pitkiä (PTK 3/1992 vp.)<sup>5</sup>

Laki potilaan oikeuksista tuli voimaan vuonna 1993, mutta edelleen potilaalla oli oikeus saada terveydenhuolto vain kunnan määrärahojen puitteissa. Terveydenhuolto säilyi määrärahasidonnaisena etuutena, ja kytkentä kunnan päätöksentekoon näkyi erityisesti potilaan hoitoon pääsyä koskevassa säännöksessä. Lain mukaan kunnalla oli edelleen mahdollisuus ohjata potilas odottamaan hoitoon pääsyä. Potilaalle tuli ilmoittaa hoidon viipymisen syy ja odotuksen arvioitu kesto. Lain mukaan potilas voitiin jonoon asettamisen sijasta ohjata saamaan hoitoa muualle, mutta edullisempaa oli ohjata potilas odottamaan hoidon

4 Edustajien Outi Ojala, Virpa Puisto ja Tina Mäkelä puheenvuorot.

5 Edustaja Tina Mäkelän (SMP) puheenvuoro.

saamista. Laki potilaan oikeuksista ei siis nimestään huolimatta antanut potilaalle oikeutta hoitoon, ja siksi potilaslakia onkin kirjallisuudessa pidetty luonteeltaan lähinnä tavoitteellisena ja menettelyllisenä, kansalaisia aktivoivana lakina. (Kotkas 2009.) Varsinaisia oikeusturvakeinoja laki ei sisällä, mutta potilaalla on mahdollisuus tehdä muistutus huonosta tai epäasiallisesta kohtelusta toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Muistutuksen käsittelyä ei laissa tarkemmin määritellä ja organisaation sisäiseksi asiaksi jää terveydenhuollon ammattihenkilöstön epäasiallisen toiminnan korjaaminen. (Sorsa 2000.) Potilaat voivat myös tehdä kantelun valvontaviranomaiselle (aluehallintovirasto, valtion lupa- ja tarkastusvirasto Valvira) tai eduskunnan oikeusasiamiehelle. Kantelu on ns. ylimääräinen muutoksenhakukeino, jossa vastauksen saaminen voi kestää eikä pitkän ajan jälkeen saatu vastaus välttämättä enää tuo helpotusta akuuttiin ongelmaan. Potilaat voivat myös kääntyä potilasasiamiehen (11 §) puoleen, mutta tämän tehtävä on lähinnä potilasta neuvova ja konsultoiva. Potilasasiamiehellä ei ole oikeutta puuttua terveydenhuollon yksikön toimintaan. (Sundman 2000a ja b.)

## Terveydenhuollon oikeudellistuminen

Vuonna 1995 toteutettiin ns. perusoikeusuudistus, jota hallitus oli esittänyt eduskunnalle vuonna 1993 (HE 309/1993). Uudistus vaikutti myös potilaan asemaan ja oikeuksiin.<sup>6</sup> Hallitusmuotoon lisättiin uusi 15 a §, jonka 1. momentin mukaan ”jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon”. Lisäksi lailla tuli taata jokaisen oikeus perustoimeentulon turvaan mm. sairauden aikana, ja julkisen vallan oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Uudistuksessa ei kuitenkaan tarkemmin määritelty sitä, mikä oli välttämätöntä huolenpitoa terveystalveissa. Näin jäi epäselväksi, olivatko kansalaiset saaneet oikeuden kiireellistä hoitoa laajempiin terveystalveihin. Kuitenkin uudistuksessa edellytettiin julkisen vallan turvaavan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Lainsäätäjän oli siis toimittava, jos terveystalvet osoittautuivat riittämättömiksi.

---

6 Perusoikeusuudistus siirtyi sittemmin sisällöltään muuttumattomana vuoden 2000 perustuslakiin. 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 perustusoikeuksien vaikutuksesta terveydenhuollon toteuttamiseen.

Perusoikeusuudistuksen jälkeen alettiin aiempaa enemmän kiinnittää huomiota siihen, miten kuntien järjestämät sosiaali- ja terveyspalvelut olivat toteutuneet. Samalla jouduttiin pohtimaan kuntalaisen mahdollisuuksia vaatia itselleen riittäviä terveyspalveluja. Tällöin todettiin, että kuntalaisen ja kunnan välille syntyy oikeussuhde myös terveyspalveluitten osalta. Vuonna 1996 säädetyt hallintolainkäyttölain mukainen hallintoriitamenettely voisi siis sopia myös terveyspalveluista syntyneiden erimielisyyksien ratkaisemiseen.<sup>7</sup> Kysymys olisi tällöin sen selvittämisestä, onko kunta riittävästi ja asianmukaisesti täyttänyt lainmukaisen terveyspalvelujen järjestämisvelvollisuutensa asukkailleen. Näin terveyspalveluihinsa tyytymättömät kansalaiset saattoivat viedä myös hoitoon liittyviä asioita oikeuteen ratkaistavaksi hallintoriita-asiana. Hallinto-oikeuden tuli ratkaista, onko kunta yksittäistapauksessa riittävästi toteuttanut terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuttaan. Tällaisia oikeudenkäyntejä oli vuosien 1995–2003 välillä vireillä useita. Mitään lopullista ratkaisua kunnan järjestämisvelvollisuudesta ei tullut, mutta jutuista annetut ratkaisut toivat eräitä tarkennuksia potilaiden oikeuksiin. Ratkaisut osoittivat, että oikeus voi yksittäistapauksissa ottaa kantaa siihen, onko kunta toteuttanut riittävästi terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuttaan, mutta tapauksista annetuista päätöksistä on vaikea tehdä yleisempiä päätelmiä kunnan järjestämisvelvollisuuden laajuudesta. (KHO 2000:63, 2001:50 ja 2002:21.)<sup>8</sup>

Korkeimman hallinto-oikeuden tuomari ja entinen sosiaali- ja terveysministeriön virkamies Marita Liljeström onkin todennut, että terveyspalvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia ei voida ratkaista siten, että tuomioistuimet oikeudellisin perustein jakavat sairaanhoitopalveluja tai ohjaavat potilaita eri hoitopaikkoihin. Hallintotuomioistuimilla oli tärkeä rooli vain kuntien järjestämisvelvollisuuden oikeudellisten vaatimusten selvittäjinä, mutta terveyspoliittisia

7 Hallintolainkäyttölain (L 586/1996) 69 §:n mukaan julkisoikeudellista maksuvelvollisuutta tai muuta julkisoikeudellisesta oikeussuhteesta aiheutuvaa velvollisuutta tai oikeutta koskevan riidan käsittelee hallinto-oikeus, jonka päätöksestä voi valittaa vielä korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Kunnan velvollisuus järjestää terveyspalveluja asukkailleen katsottiin olevan tällainen velvollisuus.

8 KHO 2000:63 koski kunnan velvollisuutta myöntää osana erikoissairaanhoitolakiin kuuluvaa lääkinnällistä kuntoutusta ortopediset jalkineet henkilölle, joka tarvitsi niitä vammansa vuoksi. KHO totesi henkilöllä olleen kiistatta ortopedisten jalkineiden tarve ja hänen toimintavajauksensa oli sellainen, että ortopedisten jalkineiden hankinta tai hankintakustannusten korvaaminen hänelle kuului kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. KHO 2001:50 koski lapsen oikeutta hampaiden oikomishoitoon erikoishammaslääkäritasoisena. 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. KHO 2002:21 koski oikeutta sydämen ohitusleikkaukseen julkisessa sairaalassa. Potilas ei ollut saanut sydämen ohitusleikkausta julkisesta terveydenhuollosta ja joutui sen vuoksi turvautumaan yksityiseen leikkaushoitoon. KHO velvoitti kaupungin korvaamaan potilaalle yksityisen hoidon kustannukset. Potilas ei ollut saanut kaupungilta sellaista tarvitsemaansa erikoissairaanhoitoa, jonka järjestämisvastuu oli kaupungilla. (Ks. KHO:n päätöksistä myös Tuori-Kotkas 2008, 276–281.)

ratkaisuja tehdessään kuntien tuli itse ottaa huomioon velvollisuutensa edistää terveydenhuoltoa koskevan perusoikeuden toteutumista. (Liljeström 2003.)

Myös epäsuoraa muutoksenhakukeinoa, mahdollisuutta kannella, potilaat käyttivät runsaasti 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alkupuolella, kun hoidon saamisessa oli ongelmia. Erityisesti eduskunnan oikeusasiamies joutui monesti ottamaan kantaa julkisen terveydenhoidon saatavuuteen, koska tuolloin saatettiin säästösyistä kunnissa tehdä päätöksiä, joissa esimerkiksi kokonaan kieltäydettiin maksamasta kuntalaisille ei-kiireellisiä leikkauksia erikoissairaanhoidossa. Oikeusasiamies piti kunnan päätöstä leikkausten kieltämisestä laittomana. Potilasta ei ohjattu jonoon eikä leikkaushoitoa annettu lainkaan kunnan kustannuksella.<sup>9</sup> Erään toisen päätöksen yhteydessä oikeusasiamies kiinnitti huomiota terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden epämääräisyyteen. Sairaanhoitopiirin ja jäsenkuntien suhteista ja vastuusta potilaiden hoitamisessa tulisi säätää laissa selkeämmin ja yksityiskohtaisemmin. Tämän epäkohdan korjaamiseksi oikeusasiamies teki vuonna 2002 aloitteen lainsäädännön uudistamisesta (EOA 15.11.2002 dnro 488/4/00).

## Maksukatto ja hoitoon pääsyn määräajat

Perustuslain 19 §:n mukaan kansalainen saa tarvitsemansa terveystalvet tuloistaan ja varallisuudestaan riippumatta. Valtionosuusuudistuksen tavoite oli säästää julkisia menoja, ja terveystalvetuista alettiin periä maksua. Maksuista tuli palvelujen käytön este etenkin vähävaraisille, koska vuotuinen kustannus nousi heille liian suureksi tuloihin nähden. Ongelmia oli aiheuttanut myös terveystalvetkustannusten verovähennysoikeuden poistaminen 1990-luvun alussa. Perustuslain 19 § ei toteutunut, ja ratkaisuksi hallitus esitti terveydenhuollon vuotuinen maksukattoa (HE 77/1999) ja esitys hyväksyttiin eduskunnassa. Kun potilas oli maksanut tietyn summan terveystalvetuistaan, sen jälkeen talvet olivat hänelle ilmaisia. Maksukattoa ei kuitenkaan säädetty täysin pitäväksi. Kotisairaanhoidon maksut ja sairaaloiden ylläpitomaksut jäivät järjestelmän ulkopuolelle. Lisäksi järjestelmän valvonta jäi potilaan vastuulle. Kunnat eivät kehittäneet järjestelmää katon kertymisen seuraamisesta.

---

<sup>9</sup> Oikeusasiamiehen päätös vuonna 2003 (EOA 22.4.2003 dnro 843/4/01) leikkauksen tarpeessa olevan potilaan kanteluun. Kaupungin perusturvalautakunta oli päättänyt, että kaupunki ei enää vuonna 2001 maksa ei-kiireellisiä leikkauksia asukkaalleen. Oikeusasiamies totesi perusturvalautakunnan päätöksen olleen lainvastainen. Kunta ei voinut kokonaan lopettaa erikoissairaanhoidon tarjoamista asukkaalleen säästöjä saadakseen.

Maksukatton säätäminen ei kuitenkaan vielä riittänyt perustuslain toteuttamiseksi. Kunnat käyttivät ahkerasti potilaslain antamaa mahdollisuutta asettaa potilaita jonoon odottamaan hoitoon pääsyä 1990-luvun loppupuolella ja 2000-luvun alussa. Hoitojonot venyivät niin pitkiksi, että monien potilaiden terveydentila vaarantui. Perustuslain säännökset joutuivat nyt todelliseen testiin, kun piti etsiä keinoja pitkien hoitojonojen purkamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistikin vuonna 2001 laajan kansallisen terveyshankkeen, jonka yksi tavoite oli puuttua pitkiin hoitojonoihin. Neljä vuotta kestäneen valmistelutyön tuloksena hallitus esitti kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin säännökset hoitoon pääsyn enimmäisajoista (HE 77/2004). Tarpeellinen hoito tuli antaa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä.<sup>10</sup> Eduskunta hyväksyi esityksen ja hoitotakuuajat tulivat lainsäädäntöön vuonna 2005.

Potilaan oikeuksia hoitotakuu ei varsinaisesti lisännyt, koska hoitoon pääsyn enimmäisajat liitettiin uusiksi säännöksiksi kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin. Nämä molemmat lait ovat puitelakeja, jotka ohjaavat kuntia terveydenhuollon toteuttamisessa antaen kansalaisille vain vähän oikeuksia. Jos potilas ei saa lähetettyä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon, voi hoidon tarve ja tarpeellinen hoito jäädä jopa kokonaan saamatta, koska lääkäri päättää yksin potilaan hoidosta ja myös lähetteen antamisesta. (KHO 1997:92.)<sup>11</sup> Hoitotakuu ei antanut kansalaisille subjektiivista oikeutta hoidon saamiseen määräajassa silloinkaan, kun hoidon tarve on todettu, koska hoitoaikoja valvovat yksinomaan viranomaiset. Potilaalla on hoitotakuuaikaa rikottaessa käytettävissään vain mahdollisuus tehdä kantelu valvontaviranomaiselle. Jos potilaiden hoitoa ei anneta määräajassa, asettavat kunnat ja kuntayhtymät vain itsensä alttiiksi valvontaviranomaisten toimille. Seurauksena on pahimmassa tapauksessa ainoastaan valvontaviranomaisen asettama uhkasakko, jos hoitoaikojen rikkominen on hoitoyksikössä erityisen laajaa ja räikeää. Kunta tai kuntayhtymä (sairaanhoitopiiri) ei hoitotakuuaikoja rikkoessaan joudu vastuuseen potilaan sairauden pahenemisesta. Myöskään potilasvahinkolaki ei kata hoidon viivästyttämisestä aiheutunutta sairauden pahenemista. Potilaalla ei ole oikeutta hakeutua itse hoitoa saamaan toisin kuin Ruotsissa, jossa potilaalle on annettu oikeus

10 Vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) hoitopääsyaikoja täsmennettiin (52 §) määrämällä, että erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa lähetteen saapumisesta. Aiemmin hoidon aloittaminen saattoi venyä yli kuuden kuukauden sen vuoksi, että hoidon tarpeen arvioinnilla ei ollut määräaika ja hoitotakuun määräaika alkoi kulua vasta hoidon tarpeen toteamisen jälkeen.

11 Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtajaylilääkäri oli hylännyt henkilön maksusitoumushakemuksen yliopistollisessa sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin. KHO hylkäsi kansalaisen vaatimuksen. Johtajaylilääkäri oli tehnyt laillistettuna lääkärinä lopullisen päätöksen eikä lääkärin tekemään päätökseen voi hakea muutosta kuntalain tarkoittamin muutoksenhakueinoin.

hakeutua hoitoon sinne, missä sitä on saatavissa hoitotakuuajan umpeutumisen jälkeen. Maakunta maksaa potilaalle aiheutuneet ylimääräiset kustannukset. Ruotsin mallin mukainen oikeus hakeutua itse hoitoon todennäköisesti palvelisi paremmin potilaan tarpeita Suomessakin.

Oma kysymyksensä on, voiko hoitoon hakeutua toiseen kuntaan tai sairaanhoitopiiriin. Toiseksi voidaan kysyä, mitä EU:n lainsäädäntö tuo mukanaan. Euroopan yhdentymiskehityksen myötä kansalaisvaltion rajat ovat hämärtyneet ja koko EU muodostaa yhden ”terveydenhuoltoalueen”. Vuoden 2011 terveydenhuoltolaki (L 1326/2010, 56 §) antaa potilaalle oikeuden hakea sairaanhoitopiiriltä ennakkolupaa hakeutua hoitoon toiseen EU- tai ETA-valtioon eikä sairaanhoitopiiri voi kieltäytyä antamasta lupaa, jos hoitoa ei voida järjestää määräajassa Suomessa. Myös EY-tuomioistuin on antanut lukuisia päätöksiä oikeudesta hakeutua hoitoon toiseen maahan yhteisön vapaan liikkuvuusperiaatteen pohjalta. Nämä ennakkopäätökset on kodifioitu vuonna 2013 Suomessa toteutettavaan potilaan liikkuvuusdirektiiviin, jonka täytäntöönpano lisää EU-kansalaisten mahdollisuuksia hakea hoitoa toisesta EU-maasta. Ei ole kuitenkaan selvitetty, kuinka moni potilas Suomessa todella haluaa lähteä toiseen maahan hoidettavaksi, vaikka hoitoon pääsyn määräaika ylittyisikin.

## **Uusi terveydenhuoltolaki ja potilaan oikeudet**

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) määritteli aiempaa tarkemmin kuntien terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden sisällön. Sisällöltään laki oli yksityiskohtainen ja selkeä, mutta ongelmana on se, että lain noudattamatta jättäminen ei aiheuta kunnille sanktiota. Näin ollen ei ole vielä tiedossa, kuinka paljon terveydenhuoltolaki on käytännössä muuttanut terveydenhuollon toteutusta kuntatasolla. Potilaan oikeuksien kannalta on merkittävää, että laki antoi potilaalle mahdollisuuden valita oman kuntansa terveysasema ja erikoissairaanhoidon toimintayksikkö laajemmin kuin aiemmin. Terveydenhuollon kuntasidonnaisuutta on laissa laajennettu myös siten, että henkilöllä on mahdollisuus käyttää muuta kuin kotikuntansa terveyskeskusta silloin, jos hän oleskelee pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella. Vuonna 2014 potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa edelleen laajennetaan, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilaalle tulee mahdollisuus hakeutua mihin tahansa julkisen terveydenhuollon yksikköön koko Suomen alueella. Erikoissairaanhoidossa valinnanmahdollisuuden toteuttamisen tulisi kuitenkin tapahtua yhteisymmärryksessä hoitavan lääkärin kanssa.

## Sairausvakuutus ja työterveyshuolto julkisen terveydenhuollon rinnalla

Sairausvakuutus on jäänyt julkisen terveydenhuollon rinnalla heikoksi instituutioksi, koska poliittinen kiinnostus järjestelmän kehittämiseen on ollut vähäistä. Järjestelmää on laajennettu 2000-luvulla vain hammashuollossa. Sen ohella sairausvakuutuksen rahoitus uudistettiin perusteellisesti vuonna 2006. Hammashuollon korvaaminen sairausvakuutuksesta laajeni kaikkia kansalaisia koskevaksi 2000-luvun alussa, ja samalla myös kunnallista hammashuoltoa laajennettiin vastaavasti (HE 149/2000). Vuonna 2006 sairausvakuutuksen rahoitus uudistettiin (HE 68/2005). Työnantajat eivät enää osallistu sairaanhoitovakuutuksen korvauskustannuksiin, vaan järjestelmä katetaan palkansaaajien ja yrittäjien tuloista perittävällä sairaanhoitovakuutusmaksulla. Tällä maksulla katetaan pääosin sairaanhoitovakuutuksen lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon sekä lääke- ja matkakorvausten kustannukset. Rahoituksen uudistamisesta huolimatta sairausvakuutuksen korvaamien lääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaso on jäänyt yhä enemmän jälkeen lain tavoitetasosta. Korvaustaksoja ei ole korotettu vuoden 1989 jälkeen, mutta tästä huolimatta kansalaiset käyttävät paljon yksityisiä terveystalvakuutuspalveluja vaikka joutuvat maksamaan kustannukset pääosin itse.

Työterveyshuoltoa on 1970-luvulta lähtien edistetty työmarkkinajärjestöjen tuella kolmikantaan perustuvissa sosiaali- ja terveysministeriön työryhmissä. 1990-luvulla korvausjärjestelmä uudistettiin, kun korvausperusteeksi työnantajille asetettiin ”hyvän työterveyshuoltokäytännön” toteuttaminen. Tämän laatuksikriteerin avulla pyrittiin työterveyshuolto kytkemään entistä paremmin työpaikan terveyshaittojen ehkäisemiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen. Määritelmällä pyrittiin myös ohjaamaan työterveyshuollossa annettavaa sairaanhoitoa. Vuoden 2006 rahoitusuudistuksessa työterveyshuollon korvaamiseen tarvittavat varat päätettiin kerätä toimeentuloturvamaksulla. Maksuun osallistuvat sekä työnantajat, palkansaaajat että yrittäjät, ja sillä katetaan myös sairausvakuutuksen toimeentuloetuudet, kuten sairauspäivärahat ja äitiysrahat. Vuoden 2011 alussa korvausedellytyksiin lisättiin suunnitelman laatiminen työkyvyn ylläpitämiseksi, ja kesäkuusta 2012 lähtien sairauspäivärahan maksun edellytyksenä pitkälle sairauslomalle on työterveyshuollon potilaan työkyvystä antama lausunto. Näin työterveyshuolto tunnustetaan entistä enemmän potilaan työkyvyn erityistuntijaksi ja samalla työterveyshuollon merkitys työikäisten erityisenä terveystalvakuutuspalveluna korostuu. Epäkohtana on kuitenkin edelleen pidettävä työntekijöiden eriarvoista asemaa. Sairaanhoitopalvelut ovat osa työterveyshuoltoa vain silloin, kun työnantaja niin päättää.

## Mitkä ovat potilaan oikeudet tulevaisuudessa?

Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma vuodelta 2011 sisältää lukuisia terveydenhuollon kehittämistavoitteita. Näistä ehkä merkittävin on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskevan lain aikaan saaminen. Laki tulisi täydentämään erityisesti valvonnan osalta vuoden 2011 terveydenhuoltolaki, jossa sanktioita lain noudattamatta jättämisestä ei vielä ollut. Tämän lisäksi Kataisen hallitus pyrkii terveydenhuollon maksukattojen yhdistämiseen. Maksukattojen yhdistäminen on riippuvainen tietojärjestelmien kehittämisestä. Sosiaali- ja terveystalvet säilyvät kuitenkin edelleen kuntien toimintana, joten vuoteen 2015 mennessä ei ainakaan ole odotettavissa olennaista muutosta terveydenhuollon järjestämistapaan. Potilaiden oikeuksien toteuttamiseksi vaaditaan keskitetympää terveydenhuollon ohjausta. Vaatimuksia kuvaa Suomen lääkäriliiton toiminnanjohtaja Heikki Pälven pääkirjoitus Lääkäreilehdessä, jossa hän totesi muun muassa, että

”Valtakunnan terveystalvitiikan kehittäminen, ohjaus ja ohjeistus ovat jääneet hyvin huonolle hoidolle lääkintöhallituksen lopettamisen jälkeen. Satojen kuntien hallinnollinen itsemääräämisoikeus terveydenhuollossa on ollut turmiollista potilashoidolle. Valvira on ollut resurssiensa ja osaamisensa osalta mahdottoman tehtävän edessä, joten syyttävän sormi ei voi kohtuudella osoittaa vain sinne. Valistunut ohjeistus etukäteen vähentää valvonnan tarvetta jälkikäteen. Useassa maassa on terveydenhuollon asiantuntijavirasto, jolla on tehtävä, osaaminen sekä resurssit koordinoita, kehittää, valvoa ja ohjeistaa kansallista terveydenhuoltoa. Olisiko aika herättää lääkintöhallitus kuolleista?” (Pälve 2011.)

Aika näyttää, saavatko nämä ajatukset laajempaa kannatusta. Käynnissä oleva kuntauudistus ei suoraan paranna potilaan oikeusasemaa. Terveydenhuollon järjestäminen näyttää pysyvän entisellään uusissa suurissakin kunnissa. Kunnat voivat edelleen itsehallinnollisesti päättää terveydenhuollolle suunnattavista varoista eikä valtionosuuden käyttöön ole tulossa rajoituksia. Terveydenhuollon määrärahat kamppailevat kunnan talousarviossa muiden menokohteiden kanssa, ja viime kädessä kunnan päättäjien mielipiteet ja arvostukset ratkaisevat, kuinka paljon määrärahoja ohjataan terveydenhuollon toteuttamiseen. Eri kunnissa asuvien kansalaisten eriarvoinen asema terveystalvituissa säilyy. Kun terveystalvituksien lääkäri arvioi potilaan tarvetta saada lähete erikoissairaanhoidon, hän joutuu edelleen lääketieteellisten seikkojen ohella ottamaan huomioon myös kunnan talouden tilan ja kunnan talousarviossa olevat terveydenhuollon määrärahat. Mikäli terveydenhuollon rahoitusta alettaisiin uudistaa enemmän vakuutusmuotoiseksi ja sairastumisen riskiin perustuvaksi, ei kunnan taloudella ja potilaan hoitopäätöksillä olisi enää tällaista yhteyttä.

Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen on ollut pitkään jäissä. Tosin vuoden 2006 sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksen jälkeen Kela sai tehtäväkseen selvittää järjestelmän uudistamistarpeita. Kelassa työryhmä valmisteli ehdotuksia, jotka otettiin esiin sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa sairaanhoitovakuutuksen kehittämistoimikunnassa. Mietinnössään toimikunta teki lukuisia ehdotuksia järjestelmän kehittämiseksi. (Kela 2006; STM 2007.) Esitykset eivät

---

*Vain kiireellisissä tapauksissa kansalaisella on subjektiivinen oikeus hoitoon.*

---

kuitenkaan edenneet ja sairaanhoitovakuutus on edelleen pysynyt heikkona instituutiona julkisen terveydenhuollon rinnalla. Järjestelmän parantamiseen ei ole riittävää poliittista painetta, vaikka järjestelmän rahoitus tuli vakaalle pohjalle vuoden 2006 uudistuksessa. Työterveyshuollon tilanne on toinen: työurien pidentämisspyrkimykset ja huoli työntekijöiden työkyvyn ylläpitämisestä lisäävät työterveyshuollon merkitystä.

Tulevina vuosina joudutaan syvällisesti pohtimaan potilaan asemaa ja oikeuksia. Riittääkö se, että julkisessa terveydenhuollossa ei-kiireellinen hoito on riippuvainen kuntien määrärahoista? EU:ssa on yleisesti hyväksytty se lähtökohta, että potilaalla on subjektiivinen oikeus sekä kiireelliseen että ei-kiireelliseen hoitoon ja EU:n Suomessakin toteutettavat direktiivit perustuvat tähän lähtökohtaan. Eurooppalaiset järjestelmät alkavat olla yhä enemmän ristiriidassa Suomen vuonna 1869 keisarillisesta julistuksesta seuranneen terveydenhuollon järjestämistavan kanssa. Terveydenhuollon pirstoutunut järjestämistapa on muutettava. Sekä terveydenhuollon toteutuksessa että rahoituksessa on päästävä suurempiin kokonaisuuksiin, samalla kun potilaan oikeuksia on vahvistettava.

## Lähteet

Arajärvi P. Toimeentuloturvan oikeellisuus. Toimeentuloturvaa koskevan lainsäädännön suhde perustuslakiin, erityisesti perusoikeuksiin, ihmisoikeuksiin ja yhteisöoikeuteen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 68, 2002.

*Eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisut:*

EOA 15.11.2002 dnro 488/4/00. Päätös kanteluun erikoissairaanhoidon järjestämisestä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

EOA 22.4.2003 dnro 843/4/01. Erikoissairaanhoidon rajoittaminen Karjaan kaupungissa vuonna 2001.

*Hallituksen esitykset:*

HE 54/1986. Hallituksen esitys Eduskunnalle potilasvahinkolaiksi ja siihen liittyväksi lainsäädännöksi.

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 309/1993. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

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, erikoissairaanhoidon 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta.

HE 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

HE 68/2005. Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.

HE 90/2010. Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi.

HS 15.2.2012. Helsingin Sanomat 15.2.2012 C 5 Mielipide. Pitkät jonot ajavat yksityisille lääkäreille.

Kela. SAVAKE-työryhmän muistio. Helsinki: Kela, 2006.

*Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut:*

KHO 1997:92.

KHO 2000:63.

KHO 2001:50.

KHO 2002:21.

Kotkas T. Terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. Lakimies 2009; (2): 207–225.

Kuusi P. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY, 1962.

*Lait:*

L 586/1996. Hallintolainkäyttölaki.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Liljeström M. Terveyspalvelujen järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis 2003; (1): 89–99.

Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011.

PTK 3/1992. Valtiopäivät 1992, Pöytäkirjat 3.

Pälve H. Pääkirjoitus. Lääkärilehti 2011; 66 (48): 3.

Sorsa P. Oikeussuojasta terveydenhuollossa. Julkaisussa: Sundman E, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki : Tammi, 2000: 370–379.

STM. Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2007.

StVM 15/1992. Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.

Sundman E. Potilasasiain terveydenhuollossa. Toiminta ja kehittäminen. Julkaisussa: Sundman E, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 2000a: 216–231.

Sundman E. Potilasasiain miehille tehtyjen kyselyjen yhteenvedot. Julkaisussa: Sundman E, toim. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 2000b: 232–252.

Tuori K, Kotkas T. Sosiaalioikeus. Helsinki: WSOYPro, 2008.

## Mikko Niemelä

### Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta

Mielipidekyselyjen tulokset antavat terveyspalveluista varsin myönteisen kuvan. Ihmiset pitävät palveluja tärkeinä ja mieltävät niiden järjestämisen olennaiseksi julkisen vallan tehtäväksi. Suomalaiset myös arvioivat terveyspalvelujen toimivuuden eurooppalaisittain hyväksi. Omaa kuntaa pidetään kaikkein tärkeimpänä palveluntarjoajana. Palvelujen erilaiset tuotantotavat tai rahoituksen järjestämistavat sinänsä eivät juuri näy kansalaisten mielipiteissä. Ne ovat välineitä, joilla pyritään vaikuttamaan seikkoihin, jotka kansalaiset palveluja käyttäessään arjessa kohtaavat: palvelujen saatavuuteen, laatuun ja oikeudenmukaiseen jakautumiseen.

### Johdanto

Kuntien tehtäviä lisääviä reformeja on miltei aina perusteltu sillä, että päätöksenteko siirtyy lähemmäs kuntalaista. Poliittisessa ja julkisessa keskustelussa on oltu huolissaan kansanvaltaisuuden säilymisestä niin kuntaliitoksissa kuin kuntien välisessä laajenevassa yhteistyössäkin. (Niemelä 2008.) On ajateltu, että kuntalaisia koskeva päätöksenteko etääntyy kuntalaisista. Syksyllä 2011 alkanut kuntauudistuskeskustelu tarjoaa erinomaisen esimerkin siitä, kuinka voimakkaasti poliittisessa keskustelussa yhä edelleen vedotaan kansanvaltaisuuteen ja kuntien itsehallintoon. Yhtäältä on argumentoitu, että kuntaliitoksilla muodostettu ”vahva peruskunta” vähentää tarvetta kuntien välisille yhteistointimintarakenteille, ”joissa päätöksenteko on kadonnut kauas kunnanvaltuustojen käsistä ja samalla kansalaiset joutuvat hakemaan palvelujaan kummallisista kulkusuunnista” (Henna Virkkunen piirtää ... 2011). Kuntaliitoksilla ”kunnallista itsehallintoa vahvistetaan palauttamalla valta ja vastuu samaan paikkaan, vahvan peruskunnan valtuutetuille”. Toisaalta samoilla argumenteilla on myös vastustettu kuntaliitoksia: iso kuntauudistus ”tarkoittaisi lähipalvelujen loppua, kunnallisen kansanvallan turmelusta ja useissa tapauksissa palvelujen heikkenemistä”. (Ex-kuntaministerien arvio ... 2011.)

Kansanvaltaisuudessa ja kuntien vahvassa itsehallinnossa korostuu kunnallisen demokratian merkitys. Asenne- ja mielipidetutkimuksen rooli yhteiskuntapolitiikan arvioinnissa on perinteisesti nähty siten, että tutkimuksen

avulla voidaan tarkastella päätöksenteon demokraattisuutta. Asenne- ja mielihoidetutkimusten perusteella voidaan arvioida poliittisen eliitin näkemysten tai strategioiden ja kansalaisten näkemysten välistä (mahdollista) kuilua sekä poliittisten toimenpiteiden, olemassa olevien järjestelmien ja poliittisten uudistusten kannatusperustaa. Kyse on ennen muuta politiikan normatiivisten vaikutusten arvioinnista (Svallfors 2006, 1–2). Asenteet toimivat usein vastavoimana nopeille poliittisille muutoksille, sillä esimerkiksi vakiintuneet näkökulmat, normatiiviset oletukset ja käsitykset oikeudenmukaisuudesta ovat usein varsin pysyviä eivätkä muutu helposti (esim. Campbell 2004, 96–100). Myydäkseen uudistusehdotuksen äänestäjille poliittisen päätöksentekijän on otettava vallitseva asenneilmasto huomioon esimerkiksi vetoamalla vakiintuneisiin normatiivisiin lähtökohtiin, kuten edellä kunnalliseen kansanvaltaan tai itsehallintoon.

Tässä artikkelissa kiinnostukseni kohteena on terveyspalveluihin liittyvä asenne- ja mielipideilmasto Suomessa. Artikkelin jakautuu kolmeen osaan: Ensimmäisessä osassa tutkin kansalaisten mielipiteitä terveyspalvelujen tasosta, tehokkuudesta ja palvelun laadusta yleisesti. Artikkelin toisessa osassa keskityn palvelujen järjestämisalueeseen kohdistuviin mielipiteisiin. Lopuksi tutkin kansalaisten luottamusta terveydenhuoltojärjestelmään. Artikkelin tulokset perustuvat osittain jo aiemmin julkaistuihin tutkimustuloksiin (Saarinen 2007; Kallio ja Niemelä 2008). Lisäksi raportoin aiemmin julkaisemattomia tuloksia, jotka perustuvat eri mielipide- ja asennetutkimusaineistoihin. Mielipiteitä terveyspalvelujen tehokkuudesta ja tasosta tutkin *European Social Survey* -aineistolla, jonka vuoden 2008 aineistonkeruussa keskityttiin erityisesti hyvinvointivaltiota koskeviin mielipiteisiin. Palvelulle annettuja arvosanoja sekä luottamusta julkisiin organisaatioihin tarkastelen puolestaan Kelan TNS Gallupilla teettämien kansalaiskyselyjen avulla.

## Terveyspalvelujen taso ja tehokkuus sekä palvelun laatu

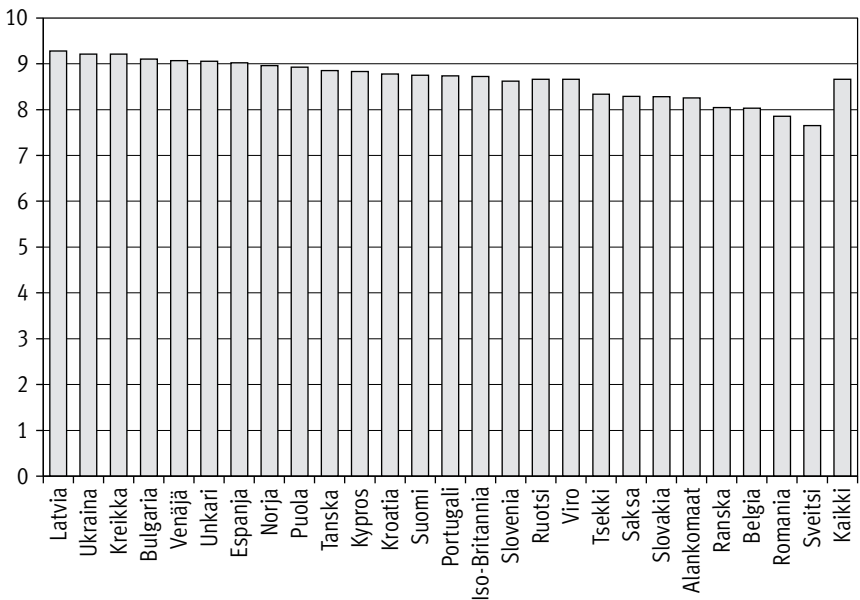
Terveydenhuolto on nähty aiemmissa julkisen sektorin roolia tarkastelevissa mielipidetutkimuksissa vahvasti julkisen sektorin tehtävänä (esim. Taylor-Gooby 1996; Bean ja Papadakis 1998; Blekesaune ja Quadagno 2003; Kallio 2010). Tätä havaintoa tukee myös kuvio 1 (s. 26), jossa on esitetty eurooppalaisten näkemyksiä julkisen sektorin roolista riittävän terveydenhuollon turvaamisessa sairaille. Siitä huolimatta, että maiden välillä on joitakin eroavuuksia, julkisen vallan vastuuta pidetään koko Euroopassa tärkeänä.

Kansalaismielipide terveydenhuollosta vaihtelee kuitenkin enemmän silloin, kun tarkastellaan tarkemmin väestön näkemyksiä terveyspalvelujen tasosta ja

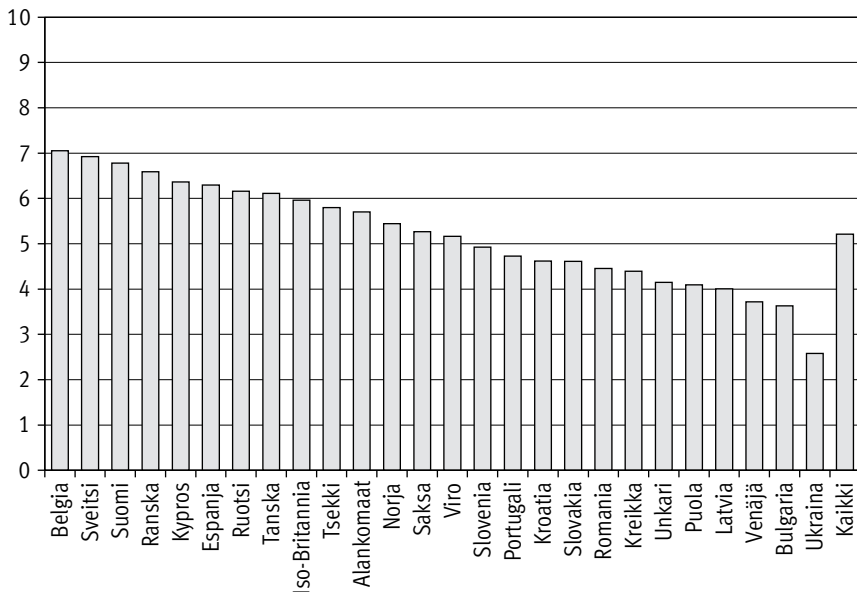
tehokkuudesta (kuviot 2 ja 3). Terveyspalvelujen tehokkuutta on tutkittu asteikolla 0–10 kysymällä, kuinka tehokas terveydenhuoltojärjestelmä on vastaajan mielestä hänen asuinmaassaan. Verrattuna muihin maihin suomalaiset arvioivat terveydenhuoltojärjestelmän melko tehokkaaksi keskiarvon ollessa hieman vajaa seitsemän. Terveyspalvelujen tasoa on tiedusteltu edellisen tavoin kysymällä, mitä mieltä vastaaja on asuinmaansa terveyspalvelujen tasosta nykyisin. Myös terveydenhuoltojärjestelmän tason suomalaiset arvioivat melko hyväksi: keskiarvo oli tässä 6,6. Molempien kysymysten vastauksissa vain belgialaiset ja sveitsiläiset arvioivat terveydenhuoltojärjestelmänsä tehokkaammaksi tai tasoltaan paremmaksi kuin suomalaiset.

Edellä kuvattua tarkastelutapaa voidaan kritisoida siitä, että kyse on vain kansalaisten mielikuvista eivätkä ne välttämättä ole yhteydessä kokemusperäiseen tietoon palvelujen toimivuudesta. Tarkastelua voidaan kuitenkin tarkentaa tutkimalla terveyden ja terveydenhuoltojärjestelmää koskevien mielipiteiden välistä yhteyttä (taulukko 1, s. 28). Oletetaan siis, että terveytensä huonoksi kokevilla tai niillä, joilla on päivittäisiä aktiviteetteja haittaava haitta tai sairaus, on myös enemmän kokemuksia terveydenhuoltojärjestelmästä kuin niillä, jotka raportoivat olevansa terveitä.

**Kuvio 1.** Julkisen sektorin rooli riittävän terveydenhuollon turvaamisessa sairaille (0 = ei lainkaan... 10 = täysin julkisen vallan vastuulla).

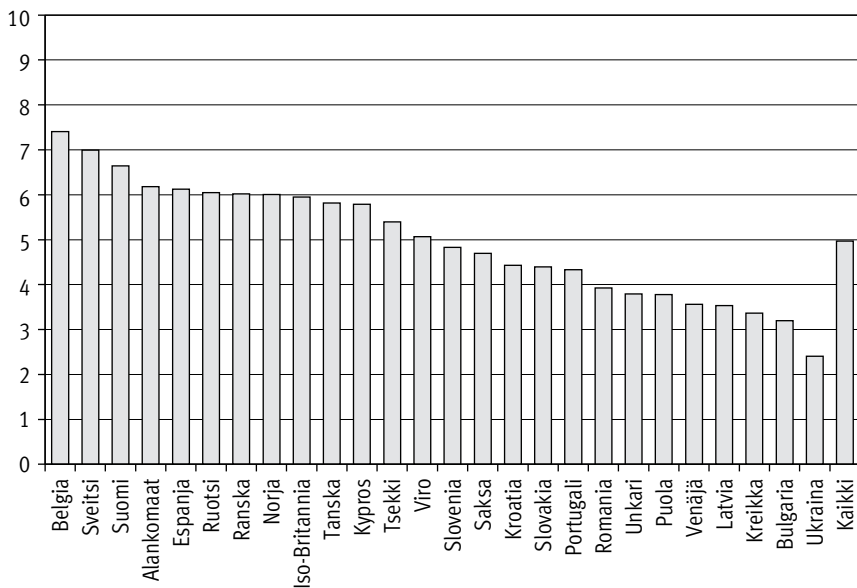


**Kuvio 2.** Mielipiteet terveyspalvelujen tehokkuudesta Euroopassa (0 = erittäin tehoton... 10 = erittäin tehokas).



Lähde: European Social Survey (Round 4), 2008.

**Kuvio 3.** Mielipiteet terveyspalvelujen tasosta Euroopassa (0 = erittäin huono... 10 = erittäin hyvä).



Lähde: European Social Survey (Round 4), 2008.

**Taulukko 1.** Terveys ja mielipiteet terveyspalvelujen tehokkuudesta ja tasosta Suomessa, keskiarvot asteikolla 0–10 (F-arvot ja tilastollinen merkitsevyys sulkeissa).

|   | <b>Tehokkuus</b>        | <b>Taso</b>              |
|---|-------------------------|--------------------------|
| <b>Koettu terveys</b>                               | (7,599 <sup>***</sup> ) | (13,218 <sup>***</sup> ) |
| Erittäin hyvä                                       | 6,91                    | 7,05                     |
| Hyvä  | 6,82                    | 6,71                     |
| Kohtalainen   | 6,78                    | 6,40                     |
| Huono   | 5,80                    | 5,75                     |
| Erittäin huono                                      | 6,58                    | 6,33                     |
| <b>Päivittäisiä aktiviteetteja haittaava haitta</b> | (6,310 <sup>**</sup> )  | (13,904 <sup>***</sup> ) |
| Haittaa paljon                                      | 6,34                    | 6,11                     |
| Haittaa jossain määrin                              | 6,71                    | 6,42                     |
| Ei ole  | 6,85                    | 6,78                     |
| <b>Koko väestö</b>                                  | 6,78                    | 6,64                     |

Keskiarvojen tilastollinen testaus suoritettu F-testillä. Tilastollinen merkitsevyys on merkitty tähdillä seuraavasti: \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ , n.s. = ei tilastollista merkitsevyyttä.

Lähde: European Social Survey (Round 4), 2008.

Tulosten mukaan terveydellä on yhteys terveyspalveluja koskeviin mielipiteisiin. Terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi kokevat suhtautuvat kriittisemmin terveyspalvelujen toimintaan kuin terveytensä paremmaksi kokevat. Samoin ne, joilla jokin terveydellinen ongelma haittaa päivittäisiä aktiviteetteja, suhtautuvat muuta väestöä tai väestön keskiarvoa kriittisemmin terveyspalvelujen tehokkuuteen ja tasoon.

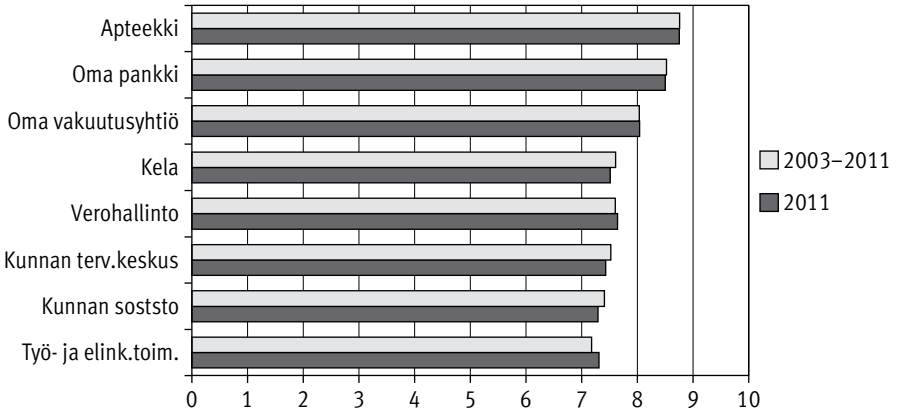
Terveyspalvelujen tasoa voidaan tarkastella edelleen suomalaisten eri organisaatioiden palvelulle antamien kouluarvosanojen avulla (kuvio 4). Arvosanat ovat melko pysyviä yli ajan. Apteekkien palvelulle annetaan kaikkein korkein arvosana; vuosien 2003–2010 keskiarvo on lähes kiitettävä, 8,8. Kotikunnan terveyskeskuksen saama arvosana on 7,5. Tämä on pitkälti samaa luokkaa verohallinnon, Kelan ja kunnan sosiaalitoimiston saaman arvosanan kanssa.

Sen lisäksi, että arvosanat ovat ajan yli muuttumattomia, ne ovat pitkälti samoja myös eri väestöryhmien välillä. Erilaisista sosioekonomisista ja alueellisista tekijöistä ainoastaan koulutus ja kunnan kaupunkimaisuusaste tuottavat tilastollisesti merkitseviä eroja kunnan terveyskeskuksen palveluarvosanoille (liitetaulukko 1). Korkeammin koulutetut antavat parempia arvosanoja terveyskeskuksen palvelulle kuin vähemmän koulutetut. Lisäksi kunnan kaupunkimaisuusaste on yhteydessä terveyskeskuksen palvelusta annettuihin arvosanoihin. Korkeimman arvosanan antavat pääkaupunkiseudulla asuvat, ja arvosana heikkenee hieman siirryttäessä kaupunkimaisissa kunnissa asuvista taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa asuviin. Havaittua alue-eroa tukee jossain määrin myös se, että alueellisia eroja tarkasteltaessa arvosanat ovat Uudellamaalla, Etelä-Suomessa ja

Länsi-Suomessa korkeampia kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

**Kuvio 4.** Kouluarvosanat julkisten eri palveluorganisaatioiden palvelulle vuosina 2003–2011, keskiarvot.

29



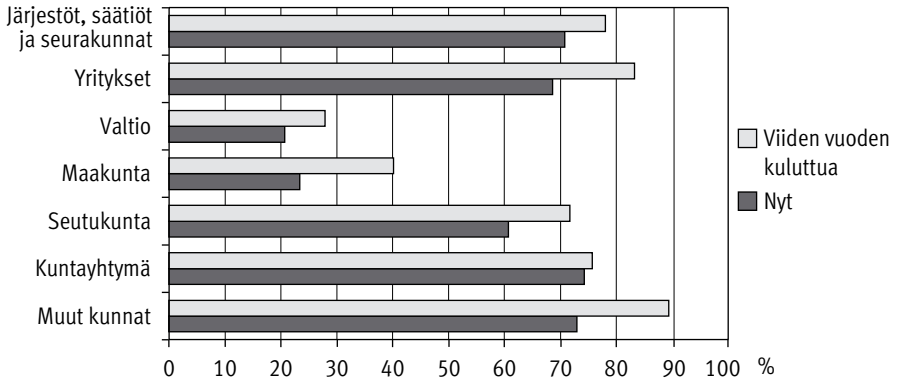
Lähde: Kelan kansalaiskyselyt 2003–2011.

## Palvelujen järjestämialue

Kuviossa 5 on tarkasteltu kuntien hyvinvointipalveluista vastaavien viranhaltijoiden näkemyksiä eri yhteistyötahojen merkityksestä sosiaali- ja terveyspalveluille. Yhteistyötahovaihtoehtojen merkitystä pyrittiin arvioimaan sekä tällä hetkellä että viiden vuoden kuluttua. Tulosten mukaan muut kunnat ja kuntayhtymä nähdään kaikkein tärkeimmiksi yhteistyökumppaneiksi. Näiden jälkeen tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi arvioidaan myös yritykset, järjestöt, säätiöt ja seurakunnat sekä seutukunta. Sen sijaan maakuntaa ja valtiota ei pidetä tärkeinä yhteistyökumppaneina. Viranhaltijat näkevät yhteistyön merkityksen kasvavan tulevaisuudessa jokaisen yhteistyötahon kanssa. Tärkeimmiksi yhteistyötahoiksi nousevat edelleen muut kunnat, yritykset, kuntayhtymä, seutukunta sekä järjestöt, säätiöt ja seurakunnat. Edelleen vähemmän tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat maakunta ja valtio. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että seudullista ja alueellista yhteistyötä pidetään merkittävänä tekijänä ja yhteistyön roolin nähdään korostuvan edelleen tulevaisuudessa. Mitä lähempänä yhteistyötaho on omaa kuntaa, sitä tärkeämmäksi se nähdään kunnan hyvinvointipalveluille.

**Kuvio 5.** Kuntien hyvinvointipalveluista vastaavien viranhaltijoiden mielipiteet eri yhteistyötahojen merkityksestä kunnan sosiaali- ja terveyspalveluille nyt ja tulevaisuudessa. Yhteistyötahojen merkitystä tärkeänä pitävien osuus (%).

30



Lähde: Kallio ja Niemelä 2008.

Taulukossa 2 on tarkasteltu seudullisen yhteistyön roolia sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta. Yleisesti ottaen kaikki vaihtoehtoiset yhteistyön roolit arvioidaan keskeisiksi. Seudullista yhteistyötä pidetään tärkeänä ennen kaikkea tietojärjestelmien yhteensovittamisessa ja sähköisten palvelujen suunnittelussa. Lisäksi tärkeäksi nousevat seudullisten hyvinvointihankkeiden koordinointi ja seudullisen hyvinvoinnin ja terveyden kehittäminen. Kiintoisaa on, että vaikka palvelujen tuottaminen nähdään yleisesti ottaen tärkeänä tekijänä seudullisessa yhteistyössä, sen rooli on kuitenkin vähäisempi kuin muiden vaihtoehtojen. Toisaalta tulos on linjassa esimerkiksi seutuyhteistyökokeilusta saatujen kokemusten kanssa, jonka mukaan seudullinen yhteistyö on ominaisempaa pikemminkin elinkeinopolitiikassa (Niemelä 2008).

Tarkastelua jatketaan taulukossa 3 vertailemalla kuntalaisten ja kunnanjohtajien näkemyksiä siitä, mikä olisi sopivin alueellinen kokonaisuus tarjoamaan kuntalaisille eri palveluja. Tarkasteltavia palveluja ovat lasten päivähoido, koulutoimi, vanhustenhuolto, terveyskeskuspalvelut ja erikoissairaanhoito. Kahta poikkeusta lukuun ottamatta kuntalaisten ja kunnanjohtajien enemmistö kannattaa omaa kuntaa palveluntarjoajana. Poikkeuksia ovat terveyskeskus- ja erikoissairaanhoitopalvelut, joiden tuottamiseen kunnanjohtajien mielestä sopivin aluekokonaisuus on seutu- tai maakuntataso. Näistä palveluista kuntalaisten ja kunnanjohtajien näkemykset poikkeavat kaikkein selkeimmin toisistaan.

**Taulukko 2.** Viranhaltijoiden mielipiteet seudullisen yhteistyön roolista sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta.

|   | N   | Ka.  | 95 %:n LV |
|---|-----|------|-----------|
| Seudullisen hyvinvoinnin ja terveyden kehittäminen                                      | 115 | 4,20 | 4,05–4,38 |
| Seudullisen hyvinvointistrategian ja palvelustrategian laatiminen                       | 114 | 4,04 | 3,86–4,23 |
| Seudullisten hyvinvointihankkeiden koordinointi   | 113 | 4,19 | 4,06–4,38 |
| Seudullisen hyvinvointikoulutuksen koordinointi   | 113 | 4,05 | 3,92–4,25 |
| Seudullisten tietojärjestelmien yhteensovittaminen ja sähköisten palvelujen suunnittelu | 114 | 4,35 | 4,19–4,54 |
| Asiantuntijaohjaus (strategia, johtaminen, kilpailuttaminen)                            | 114 | 4,07 | 3,92–4,28 |
| Palvelujen tuottaminen  | 112 | 3,96 | 3,76–4,13 |

Tapausten lukumäärä (N), keskiarvo (Ka.) ja 95 %:n luottamusväli (95 %:n LV). Viisiportainen skaala, jossa 1 = ei lainkaan tärkeä... 5 = erittäin tärkeä.

Lähde: Kallio ja Niemelä 2008.

**Taulukko 3.** Kuntalaisten ja kunnanjohtajien näkemykset siitä, mikä alueellinen kokonaisuus sopii parhaiten kuntalaisten eräiden palvelujen tarjoajaksi (J = kunnanjohtajat, K = kuntalaiset).

|  | Lasten päivähoito |      | Koulutoimi |      | Vanhustenhuolto |      | Terveyskeskuspalvelut |      | Erikoissairaanhoido |      |
|--|-------------------|------|------------|------|-----------------|------|-----------------------|------|---------------------|------|
|  | J                 | K    | J          | K    | J               | K    | J                     | K    | J                   | K    |
| Nykyinen kuntani rajojensa sisällä       | 74,4              | 86,5 | 43,6       | 79,8 | 51,5            | 75,9 | 20,7                  | 76,7 | 0,9                 | 36,3 |
| Suurempi kuntaliitoksin yhdistetty kunta | 20,7              | 7,7  | 34,4       | 14,8 | 33,9            | 19,8 | 32,6                  | 19,2 | 5,3                 | 36,2 |
| Seutu- tai maakunta                      | 4,0               | 1,9  | 17,2       | 3,2  | 11,5            | 2,8  | 43,6                  | 2,8  | 90,7                | 25,6 |
| En osaa sanoa                            | 0,9               | 3,9  | 4,8        | 2,3  | 3,1             | 1,5  | 3,1                   | 1,3  | 3,1                 | 1,9  |
| Yhteensä                                 | 100               | 100  | 100        | 100  | 100             | 100  | 100                   | 100  | 100                 | 100  |

Lähde: Kallio ja Niemelä 2008.

Myös muista palveluista kuntalaisten ja kunnanjohtajien väliset näkemuserot ovat selkeitä. Lasten päivähoitosta, koulutoimesta, vanhustenhuollosta ja terveyskeskuspalveluista kuntalaisten mielipiteet jakautuvat hyvin samankaltaisesti. Selvästi suurin enemmistö kannattaa omaa kuntaa palvelun tarjoajana. Sen sijaan kunnanjohtajien mielipiteissä on suurempi hajonta erityisesti koulutoimen, vanhustenhuollon ja terveyskeskuspalvelujen osalta. Noin kolmannes kunnanjohtajista kannattaa näiden palvelujen tarjoajaksi suurempaa, kuntaliitoksilla yhdistettyä kuntaa.

Kuten aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, hyvinvointipalveluja koskevat mielipiteet saattavat olla yhteydessä myös kunnan rakenteellisiin ja taloudellisiin seikkoihin (esim. Blomberg ja Kroll 1999a). Johanna Kallio ja Mikko Niemelä

*Suomalaiset haluavat peruspalvelunsa lähelle.*

(2008) tarkastelivat, millä tavoin kunnan asukaslu- ku, demografinen huoltosuhde, tuloveroprosentti ja suhteellinen velkaantuminen ovat yhteydessä mielipiteisiin alueellisesta kokonaisuudesta, joka olisi sopivin tarjoamaan kuntalaisille lasten päivä- hoidon, koulutoimen, vanhustenhuollon sekä terveystakeskus- ja erikoissairaanhoidon palveluja. Tulosten perusteella voidaan sanoa, että kunnan rakenteelliset ja taloudelliset tekijät selittävät melko vähän mielipide-eroja. Kiintoisa havainto kuitenkin on se, että pienissä kunnissa kannatetaan selvästi enemmän omaa kuntaa suurempaa aluekokonaisuutta vain erikoissairaanhoidon järjestämises- sä. Sen sijaan suurehkoissa kunnissa suhtaudutaan positiivisimmin siihen, että muita palveluja järjestäisivät kuntaliitokset ja seutu- tai maakunnat yhteistyössä.

Myös kunnan huoltosuhde on tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä terveystakeskus- ja erikoissairaanhoidon palveluja koskeviin mielipiteisiin. Tosin huoltosuhteella ei vaikuta olevan kovinkaan selkeää yhteyttä: verrattuna kuitenkin niihin kuntiin, joissa huoltosuhde on keskimääräisellä tasolla, korkean huoltosuhteen kunnissa suhtaudutaan myönteisemmin kuntaliitoksiin ja seutu- tai maakuntatason yhteistyöhön. Taloudellisista tekijöistä kunnan suuri velkaantuneisuus on odotetusti yhteydessä positiivisempaan suhtautumiseen omaa kuntaa laajempaan yhteistyöhön. Niissä kunnissa, joissa velkaantuneisuus on suurta, suhtaudutaan tavallisesti myönteisemmin kuntaliitoksiin ja seutu- tai maakuntatason yhteistyöhön kuin niissä kunnissa, joissa velkaantuminen on pysynyt vähäisenä. Tilastollisesti merkitseviä eroja tässä on päivähoidossa, vanhustenhuollossa, terveystakeskuspalveluissa ja erikoissairaanhoidossa.

Taulukossa 4 on esitetty Arttu Saarisen (2007) tulokset siitä, mikä on lää- käreiden mielestä sopivin alue järjestämään terveydenhuollon kuntalaisille. Valtaosa lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta tai kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon, eli he eivät kaipa muutosta nykyiseen.

**Taulukko 4.** Lääkäreiden käsitys sopivimmasta terveydenhuollon järjestämisalueesta.

|                      | Kunta | Kunta-<br>yhtymä | Seutu-<br>kunta | Maakunta<br>/sairaanhoidopiiri | Lääni | Yhteensä |
|----------------------|-------|------------------|-----------------|--------------------------------|-------|----------|
| Perusterveydenhuolto | 17,2  | 46,3             | 21,5            | 12,5                           | 2,5   | 100      |
| Erikoissairaanhoido  | 1,8   | 9,3              | 6,7             | 66,6                           | 15,6  | 100      |

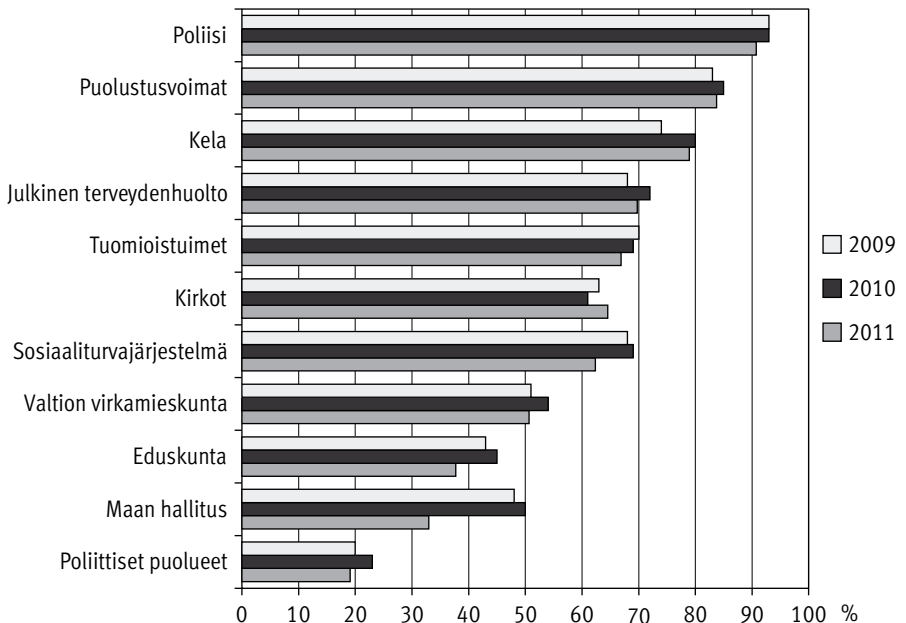
Myös erikoissairaanhoidossa nykytilanteella on suuri kannatus. Näin ollen siirtyminen selvästi suurempiin palveluntuotantoalueisiin ei saisi erityisen suurta kannatusta. Lääkäreiden näkemykset ovat pitkälti samansuuntaiset kunnanjohtajien (taulukko 3) kanssa. Sen sijaan kansalaisiin verrattuna lääkärit ja kunnanjohtajat kannattavat suurempia palvelujen järjestämisalueita kuin väestö.

33

## Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon

Kuviossa 6 tarkastellaan luottamusta erilaisiin yhteiskunnallisiin instituutioihin. Erot instituutioiden välillä ovat selkeitä. Luottamus on heikointa poliittisessa päätöksenteossa mukana olevia instituutioita kohtaan. Alle puolet vastaajista luottaa poliittisiin puolueisiin, eduskuntaan ja maan hallitukseen ja noin puolet valtion virkamiehiin. Sen sijaan luottamus on suuri poliisia ja puolustusvoimia kohtaan. Julkiseen terveydenhuoltoon luottaa noin 70 prosenttia vastaajista.

**Kuvio 6.** Luottamus instituutioihin vuosina 2009–2011. Niiden osuus vastaajista, jotka luottavat instituutioon erittäin tai melko paljon, %.



Lähde: Kelan kansalaiskyselyt 2009–2011.

Samoin kuin edellä palvelujen saamissa kouluarvosanoissa ilmeni, myös luottamus instituutioihin on melko yhdenmukaista riippumatta siitä, mistä väestöryhmästä on kyse. Erilaisista sosioekonomisista ja alueellisista tekijöistä ainoastaan sukupuoli, kotitaloustyyppi ja suuralue tuottavat tilastollisesti merkitseviä eroja luottamukselle julkiseen terveydenhuoltoon (liitetaulukko 2). Naiset luottavat julkiseen terveydenhuoltoon enemmän kuin miehet. Perhetyyppien väliset erot sen sijaan eivät tuota tulkinnallisesti kovinkaan selkeitä tuloksia. Yksinhuoltajat, yksin asuvat sekä myös muut lapsiperheet luottavat julkiseen terveydenhuoltoon koko maan keskiarvoa enemmän. Julkiseen terveydenhuoltoon luotetaan eniten Etelä- ja Itä-Suomessa, vähiten Länsi- ja Pohjois-Suomessa.

## Lopuksi

Tässä artikkelissa olen tarkastellut suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää koskevaa asenne- ja mielipideilmastoa. Kuten muuallakin Euroopassa, terveydenhuollon järjestäminen mielletään Suomessa vahvasti julkisen sektorin vastuulle. Eurooppalaisittain suomalaiset arvioivat terveystalouden tason ja tehokkuuden sangen hyväksi. Kriittisyys palvelujen tasoa ja tehokkuutta kohtaan kuitenkin kasvaa, kun tarkastellaan terveydentilan ja mielipiteiden välistä yhteyttä. Terveys-

---

*Suomalaisten luottamus terveydenhuoltopalveluihin on vahva ja niitä pidetään tärkeinä.*

---

tensä huonoksi kokevat tai ne, joilla on arkipäivän elämistä haittaava terveysongelma, suhtautuvat terveydenhuollon tehokkuuteen ja tasoon selvästi kriittisemmin kuin muut.

Terveyskeskuspalvelut saavat verraten hyvän kouluarvosanan väestöltä. Arvosanojen muuttumattomuus kuvaa myös hyvin sitä, että asenteiden ja mielipiteiden muutos on hidas prosessi. Tämän lisäksi arvosanoissa ei havaittu kovinkaan suuria tai merkittäviä eroja eri väestöryhmien välillä. Myös luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on sangen suurta. Samoin kuin kouluarvosanoissa, myös luottamus terveydenhuoltoon on melko yhdenmukaista riippumatta siitä, mistä väestöryhmästä on kyse.

Suomalaiset haluavat peruspalvelunsa lähelle (ks. myös Blomberg ja Kroll 1999a ja b; Kallio 2010). Tämän vuoksi oman kunnan palvelujen järjestämisvastuulla on suuri kannatus suomalaisten mielisissä. Kuntien viranhaltijoiden, kunnanjohtajien ja lääkäreiden mielipiteissä heijastuu kenties enemmän esimerkiksi väestörakenteeseen ja kuntatalouteen liittyvät palvelujen järjestämisen käytännön realiteetit. Kuntien välisellä yhteistyöllä ja myös kuntaliitoksilla on selvästi suu-

rempi kannatus kuntien viranhaltioiden ja kunnanjohtajien keskuudessa kuin kuntalaisten mielissä.

Kokonaisuudessaan artikkelin tulokset antavat terveyspalveluista varsin myönteisen kuvan. Ihmiset pitävät palveluja tärkeinä ja mieltävät niiden järjestämisen tärkeäksi julkisen vallan tehtäväksi. Suomalaiset myös arvioivat terveyspalvelujen toimivuuden eurooppalaisittain hyväksi. Kunnalliseen demokratiaan viittaa se, että omaa kuntaa pidetään kaikkein tärkeimpänä palveluntarjoajana. Kyse on kansalaismielipiteen valossa erityisesti siitä, että palvelujen halutaan olevan ja pysyvän lähellä. Palvelujen erilaiset tuotantotavat tai rahoituksen järjestämistavat sinänsä eivät välttämättä näy juurikaan kansalaisten mielipiteissä. Ne ovat välineitä, joilla pyritään vaikuttamaan sellaisiin seikkoihin, joita kansalaiset palveluja käyttäessään arjessa kohtaavat: palvelujen saatavuuteen, laatuun ja oikeudenmukaiseen jakautumiseen.

---

*Omaa kuntaa pidetään kaikkein tärkeimpänä palveluntarjoajana.*

---

## Lähteet

- Bean C, Papadakis E. A comparison of mass attitudes towards the welfare state in different institutional regimes, 1985–1990. *International Journal of Public Opinion Research* 1998; 10 (3): 211–236.
- Blekesaune M, Quadagno J. Public attitudes toward welfare state policies. A comparative analysis of 24 nations. *European Sociological Review* 2003; 19 (5): 415–427.
- Blomberg H, Kroll C. Do structural contexts matter? Macrosociological factors and popular attitudes toward public welfare services. *Acta Sociologica* 1999a; 42 (4): 319–335.
- Blomberg H, Kroll C. Who wants to preserve the 'Scandinavian Service State'? Attitudes to welfare services among citizens and local government elites in Finland 1992–1996. Julkaisussa: Svallfors S, Taylor-Gooby P, toim. *The end of welfare state? Responses to state retrenchment*. London: Routledge, 1999b: 52–86.
- Campbell JL. *Institutional change and globalization*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.
- Ex-kuntaministerien arvio hallitusohjelmasta. *Polemiikki* 2011 (3): 7.
- Henna Virkkunen piirtää kuntakarttaa: ”Emme pääse uudistusta pakoon”. *Polemiikki* 2011; (3): 8–11.
- Kallio J. Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108, 2010.
- Kallio J, Niemelä M. Kuntalaisten ja kunnan viranhaltijoiden asennoituminen kuntien väliseen yhteistyöhön hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2008; 36 (3): 260–273.

Niemelä M. Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 102, 2008.

Saarinen A. Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. Yhteiskuntapolitiikka 2007; 72 (6): 599–612.

Svallfors S. The moral economy of class. Class and attitudes in comparative perspective. Stanford, CA: Stanford University Press, 2006.

36 Taylor-Gooby P. The future of health care in six European countries. The views of policy elites. *International Journal of Health Services* 1996; 26 (2): 203–219.

**Liitetaulukko 1.** Kouluarvosanat oman kunnan terveyskeskuksen palvelulle eri väestöryhmissä (keskiarvot, tapausten lukumäärä ja keskihajonnat).

37

|  | Arvosana | N   | Keskihajonta |
|--|----------|-----|--------------|
| <b>Koulutus (F-arvo: 3,346**)</b>                  |          |     |              |
| Peruskoulu   | 7,71     | 248 | 1,86         |
| Ammatillinen perustutkinto                         | 7,69     | 246 | 1,64         |
| Ylioppilas   | 7,89     | 109 | 1,76         |
| Opistoaste   | 7,66     | 121 | 1,63         |
| Ammattikorkeak. tai alempi akat. tutkinto          | 7,95     | 168 | 1,66         |
| Ylempi akateeminen tutkinto                        | 8,47     | 108 | 1,50         |
| <b>Kunnan kaupunkimaisuusaste (F-arvo: 2,452*)</b> |          |     |              |
| Pääkaupunkiseutu                                   | 8,11     | 203 | 1,75         |
| Kaupunkimainen                                     | 7,81     | 467 | 1,72         |
| Taajaan asuttu                                     | 7,72     | 167 | 1,74         |
| Maaseutumainen                                     | 7,70     | 165 | 1,58         |
| Ikä (F-arvo: 0,879 n.s.)                           |          |     |              |
| Sukupuoli (F-arvo: 0,051 n.s.)                     |          |     |              |
| Kotitaloustyyppi (F-arvo: 1,469 n.s.)              |          |     |              |
| Sosioekonominen asema (F-arvo: 1,219 n.s.)         |          |     |              |
| Työmarkkina-asema (F-arvo: 0,781 n.s.)             |          |     |              |
| Kotitalouden tulot (F-arvo: 0,899 n.s.)            |          |     |              |
| Puoluekannatus (F-arvo: 1,554 n.s.)                |          |     |              |
| Suuralue (NUTS 2) (F-arvo: 1,950 n.s.)             |          |     |              |

Keskiarvojen tilastollinen testaus suoritettu F-testillä. Tilastollinen merkitsevyys on merkitty tähdillä seuraavasti: \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ , n.s. = ei tilastollista merkitsevyyttä.

**Liitetaulukko 2.** Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon eri väestöryhmissä (keskiarvot, tapausten lukumäärä ja keskihajonnat).

|   | Arvosana | N   | Keskihajonta |
|---|----------|-----|--------------|
| <b>Sukupuoli (F-arvo: 7,067**)</b>              |          |     |              |
| Nainen  | 2,32     | 508 | 0,836        |
| Mies  | 2,18     | 494 | 0,792        |
| <b>Kotitaloustyyppi (F-arvo: 4,134***)</b>      |          |     |              |
| Vanhempien kanssa asuva                         | 2,00     | 69  | 0,707        |
| Yksin asuva                                     | 2,32     | 257 | 0,834        |
| Lapseton pari                                   | 2,20     | 369 | 0,788        |
| Kahden huoltajan lapsiperhe                     | 2,27     | 265 | 0,849        |
| Yksinhuoltaja                                   | 2,46     | 26  | 0,811        |
| Muu   | 2,47     | 15  | 0,516        |
| <b>Suuralue (NUTS 2) (F-arvo: 3,359**)</b>      |          |     |              |
| Uusimaa   | 2,26     | 294 | 0,798        |
| Etelä-Suomi                                     | 2,35     | 206 | 0,913        |
| Itä-Suomi                                       | 2,38     | 129 | 0,886        |
| Länsi-Suomi                                     | 2,16     | 254 | 0,755        |
| Pohjois-Suomi                                   | 2,10     | 119 | 0,694        |
| Koulutus (F-arvo: 1,467 n.s.)                   |          |     |              |
| Kunnan kaupunkimaisuusaste (F-arvo: 0,292 n.s.) |          |     |              |
| Ikä (F-arvo: 0,839 n.s.)                        |          |     |              |
| Sosioekonominen asema (F-arvo: 1,053 n.s.)      |          |     |              |
| Työmarkkina-asema (F-arvo: 0,841 n.s.)          |          |     |              |
| Kotitalouden tulot (F-arvo: 0,649 n.s.)         |          |     |              |
| Puoluekannatus (F-arvo: 0,535 n.s.)             |          |     |              |

Keskiarvojen tilastollinen testaus suoritettu F-testillä. Tilastollinen merkitsevyys on merkitty tähdillä seuraavasti: \*\*\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \* =  $p < 0,05$ , n.s. = ei tilastollista merkitsevyyttä.



## Toomas Kotkas ja Laura Kalliomaa-Puha

### Oikeudellisia näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiskeskusteluun

Artikkelissa tarkastellaan viime vuosina käydyin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiskeskustelun oikeudellisia ulottuvuuksia. Tarkastelun lähtökohtana on uudistamiskeskustelussa ehdotettujen kolmen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallin vertailu. Nämä kolme mallia ovat keskitetty kansallinen malli, alueellisten toimijoiden malli sekä vahva kuntamalli. Perustuslaki ei näyttäisi asettavan periaatteellisia esteitä yhdellekään järjestämis- ja rahoitusmallille. Jokaisen mallin nimenomaisena lähtökohtana on yhdenvertaisuuden lisääminen sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuudessa ja tasossa. Yksilöiden vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmasta tarkasteltuna keskitetty kansallinen malli ja alueellisten toimijoiden malli kuitenkin edellyttäisivät todennäköisesti uusien vaikuttamismekanismien luomista.

Tässä kirjoituksessa tarkastellaan viime vuosina käydyin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiskeskustelun oikeudellisia ulottuvuuksia. Tarkastelun lähtökohta on uudistamiskeskustelussa ehdotettujen kolmen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallin vertailu. Nämä kolme mallia ovat keskitetty kansallinen malli, alueellisten toimijoiden malli sekä vahva kuntamalli.

Pohdimme, mikä merkitys lainsäädännöllä – erityisesti perustuslailla – on järjestämismalleja vertailtaessa. Kysymme, asettaako lainsäädäntö ennakkoehtoja mallien valinnalle, ovatko mallit omiaan lisäämään tai vähentämään yhdenvertaisuutta, pääsevätkö kansalaiset vaikuttamaan ja miten yksilön oikeusturva toteutuu.

## Yhdenvertaisuus

Keskusteltaessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen oikeudellisista ulottuvuuksista yhdeksi keskeisimmäksi kysymykseksi nousee kansalaisten yhdenvertaisuus. Perustuslain (L 731/1999) 6 §:n mukaan ”ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä”. Perustuslain 19.3 § puolestaan korostaa julkisen vallan vastuuta riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä ”jokai-

selle”. Kyseisistä säännöksistä seuraa, että julkisen vallan on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut koko maan alueella riippumatta siitä, missä ihminen asuu ja mihin sosioekonomiseen väestöryhmään hän kuuluu.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen epätasa-arvoinen käyttö ja saatavuus, kasvavat terveyserot sekä alueellinen epätasa-arvo ovat yhteinen huolenaihe kaikilla keskustelijoilla. Näillä mittareilla mitaten nykyinen järjestelmämme ei välttämättä ole onnistunut kovin hyvin. Tuoreissa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista koskevissa raporteissa kysymystä yhdenvertaisuudesta käsitellään sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja saatavuuden näkökulmasta käsin. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2010 julkaisemassa raportissa *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet* todetaan, että ”[v]aikka tiedot monikanavarahoituksen vaikutuksista palvelujen käyttöön ovat epäsuoria, viittaavat tutkimustulokset perustellusti siihen, että monikanavainen rahoitusjärjestelmä liittyy palvelujen käytössä ja saatavuudessa oleviin väestöryhmien välisiin eroihin.” (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, 69.) Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamista käsittelevän työryhmän loppuraportissa todetaan niin ikään, että ”[p]irstaleinen järjestäjäkenttä monikanavaisine rahoitusjärjestelmineen ja heikkoine ohjausmahdollisuuksineen – on merkinnyt sitä, että väestöryhmien erot terveyspalvelujen käytössä ovat lisääntyneet ja terveyserot kasvaneet. Samaa kehitystä tukevat vielä alueelliset ongelmat maan eri osissa.” (STM 2011, 28–29.)

Jälkimmäisessä raportissa mainitut ”pirstaloitunut järjestäjäkenttä” ja ”alueelliset ongelmat” ovat pitkälti seurausta vuoden 1993 alusta voimaan tulleesta, sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeneesta lakiuudistuksesta. Uudistuksen perusteella luovuttiin keskitetystä ohjauksesta sekä lisättiin kuntien itsenäistä päätäntävaltaa ja vastuuta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Uudistuksen taustalla oli myös pyrkimys hajauttaa julkishallintoa sekä lisätä sen tehokkuutta ja tuottavuutta. (HE 216/1991, 5–10.) Uudistuksen seurauksena palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kuitenkin suuresti alueellisesti. Eriarvoisuutta onkin sittemmin pyritty korjaamaan muun muassa hoitotakuusäännöksin. Näiden säännösten antamisen taustalla on nimenomaan ollut halu lisätä yhdenvertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta hoitoon pääsystä (HE 77/2004, 1, 25, 30).

Molemmat edellä mainitut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista koskevat raportit asettavatkin sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja saatavuus-

---

*Miten kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu? Miten kansalaiset voivat vaikuttaa palveluihinsa?*

---



---

*Heikkojen ja hauraiden asiakkaiden oikeuden toteutumista on huolehdittava.*

---

teen liittyvän epätasa-arvon poistamisen yhdeksi uudistusten lähtökohdaksi. Kummassakin raportissa ehdotetaan siirtymistä nykyisestä hajautetusta kuntamallista kohti keskitetympää järjestämismallia. THL:n raportissa alueellisen ja väestöryhmittäisen eriarvoisuuden poistamiseksi ehdotetaan siirtymistä yksikanavaisen rahoitusmalliin, jossa vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta olisi nykyisiä kuntia suuremmilla alueellisilla tahoilla (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, 80–81). Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän raportissa yhdenvertaisuus asetetaan nimenomaisesti yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lähtökohdaksi. Ratkaisuksi sosiaali- ja terveydenhuollon nykyjärjestelmää vaivaaviin ongelmiin – mukaan lukien epätasa-arvo – työryhmä ehdottaa siirtymistä malliin, jossa toimijoina olisivat riittävän suuret ja vahvat kunnat (STM 2011, 58, 65–66).

Sekä THL:n että STM:n raportissa esitetään kritiikkiä kansallisesti keskitettyä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallia kohtaan. Kritiikin perusteena eivät kuitenkaan ole mallin mahdolliset vaikutukset asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuudelle vaan muut tekijät (ks. seuraava luku). Voidaan siis ajatella, että kansallisesti keskitetysti järjestetty ja rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuolto olisi yhdenvertaisuuden näkökulmasta jopa paras vaihtoehto. Kun sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu olisi yksissä käsissä, edellytykset asiakkaiden yhdenvertaiselle kohtelulle olisivat parhaat. Tosin voidaan myös väittää, että isossa keskitetyssä organisaatiossa toiminta järjestettäisiin luultavimmin alueellisten yksiköiden kautta, mikä voisi johtaa erilaisten ratkaisukäytäntöjen esiintymiseen. Keskitettykään malli ei siten välttämättä turvaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta.

## Kunnallinen itsehallinto ja kansalaisvaikuttaminen

Perustuslain 121.1 §:n mukaan ”Suomi jakaantuu kuntiin, joiden hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon.” Nykylainsäädännön mukaan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidto kuuluvat kuntien järjestämisvastuun piiriin. Kunnat saavat rahaa näiden tehtävien hoitamiseksi valtionosuusjärjestelmän kautta. Kunnallisen itsehallinnon periaatteeseen kytkeytyykin likeisesti nk. rahoitusperiaate, joka on muotoutunut perustuslakivaliokunnan käytännön myötä. Perustuslakivaliokunta lausui perusoikeusuudistuksen yhteydessä (PeVM 25/1994), että kuntien ”[t]ehtävistä säädettäessä on myös huolehdittava, että kunnilla on tosiasialliset edellytykset suoriutua tehtävistään.”

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän raportissa ehdotetaan terveydenhuollon osalta, että kunnallisen rahoituksen piiriin siirrettäisiin ”sellaiset sairausvakuutuksesta rahoitetut palvelut, jotka sisältönsä puolesta vastaavat

kuntien järjestämismvastuulla olevia palveluja, rikkovat palvelujen saumattomuutta, aiheuttavat eniten kustannusvastuun siirtoja ja mahdollistavat osaoptimoinnin.” (STM 2011, 73.) Näitä olisivat lääkärinpalkkiot, tutkimuksen ja hoidon korvaukset, matkakustannusten korvaukset, hammashuollon korvaukset sekä Kelan harkinnanvaraisen kuntoutuksen tuet. Käytännössä ehdotus tarkoittaa yksityisten lääkärinpalkkioiden sekä yksityisten tutkimus- ja hoitokustannusten korvaamisjärjestelmän lakkauttamista. Sairausvakuutusmaksuista kertyvä raha ohjattaisiin valtionosuuksien kautta suoraan kunnille, jotka päättäisivät, kuinka kohdennetaan nuo varat eli tuotetaanko palvelut itse vai hankitaanko ne muilta palveluntuottajilta. Kyseinen ehdotus ei ole kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta ongelmallinen, sillä kyse ei olisi uusien tehtävien antamisesta kunnille, vaan kunnallisen päätäntävällän vahvistamisesta ja mahdollisesti resurssien lisäämisestä. Vakuutettujen sairausvakuutusmaksuista kertyneiden tulojen siirtäminen kuntien valtionosuuksiin ei olisi ongelmallista perustuslain kannalta muutoinkaan, sillä perustuslakivaliokunnan lausuntokäytännössä sairausvakuutusmaksu on tulkittu veroksi (PeVL 36/2005, 2). Verona kerätyn sairausvakuutusmaksun käyttötarkoituksen muutos edellyttäisi toki ainakin sairausvakuutuslain muuttamista.

Mitä terveydenhuollon järjestämismvastuun siirtäminen kunnilta yhdelle kansalliselle toimijalle puolestaan merkitsisi kunnalliselle itsehallinnolle? Loukkaisiko terveydenhuollon järjestämismvastuun siirtäminen esimerkiksi kansallisen terveystrahaston kaltaiselle toimijalle kunnallisen itsehallinnon periaatetta? Kysymykseen on vastattava kielteisesti. Kunnallisen itsehallinnon periaatteesta ei seuraa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämismvastuun tulisi kuulua nimenomaan kunnille. Perustuslain 19.3 §:ssä säädetään ainoastaan, että riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen kuuluu ”julkisen vallan” tehtäviin. Perusoikeusuudistusta koskevassa hallituksen esityksessä todettiin, että ”[s]äännöksessä ei määritellä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapaa.” (HE 309/1993, 71). Tämä tarkoittaa ensinnäkin sitä, että julkisyhteisöjen ei itse tarvitse huolehtia kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen *tuottamisesta*, vaan ne voidaan ulkoistaa, kuten viime vuosina on tehty. Kyseinen säännös ei toisekseen aseta myöskään estettä sille, että sosiaali- ja terveydenhuollon *järjestämismvastuu* annettaisiin kansallisesti keskitetyille toimijalle.

Voidaan jopa ajatella, että terveydenhuollon siirtäminen kansalliselle toimijalle tiettyssä mielessä lisäisi kunnallista itsehallintoa. Jos kunnat joutuvat käyttämään kunnallisveroina kerättyjä varoja lakisääteisten pakollisten tehtävien hoitamiseen, saattaa se heikentää kunnan kykyä toteuttaa vapaaehtoisia tehtäviä ja siten kaventaa kunnan itsehallintoa. (Tuori 2012, 118.) Kun kunnilta sen sijaan karsittaisiin julkiselle vallalle kuuluvia tehtäviä, kuten terveydenhuollon järjestäminen, pienenesi riski siitä, että ne joutuisivat käyttämään kunnallisveroina kerättyjä varoja lakisääteisten tehtävien hoitoon. Jos pakolliset tehtävät

hoidettaisiin kansallisesti, kunnille jäisi enemmän pelivaraa järjestää paikallisesti tarpeellisiksi katsomiaan vapaaehtoisia tehtäviä.

Vaikka keskitetty kansallinen malli ei sellaisenaan loukkaisi kunnallisen itsehallinnon periaatetta, tulisi kuitenkin erikseen pohtia keskitetyn mallin vaikutuksia yksilöiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin. Perustuslain 14.4 § nimittäin edellyttää julkiselta vallalta aktiivisia toimia yksilöiden yhteiskunnallisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien luomiseksi. Itse asiassa sekä THL:n että sosiaali- ja terveysministeriön raportissa kansallinen malli torjutaan tähän näkökulmaan vedoten. THL:n raportissa todetaan, että palvelujen järjestämisen ja rahoituksen keskittäminen ”yhdelle valtakunnalliselle toimijalle veisi päätöksenteon kauas palveluja käyttävistä asukkaista ja palvelut pääosin rahoittavista kunnista sekä synnyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoille monopolin, yhden valtakunnallisen palvelujen ostajan. Siksi rahoitus- ja järjestämisvastuun keskittämistä yhdelle kansalliselle toimijalle ei pidetä ensisijaisena vaihtoehtona.” (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, 81.)

---

*Mikä malli turvaa yhdenvertaisuuden toteutumisen parhaiten?*

---

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän raportissa puolestaan todetaan kansallisesti keskityn mallin olevan huono, sillä se merkitsisi ”sosiaali- ja terveydenhuollon irtautumista kuntien muusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyvästä päätöksenteosta.” Raportin mukaan kansallisesti keskitetty malli edellyttäisi uusia mekanismeja demokraattisen päätöksenteon varmistamiseksi. (STM 2011, 65.) Tulisi toisin sanoen varmistaa, että palvelujen käyttäjät (asiakkaat ja potilaat) voisivat riittävällä tavalla vaikuttaa ja osallistua sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskevaan päätöksentekoon.

Jos järjestämisvastuu päätettäisiin antaa kansalliselle toimijalle, tällöin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota perustuslain 14.4 §:ssä julkiselle vallalle asetettuun velvollisuuteen ”edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.” Myös sosiaalihuoltoasetuksen (A 607/1983) 5 §:ssä säädetään, että ”[s]osiaalihuollon asiakkaille on järjestettävä mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa tarkoituksenmukaisella tavalla sosiaalihuollon ja sen eri toimintayksiköissä annettavan huollon suunnitteluun ja toteuttamiseen.” Kansallisesti keskitettyä terveysvakuutusmallia koskevan ehdotuksen yhteydessä onkin esitetty esimerkiksi alueellisten neuvottelukuntien perustamista. Neuvottelukunnissa olisivat edustettuina alueen kunnat ja sairaanhoitopiirit, terveysalan viranomaiset sekä terveystaloustieteen ja terveydenhuoltotutkimuksen asiantuntijat. Palvelujen käyttäjiä edustaisivat puolestaan potilasjärjestöt tai potilasasiamiehet. (Forss ja Klaukka 2003, 1940.) Ehdotetussa muodossaan neuvottelukunnat tuskin kuitenkaan täyttäisivät perustuslaissa yksilön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksille asetettuja edellytyksiä. Tulisiko yksilöiden ääni riittävästi kuuluville kunnan asettamien

edustajien välityksellä? Lisäksi potilasasiamiehet ja potilasjärjestöt edustavat rajatusti potilaita, eivätkä kansalaisia ja maassa asuvia henkilöitä yleisesti. Neuvottelukuntien kokoonpanoa tulisivatkin miettiä tästä näkökulmasta.

Mutta alueellisten toimijoiden malli ja vahvojen peruskuntien malli eivät nekään ole kunnallisen itsehallinnon sekä yksilön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmista täysin ongelmatomia. Myös niissä tulisi kiinnittää erityishuomiota kunnallis- ja kansalaisdemokratianäkökohtiin. THL:n raportissa päädyttiin esittämään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallin ja rahoituksen siirtämistä ”kuntien kautta rakentuville alueellisille toimijoille” (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, 81). Voidaan kysyä, että jos järjestämismallin ja rahoituksen siirtäminen esimerkiksi maakuntatason toimijoille, miten varmistetaan kunnallisdemokratia. Perustuslailliselta kannalta kysymykseen on kuitenkin jo vastattu Kainuun maakuntakokeilun yhteydessä. Kainuun hallintokokeilua koskevan lain (L 343/2003) 8 §:ssä säädetään asukkaiden neljäksi kalenterivuodeksi kerrallaan valitsemasta maakuntavaltuustosta, jolle kuuluu päätösvalan käyttäminen maakunnassa. Perustuslakivaliokunnan mukaan maakuntavaltuusto turvaa kunnalliseen itsehallintoon sisältyvän kansanvaltaisuuden periaatteen toteutumista (PeVL 65/2002).

---

*Miten kansalaisten ääni saadaan parhaiten kuuluviin?*

---



---

*Vaikuttavatko mallit oikeusturvan toteutumiseen?*

---

Entä malli vahvoista peruskunnista? Jos sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus tulisi nykyistä huomattavasti suurempien kuntien vastattavaksi, voidaan ajatella, että voimassa oleva lainsäädäntö – erityisesti kuntalain kunnanvaltuuston kokoa koskevat säännökset – ei välttämättä takaa kunnallisdemokratian toteutumista. Näin olisi ainakin siinä tapauksessa, että kaksi tai useampi pääkaupunkiseudun kunnista liittyisi yhteen muodostaen jopa yli miljoonan asukkaan kunnan. Tässä tapauksessa olisi valtiosääntöoikeudellisesta näkökulmasta pohdittava kysymystä uudentyyppisten paikallisten itsehallintoelinten (esimerkiksi paikallisvaltuustojen) ja vaikuttamismekanismien luomisen välttämättömyydestä ja tarpeellisuudesta kunnan sisällä.

## Muutoksenhakujärjestelmä ja asiakkaan oikeusturva

Onko sosiaali- ja terveydenhuollon eri järjestämismalleilla mahdollisesti erilaisia vaikutuksia yksilöiden oikeusturvaan? Tämän pohtimiseksi täytyy ensin luoda katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksenhaku- ja valvontajärjestelmään.

Nykyinen hallinto-oikeudellinen muutoksenhakujärjestelmä noudattaa sosiaaliturvajärjestelmän osalta kahden erillisen muutoksenhakutien mallia: 1) Kunnallisten toimielinten ja viranhaltijoiden päätöksiin haetaan ensivaiheessa muutosta oikaisuvaatimusmenettelyn kautta. Oikaisuvaatimus tehdään joko kunnanhallitukselle tai lautakunnalle. Vasta oikaisuvaatimukseen annetusta päätöksestä voi valittaa yleiseen hallinto-oikeuteen. 2) Kelan ja muiden sosiaaliturvalaitosten tekemiin päätöksiin haetaan muutosta muutoksenhakulautakunnista. Kelan tekemistä päätöksistä haetaan muutosta – etuudesta riippuen – sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnasta, työttömyysturvan muutoksenhakulautakunnasta tai opintotuen muutoksenhakulautakunnasta. Kaikkien mainittujen lautakuntien päätöksiin voi puolestaan hakea muutosta vakuutus-oikeudesta.

Jos sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ehdotuksen mukaisesti luovuttaisiin kokonaan sairausvakuutuksen yksityisten lääkärinpalkkioiden sekä yksityisten tutkimus- ja hoitokustannusten korvaamisjärjestelmästä, vaikuttaisi tämä luultavasti jossakin määrin sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan työmäärään. Esimerkiksi vuonna 2010 sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan ratkaisemista valitusasioista (n = 27 411) suunnilleen kolmasosa koski sairausvakuutusasioita (Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunta 2010, 22). Ehdotuksen tarkkaa vaikutusta on kuitenkin vaikea arvioida, sillä sairausvakuutusasiat sisältävät myös sairauspäiväraha-korvaukset, joita ehdotus ei koske.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan oikeusturvaan kuuluu muutoksenhakujärjestelmän ohella keskeisenä osana myös muistutus-, kantelu- ja vahingonkorvausmenettelyt. Esimerkiksi kunnallisessa terveydenhuollossa ei juurikaan tehdä valituskelpoisia hallintopäätöksiä, joihin voisi hakea muutosta. Niiden osalta oikeusturvajärjestelmä rakentuu muistutusten, kanteluiden ja vahingonkorvausten varaan. Sosiaalihuollon asiakaslain (L 812/2000) ja potilaslain (L 785/1992) säännösten mukaan asiakkaalla tai potilaalla on oikeus tehdä muistutus kohtelustaan toimintayksikön vastuuhenkilölle. Hallintokantelun voi puolestaan tehdä Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valviralle, aluehallintovirastoille sekä ylimmille laillisuusvalvojille, eduskunnan oikeusasiamiehelle ja oikeuskanslerille.

Sosiaalihuollon valvonta tuli Valviran tehtäväksi vasta vuoden 2010 alusta. Valvira käsittelee sosiaalihuollon valvontatapauksia etupäässä silloin, kun kysymys on valtakunnallisesti ja periaatteellisesti tärkeästä ja laajakantoisesta asiasta. Sosiaalihuollon toimintaa koskevat kantelut käsitelläänkin pääosin aluehallintovirastoissa. Terveystieteiden osalta Valvira käsittelee kanteluita, jotka koskevat epäilyä potilaan menehtymisestä hoitovirheen seurauksena. Valvira käsittelee myös periaatteellisesti merkittävät ja laajakantoiset asiat sekä sellaiset valvontasiat, joissa tulee harkittavaksi terveydenhuollon ammattihenkilön oikeuksien rajoittaminen tai poistaminen tai häneen kohdistuvat kurinpitotoimet. Valviran

käsitlemät kantelut ja muut valvonta-asiat ovat lisääntyneet joka vuosi. (Valvira 2011, 7, 17, 22–23.)

Nykyiseen Etelä-Suomen aluehallintovirastoon (silloiseen lääninhallitukseen) vuosina 1998–2005 tulleista kanteluista suurin osa koski hoito- tai menettelyvirhettä. Tilanne on edelleen sama. Myös hoidon epääminen tai hoitoon pääsy on ollut kanteluiden kohteena. Selvityksen mukaan eniten huomautettavaa löytyi yksityislääkäritoiminnasta, erikoissairaanhoidosta, kansanterveyden avohoidosta ja psykiatriasta. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2007, 28–30.)

47

Eduskunnan oikeusasiamiehelle tulleet sosiaali- ja terveystalon kantelut ovat jo vuosia koskeneet samoja teemoja. Sosiaalihuoltoon liittyvät kantelut ovat käsitelleet toimeentulotukihakemusten käsittelyä (muun muassa liian pitkät käsittelyajat), vammaispalvelujen järjestämistä, vanhustenhuollon laatua ja pakkokeinojen käyttämistä, asiakasmaksuja sekä lastensuojelua. Terveystaloon liittyvät kantelut ovat koskeneet hoitotakuun asettamien veloitteiden noudattamista, potilaan oikeutta hyvään hoitoon, potilaan itsemääräämisoikeutta ja tiedonsaantioikeutta, potilasasiakirjamerkintöjä sekä potilastietojen salassapitovelvollisuutta ja potilaiden yksityiselämän suojaa. Kantelumäärät ovat kasvaneet tasaisesti molemmissa asiaryhmissä läpi koko 2000-luvun. (Eduskunnan oikeusasiamies 2010, 229–272.)

Kanteluiden lisääntynyt määrä ei välttämättä tarkoita sitä, että ongelmat sosiaali- ja terveydenhuollossa olisivat lisääntyneet. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden oikeudet ovat parantuneet ja niitä koskeva tietoisuus on lisääntynyt. Toisaalta vaikka kanteluiksi asti päätyneet yksittäiset tapaukset edustanevat aina vain jäävuoren huippua ainakin lukumääräisesti eivätkä välttämättä valikoidu tasaisesti, voidaan kuitenkin olettaa, että Valviraan, aluehallintovirastoihin ja eduskunnan oikeusasiamiehen kansliaan päätyy tavallisimpia ongelmia.

Voidaan kysyä, voisiko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismallia uudistamalla vaikuttaa näihin ongelmiin. Nykyistä voimakkaampi valtakunnallinen ohjaus voisi yhdenmukaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköiden toimintatapoja ja parantaa asiakkaiden oikeusturvaa. Toisaalta hoitotoiminnassa on aina kysymys yksittäisistä ihmisistä ja yksittäisistä tapauksista, joissa yksilöllinen harkinta on välttämätöntä eikä yleispäteviä ohjeita ole mahdollista antaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon epäkohdat ovat seurausta myös puutteellisista resursseista ja koulutuksesta. Keskitetty kansallinen järjestämis- ja rahoitusmalli saattaisi taata esimerkiksi terveydenhuollon hoitotakuiden toteutumisen nykyistä kuntien rahoitukseen perustuvaa mallia paremmin.

Olennaista on kuitenkin se, että nykyinen oikeusturvajärjestelmä ei sinänsä ole sidoksissa kansalliseen, alueelliseen tai kuntamalliin. Päädyttiinpä näistä malleista mihin tahansa, sosiaali- ja terveydenhuollon oikeusturvajärjestelmä pysyisi luultavasti jokseenkin muuttumattomana. Oikeusturvajärjestelmän lähtökohdana on toiminnan luonne, ei sen järjestämistapa. Esimerkiksi tervey-

denhuollossa lääkärit ja hoitohenkilökunta tekisivät edelleen tosiasialliseksi hallintotoiminnaksi luokiteltavia toimenpiteitä, joihin ei voi hakea muutosta mutta joista voi tehdä muistutuksia ja kannella. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämistavalla ei olisi vaikutusta asiakkaiden oikeusturvaan. Tosin on todettava, että yksityisen palvelutuotannon lisääntyminen synnyttää tarpeen pohtia kuluttajasuojan ulottamista julkisiin sosiaali- ja terveystalouteihin. Näin on itse asiassa jo tehtykin, kuten seuraavasta luvusta käy ilmi.

## Uudet tavat järjestää sosiaali- ja terveystaloutta

Päädyttiinpä sitten mihin järjestämis- ja rahoitusvaihtoehtoon tahansa, todennäköisesti yksityisten palvelujen tuottajien määrä ja käyttö tulee vastaisuudessaakin lisääntymään. Tänä päivänä esimerkiksi sosiaalipalveluissa yksityiset palveluntuottajat tuottavat jo 30 prosenttia kaikista palveluista, joista kunnat puolestaan ostavat valtaosan (THL 2011, 4). Myös nykyisestä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan valinnanvapautta painottavasta sosiaalipolitiikasta tuskin ollaan luopumassa. Asiakkaan valinnanvapautta pidetään arvokkaana päämääränä, jonka taustalla on asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Lisäksi valinnanvapautta käytetään palvelujärjestelmän tehostamisen välineenä. Asiakkaan valinnanvapaus ilmenee muun muassa uuden terveydenhuoltolain

---

*Miten mallit vaikuttavat asiakkaan valinnanvapauteen? Painavatko palvelusetelit, henkilökohtaiset hoivabudjetit tai potilaiden liikkuvuusdirektiivi mallien vertailussa?*

---

kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa koskevasta säännöksestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetusta laista. Tällä hetkellä pohditaan myös esimerkiksi yksilöllisiä hoitobudjetteja, joiden puitteissa kansalainen voisi itse päättää palveluistaan. Uusi potilaiden liikkuvuusdirektiivi (EPNDir 2011/24/EU) korostaa sekin potilaan valinnanvapautta – jopa siinä määrin, että hoitopaikka on tietyin edellytyksin mahdollista

valita myös ulkomailta. Direktiivin kansallisessa toimeenpanossa tulee ratkaista muun muassa, mikä taho vastaa toisessa jäsenvaltiossa saadun hoidon kustannuksista ja missä määrin kustannuksia korvataan.

Yhä kasvavan valinnanvapauden kääntöpuolena on kansalaisten lisääntyvä vastuu omasta huollostaan ja hoidostaan. Palveluja saadakseen on oltava aktiivinen ja toimintakykyinen kansalainen. Vaarana on, että heikoimmat ja hauraimmat kansalaiset jäävät ilman palveluja tai eivät ainakaan osaa neuvotella tai valita itselleen sopivimpia. Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeusturvan parantamiseksi oikeusministeriössä valmistellaankin parhaillaan

lakiesitystä kuluttajansuojan kehittämisestä julkisissa hyvinvointipalveluissa (OM 2011). Tavoitteena on parantaa valintoja tekevän julkisten hyvinvointipalvelujen asiakkaan asemaa rinnastamalla se yksityisten hyvinvointipalvelujen asiakkaan asemaan. Toisaalta myös uusiin oikeusturvakeinoin turvautuminen edellyttää aktiivisuutta ja toimintakykyä. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapautta lisäävä lainsäädäntö ei välttämättä sellaisenaan aseta reuna-ehtoja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamiselle, muutostrendit on tärkeä tiedostaa, ja on pyrittävä varmistamaan, että kansalaisten oikeusturva ei vaarannu, päädyttiinpä lopulta mihin järjestämis- ja rahoitusmalliin hyvänsä.

## **Poliittisia valintoja**

Olemme pohtineet tässä kirjoituksessa, minkälaisia rajoituksia ja vaatimuksia lainsäädäntö – erityisesti perustuslaki – mahdollisesti asettaisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallin uudistamiskeskustelun yhteydessä esitetyille kolmelle erilaiselle toimintamallille (keskitetty kansallinen malli, alueellisten toimijoiden malli sekä vahva kuntamalli). Kiinnitimme erityistä huomiota yhdenvertaisuusnäkökohtiin, yksilöiden vaikuttamismahdollisuuksiin ja kunnalliseen autonomiaan sekä yksilön oikeusturvaan. Kirjoituksemme keskeinen johtopäätös on se, että perustuslaki ei näytä asettavan periaatteellisia esteitä yhdellekään järjestämis- ja rahoitusmallille. Jokaisen mallin nimenomainen lähtökohta on lisätä yhdenvertaisuutta sosiaali- ja terveystalouden saatavuudessa ja tasossa. Yksilöiden vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmasta keskitetty kansallinen malli ja alueellisten toimijoiden malli kuitenkin edellyttäisivät todennäköisesti uusien vaikuttamismekanismien luomista. Myös vahva kuntamalli saattaisi edellyttää erityisten paikallisvaltuustojen luomista, jos yksittäisten kuntien asukasluku nousisi kovin suureksi. Yksikään ehdotetuista malleista ei luultavimmin aiheuttaisi suurempia muutoksia muutoksenhakujärjestelmään tai asiakkaiden ja potilaiden oikeusturvaan ylipäänsä. Voidaan kuitenkin ajatella, että keskitetty kansallinen malli ja alueellisten toimijoiden malli olisivat omiaan yhdenmukaistamaan ja tehostamaan sosiaali- ja terveydenhuollon ratkaisu- ja palvelukäytäntöjä. Uudistuksessa onkin kyse ennen kaikkea taloudellisesta ja poliittisesta tarkoituksenmukaisuudesta, ei juridiikasta.

## Lähteet

A 607/1983. Sosiaalihuoltoasetus.

OM. Asiakkaansuojan kehittäminen julkisissa hyvinvointipalveluissa. Helsinki: OM, Mietintöjä ja lausuntoja 13, 2011.

EPNDir 2011/24/EU. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU, annettu 9 päivänä maaliskuuta 2011, potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa.

Eduskunnan oikeusasiamies. Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2010.

Etelä-Suomen lääninhallitus. Terveydenhuollon kantelut Etelä-Suomen lääninhallituksen Helsingin palveluyksikössä 1998–2005. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 2007.

Forss M, Klaukka T. Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003; 58, 1939–1940.

### *Hallituksen esitykset:*

HE 216/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta.

HE 309/1993. Hallituksen esitys Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

HE 77/2004. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

### *Lait:*

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 731/1999. Perustuslaki.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 343/2003. Laki Kainuun hallintokokeilusta.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, 2010.

### *Perustuslakivaliokunnan lausunnot ja mietinnöt:*

PeVL 65/2002. Perustuslakivaliokunnan lausunto.

PeVL 36/2005. Perustuslakivaliokunnan lausunto.

PeVM 25/1994. Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.

Sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunta. Toimintakertomus 2010.

THL. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Helsinki: THL, Tilastoraportti 33, 2011.

Tuori K. Jäitä hattuun! Julkaisussa: Mölsä A, toim. Kuntarakennekirja – oikeusoppineet puhuvat. Helsinki: Kaks – Kunnallisalan kehittämissäätiö, Polemia 84, 2012: 113–120.

Valvira. Katsaus vuoden 2010 toimintaan. Helsinki: Valvira, 2011.

## **Sosioekonomiset terveyserot**

## 52 Olli Kangas Välskäri vaiko rauhanneuvottelija? Sosioekonomisia terveyseroja selittävät tekijät Euroopassa

Suomen sosioekonomiset terveyserot ovat suuret. Yhdeksi selitykseksi on tarjottu suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toimintatapaa, jonka OECD on luokitellut erääksi teollisuusmaitten eriarvoistavimmista. Suomi ei myöskään ole sijoittunut kovin hyvin terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta koskevissa Maailman terveysjärjestön WHO:n tekemissä tarkasteluissa. Tämän artikkelin vertailut osoittavat, että Euroopan maitten sosioekonomiset terveyserot eivät selity terveydenhuoltojärjestelmien rakennepiirteillä. Erot liittyvät laajempiin yhteiskunnan rakenteellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Terveydenhuolto on kuin välskäri, joka auttaa taistelussa haavoittuneita. Sotavammojen syntyä välskäri ei pysty ehkäisemään, vaan hän hoitaa seurauksia. Sotavammojen syntymistä ehkäisee hyvä ulkopolitiikka ja pätevä rauhanneuvottelija.

### Johdanto

Kaikissa maissa yhteiskunnallisella hyvällä on taipumus kasaantua. Hyväosaisuus kertaantuu korkeampana koulutuksena, parempina tuloina, terveytenä ja pitempänä ja onnellisempana elämänä. Huono-osaisuuteen puolestaan kasautuvat vähäinen koulutus, pienet tulot, terveysongelmat, pienempi koetun onnellisuuden aste ja vuosia lyhyempi elinajanodote verrattuna paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa oleviin. Terveystutkijat ovat pyrkineet etsimään selityksiä niin maitten välisiin kuin maitten sisäisiinkin terveyseroihin. Selityksiksi on tarjottu biologiaa, lääketiedettä, käyttäytymistekijöitä, terveyspalvelujärjestelmiä, tulonjakoon liittyvää eriarvoisuutta ja muita eriarvoisiin elinolosuhteisiin liittyviä tekijöitä.

Valtaosa tutkimuksista painottaa yhteiskunnan rakennepiirteitä, ”syiden syitä”. Michael Marmotin (2004) *Status syndrome* ja Richard Wilkinsonin ja Kate Pickettin (2009) *Spirit level* ovat esimerkkejä siitä, miten terveys liitetään laajempiin yhteiskunnallisiin ilmiöihin. Tätä kansainvälistä taustaa vasten on mielenkiintoista, että Suomessa terveyspoliittinen keskustelu näyttää yleensä kiertyvän väittelyyn terveyspalvelujärjestelmästä. Suuren huomion on saanut OECD:n raportti, jonka mukaan Suomen, Yhdysvaltojen, Portugalin ja Ruotsin terveyspalvelujärjestelmät havaittiin 21 OECD-maan vertailussa epätasa-arvoisimmiksi (van Doorslaer ym 2004). Laskelmia on sittemmin päivitetty, ja tulokset

ovat olleet samansuuntaisia (OECD 2011a, 138–139). Vähemmälle huomiolle on jäänyt vuosikymmenen takainen WHO:n (2000) maailmanlaajuinen terveysjärjestelmien arviointi. 191 maan vertailussa Suomi oli vaatimattomasti sijalla 31. Tosin Skandinavian maat Ruotsi, Norja ja Tanskakaan eivät selvinneet aivan kunnialla – jos se nyt suomalaisille kävisi lohdutukseksi.

Arvioin tässä tutkimuksessa, missä määrin terveyseroille annetut selitysmallit pätevät eurooppalaisessa aineistossa. Selvitän, kuinka hyvin OECD:n kehittämä mittari tai WHO:n ranking-lista pystyvät ennustamaan sosioekonomisia terveyseroja ja niitten laajuutta eri maissa. Toisekseen valotan terveydenhuoltojärjestelmän kustannusten ja sosioekonomisten terveyserojen välistä yhteyttä. Kolmas näkökulmani liittyy siihen, kuinka vahvasti terveyserot ovat yhteydessä yleisempiin yhteiskunnan tunnuspiirteisiin, kuten tulonjaolliseen eriarvoisuuteen. Analyysin keskiössä on siis järjestelmän jakovaikutus (OECD:n eriarvoisuusindeksi ja WHO:n luokitus), järjestelmän volyyymi vaikutus (terveydenhuoltoon käytetyt eurot) ja yleisemmät yhteiskunnalliset tekijät (tulonjaon eriarvoisuus). Työhypoteesina on ensinnäkin se, että sosioekonomisten terveyserojen tulisi olla suuria niissä maissa, joiden terveydenhuoltojärjestelmät on aiemmissa tutkimuksissa luokitettu epätasa-arvoisiksi (toisin sanoen yhteiskunnan hyväosaisia suosiviksi). Toinen hypoteesi liittyy volyyymi vaikutukseen: mitä enemmän terveydenhuoltoon käytetään varoja, sitä pienemmät ovat terveyserot. Kolmas oletamus liittyy aiempien tutkimusten korostamaan tulonjaon vaikutukseen: eriarvoisissa maissa terveyserot ovat suuria.

Lähden liikkeelle keskustelemalla aluksi aiemmista tutkimuksista ja niitten löydöksistä. Keskustelu kiertyy siihen, missä määrin terveyttä ja terveyseroja voidaan ymmärtää yleisempien yhteiskunnallisten tekijöitten avulla ja missä määrin erot selittyvät terveydenhuoltojärjestelmien ominaispiirteillä. Tämän taustoittavan jakson jälkeen kuvaan lyhyesti käyttämiäni aineistoja ja menetelmiä, minkä jälkeen seuraa katsaus terveydenhuoltojärjestelmiin. Terveydenhuoltojärjestelmiä koskevissa vertailuissa Suomi ei ole oikein pärjännyt. Mutta kuten luku *Terveydenhuoltojärjestelmät ja saamatta jäänyt hoito* osoittaa, suomalaiset ovat suhteellisen tyytyväisiä järjestelmäänsä ja hoidotta jääneitten osuus on Euroopan pienimpiä. Artikkelin keskeisimmät empiiriset tulokset liittyvät maakohtaisten sosioekonomisten terveyserojen vertailuun. Viimeisessä jaksossa pohditaan tuloksia yleisemmin.

---

*OECD on havainnut Suomen, Yhdysvaltojen, Portugalin ja Ruotsin terveyspalvelujärjestelmät 21 OECD-maan vertailussa epätasa-arvoisimmiksi.*

---

## Ovatko erojen taustalla yhteiskunnalliset tekijät vaiko terveyspalvelujärjestelmä?

Terveyden ja sosiaalisen aseman välinen yhteys pätee kaikkiin yhteiskuntiin: mitä korkeampi asema, sitä parempi terveys (Blane ym. 1996; Marmot 1996, 2002, 2005 ja 2010). Näyttääpä tulos pätevän hierarkkisesti organisoituneisiin eläinpopulaatioihinkin. Serengetin urospaviaaneilla ja Englannin valtion virkamiehillä on samankaltaiset, yksilön sosiaalista asemaa heijastavat veriarvot (Brunner 1996, 276–278; Wilkinson 1996, 193–207). Mitä alemmalla tasolla organisaatiossa yksilö on, sitä enemmän hänellä on terveydelle haitallisia ainesosasia veressään. Kädellisten välinen yhtäläisyys tuntuisi viittaavan geneettisiin selitysmalleihin

---

*Serengetin urospaviaaneilla ja Englannin valtion virkamiehillä on samankaltaiset, yksilön sosiaalista asemaa heijastavat veriarvot: mitä korkeampi asema, sitä paremmat veriarvot.*

---

ja luonnolliseen valikoitumiseen liittyviin selitysmalleihin. Terveet ja vahvat valikoituvat huipulle. Selityksessä on jonkin verran perää, mutta vain jonkin verran. Kokeellisissa asetelmissa ja pitkäaikaisseurannoissa on todennettu, että ne, jotka päätyvät heikompaan yhteiskunnalliseen asemaan, saavat enemmän sairauksia kuin paremmin menestyneet, vaikka lähtökohtatilanteessa mitään eroa ei olisi ollut (Marmot 1996, 2004 ja 2010; Layard

2006; Scambler 2012). Mekanismi liittyy heikoimmassa asemassa olevien ihmisten materiaaliin olosuhteisiin, terveydelle haitallisiin käyttäytymistekijöihin sekä stressi- ja muihin psykosomaattisiin rasitustekijöihin, jotka vähitellen heikentävät pysyvästi terveydentilaa (Wilkinson 1996, 175–192).

Usein viitataan suurten tuloerojen haitallisiin terveysvaikutuksiin (esim. Lynch ym. 2004; Ram 2005; Kawachi ja Kennedy 2006; Dahl ym. 2006; Wilkinson ja Pickett 2008 ja 2009; Babones 2008; Kondo ym. 2009). Wilkinson ja Pickett (2006) saivat vahvaa tukea tuloerohypoteesille tarkastellessaan arvostetuissa tieteellisissä lehdissä julkaistuja 168:aa artikkelia tuloerojen ja terveyden välisistä yhteyksistä. Heidän mukaansa 80 prosenttia maita koskevista vertailuista selkeästi tuki olettamusta tuloerojen terveyttä heikentävästä vaikutuksesta (ks. myös Lynch 2000; Navarro ja Muntaner 2004; Scambler 2012). On myös korostettu etnisyyden, uskonnon, luokka-aseman, sukupuolen ja tulojen yhteisvaikutuksia (Graham 2009; Sen ym. 2009). Tästä perspektiivistä ruotsalainen Mona Backhans (2011) kiintoisasti osoitti, kuinka Ruotsissa miesten ja naisten välistä tasa-arvoa koskevat asenteet selittivät sosioekonomisia terveyseroja. Erot tasa-arvoasenteissa heijastuvat riskikäyttäytymisessä, millä puolestaan on vaikutus sosioekonomisiin terveyseroihin. Backhansin tutkimus havainnollistaa yksilöllisten käyttäytymismallien olevan vahvasti yhteiskunnallisia. Toisin sanoen myös ne terveyseroille tarjotut individualistiset selitysmallit, joissa korostetaan yksilön oman käyttäytymisen ja valintojen vaikutusta (”On jokaisen oma asia, mitä syö ja

juo.”), palautuvat yhteiskunnallisiksi selityksiksi. Jos jossain yhteiskunnallisessa asemassa olevat ihmiset systemaattisesti käyttäytyvät tietyllä tavalla, kyseessä on sosiaalisesti määrittynyt ilmiö. Individualistinen selitys ei päde yksistään.

Useissa sosioekonomisia terveyseroja käsittelevissä kansainvälisissä tutkimuksissa terveydenhuoltojärjestelmät sivuutetaan yllättävän nopeasti, eikä niihin juurikaan kiinnitetä huomiota (esim. Bambra 2012). 250-sivuisessa teoksessaan *Unhealthy societies* Richard Wilkinson (1996) uhraa kaksi sivua terveydenhuollolle ja toteaa, että sen kummemmin lääketiede kuin terveydenhuoltoon eivät ole avainasemassa yritettäessä ymmärtää terveyseroja. On arvioitu, että 60–80 prosenttia kaikista sairauksista hoituu ilman terveydenhuoltojärjestelmän apua (Verspohl 2011, 20). Wilkinson (1996, 66–67) vertaakin terveydenhuoltoa sotilaslääkäreihin tai lääkintäjoukkoihin, jotka voivat toki hoitaa sodassa saatuja vammoja mutta eivät estää vammojen syntymistä. On pureuduttava syihin, ei pelkästään seurauksiin. Onkin todettu, että terveydenhuoltojärjestelmien mukaan ottaminen kontrollimuuttujina analyysihin ei juuri paranna tilastollisten mallien osuvuutta, kun selitetään maitten välisiä sosioekonomisia terveyseroja (Haan ym. 1987).

---

*Terveyteen liittyvät yksilölliset käyttäytymismallit ovat vahvasti yhteiskunnallisia.*

---

## Aineistot ja menetelmät

Terveydenhuoltojärjestelmiä koskevat tiedot perustuvat tässä tutkimuksessa OECD:n (van Doorslaer ym. 2004) ja WHO:n (2000) raportteihin. Terveydenhuollon menoja koskevat tiedot on saatu OECD:n tilastoista (OECD 2011b). Tulonjaon eriarvoisuutta mittaava Gini-indeksi perustuu Eurostatin antamiin tietoihin vuodelta 2008 (Eurostat 2012, EU-SILC-aineistosta lasketut tulonjaon Gini-kertoimet). Väestön terveys ja terveystalouden käyttö on saatu kahdesta Euroopan laajuisesta tutkimushankkeesta: Eurooppalaisesta sosiaalitutkimuksesta (*European Social Survey*, ESS) ja *EU Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) -aineistosta.

ESS on toteutettu kahden vuoden välein viitenä vuotena 2002 lähtien<sup>1</sup>. Viimeisin havaintovuosi on 2010. Suomesta havaintovuotta kohden on noin 2 000 vastaajaa. Olen yhdistänyt (poolannut) eri vuosien (2002, 2004, 2006, 2008 ja 2010) aineistot. Näin saadussa poolatussa tiedostossa on kaikkiaan 228 621 vastaajaa 33 maasta. Suomen aineiston koko on 9 991 tapausta, mikä mahdollistaa myös

---

<sup>1</sup> Lähemmin ESS-aineistosta ks. <http://www.europeansocialsurvey.org>.

erillisryhmien luotettavan tarkastelun. ESS:n etuna EU-SILC-aineistoon nähden on laajempi patteristo erilaisia vastaajaa koskevia taustakysymyksiä. ESS:n tietojen pohjalta tarkastelen väestön terveydentilaa ja siinä havaittavia sosioekonomisia terveyseroja. EU-SILC-tietoja taas käytän terveystalvituitten saantia koskevaan lyhyehköön katsaukseen. SILC-hanke pyrkii luomaan eurooppalaisten elinoloja, tuloja, köyhyyttä ja materiaalista ja sosiaalista syrjäytymistä. Se on ”virallinen totuus” EU:n sosiaalisesta tilanteesta. SILC-aineistossa on kaiken kaikkiaan puolisen miljoonaa vuosittaista havaintoa. Suomesta on noin 21 000 vastausta kultakin vuodelta. Tässä käyttämäni tiedot perustuvat vuoden 2008 aineistoon (vuosien välillä ei ole oleellista eroa). SILC antaa mahdollisuuden myös alustavasti tarkastella terveystalvituitten käyttöä: SILC-kyselyssä nimittäin tiedustellaan, onko vastaaja vuoden aikana jäänyt ilman tarvitsemaansa lääkärinhoitoa.

Edellä mainituista yksilötason aineistoista (ESS ja EU-SILC) lasken maakoh-  
taisia tunnuslukuja, joita käytän verratessani väestöryhmien välisiä terveyseroja eri maissa. Mukana vertailuissa ovat vain ne maat, joista on saatavilla OECD:n muodostama terveydenhuollon horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi (ks. seuraava alaluku). Vertailut perustuvat helppolukuisiin sirontakuvioihin tai ristiintaulukointeihin. Ristiintaulukointeihin perustuvissa suorissa jakaumissa on se ongelma, että niissä on työlästä ja vaikeaselkoista tehdä vakiointeja, ts. ottaa huomioon vaikkapa väestön ikärakenteen vaikutus. Taustamuuttujien vakiointi tehdään logistisella regressiomallilla, joka tuottaa helppotulkintaiset tunnusluvut sukupuoleen, tuloihin ja koulutukseen liittyvistä terveyseroista, kun kaikki em. tekijät sekä eri ryhmien ikärakenne on otettu yhtä aikaa huomioon. Muuttujien välisten yhteyksien voimakkuutta havainnollistetaan tekstissä joskus myös numeerisesti korrelaatiokertoimella ( $r$ ). Tilastolliset merkitsevyydet – jos niitä muuttujien välisissä yhteyksistä löytyy – on merkitty tähdillä seuraavalla tavalla: \* = tulos on merkitsevä 5 prosentin riskitasolla; \*\* = tulos on merkitsevä 1 prosentin riskitasolla ja \*\*\* = tulos on merkitsevä 0,1 prosentin riskitasolla.

## Mitä kansainväliset vertailut kertovat terveydenhuoltojärjestelmistä?

Suomessa terveystalvituitten keskustelu on kiertynyt terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisuuksiin kaventaa terveyseroja. Keskustelua on inspiroinut taannoinen OECD:n raportti tulojen ja terveystalvituitten välisestä suhteesta (van Doorslaer ym. 2004). Niin sanotulla horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä tarkastellaan, missä määrin tarvevakioitu terveystalvituitten käyttö eroaa eri tuloryhmissä eri maissa. Horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksia on sittemmin päivitetty (esim. OECD 2011a) sekä laskettu tarkempia maakoh-  
taisia

indeksejä (esim. Wahlbeck ym. 2008). Alkuperäistä indeksiä varten mitattiin, kuinka paljon eri tuloryhmät käyttivät yleis- ja erikoislääkäripalveluja, ja palveluitten käyttö suhteutettiin tuloryhmien terveydentilaan. Tässä tarvevakioinnissa terveyteen liittyviä tarpeita mitattiin itse arvioidulla terveydentilalla (koettu terveys) ja sillä, oliko vastaajalla jokin pitkäaikainen sairaus. Positiivinen indeksin arvo merkitsee sitä, että hyvätuloiset käyttävät terveyspalveluja pienituloisia enemmän suhteessa terveyspalveluitten tarpeeseensa; negatiivinen arvo puolestaan merkitsee sitä, että terveyspalveluitten käyttö jakaantuu huonotuloisia suosivasti. Nolla taas ilmaisee sen, että palvelut jakaantuvat tuloryhmien kesken tasan, kun on otettu huomioon eri ryhmien terveydenhoidolliset tarpeet. Itse arvioitua terveydentilaa on moitittu siitä, että se on subjektiivinen eikä se siksi mittaa objektiivisesti terveyttä. Esimerkiksi 90 prosenttia yhdysvaltalaisista ilmoittaa terveytensä hyväksi, japanilaisista vain 33 prosenttia. Japanilaisten elinajanodote on kuitenkin viitisen vuotta enemmän. Amerikkalaisista 34 prosenttia on liikalihavia, japanilaisista vain vajaa neljä. (OECD 2011a, 25, 41 ja 55.) Tanskalaisilla on taipumus pitää itseään muita pohjoismaalaisia terveempinä, vaikka objektiivisilla mittareilla heidän terveytensä on huonompi kuin skandinavisilla naapureillaan, jäävätpä he elinajanodotteessa jälkeen suomalaisistakin (Kangas 2010).

Nämä kansalliset erot terveyden subjektiivisessa arvioinnissa ovat suurempi ongelma, jos pyrimme vertailemaan eri maitten asukkaitten keskimääräistä terveyttä. Sen sijaan ongelma on vähäisempi, jos vertaillaan eri maitten sosioekonomisia terveyseroja eikä keskimääräistä terveyttä. Itse ilmoitettu terveydentila nimittäin mittaa terveyseroja paremmin maitten sisällä (Manderbacka 1998) kuin maitten välillä. Voimme siis luotettavammin vertailla koetun terveyden sosioekonomisia eroja vaikkapa Norjan ja Tanskan välillä kuin näitten maitten välistä tasoeroa.

Ehkä suurempi pulma kuin omaan ilmoitukseen perustuva terveysarviointi OECD:n indeksin kannalta on se, että vuoden 2004 tutkimuksessa joistain maista tulot otettiin rekistereistä, joistain kyselyistä, ja joillekin maille tutkijat tekivät omia arvioitaan. Myöskään terveyspalveluitten käytön mittaaminen ei ollut pulmatonta. Lähteenä käytettiin kyselyjä ja rekistereitä, ja tarkastelujakso vaihteli maasta riippuen kolmesta kuukaudesta yhteen vuoteen. Monissa maissa ei kyetty erottamaan toisistaan yleis- ja erikoislääkärissäkäyntejä. OECD:n mittariin on siis syytä suhtautua varauksin (ks. OECD 2011a, 138). Ongelmista huolimatta OECD:n indeksi on vakavin vertaileva yritys saada monia yhteismitattomia asioita yhteismitallisiksi ja vertailukelpoisiksi eri maitten välillä. Jatkossa käytän OECD:n vuoden 2004 mittaria tarkastellessani terveydenhuoltojärjestelmän ja terveyserojen välisiä yhteyksiä.

OECD:n raportin mukaan Suomen, Ruotsin, Portugalin ja Yhdysvaltojen järjestelmät suosivat hyvätuloisia. Norja on kahdeksanneksi eriarvoisin ja Tanska

asettuu OECD-maitten mediaanin tuntumaan. Ei siis kovin mairitteleva tulos millekään Pohjoismaalle. Ehkäpä siksi raportti ei juuri ole ollut esillä Skandi-naavisessa keskustelussa.

Myös WHO:n raportti (2000) terveydenhuoltojärjestelmistä heitti aikanaan kylmää vettä suomalaisten niskaan. WHO:n suorittama 191 maan arviointi perustui terveystalouteen, palveluitten kohtaantoon (miten hyvin tarjonta vastaa kysyntään), rahoituksen reiluuteen (mikä on vähävaraisten ja rikkaampien mak-suosuus) ja odotettavissa oleviin terveisiin elinvuosiin. Mitä tulee järjestelmän kokonaistehokkuuteen, Suomen sijoitus maailman maitten ranking-listalla oli 31. Pohjoismaista Norja pärjasi parhaiten ollen sijalla 11. Ruotsi oli sijalla 23. Tanskan terveydenhuolto sijoittuu lähelle Yhdysvaltoja, sijalle 34. Suomen ja Tanskan edelle sijoittuvat mm. Oman, Kolumbia, Saudi-Arabia ja Marokko. Kansainväliset vertailut antavat kaikkineen siis aika masentavan kuvan Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä. Se suosii rikkaita (OECD) eikä ole kovinkaan tehokas (WHO). Suomelle vertailut eivät ole mairittelevia, mutta eipä niistä myöskään ole mainokseksi muitten Pohjoismaitten kehitulle hyvinvointimallille.

Edellä kuvatuilla vertailuilla on oma tehtävänsä keskustelun herättäjinä. Niillä on ollut aiempia käsityksiä ravisteleva media-arvonsa, mutta vakavasti otettavien politiikkasuositusten lähteeksi niistä ei oikein ole. Olisiko Norjan otettava oppia Omanista, Ruotsin Kolumbiasta, Suomen Marokosta ja Tanskan Chilestä?

Kuvioon 1 on kerätty eräitä huomioita tässä artikkelissa vertailtavien maitten terveysjärjestelmistä. Kuviossa 1A vertaillaan WHO:n ja OECD:n indikaattoreita, joiden yhtäpitävyys näyttää varsin heikolta (korrelaatiokerroin  $r = 0,02$ ). Italia toki on tasa-arvoinen OECD-indeksin mukaan ja pärjää suhteellisen hyvin

---

*WHO:n ja OECD:n terveyspalvelujärjestelmää koskevien mittareitten yhtäpitävyys on heikko. Yhteistä suositusta niistä ei saada.*

---

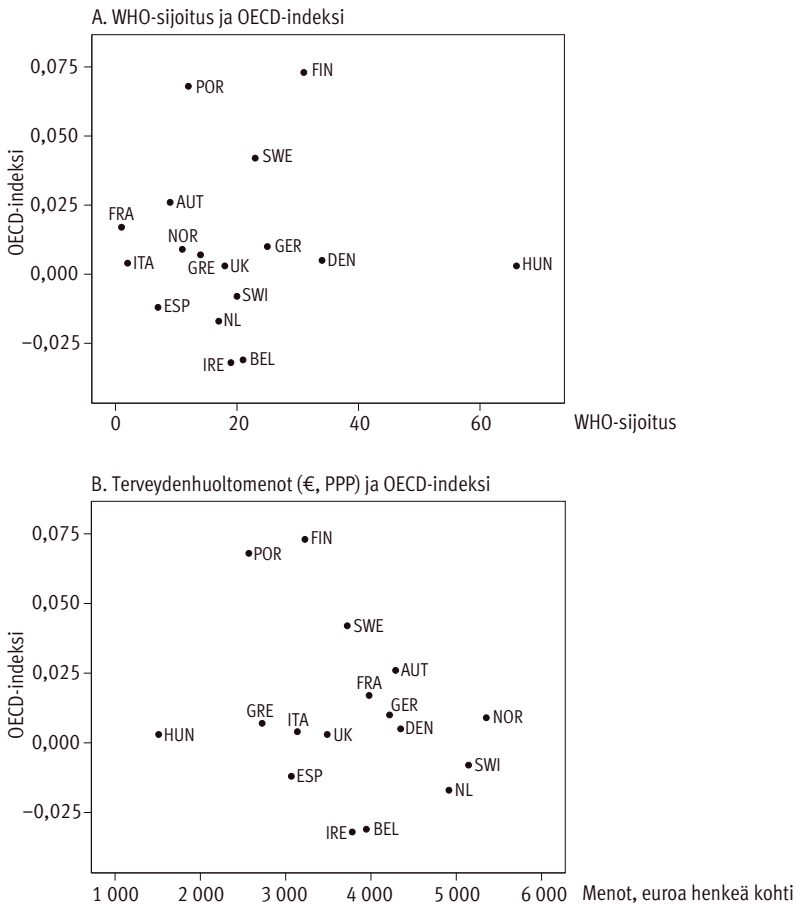
WHO:n arvioinnissa, ja Suomi on huonoimmas-ta päästä molemmilla mittareilla: terveyspalvelut suosivat hyvätuloisia (OECD), ja maa sijoittuu heikosti järjestelmän kokonaisvertailussa (WHO). Tanska ja Unkari, jotka WHO:n listassa sijoittui-vat Suomeakin huonommin, eivät sen sijaan ole OECD:n tietojen mukaan erityisen epätasa-arvoisia terveyspalveluihin pääsyn suhteen. Portugali on

OECD-vertailun epätasa-arvoisimpia mutta sijoittuu kohtalaisesti terveysjärjes-tön luokituksessa. WHO:n ja OECD:n tutkimusten pohjalta päädytään siis kovin erilaisiin mallimaihin. Yhteistä politiikkasuositusta niistä ei saada. Virallisten eri asiantuntijatahojen tuottamien mittareitten yhtäpitävyys on yllättävän heikko.

Vertailevassa sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa tavanomaisempi – ja ehkä myös yksiselitteisempi ja selkeämpi – tapa on ollut katsoa, kuinka paljon eri maissa laitetaan rahaa sosiaaliturvaan. Yleistulos on ollut, että mitä suuremmat ovat sosiaalimenot, sitä vähäisempää on köyhyys ja yhteiskunnallinen eriarvoisuus (esim. Kangas ja Palme 2005). Siksi on paikallaan katsoa myös terveydenhuollon

menojen volyyymi vaikutusta. Kuviossa 1B havainnollistetaan terveyspalvelumenojen (PPP = ostovoimalla korjattu euromäärä asukasta kohden vuonna 2008) yhteyttä OECD:n oikeudenmukaisuusindeksiin. Yhteys on lievästi negatiivinen: mitä enemmän rahaa absoluuttisesti ottaen terveydenhuoltoon käytetään, sitä tasa-arvoisempi on järjestelmä. Korrelaatio ei kylläkään ole kovin voimakas ( $r = -0,27$ ), mutta voimakkaampi kuin OECD-indeksin ja bruttokansatuotteeseen suhteutettujen terveysmenojen välinen yhteys ( $r = -0,16$ ) (ei kuviossa).

**Kuvio 1.** Terveyspalvelujärjestelmien tunnuspiirteitä (noin vuonna 2010) eräitten kansainvälisten vertailuitten pohjalta. Kuvio 1A: WHO:n sijoituksen ja OECD-indeksin välinen yhteys; kuvio 1B: ostovoimakorjattujen (henkeä kohti laskettujen) terveysmenojen ja OECD-indeksin välinen yhteys.



Kansainvälisten vertailuitten antama todistus suomalaisen järjestelmän laadusta on siis synkähkö. Järjestelmä ei pärjää sen kummemmin OECD-indeksissä tai WHO:n listallakaan, ja vertailukelpoisiin maihin nähden meillä käytetään vähän rahaa terveydenhuoltoon. Mutta kertoipa OECD tai WHO suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä kuinka synkkää tarinaa tahansa, suomalaiset näyttävät kuitenkin olevan suhteellisen tyytyväisiä systeeminsä toimivuuteen

---

*Suomalaiset ovat tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmäänsä.*

---

(Wendt ym. 2010). *European Social Survey* sisältää erityiskysymyksen, jossa nimenomaisesti tiedustellaan vastaajan tyytyväisyyttä oman maansa terveyspalveluihin. Vastausvaihtoehdot ulottuivat nolasta (erittäin tyytymätön) kymmeneen (erittäin tyytyväinen). Jos tyytymättömiksi luokitel-

laan kaikki ne, jotka valitsivat vaihtoehdot 0–3, Suomessa on toiseksi vähiten tyytymättömiä (7,4 prosenttia) Belgian jälkeen (3,9 prosenttia). Irlannissa tyytymättömiä on Unkarin (53 prosenttia) jälkeen toiseksi eniten (45 prosenttia). Yleistulos ei muutu, vaikka tarkasteltaisiin alimman tuloryhmän mielipiteitä: vähiten tyytymättömiä nytkin on Belgiassa ja Suomessa, eniten Portugalissa, Unkarissa, Italiassa ja Irlannissa, jossa OECD:n mittauksen mukaan oli huonotulaisia kaikkein suosivin terveyspalvelujärjestelmä. Tyytyväisyys järjestelmään ei ole yhteydessä sen kummemmin WHO:n kuin OECD:nkään mittariin. Huonotulaisia suosivassa Irlannissa ollaan perin tyytymättömiä terveydenhuoltoon, mutta huonotulaisia suosivassa Belgiassa taas kovin tyytyväisiä. Unkari ja Italia puolestaan kuuluvat niihin maihin, joissa palveluja käyttävät tarpeisiin nähden tasaisesti eri tuloryhmät. Onpa Italia WHO:n mallimaakin, mistä huolimatta kansa napisee.

## **Terveydenhuoltojärjestelmät ja saamatta jäänyt hoito**

Myös Sosiaaliturvan Keskusliiton vuoden 2011 kansalaisbarometrin mukaan (STKL 2011, 95) useimmat suomalaiset ovat tyytyväisiä sosiaalipalvelujärjestelmäänsä. Raportissa tuodaan kuitenkin esiin se huolestuttava seikka, että 15 prosenttia vastaajista ei ollut ajoissa saanut tarvitsemaansa apua sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvissä ongelmissaan (STKL 2011, 95 ja 99). Tuon STKL:n luvun perusteella on kuitenkin vaikea tehdä vertailevia yleistyksiä muitten maitten suuntaan. EU-SILC-tutkimuksessa laajempaan vertailuun avautuu mahdollisuus. EU-SILC:ssä nimittäin tiedustellaan, onko vastaaja vuoden aikana jäänyt ilman tarvitsemaansa lääkärinhoitoa. Vuonna 2008 noin 10 prosenttia eurooppalaisista ilmoitti, ettei ole saanut hoitoa. Ruotsia (13 prosenttia) lukuun

ottamatta kaikissa Pohjoismaissa prosenttiosuudet ovat Euroopan pienimpien joukossa. Suomen luku 1,3 prosenttia on kolmanneksi pienin Euroopassa. Pienempi osuus on vain Belgiassa (0,7 prosenttia) ja Sloveniassa (0,4 prosenttia).

On luontevaa olettaa, että hoidotta jääneiden osuus olisi suurin niissä maissa, jotka sijoittuvat huonosti WHO:n indeksillä ja jotka OECD:n mittarilla ovat epätasa-arvoisimpia tai joissa terveydenhuoltomenot ovat pienet. Niin ikään

voidaan olettaa, että koska yleensä hoidotta jääminen on huonotuloisten tuloryhmien ongelma, hoidotta jäävien osuuden tulisi olla pieni niissä maissa, joissa järjestelmä suosii huonotuloisia. Kuviossa 2 on havainnollistettu asioiden välisiä yhteyksiä. Järjestelmän epätasa-arvoisuuden (ku-

vio 2A) sekä WHO:n sijoituksen (kuvio 2B) ja hoidotta jäämisen välillä on vain hyvin lievä positiivinen tilastollinen yhteys. Yhteyden suunta kuitenkin riippuu kahdesta poikkeavasta tapauksesta. Kuviossa 2A Ruotsi on vaikuttava tapaus, kun taas yhteyden suunta kuviossa 2B riippuu tyystin Unkarin poikkeuksellisesta arvosta. WHO:n tai OECD:n mittarit eivät siis ennusta lainkaan maitten välisiä eroja siinä, kuinka suuri osuus väestöstä on jäänyt ilman tarvitsemaansa hoitoa. Terveydenhuoltomenojen ja hoidotta jäämisen välillä (kuvio 2C) sen sijaan on selkeä negatiivinen yhteys. Asia ei muutu, tarkastellaanpa sitten terveydenhuollon menoja euromääräisinä asukasta kohden, kuten tässä on tehty ( $r = -0,46$ ), tai suhteessa kansantuotteeseen ( $r = -0,43$ ). Unkarin ja Ruotsin poistaminen heikentää korrelaatiota mutta ei muuta tulkintaa.

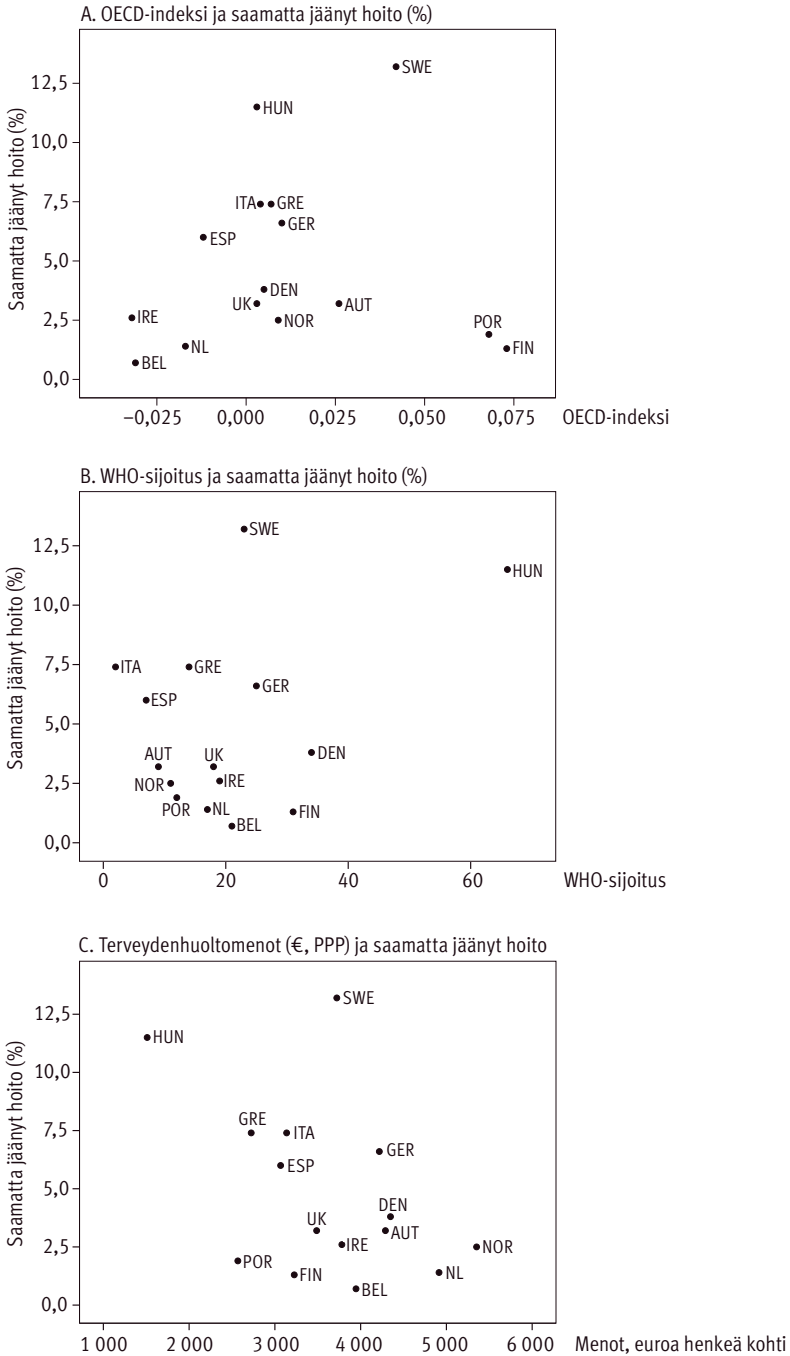
Kaiken kaikkiaan tämä suhteellisen yksinkertainen mutta havainnollinen poikkileikkaustarkastelu osoittaa, että vahvoja yhteyksiä järjestelmän luonteenpiirteitten ja tuotosten välillä on vaikea löytää maatason aineiston pohjalta. Jos tästä tarkastelusta haluaa vetää politiikkasuosituksen, se olisi seuraava: rahalla saa. Volyyymi vaikutus näyttää olevan suurempi kuin järjestelmän jakovaikutus. Toki tästä vertailusta puuttuva Yhdysvallat valtavine terveysbudjetiteineen kertoo toisenlaista tarinaa: se, jolla rahaa on, saa paljon ja parasta, mutta monet jäävät ilman (ks. lähemmin Quadagno 2005).

---

*Mitä enemmän rahaa systeemiin pannaan, sitä paremmin hoito toteutuu.*

---

**Kuvio 2.** Saamatta jäänyt hoito ja terveysjärjestelmien ominaispiirteet OECD:n ja WHO:n tietojen mukaan sekä ostovoimalla painotetut, henkeä kohti lasketut terveydenhuoltomenot (PPP).



## Koettu terveys ja terveiserot meillä ja muualla

Euroopan unionin tilastojen mukaan suomalaisten koettu terveys on eräs maanosamme huonoimpia (Eurostat 2010, 34). Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi koki 64 prosenttia suomalaisista vuonna 2010; 2000-luvun alussa osuus oli 67 prosenttia. Muista Pohjoismaista vain Tanskassa on tapahtunut samansuuruinen pieni notkahdus alaspäin. Ruotsissa koettu terveys sen sijaan on jossain määrin parantunut (terveytensä koki hyväksi 73 prosenttia 2000-luvun alussa ja 77 prosenttia vuonna 2010). Norjassa (76 prosenttia) ei 2000-luvulla ole tapahtunut muutoksia. Huonointa koettu terveys on entisissä sosialistisissa maissa. Suomalaisten terveiserot ovat suuret ja etenkin erot kuolleisuudessa ovat poikkeuksellisen suuret muihin Pohjoismaihin nähden (ks. esim. Lopez ym. 1995; Palosuo ym. 2007; Mackenbach ym. 2008; Bambra 2012; Blomgrenin ja Hiilamon artikkeli tässä julkaisussa).

Yleensä sosioekonomisia terveyseleroja on mitattu eri tulo-, ammatti- tai koulutusryhmiin kuuluvien terveydellä. Asiaan on pureuduttu lähemmin taulukossa 1, jossa tarkastellaan huonoa tai kohtalaista koettua terveyttä tuloneljännesten (kvartiilien) mukaisissa luokissa 17 Euroopan maassa. Tiedot perustuvat ESS-aineistoon. Koska kansainvälisiä vertailuja usein vaikeuttaa maitten ikärakenteen erilaisuus, vertailukelpoisemman asetelman saamiseksi taulukkoon 1 on otettu mukaan vain työssä olevat 25–54-vuotiaat. Viimeiseen sarakkeeseen 'Erotus 1–4' on laskettu alimman ja ylimmän tuloneljännestien erotus koetussa terveydessä

Taulukkoa voidaan lukea monella tavalla. Ensinnäkin sarakkeesta 'kaikki' nähdään keskimääräinen koettu terveydentila eri maissa. Sarakkeesta ilmenee, että 20,5 prosenttia 25–54-vuotiaista työssä olevista suomalaismiehistä ja 16,6 prosenttia naisista ei pidä terveyttään hyvänä. Luvut ovat suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa. Taulukosta nähdään se aiemmin keskusteltu tulos, että vaikka tanskalaisten elinajanodote (ja objektiivinen terveys) on huonompi kuin ruotsalaisilla ja norjalaisilla, he kokevat olevansa muita skandinaaveja terveempiä (vrt. Kangas 2010). Taulukon 1 valossa Euroopan terveimpiä ihmisiä näyttäisivät olevan kreikkalaiset miehet ja irlantilaiset naiset. Voidaan kuitenkin aiheellisesti kysyä, missä määrin nämä luvut kertovat todellisesta terveydestä ja missä määrin ne liittyvät kansallisiin tapoihin vastata terveyttä koskeviin kysymyksiin.

Toinen tapa lukea taulukkoa on keskittyä erotus-sarakkeeseen, josta ilmenee, että sekä tuloryhmien väliset erot että tuloryhmittäiset erot miesten ja naisten välillä ovat Suomessa suuria. Alimman tuloryhmän miesten ja ylimmän neljänneksen naisten väliset erot ovat huomattavan suuret, 21 prosenttiyksikköä (33,9–12,9 prosenttia). Mainittakoon, että pelkän peruskoulutuksen saaneitten suomalaismiesten ja yliopistokoulutettujen naisten välinen ero tätäkin suurempi: 27,2 prosenttiyksikköä (39,1–11,9 prosenttia). Nämä erot ovat suurimpien joukossa koko aineistossa (ks. myös taulukko 2). Alussa esitettyä kansainvälistä keskustelua

**Taulukko 1.** Huono tai kohtalainen koettu terveys sukupuolen ja tuloneljänneksen mukaan eri maissa (%)<sup>a</sup>.

| Maa       | Suku-<br>puoli | Tuloneljännes |                  |                  |      | Kaikki | Erotus<br>1 – 4 |
|-----------|----------------|---------------|------------------|------------------|------|--------|-----------------|
|           |                | Alin          | Toiseksi<br>alin | Toiseksi<br>ylin | Ylin |        |                 |
| Suomi     | Mies           | 33,9          | 23,1             | 21,3             | 15,9 | 20,5   | 18,0            |
|           | Nainen         | 24,0          | 20,5             | 16,0             | 12,9 | 16,6   | 11,1            |
| Tanska    | Mies           | 13,8          | 13,2             | 13,1             | 9,7  | 12,4   | 4,1             |
|           | Nainen         | 14,5          | 15,1             | 13,0             | 9,1  | 12,7   | 5,4             |
| Norja     | Mies           | 19,1          | 15,5             | 13,8             | 10,3 | 13,8   | 8,8             |
|           | Nainen         | 19,5          | 17,0             | 12,3             | 12,1 | 14,2   | 7,8             |
| Ruotsi    | Mies           | 19,5          | 17,0             | 12,3             | 11,9 | 14,2   | 7,4             |
|           | Nainen         | 26,2          | 19,1             | 17,5             | 11,3 | 16,5   | 14,9            |
| Itävalta  | Mies           | 22,9          | 20,6             | 12,5             | 9,5  | 15,2   | 12,9            |
|           | Nainen         | 14,9          | 16,6             | 16,5             | 16,6 | 16,2   | -1,7            |
| Belgia    | Mies           | 15,5          | 11,5             | 12,0             | 9,9  | 11,4   | 5,6             |
|           | Nainen         | 20,2          | 15,5             | 17,6             | 10,2 | 14,5   | 10,0            |
| Ranska    | Mies           | 33,3          | 28,2             | 20,9             | 22,6 | 24,9   | 10,7            |
|           | Nainen         | 30,9          | 28,7             | 24,4             | 18,0 | 24,6   | 12,9            |
| Saksa     | Mies           | 32,3          | 32,8             | 27,0             | 24,4 | 28,5   | 7,9             |
|           | Nainen         | 37,2          | 34,5             | 23,8             | 27,6 | 30,1   | 9,6             |
| Kreikka   | Mies           | 12,5          | 6,2              | 6,8              | 6,5  | 7,2    | 6,0             |
|           | Nainen         | 18,3          | 18,5             | 12,8             | 5,6  | 11,5   | 12,7            |
| Unkari    | Mies           | 38,3          | 33,8             | 32,5             | 20,3 | 28,5   | 18,0            |
|           | Nainen         | 50,4          | 41,3             | 34,9             | 27,2 | 35,7   | 23,2            |
| Irlanti   | Mies           | 15,9          | 11,4             | 9,2              | 5,8  | 8,6    | 10,1            |
|           | Nainen         | 7,0           | 8,2              | 9,5              | 6,7  | 7,7    | 0,7             |
| Italia    | Mies           | 33,3          | 35,0             | 29,6             | 6,5  | 23,8   | 26,8            |
|           | Nainen         | 27,8          | 40,0             | 23,6             | 8,6  | 22,0   | 19,2            |
| Hollanti  | Mies           | 19,8          | 18,6             | 12,2             | 12,3 | 14,2   | 7,5             |
|           | Nainen         | 30,9          | 18,5             | 17,7             | 15,0 | 18,4   | 15,9            |
| Portugali | Mies           | 43,2          | 35,4             | 25,0             | 19,9 | 27,9   | 23,3            |
|           | Nainen         | 48,1          | 46,3             | 32,9             | 34,8 | 38,5   | 13,3            |
| Espanja   | Mies           | 22,0          | 19,9             | 24,3             | 19,1 | 21,2   | 2,9             |
|           | Nainen         | 34,1          | 24,4             | 28,9             | 23,2 | 26,5   | 10,9            |
| Sveitsi   | Mies           | 13,4          | 9,1              | 7,8              | 6,3  | 8,8    | 7,1             |
|           | Nainen         | 12,8          | 7,3              | 10,1             | 5,6  | 8,9    | 7,2             |
| Englanti  | Mies           | 19,2          | 16,5             | 19,1             | 12,6 | 15,4   | 6,6             |
|           | Nainen         | 23,3          | 18,3             | 15,8             | 12,7 | 15,8   | 10,6            |

<sup>a</sup>Niitten vastaajien prosenttiosuus, joitten itse arvioitu terveys on 'kohtalainen' tai sitä huonompi ('huono' tai 'erittäin huono').

ajatellen on yllättävää, että sosioekonomiset erot koetussa terveydessä eivät Pohjoismaissa suinkaan aina eivätkä systemaattisesti ole Euroopan pienimpiä. Koko väestön tasolla (miehet ja naiset yhdessä) erot ovat pieniä Anglomaissa (Irlanti ja Englanti), Kreikassa, Sveitsissä ja Espanjassa, joissa tulonjako on huomattavasti Pohjoismaita epätasaisempaa.

Taulukossa 1 esitetty tarkastelu antaa yhden kuvan sosioekonomisten erojen suuruudesta eri maissa. Tarkasteluun sisältyy kuitenkin se pulma, että niissä maissa, joissa on tapana arvioida terveydentila huonoksi, myös väestöryhmien välisillä prosenttiyksiköissä mitatuilla eroilla huonossa terveydentilassa on taipumus olla suurempia kuin niissä maissa, joissa terveydentila arvioidaan keskimäärin hyväksi. Esimerkiksi suomalaismiesten alimman ja ylimmän tuloneljänneksen välinen erotus on 18,0 prosenttiyksikköä, kun taas irlantilaismiehillä vastaava erotus on vain 9,4 prosenttiyksikköä. Jos luvut suhteutetaan laskemalla, kuinka moninkertaista huono koettu terveys on huonotuloisilla verrattuna hyvätuloisiin, maitten välinen ero näyttää vähän erilaiselta (Irlanti:  $15,9/5,8 = 2,74$ ; Suomi:  $33,9/15,9 = 2,13$ ). Siitä huolimatta, että väestörakenteen vaikutus yritettiin vakioida valitsemalla tarkastelukohteeksi 25–54-vuotias työssä oleva väestö, ikärakenne saattaa vaikuttaa taulukon 1 kaltaisiin vertailulukuihin. Ongelmaa voidaan yrittää ratkaista vakioimalla keskeisimpiä taustatekijöitä monimuuttujamenetelmillä. Taulukossa 2 on esitetty maakohtaiseen aineistoon pohjautuvalla logistisella regressiolla saadut ristitulosuhteet (*odds ratios*). Yksinkertaistettuna (*odds* ei tarkasti ottaen ole sama kuin todennäköisyys) lukujen tulkinta on seuraava: Suomen alimmassa eli ensimmäisessä tuloneljänneksessä oleva luku 2,36 kertoo, että alimpaan tuloneljännekseen kuluvalle on 2,36-kertainen todennäköisyys raportoida terveys huonoksi verrattuna suurituloisempaan neljännekseen kuuluvalla vertailuryhmällä, jota merkitään ykkösellä, kun kaikki mallissa olevat tekijät on vakioitu yhtä aikaa. Ykköstä suuremmat luvut merkitsevät suurempaa todennäköisyyttä kokea terveys huonoksi verrattuna parhaassa asemassa oleviin, ja ykköstä pienemmän luvut vastaavasti viittaavat pienempään todennäköisyyteen. Mallissa on otettu huomioon sukupuoli, tulot, koulutus ja ikä, jota ei taulukossa erikseen esitetä. Lukujen tilastolliset merkitsevyydet osoitetaan tähdillä (\*). Ikä oli Irlantia ja Italiaa lukuun ottamatta kaikissa muissa maissa tilastollisesti erittäin merkitsevä terveyseroja selittävä tekijä.

Logistisen regressioanalyysin kertoma tarina on pääpiirteissään samankaltainen kuin suorien jakaumien pohjalta saatu kuva. Tarina on kuitenkin monivaihteisempi. Suomi poikkeaa useimmista muista maista siinä, että miesten koettu terveys on tilastollisesti merkitsevällä tavalla naisten terveyttä huonompi. Useimmissa maissa naiset kokevat terveytensä miehiä huonommaksi. Suomessa ja osittain myös Ruotsissa sosioekonomiset erot heijastuvat vahvasti sekä tulo- että koulutusryhmäkohtaisina eroina. Suomessa ennen muuta kouluttamattomat, huonotuloiset miehet ovat muihin maihin verrattuna erityinen riskiryhmä.

**Taulukko 2.** Huonoksi tai kohtalaiseksi koettu terveys sukupuolen, tulonjänniksen ja koulutusryhmän mukaan eri maissa. Logistisen regression ristitulosuhteet (vertailuryhmä = 1)<sup>a</sup>.

| Maa                 | Sukupuoli |        | Tulonjännikset |               |               |      |            | Koulutusryhmät   |                  |                 |  |
|---------------------|-----------|--------|----------------|---------------|---------------|------|------------|------------------|------------------|-----------------|--|
|                     | Mies      | Nainen | Alin           | Toiseksi alin | Toiseksi ylin | Ylin | Perustaste | Alempi keskiaste | Ylempi keskiaste | Korkea-koulutus |  |
| Suomi               | 1,31***   | 1      | 2,36***        | 1,64***       | 1,32**        | 1    | 2,21***    | 1,61***          | 1,40**           | 1               |  |
| Tanska              | 0,93      | 1      | 1,52*          | 1,59*         | 1,42*         | 1    | 2,02***    | 1,55**           | 1,17             | 1               |  |
| Norja               | 0,96      | 1      | 2,00***        | 1,62***       | 1,44**        | 1    | 1,61*      | 1,53***          | 1,21             | 1               |  |
| Ruotsi              | 0,85      | 1      | 2,27***        | 1,66***       | 1,30          | 1    | 1,69**     | 1,50**           | 1,48**           | 1               |  |
| Itävalta            | 0,90      | 1      | 1,59*          | 1,62*         | 1,15          | 1    | 1,17       | 1,34             | 1,40             | 1               |  |
| Belgia              | 0,74**    | 1      | 1,66*          | 1,16          | 1,42**        | 1    | 2,34***    | 1,71***          | 1,39*            | 1               |  |
| Ranska              | 0,98      | 1      | 1,65***        | 1,46***       | 1,13          | 1    | 1,69***    | 1,41**           | 0,95             | 1               |  |
| Saksa               | 0,97      | 1      | 1,52***        | 1,43***       | 0,99          | 1    | 1,66**     | 1,48***          | 1,28**           | 1               |  |
| Kreikka             | 0,56***   | 1      | 2,15***        | 1,95*         | 1,55*         | 1    | 2,05**     | 1,16             | 1,61             | 1               |  |
| Unkari              | 0,76*     | 1      | 2,19**         | 1,46          | 1,40*         | 1    | 2,30**     | 1,93***          | 1,23             | 1               |  |
| Irlanti             | 1,17      | 1      | 1,91*          | 1,61          | 1,60*         | 1    | 0,94       | 1,01             | 0,74             | 1               |  |
| Italia <sup>b</sup> | 0,77      | 1      | 5,50**         | 7,27***       | 4,66**        | 1    | 1,40       | 1,57             | 1,38             | 1               |  |
| Hollanti            | 0,75**    | 1      | 1,99***        | 1,38*         | 1,08          | 1    | 1,94**     | 1,40**           | 1,40**           | 1               |  |
| Portugali           | 0,57***   | 1      | 1,74**         | 1,54**        | 0,94          | 1    | 2,18***    | 1,28             | 2,45**           | 1               |  |
| Espanja             | 0,71***   | 1      | 1,31           | 0,98          | 1,32*         | 1    | 1,30       | 1,25             | 1,35             | 1               |  |
| Sveitsi             | 1,01      | 1      | 2,31***        | 1,33          | 1,44          | 1    | 1,56*      | 1,34             | 0,96             | 1               |  |
| Englanti            | 1,01      | 1      | 1,90***        | 1,41*         | 1,44***       | 1    | 0,72       | 1,20*            | 1,19             | 1               |  |

<sup>a</sup> Mallissa on jokaisen maan kohdalla erikseen vakioitu vastaajan ikä (ei esitetä taulukossa), sukupuoli, tulot ja koulutus.

<sup>b</sup> Italian luvut ovat epäluotettavia siitä syystä, että Italia oli mukana vain yhdessä ESS-kyseilyssä. Havaintojen lukumäärät ovat Italiassa muita merkittävästi pienempiä, mikä selittää tulonjänniksen väliset poikkeuksellisen suuret erot.

\* = tulos on merkitsevä 5 prosentin riskitasolla; \*\* = tulos on merkitsevä 1 prosentin riskitasolla ja \*\*\* = tulos on merkitsevä 0,1 prosentin riskitasolla.

Tämä viittaa siihen, että terveyserojen kaventamiseksi ei riitä pelkästään terveyspalvelujärjestelmien muuttaminen (Kaikkonen ym. 2008). Terveyseroilla on pitkä historia ja usein ne juontavat pitkälle lapsuuteen (Kestilä 2008). Palvelujärjestelmän korjaamisen ohella tarvitaan myös terveyteen ja sen ylläpitämiseen liittyvä tiedollinen ja kulttuurinen muutos (vrt. Backhans 2011; OECD 2011b, 49–57).

Tämän tutkimuksen alussa lähdettiin liikkeelle keskustelemalla niistä tekijöistä, joilla sosioekonomisia terveyseroja voitaisiin selittää. Useissa kansainvälisissä vertailuissa on painotettu muitten yhteiskunnallisten eriarvoisuuksien vaikutusta terveyteen. Ennen muuta tulojaon epätasaisuuden on nähty lisäävän terveysongelmia ja terveyseroja (oletus: mitä eriarvoisempi maa on, sitä enemmän siellä on terveysongelmia ja sitä eriarvoisemmin ongelmat jakaantuvat). Toisessa perinteessä taas pääpaino on pantu terveydenhuollon institutionaaliselle rakenteelle (oletus: mitä epätasa-arvoisemmin hoitoon pääsy kohdentuu, sitä suuremmat ovat terveyserot sosiaaliluokkien välillä). Kolmas, rahakeskeisempi lähestymistapa on painottanut terveysbudjetin volyyminvaikutusta (oletus: mitä enemmän rahaa terveydenhuoltoon absoluuttisesti käytetään, sitä pienemmät ovat terveyserot). Kuviossa 3 on tarkasteltu näitten eri selitysmallien toimivuutta. Pystyakseleilla (tuloneljännenerot ja koulutusryhmäerot) on esitetty taulukosta 2 saadut maittaiset ristitulo-suhteet, jotka edustavat huonon terveyden ”todennäköisyyttä” alimmassa tulo- tai koulutusryhmässä olevilla suhteessa ylimmässä ryhmässä oleviin, kun ikä, sukupuoli, tulot ja koulutus on vakioitu yhtä aikaa.

Sosioekonomiset terveyserot eivät näytä kuvion 3 mukaan kytkeytyvän kovin vahvasti mihinkään ’selittävään’ tekijään. Toki OECD:n indeksin (kuviot 3A ja 3D) yhteys terveyseroihin näyttää ensi silmäyksellä tukevan oletuksia. Korrelaatio OECD-mittarin ja tuloryhmäerojen välillä ilman Italiaa<sup>2</sup> on 0,25 (ja 0,04, mikäli Italia on mukana). Koulutusryhmäerojen ja OECD-indeksin välinen yhteys on samaa luokkaa ( $r = 0,28$ ). Molempiin yhteyksiin vaikuttavat Ruotsi, Suomi ja Portugali. Mikäli nämä kaksi tai kolme tapausta poistetaan, positiivinen yhteys kyllä säilyy mutta lähenee nollaa. Kaikki yhteydet ovat siis oletetun suuntaisia, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä.

WHO-sijoituksen ja koulutukseen liittyvien terveyserojen välinen yhteys (kuvio 3E) on kohtalaisen vahva ( $r = 0,45$ ). Yhteyden voimakkuuteen kuitenkin vaikuttaa poikkeuksellinen Unkari. Unkari näyttäisi olevan myös tulokvartiilitarkastelussa (kuvio 3B) poikkeava tapaus.

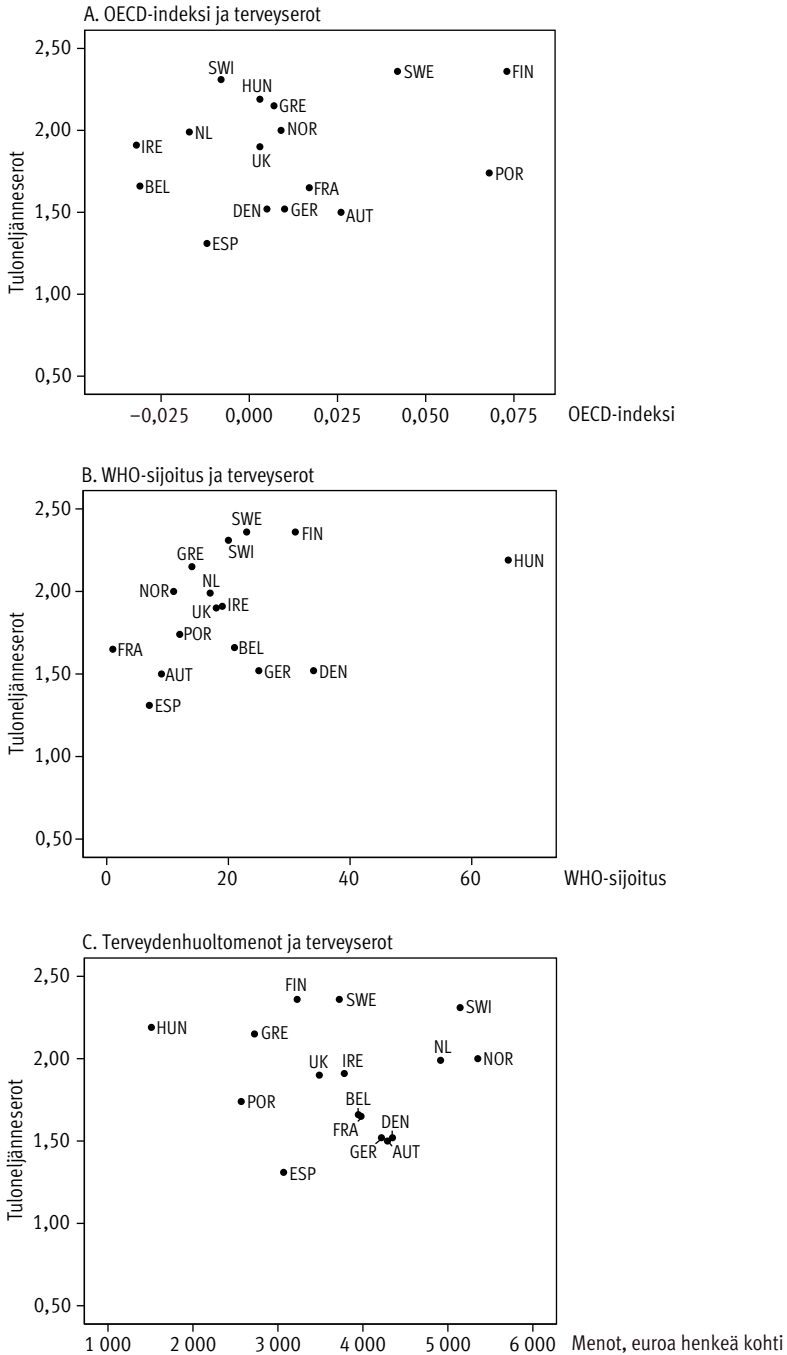
2 Kuten taulukosta 1 ilmeni, tuloneljännesten väliset erot Italiassa ovat poikkeuksellisen suuret. Jos Italia on mukana tuloja koskevassa vertailussa, maan poikkeukselliset havainnot määrittävät havaitun yhteyden suunnan ja voimakkuuden. Siksi Italia on poistettu tulovertailuista.

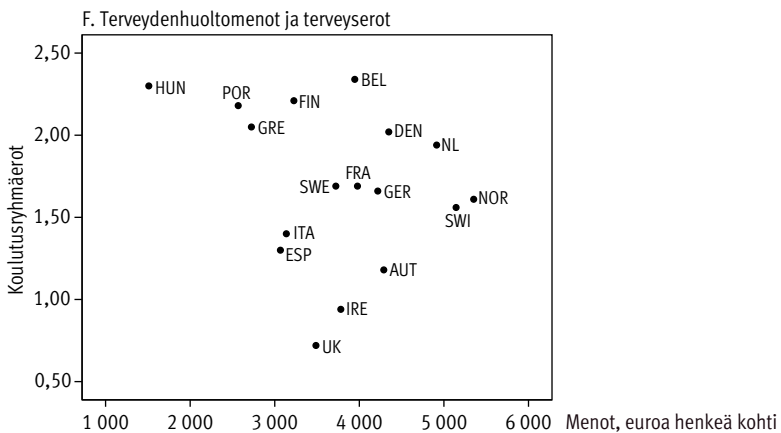
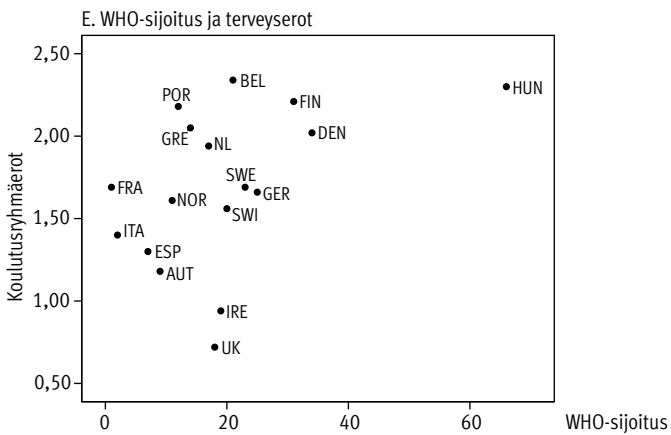
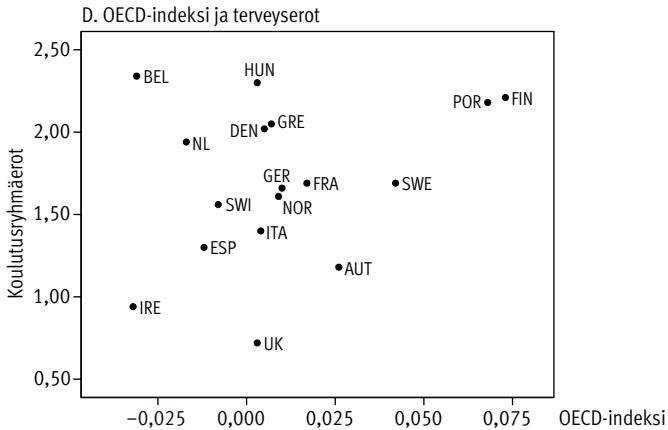
---

*Terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan muutos sekä terveysjärjestelmissä että asenteissa. Asenteisiin voidaan vaikuttaa tiedon lisäämisellä.*

---

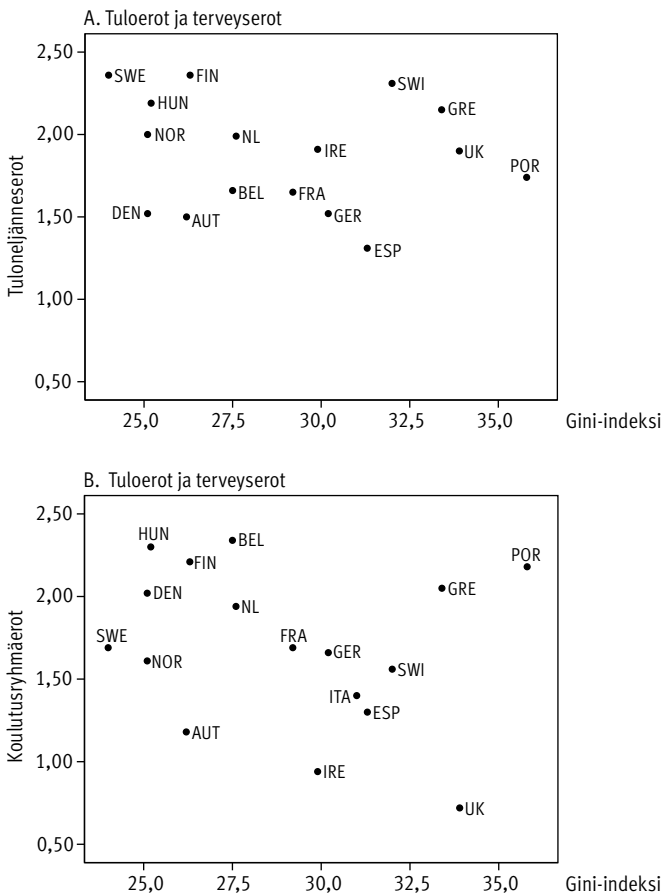
**Kuvio 3.** Tulo- ja koulutusryhmien väliset terveyserot (huonon terveyden vedonlyöntisuhde alimmassa tulo-/koulutusryhmässä suhteessa ylämpään tulo-/koulutusryhmään) ja terveysjärjestelmien piirteet Euroopassa.





Korrelaatio jää tulonjänneseurojen kohdalla kuitenkin aika alhaiseksi, oli pa Unkari mukana vertailussa tai ei ( $r = -0,16$ , kun Unkari on mukana, ja  $-0,29$  ilman Unkaria). Henkeä kohti lasketulla euromääräisellä terveysbudjetilla on oletetun kaltainen yhteys tulojen (kuvio 3C) ja koulutuksen (kuvio 3F) mukaisiin terveyseroihin, mutta nämäkään yhteydet eivät ole kovin vahvoja ( $r = -0,18$  tuloryhmäeroihin ja  $r = -0,25$  koulutusryhmäeroihin).

**Kuvio 4.** Tulonjaon eriarvoisuus (Gini-indeksi)<sup>a</sup> ja tulo- ja koulutusryhmien väliset terveyserot (huonon terveyden vedonlyöntisuhde alimmassa tulo-/koulutusryhmässä suhteessa ylimpään tulo-/koulutusryhmään) ja terveysjärjestelmien piirteet Euroopassa.



<sup>a</sup> Gini-indeksi vaihtelee nollan ja yhden välillä. Arvo 0 tarkoittaa sitä, että tuloeroja ei ole lainkaan. Kaikilla on täsmälleen samansuuruiset tulot. Arvo 1 puolestaan kertoo, että yksi henkilö saa kaikki tulot eikä muille jää mitään. Usein Gini-indeksi kerrotaan sadalla, kuten tässäkin.

Kuviossa 4 havainnollistetaan tulo- ja koulutus pohjaisten terveyserojen yhteyttä tulonjaon eriarvoisuuteen. Kuvion mukaan tulonjaolla ei näyttäisi olevan kansainvälisen kirjallisuuden olettamaa vahvaa yhteyttä terveyseroihin. Itse asiassa tässä tutkimuksessa olevan aineiston pohjalta yhteys on lisäksi ”väärensuntainen”: mitä suuremmat ovat tuloerot, sitä pienemmät erot ovat koetussa terveydessä (tulonjaollista eriarvoisuutta mittaavan Gini-indeksin korrelaatio tuloneljänneksiin liittyviin terveyseroihin on  $-0,15$  ja koulutusryhmien välisiin terveyseroihin  $-0,26$ ). Voi olla, että tulonjakoon liittyvät teoriat saisivat enemmän tukea, jos tarkasteltaisiin terveyden absoluuttisia tasoja itse ilmoitettua terveyttä luotettavimmilla mittareilla (esim. kuolleisuus tai elinajanodote) eri väestöryhmissä eri maissa (esim. Mackenbach ym. 2008).

## Keskustelua

Maitten ja maaryhmien välillä on huomattavan suuria eroja koetun terveyden-tilan tasossa ja terveyseroissa. Näitä eroja terveystutkijat ovat yrittäneet selittää mitä erilaisimmilla tekijöillä lähtien terveydenhuoltojärjestelmistä ja päätyen yleisempiin yhteiskunnallisiin selityksiin. Tässä tutkimuksessa ei löytynyt kovin selkeitä yhteyksiä terveydenhuoltojärjestelmän tunnuspiirteitten ja koetun terveyden sosioekonomisten erojen välillä. Yhteydet eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ja usein niitten voimakkuuteen vaikuttivat poikkeukselliset havainnot. Toki sillä, kuinka eriarvoinen terveydenhuoltojärjestelmä on (OECD:n horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi), on oletuksen suuntainen positiivinen yhteys terveyseroihin. On tärkeää katsoa sosiaaliturvan jakovaikutuksia. Itse asiassa se, että tässä tutkimuksessa aineiston vertailtavuussyistä rajauduttiin 25–54-vuotiaisiin työssä oleviin henkilöihin, saattaa pienentää terveydenhuoltojärjestelmien vaikutusta. Jatkotutkimuksissa on syytä tarkentaa näkökulmaa erityisiin riskiryhmiin ja katsoa, miten eri maitten terveydenhuoltojärjestelmät heidän ongelmiaan pystyvät hoitamaan. Tässäkin tarvitaan laaja-alaisempaa tutkimusotetta. Sukupuoleen ja luokka-asemaan liittyvien kulttuuristen käytäytymismallien selvittäminen voisi tarjota lisävalaistusta sekä maitten välisiin että maitten sisäisiin terveyseroihin (ks. Backhans 2011).

Sen lisäksi, että suomalaisten terveydenhuoltojärjestelmää on moitittu eriarvoistavaksi, Suomessa terveydenhuoltoon käytetään vähemmän rahaa sekä asukasta kohden että suhteessa kansantuotteeseen kuin OECD:ssa keskimäärin (OECD 2011a, 151–153). Myös tässä suhteessa Suomi on halvennettu versio pohjoismaisesta hyvinvointivaltiomallista. Tämän tutkimuksen tarkasteluissa terveydenhuoltomenojen suuruudella oli negatiivinen yhteys terveyseroihin. Yhtäältä

Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä huikeine budjetiteineen osoittaa, että suuri ei välttämättä ole parasta, mutta toisaalta halvalla harvoin saa mitään hyvää.

Richard Wilkinson ja Kate Pickett (2009) ovat tarjonneet erään vaikutusvaltaisimmista selityksistä terveyseroille. Heillä, niin kuin monella muullakin, terveys ja sosioekonomiset terveyserot liittyvät yhteiskunnan rakenteellisiin ominaisuuksiin. Erityisesti he painottavat tulonjaon tasaisuutta terveyteen vaikuttavana ”syiden syynä”. Tuloerohypoteesi ei tässä tutkimuksessa saanut tukea. Myöskään maitten sisäisissä pitkittäis- tai aluetarkasteluissa tuloeroselitys ei toimi (Böckerman ym 2007). Tuloerot eivät myöskään selitä, miksi verraten tasaisen tulonjaon Suomessa sosioekonomiset elinajanodote- ja terveyserot ovat suuria. Suomalaisten tilanne näyttää erilaiselta riippuen siitä, mihin viiteryhmään maattamme verrataan. Länsi-Euroopassa Suomi on sairas maa, mutta Itä-Euroopassa terve tapaus.

Arvoitus on myös se, miksi sosiaalipolitiikaltaan antelias ja tulonjaoltaan hyvin tasainen Tanska on menettänyt asemansa elinajanodotteen kärkimaana, joka sillä vuosisata sitten Norjan, Ruotsin ja Uuden-Seelannin kanssa oli (Kangas 2010). Tanskan selitys liittyy elintapojen vaikutukseen ja viittaa siihen, että elintapojen vaikutukset näkyvät vasta hyvin pitkällä aikajänteellä. Voidaan olettaa, että Suomenkin suhteellisen hyvän elinajanodotteen kehitys suhteessa moniin muihin maihin voi taantua alkoholiperäisten sairauksien ja liikalihavuuden lisääntyessä. Tapahtuu ”danmarkizierung”, joka samalla vaikeuttaa sosioekonomisten terveyserojen kaventamispyrkimyksiä.

Tarkastelun lähtökohtana oli Suomessa käyty keskustelu terveydenhuoltojärjestelmien vaikutuksesta terveyseroihin. Tässä tutkimuksessa käytettyjen aineistojen ja lähestymistapojen pohjalta ei voitu osoittaa vahvaa yhteyttä järjestelmän luonteenpiirteitten ja terveyteen liittyvien tuotosten välillä. Tarkoittaako tämä sitä, että järjestelmän toimintatavalla ei ole merkitystä? Ei tarkoita! On tärkeää ja tähdellistä, millainen järjestelmä on, ketä se palvelee ja miten. Järjestelmä on rakennettava niin, että kaikki terveydenhuoltoa tarvitsevat saavat hoitoa. Hoitoon pääsy ei saa kohtuuttomassa määrin riippua sosiaalisesta asemasta tai muista taustatekijöistä, kuten Suomessa on asian laita nykyisin. Keskusteltaessa terveydenhuollosta, sen aikaansaamista terveysvaikutuksista ja sosioekonomista terveyseroista on kuitenkin pidettävä mielessä, mitkä ovat syitä – tai ”syiden syitä” – ja mitkä ovat seurauksia. Terveydenhuolto on kuin välskäri, jonka luo taistelussa haavoittuneet tuodaan apua saamaan. Hyvän välskärin toiminta pelastaa henkiä. Sotavammojen syntymistä välskäri sen sijaan ei pysty ehkäisemään. Sen tekee tehokkaimmin hyvä ulkopolitiikka ja pätevä rauhanneuvottelija.

## Lähteet

Babones S. Income inequality and population health. Correlation and causality. *Social Science and Medicine* 2008; 66: 1614–1626.

Backhans M. Gender policy and gender equality in public health perspective. Investigating morbidity and mortality in Sweden and 22 OECD countries. Stockholm: Karolinska Institutet, 2011.

73 Bambra C. Social inequalities in health. The Nordic welfare state in a comparative context. Julkaisussa: Kvist J, Fritzell J, Hvinden B, Kangas O, toim. *Changing social equality. The Nordic welfare model in the 21st century*. Bristol: Policy Press, 2012: 143–163.

Blane D, Brunner E, Wilkinson R, toim. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996.

Brunner E. The social and biological basis of cardiovascular disease in office workers. Julkaisussa: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, toim. *Health and social organization*. London: Routledge, 1996: 272–302.

Böckerman P, Johansson E, Helakorpi S, Uutela A. Economic inequality and health. Looking beyond aggregate indicators. Helsinki: ETLA, Discussion papers No 1104, 2007.

Dahl E, Elstad J-I, Hofoss D, Martin-Mollard M. For whom is income inequality most harmful? A multilevel analysis of income inequality and mortality in Norway. *Social Science and Medicine* 2006; 63: 2562–2574.

Doorslaer van E, Masseria C and the OECD Health Equity Research Group members. *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD Countries*. Paris: OECD, 2004.

European Social Survey (ESS). Saatavissa: <<http://www.europeansocialsurvey.org>>.

European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Luxembourg: European Union. Saatavissa: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu\\_silc](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc)>.

Eurostat. *Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union*. Luxembourg: Publication office of the European Union, 2010.

Eurostat. Gini coefficient. Luxembourg: European Union. Saatavissa: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tessi190>>. Viitattu 17.2.2012.

Graham H, toim. *Understanding health inequalities*. Berkshire: Open University Press, 2009.

Haan M, Kaplan G, Camacho T. Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 1987; 125: 989–998.

Kaikkonen R, Kostiaainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S, toim. *Sosioekonomiset terveyserot ja niitten kaventaminen Kainuussa*. Helsinki: KTL, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 27, 2008.

Kangas O, Palme J, toim. *Social policy and economic development in the Nordic countries*. Houndmills: Palgrave/Macmillan, 2005.

Kangas O. One hundred years of money, welfare and death. Mortality, economic growth and the development of the welfare state in 17 OECD countries 1900–2000. *International Journal of Social Welfare* 2010; 19 (s1): 42–49.

Kawachi I, Kennedy BP. The health of nations. Why inequality is harmful to your health? New York, NY: New Press, 2006.

Kestilä L. Pathways to health. Determinants of health, health behavior and health in early adulthood. Helsinki: National Public Health Institute, Publications of the National Public Health Institute A 23, 2008.

Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health. *British Medical Journal* 2009; 339: b4471.

Layard R. Happiness. Lessons from a new science. London: Penguin Books, 2006.

Lopez A, Caselli G, Valkonen T, toim. Adult mortality in developed countries. From description to explanation. Oxford: Clarendon Press, 1995.

Lynch J. Income inequality and health. Expanding the debate. *Social Science and Medicine* 2000; 51: 1001–1005.

Lynch J, Smith G, Harper S ym. Is income inequality a determinant of population health? *The Milbank Quarterly* 2004; 82: 5–99.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-J ym. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358: 2468–2481.

Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1998.

Marmot M. The social pattern of health and disease. Julkaisussa: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, toim. Health and social organizations. London: Routledge, 1996: 42–67.

Marmot M. The influence of income on health. Views of an epidemiologist. *Health Affairs* 2002; 21: 31–46.

Marmot M. Status syndrome. London: Bloomsbury, 2004.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099–1104.

Marmot M. BMA presidency acceptance speech. Fighting the alligators of health inequalities. *British Medical Journal* 2010; 341: 3617.

Navarro V, Muntaner C, toim. Political and economic determinants of population health and well-being. New York, NY: Baywood, 2004.

OECD. Health at a glance 2011. OECD indicators. Paris: OECD, 2011a.

OECD. Divided we stand. Why inequality keeps rising. Paris: OECD, 2011b.

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 23, 2007.

Quadagno J. One nation, uninsured. Why the US has no national health insurance. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Ram R. Income inequality, poverty, and population health. Evidence from recent data for the United States. *Social Science and Medicine* 2005; 61: 2568–2576.

Scambler G. Review article. Health inequalities. *Sociology of Health and Illness* 2012; 34: 130–146.

Sen G, Iyer A, Mukherjee C. A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capacities* 2009; 19: 297–415.

STKL. Kansalaisbarometri 2011. Hyvinvointi, palvelut ja osallisuus kansalaismielipiteissä. Helsinki: STKL, 2011.

Verspohl I. Health care reforms in Europe. Convergence towards a market model? Baden-Baden: Nomos 2011.

75

Wahlbeck K, Manderbacka K, Vuorenkoski L, Kuusio H, Luoma M-L, Widström E. Quality and equality of access to healthcare services. HealthQUEST country report for Finland. Helsinki: Stakes, Raportteja 1, 2008.

Wendt C, Kohl J, Mischke M, Pfeifer M. How do Europeans perceive their health care systems? *European Sociological Review* 2010; 26: 177–192.

WHO. The world health report 2000 – Health systems. Improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Wilkinson R. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and population health. A review and explanation of the evidence. *Social Science and Medicine* 2006; 62: 1768–1784.

Wilkinson R, Pickett K. Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *American Journal of Public Health* 2008; 98: 699–704.

Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level. Why equality is better for everyone?* London: Penguin Books, 2009.

## Jenni Blomgren ja Heikki Hiilamo

### Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat jatkuvasti kasvaneet Suomessa. Terveyserot liittyvät pääasiassa elinolojen ja elintapojen eroihin eri väestöryhmissä. Niihin vaikuttavia sosiaalisia taustatekijöitä ovat muun muassa työttömyys, köyhyys ja syrjäytyminen, jotka heikentävät alimpien sosioekonomisten ryhmien terveyden edellytyksiä. Palvelujärjestelmän roolia terveyserojen taustalla ei ole kovin systemaattisesti tutkittu, mutta tiedetään, että myös terveyspalvelujärjestelmä saattaa osaltaan kärjistä tai kaventaa terveyseroja. Erityisesti huono-osaisten ryhmiin kohdistuvat täsmätoimenpiteet voisivat auttaa terveyserojen kaventamisessa.

#### Johdanto

Sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa jatkaneet kasvuaan lukuisista eroja kaventamaan pyrkivistä politiikkaohjelmista ja hankkeista huolimatta. Osasyllisenä terveyseroihin on monesti nähty Suomen terveyspalvelujärjestelmä, jonka arvellaan kohtelevan eri väestöryhmiä eriarvoisesti (mm. van Doorslaer ym. 2004; Devaux ja de Looper 2011; OECD 2011). Terveyspalvelujärjestelmän keskeinen tavoite on tuottaa kaikille asianmukaiset palvelut sosioekonomisesta asemasta tai asuinalueesta riippumatta ja samalla huolehtia siitä, että terveyserot pysyvät kurissa. Palvelujärjestelmä voi tasoittaa terveyseroja, mutta se saattaa osaltaan myös kärjistä niitä. Tässä artikkelissa tarkastelemme julkaisu-  
tutkimuksiin tukeutuen terveyserojen taustatekijöitä ja terveyspalvelujen käyttöä eri väestöryhmissä sekä nykyisen palvelujärjestelmän toimintaa ja roolia terveyserojen kannalta. Pohdimme myös keinoja terveyserojen kaventamiseksi.

## Sosioekonomiset ja alueelliset terveyserot ovat keskeinen kansanterveysongelma

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan koulutuksen, ammattiaseman, tulojen tai varallisuuden perusteella muodostuvien sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Lukuisissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että korkeasti koulutetuilla, ylemmässä toimihenkilöasemassa olevilla ja hyvätuloisilla on parempi terveydentila ja toimintakyky sekä pidempi elinikä kuin vähän koulutetuilla, työntekijäammateissa toimivilla ja pienituloisilla. Sama havainto pätee myös Suomessa (esim. Valkonen ym. 2007a; Koskinen ym. 2007).

Kuolleisuuserot ovat selkeitä ammattiin perustuvien sosioekonomisten ryhmien välillä (Valkonen ym. 2007b), koulutusryhmien välillä (Valkonen ym. 2007a) sekä tuloryhmien välillä (Martikainen ym. 2001; Tarkiainen ym. 2011). Esimerkiksi vuonna 2007 alimmassa tuloviidenneksessä olevien 35-vuotiaiden miesten jäljellä olevan elinajanodote oli 12,5 vuotta lyhyempi kuin ylimmässä tuloviidenneksessä olevien miesten: 35-vuotias hyvätuloisimmassa viidenneksessä oleva mies saattoi odottaa elävänsä 82-vuotiaaksi mutta huonotuloisimmassa viidenneksessä oleva vain 69,5-vuotiaaksi (Tarkiainen ym. 2011). Myös pitkäaikaissairastavuus on sitä yleisempää, mitä vähemmän on koulutusta. Kuolleisuuden ja sairastavuuden lisäksi sosioekonomiset erot ovat ilmeisiä myös mm. fyysisessä toimintakyvyssä, kuten liikkumiskyvyssä, sekä koetussa terveydessä. (TEROKA 2009a.)

Myös alueelliset erot väestön terveydessä ovat huomattavia. Esimerkiksi ennenaikainen kuolleisuus ja sydäntautisairastavuus ovat keskimäärin yleisempiä maan itä- ja pohjoisosissa verrattuna etelä- ja länsiosiin, vaikka otetaan huomioon erot alueiden ikärakenteissa. Vastasyntyneen elinajanodote oli miehillä vuosina 2004–2006 Pohjanmaan rannikolla noin neljä vuotta korkeampi kuin esimerkiksi Kainuussa (77,5 vuotta vs. 73,4 vuotta). Naisilla elinajanodotteen ero näiden alueiden välillä oli 2,6 vuotta. (Tilastokeskus 2009.) Erot kietoutuvat osittain sosioekonomisiin terveyseroihin ja alueellisiin eroihin esimerkiksi asukkaiden elintavoissa sekä geeniperimässä.

## Terveyserojen kaventaminen poliittisena tavoitteena

Sosioekonomiset terveyserot ovat vastoin poliittisia tavoitteita kasvaneet viime vuosikymmenien aikana, ja ainakin kuolleisuuserot ovat Suomessa eurooppalaisittain suuria (Mackenbach ym. 2003). Terveyserojen kaventamisessa on

toistaiseksi epäonnistuttu, vaikka niiden kaventaminen on ollut keskeinen tavoite monissa viimeaikaisissa politiikkaohjelmissa, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a) sekä Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b). Useat hankkeet, esimerkiksi lasten ja nuorten terveyserojen ehkäisyyn keskittyvät hankkeet, tuottavat mahdollisia tuloksia kuitenkin vasta pitkällä aikavälillä, eikä esimerkiksi kaikkien terveyserojen kaventamisohjelmaan liittyvien hankkeiden vaikuttavuutta voida vielä arvioida. Lisäksi erillisillä hankkeilla on ollut vaikea vähentää kansalaisten välistä eriarvoisuutta, jota viime vuosina harjoitettu yhteiskuntapolitiikka on samaan aikaan lisännyt. (Rotko ym. 2011.)

Terveyserojen kaventaminen mainitaan myös toukokuussa 2011 voimaan tulleen uuden terveydenhuoltolain yhdeksi tavoitteeksi (L 1326/2010). Terveyserojen kaventamiseen tähtää muun muassa uuteen lakiin kirjoitettu kuntien velvollisuus järjestää terveystarkastuksia myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Lisäksi vuonna 2011 hallitus on luvanut ohjelmassaan kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja toimimalla erityisesti köyhyyttä ja syrjäytymistä vastaan (Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011). Nähtäväksi jää, onnistuuko Kataisen hallitus tavoitteessaan, johon aikaisemmat hallitukset ja työryhmät eivät toistaiseksi ole yltäneet. Tarvitaan pitkäkestoista ja laaja-alaista, hallinnonrajat ylittävää poliittista tahtoa kääntämään suunta terveyserojen kasvusta niiden vähentämiseen.

## Terveyserojen taustatekijät

Voidaan olettaa, että terveyserojen syntyyn vaikuttaa geneettisten tekijöiden lisäksi merkittäväällä tavalla se, kuinka aineelliset elinolot, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät kietoutuvat toisiinsa ja vaikuttavat yhdessä geneettisten tekijöiden kanssa. Eri tekijöiden yhteyksistä on Suomessa vain vähän tietoa runsaasta sosiolääketieteellisestä ja terveys sosiologisesta tutkimuksesta huolimatta. Tarkasteluissa yleensä erotellaan terveyteen ja terveyseroihin vaikuttavat tekijät toisistaan ja jätetään tarkastelun ulkopuolelle mekanismi, jolla ne yhteiskunnallisen elämän eri ulottuvuuksina kietoutuvat toisiinsa.

Terveyden eriarvoisuuden keskeinen taustatekijä on sosiaalinen eriarvoisuus eli aineellisten ja henkisten resurssien epätasainen jakautuminen. Koulutus, ammattiasema ja tulot ovat kaikki yhteydessä toisiinsa ja terveydentilaan. Koulutus on yhteydessä terveyteen liittyvään taitotietoon, asenteisiin ja arvoihin sekä

kykyyn käsitellä terveysvalistusta. Koulutus lisäksi määrittää pitkälti ammatti-asemaa, joka puolestaan vaikuttaa muun muassa siihen, millaisia työhön liittyviä terveysriskejä henkilö kohtaa ja millaisia terveyskäyttäytymismalleja erilaisissa ammatti- ja työpaikkakulttuureissa vallitsee. Ammatti ja koulutus vaikuttavat edelleen tuloihin, ja tulotaso puolestaan on yhteydessä ihmisen aineelliseen hyvinvointiin, joka vaikuttaa esimerkiksi asuinolosuhteisiin, kulutusmahdollisuuksiin, mahdollisuuksiin hankkia hyvälaatuista ja terveellistä ravintoa, harastaa monipuolisesti eri liikuntalajeja ja hankkia tarpeellisia terveyspalveluja.

Terveydelle haitalliset elintavat – esimerkiksi tupakointi, vähäinen vihanneksen käyttö, lihavuus ja kohonnut verenpaine – painottuvat alempiin sosioekonomisiin ryhmiin (Martelin ym. 2002; TEROKA 2009a). Kyse voi olla paitsi valistuksen puutteesta myös siitä, että terveydelle vaaralliset elintavat ovat keino hallita heikkoon sosiaaliseen asemaan liittyvää stressiä. Toisaalta on väitetty (nk. Wilkinsonin hypoteesi), että terveyseroja aiheuttaa juuri se stressi, jota ihmiset kokevat heikomman sosioekonomisen asemansa vuoksi (esim. Wilkinson 1997; Wilkinson ja Pickett 2011).

Kaikkiaan siis sekä sosioekonomiseen asemaan että terveyteen ovat yhteydessä mm. elintavat, psykososiaaliset tekijät, rakenteelliset tekijät sekä myös lapsuusajan terveydentila. Sosioekonominen asema puolestaan vaikuttaa elinoloihin, elintapoihin sekä terveyspalvelujen saatavuuteen, laatuun ja vaikuttavuuteen. Lisäksi vaikutussuunta voi olla myös käänteinen (nk. valikoitumisvaikutus): huono terveydentila voi osaltaan vaikuttaa heikkoon sosioekonomiseen asemaan päätymiseen (esim. Lahelma ym. 2007). Sairastavuudessa ja huono-osaisuudessa ei ole kyse toisistaan riippumattomista tekijöistä vaan yhden ja saman, itse itseään helposti ruokkivan prosessin vipuvoimista (Hiilamo ym. 2011).

## **Terveyspalvelujen käyttö eri väestöryhmissä**

Terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita on taata kansalaisille yhtäläinen terveyspalvelujen saatavuus ja laatu. Terveyspalvelujen saatavuudella, laadulla ja vaikuttavuudella on oma roolinsa terveyserojen synnyssä ja niiden kaventamisessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) raportissa on arvioitu, että Suomen terveydenhuollon monikanavainen rahoitusjärjestelmä ylläpitää alueellisia ja väestöryhmien välisiä terveyseroja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). THL:n raportti ei kuitenkaan kyennyt tarkemmin osoittamaan, mistä järjestelmän osasta arvioitu yhteys terveyserojen ja monikanavaisen järjestelmän välillä syntyy ja mikä ylipäätään on palvelujärjestelmän rooli suhteessa muihin tekijöihin, kuten väestöryhmien erilaisiin elinoloihin ja elintapoihin. Eri väestö-

ryhmien terveyspalvelujen käyttöä sekä palvelujen vaikutusta terveyseroihin ei ole Suomessa tutkittu kovin paljon eikä systemaattisesti. Osittain tutkimuksen vähäisyys johtuu siitä, että järjestelmä on monimutkainen ja toimijatyyppensä on useita – tietoa eri toimijoiden järjestämien palvelujen käyttäjistä väestöryhmittäin on siten hankala saada ja yhdistellä. Palvelujen käytön oikeudenmukaisuuden tutkimisen keskeinen ongelma on myös se, että palvelujen käyttömäärien lisäksi olisi tiedettävä myös palvelujen todellinen tarve. Näin voitaisiin arvioida, saavatko ihmiset yhtäläisiin tarpeisiin yhtäläistä palvelua.

Niissä muutamissa tutkimuksissa, joita terveyspalvelujen käytön väestöryhmittäisistä eroista on tehty, on kuitenkin havaittu, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät Suomessa keskimäärin vähemmän terveyspalveluja ja hyötyvät niistä vähemmän kuin ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat. Näin on siitä huolimatta, että palvelujen tarve alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä on keskimäärin suurempi kuin ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä. Esimerkiksi pienituloisten tulisi siis käyttää lääkäripalveluja keskimäärin huomattavasti suurituloisia useammin, jotta palvelut jakaantuisivat tarpeeseen nähden oikeudenmukaisesti. Eroja palvelujen käytössä löytyy läpi koko terveydenhuollon kentän: muun muassa terveystarkastuksiin osallistumisessa, lääkarissäkäynneissä ja kirurgisissa hoidoissa. (Häkkinen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2007; Teperi ja Keskimäki 2007.)

Terveyspalvelujen tarpeen huomioon ottavana indikaattorina on usein käytetty ns. horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksiä, jossa palvelujen käyttö on suhteutettu palvelujen tarpeeseen (esim. van Doorslaer ym. 2004; Manderbacka ym. 2007). 21 OECD-maata koskevassa vertailussa 2000-luvun alussa havaittiin, että kun tarve otettiin huomioon, terveydenhuoltopalvelujen käyttö jakautui tulojen mukaan epätasaisimmin Suomessa, Portugalissa ja Irlannissa (van Doorslaer ym. 2004). 2000-luvun loppua koskevan tuoreemman vastaavan tutkimuksen mukaan Suomi kuuluu edelleen eriarvoisimpien maiden ryhmään yhdessä Puolan, Yhdysvaltojen ja Espanjan kanssa, kun vertaillaan lääkarissäkäynnin useutta eri tuloryhmissä 18 OECD-maassa (Devaux ja de Looper 2011). Horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksin mukaan suurituloiset käyvät Suomessa lääkarissä tarpeeseen suhteutettuna jonkin verran enemmän kuin pienituloiset. Sektorikohtaiset erot ovat selviä: terveyskeskuslääkarissäkäynnit ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti mutta yksityislääkarissäkäynnit ja työterveyslääkarissäkäynnit suurituloisia suosivasti; poliklinikkakäynnit sen sijaan ovat jakautuneet tuloryhmittäin tasaisesti (Häkkinen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2007). Kuitenkaan ei tiedetä esimerkiksi sitä, kuinka suuri osa hyvätuloisten käynneistä työterveyshuollossa liittyy työnantajien vaatimien sairauslomatodistusten hankkimiseen ja kuinka suuri osa käynneistä varsinaiseen hoidon tarpeeseen.

Suurituloiset ja hyvin koulutetut käyttävät muita enemmän myös ennalta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä palveluja (Koponen ja Alha 2006). Myös leikkaushoitoon pääsyssä on sosioekonomisia eroja. Tutkimuksissa on havaittu, että kirurgisia toimenpiteitä tehdään sitä enemmän, mitä ylemmästä tuloryhmästä on kysymys (Keskimäki ym. 2008; Manderbacka ym. 2008). Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla myös hoito on tutkimusten mukaan monesti tehokkaampaa kuin huonossa asemassa olevilla, mitä voidaan seurata esimerkiksi hoitotoimenpiteiden jälkeisen kuolleisuuden avulla (Manderbacka ym. 2007).

Vaikka heikossa asemassa olevat käyttävät palveluja tarpeeseen nähden vähemmän kuin hyvässä asemassa olevat, ei ole täysin selvää, mistä tämä alikäyttö johtuu. Osittain kyse on palvelujen tarjonnasta: Suomen terveydenhuoltojärjestelmän sektoroituminen terveyskeskuspalveluihin, työterveyshuoltoon ja yksityislääkäripalveluihin on osaltaan johtanut siihen, että palvelujen saatavuus on eri väestöryhmissä perustavanlaatuisesti erilaista. Työssä käyvillä on useimmiten käytössään työterveyshuollon ilmaiset ja nopeasti saatavat palvelut – toisaalta työterveyshuollonkin kattavuus vaihtelee, ja se on keskimääräistä huonompi pienten työnantajien palveluksessa sekä lyhyissä työsuhteissa olevilla, jotka usein ovat myös pienituloisia (Koskinen ym. 2006). Kaikkiaan kuitenkin työssä käyvällä väestöllä lääkäripalvelujen saatavuus on parempi kuin työelämän ulkopuolella olevilla, ja palveluja käytetään enemmän kuin työelämän ulkopuolisissa ryhmissä, jotka ovat yleensä terveyskeskuspalvelujen varassa.

Myös asiakasmaksujen suuret omavastuuosuudet vaikuttavat terveyspalvelujen käyttöön eri väestöryhmissä. Yksityislääkärin palkkioista maksettavien Kela-korvausten keskimääräinen osuus palkkioista on vuosien saatossa pienentynyt noin neljännekseen, joten yksityislääkärissäkäynnit maksetaan nykyään pääasiassa itse. Hyvätuloisilla on varaa käyttää sairausvakuutuksen subventoimia yksityisiä palveluja, mutta ne ovat usein pienituloisten ulottumattomissa. Myös terveyskeskusten asiakasmaksut saattavat pienituloisimmilla nousta kynnyksymykseksi terveyspalvelujen piiriin hakeuduttaessa. Lääkeostojen suuresta omavastuuosuudesta johtuen pienituloiset eivät myöskään aina kykene ostamaan välttämättömiä lääkkeitä. Harkinnanvaraista toimeentulotukea käytetäänkin yleisesti lääkekulujen kattamiseen.

erot terveyspalvelujen käytössä liittyvät myös palvelujen kysyntään: tiedetään, että huono-osaiset eivät yksinkertaisesti hakeudu terveydenhuollon piiriin yhtä halukkaasti kuin hyväosaiset. Terveyden arvostus voi olla erilaista eri sosioekonomisissa ryhmissä, mikä liittyy osaltaan terveysvalistuksen tehokkuuteen ja omaksumiseen eri sosiaaliryhmissä. Toisaalta kamppaillessaan elantonsa edestä ja yhtä aikaa useamman ongelman ratkaisemiseksi ei heikoimmassa asemassa oleville avaudu mahdollisuuksia arvioida terveyttään ja tulevaisuuttaan pitkäjänteisesti. Hyväosaiset hakeutuvat herkemmin palvelujen piiriin ja osaavat toimia palvelujärjestelmässä itselleen edullisella tavalla. Hyväosaiset ymmär-

tävät huono-osaisia paremmin hoitohenkilökunnan käyttämää kieltä, osaavat kommunikoida terveydentilaansa liittyvistä asioista, hakevat terveydentilaansa ja sen hoitoon liittyvää tietoa myös muualta sekä noudattavat kotihoito-ohjeita huolellisemmin kuin heikossa asemassa olevat (Hiilamo ja Hänninen 2009).

## Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän keskeisiä ongelmia

Väestöryhmien väliset terveyserot syntyvät monen tekijän yhteistuloksena, ja terveydenhuoltojärjestelmä on näistä vain yksi. Toistaiseksi emme tiedä tarkasti, kuinka suuri rooli terveyserojen muodostumisessa on palvelujärjestelmän ja sen käytön eroilla ja mikä on muiden tekijöiden osuus. Toisaalta järjestelmän merkitystä ei tulisi kuitenkaan väheksyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011).

Keskeinen palvelujärjestelmän rakenteeseen liittyvä ongelma terveyserojen kannalta on tiivistetysti se, että hoitoon pääsy on epävarmempaa, hitaampaa ja kalliimpaa niille ryhmille, jotka ovat keskimäärin sairaimpia ja jotka eniten tarvitsivat palveluja ja joilla on lisäksi pienimmät mahdollisuudet ostaa palveluja

---

*Hoitoon pääsy on epävarmempaa, hitaampaa ja kalliimpaa niille, jotka ovat keskimäärin sairaimpia ja jotka eniten tarvitsivat palveluita.*

---

yksityiseltä sektorilta. Terveyserot kärjistyvät, jos huonossa asemassa olevat eivät saa tarvitsemiaan palveluja samassa suhteessa kuin hyvässä asemassa olevat.

Monikanavaisuuden ongelmat terveyserojen kannalta liittyvät ainakin työikäisillä ennen muuta työterveyshuollon ja julkisen sektorin tuottamien palvelujen saatavuuden ja käytön eroihin, eivät kenties niinkään yksityislääkäriissäkäynteihin, joiden tukemiseen sairausvakuutusrahoista käytetyt varat muodostavat vain murto-osan terveydenhuollon koko rahoituksesta. On muistettava, että todennäköisesti vain harvat käyttävät yksinomaan yksityislääkärien palveluja, ja kattavinkin työterveyshuolto vaikuttaa vain osan aikaa yksilöiden elämänkaarella. Joka tapauksessa monikanavainen järjestelmä lisää valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille, mutta pienituloisilla ei ole vastaavaa mahdollisuutta hyötyä järjestelmästä. Varoja ja tarmoa tarvittaisiin enemmän nimenomaan perusterveydenhuollon ja julkisten palvelujen kehittämiseksi.

Hoitoketju terveydenhuollossa ei monesti toimi. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon kautta on erilaiset mahdollisuudet päästä erikoissairaanhoidon ainakin siksi, että yksityislääkəriin ja työterveyshuoltoon pääsee yleensä nopeammin kuin terveyskeskukseen. Yksityislääkäreillä onkin Suomessa suuri merkitys potilaiden lähettämässä sairaalahoitoon – erityisesti, kun kyse on

monista ei-kiireellisistä kirurgisista toimenpiteistä esimerkiksi silmäsairauksissa ja naistentaudeissa. Sosioekonomiset erot avopalvelujen käytössä heijastuvat osittain tämän takia myös erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöön (Manderbacka ym. 2007). Olennaista olisi pyrkiä kohti katkeamattomia ja tehokkaita hoitoketjuja riippumatta siitä, minkä järjestelmän osan asiakkaana terveyspalveluja tarvitseva ihminen on alun perin ollut. Lisäksi olisi tärkeää varmistaa asiakkaan koko tilanteen saumaton hallinta tarvittaessa yhteistyössä sosiaali- ja terveyssektoreiden välillä – tämä ei välttämättä toteudu lainkaan kuntienkaan sisällä, vaikka maksaja olisi sama. Toisaalta yksi keskeinen haaste on ylipäättään saada huono-osaiset asiakkaat palvelujen piiriin.

Koska perusterveydenhuollon päätöksenteko ja järjestäminen on nykytilanteessa hajautettu kunnille, ovat kansalaiset eriarvoisessa asemassa myös sen mukaan, missä kunnassa he asuvat. Järjestämisvastuu on kansainvälisesti verraten poikkeuksellisen hajautettu (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011). Kunnilla on vastuu tietyissä puitteissa järjestää terveyspalvelut parhaaksi katsomallaan tavalla, minkä seurauksena palveluja järjestetään monin eri tavoin. Osa kunnista tuottaa palvelut kokonaan itse tai yhdessä toisten kuntien kanssa. Pieni osa käyttää yksityisen sektorin toimijoiden apua palvelusetelin ja ostopalvelujen kautta, ja muutama kunta on ulkoistanut erikoissairaanhoidon palvelut kokonaan (Rääkkylä ainoana kuntana on ulkoistanut perusterveydenhuollon). Valtionosuusjärjestelmän kautta valtion verotuloja ohjataan kunnille laskennallisen sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen mukaan, mutta valtionosuudet eivät ole korvamerkittyjä vaan niitä voidaan kunnissa käyttää vapaasti. Esimerkiksi hoitoon pääsyn nopeus ja hinta vaihtelevat siten kunnittain suuresti. Tämä saattaa kärjistä alueiden välisiä terveyseroja siltä osin kuin ne liittyvät palvelujen piiriin pääsemiseen sekä saatujen palvelujen toimivuuteen ja tehokkuuteen.

Kuntien pienet väestöpohjat saattavat johtaa tehottomuuteen ja eriarvoisuuden palvelujen järjestämisessä. Kuntien perusterveydenhuollon asema koko terveydenhuollon kentässä on lisäksi hiljalleen näivettynyt erikoissairaanhoidon vahvistuessa, vaikka vahva ja toimiva perusterveydenhuolto on avain oikeudenmukaiseen terveydenhuoltoon (Keskimäki ym. 2008). Lisäksi yksityissektorin palveluja on enemmän saatavilla kaupunkikeskuksissa kuin syrjäisillä alueilla. Haja-asutusseudulla lääkäriin pääseminen voi olla palveluntuottajien vähäisyyden vuoksi hankalaa, vaikka maksukykyä olisikin. Alueellista eriarvoisuutta lisää myös se, että kunnissa on hyvin vaihtelevia käytäntöjä siinä, miten kustannusvastuita siirretään maksajalta toiselle. Eroja on esimerkiksi siinä, kannustetaanko lääkehoito järjestämään avohoidon vai laitoshoidon piirissä, mikä vaikuttaa siihen, onko maksajana kunta vai asiakas ja sairausvakuutus (ks. Aaltosen ym. artikkeli tässä julkaisussa).

## Keinoja terveyserojen kaventamiseksi

Parhaassa sosioekonomisessa asemassa olevien terveydentila asettaa sen tason, johon kaikkien olisi periaatteessa mahdollista päästä. Koska hyväosaisimpien terveydentila on jo huipputasolla, voidaan huomattavaa edistystä saavuttaa vain niissä ryhmissä, joihin terveysongelmat kasautuvat (Koskinen ym. 2006). Heikoimmassa asemassa olevien huono terveys tulee yhteiskunnalle kalliiksi, vaikuttaa työvoiman ja palvelujen riittävyteen sekä heijastuu sosiaaliseen syrjäytymiseen. Terveyserojen kaventaminen säästäisi siten myös kuntien ja valtion kustannuksia.

Sosioekonomisia terveyseroja voidaan vähentää vaikuttamalla sekä yhteiskunnan rakennetekijöihin että ihmisten käyttäytymiseen. On vaikutettava suoraan sosiaaliseen eriarvoisuuteen esimerkiksi vähentämällä köyhyyttä ja lisäämällä aineellisia ja kulttuurisia voimavaroja etenkin huono-osaisimmassa väestöryhmässä sekä alentamalla asiakkaiden maksamia omavastuu- ja palvelumaksuja. On tuettava terveyttä edistäviä elintapoja ja vähennettävä altistumista huonoille työoloille. On kohdistettava erityistä huomiota huono-osaisimpien tavoittamiseen ja hoitoon terveydenhoitojärjestelmän keinoin. (Diderichsen ym. 2001; Koskinen ym. 2006; TEROKA 2009b.) Yhteiskuntapolitiikan tasolla myös terveyseroihin vaikuttavia keinoja ovat esimerkiksi työttömyyden ja köyhyyden vähentäminen sekä alkoholi- ja tupakkapoliittiset ratkaisut ja ruoan hinnan sääntely verotuksen keinoin (Rahkonen ym. 2007).

Terveyserojen kaventamistoimet voivat olla universaaleja, jolloin koko väestöä kohdellaan samalla tavoin. Tällainen politiikka ei kuitenkaan välttämättä vastaa huono-osaisimpien tarpeisiin, sillä universaalit palvelut ovat parantaneet eniten niiden asemaa, joilla jo muutenkin menee hyvin. Vakiintuneessa terveydenhuolto- ja terveyspolitiikassa pidetään helposti itsestään selvänä, että kaikki hoitavat terveyttään ja lähtevät hakemaan apua terveysongelmiinsa ikään kuin heillä olisi siihen riittävät resurssit. Esimerkiksi ennalta ehkäisevän terveydenhuollon ja valistuksen korostaminen parantaa eniten niiden tilannetta, joilla on tiedolliset ja taloudelliset mahdollisuudet noudattaa terveys suosituksia. Ennalta ehkäisevän terveydenhuollon painotus onkin vaarassa syventää terveyseroja, mikäli samalla ei pidetä huolta siitä, että heikoimmassa asemassa olevien terveysvalistukseen käytetään enemmän resursseja kuin muun väestön valistukseen.

Toimenpiteet voivatkin olla tehokkaampia, jos niitä kohdennetaan nimenomaan huono-osaisiin ryhmiin. Jotta tiettyjä ihmisryhmiä ei leimattaisi, tarvitaan koko väestöön suunnattuja toimenpiteitä, joiden vaikutus kuitenkin on tehokkain huono-osaisimpien ryhmässä. Huono-osaisen ihmisten terveyden edistämiseksi olisi syytä ottaa selvää ihmisen elämäntilanteesta ja siitä, minkä ihmisen itse näkee edistävän parhaiten omaa terveyttään – asumisen turvaamisella tai sosiaalisilla suhteilla voisi olla joissakin tapauksissa suurempi tervehdyttävä

vaikutus kuin liikuntareseptillä. Terveyskampanjoissakin saattaisi olla hyödyllistä kokeilla sanoman eriyttämistä sen sijaan, että kaikille tarjotaan samoja neuvoja.

Erityisesti terveyseroja aiheuttaviin elintapoihin voi ja kannattaa vaikuttaa jo lapsuudessa, koska lapsiin ja nuoriin kohdistuva työ vaikuttaa tehokkaimmin koko elämänkaaren aikaisiin elintapoihin. Esimerkiksi neuvolatoiminta, päivähoito ja kouluterveydenhuolto ovat keskeisessä asemassa lapsiperheiden tavoittajina. Kokonaisia ikäluokkia koskevalla työllä on mahdollista lieventää terveyserojen ylisukupolvista periytymistä.

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmällä voidaan siis osaltaan vaikuttaa terveyseroihin, vaikka palvelujärjestelmän rooli lienee kokonaisuuden kannalta suhteellisen vähäinen. Asiaa voidaan lähestyä myös moraaliselta kannalta: joka tapauksessa olisi pidettävä huoli siitä, että julkisesti rahoitetut palvelut jakautuvat oikeudenmukaisesti. Jokaisen väestöryhmän tulisi sosioekonomisesta asemasta ja asuinalueesta riippumatta saada tarpeenmukaiset terveystalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja rahoitusjärjestelmää uudistettaessa huomiota tulisi kiinnittää siihen, että tulevaisuudessa palvelut vähentäisivät eivätkä ainakaan kärjistäisi sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja (Rotko ym. 2011).

Myös alueellisia terveyseroja saataisiin kavennettua sosioekonomisia terveyseroja kaventamalla. Edellä esitettyjen sosioekonomisten erojen kaventamiskeinojen lisäksi alueellisia eroja voidaan kaventaa vaikuttamalla alueellisiin palvelurakenteisiin ja takaamalla, että terveydenhuollon palvelujen piiriin pääsy on tasa-arvoista maan eri osissa. Kansallinen ohjaus loisi edellytyksiä kohdenetuille toimille sosioekonomisten ja alueellisten terveyserojen kaventamiseksi.

Terveyserojen kaventamiseksi tulee siis sekä panostaa erityisesti huono-osaisimpiin kohdistuvaan ennalta ehkäisevään työhön että taata, että terveydentilan heiketessä ihminen saa hoitoa sosioekonomisesta asemasta ja asuinpaikasta riippumatta. Terveyserojen kaventamisessa keskeistä on se, että perusterveydenhuolto saadaan toimivaksi ja että perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välinen kiulu palvelujen saatavuudessa pienenee. Sujuva hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa, katkeamaton hoitoketju sairauden toteamisesta sen hoitoon ilman asiakkaan turhaa pallottelua eri järjestelmien välillä sekä hoidon seurannan tehokas järjestäminen tulee taata kaikille väestöryhmille. Nopea hoitoon pääsy olisi tärkeää erityisesti huono-osaisille väestöryhmille. Monikanavarahoitus sinänsä ei ole este perusterveydenhuollon kehittämislle, vaan kyse on järjestelmän kokonaisohjauksesta ja koordinaatiosta.

Terveyseroja voi kuvailla niin kutsutuksi ilkeäksi ongelmaksi, johon ei löydy ratkaisua etenemällä vain yhtä reittiä. Terveysterot liittyvät muihin sosioekonomisiin eroihin, joihin vaikuttavat muun muassa koulutus, menestys

---

*Sosiaali- ja terveystalvelujen tulisi vähentää eikä kärjistää sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja.*

---

työmarkkinoilla ja parinmuodostus. Näihin voidaan puolestaan vaikuttaa laajalla yhteiskuntapoliittisten toimien kirjolla, joka ulottuu kaavoituksesta ja muusta asuntopoliitiikasta koulutus- ja työvoimapolitiikkaan. Yhtä lailla koko sosiaaliturva opintotuesta ja asumistuesta aina takuueläkkeeseen voi olla kaventamassa terveysteroja, mikäli se onnistuu vähentämään köyhyyttä ja syrjäytymistä sekä edistämään erityisesti vähemmän koulutettujen osallistumista työmarkkinoille. Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana sosiaaliturva ei ole onnistunut näissä tavoitteissa yhtä tehokkaasti kuin esimerkiksi 1980-luvulla. Edellä sanotusta huolimatta on selvää, että terveystalvvelujärjestelmä on keskeisessä roolissa terveysterojen kaventamisessa. Toistaiseksi tiedetään kuitenkin melko vähän siitä, miten terveystalvvelujärjestelmä luo tai ylläpitää terveysteroja. Terveysterojen kaventaminen vaatii yhtä aikaa sekä laajojen yhteiskuntapoliittisten keinojen käyttämistä että täsmätoimia heikoimmassa asemassa olevien terveyden edistämisen sekä terveystalvvelujen saatavuuden ja laadun kehittämiseksi.

---

*Terveysterojen kaventaminen vaatii sekä laajoja yhteiskuntapoliittisia keinoja että täsmätoimia, joilla edistetään heikoimmassa asemassa olevien terveyttä sekä parannetaan terveystalvveluiden saatavuutta ja laatua.*

---

## Lähteet

Devaux M, de Looper M. Measuring and explaining disparities in health care utilisation. OECD Health Working Paper. Paris: OECD, 2011.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. Julkaisussa: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F ym., toim. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: Oxford University Press, 2001: 12–23.

Doorslaer E van, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: OECD, OECD Health Working Papers 14, 2004.

Hiilamo H, Hänninen S. Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa. Julkaisussa: Kinnunen K, toim. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus, Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 7, 2009: 24–35.

Hiilamo H, Hänninen S, Kinnunen K. Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkailta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2011; 48: 4–21.

Häkkinen U, Alha P. Avohoitopalvelut. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveystalvveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveyst 2000 -tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10, 2006: 32–43.

Keskimäki I, Manderbacka K, Teperi J. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Julkaisussa: Ashorn U, Lehto J, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 2008: 50–66.

Koponen P, Alha P. Terveystarkastukset, seulantatutkimukset ja terveyden edistäminen. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10, 2006: 22–31.

87

Koskinen S, TEROKA-projektiryhmä. Sosioekonomiset terveyserot – Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveys-lehti 2006; (1). Saatavissa: <[http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet\\_2006/nro\\_1\\_2006/sosioekonomiset\\_terveyserot\\_\\_suomen\\_kansanterveyden\\_keskeinen\\_ongelma](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_1_2006/sosioekonomiset_terveyserot__suomen_kansanterveyden_keskeinen_ongelma)>.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Heliövaara M, Reunanen A, Lahelma E. Pitkäaikaissairastavuus. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 74–86.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T, Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 25–41.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O ym. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32: 830–837.

Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Keskimäki I. Terveyspalvelut. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 179–196.

Manderbacka K, Arffman M, Karvonen S, Keskimäki I. Huono-osaisuus terveydenhuollossa. Sosioekonomiset erot elektiivisessä kirurgiassa. *Suomen Lääkärelehti* 2008; 63: 2025–2030.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Julkaisussa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2002: 93–102.

Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S, Valkonen T. Income differences in mortality. A register based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 1397–1405.

OECD. Health at a glance 2011. OECD indicators. Paris: OECD, 2011.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Saatavissa: <<http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf>>.

Rahkonen O, Talala K, Sulander T ym. Koettu terveys. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 65–73.

Rotko T, Aho T, Mustonen N, Linnanmäki E. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 8, 2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4, 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6, 2008a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16, 2008b.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 3651–3657.

Teperi J, Keskimäki I. Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Saari J, Yeung AB, toim. Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 2007: 274–291.

TEROKA. Sosioekonomiset terveyserot. Käsitteitä ja taustaa. [Kalvosarja.] Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA. 2009a. Saatavissa: <<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pccontent=1&task=view&id=60&Itemid=90>>.

TEROKA. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Käsitteitä ja taustaa. [Kalvosarja.] Sosioekonomisten terveyserojen kaventamishanke TEROKA. 2009b. Saatavissa: <<http://www.teroka.fi/teroka/index.php?option=content&pccontent=1&task=view&id=60&Itemid=90>>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4, 2011.

Tilastokeskus. Vastasyntyneen elinajanodote maakunnittain 2004–2006. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=sek00009](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sek00009)>, 2009.

Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007a: 44–64.

Valkonen T, Martikainen P, Remes H. Sosiaaliryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2007b; 62 (42): 3891–3896.

Wilkinson R. Health inequalities. Relative or absolute material standards. BMJ 1997; 314: 591–595.

Wilkinson R, Pickett K. Tuloerot ja hyvinvointi. Helsinki: HS-kirjat, 2011.

## **Kuntoutus ja työterveyshuolto**

## **Ilona Autti-Rämö, Katariina Hinkka, Annamari Tuulio-Henriksson ja Jouko Lind**

### **Kuntoutus valtakunnallisena toimintana**

**Kansallinen kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuu sopii hyvin sellaisiin kuntoutustoimenpiteisiin, jotka eivät liity välittömään sairauden tai vamman hoitoon. Yhtenäinen, lailla määritelty oikeus kuntoutukseen varmistaa lakisäateisen kuntoutuksen yhdenvertaisen toteutumisen. Valtakunnallisena toimijana Kela pyrkii huolehtimaan siitä, että sen järjestämistä vastaava oleva kuntoutus on toteutukseltaan ja sisällöltään kansallisesti yhdenmukaista. Tähän pyritään kuntoutukselle laadittujen standardien ja erilaisten seurantamekanismien avulla.**

Kuntoutuksen sisältö ja tavoitteet ovat muuttuneet yhteiskunnan mukana ja vaikutuksesta. Kuntoutuksen tavoite on edistää henkilön työ- ja toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia sekä mahdollisuutta osallistua yhteiskunnan toimintaan. Kuntoutuksen käsitteeseen sisällytetään nykyään lähes kaikki yksilön toimintakykyyn ja osallistumiseen kohdistuvat interventiot. Sosiaali- ja terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja työhallinnon lakisäateinen kuntoutus perustuu todettuun oireeseen, sairauteen, vajaakuntoisuuteen tai vammaan. Tässä artikkelissa keskitytään lääkinälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen, joiden perusteena on sairauden tai vamman aiheuttama toiminta-, opiskelu- ja/tai työkyvyn heikkeneminen tai menettämisen uhka. Keskitymme Kelan vastuulla olevien, julkisen terveydenhuollon toimintaa täydentävien kuntoutustoimenpiteiden kohdentumiseen sekä julkisen terveydenhuollon ja Kelan väliseen työnjakoon.

### **Mitä kuntoutus on?**

Kuntoutus on sisällöltään monimuotoinen ja monialainen toimintakokonaisuus. Kuntoutuslontoon (STM 2002) mukaan se on suunnitelmallista ja monialaista, yleensä pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoite on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Laki Kelan kuntoutuksesta (L 566/2005) toi käsitteen *hyvä kuntoutuskäytäntö*, joka lain perusteluissa on määritetty tarkoittamaan sitä kuntoutuskäytäntöä, jota noudatetaan Kelan ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä. Tällainen kuntoutuskäytäntö pohjautuu tieteelliseen vaikuttavuustietoon tai vakiintuneeseen ja kokemuseräisesti perusteltuun kuntoutuskäytäntöön. Sen tulee perustua erityisasiantuntemukseen

ja erityisosaamiseen sekä olla tarpeellista toiminta-, opiskelu- ja/tai työkyvyn parantamiseksi. Kuntoutuksen sisällön suunnittelu perustuu yksilön tarpeisiin ja realistisiin tavoitteisiin. Kuntoutus voidaan toteuttaa yksilöllisen tarpeen mukaisesti yksilö- tai ryhmäterapiana, avo- tai laitostuotoisena. Kuntoutuksen sisältö, intensiteetti ja kesto vaihtelevat yksilön tarpeen ja asetettujen tavoitteiden mukaan.

91

Kuntoutus jaotellaan lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen (Järvikoski ja Härkäpää 2011). Tässä artikkelissa keskitytään sairaus- tai vammaperusteiseen lääkinnälliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. Lääkinnällisellä kuntoutuksella pyritään ensisijaisesti palauttamaan tai ylläpitämään yksilön toimintakykyä ihmisen luonnollisessa ympäristössä. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat paitsi yksilön tarvitsemat kuntoutustoimenpiteet myös kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutusneuvonta ja -ohjaus, apuvälinepalvelut sekä toimivan kuntoutusprosessin kokonaisuudesta huolehtiminen. Sairaus- tai vammaperusteisen ammatillisen kuntoutuksen tavoite on vajaakuntoisen henkilön työkyvyn ja työllistymisen edellytysten parantaminen ja täten työelämään pääsy tai siellä pysyminen. Ammatilliseen kuntoutukseen kuuluu siten sellaisia toimenpiteitä, jotka tukevat kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää hänelle soveltuva työ. Vajaakuntoisen ammatillinen kuntoutus perustuu työkyvyn ja työllistymismahdollisuuksien arviointiin, ammatillisten valmiuksien parantamiseen ja työllistymisen mahdollistamiseen.

Sairauden tai vammautumisen aiheuttaman kuntoutustarpeen toteutumisessa keskeistä on oikea-aikainen kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutuksen toteuttaminen. Suomessa sairaus- tai vammaperusteinen kuntoutustarve tunnistetaan tavallisesti julkisessa terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa riippumatta siitä, kuka kuntoutuksen järjestää. Kuntoutuksen toteuttaminen edellyttää suunnitelmallisuutta, pitkäjänteisyyttä, monialaista osaamista ja hyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioiden, kuntoutuksen järjestäjätahon sekä palveluntuottajan välillä.

---

*Lääkinnällinen kuntoutus pyrkii palauttamaan tai ylläpitämään toimintakykyä.*

---



---

*Vajaakuntoisen henkilön ammatillisessa kuntoutuksessa päämääränä on työelämään pääsy tai siellä pysyminen.*

---

## Kuntoutuksen järjestämistä vastuu määrittäminen

Väestötasolla ensisijainen kuntoutuksen järjestämistä vastuu on terveydenhuoltolain (L 1326/2010) mukaisesti julkisella terveydenhuollolla, ellei lainsäädännössä ole toisin määritetty. Sosiaalivakuutukseen perustuvasta lakisääteisestä kuntoutuksesta vastaavat Kelan lisäksi työeläkelaitokset sekä liikenne- ja tapaturmavakuutusta hoitavat vakuutuslaitokset. Ns. SoLiTa-lainsäädäntö – sotilasvammalaki (L 404/1948), liikennevakuutuslaki (L 279/1959), tapaturmavakuutuslaki (L 608/1948) – yhdessä muun sen toimeenpanoa koskevan lainsäädännön kanssa määrittää ensisijaisen korvausjärjestelmän toteuttamaa kuntoutusta tavoitteena vakuutetun työ- ja toimintakyvyn ja ansiokyvyn parantaminen. Ensisijaisiin korvausjärjestelmiin luetaan myös vahingonkorvaus- ja potilasvahinkolainsäädännön ja vastuuvakuutuslakien mukaiset tapaukset.

Yksittäisen ihmisen kuntoutuskokonaisuus koostuu usein monen eri tahon palveluista ja etuuksista. Kuntoutuksen monialaista kokonaisuutta koordinoidaan lainsäädännön ja eri järjestelmien välisten sopimusten avulla. Kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä annetun lain (L 497/2003) tarkoitus on auttaa kuntoutujaa saamaan hänen tarvitsemansa kuntoutuspalvelut ja edistää kuntoutuksen eri toimijoiden yhteistyötä sellaisessa tilanteessa, joka edellyttää usean kuntoutusta järjestävän yhteisön toimenpiteitä.

### Julkinen terveydenhuolto

Julkisen terveydenhuollon vastuu kuntoutuksen järjestämisestä on määritelty terveydenhuoltolaissa aikaisempaa huomattavasti tarkemmin (L 1326/2010). Terveydenhuoltolain tarkoitus on parantaa kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja viivytyksetöntä käynnistymistä sekä varmistaa kuntoutuksen jatkuminen saumattomasti. Laki myös vahvistaa julkisen terveydenhuollon velvollisuuden

---

*Yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa määritellään lääkkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö.*

---

huolehtia suunnitellun kuntoutuksen järjestämisestä. Sen mukaan kunnan tehtävä on potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkkinnällinen kuntoutus, johon sisällytetään kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus; potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi; kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutumismahdollisuuksia; toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet; apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus sekä edellisissä kohdissa tarkoitetuista tarpeellisista toimenpiteistä koostuvat kuntoutusjaksot laitos- ja avohoidossa. Lääkkinnällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisissa yksilöllisissä

kuntoutussuunnitelmassa, ja kunta nimeää tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön. Kunnalla on myös velvollisuus huolehtia siitä, että asianomaiselle annetaan tietoja muista kuin kunnan tehtäväksi määritetyistä kuntoutusmahdollisuuksista ja tarvittaessa ohjataan henkilö näitä järjestävien tahojen palvelujen piiriin. (L 1326/2010.)

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää sellaista kuntoutusta, joka on Kelan järjestämävastuulla (L 566/2005). Jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuuta ei ole selkeästi osoitettavissa tai Kela ei myönnä julkisen terveydenhuollon siltä anomaa kuntoutusta, on kunnan järjestettävä kyseinen julkisen terveydenhuollon suunnittelema kuntoutus. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu myöhemmin

valitusmenettelyssä todetaan kuuluvan Kelalle, on Kelan suoritettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset (L 1326/2010). Tietoa siitä, miten terveydenhuoltolaki on vaikuttanut käytäntöön, ei vielä ole.

Mielenterveystyöhön liittyvästä kuntoutuksesta terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellisen mielenterveystyön, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen (27 §). Terveydenhuoltolain ja mielenterveyslain (L 1116/1990) mukaan mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus, johon kuuluvat 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä, mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki, 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä, järkyttävissä tilanteissa sekä 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Kelan tehtäväksi on määritelty julkisen terveydenhuollon mielenterveystyötä täydentävä rooli sekä 1.1.2011 alkaen 16–67-vuotiaiden opiskelu- tai työkykyä parantava kuntoutuspsykoterapia (L 566/2005).

Päihdetyöhön kuuluva, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämävastuulla oleva kuntoutus määritellään terveydenhuoltolain 28 §:ssä (L 1326/2010). Kela ei järjestä päihdekuntoutusta.

Lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämisen ohjaus ja laadunvalvonta määritetään sairaanhoitopiirien kuntayhtymän vastuulle (33 §) ja lääkin-

---

*Kunnan on järjestettävä julkisen terveydenhuollon suunnittelema kuntoutus, jos muita vastuunottajia ei ole selkeästi osoitettavissa eikä Kela myönnä tätä kuntoutusta.*

---



---

*Tällä hetkellä ei tiedetä, kuinka moni saa julkisen terveydenhuollon järjestämään kuntoutusta, mitä tämä sisältää ja miten alueellinen yhdenvertaisuus toteutuu.*

---

nällisen kuntoutuksen yhteistyön suunnittelu erityisvastuualueille (42 §). Julkisen terveydenhuollon järjestämää kuntoutusta ei tilastoida, joten tällä hetkellä ei ole tietoa, kenelle ja kuinka monelle julkisen terveydenhuollon järjestämä kuntoutus kohdistuu, mitä kuntoutus sisältää ja miten alueellinen yhdenvertaisuus toteutuu. Valtiontarkastusvirasto onkin kiinnittänyt huomiota niin lääkinnällisen kuin mielenterveyskuntoutuksenkin järjestämisen ja sen arvioinnin ongelmiin (Lääkinnällinen kuntoutus 2009; Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus 2009).

## Kela

Kelan järjestämästä kuntoutuksesta säädetään Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetussa laissa (L 566/2005), josta jäljempänä käytetään lyhennettä KKRL. Kelan kuntoutus jakautuu järjestämisvelvollisuuden ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen piiriin kuuluvaan toimintaan.

Järjestämisvelvollisuus koskee ammatillista kuntoutusta (KKRL 6 §) ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta (KKRL 9 §) sekä 1.1.2011 alkaen kuntoutuspsykoterapiaa (KKRL 11a § ja 11b §). Asiakkaalla on subjektiivinen

---

*Kelan järjestämästä kuntoutuksesta on saatavissa yksilökohtaisia tietoja.*

---

oikeus järjestämisvelvollisuuteen kuuluvaan kuntoutukseen silloin, kun hän täyttää laissa säädetyt edellytykset.

Kela järjestää lisäksi harkinnanvaraista ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta rahamäärällä, joka vastaa vuosittain vähintään neljää prosenttia vakuutettujen sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdistaminen suunnitellaan kolmevuotiskausittain ottaen huomioon erityisesti sellaiset ajankohtaiset kuntoutustarpeet, joihin muut tahot eivät vastaa. Harkinnanvarainen kuntoutus on viime vuosina kohdistunut pääosin työssä olevaan väestöön ja se on luonteeltaan työkykyä ylläpitävää. Myös työelämästä poissa oleville aikuisille sekä lapsille ja nuorille kuntoutujille järjestetään harkinnanvaraista kuntoutusta toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Harkinnanvarainen kuntoutus mahdollistaa lisäksi kuntoutustoimenpiteiden järjestämisen akuuttien kriisitilanteiden jälkeen tai muun kansallisen tarpeen vaatiessa. Tällaisia ovat esimerkiksi Aasian tsunamikatastrofin sekä Jokelan ja Kauhajoen koulusurmien jälkeinen psykoterapian tarve sekä ajankohtaisena kuntoutustoimenpiteenä narkolepsiaan sairastuneiden lasten ja nuorten sopeutumisvalmennuskurssit.

Kelan kuntoutuksen toteutumista ohjaavat kuntoutustoimenpiteitä koskevat standardit, joiden noudattamista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Toisin kuin julkisesta terveydenhuollosta, Kelan järjestämästä kuntoutuksesta

on saatavissa yksilökohtaisia tietoja mm. eri kuntoutustoimenpiteiden määrästä, kuntoutuksen saajista sekä kustannuksista (Kela 2011a). Kela tilastoi myös hylkäävät kuntoutuspäätökset ja selvittää hylkäysten syitä ja muutoksia. Kuviossa 1 esitetään vuonna 2011 Kelan järjestämää kuntoutusta saaneet, ja Kelan järjestämän kuntoutuksen kustannukset ja asiakasmäärät vuosilta 2005–2010 esitetään taulukossa 1 (s. 96).

95

**Kuvio 1.** Kelan järjestämää kuntoutusta vuonna 2011 saaneet lakiperusteen ja kuntoutustoimenpiteen mukaan.<sup>a</sup>

#### ■ Kuntoutuspsykoterapia

Kuntoutuspsykoterapia yhteensä 12 610

- Aikuisten psykoterapia 8 650
- Nuorten psykoterapia 3 980
- Kehittämishankkeet 30

#### □ Vajaakuntoisten ammatillinen kuntoutus

Josta muun muassa

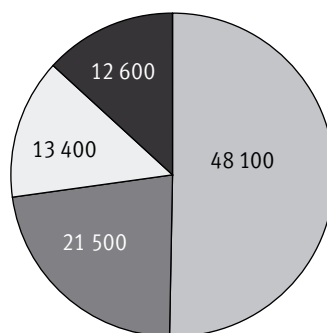
- Ammatillinen koulutus yhteensä 5 910
- Ammattikoulutus 4 840
- Korkeakouluopiskelu 790
- TYK-toiminta 2 760
- Työhönvalmennus 1 250
- Kuntoutustutkimus 950
- Työ- ja koulutuskokeilu 870
- Kuntoutustarveselvitys 710

#### ■ Vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus

Josta muun muassa

- Fysioterapia 14 390
- Puheterapia 5 660
- Toimintaterapia 4 960
- Yksilöllinen kuntoutusjakso 3 210
- Sairausryhmäkohtaiset kurssit 1 570
- Psykoterapia 610
- Neuropsykologinen kuntoutus 340

#### ■ Kuntoutujia yhteensä 87 300



#### ■ Harkinnanvarainen kuntoutus

Josta muun muassa

- Kuntoutuskurssit yhteensä 28 430
- Aslak 13 280
- Aikuisten psykoterapia 8 050
- Nuorten psykoterapia 3 470
- Yksilöllinen kuntoutusjakso 2 970
- Sopeutumisvalmennuskurssit 2 970
- Kehittämistoiminta 1 730
- Kuntouttava hoito 220
- TYK-toiminta 220

<sup>a</sup> Kuntoutujia on voinut saada useampia kuntoutustoimenpiteitä. Yhteissummiin hänet lasketaan vain kerran.

Lähde: Kelan tilastot.

**Taulukko 1.** Kelan järjestämän kuntoutuksen yksilökohtaiset kuntoutuspalvelujen kustannukset ja asiakkaat vuosina 2005–2010 KKRL:n mukaisen järjestämisvelvollisuuden ja kuntoutuksen harkinnanvaraisuuden mukaan jaoteltuna.<sup>a</sup>

| Vuosi | Kustannukset (milj. euroa) |                  |                  |                   | Asiakkaat (henkilömäärä) <sup>a</sup> |                  |                  |                   |
|-------|----------------------------|------------------|------------------|-------------------|---------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
|       | Yhteensä                   | 6 § <sup>b</sup> | 9 § <sup>c</sup> | 12 § <sup>d</sup> | Yhteensä                              | 6 § <sup>b</sup> | 9 § <sup>c</sup> | 12 § <sup>d</sup> |
| 2005  | 220,2                      | 33,6             | 104,0            | 82,6              | 86 756                                | 17 039           | 21 521           | 50 160            |
| 2006  | 222,4                      | 31,7             | 101,7            | 89,1              | 88 376                                | 16 397           | 21 416           | 52 454            |
| 2007  | 233,1                      | 30,7             | 110,8            | 91,6              | 87 846                                | 15 498           | 21 077           | 53 263            |
| 2008  | 236,3                      | 29,1             | 112,7            | 94,5              | 86 320                                | 14 260           | 20 758           | 53 297            |
| 2009  | 234,6                      | 25,5             | 112,6            | 96,5              | 83 762                                | 12 905           | 20 654           | 52 084            |
| 2010  | 237,3                      | 25,9             | 116,8            | 94,6              | 83 709                                | 12 950           | 20 750           | 51 843            |

<sup>a</sup> Kuntoutusrahan kustannukset ja asiakkaat eivät ole tässä mukana.

<sup>b</sup> Ammatillinen kuntoutus.

<sup>c</sup> Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus.

<sup>d</sup> Harkinnanvarainen kuntoutus.

Lähde: Kelan tilastot.

## Julkisen terveydenhuollon ja Kelan järjestämä, toimintakykyä ylläpitävä tai parantava lääkinnällinen kuntoutus

Sairastumisen tai vammautumisen jälkeisen kuntoutuksen tarve arvioidaan, kun tilanne on vakiintunut siinä määrin, että kuntoutujan aktiivinen osallistuminen toimintakykyä ylläpitäviin tai parantaviin toimenpiteisiin on mahdollista. Hoidon ja kuntoutuksen käsitteellinen ero on täten ajallisesti erilainen eri sairauksissa

---

*Hoito ja kuntoutus eroavat käsitteellisesti, mutta kuntoutus on osa hoitokokonaisuutta.*

---

ja vammoissa, mutta kuntoutus on osa hoitokokonaisuutta eikä siitä irrallinen. Kuntoutuksen tarve arvioidaan yleensä julkisessa terveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

Julkisen terveydenhuollon vastuulla ovat kaikki ne kuntoutustoimenpiteet, jotka liittyvät sairauden tai vamman akuutin vaiheen jälkeiseen hoitoon yleensä noin kolmeen kuukauteen saakka, ellei kyseessä ole SoLiTa-lainsäädännön mukainen kuntoutus. Julkinen terveydenhuolto vastaa myös kaikista suunnittelemissaan kuntoutustoimenpiteistä, jotka kohdistuvat muihin kuin vaikeavammaisiin henkilöihin. Sillä on myös järjestämisvastuu sellaisista kuntoutustoimenpiteistä, jotka liittyvät välittömästi julkisessa terveydenhuollossa tehtyyn toimenpiteeseen,

kuten vaikeavammaisen henkilön ortopedisen korjausleikkauksen jälkeiseen välittömään kuntoutukseen, vaikka henkilön muu kuntoutus kuuluisi vaikeavammaisuuden perusteella Kelan vastuulle.

Kelan tulee järjestää työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta alle 65-vuotiaalle vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa (KKRL). Vaikeavammaisten kuntoutuksen edellytys on, että henkilö saa vammaisetuuksista annetun lain (L 570/2007) 2. luvun perusteella korotettua tai ylintä alle 16-vuotiaan vammaistukea, korotettua tai ylintä 16 vuotta täyttäneen vammaistukea tai korotettua tai ylintä eläkettä saavan hoitotukea. Korotetun tuen kriteerit eroavat eri vammaisetuksien välillä: alle 16-vuotiaiden tuki perustuu vanhemmille aiheutuvaan rasitukseen ja 16 vuotta täyttäneiden tuki avun tarpeeseen, jonka on eläkeläisillä oltava suurempi kuin työelämässä olevilla. Laissa on lisäksi erikseen määritelty, milloin henkilö katsotaan lain tarkoittamalla tavalla vaikeavammaiseksi ja kuntoutukseen oikeutetuksi. Vaikeavammaisuuden määrittämiseen ja vammaistukikytkökseen liittyviä ongelmia ovat tutkineet Autti-Rämö ym.

(2011). Oleellista on, että henkilöllä ei ole pysyvää oikeutta Kelan järjestämään vaikeavammaisten lääkinnälliseen kuntoutukseen. Kuntoutuksen järjestämistä vastuu palautuu julkiselle terveydenhuollolle, kun 1) henkilölle ei enää myönnetä vähintään korotettua vammais- tai hoitotukea, 2) hänen toimintakykynsä parantuu niin, että vaikeavammaisuudelle asetetut ehdot eivät enää täyty tai 3) kun toimintakyky on heikentynyt, niin että kuntoutuksella ei ole enää toimintakykyä ylläpitävää merkitystä ja 4) aina silloin, kun henkilö on täyttänyt 65 vuotta. Kuviossa 2 on esitetty Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kohdentuminen iän ja työmarkkina-aseman mukaan.

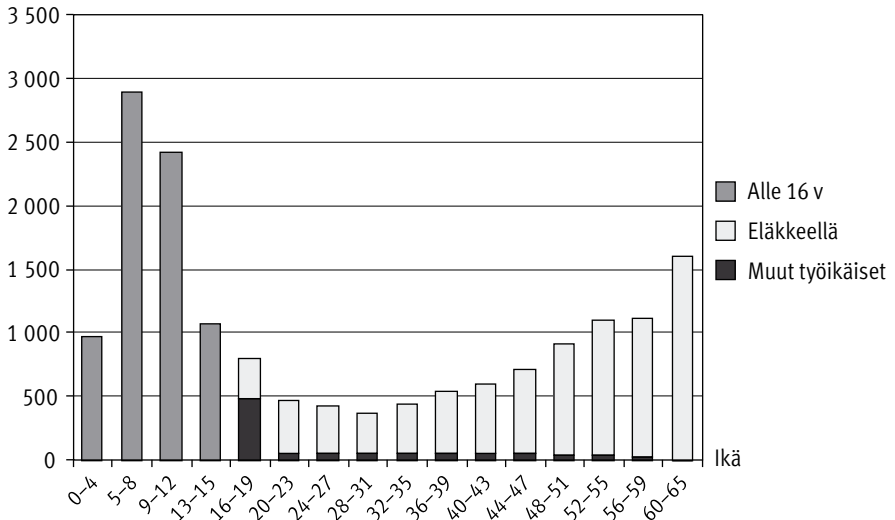
Kela järjestää vaikeavammaisille koko maassa yhdenmukaisin perustein kuntoutusta joko avoterapiana tai laituskuntoutuksena. Kuntoutujilla on subjektiivinen oikeus tarpeen ja hyvän kuntoutuskäytännön mukaiseen kuntoutukseen. Alueelliset erot avoterapiapalvelujen saannissa eivät johdu taloudellisista syistä vaan alueellisista eroista kuntoutuspalvelujen tarpeen tunnistamisessa ja kuntoutuksen sisällön suunnittelussa tai kuntoutuspalvelujen tarjonnassa (esim. Autti-Rämö ym. 2007; Paltamaa ym. 2011). Laituskuntoutuspalvelut kilpailutetaan valtakunnallisesti. Asiakas valitsee itselleen sopivimman palveluntuottajan tarjouskilpailuissa hyväksytyistä palveluntuottajista.

---

*Kelan tulee järjestää työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi tarpeellista lääkinnällistä kuntoutusta alle 65-vuotiaalle vaikeavammaiselle henkilölle, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa (KKRL).*

---

**Kuvio 2.** Kelan järjestämän vaikeavammaisten kuntoutuksen kohdentuminen iän ja työaseman mukaan vuonna 2002 (Autti-Rämö ym. 2011).



Lähde: Kelan tilastot.

Kela järjesti vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta vuonna 2010 yhteensä 20 750 asiakkaalle 116,8 miljoonalla eurolla (Kelan tilastot). Keskimääräiset kuntoutuspalvelujen kustannukset asiakasta kohti olivat 5 630 euroa vuodessa. Keskeisiä kuntoutuspalveluja ovat kuntoutujille järjestettävät avoterapiat, kurssi-toiminta sekä yksilölliset kuntoutusjaksot. Julkisessa terveydenhuollossa tehdyn kuntoutussuunnitelman perusteella asiakas voi saada saman vuoden aikana useita eri terapioita sekä muuta vaikeavammaisten kuntoutusta yksilöllisen tarpeen mukaan. Vaikeavammaisten kuntoutujien saamat kuntoutuspalvelut ja niiden kustannukset vuosina 2008–2010 on esitetty taulukossa 2.

Kela on järjestänyt vuodesta 1992 alkaen harkinnanvaraisena kuntoutusmuotona psykoterapiaa 16–65-vuotiaille (vuodesta 2008 lähtien 16–67-vuotiaille) vakuutetuille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Vuoden 2011 alusta lähtien kuntoutuspsykoterapian järjestämisvastuu muuttui lakisääteiseksi (KKRL 11a §). Vuodesta 2010 vuoteen 2011 Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrä lisääntyi 16 prosenttia (taulukko 3). Kuntoutuspsykoterapia on osa potilaan kokonaishoitoa ja sen tavoitteena on työ- ja opiskelukyvyyn palauttaminen tai parantaminen ja tämän seurauksena työssä pysyminen tai työhön paluu taikka opintojen edistyminen. Kelan kuntoutusta saavan kuntoutujan kokonaishoidon

---

*Kuntoutuspsykoterapia voi vaikuttaa työssä pysymiseen, työhönpaluuseen tai opintojen edistymiseen.*

---

vastuu säilyä häntä hoitavalla taholla ja aina viime kädessä julkisella terveydenhuollolla. Mikäli muut hoito- ja kuntoutusmahdollisuudet arvioidaan riittäviksi, Kela ei myönnä kuntoutuspsykoterapiaa, jolloin kuntoutusta tarvitseva ohjataan muuhun asianmukaiseen julkisen terveydenhuollon järjestämään kuntoutukseen. Kuntoutuksen asiakastyöryhmän tehtävä on tällöin selvittää asiakkaan tilanne ja löytää hänelle sopiva hoito tai kuntoutus (L 497/2003).

**Taulukko 2.** Vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen yksilökohtaiset kuntoutuspalvelujen kustannukset ja asiakkaat vuosina 2008–2010.

| Toimenpide                    | Kustannukset (milj. euroa) |       |       | Asiakkaat (lukumäärä) <sup>a</sup> |        |        |
|-------------------------------|----------------------------|-------|-------|------------------------------------|--------|--------|
|                               | 2008                       | 2009  | 2010  | 2008                               | 2009   | 2010   |
| Yhteensä                      | 112,7                      | 112,6 | 116,8 | 20 758                             | 20 654 | 20 750 |
| Yksilöllinen kuntoutusjakso   | 26,5                       | 25,6  | 26,0  | 3 702                              | 3 532  | 3 487  |
| Sairausryhmäkohtaiset kurssit | 7,3                        | 7,2   | 7,4   | 1 798                              | 1 538  | 1 544  |
| Kuntoutuskurssit              | 2,5                        | 2,5   | 2,6   | 398                                | 332    | 346    |
| Sopeutumisvalmennuskurssit    | 4,8                        | 4,7   | 4,8   | 1 411                              | 1 219  | 1 205  |
| Kuntouttava hoito             | 1,2                        | 0,9   | 0,3   | 199                                | 153    | 91     |
| Neuropsykologinen kuntoutus   | 0,5                        | 0,6   | 0,6   | 285                                | 304    | 324    |
| Psykoterapia                  | 1,7                        | 1,9   | 2,1   | 449                                | 515    | 550    |
| Toimintaterapia               | 10,1                       | 10,3  | 10,9  | 4 483                              | 4 550  | 4 628  |
| Puheterapia                   | 14,1                       | 14,8  | 16,5  | 4 823                              | 4 937  | 5 057  |
| Musiikkiterapia               | 3,1                        | 3,3   | 3,5   | 1 502                              | 1 563  | 1 531  |
| Fysioterapia                  | 48,2                       | 48,0  | 49,6  | 14 409                             | 14 254 | 14 203 |
| Muu kuntoutustoimenpide       | 0,0                        | 0,0   | 0,0   | 14                                 | 7      | 5      |
| Kehittämistoiminta            | 0,0                        | 0,0   | 0,1   | 4                                  | 4      | 51     |

<sup>a</sup> Yhteensä-rivi sisältää kunkin kuntoutujan vain kerran, vaikka hän olisi saanut useampaa kuntoutustoimenpidettä. Eritellyt tiedot kertovat, kuinka moni asiakas on saanut kyseistä kuntoutustoimenpidettä.

Lähde: Kelan tilastot.

**Taulukko 3.** Kelan kuntoutuspsykoterapiaa saaneet vuosina 2010 ja 2011.

| Terapia                | 2010   | 2011   | Muutos, % |
|------------------------|--------|--------|-----------|
| Yhteensä               | 15 757 | 18 245 | 15,8      |
| Aikuisten psykoterapia | 10 945 | 12 749 | 16,5      |
| Nuorten psykoterapia   | 4 812  | 5 496  | 14,2      |

Lähde: Kelan tilastot.

Psykoterapian palveluntuottajille tehdyn kyselyn perusteella alle puolet psykoterapeuteista työskentelee julkisen terveydenhuollon palveluksessa, eikä koko maassa ole palvelujen tarpeeseen nähden riittävästi psykoterapeutteja (Valkonen ym. 2011). Tällä hetkellä Kelan vastuulla olevan kuntoutuspsykoterapian järjestämisresurssit näyttävät olevan paremmat kuin julkisen terveydenhuollon vastuulla olevan psykoterapian. Lisäksi Kela korvaa sairausvakuutuksesta osan yksityispsykiatrilla käyntien kustannuksista.

Lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään myös Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena, johon käytettävissä oleva rahasumma on sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön hyväksymä (taulukko 4). Harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdentamisessa otetaan huomioon yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset ja ajankohtaiset

**Taulukko 4.** Harkinnanvaraisen kuntoutuksen yksilökohtaisten kuntoutuspalvelujen kustannukset ja asiakkaat 2008–2010.

| Toimenpide                           | Kustannukset (milj. euroa) |      |      | Asiakkaat <sup>a</sup> |        |        |
|--------------------------------------|----------------------------|------|------|------------------------|--------|--------|
|                                      | 2008                       | 2009 | 2010 | 2008                   | 2009   | 2010   |
| Yhteensä                             | 94,5                       | 96,5 | 94,6 | 53 297                 | 52 084 | 51 843 |
| Kuntoutuskurssit                     | 50,3                       | 51,9 | 50,6 | 28 957                 | 28 442 | 27 665 |
| ASLAK-kurssit                        | 23,3                       | 24,5 | 24,1 | 13 662                 | 13 484 | 13 105 |
| Tules-kurssit                        | 10,3                       | 10,6 | 10,6 | 6 980                  | 7 021  | 6 830  |
| Typo-kurssit                         | 2,8                        | 2,9  | 2,8  | 1 675                  | 1 460  | 1 406  |
| Muut kuntoutuskurssit <sup>b</sup>   | 13,9                       | 13,9 | 13,0 | 6 656                  | 6 494  | 6 345  |
| Sopeutumisvalmennuskurssit           | 6,9                        | 6,2  | 6,6  | 4 064                  | 3 046  | 2 927  |
| Aikuisten psykoterapia <sup>c</sup>  | 11,8                       | 12,7 | 13,6 | 9 406                  | 10 227 | 10 945 |
| Nuorten psykoterapia <sup>c</sup>    | 8,3                        | 8,8  | 9,3  | 4 215                  | 4 476  | 4 812  |
| Yksilöllinen kuntoutusjakso          | 6,7                        | 6,2  | 6,5  | 3 548                  | 3 185  | 3 164  |
| Kehittämisen- ja tutkimustoiminta    | 5,9                        | 6,1  | 5,2  | 2 345                  | 2 139  | 2 101  |
| Muu kuntoutustoimenpide <sup>d</sup> | 4,6                        | 4,4  | 2,8  | 1 618                  | 1 409  | 1 180  |

<sup>a</sup> Yhteensä-rivi sisältää kunkin kuntoutujan vain kerran, vaikka hän olisi saanut useampaa kuntoutustoimenpideä. Eritellyt tiedot kertovat, montako asiakasta on saanut kyseistä kuntoutustoimenpideä.

<sup>b</sup> Sisältää mm. seuraavia kuntoutuskursseja: mielenterveys, ammatilliset sekä muut sairausryhmät.

<sup>c</sup> Vuoden 2010 loppuun asti harkinnanvaraista kuntoutusta, 1.1.2011 kuntoutuspsykoterapia muuttui järjestämisvelvollisuuden alaiseksi.

<sup>d</sup> Sisältää mm. kuntouttavan hoidon, tyk-toiminnan (työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus), neuropsykologisen kuntoutuksen, kuntoutustarveselvityksen sekä opiskelun ja työn apuvälineet.

ASLAK = ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus.

TULEs = tuki- ja liikuntaelinten sairaudet.

Typo = työelämästä poissaolevat.

Lähde: Kelan tilastot.

kuntoutustarpeet, minkä vuoksi sen painotus ja kohderyhmät muuttuvat ajan saatossa. Sisällöllisesti harkinnanvarainen kuntoutus painottuu sairausryhmäkohtaisiin kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseihin, yksilöllisiin kuntoutusjaksoihin sekä ASLAK-kursseihin (Ammatillisesti syvennetty lääketieteellinen kuntoutus). Kuntoutuspsykoterapiaa oli 31.12.2010 asti suurin harkinnanvarainen avoterapiamuoto, tällä hetkellä ryhmämuotoiset mielenterveyskurssit täydentävät julkisen terveydenhuollon päivastuulla olevaa mielenterveyskuntoutusta.

ASLAK-kurssit ovat sekä kustannuksiltaan että kuntoutujamäärältään suurin harkinnanvaraisen kuntoutuksen toimenpide. Kohderyhmä on työssä käyvä väestö, ja kurssit toteutetaan työpaikan, työterveyshuollon, kuntoutuksen palveluntuottajan sekä Kelan yhteistyönä. ASLAK-kuntoutus on luonteeltaan ennalta ehkäisevää ryhmämuotoista kuntoutusta. Se kohdistuu niihin työntekijäryhmiin ja ammattialoihin, joilla työstä johtuva fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kuormitus on suuri, ja johtaa helposti terveysongelmien kasautumiseen. Kuntoutujat ohjautuvat kursseille tavallisesti työterveyshuollon kautta. Työterveyshuolto ja esimies ovat avainasemassa työntekijän kuntoutustarvetta arvioitaessa sekä määriteltäessä kuntoutuksen tavoitteita ja sisältöä (Aalto ym. 2012).

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestetään kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja sellaisille ryhmille, joiden on arvioitu hyötyvän moniammatillisesta laitos- tai avomuotoisesta kuntoutuksesta mutta joille julkinen terveydenhuolto ei järjestä tällaista kuntoutusmuotoa. Näitä sairaus- ja vammaryhmiä ovat mm. tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden häiriöt, aivohalvaus- ja sydänsairaudet sekä hengityselinsairaudet, syöpäsairaudet, diabetes, uniapnea, erilaisten vammojen jälkitilat ja monet neurologiset sairaudet, kuten MS-tauti, Parkinsonin tauti, epilepsia ja erilaiset lihassairaudet. Kela järjesti vuonna 2010 sairausryhmäkohtaisia kuntoutuskursseja noin 80:lle eri sairausryhmälle, joista osa toteutettiin harkinnanvaraisena kuntoutuksena. Esimerkiksi Kelan harkinnanvaraisena kuntoutuksena järjestetyille mielenterveyskursseille ja mielenterveyssopeutumiskursseille osallistui vuonna 2010 yhteensä noin 2 230 kuntoutujaa. Lisäksi Kela järjesti kursseja omaishoitajille.

Harkinnanvaraisen kuntoutuksen vuosisuunnittelussa yksilöllinen kuntoutusjakso, Tyk-toiminta ja merkittävä osa kuntoutuskursseista, kuten ASLAK- ja Tule-kursseista sekä osa sairausryhmäkohtaisista kursseista, kiintiöidään ja hankitaan kilpailutuksen perusteella alueellisen tarpeen mukaan. Kiintiöinnissä otetaan huomioon alueelliset väestöosuudet sekä sairastavuustekijät, joita ovat

---

*Muutokset yhteiskunnassa ja ajankohtaiset kuntoutustarpeet vaikuttavat harkinnanvaraisen kuntoutuksen kohdentamiseen.*

---



---

*Kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskurssit ovat harkinnanvaraisia.*

---

mm. alkaneiden sairauspäivärahojen ja hoitotuen saajien alueelliset osuudet siinä sairausryhmässä, jolle kurssi on tarkoitettu. Työkykyä ylläpitävän kuntoutuksen kiintiöiden laadinnassa otetaan huomioon myös alueelliset työllisen väestön osuudet. Kela seuraa kuntoutujien, kuntoutuspalvelujen, kuntoutuskustannusten sekä myönteisten ja hylkäävien ratkaisujen määrän kehitystä alueellisena vertailuna ja ohjaa sekä kouluttaa vakuutuspiirejä tämän seurannan perusteella. Lisäksi etuusohjeita tarkistetaan tarvittaessa seurannan ja alueilta saadun palautteen perusteella. Kela toimittaa vuosittain sosiaali- ja terveystieteille raportin harkinnanvaraisen kuntoutuksen toteutumisesta. Harkinnanvarainen kuntoutus on viime vuosina toteutunut väestömäärään suhteutettuna alueellisesti verrattain tasaisesti. Valtakunnallisen, alueellisen ja paikallisen sidosryhmäyhteistyön avulla pyritään vaikuttamaan siihen, että terveydenhuolto osaisi ohjata kuntoutusta tarvitsevat ihmiset heidän tarvitsemiinsa palveluihin.

Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen kuuluu myös uusien kuntoutusmuotojen kehittäminen. Tässä kehittämistyössä painotetaan erityisesti sellaista moniammatillista ja vaativaa kuntoutusta, joka täydentää julkisen terveydenhuollon toimintaa.

## **Ammatillinen kuntoutus**

Ammatillisen kuntoutuksen järjestämisvastuu on Kelalla, työeläkelaitoksilla, tapaturma- ja liikennevakuutuslaitoksilla, työhallinnolla ja kunnilla. Näistä ensisijainen vastuu työelämässä mukana olevien ammatillisesta kuntoutuksesta on työeläkeyhtiöillä ja -laitoksilla. Työeläkelaitosten kuntoutustoimenpiteitä ovat työkokeilut, työhön tai ammattiin johtava koulutus, työhön valmennus ja elinkeinotuki. Työeläkekuntoutus on luonteeltaan ammatillista ja yksilöllistä. Sen tarkoitus on edistää ammatillisen kuntoutuksen keinoin alle 63-vuotiaiden työntekijöiden tai yrittäjien työhön paluuta tai työssä suoriutumista (Tela 2012). Ensisijainen tavoite on työssä jatkamisen kannustaminen eläkevaihtoehdon asemesta. Työeläkekuntoutuksen perusedellytyksiä ovat työkyvyttömyyden uhka, vakiintunut työelämäyhteys ja riittävät työansiot edeltävältä vuodelta. Jos henkilöllä ei ole oikeutta työeläkekuntoutukseen tai hän ei ole työelämässä, ammatillisen kuntoutuksen järjestää Kela.

Työhallinnon kuntoutustuen painopiste on työttömissä ja työttömyysuhan alaisissa vajaakuntoisissa (L 189/2001). Kuntoutukseen kuuluvasta koulutuksesta vastaa pääosin opetushallinto, ammatillista koulutusta järjestävät myös Kela ja työhallinto. Sekä terveydenhuolto että Kela järjestävät myös ammatillista kuntoutusta tukevaa lääkinnällistä kuntoutusta. Tapaturma- ja liikennevakuu-

tusyhtiöt vastaavat kuntoutuksesta, jos sen tarve aiheutuu työtapaturmasta, ammattitaudista tai liikennevahingosta. Vakuutusyhtiöitten toimeksiannosta kuntoutuksen suunnittelun ja ohjauksen toteuttaa Vakuutuskuntoutus (VKK). Kuntoutuksen edellytykset ja sisältö määritellään laissa tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (L 625/1991) ja laissa liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta (L 626/1991). Ammatillisesta kuntoutuksesta vastuussa oleva taho kustantaa kuntoutustoimenpiteiden ohella yleensä myös kuntoutuksen aikaisen toimeentuloturvan.

Ammatillisessa kuntoutuksessa julkisen terveydenhuollon vastuu rajautuu kuntoutustarpeen tunnistamiseen sekä kuntoutussuunnitelman tekemiseen. Julkisen terveydenhuollon toimijoilla tulee täten olla osaamista ammatillisen kuntoutuksen sisällöstä, tavoitteista ja järjestäjistä erityisesti niiden henkilöiden osalta, jotka eivät ole työelämässä ja työterveydenhuollon piirissä, mutta myös silloin, kun työterveyshuolto on järjestetty julkisen terveydenhuollon toimintana. Lääkärikunnasta erityisesti työterveyshuollon erikoislääkäreillä on osaamista ammatillisen kuntoutuksen tarpeen tunnistamisesta ja kuntoutuksen käynnistämistä, sillä heidän erikoistumisopintoihinsa kuuluu työkyvyn ja kuntoutuksen koulutusjakso. Työterveyshuoltopalveluja tuottavat kunnalliset terveyskeskukset, yksityiset työterveysasemat ja yrityksen omat yksiköt. Uusissa kansallisissa linjauksissa työntekijöiden työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen koordinaation vastuu siirretään entistä enemmän työterveyshuollolle tavoitteena työurien pidentäminen ja työelämään osallistumisen lisääminen (Ahtela 2010; Hallitusohjelma 2011). Tätä tukee sairausvakuutuslain (L 1224/2004) muutos, jossa korvaustaso sidotaan työnantajan ja työterveyshuollon yhteisesti sopimiin käytäntöihin työkyvyn hallinnasta, seurannasta ja varhaisesta tuesta. Lisäksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muutokset, jotka koskevat kaikkia työntekijäasemassa olevia vakuutettuja, parantavat työkyvyn arviointia ja varhaisen puuttumisen mahdollisuuksia ja tuovat Kelalle velvollisuuden varmistaa, että työkyky ja työssäjatkamismahdollisuudet on selvitetty 90 sairauspäiväraha-päivän jälkeen (HE 75/2011).

Työikäisten (16–68-vuotiaiden) kuntoutustarve voidaan todeta julkisessa terveydenhuollossa, työterveyshuollossa, yksityisessä terveydenhuollossa tai työvoimatoimistossa. Kuntoutussuunnitelma edellyttää aina lääketieteellistä arviota sairaus- tai vammaperusteisen ammatillisen kuntoutuksen tarpeesta. Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) 12. luvun 6 §:n mukaan Kelan on selvitettävä vakuutetun kuntoutustarve viimeistään silloin, kun sairauspäivärahan suorituspäiviä on yli 60. Kelassa on käynnistetty tätä koskeva hanke (KYKY), jossa työkykyneuvoja tarvittaessa käynnistää kuntoutustarpeen arviointiprosessin, jos hoitava taho ei ole aiemmin havainnut kuntoutuksen tarvetta (Kela 2011c).

Kelan ammatillisen kuntoutuksen menetelmiä ovat kuntoutustarveselvitys, kuntoutustutkimus, työhönvalmennus, ammatillinen ja muu koulutus,

elinkeinotuki, työ- ja koulutuskokeilu, ammatilliset kuntoutuskurssit sekä työkykyä ylläpitävä ja parantava valmennus (taulukko 5). Lisäksi ammatillisena kuntoutuksena myönnetään työhön tai opiskeluun liittyviä apuvälineitä. Myös harkinnanvaraisesta kuntoutuksesta pääosa kohdistuu työikäisten työkyvyn ylläpitämiseen (taulukko 4).

104 **Taulukko 5.** Amatillisen kuntoutuksen asiakkaat ja kuntoutuskustannukset (1 000 euroa) vuosina 2008–2010. Kustannuksiin ei sisälly kuntoutusraha.

| Laki ja toimenpide                                      | 2008   |                    | 2009   |                    | 2010   |                    |
|---|--------|--------------------|--------|--------------------|--------|--------------------|
|   | Saajat | Kustannukset euroa | Saajat | Kustannukset euroa | Saajat | Kustannukset euroa |
| Vajaakunt. ammatillinen kuntoutus yhteensä <sup>a</sup> | 14 260 | 29 085             | 12 905 | 25 512             | 12 950 | 25 869             |
| Pohjakoulutus   | 288    | 87                 | 292    | 80                 | 273    | 71                 |
| Ammattikoulutus   | 3 931  | 993                | 4 271  | 1 038              | 4 577  | 1 130              |
| Korkeakouluopiskelu                                     | 718    | 209                | 705    | 213                | 751    | 235                |
| Vaikeavammaisten apuvälineet                            | 600    | 1 441              | 547    | 1 324              | 597    | 1 642              |
| Tyk-toiminta  | 4 271  | 10 994             | 3 468  | 9 046              | 3 111  | 8 366              |
| Elinkeinotuki   | 24     | 82                 | 16     | 62                 | 30     | 119                |
| Ammatilliset kuntoutuskurssit                           | 729    | 3 263              | 548    | 3 154              | 856    | 3 793              |
| Kuntoutustarveselvitys                                  | 1 092  | 807                | 798    | 601                | 627    | 477                |
| Kuntoutustutkimus                                       | 1 657  | 4 568              | 1 035  | 2 725              | 997    | 2 661              |
| Työ- ja koulutuskokeilu                                 | 893    | 1 992              | 836    | 1 923              | 842    | 1 946              |
| Työhönvalmennus   | 956    | 4 269              | 1 115  | 5 029              | 1 136  | 5 194              |
| Tutkimuslausunto  | 32     | 17                 | 40     | 16                 | 39     | 17                 |
| Yksilöllinen kuntoutusjakso                             | 22     | 80                 | 19     | 75                 | 17     | 92                 |
| Kehittämistoiminta                                      | 117    | 289                | 134    | 229                | 111    | 129                |

<sup>a</sup> Yhteensä-rivi sisältää kunkin kuntoutujan vain kerran, vaikka hän olisi saanut useampaa kuntoutustoimenpidettä. Eritellyt tiedot kertovat, kuinka moni asiakas on saanut kyseistä kuntoutustoimenpidettä.

Lähde: Kelan tilastot.

Kelan lakisääteisen vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen (KKRL 6 §) ensisijainen kohderyhmä ovat sellaiset henkilöt, jotka eivät ole olleet pitkään työelämässä. Työelämän ulkopuolella olevien, nuorten ja vajaakuntoisten ammatillisen kuntoutuksen järjestäjätaho on myös Kela. Lisäksi Kela voi järjestää myös työeläkelaitosten vastuulle kuuluville asiakkaille joitakin kuntoutustöimenpiteitä, kuten opiskelun ja työn apuvälineet, näkövammaisten asiakkaiden kuntoutustutkimukset, mielenterveyspotilaiden työhönvalmennuksen, ryhmämuotoista kuntoutusta, kuten kurssit ja TYK-kuntoutus, sekä lääkinällisen kuntoutuksen kokonaisuudessaan. Ammatillisena kuntoutuksena järjestettävä toiminta on määritelty yksityiskohtaisesti KKRL:n 7 §:ssä.

---

*Kelan lakisääteistä vajaakuntoisen ammatillista kuntoutusta saavat ensisijaisesti vain lyhyen aikaa työelämässä olleet.*

---

Kuntien on järjestettävä kuntouttavaa työtoimintaa niille pitkään työttöminä olleille asiakkaille, jotka saavat työmarkkinatukea tai toimeentulotukea tavoitteena työllistymismahdollisuuksien ja elämänhallinnan parantaminen (L 189/2001). Kuntouttavan työtoiminnan järjestäminen perustuu työvoimatoimiston ja kunnan sosiaalihuollon viranomaisen yhteistyössä asiakkaan kanssa laatimaan aktivointisuunnitelmaan.

## Palvelujen hankinta

Julkinen terveydenhuolto järjestää kuntoutusta joko omana toimintanaan pääosin terveydenhuollon laitoksissa osastojaksoilla tai avokäynteinä. Maksusitoumuksilla järjestetään lähinnä yksilöterapiaa mutta myös laitospalveluja esimerkiksi selkäydinvammaisille. Laki julkisista hankinnoista (L 348/2007) edellyttää palveluntuottajien kilpailuttamista siltä osin kuin toimintaa ei ole järjestetty omana toimintana. Ei ole tietoa siitä, kuinka paljon ja minkälaisia kuntoutuspalveluja julkinen terveydenhuolto järjestää omana toimintanaan tai ostopalveluna, mutta esimerkiksi psykoterapia toteutetaan pääosin ostopalveluina (Valkonen ym. 2011). Suomessa ei ole yhtenäisiä kriteereitä tai laatuvaatimuksia julkisen terveydenhuollon vastuulla olevan kuntoutuspalvelun sisällöstä eikä yhtenäistä tietokantaa julkisen terveydenhuollon ostamien, avoterapiana annettujen kuntoutuspalvelujen hinnoista. Nykyinen terveydenhuol-

---

*Suomessa ei ole yhtenäisiä kriteereitä tai laatuvaatimuksia julkisen terveydenhuollon vastuulla olevan kuntoutuspalvelun sisällöstä eikä yhtenäistä tietokantaa julkisen terveydenhuollon ostamien, avoterapiana annettujen kuntoutuspalveluiden hinnoista.*

---

tolaki (L 1326/2010) määrittää lääkinnällisen kuntoutuksen laadunvalvonnan sairaanhoitopiirien kuntayhtymän vastuulle (33 §). Tulevat vuodet näyttävät, parantaako valvonnan vaatimus yhdenvertaisen ja hyvän kuntoutuskäytännön kansallista toteutumista.

Kelalla ei ole omia palveluntuottajia, vaan se hankkii kuntoutuspalvelut usean vuoden sopimuksilla kilpailuttamalla palveluntuottajia. Kelan hankkimien kuntoutuspalvelujen henkilöstö, rakenteet ja sisältö määritellään Kelan kuntoutuksen standardeissa, ja ne ovat valtakunnallisesti sitovia. Esimerkiksi vaikeavammaisten kuntoutusta koskevan sopimuksen Kelan kanssa tehneitä avoterapian palveluntuottajia oli vuonna 2011 koko maassa noin 3 000 ja näistä fysioterapian palveluntuottajia noin 1 300. Yksilöterapiata tarjoavien terapeuttien alueellinen jakauma suhteessa väestön rakenteeseen on mahdollista selvittää, mikä mahdollistaa kuntoutuspalvelujen saatavuuden kannalta ongelma-alueiden tunnistamisen ja alueellisten ratkaisujen etsimisen. Kuntoutuslaitoksista yksilöllisiä kuntoutusjaksoja toteuttaa koko maassa 25 palveluntuottajaa. Sairausryhmäkohtaisia kuntoutus- ja sopeutumisvalmennuskursseja toteuttaa yli 100 palveluntuottajaa. Kelan järjestämää kuntoutusta

---

*Kelan hankkimien kuntoutuspalvelujen henkilöstö, rakenteet ja sisältö määritellään Kelan kuntoutuksen standardeissa, ja ne ovat valtakunnallisesti sitovia.*

---

auditoidaan säännöllisesti ja täten varmistetaan, että palvelun toteutus, henkilöresurssit ja toimipaikka vastaavat kyseiselle kuntoutustoimenpiteelle laadittua standardia.

Tarvittavien palvelujen hankinta edellyttää, että palveluja on saatavilla alueellisesti yhdenvertaisesti. On ilmeistä, että tämä vaatimus ei tällä hetkellä toteudu (Paltamaa ym. 2011, Valkonen ym. 2011).

Esimerkkinä on psykoterapian palveluntuottajille tehty kysely, jonka perusteella koko maassa ei ole palvelujen tarpeeseen nähden riittävästi psykoterapeutteja ja lisäksi alueelliset erot niin palvelujen tarjonnassa kuin terapiamuodoissakin ovat suuret (Valkonen ym. 2011). Psykoterapeutin nimikesuojatun ammattinimikkeen käyttämisen edellytyksenä on vuoden 2012 alusta lähtien yliopiston järjestämä psykoterapeuttikoulutus. Koulutuksen siirtymiseen yliopistojen vastuulle sisältyy tärkeä tehtävä parantaa psykoterapeuttien saatavuuden alueellista tasa-arvoa ja eri koulutussuuntausten aiempaa tasaisempaa alueellista jakautumista. Tarve vastaavaan kuntoutusosaamisen yhdenvertaiseen tarjontaan koskee myös muita kuntoutusmuotoja.

Kela kokeilee palveluseteliä vuosina 2011–2014 vaikeavammaisten yksilöllisen avofysioterapian (yksilöterapia ilman erityismuotoja) palveluihin Päijät-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan vakuutuspiireissä. Kokeilun piiriin kuuluvat näiden vakuutuspiirien kaikki alle 65-vuotiaat vaikeavammaiset asiakkaat, joilla on oikeus Kelan järjestämään fysioterapiaan. Palvelusetelin käytön tavoite on helpottaa ja yksinkertaistaa vakuutuspiirien palvelujen hankintaprosessia sekä

lisätä asiakkaan valinnanvapautta palveluntuottajan valinnassa. Samalla lisääntyy myös asiakkaan vastuu. Asiakas voi vaihtaa palveluntuottajaa tarvittaessa, ja vakuutuspiireissä säästytään palveluntuottajien kilpailuttamiselta. Palveluntuottajilla on mahdollisuus rekisteröitymismenettelyn kautta päästä Kelan palveluntuottajaksi aiemman tarjouskilpailumenettelyn sijasta. Asiakas valitsee palveluntuottajan Kelan palveluntuottajarekisteriin hyväksytyistä palveluntuottajista. Hoitava taho ja Kela avustavat tarvittaessa asiakasta palveluntuottajan valintaan liittyvissä asioissa.

## Kuntoutuksen kehittäminen ja tutkimus

Kuntoutus ei kehity ilman teoreettisten viitekehysten testaamista ja tutkimusta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa (L 1326/2010) sairaanhoitopiirien kuntayhtymien tehtäväksi määritetään kuntoutuksen kehittämisen ohjaus. Kelalle on annettu tehtäväksi sekä kuntoutuksen kehittäminen että sen tutkimus (L 731/2001). Kelan tutkimusosastossa toimii kuntoutuksen tutkimusryhmä, ja lisäksi KKRL:ssä määritetään kuntoutuksen kehittämiseen ja tutkimukseen erilliset varat. Kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyötä tehdäänkin paitsi Kelan omana toimintana myös yhteistyössä muun muassa yliopistojen, muiden tutkimuslaitosten sekä palveluntuottajien kanssa. Kuntoutuksen tutkimus arvioi kuntoutuksen tarvetta, kohdistumista, prosessia ja vaikuttavuutta sekä kuntoutustarpeeseen vaikuttavia yksilöllisiä ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Kuntoutujille tehtävät kyselyt sekä järjestöjen, asiakasraatien ja neuvottelukuntien kuuleminen tuo palvelujen kehittämiseen asiakkaiden näkemyksen.

Kelan järjestämä ja koordinoima kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoiminta seuraa tiiviisti sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksia sekä alan koti- ja ulkomaista tutkimustoimintaa. Palvelujen kehittämisessä otetaan huomioon uusimmat terveydenhuollon tutkimusten vaikuttavuustulokset ja hyvät käytännöt sekä asiakasnäkökulma (esim. Järvikoski ym. 2009; Paltamaa ym. 2011). Kuntoutuksen kehittämishankkeisiin liittyy aina tutkimus, jolla saadaan tietoa hyvistä kuntoutuksen toimintatavoista, yhteistyöstä ja kuntoutusprosessista, uusien kuntoutustoimenpiteiden käytäntöön siirrettävyydestä, kuntoutusmallien vaikuttavuudesta ja kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointimenetelmistä. Kertyvä tieto siirretään osaksi vakiintuneen toiminnan standardeja ja prosessia sekä otetaan huomioon myös uusien kehittämishankkeiden suunnittelutyössä.

---

*Kuntoutuksen tutkimus arvioi kuntoutuksen tarvetta, kohdistumista, prosessia ja vaikuttavuutta.*

---

Kelan kehittämistoiminnan painoalueet määritellään harkinnanvaraisen kuntoutuksen kolmivuotissuunnitelmassa, jonka hyväksyy sosiaali- ja terveysministeriö. Tällä hetkellä kuntoutuksen kehittämisen painoalueita ovat mielen-terveyskuntoutus, työelämässä olevien kuntoutus ja vaikeavammaisten kuntoutus, geriatrinen kuntoutus sekä lasten ja nuorten psykiatrinen perhekuntoutus. Uudeksi kehittämiskohteeksi on valittu nuorten aikuisten neuropsykiatrinen kuntoutus. Hankkeiden päätyttyä soveltuvat, kehitetyt uudet kuntoutusmallit ja sisällöt sekä hyvät käytännöt siirretään Kelan vakiintuneeseen toimintaan kyseisten palvelujen hankintakierrosten yhteydessä. Vuonna 2010 Kelan kuntoutuksen kehittämishankkeisiin osallistui 2 322 kuntoutujaa ja toteutuneiden kustannusten määrä oli 8,1 miljoonaa euroa.

Kehittämishankkeissa kehitettyjen uusien kuntoutustoimenpiteiden käyttöönotto edellyttää, että ne ovat vastanneet hankkeelle asetettuja tavoitteita. Tavoitteita voivat asettaa sekä kuntoutuja itse että yhteiskunnan eri toimijatahot. Tarkastelukulmina voivat olla muutokset yksilön työ- ja toimintakyvyssä, oireissa, terveydenhuoltopalvelujen käytössä tai niiden kustannuksissa, kuntoutusjärjestelmän ja prosessin toiminnassa tai kuntoutujan toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset. Kuntoutuksen vaikuttavuutta on haasteellista arvioida, koska kyseessä on usein ennen–jälkeen-asetteluun perustuvan monitasoisen ja moniammatillisen palvelun sekä yksilöllisen kuntoutustarpeen kohtaaminen. Kokonaiskuvan muodostamiseksi on tärkeää, että kehittämishankkeissa kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkitaan monipuolisien menetelmin ja tutkimusasetelmin.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa on käytettävä luotettavia mittareita. Kela osallistuu aktiivisesti Toimia-asiantuntijaverkostoon, jonka tavoite on parantaa toimintakyvyn arvioinnin ja mittaamisen yhdenmukaisuutta ja laatua<sup>1</sup>. Kelan kustantamassa kuntoutuksessa käytössä olevat mittarit on määritelty kuntoutuksen standardeissa. Kaikessa Kelan kuntoutuksessa otetaan asteittain käyttöön asiakaslähtöinen *Goal Attainment Scaling*- eli GAS-menetelmä<sup>2</sup>, joka on asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen yksilöllisten tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline (Kiresuk ym. 1994). Kuntoutujan oman tavoitteen määrittäminen on tärkeää motivaation vahvistamiseksi sekä aktiivisen kuntoutustoimenpiteisiin sitoutumisen toteutumiseksi. GAS:n samoin kuin muiden kuntoutuksen arviointiin soveltuviin mittareiden toimivuutta arvioidaan Kelan kehittämishankkeissa. Niissä on myös tunnistettu tarve kansainvälisten mittareiden käyttöönoton edistämiseen. Näitä uusia kuntoutustarpeen tunnistamisen työkaluja ovat esimerkiksi IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta joka-päiväisessä elämässä (Kanelisto ja Salminen 2011) sekä omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointimenetelmä COPE (Juntunen ja Salminen 2011). Kelan

1 Ks. <http://www.toimia.fi>.

2 Ks. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/301210120315SV>.

oman toiminnan kehittämiseen liitetään tarvittaessa käytännön toteuttamisen edellytyksiä selvittävä arviointitutkimus. Paikallisen pilottihankkeen kokemusten perusteella on mahdollista tehdä toimintamalliin tarvittavat muutokset ennen sen valtakunnallista käyttöönottoa (esimerkkinä palvelusetelien pilottihanke ja KYKY-hankkeet). Muita esimerkkejä toimintamuutoksen tutkimuksesta on kuntoutustarpeen tunnistamiseen liittyvän ohjeistuksen toimivuutta koskeva tutkimus (KYKY-hanke) sekä selvitys siitä, miten yksilötason arviointitietoa voidaan kerätä palveluntuottajilta (AKVA-hanke). Onnistunut yhtenäisen tiedon siirto Kelan tietojärjestelmästä parantaa mahdollisuuksia saada yksilö-, kurssi- ja palveluntuottajakohtaista tietoa eri kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuudesta.

Yhteiskunnan kuntoutukselle asettamia yleisiä tavoitteita ovat muun muassa 1) toimintakyvyn ylläpitäminen tai parantaminen siinä määrin, että yhteiskunnan maksama tuki vähenee tai ei kasva, 2) sairauden aiheuttaman hoidon, terveydenhuollossa käyntien ja sairauslomien tarpeen väheneminen, 3) opiskelujen loppuun saattaminen sekä 4) työkyvyn ylläpitäminen ja työelämässä pysyminen. Rekisteritietojen perusteella on mahdollista arvioida kuntoutuksen tuloksellisuutta, kun verrataan näitä tietoja kuntoutuksen lähtökohtiin ja kuntoutujien taustatekijöihin sekä yksittäisille kuntoutustoimenpiteille asetettuihin tavoitteisiin (Lind ym. 2009 ja 2011). Tämä kuitenkin edellyttää, että rekisteriin vietävä tieto on koko maassa yhtenäistä ja standardoitua (katso Lindin ja Toikan artikkeli tässä julkaisussa).

## Kansallisesti järjestetyn kuntoutuksen vahvuudet ja heikkoudet

Kelan järjestämää kuntoutusta saavalla kuntoutujalla on subjektiivinen oikeus järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaan kuntoutukseen täyttäessään kuntoutuksen myöntämiskriteerit. Tämä edellyttää päätöksen antamista asiakkaan kuntoutusasiassa ja asiakkaan valitusmahdollisuutta epäoikeudenmukaiseksi kokemaansa menettelyyn tai päätökseen. Lähivuodet tulevat näyttämään, muuttaako terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) kuntoutussuunnitelmien sisältöä silloin, kun kuntoutuksen järjestämisvastuu on suunnitelmaa laadittaessa epäselvä tai kun Kela ei myönnä esitettyä kuntoutusta kokonaisuudessaan – tämä koskee erityisesti laitospääntöjä.

Valtakunnallisena toimijana Kelan tehtävä on huolehtia siitä, että sen järjestämisvastuulla oleva kuntoutus on toteutukseltaan ja sisällöltään kansallisesti yhdenmukaista. Tähän tavoitteeseen pyritään sillä, että Kelan hankkimien kuntoutuspalvelujen henkilöstö, rakenteet ja sisältö määrittellään Kelan standardeissa ja että niiden ohjeistus on valtakunnallisesti sitova. Hankintalainsäädäntö vaikuttaa

merkittävästi sekä standardien sisältöön että palveluntuottajien valintaan, mikä voi kuitenkin heikentää yksilöllisten tarpeiden mukaisten kuntoutustoimenpiteiden toteuttamista ja kuntoutuksen sisällöllistä kehittämistä. Tämä vuoksi uusiin standardeihin on lisätty yksilön ja toimintaverkoston muuttuvat tarpeet huomioiva jousto. Kuntoutuksen sisältöä voidaan muuttaa vain standardeja uusimalla, mikä vaikuttaa myös kyseisiin kuntoutustoimenpiteisiin kohdistuvien tutkimusten ajoitukseen.

Kelassa in käytössä valtakunnalliset tieto- ja palvelujärjestelmät, jotka tukevat asiakkaan kuntoutukseen hakemista, päätösten antamista ja korvausten maksamista. Tietojärjestelmien kehittämisessä on otettu huomioon kuntoutuspalvelujen hankintaan, standardien sisältöön sekä kuntoutuksen toimeenpanoon ja seurantaan liittyvät tietotarpeet. Näin taataan, että asiakkaat voivat asioida tietoverkossa ja että he saavat kohtuullisen ajan kuluessa selkeät, yksilölliset ja oikeelliset päätökset ja että palveluntuottajat saavat antamistaan palveluista oikeat korvaukset päätöksineen. Yhtenäinen ja kattava asiakastoiminnan tietojärjestelmä mahdollistaa Kelan järjestämän toiminnan objektiivisen arvioinnin, seurannan ja tilastoinnin. Tilastoinnin julkista käytettävyyttä on parannettu

---

*Kelan tilastollinen tietojärjestelmä mahdollistaa kuntoutuksen seurannan valtakunnallisesti ja alueellisesti.*

---

mm. kehittämällä Kelan tilastotietokantaan kuntoutusta koskevia dynaamisia tilastoraportteja, joita voi tarkastella halutuilla valinnoilla (Kela 2011b).

Kelan tilastollinen tietojärjestelmä mahdollistaa kuntoutuksen ratkaisujen lakiperuste- ja palvelulinjakohtraisen seurannan valtakunnallisesti, alueellisesti ja vakuutuspiirikohtaisesti. Kela seuraa myös muutoksenhakuasteiden Kelan kuntoutustoimintaa koskevia ratkaisuja. Seurannan perusteella toteutetaan tarvittaessa ratkaisutoimintaan kohdistuvaa valvontaa, ohjausta ja koulutusta, mikä edelleen parantaa kansallisesti yhdenmukaista toimintaa. Kela kehittää jatkuvasti myös verkkopalveluja ja sähköistä asiointia. Kelan internetsivuilla kuntoutujat voivat katsella omia kuntoutustietojaan sekä tehdä kyselyjä Kelan hyväksymistä palveluntuottajista<sup>3</sup>. Sähköinen kuntoutushakemus otetaan käyttöön vuonna 2013, ja yhtenäinen kuntoutuksen raportointijärjestelmä vuonna 2014. Osana raportointijärjestelmää Kela kehittää asiakkaan kuntoutustavoitteita, elämänlaatua sekä toiminta- ja työkykyä mitaavaa seurantamallia. Tavoitteena on varmistaa kokonaisvaltainen kuntoutusprosessi, jossa kuntoutuksen yksilölliset tavoitteet on selkeästi määritelty ja josta kuntoutuksen päätyttyä saadaan tietoa kuntoutuksen onnistumisesta ja vaikuttavuudesta eri arviointimenetelmiä käyttäen. Asiakkaiden kuntoutusprosesseista saatua aineistoa käytetään myös kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyössä.

---

3 Ks. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801094743EH>.

Kansallinen kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuu sopii hyvin sellaisiin kuntoutustoimenpiteisiin, jotka toteutetaan julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella ja jotka eivät liity välittömään sairauden tai vamman hoitoon. Yhtenäinen, lailla määritelty oikeus kuntoutukseen varmistaa lakisääteisen kuntoutuksen yhdenvertaisen toteutumisen. Kansallisesti järjestetty kuntoutus takaa moniammatillisuutta vaativien, kustannuksiltaan usein suurien ja hankintamenettelylain mukaisten kuntoutustoimenpiteiden järjestämisen. Välitön, lyhytkestoinen ja sisällöllisesti tai intensiteetiltään lyhyin aikavälein muuntuva kuntoutus on parhaiten järjestettävissä paikallisesti. Näissäkin tilanteissa tulee varmistaa, että kansalaisilla on yhdenvertainen oikeus tarvittavan kuntoutuksen järjestymiseen asuinpaikastaan riippumatta. Tämä edellyttää lainsäädännön mukaisen hoitotakuun toteutumista myös kuntoutuksen järjestämisessä.

## Lähteet

- Aalto L, Grönlund R, Toikka T, Hinkka K. Ideoista toimivaan toteutukseen – arvioinnin tilannekatsaus. Julkaisussa Aalto L, Hinkka K, toim. Uudenlaista työikäisten kuntoutusta. Ideoista tuloksiin Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 32, 2012: 64–72.
- Ahtela J. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämätyöryhmän loppuraportti 1.2.2010. Saatavissa: <<http://www.ek.fi>>.
- Autti-Rämö I, Anttila H, Mäkelä M. Are current practices in the treatment of children with cerebral palsy research-based? *Dev Med Child Neurol* 2007; 49: 155–156.
- Autti-Rämö I, Faurie M, Sakslin M. Vaikeavammaisten kuntoutuksen järjestämisvelvollisuus Suomessa. Aihetta lainsäädännön muutokseen? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 79, 2011.
- Hallitusohjelma. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.
- HE 75/2011. Hallituksen esitys laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyslain muuttamisesta.
- Juntunen K, Salminen A-L. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 78, 2011.
- Järvikoski K, Hokkanen L, Härkäpää K. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 2009.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro, 2011.
- Kanelisto K, Salminen A-L. IPA-kyselylomake valinnoista ja osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä. Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 76, 2011.

Kela 2011a. Tilastot. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/011001094800TL>>.

Kela 2011b. Tilastotietokanta Kelasto. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090508150231TL>>.

Kela 2011c. Kyky-hanke. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160112153718ML>>.

112 Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. Goal attainment scaling. Applications, theory and measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1994.

*Lait:*

L 404/1948. Sotilasvammalaki.

L 608/1948. Tapaturmavakuutuslaki.

L 279/1959. Liikennevakuutuslaki.

L 1116/1990. Mielenterveyslaki.

L 625/1991. Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta.

L 626/1991. Laki liikennevakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta.

L 189/2001. Laki kuntouttavasta työtoiminnasta.

L 731/2001. Laki Kansaneläkelaitoksesta.

L 497/2003. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

L 348/2007. Laki julkisista hankinnoista.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P. Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 105, 2009.

Lind J, Tuulio-Henriksson AM, Autti-Rämö I. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 3213–3219.

Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193, 2009.

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194, 2009.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I, toim. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

STM. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 6, 2002.

Tela. Työeläkekuntoutus. Saatavissa: <<http://www.tela.fi/tyoelakeala/tyokyky/tyoelakekuntoutus>>. Viitattu 19.4.2012.

Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit Suomessa. Psykoterapiapalvelut ja niiden järjestäminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 74, 2011.



## 114 Jouko Lind ja Tuula Toikka Kuntoutus sosiaalivakuutusetuutena ja tutkimuskohteena

**Kuntoutuksen kehittäminen ja seuranta edellyttävät ajantasaista ja yhdenmukaista tietoa. Kelan keskitetyt tietojärjestelmät mahdollistavat laadukkaan kuntoutuksen tutkimuksen, joka on omalta osaltaan turvaamassa kuntoutuksen alueellista tasa-arvoa. Tutkimusta toteutetaan Kelan omassa organisaatiossa ja verkottamalla muiden sosiaali- ja terveysturvan koti- ja ulkomaisten yhteistyötahojen kanssa. Tässä artikkelissa tarkastellaan Kelan järjestämisvastuulla olevan kuntoutuksen toteuttamista ja siihen liittyvän tutkimuksen edellytyksiä.**

### **Kelan kuntoutustoiminta**

Kuntoutus on tavoitteellinen ja laaja-alainen, erilaisista hoito-, koulutus-, työllistämisen- yms. toimenpiteistä koostuva prosessi. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan kuntoutuksen tarkoitus on tukea vammaisia ja vajaakuntoisia henkilöitä mahdollisimman hyvän fyysisen, aistimisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan tason saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi, jotta he voisivat elää yhä itsenäisemmin (United Nations 1994). Suomessa kuntoutuksen kehittäminen ja kuntoutuksen toteuttamisen seuranta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Kela vastaa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (L 566/2005) toimeenpanosta ja etuuksien suorittamisesta ja sosiaali- ja terveysministeriö etuuksien kehittämisestä ja lain toimeenpanon seuraamisesta. Kelan järjestämä kuntoutus voi olla vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta tai harkinnanvaraista kuntoutusta, jonka tavoite on työelämässä pysyminen, työelämään palaaminen tai sinne tulo (L 566/2005; Autti-Rämön ym. artikkeli tässä julkaisussa).

Kelassa kuntoutuksella on pitkät perinteet. Ensimmäinen Kelan kuntoutusta koskeva säännös sisältyi vuoden 1937 kansaneläkelakiin. Kuntoutustarpeen sekä sosiaali- ja terveysturvajärjestelmän kansallisten ja kansainvälisten muutosten myötä ovat sekä kuntoutuksen sisältö että sen kohderyhmät laajentuneet ja muuttuneet paitsi yleisesti myös Kelan toimintana.

Vuoteen 1991 asti kuntoutus perustui korostuneesti sosiaalivakuutukseen: kansaneläkelakiin ja sairausvakuutuslakiin. Tuolloin toteutetussa laajassa kuntoutuksen kokonaisuudistuksessa muutettiin 20 lakia ja säädettiin viisi uutta la-



jompaakumpaa – lähinnä vaikeavammaisten lääkinnällisessä kuntoutuksessa (L 566/2005).

Kuntoutusprosessin suunnittelu, kuntoutuspalvelujen järjestäminen ja kuntoutuksen seuranta voivat perustua yksilöön sidottuun (sosiaali)vakuutusjärjestelmään tai aluetasoon sidottuun valtionosuusjärjestelmään tai molempiin (”monikanavainen rahoitus”; vrt. THL:n asiantuntijaryhmä 2010). Kela vastaa Suomessa asuvien sosiaalivakuutukseen sisältyvän perusturvan toteuttamisesta. Kuntoutus terveysturvaetuutena sisältyy paitsi sosiaalivakuutukseen myös yksityisvakuutuksen eri muotoihin. Yksityisvakuutusta saatetaan kuitenkin tukea esimerkiksi verohelpotuksin, jolloin siihen voidaan nähdä sisältyvän myös sosiaalivakuutuksen piiriteitä (Brown 2008). Yleisesti tarkastellen sosiaaliturvalle on ominaista varautua tulevaan, käytännössä usein pitkän aikavälin rahastointiin kyseistä riskiä varten.

Hallituksen esityksessä, joka koskee lakia Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (L 566/2005), lain muutostarvetta perusteltiin mm. sillä, että ”näin hakijan oikeudet ja velvollisuudet Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen ajalta tulisivat säädetyiksi yhdessä laissa, ja etuuden suhde toimenpiteeseen selkeytyisi” (StVM 8/2005). Laajemmin tarkasteltuna kokonaisvastuu kuntoutuksen asiakkaista tulisi olla yhdellä taholla ja siitä aiheutuvat kustannukset tulisi suorittaa kyseisen vakuutuksen (yksityisvakuutus, sosiaalivakuutus) mukaan (vrt. Kela 2011b; Pälve 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnan tason ohjausjärjestelmästä (mm. L 733/1992) huolimatta alueellisesti toteutettuna kuntoutuspalvelujen tuottamiseen saattaisi vaikuttaa kunnan taloudellinen tilanne, mikä johtaisi osaltaan kuntoutujien eriarvoiseen kohteluun, jolloin myös kokonaisvastuu kuntoutujasta saattaisi jäädä epäselväksi (vrt. VM 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriö on todennut vuoteen 2020 ulottuvassa strategiassaan (STM 2011c), että: ”Tavoitteena on, että sosiaalivakuutus muodostaa yhdessä palvelujen kanssa kokonaisuuden, joka tukee työhön osallistumista sekä toiminta- ja työkyvyn ylläpitämistä”. Kuntoutuksessa tämä merkitsisi kokonaisuutta ilman järjestelmään sisältyviä päällekkäisyyksiä ottaen samalla huomioon kuntoutuksen toteutukseen usein liittyvän moniammatillisuuden (STM 2011b). Tavoite merkitsee myös eri organisaatioiden toiminnallista yhteensovittamista ja toimenpiteiden tarkoituksenmukaista ketjuttamista sekä kunnallisen terveydenhuollon ja Kelan välisen yhteistyön parantamista erityisesti lääkinnällisessä kuntoutuksessa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009).

## Kuntoutuksen tutkimus Kelassa

117

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus jossakin muodossa on alusta alkaen kuulunut Kelan toimintaan, mutta varsinaisesti tutkimustoiminnan Kelassa voidaan katsoa alkaneen vuonna 1964 perustetun tutkimustoimiston (myöhemmin Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, STTL) myötä. Kansaneläkelaitoksen Kuntoutus-tutkimuskeskuksen (KKT) perustaminen vuonna 1972 aloitti uuden vaiheen Kelan kuntoutuksen ja työ- ja toimintakyvyn tieteellisessä tutkimuksessa (Kallio 1995; Hellsten 2009). KKT:ssä tehdyt lääketieteelliset, psykologiset ja sosiaaliset asiakastutkimukset ja niiden tuottamat mittaustulokset mahdollistivat myös tieteellisen tutkimuksen. Tutkimukset koskivat muun muassa sydän- ja verisuonitauteja, selkäkuntoutusta, mielenterveyskuntoutusta, psykosomaattisia tekijöitä kuntoutuksessa, diabetesta, laihdutusta, varhaiskuntoutusta ja työikäisten toimintakykyä ja terveyden edistämistä, vaikeavammaisten toimintakykyä sekä ikääntymistä. Kuntoutuksen tuloksellisuutta ja mahdollisuuksia arvioitiin systemaattisesti asiakastutkimuksissa kerätyn tiedon ja kuntoutujille kolmen vuoden kuluttua kuntoutuksen päättymisestä tehtyjen seurantakyselyjen perusteella (mm. Lind ym. 1990). Vuonna 1992 Kelan tutkimustoiminta organisoitiin uudelleen, kun Sosiaaliturvan tutkimuslaitos ja Kansaneläkelaitoksen Kuntoutus-tutkimuskeskus yhdistettiin Tutkimus- ja kehitysyksiköksi. Syksyllä 2002 Tutkimus- ja kehitysyksikkö muuttui Kelan tutkimusosastoksi.

Kelalla on lakisääteinen velvollisuus ”harjoittaa etuusjärjestelmien ja oman toimintansa kehittämistä palvelevaa tutkimusta” (L 731/2001). Kelan tutkimusosaston nykyisessä kuntoutuksen tutkimustoiminnassa diagnoosikohtaisten tutkimushankkeiden lisäksi tutkitaan kuntoutuksen toimintamalleja ja arvioidaan niiden toteutettavuutta. Tutkimuksissa hyödynnetään joko pelkästään rekisteritietoa tai siihen yhdistettynä muulla tavalla kerättyä aineistoa tai molempia.

Kuntoutustoimenpiteiden ja siten myös kustannusten kasvu 1990-luvulla toteutettujen kuntoutuslakiuudistusten jälkeen on lisännyt julkista mielenkiintoa kuntoutuksen tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Osaltaan tähän on saattanut vaikuttaa myös viime vuosina yleistynyt erilaisten standardien, suositusten ja sertifiointien laatiminen yhteiskunnallisesti merkittävillä tuotanto- ja palvelu-aloilla. Kuntoutuksen kehittäjiä ja tutkijoita tuloksellisuuden arviointi kiinnostaa myös metodisena kysymyksenä ja ongelmana. Kuntoutuksen tuloksellisuuden arvioinnin luotettavuuden lisääminen parantaisi mahdollisuuksia kehittää tarkoituksenmukaisia kuntoutustoimenpiteitä.

Terveydenhuollossa tuloksellisuus merkitsee yleensä hyvin pelkistetysti muutosta terveydentilassa, kuntoutuksen alueella laajemmin toiminta- tai työkyvyn tai molempien erilaisten ilmentymien muutoksia. Tällainen nettomuutos ajassa ei kuitenkaan vielä yksinomaan osoita toimenpiteen vaikuttavuutta, vaan se edellyttää menetelmien ja hoitojen välistä luotettavaa, satunnaistettuihin

koesetelmiin perustuvaa vertailututkimusta. Kuntoutuksen tutkimuksessa usein kyseeseen tuleva ennen–jälkeen-asettelu edellyttää myös riittävän pitkiä aikasarjoja luotettavien päätelmien tekemiseksi. Kuntoutuksen taustalla olevan sosiaaliturvalainsäädännön vuoksi kuntoutuksessa voidaan kuitenkin soveltaa vain joiltakin osin tutkimusmenetelmiä, jotka johtavat ”tieteellisesti pitävään näyttöön” käyttäen sekä tutkimusryhmää että vertailuryhmää (vrt. Pohjolainen ja Malmivaara 2008). Lisäksi on otettava huomioon tieteelliseen tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset. Etenkin satunnaistettuihin asetelmiin perustuvan Kelan lakisääteisen kuntoutuksen tutkimuksen toteuttaminen on usein vaikeaa tai lähes mahdotonta.

Väestön toiminta- ja työkyvyn ylläpitäminen sekä parantaminen ja sitä kautta syrjäytymisen ehkäiseminen ja eläkeiän nostaminen ovat vastaisuudessaakin keskeisiä kuntoutuksen ja sen tutkimuksen kohteita (STM 2006; Kela 2011a). Rekisteritietojen käytettävyyden parantuessa niihin perustuvien kuntoutustoimenpiteiden ja -ohjelmien vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta koskevien tutkimusten osuus on kasvanut viime vuosina. Kelassa tämä on ilmennyt myös ulkopuolisten tahojen aineistotietopyyntöjen määrän kasvuna.

Kelan tutkimus- ja kehittämishankkeet toteutetaan nykyisin usein yhteistyönä muiden tahojen kanssa. Eri organisaatioiden kuntoutuksen rekisteritietojen tutkimuskäyttöön saattaminen edellyttää organisaatioiden verkottumista. Myös eri tieteenalojen tutkijoiden kanssa tehtävä yhteistyö on lisääntynyt kuntoutustoiminnan laaja-alaisuuden vuoksi.

## Kuntoutuksen yhtenäiset tietojärjestelmät

On esitetty, että ideaalinen malli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä tulevaisuudessa on ”vahva kunta, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteko yhdistyy kunnan muuhun päätöksentekoon” (STM 2011a). Myös vahva, käytännössä suuri kuntayksikkö joutuu kuitenkin suhteuttamaan terveysturvaresurssit palvelujen kysyntään toteuttaessaan terveydenhuoltolain (L 1326/2010) tavoitteita, jotka koskevat asiakaskeisyyden lisäämistä, palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Kuntoutuksessa hajautettu toimintamalli vaatisi valtakunnallisesti yhdenmukaiset ja sitovat ohjeet palvelujen oikea-aikaisuuden, riittävyyden, tasalaatuisuuden ja alueellisen yhdenvertaisuuden takaamiseksi. Kuntoutuksen toteuttaminen edellyttää toimenpiteitä koskevaan ohjeistukseen perustuvaa yhtenäistä menettelyä. Väestön terveydentilassa sekä työ- ja toimintakyvyssä ilmenevä vaihtelu ajassa ja alueittain (mm. Blomgren ym. 2011) vaikuttaa kuntoutuspalvelujen kysynnän määrään ja sisältöön. Ohjeistuk-

sen tarve korostuu väestön ikärakenteen ja siinä tapahtuneiden muutosten sekä väestön liikkuvuuden myötä. Lisäksi on otettava huomioon, että mm. nykyisen terveydenhuoltolain myötä henkilöllä on vapaus valita hoitopaikka. Kuntoutustoimenpiteiden hankinta ja kilpailuttaminen merkitsee myös kattavan verkoston luomista eri palvelujentuottajiin sekä tämän verkoston ylläpitämistä.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 497/2003) edellyttää, että kaikilla toimijoilla on sama ajantasainen tieto käytettävissään päätösten tekemiseksi. Tällainen yhteistyö toteutuisi sähköisten henkilötasoisien tietojärjestelmien avulla ja mahdollistaisi myös kuntoutusprosessien ja palvelujen laadun hallinnoinnin (vrt. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Kuntoutuspalvelun kokonaisuus – kuntoutus-suunnitelma, kuntoutuspalvelujen toteutus ja yksilötason kuntoutusprosessin seuranta – ehkäisee vastaavien kansalliseen rahoitukseen perustuvien ongelmien syntymisen kuin esimerkiksi sairaanhoitovakuutuksessa (vrt. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011).

Asiakaspalvelun näkökulmasta olisi perusteltua, että vastuu kuntoutuksen kokonaisuudesta olisi yhdellä taholla. Tämä turvaisi myös kuntoutustoiminnan yksilötason tietojen ylläpidon sekä laitos- että avokuntoutuksessa ja tukisi niiden hyödyntämistä kuntoutuksen tutkimuksessa ja kehittämisessä sekä kuntoutusjärjestelmän toteutumisen seurannassa (vrt. STM 2003). Eri toimijoille hajautettujen kuntoutustoimenpiteiden toteutumisen seuranta olisi ongelmallista kuntoutuslainsäädännöstä huolimatta. Tämä ilmenisi mahdollisesti mm. puutteina kuntoutujan asiakastiedoissa. Valtakunnallisesti toteutettu kuntoutuksen toimintamalli tuottaa kattavaa ja yhtenäistä tietoa kuntoutujasta. Myös esimerkiksi kuntoutusetuuksiin liittyvä kuntoutusrahan maksaminen edellyttää tuekseen riittävää tietopohjaa. Toisaalta suunnitteilla oleva laki yksityisistä sosiaalipalveluista (StVM 56/2010) sekä koskisi yksityisiä toimijoita että lisäisi alueellisen palveluntuotannon merkitystä ja vaikuttaisi mm. lakiin Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (L 566/2005).

Kuntoutuksen yksilökohtaisuus, sisällöllinen laajuus ja tavoitteellisuus sekä prosessinomaisuus merkitsevät siten suunnitellun kuntoutuksen toteutumisen seurantaa. Mm. kuntoutustoiminnan yhteiskunnallisen laajuuden vuoksi on korostettu sen tuloksellisuuden selvittämisen tarvetta ja samalla painotettu rekisteritutkimuksen merkitystä (STM 2003). Vuoden 2002 kuntoutusselonteossa (STM 2002) esitettiin, että kuntoutuksen järjestäjien ja rahoittajien tulisi seurata järjestelmällisesti kuntoutuksen vaikuttavuutta ja kehittää seurantamenetelmiä. Lisäksi vaikuttavuuden seurannan tulisi olla jatkuvaa ja siinä tulisi hyödyntää olemassa olevia tietojärjestelmiä. Huomiota on kiinnitetty myös siihen, että sosiaali- ja terveysministeriön, jonka hallinnonalaan kuntoutusasioiden ylin

---

*Kuntoutuksen toteuttaminen edellyttää toimenpiteitä koskevaan ohjeistukseen perustuvaa yhtenäistä menettelyä.*

---

valvonta kuuluu, ja kuntoutusasiain neuvottelukunnan tulisi ”ottaa aktiivisempi rooli kuntoutuksen ohjaamisessa ja toiminnan koordinoinnissa” (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Näiden tavoitteiden toteuttamista edistäisi se, että asiakaspalvelussa kertyviä ajantasaisia rekisteritietoja ei ole hajautettu useille eri toimijoille.

120

Suomessa kehitetään parhaillaan valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmää, jossa Kelalla on vahva rooli yhtenäisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin tietojärjestelmäpalvelujen toimeenpanijana. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon tietojärjestelmiä yhdenmukaistamalla luodaan järjestelmä, jossa potilastietoja on mahdollista välittää valtakunnallisesti terveydenhuollon eri organisaatioiden kesken. Tämä edistäisi myös kuntoutussuunnitelmien laadintaa ja päivitystä (vrt. Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009). Lääkinnällisessä kuntoutuksessa potilaan hoitoketju saattaa katketa siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon (STM 2009). Tällainen tilanne olisi vältettävissä paremmalla tiedonkululla organisaatioiden välillä. Tämä edellyttää sitä, että kaikki käytettävissä olevat dokumentit ovat ajan tasalla ja ne ovat riittävän tarkkoja kuntoutussuunnitelman laatimiseksi ja kuntoutuksen toteuttamiseksi. Yhtenäiset tietojärjestelmät mahdollistaisivat lisäksi pitkienkin seurantajaksojen tutkimuksen. Lisäksi näin varauduttaisiin siihen, että tulevaisuudessa kuntoutustietojen kansainvälinen käyttö laajenee niin asiakaspalvelussa kuin tutkimuksessakin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien valmisteluhankkeen tavoitteisiin kuuluu kansalaisten sähköisen asiointin parantaminen verkkopalveluja kehittämällä. Eri toimijoille on annettu tehtäväksi suunnitella palvelukokonaisuuksille keskenään yhteensopivat tietojärjestelmät. Nykyisen terveydenhuoltolain (L 1326/2010) tarkoitus on ”vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä”.

Kuntoutustietoja kerätään kuntoutuksen eri toimijatahojen rekistereihin osana näiden käytännön asiakastoimintaa. Rekistereihin kertyy vain kuntoutuksen kannalta tarpeellinen tieto. Tutkimukselle olennainen tieto saattaa näin ollen puuttua tai olemassa oleva tieto edellyttää uudelleenmuokkausta. Yhdistettäessä tietoja eri rekistereistä tiedot tulee yhdenmukaistaa. Nykyisin osa organisaatioista, muun muassa Kela, tarjoaa verkossa mahdollisuuden kuntoutusta koskevien tilastoraporttien laatimiseen omista tilastotiedoistaan. Erilaisten tiedonkeruujärjestelmien vuoksi eri toimijoiden tuottamat kuntoutustilastot eivät ole tällä hetkellä kaikilta osin vertailukelpoisia.

Kuntoutustoiminta on sisällöltään laajaa ja hallinnollisesti hajanaista. Tämä ilmenee kuntoutuksen tutkimuksen koordinoimattomuutena ja korostaa tarvetta Kelan tekemään tutkimukseen, jonka tiedonkeruun pitkä historia ja kansallisesti

kattava, Kelan järjestämä kuntoutus mahdollistavat. Yksilötason kuntoutusprosessin toteutumisen seuranta samoin kuin eri kuntoutusmuotojen tuloksellisuuden ja niihin liittyvien tekijöiden arviointi edellyttävät kuitenkin usein yhteistyötä myös muiden hallinnonalojen kanssa. Tutkimustulosten yhteiskunnallisen läpimeno kannalta tutkimuslaitoksen ja tutkijoiden koti- ja ulkomaiset verkostot ja strategiset kumppanuudet ovat usein keskeisessä asemassa. Kela voi tyydyttää tietotarpeitaan myös tukemalla muiden tahojen tutkimustoimintaa rahoittamalla niitä ja luovuttamalla rekisteritietoja tieteelliseen tutkimuskäyttöön voimassa olevan tietosuojalainsäädännön mukaisesti.

Pyrkimys työurien pidentämiseen ja väestön eliniän kasvu merkitsevät kasvavaa kuntoutuksen tarvetta. Kuntoutuksen organisaatio ja kuntoutusta koskeva lainsäädäntö ovat hajanaisia. Tässä kokonaisuudessa Kela on suurin yksittäinen kuntoutuksen järjestäjä ja tarvitsee edelleen tähän toimintaan ajantasaista seuranta- ja tutkimustietoa. Kuntoutuksen ajallisesta kattavuudesta ja sisällöllisestä laajuudesta ja sen vaatimista tietojärjestelmistä huolimatta kuntoutuksen sosiaalivakuutusetuutena eivät saa vaikuttaa asuinpaikka tai muut vastaavat tekijät, vaan sen tulee olla samantasoista eri puolilla maata niin kuin peruspalvelujen järjestämisenkin (Pälve 2012; VM 2012).

Tutkimus edellyttää kuntoutustoimintaa kuvaavia indikaattoreita ja yksilötason rekisteriseurantaa. Huomattava osa Kelan järjestämistä olevista yksilötason kuntoutuspäätöksistä on harkinnanvaraisia. Pitkäjänteinen tutkimustoiminta varmistaa kuntoutuksen toteutumisen ja kohdentumisen tarkoituksenmukaisuuden sekä vaikuttavuuden arvioinnin. Näin vaikutetaan myös siihen, että kuntoutuksen resurssit tulevat käytetyksi tehokkaasti ja tuloksekkaasti.

Yhtenäisillä tietojärjestelmillä ja tehokkaalla tietojenkäsittelyllä pystytään turvaamaan se, että kuntoutusasiakkaat saavat selkeät, yksilölliset ja oikeelliset päätökset ja että palveluntuottajat saavat antamistaan palveluista oikeat korvaukset päätöksineen. Tämä mahdollistaa myös kuntoutusratkaisujen seurannan paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti sekä toiminnan objektiivisen arvioinnin, mitä tukee myös Kelassa lähivuosina käyttöön tuleva kuntoutuksen raportointijärjestelmä (Autti-Rämön ym. artikkeli tässä julkaisussa).

---

*Pitkäjänteinen tutkimustoiminta varmistaa kuntoutuksen toteutumisen ja kohdentumisen tarkoituksenmukaisuuden sekä vaikuttavuuden arvioinnin.*

---

## Lähteet

Blomgren J, Mikkola H, Hiilamo H, Järvisalo J. Suomalaisten terveydentila ja terveyteen liittyvät etuudet. Indikaattoriseuranta 1995–2010. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 28, 2011.

Brown RL. Optimal financing of social security pension schemes and its design. Competing views of social security pension design and its impact on financing. Geneva: International Social Security Association (ISSA), Social Security Essentials, Technical Report 30, 2008.

122 Hellsten K. Yli 45 vuotta sosiaaliturvan tutkimusta. Sairausvakuutuksesta sosiaaliturvan väestötutkimukseen? Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 8, 2009.

Kallio V. Kuntoutuksen tiennäyttävä. Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus 1972–1992. Turku: Kansaneläkelaitos, 1995.

Karjalainen T, Terkoma L. Kuntoutuslakiuudistuksen toteutuminen. Tutkimus 1.10.1991 voimaan tulleen kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista. Helsinki: Stakes, Raportteja 127, 1993.

Kela. Tutkimusosaston tutkimusohjelma. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/internet/suomi.nsf/NET/050307152606HJ>>. Päivitetty 25.2.2011a.

Kela. Kelan toimeenpaneman lainsäädännön kehittämissalkku 2012–2015. Helsinki: Kela, 2011b. [Julkaisematon.]

### *Lait:*

L 733/1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta.

L 731/2001. Laki Kansaneläkelaitoksesta.

L 497/2003. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

L 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Lind J, Kallio V, Mäki J, Pietilä J, Takala I. Kuntoutustutkimuksen tavoitteet ja mahdollisuudet. Seurantatutkimus Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskuksen vuosien 1977–1985 kuntoutustutkimusasiakkaista. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML: 100, 1990.

Pohjolainen T, Malmivaara A. Kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaaminen. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 658–663.

Pälve H. Terveydenhuolto pois kunnilta. Suomen Lääkärilehti 2012 (5). Pääkirjoitus. Saatavissa: <[http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news\\_id=11575/type=7](http://www.laakarilehti.fi/kommentti/index.html?opcode=show/news_id=11575/type=7)>.

Sosiaali- ja terveystyöhallitus. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Kuntoutus uudistuu. Helsinki: Sosiaali- ja terveystyöhallitus, Oppaita 11, 1992.

STM. Kuntoutusselonteko 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6, 2002.

STM. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisselonteko. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19, 2003.

STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 14, 2006.

STM. Ministeri Risikko: Kuntoutuspalvelut auttavat työurien pidentämisessä. Helsinki: STM, Tiedote 95, 2009. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1399131>>.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011a.

STM. Ministeri Rehula: Kuntoutuksen kokonaisuus hallintaan. Helsinki: STM, Tiedote 98, 2011b. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1559017>>.

STM. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystalouden strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, STM, Julkaisuja 1, 2011c.

*Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnöt:*

StVM 8/2005. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuksista ja kuntoutusrahaetuksista.

StVM 56/2010. Hallituksen esitys yksityisiä sosiaalipalveluja koskevan lainsäädännön uudistamiseksi.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki, THL, 2010.

United Nations 1994. The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. United Nations 48th session on 20 December 1993. New York, NY: United Nations, 1994.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 193, 2009.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoidtovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

VM. Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys. Osa I. Selvitysosa. Helsinki: VM, Valtiovarainministeriön julkaisuja 5a, 2012.

## Anna-Liisa Salminen ja Annamari Tuulio-Henriksson Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa

Asiakaslähtöisyydellä viitataan viimeisimmissä sosiaali- ja terveydenhuollon linjauksissa asiakkaan vapauteen valita palveluntuottajansa sekä asiakkaan mahdollisuuksiin vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutusasiakkaiden mielestä olennaisia asiakaslähtöisyyden osa-alueita ovat riittävä tiedotus ja neuvonta, asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja näkemysten arvostaminen sekä koordinoitusti toteutetut palvelut. Viime kädessä asiakaslähtöisyys perustuu kuitenkin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja hänen kykynsä toimia asiakkaana. Artikkelissa tarkastellaan kuntoutuksen toteutusta ja järjestämistä kuntoutusasiakkaiden tärkeinä pitämien asiakaslähtöisyyden elementtien näkökulmasta.

### Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on kuntoutuksen keskeinen lähtökohta. Kuntoutuksen tavoite on edistää sairaan, vammaisen tai vajaatoimintakykyisen ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia, osallistumismahdollisuuksia ja työllistymistä. Kuntoutuksella tarkoitetaan tässä artikkelissa julkisesti rahoitettua ja järjestettyä lääkinällistä kuntoutusta mukaan lukien Kelan järjestämismääräyksellä oleva vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus. Kela järjestää vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen, mutta hoidosta vastaavan julkisen terveydenhuollon yksikön on laadittava tätä varten kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Suunnitelman laadintaan osallistuvat asiakkaan lisäksi lääkäri, terveydenhuollon työryhmä ja tarvittaessa omainen tai muu läheinen sekä asiakkaan oma terapeutti. Julkinen terveydenhuolto huolehtii yli 65-vuotiaiden vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Mielenterveyskuntoutuksen järjestämismääräys on julkisella terveydenhuollolla. Kela täydentää palveluja omalla toiminnallaan. Siihen kuuluvat erityisesti lakisääteinen kuntoutuspsykoterapia 16–67-vuotiaille, joiden psyykkiset oireet uhkaavat opiskelu-, työ- tai toimintakykyä, sekä erilaiset

---

mielenterveyskuntoutuskurssit.

*Asiakaslähtöisyyden määrittelyyn vaikuttavat määrittelijän arvot ja oletukset.*

---

Asiakaslähtöisyyden määrittely on vaikeaa ja moniulotteista. Määrittelyssä voidaan keskittyä välittömään asiakastapahtumaan, palvelujen ja etuuk-sien tuotantoprosessiin, lainsäädäntöön tai siihen,

mikä on prosessin lopputuote ja sen vaikutus ihmisen elämään. Määrittelijän arvoperusta ja taustaoletukset ohjaavat määrittelyä. Ajatellaanko esimerkiksi asiakkaiden olevan omaa elämäänsä hallitsevia rationaalisia kuluttajia vai yhteisöllisen suojan ja tuen tarpeessa olevia ihmisiä? Voidaan myös kysyä, onko kyse päätöksentekijöiden, tutkijoiden vai asiakkaiden määritelmistä.

125

## Asiakaslähtöisyys viranomaisnäkökulmasta

Asiakaslähtöisen ajattelun juuret ovat 1960-luvun Yhdysvalloissa, missä hoidon painopistettä haluttiin siirtää avohoitoon ja lisätä asiakkaiden vastuuta omasta hoidostaan (Hautala ym. 2011). Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoon käsite on tullut 1980-luvulla. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 812/2000) pyrkivät edistämään asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan oikeutta hyvään palveluun. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (L 497/2003) auttaa kuntoutujaa saamaan tarvitsemansa palvelut ja edistää viranomaisten asiakasyhteistyötä sekä kuntoutujan asemaa ja osallistumista hänen kuntoutustaan koskevan asian käsittelyssä. Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintolaissa (L 434/2003) ja kuntalaisten osallistumisesta ja vaikuttamisesta kuntalaissa (L 365/1995).

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan yleisesti asiakkaan tarpeiden ja autonomian kunnioittamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta ... 1999) asiakaslähtöinen toiminta kuvattiin asiakkaiden ja ammattilaisten väliseksi aidoksi, kahdensuuntaiseksi ja tasa-arvoiseksi vuoropuheluksi. Myöhemmin tätä suhdetta on kuvattu jatkumona, jonka toisessa ääripäässä on asiakkaan osallistumattomuus ja toisessa asiakkaan ja palveluntuottajan kumppanuus, jolloin asiakas ja palveluntuottaja työskentelevät yhdessä (Clark ym. 2008), ja siirtymisenä auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeseen (Laitila 2010). Pisimmälle vietynä asiakaslähtöisyys tarkoittaa sellaisia tilanteita, joissa asiakas ohjaa toimintaa (Falardeau ja Durand 2002). Minna Laitila kokosi väitöskirjatutkimukseensa (2010) 17 erilaista sosiaali- ja terveysalan tutkijoiden laatimaa asiakaslähtöisyyden määritelmää. Niiden perusteella hän tiivisti asiakaslähtöisen toiminnan perustaksi asiakkaan yksilöllisyyden, asiantuntijuuden, mielipiteiden, käsitysten, kokemuksen, kunnioittamisen ja voimavarojen huomioon ottamisen.

Asiakkaan osallistumista palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen on alettu korostaa erityisesti 2000-luvulla, kun palvelujen lisääntynyt yksityistäminen on vahvistanut asiakkaan asemaa kuluttajana (Virtanen ym. 2011). Asiakkaat voivat kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokemusasiantuntijoina muodostamalla keskinäisiä käyttäjätiimejä sekä järjestäytyneen toiminnan avulla (Kaseva

2011). Suomalaiseen kuntoutuspalvelujen kehittämiseen on perinteisesti kuulu-  
nut asiakkaan osallistuminen vammaisjärjestöjen toiminnan kautta. Järjestöt  
ovat aktiivisesti osallistuneet vammaisille henkilöille tarkoitettujen palvelujen  
kehittämiseen ja myös niiden tuottamiseen. STM:n kansallisen mielenterveys- ja  
päihdesuunnitelman (Partanen ym. 2010) yksi kärkihanke on kokemusasiantun-  
tijoitoiminnan kehittäminen ja siihen annettavan koulutuksen järjestäminen.

Uudessa terveydenhuoltolaissa sekä valmisteilla olevassa sosiaalihuoltolaissa  
(STM 2010) korostetaan asiakkaan roolia ja vaikutusmahdollisuuksia omien  
palvelujensa suunnittelussa. Valinnanvapaudesta on tullut keskeinen asiakasläh-  
töisyyden kriteeri. Terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010) korostetaan asiakkaan  
vapautta valita hoitoyksikkö ja joissakin tapauksissa häntä hoitava ammatti-  
henkilö. Tätä ajattelua tukee laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä  
(L 569/2009), joka mahdollistaa asiakkaan valinnanvapauden yksityisen ja julki-  
sen palvelun välillä. Asiakaslähtöisyyttä on myös viranomaisyhteistyön tiivistä-  
minen, mihin on kiinnitetty huomiota sekä terveydenhuoltolaissa (L 1326/2010)  
että uuden sosiaalihuoltolain valmistelussa (STM 2010).

## Asiakaslähtöisyys asiakkaan näkökulmasta

Kuntoutusasiakkaat kokevat tutkimusten perusteella asiakaslähtöisessä kun-  
toutuksessa tärkeäksi tarpeenmukaisen tiedon ja ohjauksen (Cott 2004; Järvi-  
koski ym. 2009), yksilöllisen, asiakkaan tarpeet huomioivan, kokonaisvaltaisen  
kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen (Cott 2004; Järvikoski ym. 2009)  
sekä asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa kuntoutuksen suunnitteluun ja pää-  
töksentekoon (Cott 2004; Järvikoski ym. 2009; Koukkari 2010). Muita tärkeitä  
osatekijöitä ovat kuntoutuksen koordinointi, yhteistyö ja jatkuvuus (Cott 2004;

---

*Kuntoutusasiakkaiden mieles-  
tä keskeistä asiakaslähtöisyy-  
dessä ovat tiedotus ja neuvon-  
ta kuntoutusmahdollisuuksis-  
ta, kuntoutuksen tarpeenmu-  
kaisuus sekä koordinoitusti  
toteutetut kuntoutuspalvelut.*

---

Koukkari 2010), perheen ja vertaisten mukanaolo  
(Cott 2004), asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu  
sekä kuntoutuksen helppo hakeminen ja nopea  
päätöksenteko (Järvikoski ym. 2009).

Mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden  
näkökulmasta (Laitila 2010) asiakkaan osallisuus  
tarkoittaa palvelujen käyttäjien asiantuntijuuden  
hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä.  
Asiakkaat käsittävät asiakaslähtöisyyden toisaalta  
sitien, että asiakas on palvelujen keskiössä ja palvelut

vastaavat asiakkaiden tarpeita. Toisaalta käsitettä pidetään kaupallisena ja reto-  
risena terminä. Asiakaslähtöisen mielenterveys- ja päihdetyön piirteiksi he ni-  
meävät mahdollisuuden mielekkääseen toimintaan, henkilökunnan pysyvyyden,  
riittävän ja ymmärrettävän tiedonsaannin, rajojen asettamisen sekä sinnikkään

motivoinnin, joustavuuden sekä kokemusasiantuntijuuden ja vertaistuen. Asiakaslähtöinen yhteistyösuhde sisältää asiakkaiden mielestä syvällistä keskustelua, tasa-arvoisen kohtelun, yksilöllisyyttä, vastavuoroisuutta sekä turvallisuutta ja luottamuksellisuutta.

## Asiakaslähtöisen kuntoutuksen toteutus ja järjestäminen

Kuntoutuksen asiakaslähtöisyys voidaan kiteyttää kolmeen asiakkaiden näkökulmasta keskeiseen elementtiin: 1) riittävä kuntoutukseen liittyvä tiedotus ja neuvonta, 2) asiakkaan yksilöllisten tarpeiden sekä näkemysten arvostaminen ja huomioon ottaminen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ja 3) koordinoitua, yhteistyössä toteutettua ja jatkuvaa palvelua.

### Tiedotus ja neuvonta

Asiakkaat tarvitsevat tietoa ja neuvontaa heille mahdollisista kuntoutuspalveluista, jotta he osaisivat hakea tarvitsemiaan palveluja ja tehdä tietoisia, kuntoutustaan koskevia valintoja ja päätöksiä. Kun asiakkaan vastuu omista sosiaali- ja terveyspalveluistaan lisääntyy ja palvelujärjestelmä monimutkaistuu, tiedotuksen ja ohjauksen tarve kasvaa. Kelan kuntoutusta koskevassa tutkimuksessa (Järvikoski ym. 2009) voimakkain kritiikki kohdistui juuri suomalaisen palvelujärjestelmän tiedotukseen, neuvontaan ja ohjaukseen. Tutkimuksessa todettiin myös, että tiedonsaannin puutteet voivat jo sellaisenaan aiheuttaa epätasa-arvoa. Ohjauksen puutteellisuus on havaittu myös Kelan selvityksessä (Valkonen ym. 2011), jonka mukaan psykoterapeuttien asiakkaat vain harvoin saavat riittävää ohjausta hakeutuessaan psykoterapeuttiseen hoitoon tai kuntoutukseen.

Tiedottamisessa merkityksellisiä asioita ovat tiedon sisällön lisäksi tiedon tuottamistavat. Asiakkaat tarvitsevat selkeää tietoa tarjolla olevista palveluista, niiden saatavuudesta ja saannin edellytyksistä. Tietoa on oltava saatavilla helposti ja ymmärrettävässä muodossa. Vaikeavammaisille ja vajaakuntoisille asiakkaille on tuotettava esteettömästi saatavilla olevaa ja selkeästi ilmaistua tietoa.

Palveluntuottajan valinta edellyttää tietoa palveluntuottajasta. Kelan palvelusetelikoitelun esiselvityksessä (Salminen 2010) vaikeavammaiset fysioterapia-asiakkaat toivoivat saavansa palveluntuottajan valintaa varten mahdollisimman paljon palveluntuottajaan liittyvää tietoa sekä paperiversiona että sähköisessä muodossa. Heille merkityksellisiä palveluntuottajan valintaperusteita ovat palveluntuottajan koulutus, erikoisosaaminen ja työkokemus, terapeutin henkilö-

kohtaiset ominaisuudet, palveluntuottajan sijainti, tilat ja välineet, mahdollisuus kotikäyntiin ja palveluntuottajan päivitetty tieto uusien asiakkaiden ottamisen mahdollisuudesta.

Vertaistuki on osoittautunut yhdeksi keskeiseksi tiedon hankkimisen keinoksi ja tukimuodoksi sekä vaikeavammaisten henkilöiden että mielenterveyskuntoutujien kuntoutuksessa. Vertaisilta saadut vinkit ja ratkaisutavat rohkaisivat kuntoutujia hyödyntämään niitä omassa elämässään (Cott 2004).

128

## Tarpeiden ja näkemysten huomiointi

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat pääsevät osallistumaan omien palveluja hoitosuunnitelmiansa tekemiseen hyvin tai melko hyvin vain kolmasosassa terveyskeskuksista ja vajaassa puolessa sosiaalitoimista (Perälähti ym. 2011). Vaikeavammaisten kuntoutuksessa kuntoutussuunnittelun toimintatapoihin oli erittäin tai melko tyytyväisiä 84 prosenttia vaikeavammaisista kuntoutujista (Järvikoski ym. 2009). Huomattava osa kuntoutujista koki osallistuneensa ainakin jossain määrin kuntoutuksensa suunnitteluun, joskin toimintatavat vaihtelivat kuntoutujan asiantuntijuuden hyödyntämisestä kuntoutujan poissaoloon oman kuntoutuksensa suunnittelusta. Kuntoutuksen suunnittelun odotettiin olevan nykyistä yksilöllisempää ja kokonaisvaltaisempaa, ottavan paremmin huomioon asiakkaan näkemykset sekä hyödyntävän paremmin kuntoutujan tilanteen tuntevia ammattilaisia kuntoutuksen suunnittelussa. Muun muassa kiireen koettiin heikentävän suunnittelun asiakaslähtöisyyttä. Tehdyt kuntoutussuunnitelmat ovat selvitysten mukaan edelleen usein heikkotasoisia (Lääkinnällinen kuntoutus 2009; Paltamaa ym. 2011).

Tarpeenmukaisuus tarkoittaa näin ollen osaavaa sekä asiakkaan tarpeet ja näkemykset huomioon ottavaa työtettä asiakkaiden kanssa ja aikaa asiakkaalle. Kokonaisvaltainen asiakkaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa laadittava kuntoutussuunnitelma ei valmistu hetkessä. Hyvään suunnitteluun käytetty aika on kustannuksena pieni verrattuna huonosti kohdennettuun ja heikosti motivoituun kuntoutukseen. Kuntoutuksen suunnittelun ja kokonaisarviointin asiakaslähtöisyyttä voisi kehittää myös uudistamalla terveydenhuollon vastuunjakoa. Laajentamalla vastuunjakoa lääkäriltä muille kuntoutuksen ammattilaisille, joilla saattaa olla lääkäriä laaja-alaisempi näkemys tarvittavista kuntoutujan osallistumisen tukitoimista, voitaisiin edistää kuntoutuksen tarpeenmukaisuutta jo kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa.

Aloitteen vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutussuunnittelusta tekevät useimmiten vammaiset henkilöt itse (Järvikoski ym. 2009). Kuitenkin vammaisissa henkilöissä on myös niitä, jotka eivät tunnista omia tarpeitaan tai eivät jaksata osaa hakeutua avun piiriin. Esimerkiksi huomattava osa näkövammaisista

henkilöistä jää tarvitsemansa avun ulkopuolelle, mistä syystä Näkövammaisten keskusliitto on valinnut vuoden 2012 teemaksi etsivän työn. Myös muulla tavalla toimintakyvyltään rajoittuneet henkilöt voivat tarvita tukea kuntoutukseen hakeutumisessa. Esimerkiksi mielenterveyspotilas voi olla asiakkaana passiivinen ja tarvita asiantuntijan opastusta ja tukea jo omien tarpeidensa tunnistamisessa ja kuntoutukseen hakeutumisessa. Aikuissosiaalityössä sosiaalityöntekijät usein kohtaavat ihmisiä, jotka kamppailevat arkipäivän murheiden kanssa eivätkä ole ehkä ymmärtäneet olevansa psykososiaalisen tuen tarpeessa. Siten myös sosiaalityöntekijöiden asiantuntemusta ja välineitä heidän asiakkaidensa mielenterveysongelmien tunnistamiseen pitäisi ottaa huomioon nykyistä enemmän (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön ... 2009).

## Palvelujen koordinointi

Kuntoutuksen koordinointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä useiden yhtäaikaisten tai peräkkäisten kuntoutus- ja muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamista.

Asiakkaan näkökulmasta kuntoutuksen moniammatillisuus on haaste. Kuntoutujat kokevat, että koordinaation ja ohjauksen puuttuminen heikentää kuntoutumista (Järvikoski 2000). Myös Valtiontalouden tarkastusviraston (VTV) raportin mukaan (Lääkinnällinen kuntoutus 2009) moniammatillisuus kuntoutuksessa toteutuu melko kehnosti. Yhdeksi syyksi arvioidaan keikkalääkäreiden määrän kasvu. Yksi syy on moniammatillisen kuntoutuksen työntekijöiden väliset ristiriidat ja eri ammattiryhmien suvaitsemattomuudesta ja keskustelun puutteesta aiheutuvat väärinymmärrykset ja erimielisyydet (Veijola ym. 2006).

Lindin mukaan (Lind 2007) moniammatillinen kuntoutus voi viipaloida kuntoutuksen niin, että kuntoutujan kokonaistilanteen hallinta on vaarassa hajota kaikkien ulottumattomiin. Toisaalta erityiset ongelmat edellyttävät erityistä ammattiosaamista. Esimerkiksi vaikeavammainen MS-tautia sairastava henkilö, jonka tavoitteena on pysyä mahdollisimman pitkään työelämässä ja selviytyä roolistaan vanhempana, voi tarvita keinoja levon ja arjen toimintojen tasapainottamiseen, liikuntakyvyn ylläpitämiseen ja muistin tukemiseen, apua masennuksen ehkäisemiseen, asunnonmuutostöiden suunnitteluun, apuvälineiden valintaan kotiin ja työpaikalle sekä työolosuhteiden järjestelyä työpaikalla. Myös hänen perheensä saattaa kaivata tukea. Lisäksi hän saattaa tarvita kuljetuspalveluja ja siivouspalveluja tai henkilökohtaisen avustajan. Tämänkaltaisten palvelujen toteutukseen tarvitaan monenlaista erikoisosaamista ja useita työntekijöitä, mutta myös kokonaisnäkemystä kuntoutujan tilanteesta ja paljon yhteistyötä.

Moniammatillisen yhteistyön yksi kulmakivi on tiedon välittyminen asiantuntijaryhmien välillä. Kuntoutujaa koskevan tiedon välittymistä, tiedon ra-

kentumista ja tiedon riittävyttä moniammatillisessa asiantuntijayhteistyössä tarkasteltiin muun muassa ikäihmisten kuntoutusinterventiossa (Salmelainen 2008). Kirjalliset dokumentit välittivät hyvin tietoa kuntoutujan terveydestä ja fyysisestä toimintakyvystä, mutta vähemmän kuntoutujan elämäntilanteesta tai sosiaalisesta toimintakyvystä. Moniammatilliset työskentelyfoorumit olivat hyviä tiedonvälityksen ja rakentamisen keinoja edellyttäen, että kunnan yhdyshenkilö tunsi kuntoutujan ja oli perillä kuntansa palveluista ja toimintakäytännöistä. Kotikäynti on osoittautunut tärkeäksi moniammatillisen yhteistyön tietoväyläksi, yhteisen tiedon rakentajaksi ja välittäjäksi sekä ikäihmisten että vaikeavammaisten henkilöiden kuntoutuksessa (Salmelainen 2008). Kotikäynti on myös se palveluketjun osa, jonka avulla kuntoutus liitetään ja siirretään kuntoutujan arkeen.

VTV:n raportin mukaan (Lääkinnällinen kuntoutus 2009) lääkinnällisessä kuntoutuksessa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju usein katkeaa. Raportin mukaan asiakkaalla tulisi olla yhteyshenkilö perusterveydenhuollossa ennen hänen uloskirjaamistaan. Esimerkiksi aivovammapotilaan hoito saattaa oleellisesti heikentyä hänen joutuessaan perusterveydenhuollon vastuulle, koska perusterveydenhuollossa ei välttämättä ole riittäviä resursseja toteuttamaan erikoissairaanhoidon suosittelemaa kuntoutusta (Konsensuslausuma 2008). Samalla tavoin, kun vaikeavammaisen kuntoutuja siirtyy 65 vuotta täytettyään Kelan rahoitusvastuulta kunnalliseen terveydenhuoltoon, heikkenee palvelujen taso (Lääkinnällinen kuntoutus 2009). Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuutta tarkastelevan VTV:n raportin (Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön ... 2009) mukaan mielenterveyshäiriöiden hoito- ja palveluketjuja laaditaan ja kokonaishoitoa suunnitellaan liian eriytetysti, ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon ohella myös mm. työterveyshuollon, sosiaalitoimen, yksityisten palveluntuottajien ja työhallinnon edustajien välillä tulisi lisätä.

Kuntoutuksen asiakasyhteistyötä on kunnissa tehty vuodesta 1991 alkaen, jolloin toiminta tuli lakisääteiseksi (L 604/1991; L 497/2003). Lain mukaan kussakin kunnassa on oltava paikallinen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmä ja kussakin sairaanhoitopiirissä kuntoutuksen asiakasyhteistyötoimikunta huolehtimassa alueellisesta yhteistyöstä. Lisäksi STM:n asettaman kuntoutusasiain neuvottelukunnan tehtävä on ohjata yhteistyötä valtakunnallisella tasolla. Lain tavoite oli parantaa kuntoutuksen asiakkaan asemaa. Lakiin on kirjattu asiakkaan oikeus saada asiansa käsitellyksi asiakasyhteistyöryhmässä sekä osallistua asiansa käsittelyyn ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamiseen. Asiakasyhteistyöryhmän aktiivinen ote on tärkeä esimerkiksi mielenterveyskuntoutujalle, jonka toimintakyky voi olla heikentynyt. Kun kuntoutujan omat mahdollisuudet selvittää kuntoutusvaihtoehtoja ovat heikentyneet, vaarana on, että ilman tukea hän jää kokonaan vaille tarvitsemaansa kuntoutusta.

Kuntien asiakasyhteistyöryhmien toiminta kunnissa on vaihdellut määrällisesti ja laadullisesti. Osa ryhmistä käsittelee asiakkaan asioita ja osa kuntoutuksen strategisia kysymyksiä. Asiakasyhteistyöstä tehdyn kansallisen arviointitutkimuksen (Saikku 2006) mukaan asiakkaat osallistuvat asioidensa käsittelyyn yli 80 prosentissa ryhmistä (vastausprosentti 46). Tiedotus ryhmien toiminnasta ja asiakkaan asioiden seuranta vaativat kehittämistä. Inarin ja Utsjoen kunnissa tehdyn tutkimuksen (Törmänen 2011) mukaan asiakasyhteistyö ei kaikilta osin ole lain tarkoituksen mukaista ja toiminnasta puuttuvat selkeät ohjeet, koulutus ja systemaattisuus. Asiakasyhteistyötä koskeva laki tunnetaan huonosti eikä kuntalaisilla ole tietoa toiminnasta. Kelan Etelä-Suomen vakuutusalueella (Sahliluoto 2007) viidesosa yhteistyöryhmistä käsittelee ainoastaan asiakkaan asioita. Asiantuntijoiden ja asiakkaiden mielipiteet erosivat tiedonkulun riittävydestä, asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesta arvioinnista ja tiedotuksesta siten, että asiakkaat olivat selkeästi kriittisempiä. Yhteisesti tyytyväisiä oltiin asiakasyhteistyöryhmien asiantuntevuuteen ja hyödyllisyyteen.

Kuntoutuksen kustannusten ja rahoituksen koordinoinnilla voi olla asiakkaalle joko suoria tai välillisiä vaikutuksia. Esimerkiksi yksityiset kuntoutuspalvelut painottuvat suuriin asutuskeskuksiin, jolloin alueelliset erot voivat aiheuttaa asiakkaille eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa. Suunnitellut kuntajärjestelmän muutoksetkaan eivät tuota tähän muutoksia, koska maan eteläosien pohjoisia alueita suurempi kuntoutustarjonta ei häviä kuntauudistuksessa. Kunnalliset kuntoutuksen resurssit eivät ole viime vuosina lisääntyneet, ja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon lääkinnällisen kuntoutuksen resurssit ovat niukat. Myös kuntoutusammattilaisista on pulaa tietyillä alueilla, eikä edes ostopalveluin saada kaikkea tarvittavaa toimintaa toteutettua. Lisäksi terveyskeskusten lääkäreiden lyhytaikaiset sijaisuudet vaikeuttavat pitkäjärjestyttä edellyttävän kuntoutustoiminnan järjestämistä.

## Palvelu- ja kuntoutusohjaus ratkaisu asiakaslähtöisyyden haasteisiin?

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarjotaan lisääntyvästi palveluohjausta ratkaisuksi asiakkaan selviämiseen monimutkaistuvassa palvelujärjestelmässä. Palveluohjauksen toivotaan huolehtivan siitä, että asiakas löytää tarvitsemansa palvelut ja saa mielekkään palvelukokonaisuuden, sekä kantavan kokonaisvastuun hajautetuista palveluista ja tarvittaessa opastavan asiakasta esimerkiksi palvelusetelin käytössä (Kaskisaari ym. 2010).

Vaikeavammaisten kuntoutuksessa palveluohjausta on ollut saatavilla kuntoutusohjauksena jo 1970-luvun lopusta alkaen, mutta toiminta on edelleen heikosti resursoitua eikä sen avulla ole pystytty ratkaisemaan kuntoutuksen koordinoimien ongelmia. Lakisäätöinen kuntoutusohjaus käynnistyi vammais-

järjestöjen toimesta mutta on sitemmin siirtynyt pääasiassa sairaanhoitopiirien omaksi toiminnaksi (A 1015/1991, 3 §). Keskussairaaloiden lisäksi kuntoutusohjaajia työskentelee mm. terveyskeskuksissa, kuntoutuslaitoksissa ja eri järjestöjen palveluksessa. Tehtäviin kuuluu kuntoutuksen suunnittelu asiakkaiden kanssa, sen koordinointi ja seuranta, neuvonta, ohjaus ja palveluista tiedottaminen. Vuonna 2006 Suomessa oli 223 kuntoutusohjaajaa (Notko 2006), joista kaksi kolmasosaa työskenteli aikuisten ja yksi kolmasosa lasten parissa. Resursseja kohdennettiin alueellisesti epätasaisesti, ja muut ammattiryhmät tunsivat kuntoutusohjausta heikosti. Mielenterveytyössä kokonaisuhoiton kannalta tärkeä ammattiryhmä ovat depressiohoitajat, jotka voivat toimia tarvittavan tiedon kokoavina palveluohjaajina ja yhteyshenkilöinä muihin potilaan hoitoa tai kuntoutusta toteuttaviin yhteistyötahoihin.

Keskeinen kysymys on, minkälaisilla malleilla palvelu- tai kuntoutusohjausta toteutetaan. Kuinka laajan alueen tai asiakasryhmän palveluohjaus voi kattaa? Keille ja millä perusteilla sitä tarjotaan? Voisiko paikallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluohjaus koordinoida kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut? Tällöin paikallisella palveluohjaajalla tulisi olla valmiudet toimia sosiaali- ja terveyspalvelujen välimaastossa ja hallita paikallinen kuntoutukseen liittyvä tarjonta, oli kyse sitten erityisterapioista, työhönvalmennuksesta, sosiaali- ja terveyspalveluista tai järjestö- ja vapaaehtoistoiminnasta. Tulisiko palvelu- tai kuntoutusohjauksen keskittyä laaja-alaisesti kuntoutukseen liittyvään neuvontaan ja asiakkaiden kanssa heidän tilanteensa arviointiin ja kuntoutuksensa suunnitteluun? Tarvitaanko vaativille tai harvinaisille tapauksille erikoistuneita alueellisia palvelu- tai kuntoutusohjaajia?

Palveluohjausta on kokeiltu pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten ja heidän perheidensä kanssa vuosina 2001–2003 (Pietiläinen 2003). Palveluohjaajina toimi usean eri ammatin edustajia osana omaa työtään. Kokeilussa osoitettiin, että pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten palveluohjausta ei voi tehdä pelkästään yksi sektori, vaan ohjaus edellyttää hyvin suunniteltua käytäntöä ja eri organisaatioiden hyvää yhteistyötä ja yhteisiä pelisääntöjä, hyvää tiedottamista ja yhtenäistä käsitystä palveluohjauksen tarkoituksesta. Palveluohjausta pidettiin kokeilussa lähinnä työmenetelmänä, ja sen todettiin soveltuvan muillekin asiakasryhmille.

Palveluohjauksella varmistetaan kuntoutuksen oikea-aikaisuus ja vastuunjako sekä autetaan kuntoutujaa pääsemään tarvitsemiensa palvelujen piiriin niin, että turhat käynnit palvelupisteessä vältetään. Näin kuntoutukseen hakeutumisesta ja sen toteutuksesta tulee hallittu ja mielekäs kokonaisuus. Palveluohjausta laajennettaessa riskinä on se, että sitä ei pystytä resursoimaan riittävällä tavalla, mikä voi lisätä eriarvoisuutta. Mahdollista on myös se, että palveluohjauksesta

sen hyvästä tarkoituksesta huolimatta kehittyi uusi organisaatio ennestään monimutkaisen järjestelmän sisään (Piirainen ja Kallanranta 2008), jolloin asiakkaan asioiden hoito hidastuu ja monimutkaistuu.

## Edistetäänkö asiakaslähtöisyyttä kansallisesti vai paikallisesti?

Lähtökohtaisesti lainsäädäntö ja ohjaus Suomessa tarjoavat puitteet, joita toteuttamalla asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa voi toteutua. Käytännössä näitä puitteita ei vain kaikilta osin noudateta. Oheiseen taulukkoon on koottu laeissa säädettyjä ja muita keinoja asiakaslähtöisyyden edistämiseksi kuntoutuksessa. Osa keinoista on paikallisesti toteutettavissa, osa edellyttää kansallisia toimia.

**Taulukko.** Keinoja kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden edistämiseen.

| Asiakaslähtöisyyden elementit              | Keinoja asiakaslähtöisyyden edistämiseen   |
|--|--|
| Tiedotus ja neuvonta                       | Tiedotus, neuvonta ja palveluihin ohjaus<br>Palvelu- ja kuntoutusohjaus<br>Vertaistuki<br>Henkilöstön koulutus (tieto, taidot, asenteet)   |
| Tarpeiden ja näkemysten huomioon ottaminen | Kuntoutussuunnitelma<br>Sosiaali- ja terveydenhuollon vastuunjaon ja yhteistyön kehittäminen<br>Palvelu- ja kuntoutusohjaus<br>Etsivä työ<br>Asiakasyhteistyöryhmä<br>Henkilöstön koulutus (tieto, taidot, asenteet)   |
| Palvelujen koordinointi                    | Työntekijöiden välinen yhteistyö ja yhteiset pelisäännöt (suunnitelmalaisuus, sitoutuminen)<br>Organisaatioiden välinen yhteistyö ja yhteiset pelisäännöt (yhteinen asiakkuus, rajojen madaltaminen, sitoutuminen, päätöksenteon nopeuttaminen)<br>Tiedonvälitys (kirjalliset ja sähköiset dokumentit, kotikäynnit, työskentelyfoorumit, reissuvihkot)<br>Palvelu- ja kuntoutusohjaus<br>Asiakasyhteistyöryhmä<br>Asiakasyhteistyötoimikunta<br>Kuntoutusasian neuvottelukunta<br>Henkilöstön koulutus (tieto, taidot, asenteet)<br>Johtaminen ja valvonta |

Tietoisuutta voidaan edistää lisäämällä kuntoutujan mahdollisuuksia saada tietoa kuntoutusmahdollisuuksistaan. Tiedotuksen ja viestinnän kehittämistä tarvitaan sekä kansallisesti että paikallisesti. Nykyisestä hajautuneesta kuntoutusjärjestelmästä ei ole olemassa keskitettyä tietoa, vaikka palveluja sinänsä on tarjolla. Kansallinen tiedotuksen kehittäminen voisi olla kustannustehokkaampaa verrattuna paikallisiin tai alueellisiin, monilta osin päällekkäisiin viestintäkanaviin. Internet mahdollistaa palvelutarjonnan kokoamisen keskitettyyn valtakunnalliseen järjestelmään, josta asiakas saisi selkeässä muodossa olevaa päivitettyä tietoa erilaisista kuntoutusmahdollisuuksista sairausryhmittäin, alueittain tai muulla tavoin asianmukaisesti järjestettynä. Eräs esimerkki tämän tyyppisestä palvelusta on Kelan palveluntuottajahaku, josta löytyvät vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa, harkinnanvaraista kuntoutusta ja ammatillista kuntoutusta antavien, Kelan hyväksymien palveluntuottajien yhteystiedot kuntoutusmuodoittain ja alueittain<sup>1</sup>. Muita hyväksi

---

*Nykylainsäädäntö – jos sitä noudatettaisiin – mahdollistaa asiakaslähtöiset kuntoutuspalvelut.*

---

havaittuja ja asiakkaalle tärkeitä tiedotuskanavia ovat palvelu- ja kuntoutusohjaus sekä vertaistuki.

Tarpeenmukaisuutta kuntoutuksessa voidaan edistää järjestämällä aikaa kunnollisten kuntoutussuunnitelmien laatimiseen esimerkiksi tehostamalla moniammatillista yhteistyötä suunnitelmien laatimisessa, kehittämällä sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon vastuunjakoja ja yhteistyötä, hyödyntämällä ja kehittämällä palvelu- ja kuntoutusohjausta sekä pitämällä huolta asiakasyhteistyön toteutumisesta lainsäädännön tarkoittamalla tavalla.

Kuntoutuksen koordinointia voidaan toteuttaa ja kehittää sekä työntekijä- että organisaatiokohtaisin keinoin, jotka liittyvät yhteistyön tekemiseen ja tiedonvälitykseen. Kuntoutusohjaus, asiakasyhteistyöryhmät ja -toimikunnat sekä kuntoutusasiain neuvottelukunta voivat kukin tahoillaan edistää palvelujen yhteen sovittamista. Koordinoinnin kehittämiseksi on myös ehdotettu uudenlaisia asiakaslähtöisiä toimintamalleja, joissa kuntoutus tulisi nähdä yhteisen asiakkuuden hoitamisena eri toimijoiden kesken (Koivuniemi 2011). Johtaminen onkin keskeinen keino tehostaa ja kehittää kuntoutuksen koordinaatiota. Ottaen huomioon monet puutteet lakisäätöisen toiminnan toteutuksessa tulisi myös kuntoutuksen valvontaa tehostaa ja kehittää hoitotakuuta vastaavaa, kaikkia kuntoutusmuotoja koskevaa kuntoutustakuujärjestelmää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja johtajien koulutus on asiakaslähtöisen kuntoutuksen kehittämisen ydinasia. Koulutusta tarvitaan kuntoutukseen liittyvän tiedon ja asiakkaan kohtaamiseen liittyvien taitojen lisäämiseksi mutta ennen kaikkea asenteiden muokkaamiseksi asiakaslähtöisemmiksi ja yhteis-

---

<sup>1</sup> Ks. <http://www.kela.fi/kuntoutus/palveluntuottajahaku>.

työkykyisemmiksi. Lääkäreiden peruskoulutukseen on lisättävä kuntoutuksen opetusta. Kaikkien kuntoutuksen ammattilaisten on opittava arvostamaan omaa ja muiden ammattilaisten osaamista, luottamaan toisten tekemiin arviointeihin, parantamaan yhteistyötä, rikkomaan ammattikuntien välisiä rajoja, rajaamaan omaa työtään sekä ymmärtämään asiakkaan kokonaistilanne.

## Lähteet

A 1015/1991. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta.

Clark M, Davis A, Fisher A, Glynn T, Jefferies J. Transforming services. Changing lives. A guide for action. Birmingham: The Centre of Excellence in Interdisciplinary Mental Health The University of Birmingham and Suresearch, 2008. Saatavana: <<http://www.ceimh.bham.ac.uk/documents/guide-transforming-services-2010.pdf>>. Viitattu 14.11.2009.

Cott C. Client-centred rehabilitation. Client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 2004; 26 (24): 1411–1422.

Falardeau M, Durand MJ. Negotiation-centred versus client-centred. Which approach should be used? *Canadian journal of occupational therapy* 2002; 69 (3): 135–142.

Hautala T, Hämmäläinen T, Mäkelä L, Rusi-Pyykönen M. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita, 2011.

Järvikoski A. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Julkaisussa: Onnismaa J, Pasanen H, Spangar T, toim. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. Jyväskylä: PS-kustannus, 2000: 246–257.

Järvikoski A, Hokkanen L, Härkäpää K, toim. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki: Kuntoutussäätiö, Kuntoutussäätiön tutkimuksia 80, 2009.

Kaseva K. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16, 2011.

Kaskisaari M, Tammelin M, Hirvonen J, Hämeenaho P, Ilmarinen K, Vartiainen A. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Helsinki: THL, Raportti 6, 2010.

Koivuniemi K. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 2011.

Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 29.10.2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia.

Koukkari M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto, Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 56, 2010.

*Lait:*

L 365/1995. Kuntalaki.

L 604/1991. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.

L 497/2003. Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.

L 434/2003. Hallintolaki.

L 569/2009. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Laitila M. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, 2010.

Lind S. Rehabsauruksen rehabilitointi. *Kuntoutus* 2007; 4: 32-33.

Lääkinnällinen kuntoutus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tulokellisuustarkastuskertomus 193, 2009.

Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tulokellisuustarkastuskertomus 194, 2009.

Notko T. Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. *Janus* 2006; (1): 61–66.

Paltamaa J, Karhula M, Suomela-Markkanen T, Autti-Rämö I. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suositukseen vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kela, 2011.

Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V, toim. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 16, 2010.

Perälähti A, Londen P, Siltaniemi A, Särkelä R, Peltosalmi J, Eronen A. Sosiaalibarometri 2011. Ajankohtainen arvio palveluista, palvelujärjestelmän muutoksesta ja kansalaisten hyvinvoinnista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 2011.

Pietiläinen E, toim. Lapsi, perhe ja palveluohjaus. Pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä palveluohjauskokeilu 2001–2003. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysturvan ministeriön selvityksiä 11, 2003.

Piirainen K, Kallanranta T. Kuntoutuspalvelut kuntoutumisen ja muutoksen tukena. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 2008: 94–110.

Sahiluoto T. Asiakslähtöisyyden toteuttaminen kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä. Lahti: Lahden ammattikorkeakoulu, 2007.

Saikka P. Asiakasyhteistyötä uudella lailla? Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan ministeriö, kuntoutuksen asiakasyhteistyön arviointia, 2006.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuolisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2008; 98.

Salminen A. Palvelusetelillä fysioterapiaa? Kelan palvelusetelikokeilun esiselvitys. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 70, 2010.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: STM, Stakes, Suomen Kuntaliitto, 1999.

STM. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 19, 2010.

Törmänen O. Kuntoutuksen asiakasyhteistyötä lain vuoksi vai asiakaslähtöisesti – interventio vai mahdollisuus. Kemi: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, KASPA-kehittämishanke, 2011.

Valkonen J, Henriksson M, Tuulio-Henriksson A, Autti-Rämö I. Psykoterapeutit, psykoterapiapalvelut ja psykoterapiapalveluiden järjestäminen Suomessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita, 2011.

137

Veijola A, Isola A, Taanila A. Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2006; 43 (3): 186–197.

Virtanen P, Suoheimo M, Lamminmäki S, Ahonen P, Suokas M. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveysturvan palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes, Tekesin katsaus 28, 2011.

## **Antero Ahonen, Heikki Hiilamo ja Hennamari Mikkola** Kannattaisiko työttömien työterveyshuolto?

**Palkansaajien työterveyshuollon ulottaminen työttömille maksaisi enimmilläänkin vain noin 80 miljoonaa euroa vuodessa. Työterveyshuollon rahoitusinvestointi maksaisi itsensä takaisin, jos työterveyshuollon avulla voitaisiin edistää työllistymistä ja pidentää työuria.**

Jyrki Kataisen hallitus on sitoutunut vahvasti työterveyshuollon kehittämiseen. Tavoite on työurien pidentäminen, mitä pidetään tärkeimpänä keinona julkisen talouden tasapainottamiseen tulevaisuudessa. Hallitusohjelmassa luvataan myös kehittää ja lisätä työttömien terveydenhuoltopalveluja tavoitteena työllistymisen tukeminen.

Uusi terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia kaikille työikäisille. Työttömien terveystarkastusten tavoite on työvoiman saatavuuden parantaminen väestön ikääntyessä ja terveydenhuollon eriarvoisuuden vähentäminen. Suomessa on vireillä myös erilaisia hankkeita, joilla pyritään tehostamaan ja kehittämään toimintamuotoja työttömien toimintakyvyn ja terveyden ylläpitämiseksi (Saikku ja Sinervo 2010; TEM 2011; STM 2011; Terävä ym. 2011). Samalla hallitusohjelmassa luvataan selvittää sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon yhteensovittamista.

Lähes kaikki suomalaiset palkansaajat (85 prosenttia) kuuluvat työterveyshuollon piiriin, jonka järjestämisestä vastaa työnantaja. Työterveyshuoltoon kuuluu terveystarkastuksia ja tutkimuksia, ja työnantaja voi lisäksi järjestää halutessaan työntekijöilleen sairaanhoito- ja muita terveydenhuollon palveluja. Valtaosa työnantajista tarjoaa vapaaehtoisesti myös sairaanhoito- ja muita terveyspalveluja. Jälkimmäisen kattavuus on 78 prosenttia. Pakollisen sairausvakuutuksen kautta korvataan työnantajalle runsas puolet työterveyshuollosta aiheutuvista kustannuksista. Muu väestö, mukaan luettuna työttömät, kuuluu julkisen terveydenhuollon piiriin, joka rahoitetaan verovaroilla.

Työterveyshuolto loppuu yleensä työsuhteen päättyessä. Joissain yrityksissä irtisanotut ovat voineet olla työterveyshuollon asiakkaina irtisanomisen jälkeen vuoden, mutta tämä kokeiluluonteinen etuus on tulkittu sen käyttäjille verotettavaksi tuloksi, minkä vuoksi sen käyttö on jäänyt vähäiseksi. Työttömille, erityisesti pitkäaikaistyöttömille, suunnattuja terveystarkastuksia ja -palveluja

on pyritty kehittämään viime vuosina osana kunnallista terveydenhoitoa. Valtio on kohdentanut kaikkiin kuntiin valtionosuuteen sidottua lisämäärärahaa sekä lisäksi joillekin kunnille hankerahoitusta terveystarkastus- ja terveystalouden kehittämiseen. Arviointitutkimuksen mukaan kunnissa on toteutettu laajasti pitkäaikaistyöttömien terveystarkastuksia ja tiivistetty yhteistyötä työ- ja elinkeinohallinnon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon välillä, mutta haasteeksi on jäänyt toiminnan jatkuvuus ja kiinnittäminen pysyväksi osaksi kuntien palvelurakennetta (Saikku 2009).

Yhtenä vaihtoehtona työttömien terveydenhuollon kehittämiseksi on esitetty työterveyshuollon laajentamista koskemaan myös työttömiä. Mallissa ajatuksena on, että työterveyshuolto tukisi yhtä lailla työllisten kuin työttömienkin työkykyä. Työttömien työterveyshuolto olisi luonnollisesti suppeampi, koska siihen ei voi kuulua esimerkiksi työtaturmien ehkäisyä eikä työssä selviytymisen seurantaa. Työttömien työterveyshuollossa olisi tärkeä rooli säännöllisillä terveystarkastuksilla, joiden perusteella työttömiä ohjattaisiin erilaisiin jatkotoimenpiteisiin. Ulottamalla työterveyshuolto työttömiin voidaan parantaa työttömän terveydentilaa ja toimintakykyä. Tämä muutos voisi näkyä muun muassa työllistymisen todennäköisyyden lisääntymisenä. Lisäksi työttömien työterveyshuolto voisi näkyä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisriskin ja kuolemanvaaran (mm. itsemurhariskin) vähenemisenä.

Tässä artikkelissa tarkastellaan työterveyshuollon ulottamisesta työttömiin aiheutuvia taloudellisia vaikutuksia ja niiden arvioimista. Aikaisemmissa kaavailuissa on yleensä lähdetty siitä, että työttömien terveydenhoito olisi osa kunnallista terveydenhoitoa (vrt. Saikku 2009; Ahtela 2010; Romppainen ym. 2010). Työnantajien toimesta järjestetty ja yleensä yksityisesti tuotettu työterveyshuolto tarjoaa kuitenkin osaamista, joka on tarpeellista myös työttömien työkyvyn ylläpitämiseksi (Niiranen ym. 2011). Lähtökohtamme on se, ettei työttömien ja työllisten terveystalouden välillä olisi raja-aitoja. Emme kuitenkaan pohdi vielä tässä vaiheessa, miten työttömien työterveyshuolto käytännössä järjestettäisiin. Tämä on myöhempien selvitysten aihe.<sup>1</sup> Arvioimme lopputulosta terveystaloustieteessä käytetyn terveyshyöty-käsitteen avulla. Tarkastelutapamme on kuitenkin työvoimapolitiittinen.

---

1 Avoimia kysymyksiä ovat muun muassa,

- a) miten määritellään työttömät, jotka olisivat työterveyshuollon piirissä
- b) mikä työnantaja tai muu taho vastaa työterveyshuollon järjestämisestä
- c) miten kohdellaan ilman työhistoriaa olevia työttömiä
- d) miten työttömien työterveyshuolto vaikuttaisi laajemmin terveys- ja sosiaalipalvelujen tarpeeseen.

## Kustannusvaikuttavuuden arviointi

Ulottamalla työterveyshuolto työttömiin voidaan ajatella parannettavan työttömän terveydentilaa ja toimintakykyä (terveysvaikutus). Tämä muutos voisi edelleen näkyä muun muassa työllistymisen todennäköisyyden lisääntymisenä (työllistymisvaikutus). Lisäksi se voisi näkyä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisriskin ja kuolemanvaaran (mm. itsemurhariskin) pienenemisenä. Näille hyötyvaikutuksille (ylimääräinen työvuosi tai elinvuosi, vähentynyt työkyvyttömyyseläkevuosi) voidaan arvioida sellainen hinta, joka yhteiskunnan kannattaa niistä maksaa (esimerkiksi panostamalla työttömän terveydenhuoltoon).

Olisiko työterveyshuollon ulottaminen työttömille kustannusvaikuttava investointi? Tämän kaltaisen ongelman ratkaisemiseen periaatteessa ehkä suoraviivaisin ja luotettavin menetelmä olisi jonkinlainen koasetelmä, jossa työterveyshuolto järjestettäisiin edustavalle työttömien osajoukolle ja tuloksia verrattaisiin työterveyshuoltoon vaille jääneen vertailuryhmän tilanteeseen. Huomattakoon kuitenkin, että suomalaisissa työttömiin kohdistuneissa terveysinterventiokokeiluissakaan ei yleensä ole voitu tuottaa tieteellisesti pätevää tietoa intervention vaikutuksista (Heponiemi ym. 2008; Virtanen ym. 2008).

Seuraavassa olemme tarkastelleet, kuinka ongelma voitaisiin jakaa osiin ja soveltaa mahdollisesti jo olemassa olevia tutkimustuloksia tai aineistoja. Ongelma voidaan teoriassa ratkaista suorittamalla seuraavat vaiheet:

- 1) Arvioidaan työttömälle työterveyshuollosta koitua terveyshyöty.
- 2) Arvioidaan terveyshyödyn vaikutus
  - a. työllistymiseen
  - b. työkyvyttömyyseläkkeelle jäämiseen
  - c. laatupainotettuihin elinvuosiin.
- 3) Arvioidaan vaikutusten a–c arvo yhteiskunnalle.
- 4) Arvioidaan työterveyshuollon laajentamisen käyttö ja kustannukset.
- 5) Verrataan vaiheessa 3 saatua arvoa kohdan 4 kustannuksiin.

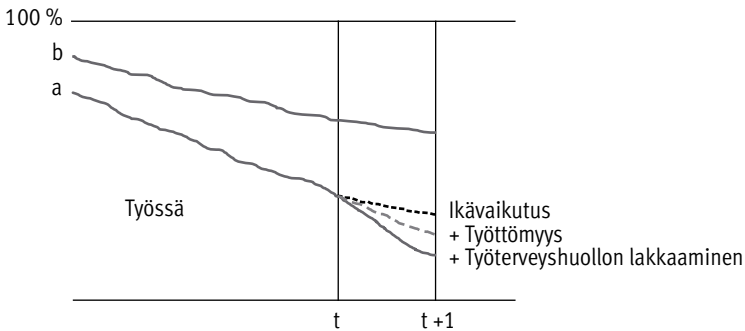
## Työttömän terveyshyöty

Työterveyshuollon aiheuttamasta terveyshyödystä ylipäätään ja erityisesti työttömiin sovellettuna ei löydy suoraan käyttökelpoista tutkimustietoa. Työterveyshuolto koskee käytännössä lähes kaikkia työllisiä, joten edes työllisissä ei ole erotettavissa sellaista vertailukelpoista joukkoa, joka olisi työterveyshuollon ulkopuolella. Toisaalta kysymyksen on hyvin spesifinen ja maakohtainen.

Työvoimasta voidaan erottaa osajoukko, joka kokee terveydentilansa tietyssä määrin heikentyneeksi tai jolla on esimerkiksi työkykyä rajoittava pitkäaikaissairaus. Tällainen erottelu voidaan ajatella tehtäväksi työttömäksi joutumisprosessin eri vaiheissa – myös jo ennen työttömäksi joutumista. Tuloksena on prosessin etenemistä kuvaava virtatilasto vastakohtana yksinkertaiselle poikkileikkaustilastolle, josta ilmenee vain sairaiden ja terveiden osuus työttömistä.

Seuraava kuvio havainnollistaa työttömäksi tulevan terveydentilan kehittymistä ennen työttömäksi joutumista ja sen jälkeen, ja tässä haettavaa työterveyshuollon lakkaamisen vaikutusta.

**Kuvio.** Terveiden (ei rajoittavaa pitkäaikaissairautta) osuus a) vaiheessa t työttömäksi tulevilla ja b) vaiheeseen t+1 työssä jatkavilla.



Työttömäksi tulevien keskimääräinen terveydentila siis poikkeaa tutkimusten mukaan työttömäksi tuloajankohtana merkittävästi työssä edelleen jatkavista (a:n ja b:n ero). Ero on pääosin olemassa jo työttömäksi jäämisvaiheessa ja kertoo lähinnä työttömyyden valikointivaikutuksesta. Ero ei siis kuvaa työterveyshuollon lakkaamisen vaikutusta. Julkisessa keskustelussa toisinaan esiintyvä työttömien ja työllisten vertailu johtaa harhaan, koska työttömäksi valikoidutaan osin heikomman terveydentilan vuoksi. Sen sijaan terveydentilan muuttuminen paremmaksi tai huonommaksi työttömyysaikana on työttömien terveydenhuollon interventioiden kannalta mielenkiintoinen.

Niillä, joilla on heikko terveys, on toisin sanoen suurempi riski joutua työttömäksi. Siitä eteenpäin työttömän terveydentilaan vaikuttaa 1) ikääntyminen (kuten siihenkin saakka), 2) työttömyyden tuoma muutos sinänsä sekä 3) Suomessa työterveyshuollon lakkaaminen. Kuvion alin viiva kuvaa näiden kaikkien yhteisvaikutusta eli havaittavaa terveydentilan kehitystä.

---

*Työttömien ja työllisten vertailu johtaa harhaan, koska työttömäksi valikoidutaan osin heikomman terveydentilan vuoksi.*

---

Vaikka Suomen järjestelmässä kahden viimeksi mainitun tekijän vaikutusta ei voida erottaa toisistaan, niiden yhteisvaikutus muodostaa ylärajan työterveys- huollon lakkaamisen terveyttä heikentävälle vaikutukselle. Työttömyyden vaikutus voi heijastua esimerkiksi terveydelle haitallisten elämäntapojen (tupakoinnin ja alkoholinkulutuksen) yleistymisenä tai psykologisina prosesseina (esimerkiksi masennuksena). On miltei mahdotonta määrittellä, mikä vaikutus työterveyshuollon jatkumisella olisi esimerkiksi päihde- tai mielenterveysongelmiin. Lisäksi on otettava huomioon, että kuvio kuvaa keskimääräistä kehitystä. Työterveyshuollon lakkaamisen merkitys työttömyyden alkaessa on tietysti huomattavampi niille työntekijöille, jotka ovat käyttäneet runsaasti työterveyshuollon palveluja esimerkiksi kroonisen sairauden kurissa pitämiseen.

Muissa maissa on tehty tutkimuksia, joissa on arvioitu työttömyyden puhdasta vaikutusta eli sitä, miten työttöminä olevien terveys muuttuu työttömyyden alkamisen jälkeen. Näitä tuloksia vertaamalla voitaisiin mahdollisesti arvioida työterveyshuollon poisjäämisen vaikutusta terveydentilan kehittymisessä myös Suomessa.

Lääketieteellisen terveydentilan rinnalla tai vaihtoehtona voi ajatella käytettävän jotakin muutakin, esimerkiksi toimintakykyisyyteen tai elintapoihin (kuten ylipainoon, tupakointiin, alkoholinkäyttöön, ravintoon, liikuntaan) liittyvää indikaattoria. Oleellista on se, että terveydenhuolto tutkitusti muuttaa indikaattoria ja muutos vaikuttaa edelleen esimerkiksi työttömän työllistymiseen.

Työterveyshuollon jatkumisen aikaansaaman terveyshyödyn arvioimiseksi tulisi siis toteuttaa seuraavat vaiheet:

- 1) arvioidaan suomalaisen työttömäksi jäävän terveydentilan kokonaisu- muutos
- 2) vähennetään tästä vertailumaassa arvioitu (puhdas) työttömyysvaikutus.

Lukuisat poikkileikkaustutkimukset Suomessa ja ulkomailla osoittavat, että työttömillä on huomattavia terveysongelmia (Heponiemi ym. 2008). Kolmeen suomalaiseen työvoimanpalvelukeskukseen kohdistuneessa tutkimuksessa havaittiin, että vuonna 2008 keskuksessa asioineista pitkäaikaistyöttömistä 15 prosenttia ohjattiin kuntoutuslääkärille. Tutkituilla havaittiin monia työllistymistä heikentäviä sairauksia, joihin he eivät olleet saaneet hoitosuosituksen mukaista apua. Toukokuussa 2011 julkaistu työ- ja elinkeinoministeriön tutkimus osoitti, että työvoimapaalvelujen tietojärjestelmässä vuonna 2009 olleista oli työllistynyt 40,9 prosenttia niistä, joille virkailija ei ollut merkinnyt työnhakijalle terveysra- joitetta. Merkinnän saaneista oli työllistynyt vain 21,8 prosenttia.

Toisessa suomalaistutkimuksessa selvitettiin 1990-luvun alun laman aikana työttömyyttä kokeneiden ja työllisinä jatkaneiden eroja elintavoissa ja raportoi- dussa terveydentilassa (Luoto ym. 1999). Terveytensä enintään keskitasoiseksi kokeneita oli jakson alussa työssä pysyneistä 23,7 prosenttia ja työttömyyttä

kokeneista 28,5 prosenttia. Jakson lopussa vastaavat osuudet olivat 32,2 ja 38,4 prosenttia. Muutos prosenttiyksiköissä ilmaistuna on työssä pysyneillä 8,5 ja työttömyyttä kokeneilla 9,9. Ero ei siis ollut kovin suuri.

143

Tämän artikkelin kannalta ehkä edellistä relevantimpi tutkimus perustuu paneeliatteistoon *European Community Household Panel* (ECHP)<sup>2</sup>, jossa Suomen tiedot ovat vuosilta 1996–2001 (Böckerman ja Ilmakunnas 2009). Työttömyyden yhteyttä henkilön ilmoittamaan koettuun terveydentilaan (asteikolla 1–5 erittäin huonosta erittäin hyvään) voidaan siis seurata vuosittain yksilöittäin. Ilmenee, että terveydentila odotusten mukaisesti on poikkileikkaustarkastelussa voimakkaasti yhteydessä työttömyyteen. Tämä johtuu siitä, että työttömiksi valikoituu niitä, jotka jo alun perin kokivat terveytensä heikommaksi. Työttömiksi jäävien koettu terveydentila ei kuitenkaan heikkene työttömyyden alkamisen jälkeen. Tutkijat havaitsivat kuitenkin työttömyyden heikentävän ainakin jonkin verran pitkäaikaistyöttömien terveyttä. Tulos viittaa vahvasti siihen, että työttömäksi jäävän koettu terveys ei ainakaan huomattavasti heikkene terveyshuollon lakaamisen takia.

Böckermanin ja Ilmakunnan tulos saattaisi tämän selvityksen kannalta kuitenkin olla harhaanjohtava esimerkiksi siksi, että työn rasisusten ja vaatimusten pois jääminen voi saada työttömät yleisesti ottaen kokemaan itsensä todellista terveemmäksi. Tällöin mahdollinen muutaman prosentin vähemmistö, jonka terveydentila merkittävästikin heikkenee, mahdollisesti osin työterveyshuollon pois jäämisen seurauksena, ei näy keskiarvotuloksessa. Tutkimuksessa käytetty mittari perustuu henkilökohtaiseen arvioon. Koettu terveys ei ole suorassa yhteydessä sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Työttömien osalta siihen saattaa vaikuttaa myös vertailuryhmän muutos. Juuri työttömäksi jääneet tai vähän aikaa työttöminä olleet saattavat arvioida tilannettaan positiivisemmin kuin pitkään työttömänä olleet. Tutkimuksessa ei myöskään kyetty arvioimaan pitkäkestoisesta työttömyyden jatkumisesta vaikutusta terveyteen. Vuosia jatkuva työttömyys saattaa vaikuttaa dramaattisestikin työttömien terveyteen.

Itävallassa tehdyn seurantatutkimuksen mukaan työttömäksi jääneillä hoi-toihin hakeutuminen ei merkittävästi muuttunut, mutta työttömyys heikensi miesten mielenterveyttä (Kuhn ym. 2007). Valikoitumisefektin eli sen, että työttömät olisivat jo alun perin sairaita, välttämiseksi tutkittiin konkurssin seurauksensa työttömäksi jääneitä. Oletettiin, että konkurssien yhteydessä työttömäksi joutuvat eivät ole terveydentilan suhteen siinä määrin valikoituneita kuin muissa tilanteissa. Tutkimuksessa saatiin esille niitä terveyshaittoja, joita työttömyys itsessään aiheuttaa. Tällaisia ei-valikoituneita työttömiä on jokin osa kaikista työttömistä. Mahdollisesti muillekin työttömille työttömyydestä

2 *European Community Household Panel* (ECHP) on laaja eurooppalainen kotitaloustason tietoihin perustuva elinolututkimus.

aiheutuvat terveysvaikutukset ovat samantapaisia. Tutkimus viittasi melko vähäisiin vaikutuksiin.

Toinen suomalaistutkimus havaitsi vuosien 1998–2003 seurannassa, että 1,9 prosenttia työllisistä jäi työttömyyseläkkeelle (Lamberg ym. 2010). Vastaava osuus lyhyen aikaa työttömyyttä kokeneilla oli 4,8 prosenttia ja pitkäaikais-työttömällä peräti 6,7 prosenttia (työttömyystieto perustui vastaajien omaan ilmoitukseen seurannan päättyessä). Työttömien todennäköisyys jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle oli suurempi myös sosioekonomisen taustan, muun sairastavuuden sekä masennuksen ja työttömyyden yhteisvaikutuksen huomioon ottamisen jälkeen. Työttömyyttä kokeneilla masennus oli tärkeä tekijä työkyvyttömyyseläkkeelle jäämisessä. Tulos viittaa siihen, että työttömyyden negatiiviset vaikutukset terveyteen lisääntyvän työttömyyden keston mukaan.

Työttömyyden pitkäaikaisten terveysvaikutusten tutkimiseksi olisi seurattava henkilöiden terveydentilaa ennen työttömyyttä, työttömyyden alkaessa ja työttömyyden jatkuessa usean vuoden ajan. Tuloksiin vaikuttaa luonnollisesti kulloinkin vallitseva työttömyyden rakenne eli se, miten yleinen on työttömyysriski ja miten se kohdistuu esimerkiksi sukupuolten, ikäryhmien, koulutustason, ammattiaseman, toimialan ja asuinpaikan mukaan. Toistaiseksi emme voi tehdä luotettavia arvioita siitä, miten paljon (tai vähän) työttömyys heikentää suomalaisten työttömien terveyttä.

Sen sijaan laskemme tässä selvityksessä ”takaperin” sellaisen terveyshyödyn määrän, joka riittäisi kattamaan työterveyshuollon laajentamisesta aiheutuvat kustannukset. Arvion perusteena ovat yksinomaan terveyshyödyn vaikutukset työllistymiseen, ei laatupainotettujen elinvuosien lisääntyminen. Toisin sanoen tarkastelutapamme on enemmän työvoima- kuin terveyspoliittinen.

Jos työllistymiseen liittyvä terveyshyöty on nolla, työterveyshuollon ulottaminen työttömiin ei ole työvoimapolitiittisesti kannattavaa. Nollavaihtoehdon rinnalla tarkastelemme seuraavassa olettamuseräisesti valittua kolmen prosentin ja kuuden prosentin suuruista positiivista terveyshyötyä. Tämä oletamus tarkoittaa, että työterveyshuollon ulottaminen työttömiin vähentäisi niiden työttömien osuutta, joilla on toimintakykyä rajoittava pitkäaikaissairaus, kolmella tai kuudella prosenttiyksiköllä. Kuten sanottu terveyshyöty voi olla olennaisesti pienempi tai suurempi.

## **Terveyshyödyn vaikutus työllistymiseen**

Tarkastelemme terveyshyödyn mahdollisista vaikutuksista erityisesti vaikutusta työllisyyteen. Koska työterveyshuollon ulottaminen työttömille on nimenomaan

työttömiin kohdistuva toimenpide, työllisyysvaikutusta voidaan pitää muita vaikutuksia (eläkkeelle siirtymisen lykkääntymistä, eliniän pidentymistä) tärkeämpänä.

145

Voitaneen ajatella, että ero työllisen ja työttömän todennäköisyydessä joutua työkyvyttömyyseläkkeelle tai kuolla johtuu ennen muuta erosta terveydentilassa. Tätä eroa kaventamalla voidaan työkyvyttömyyden ja kuoleman riskiä tasoittaa. Tämä logiikka ei kuitenkaan sellaisenaan sovellu työllistymiseen, koska työllistyminen riippuu paljolti tai jopa pääosin muusta kuin terveydentilasta, esimerkiksi ammatillisista ja sosiaalisista ominaisuuksista. Tarvitaan siis tietoa terveydentilan muutoksen vaikutuksesta työllistymiseen tai (ollaksemme realistisia) ainakin terveiden ja terveysrajoitteisten työttömien välisestä työllistyvyyserosta.

On olemassa tutkimuksia siitä, kuinka työttömän terveydentila vaikuttaa työllistymiseen, esimerkiksi työttömyyden keston. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa (Stewart 2001) on yksilötason seuranta-aineistolla tutkittu terveydentilan vaikutusta työttömyyden keston. Haastattelussa kysyttiin muun muassa 1) työn päättymisen syy (vaihtoehtona mm. sairaus, tapaturma) ja 2) työkykyä rajoittavan pitkäaikaisairauden tai vastaavan haitan olemassaolo. Terveysrajoitteisten (osuus kaikista kahdeksan prosenttia) työttömyyden kesto oli 35 viikkoa, kun se muilla oli 23 viikkoa. Terveysrajoitteiset olivat muun muassa vanhempia. 27 prosenttia terveysrajoitteisista (ja vain neljä prosenttia muista) ilmoitti työttömäksi joutumisen syyksi sairauden.

Isossa-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa (Bartley ja Owen 1996) vertailtiin työllisyyden muutoksia kahdessa terveydentilaltaan erilaisessa ryhmässä (rajoittava pitkäaikainen sairaus vs. ei kyseistä sairautta, työikäiset miehet) työllisyystilanteen vaihdellessa. Ruumiillista työtä tehneet terveysrajoitteiset eivät talouden elpymässä työllistyneet samassa määrin kuin terveet tai henkistä työtä tehneet kohtalotoverinsa. Jos työttömyysaste lasketaan normaaliin tapaan osuutena työvoimaan kuuluvista, saadaan ryhmässä *semi and unskilled manual* jakson lopussa terveille ja terveysrajoitteisille työttömyysasteet 20 prosenttia ja 33 prosenttia. Tilanne on hyvin samantapainen myös ryhmässä *skilled manual*. Kahdessa paremmin pärjäävässä ryhmässä työttömyysasteissa näkyikin selvä suhteellinen ero, vaikka työttömyysasteet itsessään ovat verraten matalia. Terveysrajoitteisten työttömyysaste näyttäisi olevan noin 1,5–2-kertainen terveisiin verrattuna.

Tutkimuksen perusteella voidaan ehkä päätellä, että liki puolet Ison-Britannian terveysrajoitteisten työttömyydestä selittyy sairaudella. Tutkimuksesta ei suoraan ilmene, kuinka suuri terveysrajoitteisten osuus on (jotain arviointia kuvioista ehkä voisi tehdä). Jos se olisi vaikkapa 10 prosenttia, työttömien joukossa heitä olisi 14 prosenttia–18 prosenttia vastaten edellä esitettyä vaihteluväliä 1,5–2. Työllisten joukossa vastaavat osuudet olisivat 9 ja 9,5 prosenttia. Tässä olettamuksena oli noin 10 prosentin työttömyysaste. Jos sairauden aiheuttama

haitta voitaisiin kokonaisuudessaan eliminoida, ero työttömyysasteessa häviäisi ja noin yhdeksän prosenttia työttömistä siirtyisi ikään kuin työllistymisvyöhykkeelle. Ei ole kuitenkaan mitään takeita siitä, että näiden henkilöiden työttömyys johtuisi pelkästään sairaudesta.

Tämän kaltaiset tulokset (olettaen, että ne olisivat Suomen oloihin sovellettavissa) antavat ainakin viitteitä siitä, mitä suuruusluokkaa terveydentilan vaikutus voisi olla työllistymiseen. Työttömien terveydentilan kohentuminen parantaisi työmarkkinakelpoisuutta ja jouduttaisi työllistymistä. Olisi ehkä perusteltua olettaa, että terveysrajoitteisen työttömän siirtyminen terveiden

---

*Työttömien terveydentilan kohentuminen parantaisi heidän työmarkkinakelpoisuuttaan ja jouduttaisi heidän työllistymistään.*

---

kategoriaan vähentäisi kyseisen henkilön työttömyysaikaa Irlannin tutkimuksessa (Stewart 2001) havaitulla erolla eli yhdellä kolmasosalla. Lyheneminen voisi olla oleellisesti merkittävämpikin, esimerkiksi 50 prosenttia.

Suhteellinen vaikutus kaikkien työttömien keskimääräiseen työttömyysaikaan verrattuna olisi tätä suurempi, koska työttömyysaika terveillä on lyhyempi. Jos esimerkiksi prosentti työttömistä siirtyisi terveyskategoriasta toiseen, keskimääräinen työttömyysaika lyhenisi 0,3–0,5 prosenttia riippuen terveysrajoitteisten osuudesta (yksi prosentti \* 0,3 = 0,3 prosenttia). Vastaava lyheneminen oletetun kolmen prosentin mukaan laskettuna olisi 1–1,5 prosenttia. Haettu työllistämisaikutus olisi tämän prosentin mukainen osuus työttömien määrästä eli 280 000 työttömän mukaan laskettuna 2 800–4 200. Vastaavasti kuuden prosentin terveyshyöty parantaisi työllisyyttä 5 600–8 400 hengellä. Vaikutus on luonteeltaan pysyvä eli terveysrajoitteisten työntekijöiden osuus jäisi pysyvästi alhaisemmalle tasolle. Henkilöt tietysti vaihtuvat koko ajan ja heidän työttömyysjaksonsa pituudet vaihtelevat laajoissa rajoissa.

## **Terveydentilan kohentamisen arvo yhteiskunnalle**

Erilaisista vaikutuksista (työllistyminen, eläkkeelle siirtymisen lykkäytyminen, eliniän pidentyminen) on seuraavassa tarkasteltu vain työllisyysvaikutuksen arvoa yhteiskunnalle ja sitäkin vain suppeasti. Työvoiman laadullisella paraneemisella on jo sinänsä jokin arvo. Käytännössä myös työttömyys voisi vähentyä, mikäli työvoiman kysyntä on tarjontaa suurempi. Tällaisessa tilanteessa hyötyvaikutus olisi suurempi. Päinvastaisessa tilanteessa tilalle tulisi uusia työttömiä, jolloin hyötyvaikutukseksi jäisi vain työvoiman laadullinen parantuminen.

Eräänä arvon mittana voidaan ehkä käyttää sitä rahamäärää, joka ns. tuetun työllistämisen yhteydessä maksetaan työllistämistukena vajaakuntoisen työttömän työllistäneelle työnantajalle. Työllistämistuki sopii hyötymittariksi, koska sillä pyritään tasoittamaan tietä työmarkkinoille eli parantamaan työttömien kilpailuasemaa. Tuen määrä on 430–770 euroa kuukaudessa eli 5 160–9 240 euroa vuodessa. Tukea maksetaan vaikeimmin työllistettävistä ja vain määräajan, sen lisäksi siihen liittyy monenlaisia ehtoja; työnantaja ei voi esimerkiksi toisaalla vähentää työvoimaa.

Lähinnä tuen alaraja saattaisi olla sovellettavissa tässä käsiteltävään jonkinasteisesti terveysrajoitteisten työttömien joukkoon, joiden normaalia työllistymistä avoimille työmarkkinoille tuetaan järjestämällä työttömille työterveyshuoltoa ennakoivana toimenpiteenä. Tällä arvolla ja kolmen prosentin suuruisen terveyshyödyn perusteella laskettuna työllisyysvaikutuksen hyöty olisi 14,5–21,7 miljoonaa euroa. Suomen sairastavuustasoon sovitettuna hyöty voisi olla noin 20 miljoonaa euroa.

## Kustannukset

Seuraavassa arvioidaan niitä kustannuksia, joita työttömien työterveyshuollosta aiheutuisi. Kustannukset riippuvat merkittävästi siitä, sisältäisivätkö työttömän työterveyshuoltoon vain terveystarkastukset ja työterveyshuoltoon liittyvät tutkimukset vai myös sairaanhoito ja muut terveyspalvelut.

Suppeampi malli ja laajempi, myös sairaanhoidon käsittävä malli poikkeaisivat paitsi laajuudeltaan myös luonteeltaan, koska jälkimmäisessä perusterveydenhuoltoon kuuluvia tehtäviä siirtyisi työterveyshuollon piiriin. Laajempi malli on tässä työstettävän vaikutusarvion kannalta relevantimpi, koska se sisältää koko työterveyshuollon vaikutuksen.

Terveystarkastukset ja tutkimukset kuuluvat palkansaajien enemmistön työterveyshuoltoon (kattavuus 85 prosenttia). Vapaaehtoinen työterveyshuolto (kattavuus 78 prosenttia) koostuu sairaanhoidosta ja muista terveyspalveluista. Seuraavassa pyritään arvioimaan näiden toimenpiteiden kustannuksia henkeä kohden.

Terveystarkastuksia on tilastojen (Kela 2010) perusteella arvioituna tehty keskimäärin vajaan kahden vuoden välein. Tarkastuksiin kuuluvat yleensä mm. työhöntulotarkastukset ja määräaikaiset ikätarkastukset. Jos oletetaan, että työttömille tarkastuksia tehtäisiin keskimäärin kahden vuoden välein, kustannus henkeä kohden laskettuna olisi noin 78 euroa. Arvio perustuu Kelan työterveyshuollosta saamiin kustannustietoihin. Jos työterveyshuollon piiriin

tulisi 280 000 työtöntä, vuotuiset kustannukset olisivat vuoden 2008 kustannustasossa 22 miljoonaa euroa. Summa vastaa suurin piirtein Kelan vuosittain Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiölle opiskelijoiden terveyspalvelujen järjestämisestä maksamaa korvausta.

Tiedetään, että työttömien terveydentila on heikempi kuin työllisten. Syitä ovat mm. valikoituvuus ja terveysongelmien lisääntyminen työttömyyden pitkittyessä. Toisaalta työttömien tiedetään käyttävän terveydentilaansa nähden niukasti terveyspalveluja.

Eräässä tutkimuksessa (van Doorslaer ja Masseria 2004) käytetyn kotitalousaineiston mukaan vakinaisessa työssä oleva suomalainen käy lääkärissä 3,1 kertaa, mutta pitkäaikaistyötön vain 2,4 kertaa vuodessa, vaikka ensin mainituista 18 prosenttia ja jälkimmäisistä 48 prosenttia kokee terveytensä huonoksi ja vähintään yhdestä pitkäaikaissairaudesta ilmoittaa kärsivänsä työttömistä 71 ja työssä olevista 53 prosenttia.

Jos oletamme, että työtön käyttäisi työterveyshuollon paremman saatavuuden takia sairaanhoitoa ja muita terveyspalveluja saman verran kuin työllinen, edellä mainitulle työttömien joukolla lasketut vuotuiset kustannukset olisivat vuoden 2008 kustannustasossa 59 miljoonaa euroa. Terveystarkastukset mukaan luettuna laajan mallin vuotuiset kokonaiskustannukset olisivat 81 miljoonaa euroa. Perusterveydenhoidon kustannukset vähenisivät kuitenkin samalla kärkeästi arvioiden noin puolella tästä määrästä. Tämä johtuu siitä, että perusterveydenhuollon nykyiset kustannukset ovat pienemmät, koska ne eivät sisällä terveystarkastuksia. Lisäksi työttömät käyvät terveyskeskuksissa harvemmin kuin heidän on oletettu käyvän työterveyshuollossa. Lisäksi käyttömaksut pienentävät nettokustannuksia.

## Nettovaikutukset

Työterveyshuollon laajentamisen nettokustannukset olisivat julkisen terveydenhuollon kustannusten väheneminen huomioon ottaen noin 40 miljoonaa euroa vuodessa. Työllistämisen perusteella tuleva, oletettuun kolmen prosentin suuruiseen terveyshyötyyn perustuva hyöty olisi vastaavasti noin 20 miljoonaa euroa. Kustannusneutraali lopputulos edellyttäisi siis kuuden prosentin suuruista terveyshyötyä. Laskelmassa ei kuitenkaan ole otettu huomioon eläkkeelle siirtymisen viivästyisestä ja elinajan pitenemisestä aiheutuvia hyötyvaikutuksia. Vastaavasti nollan suuruiseen terveyshyödyn perusteella laskettuna myös hyöty olisi nolla.

## Pohdinta

149

Työttömien työterveyshuollon kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa on keskeistä tehdä ero poikkileikkauksessa ja pitkittäisleikkauksessa havaittavan työttömyyden terveysvaikutuksen välillä ja nojautua nimenomaan jälkimmäiseen. Joidenkin edellä mainittujen paneeliaineistoihin perustuvien tutkimustulosten perusteella tämä terveysvaikutus on vähäinen, jopa nolla, minkä seurauksena myös työterveyshuollon pois jäämisen aiheuttama terveysvaje tulee nollassi. Työterveyshuollon laajentaminen työttömiä koskevaksi ei näiden tulosten perusteella näin ollen myöskään lisäisi työllistymistä.

Tarvittaisiin ehkä vielä tarkemmin eritteleviä menetelmiä sen selvittämiseksi, tapahtuuko työttömyyden pitkittyessä ja/tai jossain työttömien osajoukossa terveydentilan merkittävää heikkenemistä työterveyshuollon pois jäämisen seurauksena. Lisävalaistusta saattaisi tuoda myös Suomea koskevien analyysien (Böckerman ja Ilmakunnas 2009) toistaminen jonkin vertailumaan ECHP-aineistolla tai vielä paremmin työttömyyden ja terveydentilan muutosta Suomessa kuvaavan paneeliaineiston rakentamisella. Erityisesti työttömyyden vaikutuksista mielenterveyteen olisi saatava lisää tietoa.

Työterveyshuollon työttömille ulottamisen arviointi kuvaa myös sitä, miten vaikeaa on tarkastella terveyspalvelujärjestelmää jonkun erityisryhmän – tässä tapauksessa työttömiksi jäävien – näkökulmasta. Kansallinen malli takaisi kaikille maassa asuville samat terveyspalvelut työmarkkina-asemasta riippumatta. Toisaalta erityisryhmille suunnatut täsmätoimet saattavat olla parempi ratkaisu, jos vaihtoehtona on jättää terveysongelmansa yleisen järjestelmän hoidettavaksi.

---

*Kansallinen malli takaisi kaikille Suomessa asuville samat terveyspalvelut työmarkkina-asemasta riippumatta.*

---

## Lähteet

- Ahtela J. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010.
- Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973–93. *British Medical Journal* 1996; 313: 445–449.
- Böckerman P, Ilmakunnas P. Unemployment and self-assessed health. Evidence from a panel. *Health Economic* 2009; 18: 161–179.
- Heponiemi T, Wahlström M, Elovainio M, Sinervo T, Aalto A-M, Keskimäki I. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Helsinki: TEM, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 14, 2008. Saatavissa: <[http://www.tem.fi/files/19508/temjul\\_14\\_2008\\_tyo\\_ja\\_yrittajyys.pdf](http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf)>.

Luoto R, Helakorpi S, Uutela A. Lama ja terveys. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK) -aineiston 7-vuotisseurantatutkimus 1989/90–1997. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 1999.

Kela. Kelan työterveyshuoltotilasto 2008. Helsinki: Kela, SVT, 2010. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth\\_08/\\$File/Tth\\_08.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth_08/$File/Tth_08.pdf?OpenElement)>.

Kuhn A, Lalive R, Zweimüller J. The public health costs of unemployment. Lausanne: Université de Lausanne, Cahiers de recherches économiques du DEEP No. 07.08, 2007. Saatavissa: <<http://www.hec.unil.ch/deep/textes/07.08.pdf>>.

Lamberg T, Virtanen P, Vahtera J, Luukkaala T, Koskenvuo M. Unemployment, depressiveness and disability retirement. A follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (2): 259–264.

Niiranen K, Hakulinen H, Huuskonen MS, Jahkola A, Räsänen K. Työttömän työelämävalmiuksien tukeminen viranomaisverkostossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2011; 48: 38–52.

Romppainen K, Jähi R, Saloniemi A, Virtanen P. Encounters with unemployment in occupational health care. Nurses' constructions of clients without work. *Social Science and Medicine* 2010; 70 (4): 605–608.

Saikka P. Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Helsinki: THL, Raportti 22, 2009.

Saikka P, Sinervo L. Työttömien terveyspalvelun juurrutus. Valtakunnallisen PTT-hankkeen kokemuksia, arviointitutkimuksen tuloksia ja kansallisia suosituksia. Helsinki: THL, Raportti 42, 2010. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0bab4ac8-ef15-4080-8b7b-b3d101d07818>>.

Stewart JM. The impact of health status on the duration of unemployment spells and the implications for studies of the impact of unemployment on health status. *Journal of Health Economics* 2001; 20 (5): 781–796.

STM. Työelämäosallisuuden lisääminen on yhteinen asia. Asiantuntijaryhmän ehdotukset heikossa työmarkkina-asemassa olevien henkilöiden työelämäosallisuuden lisäämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 4, 2011. Saatavissa: <[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-15421.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-15421.pdf)>.

TEM. Työttömien työkyvyn arviointi- ja terveyspalvelut. Helsinki: TEM, TEM raportteja 10, 2011. Saatavissa: <[http://www.tem.fi/files/29341/TEM\\_raportti\\_10\\_2011.pdf](http://www.tem.fi/files/29341/TEM_raportti_10_2011.pdf)>.

Terävä E, Virtanen P, Uusikylä P, Köppä L. Vaikeasti työllistyvien tilannetta ja palveluita selvittävä tutkimus. Helsinki: TEM, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 23, 2011.

Van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. *Julkaisussa: Towards high performing health systems. Policy studies.* Paris: OECD; 2004: 109–166.

Virtanen P, Romppainen K, Jähi R, Saloniemi A. Työterveyttä työttömillekin, mutta miten? *Julkaisussa: Ashorn U, Lehto J, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta.* Stakes, 2008: 67–81.



## Timo Hujanen ja Hennamari Mikkola

### Työterveyshuollon merkitys perusterveydenhuollossa ja työnantajan investointina

**Terveydenhuollon rahoitusta koskevassa keskustelussa työterveyshuolto on ollut paljon esillä, vaikka sen osuus terveydenhuoltomenoista on vain noin neljä prosenttia. Artikkelissa tarkastellaan työterveyshuoltoa koskevia kannanottoja tässä keskustelussa. Tämän lisäksi arvioidaan työterveyshuollon voimavarojen jakautumista alueellisesti ja sen merkitystä perusterveydenhuollon kokonaisuudessa sekä työnantajien investointina. Alueellisia eroja näyttää olevan.**

#### Johdanto

Viime vuosina erityisesti työterveyshuolto on noussut terveystaloudelliseen ja julkiseen keskusteluun. Työterveyshuollon laajentumisen on pelätty heikentäneen kunnallista perusterveydenhuoltoa. Keskustelua on herättänyt myös se, että työterveyshuollosta on tullut yksityissektorille merkittävä liiketoiminta-alue. Toisaalta työurien pidentämisen ja työkyvyttömyyden ehkäisyn näkökulmasta työterveyshuoltoon halutaan panostaa nykyistä enemmän. Työterveyshuoltoa voidaan jo verrata väestövastuujärjestelmäksi, johon sisältyy mahdollisuus käydä terveyskeskuksessa (Virtanen ja Mattila 2011).

---

*Työterveyshuollosta vastaa työnantaja, sosiaali- ja terveyspalveluista kunta.*

---

Työterveyshuolto poikkeaa lainsäädännön osalta muista terveyspalveluista. Työterveyshuollon järjestämisvastuu on työnantajilla, kun sosiaali- ja terveyspalvelut ovat muutoin kuntien vastuulla. Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaan työnantajat saavat 50–60 prosenttia korvausta hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisista ehkäisevän ja työkykyä ylläpitävän toiminnan kustannuksista (korvausluokassa I) sekä sairaanhoidosta ja muusta hoidosta (korvausluokassa II).

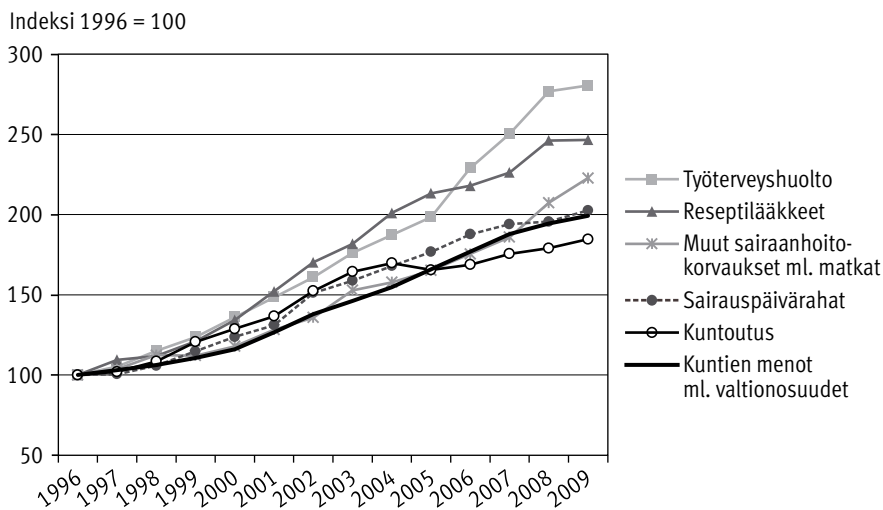
Vuoden 2011 alusta tuli voimaan sairausvakuutuslain muutos (L 1056/2010), jonka mukaan Kela korvaa työnantajille 60 prosenttia ennalta ehkäisevän työterveyshuollon menoista, jos työnantaja, työntekijät ja työterveyshuolto sopivat työkyvyn hallinnan, seurannan ja varhaisen tuen käytännöistä ja periaatteista. Muutoin näistä menoista korvataan 50 prosenttia. Sairausvakuutus- ja työterveys-

huoltolain muutoksen (HE 75/2011) seurauksena työnantajan ja työterveyshuollon on aktiivisesti tuettava työntekijää, jonka työkyvyttömyys pitkittyy. Työkyky on arvioitava työterveyshuollossa viimeistään silloin, kun sairauspäivärahaa on maksettu 90 arkipäivää.

Noin 1,85 miljoonaa suomalaista oli työnantajien järjestämän työterveyshuollon palvelujen piirissä vuonna 2009. Lisäksi 40 800 yrittäjää sai Kelalta työterveyshuollon korvauksia. Työnantajien työterveyshuollon kustannukset olivat 599 miljoonaa euroa. (Kela 2011b.) Työnantajille ja yrittäjille maksettiin 272 miljoonaa euroa korvauksia työterveyshuollon järjestämisestä Kelan hallinnoimasta työtulovakuutusrahastosta. Työnantajat rahoittivat palveluja suoraan 326 miljoonalla eurolla. Laskennallisesti työterveyshuollon kokonaisrahoituksesta työnantajien osuus oli 86–88 prosenttia, palkansaaajien ja yrittäjien 11–13 prosenttia ja valtion 0,3 prosenttia.

Työterveyshuollon menot ovat kasvaneet suhteellisesti enemmän kuin kuntien terveystenot (THL 2011) ja useimmat Kelan sairausvakuutuksesta maksetut korvaukset (Kela 2011a ja 2012) vuosina 1996–2009 (kuvio). Työterveyshuollon kattavuus on parantunut 2000-luvulla: vuonna 2009 palkansaaajista 87 prosenttia oli palvelujen piirissä (Kela 2011b).

**Kuvio.** Työterveyshuollon korvausten kasvu 1996–2009 (indeksi 1996 = 100, käyvin hinnoin).



## Työterveyshuoltoa koskevat kannanotot terveydenhuollon rahoituskeskustelussa

Työterveyshuoltoa on sivuttu useissa kansallisissa terveydenhuollon rahoitusta koskevissa selvityksissä. Sitran selvityksen (Aronkytä ym. 2010) mukaan työterveyshuollon asiakkaat saavat palveluja sujuvasti, mutta terveyskeskusten lääkärripula heikentää työelämän ulkopuolisen väestöryhmän palvelujen saataavuutta. Sitran mallin mukaan terveydenhuollon julkinen rahoitus koottaisiin kansalliselle tilaaja-rahoittajalle (KATIRA), jolle koottaisiin myös työnantajien työntekijöidensä sairaanhoidosta työterveyshuollon yksiköille maksama rahoitus. Kansallisen mallin tavoitteena olisi tarjota koko kansalle yhtä hyvä perusterveydenhuolto kuin työterveyshuolto tarjoaa työllisille. Perushoidon tuottaisivat palveluntuottajiksi rekisteröityneet julkiset tai yksityiset omalääkärit, terveyskeskukset tai -asemat, eikä erityisiä työterveysasemia enää tarvittaisi. Lakisääteisestä työpaikan turvallisuudesta ja terveellisyys turvaamisesta, kuten työterveystar-

---

*Työterveyshuollon saama huomio rahoituskeskustelussa lie-  
nee ylimitoitettu.*

---

kastuksista, vastaisivat edelleen työterveyshuollon yksiköt, joita rahoitettaisiin työtulovakuutuksesta. (Aronkytä ym. 2010.)

THL:n asiantuntijaryhmä (2010) on ehdottanut, että rahoituksen uudistuksen yhteydessä työterveyshuollon sairaanhoitopalveluista (korvausluokka II) ei enää maksettaisi korvauksia. THL viittaa myös OECD:n Suomen maaraporttiin (OECD 2005), jonka mukaan nykyinen rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Toisaalta THL:n mukaan kuntien menoja säästyy, kun osa väestöstä käyttää yksityisiä tai työterveyshuollon palveluja. (THL:n asiantuntijaryhmä 2010.)

THL:n asiantuntijaryhmän (2010) mukaan eri sektorit käyvät ajoittain kovaa kilpailua työvoimasta ja työterveyshuolto sekä yksityinen terveydenhuolto ovat viime vuosina pärjänneet kilpailussa kuntia paremmin. THL:n mukaan työterveyshuollossa valinnanvapaus koskee työnantajaa, joka voi vapaasti valita työterveyspalvelujen tuottajan. THL pitää kansallista ohjausta työterveyshuollossa, koko sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eri sektoreiden välillä vähäisenä ja heikkona. THL:n mukaan ohjauksen heikkouteen vaikuttaa se, että monikanavaisen rahoituksen kehittämis-, valmistelu- ja ohjausvastuut ovat jakautuneet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriössä kolmelle osastolle ja kahden eri ministerin vastuulle. (THL:n asiantuntijaryhmä 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon järjestämistä, rahoittamista ja valvontaa pohtineen työryhmän (STM 2011) mukaan nykyinen lainsäädäntö ei muodosta johdonmukaista ja yhtenäistä kokonaisuutta, jossa eri toimijoiden vastuut olisivat riittävän selkeät. Terveydenhuollon rakenteiden uudistamisesta

huolimatta työterveyshuolto jää erilliseksi saarekkeeksi, jota olisi arvioitava kokonaisuuden osana. Työterveyshuollon kehittyminen lisää työssä käyvän väestön palvelujen saatavuutta, mikä lisää edelleen työssä käyvien ja työelämän ulkopuolella olevien eroja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Toisaalta työssä käyvien tarpeita ei aina tunnisteta, sillä ikääntyvä työväestö kuormittaa työterveyshuoltoa, vaikka oleellisempaa olisi kehittää työolosuhteita. Eläkkeelle siirtyvät ovat tottuneet tehokkaasti kysyntää vastaavaan työterveyshuoltoon ja vaativat samaa julkiselta terveydenhuollolta. Työryhmä on nostanut esille sen, että työterveyshuollossa ei peritä asiakasmaksuja samojen periaatteiden mukaan kuin kunnallisessa terveydenhuollossa. (STM 2011.)

Valtiontalouden tarkastusviraston sairaanhoitovakuutuksen tarkastuskertomuksessa (2011) todetaan, että työterveyshuolto on vaikuttanut yksityisten terveystalvelujen kasvuun. Kertomuksen mukaan potilasaines terveystalveluksissa on haastavampaa kuin työterveyshuollossa. Tarkastuskertomuksessa pidetään haasteena sitä, että väestön siirtyessä eläkkeelle ja siten poistuessa työterveyshuollon piiristä kunnallisten palvelujen käyttö lisääntyy ja paineet hoitotakuun toteutumiselle kasvavat. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011.)

Valtioneuvoston kanslian terveydenhuollon rahoituksen uudistamista arvioivassa raportissa todetaan, että terveydenhuollon julkinen rahoitus on jakautunut kuntien päävastuuseen ja valtion osuuteen valtionosuuksina kunnille ja sairausvakuutuksen kautta. Sairausvakuutus ja lakisääteinen työterveyshuolto voidaan nähdä julkisen tai puolijulkisen rahoitusjärjestelmän itsenäisinä osina. Ongelmia syntyy, jos järjestelmä johtaa tehostomuuksien kannustamalla vastuun ja kustannusten siirtelyyn rahoituslähteiden välillä. Rinnakkaiset palvelut asettavat kansalaiset erilaiseen asemaan riippuen sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta. (VNK 2011, 5.) Julkisten palvelujen huono taso lisää maksukykyisten asiakkaiden siirtymistä markkinasektorille, mikä vauhdittaa julkisen järjestelmän rapautumista. Yksityisten ja työterveyshuollon lääkäripalvelujen käytön lisääntyessä terveystalveluskeskukset profiloituvat pienituloisten ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien vaihtoehtoiksi. Jos työterveyshuolto jätetään rahoitusuudistusten ulkopuolelle, työterveyshuollon palvelujen riippuvuuteen työnantajan koosta ei voida vaikuttaa eikä saatavuuseroja työssä käyvien ja työelämän ulkopuolisten osalta voida vähentää. (Valtonen 2011, 29 ja 38.)

## **Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa ja investointina**

Perusterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa palvelujärjestelmän osana on tutkittu varsin vähän, koska valtakunnallisia potilastason tietoja ei ole kerätty kuten erikoissairaanhoidossa. Kelan tutkimusosastolla työterveyshuoltoa valtakunnallisen palvelujärjestelmän osana on tutkittu viimeksi 1980-luvun puolivälissä (Kalimo

ym. 1989). Koska potilas- ja kuntatason aineistoa ei ole saatavissa valtakunnallisesti, seuraavat laskelmat perustuvat Kelan korvausrekisteriin ja Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteriin.

Aineisto muodostettiin vuonna 2009 työnantajien Kelalle lähettämistä työterveyshuollon kustannusten korvaushakemuksista (n = 43 264), joissa oli korvausta saaneista 1,84 miljoonaa henkilöä korvausluokassa I ja 1,71 miljoonaa henkilöä korvausluokassa II. Hakemustiedot yhdistettiin työnantajien yritystunnuksilla Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteriin. Työterveyshuollon alueellista menojakaumaa arvioitiin kahdesta eri näkökulmasta: työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa ja työnantajien investointina. Vastausta etsittiin seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Mikä on kuntien asukkaisiin kohdistuvien työterveyshuollon menojen osuus kuntien perusterveydenhuollon avohoidon (pl. suun terveydenhuolto) ja työterveyshuollon yhteenlasketuista kustannuksista sekä niistä kustannuksista, jotka on suhteutettu alueen työikäisen väestön määrään?
- 2) Miten työterveyshuollon kokonaiskustannukset jakautuvat alueellisesti suhteessa seutukunnan tuotannon arvon lisäykseen palkkasumman osalta palkansaajaa kohti?

Taulukossa 1 on esitetty työterveyshuollon kokonaiskustannukset asukasta kohti ja niiden ero prosentteina koko maan keskiarvosta sairaanhoitopiireittäin vuonna 2009. Kolmannessa sarakkeessa on laskennallisen perusterveydenhuollon yhteenlaskettu kustannus asukasta kohti. Viimeisessä sarakkeessa on esitetty työterveyshuollon asukaskohtaisen kustannuksen (€/asukas) osuus perusterveydenhuollon avohoidon asukaskohtaisesta kustannuksesta vakioituna työikäisten

---

*Työterveyshuollon osuus avo-  
terveydenhuollon menoista  
vaihtelee 20:stä 30 prosenttiin  
sairaanhoitopiireittäin.*

---

suhteellisella osuudella väestöstä. Tämän avulla arvioidaan, miten osuus muuttuisi, jos työikäisten osuus väestöstä olisi joka sairaanhoitopiirissä sama.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kuntien väestölle kohdistuu neljännes enemmän työterveyshuollon kustannuksia asukasta kohti kuin maassa keskimäärin. Pohjois-Karjalassa kustannukset ovat neljänneksen ja Itä-Savossa kolmanneksen pienemmät kuin maassa keskimäärin. Kun työterveyshuolto suhteutetaan laskennallisiin perusterveydenhuollon menoihin, HUS:ssa, Kanta-Hämeessä ja Varsinais-Suomessa prosenttiosuus on vajaan kolmanneksen arvioiduista kustannuksista. Toisessa ääripäässä eli Itä-Suomessa työterveyshuollon osuus jää alle viidennekseen (taulukko 1).

**Taulukko 1.** Työnantajien työterveyshuollon kustannukset (€/asukas) ja osuus (%) laskennallisista perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksista sairaanhoitopiireittäin vuonna 2009.

| Sairaanhoitopiiri            | Työterveys-<br>huollon<br>kustannukset<br>€/asukas | Em. ero (%)<br>koko maan<br>keskiarvosta<br>% | Pt:n avohoito<br>ja työterveys-<br>huolto yht.<br>€/asukas | Työterveyshuollon<br>osuus, vakioitu työ-<br>ikäisten määrällä<br>%-osuus |
|------------------------------|--|---|--|---|
| Helsinki ja Uusimaa          | 144  | 26  | 462  | 30  |
| Kanta-Häme                   | 120  | 5   | 419  | 29  |
| Varsinais-Suomi              | 114  | -1  | 379  | 30  |
| Pirkanmaa                    | 109  | -5  | 441  | 25  |
| Pohjois-Pohjanmaa            | 108  | -6  | 462  | 24  |
| Kymenlaakso                  | 108  | -6  | 438  | 25  |
| Vaasa                        | 105  | -8  | 438  | 25  |
| Etelä-Karjala                | 105  | -8  | 433  | 25  |
| Päijät-Häme                  | 100  | -12   | 416  | 25  |
| Satakunta                    | 98   | -14   | 413  | 25  |
| Keski-Suomi                  | 98   | -15   | 480  | 21  |
| Pohjois-Savo                 | 97   | -15   | 460  | 21  |
| Länsi-Pohja                  | 94   | -17   | 450  | 21  |
| Kainuu                       | 93   | -18   | 449  | 21  |
| Etelä-Savo                   | 93   | -18   | 465  | 21  |
| Etelä-Pohjanmaa              | 91   | -20   | 414  | 23  |
| Lappi                        | 91   | -21   | 511  | 18  |
| Keski-Pohjanmaa              | 88   | -23   | 458  | 20  |
| Pohjois-Karjala              | 84   | -26   | 434  | 20  |
| Itä-Savo                     | 76   | -34   | 439  | 18  |
| <b>Koko maa, keskimäärin</b> | <b>114</b>   |   | <b>444</b>   | <b>26</b>   |

Taulukossa 2 työterveyshuollon kustannukset työntekijää kohti laskettiin seutukunnittain. Keskiarvot vakioitiin alueiden palkkasummilla (palkat ja palkkiot) palkansaajaa kohti, minkä avulla voidaan arvioida, mitkä kustannukset olisivat, jos palkkasummat olisivat kaikilla alueilla samat.

Työterveyshuollon kustannukset työntekijää kohti olivat selvästi suurimmat Helsingissä, Oulussa ja Heinolassa. Saarijärven-Viitasaaren seutukunnassa työterveyshuollon kustannukset olivat kolmanneksen keskiarvoa pienemmät. Itä-Lappi ja Kehys-Kainuun seutukunta jäivät myös selvästi alle koko maan keskiarvon.

Tarkastelussa on huomioitava, että runsasväestöinen Helsingin seutukunta nostaa koko maan keskiarvoa, sillä alueella asuu lähes neljännes maan väestöstä.

Palkkasummiin suhteutettuna eli työnantajan investointinäkökulmasta Helsingin seutukunnassa työterveyshuollon kustannukset ovatkin yhdeksän prosenttia pienemmät kuin maassa keskimäärin. Oulussa ja Lahdessa kustannukset ovat lähellä koko maan keskiarvoa. Kyrönmaalla, Heinolassa, Kajaanissa ja Kehys-Kainuun seutukunnassa kustannukset asukasta kohti ovat palkkasummiin suhteutettuna huomattavasti suuremmat suhteessa koko maan keskiarvoon.

158

**Taulukko 2.** Työnantajien työterveyshuollon kustannukset (€/työntekijä ja €/työntekijä suhteessa alueen palkkasummaan) sekä erot (%) koko maan keskiarvosta tarkasteluun valituissa seutukunnissa vuonna 2009.

| Seutukunnat                | €/työntekijä | %-ero maan keskiarvosta | Palkkasumman mukaan vakioituna €/työntekijä | %-ero maan keskiarvosta |
|----------------------------|--------------|-------------------------|---|-------------------------|
| Helsinki                   | 379          | 10                      | 313   | -9                      |
| Oulu                       | 375          | 9                       | 346   | 1                       |
| Heinola                    | 368          | 7                       | 473   | 37                      |
| Varkaus                    | 349          | 1                       | 381   | 11                      |
| Kajaani                    | 346          | 1                       | 447   | 30                      |
| Tampere                    | 341          | -1                      | 333   | -3                      |
| Maarianhaminan kaupunki    | 336          | -2                      | 274   | -21                     |
| Kuopio                     | 334          | -3                      | 329   | -4                      |
| Kyrönmaa                   | 334          | -3                      | 546   | 59                      |
| Raasepori                  | 321          | -7                      | 406   | 18                      |
| Lahti                      | 318          | -8                      | 348   | 1                       |
| Joensuu                    | 309          | -10                     | 360   | 5                       |
| Kehys-Kainuu               | 291          | -15                     | 444   | 29                      |
| Itä-Lappi                  | 280          | -19                     | 370   | 8                       |
| Saarijärvi-Viitasaari      | 228          | -34                     | 385   | 12                      |
| <b>Koko maa, keskiarvo</b> | <b>344</b>   |                         | <b>344</b>                                  |                         |

## Pohdintaa

Terveydenhuollon rahoituskeskustelussa työterveyshuolto on ollut näyttävästi esillä. Työterveyshuollon osuus terveydenhuoltomenoista on noin neljä prosenttia ja perusterveydenhuollosi laskettavasta avoterveydenhuollosta 20 prosentista 30 prosenttiin riippuen alueesta. Koska työterveyshuollon osuus on kokonaisuuden kannalta marginaalinen, sen saama huomio terveydenhuollon rahoituskeskustelussa lienee ylimitoitettu.

Työterveyshuollon 600 miljoonan euron kokonaiskustannukset ovat vaatimattomat suhteessa esimerkiksi Ahosen ym. (2011) esittämiin, työkyvyttömyyden kansantaloudelle aiheuttamiin 25–30 miljardin euron kustannuksiin vuodessa. Kokonaiskustannuksista suurin osa muodostuu ennen aikaisesta eläkkeelle siirtymisestä, joka oli Ahosen ym. mukaan 24,5 miljardia euroa menetetyistä 500 000 työvuodesta vuonna 2008 (Ahonen ym. 2010). Sairauspoissaolojen kustannuksista ei kerry koko maan tasolla tietoa rekistereihin, mutta esimerkiksi vuonna 2007 on arvioitu sairauslomapäiviä olleen koko maassa 22 miljoonaa (Juvonen-Posti 2009). Jos arvioidaan keskimääräisen sairauslomapäivän kustannukseksi 300 euroa, muodostui vuonna 2007 sairauslomien kustannuksiksi 6,6 miljardia euroa. Työtapaturmista aiheutuu vuosittain yli 500 miljoonan euron vakuutuskorvaukset (Tapaturmavakuutuslaitosten liitto 2010).

Työterveyshuollosta osana palvelujärjestelmää on vähän tutkimustietoa, minkä vuoksi voidaan perustellusti arvioida, että osa siitä keskustelusta, joka koskee terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää ja siihen sisältyvänä työterveyshuolto, perustunee

valtaosin mielikuviin. Keskustelua voi lisätä myös se, että osa työterveyshuollon palveluntuottajista on yksityisiä yrityksiä. Yksityisen ja julkisen sektorin vastakkainasettelu on ollut tyypillistä keskustelulle. Julkisen keskustelun perusteella voi myös arvioida, että tuomalla esille työterveyshuollon parempi palvelujen saatavuus on pyritty vaikuttamaan myös kunnallisen perusterveydenhuollon tilan kohentamiseen (Työterveyshuollon tukea halutaan ... 2010; Tuominen 2010).

Rahoituskeskustelussa on nostettu esille myös se, että työterveyshuollon valtakunnallinenkin ohjattavuus olisi löyhää (THL:n asiantuntijaryhmä 2010). Työterveyshuoltoa säädellään lainsäädännöllä, ja yrityksillä on selvät taloudelliset kannusteet järjestää työterveyshuoltopalveluja työntekijöilleen. Yritykset ovat taloudellisessa vastuussa ennen aikaisista työkyvyttömyyseläkkeistä. Käytännössä useat työnantajat, kuten Metso, Lassila & Tikanoja ja (Ahonen ym. 2011) ja Konecranes (Moster 2012), hyödyntävät työterveyshuollon mahdollisuuksia ja investoivat työntekijöidensä työhyvinvointiin suunnitelmallisesti ja monipuolisesti.

---

*Keskustelussa yksityisen ja julkisen vastakkainasettelu on ollut tyypillistä. Työterveyshuollon paremman saatavuuden korostamisella on pyritty kohentamaan myös kunnallista perusterveydenhuoltoa.*

---

Uusi työterveyshuoltolainsäädäntö luo myös selviä lisäkannusteita yrityksille. Kelan vuosittain määrittämät sairausvakuutuslain (L 1224/2004) 13. luvun mukaiset enimmäismäärät rajaavat erityisesti korvaustasoja. Työterveyshuollon kehittäminen oli vahvasti esillä myös työmarkkinakeskusjärjestöjen pääministeri Kataiselle kehysriihen jättämässä esityksissä työurien pidentämiseksi. Keskeisiä esityksiä työterveyshuollon vahvistamiseksi olivat mm. saatavuuden parantaminen pienillä työpaikoilla, työterveyshuollon osaamisen kehittäminen, työpaikan työterveysyhteistoiminta ja hoitoon pääsyn nopeuttaminen työkykyperustein. (Työmarkkinakeskusjärjestöjen työurasopimuksen linjaukset ... 2012.)

---

*Työterveyshuoltoon investoitavan mahdollisuudet parhaiten ymmärtävät ja maksukykyisimmät työnantajat.*

---



---

*Työterveyshuoltoa on vahvistettava kiinnittämällä huomiota alueellisiin eroihin ja parantamalla sen saatavuutta pienillä työpaikoilla.*

---

Laskennallisen aineistomme perusteella voidaan arvioida, että työterveyshuollon voimavarojen jakautumisessa on merkittäviä alueellisia eroja. Jos työterveyshuolto aiheuttaisi esimerkiksi päällekkäistä palvelujen tarjontaa ja työvoimapulaa perusterveydenhuollossa, kuten on esitetty, ongelmat ovat selvästi alueellisia, eikä niitä voi yleistää valtakunnallisiksi. Työterveyshuollon on myös esitetty vievän henkilöstövoimavaroja perusterveydenhuollosta. Lääkäriliiton selvityksen perusteella terveyskeskuksissa lääkäripulaa oli eniten Kainuussa ja Itä-Savossa. Aineistomme perusteella näillä alueilla on käytetty vähän voimavaroja myös työterveyshuoltoon. Toisaalta suhteessa palkkasummaan Kehys-Kainuun seutukunnassa voimavaroja olisi yritysten näkökulmasta käytetty varsin runsaasti. Vaikka työterveyshuolto osin näyttää korvanneen ja tukeneen kainuulaisten peruspalveluja, Kainuussa käytetään tästä huolimatta erityisen vähän voimavaroja perusterveydenhuoltoon. THL:n tuottamat kuntien tarvekioidut menot tukevat tätä käsitystä, sillä kunnalliset menot ovat olleet pienet suhteessa väestön palvelutarpeisiin (Hujanen ym. 2012).

Terveyskeskuslääkäripula oli runsasta myös Vaasassa ja Etelä-Karjalassa. Aineistomme perusteella työterveyshuollon voimavaroja olisi näissä sairaanhoitopiireissä käytetty maan keskiarvoa runsaammin. Näissä sairaanhoitopiireissä työterveyshuolto on voinut korvata perusterveydenhuoltoa ja houkutella myös työvoimaa työterveyshuollon pariin.

Käsityksemme mukaan työterveyshuollon kehittäminen vaatisi enemmän kansallista tietoa koko maan tasolla. Saatavissa olevien valtakunnallisten tilastotietojen käytössäkin on omat ongelmansa. Tilastokeskus tulkitsee tilastolakia (L 280/2004, 13 §) niin, että työntekijöiden kotikuntatiedot eivät ole julkisia, ja työnantajakohaisia tietoja kotikunnittain ei ollut saatavissa. Aineiston perusteella ei siten voinut tehdä yksityiskohtaisia arvioita voimavarojen jakautumisesta työnantajittain. Koska työterveyshuollosta ei ole yksilötasoisista käyttö- ja

kustannustietoa kuten muusta terveydenhuollosta, on työterveyshuollosta vaikea tehdä laaja-alaista arviointia sekä tietojen vakiointia iän, sairastavuuden ja palvelutarpeiden suhteen yhtä yksityiskohtaisesti kuin muusta terveydenhuollosta.

Aineistomme perusteella voimme vastaisuudessa selvittää, miten alueellisia eroja selittävät työnantajien toimialat ja palveluntuottajat kunnittain ja tätä laajemmilla jaotteluilla. Lisäksi voimme arvioida keskimääräiset käynti- ja tutkimuskustannukset työntekijää kohti ja tehdä arvioita alueelliseen vaihteluun johtavista syistä.

## Lähteet

Ahonen G, Hussi T, Pirinen H. Y-sukupolvi haastaa johtamisen. Syrjäytymisen kustannukset ja tulevaisuuden työelämään liittyvät mahdollisuudet. Työpoliittinen Aikakauskirja 2010; (4): 23–32.

Ahonen G, Parviainen L, Vainio H ym. Arvopohjainen työkyvyn hallinta tehostaa työterveyshuoltoa. Suom Lääkäril 2011; 66: 921–926.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010.

HE 75/2011. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja työterveyshuoltolain muuttamisesta.

Hujanen T, Häkkinen U, Peltola M. Terveyden- ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain vuonna 2010. [Excel-taulukko.] Helsinki: THL, 24.2.2012. Saatavissa <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ja\\_sosiaalitalous/ajankohtaista](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/ajankohtaista)>. Viitattu 19.4.2012.

Juvonen-Posti P. Tutkittua tietoa sairauslomakäytännöstä. Lääkärinäkö 5.–8.1.2009.

Kalimo E, Karisto A, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K, Raitasalo R. Työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Eripainos. Suom Lääkäril 1989; 44: 3609–3617. Helsinki: Kela, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja E: 140, 1989.

Kela. Kelan työterveyshuoltotilasto 2009. Helsinki: Kela, SVT, 2011a.

Kela. Työterveyshuolto kattaa lähes kaksi miljoonaa työssä käyvää. Helsinki: Kela, Tiedote 25.11.2011b. Saatavissa <<http://www.kela.fi>>. Viitattu 20.4.2012.

Kela. Tilastotietokanta Kelasto. Helsinki: Kela. Saatavissa <<http://www.kela.fi/kelasto>>. Viitattu 20.4.2012.

*Lait:*

L 280/2004. Tilastolaki.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

L 1056/2010. Laki sairausvakuutuslain 13 luvun 5 §:n muuttamisesta.

Moster H. Niskasta kiinni. Talouselämä 2012; (8): 28–32.

OECD. Reviews of health systems. Finland. Paris: OECD, 2005.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, STM:n raportteja ja muistioita 7, 2011.

Tapaturmavakuutuslaitosten liitto. TVL 90 vuotta. Työvähinkojen varalta. Historiaa ja arviointia kehityksestä 1920–2010. Helsinki: Tapaturmavakuutuslaitosten liitto, 2010.

THL. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009. Helsinki: THL, SVT, 2011. Saatavissa: <<http://www.stakes.fi>>. Viitattu 20.4.2012.

162

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, 2010. Saatavissa: <<http://www.thl.fi>>. Viitattu 19.4.2012.

Tuominen E. Raha ratkaisee sittenkin. Suom Lääkäril 2010; 65: 3580–3582.

Työmarkkinakeskusjärjestöjen työurasopimuksen linjaukset 22.3.2012. Liite tiedotteessa: Eläkeneuvotteluryhmän ratkaisu käynnistää lainsäädäntömuutosten valmistelun STM:ssä. Helsinki: STM, Tiedote 50, 2012. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1741064#fi>>. Viitattu 20.4.2012.

Työterveyshuollon tukea halutaan vähentää. Kansanterveystyön johtajien verkoston kannanotto. Kuntalehti 22.11.2010. Saatavissa: <<http://www.kuntalehti.fi>>. Viitattu 20.4.2012.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoidtovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

Valtonen H. Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi. Julkaisussa: VNK. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011: 9–49.

Virtanen P, Mattila K. Työterveyshuollon potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. Suom Lääkäril 2011; 66: 3583–3588.

VNK. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011.

# **Rahoitus ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen**

## Anita Haataja

### Lastenhoidon tavoitteet ja toteutus: paikallinen ristiriidassa kansallisen kanssa?

Valtio ja kunnat vastaavat alle kouluikäisten lasten hoidon julkisesta tuesta. Valtio vastaa lapsen syntymän yhteyteen liittyvän hoidon kustannuksista vanhempainrahakaudella. Lapsen tultua noin 9–10 kuukauden ikäiseksi vastuu siirtyy kunnille päivähoitopalvelujen ja kotihoidon tuen menoina. Kansallisen ja paikallisen ristiriidat kohdentuvat valtion ja kuntien lastenhoitojärjestelmien tavoitteiden eroihin: valtio tavoittelee korkeaa työllisyyttä ja sukupuolten tasa-arvoa sekä lastenhoidossa että työelämässä. Nämä tavoitteet joutuvat ristiriitaan kuntien tavoitteiden kanssa, jos kunnat pyrkivät päivähoitomenojen säästöihin houkuttelemalla vanhempia, käytännössä äitejä, pitkille hoitovapaille. Järjestelmän selkeyttäminen ja tavoitteiden yhtenäistäminen olisi kaikkien osapuolien etujen mukaista.

### Johdanto

Julkinen sektori on jakanut vastuuta pienten lasten hoidosta ja kasvatuksesta Suomessa jo vuosikymmeniä. Keinoja ovat tulonsiirrot, perhevapaat ja palvelut. Lastenhoitopolitiikan kansalliset tavoitteet, julkisen tuen rahoitus sekä työnjako kansallisen ja paikallisen välillä määritellään pääasiassa neljän lain avulla: 1) sairausvakuutuslainsäädäntö (L 364/1963) äitiysrahasta ja sittemmin äitiys-, isyys- ja vanhempainrahoista, 2) päivähoitolaki (L 36/1973), 3) laki lasten kotihoidon (L24 ja 25/1985) ja yksityisen hoidon tuesta (L 1128/1996) sekä 4) työsopimuslait (L 320/1970; L 55/2001).

Vastuunjakoa julkisen ja yksityisen – hyvinvointivaltion ja perheiden välillä – on muotoiltu vähitellen. Valtioneuvoston periaatepäätöksen (28.2.2002) mukaan ensisijainen vastuu lasten hoidosta ja kasvatuksesta on lasten vanhemmilla ja yhteiskunnan tehtävä on tukea vanhempien kasvatustehtävää (STM 2002). Myös kunnat ja valtio jakavat vastuuta lastenhoidon julkisessa tukemisessa: valtio (sairausvakuutus) vastaa lapsen syntymään liittyvistä kustannuksista vanhempainrahajärjestelmän kautta ja kunnat tämän jälkeen tapahtuvan lastenhoidon julkisesta tuesta oppivelvollisuuskoulun alkamiseen asti. Koti, yksityiset palvelut sekä kuntien päivähoitopalvelut on määritelty tasavertaisiksi varhaiskasvatuksen

väyliksi, ja niitä on oltava saatavilla julkisin varoin tuettuna vanhempien valintojen mukaan. (STM 2002, 11.)

Lastenhoitojärjestelmän julkiset toimenpiteet ovat kuitenkin ristiriidassa kansallisten työllisyys- ja tasa-arvotavoitteiden kanssa. Valtio tavoittelee mahdollisimman korkeaa työllisyysastetta ja tasa-arvoa, kunnille voi olla tärkeämpää säästää päivähoitomenoissa. Tämä artikkeli pyrkii paikantamaan ja havainnollistamaan näitä lastenhoitokysymyksen potentiaalisia konflikteja paikallisen ja kansallisen välillä.

Hoivapolitiikka ja tasa-arvotavoitteet sekä työ- ja perhe-elämän yhteen sovittamista edistävät politiikat sisällytettiin Euroopan unionin työllisyyspolitiikan suuntaviivoihin 1990-luvun lopulla. Suomessakin työ- ja perhe-elämän yhteensovittamista, sukupuolten tasa-arvoa sekä naisten ja miesten työllisyyttä koskevia tavoitteita on 2000-luvun alkupuolelta lähtien kirjattu hallitusohjelmissa ei vain perhepoliittisiin tai tasa-arvo-osioihin vaan myös eurooppalaiseen tapaan osaksi hallitusten talous- ja työllisyystavoitteita. (Gender equality and ... 1999; Haataja 2006, 17–19.) Toisaalta työllisyyden ja sukupuolten tasa-arvoroolit ovat sitemmin supistuneet talouspolitiikan korostuessa (Julkunen 2009).

Tässä artikkelissa on lähtökohtana oletus, että hoivajärjestelyt ovat yhteydessä työllisyyteen ja sukupuolten tasa-arvoon. Kansallisen ja paikallisen vastuita tarkastellaan seuraavista näkökulmista:

- 1) Äitien ja isien vanhempainvapaoikeudet vaikuttavat siihen, milloin paikallisen varhaiskasvatuksen tuen tarpeet alkavat sekä miten äidit ja isät osallistuvat lastenhoitoon ja tarjoavat työvoimaansa. (Ilmakunnas 1995; Haataja 2006; Haataja ja Hämäläinen 2010.) Vanhempainrahajärjestelmä ja kunnalliset päivähoidon tulonsiirto- ja palvelujärjestelmät ovat kytköksissä toisiinsa. Mitä pidempi vanhempainrahakausi on, sitä myöhemmin alkaa kuntien vastuu lastenhoidon julkisesta tuesta – ja päinvastoin.
- 2) Kunnat voivat vaikuttaa siihen, mitä varhaiskasvatuksen väyliä (päivähoitopalveluja ja pienten lasten hoidon tukia) suositaan, toisin sanoen kunnat voivat vaikuttaa pienten lasten äitien ja isien työvoiman tarjontaan (Kosonen 2011). Nykyisin vanhempainrahajärjestelmä sisältää tietoisia tavoitteita ja keinoja naisten ja miesten hoiva- ja ansiotyön yhteensovittamiseksi. Sen sijaan kuntien rahoittamat tulonsiirrot ja palvelut ovat muodollisesti 'sukupuolineutraaleja'. Niissä korostetaan vaihtoehtoisten hoitomuotojen valinnanvapauksia perheiden, ei naisten ja miesten hoivaoikeuksien eikä työllisyyden, näkökulmasta.

---

*Vanhempainrahajärjestelmän tavoite on tukea vanhempia lastenhoidon jakamisessa sekä edistää sukupuolten tasa-arvoa kotona ja työelämässä.*

---

- 3) Kansallisesti Suomessa tavoitellaan sekä korkeaa työllisyysastetta että sukupuolten tasa-arvoa. Näihin tavoitteisiin vaikutetaan myös palkkatuloon kohdistetuilla verokannustimilla. Tulonsiirtojen verotus on kireämpää kuin palkkatulojen ja se leikkaa myös hoivaetuksien tasoa. Kunnan näkökulmasta verotuotot eivät merkittävästi vähene, jos kuntalaisten pienet ansiotulot vaihtuvat tulonsiirroiksi (Viitamäki ja Mustonen 2004).
- 4) Valtiolla ja kunnilla on rooli myös työnantajina. Kuntatyönantajan kannusteiden esimerkiksi pienipalkkaisen päivähoitohenkilökunnan palkkaamiseksi tulisi olla soposoinnussa muiden tavoitteiden kanssa (Haataja ja Pyökkänen 2009).
- 5) Lasten päivähoitopalvelujen käytöstä tehdään virallisia tilastoja vain kuntatasoisena aggregaattitietona. Pienten lasten hoidon tuen tilasto kootaan yksilötason tiedoista, joista saadaan vanhempi-, perhe- ja lapsikohtaisia jakaumia. Kokonaiskuva lasten hoitojärjestelyistä ja perheiden valinnoista kuitenkin puuttuu (Haataja ja Juutilainen 2012).

## Valtion vastuu

Äideillä ja isillä on oikeus jäädä kotiin äitiys-, isyys- ja vanhempainvapaille lapsen syntymän yhteydessä ja saada ansionmenetystä korvaavia vanhempainpäivärahoja tai vähimmäispäivärahaa. Vanhempainrahat ovat osa sairausvakuutusta, jonka rahoitukseen osallistuvat valtio, työnantajat ja työntekijät. Päivärahoja hallinnoidaan kansallisella tasolla Kelassa.

Vanhempainrahakauden pituudella on yhteys kuntien päivähoitomenoihin: mitä lyhyempi on vanhempainrahakausi, sitä pidempään lastenhoidon julkisia kustannuksia kohdennetaan kunnille – ja päinvastoin (Haataja 2006 ja 2010). Nykyisin lastenhoito kotona vanhempainrahan turvin päättyy silloin, kun lapsi on noin yhdeksän kuukauden ikäinen. Tilanne on jatkunut suunnilleen samana 1980-luvulta lähtien, vaikka tavoitteena oli jo 1970-luvulla, että lapsi olisi vähintään vuoden ikäinen, kun vanhempainrahakausi päättyy (esim. KM 1975:92; Hallituksen perhepoliittinen selonteko eduskunnalle 25.3.1980). Valtion vastuun kasvattaminen pienimpien lasten hoidosta pysähtyi siis 1980-luvulle – samoihin aikoihin kuin lakisääteistä kotihoidon tukea alettiin kehittää.

Isät ovat voineet pidentää lapsen hoitoaikaa vanhempainrahakaudella vuodesta 2010 lähtien yhdellä kuukaudella. Isäkuukausi ei ole kuitenkaan isän oma

oikeus, sillä isän ja äidin on ensin sovittava vanhempainvapaasta. Vähimmäisehto isäkuukauteen on kaksi viikkoa (L 962/2009)<sup>1</sup>.

167 Isyysraha ja -vapaa ovat isien omia oikeuksia, ja ne pidetään yhtä aikaa äidin äitiysvapaan tai vanhempainvapaan kanssa. Isyysvapaa ei pidennä lasten hoitokautta mutta tukee isä-lapsisuhteen varhaista kehittymistä. Sen sijaan isyysvapaa ehkä vähentää jossain määrin kotipalvelujen (joita on hyvin vähän tarjolla) kysyntää, mitä lakia valmisteltaessa tavoiteltiin.<sup>2</sup>

Vanhempainrahakauden jälkeen vanhemmat voivat valita joko kotihoidon tuen lapsen hoitamiseksi kotona 3-vuotiaaksi asti tai kunnan järjestämän päivähoitopaikan tai yksityisen hoitopaikan ja hoidon tuen ennen koulun aloittamista. Oikeus kunnalliseen päivähoitopaikkaan alkaa vasta sitten, kun koko vanhempainrahakausi, myös myöhennetty isäkuukausi, on pidetty.<sup>3</sup>

## Kuntien vastuu

Kunnat rahoittavat lastenhoidon julkiset tuet vanhempainrahakauden jälkeen. Ne saavat tehtävän hoitamiseen laskennallista valtionapua – riippumatta siitä, miten suuri osuus päivähoitosta on järjestetty pienten lasten hoidon tukien tai päivähoitopalvelujen avulla. Valtionosuusjärjestelmässä päivähoidon, esiopetuksen ja perusopetuksen valtionosuudet myönnetään keskitetysti samasta järjestelmästä. Vaikka sektorikohtaisia valtionosuuksia ei enää tunneta, voidaan laskennalliset perusteet yhä laskea eri palveluille (Petäjaniemi ja Pokki 2010, 31).

Päivähoitopalvelujen järjestäminen on kunnan suorien kustannusten näkökulmasta kalliimpaa kuin kotihoidon tuki, vaikka kunta maksaisi lakisääteisen

1 Isien päivärahakausien pidentämistä pidetään kalliina, koska isien päivärahat ovat naisten ja miesten palkkaerojen johdosta keskimääräistä suuremmat kuin äitien. Bruttokustannuksina näin onkin, mutta on arvioitu, että jos isien vapaa pidennettäisiin esimerkiksi kolmeen kuukauteen, eivät nettokustannukset julkiselle sektorille nousisi kovin suuriksi. Laskelma on tehty olettaen, että isät käyttäisivät koko pidennyksen ja äidit siirtyisivät tällä jaksolla kotihoidontuelta ansiotyöhön (Haataja 2010, 174–175).

2 Kunnissa oli pula kotiaavustajista jo 1970-luvulla, ja isyysloman arveltiin tuovan tilanteeseen helpotusta. Isät voisivat vapaallaan olla avuksi, kun äidit tarvitsevat synnytyssairaalaan palattuaan levon lisäksi apua vanhempien lasten ja talouden hoidossa (ks. Tasa-arvoasian neuvottelukunta 1976; HE 207/1977).

3 Isäkuukauden voi myöhentää kunnes lapsi täyttää 1,5 vuotta vain, jos toinen vanhemmista hoitaa väliajan lasta kotona (L 1342/2006, 10a §). Säännös tukee enemmän kuntien päivähoitomenojen säästöjä kuin tavoitteita työn ja perheen yhteen sovittamiseksi. Oikeutta päivähoitopaikkaan ei synny, vaikka lapsen työuuhdetta vailla oleva äiti onnistuisi saamaan työpaikan heti oman vanhempainrahakautensa jälkeen eikä lapsen isä voisi aikaistaa isäkuukautensa pitämistä. Toisaalta ilman isäkuukauden myöhentämismahdollisuutta nykyistä useampi isä jättäisi vapaan käyttämättä, koska äitien lastenhoitojaksot ovat usein pitkiä, olipa kyse valinnasta tai työpaikan puutteesta (Bogdanoff ja Hämäläinen 2011).

tuen lisäksi vielä kuntalisiä. Kotihoidon tuen ”edullisuutta” lisää se, että alle 3-vuotiaan sisaruksetkin hoidetaan usein kotona (Väinälä 2004) ja sisarusten hoitoraha on pieni. Laskelma muuttuu, mikäli otetaan huomioon se, että kotona lasta hoitavilla vanhemmilla ei ole ansiotuloja ja he maksavat veroa vain pienistä tuloista. Kustannuslaskelmiin ei myöskään sisällytetä pitkän aikavälin vaikutuksia naisten asemaan työmarkkinoilla tai maksu- ja verotulovaikutuksia julkiselle taloudelle (Ilmakunnas 1995; Gender equality and ... 1999).

Päivähoidon järjestämisen kustannuksista ei ole perusteellisia laskelmia. Arviot vaihtelevat sen mukaan, mitä kaikkea laskelmissa otetaan huomioon ja mille aikavälille kustannukset kohdennetaan (vrt. Kajanoja 1999; Haataja ja Pylkkänen 2009; Petäjaniemi ja Pokki 2010). Jos päivähoito käsitetään investoinniksi, kustannuksia on tarkasteltava eri tavoin kuin silloin, jos päivähoito käsitetään vain menoeräksi kuntien talousarvioissa. Pitkällä aikavälillä kustannusvaikutukset liittyvät myös työllisyyden ja verotuottojen sekä sosiaaliturvaetuksien ja sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeen kehitykseen.

Kunnat eivät voi rahoittaa päivähoitomaksuilla päivähoidon kustannuksia enempää kuin laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (L 1134/1996) määrää. Sen sijaan kunnat voivat tavoitella ”säästöjä” päivähoitomenoihin pienentämällä palvelujen kysyntää eli lisäämällä yksityisten ratkaisujen vetovoimaa tarjoamalla lakisääteisten hoitorahojen lisäksi paikallisia kuntalisiä. Kuntalisiä maksavien kuntien määrä ei ole kovin suuri, mutta koska kuntalisät ovat yleisiä suurissa kunnissa, pienten lasten enemmistö asuu kuntalisiä maksavissa kunnissa (Miettunen 2008, 47).

Kotihoidon tuen käyttö on hyvin yleistä heti lyhyen vanhempainrahakauden jälkeen – se toimii eräänlaisena jatkettuna vanhempainvapaana: lähes 90 prosentille perheistä maksetaan kotihoidon tukea ainakin jonkin aikaa. Alle vuoden ikäisiä lapsia vanhempainrahakauden jälkeen ei juuri viedä kunnalliseen päivähoitoon. Kotihoidon tukea käyttää lyhyen ajan eli alle 7 kuukautta 29 prosenttia (Kelan tilastollinen vuosikirja 2010, 264). Äitien lastenhoitojakson mediaanikesto on ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen ollut noin 19 kuukautta, ja noin 30 prosenttia on perhevapailta kolme vuotta tai pidempään (Haataja ja Hämäläinen 2010, 103).

Kunnat siis rahoittavat päivähoitopalvelut ja vaihtoehtoiset tulonsiirrot, mutta kotihoidon tuen, yksityisen hoidon tuen ja kuntalisten maksatuksen hallinnoi ja hoitaa Kela. Kela perii sitten kustannukset kunnilta. Kelan kautta maksetaan myös suurin osa paikallisista kuntalিসistä. Joissakin kunnissa kuntalisen myöntämiseen liittyy sellaisia ehtoja, joiden täyttymistä ei voida kontrolloida Kelassa. Yksi tällainen kotihoidon tuen kuntalisehto on se, että tuen saajalla pitää olla voimassa oleva työsuhde (Miettunen 2008, 54–55). Kotihoidon tuki ei ole vain vaihtoehtoinen tuki päivähoitolle vaan paradoksaalisesti myös tuki työllisten työhön paluun myöhentämiseksi.

## Ristiriitainen kotihoidon tuki

Kotihoidon tuki on tulonsiirtoinstituutiostamme ehkä eniten erilaisia ja keskenään ristiriitaisia tavoitteita sisältävä järjestelmä. Sen historialliset juuret ovat 1960- ja 1970-lukujen äidinpalkkapohdintoissa, vaikka nimitystä ”äidinpalkka” ei yleensä käytetty. Varhaisimmissa visioissa äitien kasvatustehtävä nähtiin niin tärkeäksi, että etuuskien saantiehtoihin kaavailtiin kouluttautumisasiäiteille, kasvatusopillista valmennusta (Kuusi 1962, 204–207, 321) ja ensisynnyttäjien äitiyskursseja (KM 1966:A7; KM 1967:B46). Nykyisin kouluttautumista ei vaadita, ei äideille eikä isille, mutta lasten hoitaminen kotona kotihoidon tuella on rinnastettu varhaiskasvatuspalvelujen tasavertaiseksi vaihtoehdoksi (STM 2002). Yhtään lakiuudistusta ei ole tehty sen vuoksi, että isä olisi kannustettu kotihoidon tuen käyttäjiksi.

Seija Ilmakunnas (1995) identifioi kotihoidon tuen tavoitteita ja arvioi niiden ristiriitoja jo 1990-luvun puolivälissä: Kotihoidon tuki kehitettiin ensiksikin 1) vaihtoehdoksi kunnalliselle päivähoitolle, mutta sen odotetaan lisäksi turvaavan 2) lapsiperheiden toimeentulon ja toimivan myös 3) kotityöstä ja lasten hoidosta maksettavana korvauksena, eräänlaisena äidinpalkkana.

Näkemykset siitä, missä määrin kotihoidon tuki on lapsiperheiden toimeentuloturvaa, ovat muuttuneet Suomen liityttyä Euroopan unioniin. Alun perin kotihoidon tuki tulkittiin sellaiseksi lastenhoitopalveluksi, joka jäisi EU-asetuksen (ETY N:o 1408/71) ulkopuolelle. Ajateltiin, että ulkomailla asuvat suomalaiset, jotka eivät voi käyttää kuntansa päivähoitopalveluja, eivät voisi myöskään hyötyä kotihoidon tuesta. EU-oikeudessa kotihoidon tuki määriteltiin kuitenkin asetuksen alaan kuuluvaksi, perhekustannuksia korvaavaksi perhepoliittiseksi etuudeksi, jota tulee maksaa myös ulkomailla asuville kansalaisille (Asia Maaheimo EY-tuomioistuimessa, ks. Sakslin 2007, 255–297). Tulkinnan muutos ei aiheuttanut kunnille kustannuksia, koska valtio otti maksaakseen ulkomailla asuvien kotihoidon tuen. Tukia maksetaan ulkomaille kuitenkin verrattain vähän. Kelan tietojen mukaan esimerkiksi maaliskuussa 2012 tällaisia tapauksia oli 279.

Kansainvälisissä vertailuissa niiden järjestelmien, joilla lastenhoitovastuuta siirretään kotiin (äideille) julkisiin palveluihin investointien sijasta, on tulkittu olevan seurausta uusliberalistisesta perhepolitiikasta (Mahon 2002). Suomalainen kotihoidon tuki ei ainakaan yksiselitteisesti edusta tätä kehitystä, koska lapsilla on myös subjektiivinen päivähoito-oikeus. Kotihoidon tuki toimii a) perhekohtaisena palvelusetelinä, koska tuki ei edellytä, että lasta hoidetaan kotona, b) korvauksena siitä, ettei lasta hoideta kunnallisessa päivähoitossa, c) päivähoitokustannusten ”säästöjen” tukena ja d) saajalle veronalaisena tulona, jonka nettotasoon vaikuttavat muut vuoden aikana saadut ja hankitut tulot (Ilmakunnas 1995).

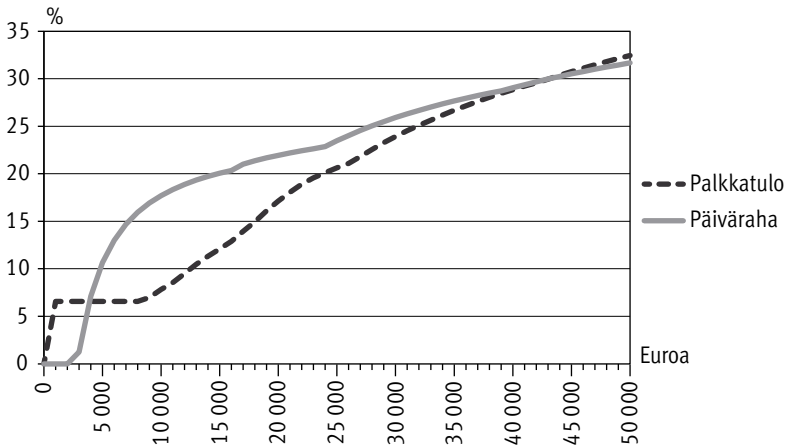
Ajatus palvelusetelistä toteutuu nykyisin yksityisen hoidon tuessa, jota ei veroteta enää vanhemman veronalaisena tulona. Kotihoidon tuelle on hyväksytty erilainen kannustinvaikutus kuin muille sosiaaliturvaetuksille. Yleinen linjahan on ollut se, että ansiotulojen hankkimisen tulisi olla aina kannustavampaa kuin sosiaaliturvan varassa eläminen. Kotihoidon tukeen näitä odotuksia ei suoraan kohdisteta.

170

## Verotuksen ristiriidat

Sekä valtio että kunnat ovat verottajia. Kuntien rooli pienituloisten verottajana on 1980-luvun lopulta lähtien kasvanut. Valtion rooli on vähentynyt, kun valtionveron alaista tulorajaa on nostettu. Vuoden 2012 verotuksessa alin valtionverotuksen tuloraja on 16 100 euroa vuodessa. Vähimmäismääräistä vanhempainrahaa tai kotihoidon tukea tulovähenteisine lisineen saavien vuositulot jäävät tästä tulotasosta alle puoleen. Kunnallisen ansiotulovähennyksen johdosta noin 7 000 euron vuositulojen veroaste on 7 prosenttia, jos tulot koostuvat palkkoista, mutta 15 prosenttia, jos tulot ovat tulonsiirtoja (kuvio).

**Kuvio.** Palkkatulon ja päivärahan veroasteet (%) vuonna 2012.



Lähde: Laskelmat Jutta-mallilla.

Ansiotulovähennyksen tarkoitus on tehdä palkkatulon hankkiminen tekijälleen aina kannustavammaksi kuin ”tulonsiirroilla eläminen” ja kannustaa vastaanottamaan pienipalkkaisiakin töitä. Tavoite on ristiriidassa äitiys-, isyys- ja vanhempainrahan tavoitteiden kanssa. Vanhempainpäivärahojen tarkoitus on se, että äidit ja isät jättäisivät kodin ulkopuolisen ansiotyön ja hoitaisivat kotona vastasyntyntä.

171 Kotihoidon tuen verottaminen tulonsiirtona on johdonmukaisempaa kuin vanhempainpäivärahan, koska kotihoidon tuki on valinta ansiotyön ja kodin välillä. Lisäksi kunnat voivat halutessaan kompensoida kotihoidon tuen kireää verotusta korottamalla tuen tasoa kuntakohtaisilla lisillä. On laskettu, että jos vanhempainpäivärahoista ja kotihoidon tuesta olisi vuonna 2006 voinut tehdä ansiotulovähennyksen, olisivat kunnat menettäneet verotuloja noin 40 miljoonaa euroa (Haataja ja Pylkkänen 2009).

## Työllisyys ja sukupuolten tasa-arvo

Kansallisella tasolla Suomessa, kuten kaikissa EU-maissa, tavoitellaan korkeaa naisten ja miesten työllisyysastetta ja sukupuolten tasa-arvoa. Näitä tavoitteita tukevat erityisesti vanhempainvapaiden ja päivähoitopalvelujen kehittäminen. Kotihoidon tuki on muodollisesti sukupuolineutraali, mutta tosiasiaa järjestelmä tukee äitien pitiä kotihoitojaksoja ja vähentää isien kannustimia lastenhoidon jakamiseen.

Kunnat eivät vastusta suurta työllisyyttä, mutta niillä on työnantajana jossain määrin hankala rooli: Ensiksikin kuntasektorin työnantajamaksut ovat suuremmat (yli 30 prosenttia) kuin valtion ja yksityisen sektorin (alle 25 prosenttia). Pienistäkin palkoista muodostuu kunnille suhteellisesti suuremmat palkkakustannukset. Toiseksi pienistä palkoista kertyy kunnille ansiotulovähennyksen vuoksi pienemmät verotuotot kuin samansuuruisista tulonsiirtotuloista. (Viitamäki ja Mustonen 2004; Haataja ja Pylkkänen 2009, 154–156.)

Ansiotulovähennyksen vuoksi kunnilta puuttuu periaatteessa kannustimia palkata ja pitää pienipalkkaisia työntekijöitään pysyvissä työsuhteissa. Haatajan ja Pylkkäsen (2009, 154–156) koelaskelmassa ainakin osan vuotta työttömyys-turvaa saaneen päivähoitohenkilöstön työttömyysetuudet muutettiin päivärahan perusteena oleviksi palkoiksi ja tämän jälkeen laskettiin kunnille koituvat

---

*Tasa-arvo- ja työllisyystavoitteet jäävät lasten hoitomuotojen valintaa korostavien vaihtoehtojen ja päivähoitomenojen säästöpainneiden jalkoihin, kun vastuu lastenhoidon julkisesta tuesta siirtyy valtiolta kunnille.*

---

palkkakustannukset ja verotuotot. Kuntien kokonaispalkkakustannukset olisivat nousseet runsaat 45 miljoonaa euroa, työttömyyskassat ja valtio olisivat säästäneet työttömyysturvamenoissa lähes 32 miljoonaa euroa. Valtion verotuotot olisivat kasvaneet neljä miljoonaa mutta kuntien alle miljoona euroa.

Valtionosuusjärjestelmä korvaa kunnille ansiotulovähennyksestä syntyviä verotulojen menetyksiä. Voidaan kuitenkin kysyä, onko verotulojen tasausmenettely tässä suhteessa riittävän läpinäkyvä ja neutraali niin, ettei se ”rankaise” kuntia äitejä työhön kannustavista toimista eikä siitä, että kunnat pitäisivät pienipalkkaisia työntekijöitään pysyvissä työsuhteissa.

172

## **Kokonaiskuva varhaiskasvatuksen valinnoista**

Päivähoidon ja varhaiskasvatuksen käsitteistö ja hallinto ovat muuttumassa. Paikallistasolla suurin osa kunnista on siirtänyt päivähoidon ja pienten lasten hoidon tukien hallinnon opetustoimeen. Valtakunnan tasolla päivähoitopalvelut siirretään vuoden 2012 loppuun mennessä opetusministeriön hallinnonalalle varhaiskasvatuksen nimikkeen alle, mutta pienten lasten hoidon tuet jäävät sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöön<sup>4</sup>.

Kansallisen ja paikallisen väliset ristiriidat jäävät osittain näkymättömiksi, koska varhaiskasvatusväylien käytöstä ei ole olemassa kokonaiskuvaa, ei paikallisella eikä kansallisella tasolla. Kotihoidon tuen kohdentumisesta perheille, äideille ja isille sekä eri-ikäisille lapsille saadaan tietoja, mutta päivähoitopalvelujen käytöstä ei. Pienten lasten hoidon tuet tilastoidaan yksilötasolla, päivähoitopalvelujen käyttö vain kuntatason aggregaateina. Päivähoitoa ja kotihoitoa koskevat selvitykset ja tilastot tehdään erillään toisistaan ja eri tilastointimenetelmiä käyttäen. Päivähoidon laatuselvitykset raportoidaan ottamatta huomioon, miten esimerkiksi kotihoidon ja yksityisen hoidon tukea kunnissa käytetään tai maksetaanko niissä kuntalisiä (esim. Ikola-Norrbacka 2004; Fräkkilä ym. 2006; Saikkonen 2011; Haataja ja Juutilainen 2012). Emme tiedä esimerkiksi, kuinka moni lapsi jää pienempien sisarustensa vuoksi kokonaan ilman varhaiskasvatuspalveluja.

---

4 Opetus- ja kulttuuriministeriön ja sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettamispäätös 4.10.2011 (Dnro 75/040/2011) Päivähoidon hallinnonalan siirtoa valmistelevalle työryhmän asettaminen.

## Yhteenvedo

Lasten hoidon ja varhaiskasvatuksen kehittämässä on tärkeä pohtia paitsi hoidollisia ja kasvatuksellisia tavoitteita myös työllisyys- ja tasa-arvotavoitteita. Lastenhoitoon liittyvät vapaat tulisi tehdä mahdollisimman selkeiksi vanhempien ja työnantajien ja ennen kaikkea järjestelmän kokonaisuuden hallittavuuden takia. Silti järjestelmään voi jäädä sijaa perheiden yksilöllisille valinnoille. Merkittävä saumakohta liittyy vanhempainrahakauden ja alle 3-vuotiaiden lasten hoidon ajoituksiin. Lyhyt vanhempainrahakausi siirtää vastuun jo alle vuoden ikäisten lasten hoidosta kunnille, ja kunnat pyrkivät päivähoitomenojen säästöihin houkuttelemalla vanhempia hoitovapaille.

Vanhempainrahakauden jälkeisessä varhaiskasvatuksessa on tärkeä arvioida, miten kotihoidontukijärjestelmää pitäisi kehittää, jotta sen sukupuolten välistä työnjakoa, kotona ja työmarkkinoilla, vahvistavat käytännöt vähenisivät. Kehittämistyötä palvelisivat sellaiset tilastot, joissa kaikkien julkisesti tuettujen hoitomuotojen käyttöä voitaisiin seurata yksilötasolla, lapsi-, vanhempi- ja perhekohtaisesti.

Kuntien rooli verottajana ja työnantajana on erityinen ja poikkeaa paitsi valtiosta myös yksityisen sektorin työnantajista. Kuntien työnantajamaksut ovat muita sektoreita suuremmat. Työllisyyden

---

*Kuntien ja valtion erilaiset roolit verottajana ja työnantajana voivat vahvistaa paikallisen ja kansallisen lastenhoitopolitiikan välisiä ristiriitoja.*

---

kasvusta aiheutuvat verotuotot eivät näy heti kuntien kassassa, jos työllistyvät ovat pienipalkkaisia. Pienipalkkaiset hyötyvät, mutta kunnat menettävät eniten kunnallisen ansiotulovähennyksen johdosta. Pitkällä aikavälillä työllistyminen ja työurien pidentyminen hyödyttävät kuitenkin paitsi äitejä ja isiä myös verottajia (ja sosiaalivakuuttajia). Lisäksi kunnilla on tärkeä tehtävä hyvinvointipalvelujen työntekijöiden työllistäjänä. Miten siis kehitettäisiin verojärjestelmää siten, että se kannustaisi myös kuntia työnantajana?

## Lähteet

Bogdanoff P, Hämäläinen U. Bodyt, potkarit ja perhevapaat. Äitiyspakkauskyseilyn tuloksia. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 22, 2011.

Färkkilä N, Kahiluoto T, Kivistö M. Lasten päivähoidon tilannekatsaus. Syyskuu 2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 16, 2006.

Gender equality and employment policy. Background document. (Forssén K, Haataja A, Ilmakunnas S, Nurmi K.) Ministerial Conference, The Finnish Presidency of the EU, Helsinki 29.9–1.10.1999.

Haataja A. Pohjoismainen ansaitsija-hoivaajamalli. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 43, 2006.

Haataja A. Isäkiintiöt suomalaisen vanhempainvapaaseen. Mallia Islannista vai Ruotsista? Julkaisussa: Ervasti H, Kuivalainen S, Nyqvist L, toim. Köyhyys, tulonjako ja eriarvoisuus. Turku: TWCR, Tutkimuksia 2, 2010: 162–183.

Haataja A, Pylkkänen E. Verotus ja sukupuolten välinen tasa-arvo. Julkaisussa: Alaja A, toim. Oikeudenmukainen verotus. Mistä rahat yhteiseen hyvinvointiin? Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö, Kalevi Sorsa -säätiön julkaisuja 2, 2009: 143–167.

Haataja A, Hämäläinen U. Viekö haikara tasa-arvon? Julkaisussa: Hämäläinen U, Kangas O, toim. Perhepiirissä. Helsinki: Kela, 2010: 76–116.

Haataja A, Juutilainen V-P. Päivähoitotietoa Kelassa. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 36, 2012.

Hallituksen perhepoliittinen selonteko eduskunnalle 25.3.1980.

HE 207/1977. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.

Ikola-Norrbacka R. Päivähoito – kuntien kilpailuvaltti? Tutkimus lasten päivähoidosta vuosina 1996–2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia 46; Acta 165, 2004.

Ilmakunnas S. Lapsiperheiden tuelle selkeät tavoitteet. Talous ja Yhteiskunta 1995; (23): 3.

Julkunen R. Työelämän tasa-arvopoliittikka. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 53, 2009.

Kajanoja J. Lasten päivähoito investointina. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Tutkimuksia 50, 1999.

*Komiteanmietinnöt:*

KM 1966:A 7. Perhekustannusten tasauskomitean mietintö.

KM 1967:B 46. Lasten päivähoitolaitostoimikunnan mietintö. Periaatemietintö lasten päivähoitolaitostoiminnasta ja lastentarhanopettajien koulutuksesta.

KM 1975:92 Äitiys- ja äitiysrahojärjestelmän kehittämistoimikunnan mietintö.

Kosonen T. To work or not to work? The effect of child-care subsidies on the labour supply of parents. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuslaitos, VATT Working Papers 23, 2011.

Kuusi P. 60-luvun sosiaalipoliittikka. Porvoo, Helsinki: WSOY, 1962.

*Lait:*

L 364/1963. Sairausvakuutuslaki.

L 320/1970. Työsopimuslaki.

L 36/1973. Laki lasten päivähoidosta.

L 24/1985. Laki lasten kotihoidon tuesta.

L 25/1985. Laki lasten kotihoidon tuesta annetun lain voimaannpanosta.

L 1128/1996. Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta.

L 55/2001 Työsopimuslaki.

L 962/2009. Laki sairausvakuutuslain 9 luvun 10 a §:n muuttamisesta.

Mahon R. Child care. Toward what kind of “Social Europe”? Social Politics 2002; 9 (3): 343–379.

Miettunen L. Lasten kotihoidontuen kuntalisät osana suomalaista päivähoitojärjestelmää. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 101, 2008.

ETY N:o 1408/71. Neuvoston asetus. Sosiaaliturvajärjestelmän soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin, itsenäisiin ammatinharjoittajiin ja heidän perheenjäseniinsä.

Petäjaniemi T, Pokki S. Selvitys päivähoidon ja varhaiskasvatuksen asemasta valtionhallinnossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, 2010.

Saikkonen S. Lasten päivähoito 2010. Kuntakyselyn osaraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 37, 2011.

Sakslin M. Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen Euroopan unionissa. Julkaisussa: Ojanen T, Haapea A, toim. EU-oikeuden perusteita. 2. Aineellisen EU-oikeuden aloja ja ulottuvuuksia, Helsinki: Edita, 2007: 255–296.

STM. Valtioneuvoston periaatepäätös varhaiskasvatuksen linjauksista. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 9, 2002.

Tasa-arvoasian neuvottelukunta 1976. Tasa-arvoasian neuvottelukunnan aloite sosiaali- ja terveysministeriölle 3.6.1976, Dno 22/52/76.

Viitamäki H, Mustonen E. Työmarkkinatueltä ansiotyöhön. Vaikutukset valtion ja kuntien tuloihin ja menoihin. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuslaitos, VATT-muistio 65, 2004.

Väinälä A. Selvitys kotona olevien vanhempien lasten päivähoitotilanteesta, syyskuu 2004. Selvityshenkilön raportti, ensipainos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 16, 2004.

## 176 **Marketta Rajavaara** Työvoiman käytön kysymykset ja sosiaalipalvelujen asema terveydenhuollon rahoitusta käsitelleissä ehdotuksissa

Viime vuosina tehdyissä ehdotuksissa terveydenhuollon rahoituksesta on kiinnitetty yllättävän vähän huomiota sosiaalipalvelujen asemaan ja työvoiman käyttöön. Ehdotuksissa on esitetty ole-  
tuksia terveydenhuollon työtehtävien vetovoiman, kannustavuuden ja tuottavuuden lisäämisestä  
sekä työvoiman liikkuvuudesta ilman tarkoin punnittua tutkimustietoa. Keskustelua on hallinnut  
huoli lääkäripulasta terveystieteissä, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuuden ongel-  
mat koskettavat lähes kaikkia ammattiryhmiä. Sosiaalipalvelujen sivuuttaminen voi osoittautua  
terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä koskevassa uudistustyössä pulmalliseksi. Vaarana  
voisi olla esimerkiksi sellaisen rahoitus- ja järjestämismallin hyväksyminen, mikä ohjaisi myös  
sosiaalipalvelujen tuottamista terveydenhuollolle ominaiseen, toimenpidekeskeiseen ja laitos-  
maiseen suuntaan.

### Johdanto

”Palvelu on työtä, jota tehdään asiakkaan hyväksi, tueksi, avuksi tai  
avustamiseksi. Asiakkaana voi olla joko yhteisö, organisaatio, ryhmä,  
perhe tai yksilö.” (Kiviniemi 1988.)

Tämä palvelun määritelmä kiinnittää osuvasti huomiota siihen työhön, jota  
tekemällä palvelu toteutetaan. Ilman työpanoksia ei ole palveluja, joten ratkaise-  
vaa on se, miten taloudellisia voimavaroja muunnetaan ammattilaisten työksi,  
jotka kansalaisille näyttäytyvät palveluina. Palvelujen olennainen piirre on niiden  
työvoimavaltaisuus, ja palvelujen rahoituksessa, järjestämisessä, tuottamisessa ja  
välittämisessä on aina kyse myös erilaisista työvoiman käyttötavoista. Kun pal-  
veluja halutaan tehostaa ja saada aikaan säästöjä, huomiota kiinnitetään yleensä  
työvoiman käyttöön ja kustannuksiin. Esimerkiksi kuntien ja kuntayhtymien  
menoista kaikkiaan yli puolet on henkilöstömenoja, joiden suuruus oli vuonna  
2009 yhteensä 19,6 miljardia euroa (Työvoimakustannukset 2011).

Suomen elinkeinorakenne on jatkuvasti palveluvaltaistunut, ja tämä kehi-  
tys jatkuu tulevaisuudessa. Yksityiset ja julkisyhteisöjen palvelut muodostavat  
maassamme yli kaksi kolmasosaa (68,5 prosenttia vuonna 2010) bruttokansan-

tuotteesta. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2011, 326). Sosiaali- ja terveystalvet tulevat edelleen kasvattamaan merkitystään Suomen taloudessa (Ahokas 2011, 37), ja palvelut ovat merkittävä osa hyvinvointipolitiikkaa. Edelleenkin suurin osa hyvinvointipolitiikasta toteutuu toimeentuloturvana, sillä maan sosiaalimeinoista vuonna 2009 palvelujen osuus oli 38,2 prosenttia ja toimeentuloturvan 61,8 prosenttia (Sosiaalimenot ja rahoitus 2009).

Toimeentuloturvan toimeenpano ei edellytä samassa määrin työvoimaa kuin palvelujen järjestäminen ja tuottaminen. Tätä eroa palveluihin kuvastaa hyvin se, että esimerkiksi Kelan etuusmenot olivat 12,2 miljardia vuonna 2010, ja samaan aikaan sen henkilöstön määrä oli vain 6 092 (Kelan tilastollinen vuosikirja 2010). Sosiaali- ja terveystalvetuissa työskenteli vuonna 2010 yhteensä 379 000 palkansaajaa ja yrittäjää eli enemmän työntekijöitä kuin maamme teollisuudessa (362 000 henkilöä). Sosiaali- ja terveystalvetuuden henkilöstöstä julkisella sektorilla työskenteli 283 000 henkilöä ja yksityisellä 95 000 henkilöä. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2011, 411.)

Kun viime vuosina on selvitelty terveydenhuollon rahoituksen uudistamista, työvoimakysymyksiin on kiinnitetty huomiota yllättävän vähän. Vaikka keskustelun painopiste on ollut rahoituksen käytössä eikä niinkään hankinnassa (Valtonen 2011, 17), ei ole juuri keskusteltu siitä, miten taloudelliset voimavarat kääntyvät parhailla tavoilla organisoiduiksi palveluiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimakysymysten yhteys palvelujen rahoitus- ja järjestämiskäsitteisiin onkin moniselitteinen ongelma-alue, jonka kartoittaminen edellyttää tuekseen monenlaista tutkimus- ja selvitystyötä.

Toinen keskustelua leimannut piirre on se, että sosiaalipalvelut näyttävät kulkevan terveystalvetuuden rahoitus- ja järjestämisehdotusten lähes näkymättömänä kylkiäisenä. Oletuksena vaikuttaa olevan se, että sellaiset rahoitus- ja järjestämiskäsitteet, jotka soveltuvat terveystalvetuihin, sopivat myös sosiaalipalveluihin, tai että sosiaalipalvelujen tarkastelu ei ole olennaista terveydenhuollosta puhuttaessa. Kuitenkin sosiaalipalveluissa on kyse huomattavan laajasta palvelutoiminnasta, josta kunnat ovat järjestämisevastuussa. Sosiaalipalveluihin käytettiin vuonna 2009 yhteensä 8,6 miljardia euroa, ja tästä yksityisten palvelujen osuus oli 30 prosenttia. Terveystalvetuuden kustannukset olivat samana vuonna 12,6 miljardia euroa ja yksityisten palvelujen osuus 25 prosenttia. (Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveystalvetuissa 2009, 2011, 1.) Yli miljoona suomalaista käyttää vuosittain sosiaalipalveluja (Muuri 2008), mutta sosiaalipalvelujen rahoituksesta

---

*Sosiaali- ja terveystalvetuudet työllistävät Suomessa enemmän ihmisiä kuin teollisuus.*

---



---

*Yli miljoona suomalaista käyttää vuosittain sosiaalipalveluja, mutta sosiaalipalvelujen rahoituksesta ja järjestämisestä ei käyäk vilkasta poliittista keskustelua edes nyt, kun uutta sosiaalihuoltolakia valmistellaan.*

---

ja järjestämisestä ei käydä vilkasta poliittista keskustelua edes nyt, kun uutta sosiaalihuoltolakia valmistellaan.

Tarkoitukseni on pohtia sosiaali- ja terveystalvelujen luonnetta ja työvoimakysymyksiä sekä tarkastella viime vuosina tehtyjä ehdotuksia terveydenhuollon rahoituksesta siitä näkökulmasta, miten niissä on käsitelty työvoiman käyttöön liittyviä kysymyksiä ja sosiaalitalvelujen asemaa. Kiinnitän huomiota työvoiman käyttöön ja saatavuuteen sekä sosiaalitalvelujen asemaan liittyviin kannanottoihin ja perusteluihin, joita Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n asiantuntijaryhmä 2010 ja 2011; Pekurinen 2011), sosiaali- ja terveysministeriön (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen 2011), Sitran (Aronkytö ym. 2010a, 2010b ja 2011) ja Kelan (Forss ja Klaukka 2003; Huuhtanen 2010; Mikkola 2011) rahoitusehdotuksissa on esitetty.

## Sosiaali- ja terveystalvelujen piirteitä

Sosiaali- ja terveystalvelujen käsitteiden käyttö on ajan myötä muuttunut muun muassa siinä, miten sosiaalinen ja terveydellinen näkökulma suhteutuvat toisiinsa. Kun terveyden käsite näyttää vähitellen laajentuneen hyvinvoinnin ilmiöiden suuntaan (Rissanen ja Lammintakanen 2011, 17), sosiaalisen käsiteala vaikuttaa kaventuneen. Sosiaalitalvelut-termin suhteellista heikentymistä kuvastaa se, että tilastoissa ja selvityksissä on alettu puhua yhä useammin terveys- ja sosiaalitalveluista eikä enää sosiaali- ja terveystalveluista.

Sosiaalitalvelut-käsite on ollut alun perin laajasisältöinen. Esimerkiksi universaalien sosiaalipolitiikan kannattajana tunnettu Richard Titmuss (1987, 44–47) määritteli sosiaaliset talvelut (*social services*) sosiaalisiksi tai rahallisiksi hyvinvointietuuksiksi, joiden tuottaminen kuuluu olennaisesti valtion tehtäviin. Titmuss sisällytti sosiaaliin talveluihin myös tulonsiirrot. Sosiaalitalvelut-termi mainittiin Suomessa ensi kerran 1960-luvulla, ja sosiaalitalvelujen ja toimeentuloturvan käsitteiden keskinäistä eroa selkeytettiin 1970-luvulla (KM 1971 A 25, 40–42; Hellsten ja Lehto 2009, 16.) Sosiaalitalveluja laajennettiin 1970- ja 1980-luvuilla tuntuvasti, ja vuoden 1984 alusta voimaan tulleessa sosiaalihuoltolaissa (L 710/1982) sosiaalitalvelujen käsite vakiintui.

Sosiaali- ja terveystalvelujen rahoitusta ja järjestämistä koskevaa keskustelua ja uudistustyötä hankaloittaa jossain määrin näiden talvelujen monimuotoisuus. Sari Rissanen ja Johanna Lammintakanen ovat koonneet voimassa olevaan lainsäädäntöön perustuvia sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöjä taulukossa 1 esitetyllä tavalla.

**Taulukko 1.** Sosiaali- ja terveystalvelujen sisältö.

179

| <b>Sosiaalipalvelut</b><br>(Sosiaalihuoltolaki 710/1982,<br>lakiuudistus valmistella)   | <b>Terveyshpalvelut</b><br>(Terveydenhuoltolaki 1326/2010)   |
|---|--|
| Kunnan sosiaalipalveluja ovat <ul style="list-style-type: none"> <li>– asumispalvelut</li> <li>– ikäihmisten palvelut</li> <li>– kotipalvelut</li> <li>– kuntoutus (kuntouttava työote)</li> <li>– laitoshoido</li> <li>– lasten ja perheiden palvelut               <ul style="list-style-type: none"> <li>– päivähoito</li> <li>– lastensuojelu</li> <li>– ottolapsineuvonta</li> <li>– kasvatus- ja perheneuvonta</li> <li>– perheasioiden sovittelu</li> <li>– isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen liittyvät palvelut</li> <li>– lapsen huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvät palvelut</li> </ul> </li> <li>– omaishoidon tuki</li> <li>– perhehoito</li> <li>– päihdetyö ja -palvelut</li> <li>– sosiaalipäivystys</li> <li>– sosiaalityö</li> <li>– vammaispalvelut</li> </ul> | Perus- ja erikoissairaanhoidon palveluja ovat <ul style="list-style-type: none"> <li>– ensihoitopalvelut</li> <li>– ikäihmisten neuvontapalvelut</li> <li>– kotisairaanhoito</li> <li>– kouluterveydenhoito</li> <li>– lääkinnällinen kuntoutus</li> <li>– mielenterveystyö</li> <li>– neuvolapalvelut</li> <li>– opiskeluterveydenhuolto</li> <li>– päihdetyö</li> <li>– sairaanhoito</li> <li>– seulonnat</li> <li>– suun terveydenhuolto</li> <li>– terveysneuvonta ja terveystarkastukset</li> <li>– työterveyshuolto</li> <li>– ympäristöterveydenhuolto</li> </ul> |

Lähde: Rissanen ja Lammintakanen 2011, 22–23.

Terveydenhuollon rahoitusehdotuksia arvioidessaan Hannu Valtonen (2011, 16) nostaa esille terveydenhuollon erityislaadun taloudellisena toimintana. Hänen mielestään terveydenhuollon erityisyys liittyy terveyden perusoikeuden luonteeseen asemaan, informaation epäsymmetrisyyteen ja siihen, että palvelujen tuottajien tavoitteet ja motivaatioperusta poikkeavat tavanomaisten markkinoiden voiton tavoittelusta. Valtonen katsoo, että nämä erityispiirteet ilmenevät osin myös sosiaalipalveluissa, etenkin vanhustenhuollossa. Sosiaali- ja terveystalvelut eivät ole aina selkeästi erotettavissa toisistaan myöskään sisältönsä puolesta. Esimerkiksi vanhuspalvelujen, päihdepalvelujen tai mielenterveystalvelujen sijoittaminen sosiaali- tai terveystalveluiksi ei ole yksiselitteistä (Rissanen ja Lammintakanen 2011, 24).

Kansainvälisesti vertaillen sosiaali- ja terveystalveluja johdetaan Suomessa varsin integroidusti kuntien palvelujärjestelmissä, joten rajankäynti on tästäkin syystä hiuksenhienoa. Sosiaali- ja terveystalveluja ei useinkaan enää järjestetä sektorilähtöisesti, vaan on siirretty muun muassa elämäntalveluun, pro-

sessiorganisaatioihin ja tilaaja-tuottajamalleihin. Integroinnissa (eli palvelujärjestelmän eheyttämässä, yhdistämisessä ja yhteensovittamisessa) on sektori-kohtaisuuden sijasta painottunut alueellinen ja seudullinen näkökulma muun muassa vuonna 2005 valtioneuvoston käynnistämän, kunta- ja palvelurakennetta uudistavan Paras-hankkeen tavoitteiden johdosta. Terveydenhuollossa integraatio on koskenut paljolti palvelujen portaittaisuuden lieventämistä eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämistä. (Ks. Rissanen ja Lammintakanen 2011; Sinkkonen ym. 2011. ) Onkin katsottu, että sosiaali- ja terveysjohtaminen on kunnissa pääosin samankaltaista, kun sairaalaorganisaatioissa korostuvat terveydenhuollon erityispiirteet (Rissanen ja Lammintakanen 2011, 25).

Rahoituksessa ja järjestämisvastuissa sosiaali- ja terveysterveystoimet eroavat kuitenkin toisistaan, ja rahoituksen monikanavaisuus (valtion ja kuntien verotulot, pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut sekä työnantaja- ja asiakasmaksut) luonnehtii ennen muuta terveydenhuoltoa. Sosiaalipalvelut perustuvat julkiseen järjestämisvastuuseen, ja niiden rahoitus tulee verovaroista ja asiakasmaksuista.

Sosiaalipalveluihin liittyy muitakin erityispiirteitä terveysterveystoimiin nähden, ja sosiaali- ja terveysterveystoimien on nähty eroavan toisistaan rahoituksen lisäksi muun muassa seuraavissa asioissa:

- palvelun kesto (käynnit, vuosia kestävät asiakas- ja potilassuhteet)
  - osaamisen sisältö (mm. tekninen ja vuorovaikutusosaaminen)
  - kokonaisvaltaisuus (toimenpide vs. elämänterveystoiminnan vahvistaminen)
  - harkinnanvaraisuus (sama palvelu/hoito kaikille vs. yksilökohtainen harkinta)
  - kontrolli (vapaaehtoisuus vs. pakkotoimet)
  - mahdollisuus keskeyttää palveluntarjonta (päivystys vs. virka-aika).
- (Rissanen ja Lammintakanen 2011, 25.)

Nämä erilaiset piirteet vaikuttavat muun muassa siihen, miten palveluja on mahdollista tuottaa tai miten järjestetään niiden laadunhallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä käsitelleessä sosiaali- ja terveysministeriön työryhmäraportissa mainitaan lisäksi sosiaali- ja terveysterveystoimien erona se, että sosiaalihuollossa on perinteisesti toimittu terveydenhuoltoa avohuoltokeskeisemmin ja matalammilla organisaatioilla. Tällä on merkitystä esimerkiksi ikääntyvien palvelujen järjestämisessä. Sosiaalihuollon toimintana vanhustenhuollossa on tavoiteltu ikääntyvien ja heidän lähiyhteisöjensä omien voimavarojen hyödyntämistä ja kodinomaisten olosuhteiden turvaamista mahdollisimman pitkään. Sosiaalityön, vammaispalvelujen ja päivähoidon uudet toimintamallit, joissa asiakkaat ovat yhteistoiminnallisina kumppaneina mukana palvelujen kehittämisessä, ovat työryhmän mielestä myös jossain määrin uusia terveydenhuollossa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen 2011, 31.)

## Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kysyntä ja saatavuus

Sosiaali- ja terveyspalveluista vastaa tällä hetkellä Suomessa 336 kuntaa. Manner-Suomen 320 kunnasta sosiaali- ja terveyspalvelut järjestää itse 98 kuntaa (61 prosenttia väestöstä), ja näissä kunnissa sosiaali- ja terveyslautakunta tai perusturvalautakunta vastaa palveluista. Yhteistoiminta-alueita on yhteensä 63 ja niissä 222 kuntaa (39 prosenttia väestöstä). Koko maassa on 35 kuntayhtymää (142 jäsenkuntaa) ja 28 isäntäkuntamallin mukaista yhteistoiminta-aluetta (80 kuntaa.) (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2011.)

Laadukkaiden ja tuottavasti järjestettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen perusedellytys on ammattitaitoinen, osaava ja motivoitunut henkilöstö, jonka saatavuus tulisi olla turvattu maan eri osissa. Vaikka kuntauudistus ei ole toistaiseksi tuonut valtakunnallisesti perustavanlaatuisia muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen, se lienee vaikuttanut monin tavoin alueellisesti ja paikallisesti henkilöstövoimavarojen käyttöön ja henkilöstön asemaan. Muutoksia ovat voineet tuottaa esimerkiksi henkilöstösiirrot, uuden työnantajan palvelustrategian ja -tuotannon suunnittelu, palvelusuhteen ehdot sekä työtehtävien ja niihin liittyvän päätösvallan muutokset.

Muun muassa väestön ikääntymisen ja muuttuvien palvelutarpeiden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kysyntä tulee kasvamaan nopeasti lähivuosina (vrt. Ahokas 2011, 33). Sosiaali- ja terveydenhuollosta käytävässä keskustelussa ovat jo nykyisinkin näkyvästi esillä kuntien työvoimatarpeet ja -vajeet. Työ- ja elinkeinoministeriön ja ELY-keskusten katsauksen perusteella työvoiman saatavuus oli vuonna 2011 merkittävä ongelma sosiaali- ja terveydenhuollossa muttei juuri muilla toimialoilla (Alueelliset talousnäkyvät keväällä 2011).

Kuntien sosiaali- ja terveyspalveluissa toimi vuonna 2010 yhteensä 258 000 työntekijää. Heistä 137 000 henkilöä työskenteli terveyspalveluissa ja 115 800 sosiaalipalveluissa. Tämän lisäksi hallinnossa työskenteli 5 300 henkilöä. Terveyspalveluissa työskentelevistä 84 400 (62 prosenttia) toimi sairaalapalveluissa (erikoissairaanhoidossa) ja 51 200 (38 prosenttia) terveyskeskuksissa tai vastaavissa yleislääkäripalveluissa. Sosiaalipalvelujen henkilöstöstä 38 600 (33 prosenttia) työskenteli vanhusten palveluissa, 52 300 (45 prosenttia) lasten päivähoidossa ja 24 900 (22 prosenttia) muissa sosiaalipalveluissa. (Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010.) Päivähoidon työntekijöiden asemaan tulee vaikuttamaan se, että varhaiskasvatuksen ja päivähoitopalvelujen lainsäädännön valmistelu, hallinto ja ohjaus siirretään sosiaali- ja terveysministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön vuoden 2013 alusta lukien.

---

*Väestön ikääntyminen ja muuttuvat palvelutarpeet kasvattavat nopeasti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman kysyntää lähivuosina.*

---

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima on naisvaltaista, sillä naisten osuus koko henkilöstöstä on yli 91 prosenttia. Miehiä on 5 prosenttia sosiaalipalveluissa ja 12 prosenttia terveyspalveluissa. (Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010, 1.) Henkilöstö jakautui vuonna 2010 ammattiryhmittäin ja toimialoittain taulukossa 2 esitetyllä tavalla.

182 **Taulukko 2.** Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstön jakautuminen vuonna 2010.

|   | <b>Terveys-<br/>palvelut</b> | <b>Sosiaali-<br/>palvelut</b> | <b>Sote-hallinto</b> | <b>Yhteensä</b> |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|
| Sosiaali- ja terveystoimen johto            | 330                          | 2 760                         | 140                  | 3 230           |
| Lääkärit                                    | 12 640                       | 170                           | 110                  | 12 920          |
| Hammaslääkärit                              | 2 250                        | 90                            | 30                   | 2 370           |
| Yli- ja osastonhoitajat                     | 5 000                        | 570                           | 70                   | 5 630           |
| Lastentarhanopettajat                       | 190                          | 12 680                        | 330                  | 13 190          |
| Sosiaalityöntekijät                         | 1 270                        | 2 190                         | 510                  | 3 970           |
| Psykologit                                  | 1 580                        | 420                           | 0                    | 2 010           |
| Muut erityisasiantuntijat                   | 3 620                        | 1 720                         | 220                  | 5 570           |
| Hammashuoltajat, suuhygienistit             | 850                          | 50                            | 10                   | 910             |
| Fysioterapeutit                             | 2 780                        | 220                           | 30                   | 3 020           |
| Toimintaterapeutit                          | 750                          | 80                            | 20                   | 850             |
| Sairaanhoidajat, terveydenhoitajat, kätilöt | 44 210                       | 5 060                         | 420                  | 49 690          |
| Röntgen- ja laboratoriohoitajat             | 5 930                        | 50                            | 10                   | 6 000           |
| Sosiaaliohjaajat ja kasvattajat             | 790                          | 8 070                         | 940                  | 9 800           |
| Muut asiantuntijat                          | 2 510                        | 1 980                         | 110                  | 4 600           |
| Toimisto- ja asiakaspalvelu-<br>henkilöstö  | 10 900                       | 1 380                         | 190                  | 12 460          |
| Perhepäivähoitajat                          | 60                           | 12 440                        | 300                  | 12 790          |
| Lähihoitajat ja vastaavat                   | 26 850                       | 52 040                        | 1 450                | 80 340          |
| Muut palvelu- ja hoitotyöntekijät           | 1 530                        | 3 310                         | 100                  | 4 940           |
| Avustavat työntekijät                       | 12 920                       | 10 500                        | 270                  | 23 690          |
| <b>Yhteensä</b>                             | <b>136 960</b>               | <b>115 760</b>                | <b>5 260</b>         | <b>257 980</b>  |

Lähde: Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010.

Suomen Lääkäriliiton selvityksen perusteella maassamme oli laillistettuja lääkäreitä vuonna 2011 kaikkiaan 24 502. Lääkäreistä 72 prosenttia työskentelee julkisella sektorilla, ja kunnat ovat suurin työllistäjä. Kaksi lääkäriä kolmesta työskentelee sairaalassa (46 prosenttia) tai terveyskeskuksessa (22 prosenttia), ja yksityissektorilla toimii 15 prosenttia lääkäreistä. Lääkärikunta ikääntyy, mutta nuorten lääkäreiden määrä on kasvamassa. Sairaaloissa (keski-ikä 44 vuotta) ja terveyskeskuksissa (keski-ikä 44 vuotta) lääkärit ovat hieman nuorempia kuin työterveyshuollossa (keski-ikä 49 vuotta) ja yksityisellä sektorilla toimivat (keski-ikä 48 vuotta). Kunnissa työskentelevistä lääkäreistä 21 prosenttia on yli 55-vuotiaita. (Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010; Lääkärit Suomessa 2011.)

Kaikissa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa ja tehtävissä esiintyy työvoimavajetta, jota henkilöstön eläkkeelle siirtyminen lisää lähi-vuosina. Yli 55-vuotiaita oli vuonna 2010 määrällisesti eniten lähihoitajien, sairaanhoitajien ja perhepäivähoitajien keskuudessa ja prosentuaalisesti eniten kotiaivustajien, sairaala- ja hoitoapulaisten, perhepäivähoitajien ja sosiaali- ja terveystoimen johdon keskuudessa. Vuoteen 2020 mennessä viidennes kuntien sosiaali- ja terveystoimen henkilöstöstä siirtyy eläkkeelle ja joiltakin aloilta vieläkin useampi. Vuoteen 2025 mennessä 67 vuoden iän saavuttaa kolmasosa henkilöstöstä. (Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010.)

Sosiaali- ja terveystoimen työvoimatilanne parantui vuonna 2010 hie-man aiempaan nähden, mutta henkilöstövaje oli silti yhteensä 4 148 henkilöä. Lisäksi vakansseja on jouduttu huomattavassa määrin täyttämään epäpäteillä henkilöillä. Työvoimavajetta on enemmän sosiaali- kuin terveydenhuollossa, ja siitä on kaksi kolmasosaa kaupungeissa ja yksi kolmasosa kuntayhtymissä. Työvoimavajeesta suurin osa on Etelä-Suomen läänissä (41 prosenttia), ja myös Länsi-Suomen läänin osuus on suuri (35 prosenttia). Sen sijaan Lapin läänin työvoimavajeen osuus on vain 4 prosenttia. Työvoimavaje vaihtelee jonkin ver-ran ammattiryhmittäin (sosiaalityöntekijät 6,5 prosenttia, puheterapeutit 6,2 prosenttia, psykologit 5,7 prosenttia, lähihoitajat, lastenhoitajat, kodinhoitajat ja kehitysvammahoitajat 4,1 prosenttia, sairaanhoitajat ja erikoissairaanhoitajat 3,2 prosenttia). (Työvoimatilanne parantunut sosiaali- ja terveydenhuollossa, 2011.)

Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan terveyskeskusten lääkärivaje helpottui hieman vuonna 2010 ja ulkoistamisen kasvu pysähtyi. Perusterveydenhuollon lääkärivaje vaihtelee alueellisesti, ja syksyllä 2010 tilanne oli heikoin Itä-Savossa (17 prosenttia) ja Kainuussa (16 prosenttia) ja paras Ahvenanmaalla (0 prosenttia), Päijät-Hämeessä (3 prosenttia), Pohjois-Savossa (3 prosenttia) sekä Helsingissä ja Uudellamaalla (4 prosenttia), Keski-Pohjanmaalla (4 prosenttia) ja Etelä-Savossa (4 prosenttia). Myös erikoissairaanhoidon lääkärivaje (7,5 prosenttia) on hieman vähentynyt. (Lääkärit Suomessa 2011.)

Työ- ja elinkeinotoimistojen tekemien, ammattien kysyntää ja tarjontaa koskevien arvioiden perusteella miltei kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä ilmeni vuonna 2011 pulaa työvoimasta (eli sairaanhoitajista, lääkäreistä, sosiaalityöntekijöistä, lastentarhanopettajista, hammaslääkäreistä, perus- ja lähihoitajista sekä psykologeista). Alueellisesti maan sisällä työvoimapula eri ammattiryhmissä saattaa vaihdella. Sairaanhoitajista on arvioitu olevan yleisesti pulaa kaikkialla maassa, mutta sen sijaan lastentarhanopettajia, joista on yleisesti koko maassa pulaa, on todettu olevan kysyntään nähden liikaakin Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla. (Tuomaala 2011, 42–43.)

### **Työvoiman käytön kysymykset ja sosiaalipalvelujen asema rahoitusehdotuksissa**

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ehdotus 17.11.2010 lähtee siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi tarvitaan alueellinen järjestäjä-rahoittaja, järjestämis- ja rahoitusvastuu tulee toteuttaa nykyistä suu-remmilla väestöpohjilla, ja sen tulee kattaa kaikki sosiaali- ja terveystalvet. Nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän edut ja haitat liittyvät asiantuntijatryöryhmän mielestä asiakkuuksiin, palvelujen kysyntään ja saatavuuteen, rahoitukseen ja menoihin, kannusteisiin, henkilöstöön sekä tehokkuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. Sen mukaan monikanavainen rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia tutkimus- ja hoitopalveluihin, synnyttää henkilöstön saatavuusongelmia ja lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Lisäksi se kannustaa siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle, synnyttää palvelujärjestelmään tehottomuutta sekä ylläpitää alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta.

Henkilöstöön liittyviä haasteita ja perusteluja esitetään melko vähän. Työvoiman käyttöön liittyvinä ongelmina mainitaan kunnallisten palvelujen kehittämisen hidastuminen, kun henkilöstöä houkuttaa yksityiselle sektorille siirtyminen, sekä lääkäreiden rooliristiriidat, kun nämä toimivat yhtä aikaa julkisella ja yksityisellä sektorilla. Lisäksi painotetaan ongelmia, jotka liittyvät lääkäreiden saamiseen terveyskeskuksiin, ja yhtenä syynä tähän tilanteeseen nähdään työterveyshuollon suurempi kiinnostavuus työpaikkana. Samoin korostetaan pulmia, joita sairaanhoitokorvaukset ja sairaanhoitopiirien ostopalvelut aiheuttavat tukiessaan erikoislääkäreiden siirtymistä julkiselta yksityiselle sektorille. (THL:n asiantuntijaryhmä 2010, 20, 31.)

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdottaa Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen -raportissa (2011) vahvojen kuntien merkitystä painottaen, että sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena nykyistä laajemmilla väestöpohjilla ja että järjestämis- ja rahoitusvastuun on oltava samalla organisaatiolla. Pidetään tärkeänä, että asiakkaiden ongelmat ratkaistaan samassa, integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa.

Raportissa esitetään huoli nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen järjestämisrakenteen sekavuudesta. Käytännössä kunta- ja palvelurakenneuudistus on muuttanut tilannetta entistä hajanaisemmaksi etenkin sosiaalihuollossa, jossa keskeiset palvelut ovat perinteisesti olleet yksittäisten kuntien vastuulla. Terveydenhuollossa ongelmana on pidetty erikoissairaanhoidon liiallista vahvuutta ja, kestoteemana on ollut perustason vahvistaminen. Nykytilanteessa hyvinkin erilaiset alueelliset ratkaisut ja yhteistyöasetelmat ovat olleet mahdollisia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen 2011, 30)

Yhtenä tavoitelinjauksena STM:n työryhmä painottaa sosiaali- ja terveydenhuollon työtehtävien vetovoimaisuuden vahvistamista. Työvoiman käyttöön liittyvinä perusteluina korostetaan THL:n työryhmäraporttia monipuolisemmin koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön asemaa ja merkitystä kuntien palvelutoiminnassa. STM:n raportin mukaan henkilöstövoimavaroista huolehtimiseen ja niiden kehittämiseen on kiinnitettävä vakavaa huomiota nyt, kun kasvaaviin palvelutarpeisiin joudutaan vastaamaan vähenevällä työvoimalla. Raportissa nostetaan esille henkilöstön saatavuuden haasteita useilla ammattialoilla, kuten lääkärin, hammaslääkärin, sosiaalityöntekijän ja erityisterapeuttien tehtävissä sekä hoitohenkilökunnan sijaisuuksissa. Samoin nostetaan esille erikoistuneiden lääkäreiden tarve esimerkiksi psykiatriassa ja patologiassa. Raportissa painotetaan koulutustarpeiden ennakoinnin ja työntekijöiden eläkkeelle siirtymisen huomioon ottamista. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen 2011, 11, 27, 59.)

Sitran ehdotus painottaa kansallisen tilaaja-rahoittaja-organisaation (KATTIRA) aikaansaamista. Sen piiriin kuuluisivat ehdotuksen mukaan kaikki terveyspalvelut sekä vanhusten laitos- ja pitkäaikaishoito. Vanhustenhoitoon liittyviä palveluja ei kuitenkaan määritellä tarkemmin. Työvoiman käytön perusteluna korostetaan terveyskeskusten lääkäripulaa, joka on osin aiheutunut työterveyshuollon työtehtäviin siirtymisestä. Samoin painotetaan ongelmia, jotka syntyvät työvoimakustannusten kasvaessa, ellei tuottavuutta saada nostetuksi. Tästä syystä nostetaan esille teknologisen kehittämisen ja hoitojen kustannusten pienentämistarve. (Aronkylä ym. 2010a, 4, 9–11, 26–27.)

Kela ehdottaa kuntien, valtion ja Kelan varojen yhdistämistä kansalliseksi rahastoksi. Sen piiriin tulevista palveluista esitetään useita vaihtoehtoja: a) kaikki

sosiaali- ja terveystalvet, b) terveystalvet ja vanhustenhoito mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetalvet, c) terveystalvet ja vanhustenhoito tai d) terveystalvet (Mikkola 2011). Kunnat ottaisivat ehdotuksen perusteella asukkailleen vakuutuksen ja tuottaisivat palveluja tasavertaisina kilpailijoina yksityisten toimijoiden kanssa. Työvoiman käytön kysymykset eivät ole ehdotusten keskiössä. Arvellaan kuitenkin, että kansallinen rahasto saattaisi vähentää lääkäreiden hallinnollista työtä perusterveydenhuollossa, jolloin kliiniseen työhön jäisi nykyistä enemmän aikaa (Forss ja Klaukka 2003, 1940). Lisäksi tuodaan esille näkökohta ammattilaisten vapautumisesta palvelujen tuottamisen kehittämistyöhön, kun terveystalvet huolehtisi taloudellisesta kontrollista (Huuhtanen 2010, 26).

## Johtopäätöksiä ja keskustelua

Terveystalvetjen rahoitusta ja järjestämistä koskevat keskustelualoitteet ovat olleet vasta alustavia. Tästä huolimatta on merkille pantavaa, miten niukasti niissä on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon työvoiman käytön kysymyksiin. Olemassa olevaa tilasto- ja selvitystietoa on tältä osin käytetty

---

*Miten sosiaali- ja terveystalvetjen työvoiman kysynnän kasvuun ja tuottavuuden ja vaikuttavuuden kehittämishaasteisiin vastataan lähitulevaisuudessa?*

---

varsin vähäisesti tietoperustana. Ehdotuksissa on esitetty oletuksia terveydenhuollon työtehtävien vetovoimaisuuden, kannustavuuden ja tuottavuuden lisäämisestä sekä työvoiman liikkuvuudesta ilman tarkoin punnittua tutkimustietoa.

Toiseksi keskustelu on lähtenyt enemmänkin nykytilan tarkastelusta kuin siitä, että olisi riittävästi analysoitu sitä, miten sosiaali- ja terveystalvetjen työvoiman kysynnän kasvuun ja tuottavuuden ja vaikuttavuuden haasteisiin vastataan lähitulevaisuudessa palvelujen rahoitusta ja järjestämistä kehittämällä. Ehdotusten perusteluissa on sosiaali- ja terveystalvetministeriön työryhmäraporttia lukuun ottamatta painotettu vain lääkäreiden saatavuutta terveystalvetkeskuksiin, eikä niissä ole otettu lähtökohdaksi 379 000 työntekijästä muodostuvan sosiaali- ja terveystalvetalan työvoiman käytön kysymyksiä kokonaisuudessaan. Ehdotuksia yhdistää huoli pienten kuntien lääkärilpula eikä kunnista, joissa väestö pääosin asuu ja joissa on määrällisesti (vaikkei suhteellisesti) eniten puutetta työntekijöistä. Keskustelualoitteissa ei myöskään selvennetä oletuksia siitä, millaisten mekanismien varassa lääkärilpula pienten paikkakuntien terveystalvetkeskuksissa esitetyillä ratkaisulla kohentuisi.

Ehdotukset sisältävät epäsuoria kannanottoja sosiaalihuollon ja sosiaalilpvetjen asemaan. Sosiaalilpvetjuja ei ole tarkasteltu eksplisiittisesti, vaikka kyse

on huomattavan laajasta palvelusektorista. Sosiaalipalvelujen sivuuttaminen voi kuitenkin osoittautua terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä koskevassa uudistustyössä pulmalliseksi. Vaarana voisi olla esimerkiksi sellaisen rahoitus- ja järjestämismallin kehittäminen, joka ohjaisi sosiaalipalvelujen tuottamista terveydenhuollolle ominaiseen toimenpidekeskeiseen ja laitospaiseen suuntaan. Myös sosiaalipalvelujen erityispiirteet tulisi ottaa pohdittavaksi, sillä terveystalouden rahoitus- ja järjestämiskäytännöt ei ole mahdollista tehdä puuttumatta koko sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän uudistamiseen.

Kun terveystalouden rahoituksesta ja järjestämisestä käytyä keskustelua jatketaan, kannattaa kiinnittää nykyistä monipuolisemmin huomiota sekä työvoimakysymyksiin että sosiaalipalvelujen asemaan. Lisäksi olisi aiheellista tarkentaa keskustelussa käytettäviä käsitteitä, esimerkiksi sitä, millaisista palveluista tarkalleen ottaen puhutaan, kun puhutaan vanhustenhoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisen uudistamiskäytännöillä on toteutuessaan välittömiä tai välillisiä vaikutuksia koko etuus- ja palvelujärjestelmään.

## Lähteet

Ahokas J. Suomen palveluvaltaistuminen jatkuu myös tulevaisuudessa. Työpoliittinen aikakauskirja 2011; 54: 2438.

Alueelliset talousnäkömät keväällä 2011. Alueelliset talousnäkömät 1. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 2011. Saatavissa: <[http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/1240/Alueelliset\\_talousnakymat\\_2011.pdf](http://www.temtoimialapalvelu.fi/files/1240/Alueelliset_talousnakymat_2011.pdf)>. Viitattu 15.11.2011.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010a.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Talous ja yhteiskunta 2010b; 38: 3136.

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä. Luentomateriaali. Terveystaloustieteen päivä, Helsinki, 4.2.2011.

Forss M, Klaukka T. Yleinen terveystalouden – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 19391940.

Hellsten K, Lehto M. Sosiaaliturvan kehityspiirteistä. Julkaisussa: Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Liite 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveystaloustieteen ministeriö, Sosiaali- ja terveystaloustieteen ministeriön selvityksiä 10, 2009.

Huhtanen J. Rahastosta terveyttä jokaiselle? Sosiaalivakuutus 2010; 48: 2526.

Kelan tilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki: Kela, SVT, 2011.

Kiviniemi M. The improvement of the public services. Quality, conditions and development as factors of evaluation. Helsinki: Administrative Development Agency, 1988.

KM 1971 A 25. Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö 1. Yleiset periaatteet.

Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 28, 2011.

*Lait:*

L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

188

Lääkärit Suomessa 2011. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2011. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 2011.

Mikkola H. Kelan malli terveydenhuollon rahoituksen järjestämiseksi. Luentomateriaali. Terveyshalloustieteen päivä, Helsinki, 4.2.2011.

Muuri A. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 178, 2008.

Pekurinen M. Terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämisehdotukset. Luentomateriaali. Terveyshalloustieteen päivä, Helsinki, 4.2.2011.

Rissanen S, Lammintakanen J. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Julkaisussa: Rissanen S, Lammintakanen J, toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro, 2011: 1538.

Sinkkonen S, Taskinen H, Rissanen S. Sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointi ja johtaminen. Julkaisussa: Rissanen S, Lammintakanen J, toim. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro, 2011: 105–128.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2011. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Saatavissa: <<http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/soster-hallinto/sote-hallinto2011/Sivut/default.aspx>>. Viitattu 15.11.2011.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.

Sosiaalimenot ja rahoitus 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 8, SVT, 2011.

Suomen tilastollinen vuosikirja 2011. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2011.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen. Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Julkaisussa: Ehdotukset terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011: 51118. Saatavissa: <<http://vnk.fi/julkaisukansio/2011/j19-ehdotukset/pdf/fi.pdf>>. Viitattu 17.4.2012.

Titmuss R. The social division of welfare. Some reflections on the search of equity. Julkaisussa: Abel-Smith B, Titmuss K, toim. Selected writings of Richard M. Titmuss. London: Allen and Unwin, 1987: 3959.

Tuomaala M. Ammattibarometri työvoiman kysynnän ja tarjonnan suhteiden kuvauksessa. Työpoliittinen aikakauskirja 2011; 54: 40–47.

Työvoimakustannukset. Helsinki: Kuntatyönantajat. Saatavissa: <<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/tilastot/työvoimakustannukset>>. Viitattu 11.11.2011.

Työvoimatilanne parantunut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tiedote 14.2.2011. Helsinki: Kuntatyönantajat. Saatavissa: <<http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet/2011/Sivut/default.aspx>>. Viitattu 11.11.2011.

Valtonen H. Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi. Julkaisussa: VNK. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: VNK, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011: 9–49.

189

Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveystalouksissa 2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 33, 2011. Saatavissa: <<http://www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto>>. Viitattu 15.11.2011.

## **Hennamari Mikkola ja Lauri Virta**

### **Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkäripalkkioita?**

**Lääkäripalkkioiden korvausjärjestelmän kehittämiseen on useita vaihtoehtoja – kasvattamatta valtion kuluja. Varteenotettavia vaihtoehtoja ovat hintojen sääätely ja valtakunnallisen järjestelmän kehittäminen terveyspalvelusetelitä vastaavaksi. Jo vuonna 2007 sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä ehdotti prosenttimääräisestä korvaustaksasta luopumista ja siirtymistä euromääräiseen korvausmenettelyyn.**

#### **Tausta ja tavoite**

Lääkäripalkkioiden korvausjärjestelmään kohdistuu muutospaineita. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamista linjannut sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama työryhmä ehdotti kevään 2011 eduskuntavaalien jälkeen, että lääkäripalkkioiden korvaukset sairausvakuutuksesta pitäisi lopettaa ja siirtää valtion niihin käyttämä rahamäärä kunnille (STM 2011). Ehdotus ei kuitenkaan päätenyt pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmaan, ja syksymmällä sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko linjasi selkeästi, ettei lääkäripalkkioiden korvausjärjestelmää lakkauteta (Ainola 2011). Myös Valtiontalouden tarkastusvirasto esitti tarkastuskertomuksessaan korvausjärjestelmän selkeyttämistä (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011).

Vähitellen potilaiden saamat korvausosuudet pienenevät entisestään, mikäli lääkäripalkkioiden korvaustaksat säilytetään ennallaan ja lääkäripalkkiot seuraavat ansiotason yleistä kehitystä. Lääkäripalkkioiden taksoja korotettiin viimeksi kesällä 1989, jolloin keskimääräinen muutos oli 34 prosenttia, ja vuonna 1990 korvaustaso (= korvaus peritystä maksusta) oli 37,5 prosenttia. Vuonna 2011 eri lääkäripalkkioiden yhteinen keskimääräinen korvaustaso oli enää 23,2 prosenttia.

Ennusteen mukaan korvausosuus todennäköisesti laskee lähelle 10:tä prosenttia noin vuonna 2035 (Kela 2011). Voidaan olettaa, että jo silloin joidenkin palkkioiden korvausmäärä tulisi olemaan likimain samansuuruinen kuin etuuden hallinnointikulut. Jos korvaustaksoja ei nosteta tai korvausjärjestelmää ei

muutoin kehitetä, sairaanhoitovakuutus ei kykene vastaamaan ajan haasteisiin; palkkiokorvaus näivetty vähitellen – ilman suoranaista poistamista (Mikkola ym. 2011).

STM:n asettamat työryhmät (STM 1989 ja 2007; KM 1993:29) ovat ehdottaneet lääkäripalkkioiden korvauksiin sekä rahoituksen lisäämistä että järjestelmän muunlaista kehittämistä. Myös Kela on tehnyt aktiivisesti esityksiä (esim. Harno 2008; Pesola 2011) samoin kuin Suomen Lääkäriliitto (esim. Kaukonen ja Pärnänen 2011). Viime vuosina on panostettu selvästi hammashoitopalveluihin; korvausjärjestelmä laajeni vuonna 2002 koskemaan koko väestöä ja hammashoidon taksoja korotettiin vuoden 2008 alussa.

STM:n työryhmän (STM 2011) lisäksi lääkäripalkkioiden korvausten poistoa on vakavissaan ehdottanut mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijaryhmä (THL:n asiantuntijaryhmä 2010). Julkisessa terveydenhuollossa samansuuntainen päätös tehtiin säädettäessä hoitotakuulainsäädäntöä: helmikuuhun 2008 asti sairausvakuutuksesta

korvattiin ns. erikoismaksuluokassa hoidettujen sairaalapotilaiden lääkäripalkkioita. Erikoismaksuluokan lopetus johti mm. kaihileikkausten osalta erikoislääkärien ”pakoon” Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) sairaaloista yksityiselle sektorille ja sittemmin kaihileikkausten palvelusetelijärjestelmään. Yksityisten palvelujen korva-

---

*Yksityissairaalan toiminta julkisen sairaalan tiloissa ja sitä tukevat sairausvakuutuskorvaukset ovat uusi toimintamalli terveydenhuollossa.*

---

mista vapaaehtoisesta julkisesta vakuutuksesta on myös ehdotettu (Kekomäki 2006 ja 2007). Toisensuuntainen kehityskulku tapahtui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin erillisen klinisiä palveluja tuottavan osakeyhtiön HYKSin Oy:n perustamisen yhteydessä. Sairausvakuutuslain (2 luvun 3 §) väliaikainen muutos (L 102/2011) mahdollistaa Hyksin Oy:n ”yksityissairaalan” toiminnan aloittamisen vuonna 2012 siten, että sairaanhoitovakuutus maksaa sen potilaille korvauksia. Yksityissairaalan toiminta julkisen sairaalan tiloissa ja sitä tukevat sairausvakuutuskorvaukset ovat uusi toimintamalli terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon rahoitusta koskevien viimeaikaisten selvitysten perusteella on odotettavissa, että tulevina vuosina selvitetään ja pohditaan vaihtoehtoja sille, miten lääkäripalkkioiden korvausjärjestelmää uudistetaan. STM asetti tammikuussa 2012 työryhmän selvittämään vaihtoehtoja sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon yhteistyön kehittämiseksi.

Tämän artikkelin tavoite on punnita nykyisen järjestelmän heikkouksia ja vahvuuksia. Artikkeliki kartoittaa aikaisemmin esitettyjä vaihtoehtoja ja pohtii uusia mahdollisuuksia korvausjärjestelmän kehittämiseksi.

## Nykyjärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet

Sairausvakuutus ryhtyi korvaamaan yksityislääkärin palkkioita tarpeellisesta sairaanhoidosta vuonna 1967. 1960-luvun jälkipuolella valmisteltiin myös kansanterveyslakia (L 66/1972), jonka yksi tavoite oli palvelujen antaminen maksuttomasti. Vuoteen 1983 asti sairausvakuutus korvasi myös terveyskeskusten lääkäripalveluja. Ennen järjestelmän alasajoa terveyskeskukset saivat sairausvakuutuksesta korvamerkittyä rahaa täysimääräisenä, 147 miljoonaa euroa (nykyrahassa) ja yksityisten palvelujen käyttöä tuettiin 154 miljoonalla eurolla vuonna 1981. Sen sijaan Kelan sairausvakuutus ei ole tasannut yksityisten lääkäripalvelujen runsaan käytön kustannusriskiä – toisin kuin se tasaa lääkkeiden ja matkojen suuria kustannuksia.

Sairausvakuutuslain mukaan lääkärin perimästä palkkiosta korvataan 60 prosenttia. Käytännössä on useimmiten korvattu 60 prosenttia ns. korvaustaksan mukaisesta määrästä, sillä valtaosa palkkioista on ollut suurempia kuin korvausten perusteeksi vahvistetut taksat. Taksoitettujen toimenpiteiden nimet ja koodit ovat pääosin noudattaneet THL:n ylläpitämää toimenpideluokitusta. Jos korvaus maksetaan erikoislääkäritaksan mukaan, taksan mukaisia euromääriä korotetaan 50 prosentilla.

Useimmat yksityisiä terveyspalveluja käyttäneet kokevat taksajärjestelmän vaikeaselkoiseksi (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). Korvausjärjestelmän etuna taas voidaan pitää sitä, että se on tuotteistanut yksityiset palvelut valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla. Lisäksi palvelujen käyttö rekisteröityy ajantasaisesti ja yhdenmukaisesti kansalliseen järjestelmään. Siten sairausvakuutus on kyennyt korvausrekisteriensä avulla seuraamaan yksityissektorin toimintoja. Kelan tilastoista näkyvät sekä korvattujen lääkäriässäkäyntien, niistä korvausta saaneiden henkilöiden että korvaussummien vuosittaiset määrät neljän vuosikymmenen ajalta. Sitten tilastoja on vielä tarkennettu keräämällä monenlaisia demografisia, alueellisia ja lääkäreiden erikoisaloja koskevia tietoja.

Sairausvakuutuksessa noudatetaan osakorvauksen periaatetta: ”Korvaus ei peitä sairauden aiheuttamia kustannuksia ja vakuutetun maksettavaksi jää sopivaksi mitoitettu omavastuu. Se hillitsee vakuutettuja kääntymästä lääkärin

---

*Korvausta saaneiden ja korvattujen vastaanottokäyntien määrä väheni 1990-luvulla, koska asiakkaan omavastuuosuus lääkärinpalkkioissa on suuri ja ajan myötä vain kasvanut.*

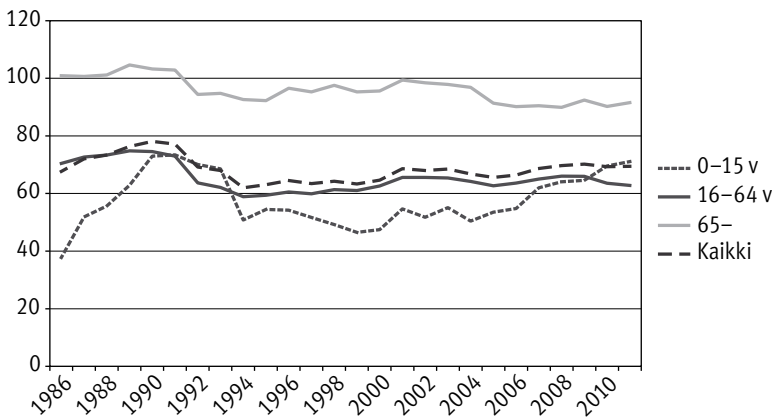
---

puoleen vähäpätöisten sairauksien takia ja hallintokoneisto säästyy lukuisten pienten korvausten käsittelyltä” (HE 129/1962).

Ajan myötä on vahvistunut suuren omavastuun periaate, sillä lääkärinpalkkioiden taksoja ei ole nostettu. Suurella omavastuulla on ollut seurauksensa: korvausta saaneiden ja korvattujen vastaanottokäyntien määrät pienenevät 1990-luvun kuluessa. Tämä johtui laman aiheuttamasta kansa-

laisten ostovoiman laskusta sekä todennäköisesti kunnallisten terveyskeskusten ja myös erikoissairaanhoidon tehokkuuden kasvusta (Linna 1999; Aaltonen ym. 2004). Kun otetaan huomioon väestön kasvu ja ikärakenteen kehitys, yksityisten lääkäripalvelujen käyttöluvut ovat vasta viime vuosina saavuttaneet 20 vuoden takaisen tason (kuvio 1). Lasten osalta lääkäripalvelujen käyttöä ovat lisänneet vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset, joiden vanhemmat uskovat turvaavan pikkulapsilleen laadukkaammat ja nopeammin saavutettavat palvelut yksityisillä terveysasemilla verrattuna julkisiin palveluihin.

**Kuvio 1.** Kelan korvaamat lääkäriissäkäynnit ikäryhmittäin 100:aa vastaavan ikäistä kohti vuosina 1986–2011.



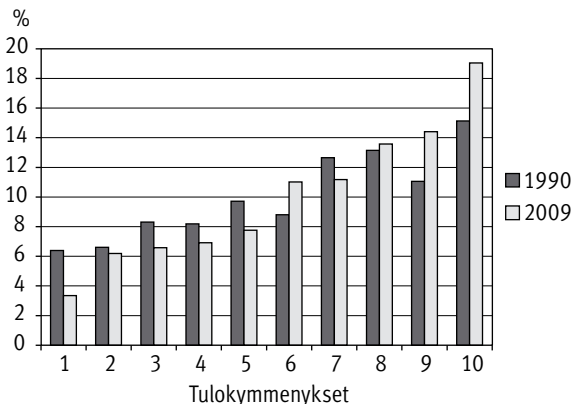
Lähteet: Kelasto (WIT127A) ja Tilastokeskus (PX-Web).

Sairausvakuutuksesta korvattuja yksityislääkärin palveluja käytti vuonna 2011 lähes kolmannes suomalaisista (30 prosenttia). Käyttäneiden osuus kasvoi iän – sairastaneisuuden – mukaan: lapsista palveluja käytti 25 prosenttia, työikäisistä 28 prosenttia ja ikääntyneistä 42 prosenttia. Samana vuonna Kela korvasi lääkäripalkkioita kaikkiaan 73,6 miljoonalla eurolla yhteensä 3,7 miljoonasta lääkäriissäkäynnistä. Korvauksen saanutta kohden vuodessa oli keskimäärin 2,3 käyntiä. Viiden vuoden seurannassa (2006–2010) 60 prosenttia väestöstä oli käyttänyt yksityislääkärin palveluja. Valtaosa yksityislääkäripalvelujen käytöstä on epäsäännöllistä; esimerkiksi viiden vuoden aikana oli keskimäärin kaksi naistentautienlääkäriissäkäyntiä ja vain yksi silmätautien erikoislääkäriissäkäynti korvauksen saanutta kohden (Mikkola 2011).

Suurten omavastuiden vuoksi yksityislääkäriissäkäynnit ovat tulleet pienituloisille kalliimmaksi verrattuna keski- ja suurituloisiin (kuvio 2). Vuonna 2009 pienituloisimmat saivat vain kolmanneksen niistä korvauksista, mitä he

saivat vuonna 1990 suhteessa käytettävissä olleisiin tuloihin. Vastaavasti kuluneella ajanjaksolla pienituloisimpien omavastuut ovat lähes kaksinkertaiset suhteessa käytettävissä olleisiin tuloihin. Korvausten kohdentumisessa tuloryhmittäin on ollut myös erikoisalakohtaisia eroja, esimerkiksi ylimpään tuloluokkaan kuuluvat käyttivät eniten yksityisiä gynekologipalveluja, kun taas silmälääkäripalvelujen käyttö jakaantui tasaisemmin eri tuloluokkiin (Virta ja Toikka 2007; Haataja ym. 2008). Vakuutetut ovat olleet myös alueellisesti eriarvoisessa asemassa, sillä yksityisten palvelujen tarjonta ei ole ollut yhtäläistä maan eri osissa, ja joiltakin harvaan asutuilta syrjäseuduilta ne puuttuvat kokonaan. Vuonna 2010 yksityislääkärikäyntejä oli sairaanhoitopiireistä eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (94 käyntiä / 100 asukasta), Varsinais-Suomessa (85) ja Pirkanmaalla (77). Vähiten käyntejä oli Keski-Pohjanmaalla (37), Itä-Savossa (36) ja Ahvenanmaalla (28).

**Kuvio 2.** Yksityisten lääkäripalvelujen sairaanhoitokorvaukset tulokymmenyksittäin vuosina 1990 ja 2009.



Laskelmat perustuvat Tilastokeskuksen tulonjakoaineistoon 1990–2009.

### Terveyspoliittista ohjausta vai valinnanvapautta?

Sairaanhoitovakuutusta on kritisoitu palvelutarjontaa vääristävästä ohjausvaihtokuksesta. Erikoislääkärikäynti yksityissektorilla ei vaadi lähetettä, kun taas julkinen palvelujärjestelmä on vuosikymmeniä noudattanut ns. hoidon porrastuksen periaatetta, jonka mukaan erikoissairaanhoidon vaaditaan lähete lääkäriltä perusterveydenhuollosta. Periaatteessa yksityissektorin palvelujen tulee noudattaa samoja hoitosuosituksia kuin julkisen sektorin. Kuitenkin jotkut yksityislääkärikäynnit saattavat toteutua tarpeettomasti erikoislää-

kärissäkäynteinä, jolloin niistä koituu lisäkustannuksia yleislääkärin antamaan hoitoon verrattuna.

Toisaalta julkisessa terveydenhuollossa potilas ei yleensä voi valita halua- maansa lääkäriä eikä hankkia vaihtoehtoista hoitosuunnitelmaa (*second opinion*). Monet potilaat arvostavat pitkäaikaista hoitosuhdetta tiettyyn lääkäriin ja ovat siksi valmiita kustantamaan käyntinsä osittain itse. Lisäksi tähän on saattanut liittyä olettamus arkaluonteisten asioiden paremmasta tietosuojasta yksityis- sektorilla.

Uuden terveydenhuoltolain (L 1326/2010) voimaantulo paransi potilaan mahdollisuutta valita lääkäriinsä – aluksi rajoitetusti, myöhemmin laajasti. Tästä huolimatta monilla paikkakunnilla joidenkin erikoisalojen (esim. silmälääkärrien, gynekologien, lastenlääkärrien ja ortopedien) avopalvelujen tarjonta julkisella sektorilla on joko riittämätöntä tai olematonta. Palveluja on saatavilla vain sairaalan poliklinikoilla, jonne on saattanut joutua jonottamaan lähetteen saatuaan jopa viikkoja.

Yksityislääkärillä on oikeus kirjoittaa lähete julkiseen erikoissairaanhoitoon. Menettelyn on epäilty aiheuttavan lisäkuluja erikoissairanhoidolle, joskaan tästä ei ole tutkimusnäyttöä. Joidenkin erikoisalojen (esim. silmälääkärrien ja gynekologien) avopalveluihin saattaa olla yhteiskunnan ja kansalaisen näkökul- masta hyödyllisempää hakeutua suoraan. Jos Kelan korvaamaan 2,9 miljoonaan vuosittaiseen erikoislääkärikäyntiin vaadittaisiin lähete terveyskeskuksesta, kuntien portinvartijakulut olisivat enimmillään noin 160 miljoonaa euroa. Ar- vio perustuu terveyskeskuslääkärikäynnin yksikkökustannukseen, 69 euroa käyntiä kohti vuoden 2011 rahassa (Hujanen ym. 2008).

## Työvoimakysymykset

Vuonna 2009 yksityislääkärinä toimi kaikkiaan noin 6 700 lääkäriä eli noin 30 prosenttia koko ammattikunnasta (Lääkärikysely). Yksityislääkäripalvelujen nähdään kilpailevan lääkäri työvoimasta julkisen sektorin kanssa ja palkkioiden korvausta pidetään epäsuorana yritystukena yksityiselle sektorille (THL:n asian- tuntijaryhmä 2010). Toisaalta kunnalliset terveystalvetelijärjestelmät sekä ostopalvelut ovat vielä runsaampia tukimuotoja yksityissektorille, koska niissä potilaiden omavastuut ovat huomattavasti pienemmät verrattuna sairaanhoito- vakuutusjärjestelmään. Potilaita voidaan ohjata yksityissektorille ostopalvelun kautta, jos julkiset hoitojonot kasvavat ja hoitotakuun määrääjat uhkaavat täytyä.

Yksityislääkärikäynteihin perustuvan liiketoiminnan kokonaiskulut ovat noin 230 miljoonaa euroa vuodessa. Nykyisen sairausvakuutuksen niin kutsutulla epäsuoralla yritystuella (73,6 miljoonaa euroa vuonna 2011) on merkitystä var- maankin pienille yrityksille. Koko terveydenhuoltojärjestelmän kannalta tällä ei

liene juuri vaikutusta työvoiman liikkuvuuteen; vaikka tuki poistettaisiin, valtaosa yksityissektorin toiminnasta jäisi ennalleen ja korvautuisi palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmillä. Koska kilpailu alalla on vähäistä, yritykset voisivat kompensoida tuen poiston aiheuttaman palvelujen käytön vähenemisen hintoja nostamalla.

Syrjäseuduilla julkisen perusterveydenhuollon lääkärivajetta on jouduttu korvaamaan henkilöstön vuokrauksella. Erityisesti lääkärivajetta esiintyy Kainuussa, Itä-Savossa, Vaasan ympäristössä ja Etelä-Karjalassa. Lääkärivajeella ei todennäköisesti ole yhteyttä sairausvakuutuksen korvausjärjestelmään, koska niillä alueilla, joissa lääkärivajetta esiintyy, yksityisten palvelujen sairaanhoito-korvaukset ovat hyvin vähäiset. Työterveyshuollon laajentumisella on saattanut olla enemmän merkitystä.

Useimpiin maihin verrattuna Suomessa on poikkeuksellisesti lääkäreillä mahdollisuus kaksoisrooliin: he voivat työskennellä julkisessa virassa ja lisäksi pitää yksityisvastaanottoa. Päätoimensa ohessa sivutoimista yksityisvastaanottoa piti vuonna 2009 lähes 4 600 lääkäriä (Lääkärikysely 2009). Useimmissa muissa maissa yksityislääkärit tuottavat tavallisesti perusterveydenhuollon palveluja, Suomessa toimitaan paljolti erikoislääkäreinä. Suomessa lääkäri työvoiman käyttö molemmilla sektoreilla saattaa lisätä lääkäri työvoiman kokonaistyöpanosta verrattuna siihen, että työmahdollisuuksia rajoitettaisiin.

## Veronmaksajille edullinen järjestelmä

Yhteiskunnallisilta kustannuksiltaan sairaanhoitovakuutuksen korvaamat terveydenhuoltopalvelut ovat olleet edullisia julkisin palveluihin verrattuna. Vaikka Kelan hoitaman sairaanhoitovakuutuksen palveluverkko on ollut laaja viime vuosiin saakka, sen toimintakulut ovat vähäiset. Ne pienenevät lähivuosina entisestään suorakorvausmenettelyn yleistyessä. Esimerkiksi vuonna 2009 sairaanhoitovakuutuksen toimintamenot olivat vain puolitoista prosenttia sen etuusmenoista. Yksityisten sairaanhoitovakuutusten hallintokulut ovat arviolta useita prosentteja korvauksista, mikä nostaa vapaaehtoisen vakuutuksen hintaa vakuutetulle.

Sairaanhoitovakuutusjärjestelmän edullisuutta voidaan havainnollistaa laskelman avulla. Jos vastaavat yksityiset palvelut tuotettaisiin kunnissa tai maksamalla ne palveluseteleillä, tuotantokustannukset olisivat suunnilleen samat (230 miljoonaa euroa), ehkä hieman pienemmät. Kunnat saisivat näistä palveluista asiakasmaksutuloja arviolta alle 100 miljoonaa euroa. Nykykäytännön mukaan erikoislääkäri käynnit vaatisivat ylimääräisen terveystakeskuskäynnin vuodessa. Kaiken kaikkiaan kulut kunnille olisivat noin 300 miljoonaa euroa vuodessa. Jos tätä kompensoitaisiin sairausvakuutuksen korvauksina maksetuilla 74 miljoonalla eurolla, jäisi kunnille maksettavaa enintään reilut 200 miljoonaa euroa.

## Lääkäripalkkioiden korvausten kehittämisehdotuksia

### Korvaustaksojen yksinkertaistaminen

197

Korvausjärjestelmä ei ole ollut riittävän läpinäkyvä. Ennen lääkäripalvelun hankkimista vakuutetun on vaikea hahmottaa, kuinka suuri osa palkkiosta korvataan ja kuinka paljon siitä jää hänen itsensä kustannettavaksi. Laskelman tehdäkseen hänen pitäisi tietää joko tietyn aikaperusteisen palkkion (viisi eri aikaa sekä lisäksi mahdolliset todistukset ja lausunnot) tai tietyn toimenpiteen palkkion korvaustaksa (kymmenittäin erilaisia), sillä käytännössä lääkärin veloittama palkkio on useimmiten suurempi kuin taksa, jolloin korvaus siis lasketaan taksan eikä palkkion mukaan.

---

*Vakuutetun on vaikea hahmottaa, kuinka suuri osa palkkiosta korvataan ja kuinka paljon siitä jää hänen itsensä maksettavaksi.*

---

Korvausjärjestelmää selkeyttäisi taksoituksen poisto ja muutamien tiettyjen euromääräisten korvaussummien vahvistaminen kullekin erilliselle lääkäripalkkiolle (sekä eri aikaperusteisille että eri toimenpiteille). Niiden mukaisesti korvaukset olisivat ennalta määrättyjä ja aina samansuuruisia riippumatta lääkäripalvelujen kokonaiskustannuksista ja perittyjen palkkioiden suuruudesta. Tätä ehdotti myös ilmeisen yksimielisenä vuoden 2007 sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmä, mutta yleinen poliittinen tahto ei silloin ulottunut lääkäripalkkiojärjestelmän kehittämiseen. Kuitenkin vuonna 2009 saatiin sairausvakuutuslakiin kyseisen työryhmän ehdottama korvaus suuhygienistin antamasta hoidosta (hammaslääkärin määräämänä), ja vuoden 2010 alusta lukien suuhygienistien palkkiot on korvattu euromääräisesti. Tämä korvaustapa on toistaiseksi jäänyt erilliseksi poikkeukseksi muista sairaanhoitokorvauksista. Euromääräisen korvauksen etuina voidaan pitää mm. sitä, että sen suuruus voidaan laskennallisesti määrittää useammalla vaihtoehdoisella tavalla, esim. hintojen tunnuslukujen, kuten mediaanin, perusteella. Lisäksi eurokorvaus soveltuu hyvin suorakorvausmenettelyyn, ja määrääjain korvaustaso lienee suhteellisen helposti tarkistettavissa alan kustannuskehityksen mukaiseksi.

### Korvausten kohdentaminen ja rajoittaminen

Korvausjärjestelmän rahoituksen ollessa rajallinen yksi mahdollisuus olisi rajata korvauksia ja kohdentaa ne terveystaloudellisesti merkittäviin palveluihin. Maksatusta voitaisiin harkita yleislääkärien palkkioiden (osuus 21,3 prosenttia vuonna 2010 korvatuista palkkioista) sijaan ainoastaan erikoislääkärien tai vain tiettyjen erikoisalojen palkkioista. Tai pelkkiä tarkastuskäyntejä (esim. silmälääkäreillä ja gynekologeilla) rajoitettaisiin määrävuosiin (2–5 vuoden välein),

ja sitä tiheämmät käynnit edellyttäisivät spesifisen sairausdiagnoosin merkintää esimerkiksi palkkiokuittiin.

## Vapaasta hinnoittelusta luopuminen – hintakatto

198

Taksamenettelyn keskeisenä heikkoutena pidetään hintasääntelyn puuttumista sairausvakuutuksen korvaamista palveluista. Palveluntuottajat saavat vapaasti hinnoitella tuotteensa. Taksan korotusten on pelätty vaikuttavan palveluntuottajien hintoihin. Hammaslääkärin palkkiotaksojen vuoden 2008 korotuksista 30–40 prosenttia näyttää siirtyneen hintoihin (Virta ja Elo 2009; Maljanen ym. 2011; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011).

Terveyspalvelujen markkinat toimivat harvoin. Tämän vuoksi tarvitaan kolmas osapuoli ohjaamaan markkinoiden toimintaa. Monissa maissa vakuutusjärjestelmä neuvottelee, sopii ja tekee yhteistyötä työmarkkinajärjestöjen kanssa. Suomessa Kelan ja yksityisten palveluntuottajien välillä ei ole päädytty sopimukseen korvattavien palveluiden kattohinnoista tai muusta hintasääntelystä – senkin uhalla, että näistä hinnoista tulisi ennen pitkää markkinoiden vähimmäishintoja.

Hintakattomallin harkitseminen tai jonkinlaisten hintahaarukoiden neuvotteleminen esimerkiksi eri alueille, kuten pääkaupunkiseudulle, on perusteltavissa myös sillä, että lääkäripalvelujen hintaerot tiedetään huomattaviksi. Koska hintakilpailu ei toimi ja hinnat vaikuttavat palvelujen käyttöön vähäisesti, tarvitaan säätelyä (Klavus ym. 2004). Hintakattomalli tarvitsisi vähemmän hallintoa kuin kuntien kokeilussa olevat palvelusetelijärjestelmät.

## Henkilökohtainen budjetti – kiinteä korvaussumma

Valinnanvapauden ääripäätä edustaa niin kutsuttu henkilökohtaisen budjetin malli. Potilaiden valinnanvapautta ja yksityisten palvelujen käyttöä voitaisiin edistää vaihtamalla sairausvakuutuksen nykyinen korvausmenettely henkilökohtaiseen, kiinteään korvaussummaan – esimerkiksi noin 300 euroon vakuutettua kohti viidessä vuodessa. Kustannusneutraalisti tähän summaan päästään jakamalla Kelan vuonna 2011 koko sairaanhoitovakuutuksen korvauksiin maksama summa (yhteensä 274 miljoonaa euroa) vakuutettujen lukumäärällä, jolloin kiinteä vuosikorvaus vakuutettua kohti olisi noin 50 euroa ja noin 300 euroa viiden vuoden aikana. Kullekin vakuutetulle luotaisiin henkilökohtainen tili, josta hän tarvitessaan hyödyntäisi sovitun korvaussumman määräjassa. Hän päättäisi itse korvauksen kohdentamisesta kokemansa tarpeen mukaisesti esimerkiksi gynekologilla- tai silmälääkärillä- tai hammaslääkärilläkäyntiin. Kelan tilastojen perusteella naiset kävivät gynekologilla keskimäärin kahdesti ja

väestö silmälääkärissä keskimäärin kerran viiden vuoden aikana, joten kiinteä korvaussumma saattaisi riittää myös yksityissektoria käyttävien monien potilaiden tarpeisiin paremmin kuin nykyjärjestelmässä.

Kiinteän korvauksen mallissa potilaan omavastuu olisi nykyistä huomattavasti pienempi – tosin vain niin pitkälle kuin kiinteää korvausta riittäisi. Silloin se mahdollistaisi myös pienituloisille nykyistä paremman valinnanvapauden yksityisten palvelujen käytössä. Palvelujen käyttäjälle syntyisi kannuste seurata palvelujen hintoja ja miettiä tarkemmin palvelujen käyttötarkoitusta, koska sairausvakuutuskorvaus olisi ikään kuin omaa rahaa mutta riittäisi vain tiettyihin palveluihin ja niissä vain tiettyyn määrään.

Yritykset todennäköisesti kohtaisivat enemmän hintakilpailua, jos valistuneet kuluttajat ryhtyisivät vertailemaan hintoja. Toisaalta yritykset hyötyisivät siitä, että potilaskunta laajenisi; ainakin teoriassa huomattavasti pienemmällä omavastuulla pitäisi olla vaikutusta yksityisten palvelujen asiakaskunnan laajentumiseen.

Järjestelmä muistuttaisi nk. tilimalleja (ks. Järvelin ym. 2005) siinä mielessä, että sairausvakuutuksen käyttövara olisi korvamerkitty omaan henkilökohtaiseen käyttöön. Terveystilimalleista (esim. Singapore, Kiina ja Etelä-Afrikka) poiketen tässä mallissa itse henkilöt eivät säästäisi rahaa tilille vapaaehtoisen eläkevakuutuksen tapaan, vaan varat kerättäisiin entiseen tapaan pakollisena julkisena sairausvakuutusmaksuna. Hollannin vammaispalveluissa on käytössä vastaava henkilökohtaisen budjetin järjestelmä (Mikkola 2003). Englannissakin tätä on kokeiltu muun muassa vanhusten ja mielenterveyspotilaiden osalta (Glendinning 2008). Kiinteä korvaus muistuttaisi myös palvelusetelimallia siinä mielessä, että vakuutetulle olisi varattu tietty summa yksityispalveluja varten. Palvelusetelistä se eroaisi siinä, että potilaalla olisi täydellinen vapaus valita lääkäri ja palveluntuottaja. Palveluihin pääsyä ei tarvitsisi myöskään anoa mistään erikseen. Kiinteän korvauksen malli olisi toteutettavissa teknisesti, sillä jo nykyisin Kela seuraa esimerkiksi lääkkeiden maksukattoja automaattisesti ja potilas voi seurata kertymäänsä internetin kautta. Kiinteä summa voitaisiin määrittää myös erikseen lääkäri- ja hammaslääkäripalveluihin sekä tutkimukseen ja hoitoon, jos sairaanhoitovakuutuksen eri korvausten yhteensovittaminen ei saisi kannatusta.

Mallin suurimmat häviäjät olisivat yksityisiä palveluita nykyisin paljon käyttäneet (monisairaant keski- ja suurituloiset), ja toisaalta siitä hyötyjiä olisivat yksityisiä palveluja aikaisemmin käyttämättömät. Palvelujen tarpeettoman käytön ehkäisemiseksi korvaukseen olisi määritettävä jonkinasteinen omavastuu ennen kulloisenkin maksatuksen alkamista. Toimenpideluokitus voisi olla edelleen voimassa ja kertymä karttuisi sen mukaisesti.

---

*Kiinteän korvauksen malli olisi toteutettavissa teknisesti. Jo nykyisin Kela seuraa automaattisesti potilaan lääkkeitään maksamaa summaa. Myös potilaat voivat seurata korvauksiaan internetin kautta.*

---

## Pohdinta

Kela-korvausten poistoa lääkärinpalkkioista ovat esittäneet muun muassa THL:n asiantuntijaryhmä (2010) ja STM:n työryhmä (2011). Kevään 2012 budjettiriihessä hallitus päätti leikata yksityissektorin palvelujen sairaanhoitokorvauksista 20 miljoonaa euroa. Tätä kirjoitettaessa ei vielä tiedetty, mihin yksityissektorin palveluihin leikkaukset kohdentuvat.

200

Lääkärinpalkkioiden lakisääteisen korvauksen poisto tulee kasvattamaan yksityishenkilöiden sairauskuluja – ainakin aluksi. Todennäköisesti yksityiset sairauskuluvakuutukset alkavat yleistyä, sillä Kela-korvauksen poisto muodostuisi oivaksi markkinaraoksi yksityisille vakuutusyhtiöille. Ne todennäköisesti hyödyntäisivät tilanteen julistaen markkinoinnissaan, ettei julkisen sektorin palvelulupaus ja tuki enää mahdollista suoraa ja nopeaa erikoislääkärin valintaa. Myös runsaskätiset työnantajat saattaisivat sisällyttää työsuhde-etuihin työterveyshuollon lisäksi edellä mainitun kaltaisia vakuutuksia, mikä johtaisi niiden kasaantumiseen suurten yritysten työntekijöille. Yksityisten vakuutusten kasvu puolestaan antaisi palveluja tuottaville yrityksille mahdollisuuden nostaa hintoja – elleivät vakuutusyhtiöt sitten ryhdy valvomaan palveluja käyttävien kuluja esim. tekemällä sopimuksia palveluntuottajien kanssa.

Yksityisten palvelujen kysynnän vähetessä palveluntuottajat saattavat joko laskea tai nostaa hintojaan. Todennäköisempi vaihtoehto on hintojen nostaminen, koska hintakilpailu yksityisissä palveluissa on vähäistä. Pienikin Kela-korvaus näyttää toimineen eräänlaisena psykologisena sopimuksena sairausvakuutuksen ja palveluntuottajien välillä. Tämän vaikutuksen poistuminen saattaa nostaa lääkärissäkäynnin hintaa entisestään. Hintojen nousua suurempi ongelma on todennäköisesti kuitenkin terveyskeskusten käytön kuormittuminen. Yksityisten palvelujen suhteellisesti kallistuessa voidaan kyselytutkimusten ja hintajoustalaskelmien perusteella ennakoida, että noin kolmasosa palvelujen käyttäjistä siirtyy

---

*Jos yksityissektori toimisi täysin erillään julkisesta sektorista, toimisiko yksityislääkäri pelkästään potilaiden tai vakuutusyhtiöiden ehdoilla ja varoilla? Voisiko hän lähettää potilaansa julkiseen sairaalaan tutkimuksiin ja hoitoihin? Saisiko potilas hänen määräämistään lääkkeestä Kela-korvauksen?*

---

jonottamaan julkisiin palveluihin. Ikääntymisen ja suurten kansantautien kuormittaessa palvelujärjestelmää herää kysymys: onko perusterveydenhuollon järkevää ryhtyä panostamaan naistentauteihin ja silmälääkäripalveluihin?

Yksikanavaista rahoitusmallia ehdottaneilta (esim. THL:n asiantuntijaryhmä 2010) näyttää unohtuneen monta käytännön toteutukseen liittyvää kysymystä. Jos yksityissektori toimisi täysin erillään julkisesta sektorista, toimisiko yksityislääkäri pelkästään potilaiden tai vakuutusyhtiöiden ehdoilla ja varoilla? Voisiko hän lähettää potilaansa julkisen sairaalan tutkimuksiin ja

hoitoihin? Saisiko potilas hänen määräämistään lääkkeestä Kela-korvauksen? Tällaisten rajanylitysten poissulku taitaa olla varsin epärealistista, ellei sitten koko terveydenhuoltoa järjestetä kerralla siten, että potilaan pitää valita vain joko yksityinen tai julkinen sektori, ja tämä valinta määrää vastaisuudessa kertyvien kustannusten rahoituksen. THL:n ehdotuksen mukainen vapaus valita yksityisen ja julkisen sektorin välillä samoin ehdoin ja asiakasmaksuin tulee nostamaan huomattavasti julkisen talouden kuluja.

Lääkärinpalkkioiden korvausjärjestelmän vahvuuksia ovat olleet sen tarkka tuotteistus ja kansallisesti ajantasaiset rekisterit. Kela-korvauksen poisto tulee tarkoittamaan yhteiskunnalle mm. sitä, ettei yksityisten terveyspalvelujen käytöstä enää kerry rekisteri- eikä tilastotietoja. Voidaanko yksityisiä palveluntuottajia velvoittaa tallentamaan kattavasti vaikkapa eri erikoisalojen lääkärissäkäyntien määriä kuvastavia tietoja esim. kansalliseen potilasarkeeseen?

Lääkärinpalkkioiden korvausjärjestelmän ongelmat ovat kiteytyneet ohjauksen riittämättömyyteen ja korvausten epätasaiseen jakautumiseen alueellisesti ja eri tuloryhmien kesken. Alueellista eriarvoisuutta on vaikea vähentää, koska yksityinen tarjonta keskittyy sinne, missä on riittämiin maksukykyistä väestöä. Toisaalta uudet konsultaatiopalvelut tai julkisen sektorin tilojen iltakäyttö saattavat tarjota yksityissektorille mahdollisuuden kasvattaa palvelutarjontaa myös syrjäseuduilla.

Ratkaisuksi puutteellisesta hoidon porrastuksesta aiheutuviin ongelmiin on esitetty erilaisia portinvartijasysteemejä. Yksityislääkärin oikeutta laatia läheteitä julkiseen erikoissairaanhoidon voitaisiin rajoittaa tai toisaalta yksityissektorin erikoislääkärin Kela-korvauksen saamisen edellytykseksi voitaisiin vaatia lähete julkisen sektorin portinvartijalta (Sörensen ja Myllykangas 2012). Aiheuttaisivatko tällaiset rajoitukset potilaille enemmän harmia kuin hyötyä? Lisäkulut yhteiskunnalle olisivat mittavat. Vai pitäisikö läheteasiaa tarkastella täysin uudesta näkökulmasta: jospa Kelan sairausvakuutus tukisi kuntien terveyskeskuslääkäreitä lähettämään potilaita yksityissektorille palvelusetelijärjestelmän tapaan? Tarvitaanko joka kuntaan omanlaisensa terveyspalvelusetelijärjestelmä – eikö yksi kansallinen yksityissektorin palvelujen käyttöä tukeva järjestelmä ole riittävä?

## Lähteet

Aaltonen J, Järviö M-L, Luoma K, Rätty T. Terveyskeskusten tuottavuuden ja tehokkuuserojen kehitys vuosina 1988–2002. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-keskustelualoitteita 354, 2004.

Ainola O. Valelääkärit eivät ohjaa politiikkaa. *Talouselämä* 2011 (41): 21–23.

Glendinning C, Challis D, Fernández J-L ym. Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme. Final Report. York: University of York, 2008.

Haataja A, Juutilainen V-P, Mattila Y. Yksityisiä terveyspalveluja käyttävät kaikki väestöryhmät. Toiset enemmän kuin toiset. Sosiaalivakuutus 2008; 46 (6): 34–35.

Harno J. Kela on esittänyt taksojen nostamista. Helsingin Sanomat, Mielipide, 17.4.2008.

HE 129/1962. Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi.

Hujanen T, Kapiainen S, Tuominen U, Pekurinen M. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Helsinki: Stakes, Stakesin työpapereita 3, 2008.

Järvelin J, Klavus J, Pekurinen M, Mikkola H. Terveystili terveydenhuollon rahoituksessa. Kansantaloustieteellinen aikakauskirja 2005; 101 (4): 458–468.

Kaukonen T, Pärnänen H. Järjestelmäkirjymän raportti jäi keskeneräiseksi. Pääkirjoitus. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 1633.

Kekomäki M. Kelan korvaukset edustavat pääosiltaan menneitä aikoja. Mielipide. Helsingin Sanomat 27.3.2006.

Kekomäki M. Pörssi ei muuten opeta. Puheenvuoro. Medi uutiset 30.3.2007.

Kela. Aktuaariraportti. Kelan hoitama sosiaaliturva 2010–2060. Helsinki: Kela, Kelan aktuaarijulkaisuja 9, 2011.

Klavus J, Pekurinen M, Järvelin J, Mikkola H. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. Kansantaloustieteellinen aikakauskirja 2004; 100 (4): 440–456.

KM 1993:29. Sairaanhoidovakuutustoimikunnan mietintö.

*Lait:*

L 66/1972. Kansanterveyslaki.

L 102/2011. Laki sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki.

Linna M. Measuring hospital performance. The productivity, efficiency and costs of teaching in Finnish hospitals, Helsinki: Stakes, Research Reports 98, 1999.

Lääkärikysely 2009. Helsinki: Lääkäriliitto. Saatavissa: <<http://www.lääkäriliitto.fi>>.

Maljanen T, Komu M, Mikkola H. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystaloustiede 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011: 28–33

Mikkola H. Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa Helsinki: STM, Monisteita 15, 2003.

Mikkola H. Yksityissektori ja sairaanhoidovakuutus. Miten Kela tukee asiakasta? Kelan tutkimusosaston seminaari, Helsinki, 9.6.2011. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/130611083949HJ>>.

Mikkola H, Hujanen T, Virta L, Maljanen T. Annetaanko sairausvakuutuskorvausten näivettyä. Suomen Lääkärilehti 2011; 66 (6): 448–449.

OECD. OECD reviews of health systems. Finland. Paris: OECD, 2005.

Pesola H. Aktiivinen vaikuttaminen kannatti. Sosiaalivakuutus 2011; 49 (3): 9.

STM. Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio. Helsinki: STM, Työryhmämuistio 8, 1989.

STM. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 14, 2006.

STM. Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 34, 2007.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.

Sörensen L, Myllykangas M. Terveydenhuoltoon pitää saada portinvartija. Mielipide. Helsingin Sanomat 11.2.2012.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, 2010.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

Virta L, Toikka T. Kela-korvaus yksityislääkärin palkkiosta muita useammin suurituloisille. Sosiaalivakuutus 2007; 45 (5): 16–17.

Virta L, Elo J. Sairaanhoitovakuutuksen nopein kasvu hammaslääkärinpalkkioissa. Sosiaalivakuutus 2009; 47 (2): 36–37.

## **Katri Aaltonen, Leena K. Saastamoinen, Hanna Koskinen ja Jaana E. Martikainen**

### **Onko monikanavaisuus lääkehuollon ongelma?**

**Lääkekustannukset kasvoivat Suomessa 2000-luvulla keskimäärin nopeammin kuin muut terveydenhuoltomenot. Lääkehoitojen monikanavainen rahoitus on mainittu yhdeksi syyksi nopeasti kasvaviin lääkekustannuksiin. Euroopan maissa lääkkeiden rahoitus ja avohoidon lääkkeiden kustannusten korvaaminen on järjestetty monin eri tavoin. Avohoidossa käytettävien lääkkeiden korvauspäätökset on poikkeuksetta keskitetty mutta lääkkeiden rahoitustavat vaihtelevat. Jos Suomessa siirryttäisiin esimerkiksi Ruotsin järjestelmän kaltaiseen kustannusperusteiseen korvausjärjestelmään, pitäisi lääkemääräyskäytäntöä kustannusten kasvun hallitsemiseksi ohjata Ruotsin tapaan huomattavasti enemmän myös korvausjärjestelmän ulkopuolisin keinoin.**

Viimeaikaisissa suomalaista terveydenhuoltoa ja lääkehuoltoa arvioineissa raporteissa on kiinnitetty huomiota lääkehoitojen monikanavaisen rahoituksen tuomiin ongelmiin (OECD 2005; Mossialos ja Srivastava 2008; THL:n asiantuntijaryhmä 2011; Leikola 2011). Avo- ja laitoshoidon lääkkeiden rahoitusvastuun jakautumisen sairausvakuutukselle ja kunnille on sanottu voivan johtaa osaoptimointiin ja yhteiskunnan kannalta epärationaalisin lääkevalintoihin sekä monimutkaistavan järjestelmää. Väitteiden mukaan julkisessa terveydenhuollossa on esimerkiksi voitu siirtää kalliiden lääkkeiden kustannuksia sairausvakuutukselle kehottamalla potilasta hakemaan poliklinikalla annettava lääke itse avohoidon apteekista, jolloin lääkekustannukset siirtyvät potilaan ja Kelan maksettavaksi. On myös esitetty, että monikanavaisuuden vuoksi potilaalle voidaan valita sellainen hoito, joka on edullinen omalle toimintayksikölle mutta kokonaistaloudellisesti kallis (esim. Huttunen 2007). Myös avohoidon lääkkeiden korvattavuuspäätöksiin on arvioitu liittyvän osaoptimoinnin vaara, jos korvattavuudesta päätävällä Lääkkeiden hintalautakunnalla ei ole kannusteita tai mahdollisuuksia tarkastella päätöstensä vaikutuksia terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin (Räsänen ja Roine 2011; THL:n asiantuntijaryhmä 2011). Ratkaisuksi on ehdotettu muun muassa lääkkeiden rahoitusvastuun siirtämistä yhdelle maksajataholle. Kuvatut ilmiöt ovat usein esillä keskustelussa, mutta niiden yleisyydestä ja merkityksellisyydestä ei ole tutkimustietoa.

## Lääkekustannukset

Vuonna 2010 lääkkeiden kokonaismyynti oli Suomessa 2,6 miljardia euroa (taulukko 1). Merkittävin osuus summasta, 71 prosenttia, muodostui avohoidossa käytettyjen reseptilääkkeiden kustannuksista. Avohoidossa käytettyjen itsehoitolääkkeiden osuus kustannuksista oli 12 prosenttia ja laitoksiin myytyjen lääkkeiden osuus 17 prosenttia. Uusimmat tiedot lääkkeiden osuudesta terveydenhuoltomenoista ovat vuodelta 2009. Tuolloin avohoidon lääkkeiden osuus Suomen terveydenhuoltomenoista oli 14 prosenttia. (Suomen lääketilasto 2010.) Osuus on pienempi kuin EU-maissa keskimäärin. EU-maissa lääkkeiden osuus terveydenhuoltomenoista oli keskimäärin 19 prosenttia ja EU 15 -maissa keskimäärin 15 prosenttia (Vogler 2011).

Vuodesta 1998 vuoteen 2008 lääkekustannukset kasvoivat Suomessa keskimäärin nopeammin kuin terveydenhuoltomenot: lääkekustannusten vuosittainen reaalikasvu oli 4,8 prosenttia ja terveydenhuoltomenojen vuosittainen kasvu 4,4 prosenttia. EU-maissa vastaavat luvut olivat keskimäärin 4,7 prosenttia ja 4,0 prosenttia. (OECD 2010a.) Vuosien 2003 ja 2008 välillä lääkekustannusten kasvu EU:n alueella hidastui ja Suomessakin vuotuinen kasvu pieneni 2,9 prosenttiin (OECD 2010b). Vuosina 2009 ja 2010 lääkemenot ovat Suomessa käyvin hinnoin tarkasteltuna pienentyneet, mikä on johtunut lääkevaihdon laajenemisesta, lääkkeiden viitehintajärjestelmän käyttöönotosta ja näiden myötä lisääntyneestä lääkkeiden hintakilpailusta (Suomen lääketilasto 2009 ja 2010; Saastamoinen ym. 2010, 39–44).

**Taulukko 1.** Lääkkeiden myynti vuonna 2010.

|                               | Miljoonaa euroa | Osuus myynnistä, % |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|
| Avohoidon reseptilääkkeet     | 1 867           | 71                 |
| Avohoidon itsehoitolääkkeet   | 307             | 12                 |
| Laitoksissa käytetyt lääkkeet | 444             | 17                 |
| Yhteensä                      | 2 619           | 100                |

Lähde: Suomen lääketilasto 2010.

## Avohoidon lääkkeiden korvausjärjestelmät

Suomen lääkekorvausjärjestelmässä on monia piirteitä, jotka ovat yleisiä myös muissa Euroopan maissa. Kaikissa EU-maissa avohoidon lääkkeiden korvattavuudesta päätetään keskitetysti, ja lähes kaikissa maissa lääkkeen hinta on yksi

korvattavuuden arviointiperusteista (Vogler ym. 2008, 59). Suomessa päätöksen lääkkeen kuulumisesta korvausjärjestelmään tekee sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva Lääkkeiden hintalautakunta (Pelkonen ja Kurkijärvi 2011). Lääkkeen korvattavuudesta päätettäessä tarkastellaan mm. lääkkeen hoidollista arvoa, hintaa ja kustannusvaikuttavuutta.

Englanti, Saksa ja Tanska poikkeavat muista EU-maista siinä, että niissä lääkkeen hintaa ei säännellä korvattavuudesta päätettäessä, mutta näissäkin maissa hintoja säännellään epäsuorasti (Vogler ym. 2008, 59). Englannissa sääntely kohdistuu lääkeyritysten katteisiin, ja Saksassa ja Tanskassa on käytössä viitehintajärjestelmä. Lisäksi Saksassa osa korvattavista lääkkeistä valitaan tarjouskilpailun perusteella (Kanavos ym. 2009). Englanti ja Saksa ovat kuitenkin siirtymässä valmistekohtaiseen hintasääntelyyn, jossa lääkkeen hinta perustuu pääasiassa sen hoidolliseen arvoon. Saksan uudessa järjestelmässä lääkeyritykset neuvottelevat hoidollista lisäarvoa tuottavien uusien lääkkeiden hinnat vakuutuslaitosten kanssa, mutta uudet lääkkeet, joilla ei katsota olevan lisäarvoa, sisällytetään terapeuttiseen viitehintajärjestelmään. (OECD 2010b.)

Lääkkeiden korvaustason määräytymistavat eri maissa voidaan jakaa karkeasti kolmeen ryhmään. Järjestelmiä, joissa lääkkeen korvaus tai korvaustaso on sidottu sairauteen, johon lääke on tarkoitettu, on Suomen lisäksi käytössä muun muassa Baltian maissa, Irlannissa, Itävallassa, Norjassa ja Ranskassa. Ruotsissa ja Tanskassa, ja tulevaisuudessa mahdollisesti myös Islannissa, korvaustaso perustuu pelkästään potilaan käyttämien lääkkeiden vuosikustannuksiin. Muun muassa Belgiassa, Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Norjassa ja Saksassa korvaustason vaikuttavat myös esimerkiksi lääkkeen käyttäjän taloudellinen tilanne tai ikä. (Vogler ym. 2008, 79–82.)

Suomessa avohoidossa käytettyjen lääkkeiden kustannuksia korvataan sairausvakuutuksesta. Korvaukset rahoitetaan verotuloin ja vakuutetuilta kerättävällä veroluonteisella sairaanhoitomaksulla. Vastuu korvausmenoista on keskitetty valtakunnalliselle toimijalle myös esimerkiksi Irlannissa, Norjassa ja Portugalissa. Hajautetut järjestelmät ovat keskitettyjä järjestelmiä hieman yleisempiä. Vastuu kustannuksista voi olla hajautettu esimerkiksi vakuutuslaitoksille, kuten Alankomaissa, Belgiassa, Itävallassa, Kreikassa, Ranskassa ja Saksassa, tai aluehallinnoille, kuten Espanjassa, Isossa-Britanniassa, Italiassa, Ruotsissa ja Tanskassa. Hajautetuille järjestelmille on tyypillistä, että vaikka korvattavuuspäätökset tehdään keskitetysti, eri alueilla tai vakuutusyhtiöillä voi olla omia tarkempia ohjeita tai määräyksiä lääkkeiden määräämisestä tai korvaamisesta tai molemmista. (Vogler ym. 2008; PPRI – Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information 2012.)

## Suomessa korvausjärjestelmä ohjaa lääkkeiden käyttöä

Suomalainen lääkekorvausjärjestelmä ohjaa lääkemääräyskäytäntöä monin tavoin. Erityiskorvausjärjestelmän avulla voidaan ohjata lääkekorvausmenoja pitkäaikaisiin ja vaikeisiin sairauksiin ja niihin lääkehoitoihin, joiden on arvioitu olevan näissä sairauksissa teholtaan ja kustannusvaikuttavuudeltaan hyviä. Lääkkeiden peruskorvausten rajoittamisella tietyille potilasryhmille taas pyritään kohdentamaan nämä hoidot niille potilaille, joiden tiedetään niistä hyötyvän. Näiden tavallista peruskorvausta säädellyimpien korvausten osuus lääkekorvausmenoista on suuri: vuonna 2010 lääkekorvauksista noin 70 prosenttia maksettiin sellaisista ostoista, joiden korvaamisen taustalla oli potilaskohtainen päätös joko erityiskorvauksesta tai peruskorvauksesta (Suomen lääketilasto 2010).

Lääkemääräyskäytännön ohjaajana korvausjärjestelmä on osoittautunut tehokkaaksi. Esimerkiksi vuonna 2006, kun kalleimpien statiinien korvaukset rajoitettiin vain niille potilaille, jotka eivät riittävästi hyötynet halvemmista statiineista tai jotka eivät voineet käyttää niitä haittavaikutusten vuoksi, väheni kalleimpien statiinien käyttö merkittävästi ja vastaavasti halvemmän statiinin, simvastatiinin, suosio kasvoi (kuvio 1) (Martikainen ym. 2010).

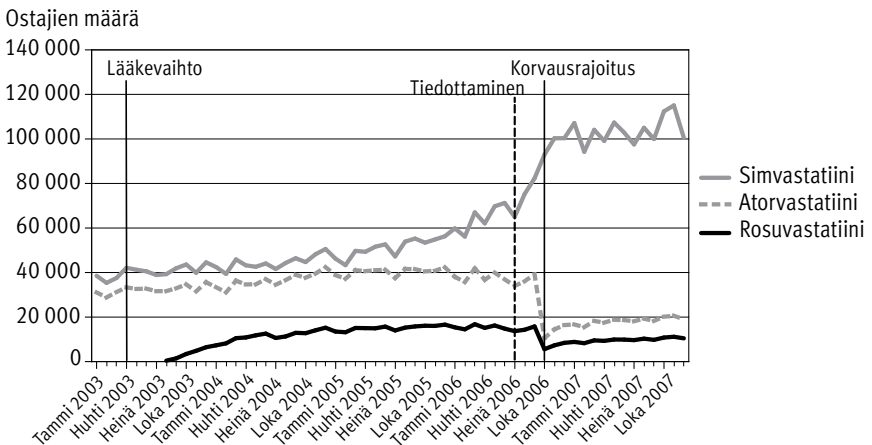
Suomessa on pystytty lääkekorvausjärjestelmän keinoin myös lisäämään lääkevalmisteiden välistä hintakilpailua ja edullisten lääkevalmisteiden käyttöä. Vuonna 2009 voimaan tulleen lääkkeiden viitehintajärjestelmän ja lääkevaihdon

---

*Korvauksista 70 prosenttia maksetaan potilaskohtaisen päätöksen perusteella.*

---

**Kuvio 1.** Atorvastatiinia, rosuvastatiinia ja simvastatiinia ostaneiden määrät kuukausittain vuosina 2003–2007 (Martikainen ym. 2010).



laajenemisen arvioidaan säästäneen ensimmäisen 12 kuukauden aikana potilaiden ja sairausvakuutuksen lääkemenoja yhteensä 110 miljoonaa euroa ja alentaneen lääkekorvausmenoja noin 8 prosenttia. Suurimmat kokonaissästöt syntyivät psykoosilääkkeiden ja sydän- ja verisuonilääkkeiden ryhmissä, joissa molemmissa oli paljon käytettyjä lääkaineita, jotka eivät aiemmin olleet mukana lääkevaihdossa. (Saastamoinen ym. 2010.) Esimerkiksi psykoosilääkkeistä olantsapiinin kustannukset olivat vuoden kuluttua viitehintajärjestelmän käyttöönnotosta noin 34 prosenttia ja ketiapiinin noin 65 prosenttia siitä, mitä ne olisivat olleet järjestelmän muutosta edeltävien hintojen perusteella laskettuna (Koskinen Hanna, julkaisematon tieto).

Toisaalta lukuisat korvauskriteerit ovat tehneet lääkekorvausjärjestelmästä monimutkaisen, vaikeasti ymmärrettävän ja paljon hallinnollista työtä vaativan. Esimerkiksi vuonna 2010 Kelassa tehtiin yhteensä 157 000 potilaskohtaista päätöstä lääkkeiden erityiskorvauksista tai rajoitetuista peruskorvauksista (Kela 2011). Järjestelmää onkin moitittu siitä, että se vaatii paljon hallinnollista työtä niin terveydenhuollossa, apteekeissa kuin Kelassakin. On arvioitu, että lääkekorvauksia varten tarvittavien lääkärintlausuntojen laatiminen vie noin 50 lääkärin työpanoksen vuodessa (Virta 2009). Terveydenhuollossa toimivien lääkäreiden osuus tästä on 36 ja Kelassa toimivien 14 henkilötyövuotta. Erityiskorvausjärjestelmää on moitittu myös vanhentuneeksi. Siihen lisätäänkin tai siitä poistetaan sairauksia tätä nykyä varsin harvoin. Uusia lääkkeitä erityiskorvausjärjestelmään sen sijaan lisätään jatkuvasti.

## Potilaiden suuri omavastuu

Suomen lääkekorvausjärjestelmän heikkoutena voidaan pitää myös sitä, että potilaiden maksuosuus lääkkeiden kustannuksista on suuri. Korvausjärjestelmään kuuluvien lääkkeiden kustannuksista sairausvakuutus korvaa keskimäärin 71 prosenttia (Suomen lääketilasto 2010). Jos huomioidaan kaikki avohoidossa käytetyt lääkkeet, myös korvausjärjestelmän ulkopuolella olevat reseptilääkkeet sekä itsehoitolääkkeet, pienenee julkisen rahoituksen osuus kustannuksista 57 prosenttiin. Julkisen rahoituksen osuus on siten Suomessa pienempi kuin EU-maissa keskimäärin. Vuonna 2009 julkisen rahoituksen osuus avohoidon lääkkeistä oli EU 27 -maissa keskimäärin 59 prosenttia ja EU 15 -maissa 70 prosenttia. (Vogler 2011.)

Myös potilaiden maksettavaksi jäävien omavastuiden vuotuinen katto on Suomessa korkea. Kelan reseptitiedoston mukaan toimeentulotuen kautta maksettiin vuonna 2010 yli 80 000 henkilön lääkemenoja lähes 16 miljoonaa euroa.

Summa on kuitenkin aliarvio, koska reseptitiedostossa on tieto toimeentulotuen käytöstä vain, jos osto maksetaan sosiaalitoimen maksusitoumuksella. Toimeentulotuesta jälkikäteen maksetuista kustannuksista rekisterissä ei ole tietoja.

Vuonna 2007, jolloin katto oli Suomessa 617 euroa, vastaava katto oli Tanskassa 472 euroa, Norjassa 205 euroa, Ruotsissa 194 euroa ja

---

*Lääkkeitä maksetaan myös toimeentulotuesta.*

---

209

Isossa-Britanniassa 134 euroa. Saksassa potilaiden maksuosuus oli enimmillään 2 prosenttia heidän bruttotuloistaan. Eroja on myös siinä, määritetäänkö omavastuukatto henkilökohtaisesti, kuten Suomessa, vai kotitalouskohtaisesti. Muun muassa Ruotsissa perheen lapsilla on yhteinen omavastuukatto ja Irlannin DP-järjestelmässä koko perheen ostot sisältyvät samaan omavastuukattoon. Omavastuukattojen lisäksi useiden Euroopan maiden korvausjärjestelmissä on sellaisia mekanismeja, jotka suojaavat taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevia väestöryhmiä kohtuuttomalta maksurasitukselta. Norjassa taas yksi omavastuukatto koskee kaikkia terveydenhuoltopalveluita, mikä estää eri menoerien kumuloitumisen kohtuuttomaksi. (Vogler ym. 2008, 93; PPRI – Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information 2012.)

## Lääkkeet sairaaloissa ja laitoksissa

Suomessa sairaaloiden ja muiden julkisten laitosten käyttämien lääkkeiden rahoitusvastuu on kunnilla. Lääkkeiden hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointiin ei laitoksissa ole samanlaista valtakunnallista arviointimenettelyä kuin avohoidon korvausjärjestelmässä, vaan laitokset ja sairaanhoitopiirit päättävät itse omasta lääkevalikoimastaan. Ne hankkivat lääkkeensä tarjouskilpailun perusteella, mutta yksittäisten laitosten sijaan kilpailuttamisen hoitavat yleensä suuret, useita sairaanhoitopiirejä käsittävät kilpailutusrenkaat (Järviluoma ja Iso-Mustajärvi 2009). Menettely antaa kilpailuttamiselle enemmän voimaa ja vähentää samalla kilpailuttamisesta syntyvää päällekkäistä työtä.

Laitosten käyttämien lääkkeiden todellisia kokonaiskustannuksia ei tunneta. Olemassa olevat, koko maata koskevat tilastot laitosten lääkekustannuksista perustuvat kulloinkin voimassa olevan lääkehinnaston tukkumyyntihintoihin, vaikka laitokset saavat kilpailuttamisen seurauksena osan lääkkeistään hinnastojen tukkuhintoja alhaisemmalla hinnalla. Lääkehankintojen kilpailuttamisen merkitys lääkekustannuksissa on merkittävä: Pirkanmaan ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä kilpailutuksen arvioitiin tuoneen vuonna 2008 noin 20 prosentin säästöt (Järviluoma ja Iso-Mustajärvi 2009).

Myös muissa Euroopan maissa sairaalat ja laitokset päättävät itse omasta lääkevalikoimastaan rahoitusvastuun ollessa tyypillisesti sosiaalivakuutuslaitoksella tai valtiolla. Rahoituksesta vastaa – toisin kuin Suomessa – yleensä sama taho kuin avohoidon lääkkeiden rahoituksestakin. Joissain maissa, kuten Alankomaissa, Ranskassa ja Saksassa, erittäin kalliita lääkkeitä rahoitetaan keskitetysti valtion budjetista sairaalabudjetin ohi, ja muun muassa Ranskassa kalleimmat avohoidossa käytetyt lääkkeet jaetaan potilaille sairaaloista. Kuten Suomessa, potilaat eivät yleensä maksa erikseen julkisissa laitoksissa saamistaan lääkkeistä, vaan ne sisältyvät hoitopäivämaksuun. (Vogler ym. 2010.)

## Lääkkeiden rahoitus ja lääkekorvausjärjestelmä Ruotsissa

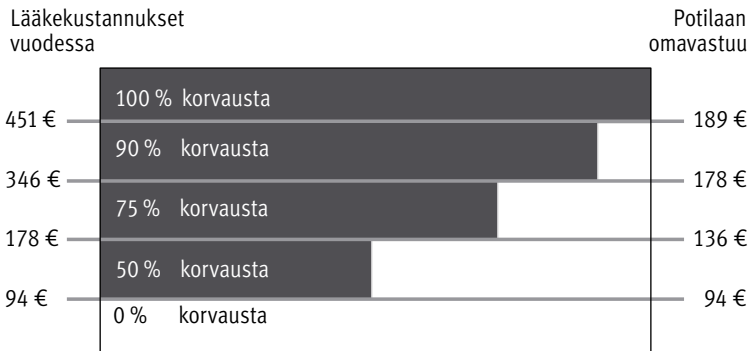
Ruotsin lääkkeiden rahoitus- ja korvausjärjestelmää on esitetty yhtenä mallina sellaisesta järjestelmästä, johon Suomen kannattaisi pyrkiä (Huttunen 2006; Merikallio ja Pärnänen 2012). Maassa päätökset avohoidossa korvattavista lääkkeistä tehdään valtakunnallisesti, mutta kustannusvastuu sekä avo- että laitoshoidon lääkkeistä on maakunnilla. Maakunnat vastaavat myös muiden terveydenhuoltopalvelujen rahoituksesta. Maakuntien väestömäärä vaihtelee 600 000:sta 2 miljoonaan asukkaaseen. (Godman ym. 2009.)

Avohoidon lääkkeiden korvausjärjestelmä uudistettiin Ruotsissa vuonna 1997. Aiemmin maassa oli monin osin samantyyppinen järjestelmä kuin Suomessa: pitkäaikaisissa sairauksissa lääkkeet olivat potilaalle maksuttomia ja muiden lääkkeiden kustannuksista potilaat maksoivat osan itse. Uudistetussa järjestelmässä lääkekorvauksen tasoon vaikuttavat ainoastaan lääkehoidoista potilaalle tulevat kustannukset (kuvio 2; taulukko 2). Uuden järjestelmän käyttöönoton seurauksena lääkekorvausmenot kasvoivat nopeasti, mikä johti korvaustason madaltamiseen jo kaksi vuotta järjestelmän käyttöönoton jälkeen. Samanaikaisesti uuden korvausjärjestelmän kanssa maakunnat veloitettiin perustamaan lääkekomiteoita edistämään rationaalista lääkkeiden määräämistä. Ruotsissa maakunnissa tehty työ rationaalisen lääkkeiden käytön edistämiseksi on ollut aktiivista ja monipuolista. Esimerkiksi Tukholman alueella lääkekomitea tuottaa muun muassa lääkehoitoja ohjaavaa *Kloka listan* -lääkeluettelo, antaa lääkäreille palautetta heidän lääkemääräyskäytännöstään ja yhdistää tähän tarvittaessa lääkehoidon asiantuntijan käynnin lääkärin luona. Osassa maakunnista käytetään myös lääkäribudjetteja lääkekustannusten hillitsemiseksi. Maakunnat voivat lisäksi rajoittaa korvausjärjestelmään hyväksytyjen lääkkeiden käyttöä. Ne voivat esimerkiksi rajoittaa lääkkeen käytön vasta toisen tai kolmannen linjan hoidoksi tai määrittää lääkkeen käytöstä koituville kustannuksille katon. (Martikainen ja Rajaniemi 2002; Godman ym. 2009.)

**Taulukko 2.** Lääkkeiden korvaaminen Suomessa ja Ruotsissa.

| Suomi  | Ruotsi  |
|--|---|
| Kolmiportainen sairauden pitkäaikaisuuteen ja vakavuuteen perustuva korvaus.   | Viisiportainen kustannuksiin perustuva korvaus (poikkeuksena insuliinit).   |
| Geneerinen viitehintajärjestelmä, potilas maksaa viitehinnan ylittävän osan.   | Geneerinen viitehintajärjestelmä, potilas maksaa viitehinnan ylittävän osan.  |
| Henkilökohtainen omavastuukatto n. 700 € / kalenterivuosi, korjaus elinkustannusindeksillä vuosittain. Katon ylityttyä potilas maksaa lääkkeestä kiinteän omavastuun 1,5 € / lääke.    | Henkilökohtainen omavastuukatto n. 200 € / 12 kuukautta (korotus vuonna 2012). Perheen lapset lasketaan yhteen kertymään.   |
| Painopiste säädosohjauksessa. Avohoidon lääkkeiden kustannusvastuu on keskitetty. Korvausjärjestelmään liittyvät lääke- ja potilaskohtaiset päätökset ohjaavat lääkkeiden määräämistä. | Painopiste resurssiohjauksessa. Avohoidon lääkkeiden kustannusvastuu on alueellistettu maakunnille. Mm. klinikkakohtaiset budjetit ohjaavat lääkkeiden määräämistä. |

211

**Kuvio 2.** Ruotsin lääkekorvausjärjestelmä vuonna 2011<sup>a</sup>.<sup>a</sup> Vaihokurssi vuoden 2010 keskipäivä 1 € = 9,5373 SEK.

Lähde: Lag 2002:160 om läkemedelsförmåner m.m.

Paitsi maakunnat myös avohoidon lääkkeiden korvattavuudesta päättävä *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* (TLV) ohjaa Ruotsissa lääkkeiden määräyskäytäntöä omilla päätöksillään. Yksittäistä lääkevalmistetta koskevien korvattavuuspäätösten lisäksi TLV tekee lääkeryhmittäisiä kokonaisarvioita korvausjärjestelmässä olevista lääkkeistä. Näiden arvioiden perusteella se voi poistaa yksittäisiltä valmisteilta korvattavuuden tai rajata korvauksen tietyille potilasryhmille. Jos lääkkeen korvaus rajoitetaan tietyille potilaille, on lääkkeen myyntiluvan haltijan raportoitava säännöllisin väliajoin TLV:lle lääkkeen myyntimääristä ja hoitojen kohdentumisesta. Jos lääkkeen määräyskäytäntö ei näytä

noudattavan tehtyä rajoitusta, voidaan valmiste poistaa korvausjärjestelmästä. (Godman ym. 2009.)

Vuonna 2009 lääkkeiden osuus Ruotsin terveydenhuoltomenoista oli 12,5 prosenttia eli pienempi kuin Suomessa (14,3 prosenttia), mutta maiden ostovoimapariteetilla painotetut, asukasta kohti lasketut lääkekustannukset olivat samalla tasolla: Ruotsissa 465 USD ja Suomessa 463 USD. Ruotsissa julkisen rahoituksen osuus lääkekustannuksista, 58 prosenttia, on lähes sama kuin Suomessa. (OECD 2011.) Vuosina 2003–2008 lääkemenot kasvoivat Ruotsissa maltillisesti, vuosittain keskimäärin 1,9 prosenttia (OECD 2010b, 159).

## Yhteenvedo: lääkkeiden rahoitus ja lääkekustannukset

Lääkkeiden rahoitus ja avohoidon lääkkeiden kustannusten korvaaminen on Euroopassa järjestetty monin eri tavoin. Avohoidossa käytettävien lääkkeiden korvausjärjestelmä on poikkeuksetta hallinnoitu keskitetysti, mutta tavat, joilla lääkkeiden rahoitusvastuu on järjestetty, ja perusteet, joilla lääkkeitä korvataan, vaihtelevat. Päätökset laitoksissa käytettävien lääkkeiden valikoimasta tehdään tyypillisesti laitoksissa. Toisin kuin Suomessa, useimmissa Euroopan maissa avo- ja laitoshoidon rahoitusvastuu on samalla maksajataholla.

Lääkkeiden määräämiseen ja lääkekustannuksiin vaikuttavat monet eri tekijät, ja rahoitusjärjestelyn erillistä vaikutusta on mahdotonta arvioida. Ruotsin

---

*Jos Suomessa otettaisiin käyttöön samanlainen kustannusperusteinen korvausjärjestelmä kuin Ruotsissa, pitäisi lääkemääräyskäytäntöä kustannusten kasvun hallitsemiseksi ohjata myös korvausjärjestelmän ulkopuolisin keinoin.*

---

esimerkki osoittaa, että varsin samanlaisiin lääkekustannusten tunnuslukuihin voidaan päätyä hyvinkin erilaisten järjestelmien kautta. Merkittävin ero Ruotsin ja Suomen välillä lääkekustannusten hallinnassa ei todennäköisesti ole rahoitustapojen erilaisuus vaan se, että Ruotsissa lääkkeiden määräyskäytäntöä ohjataan voimallisesti ja ohjaus tehdään pääasiassa muilla kuin korvausjärjestelmän keinoin. Suomessa määräyskäytäntöä taas ohjataan suurelta osin korvausjärjestelmän kautta. Jos Suomessa otettaisiin käyttöön samanlainen kustannusperusteinen korvausjärjestelmä kuin Ruotsissa,

pitäisi lääkemääräyskäytäntöä kustannuskasvun hallitsemiseksi ohjata Ruotsin tavoin myös korvausjärjestelmän ulkopuolisin keinoin.

Mikäli lääkekustannusten yhteydessä esiintyy osaoptimointia, on todennäköistä, että yksikanavainen rahoitus vähentäisi osaoptimoinnin mahdollisuuksia ja tukisi siltä osin rationaalisia lääkehoitovalintoja. Kustannusvastuun alueel-

listamisen etuna taas voidaan pitää sitä, että näin rahoitusvastuu ja päätöksenteon olisivat lähellä palvelujentuottajia ja paikalliset olosuhteet voitaisiin ottaa paremmin huomioon. Alueellinen lääkemääräyskäytännön ohjaus katsottiin Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohtoa perustettaessa parhaaksi vaikuttamistavaksi myös Suomessa (Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto 2007). Alueellinen rahoitus voi kuitenkin johtaa epätasa-arvoon eri alueilla asuvien välillä, jos terveydenhuoltopalvelujen tarjonta ja lääkehoitojen saatavuus vaihtelevat eri alueilla. Tehokas toiminta näyttäisi myös vaativan riittävän suuria alueita. Tätä käsitystä tukee se, että Suomessa sairaalat ja sairaanhoitopiirit ovat yhdistäneet voimansa tehostaakseen kilpailutusta. Myös esimerkiksi Norjassa sairaalalääkkeiden kilpailutus hoidetaan valtakunnallisesti (Vogler ym. 2010). Keskittäminen mahdollistaa myös sen, että hankinnat tehdään ammattitaitoisesti ja päällekkäistä työtä välttäen. Tämä lienee yksi tärkeä syy siihen, miksi avohoidon lääkkeiden korvauspäätöksiä ei ole Euroopan maissa alueellistettu.

Suomen lääkehuollon kehitystarpeita on hahmoteltu Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2011 alussa julkaisemassa Lääkepolitiikka 2020 -asiakirjassa, ja myös saman vuoden lopulla nimitetyn lääkekorvausjärjestelmän kehittämistä pohtivan työryhmän toimeksianto sisältää kannanottoja siitä, millainen lääkekorvausjärjestelmän tulisi olla (STM 2011a ja b). Molemmissa asiakirjoissa on näkyvissä huoli potilaiden suurista omavastuista ja kaksikanavaisen rahoituksen tuomista ongelmista.

Millainen sitten olisi ihanteellinen lääkkeiden rahoitus- ja korvausjärjestelmä? Siinä lääkkeiden käyttöönottopäätökset ja hoitosuosituksot perustuisivat näyttöön ja kokonaistaloudelliseen arviointiin läpi hoitoketjun. Järjestelmässä kustannusten korvaus kohdentuisi oikeudenmukaisesti ja tarpeen mukaan porrastetusti. Potilaan taloudelliset resurssit eivät vaikuttaisi hoidon valintaan eikä tarpeellinen hoito saattaisi potilasta taloudelliseen ahdinkoon. Järjestelmä olisi myös helposti ymmärrettävä eikä se vaatisi kohtuuttomasti hallinnollista työtä. Ihanteellinen järjestelmä on suhteellisen helposti määriteltävissä, mutta vaikeammin toteutettavissa.

Suomen nykyistä lääkkeiden rahoitus- ja korvausjärjestelmää on kritisoitu paljon, ja on selvää, että nykyjärjestelmä kaipaa arviointia. Nykyjärjestelmässä on kuitenkin myös vahvuuksia. Mahdollinen uudistustyö tulisikin aloittaa voimassa olevan järjestelmän vahvuuksien ja heikkouksien tunnistamisella ja arvioimalla, mitkä ominaisuudet korvausjärjestelmässä tulisi uudistaa ja mitkä ovat säilyttämisen arvoisia.

## Lähteet

Godman B, Wettermark B, Hoffman M, Andersson K, Haycox A, Gustafsson LL. Multifaceted national and regional drug reforms and initiatives in ambulatory care in Sweden. *Global relevance. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*; 2009 9 (1): 65–83.

Huttunen J. Lääkehoidon ja lääkehuollon tulevaisuuden näkymät. Helsinki: Lääketeollisuus ry, 2006.

214 Huttunen J. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2, 2007.

Järviluoma E, Iso-Mustajärvi M. HUS-Apteekki ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin laboratorio- ja apteekkiliikelaitos kilpailuttavat yhdessä. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa: <<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=3724&contentlan=1>>. Päivitetty:3.2.2009. Viitattu 2.11.2011.

Kanavos P, Seeley L, Vadoros S. Tender system for outpatient pharmaceuticals in the European Union. Evidence from the Netherlands, Germany and Belgium. LSE Health. London School of Economics, 2009. Saatavissa: <[http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study\\_pricing\\_2007/tendering\\_systems\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/study_pricing_2007/tendering_systems_en.pdf)>. Viitattu 9.11.2011.

Kela. Etuuksien hakemukset ja ratkaisut. Helsinki: Kela. Saatavissa: <[http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=NIT100AL%20&YKIELI=S](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT100AL%20&YKIELI=S)>. Viitattu 9.11.2011.

Leikola M. Saira-at elämät. Suomalaisen terveydenhuollon korjauspaketti. Helsinki: Taloustieto, 2011.

Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Rohdon ulkoinen arvio ja Rohdon itsearvio 2007. Helsinki: 2008. Saatavissa: <<http://www.rohto.fi/doc/rohto/Rohdon-ulkoinen-arvio-ja-itsearvio-2007.pdf>>. Viitattu 5.3.2012.

Martikainen J, Rajaniemi S. EU-maiden, Islannin ja Norjan lääkekorvausjärjestelmät. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 54, 2002.

Martikainen JE, Saastamoinen LK, Korhonen MJ, Enlund H, Helin-Salmivaara A. Impact of restricted reimbursement on the use of statins in Finland. A register-based study. *Med Care* 2010; 48 (9): 761–766.

Merikallio J, Pärnänen H. Lääkekorvaukset on saatava ajan tasalle. Helsingin Sanomat, Vieraskynä, 23.4.2012: A2.

Mossialos E, Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland. Challenges and opportunities. European Observatory on Health Systems and Policies and Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Observatory Studies Series No 10, 2008.

Pelkonen L, Kurkijärvi U. Lääkkeiden hintalautakunta, korvattavat lääkkeet, tukkuhinnan vahvistaminen ja viitehintajärjestelmä. Julkaisussa: Suomen lääketilasto 2010. Helsinki: Fimea ja Kela, 2011: 74–79.

OECD. OECD reviews of health systems. Finland. Paris: OECD, 2005. Saatavissa: <[http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-finland-2005\\_9789264013834-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-finland-2005_9789264013834-en)>. Viitattu 18.1.2012.

OECD. Health at glance. Europe 2010. Paris: OECD, 2010a. Saatavissa: <[http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf)>. Viitattu 18.1.2012.

OECD. Value for money in health spending. Paris: OECD, OECD Health Policy Studies, 2010b.

OECD. OECD Health Data 2011. Paris, OECD. Saatavissa: <<http://www.oecd.org/health/healthdata>>. Viitattu 5.3.2012.

PPRI – Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Country reports. Saatavissa: <<http://ppri.oebig.at/index.aspx?Navigation=r%7C2%7C1->>. Viitattu 5.3.2012.

Räsänen P, Roine R. Uudet lääkeinnovaatiot hallitusti käyttöön. Miten arvioida kalliiden lääkkeiden hyötyjä. Pääkirjoitus. Duodecim 2011; 127: 1999–2000.

215 Saastamoinen L, Martikainen J, Haula T. Viitehintajärjestelmän ensimmäinen vuosi. Julkaisussa: Suomen lääketilasto 2009. Helsinki: Fimea ja Kela, 2010: 39–44.

STM. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen. Helsinki: STM, 2011a. Saatavissa: <[http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?tVNo=1&h\\_id=17887](http://www.hare.vn.fi/mHankePerusSelaus.asp?tVNo=1&h_id=17887)>. Viitattu 18.1.2012.

STM. Lääkepolitiikka 2020. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2, 2011b.

Suomen lääketilasto 2009. Helsinki: Fimea ja Kela 2010.

Suomen lääketilasto 2010. Helsinki: Fimea ja Kela 2011.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL, Raportti 4, 2011.

Virta L. Lääkelausunnot vievät 50 lääkärin työpanoksen. Suomen Lääkärilehti 2009; 64: 2760–2761.

Vogler S. Pricing and reimbursement of medicines. A European overview. PPRI-Conference, Vienna 30.9.2011. Saatavissa: <[http://whocc.goeg.at/Downloads/Conference2011/PraesentationenPPRIKonferenz/Day2\\_morning\\_Festsaal\\_0900\\_Vogler.pdf](http://whocc.goeg.at/Downloads/Conference2011/PraesentationenPPRIKonferenz/Day2_morning_Festsaal_0900_Vogler.pdf)>. Viitattu 1.3.2012.

Vogler S, Habl C, Leopold C, Mazag J, Morak S, Zimmermann N. PHIS Pharmaceutical Health Information System. PHIS Hospital Pharma Report 2010. Saatavissa: <[http://phis.goeg.at/downloads/hospitalPharma/PHIS\\_Hospital%20Pharma\\_Report.pdf](http://phis.goeg.at/downloads/hospitalPharma/PHIS_Hospital%20Pharma_Report.pdf)>. Viitattu 9.11.2011.

Vogler S, Habl C, Leopold C, Rosian-Schikuta I, de Joncheere K, Lyager Thomsen T. PPRI report. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Project, 2008. Saatavissa: <[http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI\\_Report\\_final.pdf](http://ppri.oebig.at/Downloads/Publications/PPRI_Report_final.pdf)>. Viitattu 1.3.2012.

## Sari Kehusmaa, Heikki Hiilamo ja Hennamari Mikkola

### Kelan hoivatilistä tukea omaishoitoon ja helpotusta kuntien kuluihin

**Merkittävä osa julkisen talouden kestävyysvajeesta aiheutuu kasvavan vanhusväestön hoidon järjestämisestä. Mikäli julkinen rahoitus ei enää riitä palvelujen järjestämiseen, joudutaan joko rajoittamaan palvelujen saantia tai nostamaan asiakkaiden rahoitusosuutta tarvitsemistaan palveluista. Siksi hoivapalvelujen rahoitus vaatii uusia läpinäkyviä käytäntöjä. Ihmisten on tiedettävä ja pystyttävä varautumaan siihen, millä summalla he joutuvat tulevaisuudessa itse osallistumaan hoitonsa kustannuksiin.**

#### Tausta ja tavoite

Suurten ikäluokkien hoidon järjestäminen luo lähivuosisikymmeninä paineita kuntien terveydenhuollon ja sosiaaliturvan rahoituksen kestävyydelle. Myös vanhusten hoivaa tukevien Kelan korvausmenojen ennakoidaan nousevan (kuvio 1). Väestön ikääntymisellä ja siihen liittyvällä menojen kasvamisella perustellaan myös tarvetta uudistaa kuntarakennetta ja siihen liittyen tai siitä erillään sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisvastuuta. Optimaalinenkaan kuntarakenne ei kuitenkaan ratkaise rahoitusongelmaa, vaikka se voi tuoda siihen helpotusta.

Kunnallisten palvelujen niukentuessa hoivatarpeeseen vastaavat yhä useammin omaiset ja läheiset. Suomessakin tähän on vahvat perinteet. Vuoden 1879 vaivaishuoltoasetuksessa, vuoden 1922 köyhäinlaitolaissa ja vuoden 1956 huolto-apulaissa pidettiin omaisia pääasiallisina hoidon järjestäjinä. Vuonna 1970 laista poistettiin lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan, ja isovanhemmistaan ja 1977 laista poistettiin aviopuolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus. Sen jälkeen kunta on ollut velvollinen huolehtimaan kuntalaisten hoidon järjestämisestä (L 275/1970).

Väestön vaurastuessa ja uusien sukupolvien ikääntyessä odotukset vanhuuden elämänlaadusta kasvavat. Uusi vanhusikäluokka on aikaisempia ikäluokkia tottuneempi palvelujen käyttäjä, ja sen odotukset palvelujen tasosta ovat suuremmat. Palvelujen järjestämiskustannusten paineessa kunnat ovat kuitenkin joutuneet kiristämään palvelutarpeen ehtoja (Stakes 2007). Toisin sanoen saa-

dakseen kunnallisia palveluja on asiakkaan oltava aikaisempaa huonokuntoisempi. Tämä merkitsee sitä, että yhä useampi vanhus joutuu itse hankkimaan tarvitsemaansa apua.

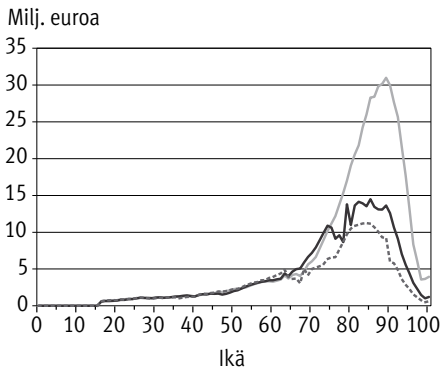
217

Maksukykyiset vanukset ovat myös aikaisempia sukupolvia valmiimpia maksamaan haluamastaan palvelusta. Palvelujen kohdentaminen vain heikkokuntoisimmille siirtää hoivan kustannuksia vanhuksien itsensä maksettavaksi (Suoniemi ym. 2003). On todennäköistä, että tämä kehitys tulee jatkumaan, kun entistä maksukykyisemmät ikäluokat tulevat palvelujen käyttäjiksi. Myös vanukset itse uskovat, että julkisesti rahoitettujen palvelujen saantia tulevaisuudessa rajoitetaan (Haavio-Mannila ym. 2009).

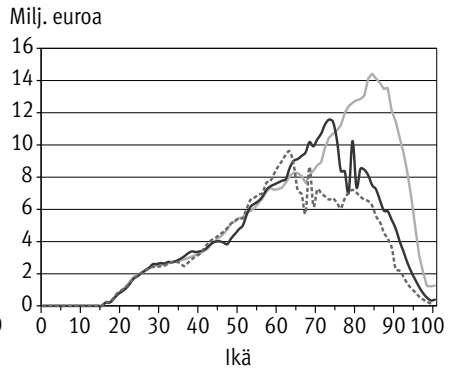
Jos palvelujen saantia rajoitetaan, omaisten hoitovastuu vastaavasti kasvaa. Suomessa oli EU 15 -maiden vertailussa eniten omaistaan auttavia (n. 20 prosenttia aikuisväestöstä) (Huber ym. 2009). Omaisten apu on meillä erittäin yleistä,

**Kuvio 1.** Korvausmenot vuonna 2009 ja ennusteet menojen kehityksestä 2020 ja 2040 eräissä Kelan etuuksissa.

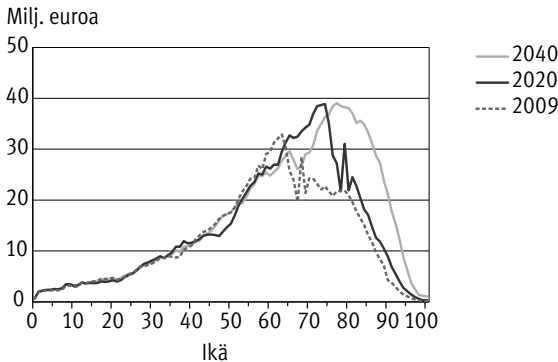
a) Eläkkeensaajan hoitotuki



b) Eläkkeensaajan asumistuki



c) Lääkekorvaukset



— 2040  
— 2020  
- - - 2009

vaikka eri sukupolvet asuvat harvoin yhdessä. Tämä merkitsee sitä, että omaisten apu on tällä hetkellä merkittävä osa pitkäaikaishoidon järjestelmää. Omaisten apu säästää kuntien menoja, joten palvelujen rahoituksen kannalta on kriittistä, ettei omaisten avussa tapahdu kovin nopeasti suuria muutoksia.

*Tällä hetkellä suomalaiset auttavat omaisiaan eniten eu-rooppalaisista.*

Sosiaali- ja terveysministeri nimitti helmikuussa 2012 työryhmän, jonka tavoite on laatia Suomen ensimmäinen kansallinen omaishoidon

kehittämishjelma. Työryhmä koordinoi eri hallinnonalojen, kuntien, järjestöjen ja muiden toimijoiden toimenpiteitä, yhteistyötä ja työnjakoa omaishoidon kehittämisessä sekä selvittää mahdollisesti tarpeelliset säädösmuutokset.

Tämän artikkelin tavoite on kuvata, miten ja missä laajuudessa Kela tukee ikääntyneiden hoitoa, sekä pohtia vaihtoehtoja vanhusten hoidon rahoituksen kehittämiseksi.

## Kelan tuet ikääntyneiden kotona asumiseen ja palveluihin

Ikääntyvän väestön kotona asumisen tukeminen on vanhuspolitiikan lähtökohta (STM 2006, 2007a ja 2007b). Tutkimusten mukaan kotona asuvat heikkokuntoiset vanhuksat toivovat itse voivansa asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista (Hinkka ym. 2010). Kotona asumisen tukeminen on osoitettu myös taloudellisesti kannattavaksi. Kuntien lisäksi myös Kela tukee vanhusten asumista kotona ja palveluasunnoissa sekä korvaa palvelujen käytöstä aiheutuneita kustannuksia. Merkittävimmät vanhusväestölle maksettavat Kelan etuudet ovat eläkettä saavan hoitotuki ja asumistuki. Eläkettä saavan hoitotukea maksettiin 400,8 miljoonaa euroa ja eläkkeensaajan asumistukea 393,3 miljoonaa euroa vuonna 2010.

Kela maksaa *eläkettä saavan hoitotukea* noin 166 000:lle yli 65-vuotiaalle (n. 17 prosenttia yli 65-vuotiaista). Tuen saannin edellytys on, että hakijan toimintakyky on pitkäaikaisesti heikentynyt. Hoitotuki on rahana maksettava veroton etuus, johon saajan tulot eivät vaikuta. Eläkettä saavan hoitotuki maksetaan kolmeen ryhmään porrastettuna avuntarpeen perusteella. Tavallisesti perushoitotukea saavat henkilöt tarvitsevat apua vähintään viikoittain henkilökohtaisissa toiminnoissa ja ylintä hoitotukea saavat henkilöt tarvitsevat ympärivuorokautista toisen henkilön hoitoa.

Hoitotuen saajat voivat asua kotona tai palvelutalossa. Vuonna 2010 lakia muutettiin niin, että hoitotukea voidaan maksaa myös kunnan kustantaman laitoshoidon asiakkaille. Eläkettä saavan hoitotuesta 40 prosenttia kohdentuu säännöllisten palvelujen ulkopuolella oleville. Todennäköisesti omaisten avulla on suuri merkitys näiden henkilöiden hoidossa. Hoitotuen saajien määrän arvioidaan

tulevaisuudessa kasvavan merkittävästi. Eniten apua ja hoitoa tarvitsevien, yli 75-vuotiaiden, etuusmenot kasvavat erittäin paljon tulevina vuosikymmeninä (kuvio 1).

Pienituloiset eläkkeensaajat ja 65 vuotta täyttäneet voivat saada *eläkkeensaajan asumistukea*. Tukea maksetaan vuokra- ja omistusasunnoissa asuville. Tammikuussa 2012 tuen saajia oli noin 180 000. Suuri osa palveluasunnoissa asuvista ikäihmisistä saa nykyisin eläkkeensaajan asumistukea. Kelan maksamat asumistuet palvelutaloissa ja asumispalveluyksiköissä asuville yli 75-vuotiaille ovat lähes kaksinkertaistuneet vuosien 2008 ja 2010 välillä (Tilastotietokanta Kelasto 2012).

Palveluasunnossa asuvan hoivan rahoitus tulee kolmesta lähteestä: asiakkaalta itseltään, Kelalta ja kunnalta. Asiakas maksaa itse vuokran, lääkkeet, matkakustannukset ja muut henkilökohtaiset tarpeensa. Asiakas voi saada Kelasta asumistukea ja hoitotukea kustannusten kattamiseksi. Kela korvaa lääke- ja matkakuluja sekä yksityisten palvelujen käytöstä koituvia kuluja. Asiakkaan ja kunnan maksuosuus vaihtelee asiakkaan maksukyvyyn ja kunnan käytäntöjen mukaan. Kelan maksamat etuudet on kirjattu lakiin ja käytäntö on yhtenäinen koko maassa.

Ikähoiva-työryhmän mukaan palveluasumisen kirjavia asiakasmaksumäärittelyjä on yhdenmukaistettava, jotta kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuisi. Kuitenkin uuden asiakasmaksujärjestelmän pitäisi turvata kunnille vähintään nykyisen suuruiset asiakasmaksut, muuten kunnat eivät selviydy palvelujen järjestämisestä (STM 2010; Hallitusohjelma 2011).

## Tukea omaishoittoon

Vuoden 2006 alusta tuli voimaan laki omaishoidon tuesta (L 937/2005). Omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan kotona tapahtuvan hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, jonka järjestämisestä kunnan tulee huolehtia määrärahojensa puitteissa.

Vuonna 2010 omaishoidon tukea sai 36 000 henkilöä. Tuki koostuu kolmesta osasta: omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista ja omaishoitajalle järjestettävästä tuesta. Hoitajan hoitopalkkio on veronalaista tuloa. Omaishoitajalle maksettavan palkkion suuruus riippuu hoidon sitovuudesta. Kuntien välillä on eroja omaishoidon tuen maksamisessa.

Suuri osa omaisten avusta jää virallisen omaishoidon tuen ulkopuolelle. Virallinen tavoite omaishoidon tuen kattavuudelle on se, että 75 vuotta täytäneistä 5–6 prosenttia olisi tuen piirissä tänä vuonna. Vuonna 2010 hieman yli neljä prosenttia kuului tuen piiriin. Monet hoitajat eivät itse edes tiedosta olevansa omaishoitajia. Vuonna 2008 tehdyssä omaishoitotutkimuksessa 77 prosenttia auttajista ei ajatellut olevansa omaishoitajia (Kaivolainen ym. 2011). Tutkimukset osoittavat, että omaisten apu korvaa laajasti tuki- ja kotipalveluja sekä jopa terveystalvuuja (Van Houtven ym. 2004). Epävirallisesta omaishoidosta onkin muodostunut tärkeä osa pitkäaikaishoidon järjestelmää.

---

*Suurin osa omaisten antamasta avusta ei kuulu omaishoidon tuen piiriin, vaikka omaishoito säästää merkittävästi kuntien palvelumenoja.*

---

Tutkimuksen perusteella omaishoito sai aikaan merkittäviä säästöjä palvelujärjestelmässä (Kehusmaa ym. 2012). Omaishoidosta saatu säästö oli keskimäärin noin 20 000 euroa yli 70-vuotias-ta hoidettavaa kohti vuodessa. Laskelmassa olivat mukana myös hoidettavan saamat, omaishoitoa tukevat palvelut. Säästö ylittää selvästi esim. 2010 omaishoidon tuen minimin, joka oli noin 4 100 euroa hoidettavaa kohti vuodessa.

Myös kansainväliset tutkimukset osoittavat, että omaisten apu korvaa laajasti tuki- ja kotipalveluja (Bonsang 2009). Lisäksi omaishoidon on havaittu korvaavan terveystalvuuja (Van Huotven ym. 2004). Käytännössä tämä voi näkyä terveydenhuollossa esimerkiksi omaishoitopotilaan nopeampana kotiutuksena, jolloin hoitopäivien määrä vähenee. Hoidettavan toimintakyky kuitenkin vaikuttaa siihen, paljonko omaisten apu korvaa kunnan järjestämiä palveluja. Kun hoidettavan toimintakyky vähenee, hän tarvitsee myös enemmän palveluja.

Erityisen tehokkaasti omaishoito vähentää palvelutarvetta silloin, kun auttaja asuu yhdessä hoidettavan kanssa (Bond ym. 1999; Motel-Klingebiel ym. 2009). Suomessa ikääntyneen omaishoitaja onkin yleensä puoliso (48 prosenttia omaishoitajista). Tästä syystä omaishoitajien keski-ikä on viime vuosina noussut ja hoitajista on eläkeikäisiä jo yli puolet. Kyselytutkimuksen mukaan 70 prosenttia omaishoitajista arvioi hoidettavan tarvitsevan apua joko ympärivuorokautisesti ja runsaasti tai jatkuvasti ja melko paljon (Kaivolainen ym. 2011).

## Omaishoidon tuki Kelan maksettavaksi?

Yksi sosiaaliturvan uudistamista pohtineen SATA-komitean (STM 2009) tehtävistä oli muodostaa looginen kokonaisuus Kelan hoitotuesta, omaishoidon tuesta ja kotitalousvähennyksestä. Komitea päätti yksimielisesti esittää omaishoidon tuen siirtämistä Kelan maksettavaksi. Omaishoidon tuen siirtämistä Kelalle

perusteltiin muun muassa omaishoitajien tasa-arvoisen aseman turvaamisella. Ylen vaalikeskustelussa huhtikuussa 2011 kaikkien puolueiden puheenjohtajat tukivat tuen siirtoa Kelaan. Tästä huolimatta Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa luvataan vain parantaa omaishoitajien ja hoidettavien yhdenvertaisuutta yhteinäistämällä tuen myöntämisperusteet sekä lisätä tuen saatavuutta ja kattavuutta.

Omaishoidon tuen Kela-siirron esteenä lienee pelko siitä, että hoitopalkkion maksamisen siirtäminen Kelaan lisäisi tuen saajien määrää ja samalla se merkitsisi tuesta aiheutuvien menojen nousua. Toisaalta on perusteltua olettaa, että omaishoito korvaa kunnan järjestämistä olevia palveluja ja siksi omaishoito myös säästää vanhuusiän palvelujen menoja.

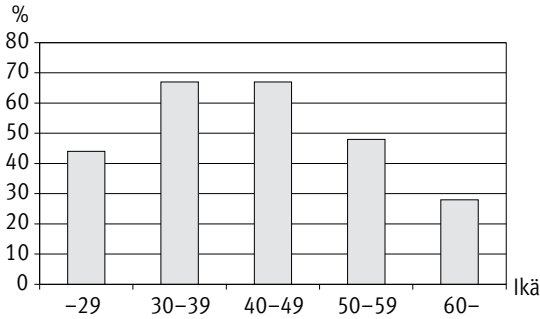
Omaishoitajina toimii kaksi toimeentulon suhteen toisistaan poikkeavaa ryhmää. Työikäisillä (joilla tulonmenetyks on tavallisesti suurin) hoitopalkkio korvaa työtulon menetystä. Eläkkeellä olevilla omaishoitajilla perustoimentulon turvaa eläke, jonka lisäksi he saavat hoitopalkkion. Ryhmät eroavat usein – mutteivät aina – myös hoidettavan suhteen. Työikäisistä moni hoitaa perheen sairasta tai vammaista lasta. Toinen suuri työikäisenä omaistaan auttava ryhmä ovat eläkeikää lähestyvät (erityisesti naiset), jotka hoitavat ikääntyneitä vanhempiaan tai puolison vanhempia.

Taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevat omaishoitajat saavat toimeentulotukea. Helsingissä toimeentulotukea ja omaishoidon tukea sai 314–258 kotitaloutta vuosina 2008–2010. Tämä vastaa noin seitsemää prosenttia omaishoidon tukea saaneista talouksista. Toimeentulotukea saaneet olivat useimmin alle 50-vuotiaita (69 prosenttia). Suurin osa heistä oli lapsiperheitä. (Kuviot 2 ja 3, s. 222.) Hoitopalkkion taloudellinen merkitys on suurin työikäisille lapsiperheille, joilla on eniten vaikeuksia selviytyä taloudellisesti. Helsinki eroaa maan keskiarvosta siten, että siellä toimeentulotukea olivat saaneet hieman muuta maata enemmän yksinhuoltajataloudet (Hki 3,4 prosenttia vs. Suomi ka. 2,9 prosenttia) ja vanhustalouksia (Hki 0,8 prosenttia vs. Suomi ka. 0,2 prosenttia).

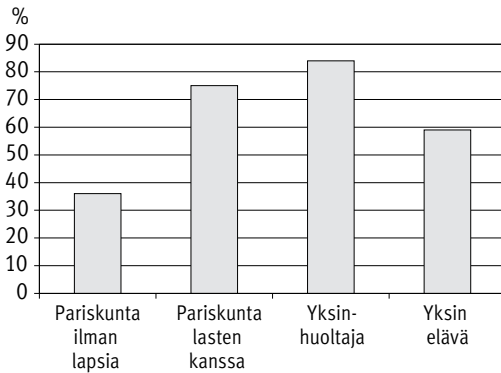
Siinä missä työikäisillä omaishoitajilla korostuu toimeentulon merkitys, eläkeikäisille tärkeitä ovat omaishoitoa tukevat palvelut. Yli puolet omaishoidon tukea saavista on eläkkeellä olevia puolisoita. Omaishoitoa tukevien palvelujen merkitys korostuu iäkkäiden puolisoaan hoitavien omaishoitajien kohdalla. Hoitajan oman kunnan heiketessä hänellä on suuri riski saada esim. omaishoidosta aiheutuvia terveysongelmia.

Kelaan siirrettävän omaishoitotuen pitäisi pystyä vastaamaan kahden ryhmän osittain eri tavoin painottuvaan tuen tarpeeseen. Samalla olisi annettava selkeä viesti siitä, että kotona asumisen tukeminen rahana maksettavilla etuuk-silla on kiinteästi yhteydessä palvelujen käytöstä aiheutuneisiin kustannuksiin tai omaishoidosta aiheutuneisiin kuluihin ja ansionmenetykseen.

**Kuvio 2.** Toimeentulotukea ja omaishoidon tukea saaneiden kotitalouksien ikäjakauma Helsingissä 2008–2010.



**Kuvio 3.** Toimeentulotukea ja omaishoidon tukea saaneiden kotitalouksien jakautuminen perhetyypeittäin Helsingissä 2008–2010.



## Uusi hoitotuki hoivatilinä

Ikääntyvän henkilön toimintakyvyn tai terveyden heiketessä avuntarpeeseen vastaavat tavallisesti aluksi läheiset. Kun toimintakyky on pitkäaikaisesti heikentynyt ja avuntarve ylittää säännöllisyyden kynnyksen, henkilö on oikeutettu saamaan Kelan hoitotukea. Toimintakyvyn heiketessä kunta on aina velvollinen arvioimaan palvelutarvetta ja järjestämään tarvittavat palvelut. Omaishoidon tuki on osa kunnan palvelujärjestelmää, mutta se kohdentuu yleensä varsin huonokuntoisten hoitamiseen.

Yksi vaihtoehto omaishoidon tuen kehittämiseksi olisi Kelan hoitotuen ja omaishoidon tuen yhdistäminen niin kutsutuksi hoivatiliksi. Siinä yhdistet-

täisiin kaikki henkilölle rahana maksettavat etuudet, mutta palvelut järjestäisi edelleen kunta. Hoivatilimalli lisäisi asiakkaan valinnanvapautta. Asiakkaalla olisi käytössään oma hoivabudjetti (hoivatili), joka vastaisi rahana hoitotuen ja omaishoitotuen määrää. Tilin varoista asiakas voisi maksaa hoivapalveluja tai varoja voitaisiin käyttää omaishoitajan palkkion maksamiseen. Asiakkaalla olisi myös mahdollista käyttää rahaa epävirallisen hoivan kustannuksiin. Tilimalli on käytössä muun muassa Hollannissa ja Isossa-Britanniassa (Volk ym. 2010).

Asiakkaan hoitosuunnitelmaa tehtäessä arvioitaisiin, tyydyttääkö omaisten antama apu niin suuren osan palvelutarpeesta, että tilille voidaan maksaa omaishoito-osaa. Vaikka omaishoito-osaa maksettaisiin, voitaisiin silti sopia esimerkiksi eläkkeellä olevan omaishoitajan tapauksessa, että omaishoito-osa käytetään osittain tai kokonaan tarvittavien omaishoitoa tukevien palvelujen hankkimiseen. Hoivatili joustaisi asiakkaan ja omaishoitajan elämäntilanteen mukaan. Jos omaishoitaja on työkäinen, hänen ansionmenetyksensä on suurempi, ja siksi olisi perusteltua käyttää tilin varoja enemmän hoitopalkkioon. Kun kysymyksessä on eläkkeellä oleva puoliso hoitaja, voidaan tilin varoja käyttää enemmän omaishoitoa tukevien palveluiden hankkimiseen. Hoitopalkkion ja hankittavien palvelujen suhteesta sovittaisiin hoitosuunnitelmaa tehtäessä.

Asiakkaalle hoivatilin tärkein hyöty olisi se, että kotona asumisen tukemiseen liittyvät tulonsiirrot olisi mahdollista hakea Kelasta. Asiakkaalla olisi hoivapalveluja hankkiessaan tukenaan palveluohjaaja. Asiakkaan valinnanvapaus lisääntyisi ja järjestelmän läpinäkyvyys paranisi, kun nähtäisiin, millä summalla yhteiskunta tukee hoivapalvelujen hankkimista markkinoilta. Kun asiakkaan toimintaedellytykset palvelumarkkinoilla toimimisessa huononisivat, palveluohjaaja ohjaisi hänet kunnan valmiiksi järjestämien palvelujen piiriin.

Ikääntyvälle on tärkeää säilyttää itsemääräämisoikeutensa mahdollisimman pitkään. Tilimallien positiiviset kokemukset perustuvat tähän, asiakkaat ovat tyytyväisiä nimenomaan valinnanvapauteen. On kuitenkin selvää, että järjestelmä tarvitsee kontrollin. Se vaatii edelleen, että viranomaiset valvovat palvelujen tuottajia. Laajemmassa mittakaavassa toimiessaan järjestelmään on yleensä liitetty palveluohjaajat, joiden tehtävä on toimia yhteistyössä palvelun tuottajaverkoston kanssa.

Hoivan rahoitus selkiytyisi ja muuttuisi läpinäkyvämmäksi. Hoivamarkkinoille saataisiin enemmän kilpailun tuottamia etuja ja joustavuutta. Edelleen eniten hoivan kokonaiskustannuksiin vaikuttaisi se, mille tasolle julkisesti rahoitettujen palvelujen kattavuus asetetaan. Hoivamarkkinoilla toimivien yritysten kilpailu lisääntyisi, kun asiakkaat valitsisivat itse palveluntuottajan. Myös hintatietoisuus hoivapalveluista lisääntyisi. Toisaalta yrityksille avautuisi hallitusti mahdollisuuksia tarjota asiakkaille myös sellaisia palveluja, jotka eivät saa julkista rahoitusta. Hoivamarkkinat laajenisivat ja monipuolistuivat nykyisestä. Kunnan panostusta omaan palvelujen tuottamiseen ei välttämättä tarvittaisi yhtä paljon

kuin nykyisin. Resurssit voitaisiin keskittää ohjaukseen ja valvontaan. Kunnat saisivat palveluohjausta keskittämällä mittakaava- ja kumppanuusetuja hoivan järjestämiseen.

Palvelutarpeen kasvaessa kunta täydentäisi tilimuotoista hoitotukea järjestämällään palveluilla tai palvelusetelillä, jotka kytkettäisiin yhteen asiakkaan tuki- ja palvelupakettiin. Monissa kunnissa on jo ryhdytty korvaamaan palveluja palveluseleillä, ja hoivan tuottajien lisääntyessä palveluseteli tulee jatkossakin yleistymään. Palvelusetelin käyttöä koskevat pitkälti samat rajoitukset kuin hoivatiliä. Koska asiakkaan on kyettävä itse hankkimaan palvelut, on hänellä tai omaisilla oltavat riittävät valmiudet tähän. Yhtä lailla tätäkin järjestelmää pitää valvoa ja ohjata. Palvelujen ohjaus on keskitettävä, mutta sen on silti tunnettava paikalliset olosuhteet ja tehtävä yhteistyötä Kelan, kunnan ja palvelujentuottajien kanssa.

## Kelan hoivatilin rahoitus valtiolta

Volk ym. (2010) ovat esittäneet omaishoidon tuen uudeksi malliksi hoitotukea. Esitetyssä uudessa Kelan hoitotuessa olisi kolme osaa: hoito-osa, erityiskustannusosa ja omaishoito-osa. Uusi Kelan maksama hoitotuki sisältäisi siten omaishoitajalle maksettavan hoitopalkkion.

Kelan maksama omaishoidon hoitopalkkio lisäisi valtion rahoitusosuutta vanhusten hoidosta. On kuitenkin mahdollista hakea uuden hoitotuen rahoituk-

---

*Kelan hoivatili yhdistäisi omaishoidon ja vanhusten kotona asumista tukevat tulonsiirrot. Se keventäisi kuntien palveluihin kohdistuvaa painetta ja mahdollistaisi palveluiden ostamisen useammille.*

---

seen myös kustannusneutraalimpia vaihtoehtoja, jos hoitotukea ja omaishoidon tukea yhteen sovitettaessa arvioidaan uudelleen esimerkiksi alimman hoitotuen tarvekriteerijä.

Valtion rahoitusosuuden nouseminen voisi merkitä kunnille kannustinta siirtää palveluja omaishoidon suuntaan. Toisaalta nykyjärjestelmässäkin kunnilla on joka tapauksessa kannustin siirtää palveluja omaishoidon piiriin, koska sillä saavutetaan merkittäviä säästöjä kunnan kustantamissa palveluissa. Tämä on varmasti ainakin osasy sille, että epävirallinen omaishoito on Suomessa niin yleistä.

Realismi asettaa selvät rajat omaishoidon laajuudelle. Ei ole olemassa lopputonta reserviä omaishoitajia. Lisäksi omaishoidosta maksettava palkkio on niin pieni, että se yksistään tuskin houkuttelee omaishoitajaksi. Ei ole todennäköistä, että kunnat pystyisivät laajassa mittakaavassa siirtämään vanhusten hoidon kustannuksia valtiolle.

## Hoivavakuutus rahoitusvaihtoehtona

Muutamissa maissa on hoivan järjestämiseksi otettu käyttöön hoivavakuutus. Hoivavakuutuksen toteutuskäytännöt vaihtelevat pakollisen vakuutuksen ja vapaaehtoisen vakuutuksen välillä. Saksa, Japani, Hollanti ja Luxemburg ovat asettaneet julkisen hoivavakuutuksen kattamaan pitkäaikaisen hoivan kustannuksia. Saksassa otettiin vuonna 1996 käyttöön hoivavakuutus. OECD:n arvion mukaan hoivavakuutus on lisännyt huomattavasti esimerkiksi kotiaivun tarjoajien määrää. Hoivavakuutuksen turvin voidaan maksaa tukea tai palkkaa myös hoivaajalle (vrt. omaishoidontuki). Mikäli hoitaja täyttää tietyt ehdot, hän voi lisäksi kerryttää etuudella eläkettään. Kansainväliset havainnot osoittavat, että rahoitustavan ja tuotannon välissä on yhteys. Vakuutuksiin perustuvat palvelut tuotetaan yksityisesti. Pohjoismaissa julkisesti rahoitetut palvelut on myös tuotettu julkisella sektorilla.

Julkinen hoivavakuutus ei yleensä kata kaikkia hoidon kustannuksia. Sen rinnalle onkin syntynyt yksityinen vakuutus, jolla täydennetään julkisen vakuutuksen suojaa. Yksityisen hoivavakuutuksen syntyminen edellyttää, että tiedetään, missä määrin yhteiskunta kattaa hoivan kustannuksia. Pienituloisin osa väestöstä jää väistämättä yksityisten vakuutusjärjestelmien ulkopuolelle. Hyvinvointiyhteiskunnassa on taattava riittävä hoiva myös niille, jotka eivät ole vapaaehtoisten vakuutusjärjestelmien piirissä.

Julkisen hoivavakuutuksen luomisessa Suomessa ollaan todennäköisesti myöhässä. Suuret ikäluokat ovat jo niin lähellä eläkeikää, osa jo eläkkeellä, ettei vakuutusjärjestelmän hyötyjä enää saavuteta.

## Pohdintaa

Merkittävä osa julkisen talouden kestävyysvajeesta aiheutuu kasvavan vanhusväestön hoidon järjestämisestä. Mikäli julkinen rahoitus ei enää riitä, joudutaan joko rajoittamaan palvelujen saantia tai nostamaan asiakkaiden rahoitusosuutta tarvitsemistaan palveluista. Siksi hoivapalvelujen rahoitus vaatii uusia läpinäkyviä käytäntöjä. Jos asiakkaiden maksuosuus palveluista nousee, ihmisten on tiedettävä ja pystyttävä varautumaan siihen, paljonko he joutuvat tulevaisuudessa itse osallistumaan hoitonsa kustannuksiin.

Omaisten tekemä hoivatyöpanos vähentää julkisen talouden rahoitusvajetta. Omaishoidon tukeminen perustuu lakiin, mutta sillä näyttäisi olevan oikeutus myös kansalaisten mielestä. Toisaalta suhtautuminen ja asenteet omaishoittoa kohtaan voivat muuttua uusien sukupolvien ikääntyessä. Ei ole itsestään selvää, että tulevat sukupolvet ovat yhtä valmiita hoitamaan omaisiaan. Myös perhesuh-

teiden muuttuminen ja yksin asumisen lisääntyminen voivat vaikuttaa siihen, paljonko omaisten apua on tulevaisuudessa käytettävissä.

Omaisten antamalla avulla on kasvava merkitys vanhusten hoivassa. Erityisesti vanhempi polvi näyttää kuitenkin korostavan mieluummin julkisia palveluja kuin sukulaisten apua. Suora taloudellinen tukeminen mielletään vahvimmin yhteiskunnan tehtäväksi. Kun siirrytään enemmän aikaa vievään ja sitovampaan hoivaan (peseminen, pukeminen ja syöttäminen), pitää puolet vastaajista yhteiskuntaa pääasiallisena vastuunkantajana. (Haavio-Mannila ym. 2009.)

Hoivan rahoitukseen ja tuottamiseen on etsitty uusia muotoja. Tulevaisuudessa tarvitaan selkeä järjestelmä määrittelemään, minkä verran yhteiskunta osallistuu hoivapalvelujen rahoittamiseen. Hoivatili yhdistäisi kaikki omaishoitoa ja vanhusten kotona asumista tukevat tulonsiirrot. Se olisi nykyistä joustavampi tapa vastata erilaisissa elämäntilanteissa olevien hoivatarpeisiin. Hoivatili voisi keventää kuntien palveluihin kohdistuvaa painetta tukemalla omaisten hoitoapua ja mahdollistamalla entistä useammalle palvelujen ostamisen. Tili pitäisi kuitenkin kytkeä nykyistä hoitotukea selvemmin nimenomaan hoidosta ja palvelujen hankkimisesta aiheutuneiden kulujen kattamiseen. Jos asiakkaalla on omaishoitaja, voitaisiin tilin varoja käyttää omaishoitopalkkion maksamiseen.

Hoivatilin viesti markkinoille olisi selkeä ja se houkuttelisi hoiva-alalle investointeja ja toimijoita eri tavalla kuin esimerkiksi palvelusetelijärjestelmä tai kotitalousvähennys. Myös hallitusohjelmaan on kirjattu palvelumarkkinoiden kehittäminen. Rahoituksen ja palvelujen tuotantotavan välillä on yhteys. Verorahoitteiset palvelut tuotetaan useammin julkisesti. Vakuutusin ja henkilökoh- taisin tilein rahoitetut palvelut tuotetaan useammin yksityisesti.

Tulevaisuuden hoivatili yhdistää omaisten hoitopanoksen pitkäaikaishoidon järjestelmän osaksi. Kuntien tehtävät muuttuvat enemmän palvelujen tuottamisesta ohjaamisen ja valvonnan suuntaan. Hoivatili olisi tehokas tapa järjestää omaishoitoa ja kotona asumista tukevat tulonsiirrot.

## Lähteet

Bond J, Farrow G, Gregson BA, Bamford C, Buck D, McNamee P ym. Informal caregiving for frail older people at home and in long-term care institutions. Who are the key supporters? *Health Soc Care Community* 1999; 7 (6):434–444.

Bonsang E. Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *J Health Econ* 2009; 28 (1): 143–154.

Haavio-Mannila E, Majamaa K, Tanskanen A ym. Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus Suomessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 107, 2009.

Hinkka K, Karppi S-L, toim. IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112, 2010.

Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, European Centre for Social Welfare Policy and Research. Facts and figures on long-term care. Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.

Stakes. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2005. Helsinki: Stakes, SVT, 2007.

Kaivolainen M, Kotiranta T, Mäkinen E, Purhonen M, Salanko-Vuorela M. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim, 2011.

Kehusmaa S, Autti-Rämö I, Rissanen P. Valinnanvapautta ja vaihtoehtojen kustannuksia. Miten omaishoito vaikuttaa vanhuusiän hoidon kustannuksiin. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystaloustiede 2012. Helsinki: THL, 2012: 102–104.

*Lait:*

L 275/1970. Laki huoltoapulain muuttamisesta.

L 937/2005. Laki omaishoidon tuesta.

Motel-Klingebiel A, Tesch-Roemer C, von Kondratowitz H. Welfare states do not crowd out the family. Evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society* 2005; 25: 863–882.

Hallitusohjelma. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.

STM. Sosiaali- ja terveystalot 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 14, 2006.

STM. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8, 2007a.

STM. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2007b.

STM. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 62, 2009.

STM. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio, Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28, 2010.

Suoniemi I, Tanninen H, Tuomala M. Hyvinvointipalveluiden rahoitusperiaatteet. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 5, 2003.

Tilastotietokanta Kelasto. Helsinki: Kela. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/kelasto>>.

Van Houtven CH, Norton EC. Informal care and health care use of older adults. *J Health Econ* 2004; 23 (6): 1159–1180.

Volk R, Laukkanen T, Lahtinen M. Hoivan rahoitus. Kansainvälisiä kokemuksia ja kotimaisia vaihtoehtoja. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22, 2010.

## **Hennamari Mikkola, Päivi Tillman, Heikki Hiilamo, Timo Hujanen, Jussi Tervola ja Jorma Järvisalo** Sairausvakuutuksestako Gordionin solmun avaaja? Muutostarpeita terveystalvelujen rahoitusjärjestelmässä

**Viimeisen 20 vuoden aikana paineet kuntien tehtävien siirtämisestä sosiaali- ja terveydenhuollosta kuntia suuremmille organisaatioille, kuten maakunnille tai sairaanhoitopiireille, tai valtion vastuulle ovat kasvaneet. Yksittäisten pienimuotoisten uudistusten seurauksena Kelan hallinnoimaan sosiaalivakuutusjärjestelmään on siirtynyt uusia tehtäviä ja rahoituskohteita.**

Monet sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta koskevat selvitykset – ennen muuta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sekä sosiaali- ja terveystministeriön (STM) raportit – tuovat esille selkeitä järjestelmän muutostarpeita (THL:n asiantuntijaryhmä 2010; Aronkylä ym. 2010; STM 2011a; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011; VNK 2011). Nykyjärjestelmään sisältyy monia ongelmia. Uudistuksille – jopa radikaaleille reformeille – lienee tarvetta. Tämän artikkelin tavoite on pohtia terveys- ja sosiaalipalvelujen rahoitusjärjestelmän keskeisiä taustatekijöitä ja muutostarpeita. Pohdimme erityisesti, miten keskushallinnon kautta kanavoitu rahoitus eli kuntien valtionosuudet ja sairausvakuutus ovat onnistuneet tehtävässään.

### **Keskustelu rahoitusjärjestelmän uudistamisesta**

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoituksen uudistaminen ovat yksi polttavimmista ajankohtaisen, yhteiskunnallisen keskustelun teemoista. Ne liittyvät olennaisesti vaatimuksiin kuntarakenteen uudistamisesta. Rahoituskustelun painopiste on selvästi ollut terveydenhuollossa, vaikka myös sosiaalilainsäädäntöä uudistetaan. Tärkeä syytke keskustelulle oli THL:n vuonna 2010 julkaisema asiantuntijaraportti, jossa arvioitiin monikanavaisen rahoituksen etuja ja haittoja. Raportti esitti lukuisia hypoteeseja rahoitusjärjestelmän ongelmista ja niiden seurauksista mutta jätti ongelmien mittakaavan lukijan harkittavaksi. Lista ongelmista oli samankaltainen kuin OECD:n Suomea koskevassa maaraportissa vuonna 2005. (OECD 2005; THL:n asiantuntijaryhmä 2010.)

THL:n raportin keskeisin viesti oli se, että monikanavaisen rahoituksen ongelmat liittyvät sairausvakuutuksen kautta kanavoituvaa rahoitukseen (THL:n

asiantuntijaryhmä 2010). Raportti arvioi vain vähän muita keskeisiä terveydenhuollon rahoituslähteitä, kuten kuntien valtionosuuksia sekä asiakasmaksujärjestelmää. Raportin julkistamisen jälkeen julkisessa keskustelussa muotoutui käsitys ideaalisesta yksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä. Käsitys on puutteellinen. Vaikka tulevaisuudessa päädyttäisiin yksikanavaisen julkiseen rahoitusjärjestelmään, terveyspalvelujen rahoitusjärjestelmä säilyisi edelleen monikanavaisena: kunnat, valtio, kotitaloudet, yritykset, työnantajat ja vakuutusyhtiöt maksavat tulevaisuudessakin osan terveydenhuoltopalveluista ja lääkekuluista.

STM:n huhtikuussa 2011 – juuri eduskuntavaalien jälkeen – julkaisema työryhmäraportti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, selvittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön peruslinjauksista jatkoi keskustelua sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmästä. Raportin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus olisi luontevinta toteuttaa siten, että vastuu olisi yhden tai useamman kunnan muodostamalla alueellisella rahoittajalla ja järjestäjällä. Työryhmä esitti myös sairaanhoitovakuutuksen alasajoa asteittain. Osa sairaanhoitovakuutuksen rahoista siirrettäisiin kunnille (STM 2011a).

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa (2011) otettiin varovaisempi kanta. Ohjelman mukaan ”kunnallista terveyspalvelujärjestelmää ja sairausvakuutusjärjestelmää yhteen sovitetaan monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmien vähentämiseksi”. Sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko asetti tammikuussa 2012 työryhmän, jonka tavoite on selvittää, miten sairausvakuutus voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea ja täydentää julkisen terveydenhuollon palveluja. Lisäksi selvitystyön tavoite on sairausvakuutusjärjestelmän ymmärrettävyyden, selkeyden ja läpinäkyvyyden parantaminen. Lääkekorvausjärjestelmän kehittämiseksi Risikko asetti myös työryhmän lokakuussa 2011. Näillä toimilla nykyinen hallitus linjasi, että sairausvakuutus tulee vastaisuudessakin olemaan edelleen keskeinen terveydenhuollon rahoituskanava. Peruspalveluministeri Maria Guzenina-Richardsonin asettaman sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennetyöryhmän tehtäväksi tuli ehdottaa kuntapohjaisia malleja palvelujen järjestämiseksi.

## Rahoitusjärjestelmän muutostarpeet

### Sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuuden edellytykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimivuuden edellytyksiä voidaan edistää taloudellisilla kannusteilla. YK ja sen alaiset järjestöt ovat tehneet useita luokituksia hyvän terveydenhuollon toimivuuden edellytyksille. Luokitusten perusteella järjestelmässämme havaitaan useita puutteita ja muutostarpeita. Kansainvälisiä

luokituksia soveltaen väestön terveydenhuollon hyvän toimivuuden edellytyksiä ovat seuraavat seikat:

230

- 1) Terveydenhuollon ohella varmistetaan koko elämänkaaren kattava asiakaslähtöinen ja vaikuttava terveyden edistäminen, ja terveydenhuoltoon resursoidaan kattavat, vaikuttavat ja tehokkaat ehkäisevän terveydenhuollon palvelut.
- 2) Kaikkien valittavissa on tarpeittensa mukaiset, hyvin toimivat yleislääkäripalvelut peruspalveluina ja niitä tukevat perustason erikoislääkärien palvelut, saumattomat palveluketjut perustason palveluista erikoissairaanhoidon, erityistutkimuksiin ja eritystason hoitoon sekä tarvittaessa kuntoutukseen. Palvelujen tuottaminen perustuu ennakoituun tarpeeseen.
- 3) Lääkehuolto on näyttöön perustuva, tarpeiden mukainen, vaikuttava, kattava ja kohtuuhintainen.
- 4) Toiminnan perustana ovat potilaan oikeudet asiakkaana, valinnanvapaus ja palvelujen asiakaslähtöisyys.
- 5) Uusien teknologioiden käyttöönotto perustuu arviointiin tehosta, turvallisuudesta ja hyväksyttävyydestä.
- 6) Prosessien ja laadun hallinta on systemaattista, ja vaikuttavuutta ja kustannuksia seurataan.
- 7) Toimintaan liittyy yhtenäinen tietojärjestelmä, joka takaa, että potilas saa määritelyihin käytäntöihin perustuvaa hoitoa ja on oikeassa paikassa oikeaan aikaan.
- 8) Rahoitusjärjestelmä on läpinäkyvä ja oikeidenmukainen ja takaa asiakkaan hyvät palvelut ja palveluketjut riippumatta rahoituksen järjestämisestä.
- 9) Terveydenhuollon henkilöstö on osaavaa ja motivoitunutta, ja rekrytointi toimii.
- 10) Johtaminen, hallinnointi, yhteistyö ja työnjohto toimivat, ja vastuut on määritelty selkeästi.
- 11) Toiminnan strategisesta, organisatorisesta ja sisällöllisestä johtamisesta vastaa määritellysti toimivaltainen taho yksiselitteisesti.

Nykyjärjestelmän suurimpana puutteena voidaan pitää asiakas- ja potilasnäkökulman vähäistä huomioon ottamista sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden heikkoa toteutumista (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa). Myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskeskustelussa asiakas ei ole ollut keskiössä (VNK 2011).

## Väestörakenteen kehitys

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmämme on toistaiseksi ollut edullinen kansainvälisissä vertailuissa. Tulevaisuus saattaa olla toinen: lasten ja työikäisten määrä ei ehkä kasva riittävästi. Yli 85-vuotiaiden määrä moninkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. Ennusteiden perusteella suurimmat menojen kasvupaineet koskevat kuntien vanhuspalveluja ja ikääntyneiden erikoissairaanhoidon. Sairaanhoidovakuutukseen kohdistuvat menojen kasvupaineet ovat maltillisemmat. Tämä johtuu muun muassa siitä, että kunta maksaa ikääntyneiden lääkekulut kunnan rahoittamassa laitoshoidossa. Erityisesti matkakustannusten ja -korvausten odotetaan kasvavan, koska palveluja keskitetään ja julkinen liikenne vähenee maaseudulla.

Osa sairaanhoidovakuutuksen tukemista palveluista, esimerkiksi Kelan järjestämät kuntoutuspalvelut, on suunnattu työikäisille. Myös sairaanhoidovakuutuksen tukemia yksityisiä palveluita käyttävät pääosin työikäiset ja lapsiperheet. Vanhusten hoivaa tukevien sosiaalivakuutusetuuksien, kuten eläkettä saavien hoitotuen ja asumistuen, kulut kuitenkin kasvavat samaa tahtia kuin kuntien vanhuspalvelujen menot (taulukko 1)<sup>1</sup>.

**Taulukko 1.** Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot ja BKT-osuudet 2009 sekä väestörakenteen kehitykseen perustuva ennuste BKT-osuuksista 2040.

|                                      | Kokonaismenot<br>2009, milj. € | BKT-osuudet<br>2009, % | BKT-osuudet<br>2040, % |
|--------------------------------------|--------------------------------|------------------------|------------------------|
| Kuntien terveystalot                 | 8 950                          | 5,2 %                  | 6,8 %                  |
| Kelan korvaamat lääkkeet ja palvelut | 3 108                          | 1,8 %                  | 2,0 %                  |
| Kuntien vanhuspalvelut               | 2 599                          | 1,5 %                  | 3,9 %                  |
| Kelan hoivaa tukevat etuudet         | 381                            | 0,2 %                  | 0,3 %                  |
| <b>Yhteensä</b>                      | <b>15 037</b>                  | <b>8,8 %</b>           | <b>13,1 %</b>          |

Ennusteiden mukaan tulevien vuosien talouskasvu näyttää vähäiseltä, mikä vuoksi rahoituspohjaa täytyy laajentaa, koska väestörakenteen muutos aiheuttaa menojen kasvua. Tulevien maksupaineiden perusteella rahoitusjärjestelmän uudistamisessa tulisi erityisesti ottaa huomioon, mistä tulevaisuudessa saadaan lisärahoitusta ja työvoimaa vanhusten hoivaan. Kuntien palvelusetelijärjestelmät vanhusten asumispalveluissa viittaavat siihen, että tulevaisuudessa kunnat hankkivat rahoitusta suoraan asiakkailta ja pyrkivät siirtämään kuluja valtiolle

<sup>1</sup> Laskelmamme perustuvat väestön kehitykseen ja valtiovarainministeriön käyttämiin oletuksiin bruttokansantuotteen kasvusta. Työterveyshuolto puuttuu laskelmista, koska ennusteessa tarvittavia ikäryhmätietoja ei ole saatavissa.

eli sosiaalivakuutukselle. Esimerkiksi Helsingin kaupungin vanhusten asumispalvelujen palvelusetelillä säästetään kunnan kuluja ja lisätään vastaavasti potilaan omahoitoosuutta sekä sosiaalivakuutuksen osuutta (Peiponen ja Mikkola 2010).

Hoivan rahoitukseen liittyy myös omaishoito. Kelan IKÄ-hankkeen aineiston perusteella voidaan arvioida, että omaishoidon sekä virallinen että epävirallinen hoivapanos säästää sosiaalimenoja lähes kolme miljardia euroa vuonna 2010. Vanhuspalvelujen menojen kehityksessä on keskeistä se, miten omaishoidon tukeminen onnistutaan ratkaisemaan palvelujärjestelmässä (ks. Kehusmaan ym. artikkeli tässä julkaisussa).

## Kannustimet ja palvelujen saatavuus

Kunnilla on Suomessa vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä. Kuntien valtionosuusuudistuksessa luovuttiin keskitetystä ohjauksesta sekä lisättiin kuntien itsenäistä päätäntävaltaa ja vastuuta sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseksi paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Uudistuksen avulla pyrittiin myös hajauttamaan julkishallintoa sekä lisäämään sen tehokkuutta ja tuottavuutta (HE 216/1991, 5–10). Uudistuksen seurauksena järjestelmä on pirstaloitunut eivätkä kansalaiset saa terveystaloutta yhdenvertaisesti (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa).

Kansainvälisten vertailujen perusteella palvelujen saatavuus on ollut jo pitkään suomalaisen järjestelmän keskeinen ongelma (OECD 2012). Yhä selvemmin on nähtävissä, että eriarvoinen kohtelu palvelujen saatavuudessa asuinkunnan mukaan on lisääntynyt (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa). THL:n asiantuntijat arvioivat raportissaan, että valtionosuusjärjestelmä tasaa väestön palvelutarpeesta johtuvia eroja (THL:n asiantuntijaryhmä 2010). Laskennalliseen palvelutarpeeseen perustuvasta nykyisestä valtionosuusjärjestelmästä puuttuvat kuitenkin kokonaan toiminnan ohjauksen kannusteet. Järjestelmä ei rohkaise puuttumaan esimerkiksi perusterveydenhuollossa havaittuihin ongelmiin. Valtionosuusjärjestelmä ottaa väestön rakenteen ja sairastavuuden huomioon, mutta taloudellisena kannusteena on kiinteä budjettirajoite, jonka keskeisin vaikutus on menojen hillitseminen.

Kunnat ovat ”onnistuneet” hillitsemään perusterveydenhuollon menoja. Perusterveydenhuollon menojen kasvu pysähtyi vuonna 2009, ja vuonna 2010 menot olivat asukasta kohti jo 1,4 prosenttia pienemmät kuin edellisvuonna. Suhteessa väestön palvelutarpeeseen kuntien terveyden- ja vanhustenhuollon menojen kasvu pysähtyi vuonna 2010. Lamojen seuraukset näkyvät kuntataloudessa viiveellä. Viimeisen laman seurauksena joissakin kunnissa menojen hillitsemisessä on menty liian pitkälle: toimintaan ei ole enää voimavaroja. Kuntien

ääripäiden erot nettomenoissa ja palvelutarpeissa asukasta kohti saattavat olla kaksinkertaisia. (Hujanen ym. 2012.)

Perusterveydenhuollon ongelmat kertovat nimenomaan kannustimien puutteista. Tuoreimpien selvitysten perusteella erityisesti perusterveydenhuollossa hoitoon pääsyn nopeudessa on suuria alueellisia eroja (THL 2011). Hoitoon pääsy ja palvelujen riittävyys erityisesti terveyskeskus- ja mielenterveyspalveluissa sekä vanhusten kotipalveluissa nousivat esille STM:n Kaste-ohjelman kansalaiskyselyssä (STM 2011b). Perusterveydenhuollon ongelmat ovatkin luoneet kahden kastin järjestelmän, jossa osa kansalaisista turvautuu yksityisiin, työterveyshuoltoon liittyviin tai muulla tavoin järjestettäviin palveluihin ja osa jää perusterveydenhuollon palvelujen varaan.

Valtio on yrittänyt valtionosuusjärjestelmän kautta vaikuttaa kuntien toimintaan, mutta kunnat eivät ole käyttäneet rahoja niihin tarkoituksiin, joita keskushallinto tavoitteli. Yksi esimerkki on hoitotakuun yhteydessä 2003–2004 myönnetty jononpurkuraha, 25 miljoonaa euroa, jolla ei kuitenkaan onnistuttu purkamaan jonoja. Tutkimusten perusteella erikoissairaanhoidon jonoja alettiin purkaa vasta lain voimaantulon myötä (Mikkola ym. 2008). Vuoden 2002 lopussa kunnallisen hammashoidon uudistukseen myönnettiin valtionosuuksia yhteensä 10,25 miljoonaa euroa (HE 77/2004). Myös hammashoidon uudistus lähti nihkeästi liikkeelle ja eteni vasta hoitotakuun myötä. Vuonna 2004 kunnille tuli mahdolliseksi järjestää sosiaali- ja terveyspalvelujaan myös palvelusetelin avulla. Ensimmäisenä palveluseteli otettiin käyttöön sosiaalihuollon kotipalveluissa, ja käyttöönoton kannustamiseksi ja edistämiseksi tähän myönnettiin valtionosuutta 10 miljoonaa euroa (HE 74/2003). Volkin ja Laukkasen selvityksen (2007) perusteella kunnat suuntasivat palvelusetelikokeiluihin huomattavasti vähemmän rahaa kuin valtionosuuteen oli lisätty. Nämä esimerkit osoittavat, että lisäykset valtionosuuksiin eivät toimi kannusteina. Lisäykset tiettyyn tarkoitukseen ovat olleet myös suhteellisen pieniä.

Suomessa annettava erikoissairaanhoidon sijoittuu hyvin pohjoismaisissa vertailuissa (Medin ym. 2010; Häkkinen 2011). Erikoissairaanhoidon neuvotteluvoima onkin ollut kuntien rahanjaossa vahvempi verrattuna perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa hoitojonot eivät olisi lyhentyneet ilman lainsäädäntöä. Lainsäädäntö vaati toteutuakseen uhkasakot. Ja toisaalta nyt, kun Suomikin varautuu ns. potilaiden liikkuvuusdirektiivin toimeenpanoon, keskusteluun on noussut kysymys siitä, ovatko Suomen hoitojonot eurooppalaisiin jonoihin verrattuna edelleen liian pitkät (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa).

Nykyiseen valtionosuusjärjestelmään, joka käytännössä kattaa kaikki kuntien palvelut, on vaikea lisätä korvamerkittyjä kannusteita terveydenhuoltoon.

---

*Valtio on yrittänyt valtionosuusjärjestelmän kautta vaikuttaa kuntien toimintaan, mutta kunnat eivät ole käyttäneet rahoja niihin tarkoituksiin, joita keskushallinto tavoitteli.*

---

Korvamerkittyjä kannusteita olisivat vaatimassa myös muut hallinnonalat. Tämän vuoksi toiveet korvamerkitystä valtionosuudesta ja sen toiminnallisista kannusteista saattavat olla epärealistisia.

## Eriarvoisuus

234

Terveyteen liittyvät erot ja elintapasairaudet on koettu jo pitkään ongelmallisiksi haasteiksi suomalaisessa järjestelmässä. Huolimatta siitä, että näiden erojen vähentäminen on ollut terveyspolitiikan keskiössä jo 30 vuotta, erot ovat jatkuvasti kasvaneet. Sosioekonomisten terveyserojen kasvun on todettu liittyvän muun muassa huono-osaisten köyhyyteen sekä alkoholinkäyttöön ja tupakointiin. Kyse on myös siitä, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevien terveyskoheene useilla mittareilla mitattuna varsin nopeasti, mutta vastaavaa muutosta ei tapahdu alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä. Ylempien sosioekonomisten ryhmien pääsy terveydenhuoltoon ja siellä ei-kiireittämiin hoitoihin näyttää olevan helpompaa kuin alemmien sosioekonomisten ryhmien (ks. Blomgrenin ja Hiilamon artikkeli tässä julkaisussa).

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja maksukatot ovat kansainvälisessä vertailussa korkeita Suomessa. Maksut voivat jopa estää palvelujen käytön pienituloisilla, joiden määrä on lisääntynyt viime vuosina. Myös lääkkeissä kansalaisten omavastuu on korkea. Asiakkaiden maksamia kustannuksia nostaa myös sairaanhoitovakuutuksen tukemien yksityisten palvelujen korvaustaksojen jälkeensä jääneisyys. Tulonjakoaineiston perusteella esimerkiksi yksityisissä

---

*On vaikea löytää suoraa yhteyttä terveyserojen ja palveluiden rahoitusjärjestelmän välillä.*

---

lääkäripalveluissa pienituloisimpien omavastuut suhteessa käytettävissä oleviin tuloihin ovat lähes kaksinkertaistuneet viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana.

On vaikea löytää suoraa yhteyttä terveyserojen ja palvelujen rahoitusjärjestelmän välillä. Erojen taustalla saattaa olla kansallisen ohjauksen mahdollisuuksien puuttuminen. Kuntien erilaiset painotukset terveyspalvelujen järjestämisessä ja voimavaroissa sekä suuret asiakasmaksut ovat mitä todennäköisimmin syynä terveyspalvelujärjestelmän aiheuttamiin, terveyteen liittyviin eroihin. Sairausvakuutuksen rooli on selvästi vähäisempi. Kansainvälisessä vertailussa sosioekonomisten terveyserojen laajuus eri maissa ei näytä selittyvän terveyspalvelujärjestelmän eriarvoisuudella taikka muilla terveydenhuoltojärjestelmän rakennepiirteillä (ks. Kankaan artikkeli tässä julkaisussa).

## Tietojärjestelmien puutteet

235

Kuntien väliset ja sisäiset erilaiset tietojärjestelmät, perusterveydenhuollon kansallisten rekisterien puuttuminen ja työterveyshuollon asiakasrekisterin puute estävät potilaan hoitoprosessin arviointia. Rahoitusjärjestelmän yksilöityjä kannustemekanismeja ei voida rakentaa, ellei riittävää ja luotettavaa tietopohjaa ole käytössä. Tietojärjestelmien erilaisuus ei ole pelkästään kuntien ongelma, vaan se ulottuu sairaanhoitopiireihin. Esimerkiksi eri sairaanhoitopiirien kuntalaskutusjärjestelmät ovat erilaiset, ja palvelujen välisiä hintoja ei voi vertailla. Myös tietojärjestelmien avulla välitettävä tietämys hoidon laadusta on alkutekijöissään. Myöskään potilastietojärjestelmien rekisterit ja arkistot eivät ainakaan lyhyellä aikavälillä paranna tilannetta. Sairausvakuutusjärjestelmän rekisterien perusteella ei myöskään kerätä tietoja hoidon laadusta. Yhtenäisen tietopohjan ja normiperusteisen tiedonkeruun puutteet vaikeuttavat sosiaali- ja terveystalvelujen vaikuttavuus- ja muita arvioita myös valtakunnan tasolla.

## Työvoima ja järjestelmän johtaminen sekä ohjaus

Kuntien valtionosuusjärjestelmä vähensi aikoinaan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon suunnittelutyövoimaa keskeisesti. Potilastyön lisäksi hallintotyöt kasautuivat terveyskeskusten johtaville ylilääkäreille. Työvoimapula alkoi näkyä 2000-luvun alusta lähtien ja synnytti työvoimaa vuokraavat yritykset. Lisäksi korvamerkitty erityisvaltionosuusjärjestelmä kannusti lääkäreitä tutkimustyöhön erityisesti erikoissairaanhoidon ja yliopistosairaaloihin. Tämä on vahvistanut erikoissairaanhoidon ja sairaalatyön houkuttavuutta entisestään. Varojen käyttöä laajennettiin vuonna 2005 (HE 77/2004) koskemaan myös perusterveydenhuollon tutkimusta.

Suomen Lääkäriliiton tutkimusten mukaan terveyskeskusten lääkärivaje oli 6,5 prosenttia vuonna 2011 (Suomen Lääkäriliitto 2011). Perusterveydenhuollon lääkärivaje on keskittynyt Kainuuseen, Itä-Savoon, Vaasaan ja Etelä-Karjalaan. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksen on epäilty vinouttavan työvoiman tarjontaa. Lääkärivajeesta kärsivillä alueilla tällä tuskin on merkitystä, sillä yksityisten palvelujen sairaanhoitokorvauksia maksetaan vähän näille alueille. Myös työterveyshuollon merkitys on siellä vähäisempi. Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksen merkitys työmarkkinoilla on todennäköisempi pääkaupunkiseudulla ja muissa suuremmissa kaupungeissa (ks. Hujasen ja Mikkolan artikkeli tässä julkaisussa) Tutkittua tietoa tästä ei ole. Se sijaan terveyskeskusten johtamisongelmia on tutkittu. Tutkimusten mukaan lääkäreiden tyytymättömyys terveyskeskustyöhön johtuu paljon siitä, että vaikutusmahdollisuudet oman työn kehittämiseen kunnan byrokratian rattaissa ovat vähäiset (Haimakainen ym. 2011).

Viimeaikainen keskustelu terveydenhuollon ongelmista on keskittynyt terveyskeskuslääkäreiden saatavuuteen. Lääkäriliiton asiantuntijoiden mukaan STM:n työryhmän sairaanhoitokorvauksien poistoesityksen taustalla saattoi olla järjestelmän sisäinen kilpailu terveydenhuollon ammattilaisista ja osaajista (Pärnänen 2011). Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelee 379 000 palkansaajaa eli 20 000 enemmän kuin Suomen teollisuudessa yhteensä. Terveyskeskuslääkäreiden osuus koko sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimasta on vain noin prosentti. Myös muissa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmissä on työvoiman vajetta. Keskustelu rahoituksen ja työvoimakysymysten välisestä yhteydestä onkin vielä alullaan (ks. Raja-vaaran artikkeli tässä julkaisussa). Yksi syy kuntien hoivahenkilöstön vähäiseen määrään voi olla se, ettei kuntien kannata palkata työntekijöitä pienipalkkaisiin töihin verojärjestelmän kannustimien vuoksi (ks. Haatajan artikkeli tässä julkaisussa). Pienipalkkaisesta työstä tehtävä kunnallisveron ansiotulovähennys syö kunnan verotuloja, mutta tulonsiirroista – kuten työttömyyskorvauksesta tai kotihoidon tuesta – ei tehdä ansiotulovähennystä.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa sosiaali- ja terveystaloudesta, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen strategisesta johtamisesta. Ministeriön keinot strategisen johtamisen toimeenpanoon ovat varsin vähäiset ja rajoittuvat pääosin informaatio-ohjaukseen, joka kuntien itsehallinnon vallitessa ei välttämättä ole kovin vaikuttavaa. Lainsäädännöllistä normiohjausta ministeriö tekee valmistellessaan sektorinsa lainsäädäntöä, mutta toistaiseksi lainsäädäntökään ei ole kovin vahva keino kuntien vastuulla olevaan palveluntuotantoon vaikuttamisessa. Sen sijaan ministeriö voi vaikuttaa

---

*Keskushallinnossa pitäisi vahvistaa koko järjestelmän ohjausta.*

---

sosiaalivakuutuksen lainsäädäntöön merkittävästi siltä osin kuin asioita ei valmistella pelkästään työmarkkinatahojen keskinäisissä neuvotteluissa.

Voimavarojen ohjaus on nykyisen valtionosuusjärjestelmän vallitessa rajautunut vain erilaisten kehitysohjelmien johtamiseen, joista merkittävin on Kaste-ohjelma. Muiden velvoittavien normien puuttuessa normiohjaus lainsäädännön avulla on hidasta, eikä se ole välttämättä sopiva keino vaikuttaa palvelujärjestelmän ongelmiin. Sosiaali- ja terveystaloudesta käsittelee kyllä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keinoja että palveluja, mutta käytännössä esimerkiksi terveyden edistäminen ja terveyspalvelujen tuottaminen jäävät kuntatasolla erillisiksi toiminnoiksi. Terveyden edistämiseen ei saada riittävästi rahallisia resursseja.

Terveystaloudesta ohjelmien menestys on ollut vaatimaton; väestön terveyteen liittyvät erot ovat yrityksistä huolimatta kasvaneet. Tämä johtunee osin siitä,

että ohjelmia ei ole sidottu terveydenhuollon rahoitukseen ja systemaattiseen kehittämiseen. Lisäksi ne jäävät parhaimmillaankin vain hallituskauden mittaisiksi. Keskushallinnossa pitäisi vahvistaa koko järjestelmän ohjausta. Samalla tulisi myös pystyä tarkastelemaan sosiaali- ja terveystalouden painoarvoja ja politiikka pitäisi sitoa kiinteästi rahoitukseen niin, että kokonaisuus sisältäisi myös aiotun politiikan saavuttamista tukevat kannustimet. Teoriassa taloudelliset kannustimet voisivat ohjata kuntia esimerkiksi kansainvälisten järjestöjen määrittämien kriteereiden mukaisesti (luettelo sivulla 230).

## Sosiaalivakuutuksen laajeneminen sosiaali- ja terveyspalveluissa

### Sairausvakuutuksen toimivuus

Sairaanhoitovakuutusjärjestelmän vahvuus on sen rahoituksen kohdentuminen kaikille kansalaisille asuinpaikasta riippumatta, tasapuolisesti palvelujen ja lääkkeiden käytön mukaan. Erityinen vahvuus on kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu.

---

*Sairaanhoitovakuutuksen erityinen vahvuus on kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu.*

---

Universaali sosiaalivakuutusjärjestelmä on selviytynyt tehtävästään monilta osin hyvin. Rahoitus- ja järjestämistä vastuuta on siirretty kunnilta valtiolle (taulukko 2). Rahoituksen ja järjestämistä vastuun siirrot ovat osoitus siitä, että sosiaalivakuutusjärjestelmään ja sen toimeenpanoon luotetaan.

**Taulukko 2.** Kelan uusia tehtäviä 1990- ja 2000-luvulla.

| Ajankohta | Tehtävä  | Etuusmenojen rahoittaja |
|-----------|--|-------------------------|
| 2010      | Vammaisten tulkkauspalvelu   | Kela                    |
| 2010      | Suuhygienistin hoito sairausvakuutuksen korvauksen piiriin   | Kela                    |
| 2009      | Elatustuki   | Kela                    |
| 2002      | Sairausvakuutuksen hammashuollon laajennus, koko väestö korvauksen piiriin   | Kela                    |
| 1994      | Yleinen asumistuki   | Kela                    |
| 1993      | Lapsilisät   | Kela                    |
| 1993      | Kotihoidontuen toimeenpano   | Kunta                   |
| 1991      | Kuntoutuslainsäädännön selkeyttäminen: mm. ammatillisen kuntoutuksen vastuunjaon selkeytys, vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus pääosin kunnilta Kelaan | Kela                    |

Vuonna 1991 selkeytettiin kuntoutuksen järjestämisvastuuta ja yhteistyötä sekä parannettiin kuntoutuksen aikaista toimeentuloturva. Päävastuu vaikeavammaisten lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siirrettiin osittain terveydenhuollolta Kelalle vuonna 1991 (Karjalainen ym. 1993). Merkittävimmät sosiaaliturvaa koskevat siirrot toteutettiin kuitenkin vuonna 1994, kun Kelalle siirrettiin lapsilisä, lasten kotihoidon tuki, äitiysavustus, sotilasavustus, opintotuki ja yleinen asumistuki (HE 155/2006 vp). Myös toimeentulotuen ja elatustuen siirtoa selvitettiin, mutta muutoksia ei tuolloin tehty. Elatustuen toimeenpano tuli Kelan vastuulle vuonna 2009. Toimeentulotuen siirto on edelleen aika ajoin esillä, ja sitä pohti mm. sosiaaliturvan uudistamista miettinyt SATA-komitea. Merkittävin 2000-luvulla tehty muutos sosiaaliturvassa oli hammashoitokorvausten laajennus. Viimeisin siirto tehtiin vuonna 2010, kun vammaisten henkilöiden tulkkauspalvelut siirrettiin kunnilta Kelan vastuulle.

Viime vuosina on keskusteltu omaishoidon tuen siirrosta Kelalle. SATA-komitea esitti tätä yksimielisesti, kuten myös kaikki puolueet kevään eduskunta-vaalien 2011 aikana. Pääministeri Kataisen hallitusohjelmassa tähän ei kuitenkaan päädytty. Todennäköisesti omaishoidosta ja epävirallisen avun laajuudesta sekä omaishoidon tuen siirron kustannusvaikutuksista ei ole riittävästi tietoa, jotta rahoitusratkaisut kunta–valtio-akselilla voitaisiin toteuttaa (ks. Kehusmaan ym. artikkeli tässä julkaisussa).

Sairaanhoitovakuutusjärjestelmä on kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon keskeinen tukipilari. Kansalaiset arvostavat apteekkien palveluja (ks. Niemelän artikkeli tässä julkaisussa). Lääkekorvausjärjestelmää kyetään uudistamaan kansallisesti. Kansalaisten tyytyväisyys työterveyshuoltoon on lisääntynyt. Matkakorvausjärjestelmä mahdollistaa kaukana palveluista asuvien hoitoon pääsyn ja tukee palvelujen keskittämistä suurempiin yksiköihin, sillä niitä maksetaan pääosin

sairaalaan suuntautuneista matkoista (Paltta 2008a ja b). Lääke- ja matkakulujen suuria kustannusriskejä on tasoitettu maksukatoilla.

Yksityisten palvelujen tukeminen ja kansalaisten itse maksamien yksityisten palvelujen käyttö vähentää kuntien palvelutaakkaa. Suurituloisille sairausvakuutuksen niukalla yksityisten palvelujen

---

*Suurituloisille sairausvakuutuksen niukalla yksityisten palvelujen tuella on vähän merkitystä.*

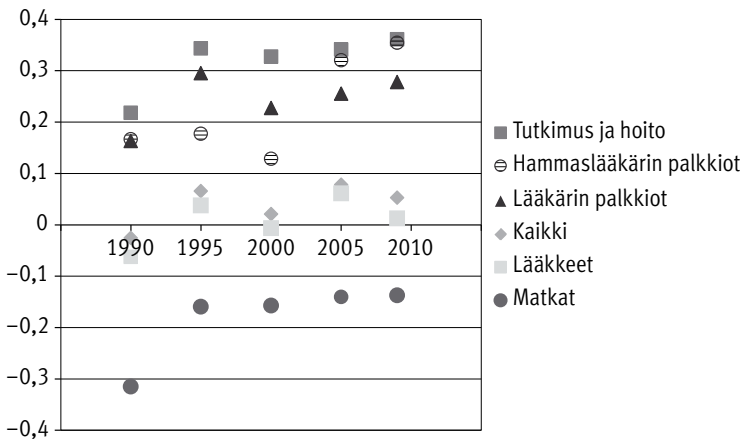
---

tuella on vähän merkitystä. Kyselytutkimuksen perusteella erityisesti pieni- ja keskituloisille sairausvakuutuksen tuella on merkitystä, ja se tukee myös pieni- ja keskituloisten valinnanmahdollisuuksia terveyspalvelujen käytössä (Tuominen ym. 2011; Miettinen ym. 2012). Erityisryhmien kuntoutus vaatii kansallista osaamista ja toimeenpanoa (ks. Autti-Rämön ym. artikkeli tässä julkaisussa).

Yhä kansainvälistyvämpien terveyspalvelujen käytön korvausjärjestelmä on tehokasta hoitaa kansallisesti. Kansallisen sairaanhoitovakuutusjärjestelmän korvausrekisterin tiedot ovat potilaskohtaisia ja ajantasaisia.

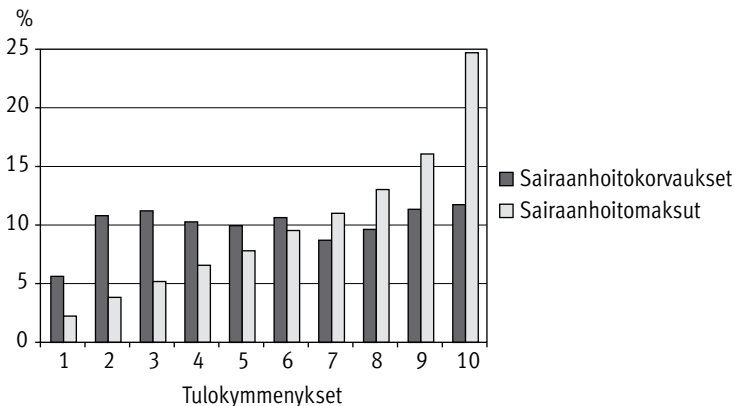
Sairaanhoitovakuutuksen kohdentumiseen ei liity kokonaisuudessaan merkittäviä eriarvoisuusongelmia, vaikka yksityisten palvelujen ja hoitojen tukia maksetaan suhteellisesti eniten suurituloisille (kuvio 1). Näissä palveluissa myös omavastuut ovat suuret. Toisin sanoen suuret omavastuut tulevat keski- ja suurituloisten maksettavaksi, kuten myös sairaanhoitomaksut, joilla korvauksia rahoitetaan (kuvio 2). Sairaanhoitovakuutuskorvaukset jakautuvat kokonaisuudessaan tasaisesti tuloluokittain, koska lääkekorvausten osuus on hallitseva.

**Kuvio 1.** Sairaanhoitokorvausten jakautuminen 1990–2009, konsentraatioindeksi<sup>a</sup>.



<sup>a</sup> Sairaanhoitokorvausten jakautumista tuloluokittain kuvataan konsentraatioindeksin avulla. Kun indeksi = 0, korvaukset jakautuvat tasaisesti, kun indeksi > 0, korvaukset jakautuvat enemmän suurituloisille ja kun indeksi < 0, korvaukset jakautuvat enemmän pienituloisille.

**Kuvio 2.** Sairaanhoitokorvaukset ja sairaanhoitomaksut tulokymmenyksittäin 2009.



Korvausten jakautumista tasoittaa myös se, että matkakorvauksia maksetaan paljon pienituloisille, kun taas yksityispalvelujen korvaukset kohdentuvat keski- ja suurituloisille (kuviot 1 ja 2). Yksityisten palvelujen käyttö ei ole kenellekään terveystalouden käytön päälinja, vaan täydentävä järjestelmä. Kelan rekisterien perusteella viiden vuoden seurannassa noin kaksi kolmasosaa oli kerran käyttänyt yksityisiä lääkäripalveluja. Vuosittain käyttäjiä oli noin kolmasosa väestöstä. Esimerkiksi yksityisiä gynekologipalveluja käytetään keskimäärin kaksi kertaa ja silmälääkäripalveluja kerran viiden vuoden aikana. Yksityisten palvelujen korvaukset kohdentuvat pääosin kaupunkilaisille, kun taas matkakorvauksia maksetaan suhteellisesti eniten maaseudun asukkaille. Lääkekorvaukset jakautuvat tasaisesti koko maahan.

Toisin kuin kuntien valtionosuus, sairausvakuutukseen käytetyt rahat ovat korvamerkittyjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Lääkäreiden lääkkeenmääräystä ohjataan sairausperusteisella lääkekorvausjärjestelmällä. Korvausrajoitteilla ja ohjeistuksella on ollut merkitystä lääkäreiden käytäntöihin (Martikainen 2012). Korvausjärjestelmään päästäkseen lääkkeet käyvät läpi terveystaloudellisen arvioinnin. Viitehintajärjestelmällä säädellään myös lääkekulujen kasvua. Lääkekorvausjärjestelmästä puuttuvat kuitenkin budjettiohjauksen mekanismit, mikä vaikeuttaa lääkekulujen hillitsemistä. Lääkärit kritisoiivat toistuvasti lääkekorvausjärjestelmää sen monimutkaisuudesta (ks. Aaltosen ym. artikkeli tässä julkaisussa). Yhteistyö sairaanhoitovakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon välillä on jäänyt vähäiseksi, vaikka Kela antaa säännöllisesti lääkkeenmäärämispalautetta lääkäreille. Tietoa palautejärjestelmän käytännön vaikutuksesta on vähän.

STM:n työterveyshuollon neuvottelukunta kehittää työnantajien vastuulla olevaa työterveyshuoltoa. Neuvottelukunta toimii vahvasti kolmikantaperiaatteen varassa. Se osallistuu myös lainsäädännön kehittämiseen. Työterveyshuolto on osa terveydenhuoltojärjestelmää, mutta samalla myös työnantajien investointi työntekijöihin (Hujasen ja Mikkolan artikkeli tässä julkaisussa). Koska työnantajat arvioivat henkilöstömenoja kokonaisuutena, voi työterveyshuoltoon panostaminen olla suurille työnantajille suhteellisesti pienempi panostus kuin pienille työnantajille. Lisäksi suurilla työnantajilla on usein käytössään enemmän voimavaroja henkilöstön hyvinvointiin sekä neuvotteluvoimaa. Isot työnantajat kilpailuttavat palveluntuottajat, mutta pienet eivät osaa. Kulutustutkimusaineiston perusteella työterveysetuudet jakautuvat niitä saaneille kotitalouksille varsin tasaisesti ja suosivat pienituloisia kotitalouksia. Kansallisesti yksilötason tietojen puuttuminen rekistereistä vaikeuttaa kuitenkin työterveyshuoltojärjestelmän arviointia.

Kelan järjestämistä vastuulla olevat kuntoutuspalvelut koskevat ammatillista kuntoutusta, vaikeavammaisten kuntoutusta ja harkinnanvaraista lääkinnällistä kuntoutusta. Psykoterapiakuntoutus siirrettiin Kelan järjestämisvelvollisuuden

piiriin vuonna 2010. Kunnilla ei ole velvollisuutta järjestää Kelan vastuulla olevia kuntoutuspalveluja. Kelan järjestämän kansallisen tason kuntoutusjärjestelmän vahvuus ovat sen valtakunnallisesti sitovat standardit ja jatkuva laadunarviointi. Nämä puuttuvat kunnallisista kuntoutuspalveluista, kuten myös palvelujen käytön yksilökohtainen tilastointi. Uusi terveydenhuoltolaki tosin vaatii sairaanhoitopiirejä valvomaan lääkinällisen kuntoutuksen laatua (ks. Autti-Rämön ym. artikkeli tässä julkaisussa).

Kansallisessa järjestelmässä kuntoutujilla on subjektiivinen oikeus tarpeen ja hyvän kuntoutuskäytännön mukaiseen palveluun. Kuntoutuspalvelujen saannissa on kuitenkin alueellisia eroja, jotka johtuvat palvelujen tarpeen tunnistamisesta ja sisällön suunnittelusta sekä tarjonnasta. Järjestelmän kehittäjät toivovat kunnalliselta terveydenhuollolta parempia kuntoutussuunnitelmia ja lisämahdollisuuksia yksilöllisen palveluohjauksen järjestämiseksi asiakkaille (Salmisen ja Tuulio-Henrikssonin artikkeli tässä julkaisussa; Autti-Rämön ym. artikkeli tässä julkaisussa).

Matkakorvausjärjestelmässä on havaittu useita käytännön ongelmia. Kunnat voivat esimerkiksi hoitotakuun aikarajojen takia ostaa hoitopalveluja hyvinkin kaukaa omalta alueeltaan ilman, että niiden tarvitsee ottaa potilaan matkakuluja mitenkään huomioon, sillä Kela korvaa potilaan matkakulut myös näissä tapauksissa. Sadan euron säästö

---

*Sadan euron säästö kunnan hankintamenoissa voi aiheuttaa tuhannen euron matkakorvausmenot sairaanhoitovakuutukselle.*

---

kunnan hankintamenoissa voi aiheuttaa tuhannen euron matkakorvausmenot sairaanhoitovakuutukselle. Ambulanssimatkoissa kunnat voivat linjata toimintaa sen mukaan, että se oikeuttaa sairaanhoitovakuutuksen korvaukseen. Nykyinen pelkästään kuljetuksiin (ajettuun matkaan ja aikaan) perustuva kustannusten korvaustapa ei myöskään kannusta toimimaan potilaan hoidon kannalta tehokkaimmalla tavalla (Pappinen 2008). STM:n ensihoidon työryhmässä Kelan edustajat ovat esittäneet, että ensihoidon korvaukset voitaisiin vastaisuudessa maksaa suoraan sairaanhoitopiireille.

Yksityisten palvelujen käyttöä tukeva sairaanhoitovakuutusjärjestelmä vaatisi uudistuksia. Suurilla omavastuilla on hillitty yksityisten palvelujen käyttöä ja korvausmenoja. Taksojen jäädyttäminen on johtanut siihen, että yksityiset palvelut ovat tulleet suhteessa entistä kalliimmaksi pienituloisille. Vapaa hinnoittelu on johtanut mittaviin hintaeroihin ja yksityisten palvelujen kilpailun toimivuudessa olisi parannettavaa. Suurten omavastuiden pienentämiseksi järjestelmä vaatisi vähintään hintasääntelyä, jos taksankorotuksiin ei ole tulevaisuudessa varaa. Järjestelmän kehittämiseksi on keskeistä tietää, miten kunnalliset palvelusetelijärjestelmät kehittyvät tulevaisuudessa (ks. Mikkolan ja Virran artikkeli tässä julkaisussa).

THL:n asiantuntijaryhmä (2010) ja THL:n pääjohtaja Pekka Puska (Demari 2012; Keskisuomalainen 2012) ovat esittäneet, että yksityisten palvelujen Kela-korvaukset tulisi siirtää kunnille. Sairaanhoidovakuutusrahoja ei ole järkevää siirtää kuntien valtionosuuksiin, koska tällöin häviäisi terveydenhuoltoon taroitettun rahoituksen korvamerkintä. Jos yksityissektori halutaan sulkea pois julkisesta vakuutusjärjestelmästä, samassa yhteydessä pitäisi pohtia myös sitä, ovatko kuntien erilliset ja erilaiset palvelusetelijärjestelmät parempi vaihtoehto kansalliselle järjestelmälle. Julkisen sairaanhoidovakuutuksen korvaukset yksityispalveluissa ovat saattaneet olla pieni mutta tehokas puskuri, joka on estänyt yksityisten vakuutusmarkkinoiden laajentumista terveyspalveluissa (ks. Mikkolan ja Virran artikkeli tässä julkaisussa).

## Sairaanhoidovakuutuksen laajentamisen vaihtoehtoja

Muiden veronkorotusten joukossa sairaanhoidovakuutusmaksun korottaminen on yksi vaihtoehto sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituspohjan laajentamiselle. Maksujen korotuksella kerätyt varat voitaisiin suunnata erityisesti vanhusten hoivapalveluihin samoilla periaatteilla kuin työnantajat ja palkansaajat maksavat sairausvakuutusmaksuja työtulovakuutusta ja siten myös työterveyshuoltoa varten. Esimerkiksi kansalaisten maksuhalukkuutta sairaanhoidomaksun tilapäiseen korottamiseen voitaisiin selvittää.

Sairaanhoidovakuutusjärjestelmää voitaisiin laajentaa esimerkiksi vanhusten hoivapalveluihin. Lisäksi perusterveydenhuolto voi tarvita erityiset kannusteet elpyäkseen. Järjestelmän lisärahoitus katettaisiin korottamalla sairaanhoidomaksua ja siirtämällä kuntien valtionosuuksia sairaanhoidovakuutukselle. Lisärahoitukseen tarvitaan vastaisuudessa myös suurempia omavastuita ja asiakasmaksuja.

Jos omaishoidon tuki siirtyisi osaksi kansallista sosiaaliturvaa, järjestelmä voisi kulkea kohti kansallista hoivarahoitusmallia, jossa kotihoidon piirissä olevien jokapäiväiset hoivan tarpeet rahoitettaisiin sosiaalivakuutuksesta. Tämä edellyttäisi nykyjärjestelmän etuuksien (eläkettä saavan hoitotuen, asumistuen, lääkekorvausten ja maksukaton sekä myös takuueläkkeen) tarkastelua osana kotona apua tarvitsevien avohoidon kokonaisuutta (ks. Kehusmaan ym. artikkeli tässä julkaisussa). Omaishoitajien laaja-alainen tuki, kuten pääsy työterveyshuollon piiriin, voisi vahvistaa omaishoidon mahdollisuuksia. Omaishoitajien aseman kohentamisesta on tehty aiheeseen liittyvä lakialoite (LA 85/2009).

Yksi ratkaisu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusongelmiin olisi kuntien valtionosuuksien siirtäminen osin sairaanhoidovakuutuksen korvamerkityksi rahaksi. Esimerkiksi kunnallisen perusterveydenhuollon elvyttämiseksi sairaanhoidokorvauksia maksettaisiin korvamerkittynä suoraan terveyskeskuksille ja niiden käyttäjille. Eräs palveluseteliä vastaava vaihtoehto olisi tarjota terveyskes-

kuslääkäriin lähetteellä yksityisiä palveluja ja jakaa kulut sairaanhoitovakuutuksen ja kuntien kesken.

243

Terveyspoliittiset painopisteet voisivat ohjata rahan käyttöä terveyskeskuksissa. Painopisteenä voisivat olla esimerkiksi syrjäytyneiden nuorten aikuisten ja työttömien terveystarkastukset ja terveyspalvelut. Työttömien terveystarkastukset – työttömyysasteen ollessa nykyisen suuruinen – tulisivat maksamaan arviolta 22 miljoonaa euroa ja työterveyshuollon tasoiset terveyspalvelut arviolta 81 miljoonaa euroa vuodessa. (Ks. Ahosen ym. artikkeli tässä julkaisussa.)

Kysymyksessä ei olisi poikkeuksellinen käytäntö. Työterveyshuollon korvauksia ja sairauden hoidosta aiheutuvia matkoja korvataan sekä kunnallisille että yksityisille palveluntuottajille. Sairaanhoitokorvauksia maksettiin vuoteen 1983 asti lääkäripalveluista terveyskeskuksille. Ennen järjestelmän vaiheittaista alasajoa korvauksia maksettiin 147 miljoonaa euroa (nykyrahassa) terveyskeskuksille vuonna 1981.

## Pohdintaa

Terveystalouden järjestelmässä suuria käännekohtia on ollut harvoin. Kuntien valtionosuusjärjestelmän uudistus vuonna 1993 oli viimeisin suuri käänne, ja sen aiheuttamia ongelmia pyritään nyt ratkomaan (Mattila 2011; ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa).

Kunnat, valtio, asiakkaat, kotitaloudet, työntekijät, yrittäjät ja työnantajat yhdessä sijoittavat terveyden- ja vanhustenhuoltoon lähes 16 miljardia euroa vuodessa (taulukko 1). Suuri yksimielisyys vallitsee siitä, että on aika siirtyä hajautetusta järjestelmästä kohti keskitetympää. Pienet kunnat eivät tulevaisuudessa kykene vastaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta. Vähälle huomiolle on jäänyt se, että tulevaisuudessa suuret kustannuspaineet ovat siellä, missä on väestöä, eivät harvaan asutulla maaseudulla. Pienten ja vähävaraisten kuntien yhdistäminen suuremmiksi ei ratkaise tulevaisuuden rahoitustarpeita.

Viimeaikainen keskustelu rahoituksen uudistamisesta on käsitellyt monikanavarahoitusta ja siitä erityisesti Kela-korvauksia yksityisiin palveluihin sekä työterveyshuoltoa ja sen eriarvoistavaa vaikutusta. Kela-korvaukset yksityisistä palveluista olivat viime vuonna 274 miljoonaa euroa eli alle kaksi prosenttia terveydenhuollon rahoituksesta. Kansalaiset maksoivat itse näistä palveluista yli 600 miljoonaa euroa. Pääosin työnantajien rahoittaman työterveyshuollon osuus on noin 4 prosenttia koko järjestelmän kuluista. Vaikka terveydenhuollon rahoitusta koskevat tuoret selvitykset ovat tuoneet esille selkeitä järjestelmän

muutostarpeita, puhuminen yksipuolisesti Kela-korvauksista on ajanut rahoituskeskustelun sivuraiteille ja ollut vailla järkeviä mittasuhteita.

Jyrki Kataisen hallitus uskoo suurten, vahvojen peruskuntien muodostamisen ratkaisevan myös sosiaali- ja terveydenhuollon tulevia ongelmia. Kuntien muutosvastarinta on ilmeinen. Kansalaiset arvostavat lähipalveluja, kun taas alan virkamiehet ja ammattilaiset toivovat suurempia yksiköitä terveyspalvelujen järjestämiseen (ks. Niemelän artikkeli tässä julkaisussa). Asiakasnäkökulma, kansalaisten yhdenvertaisuus ja potilaiden oikeudet eivät ole vieneet järjestelmän kehittämistä eteenpäin (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa).

Järjestelmää on pyritty kehittämään organisaatiouudistuksilla. Käytössä on ollut jo monenlaisia alueellisia organisaatioita: sosiaali- ja terveydenhuollon alue- ja piirimalleja sekä vuoden 2012 lopussa päättyvä Kainuun malli. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat ovat viime vuosina esittäneet aivan muunlaisia

---

*Malliratkaisun avain saattaisi löytyä yhdistämällä kansallisen ja alueellisen mallin parhaat puolet.*

---

ehdotuksia kuin vahvan perus- tai seutukunnan malleja. Esimerkiksi tulevaisuusvaliokunnan selvityksessä Kuusi ja Ryyänen (2008) päätyivät esittämään uudeksi malliksi hyvinvointipiiriä, joka olisi nykyisten yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden kokoinen. THL esitti samaan tapaan 5–12 alueen organisaatioita, joilla olisi sekä järjestämis-

että rahoitusvastuu (THL:n asiantuntijaryhmä 2010). Keskustelussa on ollut esillä myös erikoissairaanhoidon siirto valtion vastuulle (Polemiikki 2010). Kansallisten mallien kehittäjien joukko on myös lisääntynyt. Forssin ja Klaukan (2003) lisäksi myös Sitra (Aronkytö ym. 2010) esitti ratkaisuksi kansallista mallia. Toisin kuin THL:n aluemallissa, kansallisille malleille yhteistä on erityisesti se, että niissä esitetään rahoittajan ja palveluntuottajan selkeää erottamista toisistaan.

Ehdotettujen mallien joukossa sairaanhoitovakuutusjärjestelmän laajentamista voidaan pitää vaihtoehtona tai vähintäänkin osaratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää kehitettäessä. Verrattuna muihin malleihin kansalaisten yhdenvertaisuus todennäköisesti toteutuisi parhaiten julkiseen ja kansalliseen vakuutukseen pohjautuvassa mallissa (ks. Kotkaksen ja Kalliomaa-Puhan artikkeli tässä julkaisussa). Suomen pieni väestöpohja voisi olla myös peruste kansalliselle mallille ja siten kestävämmälle rahoituspohjalle. Toisaalta alueelliset organisaatiot, kuten sairaanhoitopiirit, tuntevat alueensa väestön tarpeet ja toimintaympäristön tuotanto-olosuhteet. Malliratkaisun avain saattaisikin löytyä yhdistämällä kansallisen ja alueellisen mallin parhaat puolet.

Kansallisen ohjauksen vahvistaminen vaatii kansallisia työkaluja. Keskushallinnon yritykset vaikuttaa kunnalliseen järjestelmään valtionosuuksien kautta ovat pääosin epäonnistuneet. Myös erillisten ohjelmien vaikutukset ovat jääneet vähäisiksi. Kansallisen terveysohjelman tavoitteista merkittävin eli hoitotakuu toteutui, mikä oli esimerkki kansallisen ohjauksen koetusta tarpeesta. Hoitota-

kuun valvonta on kuitenkin osoitus siitä, että normiohjaus on varsin työlästä ja vaatii resursseja (ks. Mattilan artikkeli tässä julkaisussa).

Jos rahoitusjärjestelmä olisi kansallisen terveystalouden ohjauksen työkalu, keskushallinnon vaikutusmahdollisuudet olisivat huomattavasti nykyistä suuremmat. STM voisi käyttää enemmän sairaanhoitovakuutuskorvauksia korvamerkittynä terveystalouden työkaluna väestön tarpeiden mukaisesti ja puutteiden korjaamiseksi. Runsaan 10 vuoden aikana uudistukset ovat kohdistuneet pääosin lääkekorvausmenojen hillitsemiseen ja työterveyshuollon vahvistamiseen.

Onko keskushallinnolla enää muuta kannustemekanismia käytössään kuin lainsäädäntö ja uhkasakot? Liian vähälle huomiolle on jäänyt se, että sairausvakuutusmaksu on korvamerkittyä rahaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, toisin kuin kuntien valtionosuudet. Valtiontalouden leikkaukset ovat kohdentuneet kuitenkin juuri näihin korvamerkittyihin rahoihin (lääkekorvaukset 113 miljoonaa euroa, yksityisten palvelujen käytön tuki 20 miljoonaa euroa ja matkakorvaukset 20 miljoonaa euroa).

Järjestelmä- ja rahoitusuudistukset tavoittelevat jalosti terveyserojen kaventamista ja pyrkivät helpottamaan pienituloisten hoitoon pääsyä. Päästäänkö laajamittaisilla ja koko järjestelmää koskevilla universaaleilla uudistuksilla näihin tavoitteisiin? Kuinka realistista on edes odottaa, että eniten palveluja tarvitsevien joukko hyötyisi näistä kokonaisuudistuksista?

Ehkä tehokkain keino vähentää terveyteen liittyviä eroja ja eriarvoisuutta on pienentää pienituloisten ja pitkäaikaissairaiden palveluista ja lääkkeistä maksamia omavastuuosuuksia. Universaalissa systeemissä nämä ovat haasteellisia toteuttaa, koska ne vaativat eri väestöryhmille kohdennettuja toimia ja kannusteita eli jossakin määrin universaalisuuden supistamista.

Työterveyshuollon palveluja ostetaan yhä enemmän yksityisiltä yrityksiltä. Myös kuntien perusterveyden- ja vanhustenhuollon ulkoistaminen alkaa olla pysyvä toimintamalli. Yritysten toiminta saa voimansa asiakaslähtöisyydestä, joustavuudesta ja taloudellisista kannusteista. OECD:n tuoreessa raportissa (2012) esitetään suorite- ja väestöpohjaisten kannusteiden lisäämistä perusterveydenhuoltoon. Ennen kuin suurista palvelujen järjestämis- ja rahoitusratkaisuista on päästy yksimielisyyteen, perusterveydenhuolto voitaisiin tukea 1970- ja 1980-lukujen tyyliin myös rahallisesti ja kohdennetuilla kannusteilla. Sairaanhoitovakuutuksen rahoitus olisi tähän oiva työkalu.

---

*Onko keskushallinnolla enää muuta kannustemekanismia käytössään kuin lainsäädäntö ja uhkasakot?*

---



---

*Ehkä tehokkain keino vähentää terveyteen liittyviä eroja ja eriarvoisuutta on pienentää pienituloisten ja pitkäaikaissairaiden palveluista ja lääkkeistä maksamia omavastuuosuuksia.*

---

## Lähteet

Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010.

Demari. Hyöty yksityishoidon korvauksista menee hyvätuolisille. Puska: ”Kiistämätön tosiasia”. 23.2.2012. Saatavissa: <<http://www.demari.fi>>.

246

Forss M, Klaukka T. Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003; 58: 1939–1940.

Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkärien oman työn hallintaa on parannettava. Suomen Lääkärilehti 2011; 66: 2423–2429.

### *Hallituksen esitykset:*

HE 216/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta.

HE 74/2003. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n, sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta.

HE 77/2004. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

HE 155/2006. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta.

Hujanen T, Häkkinen U, Peltola M. Terveyden ja vanhustenhuollon tarvevakioidut menot sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain vuonna 2010 [Excel-taulukko]. Helsinki: THL, 24.2.2012. Saatavissa: <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ ja\\_sosiaalitalous/ajankohtaista](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ ja_sosiaalitalous/ajankohtaista)>.

Häkkinen U. Suomalaiset sairaalat edelleen Pohjoismaiden tuottavimmat. Helsinki: THL, OPTIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje 2, 2011. Saatavissa: <<http://www.thl.fi>>.

Karjalainen T, Terkoma L. Kuntoutuslakiuudistuksen toteutuminen. Tutkimus 1.10.1991 voimaan tulleen kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista. Helsinki: Stakes, Raportteja 127, 1993.

Keskisuomalainen. Puska sijoittaisi Kela-korvausrahaa terveyskeskuksiin [THL:n pääjohtajan Pekka Puskan haastattelu] 9.3.2012. Saatavissa: <<http://www.ksml.fi>>.

Kuusi O, Ryyänen O-P. Hyvinvointipiirit ja kustannusvaikuttava terveydenhuolto. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT-muistioita 79, 2008.

LA 85/2009. Lakialoite omaishoidon tuesta annetun lain ja tuloverolain muuttamisesta.

Martikainen J. Uusien lääkkeiden markkinoille tulo ja lääkekustannuksiin vaikuttaminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 119, 2012.

Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011.

Medin E, Anthun K, Häkkinen U ym. Cost efficiency of university hospitals in the Nordic countries. A cross-country analysis. European Journal of Health Economics 2010; 12: 509–519.

Miettinen J, Mikkola H, Lehtonen R. Kela-korvauksen ja yksityisen vakuutuksen yhteys terveyspalvelujen käyttöön. Itsevalikoituneen verkkoaineiston ja otosaineiston vertailua. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystaloustiede 2012. Helsinki: THL, 2012: 23–28.

Mikkola H, Peltola M, Pekurinen M ym. Jonotetut leikkaukset 1998–2006. Hoitotakuun vaikutusten arviointi. Julkaisussa: Pekurinen M, Mikkola H, Tuominen U. Hoitotakuun talous. Helsinki: Stakes, Raportteja 5, 2008.

OECD. OECD reviews of health systems. Finland. Paris: OECD, 2005.

OECD. OECD economic surveys. Finland 2012. Paris: OECD, 2012.

Palta P. Kenelle korvataan? Sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaaminen Suomessa ja eräissä muissa maissa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 99, 2008a.

Palta P. Taksimatka sairaalaan tavallisin matkakorvauksen peruste. Kela, Sosiaalivakuutus 2008b; 46 (3–4): 32–34.

Pappinen J. Korvausjärjestelmän vaikutukset terveystalouden tuottajan taloudelliseen riskiin. Tutkimus ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen korvausjärjestelmästä. Kuopio: Kuopion yliopisto, 2008.

Peiponen A, Mikkola H. Palveluseteli lisää vanhusten asumisvaihtoehtoja ja säästää kustannuksia. Suomen Lääkärilehti 2010; 65: 2205–2211.

Polemiikki. EK:n Pukkinen: Erikoissairaanhoidon valtiolle [Elinkeinoelämän Keskusliiton toimitusjohtajan Mikko Pukisen haastattelu]. Polemiikki 2010; (4). Saatavissa: <<http://www.kaks.fi/arkisto>>.

Pärnänen H. Kommentit järjestämislakityöryhmän raporttiin. Terveystalouden tutkimus 2011; (2): 16.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Saatavissa: <<http://www.valtioneuvosto.fi>>.

Suomen Lääkäriliitto. Terveystalouden lääkäritilanne 5.10.2011 -tutkimus. Helsinki: Lääkäriliitto, 2011. Saatavissa: <<http://www.laakariliitto.fi>>.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011a.

STM. Kansalaiskysely. Terveystalouden ja mielenterveyspalveluissa eniten parannettavaa. Helsinki: STM, Tiedote 202, 2011b. Saatavissa: <<http://www.stm.fi/tiedotteet>>.

THL. Alueelliset erot terveystalouden lääkäriin vastaanotolle pääsyssä edelleen suuret. Helsinki: THL, Uutinen 14.12.2011. Saatavissa: <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/uutinen?id=27913](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=27913)>.

THL:n asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: THL 2010.

Tuominen U, Hiilamo H, Dadi L, Mikkola H. Kela-korvausten merkitys yksityisten terveystalouden käytössä. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystaloustiede 2011. Helsinki: THL, 2011: 34–38.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoidon vakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomus 6, Tulokellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

Valtioneuvoston kanslia. Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19, 2011.

Volk R, Laukkanen T. Palvelusetelin käyttö kunnissa. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 38, 2007.

## Kirjoittajat

Katri Aaltonen, proviisori  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
katri.aaltonen@kela.fi

248

Antero Ahonen, FM  
erikoistutkija, Kela, Tutkimusosasto  
antero.ahonen@kela.fi

Ilona Autti-Rämö, LKT, dosentti  
tutkimusprofessori, terveystutkimuksen päällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
ilona.autti-ramo@kela.fi

Jenni Blomgren, VTT  
erikoistutkija, Kela, Tutkimusosasto  
jenni.blomgren@kela.fi

Anita Haataja, VTT, dosentti  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
anita.haataja@kela.fi

Heikki Hiilamo, VTT, FT, dosentti  
tutkimusprofessori, Kela, Tutkimusosasto  
heikki.hiilamo@kela.fi

Katariina Hinkka, LT, dosentti  
johtava tutkijalääkäri, Kela, Tutkimusosasto  
katariina.hinkka@kela.fi

Timo Hujanen, TtM  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
timo.hujanen@kela.fi

Jorma Jarvisalo, LKT, dosentti  
tutkimusprofessori, Kelan ylilääkäri  
jorma.jarvisalo@kela.fi

Laura Kalliomaa-Puha, OTT  
toimeentuloturvan tutkimuksen päällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
laura.kalliomaa-puha@kela.fi

Olli Kangas, VTT, dosentti  
tutkimusprofessori, osastopäällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
olli.kangas@kela.fi

249 Sari Kehusmaa, VTM  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
sari.kehusmaa@kela.fi

Hanna Koskinen, TtM  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
hanna.koskinen@kela.fi

Toomas Kotkas, OTT, dosentti  
erikoistutkija, Kela, Tutkimusosasto  
toomas.kotkas@kela.fi

Jouko Lind, VTT, dosentti  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
jouko.lind@kela.fi

Jaana Martikainen, FaT  
lääketutkimuspäällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
jaana.martikainen@kela.fi

Yrjö Mattila, VTT, OTL  
kehittämispäällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
yrjo.mattila@kela.fi

Hennamari Mikkola, KTT, dosentti  
terveysturvan tutkimuksen päällikkö, Kela, Tutkimusosasto  
hennamari.mikkola@kela.fi

Mikko Niemelä, VTT, dosentti  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
mikko.niemela@kela.fi

Marketta Rajavaara, VTT  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
ma. professori, Helsingin yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos  
marketta.rajavaara@kela.fi

Leena Saastamoinen, FaT  
erikoistutkija, Kela, Tutkimusosasto  
leena.k.saastamoinen@kela.fi

250

Anna-Liisa Salminen, PhD, dosentti  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
anna-liisa.salminen@kela.fi

Jussi Tervola, VTM  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
jussi.tervola@kela.fi

Päivi Tillman, VTL  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
paivi.tillman@kela.fi

Tuula Toikka, LuK  
tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
tuula.toikka@kela.fi

Annamari Tuulio-Henriksson, FT, dosentti  
johtava tutkija, Kela, Tutkimusosasto  
annamari.tuulio@kela.fi

Lauri Virta, LKT  
johtava tutkijalääkäri, Kela, Tutkimusosasto  
lauri.virta@kela.fi



# Kansallista vai paikallista?

Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta

Sosiaali- ja terveyspalvelut sekä kasvavat terveyteen liittyvät erot ovat yhteinen huolestus. Palvelujen rakenteesta, rahoituksesta ja sisällöstä käydään kiivasta keskustelua. Käsitteet ongelmien laajuudesta, syistä ja ratkaisuehdotuksista perustuvat usein tosiasioiden sijaan mielikuviin.

Mitä mieltä kansalaiset ovat sosiaali- ja terveyspalveluista? Vaikuttaako palvelujärjestelmä väestöryhmien välisiin terveyseroihin? Tukevatko palvelut työurien pidentämistä? Kuinka rahoitusvastuun tulisi jakautua kunnallisen järjestelmän ja sairausvakuutuksen kesken? Tarvitaanko sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään vuosisadan mullistus?

*Kansallista vai paikallista?* on Kelan tutkimusosaston vastaus sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisen ajankohtaisiin tietotarpeisiin. Kansalaiskeskustelun herättäjäksi ja päätöksentekijöille tarkoitettu kirja perustuu laajaan tutkimuskirjallisuuteen sekä Kelan käytössä olevien tutkimusaineistojen ja rekisterien hyödyntämiseen.

TOIMITTANEET HENNAMARI MIKKOLA, JENNI BLOMGREN & HEIKKI HIILAMO



julkaisut@kela.fi  
www.kela.fi/tutkimus  
www.fpa.fi/forskning  
www.kela.fi/research