

SUOMEN TERVEYDENHUOLLON JA
SAIRAUSVAKUUTUKSEN KEHITYSLINJAT
”YHTEISESTÄ POHJASTA ERI POLUILLE”

Yrjö Mattila

Topsos – Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus

Sosiaalipolitiikan laitos

Turun yliopisto

Maaliskuu 2006

Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja
Sarja D:2/2006 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkielmat
ISBN 951-29-3085-4

TURUN YLIOPISTO
Sosiaalipolitiikan laitos

MATTILA, YRJÖ: Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat
”Yhteisestä pohjasta eri poluille”.

Ammatillinen lisensiaattitutkielma, 270 sivua

Sosiaalipolitiikka

Maaliskuu 2006

Tutkimuksen tiivistelmä

Tutkimuksessa on historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden teoriaa hyväksi käyttäen selvitetty, miten Suomen terveydenhuolto on kehittynyt ja kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä syntynyt. Tutkimuksessa on myös selvitetty julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta eri aikoina sekä tarkasteltu yksityistä terveydenhuoltoa osana terveydenhuoltopalvelujen kokonaisuutta tapahtuneen kehityshistorian pohjalta. Vertailevasti tutkimuksessa on tarkasteltu myös eräiden muiden maiden kehitystä vastaavina aikoina.

Tutkimus jakautuu johdantoon ja kahteen pääjaksoon. Kolmas jakso on johtopäätösosa, johon on pyritty kokoamaan tutkimuksen tulokset. Neljäntenä jaksona on yhteenveto. Johdannossa on asetettu tutkimustavoitteet sekä tarkasteltu historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden teoriaa. Ensimmäisessä pääjaksossa on tarkasteltu Suomen terveydenhuollon kehitystä 1800-luvulta 1980-luvulle sekä selostettu sairausvakuutuksen tuloa Suomeen. Toinen pääjakso käsittelee kehityksen viime vuosikymmeninä, jolloin nykyiset käytännöt ja tulkinnat muotoutuivat. Tarkastelu päättyy vuoteen 2006, jolloin tuli voimaan sairausvakuutuksen rahoitusuudistus.

Rahoituksellisesti Suomen terveydenhuoltoa tarkasteltaessa voidaan todeta yhteisen pohjan säilyneen aina 1980-luvulle saakka. Alun perin terveydenhuolto rakennettiin kuntien verotulojen ja valtion avustusten varaan. Noudatettu polku ei kuitenkaan ole ollut suora, vaan erityisesti sairaaloiden osalta valtion rooli on välillä ollut huomattava. Sairausvakuutuksen tullessa voimaan 1960-luvulla syntyi rahoituksen ns. kaksikanavaisuus, mutta eri poluille ei vielä tuossa vaiheessa lähdetty, koska sairausvakuutusrahastosta maksettiin 1980-luvulle saakka terveyskeskusten lääkärinpalkkioita. Lopullinen ero tapahtui vuonna 1983, jolloin ns. SOVE -uudistuksen yhteydessä rahoituksellisesta vuorovaikutuksesta luovuttiin. Samalla alkoivat myös palvelut eriytyä, koska yksityisen sektorin rooli suhteessa julkiseen alkoi etäännyttävä eikä selvää yhteyttä järjestelmien välillä ei enää ollut. Julkinen ja yksityinen sektorit alkoi yhä enemmän kulkea omia polkujaan, vaikka periaatteessa yksityisen terveyssektorin tehtävänä on tukea julkista terveydenhuoltoa.

Muutoksen julkisen ja yksityisen väliseen vuorovaikutukseen toi vuonna 1993 toteutunut valtionosuusuudistus. Muutos tarjosi kunnille mahdollisuuden ostaa aiempaa vapaammin terveyspalveluja myös yksityisiltä. Tämä on johtanut erityisesti 2000-luvulla yksityisen sektorin roolin laajenemiseen ja yksityinen sektori on alkanut yhä enemmän toteuttaa ostopalveluin julkisen terveydenhuollon palveluja. Yksityisen sektorin uusi rooli ei kuitenkaan ole merkinnyt julkisen sairaanhoitovakuutuksen kehittymistä, vaan tältä osin kehitys on polkenut paikallaan samalla kuin korvaustaso on laskenut. Vuonna 2006 ilmestynyt Kelan SAVAKE – työryhmän esitys antaa kuitenkin viitteitä uudenkehittämistyön alkamisesta.

Asiasanat: historiallinen institutionalismi, polkuriippuvuus, sairausvakuutus, sairaanhoitovakuutus, kansanterveys, lääkärinpalkkiot, tutkimus- ja hoito, valtionosuus, terveydenhuolto, hoitotakuu, sairausvakuutusrahasto

ESIPUHE

Tämä tutkimus on lisensiaattityö Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen sosiaalivakuutuksen huippuasiantuntijoiden Topsos-jatkokoulutuksessa ja samalla ensimmäinen osaraportti Kelan tutkimusosaston sairausvakuutuksen tutkimushankkeessa (SATU).

Kiinnostukseni sairaanhoitovakuutuksen ja terveydenhuollon kehityshistoriaan syntyi aikana, jolloin toimin Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosastolla sairaanhoitokorvauspäällikkönä vuosina 1987–1998. Havaitsin tuolloin, että terveydenhuollon kaksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä on hyvin paljon näkemyksiä, mutta asiallista ja analyyttistä keskustelua järjestelmän hyvistä ja huonoista on käyty vähän. Julkista sairaanhoitovakuutusta on kovin harva puolustanut ja järjestelmä on jopa ollut suorastaan lakkauttamisuhan alaisena. Tämä uhka on edelleen olemassa.. Toivon, että tämä tutkimus, jonka pääpaino on historiallisen kehityksen tarkastelussa, osaltaan tuo lisävalaistusta sairaanhoitovakuutuksen kehittämistarpeista ja antaa siihen lisäpontta.

Kiitän tutkimuksen ohjaajia johtava tutkija Heikki Niemelää Kelan tutkimusosastolta ja professori Veli-Matti Ritakalliota Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitokselta ansiokkaasta ja innostavasta ohjaustyöstä. Kiitän myös Kelan tietopalvelua erinomaisesta yhteistyöstä tausta-aineiston ja lähteiden etsimisessä sekä tutkimusosaston henkilökuntaa arvokkaasta avusta tutkimuksen viimeistelyssä.

Kansaneläkelaitoksen tutkimusosastolla maaliskuussa 2006

Yrjö Mattila

Sisällysluettelo

1.	Johdanto	1
1.1.	Tutkimustehtävä ja tarkastelukulma.....	1
1.2.	Polkuriippuvuus.....	8
1.3.	Aikaisempia tutkimuksia terveydenhuollon kehittymisestä eri maissa.....	14
I	PÄÄJAKSO: KEHITTÄMISEN KAUSI (1800-LUVULTA VUOTEEN 1983)	18
2.	Suomen terveydenhuollon ja sen rahoituksen kehitys 1800-luvulta 1960-luvulle	18
2.1.	Kehityksen alkuvuosikymmenet 1800-luvulla.....	18
2.2.	Kunnallinen itsehallinto viitoittaa terveydenhuollon järjestämisvastuuta....	20
2.3.	Sairaalat ja apteekkilaitos kehityksen alkuvuosikymmeninä	21
2.4.	Julkisen terveydenhuollon lainsäädännön ja instituutioiden kehittyminen 1800- luvun lopulta 1960-luvulle	22
2.4.1.	Vuoden 1869 asetus terveydenhoidon järjestämisestä	22
2.4.2.	Valtionapujärjestelmä kuntien toiminnan tueksi.....	23
2.4.3.	Sairastuvat ja kaupunkien sairaalat alkavat kehittyä.....	25
2.4.4.	Asetus terveydenhoidosta täsmensi kuntien tehtäviä	25
2.4.5.	Terveydenhuolto valtakunnalliseen ohjaukseen 1930-luvulla	26
2.4.6.	Sairaalalaitoksen kehittyminen 1930-luvulle saakka	29
2.4.7.	Yhteistoiminnan kehittyminen valtion ja kunnan välillä 1930-luvulla.....	32
2.4.8.	Keskussairaalalaki ja keskussairaalaverkon luominen 1943–1970.....	33
2.4.9.	Sairaalalaki ja kunnan ylläpitovastuu sairaalalaitoksessa	36
2.5.	Johtopäätöksiä terveydenhuollon palvelujen ja rakenteiden kehittämisestä 1800-luvun luvulta 1960-luvulle	37
3.	Sairausvakuutusjärjestelmän tulo Suomeen, kaksikanavaisuuden syntyminen..	39
3.1.	Aluksi	39
3.2.	Ensimmäisistä pyrkimyksistä sairausvakuutusjärjestelmän saamiseksi Suomeen	40
3.3.	Hallstenin komitea, sairausvakuutusesitys eduskunnassa, Mannion komitea, kehityspyrkimyksiä itsenäisyyden aikana vuosina 1917–1955	42
3.4.	Jylhän komitea toteuttaa sairausvakuutusjärjestelmän	46
3.5.	Jylhän komitean jälkeiset jatkotoimet sairaskvakuutuslain aikaan saamiseksi.....	50
3.5.1.	Mäkelän pikakomitea	51
3.5.2.	Toimenpiteet eduskunnassa ja hallituksessa	54
3.6.	Sairausvakuutuslakia koskevan hallituksen esityksen sisältö	54
3.7.	Sairausvakuutusta koskevan lakiesityksen käsittely eduskunnassa	57
3.8.	Sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpano ja rahoituksen muutos, kritiikkiä ja tulkintoja uudesta järjestelmästä sekä vaikuttavuuden arviointia.....	59
3.8.1.	Järjestelmän toimeenpano	59
3.8.2.	Sairausvakuutusjärjestelmän kritiikistä ja tulkinnoista	60
3.8.3.	Sairausvakuutuksen vaikutusten arviointia	63
4.	Kansanterveysjärjestelmän toteuttaminen.....	68
4.1.	Kansanterveyslain säätämisen taustaa	68
4.2.	Pekka Kuusi kehityksen vauhdittajana.....	70
4.3.	Kansanterveyskomitean sekä eräiden muiden komiteoiden toimikuntien esityksistä 1960-luvulla.....	73
4.4.	Hallituksen esitys kansanterveyslaiksi	75

4.5.	Kansanterveyslain käsittely eduskunnassa	78
4.6.	Kansanterveyslain toimeenpanosta	80
5.	Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain rinnakkainen soveltaminen ja siitä aiheutuvat ongelmat 1980-luvulle tultaessa	84
5.1.	Ongelman hahmottelua.....	84
5.2.	Sairausvakuutuskorvauksen maksamisesta kunnalle	86
5.3.	Rahoituspolkujen eriytyminen	89
5.4.	Työterveyshuoltojärjestelmän vaikutus järjestelmien väliseen vuorovaikutukseen.....	91
6.	Vertailu: Kehitys USA:ssa 1800-luvulta 1980-luvulle	95
7.	Yhteenvedoa kehityksestä 1800-luvusta vuoteen 1983	98

II PÄÄJAKSO: TOIMINTOJEN JA TULKINTOJEN VAKIINTUMISEN KAUSI

(1983–2006).....	103	
8.	Johdatus viime vuosikymmenien kehityksen tarkasteluun	103
9.	Julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen välinen vuorovaikutus vuodesta 1983 nykyaikaan	104
9.1.	Aluksi	104
9.2.	Vuoden 1985 terveystilanne selonteko	105
9.3.	Hammashuolto julkisen ja yksityisen palveluntuotannon välimaastossa... ..	106
9.4.	Lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen korotus vuonna 1989, järjestelmien vuorovaikutus korotuksen kohdentamisessa	110
9.5.	Erikoissairaanhoitolaki kuntien järjestämisvastuun täsmentäjänä	114
9.6.	Yksityisen terveydenhuollon ja terveydenhuollon ammatteja koskevan lainsäädännön kehittäminen	117
9.7.	Taksarakenteen muutos 1995 ja 2000	120
9.8.	Suorakorvaus hoitoon pääsyn helpottamiseksi.....	122
9.9.	Tarpeellisuuskriteerin sekä oikeellisuuden ja yhdenmukaisuuden korostaminen sairaanhoitovakuutuksen soveltamisessa.....	126
9.10.	Yksityisten sairaanhoitovakuutusten vaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen.....	128
9.11.	Sairaaloiden erikoismaksuluokka ja sairaalalääkäreiden omat potilaat	133
10.	Valtionosuusuudistus ja sen vaikutus palvelujen ja rahoituksen väliseen rajanvetoon ja vuorovaikutukseen.....	137
10.1.	Valtionosuusuudistuksen taustaa.....	137
10.2.	Toteutetut lainsäädäntömuutokset.....	138
10.3.	STVOL-uudistuksen aiheuttamat ongelmat julkisen ja yksityisen rajanvedolle	143
10.3.1.	Sairausvakuutuslain muutos.....	143
10.3.2.	Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa terveyskeskustyyppisessä toiminnassa.....	146
10.3.3.	Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa sairaalatyypisessä toiminnassa	150
10.3.4.	Tulkintojen lieventyminen ja korvauslainsäädännön selkiyttäminen 2000-luvulla.....	152
10.4.	Avo- ja laitoshoidon rajanveto osana julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutusta	158
11.	Perusturvauudistuksen ja potilaslain vaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen ja rahoituksen vuorovaikutukseen.....	162
11.1.	Perusturvauudistus.....	162
11.2.	Laki potilaan oikeuksista.....	163

11.3.	Oikeus hoitoon perusoikeussäännösten aikana	165
11.4.	Johtopäätöksiä	173
12.	Sairaanhoitovakuutuksen ja työterveyshuollon kehittämisestä ja kehittämispyrkimyksistä 1980–2000-luvuilla.....	175
12.1.	Aluksi	175
12.2.	Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta vuonna 1987	176
12.3.	Taksa- ja suorakorvaustyöryhmä vuonna 1989.....	177
12.4.	Sairaanhoitovakuutustoimikunta vuonna 1993	177
12.5.	Kansaneläkelaitoksen SAVAKE-työryhmä vuosina 2005–2006.....	181
12.6.	Johtopäätöksiä kehittämistavoitteista	184
12.7.	Työterveyshuollon uudistuminen	186
12.8.	Hammashuollon laajeneminen koko kansaa koskevaksi.....	188
12.9.	Sairausvakuutuslain kokonaisuudistus	191
12.10.	Sairausvakuutuksen rahoitusuudistus vuonna 2006	193
13.	Sairaanhoitovakuutusta koskevista tutkimuksista ja keskustelusta sairaanhoitovakuutuksen asemasta 1990- ja 2000-luvulla.....	199
13.1.	Tutkimus julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista Suomessa	199
13.2.	Kyselytutkimuksia palvelujen käytöstä.....	201
13.4.	Keskustelu sairaanhoitovakuutuksen asemasta 2000-luvulla.....	205
14.	Kehitys julkisessa terveydenhuollossa 1990-luvun lopulla ja 2000-luvulla.....	206
14.1.	Julkisen terveydenhuollon maksukatto.....	206
14.2.	Hoitotakuu ja sen vaikutus yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen.....	212
15.	Vertailu: kehitys USA:ssa 1980-luvulta nykyaikaan	217
16.	Yhteenvedoa viime vuosikymmenien kehityksestä Suomessa	219
 III PÄÄJAKSO: ”YHTEISESTÄ POHJASTA ERI POLUILLE”		
	JOHTOPÄÄTÖKSIÄ, POHDINTAA JA YHTEENVETOA	227
	LÄHTEET	274

1. JOHDANTO

1.1. Tutkimustehtävä ja tarkastelukulma

Suomessa terveydenhuollon rahoitus on jakautunut kahteen lähteeseen, mistä johtuen puhutaan rahoituksen ”kaksikanavaisuudesta”. Toinen lähde ovat yleiset verovarot ja toinen sairausvakuutusmaksuilla karttuva sairausvakuutusrahasto. Yleisillä verovaroilla ylläpidetään julkista terveydenhuoltoa ja sairausvakuutusrahastosta maksetaan yksityisen terveystalouden kustannuksia. Terveydenhuollon palvelut Suomessa annetaan joko julkisina tai yksityisinä ja kansalaisilla on palveluja tarvitessaan mahdollisuus valita yksityisen ja julkisen palvelun välillä.

Suomen terveydenhuollon rahoitusmalli on kansainvälisesti ainutlaatuinen. Muu Eurooppa on Suomea ja Irlantia lukuun ottamatta jakautunut kahteen terveydenhuollon rahoitusmalliin eikä aivan samanlaista toista järjestelmää ole löydettävissä. Muiden maiden rahoitusmallit ovat joko verorahoitteisia tai sairausvakuutusperusteisia, joista jälkimmäisen kustannukset katetaan sairausvakuutusrahastoon koottavilla ”korvamerkityillä” rahoilla.

Kansallinen verorahoitteinen terveystaloudenjärjestelmä on terveydenhuollon perustana Ruotsissa ja muissa Pohjoismaissa sekä Isossa-Britanniassa ja monissa Etelä-Euroopan maissa, kuten Espanjassa ja Italiassa. Ruotsissa annetaan terveystalouden palveluja myös yksityisesti, mutta siellä tapahtuvasta hoidosta ei makseta yhteiskunnan subventiota, vaan kustannus jää potilaan itsensä maksettavaksi. Yksityinen ja julkinen sektori toimii Ruotsissa kuitenkin myös terveydenhuollon kokonaisuudessa niin että julkinen terveydenhoito ostaa yksityiseltä palvelun tuottajalta palveluja siinä tapauksessa, että tarvetta julkisen palvelun täydentämiseen ilmenee. Yksityisellä kansalaisella ei kuitenkaan Ruotsissa ole mahdollisuutta valita julkisen ja yksityisen terveystalouden välillä yhteiskunnan taholta subventoituna palveluna samalla tavoin kuin Suomessa, joskin yksityisesti otetut sairausvakuutukset voivat Ruotsissa kattaa myös yksityisesti annetun hoidon kuluja. Eroa Suomen verorahoitteiseen järjestelmään on myös siinä, että julkisen terveystalouden palvelujen puitteissa annettavat hoidot ovat Ruotsissa ja muissa pohjoismaissa, Iso-Britanniassa ja Etelä-Euroopan verorahoitteisissa maissa joko maksuttomia tai erittäin kohtuuhintaisia. Suomessa julkisesti annetut terveydenhuollon maksut ovat tutkimusten mukaan Euroopan korkeimpia.

Toinen rahoitustapa, joka on yleinen erityisesti Keski-Euroopan maissa, on kansallinen pakollinen sairausvakuutus. Sairausvakuutusmaksuilla rahoitetaan koko terveydenhuollon kustannukset Saksassa, Ranskassa, Hollannissa ja Belgiassa. Sairausvakuutusjärjestelmän ovat valinneet myös useimmat ns. uudet Keski- ja Itäisen Euroopan maat, jotka 1990-luvun murrosten jälkeen uudistivat terveydenhuoltojärjestelmänsä rahoituksen perusteellisesti. Nämä maat ovat omaksuneet sairausvakuutusjärjestelmän sen kaikkein laajimmassa ja puhtaaksiviljellyimmässä muodossa¹, jolloin myös hoidon laatutekijöihin kiinnitetään huomiota sairausvakuutusvaroja jaettaessa. Näissä maissa katetaan yleisillä verovarilla vain sairaaloiden ja muiden laitosten rakentamis- ja uudistamisinvestointeja ja ylläpitorahoitus tapahtuu sairausvakuutusrahastosta. Terveydenhuollon lainsäädäntö sisältää huomattavan yksityiskohtaisia säännöksiä mm. hoidon laadusta, potilaan oikeuksista, hoitoajoista jne., jotka ovat edellytyksiä hoidon rahoituksen saamiseksi. Rahoitus toteutetaan yleensä hoitolaitoksen ja sairausvakuutusrahaston välisin sopimuksin, jossa mm. hoidon laatuksiteerit tarkemmin määritellään²

Kolmannen vallitsevan rahoitusmallin muodostavat USA ja Irlanti. Näissä maissa ei työikäisillä ole varsinaista julkista terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää, vaan pääsääntöisesti työssä käyvän tulee kattaa terveysturvansa ottamalla itse sairausvakuutuksen tai vaihtoehtoisesti terveysturvapalvelut kuuluvat työnantajan työsuhteessa antamiin etuuksiin. Sairausvakuutusjärjestelmä ulottuu näissä maissa vain eläkeläisiin ja vähävaraisiin ((Medicare ja Medicaid – järjestelmät USA:ssa).

Suomen järjestelmä on siis ainoa, jossa kansallinen terveysturvajärjestelmä ja kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä toimivat rinnakkain. Näin voidaan sanoa, että Suomi muodostaa oman ”neljännen” mallinsa, joka kaksikanavaisuutensa vuoksi on tietyllä tavalla uniikki kansainvälisessä vertailussa..

¹ Esimerkkeinä voidaan mainita Eesti, Puola, Unkari, Tshekin tasavalta, Romania ja Bulgaria. Myös Venäjällä on terveydenhuolto periaatteessa sairausvakuutusrahoitteinen, joskin käytännössä järjestelmä on säilynyt pitkälti neuvostoaikaisena. Venäjän työnantajat maksavat terveydenhuoltomaksut mieluummin paikallisille viranomaisille kuin sairausvakuutusrahastolle, jolloin rahastojen karttuminen jää puutteelliseksi.

² Erityisesti Eestin ja Tshekin tasavallan sairausvakuutuslainsäädäntö käy hyvänä esimerkkinä hoidon laatuvaatimuksista. Sairausvakuutusrahasto valvoo laatua palveluja rahoittaessa. Mikäli hoidon laadussa esiintyy puutteita, voidaan hoitolaitoksen antama hoito jättää jopa kokonaan korvaamatta rahastosta. Eestissä sairausvakuutus on toteutettu myös kiinnittämällä erityistä huomiota rahoituksen riittävyteen.

Taulukko 1. Terveydenhuollon neljä erilaista rahoitusmallia.

Verorahoitteinen julkisen terveydenpalvelun malli: <i>Ruotsi, Norja, Tanska, Italia, Espanja, Portugal, Iso-Britannia, Kanada</i>	Sairausvakuutusmalli: <i>Ranska, Saksa, Viro, Puola, Tšekki, Unkari, Belgia, Hollanti, Bulgaria, Romania,</i>	Kaksikanavainen malli (Julkinen terveydenhuolto ja sairausvakuutus) <i>Suomi</i>	Yksityinen sairausvakuutusjärjestelmä, jonka ohessa rajattu julkisesti tuettu sairausvakuutusjärjestelmä eläkeläisille ja pienituloisille. Työnantajan työsuhteessa järjestämät terveystilaukset : <i>USA, Irlanti</i>
--	--	---	---

Tämän tutkimuksen kohteena on se, miten ja miksi Suomessa on päädytty muista maista poikkeavaan järjestelmään ja millaisia seurauksia terveydenhuollon kokonaisuudelle on aiheutunut siitä, että julkisesti tuetaan sekä yksityisesti että julkisesti annettua hoitoa? Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ja systematisoida tapahtunutta kehitystä. Mitkä ovat olleet ne tekijät ja se polku, joka ovat johtaneet kaksikanavaisen rahoitusmalliin omaksumiseen ja valinnanvapauden antamiseen kansalaisille valita yksityisen ja julkisen palvelun välillä? Millaisia seurauksia kaksikanavaisuudella on ollut terveydenhuollon kokonaisuudelle ja tukevatko eri kanavien rahoittamat palvelut toisiaan? Voidaanko Suomen kehityksessä nähdä samankaltaisuuksia muiden maiden kehityksen kanssa vai eroaako Suomen kehitys olennaisesti muista vertailumaista? Siinä joitakin kysymyksiä, joita on tarkoitus valottaa tässä tutkimuksessa. Pääpaino asetetaan sairaanhoitovakuutuksen tukeman yksityisessä palvelun selvittämiseen sekä järjestelmien keskinäiseen vuorovaikutukseen, koska näitä asioita on tähän asti melko vähän tutkittu.

Sairaanhoitovakuutus jakaantuu kolmeen päälohkoon, a) lääkäripalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon, b) matkakorvauksiin ja c) lääkekorvauksiin. Järjestelmän rahoitus pohjana ovat olleet työnantajilta ja työntekijöiltä perityt maksut³ ja valtion takuusuoritukset sairausvakuutusrahastolle. Tässä tutkimuksessa keskitytään sairaanhoitovakuutuksen ensimmäiseen päälohkoon, eli lääkäripalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon. Korvauksien määrissä nämä etuudet muodostavat vain pienen osan sairaanhoitovakuutuksen kokonaisuudesta, mutta toisaalta tällä osiolla on paljon

³ Vuoden 2006 alusta lähtien työnantajien osuus sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen on kuitenkin päättynyt työterveyshuoltoa lukuun ottamatta.

kytkentöjä julkisesti annettuun terveydenhuoltoon. Siksi on kiinnostavaa selvittää yksityisesti annetun terveystalouden roolia ja merkitystä Suomen terveydenhuollossa.

Sekä yksityinen että julkinen terveydenhuollon palvelutuotanto on suurten muutosten keskellä vuonna 2006. Julkisen terveydenhuollon puolella erityistason hoitoa keskitetään yhä enemmän ja päivystys- ym. toimintaa siirretään keskussairaaloihin paikalliselta tasolta. Vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu on tuonut muutoksia hoitoon pääsyaikoihin ja julkisen terveydenhuollon maksut, vaikka ovatkin Euroopan korkeimmat, ovat pohdinnan kohteena. Edellisen kerran maksuja on tarkistettu vuonna 2002. Julkisen terveydenhuollon ostot yksityisiltä palvelujen tuottajilta ovat lisääntyneet ja suunnitteilla on jopa siirtyminen tilaaja/tuottajamalliin myös terveydenhuollossa, jolloin julkiset laitokset joutuisivat kilpailemaan rahoituksen saatavuudesta yksityisten kanssa. Jo nyt julkisen sektorin hankinta- ja kilpailutussäännökset ovat yhä enemmän tulleet sovellettaviksi terveydenhuollon alalla ja alaa koskevat riita-asiat ovat lisääntyneet markkinaoikeudessa. Joissakin tapauksissa on kokonaisia terveystalouksia annettu yksityisen sektorin hoidettavaksi.⁴ Kehitys osoittaa, että terveydenhuollon alallakaan ei palvelun antamisen muoto (julkinen/yksityinen) ole enää keskeistä, vaan palvelun yhteiskunnalle aiheuttama hinta. Julkisen sairaanhoitovakuutuksen asemaan näillä muutoksilla ei kuitenkaan ainakaan alkuvaiheessa ole ollut vaikutusta, vaan se on jatkanut pitkälti omaa polkuaan niin kuin jäljempänä tullaan toteamaan. Kuitenkin myös sairaanhoitovakuutuksen asemaa ja merkitystä ja asemaa on alettu uudelleen pohtia pitkän hiljaiselon jälkeen. Tässä tutkimuksessa keskitytään kuitenkin tapahtuneen kehityksen tarkasteluun, joten nykyhetken ja mahdollisen tulevaisuuden tarkastelu on jätettävä tutkimuksen toiseen osaan.

Terveydenhuollon rahoittaminen kaksikanavaisesti on pitkän historiallisen kehityksen tulos. Siksi tämä terveydenhuollon kehittymiseen keskittyvä tutkimus on aloitettava jo 1800-luvulta, koska muutoin kokonaiskuvaa on vaikea hahmottaa. Kaukaista lähtökohtaa voidaan perustella erityisesti sillä, että keskeiset perusratkaisut Suomen terveydenhuollon rahoituksesta ja rakenteista on tehty jo lähes 150 sitten ja polku nykyiseen järjestelmään jo noista ajoista. Polun varrelle on tullut eteen lukuisia käännekohtia (critical junctions) ja polun uudelleen haaroittumisia (dislocations) ja positiiviset ja negatiiviset palautteet ovat vaikuttaneet polun suuntaan samalla kun alalle

⁴ Lahdessa kahden kaupunginosan terveystaloustoiminta on toteutettu ostopalveluna yksityiseltä palvelun tuottajalta.

on kehittynyt instituutioita, jotka ovat vaikuttaneet polkuun. Näitä ilmiöitä pyritään paikantamaan tutkimuksessa soveltaen historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden teoriaa.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä periaatteet ovat olleet vallitsevia eri aikoina julkista ja yksityistä sairaanhoitojärjestelmää kehitettäessä ja rahoitettaessa? Onko Suomen terveydenhuollon kaksikanavaisuus heikkous vai vahvuus ja millaiset ovat järjestelmän uhat ja mahdollisuudet? Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen rooleihin ja tehtäviin? Mitkä ovat olleet julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen ja rahoituksen kehityksen kriittiset käännekohtat ja millaisia haaroittumisia polulle on kriittisten käännekohtien johdosta syntynyt? Mitkä ovat olleet niitä positiivisia ja negatiivisia palautteita, jotka ovat vaikuttaneet polun kulkuun? Millaisia instituutioita on kehityksen aikana syntynyt ja miten ne ovat vaikuttaneet polkuun?
2. Millainen vuorovaikutus järjestelmien välillä on ollut eri aikoina? Voidaanko tapahtuneesta kehityksestä tehdä mitään johtopäätöksiä toiminnan tehokkuuden ja tasa-arvon näkökohdista? Millaisiin johtopäätöksiin kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä antaa aihetta?
3. Onko Suomen terveydenhuollon kehityksellä yhtymäkohtia joidenkin muiden maiden terveydenhuollon kehitykseen?

Perusteellista tutkimusta Suomen terveydenhuollon kahden järjestelmä (julkinen ja yksityinen) kehittymisestä rinnakkain sekä järjestelmien keskinäisestä vuorovaikutuksesta toisiinsa ei ole tähän asti tehty. Asiaa ei ole myöskään tarkasteltu polkuriippuvuuden näkökulmasta. Keskustelua erityisesti julkisen sairaanhoitovakuutuksen tukeman yksityisen palvelujärjestelmän asemasta ja merkityksestä on usein käyty vailla riittävää tietopohjaa johtuen osin asiaa koskevan tutkimuksen vähäisyydestä. Tutkimus, jossa pääpaino on järjestelmien kehittymisellä, saattaa tuoda uusia näkökulmia tähän keskusteluun.

Tutkimus jakautuu johdantoon ja kahteen pääjakssoon. Ensimmäisessä pääjaksossa tarkastellaan Suomen terveydenhuollon kehitystä 1800 – luvun alkujuurista vuoteen 1983, jolloin kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä nykyisessä muodossaan alkaa. Tätä ajanjaksoa kutsutaan kehittymisen kaudeksi. Kehittymisen kaudella verorahoitteinen järjestelmä oli etualalla, mutta jo 1900-luvun alussa tehtiin aloitteita myös sairaanhoitovakuutuksen aikaan saamiseksi. Näin kahden kehittämissuuntauksen rinnakkainen polku alkoi hahmottua. Jatkossa muotoutui kaksi rinnakkaista polkua, joiden välinen vuorovaikutus on vaihdellut eri aikoina. Kehittymisen kaudella myös sairausvakuutusjärjestelmä otettiin käyttöön, mutta se jäi soveltamisalaltaan kapeammaksi kuin useimmissa muissa Euroopan maissa. Järjestelmä rajattiin koskemaan vain avohoitoa ja sairausvakuutusjärjestelmän jälkeen toteutettiin kansanterveysjärjestelmä, jonka kytkentä sairausvakuutusjärjestelmään ei kaikilta osin ole ollut ongelmaton.

Tutkimuksen toisessa pääjaksossa käsitellään julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoituksen ja palvelujärjestelmän rajanveto- ja vuorovaikutuskysymyksiä vuodesta 1983 vuoteen 2006. Tätä toista, suhteellisen lyhyttä mutta tapahtumiltaan monivaiheista ajanjaksoa kutsutaan toimintojen ja tulkintojen vakiintumisen kaudeksi. Tuona aikana kehitys ei edennyt niinkään lainsäädännön ja uudistusten kautta, vaan myös aiemmin säädetyistä laeista otetuilla tulkinnoilla oli myös huomattava merkitys kehitykseen. Myös terveydenhuoltoa laajemmilla uudistuksilla oli vaikutus kehitykseen. Näistä on mainittava valtiosuusuudistus ja perusoikeusuudistus 1990 – luvulla, joilla oli vaikutuksia sekä terveydenhuollon rahoitukseen että palveluihin. 1990 – luvun taloudellisella lamalla oli myös heijastusvaikutuksia terveydenhuollon kehitykseen, koska taloudelliset rajoitteet asettivat esteitä myös terveydenhuollossa tapahtuvalle kehittämistyölle.

Tutkimuksen kolmannessa pääjaksossa etsitään kahdessa edellisessä jaksossa saatujen tulosten ja havaintojen perusteella vastauksia edellä esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusmetodina on sosiaalishistoriallinen, vertaileva ja osin myös juridinen tutkimusote. Tutkimus pyrkii olemaan poikkitieteellinen, jossa näiden tieteenalojen tutkimusmenetelmiä hyödynnetään. Lähdeaineistona käytetään eduskunnan asiakirjoja, lainsäädännön valmisteluasiakirjoja, alaa koskevia aiempia terveys- ja sosiaalishistoriallisia tutkimuksia, lehtiartikkeleita, ulkomaista lähdekirjallisuutta,

sairausvakuutusta koskeva tilastoaineistoa sekä oikeustieteellistä aineistoa. Osin tutkimus perustuu niihin kokemuksiin ja julkaisemattomaan aineistoon, jonka tekijä on koonnut toimiessaan Kelan sairausvakuutusta käsittelevällä osastolla.

Taulukko 2. Tutkimuksen aineistopohja

Eduskunnan ja valtioneuvoston ja aineisto	Kirjallisuus	Ohjeet ja tilastoaineisto	Juridinen aineisto	Julkaisematon aineisto
Komiteanmietinnöt ja työryhmämuistiot sekä muu virallinen valmisteluaineisto	Sosiaalipoliittinen kotimainen kirjallisuus/artikkelit	Kelan sairausvakuutusta koskevat ohjeet	Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut	Seminaaripuh eenvuorot ym. seminaariaineisto
Valtioneuvoston ja ministeriöiden päätökset	Sairausvakuutusta koskeva kirjallisuus/artikkelit	Terveystieteiden ohjeet, kiertokirjeet	Sairausvakuutuslain muutoksenhakuasteiden päätökset	Viranomaisten laatimat muistiot
Hallituksen esitykset ja valiokuntien mietinnöt	Ulkomaiset sairausvakuutusta ja sosiaalipoliittikkaa koskeva kirjallisuus/artikkelit	Sairausvakuutusta koskeva tilastoaineisto	Terveystieteiden palveluja ja rahoitusta koskevat juridiset tulkinnot ja kannanotot	Kokouspöytäkirjat
Eduskunnan päätökset ja lausumat	Muu yhteiskuntatieteellinen kirjallisuus	Julkista terveystieteiden hoitoa koskeva tilastoaineisto	Eduskunnan oikeusasiamiehen kannanotot ja päätökset	Viranomaisten väliset kirjeet

1.2. Polkuriippuvuus

Terveystieteiden kehittymisen tarkastelun lähtökohdaksi on tutkimuksessa otettu historiallisen institutionalismin ja polkuriippuvuuden (path dependency) teoria. Tätä teoriaa on yleensä sovellettu eläkejärjestelmien kehityksen tarkasteluun, mutta myös terveystieteiden rahoituksen ja palvelujen kehitystä voidaan tarkastella teorian pohjalta. Polkuriippuvuus ja historiallisen institutionalismin kytkeytyvät läheisesti toisiinsa. Historiallinen institutionalismi tutkii sitä, miten instituutit strukturoituvat ja vaikuttavat tapahtuvaan kehitykseen ennalta arvatavasti avaten tietyn ”polun”, jolta on vaikea enää poiketa. Tämä polku tuottaa tietyn tuotoksen.⁵ Torfingin mukaan erilaiset analyttiset lähestymistavat, joista jokainen kutsuu itseään ”uudeksi institutionalismiksi” pyrkii selvittämään yhteyttä tietoisten poliittisten toimien ja niiden institutionaalisen yhteyden välillä.

Historiallista institutionalismia ovat soveltaneet erityisesti tutkijat Paul Pierson ja Theda Skocpol ja Yhdysvalloissa teorian pohjalta onkin tehty runsaasti tutkimuksia. Historiallinen institutionalismi analysoi makrokonteksteja ja esittää hypoteeseja instituutioiden ja prosessien yhteisistä vaikutuksista käyttäen induktiivista metodologiaa ja

⁵ Ks. Torfing 2001, s. 280–281.

pyrkien selittämiseen. Poliittinen toiminta nähdään teoriassa ryhmien välisenä konfliktina niukoista resursseista. Instituutiot välittävät ja strukturoivat kollektiivisten toimijoiden välisiä konflikteja, mutta lopulliset ratkaisut riippuvat asymmetrisistä valtasuhteista instituutioiden ollessa menneisyydestä periytyviä normatiivisia rakenteita. Niillä on formaalit ja informaalit säännöt ja normit sekä yhteinen normi- ja ideologinen rakenne.⁶

Instituutiot vaikuttavat organisoitujen intressien voimatasapainoon ja osittain myös toimijoiden strategioihin. Instituutioiden normatiivinen ja sääntelevä rakenne rajoittaa tai edistää kollektiivisia aktoreita valitsemaan strategiat, jotka joko voittavat tai häviävät politiikassa. Kollektiivisten ryhmien välisessä kamppailussa muotoutuneet ratkaisut kodifioituvat instituutioihin. Ne muuttuvat konfliktien kautta vastauksina joillekin ulkoisille tekijöille, kuten esim. uuden teknologian tai taloudellisen kriisin aiheuttamiin haasteisiin.⁷

Polkuriippuvuus painottaa historian merkitystä ja tätä useat historialliset institutionalistitkin ovat korostaneet.⁸ Polkuriippuvuus pohjautuu itseään vahvistaviin tai positiivisiin palauteprosesseihin poliittisissa järjestelmissä. Kriittisissä käännekohtissa palauteprosessit aiheuttavat mekanismeja, jotka vahvistavat tiettyä polkua tulevaisuuden kehityksessä.⁹ Järjestelmä kehittyy silloin tiettyjen lainalaisuuksien mukaan sietorajojen sisäpuolella ja siinä tapahtuu myös itseohjausta. Poliittisten toimijoiden valitessa tietyn polun kuljettavaksi on vaikea sen jälkeen enää muuttaa suuntaa. Näin olemassa olevat poliittiset vaihtoehdot tulevaisuudessa vähenevät. Aina aikaisemmat tapahtumat eivät kuitenkaan indusoi kehitystä samaan suuntaan, vaan polku voi suuntautua aivan toiseen suuntaan, jolloin kuljettu polku haarautuu monioksaiseksi puuksi¹⁰ ja tapahtuu ns. uudelleensuuntautuminen eli dislocaatio. Itseään vahvistavat prosessit ovat kuitenkin olennaisia poliittisessä elämässä. Institutionalisoituaan poliittisen mobilisaation muodot ja poliittisen pelin säännöt sekä kansalaisten tapa suhtautua politiikkaan tuottavat usein juuri itseään vahvistavia prosesseja.¹¹

⁶ Pierson, Skocpol 2002, s. 3.

⁷ Torfing 2001, s. 283–284.

⁸ Pierson, Skocpol 2002, s. 6.

⁹ Pierson 2000, s. 252.

¹⁰ Pierson 2000, s. 253–256.

¹¹ Pierson ja Skocpol 2002, s. 7.

Samanlainen toiminta tuota ei kuitenkaan tuota aina samanlaista lopputulosta, koska kamppailut sosiaalipolitiikan suunnasta ovat institutionaalisen rakenteen välittämiä.¹² Ns. valtiokeskeisen näkökulman¹³ mukaan valtion autonomia ja kapasiteetti vaikuttaa sosiaalipolitiikan muotoiluun ja aikaisemmin harjoitettu politiikka vaikuttaa ”poliittisen oppimisen” kautta nykyhetken politiikkaan.¹⁴ Tehdyissä analyyseissä kiinnitetään huomiota myös puolijulkisten tai puhtaasti yksityisten organisaatioiden ja sosiaalisten liikkeiden vaikutuksiin sosiaalipolitiikan kehitymisessä.¹⁵ Tiettyjen aktoreiden strategiat ovat vahvemmassa asemassa kuin toiset politiikkaa toteutettaessa. Polkuriippuvuus vaikuttaa selektiivisenä mekanismina, joka valitsee voittajat ja häviäjät.¹⁶ Poliitiikan kohteella ja asian mittasuhteilla on myös merkitystä. Terveydenhuollon järjestelmän muuttaminen ei ole samaa kuin uuden tuotteen tuominen markkinoille.¹⁷

Itseenään vahvistava palauteprosessi johtaa siihen, että tilanteessa, jossa monet lopputulokset ovat mahdollisia, positiivisten palautteiden dynamiikka lukitsee lopputuloksen tiettyyn vaihtoehtoon. Polun alku on saattanut syntyä vahingossa ja tekijät, jotka on koettu hyödylliseksi polulle lähdeittäessä, ovat aikaa myöden kadonneet. Tästä huolimatta polkua edelleen seurataan. Polkuriippuvuus saattaa jähkistää kehitystä ja estää rationaalisten vaihtoehtojen suunnittelua. Positiivisten palautteiden dynamiikan tuntemus lisää tietämystä siitä, miksi tietyt asiat ovat vaikuttaneet syvästi kehitykseen. Se myös selittää, miksi aika, jolloin vaikuttava tapahtuma sattuu, saattaa olla merkittävä.

Prosessin seuraaminen auttaa ymmärtämään sitä, miksi organisatoriset ja institutionaaliset käytännöt ovat usein erittäin pysyviä. Vaikka muutosta tapahtuukin, on se luonteeltaan ”sidottua muutosta” ennen kuin jokin ulkoinen tapahtuma heikentää tai kokonaan lopettaa jatkuvuuden prosessin. Jokainen uusi askel antaa kyllä todellisia poliittisia tai taloudellisia vaihtoehtoja, mutta polkuriippuvuus kaventaa valinnan mahdollisuuksia ja liittyy päätöksenteon aikaan. Mennyt ei suoraan määrää tulevaa, mutta merkittävät vaihtoehdot saatetaan sulkea pois positiivisten palautteiden viedessä kehitystä joka askeleella tiettyyn suuntaan. Lisääntyvä sitoutuminen tiettyyn olemassa

¹² Torfing 2001, s. 295.

¹³ Esim. Skocpol ja Amenta 1986.

¹⁴ Skocpol ja Amenta 1986, s. 146, 149 ja 151.

¹⁵ Amenta 2003.

¹⁶ Torfing 2001, s. 295–296.

¹⁷ Myles and Pierson 1998.

olevaan polkuun määrittelee muutoksen muodon sellaiseksi kuin ”puun” uusi haaroitus asettuu.¹⁸ Voi tapahtua kyllä dislokaatio, eli polun suuntautuminen eri suuntaan, mutta jätetään mahdollisuudet aivan uuteen lähestymistapaan ja todelliseen muutokseen polkuriippuvuuden aiheuttamaa valinnan kapeutumisen vuoksi.

Polkuriippuvuus korostaa instituutioiden merkitystä polun suunnan määrääjänä. Instituutiot vaikuttavat sekä uutta politiikkaa toteutettaessa että sitä kehitettäessä. Instituutioiden vaikutuksen vuoksi on aina olemassa riski siitä, että vanha polku vaikuttaa uuden politiikan muotoutumiseen jäykistävästi. Poliittisen uudistuksen institutionaalinen konteksti tuottaa ennalta arvaamattomia vaikeuksia sekä tahattomia seurauksia uudistuksen toteuttamiselle. Instituutiot saattavat estää tai häiritä poliittisen tahdon toteutuksia antamalla mahdollisuuden niille voimille, jotka vastustavat uutta politiikkaa.

Pierson viittaa lukuisiin empiirisiin tutkimuksiin, jotka osoittavat, että sosiaaliset prosessit saattavat vaatia pitkän ajan toteutuakseen. Aikaero avainsyyn, eli kriittisen käännekohtan ja saavutetun lopputuloksen välillä on usein hyvin pitkä. Kriittinen käännekohta käynnistää ”kausaalisen ketjun” itseään vahvistavia palautteita niiden mahdollisuuksien joukossa, jotka ovat ajateltavissa silloin kun kriittinen käännekohta on tapahtunut. Saavutettu lopputulos tapahtuu itseään vahvistavan palauteprosessin kautta, mutta lopputuloksen syntyminen vaatii pitkän ajan. Mikäli lopputulos syntyy lyhyen aikajakson kuluessa, on se selitettävissä suorana ”historiallisena seurauksena” alkusyyistä. Tämänkin Pierson lukee polkuriippuvuuden piiriin.¹⁹

Poliittinen vastaus näille institutionalismista johtuville vastuksille on luoda itsejoustavia strategioita, jotka pyrkivät supistamaan tai torjumaan polkuriippuvuuden vaikutusta rakentamalla uudelleen institutionaalista kehystä ja sovittamalla siihen uutta politiikkaa. Itsejoustavat strategiat sisältävät heijasteita, jolloin hegemoniset voimat eivät pääse vaikuttamaan uuden politiikan muotoutumiseen ja toteutukseen. Voimat pyritään tällöin suuntaamaan uudelleen niin että ne vahvistavat uuden politiikan institutionalistista polkua.²⁰

¹⁸ Pierson 2000, s. 265.

¹⁹ Pierson 2003, s. 197–198.

²⁰ Torfing 2001, s. 291.

Aikatekijän analysointi on keskeistä polkuriippuvuuden tutkimuksessa. Edelliset askeleet vaikuttavat seuraaviin askeliin vieden ”polkua eteenpäin” vahvistaen polun seuraamista. Aikaa myöten suhteelliset hyödyt polun seuraamisesta suhteessa aivan uuden polun valintaan lisääntyvät ja samalla kustannukset polulta poikkeamiseen nousevat yhä suuremmaksi. Mitä enemmän askelia otetaan, sitä enemmän todennäköisyys polulta poikkeamiseen vähenee.²¹ Poliittinen ympäristö on erityisen altis itseään vahvistaville palautteille. Palautteiden yleisyys ja vahvuus antaa selityksen harjoitetulle politiikalle. Suhteellisen pienet tapahtumat, jos ne sattuvat oikealla hetkellä, voivat johtaa laajoihin ja kestäviin seurauksiin ja ajankohdalla, jolloin tapahtuma sattuu, voi olla ratkaiseva merkitys. Tapahtumasarjan alkuvaiheessa sattuneilla tapahtumilla on yleensä huomattavasti suurempi merkitys kehitykselle kuin loppuvaiheen tapahtumilla. Palauteprosessin vakiintuessa positiiviset palautteet johtavat tasapainoon, joka torjuu muutokset.²²

Polkuriippuvuuden teoriaa kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Kaznelson kiinnittää huomiota teorian lukuisiin rajoituksiin. Hän pitää teorian vastakohtaisuutta historiallisen makroanalyysin kanssa aivan liian radikaalina Korostamalla pienten ja sattumanvaraisten tapahtumien merkitystä polun kehittymisen alkuvaiheessa muodostaa onnen ja muiden sen kaltaisten seikkojen osuus aivan liian suureksi. Polkuriippuvuus sijoittuu hänen mukaansa partikulaariseen institutionaaliseen syntyteoriaan, joka on huomattavassa ristiriidassa vertailevan historiallisen tutkimustradition kanssa. Sattuman osuutta korostettaessa jää systemaattinen analyysi muutoksen syistä tekemättä ja kehityksen lähtökohdat hämäräksi. Tämän kaltainen historiallinen minimalismi ei Kaznelsonin mukaan ole väärää, mutta erittäin riittämätöntä.²³

Kaznelson korostaa polkuriippuvuuden sijasta instituutioita. Hänen mukaansa eniten kiinnostusta vertailevassa historiallisessa tutkimuksessa ovat herättäneet kaikki ne toimet, jotka lähentävät ja edistävät instituutioiden muodostumista, eivät pelkästään tapahtumat, kriisit tai päätökset. Merkitykselliset tapahtumasarjat ovat niitä jotka muotoilevat instituutioita (institutional design). Ne ovat joko ulkoisia tai sisäisiä tai yhdistelmiä molemmista. Tällaisille muotoutuville tapahtumille on tyyppillistä se, että ne

²¹ Pierson 2000, s. 252.

²² Pierson 2000, s. 262–263.

²³ Katznelson 2003, s. 292.

siirtävät instituutiota epävarmuuden ja monien vaihtoehtojen tilasta tilanteeseen, jossa on vähemmän vaihtoehtoja asettaen enemmän rajoituksia harjoitettavalle politiikalle.²⁴

Sovellettaessa polkuriippuvuusteoriaa Suomen ja ehkä muidenkin Euroopan maiden terveydenhuollon tai muun sosiaali- ja terveysturvan kehitykseen voidaan ehkä esittää myös kritiikkiä polkuriippuvuuden teoriaa kohtaan siltä osin kuin teoria jättää melko vähälle huomiolle ne toimijat ja kollektiivit, jotka polkua ohjaavat. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa polkua ovat ohjanneet ennen kaikkea puolueet ohjelmineen sekä erityisesti Suomessa 1960-luvun loppupuolelta lähtien työmarkkinajärjestöt. Näiden tekijöiden ratkaiseva rooli ja vaikutus on muistettava sovellettaessa polkuriippuvuutta Suomessa ja muissa Pohjoismaissa.

Tässä tutkimuksessa pyritään Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityksen tarkastelussa soveltamaan Piersonin polkuriippuvuuden teoriaa ottaen myös huomioon Katznelsonin teoriaa kohtaan kohdistama kritiikki. Erityistä huomiota kiinnitetään kriittisiin käännekohtiin (critical junctions, polun uudelleen suuntautumiseen (dislocations), instituutioiden muodostumiseen ja niiden vaikutukseen polun suunnassa, eri polkujen läheisyyteen ja risteymiin sekä siihen, miten paljon itseään vahvistavat palautteet ovat vaikuttaneet nykyisen terveysjärjestelmän muotoutumiseen. Polkuriippuvuuden näkökulmasta voitaisiin tutkimukselle asettaa aiempia kysymyksiä täydentäen seuraavia kysymyksiä:

- Onko historiallinen institutionalismi ja polkuriippuvuus itseään vahvistavine palauteprosesseineen²⁵ vaikuttanut siihen, että Suomeen on syntynyt terveydenhuollon kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä rinnakkaisine palvelujärjestelmineen?
- Mitkä ovat kriittisiä käännekohtia, jotka ovat ohjanneet kuljettua polkua ja aiheuttaneet siihen haaraumia.
- Onko ajalla, jolloin kriittinen käännekohta on tapahtunut merkitystä polun kulkuun?
- Miten instituutiot ja itseään vahvistavat positiiviset palautteet ovat vaikuttaneet kuljettavaan polkuun ja kehitykseen?
- Onko polun alku valittu tietoisesti vai onko se tapahtunut sattumalta?

²⁴ Katznelson 2003, s. 293.

²⁵ Peirson 2000, s. 251.

- Onko järjestelmään syntynyt instituutioita, jotka ohjaavat polun kehittymistä positiivisten palautteiden kautta ja vaikeuttavat polulta poikkeamista?
- Kuinka paljon ulkopuoliset tekijät ovat vaikuttaneet kehitykseen ja kuljettuun polkuun?

Kysymyksiin pyritään vastaamaan sekä tutkimuksen varrella että kokoavassa yhteenvedossa tutkimuksen kolmannessa osassa. Tutkimuksessa on tarkoitus tehdä myös vertailuja terveydenhuollon kehityksestä Suomen ja eräiden muiden maiden välillä polkuriippuvuutta soveltaen. Myös ne instituutioiden muotoutumisen näkökohdat, joita Kaznelson on polkuriippuvuuden kritiikissään tuonut esiin, pyritään ottamaan huomioon.²⁶

1.3. Aikaisempia tutkimuksia terveydenhuollon kehittämisestä eri maissa

Terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityksestä Suomessa ovat kirjoittaneet mm. Katri Hellsten, Olli Kangas, Heikki Niemelä ja Kari Salminen. Lääkintöhallituksen entinen pääjohtaja Niilo Pesonen on selvittänyt Suomen terveydenhuollon historiaa pitkällä aikavälillä. Heidän tutkimustuloksiaan hyödynnetään tässä tutkimuksessa.

Terveydenhuollon kehityksestä Suomen ulkopuolella on olemassa ainakin kaksi tutkimusta, joissa tutkimusmenetelmä ja lähestymistapa ovat samanlaisia kuin esillä olevassa tutkimuksessa. Näistä vanhempi on vuonna 1992 ilmestynyt Ellen M. Immergutin tutkimus ”Health Politics, Interests and Institutions in Western Europe”. Siinä tarkastellaan ja verrataan kolmen Euroopan maan, Ranskan, Sveitsin ja Ruotsin sairausvakuutus- ja kansallisen terveystajärjestelmän kehittymistä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä.²⁷ Vuonna 1998 ilmestyi Jacob S. Hackerin artikkeli ”The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy”.²⁸ Tässä artikkelissa tutkimuksen kohteena oli terveydenhuollon kehitys USA:ssa. Vertailukohteeksi oli valittu samanaikainen kehitys

²⁶ Hacker on kuvannut käsitettä ”historiallinen institutionalismi” siten, että käsittelytapa pyrkii integroimaan holistiset näkökulmat politiikasta poliittisiin instituutioihin, historiallisen tapahtumakulkuun ja sen kautta tuleviin mahdollisuuksiin (Hacker 1998 s. 70).

²⁷ Ellen M. Immergut: "Health Politics" Interests and Institutions in Western Europe , Cambridge University Press 1992 (Immergut 1992).

²⁸ Jacob S. Hacker: ”The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy” Studies in American Political Development, 12 (Spring 1998), s. 57–130. Printed in the United States of America.

Kanadassa ja Iso-Britanniassa. Artikkelissaan Hacker pohtii ennen kaikkea niitä syitä, jotka ovat johtaneet sairausvakuutuksen ja kansallisen terveysturvajärjestelmän käyttöön ottoon Iso-Britanniassa ja Kanadassa kun samaan aikaan USA:ssa kansallista sairausvakuutusta ei ole saatu toteutetuksi.²⁹

Immergutin tutkimusotetta voidaan pitää instituutio- ja polkuriippuvuusteorian soveltamisena kansainvälisessä vertailevassa tutkimuksessa, vaikka kirjan julkaisuajankohtana 1990 – luvun alkupuolella polkuriippuvuuden teoria ei ollut vielä kovin laajalti tunnettu. Immergut on tutkinut instituutioiden vaikutusta Sveitsissä, Ranskassa ja Ruotsissa tapahtuneeseen terveydenhuollon kehitykseen. Häntä on kiinnostanut erityisesti se, miten kolme kehitykseltään samantasoista maata on päätynt samantyyppisiin lähtökohdista hyvin erilaisiin lopputuloksiin ja miten instituutiot kussakin maassa ovat vaikuttaneet lopputuloksen poikkeavuuteen. Kehityksen tuloksena Sveitsissä ei ole toteutettu kansallista sairausvakuutusta, Ranskaan luotiin kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä ja Ruotsissa menttiin tästä vielä askel pitemmälle, eli kansalliseen terveysturvajärjestelmään. Tutkimuksessaan Immergut selvitti, mitkä tekijät vaikuttivat näin erilaiseen lopputulokseen lähtökohdiltaan samankaltaisissa maissa?

Tutkimustensa tulokset Immergut tiivisti siten, että Ruotsissa näistä kolmesta maasta saavutettu merkittävin lopputulos, kansallisen terveysturvajärjestelmän aikaan saaminen, oli mahdollista vahvan hallituksen ja parlamentin kokoonpanon vuoksi. Nämä instituutiot olivat siis eniten kehitykseen vaikuttaneita tekijöitä Ruotsissa. Toimeenpaneva elin, hallitus saattoi luottaa parlamentin enemmistön pelisääntöjen toimivuuteen ja hallituksen esitykset hyväksyttiin parlamentissa, koska hallituspuolueilla oli siellä riittävä enemmistö. Näin ulkopuoliset tekijät, kuten lääkärijärjestöjen vaikutus päätöksentekoon, eivät päässeet ratkaisevaan asemaan. Tärkeänä Immergut piti sitä, että Ruotsissa on yksikamarinen eduskunta, koska kaksikamarisessa järjestelmässä on vaikeampi saada hallituksen esityksiä läpi kuin yksikamarisessa. Ruotsissa hallitus poliittisen järjestelmän vakauden ansiosta saattoi toteuttaa kansallisen terveysturvajärjestelmän, vaikka uudistuksen seurauksena

²⁹ Myös Suomessa on ilmestynyt tuore tutkimus, jossa selvitetään sairausvakuutusta terveydenhuollon rahoitusmuotona, Ks. Klavus ym. 2005.

lääkärit menettivät itsenäisen asemansa vapaina ammatinharjoittajina. Uudistuksen toteuduttua heistä tuli terveydenhuollon yksiköiden palkallisia työntekijöitä.³⁰

Kehitys Ranskassa ja Sveitsissä poikkesi Ruotsista poliittisen rakenteen erilaisuuden vuoksi. Ranskassa toimeenpaneva hallitus kolmannen ja neljännen tasavallan aikana (40–50 luvulla) oli täysin riippuvainen parlamentin tuesta ja koalitiot parlamentissa vaihtelivat. Enemmistökään parlamentissa ei riittänyt uudistuksen läpimenoon, koska vähemmistö saattoi veto-oikeudellaan estää lain voimaan tulon. Näin ulkopuolisten tekijöiden vaikutus päätöksentekoon nousi huomattavaksi toisin kuin Ruotsissa. Kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä toteutettiin Ranskassa vasta sen jälkeen kun viides tasavalta uusine perustuslakeineen (1960 – luvulla) antoi hallitukselle mahdollisuuden säätää lain parlamentin enemmistön äänillä ilman ja parlamentin vähemmistön veto-oikeus poistettiin. Ratkaisevaa oli siis instituution muotoutuminen, eli parlamentin vähemmistösuojan poistaminen, jolloin ulkopuoliselta taholta tullut painostus lain hylkäämiseksi onnistuttiin torjumaan. Ranskan lääkärijärjestöt vastustivat jyrkästi sairausvakuutusjärjestelmää, koska sen katsottiin vähentävän lääkäritoimen itsenäisyyttä ja rajoittavan ansaintamahdollisuuksia ammatinharjoittajina.³¹

Sveitsissä hallituksella ja parlamentilla oli yhteinen tahto saada aikaan sairausvakuutusjärjestelmä maahan. Parlamentti hyväksyikin hallituksen esittämän sairausvakuutuslain, mutta intressiryhmillä, jotka vastustivat järjestelmää, oli Sveitsin perustuslakiin perustuva ylimääräinen mahdollisuus saada laki torjutuksi. Perustuslain mukaan lain hyväksymisen jälkeen on kansalaisilla oikeus viedä asia kansanäänestykseen. Tässä tapauksessa sairausvakuutuslain vastustajat käyttivät tätä mahdollisuutta ja keräsivät riittävästi nimiä, jotta kansanäänestys olisi toteutunut. Nimien keruu onnistui ja kansanäänestyskampanjassa lain vastustajat olivat aktiivisia. Lopputulos oli se, että sairausvakuutusjärjestelmä hylättiin, sillä perinteisesti Sveitsissä kansanäänestyksessä äänet jakaantuivat eri tavalla kuin eduskuntavaaleissa. Perustuslaki antoi siis intressiryhmille tehokkaan mahdollisuuden vastustaa uudistusta. Perustuslaki ja kansanäänestys olivat ne instituutiot, jotka ratkaisivat sen, ettei Sveitsissä edelleenkään ole kansallista sairausvakuutusjärjestelmää.³²

³⁰ Immergut 1992, s. 228.

³¹ Ks. Ranskan sairausvakuutusjärjestelmän sisällöstä Henke ym. 2004. Julkaisussa on verrattu sairausvakuutusjärjestelmiä Ranskassa, Saksassa, Japanissa ja Hollannissa.

³² Immergut 1992, s. 228–229.

Jacob S. Hacker tutki edellä mainitussa artikkelissaan niitä erilaisia lopputuloksia, joita sairausvakuutuksen säätämisyrietykset olivat tuottaneet kolmessa englantia puhuvassa maassa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja USA:ssa. Kahdessa ensin mainitussa maassa yritys onnistui ja molempiin maihin tuli kansallinen terveystalvelujärjestelmä, joskin Ison-Britannian ja Kanadan järjestelmät poikkeavat suuresti toisistaan. USA on sen sijaan edelleen vailla kansallista sairausvakuutusjärjestelmää huolimatta siitä, että yrityksiä järjestelmän aikaan saamiseksi on tehty useita kertoja.

Tutkimuksensa yhteenvedossa Hacker pitää kolmea seikkaa ratkaisevana kun maat valitsevat polun jota sairausvakuutusta kehittäessään kulkevat:

- 1) ovatko hallitukset epäonnistuneet toteuttamasta kansallista sairausvakuutusta ennen kuin huomattava osa kansalaisista on sisällytetty lääkäreiden hallinnoimaan yksityiseen järjestelmään
- 2) ovatko alkuperäiset ohjelmat suunnattu vain erityisryhmiin kuten vanhuksiin ja köyhiin ja
- 3) onko ennen järjestelmän rakentamista tapahtunut lääketieteellisuuden kasvua?

Jos nämä kolmea ehtoa ovat täyttyneet ennen terveystalvelujärjestelmän luomista, muodostuu Hackerin mukaan institutionaalisesti lähes ylittämättömiä esteitä rakentaa kansallista sairausvakuutusjärjestelmää. Hacker on vielä seikkaperäisemmin kuvannut USA:n terveydenhuollon kehitystä vuonna 2003 ilmestyneessä kirjassaan, johon palataan myöhemmin tässä tutkimuksessa.³³

Hackerin analyysi historiallisesta institutionalismista ja polkuriippuvuudesta USA:n terveydenhuollon kehityksessä tarjoaa mielenkiintoisen vertailukohtan lähettäessä tarkastelemaan Suomen terveydenhuollon kehitystä. Myös Suomen kehitystä seurattaessa voidaan esittää institutionalismiin ja polkuriippuvuuteen liittyviä kysymyksiä.

³³ Ks. Hacker 2002, s. 174–269 ”Part III The Politics of Public and Private Health Insurance”.

I PÄÄJAKSO: KEHITYMISEN KAUSI (1800-LUVULTA VUOTEEN 1983)

2. SUOMEN TERVEYDENHUOLLON JA SEN RAHOITUKSEN KEHITYS 1800-LUVULTA 1960-LUVULLE

2.1. Kehityksen alkuvuosikymmenet 1800-luvulla

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehityksen alkuajat sijoittuvat kauaksi 1800-luvun alkupuolelle. Tuolloin maamme terveydenhuollon piirissä työskenteli noin 30 piiri- ja kaupunginlääkäriä sekä eräitä yliopistollisen koulutuksen saaneita sotilaslääkäreitä. Heidän palkkansa maksettiin yleisistä varoista toiminnan keskittyessä kaupunkiin. Maaseudulla lääkärinavun saaminen oli erittäin vaikeata, osin jopa mahdotonta. Yhden piirilääkärin virka-alueeseen kuului tuolloin kokonainen lääni.³⁴ Virkojen täyttämistä haittasi lisäksi lääkäripula.³⁵

Myöhemmin 1800-luvulla piirilääkäreiden määrää lisättiin, mutta alhaisen peruspalkan vuoksi piirilääkäreiden oli pakko harrastaa myös yksityispraktiikkaa. Vuonna 1857 lääkärin piirijako uudistettiin, jolloin maahamme muodostettiin 50 lääkäripiiriä. Samassa yhteydessä piirilääkäreiden palkkausta parannettiin ja lääkärit alkoivat saada erillistä korvausta piirin alueella tekemistään matkoista. Näin potilaiden ei tarvinnut matkustaa lääkärin luo niin pitkiä matkoja kuin aiemmin. Parannuksista huolimatta lääkäreiden määrä suhteessa väkilukuun pysyi vähäisenä 1800-luvun loppupuolelle saakka.

Lääkärin vähäinen määrä ei kuitenkaan merkinnyt sitä, että terveydenhuollon alalla palvelut ja palvelun tuottajat olisivat olleet täysin olemattomia. 1800-luvulla myös muut ammatinharjoittajat kuin lääkärit tarjosivat terveydenhuollon palveluja. Näitä olivat mm. parturit, välskärät ja kylvettäjät, jotka kattoivat huomattavan osan nykyisin

³⁴ Piirilääkärin työn mahdottomuutta kuvaa osuvasti Loviisan piirilääkäri Edgrenin huomautus vuoden 1829 vuosikertomuksessa. Hän toteaa piirinsä käsittäneen 40 000–50 000 hajallaan pitkien etäisyyksien päässä asuvaa asukasta ja avun antamisen sitä tarvitseville olleen mahdotonta. Edgren toteaa, että harvoin kului päivääkään, ettei piirilääkäriä kutsuttaisi pitkille sairaskäynneille eri seuduille. Hän totesi itsensä kyyttömäksi ilman toivoakaan helpotuksesta velvollisuuksiensa täyttämiseksi ja ilmoitti kadottaneensa kaiken halunsa työhönsä, kun vielä terveyskin yötä päivää jatkuvan matkustelun seurauksena lopulta murtuu. Edgren toteaa tilanteen muissa piireissä olevan samanlainen. Edgren valitti myös kuntien haluttomuudesta palkata kätilöitä kaikista kehotuksista huolimatta.

³⁵ Lääkäripula oli erityisen paha silloin, kun vuonna 1831 ankara koleraepidemia kohtasi maamme. Terveydenhuoltohenkilökunnan vähäisyyden vuoksi ehdotettiin, että papeista tulisi kouluttaa terveydenhoitajia oman toimen ohella. Esitystä ei kuitenkaan hyväksytty.

lääkärille kuuluvista hoitotoimenpiteistä. Esimerkiksi parturit saattoivat tehdä kirurgisia toimenpiteitä, kuten hoitaa luunmurtumia ja tehdä haavojen sidontaa. Kylvettäjät antoivat myös terveyspalveluja ja ajoittain oli jopa kiistaa partureiden ja kylvettäjien toimintaoikeuksien välillä. Kolmas ammattiryhmä olivat välskärit, joiden virkoja oli sekä kaupungeissa että armeijassa. Välskärien tehtäviin kuului luunmurtumien ja haavojen hoito ym. tämäntyyppiset tehtävät.³⁶

Edellä mainituille ammattiryhmille annettiin myös lisäkoulutusta lääkäripulan helpottamiseksi. Vuonna 1836 päätettiin jopa kirurgian maisterin tutkinnosta, joka sisällöltään oli lähellä lääketieteen lisensiaatin tutkintoa.

Varsinaisen sairaanhoidon ohella valtion terveydenhuoltotoimet keskittyivät 1800-luvun alkupuoliskolla kulkutautien ja erityisesti isorokon ehkäisevään rokotukseen. Rokotusta pyrittiin edistämään sakottamalla niitä, jotka eivät saapuneet rokotettaviksi.³⁷ Rokottajina toimivat alussa seurakuntien lukkarit, mutta vuoden 1831 isorokkoepidemian seurauksena kunnan kättilöiden tehtäviin liitettiin väestön rokotusvelvoite. Samalla määrättiin rokotuksen pakollisuudesta, joka kuitenkin määrättiin toteutettavaksi vain vähitellen vuoteen 1890 mennessä.

Valtio maksoi terveydenhuoltomenot niiltä osin kuin niitä ei voitu periä potilasmaksuina. Terveydenhuollon toteutuksessa korostettiin suurta säästäväisyyttä määrärahojen käytössä.³⁸ Kulkutautien varalle oli olemassa erityisrahasto. Rahastosta kustannettuja lääkkeitä ja muita hoitovälineitä säännösteltiin, jotta niukat määrärahat riittäisivät mahdollisimman pitkälle. Tämä on saattanut vaikuttaa myös arvioihin tautien levinneisyyden syistä.³⁹ Määrärahojen niukkuutta kuvaa hyvin se, että muissa maissa

³⁶ Ks. partureiden, välskäreiden ja kylvettäjien roolista 1800-luvun terveydenhuollossa tarkemmin Pesonen 1980, s. 208–215.

³⁷ Ks. tämän toiminnan tuloksellisuudesta lääkintälaitoksen vt. pääjohtaja Carl Daniel von Haartmannin katsaus lääkintälaitoksen kehitykseen 1826–1835, Pesonen 1980, s. 172. Rokotustilaisuuksiin saapumatta jääneiden määrä oli jatkuvasti lisääntynyt. Katsauksessa todettiin myös, että kaikki tarvitsevat eivät olleet saaneet hoitoa lääninsairaaloissa. Syynä olivat pitkät matkat ja varojen puute.

³⁸ Vuotta 1836 koskeneessa kertomuksessaan von Haartman toi esiin, että mm. Mikkelin läänissä oli käytetty kulkutautimäärärahoja lääkkeisiin miltei kaksi kertaa niin paljon kuin muissa lääneissä yhteensä. ilman, että kuolleisuus olisi ollut pienempi kuin muualla. Säästäväisyyskampanja jatkui myös Haartmannin seuraajien aikana.

³⁹ 1850-luvun puolivälissä isorokkotapaukset lisääntyivät voimakkaasti, vaikka rokotuksia isorokkoa vastaan tehtiin 41 000–44 000 vuodessa. Lääkintälaitoksen pääjohtajan mukaan syy isorokon lisääntymiseen ei voinut olla rokotusten laiminlyönti, vaan hänen mukaansa siihen oli vaikuttanut ”työnhakijoiden ja kerjäläisten kierteleminen talosta toiseen. Hehän kuljettivat lapsensa mukanaan ja nämä olivat usein isorokon tartuttamia”.

yleistyneitä löytölasten koteja ei katsottu voitavan perustaa Suomeen, koska järjestelmä olisi tullut valtiolle liian kalliiksi.

2.2. Kunnallinen itsehallinto viitoittaa terveydenhuollon järjestämistä vastuuta

Uusi vaihe Suomen terveydenhuollon kehityksessä tapahtui vuosisadan puolivälin jälkeen, kun kuntien itsehallinto muodostettiin, ensin vuonna 1865 maalaiskuntia ja sitten vuonna 1873 kaupunkeja koskevana. Kuntien itsehallinnon toteuttama terveydenhuolto luettiin kuuluvaksi niihin yleisiin asioihin, joista kuntien oli tietyissä rajoissa itse huolehdittava. Kannanotto osoittautui kestäväksi, sillä kunnille asetettu terveydenhuollon järjestämisvelvollisuus on edelleen kirjattuna kansanterveyslakiin ja lakiin erikoissairaanhoidosta. Historiallisen instituutioteorian kannalta katsoen voidaan sanoa, että kuntien vastuu terveystaloudesta muodosti instituution, joka tuli vaikuttamaan koko terveydenhuollon vastaiseen kehitykseen meidän päiviimme saakka. Kannanotto kuntien terveydenhuollon järjestämisestä asukkailleen merkitsi myös rahoituksellista vastuuta, vaikka kunnat alussa olivatkin varattomia. Terveydenhuollon rahoitukseen alettiin vähitellen 1800-luvun loppupuolelta lähtien käyttää kunnan verovaroja. Kaupungeissa oli tosin ollut jo 1700-luvulla omia kaupunginlääkäreitä, joiden nimenomaisena tehtävänä oli kaupunkilaisten sairaanhoidosta huolehtiminen.

Kunnallisen itsehallinnon myötä terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen sai aiempaa järjestyneempiä muotoja. Kehityksestä hyötyi erityisesti maaseutu, jossa terveydenhuolto aiemmin oli ollut lähes olematonta. Merkittävä käännekohta oli vuonna 1883 maaseudun sairaanhoitotarpeen tyydyttämiseksi syntynyt kunnanlääkärilaitos, joka avasi polun pitkälle 1900-luvulle terveystalousten käytännön toteuttamisesta maaseudulla. Kunnanlääkärijärjestelmän avulla terveystalousten saatavuus ja laatu maaseudulla alkoi vähitellen parantua. Heikkoutena tällä sinänsä merkittäväällä uudistuksella oli kuitenkin se, että kunnanlääkärilaitoksen tarkempi kehittäminen jäi jokaisen kunnan tehtäväksi. Tarkkaa järjestämisvelvollisuutta ei lainsäädäntöön tullut, vaan järjestelmän toteuttaminen perustui kunkin kunnan yksilölliseen päätöksentekoon. Keskitettyä, valtion taholta tapahtuvaa järjestelmän toteutusta ei tuolloin vielä nähty tarpeellisenä, minkä seurauksena kehitys ei ollut niin nopeata kuin monessa muussa Suomen kaltaisessa maassa.

2.3. Sairaalat ja apteekkilaitos kehityksen alkuvuosikymmeninä

Sairaalalaitos kehittyi osin erillään avosairaanhoidon kehityksestä ja myös niiden rahoitus oli poikkeava. Sairaalat olivat 1800-luvulla pääosin lääninsairaaloita. Tilanne ei ollut missään suhteessa tyydyttävä, sillä sairaaloita ei ollut edes jokaisessa läänissä. Ongelmana sielläkin missä lääninsairaala oli perustettu, oli tilojen sekä hoidon laadun ja tason alhaisuus.⁴⁰ Huomattava osa näissä sairaaloissa olevista potilaista oli veneeristä tautia sairastavia⁴¹ ja sairaaloiden potilasmäärät olivat väestömäärään nähden hyvin alhaisia. Rahoituksellisesta sairaaloiden käyttökustannukset maksettiin valtion varoista. Jo tuolloin oli kuitenkin käytössä eräänlainen erikoismaksuluokka, sillä sairaaloissa oli varattu huone niille, jotka omalla kustannuksellaan halusivat saada hoitoa. Muutoin potilasmaksujen pääperiaatteena tuolloin oli, ettei varattomilta peritty hoidosta maksua lainkaan. Maksukykyiset sen sijaan joutuivat maksamaan sairaalahoidosta kykynsä mukaan. Organisatorisesti eri potilasryhmät oli jaettu niin, että sairaaloissa oli tietty määrä vapaapaikkoja varattomille. Loput paikat täytettiin maksukykyisillä potilailla. Sairaaloiden tuli periaatteessa palvella kaikkia hoitoa tarvitsevia, mutta tilanpuutteen vuoksi kaikki eivät hoitoa kuitenkaan saaneet.⁴² Tarveharkintaa ja priorisointia tehtiin sairaalan tilojen mukaan.

Lääkkeiden saanti terveydenhuollon tarpeisiin oli epävarmaa, sillä 1800-luvun alkuun mennessä oli maahamme perustettu vain 23 apteekkia. Näistä suurin osa sijaitsi merenrantakaupungeissa, joten sisämaan lääkehuolto oli erityisen puutteellisella tasolla.⁴³ Kuitenkin nykyisen apteekkilaitoksen rakenne ja asema luotiin jo 1800-luvun alkupuolella, eli historiallisen institutionalismin teorian kannalta ratkaiseva instituutio, jonka merkitys on jatkunut nykyaikaan saakka, luotiin jo tuolloin. Tuolloin 1800-alkupuolella jouduttiin pohtimaan sitä, tulisiko apteekkarien ja apteekkien olla vapaiden ammattien harjoittajia vai pitäisikö apteekkarit muuttaa valtion virkamiehiksi. Valittiin siis polku, jota apteekkarilaitosta kehitettäessä tultaisiin kulkemaan. Ratkaiseva

⁴⁰ Suomen ensimmäisen arkkiatrin ja lääkintäkollegion esimiehen Gabriel von Bonsdorffin vuonna 1818 useimpiin Suomen lääninsairaaloihin tekemä tarkastusmatkan matkakertomuksessa on kattava kuvaus lääninsairaaloiden ala-arvoisesta tasosta (Ks. Pesonen 1980, s. 91–112).

⁴¹ Veneerisiä potilaita varten oli myös omia sairaaloita, kuten Helsingissä, jossa ei ollut lääninsairaala. Esimerkkinä mainittakoon, että perustettaessa Suomen ensimmäistä opetussairaala Turkuun, keisari määräsi, että sairaansijat, joita oli 30, oli varattava todella köyhille ja puutteessa oleville. Näille sairaanhoito oli annettava maksutta. Heidän lisäksi varakkaammilla oli oltava mahdollisuus saada laitoksessa hoitoa maksua vastaan. Laitoksen oli oltava avoinna kaikille sairaille, eikä köyhiä sairaita saanut kieltäytyä vastaanottamasta, elleivät kaikki valtion kustantamat paikat olleet varattuina. Niitäkään, jotka halusivat omalla kustannuksellaan hoitoa, ei saanut olla vastaanottamatta, jos tilaa oli riittävästi.

⁴³ Pesonen 1980, s. 6.

käännekohta vastaiselle kehitykselle oli se, että apteekkarit päätettiin säilyttää tuolloin pääosin vapaan ammatin harjoittajina. Tämän seurauksena valtiovallan kontrolli lääkehuoltoon ei muodostunut kovin vahvaksi ja tuolloin tehty instituutio on ollut niin vahva, ettei sen aloittamalta polulta ole poikettu lääkehuollossa juuri lainkaan lähes 200 vuoden aikana. Kollegio päättyi vuonna 1824 siihen, että ”tähän asti seurattu keskitie molempien suuntien välillä on niitä ratkaisevasti parempi”.⁴⁴

2.4. Julkisen terveydenhuollon lainsäädännön ja instituutioiden kehittyminen 1800-luvun lopulta 1960-luvulle

2.4.1. Vuoden 1869 asetus terveydenhoidon järjestämisestä

Kunnanlääkärijärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon kehittyminen kunnallisen itsehallinnon säätämisen jälkeen toteutui siis pääsääntöisesti kuntakohtaisin päätöksin eikä valtiovalta lainsäädännöllä tai muilla ohjaustoimilla tarkemmin määritellyt sitä, mitä kuntien terveydenhuollon järjestämisvelvollisuus käytännössä tarkoitti. Vuonna 1869 tosin annettiin asetus, jolla kunnat veloitettiin huolehtimaan niistä kustannuksista, joita sairaiden hoidosta ja sairaaloiden perustamisesta aiheutui. Asetuksen tarkempi toimeenpano jäi kuntien itsensä päätettäväksi. Asetuksessa ei määritelty, millä tavoin ja millaisella organisaatiolla sairaita tuli hoitaa ja myös sairaalan perustaminen jäi sen varaan, halusiko kunta perustaa sairaalan vai ei.

Yleisluoneisuudestaan huolimatta vuoden 1869 asetus täsmensi terveydenhuollon järjestämisvastuuta ja asetti vastuun nimenomaan kunnalle. Asetuksen antamisen jälkeen tarve terveystalvelujen saamisesta johtikin käytännön toimiin kunnissa ja terveydenhoidon käytännön järjestäminen alkoi edistyä, joskin hyvin hitaasti.⁴⁵ Vaikka asetus annettiin jo vuonna 1869, aloitti kunnanlääkärilaitos toimintansa vasta vuonna 1883. Tämänkään jälkeen ei tapahtunut paljon, sillä vuoden 1890 lopussa oli maassamme vain 18 kunnanlääkärin virkaa. Vasta 1800-luvun viimeisinä vuosina määrä

⁴⁴ Lääkintälaitoksen pääjohtaja von Haartman halusi vuonna 1836 neuvotella apteekkarien kanssa lääketaksasta ja ennen kaikkea siitä epäsuhteesta, joka vallitsi tiettyjen lääkkeiden hintojen ja niiden todellisen arvon välillä. Von Haartman esitti ratkaisuksi koko apteekkilaitoksen valtiollistamista. Esitystä ei kuitenkaan hyväksytty, mikä osoittanee, että 1820-luvulla syntynyt instituutio apteekkareista vapaan ammatin harjoittajina oli jo tuolloin kehittynyt vahvaksi ja vaikutti noudatettavaan polkuun. Instituutio pysyi kauan voimassa ilman lainsäädäntöä, sillä laki apteekkilaitoksesta säädettiin vasta vuonna 1928.

⁴⁵ Asetuksen antamisesta huolimatta kuntien asenteet terveydenhuollon kehittämiseen pysyivät penseinä, mikä vaikutti kehitykseen hidastavasti. Vuoden 1877–1878 valtiopäivillä aatelissäädyn kokouksessa lääkintäylihallituksen ylijohdaja von Willebrand huomautti, että kunnat verraten laimeasti osoittivat kiinnostusta lääkäriavun saamisesta yleisen terveydenhoidon edistämiseksi. Tuolloin ei ollut vielä yhtään kunnanlääkärinä.

alkoi kasvaa, sillä vuoden 1901 lopussa kunnanlääkäreiden määrä oli noussut jo 92:een. Määrän kasvu ei kuitenkaan kerro koko totuutta, sillä vielä vuosisadan vaihteessa kunnanlääkäreiden asema oli edelleen hyvin vakiintumaton. Lääkärit palkattiin kuntaan vain määrääjäksi eikä uudelleenvalinta määrääjän jälkeen ollut lainkaan varmaa.

Puutteistaan huolimatta kunnanlääkärijärjestelmä oli edistysaskel verrattuna valtion ylläpitämään piirilääkärijärjestelmään, sillä piirilääkärijärjestelmä oli osoittautunut puutteelliseksi tavaksi hoitaa maaseudun terveydenhuoltoa. Piirilääkäriin työn painopiste oli muualla kuin varsinaisessa sairaanhoidossa, sillä hänen päätehtävänä oli terveydenhoidollisista oloista huolehtiminen, kulkutautien vastustaminen, ruumiinavausten suorittaminen, rokotusten valvonta, apteekkien tarkastukset yms. yksilökohtaista sairaanhoitoa laajemmat tehtävät.⁴⁶ Vuonna 1901 valtion ylläpitämiä piirilääkäripiirejä oli 53, joten niiden lukumäärä oli pysynyt muuttamattomana lähes viisikymmentä vuotta. Erityisen vähän lääkäreitä oli Pohjois-Suomessa. Tämän poistamiseksi valtio palkkasi Pohjois-Suomeen erityisiä aluelääkäreitä. Piirilääkärijärjestelmä lakkautettiin 1940-luvulla, ja sen sijaan tuli nykyinen lääninlääkärijärjestelmä.⁴⁷

2.4.2. Valtionapujärjestelmä kuntien toiminnan tueksi

Vaikka kunnat siis velvoitettiin järjestämään sairaanhoito alueellaan vuoden 1869 asetuksella, valtio ei täysin vetäytynyt terveydenhoidon järjestämisestä. Kunnat olivat köyhiä ja edistys senkin vuoksi hyvin hidasta. Siksi valtio rahoituksellisesti alkoi osallistua kohoaviin terveydenhuollon kustannuksiin. Jo ennen vuoden 1869 terveydenhoitoasetusta oli vuonna 1863 säädetty, että lääkäri, joka oli otettu vakinaiseksi yksityisen, tehtaan tai kunnan palvelukseen, saattoi eri anomuksesta saada oikeuden laskea virkavuosia samalla tavoin kuin valtion virassa oleva. Virkavuosien laskeminen antoi mahdollisuuden valtion osallistumiselle lääkärin palkkaukseen. Osallistumisen ehtona oli, että valtionapua saavat lääkärit noudattivat

⁴⁶ Vuosien 1877–1878 valtiopäivillä Ilmajoen tuomiokunnan edusmies, talollinen Isak Antinpoika Hannuksela kuvattuaan ensin piirilääkärijärjestelmän puutteita (mm. köyhät eivät saaneet lainkaan lääkärinapua) ehdotti, että piirilääkäri velvoitettaisiin asumaan piirinsä keskellä niin että määräaikaiset käynnit kunnissa suoritettaisiin useammin ja piirilääkäri viipyisi kullakin paikkakunnalla niin pitkään, että kaikki ennättäisivät saada tarvitsemansa avun.

⁴⁷ Piirilääkärijärjestelmä lakkautettiin sitä mukaan kuin viranhaltijat poistuivat ja lääninlääkärijärjestelmä tuli sen sijaan vähitellen voimaan.

lääkintäylihallituksen käskyjä ja määräyksiä sekä seurasivat toiminnassaan vuoden 1832 piirilääkärijohtosääntöä. Kesti kuitenkin lähes kaksi vuosikymmentä, ennen kuin kunnat ryhtyivät käyttämään hyväkseen tätä mahdollisuutta lääkäreiden palkkauksessa. Suomen terveydenhuollon historiaa tutkinut Niilo Pesonen arveli syynä olleen kuntien toiveet siitä, että valtio ryhtyisi palkkaamaan maaseudulle lääkäreitä yksityistä sairaanhoitoa varten.⁴⁸ Kunnat eivät siis aluksi olleet lainkaan vakuuttuneita siitä, että vuoden 1869 asetuksen vastuunjako terveydenhuollon järjestämisessä olisi pysyvä ratkaisu. Tämän vuoksi käytännön toimet asetuksen toteuttamiseksi siirtyivät ja kunnat odottivat, että kuntien pysyessä passiivisina asetukselta huolimatta valtio sittenkin alkaisi toimia aktiivisesti terveydenhuollon järjestämiseksi. Tällaista odotusta kesti siis noin kaksi vuosikymmentä ja kunnat alkoivat toimia vasta sitten, kun tuli selväksi, että vuonna 1869 luotu instituutio oli tarkoitettu pysyväksi järjestelmäksi.

Kunnista ensimmäisenä toimi Viitasaaren kunta, joka vuonna 1882 alkoi käyttää oikeutta saada vakinaisesti palkkaamalleen lääkärille eri anomuksesta valtion virkavuosia. Viitasaarta seurasi Juvan kunta. Toimia seurasi kuitenkin pettymys, sillä Viitasaaren ja Juvan anomuksesta huolimatta valtion avustusta palkkaukseen ei kummassakaan tapauksessa myönnetty, koska valtion apu tässäkin tapauksessa oli harkinnanvarainen. Vasta vuoden 1885 valtiopäivillä päätettiin, että valtio voi myöntää yksityisille kunnille raha-apua kunnanlääkärin palkkaamiseksi ja sairastupien perustamiseksi. Tällöin luotiin jälleen kerran instituutio, jonka vaikutukset ulottuvat nykyaikaan. Päätös oli ensimmäinen askel nykyistä kuntien valtionapujärjestelmää kohti. Ajalle tyypillisesti valtion avulle asetettiin tiukat rajoitukset niin että lääkärin palkkaukseen saatu apu ei saanut ylittää sitä, mitä kunta itse maksoi ja lisäksi avulle asetettiin katto, sillä kaikkiaan apu sai olla korkeintaan 2000 mk. Ensimmäisenä valtionavun kunnanlääkärin palkkaukseen sai Ilmolan kunta vuonna 1886.

Valtion apu sille asetettuine ehtoineen näytti muodostavan sen rajan, miten pitkälle valtio oli valmis osallistumaan terveydenhuollon kehittämisessä. Tähän viittaa se, että valtionapusäännösten voimaan tulon jälkeen keskitetty valtiojohtoinen terveydenhuollon kehittäminen loppui vuosikymmeniksi, vaikka monissa maissa terveydenhuoltoa tuona aikana kehitettiin voimakkaasti juuri valtion toimin.⁴⁹ Näin ollen tie kehityksen eteenpäin viemiseksi oli seurata vuonna 1869 luodun instituution aloittamaa polkua ja

⁴⁸ Pesonen 1980, s. 393.

⁴⁹ Esimerkiksi Saksassa luotiin kansleri Bismarckin toimesta sairausvakuutusjärjestelmä jo 1880-luvulla.

terveydenhuolto kehittyi siten kunkin kunnan erikseen tekemien päätösten varassa senaatin myöntäessä valtionavustuksia kunnille. Yhtenäistä valtakunnallista edistymistä ei siten tapahtunut. Kunnat saivat vapaasti päättää siitä, haluttiinko kunnan varoja suunnata kunnanlääkärijärjestelmään ja yleensä terveydenhuollon järjestämiseen vai haluttiinko käytettävissä olevat varata suunnata johonkin muuhun, koska mitään pakotetta vuoden 1869 asetuksen toteuttamiseen ei käytännössä ollut. Epäkohtana pidettiin myös sitä, että kaupunkien lääkärien palkkoihin ei edelleenkään maksettu valtionavustusta

2.4.3. Sairastuvat ja kaupunkien sairaalat alkavat kehittyä

Kunnanlääkäreiden määrän vähitellen lisääntyessä⁵⁰ lisääntyivät myös maalaiskuntien sairastuvat ja kaupunkien sairaalat. Ensimmäisinä Ruoveden ja Keuruun kunnat perustivat alueelleen sairastuvan ja saivat tähän tarkoitukseen myös valtionavustusta. Tämän jälkeen sairastupia perustaminen lisääntyi ja vuoteen 1905 mennessä oli valtionapua myönnetty jo 32 sairastuvalle, joista jotkut olivat kahden kunnan yhteisiä. Sairaansijojen lukumäärä sairastuvissa oli keskimäärin 10. Niissä suoritettiin vuonna 1904 yhteensä lähes 1 000 leikkausta. Samana vuonna lääkintöhallituksen vuosikertomuksen liitteessä todettiin, että ”maamme 474 maalaiskunnasta valtion, kuntain, yhtiöiden ja yksityisten kautta on huolehdittu terveydenhuollosta ja se on nykyisin järjestettynä tai järjestymässä enemmän tai vähemmän tyydyttävällä tavalla 240 kunnassa, tehden 50,6 % kuntien koko luvusta”. Vaikuttavasta luvusta huolimatta kehitys oli hyvin epätasaista ja ilmaisu ”enemmän tai vähemmän tyydyttävä” saattoi pitää sisällään ala-arvoisiakin olosuhteita ja eri kunnissa asuvat ihmiset olivat hyvin eriarvoisessa asemassa sairaalapalvelujen suhteen.

2.4.4. Asetus terveydenhoidosta täsmensi kuntien tehtäviä

Vuonna 1879 annettiin asetus terveydenhoidosta, jolla säädettiin aiempaa tarkemmin kunnallisten viranomaisten velvollisuuksista yleisen terveydenhoidon (mutta ei

⁵⁰ Vuoden 1901 lopussa oli maassamme 401 laillistettua lääkäriä, joista naispuolisia kuusi. Lisäksi oli 13 lääkäriä, joilla ei ollut Suomen kansalaisuutta. Asukasmäärään verrattuna maassamme oli yksi lääkäri 6500 asukasta kohden.

yksilökohtaisen sairaanhoidon) järjestämisessä. Asetuksen mukaan jokaiseen kaupunkiin oli perustettava terveydenhoitolautakunta huolehtimaan yleisestä terveydenhoidosta ja maalla sanottu tehtävä kuului kunnallislautakunnalle. Lautakunnan oli kiinnitettävä huomiota kaikkeen millä saattoi olla vaikutusta kunnan terveydenhuollollisiin oloihin ja erityisesti oli valvottava ympäristöhygieenisiä olosuhteita. Näihin olosuhteisiin kuuluivat mm. kaupungin asuntojen, pihojen, kujien, käymälöiden ja yleisten paikkojen puhtaanapito, teollisuuslaitosten, nahkurinliikkeiden, teurastamoiden ja makkaratehtaiden sijoittaminen jne. Asetuksessa oli myös määräyksiä siitä, miten kulkutautien ilmaantuessa kunnassa oli meneteltävä.

Vuoden 1879 terveydenhoitoasetus oli voimassa lähes puoli vuosisataa, sillä vasta vuonna 1928 tuli voimaan uusi terveydenhoitolaki. Sen mukaan yleinen terveydenhoito toimi lääkintöhallituksen johdettavana valtioneuvoston ylimmän johdon alaisena. Kunnan terveydenhoitoviranomaiset saivat valtuudet tarpeellisiksi katsottaviin toimenpiteisiin kulkutautien varalta. Terveydenhuoltolaki uusittiin seuraavan kerran vuonna 1965.

2.4.5. Terveydenhuolto valtakunnalliseen ohjaukseen 1930-luvulla

Terveydenhuollon kehittymisen kannalta keskeiset instituutiot syntyivät siis jo 1800-luvulla ja niistä alkoi kehittyä polku, joka johtaa nykyaikaan saakka. Järjestelmä, jonka instituutiot loivat, oli hyvin desentralisoitu ja paikalliseen aktiivisuuteen perustuva. Valtio ei ollut kiinnostunut kehittämään järjestelmää, vaan luotti kuntien päätöksentekoon. Tämän asenteen heijastumana myös lainsäädäntöä yleisestä lääkärihoidosta jouduttiin odottamaan Suomessa yllättävänkin pitkään. Yrityksiä terveydenhuollon kehittämiseksi myös lainsäädäntöteitse tehtiin jo 1800-luvun lopulla ja 1900- alkupuolella, mutta maailmanhistorialliset tapahtumat estivät asioiden normaalin kehittämisen. Tällaisia ”ulkoisia tekijöitä”, joilla oli merkittävä vaikutus kuljettavaan polkuun olivat mm. 1900-luvun alun ns. sortovuodet, maailmansota, kansalaissota ja 1930-luvun pulakausi. Näiden tapahtumien yhtenä seurauksena epäilemättä oli, että Suomi jäi jälkeen muun Länsi-Euroopan kehityksestä niin terveydenhuollon kuin monen muunkin asian kehittämisessä⁵¹.

⁵¹ Esimerkiksi Isossa-Britanniassa tuli jo vuonna 1911 voimaan yleistä terveydenhuoltoa koskeva laki.

Vasta olojen vakiintuessa 1930-luvun loppupuolella ja lamakauden hellitettyä palattiin terveydenhuollon kehittämiseen valtakunnallisella lainsäädäntötasolla, työhön joka oli alkanut jo 1800-luvun loppupuolella. Vuonna 1938 hallitus antoi esityksen eduskunnalle laiksi yleisestä lääkärintoimesta, jolla siis ensi kerran ohjattaisiin myös yksilökohtaista sairaanhoitoa. Tuohon ajankohtaan saakka ainoa lääkäreiden hoitoa ohjaava säädös oli piirilääkäreiden johtosäntö vuodelta 1832. Hallituksen esityksessä laiksi yleiseksi lääkärintoimeksi todettiin esityksen perusteluissa, että ”maaseudun lääkärinhoitoa koskevan lainsäädännön uusiminen on yli viiden vuosikymmenen ajan ollut päiväjärjestyksessä”. Tämä oli siis selityksenä, että lainsäädäntötasolla terveydenhuoltoa ei ollut siihen mennessä edistetty juuri lainkaan.

Vuoden 1938 hallituksen esityksen keskeisenä sisältönä oli se, että ensimmäisen kerran kaupungeille, kauppaloille ja kunnille tulisi nyt lakiin perustuva velvollisuus perustaa kaupungin- tai kunnanlääkärin virkoja. Aiemmin virkojen perustaminen oli siis ollut vapaaehtoista ja kunnat olivat saattaneet olla myös perustamatta lääkärin virkaa, jolloin kuntalaiset jäivät kokonaan ilman lääkäripalveluja. Hallituksen esitys myös laajensi kunnanlääkäreiden tehtäviä varsinaisesta yksilökohtaisesta sairaanhoidosta piirilääkäreiden tehtävien suuntaan. Kunnanlääkäreitä tulisi varsinaisen sairaanhoidon ohella käyttää aiempaa enemmän aikaansa yleisiin terveydenhoidollisiin ja muihin lääkinnällisiin tehtäviin. Tähän oli tarvetta erityisesti sen vuoksi, että hallitus esitti samalla piirilääkärijärjestelmän lopettamista ja lääninlääkärijärjestelmää. Lääninlääkärit eivät kuitenkaan voineet ottaa tehtäväkseen kaikkia niitä tehtäviä, joita oli piirilääkäreillä.

Rahoituksellisesti hallituksen esitys merkitsi edistysaskelta kuntien kannalta, koska siinä määriteltiin aiempaa täsmällisemmin kuntien ja valtion kustannusvastuu lääkärin virkojen ylläpidossa. Esityksen mukaan valtionavustus kunnanlääkärin palkkaukseen oli kaksi kolmasosaa palkasta ja myös kaupunginlääkärin palkkaukseen sisältyi esityksessä valtionavustus. Siihen saakkahan kaupungit olivat joutuneet ylläpitämään kaupunginlääkäreiden virkoja vailla valtion tukea.

Eduskuntakäsittelyssä esitys herätti arvostelua erityisesti siltä osin kuin se velvoitti kuntia perustamaan lääkärin virkoja. Esityksen epäiltiin rajoittavan kuntien itsemääräämisoikeutta ja toisaalta esityksen arveltiin aiheuttavan kunnille liian suuria rasituksia. Laki kuitenkin hyväksyttiin vuonna 1939, mutta se ei ehtinyt voinut tulla

voimaan, koska samaan aikaan syttyi talvisota. Jälleen siis ”ulkoinen tekijä” vaikutti Suomen terveydenhuollon kehitykseen ja kuljettavaan polkuun. Poikkeuksellisten olosuhteiden vuoksi lain voimaan tuloa siirrettiin vuoden 1943 alkuun. Kun laki sitten viivästyneenä vuonna 1943 tuli voimaan piirilääkäreiden virat lakkautettiin ja alettiin perustaa lääninlääkäriin virkoja.

Vuonna 1943 voimaan tulleella lailla yleisestä lääkärinhoidosta määriteltiin ensimmäisen kerran yhtenäisesti valtion ja kunnan yhteistoimintaan perustuva yleisen terveyden- ja sairaanhoidon järjestysmuoto. Kysymyksessä oli suuri muutos, koska nyt terveydenhuoltoa ensimmäisen kerran kehitettiin keskitetysti kuntien ja valtion yhteistyönä ja kuntien velvollisuus terveydenhuollon järjestämisessä tuli huomattavasti pakottavammaksi kuin aiemmassa, hajautetussa kehittämismallissa. Vuonna 1943 siis luotiin ja uusi historiallinen instituutio terveydenhuollon kehittämiseen ja siitä alkoi myös uusi polku, jolle tunnusomaista on valtion ja kuntien yhteistyö terveydenhuoltoa toteutettaessa.

Huolimatta merkittävyystään ei ollut yllätys, että lain täytäntöön panemisessa ilmeni suuria vaikeuksia, osuihan voimaan tulo keskelle jatkosotaa.⁵² Kunnille oli lain voimaantumiseen annettu vielä uuden viiden vuoden siirtymäaika, jona aikana laissa määrättyt lääkärinvirat tuli täyttää, eli ajankohta olisi silloin ollut vuosi 1948. Siirtymäajan jälkeen lääkärivirkoja ei kuitenkaan ollut täytetty johtuen jälleen kerran ”ulkoisista tekijöistä”, jotka tällä kertaa olivat lähes puhtaasti taloudellisia laadultaan. Sodan jälkeen olot olivat puutteellisia ja elettiin säännöstelytaloutta, valtion taloutta heikensivät sotakorvaukset jne. Näin ollen kuntien mahdollisuuksia perustaa lain edellyttämät virat olivat heikot, vaikka laki sitä edellyttikin. Vielä vuonna 1950 oli lain voimaantulo kesken ja 38 kunnanlääkäripiiriä vailla lain edellyttämää lääkärin virkaa.

Sota muodosti kriittisen käännekohdan Suomen terveydenhuollon kehityksessä ennen kaikkea siksi, että suhtautuminen terveydenhuollon kehittämiseen muuttui sodan jälkeen. Poliittinen ilmapiiri ja tahtotila terveydenhuollon järjestämiseen olivat huomattavasti määrätietoisempi sodan jälkeen kuin ennen sitä. Tämän uuden, aiempaa myönteisemmän yhtenä ilmenemismuotona voidaan pitää sitä, että melko pian sodan

⁵² Ks. Anttonen, Sipilä 2000, s. 73: ”Kunnallinen avoterveydenhuolto oli ollut alkuvaiheissaan ennen muuta kaupunkilaisten palvelua. Kunnanlääkäriin virkojen lisääminen oli tärkein keino laajentaa kuntien vastuuta koko väestön terveydestä ja keskellä sotaa. Vuodesta 1943 valtio velvoittikin kunnat tarjoamaan kunnanlääkäriin palveluja”.

päättymisestä todettiin, että vuonna 1938 säädetty laki lääkärintoimesta ei enää ollut ajan tasalla ja laki uusittiin vain kahdeksan vuoden voimassa olon jälkeen. Vuonna 1951 tuli voimaan uusi laki yleisestä lääkärinhoidosta, jonka merkittävin muutos aiempaan koski kunnanlääkäreiden määrää. Käytännössä oli havaittu, että varsinainen yksilökohtainen sairaiden hoito vaati kunnanlääkäriltä paljon aikaa, minkä vuoksi kunnanlääkärillä ei ollut riittävästi mahdollisuuksia tehdä lain tarkoittamia yleisen terveydenhuollon tehtäviä. Uusi laki salli sen vuoksi kuntien ja kaupunkien ylläpitää useampiakin lääkärinvirkoja, joiden ylläpitoon valtio maksoi avustusta. Uuden lain myötä myös Pohjois-Suomen kunnissa, siirryttiin samaan järjestelmään kuin muualla ja siellä voimassa ollut aluelääkärijärjestelmä lakkautettiin.

Kunnanlääkäreiden palkkaus koostui lain mukaan monesta osasta. Kunta maksoi peruspalkan ja tähän palkkaan valtio osallistui valtionavun muodossa. Peruspalkka ei kuitenkaan ollut suuri ja pääosa kunnanlääkärin tuloista muodostui potilailta hoidosta perittävistä maksuista. Tällainen potilasmaksuihin perustuva palkkausjärjestelmä johti käytännössä siihen, että kunnanlääkärin palvelut saattoivat olla potilaalle kalliimpia kuin sairaalan palvelut. Sairaaloissa lääkärit toimivat kuukausipalkalla ja siellä potilasmaksut oli tarkasti määrätty. Avohoidon palveluissa sääntely oli väljempää ja kunnanlääkäreillä oli mahdollisuus hinnoitella palvelunsa potilaalta perittävän maksun osalta. Näin avohoidon palvelut muodostuivat käyttäjälleen kalliimmaksi kuin laitoshoidon palvelut, vaikka todelliset kustannukset olivat tietenkin paljon kalliimmat laitoshoidossa.

2.4.6. Sairaalalaitoksen kehittyminen 1930-luvulle saakka

Yleisen lääkäritoimen ja avohoidon tavoin myös laitoshoidon ja erityisesti sairaalalaitos kehittyi maassamme vailla kokonaissuunnitelmaa paikallisten aloitteiden pohjalta pitkälle 1900-luvulle saakka. Sairaaloiden rahoituksessa tilanne oli kuntien kannalta parempi kuin avohoidossa, sillä lähtökohdaksi oli hyväksytty valtion suora osallistuminen (eikä vain valtionavun muodossa) sairaaloiden ylläpitoon. Valtio myös perusti sairaaloita ja ylläpiti niitä, minkä seurauksena valtion ylläpitämiä yleisiä sairaaloita syntyi eri paikkakunnille. Sairaaloiden osalta ei siis seurattu vuoden 1869 asetuksen instituutiota, vaan sairaalalaitoksen institutionaalinen kehitys alkoi valtion suorasta rahoituksesta ja polun suunnan määräisivät hyvin pitkälle valtion toimenpiteet.

Tätä polkua voidaan pitää aivan erillisenä kunnan terveydenhuollon polusta. Kuitenkin tätä valtion polkua leimaavat satunnaiset päätökset ja kokonaissuunnitelman puuttuminen, mikä näkyy erityisesti siinä, että sairaaloita perustettiin melko sattumanvaraisesti eri puolille maata ilman kattavaa kokonaissuunnitelmaa.

Ensimmäinen valtion yleinen sairaala lääninsairaaloiden ohien perustettiin Ahvenanmaan Godbyhyn vuonna 1841. Sen jälkeen seurasivat sairaalat Sortavalaan, Tampereelle, Jyväskylään, Kajaaniin ja Poriin. Kahteen viimeksi mainittuun kaupunkiin yleinen sairaala perustettiin vuonna 1878. Vuosisadan vaihteeseen mennessä yleisiä sairaaloita oli perustettu muuallekin, mutta kuten sanottu mitään yhtenäistä, koko maata kattavaa suunnitelmaa ei perustamisessa noudatettu. Valtion rahoittamat sairaalathan eivät perustuneet voimassa olevaan lainsäädäntöön, vaan oikeastaan niiden perustaminen oli voimassa olleen lainsäädännön vastaisia. Kuten edellä on todettu vuoden 1869 asetuksella kunnat velvoitettiin huolehtimaan sairauden hoidosta ja sairaaloiden perustamisesta eikä valtiolla ollut tässä roolia saatikka lakiin perustuvaa velvoitetta perustaa sairaaloita. Valtion rooli terveydenhuollossa rajoittui lainsäädännössä maan ylimmän terveydenhoitoviranomaisen, lääkintäylihallituksen ohjaus- ja valvontatoimintaan. Vuoden 1869 asetus siis pikemminkin hidasti kuin edisti sairaalatoiminnan kehittämistä, sillä lääkintäylihallitus yleensä vastusti esityksiä valtion ylläpitämien sairaaloiden perustamisesta. Perusteluna lääkintäylihallitus viittasi asetuksessa olevaan linjaukseen kunnan vastuusta terveydenhuollon edistämisessä.⁵³

Kuten edellä on todettu, 1800-luvulla kuntien talous oli niin heikko, että sairaaloiden perustaminen yksinomaan kunnallisena toimintana ei useimmiten tullut kysymykseen. Valtio siis tavallaan vapaaehtoisesti alkoi perustaa ja ylläpitää yleisiä sairaaloita. Ongelmana näissä valtion yleisissä sairaaloissa samoin kuin aiemmin perustetuissa

⁵³ Lääkintäylihallitus ilmaisi kantansa erityisen selvästi lausunnossaan, jonka se antoi Vaasan läänin maaherran ehdotuksen johdosta kolmannen valtion yleisen sairaalan perustamisesta lääniin. Lausunnossa yhdyttiin maaherran näkemykseen siitä, että Vaasan lääninsairaala oli erittäin huonossa kunnossa, mutta siitä huolimatta ei uutta valtion sairaalaa pitäisi rakentaa, vaan sairaalalaitosta olisi kehitettävä kunnallisia sairaaloita perustamalla. Lausunnon mukaan lääkintöhallitus on useammin kuin kerran huomauttanut siitä periaatteellisesti tärkeästä seikasta, että sairaanhoito niin suuressa määrin kuin mahdollista tehdään kunnalliseksi asiaksi. Lääkintöhallitus sanoi noudattaneensa tätä periaatetta ehdottaessa avustusta kunnallisille sairastuville ja myös useampien kuntien yhteisille mielisairaaloille. Ajankohta ei kuitenkaan ollut sopiva tavoitteen toteuttamiseksi kokonaisuudessaan. Valtio oli huolehtinut sairaanhoidon järjestämisestä maaseudun väestölle yleisissä sairaaloissa ja niin oli pakko menetellä vielä pitkään, sillä mahdollisuudet kunnallishallinnon kehittämiseen lähitulevaisuudessa niin, että kunnat itse vaikka valtion tuella voisivat ottaa ko. hallintoalan hoitaakseen, eivät vielä olleet olemassa.

lääninsairaaloissakin oli kuitenkin sairaalarakennusten heikko taso.⁵⁴ Vuosisadan lopussa suoritettiin valtion sairaaloissa korjauksia, joilla pyrittiin parantamaan leikkausmahdollisuuksia. Kokonaisuudessaan sairaalapaikat olivat väkilukuun nähden vähäisiä, lääneittäin oli vain 15–36 paikkaa 100 000 asukasta kohden. Nämä vähäiset paikat eivät alkuunkaan täyttäneet olemassa olevaa tarvetta.⁵⁵

Vuosisadan vaihteeseen mennessä oli perustettu kymmenen valtion ylläpitämää yleistä sairaalaa, joissa oli yhteensä 1806 sairaansijaa. Läänin- ja yleisten sairaaloiden lisäksi oli tilapäisiä sairaaloita, joita perustettiin joidenkin tiettyjen tautien leviämisen estämiseksi ja niihin sairastuneiden hoitamiseksi. Näihin kuuluivat ylimääräiset kuppahoitolat ja kolerasairaalat, joita tarpeen mukaan perustettiin lyhyemmäksi tai pitemmäksi ajaksi. Piirilääkäreiden lisäksi valtio palkkasi myös sairaalalääkärit, mutta heidän määränsä ei ollut suuri. Vuosisadan vaihteessa oli vielä sellaisia lääninsairaaloita, joissa oli vain yksi lääkäri. Yleisissä sairaaloissa oli kaikissa vain yksi lääkäri sairaalaa kohti.

Valtion perustaessa ja ylläpitäessä läänin- ja yleisiä sairaaloita ilman kokonaissuunnitelmaa ryhtyivät myös monet kaupungit toimenpiteisiin sairaanhoidon parantamiseksi noudattaen siten vuoden 1869 asetuksen velvoitteita kunnan vastuusta asukkaitensa terveydenhoidosta. Yksityisin varoinkin saatettiin perustaa sairaaloita, kuten Finlaysonin vuonna 1893 työntekijöilleen avaama sairaala. Vuosisadan vaihteeseen mennessä oli kaupunginsairaaloita perustettu 16 sisältäen kaikkiaan 320 sairaansijaa. Osa näistä kaupunginsairaaloista sai valtionapua sillä ehdolla, että niihin otettiin hoidettavaksi myös kaupungin ympäristön kuntien potilaita. Kehitys jatkui 1900-luvulla niin, että vuonna 1928 kaupunginsairaaloita oli yhteensä 25 sisältäen yhteensä 1158 sairaansijaa.

Maalaiskunnissakin tapahtui kehitystä, sillä vähitellen valtio alkoi tukea myös kunnansairaaloita. Tämän seurauksena kuntien sairastupien ohella perustettiin myös

⁵⁴ Esimerkiksi vuotta 1896 koskevassa tarkastuskertomuksessa lääkintäylihallituksen pääjohtaja Salzman antoi Tampereen yleisestä sairaalasta erittäin masentavan kuvan. Varsinaisen lasarettiosaston lisäksi oli sairaalan yhteydessä myös 50 potilaille tarkoitettu ylimääräinen kuppala. Salzman piti mahdottomana jatkaa toimintaa niin epäterveellisessä paikassa ja huonossa kunnossa olevassa sairaalassa. Hän ehdotti joko suoritettavaksi perustavaa laatua olevia korjauksia ja lisärakennusten rakentamista tai mieluiten kokonaan uuden sairaalan rakentamista Tampereelle. Ehdotusta ei hyväksytty, joskin sairaalassa suoritettiin joitakin muutoksia. Kahta vuotta myöhemmin vuonna 1898 pääjohtaja Salzman tarkasti Helsingin yleisen sairaalan ja totesi pääosin sairaalan rakennusten olleen niin huonossa kunnossa, että lisärakennusten ja muutostöiden avullakaan niitä ei voitu saada ajan vaatimusten mukaisiksi.

⁵⁵ Pääjohtaja *Salzman* tarkastuskertomuksessaan vuonna 1896.

kunnan sairaaloita. Vuosisadan vaihteessa oli 19 kunnansairaala maalaiskunnissa sisältäen kaikkiaan 221 sairaansijaa ja vuoteen 1931 mennessä määrä oli noussut niin että kunnansairaala oli lähes sadassa maalaiskunnassa.

Kaiken kaikkiaan sairaalalaitoksen kehitys 1930-luvulle tultaessa oli yhtä epäyhtenäistä ja suunnittelematonta kuin avohoidonkin. Valtio perusti ja ylläpiti jonkun verran sairaaloita, mutta viittasi kuitenkin vuoden 1869 asetukseen ja edellytti kuntien hoitavan sairaaloiden perustamisen. Kuitenkin taloudellisesti vain joillakin kaupungeilla oli mahdollisuuksia perustaa sairaaloita. Valtionapuseränsäonnokset olivat epäselviä ja kehitystä hidastivat samat ulkoiset tekijät kuin avohoidonkin kehitystä, eli sortovuodet, kansalaissota ja vuonna 1929 alkanut maailmanlaajuinen talouspula.⁵⁶

2.4.7. Yhteistoiminnan kehittyminen valtion ja kunnan välillä 1930-luvulla

Sairaalalaitoksen kehittymistä sekä valtiollisella että kunnallisella tasolla voisi kuvata hyvin säännöttömäksi poluksi, jossa sattumalla, paikallisella mielenkiinnolla sekä muilla tämän tapaisilla tekijöillä oli suuri vaikutus kehitykseen ja siihen, missä sairaaloita sattui olemaan ja missä ei. Siksi sairaalalaitoksen kehittymisen kannalta suuri käännekohta sijoittuu jo 1930-luvulle, jolloin valtion ja kuntien yhteistoiminta sairaalalaitoksen kehittämisessä alkoi. Muutos aiemmin noudatettuun polkuun oli huomattava, sillä nyt alettiin keskitetysti ja suunnitelmallisesti kehittää sairaalalaitosta koko valtakunnan tarpeita varten. Syy tähän suureen käännekohtaan oli epäilemättä se, että todettiin yhteisesti, ettei aiemmin noudatettua polkua voitu enää jatkaa. Sattumanvaraisuus sairaaloiden perustamisessa oli johtanut siihen, että huomattava osa väestöstä oli vailla kunnollisia sairaalapalveluja. 1930-luvulle tultaessa oli myös jo tultu siihen johtopäätökseen, että valtion roolia sairaalalaitoksen kehittämisessä tuli vahvistaa, koska kuntavetoinen eteneminen sairaaloiden perustamisessa osoittautui taloudellisesti liian raskaaksi kunnille.

⁵⁶ *Niemelä ja Salminen* toteavat Suomen kehityksestä seuraavasti: ”Suomi oli myöhään teollistuva ja köyhä maa, joka kuroi 1920- ja 1930-luvuilla taloudellisesti, yhteiskunnallisesti ja poliittisesti umpeen eroa muihin Pohjoismaihin ja Länsi-Eurooppaan. Suomea voidaan luonnehtia pieneksi avoimeksi taloudeksi, jonka vienti oli pääasiassa metsäteollisuuden tuotteiden varassa ja näin hyvin altis kansainvälisille suhdanteille. Metsäteollisuuden vaikutukset ulottuivat syvälle yhteiskuntaan siten, että metsät olivat suurelta osin talonpoikaisessa omistuksessa. Puun hankinta ja kuljetukset toivat työtä maaseudun tilattomille ja pienviljelijöille. Näin maatalous ja metsäteollisuus kytkeytyivät toisiinsa, ja pienviljelys liittyneenä metsäteollisuuden mahdollisti toimeentulon (Niemelä ja Salminen 2003 s. 9)

Valtion ja kunnan yhteistoiminnasta sairaalalaitoksen kehittämiseksi sovittiin eduskunnassa vuonna 1934, jolloin asiasta syntyi sopimus valtion ja kuntien välillä. Saavutetun yhteisymmärryksen perusteella valtioneuvosto oikeutti lääkintöhallituksen tekemään kuntien kanssa sopimuksia sairaaloiden perustamisesta. Aluksi kysymys oli Turun ja Porin lääninsairaaloiden laajennuksesta, mutta uusia sairaaloita rakennettaessa ja laajennettaessa seurattiin samaa periaatetta.

Toiminnan kehittäminen uuden yhteistyön hengessä keskittyi aluksi valtion ylläpitämiin lääninsairaaloihin, jotka kaipasivat nopeasti kunnostusta ja uusia tiloja. Eduskunnassa tehdyn sopimuksen perusteella kunnat osallistuvat lääninsairaaloiden laajentamiskustannuksiin ja saivat panostuksensa vastineeksi sairaalasta tietyn määrän vuodepaikkoja. Vuoden 1934 sopimus olikin alkuna keskussairaalalaitoksen kehittymiselle. Samalla luotiin uusi instituutio Suomen terveydenhuollon kehitykseen, koska kysymyksessä oli selvä periaatteellinen muutos ja poikkeaminen vuonna 1869 alkaneesta polusta. Polku haarautui tässä kohdin monihaaraiseksi puuksi, koska valtio oli nyt valmis ottamaan osavastuun sairaalalaitoksen kehittämisestä ja kehittämään järjestelmää yhteistyössä kuntien kanssa. Tämä haarautuminen monihaaraiseksi puuksi ja poikkeaminen vuonna 1869 luodusta instituutiosta ei kuitenkaan osoittautunut pysyväksi, sillä jo muutaman vuosikymmenen kuluttua palattiin takaisin kunnan vastuuseen terveydenhuollon järjestämisessä valtion siirtyessä takaisin rahoituksellisen tukijan rooliin. Tällöin palattiin siis takaisin alkuperäiseen instituutioon ja polkuun, joka osoittautui lujemmaksi kuin 1930-luvulla luotu, näin ollen tilapäiseksi jäänyt instituutio.

2.4.8. Keskussairaalalaki ja keskussairaalaverkon luominen 1943–1970

Yhteisymmärryksen jatkuessa sopimustasosta siirryttiin lainsäädännölliselle tasolle ja vajaat kymmenen vuotta sopimuksen solmimisesta säädettiin vuonna 1943 keskussairaalalaki. Keskussairaalalaki säädettiin siis samana vuonna kuin vuonna 1938 hyväksytty laki yleisestä lääkärintoiminnasta tuli voimaan. Jatkosodan keskellä päätettiin lähteä kehittämään sekä avo- että laitoshoidtoa, vaikka taloudelliset resurssit uudistusten toteuttamiseen eivät sodan vuoksi olleet hyvät.

Keskussairaalan pääperiaate oli, että valtion perustaessa yleistä sairaanhoitoa varten keskussairaalan tai laajentaessaan sairaalansa keskussairaalaksi, määräsi valtioneuvosto keskussairaalan nimen, sijaitsemispaikan ja ne kunnat, jotka kuuluivat keskussairaalan toiminta-alueeseen. Valtiovalta siis suostui nyt hyvin keskeiseen rooliin sairaalaverkon luomiseksi maahan. Velvoitteita asetettiin myös kunnille, sillä keskussairaalan piiriin kuuluvat maalaiskunnat velvoitettiin hankkimaan perustettavasta tai laajennettavasta sairaalasta yhden sairaansijan 750 asukasta kohti. Kaupunkien ja kauppaloiden velvoitteet olivat jopa puolet suurempia, koska ne joutuivat hankkimaan yhden sairaansijan 375 asukasta kohti. Rahoitusosuudet oli laissa jaettu siten, että keskussairaalaan osallistuvan kunnan tuli suorittaa 50 % sille tulevien sairaansijojen perustamiskustannuksista sekä 50 % sen käytettävänä olevilla sairaansijoilla hoidettujen kunnan potilaiden osalle tulevista kustannuksista. Valtion ja kunnan välinen kustannusjako pantiin siis uudessa laissa puoliksi, mikä merkitsi huomattavaa selkeyttämistä aiempiin epämääräisiin kustannusjakoihin. Valtio jo lainsäädäntötasolla sitoutui osallistumaan puolella keskussairaaloitten kustannuksista ja kunnat saattoivat omissa arvioissaan aiempaa tarkemmin varautua oman osuutensa suorittamiseen.

Valtion oli lain mukaan laadittava keskussairaalaan osallistuvien kuntien kanssa perustamiskirja, jossa määriteltiin mitä lääketieteen erikoisaloja tuleva sairaala tulisi käsittämään ja kuinka monta sairaansijaa sairaalassa tulisi olemaan. Valtion sairaansijojen määrä ei saanut olla pienempi kuin kolmannes koko sairaansijojen määrästä. Perustamiskirjasta tuli myös käydä ilmi, kuinka moneen sairaansijaan kukin kunta sai käyttöoikeuden, milloin osallistumismaksu oli suoritettava sekä milloin sairaala otettaisiin käyttöön. Keskussairaalan omisti lain mukaan valtio ja sen sairaanhoidossa oli noudatettava valtion siviilisairaaloista annettuja määräyksiä. Kunnat eivät osallistuneet sairaaloitten hallintoon huolimatta siitä, että ne maksoivat osansa kustannuksista. Hallinnon osalta poikkeaminen vuoden 1869 institutionaalisista lähtökohdista oli siis erityisen huomattava rahoituksen ohella.

Keskussairaallaki toteutui vuosina 1947–1950, jolloin valtioneuvoston päätöksellä muodostettiin 20 keskussairaalaapiiriä. Laki ei kuitenkaan riittänyt, sillä hankkeen toteuttaminen edellytti huomattavaa rakennustointa ja myös rakentamisjärjestyksestä päättämistä. Tämän vuoksi hyväksyttiin vuonna 1950 laki keskussairaaloitten rakentamisjärjestyksestä. Laki edellytti, että kaikki keskussairaalat oli rakennettava vuosien 1950–1964 välillä ja etusijajärjestyksessä ensimmäisiksi asetettiin Pohjois-

Karjalan, Keski-Suomen ja Savonlinnan keskussairaalat. Määräaika osoittautui sittemmin liian tiukaksi ja sitä pidennettiin myöhemmin vuoden 1970 loppuun. Jokaiseen keskussairaalaan perustettiin yleisimmät erikoissairaanhoidon osastot, vaikka laki ei sitä vaatinutkaan ja vain harvinaisemmat erikoisalut keskitettiin yliopistollisiin keskussairaaloihin.

Ensimmäisenä aloittivat toimintansa Pohjois-Karjalan keskussairaala Joensuussa vuonna 1953 ja sitä seurasivat toiminnan aloittaminen Jyväskylässä, Savonlinnassa ja Lappeenrannassa.

2.4.9. Sairaalalaki ja kunnan ylläpitovastuu sairaalalaitoksessa

Vuonna 1956 säädettiin erityinen sairaalalaki, jossa vahvistettiin maan jakaminen keskussairaalapiireihin, johon jokaiseen tuli rakentaa keskussairaala. Keskussairaalan lisäksi piirissä saattoi myös olla kuntainliittojen ylläpitämiä aluesairaaloita ja paikallissairaaloita. Lain mukaan keskussairaalat rakensi yksiselitteisesti valtio, joka vastasi kaikista rakennuskustannuksista. Uutta oli kuitenkin se, että valmistumisensa keskussairaala tuli luovuttaa asianomaisen keskussairaalapiirin kuntainliiton omistukseen. Näin sairaalan ylläpidossa siis kunnat tulivat vastuullisiksi ja valtio siirtyi tukemaan toimintaa kunnille maksettavan valtionosuuden muodossa. 1930-luvulla luotu instituutio valtion aktiivisesta roolista myös sairaaloiden hallinnossa siis osoittautui väliaikaiseksi ja sairaaloiden hallinto palautui vuoden 1869 instituutioon ja siitä lähteneelle polulle. Uusi hallintotapa koski kuitenkin vain lain voimaantulon jälkeen rakennettavia keskussairaaloita.

Vuonna 1956 säädettiin sairaalalain ohella myös laki yliopistollisista keskussairaaloista. Sen mukaan sairaalain tarkoitamina keskussairaaloina niissä keskussairaalapiireissä, joiden alueella Helsingin ja Turun yliopistot sijaitsivat, olivat yliopistolliset keskussairaalat. Yliopistolliset keskussairaalat omisti ja hallitsi keskussairaalaliitto, jonka jäseninä olivat sekä keskussairaalapiiriin kuuluvat kunnat ja sen alueella toimiva yliopisto. Yliopistosairaalalain piiriin ovat sittemmin tulleet myös Oulun, Tampereen ja Kuopion keskussairaalat. Näissä keskussairaaloissa yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan professorit toimivat opetustyönsä ohella yliopistollisen keskussairaalan ylläpitäjinä sekä tiedekunnan muut opettajat keskussairaalan lääkäreinä.

Sairaalalain voimaan tuloa ennen rakennetut keskussairaalat olivat siis valtion omistamia ja hallinnoimia. Ongelmaksi osoittautui se, että keskussairaalapiiriin kuulumattomilla kunnilla oli mahdollisuus hoidattaa potilaansa valtion ylläpitämissä keskussairaaloissa pienemmin kustannuksin kuin keskussairaalapiiriin kuuluvat kunnat, jotka joutuivat osallistumaan keskussairaalan ylläpitokustannuksiin. Syntynyt eriarvoinen tilanne kuntien välillä ratkaistiin vuonna 1965 niin, että kaikki valtion sairaalat luovutettiin keskussairaalapiirien kuntainliittojen omistukseen ja hallintaan. Ennen siirtoa sairaaloissa suoritettiin parannustöitä niin että niiden voitiin katsoa täyttävän keskussairaaloille laissa asetetut vaatimukset.

Vuonna 1965 tapahtunut kaikkien keskussairaaloiden siirtyminen kuntainliittojen omistukseen ja hallintaan merkitsi huomattavaa muutosta. Vuonna 1869 alkanut polku haarautui puuksi 1940-luvulla valtion ottaessa keskussairaalaverkon rakentamisesta ja puuhun tuli kaksi vahvaa oksaa, joista toinen muodostuu kunnan ja toinen valtion vastuulla olevasta terveydenhuollosta. Vuonna 1965 tämä puu palautui takaisin entiseksi poluksi, jonka lähtökohta on vuonna 1869 luotu historiallinen instituutio. Tämän instituution asema osoittautui siis niin vahvaksi, että kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtunut poikkeama uutta polkua pitkin ei osoittautunut kestäväksi tieksi. Uusi polku oli ehkä alun perinkin tarkoitettu väliaikaiseksi, jotta tarpeelliseksi todettu keskussairaaloiden rakentaminen saatiin toteutetuksi, Valtion vastuu terveydenhuollossa tosin säilyi vuoden 1965 jälkeen eräiden erityisryhmien, kuten vankiloiden, puolustuslaitoksen jne. kohdalla, mutta operatiivinen vastuu terveydenhuollon järjestämisestä sekä avo- että laitoshoidossa siirtyi takaisin kunnille keskussairaalahankkeen tultua valmiiksi.

Vuonna 1967 tuli voimaan laki kunnallisista yleissairaaloista, jossa säädeltiin muiden kuin keskussairaaloiden toimintaa ja ylläpitoa. Merkittävä muutos aiempaan oli valtion kasvanut osuus näidenkin sairaaloiden ylläpidossa valtionosuuksien kautta. Uuden lain mukaan valtio osallistui enintään 60 prosentilla kunnallisten yleissairaaloiden käyttökustannuksiin. Määrä oli 10 prosenttia enemmän kuin keskussairaaloissa. Muutoksen taustalla oli halu lisätä kuntien kiinnostusta aluesairaaloiden perustamiseen.

2.5. Johtopäätöksiä terveydenhuollon palvelujen ja rakenteiden kehittymisestä 1800-luvun luvulta 1960-luvulle

Terveydenhuoltomme kehittämisen historiallinen instituutio ja siitä lähtevä kehittämisen polku luotiin jo 1800-luvulla alkaen vuoden 1869 asetuksesta. Seurattavan polun alkuperäisen ajatuksen mukaan kunnat ovat vastuussa asukkaitensa terveydenhuollosta valtion roolin ollessa avustava valtionavun muodossa. Kehityksen alkuvaiheessa alkuperäisen ajatuksen toteuttaminen ei onnistunut kunnallishallinnon kehittämättömyyden ja kuntien varattomuuden vuoksi. Tämän vuoksi terveydenhuollon kehittäminen maassamme polki pitkään paikallaan ”saunan, tervan ja viinan” varassa kunnes valtio ”tavallaan vapaaehtoisesti” alkoi yleisiä sairaaloita, kun kunnat eivät niitä alkaneet rakentaa vuoden 1869 asetuksesta huolimatta. Valtion toimien tavoitteena ei

kuitenkaan ollut alkaa järjestää Suomen terveydenhuoltoa valtiolähtöiselle pohjalle. Kysymys oli poikkeusratkaisusta tilanteesta, jossa vaihtoehtoja ei taloudellisista syistä ollut. Poikkeusratkaisun luonnetta osoittaa valtion perustamien yleissairaaloiden heikko taso sekä sairaalapaikkojen olematon määrä suhteessa väestön lukumäärään ja terveystalouden tarpeeseen. Valtio kieltäytyi ottamasta kokonaisvastuuta terveydenhuollon kehittämisestä, jolloin kunnat alkoivat vähitellen kehittää kunnanlääkärijärjestelmää sekä perustamaan kunnallisia sairastupia ja sairaaloita. Valtio suostui, alussa tosin hyvin harkinnanvaraisesti, avustamaan kunnan terveystaloushankkeita, jotka olivat sopusoinnussa vuoden 1869 asetuksen kanssa. Näin vähitellen alkoi muotoutua nykyinen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä, jossa valtion avuin tuetaan kuntien toimintaa.

Koska terveydenhuoltoa ei maassamme kehitetty keskitetysti ja suunnitelmallisesti terveystaloudet kehittyivät 1930-luvulle saakka kunnallisen aloitteellisuuden varassa. Paikallisen kehittämisen seurauksena vaihtelut terveystaloudissa olivat suuria maan eri osissa ja pääosin terveydenhuollon palvelut säilyivät vähäisinä ja tarpeeseen nähden riittämättöminä.⁵⁷ Kehitykseen vaikuttivat huomattavasti ”ulkoiset syyt”, jotka vaikeuttivat terveydenhuollon kehittämistä ja joiden vuoksi Suomen kehitys oli hitaampaa kuin vastaavassa asemassa olevien muiden Euroopan maiden.

1930-luvulla tapahtui ”suuri käänne” suhtautumisessa terveydenhuollon kehittämiseen. Aiempi kuntalähtöinen toimintatapa osoittautui riittämättömäksi ja siksi maamme terveydenhuoltoa alettiin määrätietoisesti kehittää. Samalla valtio lisäsi panostustaan terveystalousten kokonaiskehittämisessä. Suuren käänteen seurauksena kunnanlääkärijärjestelmä vakiinnutettiin ja sairaalalaitosta alettiin kehittää valtion ja kunnan yhteistyönä. Aiemmasta poiketen valtio otti nyt päävastuun kehittämistyöstä ja keskussairaalaverkko rakennettiin maahamme valtion toimin. Kuitenkin institutionaalisesti kysymys oli väliaikaisratkaisusta ja vuonna 1965 keskussairaalaverkon rakennustyön ollessa jo pitkällä päätettiin palata takaisin sille

⁵⁷ Kosti Myllykoski on luonnehtinut kehitystä seuraavasti: ”Kunnanlääkärilaitos sai alkunsa valistuneiden maallikoiden toimista. ---Kunnanlääkärien työkenttä painotettiin pääasiassa sairaanhoitoon. Sama kehitys tapahtui myös kaupungeissa, joissa kaupunginlääkärien virkojen lisäksi perustettiin erilaisilla nimikkeillä lääkärin virkoja huolehtimaan erikoisesti köyhien sairaanhoidosta. Erikoislääkärien antama sairaalahoito miellettiin lähinnä valtion velvollisuudeksi. Näin rakennettiin maahamme hallinnollisesti ja taloudellisesti erittäin sekava järjestelmä, jossa lääninsairaalat, yleiset sairaalat sekä mielisairaalat ja tuberkuloosiparantolat saivat hyvin vaihtelevat vastuualueet siten lisäten myös toiminnallista sekavuutta”. (Ks. Suomen Lääkärilehti 10/85, Kosti Myllykoski: ”Kansanterveyslaki 1972: Kansanterveystyön organisaatio”. s. 917)

polulle, jonka institutionaalinen lähtökohta on vuoden 1869 asetuksessa. Keskussairaalat luovutettiin kuntainliittojen omistukseen ja hallintaan, mutta muutoksen myötä valtio ei vetäytynyt rahoitusvastuustaan. Päinvastoin valtion kustannusosuus sairaaloiden ylläpidossa säilyi ja jopa lisääntyi siirron jälkeen erityisesti kunnallisten yleissairaaloiden kohdalla.

Terveydenhuollon kehittäminen oli erityisesti sairaalalaitoksen osalta toteuttamisvaiheessa, kun aivan uutta rahoitusmuotoa, sairausvakuutusta, alettiin suunnitella ja toteuttaa 1940-luvun loppuvaiheesta lähtien. Sairausvakuutus merkitsi ”suurta käännettä”, koska siihen asti terveydenhuollon rahoitus oli tapahtunut kuntien ja valtion verovaroista asiakkaiden omavastuuosuuksien täydentäessä näitä kahta rahoitusmuotoa. Sairausvakuutus merkitsi uutta, vakuutusmaksuun perustuvan rahoitusmuotoa ja merkitsi uuden instituution tulemistä terveydenhuollon rahoitukseen. Siihen asti tällainen vakuutusmuotoinen rahoitusmuoto oli ollut käytössä vain keskinäisissä sairauskassoissa, joissa sekä työnantaja että työntekijä maksoivat jäsenmaksuja ja varat käytettiin kassan jäsenten terveydenhuollon kustannusten kattamiseen.

3. SAIRAUSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄN TULO SUOMEEN, KAKSIKANAVAISUUDEN SYNTYMINEN

3.1. Aluksi

keskussairaalaverkostoa rakennettiin 1950-luvulla ja samaan aikaan alettiin terveydenhuollon kehittämisessä kiinnittää huomiota suurten keskitettyjen erikoissairaanhoidon yksiköiden ohella perusterveydenhuollon kehittämiseen sekä siihen että maassamme ei ollut toimeentuloturvajärjestelmää sairauden ajalle. Myös terveydenhuollon kansalaisille aiheuttamat kustannukset olivat järjestämättä erityisesti lääkkeiden osalta. Syynä oli sairausvakuutusjärjestelmä, joka monessa muussa Euroopan maassa oli keskeinen terveydenhuollon rahoitusmuoto, mutta jota Suomessa ei vielä ollut toteutettu.

Huomattava osa sairausvakuutusjärjestelmän valmistelutyöstä tehtiin 1950-luvulla, vaikka itse järjestelmä otettiin käyttöön 1960-luvulla. Suomi oli myöhään liikkeellä, sillä monissa Euroopan maissa sairausvakuutusjärjestelmä oli toteutettu paljon aiemmin,

Saksassa jo 1800-luvulla.⁵⁸ Järjestelmän myöhäinen voimaantulo Suomessa ei kuitenkaan johtunut valmistelutyön ja yrityksen puutteesta. Järjestelmä oli yritetty toteuttaa Suomessa useaan kertaan, mutta lähinnä poliittiset ja osin taloudelliset esteet olivat vaikuttaneet siihen, että yritykset eivät onnistuneet. 1950-luvulla aika oli kuitenkin jo kypsä siihen, että universaalisuuteen perustuvaa sairausvakuutusjärjestelmää voitiin riittävällä tarmolla alkaa suunnitella ja toteuttaa⁵⁹.

3.2. Ensimmäisistä pyrkimyksistä sairausvakuutusjärjestelmän saamiseksi Suomeen

Jo 1800-luvulla pyrittiin Suomessakin sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamiseen kansleri Bismarckin Saksassa toteutetun mallin mukaisesti. Bismarck toteutti Saksassa järjestelmän jo 1880-luvulla ja Saksan myönteiset kokemukset johtivat keskusteluun järjestelmän hyödyistä myös Suomessa. Myös lainsäädäntöä toteutettiin, sillä ensimmäinen tavallaan sairausvakuutusta koskeva lain säännös oli vuonna 1897 annettu työntekijäin apukassa-asetus. Apukassat olivat kuitenkin vielä hyvin kaukana varsinaisesta sairausvakuutusjärjestelmästä, sillä apukassat eivät olleet julkisia kaikkia kansalaisia koskevia järjestelmiä. Luonteeltaan ne olivat vapaaehtoisia, lähinnä tehtaissa toimivia kassoja, jotka avustivat jäseniään sairauden sattuessa.⁶⁰ Vuoden 1897 apukassa-asetus oli siten soveltamisalaltaan rajoittunut eikä sen soveltaminen ulottunut edes kaikkiin silloin olemassa oleviin kassoihin.⁶¹ Asetusta pyrittiinkin uudistamaan ja alettiin valmistella laajempaa apukassoja koskevaa lainsäädäntöä. Tämä valmistelutyö vei lähes viisitoista vuotta, sillä vasta vuonna 1911 työväenlainsäädäntöä tarkastamaan asetettu komitea antoi mietintönsä apukassoja koskevasta lainsäädännöstä (Komiteanmietintö 1907:17 C). Komitean mukaan suurinta huomiota herättivät ne kassat, joiden tarkoituksena on varata osakkailleen sairasapua. Niiden rahoitus perustui

⁵⁸ Niemelä 1994, s. 146.

⁵⁹ Niemelä ja Salminen toteavat 1950-luvulla tapahtuneesta ajattelun muutoksesta seuraavaa: ”Säännöstelykauden loppuminen vuoden 1956 alussa merkitsi Suomen talouspolitiikassa suunnanmuutosta. Vuoden 1957 devalvaation jälkeen länsituonti vapautui, ja Suomi liittyi Eftaan 1961. Talouspolitiikassa alettiin korostaa taloudellisen kasvun ja kasvupolitiikan merkitystä. Taloudellisen kasvun nopeuttaminen nousi tärkeäksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi Suomen kansainvälisen kilpailuaseman vuoksi, ja tähän tarvittiin teollistamista. Taloudellisen kasvun katsottiin edellyttävän myös sosiaaliturvan laajentamista, koska sosiaalisten tulonsiirtojen katsottiin lisäävän kulutuskysyntää ja turvaavan näin taloudellisen kasvun edellytykset.

⁶⁰ Tehdaskassat olivat jo 1880-luvun lopussa suurin kassaryhmä. Niiden jäsenistön osuus oli yli kolme neljäsosaa kaikista kassaan kuuluvista. Ne olivat myös avustuslajeiltaan monipuolisimpia, sillä ne myönsivät yleisesti sairaus- ja hautausavustuksia sekä eläkkeitä (Ks. ensimmäisistä kassoista Jouko Jaakkola ym. 1994, s. 149–158).

⁶¹ Niemelä 1994, s. 146.

pääasiallisesti osakkaiden maksuihin, jotka oli sovitettu niin, että kassan saamat vuositulot riittivät menoihin. Varsinaista rahastonmuodostamista ei käytetty, vaan menoiltaan edullisina vuosina saadut säästöt varattiin vajauksen täyttämiseen, kun sairastavuus epäedullisena aikana nousi yli säännöllisen määrän.⁶²

Komitea ehdotti lakia sairausvakuutuksesta, joka olisi perustunut pakolliseen vakuuttamisvelvollisuuteen palkkatyössä oleville, mikäli vuotuiset palkkaedut nousivat yli 2 500 markan.⁶³ Vakuutuksen tarkoituksena oli turvata vakuutetulle avustusta sairaustapauksessa, lapsensynnyttäjälle avustusta synnytysaikana, hautausapua kuolemantapauksessa. Sairaustapauksessa annettavana avustuksena oli sairashoito ja elatusapu. Sairashoitoon kuului paitsi maksutonta lääkärinhoitoa ja lääkärin määräämiä lääkkeitä sekä sidetarpeita myös erityisten tarvittavien sidosten ja muiden samantapaisten apuneuvojen hankkimista, joita sairaan tila saattaa vaatia terveeksi tulemisenkin jälkeen. Sairashoitoon olisi ehdotuksen mukaan oikeus siihen saakka, kunnes sairaus oli lakannut, ei kuitenkaan kauemmin kuin satakaksikymmentä päivää. Ehdotus sisälsi määräyksiä myös sairauden aikaisesta toimeentulosta. Vakuutusvelvollinen henkilö olisi saanut kultakin päivältä, jonka hän sairauden johdosta oli estetty tavallista työtään toimittamasta, sunnuntai- ja juhlapyhät niihin luettuna, elatusapua kaksi kolmannesta keskipäiväpalkastaan. Karenssiaika olisi ollut kolme päivää. Synnytyksen jälkeen elatusapua olisi maksettu kuudelta viikolta.

Ehdotettu sairausvakuutusjärjestelmä olisi rahoitettu vakuutusmaksuilla, joka olisi ollut kaksi prosenttia henkilön palkasta, josta työnantaja olisi suorittanut yhden kymmenesosan, valtio yhden kymmenesosan. Loput olisi suorittanut vakuutettu itse ja työnantaja olisi vähentänyt vakuutusmaksun vakuutetun palkasta. Vakuutusliikettä olisivat suorittaneet sairaskassat, jotka olisivat olleet yhteisen keskushallituksen johdon ja valvonnan alaisia muodostaen yhdessä koko maan käsittävän sairausvakuutuslaitoksen. Jokaiseen kuntaan olisi tullut perustaa sairaskassa, jos siellä asui vakuutettuja henkilöitä. Sairausvakuutuslaitoksen hoitoa olisivat valvoneet eduskunnan asettamat viisi vakuutusvaltuusmiestä.

⁶² Tällaisia ajatuksia löytyy komiteanmietinnön 1907:17c sivulta 4.

⁶³ Palkkatyöntekijöistä ulkopuolelle olisivat kuitenkin jääneet palkolliset, maanviljelystyöväki, metsänhakuissa- ja ajossa olevat työläiset yms.

Komitean esityksiä ei toteutettu, mutta on mielenkiintoista, että komitea esitti jo vuonna 1911 sairausvakuutusmallia, joka sittemmin, joskin yli viisikymmentä vuotta myöhemmin, pääosin toteutettiin. Merkittäviä eroavaisuuksiakin tosin oli ja näistä merkittävin on epäilemättä se, että komitea esitti pakollista sairausvakuutusta vain niille työsuhteessa oleville, joiden vuosiansio ylitti tietyn rajan. Yrittäjät, maanviljelijät, työttömät sekä pienipalkkaiset palkkatyöntekijät olisivat jääneet komitean ehdottaman sairausvakuutusjärjestelmän ulkopuolelle. Komitean esikuvana olivat teollisiin työpaikkoihin perustetut sairaskassat. Tuossa vaiheessa ei ollut vielä tavoitteena universaalinen, kaikkia kansalaisia koskevan sairausvakuutuksen aikaan saaminen.

Sairausvakuutuksen tulevaa kehitystä ajatellen on tärkeää huomata myös komitean mietintöön jätetty Matti Paasivuoren vastalause. Sen mukaan työväen ja muiden vähävarasten sairas-, hautaus- ja synnytysavustusta koskeva kysymys tuli järjestää siten, että valtio ja kunta toteuttaisivat kaikille niille, joiden vuositulot eivät nouse yli 3 000 markan maksuttoman lääkärin avun ja lääkkeet sekä perheenelättäjän sairastuessa perheelle elatusapua enintään 2 mk 50 p. päivältä.⁶⁴ Paasivuoren tavoitteena oli siis valtion ja kunnan rahoitusvastuu niille kansanryhmille, jotka eivät tulojensa pienuuden vuoksi voineet saada sairaanhoitoa vakuutuksesta maksamalla vakuutusmaksua. Terveystieteiden rahoituksen eri mallit nousivat siis keskusteluun jo vuonna 1911 samoin kuin se, millä tavalla sairausvakuutuksen universaalisuus voitaisiin toteuttaa palkkatyön ulkopuolella oleville.

3.3. Hallstenin komitea, sairausvakuutusesitys eduskunnassa, Mannion komitea, kehityspyrkimyksiä itsenäisyyden aikana vuosina 1917–1955

Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttaminen oli keskeisesti esillä Suomen itsenäistyttyä 1917. Silloin asetettiin uusi komitea kanslianeuvos Onni Hallstenin puheenjohtolla tarkastamaan vuoden 1911 komiteanmietintöä.⁶⁵ Tämäkin komitea työskenteli useita vuosia ja vuonna 1921 sai työnsä valmiiksi ehdottaen pakollisen sairas- ja eläkevakuutuksen säätämistä kaikille yli 16-vuotiaille kansalaisille.⁶⁶ Hallstenin komitea esitti siis universaalijärjestelmää, joka ei kuitenkaan ollut mukana silloin, kun Väinö Tannerin sosialidemokraattisen vähemmistöhallitus laati esityksen sairausvakuutuksesta

⁶⁴ Komiteanmietintö 1907, s. 131.

⁶⁵ Ks. sairausvakuutuksen valmistelutoimista 1900-luvun alkuvuosikymmeninä, Kangas 1991 s. 141–144

⁶⁶ Ks. Komitean esityksistä tarkemmin Niemelä 2004, s. 93–94

vuonna 1927. Tämän esityksen mukaan vakuutus olisi ulottunut vain noin 300 000 palkansaajaan, jolloin järjestelmän ulkopuolelle olisi jäänyt mm. maatalousväestö.⁶⁷ Vakuutuksen kustannuksiin olisivat osallistuneet vakuutetut itse ja työnantajat. Tämän lisäksi valtion olisi tullut suorittaa kassoille jokaista vakuutettua kohden laissa määrätty summa. Vakuutuspakon ulkopuolelle jäävillä henkilöillä olisi ollut oikeus tietyin edellytyksin saada vapaaehtoinen vakuutus.

Sairausvakuutuslakiesitys hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1929, mutta vähemmistön vaatimuksesta siirrettiin käsiteltäväksi vaalien jälkeen valittavassa uudessa eduskunnassa. Tuolloisen hallitusmuodon mukaan 1/3 edustajista saattoi vaatia lain käsittelemistä uudelleen vaalien jälkeen. Tässä uudessa eduskunnassa esitys hylättiin.⁶⁸ Ajattelutapa oli muuttunut ja vanhuusvakuutuksen toteuttamista pidettiin sairausvakuutusta tärkeämpänä. Lääkäriliiton vastustus oli kuitenkin merkittävä tekijä esityksen hylkäämiselle, koska pelättiin mm. vakuutuksen aiheuttavan väärinkäytöksiä. Lisäksi hylkäämiseen vaikutti maatalousväestön jääminen järjestelmän ulkopuolelle.

1930-luvulla asiasta keskustelu sosiaalivakuutuksen kehittämisestä jatkui ja kehittämisen painopiste siirtyi sairausvakuutuksesta eläkevakuutukseen. Sairausvakuutuslain hylkäämisen yhtenä syynä oli käsitys siitä, että, että vanhuus- ja työkyvyttömyysvakuutuksen toteuttaminen oli sairausvakuutusta kiireellisempää ja siksi alettiin valmistella kansaneläkejärjestelmää.⁶⁹ Laki kansaneläkkeestä hyväksyttiin eduskunnassa vuonna 1937. Päänavaus sosiaalivakuutuksen kehittämisessä saatiin siten aikaan, mutta sairausvakuutus jäi edelleen vuoden 1897 apukassa-asetuksen mukaisten vapaaehtoisten kassojen varaan. Pientä edistystä tapahtui, kun vuonna 1942 hyväksyttiin uusi avustuskassalaki, joka selkeytti avustuskassojen toimintaa ja oli soveltamisalaltaan apukassa-asetusta laajempi. Uuden lain myötä hyvin palkatut työntekijät pääsivät lähemmäksi sitä tilannetta, johon sairausvakuutuslain hyväksyminen olisi johtanut.

⁶⁷ Ks. tarkemmin Niemelä 2004, s. 95.

⁶⁸ Ks. Sairausvakuutuslain eduskuntakäsittelystä, puolueiden kannoista ja suhtautumisesta sairausvakuutuslakiin Niemelä 2004, s. 96–99. Lain hylkäämisen syitä olivat mm. Lääkäriliiton lausunto, jossa katsottiin lain toteutuessaan aiheuttavan paljon väärinkäytöksiä. Harvaan asutulla maaseudulla sairausvakuutuksen valvonta olisi vaikeaa.

Yleiskokouksessaan vuonna 1929 Lääkäriliitto oli ottanut kielteisen kannan sairausvakuutuslakiin. Liitto piti sairausvakuutusta vaikeasti toteutettavana sairaalalojen puutteellisuuden ja lääkäreiden vähäisyyden takia. Hylkäyksen syynä eduskunnassa oli myös se, että maataloudessa työskentelevät katsottiin jäävän teollisuustyöntekijöitä huonompaan asemaan, jos vakuutus olisi toteutettu vain palkansaajia koskevana. Koko kansaa koskeva sairausvakuutus olisi puolestaan maksanut 7 % tuolloisesta valtion tulo- ja menoarviosta, joten siihen ei katsottu olleen taloudellisia mahdollisuuksia.

⁶⁹ Niemelä 1994, s. 146.

Avustuskassojen antamien etuuksien ja avustusten määrä ja laatu oli kuitenkin riippuvainen kunkin kassan säännöistä, joten avustuskassat eivät vastanneet universaalialta sairausvakuutusta.

Sota merkitsi ratkaisevaa käännekohtaa myös sairausvakuutuksen kehittämisessä, joskin järjestelmä toteutettiin vasta monta vuotta sodan jälkeen. Sodanjälkeinen muuttunut suhtautuminen sosiaaliturvaan edisti myös sairausvakuutuksen toteutumista ja suunnittelu sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseksi jatkui. Vuonna 1945 hallitusneuvos Niilo A. Mannion puheenjohtolla alkoi työskennellä sosiaalivakuutuskomitea, jonka tehtäväksi annettiin ehdotuksen laatiminen pakollisesta sairausvakuutuksesta ja sen toteuttamisesta. Tämä ns. suuri sosiaalivakuutuskomitea työskenteli neljä vuotta ja antoi vuonna 1949 osamietintönsä.⁷⁰

Komitea lähti soveltamisalan osalta aiemmista lähtökohdista ja ehdotti sairausvakuutuksen toteuttamista vain suurien työpaikkojen työntekijöihin.⁷¹ Vakuutuksen toteuttaminen olisi rakentunut olemassa olevien sairauskassojen varaan.⁷² Taloudellisen tilanteen ja sairaanhoito-olojen puutteellisuuden vuoksi komitea ei pitänyt universaalista, koko kansaa koskevaa sairausvakuutusta mahdollisena. Pakollisen universaalisen vakuutuksen toteuttamisesta oli komitean mielestä luovuttava niin kauan kuin ei ollut mahdollista antaa kaikille maan asukkaille tarpeellista sairaanhoitoa. Komitean viittaus tarpeellisen sairaanhoidon puutteisiin viittaa siihen tilanteeseen, joka vallitsi Suomen terveydenhuollossa vielä 1940-luvulla.⁷³ Kuten edellä on todettu, järjestelmän rakentaminen oli vielä pahasti kesken, kun avoterveydenhuoltoa ja sairaaloita koskevat lait olivat tulleet voimaan vasta 1943. Näiden lakien voimaan paneminen vuonna 1949 oli vasta alkuvaiheessaan ja vielä 1950-luvulle tultaessa

⁷⁰ Komiteamietintö 1949:23, Sosiaalivakuutuskomitean mietintö n:o 3.

⁷¹ Komitealla ei ollut periaatteellisia epäilyksiä pakollisen sairausvakuutuksen tarpeellisuudesta, mutta koko kansaa koskevan sairausvakuutuksen toteuttamisesta ei pidetty mahdollisena (ks. komiteamietintö, s. 2)

⁷² KM 8/1959, s. 2: ”Lähes kaikki maassamme tällä hetkellä toiminnassa olevat sairausavustuskassat ovat tehdaskassoja. Ensimmäinen tehdaskassa perustettiin v. 1846 Finlayson & C:o O/Y:n puuvillatyöntekijöitä varten. Näille kassoille on ollut ja on edelleenkin ominaista, että työnantaja avustaa kassoja suorittamalla niille kassan sääntöjen mukaisesti kannatusmaksua sekä järjestämällä niille niiden toimintaa varten tarvitsemat tilat, minkä ohessa työnantajat yleensä maksavat kassan henkilökunnan palkkamenot ja usein ovat järjestäneet työpaikalle lääkinnällistä hoitoakin” Komitean esittämä sairausvakuutusmalli oli siis vielä vuonna 1949 soveltamispiiriltään hyvin suppea.

⁷³ Komitea ehdotti mm. että sairaanhoitona vakuutus suorittaisi kustannukset lääkärin hyväksymästä tarpeellisesta hoidosta, kuitenkin vain kolmeneljäsosaa hoitoon kuuluvien lääkkeiden ynnä tarpeellisten puhdistusaineiden hinnasta (mietintö s. 40) Kassa olisi kuitenkin ollut velvollinen korvaamaan vain kassan lääkärin hyväksymän sairaanhoidon kustannukset. Sairaanhoidon kustannusten tason vakiinnuttamiseksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö olisi vahvistanut lääkintöhallitusta kuultuaan lääkärihoidosta suoritettavan palkkion perusteet (komiteamietintö, s. 11).

läheskään kaikilla suomalaisilla ei ollut mahdollisuutta saada terveydenhuollon palveluja.⁷⁴ Koska terveydenhuollon tilanne oli tällainen, ei komitea pitänyt kaikkia kansalaisia koskevaa sairausvakuutustakaan mahdollisena, vaan järjestelmä ehdotettiin toteutettavaksi suppeana, vain palkkatyöntekijöitä koskevana.⁷⁵

Järjestelmän kehittäminen jatkui komitean esitysten antamisen jälkeen, joskin melkoisen hitaasti. Vasta vuonna 1954 annettiin suuren sosiaalivakuutuskomitean mietinnön pohjalta lakiesitys eduskunnalle palkansaajien sairausvakuutuslaiksi. Esitys ei kuitenkaan suppean soveltamisalansa vuoksi saanut riittävää kannatusta ja siksi päätettiin vielä kerran perustaa komitea pohtimaan asiaa. Valmistelu oli kuitenkin nyt aiempaa määrätietoisempaa, koska tällä kertaa komitea sai nimenomaiseksi tehtäväkseen laatia ehdotus koko kansaan kohdistuvasta sairausvakuutuslaiksi.⁷⁶ Vuonna 1955 osastopäällikkö Tauno Jylhän johdolla aloitti työnsä sairausvakuutuskomitea valmistelemaan koko kansaa koskevaa sairausvakuutusesitystä. Pohjoismaisessa vertailussa Suomi olisikin jäänyt jälkeen, jos suuren sosiaalivakuutustoimikunnan esitys suppeasta, vain palkansaajia koskevasta sairausvakuutuksesta olisi toteutettu. Ruotsissa tuli pakollinen, kaikkia kansalaisia koskeva sairausvakuutus voimaan 1955⁷⁷, Norjassa 1956 ja Tanskassa 1960. Näissä maissa vakuutus kattoi sairaanhoitovakuutuksen sekä päiväraha- ja äitiysvakuutuksen kaikille kansalaisille.⁷⁸

⁷⁴ Sodan jälkeen toteutettu ensimmäinen uudistus oli lapsilisäjärjestelmä joka toteutui ensin vuonna 1947 yleislakkouhan seurauksena perhelisänä ja kohdistui vain teollisuustyöntekijöiden lapsiin. Lapsilisäjärjestelmä toteutettiin 1.10.1948, jolloin lapsilisistä pääsivät osallisiksi kaikki lapsiperheet (600 000 lasta). Ks. Niemelä 1993 s. 89

⁷⁵ 1940-luvulla kehitettiin kuitenkin myös ehkäisevää terveydenhuoltoa, koska silloin tulivat lakisääteiksi äitiys- ja lastenneuvolat. Muista sosiaalipoliittisista uudistuksista tärkein oli lapsilisäjärjestelmän toteuttaminen vuonna 1948 (Ks. Niemelä ja Salminen 2003, s. 10–12).

⁷⁶ Ks. Haatanen ja Suonoja 1992, s. 467–468. Sairausvakuutusta valmisteltaessa voitiin nähdä tavoitellun neljää käsitteellisesti erillistä, mutta toisiinsa liittyvää asiaa: 1) Sillä pyrittiin sairauden aiheuttaman taloudellisen menetyksen korvaamiseen. 2) Korvaustavoitteen katsottiin sisältävän paitsi sairastavien ja terveiden välisen kustannusten tasauksen, myös pyrkimyksen sairauden aiheuttaman taloudellisen rasituksen vähentämiseen nimenomaan pienituloisissa perheissä. 3) Hoidon käytön tehostamiseen pyrittiin alentamalla avosairaanhoidon lääkärin, lääkkeiden sekä tutkimus- ja hoitolaboratorioiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia. 4) Pyrkimyksenä oli myös hoidon käytön väestöryhmittäinen tasaaminen ja lisääminen siellä, missä taloudelliset tekijät olivat eniten rajoittaneet hoitoon tuloa.

⁷⁷ Ruotsissa oli lain säätämiseen mennessä 65 prosenttia kansasta vakuutettu vapaaehtoista tietä sairauden varalta. Tilanne oli siis paljolti erilainen kuin Suomessa, jossa sairauden turva perustui pääsääntöisesti sairaskassoihin. Niiden jäsenmäärä koko väestöön verrattuna oli suppea. Ruotsin kehitystä sairaskassoista sairausvakuutukseen on kuvattu Rafael Lindqvistin kirjassa ”Från folkhälso- till välfärdsbyråkratin”, Lund 1990.

⁷⁸ Niemelä 1994, s. 147.

3.4. Jylhän komitea toteuttaa sairausvakuutusjärjestelmän

Jylhän komitea työskenteli neljä vuotta ja jätti mietintönsä valtioneuvostolle vuonna 1959.⁷⁹ Komitea esitti asteittain voimaan tulevaa sairausvakuutusjärjestelmää niin, että aluksi vakuutus olisi kattanut vain työsuhteessa olevat. Viiden vuoden kuluttua soveltamisala olisi laajentunut koskemaan koko väestöä. Sairaalahoito ehdotettiin korvattavaksi kokonaan vakuutuksesta. Muu sairaanhoito, johon komitea ehdotti sisällytettäväksi lääkärinpalkkiot, lääkkeet, laboratorioskustannukset ja matkakustannukset, ehdotettiin korvattavaksi osittain taksojen mukaan. Päivä- ja äitiysrahat olisivat sisältäneet peruspäivärahan ja ansioon suhteutetun päivärahan. Vakuutusta olisivat hoitaneet kunnalliset sairauskassat ja järjestelmän yleinen valvonta olisi tullut Kansaneläkelaitokselle.⁸⁰

Jylhän komitea loi esityksillään periaatteet sairausvakuutuksesta tapahtuvalle sairaanhoidon korvaamiselle. Monilta osin esitykset toteutuivatkin lopullisesti hyväksytyssä laissa. Esitys perustui universaaliseen malliin, eli pakolliseen, jokaista maassa asuvaa henkilöä koskevaan vakuutukseen iästä, kansallisuudesta tai tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Vakuutuksen perusteella ehdotettiin suoritettavaksi korvausta sekä sairaudesta, viasta tai vammasta että raskaudesta ja synnytyksestä johtuvista taloudellisista menetyksistä. Etuudet sisälsivät kustannusten korvauksia, jotka oli jaettu kahteen pääryhmään. Toiseen kuului korvaus tarpeellisista sairaus-, raskaus- ja synnytyskustannuksista ja toiseen päivärahana suoritettava korvaus menetetyistä työansioista ja äitiysraha synnytysloman ajalta. Jako sairauden aiheuttamien kustannusten korvaamiseen ja ansion menetyksen kompensointiin tuli myös lopulliseen lakiin.

Esityksen mukaan korvausta suoritettaisiin sairauden alkamishetkestä aina siihen asti, jolloin sairaus päättyy. Väärinkäytösten ja tuhlauksen ehkäisemiseksi kustannusten

⁷⁹ Komitean työn aikana tapahtui suuria muutoksia Suomen taloudessa. Säännöstelykausi loppui vuoden 1956 alussa ja se merkitsi Suomen talouspolitiikan suunnanmuutosta. Vuoden 1957 devalvaation jälkeen länsituonti vapautui, ja Suomi liittyi Eftaan 1961. Talouspolitiikassa alettiin korostaa taloudellisen kasvun ja kasvupolitiikan merkitystä. Taloudellisen kasvun nopeuttaminen nousi tärkeäksi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi Suomen kansainvälisen kilpailuaseman vuoksi, ja tähän tarvittiin teollistamista. Taloudellisen kasvun katsottiin edellyttävän myös sosiaaliturvan laajentamista, koska sosiaalisten tulonsiirtojen katsottiin lisäävän kulutuskysyntää ja turvaavan näin taloudellisen kasvun edellytykset. Tämä merkitsi nykyaikaisen sosiaaliturvan syntyä, sillä se mahdollisti laajojen väestöryhmien pääsyn sosiaaliturvan piiriin. Suomen yhteiskuntarakenteen muutos nopeutui, ja Suomi muuttui maatalousyhteiskunnasta teollisuus- ja palveluyhteiskunnaksi 1970-luvun puoliväliin mennessä. (Niemelä ja Salminen 2003, s. 12.)

⁸⁰ Komiteamietintö 6/1959, s. 110–114.

korvaamisessa ehdotettiin noudatettavaksi osakorvauksen periaatetta muussa paitsi sairaalahoidoissa. Sairaalahoito ehdotettiin korvattavaksi täysimääräisesti valtion sairaaloissa yleispaikalta perittävän maksun mukaan⁸¹. Lääkäripalkkiot sekä yksityissairaaloissa ja laboratorioissa annettu hoito ehdotettiin korvattavaksi vakuutetulle sosiaaliministeriön vahvistamien taksojen perusteella. Lääkäripalkkioista ehdotettiin korvattavaksi ensimmäisen palkkion osalta puolet ja muutoin 3/4 taksan määrästä. Yksityissairaaloita varten vahvistettava taksa tulisi riippumaan siitä, onko potilaan tila vaatinut kääntymistä yksityissairaalan puoleen vai ei. Laboratoriomaksuista ehdotettiin korvattavaksi 3/4 taksan määrästä. Taksat eivät sitoneet lääkäriä eivätkä hoitolaitosta, vaan ne koskivat ainoastaan vakuutuksen perusteella vakuutetulle suoritettavia korvauksia⁸². Vakuutetulla oli ehdotuksen mukaan valita itse valita lääkäriänsä ja hoitopaikkansa.

Korvausta komitea ehdotti suoritettavaksi myös lääkärin kirjallisesti määräämistä lääkkeistä, mikäli ne sairaustapausta kohden ylittivät 2 000 markkaa, jolloin niistä korvattaisiin puolet mainitun määrän ylittävältä osalta. Vaikeissa ja pitkäaikaisissa sairauksissa lääkkeet korvattaisiin kuitenkin kokonaan. Matkakustannuksista suoritettaisiin korvausta, jos kysymyksessä on sairaala-, lääkäri- tai laboratoriomatka. Matkat sairaalasta toiseen korvattaisiin kokonaan. Muista matkoista korvattaisiin 3/4 siltä osin kuin kustannukset yhdensuuntaista matkaa kohden olisivat 250 markkaa. Jos kysymyksessä kuitenkin on ensimmäinen lääkärimatka, suoritettaisiin siitä korvausta vain 500 markan ylittävältä osalta⁸³. Hoitoon ei katsottaisi kuuluvan hoitovälineiden, tukisidosten tai tekojäsenten hankkimista.⁸⁴ Hampaiden hoito ehdotettiin korvattavaksi edellä esitetyn mukaisesti vain, jos kysymyksessä on äkillisen hammassairauden ensiavun luontoinen tai muun sairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Raskaus- ja synnytyskustannukset esitettiin korvattavaksi samalla tavoin kuin sairauden hoito.

Sairausvakuutuksen rahoituksen osalta komitea ehdotti, että sairausvakuutuksen kustannukset rahoitettaisiin vakuutetuilta, työnantajilta sekä valtiolta ja kunnilta

⁸¹ Potilalta perittävä maksu on vain pieni osa sairaalapaikan kustannuksista, joten esitys sisälsi ”kaksikanavaisuuden” elementin. Muu osa sairaalapaikan hinnasta olisi maksettu valtion tai kunnan yleisistä varoista keskussairaalasopimuksen mukaisesti.

⁸² Esitys sittemmin toteutettiin voimaan tullessa sairausvakuutuslaissa, mutta lakiin ei tullut säännöksiä taksojen tarkistamisesta kustannustason noustessa.

⁸³ Säädettyssä laissa matkat korvataan kokonaan omavastuun ylittävältä osalta, joten tältä osin säädetty laki on vakuutetulle edullisempi kuin Jylhän komitean ehdotus.

⁸⁴ Tämäkin esitys toteutui säädettyssä laissa, mutta korvausalan raja on aiheuttanut myös ongelmia mm. sen vuoksi, että keinoniveliä ja tekomykiöitä ei korvata.

perittäville varoilla. Työnantajien osallistumista vakuutuksen kustannuksiin pidettiin tarkoituksenmukaisena sen vuoksi, että vakuutus tulisi alentamaan työnantajien sairausajan palkkaa koskevia kustannuksia sekä ainakin niiden työnantajien osalta, joiden yhteydessä toimii sairausavustuskassa, myös sairaanhoidon kustannuksia. Valtion ja kuntien osallistumista kustannuksiin pidettiin perusteltuna jo silläkin perusteella, että sairausvakuutuksen tehtävänä on huolehtia maan kansalaisista heidän sairastuessaan. Tämä tehtävä käsitteellisesti kuuluu juuri valtiolle ja kunnille. Kun vakuutus lisäksi alentaa molempien kustannuksia huoltomenojen osalta, on niiden osallistuminen vakuutuksen kustannuksiin luonnollista. Rahoituksen kolmijakoisuutta puolsi lisäksi se, että mainittu jaotus on yleinen kaikessa sosiaalivakuutuksessa Suomessa ja ulkomailla lukuun ottamatta tapaturmavakuutusta, jonka työnantajat yksin kustantavat.⁸⁵ Komitea lähti siitä, että valtio ja kunnat osallistuisivat vakuutuksen kustannuksiin vain tulottomien tai vähätuloisten osalta ja loppuosa kustannuksista jätettäisiin vakuutettujen itsensä kannettavaksi⁸⁶.

Komitea perusteli laajasti esityksiään ja siksi komiteanmietintö on tärkeä lähde selvitetessä, miten lakia valmisteltaessa on alun perin haluttu lakia tulkita ja ovatko tulkinnat toteutuneet lain voimassaoloaikana. Hallituksen esitys perustui pitkälti komitean työhön. Komitea perusteli esitystään osakorvausten periaatteesta sillä, että yleisen vakuutuksen tehtävänä on osallistua korvausmenoihin vain siinä laajuudessa, minkä sairaustapauksen hoito yleensä tulee maksamaan. Tämän vuoksi sairaanhoidon osalta katsottiin tarkoituksenmukaiseksi antaa viranomaisen vahvistettavaksi ne määrät eli taksat, joiden mukaan vakuutuksen osuus korvauksesta määräytyy. Komitea toi julki myös periaatteen siitä, että taksan mukaiset palkkiot on vahvistettava sellaisiksi, että ne lähimain vastaavat yleisimmin perittäviä palkkioita. Taksoilla ei kuitenkaan ole mitään merkitystä vakuutetun ja häntä hoitaneen lääkärin tai hoitolaitoksen välisiä suhteita ratkaistaessa.⁸⁷ Kun lääkärin työmäärä ja häneltä vaadittava ammattitaito eri tapauksissa on hyvinkin erilainen, on komitean mielestä taksan palkkiomäärät vahvistettava erisuuruiseksi riippuen mm. siitä, onko hoidon antanut erikoislääkäri, sekä siitä, minkälainen lääkärin tutkimus tai hoitotoimenpide on ollut. Kun hoito korvataan vain siltä osin, minkä se aiheettomia kustannuksia välttämättä olisi tullut maksamaan, johtuu

⁸⁵ Komiteanmietintö 1959: s. 69–70.

⁸⁶ Komiteanmietintöön liittyi useita eriäviä mielipiteitä. Mm. STK, SAK. Lääkäriliitto ja Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto eivät olleet tyytyväisiä mietintöön, vaan esittivät muutoksia, Ks. Niemelä 2004, s. 105. Merkittävää oli se, että Lääkäriliitto ei enää suhtautunut kielteisesti sairausvakuutuksen toteuttamiseen. STK:n mielestä sairaanhoitovakuutusta ei olisi tarvittu lainkaan

⁸⁷ Komiteanmietintö 1959/6, s. 34.

tästä, että erikoislääkärin suorittamasta tutkimuksesta tai antamasta hoidosta suoritetaan vakuutetulle korvausta vakuutuksen perusteella vain yleisen taksan mukaan, mikäli sairauden laatu ei ole vaatinut kääntymistä erikoislääkärin puoleen.⁸⁸

Tältä osin on todettava, että sairausvakuutuslain voimassaoloaikana komitean taksan vahvistamista koskevaa periaatetta ei ole noudatettu. Sairausvakuutuksen taksoja on viimeksi tarkistettu vuonna 1989, joten taksojen taso on jäänyt jälkeen tapahtuneesta kustannuskehityksestä. Lisäksi on huomattava, että komitean mietinnön valmistuessa vuonna 1959 kunnanlääkärit saattoivat periä erilaisia palkkioita toimenpiteistään ja myös puhtaasti yksityislääkäritoiminta oli tuolloin melko yleistä. Lääkäripalkkioiden palkkioiden korvaamisella tarkoitettiin tuolloin kaikkia avohoidon lääkäripalkkioita riippumatta siitä, toimiko lääkäri kunnan palveluksessa tai yksityisenä ammatinharjoittajan. Komitean esitys lääkäripalkkioista tarkoitti siis potilaan kulujen korvaamisesta riippumatta siitä, oliko hoitava lääkäri julkisen tahon palveluksessa tai toimiko hän yksityisesti. Komitean tulkintasuositusta yleislääkärin ja erikoislääkärin erilaisista palkkioista ja hoidon tarpeellisuusvaatimuksesta on sen sijaan noudatettu, koska erikoislääkäreiden korvaustaksat ovat korkeammat kuin yleislääkärin taksat. Aina ei kuitenkaan ole selvää, milloin sairauden hoito vaatii erikoislääkärin antamaa hoitoa. Lääkärin oikeudet saanut yleislääkäri saa periaatteessa toteuttaa kaikkia lääkärien toimia, vaikka käytännössä näin ei tapahdukaan kuin poikkeustapauksissa.

Komitea ei pitänyt tarpeellisena sairauden käsitteen määrittelemistä, koska se oli komitean mielestä jokaiselle tuttu. Varsinaisten sairauksien ja tautien lisäksi sairaudeksi oli komitean mielestä katsottava kuuluvaksi sekä synnynnäiset viat että muut viat ja vammat. Raskaus ja synnytys ovat normaaleja tapahtumia, mutta silti niistä aiheutuvat kustannukset tulisi korvata samalla tavoin kuin sairaudesta johtuvat kustannukset, koska ne usein vaativat lääkärin hoitoa. Raskauteen ja synnytykseen saattaa usein liittyä sairaudeksi katsottavia lisäpiirteitä, jolloin voi olla vaikeaa ratkaista, johtuuko hoito sairaudesta vai raskaudesta tai synnytyksestä.⁸⁹ Tältä osin Jylhän komitean tulkintasuositukset on toteutettu sairausvakuutuslakia toteutettaessa.

Komitean mukaan sairauden piiriin voidaan sisällyttää myös *hammassairaudet*. Tältä osin tulivat kuitenkin taloudelliset realiteetit esiin, sillä hammassairauksien hoidon

⁸⁸ Komiteanmietintö 1959/6, s. 47.

⁸⁹ Komiteanmietintö 1959/6, s. 43.

korvaaminen olisi lisännyt tuntuvasti vakuutuksen kustannuksia. Siksi komitea ehdottikin, että hampaiden hoito tulisi korvata vain, milloin on kysymys äkillisen hammassairauden ensiavun luontoisesta tai muun sairauden parantamiseksi välttämättömästä hoidosta. Vakuutuksen perusteella ei siten korvattaisi hampaiden paikkausta eikä hammasproteeseja. Tämäkin komitean tulkintasuositus toteutui lopullisessa laissa. Lääketieteellisen ja osin myös juridisen probleeman muodosti lain soveltamisessa sen seikan selvittäminen, milloin kysymyksessä oli muun sairauden hoito.⁹⁰ Sittenkin hammashoito on vähitellen tullut sairausvakuutuksen piiriin.

Sairaanhoidon korvaamisessa komitea ehdotti noudatettavaksi periaatetta, että annetusta hoidosta tulisi suorittaa korvausta vain, mikäli hoitoa on pidettävä sairauden laatuun nähden tarpeellisenä. Komitea ehdotti lisäksi todettavaksi, että tarpeellisestakin hoidosta suoritettaisiin korvausta vain siltä osin, minkä hoito aiheettomia kustannuksia välttäen olisi tullut maksamaan. Hoidon tarkoituksenmukaisuutta arvosteltaessa olisi kiinnitettävä huomiota hoidon kokonaiskustannuksiin eikä johonkin yksittäiseen hoitoerään, koska kalliitkin hoitotoimenpiteet, mikäli ne ovat tehokkaita, johtavat usein kokonaiskustannuksiltaan halvempaan lopputulokseen kuin halvat, mutta aikaa vievät toimenpiteet. Kun potilas vain harvoissa tapauksissa itse kykenee arvostelemaan hänelle määrätyn hoidon tarpeellisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta, oli hoitoa korvattaessa yleensä lähdettävä siitä, että lääkärin määräämä hoito korvataan. Jos hoito taasen vasta jälkikäteen havaitaan tarpeettomaksi tai epätarkoituksenmukaiseksi, ei se vaikuta hoidon korvattavuuteen.

Nämä periaatteet lisättyinä sillä, että hoito on annettava potilaan turvallisuutta kuitenkin vaarantamatta, tulivat sittenkin sairausvakuutuslakiin. Periaatteiden sovelluksella käytäntöön on ollut huomattava, sillä jokaista sairaanhoitovakuutuksen korvaustapahtumaa arvioidaan näiden komitean esittämien arviointikriteereiden valossa. Erityisesti lääkekorvauksissa joudutaan tarpeellisuutta usein pohtimaan arvioitaessa kalliin lääkkeen hyväksymistä korvattavuuden piiriin.

3.5. Jylhän komitean jälkeiset jatkotoimet sairausvakuutuslain aikaan saamiseksi

⁹⁰ Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosastolla muun sairauden käsite oli jatkuvan selvittelyn alainen 1970–1980-luvulla yksittäisten korvaustapahtumien kohdalla. Sittenkin vuodesta 1986-lähtien on normaalia hammashoitoakin alettu korvata sairausvakuutuksesta, alkaen ensin nuorista henkilöistä (1956 ja sen jälkeen syntyneet) ja sitten vähitellen (2005) koko väestöä koskevana.

3.5.1. Mäkelän pikakomitea

Jylhän komitean ehdotusten valmistuminen vuonna 1959 ei vielä johtanut välittömiin lainsäädäntötoimiin. Asian selvittely jatkui vielä useita vuosia, mutta kypsyi kuitenkin syksyllä 1961 niin, että valtioneuvosto asetti 26.10.1961 komitean valmistelemaan erittäin kiireellisesti hallituksen esitystä sairausvakuutuslaiksi. Nyt ei kuitenkaan aikailtu, vaan tämä ns. Mäkelän pikakomitea⁹¹ työskenneltyään vain kuukauden antoi ehdotuksensa sairausvakuutuslaiksi sekä siihen liittyviksi laeiksi valtioneuvostolle 26.11.1961. Komitean ehdotus luonnollisesti pohjautui Jylhän komitean esityksiin, mutta niihin esitettiin joitakin muutoksia. Muutoksista tärkein oli sairausvakuutuksen voimaantulon jakaminen kolmeen eri vaiheeseen sekä sairaalamaksujen jättäminen kokonaan korvattavuuden ulkopuolelle.

Muutosehdotustensa perusteluissa Mäkelän komitea⁹² kiinnitti huomiota niihin taloudellisiin vaikeuksiin, jotka vaikeuttivat sairausvakuutusjärjestelmän käyttöönottoa. Järjestelmän tarve todettiin kuitenkin suureksi ja sairausvakuutuksen aikaansaamista komitea piti tärkeänä ja kiireellisenä sosiaalipoliittisena tehtävänä.⁹³ Taloudelliset syyt johtivat kuitenkin esitykseen järjestelmän voimaantulon jakamisesta kolmeen vaiheeseen, kun Jylhän komitea oli esittänyt kaksivaiheista voimaantuloa. Suurempi muutos oli kuitenkin ehdotus sairaalamaksujen jättämisestä kokonaan korvattavuuden ulkopuolelle. Mäkelän komitean ehdottama muutos merkitsi sairausvakuutusjärjestelmän soveltamisalan supistamista koskemaan vain avohoidon toimenpiteitä. Sairaalahoido ja muu laitoshoido jäi kokonaan järjestelmän ulkopuolelle eikä sairausvakuutuksesta korvattaisi lainkaan sairaala- ja muita laitoshoidon maksuja..

Mäkelän komitea perusteli ehdotustaan lain soveltamisalan supistamisesta muilla sosiaalimenoilla, jotka komitean mukaan tulivat nielemään olennaisen osan siitä osasta kansantuloa, jota voitiin irrottaa sosiaalimenoihin. Sosiaalimenoilla tarkoitettiin kansaneläkkeiden, lapsilisämenojen, sotilasvammakorvausten ja sairaalamenojen kustannuksia. Erityisesti komitea viittasi 1.7.1962 voimaan tulevaan työntekijäin

⁹¹ Komitean puheenjohtaja oli hallitussihteeri Erkki Mäkelä.

⁹² Komiteanmietintö 1961:39.

⁹³ Komitea totesi mm. että (s.1), että ”yhä vielä sairaus muodostaa useimmille perheille vakavan uhan, joka nopeasti vie ahdinkoon, jos sairaus muodostuu pitkäaikaiseksi. Tilanteen vaikeutta kuvaavat mm. huoltotilastot, joiden mukaan sairaus on nykyisin yleisin syy huoltoavun antamiseen”.

eläkelakiin, joka toi työnantajille vuosittain kohoavan lisärasitteen. Mahdollisuus runsaasti tulonsiirtoja aiheuttavien sosiaalipoliittisten uudistusten toimeenpanoon olivat näiden lisäkulojen vuoksi rajoitetut. Näin siis samaan aikaan toteutettu toinen suuri uudistus, työntekijäin eläkelaki, vaikutti siihen, että sairausvakuutuksen osalta jouduttiin tyytymään rajoitetumpaan järjestelmään kuin oli alun perin tarkoitus. Lisäksi komitea esitti, että järjestelmän alkuvaiheessa tulisi keskittyä muiden kuin aivan lyhytaikaisten sairauksien aiheuttamien menetysten korvaamiseen samalla kuin vakuutusta toteuttaa asteittain.⁹⁴

Komitea kiinnitti huomiota myös maan sairaanhoitojärjestelmän mahdollisuuksiin tarjota sairausvakuutuksen korvaamia terveystalouksia. Komitea huomautti, että sairausvakuutuksen tehtäviin ei suoranaisesti kuulu tällaisista palveluksista huolehtiminen, koska sen tehtävänä on osallistua saatavissa olevan sairaanhoidon vakuutetuille aiheuttamien kustannusten ja työansioiden menetysten korvaamiseen. Sairausvakuutuksen voimaantulo voi kuitenkin äkillisesti lisätä palvelusten kysyntää siinä määrin, että sairaanhoitojärjestelmä ei pysty sitä täyttämään. Tällöin vakavasti sairastuneiden henkilöiden mahdollisuudet saada riittävästi huomiota osakseen voivat heiketä. Komitea totesi, että Suomessa oli vuonna 1961 sairaaloissa sairaansijoja 8,9 kappaletta 1 000 asukasta kohden ja lääkäreitä keskimäärin yksi 1 527 asukasta kohden. Käynnissä olleen sairaaloiden rakennusohjelman sekä lääkäreiden valmistuksen tehostustoimenpiteiden ansiosta sairaansijojen luku tuli nousemaan ja lääkäreitä olisi yksi 1 000 asukasta kohden. Ruotsissa sairaansijoja oli 1 000 henkilöä kohden 15,1 kappaletta ja Norjassa yksi lääkäri 850 asukasta kohden. Lääkäritiheys kaupungeissa ja kauppaloissa oli huomattavasti suurempi kuin maaseudulla, edellisessä yksi lääkäri asukasta kohden oli 775 ja maaseudulla 4 500. Sairanhoidon tarjonnan vähäisyys oli siis taloudellisten rajoitteiden ohella tekijä, joka esti sairausvakuutuksen toteuttamisen niin laajana kuin alun perin tavoiteltiin.⁹⁵

Komitea perusteli myös laajasti esitykseen liittyvää osakorvauksen periaatetta. Komitea totesi, että vakuutuksen perusteella suoritettava korvaus yleensä ei täysin peitä sairauden aiheuttamia kustannuksia, vaan vakuutetun maksettavaksi jää jokin sopivaksi mitoitettu ns. omavastuu. Näin voidaan käytettävissä olevat varat keskittää niihin tapauksiin, joissa sairauden pitkäaikaisuuden takia vakuutusturvan tarve on suurin.

⁹⁴ Komiteanmietintö 1961:39 s. 2-3.

⁹⁵ Komiteanmietintö 1961:39, s. 3-4.

Omavastuujärjestelmä hillitsi myös vakuutettuja kääntymästä vähäpätöisten sairauksien takia lääkärin puoleen niin kuin voisi tapahtua, jos kaikki edut olisivat täysin ilmaisia. Samoin hallintokoneisto säästy lukuisten pienten korvausten käsittelyltä ja vakavien sairaustapausten hoitamiseen jää paremmat mahdollisuudet. Omavastuujärjestelmä on myös tehokas sairausvakuutuksen yhteydessä ehkä ilmenevien väärinkäytösyritysten torjumiseen. Omavastuut tulivat kuitenkin asettaa määriltään sellaisiksi, etteivät ne muodostu kohtuuttoman raskaiksi vähävaraisillekaan vakuutetuille, mutta riittävät toisaalta aikaansaamaan tarkoitetut päämäärät.⁹⁶

Osakorvausperiaatteen mukaisesti komitea ehdotti lääkärinpalkkioiden korvaamista niin että ensimmäisestä käynnistä korvattaisiin puolet ja saman sairauden johdosta tarpeellisista myöhemmistä palkkioista 3/4.⁹⁷

Komitea esitti myös tulkintaa siitä, mikä katsotaan tarpeelliseksi tutkimukseksi. Kun vakuutettu kääntyy lääkärin puoleen, tulisi lääkärin ratkaista, onko kysymyksessä sellainen ”tarpeellinen tutkimus”, joka tulisi korvata vai onko vakuutettu tarpeettomasti tai tarpeettoman usein kääntynyt lääkärin puoleen. Tarpeettomana ei yleensä voitu pitää lääkärin puoleen kääntymistä sellaisissa tapauksissa, joissa sairautta ei tutkimuksen perusteella voitu todeta, edellyttäen, että potilas on tuntenut oireita, joiden perusteella tutkimukseen tuloa oli pidettävä perusteltuna. Sen sijaan verotusta, vakuutusta, työnsaantia tai muuta vastaavaa tarkoitusta varten tarvittavien terveys- tai työkyvyttömyystodistusten kustantaminen ei komitean mukaan kuulunut sairausvakuutukselle.⁹⁸

Sairaalahoidon osalta komitea totesi, että valtion ja kunnallisissa sairaaloissa annetusta hoidosta aiheutuvista kustannuksista korvattiin valtion ja kuntien varoista noin 80 %. Lisäksi oli kulkutautien, tuberkuloosin ynnä erinäisten muiden sairauksien sairaalahoito kokonaan ilmaista. Näin huomattavassa mitassa toteutettuja tukitoimenpiteitä oli komitean näkemyksen mukaan pidettävä riittävänä, minkä takia sairaalahoitoa ei esitetty vakuutuksesta korvattavaksi.⁹⁹

⁹⁶ Komiteanmietintö 1961:39, s. 5.

⁹⁷ Sama, s. 7.

⁹⁸ Sama, s. 8.

⁹⁹ Komiteanmietintö 1961:39.

3.5.2. Toimenpiteet eduskunnassa ja hallituksessa

Mäkelän pikakomitean vielä työskennellessä eduskuntaan perustettiin erityinen sairausvakuutusvaliokunta valmistelemaan sairausvakuutuslakia kansanedustajien lakialoitteiden pohjalta. Paineet sairausvakuutuksen toteuttamiseksi olivat kasvaneet niin paljon, että eduskunnassa ei haluttu odottaa enää hallituksen esitystä asiasta, vaan alettiin käsitellä asiaa koskevia kansanedustajien aloitteita. Eduskunnan hajotus katkaisi kuitenkin nämä valmistelut.

Uusien vaalien jälkeen 13.4.1962 nimitetty Ahti Karjalaisen neljän porvarillisen puolueen ja SAK:n edustajista muodostettu enemmistöhallitus otti ohjelmaansa yleisen sairausvakuutuksen säätämisen. Hallitus nimitti ministeri Kyllikki Pohjalan johdolla ministerivaliokunnan valmistelemaan sairausvakuutuslakiesitystä. Ministerivaliokunta sai työnsä valmiiksi alkusyksynä 1962, mutta esityksen sisällöstä syntyneiden kiistojen johdosta esitys annettiin eduskunnalle vasta marraskuussa 1962. Sitä ennen eduskunnan sosiaalivaliokunta oli jo jatkanut kansanedustajien asiaa koskevien lakialoitteiden käsittelyä. Hallituksen esitys kuitenkin muutti valmistelun suunnan eduskunnassa ja laki hyväksyttiin hallituksen esityksen pohjata. Ahti Karjalaisen hallituksen toista sosiaaliministeriä Kyllikki Pohjalaa onkin kutsuttu ”sairausvakuutuksen äidiksi”.¹⁰⁰

3.6. Sairausvakuutuslakia koskevan hallituksen esityksen sisältö

Hallituksen esityksen (Esitys N:o 129 vuoden 1962 valtiopäivät) sisältö oli pitkälti sama kuin asiaa valmistelleiden komiteoiden esitykset. Esityksen perusteluissa todettiin sairausturvan jääneen Suomessa pahasti jälkeen. Vapaaehtoinen, osittain sairausvakuutuskassojen ja osittain henkivakuutusyhtiöiden harjoittama sairausvakuutustoiminta ei ollut voinut korjata tätä puutetta. Sairausvakuutuksen tehtäväksi todettiin osallistuminen saatavissa olevan sairaanhoidon vakuutetulle aiheuttamien kustannusten ja sairauden aiheuttamien työansioden menetysten korvaamiseen.

¹⁰⁰ Ks. Haatanen, Suonoja 1992, s. 468 ja Niemelä 2004, s. 106–107.

Etuuksien ja korvausten osalta ehdotettiin noudatettavaksi komiteoiden esittämää tarpeellisuuden¹⁰¹ ja osakorvauksen periaatetta. Hallituksen esityksessä ei määritelty sairauden käsitettä, vaan asia jätettiin sosiaalivakuutuksen alalla jo vakiintuneen käytännön varaan. Hampaiden hoito esitettiin korvattavaksi vain silloin, kun kysymys on muun sairauden parantamiseksi välttämättömästä hoidosta. Komiteoiden esittämä kiireellisen hoidon korvaaminen jätettiin lakiesityksestä pois. Sairaanhoidon korvaamisen edellytyksenä perustelujen mukaan oli se, että lääkäri katsoi hoidon tarpeelliseksi. Tässä hallitus noudatti Mäkelän pikakomitean suosittelemaan linjaa. Lääkäripalkkioiden, laboratoriokustannusten, lääkkeiden ja matkakustannusten korvausmäärät olivat esityksessä samansuuruiset kuin Jylhän komitea oli esittänyt. Lääkäripalkkioiden perustana tulisi olemaan vahvistettu taksa, jossa otettiin huomioon lääkärin suorittama työn määrä ja häneltä vaadittava ammattitaito eri tapauksissa. Taksat olisi vahvistettava sellaisiksi, että ne lähimain vastaavat yleisimmin perittäviä palkkioita.¹⁰² Mäkelän komitean esitysten mukaisesti varsinaisen sairaalahoidon kustannukset jätettiin esityksessä kokonaan vakuutuksen ulkopuolelle. Sairausvakuutus rajautui näin pelkästään avohoidon terveydenhuollon kustannusten korvaajaksi.¹⁰³

Sairausvakuutuksen rahoitus ehdotettiin jaettavaksi vakuutettujen itsensä, työnantajien sekä valtion kesken. Vakuutettujen ja työnantajien maksu oli ehdotuksen mukaan kiinteä. Vakuutettujen maksua harkittaessa pidettiin lähtökohtana sitä, että vakuutettujen tuli saada terveydenhuoltopalveluksia samaan hintaan eri puolilla maata, mikä myös yksinkertaisti maksujen perimistä. Ehdotuksessa vakuutettujen maksu oli yksi marka veroäyriältä ja se tulitisiin perimään vakuutetun kansaneläkemaksun tapaan kunnallisverotuksen yhteydessä. Vakuutusmaksun oli velvollinen suorittamaan iästä

¹⁰¹ Ehdotetun 4 §:n mukaan vakuutetulla oli oikeus saada sairauden perusteella korvausta tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista ja sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä päivärahaa sekä raskauden ja synnytyksen perusteella korvausta niistä johtuvista tarpeellisista kustannuksista ja äitiysrahaa.

¹⁰² Tämä periaate tuli laissa hyväksytyksi. Vuonna 1970 taksanvahvistusmenettelyä kuitenkin tarkennettiin sairausvakuutuslain muutoksella. Hallituksen esityksen perustelujen mukaan (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1970 vuoden valtiopäivät n:o 35) pidettiin sosiaali- ja terveysministeriön taksanvahvistusmenettelyä liian jäykkänä eikä muutoksia voitu tehdä riittävän nopeasti. Siksi lakia ehdotettiin muutettavaksi niin, että sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaisi taksojen perusteet ja Kansaneläkelaitos vahvistaisi yksityiskohtaiset taksat sekä luettelot eri ryhmiin kuuluvista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Asettuessaan esityksen kannalle eduskunnan sosiaalivaliokunta edellytti, että taksojen mahdolliset muutokset koituvat vakuutettujen eduksi, eivätkä olisi omiaan vaikuttamaan siihen, että potilailta sairaanhoitopalveluksista perittäviä maksuja korotetaan. (Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 3 hallituksen esityksen johdosta sairausvakuutuslain muuttamisesta 1970 valtiopäivät). Eduskunta hyväksyi valiokunnan mietinnön ja siihen liitetyn valiokunnan pöytäkirjan.

¹⁰³ Perustelujen mukaan ”tähän ratkaisuun on ollut vaikuttamassa paitsi yleinen tarve kustannusten vähentämiseen myös se, että sairaalapaikkojen vähälukuisuuden takia ei sairaalassa sairastamista olisi syytä tehdä olennaisesti edullisemmaksi kuin avohoitoa, jollaisen antoa lääketieteellisin perustein usein voidaan pitää tarkoituksenmukaisena ja jota nykyisessä sairaalatilanteessa olisi käytettävä mahdollisimman paljon hyväksi” (HE N:o 129 1962 vuoden valtiopäivät, s. 7)

riippumatta jokainen vakuutettu, jolle kunnallisverotuksessa oli määrätty veroäyriä. Maksua ei kuitenkaan ehdotettu määrättäväksi vakuutetulle, joka verovuoden aikana oli saanut kansaneläkettä tai joka verovuonna on kuollut. Työnantajan sairausvakuutusmaksu muodostaisi työnantajan lapsilisä- ja kansaneläkemaksun kanssa työnantajan sosiaaliturvamaksun. Työnantajan maksun määräksi ehdotettiin 1 prosenttia maksettujen palkkojen määrästä. Loppuosa vakuutuksen kustannuksista suoritettaisiin valtion varoista. Ehdotuksen mukaan vakuutetut ja työnantajat kattoivat noin kolme neljäsosaa kustannuksista, puolet kumpikin ja valtio vastasi lopusta, noin yhdestä neljäsosasta.¹⁰⁴

Vakuutettujen ja työnantajan sairausvakuutusmaksuina kertyvät varat siirrettiin ehdotuksen mukaan kansaneläkelaitoksen hoitamaan erilliseen sairausvakuutusrahastoon. Hallituksen esitykseen sisältyvän hallintojärjestelmän mukaan rahastointitarve tuli olemaan verraten pieni. Rahaston varat olisi maksuvalmiutta silmällä pitäen sijoitettava tuloa tuottavasti ja turvaavasti ja sijoittamisessa oli ensisijaisesti otettava huomioon maksuvalmius. Sairausvakuutuksen kustannukset suoritettaisiin sairausvakuutusrahastosta, johon valtio suorittaa vuosittain kolmanneksen vakuutuksen kustannuksista. Jos rahaston varat eivät riitä menoihin, suoritettaisiin siinä järjestyksessä kuin asetuksella tarkemmin säädetään puuttuva osa valtion varoista. Jos rahastossa kuitenkin on kalenterivuoden päättyessä valtion suoritus mukaan luettuna varoja enemmän kuin kahdeksasosa sairausvakuutuksen sen vuoden kustannuksista suoritettaisiin valtion varoista enintään niin paljon, että rahaston määrä nousee kahdeksasosaan mainituista kustannuksista. Tällöin valtion osuus vakuutuksen kustannuksista jäi edellä mainittua kolmasosaa pienemmäksi.

Ehdotuksen mukaan sairausvakuutus vaati mahdollisimman tehokkaan ja joustavan organisaation. Vakuutetun tuli välittömästi lääkärissä tai apteekissa käytyään saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus kustannuksistaan. Vakuutuksen hoitaminen ehdotettiin uskottavaksi Kansaneläkelaitokselle paikallisten

¹⁰⁴ Maksuosuudet muuttuivat hyvin pian lain voimaan tulon jälkeen toteutetuilla sairausvakuutuslain muutoksilla. Vakuutetun sairausvakuutusmaksuksi määrättiin vuonna 1964 0,375 penniä veroäyriltä ja vuosina 1965 ja 1966 alun perin säädetyn 0,5 pennin sijasta 0,75 penniä veroäyriltä. Vuonna 1967 vakuutetun sairausvakuutusmaksu nousi 1,25 penniksi veroäyriltä alun perin säädetyn 1 pennin sijasta. Myös työnantajien maksut muuttuivat. Sairausvakuutusmaksu sisältyi työnantajan sosiaaliturvamaksuun, jossa olivat mukana lapsilisämaksu (14/26) ja kansaneläkemaksu (7/26) sairausvakuutusmaksun (5/26) ohella. Vuonna 1967 työnantajan sosiaaliturvamaksu oli kuusi ja puoli prosenttia ennakkoperinnän alaisen palkan määrästä. Merkittävää on, että valtion osuus oli alun perin tarkoitettu yhdeksi kolmasosaksi kustannuksista.

sairausvakuutustoimikuntien avulla. Maa tuli jakaa vakuutuspiireihin, joita olisivat kunta tai tarpeen mukaan useampia kuntia. Jokaisessa piirissä olisi sairausvakuutusta koskevien asioiden käsittelemistä varten sairausvakuutustoimikunta, johon kuului kansaneläkelaitoksen määräämä puheenjohtaja, lääninhallituksen määräämä lääkärijäsen ja kunnallisvaltuuston valitsema paikallista asiantuntemusta edustava henkilö. Asiat ratkaisi sairausvakuutustoimikunta kokouksessaan, jollei asiaa ollut uskottu toimiston johtajalle tai toimiston muulle toimihenkilölle ratkaistavaksi toimikunnan puolesta. Tarkoituksena oli, että toimiston johtaja tai muu toimihenkilö asiakkaan odottaessa välittömästi ratkaisi selvät tapaukset.

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

Lain voimaantulo siis ehdotettiin kaksivaiheiseksi niin että laki tulisi voimaan muiden kuin etuuksia koskevana 1.1.1964 lukien. Etuuksia koskevat säännökset tulisivat voimaan kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa eli 1.3.1964 lukien ryhdyttäisiin suorittamaan korvauksia lääke- ja laboratoriomenoista, matkakustannuksista sekä päivä- ja äitiysrahaa. Muiden etuuksien korvaamisen alkaminen ehdotettiin tulemaan voimaan 1.päivänä tammikuuta 1967.¹⁰⁵

3.7. Sairausvakuutusta koskevan lakiesityksen käsittely eduskunnassa

Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi lähetettiin eduskunnassa sosiaalivaliokuntaan. Samassa valiokunnassa oli myös käsittelyssä ne lukuisat lakialoitteet, jota sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseksi edustajat ja puolueet olivat tehneet¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Lääkärinpalkkioiden maksamisen siirto alkavaksi 1.1.1967 johtui vallinneesta lääkäripulasta (Ks. Niemelä 1994, s. 150).

¹⁰⁶ Maalaisliitto ja kansandemokraatit olivat ryhmänä tehneet lakialoitteen sairausvakuutuslaiksi. Maalaisliiton aloitteessa esitettiin myös sairaalamaksuja korvattavaksi vakuutuksesta. Kansandemokraattien aloitteessa esitettiin etuuksien korvaamista täysimääräisesti ja sairaalamaksujen ottamista sairausvakuutuksen korvauspiiriin. Lakialoitteessa otettiin myös kantaa ns. virastolinjaan ja ns. kassalinjaan, joka oli pitkään ollut poliittisen kiistan kohteena. Kysymys oli siitä, saisiko Kansaneläkelaitos sairausvakuutuksen hoidettavakseen vai annettaisiinko hoitaminen sairaskassoille.

Valiokunnan mietintö kaikista esityksistä valmistui seuraavan vuoden alussa (1963).¹⁰⁷ Valiokunta muutti jonkin verran hallituksen esitystä. Sairaanhoidovakuutuksen osalta ehkä merkittävin muutos oli se, että valiokunta ei hyväksynyt esitystä lääkäripalkkioiden erilaisesta korvauksesta, koska valiokunnan saaman selvityksen mukaan käytännössä saattaa tuottaa suuria vaikeuksia selvittää, milloin kysymyksessä on sama tai uusi sairaus. Valiokunta ehdotti korvausta suoritettavaksi saman perusteen mukaan, 60 prosenttia vahvistetusta korvaustaksasta kaikista lääkäripalkkioista.¹⁰⁸

Sairausvakuutuslain 60 §:ään valiokunta liitti säännöksen, jonka mukaan sairauksien ehkäisyyn ja vakuutettujen kuntoutukseen tuli käyttää vuosittain kaksi prosenttia sairausvakuutusmaksuina kertyneestä määrästä. Muutos merkitsi kuntoutustoiminnan liittämistä sairausvakuutuksen yhteyteen. Lisäksi lain 61 §:ään valiokunta ehdotti muutosta, joka perustui perustuslakivaliokunnan lausunnossa oleviin näkemyksiin.¹⁰⁹ Perustuslakivaliokunta oli todennut, ettei ehdotuksen mukainen sairausvakuutustoiminta ollut vakuutustoimintaa sanan oikeudellisessa mielessä eivätkä sairausvakuutusmaksut olleet hallitusmuodon 62 §:ssä tarkoitettuja maksuja, vaan sekä vakuutetun että työnantajan suoritettava sairausvakuutusmaksu oli katsottava valtiolle maksettavaksi pakolliseksi rahasuorituksiksi. Ne ovat siis ulkonaisesti veron muotoisia ja niiden käyttötarkoitus, eli määrätyn toimeentulominimin turvaaminen kansalaisille, jotka ovat sairauden vuoksi estyneet sitä itse hankkimaan, oli sellainen, johon verovaroja voitiin käyttää. Veron luonnetta ei perustuslakivaliokunnan mielestä poistanut sekään, että maksujen tuotto meni tulo- ja menoarvion ulkopuolella olevaan rahastoon. Perustuslakivaliokunta katsoi, että ehdotus sairausvakuutuslaiksi oli verolaki ja se tuli käsitellä valtiopäiväjärjestyksen 68 §:n verolakia koskevassa järjestyksessä.¹¹⁰

Loppujen lopuksi virastolinja voitti sairausvakuutuksen tullessa Kansaneläkelaitoksen hoidettavaksi. Samalla kuitenkin myös työpaikkakassojen toimintaedellytykset turvattiin.

Ks. myös Niemelä 1994 s. 148: Kansaneläkelaitos vaikutti V. J. Sukselaisen mukaan siihen, että hallitus siirtyi sairausvakuutusesitystä tehdessään kassalinjalta virastolinjalle.

Ks. myös kassalinjan ja virastolinjan välisestä kilpailusta Haatanen, Suonoja 1992, s. 469–472 ja Niemelä 2004 s. 108–111. Ministeri Kyllikki Pohjalan vaikutus virastolinjan voittoon oli keskeinen.

¹⁰⁷ Sosiaalivaliokunnan mietintö N:o 1, 1963 Valtiopäivät Hallituksen esityksen johdosta sairausvakuutuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

¹⁰⁸ Sosiaalivaliokunnan mietintö, s. 6.

¹⁰⁹ Eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunto n:o 1 19. päivänä maaliskuuta 1963.

¹¹⁰ Perustuslakivaliokunnan lausunto selvensi sairausvakuutuksen asemaa yhtenä osana sosiaaliturvaa, mutta vähensi samalla järjestelmän vakuutusnäkökohtia. Kansalaisen kannalta sairausvakuutus kuitenkin näyttäytyy vakuutuksena, koska se suojaaa riskien varalta ja perustuu vakuutuksesta maksettavaan maksuun. Valtiontaloudessa sairausvakuutusmenoja kuitenkin käsitellään sosiaalimenoina.

Sosiaalivaliokunta esitti myös muutosta lain voimaantuloon. Pääosin laki tulisi voimaan vuonna 1964, mutta lääkäripalkkioiden korvaaminen alkaisi vasta 1.1.1967. Eduskunnan täysistuntokäsittelyssä valiokunnan esittämät muutokset hyväksyttiin eikä lakiin tullut enää muita muutoksia.¹¹¹ Sairausvakuutuslaki hyväksyttiin eduskunnassa lopullisesti 21.5.1963. Tasavallan presidentti vahvisti lain 4.7.1963, jolloin laki astui maksujen osalta voimaan 1.4.1964 ja muiden etuuksien paitsi lääkäripalkkioiden osalta 1.9.1964. Lääkäripalkkioiden korvaaminen alkoi 1.1.1967.

3.8. Sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpano ja rahoituksen muutos, kritiikkiä ja tulkintoja uudesta järjestelmästä sekä vaikuttavuuden arviointia

3.8.1. Järjestelmän toimeenpano

Virastolinjan voittaessa kiistan sairausvakuutuksen toimeenpanijasta merkitsi ratkaisu Kansaneläkelaitoksen toiminnassa huomattavaa muutosta. Henkilökunnan määrä nousi lyhyessä ajassa yli kaksinkertaiseksi lyhyessä ajassa ja toimeenpano merkitsi myös rakenteellisia muutoksia. Lain mukaan Kansaneläkelaitoksen tehtävänä oli johtaa ja valvoa sairausvakuutuslain noudattamista ja toteuttamista, antaa ohjeet korvauksen hakemisesta sekä asioiden käsittelystä. Lisäksi laitoksen tuli suorittaa tutkimusta sairausvakuutuslakiin liittyvissä kysymyksissä sekä tehdä ehdotuksia sairausvakuutuksen kehittämiseksi. Lain toimeenpanemiseksi Kelan pääkonttoriin perustettiin syksyllä 1963 erityinen sairausvakuutusosasto ja Suomi jaettiin viiteen sairausvakuutusalueeseen ja 205 sairausvakuutuspiiriin, joihin kuului aina yksi tai useampia kuntia. Jokaiseen sairausvakuutuspiiriin oli perustettava sairausvakuutustoimisto ja sairausvakuutustoimikunta. Etuudet myönsi tapauksen mukaan sairausvakuutustoimikunta, sairausvakuutustoimiston johtaja tai yksittäinen toimihenkilö. Organisaation rakentaminen vei aikaa ja lyhyessä ajassa jouduttiin laitoksessa sekä rekrytoimaan että kouluttamaan tehtäviinsä lähes 1500 uutta toimihenkilöä. Toimeenpano merkitsi myös Kelan atk-järjestelmän kehittämistä.¹¹²

¹¹¹ Kaikkein eniten eduskuntakäsittelyssä herätti keskustelua järjestelmän hallintoa kassalinja/virastolinja. Puolueiden kannat vaihtuivat käsittelyn aikana. Ks. eri puolueiden näkemyksistä hallintoasiaan, Hellsten 1993 s. 352–354. Ks. myös Kangas 1991 s. 146–147.

¹¹² Ks. Sairausvakuutuksen toimeenpanosta Häggman 1997 s. 146–160.

Järjestelmän toimeenpanon edellytyksenä oli se, että rahoituspohja oli kunnossa. Sairausvakuutuksen rahoitus oli uutta lakia valmisteltaessa perusteellisesti harkittu. Monta komiteaa oli pohtinut uuden järjestelmän rahoittamista ja tehnyt laskelmia eri osapuolten oikeudenmukaisista kustannusosuuksista. Tästä huolimatta lain voimaan tultua jouduttiin toteamaan, että rahoituspohjaa oli muutettava. Rahoituksen uudelleen arviointi käynnistyi samana vuonna kuin lääkäripalkkioita alettiin korvata eli vuonna 1967. Tuolloin julkisti mietintönsä Sairausvakuutusrahastotoimikunta¹¹³, jonka tehtävänä oli tutkia, millä tavoin sairausvakuutusrahaston maksuvalmius olisi turvattava ja millä tavoin valtion osuus sairausvakuutuksen kustannuksista määrättävä ja tehdä asiasta tarpeelliset ehdotukset.

Toimikunta ehdotti sairausvakuutusrahaston maksuvalmiuden parantamiseksi säännöstä, jonka mukaan silloin, kun rahaston varat eivät riitä sairausvakuutuksen menoihin, tulee puuttuva osa suorittaa valtion varoista takuusuorituksena. Säännös tuli sittemmin hallituksen esityksenä sairausvakuutuslakiin (59 §) ja muutos merkitsi huomattavaa muutosta alun perin suunniteltuun rahoituspohjaan. Vain kolme vuotta lain voimaan tulon jälkeen valtion osuus järjestelmän rahoituksesta ei ollut enää neljäsosa kaikista kustannuksista, vaan valtion osuuden suuruus tuli määräytyä kerättyjen sairausvakuutusmaksujen määrästä ja maksetuista korvauksista. Muutos vähensi sairausvakuutuksen vakuutusluonnetta ja siirsi sitä enemmän osaksi valtion hoidossa olevaa sosiaaliturvaa. Tämän sosiaaliturvan rahoituksesta valtio myös viime kädessä vastaa. Muutos merkitsi myös sitä, että vakuutuksesta saatujen etuuksien suuruus tuli aiempaa enemmän riippuvaiseksi kunkin ajankohdan taloudellisista suhdanteista ja valtiontalouden tilasta. Uudessa järjestelmässä sairausvakuutusetuuksia saatettiin karsia ja supistaa, jos valtion menot järjestelmän rahoituksen takaajana uhkasivat kasvaa liian suureksi. Ajankohtaiseksi tällaiset toimet tulivat erityisesti taloudellisen laskusuhdanteen aikana, jolloin valtion verotulot pienenevät. Asia konkretisoitui 1990-luvun laman yhteydessä, jolloin sairausvakuutusetuuksia supistettiin

3.8.2. *Sairausvakuutusjärjestelmän kritiikistä ja tulkinnoista*

Sairausvakuutusjärjestelmän voimaan tulo ei toteutunut ilman kritiikkiä, vaikka kysymyksessä olikin pitkään valmisteilla ollut uudistus. Arvostelun kärki kohdistui

¹¹³ Sairausvakuutusrahastotoimikunnan mietintö, Komiteamietintö 1967: B 49.

vakuutuksen hoidon korvaavuutta koskevaan osaan ja erityisesti siihen, että myös yksityisiä lääkäripalveluja korvattiin. Esimerkkinä tästä kritiikistä mainittakoon kansanedustaja Osmo Kaipaisen vuonna 1969 esittämä arvostelu, joka on sikäli merkittävää, että Kaipainen oli koulutukseltaan lääkäri. Kaipaisen mukaan kunnallislääkärijärjestelmä takasi sen, että yleislääkäritasoisien hoidon valtaosa oli ainakin jonkinlaisen kontrollin alainen, vaikka toimintaan liittyi bisnespiirteitä niin kuin toimenpidepalkkiojärjestelmään aina voi liittyä. Tilanne yleislääkäreiden osalta oli potilaita ajatellen kuitenkin paljon edullisempi kuin erikoislääkäritasoisessa hoidossa. Erikoislääkäritasoinen hoito oli Kaipaisen mukaan jätetty, sairaaloiden poliklinikoita lukuun ottamatta, kokonaan yksityisten hoitamaksi ja samalla vapaan markkinatalouden säättämän voitontavoittelun varaan.

Erityisen voimakkaasti vapaa markkinatalous oli Kaipaisen mukaan edennyt sairausvakuutuksen voimaantumisen jälkeen. Uusia lääkäriasemia, laboratorioita, röntgenlaitoksia ja fysikaalisen hoidon laitoksia oli syntynyt melkein kuin sieniä sateella. Kehitys oli täyttänyt aukon, joka kieltämättä on ollut olemassa, mutta yhteiskunnan myöhästymisen oli valitettavaa, sillä koko alue oli jäänyt yhteiskunnan kontrollin ulkopuolelle. Lääkäriasemia oli perustettu taloudellisen voitontavoittelun ansiosta lähinnä asutuskeskuksiin, missä oli varmaa tuloa tuottavaa kysyntää. Etenkin sairaalapaikkakunnille oli noussut suuria hoitokeskuksia. Kaipaisen mukaan aina ei voitu välttyä ajatukselta, että sairaaloiden poliklinikkatoimintaa oli näillä paikkakunnilla pyritty supistamaan, jotta taattaisiin riittävä potilasmäärä yksityiselle, samojen sairaalalääkäreiden omistamille asemille.

Kaipaisen mukaan yksityinen liiketoiminta ei voinut taata kaikille kansalaisille tasavertaisia palveluksen saantimahdollisuuksia eikä mikään sairausvakuutus voinut pysyä mukana yksityislaitosten hinnankorotuksissa. Korkeiden hintojen takia köyhin kansanosaa ei voinut käyttää laitosten tarjoamia palveluksia.¹¹⁴

Kaipaisen esittämä huoli yksityisen lääkäriasematoiminnan lisääntymisestä sairausvakuutuksen tultua voimaa heijastaa niitä näkemyksiä, jotka johtivat kansanterveyslain säätämiseen pian sairausvakuutuksen voimaan tulon jälkeen ja johtivat kansanterveyslain tultua voimaan kansanterveysinstituutioon, jonka taholta alettiin aikaa myöden esittää yhä terävämpää arvostelua kaksikanavaisen

¹¹⁴ Ks. Osmo Kaipainen: ”Kansa kaikki kärsinyt”, Hämeenlinna 1969, s. 30–34.

rahoitusjärjestelmän toista osapuolta, sairaanhoitovakuutusta kohtaan. Näiden näkemysten perusajatus oli, että ”terveydenhuolto ei saanut olla bisnestä” ja tasa-arvon saavuttamiseksi kansalaisille tuli tarjota terveystalvet ilmaiseksi. Ilmainen terveydenhuolto ei ollut sopuoinnussa sairausvakuutuksen osakorvauksen periaatteiden kanssa, joten kansanterveysjärjestelmä ja sairaanhoitovakuutusjärjestelmä sopivat huonosti yhteen.

Samanaikaisesti sairausvakuutusjärjestelmän kehittämisen kanssa olivat siis alkanet versoa aivan uudentyyppiset ajatukset, jotka korostivat tasa-arvoa ja saatavuutta terveystalvetuissa. Nämä uudet ajatukset eivät olleet täysin sopuoinnussa siihen asti esillä olevien näkemysten kanssa, jossa pääpaino oli asetettu palvelujen riittävyydelle ja sairaudesta aiheutuvien kustannusten kohtuullisuudelle. 1960-luku oli epäilemättä käännekohta Suomen terveydenhuollon kehityksessä, joskin terveystalvetujen tasa-arvon ja maksuttomuuden ajatus konkretisoitui vasta seuraavalla vuosikymmenellä kansanterveyslain säätämisen myötä. Edellisellä 1960-luvulla uusi ja vanha ajattelu törmäsivät toisiinsa periaatetasolla ja tästä yhtenä esimerkkinä voidaan pitää Osmo Kaipaisen esittämää sairausvakuutuksen kritiikkiä.

Myös suuri osa lääkärikuntaa ja apteekkarit suhtautuivat kielteisesti sairausvakuutusjärjestelmään. Mielipiteet alkoivat kuitenkin vähitellen muuttua osin ehkä sen vuoksi, että asiakkaat olivat tyytyväisiä saadessaan osan sairautensa kustannuksista korvauksena vakuutuksesta.¹¹⁵

Sairausvakuutuslain voimaantulovaiheessa alkoi ilmestyä julkaisuja uuden lain soveltamisesta. Ensimmäiseksi ilmestyi Kansaneläkelaitoksen oikeudellisen toimiston päällikön, myöhemmin Kelan pääjohtajan *Jaakko Pajulan* artikkeli vuonna 1963.¹¹⁶ Pajula oli ollut keskeisesti mukana lain valmistelussa ja näin ollen hänen kannanottonsa painoivat myös lakia toimeenpantaessa. Artikkelissaan Pajula käsittelee lain soveltamisalaa todeten sen universaalisen luoneen. Uuden lain mukaan jokainen Suomessa asuva henkilö on vakuutettu sairauden varalta.¹¹⁷ Suomeen omaksuttu sairausvakuutusjärjestelmä noudatti pohjoismaisen hyvinvointivaltion sosiaalietuuksien

¹¹⁵ Ks. Häggman 1997 s. 154–155. Television kotilääkäriohjelmassa suosittu Kalle Österlund käsitteli ohjelmissaan sairausvakuutusuudistusta sekä suopeasti että perinpohjaisesti, mikä saattoi vaikuttaa asenteisiin myös lääkärikunnassa.

¹¹⁶ Jaakko Pajula: ”Sairausvakuutuslaki”, *Sosiaalivakuutus-lehti* 2–3, 1963 (Pajula 1963).

¹¹⁷ Pajula 1963, s. 5.

universaalisen soveltamisen linjaa.¹¹⁸ Sairausvakuutusta säädettäessä jouduttiin tekemään valinta universaalisuuden, tarveharkinnan ja työperusteisuuden välillä. Pajula toteaa, että vielä 1950-alussa suunniteltiin Suomeen vain työperusteista sairausvakuutusta ja monet aiemmat sairausvakuutusmallit rakentuivat palkkatyöhön ollen siten perusratkaisultaan ”bismarckilaisia”. Pajula kiinnittää huomiota Suomenkin mallin universaalisuuden rajoituksiin, sillä hyväksytty laki oli vain sairaanhoitovakuutuksen, eli sairaanhoidon kustannusten korvaamisen ja äitiysvakuutuksen osalta universaalinen. Sen sijaan työtulovakuutuksen henkilöpiiri oli suppeampi, sillä se koski vain työikäisiä, eli 16–64-vuotiaita henkilöitä.

Pajulan totesi lakiin sisältyvän kolme vakuutusmuotoa: 1) sairaanhoitovakuutus, 2) työtulo- eli päivärahavakuutus ja 3) äitiysvakuutus. Sairanhoitovakuutus käsitti vakuutetun sairaudesta aiheutuneiden kustannusten korvaamisen, työtulovakuutus sairauden aiheuttamien työtulomenetysten korvaamisen ja äitiysvakuutus raskaudesta ja synnytyksestä johtuvien kustannusten ja työtulojen menetysten korvaamisen.

Pajula käsittelee artikkelissaan myös niitä syitä, miksi korvausta ei päätetty suorittaa sairaalamaksuista. Jätettäessä sairaalamaksujen korvaaminen pois sairausvakuutuksesta pyrittiin siihen, ettei sairaalassa sairastaminen muodostuisi taloudellisesti olennaisesti kotona sairastamista edullisemmaksi. Tämä olisi lisännyt painetta sairaaloihin ja vaikeuttanut muutoinkin tiukkaa sairaalapaikkatilannetta. Pajulan mukaan laissa omaksuttu avohoitoa suosiva linja ainakin jossain määrin vähensi sairaaloihin kohdistuvaa painetta.¹¹⁹

3.8.3. Sairausvakuutuksen vaikutusten arviointia

Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisella pyrittiin lisäämään palvelujen käyttämistä, helpottamaan hoitoon pääsyä vähentämällä vakuutettujen kustannuksia sekä vähentämään sairastavuutta. Näiden tavoitteiden toteutumista alettiinkin heti lain voimaan tulon jälkeen seurata ja samalla selvitettiin terveydenhuollon resurssien riittävyttä järjestelmän toteuttamiseksi. Vuonna 1964 ilmestyi ylilääkäri Yrjö

¹¹⁸ Pajula 1963, s. 6.

¹¹⁹ Pajula 1963, s. 4.

Hongiston artikkeli sairaanhoitolaitosten tilasta sairausvakuutuslain voimaantullessa.¹²⁰ Hongisto kuvasi artikkelissaan keskussairaaloiden ja aluesairaaloiden sijaintia ja määrää sekä kiinnitti huomiota erityisesti keskussairaaloiden poliklinikoihin. Hän korosti, että sairaalan poliklinikalla oli tarkoituksenmukaista järjestää tutkimukset ja hoito vain niille potilaille, joiden sairauden laatu edellytti nimenomaan keskussairaalassa olevia tutkimus- ja hoitomahdollisuuksia.¹²¹ Keskussairaaloiden poliklinikat olivat ns. lähete-poliklinikoita, joihin otettavilta vaadittiin, että kunnan- tai muu lääkäri oli suorittamassaan tutkimuksessa todennut keskussairaalan apua tarvittavan. Sairausvakuutuksen perusteella myönnettävät korvaukset, joissa omavastuurajaa määrättäessä oli otettu huomioon mm. keskussairaalan poliklinikkamaksut, tulivat artikkelin mukaan vaikuttamaan siihen, ettei taloudellisista syistä enää tarvinnut hakeutua näille poliklinikoille niiden hoidosta perittävän alhaisen maksun vuoksi. Keskussairaalan poliklinikka ei ollut myöskään tarkoitettu korvaamaan ko. paikkakunnan lääkäripäivystystä. Sairausvakuutuskorvaukset tulivat ohjaamaan potilasvirrat oikeaan hoitopaikkaan.

Vuonna 1971 julkaistiin Markku Rynäsen kirjoittama artikkeli sairausvakuutuskorvauksia saaneiden jakaumista vuonna 1969.¹²² Sairausvakuutuskorvauksia oli vuonna 1969 saanut kaikkiaan lähes 2,5 miljoonaa vakuutettua, eli noin 52 % kaikista vakuutetuista. Korvauksia saaneista oli naisia vajaat 1.5 milj. eli 58 %, mikä oli osaltaan äitiysrahojen ansiota. Sairausvakuutus kosketti siis viiden vuoden voimassaolon jälkeen yli puolta väestöstä.

Vuosina 1967–1971 ilmestyivät Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen selvitykset sairausvakuutuksen vaikutuksesta sairastavuuteen ja terveystalouden käyttöön. Ensimmäisenä valmistui vuonna 1967 tutkimus ”Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta”. Nimensä mukaisesti tutkimus keskittyi aikaan ennen sairausvakuutuksen voimaan tuloa, jotta voitiin selvittää, miten tilanne muuttui sairausvakuutuksen tultua voimaan. Tätä seurasikin vuonna 1969 valmistunut seuraava tutkimus ”Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät”. Viimeisenä vuonna 1971 valmistui sitten sairausvakuutuksen vaikuttavuuteen

¹²⁰ Ylilääkäri Yrjö Hongisto: ”Sairaanhoitolaitoksemme sairausvakuutuksen voimaantullessa”, *Maalaiskunta* 1964:5 (Hongisto 1964).

¹²¹ Hongisto 1964, s. 202.

¹²² Markku Rynänen: ”Sairausvakuutuskorvauksia ja päivärahaa saaneita koskevia jakautumia v. 1969”, *Sosiaalivakuutus 1/1971* (Rynänen 1971).

ja vaikutuksiin keskittynyt tutkimus ”Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö”.

Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen tutkimustulokset osoittivat, että sairausvakuutuksen maksamien hoitokorvausten ansiosta yksityistalouksien nettomääräiset sairaanhoitomenot jäivät palvelusten käytön lisäyksestä ja hintojen noususta huolimatta vuonna 1968 kokonaismäärältään pienemmiksi kuin ne olivat ennen korvausten maksamista vuonna 1964. Sairausvakuutuksella oli voitu alentaa perheiden avosairaanhoidon menojen määrää. Tapahtunut kehitys tuli vielä yksityiskohtaisemmin esiin haastatteluaineistoon perustuvassa perheiden sairaanhoitomenojen tarkastelussa.

Tutkimusten tuloksena saatiin vuosina 1964 ja 1968 tapahtuneiden tuloluokittaisten muutosten yleiskuva lääkäripalvelusten käytössä. Lähes puolella huoltoavun varaan joutuneista avun tarpeen aiheutti sairaus vuonna 1964. Sairausvakuutuksen voimaan tulon jälkeen avohoidon lääkärikäynnit olivat lisääntyneet eniten maalaiskunnissa ja Pohjois-Suomessa asuvien keskuudessa. Maalaiskunnissa lääkäripalvelusten käyttö oli lisääntynyt ennen muuta naisilla, kaupungeissa sen sijaan miehillä. Kaikilla sairausvakuutusalueilla hoitamatta jäämisen riski oli maalaiskunnissa selvästi suurempi kuin kaupungeissa ja kauppaloissa. tähän hoitamatta jäämiseen todettiin suurin ja merkitsevin syy (45 %) olleen varojen puute. Tutkimuksen mukaan sairausvakuutus vaikutti lääkintäpalvelusten käyttöön, sillä kaikissa sairauspäivärahaluokissa avohoidon lääkärikäyntien luku väheni tulojen alentuessa, asuinpaikan syrjäisyyden kasvaessa ja paikkakunnan lääkäritiheyden alentuessa.

Tutkijat totesivat, että sairausvakuutus oli tehnyt hoidon aiempaa halvemmaksi, mutta ei ollut kokonaan poistanut eniten sairastaneiden ja pienituloisimpien hoidon saamiseen liittyviä taloudellisia vaikeuksia. Koettu sairastavuus osoittautui tärkeimmäksi lääkintäpalvelusten vaihtelua selittäväksi tekijäksi. Asuinpaikan maaseutumaisuus, palvelusten etäisyys, perheen suuruus ja tulojen pienuus olivat yhteydessä palvelusten vähäiseen käyttöön. Sairausvakuutuksen muodossa tapahtunut lääkäripalvelusten käyttöedellytysten lisäys tuli vaikuttamaan hyvinkin tehokkaasti eniten sairastaneiden ryhmiin, joilla taloudelliset edellytykset olivat eniten rajoittaneet palvelusten käyttöä. Koko väestössä kovin huomattavaa palvelusten käytön lisäystä ei kuitenkaan havaittu. Eniten sairastaneita ja suurimpiin kustannuksiin joutuneita perheitä sairausvakuutus ei ollut riittävästi suojannut hoidon saantiin liittyviltä taloudellisilta vaikeuksilta.

Lääkäripalvelusten käyttö maaseudun miesten keskuudessa (vanhastaan huomattava palvelusten alikuluttajaryhmä maassamme) ei ollut lisääntynyt samassa suhteessa kuin oli tapahtunut maaseudun naisten ja kaupunkien miesten kohdalla.¹²³ Hoidon aiheuttaman taloudellisen rasituksen ongelma oli erityisen olennainen lääkehoidon osalta, sillä lääkekustannukset muodostivat perheiden sairauskuluista yli puolet, alemmissa tuloluokissa yleensä suuremman osan kuin ylemmissä. Tutkijat totesivat, että lääkekustannusten korvaustasoa nostamalla olisi ilmeisesti helpommin saavutettavissa taloudellisen rasituksen keventämisen tavoite. Toisen tutkimusvaiheen jälkeen ilmaisilääkkeisiin oikeuttavien tautien lukua lisättiinkin tuntuvasti.

Myöhemmin vuonna 1982 ilmestyi uusi tutkimus, jossa haastattelutietoja hyväksi käyttäen seurattiin terveyspalvelujen käyttöä vuoteen 1976 saakka. Saadut vastaukset vaihtelivat vastaajan asuinpaikan mukaan. Tulokset osoittivat, että väestöryhmien väliset erot tarpeisiin suhteutetussa terveyspalvelusten käytössä olivat vuonna 1976 pienentyneet verrattuna aiemmin tutkimuksen kohteena olleeseen tilanteeseen vuosina 1964 ja 1968. Palvelusten käyttö oli yleisesti ottaen kasvanut ja painottunut avohoitopalveluihin. Avohoitopalvelusten hintojen alentamiseen ja tarjonnan lisäämiseen tähdännyt terveyspolitiikka oli siis pääpiirteissään tuottanut terveyspolitiikan hoitotavoitteen kannalta myönteisiä tuloksia.¹²⁴

Vuonna 1984 Kansaneläkelaitoksen tutkija Kauko Nyman kirjoitti Sosiaalivakuutuslehteen kokoavan artikkelin sairausvakuutuksesta tehdyistä tutkimuksista.¹²⁵ Hän totesi, että Kelassa oli haastattelututkimuksin kerätty terveydenhuollon tavoitteellisessa kehittämisessä tarvittavia tietoja. Tutkimusten kohteena olivat terveyspalvelusten käyttö suhteessa sairastavuuteen, palvelusten käyttöön vaikuttavat sosiaaliset tekijät sekä perheiden sairauskulut sekä niiden taloudellinen merkitys eri väestöryhmien kohdalla. Haastattelututkimus sijoittuivat vuosiin 1964, 1967 ja 1976. Viimeisessä tutkimuksessa voitiin seurata myös kansanterveyslain voimaantulon jälkeen tapahtunutta kehitystä. Jokaista tutkimuskertaa varten tarvitut tiedot kerättiin siten, että kuntien terveydenhoitajat haastattelivat noin 7 000 perhettä ja niiden noin 25 000

¹²³ Ks. Sairausvakuutusta koskevan tutkimuksen tiivistelmä, Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja E: 52/1971.

¹²⁴ Esko Kalimo, Kauko Nyman, Timo Klaukka, Hannu Tuomikoski ja Eero Savolainen: ”Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976, Helsinki 1982.

¹²⁵ Kauko Nyman: ”Sairausvakuutus ja terveydenhoito tutkimuksen valossa”, Sosiaalivakuutus nro 8/1984.

perheenjäsentä. Tutkimusmenetelmä ja käytetty haastattelulomake säilytettiin pääosiltaan muuttumattomana tutkimuskerrasta toiseen.

Nyman totesi, että tutkimuksen kahden ensimmäisen vaiheen tulosten perusteella kävi ilmeiseksi, että kustannusten tasaus sairaanhoitovakuutuksen keinoin ei yksinään voinut ratkaista kaikkia niitä sosiaalipoliittisia pulmia, jotka liittyivät noudatettavaan terveyspolitiikkaan. Erityisesti terveyspalvelujen tarjonnassa esiintyvien alueittaisten erojen poistamisessa sairausvakuutus osoittautui riittämättömäksi. Niinpä terveyspalveluissa sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisen jälkeen vielä esiintyneiden puutteiden korjaamiseksi säädettiin kansanterveyslaki vuonna 1972. Lain yhtenä tavoitteena oli luoda suunnittelujärjestelmä, jolla pystyttiin ohjaamaan voimavaroja sinne, missä terveyspalveluja oli vähiten ja sairastavuus suurinta.

Kolmannessa haastatteluvaiheessa keväällä 1976 pyrittiin arvioimaan sairausvakuutusjärjestelmän pidempiaikaisia ja vuonna 1972 säädetyin kansanterveyslain välittömiä vaikutuksia suomalaisten terveysturvaan. Tulokset osoittivat, että vuosien 1968 ja 1976 välillä avohoitopalvelusten tarjontaa oli lisätty. Tämä lisäpanostus mahdollisti palvelusten käytön merkittävän kasvun ajanjakson aikana. Kahdeksassa vuodessa lääkäriissäkäyntien määrä henkilöä kohti oli lisääntynyt 43 prosentilla. Samanaikaisesti käytössä olleiden reseptilääkkeiden luku henkilöä kohti oli kasvanut 40 prosentilla, mihin vaikuttivat sairausvakuutuksen myötä tullut lääkekustannusten korvaaminen. Vastaavasti kahdeksan vuoden aikana sairaalahoito oli vähentynyt niissä kunnissa ja väestöryhmissä, joilla hoitomahdollisuudet olivat parhaimmat. Kaupungeissa asuneet käyttivät kuitenkin vuonna 1976 lääkärin palveluksia enemmän kuin maalaiskunnissa asuneet. Uusien järjestelmien vaikutus näkyi siinä, että terveyspalvelusten käyttö oli lisääntynyt eniten alimmissa tuloluokissa, vaikka sairastavuus huomioon ottaen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat aikuiset käyttivätkin vielä vuonna 1976 keskimääräistä vähemmän lääkärinpalveluksia. Kaukana lääkäreistä asuva maatalousväestö ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat todettiin vuonna 1976 olleen edelleen terveyspalvelusten käytön riskiryhmä.

Johtopäätöksensä tehdyistä tutkimuksista Nyman totesi, että oli aiheellista jatkaa terveyspolitiikkaa, jolla pyrittiin vähentämään asuinpaikan, tulojen ja muiden sosiaalisten tekijöiden vaikutusta terveyspalvelujen käyttöön. Tällä tavoin hoitotavoitteet voitiin saavuttaa kaikissa väestöryhmissä.

4. KANSANTERVEYSJÄRJESTELMÄN TOTEUTTAMINEN

4.1. Kansanterveyslain säätämisen taustaa

Julkiset terveyspalvelut tulivat sodan jälkeen yhä tärkeämmäksi hyvinvoinnin osatekijäksi. Sota selvästikin merkitsi Suomessa kriittistä käännekohtaa, jossa päättäjien suhtautumisen hyvinvointipalveluihin ja erityisesti terveyspalveluihin muuttui olennaisesti. Aiempi penseä suhtautuminen terveyspalvelujen kehittämiseen muuttui ja Suomi haluttiin nyt saada muun Euroopan tasolla terveyspalvelujen määrässä ja laadussa. Sodan jälkeen terveyspalvelujen kehittäminen sai lisääntyvää poliittista huomiota, mutta sodan aiheuttamat taloudelliset vaikeudet asettivat kehittämiselle rajat. Taloudellisista reunaehdoista huolimatta puolueet ottivat terveyspalvelujen kehittämisen sodan jälkeen vaaliohjelmiinsa ja vaalikeskusteluissa terveyteen liittyvät ongelmat saivat huomattavan sijan. Tämän myötä myös terveysasioista vastaavat virkamiehet ja ministeriöt saivat enemmän huomiota kuin sotaa edeltävänä aikana. Yhtenä osoituksena tästä muuttuneesta asemasta voidaan mainita se, että vuonna 1968 sosiaaliministeriön hallinnonala laajennettiin koskemaan myös terveydenhuoltoa. Tämän muutoksen jälkeen sama ministeriö oli vastuussa sekä sosiaalihuollon että terveyspalvelujen kehittämisestä ja seurauksena oli terveydenhuoltoon liittyvän lainsäädännön valmistelun tehostuminen samalla kuin terveydenhuoltomenot suhteessa bruttokansantuotteeseen kasvoivat. Terveysmenojen kasvuvauhti oli 1960-luvulla kaksinkertainen bruttokansantuotteen kasvuun verrattuna ja reaalisesti nousua tapahtui keskimäärin 8 prosenttia vuodessa. Taloudelliset näkökulmat yhä enemmän vaikuttaa terveyspalvelujen kehitykseen, mistä yhtenä osoituksena oli se, että sairaalapalvelut ja hammashuolto jätettiin sairausvakuutusjärjestelmän ulkopuolelle. Talouden aiheuttamat rajoitukset tulivat esiin myös kehitettäessä avohuollon palveluita 1970-luvulla kansanterveyslakia säädettäessä.

Edellä on todettu, että terveydenhuollon palvelujen kehittämisen pääpaino oli 1960-luvulle saakka sairaalaverkon luomisessa. Avohuollon kehittäminen oli jäänyt vähemmälle, joskin sairausvakuutusjärjestelmän toivottiin lisäävän avohuollon lääkäripalvelujen käyttöä. Lääkäripalkkioiden korvaaminen sairausvakuutuksesta kuitenkin ollut ratkaiseva muutos, kuten tutkimukset sairausvakuutuksen vaikutuksesta

palvelujen käyttöön osoittivat. Lääkäripalvelujen käyttö ei lisääntynyt odotetulla tavalla eikä kansanterveys vieläkään ollut tyydyttävällä tasolla huolimatta parannuksista. Erityistä huolta aiheuttivat Itä- ja Pohjois-Suomen kuolleisuus- ja sairastavuusluvut, jotka olivat selvästi maan keskiarvoa korkeammat. Näillä alueilla suuri osa alkavista sairauksista myös kroonistui tai johti jopa kuolemaan. Huonoa terveystilannetta kuvasi myös se, että Suomessa oli yli miljoona pitkäaikaissairasta, eli lähes joka neljäs suomalainen oli pitkäaikaissairas. Työkyvyttömyyseläkkeellä oli kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuri osa työkäisestä väestöstä.¹²⁶

Koska sairaalaverkon luominen ja sairausvakuutusjärjestelmä eivät yksin riittäneet kohentamaan kansanterveyden tilaa, nähtiin kansanterveyden parantamiseksi välttämättömäksi kehittää myös avohuollon palveluja. Terveystilannetta parantamiseksi rakenteelliseksi vinoutumaksi nähtiinkin juuri perushoidon palvelujen puutteellisuus ja vähyys, jonka poistamiseksi tarvittiin suunnitelmallista ja keskittynyttä terveyspolitiikkaa. 1960-luvulle tultaessa katsottiin oikein harjoitetulla terveyspolitiikalla voitavan ohjata sekä perus- että erikoispalveluiden voimavaroja suunnitelmallisesti ja toimintaa voitiin kehittää valtakunnallisesti päätettyjen prioriteettien pohjalta ja korjata perushoidossa olevia palvelujen puutteita.¹²⁷

Peruspalveluissa suurin ongelma oli lääkäreiden puute. Kunnanlääkäreiden muita hankalimmat työolosuhteet aiheuttivat sen, että varsinkaan syrjäseudulle ei hakeutunut riittävästi lääkäreitä¹²⁸. Osin puute johtui myös palkkauksesta, sillä kunnanlääkäreiden palkasta vain pieni osa kuului valtionavun piiriin. Kunta maksoi vain peruspalkan ja muu tulo oli kunnanlääkärin perittävä suoraan potilailta. Tämän seurauksena avosairaanhoidon potilas joutui maksamaan hoidostaan huomattavasti enemmän kuin sairaalassa ennen kuin lääkärinpalkkioita alettiin korvata sairausvakuutuksesta (1.1.1967). Maksuja välttääkseen potilaita hakeutui sairaaloiden poliklinikoille niissäkin tapauksissa, joissa heidät olisi voitu tutkia ja hoitaa avosairaanhoidon piirissä.

¹²⁶ Ks. Haatanen, Suonoja 1992, s. 518.

¹²⁷ 1960-luvulta alkoi julkisessa hallinnossa suunnittelun ja ohjauksen aikakausi. Tuolloin lähdettiin ajattelussa siitä, että pitkäjänteisellä suunnittelulla ja toimintaohjelmilla voitiin asioita kehittää tehokkaimmin. Tämä ajanjakso päättyi vuonna 1992, jolloin säädettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksista. Valtionosuusuudistuksen jälkeen päätösvalta siirtyi kuntatasolle ja ministeriön ohjausvalta muuttui suositusluonteiseksi. Muutos heikensi keskitettyjen suunnitelmien ja toimenpideohjelmien käytännön merkitystä. Ks. 1970–1980-luvun suunnittelujärgattelu: Tuori 1985.

¹²⁸ Sama ongelma on terveyskeskuslääkäreiden kohdalla vielä nykyäänkin. Ks. Suomen Kuvalehti 1/2004, s. 24–29 oleva artikkeli ”Joka kolmas lähtee”. Artikkelin mukaan joka kolmas terveyskeskuslääkäri harkitsi työpaikan vaihtoa. Suuri osa valitti, että työ oli pakkotahtista ja henkisesti raskasta ja myös resursseista oli pulaa.

Perusterveydenhoitoa kehittämällä pyrittiinkin hillitsemään sairaalakustannusten lisääntymistä. Kehittämistyö vaati myös uutta lainsäädäntöä, koska aiemmat kansanterveystyötä koskevat säännökset eivät enää vastanneet uusia ajan vaatimuksia. Lisäksi vanhat säännökset eivät muodostaneet riittävän yhtenäistä järjestelmää, jonka puitteissa kansanterveystyön kokonaisvaltaista suunnittelua olisi voitu toteuttaa.¹²⁹

4.2. Pekka Kuusi kehityksen vauhdittajana

1960-luvulle tultaessa tärkeä terveys- ja sosiaalipolitiikan kehittämiseen vaikuttanut tekijä oli vuonna 1962 ilmestynyt Pekka Kuusen teos ”60-luvun sosiaalipolitiikka”.¹³⁰ Kirjan ilmestymistä ja sitä seurannutta keskustelua on epäilemättä pidettävä seuraavana kriittisenä käännekohtana Suomen sosiaali- ja terveyspolitiikan historiassa sodan jälkeen. Kirjassa esitettyjen perusteltujen näkemysten seurauksena suhtautuminen sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämisen muuttui siten, että kehittämisen vastustajatkin lievensivät kantojaan. Kirjassaan Kuusi osoitti sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämisellä olevan suoran yhteyden talouskasvuun eikä sosiaali- ja terveysturvaan meneviä varoja tullut lukea pelkästään kustannuksiksi, vaan Kuusi osoitti niiden tuovan taloudellista lisäarvoa. Näin ei sosiaali- ja terveysturva-ohjelmat olleet aiemmin kirjallisuudessa ja tutkimuksessa käsitelty ja Kuusen oivalluksen pohjalta sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen lähti reippaaseen vauhtiin 1960- ja 1970-luvulla. Kuusen ympärille muodostui kirjan ilmestymisen jälkeen vaikuttajien joukko, jotka saattoivat edistää kehitystä kukin omalla tahollaan.¹³¹

Kuusen kirjassa on laaja terveydenhuoltopolitiikkaan keskittyvä osa.¹³² Kuusi toteaa terveydenhuoltopolitiikan olevan sosiaalipolitiikan toimintalojien piirissä omaluonteisen. Terveydenhuollon kohteena on ensinnäkin koko väestö eikä vain epäaktiivi väestö. Toiseksi toimenpiteet sairaan henkilön hyväksi ovat luonteeltaan tilapäisiä eivätkä pysyviä kuten toimenpiteet vanhuksen, työkyvyttömän tai lapsiperheen hyväksi.¹³³ Terveyspolitiikassa Kuusi asetti keskeiseksi sen asian ratkaisemisen, miten kansalaisen taloudellinen tukeminen sairauden varalta on

¹²⁹ Haatanen, Suonoja 1992, s. 519.

¹³⁰ Pekka Kuusi: 60-luvun sosiaalipolitiikka, Porvoo 1962.

¹³¹ Ks. Pekka Kuusen kirjan herättämästä keskustelusta ja toimenpiteistä kirjan ajatusten johdosta, Hellsten 1993 s. 337 - 346

¹³² Kuusi 1962, s. 252–287.

¹³³ Kuusi 1962, s. 252.

järjestettävä, jotta terveydenhoidolliset kansalaisoikeudet olisi turvattu.¹³⁴ Tätä ongelmaa käsitellessään Kuusi tekee laajan kansainvälisen vertailun ja toteaa johtopäätöksensä Suomen terveydenhuollon osoittautuvan ”oudon takapajuiseksi”. Lääkäreitä ja sairaansijoja oli asukasta kohti vähän ja nuorena kuolleiden miesten osuus väestöstä korkea. Suomalaisten miesten kuolleisuus aktiivi-iässä oli kaksinkertainen muiden pohjoismaalaisten miesten kuolleisuuteen verrattuna ja korkeampi kuin ainoassakaan Euroopan maassa.¹³⁵ Luvut erottuivat jyrkästi muista Pohjoismaista ja Suomi liittyi lähinnä Euroopan köyhimpiin kansoihin. Kuusi arvosteli lääkärikunnan asenteita, koska vielä vuonna 1955 oli ilmennyt julkista vastustusta lääkärikoulutuksen tilapäistäkin lisäämistä kohtaan.

Kuusi toteaa kirjassaan tilastoihin perustuen, että Suomen terveydenhuoltomenojen osuus kansantulosta oli 1950-luvun puolivälissä kansainvälisesti katsoen erittäin alhainen (2,2 %). Potilaan kustannukset ja sairaalahoidosta eivät olleet potilaalle kohtuuttomia, mutta avohoidon puolella valtaosa lääkintäpalvelun kustannuksista jäi potilaan itsensä kustannettavaksi ja ¹³⁶ myös apteekkimenojen potilaalle aiheuttama kustannus oli huomattavan suuri.¹³⁷ Kuusi piti suurena puutteena sitä, että sairauden aiheuttamista taloudellisista kokonaismenetyksistä katettiin 1950-luvulla yhteiskunnan varoin vain runsas kolmannes, minkä vuoksi sairaan väestön kulutustaso oli maassamme erittäin alhainen. Yhteiskunnan toimenpiteet kohdistuivat lähinnä vain sairaalahoittoon, jolloin sairauksien syntyä ja kehittymistä ehkäisevä avohoito oli jäänyt toissijaiseksi eivätkä lääkintäpalvelukset jakautuneet kansalaisten kesken terveydenhoidollisen tarpeen mukaan.¹³⁸ Sairauden aiheuttamat taloudelliset menetykset estivät ja hidastivat tarpeellista hoitoon hakeutumista. Ehdotuksissaan Kuusi asettui kannattamaan sairaanhoitovakuutuksen käyttöön ottoa, mikä sitten toteutuikin varsin pian kirjan ilmestymisen jälkeen.¹³⁹ Lääkäripalvelujen osalta korvaustoiminta tosin

¹³⁴ Kuusi 1962, s. 254.

¹³⁵ Kuusi 1962, s. 256–257.

¹³⁶ Kuusi 1962, s. 268–273.

¹³⁷ Mielenkiintoinen on Kuusen hieman poleeminenkin kuvaus sairaanhoidon tilasta Suomessa 1950-luvun lopulla: ”Lääkäripulaisessa ja sairausvakuutuksettomassa maassamme apteekkilaitos näköjään joutuu osaltaan ottamaan vastaan hoitamattomien sairauksien paineen. Kun tauti iskee, kansa ei oikopäätä ryhdy työntämään rahoja lääkäriille. Elleivät kotirohdot auta, hankitaan apteekista uusia. Valtaosa sairauksista hoidettaneen täällä omaehtoisen troppailun varassa hoitoratkaisujen tapahtuessa usein apteekin tiskin äärellä. Lääkärikunnan käsiin joutunevat koti- ja apteekkihoidon piiristä ennen kaikkea epäonnistuneet hoitotapaukset”. (Kuusi 1962, s. 272.)

¹³⁸ Kuusi 1962, s. 273.

¹³⁹ Kuitenkin Kuusi suhtautui kriittisesti Jylhän komitean ehdotukseen ja epäili ettei sairausvakuutus täydessä laajuudessaan mahtuisi sosiaalipolitiikan ohjelmaan talouden kasvukykyä vaarantamatta, Ks. Hellsten 1993 s. 350.

alkoi vasta vuonna 1967. Kuusen ajatukset vaikuttivat osaltaan myös kansanterveysjärjestelmän toteuttamiseen, jonka valmistelu alkoi kirjan ilmestymisen ja sitä seuranneen keskustelun aikoihin.

Kuusen ja hänen ympärilleen kokoontuneiden vaikutusaikaa voitaisiin myös kutsua viimeiseksi ”professionallisuuden aikakaudeksi” Suomen sosiaali- terveydenhuollon kehityshistoriassa. Tämä aikakausi oli ollut vallalla siihen asti Suomessa ja sille oli tyypillistä se, että esitykset valmisteltiin alan ammattilaisista koostuneissa komiteoissa. Esityksiä ei aina sellaisenaan toteutettu, joten poliitikoilla oli viimeinen sanansa sanottavana, mutta esitykset perustuivat alan ammattilaisten näkemyksiin. Kehittäminen oli lähes kokonaan ammattilaisten tehtävänä vielä 1900-luvun alussa, mutta 1920-luvulta lähtien puolueet alkoivat yhä enemmän vaikuttaa kehitykseen.¹⁴⁰ Ammattiyhdistysliikkeellä oli vähän sanavaltaa sotien välisenä aikana, mutta tämän instituution rooli vahvistui huomattavasti sodan jälkeen, mutta puolueet ja asiantuntijat pysyivät silti vahvimpina vaikuttajina. Vuonna 1968 tämän professionaalisen/puolueinstituution rinnalle tuli kuitenkin toinen vahva instituutio, jota voitaisiin kutsua ”korporatistisen instituutioksi” ja vuoden 1968 jälkeistä aikaa ”korporatistisen ajaksi”. Tälle ajalle on tyypillistä, että uudistuksia pohdittiin edelleen komiteoissa ja työryhmissä, mutta lopullisissa ratkaisuisa työmarkkinajärjestöjen mielipide alkoi painaa yhä enemmän. Usein esitykset hyväksyttiin lopullisesti työmarkkinaneuvottelujen tuloksena keskitettyjen ratkaisujen osana.¹⁴¹

Vuonna 1968 syntyi ensimmäinen keskitetty työmarkkinasopimus (ns. Liinamaan sopimus) ja tästä alkoi korporatistisen aikakausi, joka osittain jatkuu edelleenkin. Korporatistisen kaudella tehtävät ratkaisut eivät aina olleet alan professionaalien ehdotusten mukaisia, vaan niihin sekoittuu vahva etujärjestö- ja intressiaspekti. Keskitettyihin ratkaisuihin sisällytetyt ns. sosiaalipaketit sisältävät sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä uudistuksia, joista vasta työmarkkinajärjestöt ovat neuvotteluissaan voineet lopullisesti sopia.

¹⁴⁰ Puolueiden vaikutus näkyy erityisen selvänä ensimmäisen sairausvakuutusesityksen eduskuntakäsittelyssä 1920-luvun loppupuolella.

¹⁴¹ Vuonna 1976 ilmestynyt valtiovarainministeriön järjestelyosaston julkaisu ”Suomen komitealaitos” sisältää paljon tietoa komiteoiden toiminnasta. Siitä selviää mm. että vuosina 1958–1974 komiteoiden määrä oli kasvanut huippuunsa. Tätä kuvaa se, että kun vuonna 1950 komiteoita oli yhteensä 237, oli niiden määrä kasvanut 592:een vuonna 1974. Luvussa ovat mukana sekä tilapäiset komiteat ja lautakunnat että pysyvät komiteat, neuvottelukunnat jne. 1970-luvulle tultaessa julkaisussa korostetaan etujärjestöjen aseman painottumista, mikä kuvaa muuttunutta tilannetta aiempaan nähden. Ks. s. 8: ”Etujärjestöt pyrkivät vaikuttamaan valtiokoneistossa nimenomaan hallintoa hoitaviin viranomaisiin ja komitealaitos on niiden käyttökelpoisimpia kanavia, jotta ne saisivat äänensä kuuluville”.

Terveydenhuollon puolella korporatismiin vaikutus ei ole ollut niin suuri kuin sosiaalietuuksissa. Jälkimmäisissä monet merkittävät muutokset ovat syntyneet keskitettyjen ratkaisujen tuloksena.¹⁴² Sen sijaan terveydenhuollon alalla korporatismilla on ollut vähemmän vaikutusta, koska työmarkkinajärjestöt eivät ole kohdistaneet siihen samanlaista kiinnostusta kuin toimeentuloetuuksiin. Sairaanhoitovakuutus ei ole löytänyt edistäjäänsä työmarkkinajärjestöistä, joskin yksi sairausvakuutuksen osa, työterveyshuolto, muodostaa tästä pääsäännöstä merkittävän poikkeuksen. Työterveyshuollon kehittäminen on koko olemassaolonsa ajan tapahtunut työmarkkinajärjestöjen ohjauksessa ja niinpä se on kehittynytkin omaksi ”sui generis” terveydenhuollon alakseen. työssäkäyville suuntautuneeksi erityiseksi terveyspalvelujärjestelmäksi.

4.3. Kansanterveyskomitean sekä eräiden muiden komiteoiden toimikuntien esityksistä 1960-luvulla

Ratkaisevana käännekohtana avosairaanhoidon kehittämisessä voidaan siis pitää 1960 alkua, jolloin valmistelutyö aloitettiin. Tuolloin asetettiin kansanterveyskomitea vuonna 1960 selvittämään mahdollisuuksia avohoidon parantamiseen¹⁴³. Komitea työskenteli viisi vuotta ja vuonna 1965 komitea esitti mietinnössään erityisen kansanterveystyön säätämistä. Komitean esityksessä oli yhdistetty eri lakien kansanterveystyötä koskevat säännökset yhdeksi laiksi. Uutta aiempiin esityksiin oli erityisesti se, että komitea ehdotti myös henkilökuntanormeja kansanterveystyöhön sen vuoksi, että komitea piti tärkeänä kunnanlääkäreiden määrän huomattavaa lisäämistä. Komitea vahvisti silloin jo vakiintuneen näkemyksen siitä, että kansanterveystyön tehtävät kuuluvat kunnille ja sen vuoksi komitean esitykset tähtäsivät juuri kuntien juuri terveyden- ja sairaanhoidon edistämiseen eikä esityksissä otettu huomioon yksityisen palvelusektorin roolia ja resursseja. Komitea esitti myös uutta valtionapujärjestelmää kuntien kansanterveystyön tueksi, mutta ei lainkaan esityksissään ottanut huomioon juuri toteutettu sairausvakuutusjärjestelmää.

¹⁴² Esimerkiksi sairausvakuutuksen päivärahojen tason korjaus ns. SOVE-uudistus vuonna 1983 toteutui keskitetyn ratkaisun osana.

¹⁴³ Jo Kuusen kirjan ilmestymisvaiheessa, eli ennen sairausvakuutuksen voimaan tuloa, oli noussut esiin epäilyksiä sairausvakuutusjärjestelmän tarpeellisuudesta. Kuusi toteaa, että Jylhän komiteassa jo kuultiin ääniä, joiden mukaan yhteiskunta on täällä vähitellen ottanut sairausmenoista kantaakseen yhä suuremman osan, joten pakollinen sairausvakuutus on käynyt maassamme tarpeettomaksi. (Kuusi 1962, s. 267.)

Komiteanmietinnän valmistuttua vuonna 1965 seurasi lausuntokierros. Lausunnossaan Lääkäriliitto arvioi mietintöä yksipuoliseksi, koska komitea ei maininnut mm. asuntopolitiikkaa eikä sairausvakuutusta.¹⁴⁴ Kansanterveyttä esitettiin edistettäväksi pelkästään valtionavuilla eikä sairausvakuutuksen tarjoamaa rahoitusta ollut otettu suunnittelussa huomioon. Sairausvakuutuksen huomiotta jättäminen kansanterveystyötä kehitettäessä antoi viitteen siitä, että nämä kaksi järjestelmää eivät välttämättä kulkeneet rinnakkain ja toisiaan tukien edes suunnittelun alkuvaiheessa. Kriittinen käännekohta terveydenhuoltojärjestelmässä 1960-luvun alussa merkitsi aiemman yhtenäisen polun haarautumista kahdeksi poluksi, jotka alussa kulkivat lähellä toisiinsa, mutta sittemmin alkoivat yhä enemmän erkaantua. Kun komitea ei esityksissään ottanut huomioon sairausvakuutusta, lähdettiin tavallaan yhden rahoituskanavan periaatteesta, vaikka tiedettiin sairaanhoitovakuutuksen ja sairausvakuutusrahaston olemassaolo. Tässä on alkukohta myöhemmin syntyneelle kaksikanavaiselle rahoitusjärjestelmälle. Osin syynä lienee komitean kokoonpano. Rahoituksen kaksikanavaisuus ei kuitenkaan syntynyt vielä komitean esitysten pohjalta, sillä myöhemmin annettaessa kansanterveystyöstä lakiesitystä eduskunnalle rahoitusjärjestelmien voimavarat yhdistettiin ja sairausvakuutusvaroja ehdotettiin suunnattavaksi myös kunnan tarjoamiin lääkäripalveluihin.

Lausuntokierroksen jälkeen sisäasiainministeriö asetti uuden toimikunnan vuonna 1967. Tämän toimikunnan tehtävänä oli annettujen lausuntojen pohjalta selvittää, millä tavoin tarkistettuina kansanterveyskomitean ehdotukset voitaisiin toteuttaa. Toimikunnan kokoonpano oli edustavilta tahoiltaan suppea, sillä siihen kuuluivat vain lääkintöhallituksen ja kunnallisten keskusjärjestöjen edustajat. Sairausvakuutusvakuutusta valmistelleita tahoja ei toimikunnassa ollut, mistä johtuneeksi, ettei sairausvakuutukseen tässä toisessa vaiheessakaan kiinnitetty huomiota järjestelmiä kehitettäessä. Kaksi 1960-luvun alussa haarautunutta polkua siis jatkuivat toisistaan riippumatta 1960-luvun loppupuolella. Toimikunnan esitysten mukaan paikallisen tason kansanterveystyön hallinto olisi järjestettävä kokonaisuutena hallintoa keskittämällä. Tähän tavoitteeseen päästäisiin perustamalla terveyskeskus, joka hoitaisi yksilöön kohdistuvien toimintojen osalta koko kunnan kansanterveystyön erikoislääkärijohtoista sairaanhoitoa lukuun ottamatta. Terveyskeskuksen hoidettavaksi tulisivat myös elinympäristöön liittyvät toiminnot.

¹⁴⁴ Haatanen, Suonoja 1992, s. 522–523.

Toimikunnan esittämä malli perustui joustavuuteen. Kunnalle jäi paljon harkintavaltaa esityksen toteutuksessa, sillä toimikunta pyrki luomaan sellaisen järjestysmuodon ja organisaation, jonka varassa kansanterveystyön sisältöä voitaisiin kehittää paikallisella tasolla. Yksityiskohtaisia säännöksiä pidettiin tarpeettomina eikä toimikunta vastoin komitean esitystä pitänyt tarpeellisena määritellä edes toimihenkilöiden määrää lainsäädäntötasolla, vaan määrittely tuli tehdä joustavasti alemmantasoisissa ohjeissa. Valtakunnallisella tasolla toiminnan keskitys tuli tapahtua lääkintöhallituksen johdolla. Lääkintöhallitukselle tuli ehdotuksen mukaan suunnitteluvollisuus kansanterveystyön valtakunnallinen yleissuunnitelman laatimisesta viideksi vuodeksi kerrallaan ja suunnitelman vahvistaisi sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntien omien toimintasuunnitelmien tuli soveltua tähän yleissuunnitelmaan. Valtionapu kunnille olisi kantokykyluokituksen mukaisesti 40–85 prosenttia kansanterveystyön menoista. Toimikunta määritteli myös ne perustamis- ja käyttökustannukset, joihin valtionapua voitaisiin antaa.¹⁴⁵

Terveysasioiden keskittäminen sosiaali- ja terveysministeriöön vuonna 1968 tehosti lainvalmistelua terveysasioissa ja ministeriössä laadittiin ennen vuoden 1970 loppua lakiluonnos perusterveydenhuollon toteuttamisesta. Esityksen mukaan kunnan järjestämä sairaanhoito rajoittuisi yleislääkärin suorittamaan tutkimukseen ja hänen antamaansa tai valvomaansa hoitoon, lääkinnälliseen kuntoutukseen sekä ensiavun antamiseen kunnan alueella. Tämä poikkesi aiemmin tehdyistä esityksistä, sillä vuoden 1969 toimikunnan mietintö oli antanut mahdollisuuden kunnalle antaa myös erikoislääkäritasoista hoitoa. Myös terveydenhuollon rahoitukseen ministeriö esitti toista taulukkoa kuin toimikunta. Luonnoksessa alennettiin valtionapuasteikkoa 39–70 prosenttiin. Muutoksilla ministeriö halusi yhdenmukaistaa valtionapukäytäntöä ja helpottaa lain voimaan panoa.

4.4. Hallituksen esitys kansanterveyslaiksi

Vuonna 1970 istuva hallitus ei vienyt lakiluonnosta heti eteenpäin ja asia jäi odottamaan uutta, vaalien jälkeen muodostettavaa hallitusta. Terveysasiat nousivat keskeiseksi poliittiseksi kysymykseksi vaalitaistelussa ja vaalien jälkeen vuonna 1971

¹⁴⁵ Kansanterveystoimikunta, Komiteamietintö 1969: A 3.

sosialidemokraattinen puolue asetti hallitukseen menon ehdoksi sen, että kansanterveyslaki säädettäisiin ns. ilmaisperiaatteen mukaan, eli kansanterveyteen liittyvät palvelut tulivat olla potilaalle ilmaisia¹⁴⁶. Sosialidemokraattien kanta vastasi tuolloin yleisesti levinnyttä näkemystä, että terveydenhuollon tuli olla jokaisen saatavilla tuloista ja varallisuudesta riippumatta. Maksuttomasta perusterveydenhuollon tavoite hyväksyttiin hallitusneuvotteluissa ja sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän tutkimaan tarkemmin asiaa.¹⁴⁷ Työryhmän työn tultua valmiiksi hallitus 23.8.1971 antoi eduskunnalle esityksen kansanterveyslaiksi.¹⁴⁸

Hallituksen esityksen¹⁴⁹ perusteluissa todettiin mm. että terveyspolitiikan pääpaino oli viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana ollut sairaaloiden rakentamisessa. Kun keskussairaaloiden ohella oli rakennettu alue- ja paikallissairaaloita ja myös laajennettu toiminnassa olevia, olivat mahdollisuudet saada sairaalahoitoa huomattavasti parantuneet. Terveydenhuoltomenot olivat kuitenkin kasvaneet ja ohjaamalla valmistuvista lääkäreistä entistä suurempi osa avoterveydenhuollon tehtäviin voitiin vähäisemmin kokonaiskustannuksin käyttää lisääntyvä henkilökunta terveydenhuollon tehtäviin. Kansanterveystyöllä tarkoitettiin esityksessä yksilön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Paikallisen kansanterveystyön järjestäminen ehdotettiin annettavaksi kunnan tehtäväksi.

Lääkintöhallituksen tuli ehdotuksen mukaan laatia valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä maassa ja myös kunnan velvollisuudeksi tuli laatia kansanterveystyön toimintasuunnitelma.¹⁵⁰ Kunnan kansanterveystyön järjestysmuodosta tuli määrätä yksityiskohtaisesti ohjesäännössä, joka oli alistettava lääkintöhallituksen vahvistettavaksi. Paikallisena kansanterveystyötä hoitavana viranomaisena tuli olla terveydenhoitolautakunta. Kansanterveystyössä olevien

¹⁴⁶ Vaatimuksen taustalla oli todennäköisesti se, että monissa muissa Euroopan maassa terveydenhuolto oli jo tuolloin potilaalle ilmaista. Esimerkkinä voidaan mainita ainakin Pohjoismaat ja Iso-Britannia.

¹⁴⁷ Terveydenhuollon suunnittelukomitea, Komiteanmietintö 1971: B 4.

¹⁴⁸ Lääkintöhallituksen silloinen pääjohtaja Niilo Pesonen totesi lain antamiseen liittyvistä olosuhteista seuraavaa: ”Valitettavasti lain käsittelyn viime vaiheissa ja ennen kaikkea sen voimaantulon meneteltiin harkitsemattomasti. Sen seurauksena mm. lääkärikunta, joka aikaisemmin oli suhtautunut myönteisesti ja suurin odotuksin kansanterveyslakiin, ei enää katsonutkaan sitä yhtä suopein silmin. Kävi niin kuin tavallisesti käy silloin, kun selvän asian käsittelyä tarpeettomasti pitkitetään: itse asia siitä vain mutkistuu”.

¹⁴⁹ HE n:o 98 kansanterveyslaiksi, vuoden 1971 vuoden valtiopäivät.

¹⁵⁰ HE 98/71, s. 1–3.

viranhaltijoiden asema ja tehtävät ehdotettiin sisällytettäväksi kunnan ohje- ja johtosääntöihin.

Velvollisuus järjestää sairaanhoito kunnan asukkaille haluttiin esityksessä rajoittaa lääkärinhoidon osalta yleislääkärin suorittamaan tutkimukseen ja hänen antamaansa ja valvomaansa hoitoon sekä lääkinnälliseen kuntouttamiseen ja ensiavun antamiseen kunnan alueella.¹⁵¹ Esityksessä todettiin, että terveyskeskuksen sairaansijat oli tarkoitettu pitkäaikaissairaiden hoidon tehostamiseksi, vaikkakin osaa niistä tultaisiin käyttämään myös sellaisten lyhytaikaista sairaanhoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon, jotka soveltuvat yleislääkärien hoidettavaksi.¹⁵² Polikliininen hoito terveyskeskuksessa tuli korvata sairausvakuutuslain mukaan¹⁵³. Esityksessä todettiin, että ohjatakseen sairausvakuutuksen varoja kunnallisten terveyskeskusten kehittämiseen ja korjatakseen palvelusten tarjonnan alueellista epätasaisuutta hallituksen tarkoituksena oli antaa samanaikaisesti kansanterveystyöstä annettavan lakiehdotuksen kanssa esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta siten, että sairausvakuutuskorvaukset ohjattaisiin suoraan terveyskeskuksille. Näin terveyskeskuksia pyrittiin siis alun perin rahoittamaan myös sairausvakuutusvaroilla, joka oli tarkoitettu pysyväisratkaisuksi. Molemmat rahoituspolut oli tarkoitus yhdistää. Myöhemmin ajattelutapa kuitenkin muuttui ja hallituksen alkuperäistä tarkoitusta ei enää noudatettu, sillä 1980-luvulla rahoituksen polut erosivat lopullisesti.

Hallituksen esityksessä todettiin, että kunnallisten yleislääkäreiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perityt palkkiot olivat korkeita erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden poliklinikoilla perittäviin maksuihin verrattuna. Erikoislääkärihoidon ja yleislääkärihoidon välistä tarpeellisten maksujen porrastusta ei ollut maksupolitiikan avulla voitu ohjata palvelusten kysyntää terveystaloudellisesti tarkoituksenmukaisella

¹⁵¹ Ehdotus 17 §:ksi: ”Terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoitona, kotisairaanhoito mukaan luettuna, vai ottamalla potilas terveyskeskukseen sairaansijalle hoidettavaksi. Niin ikään hän päättää potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen”.

¹⁵² HE 98/71 esitys 16 §:ksi: ”Terveyskeskuksen sairaansijalle on ensisijaisesti otettava hoidettavaksi potilas, jota sairauden laatu sekä tutkimuksen, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen tarve tai toipilasaste huomioon ottaen voidaan siellä tarkoituksenmukaisimmin hoitaa. Kiireellisen laitoksessa järjestettävän sairaanhoidon tarpeessa oleva henkilö on aina otettava terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi tai, mikäli siellä ei voida järjestää tarvittavaa tutkimusta tai hoitoa, ohjattava tai toimitettava asianmukaiseen sairaanhoitolaitokseen”.

¹⁵³ Tämä oli yksi niitä harvoja kohtia, jossa esityksessä viitattiin sairausvakuutuslakiin. Esitys tältä osin tarkoitti sitä, että lääkärinpalkkiokorvaus sairausvakuutuksesta tuli maksaa terveyskeskuslääkärin antamasta hoidosta. Tämä johtui siitä, että hoidon maksuttomuutta ei voitu toteuttaa heti, vaan vasta vuonna 1980. Siihen asti potilaalta perittiin maksuja, joiden korvaamiseen sairausvakuutus osallistui.

tavalla yleislääkäripalveluksiin. Hoitoon hakeutumisen nopeuttamiseksi nämä maksut esitettiin poistettavaksi, mutta vain vähitellen, koska maksujen hoitoon hakeutumista hidastava vaikutus oli ollut erityisen suuri vähävaraisten potilaiden kohdalla. Maksuton sairaanhoito katsottiin voitavan toteuttaa vuoden 1980 alusta lukien niin että maksuttomuuteen siirryttäisiin asteittain siihen mennessä. Tällöin sairausvakuutukselle siirtyvien kustannusten määrä tuli riippumaan maksujen alennusten määrästä ja toiminnan kasvusta.¹⁵⁴ Kansanterveyslaki tuli muutoinkin voimaan asteittain, sillä lääkäri- ja hammaslääkäripulan vuoksi toimintaa ei saatu heti alkuun toteutetuksi lain edellyttämässä koko laajuudessa. Toimintaa voitiin esityksen mukaan laajentaa vain sitä mukaan kuin sanotunlainen työvoima lisääntyy.

Rahoituksellisesti lakiehdotus lähti siitä, että terveyskeskusten perustamis- ja käyttökustannuksiin tuli antaa valtionapua kuntakohtaisesti yleisen kantokykyluokituksen mukaan. Valtionavun prosenttiasteikko oli sama kuin sairaalain käyttökustannuksiin annettavassa valtionavussa. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että valtionapua kansanterveystoimintaan maksettiin runsaasti. Terveyskeskusten vastaanotolla potilailta perittävät maksut tuli vähentää terveyskeskuksen käyttökustannuksista ennen valtionavun määräämistä. Sikäli kuin sairausvakuutuslain nojalla potilasmaksujen sijaan tuli kunnalle sairausvakuutuskorvausta, vähennettiin myös tämä sairausvakuutusrahastosta maksettu korvaus.¹⁵⁵ Menettely vastasi aiempaa järjestelmää, jonka mukaan kunnanlääkärin suorittamista tutkimuksesta ja hoidosta potilaalta perittävät toimenpidepalkkiot eivät olleet sellaisia kunnan terveydenhoitomenoja, joihin maksettiin valtionapua. Uutta oli se, että myös sairausvakuutuksesta maksettavat lääkärinpalkkiot luettiin pois valtionapua laskettaessa ja kunta sai myös sairausvakuutuskorvauksia lääkärinpalveluja antaessaan. Aiemmin sairausvakuutuskorvausta kunnanlääkärille maksetusta palkkiosta oli maksettu vain potilaille.

4.5. Kansanterveyslain käsittely eduskunnassa

¹⁵⁴ Maksuttomuus toteutettiin esityksen 21 §:ssä: ”Edellä 14 §:ssä tarkoitetut kunnan velvollisuuteen kuuluvat terveydenhoitopalvelukset ovat niiden käyttäjille maksuttomia kuitenkin niin, että asetuksella voidaan määrätä potilaalta perittävä korvaus sairaankuljetuksesta, hoitoon käytetyistä aineista ja terveyskeskuksen toimesta annetuista apuvälineistä sekä potilaan ylläpidosta terveyskeskuksessa”.

¹⁵⁵ Esitys 27 § 2 mom. ”Valtionavun perusteena olevia käyttökustannuksia laskettaessa vähennetään kokonaiskustannuksista potilaalta terveyskeskuksen vastaanotolla perittävä tutkimus- ja hoitomaksu kuin myös se osa näistä, joka sairausvakuutuslain nojalla on terveyskeskukselle korvattu. ----”.

Hallituksen esitys annettiin eduskunnan talousvaliokunnalle valmisteltavaksi. Mietinnössään¹⁵⁶ talousvaliokunta totesi, että hallitus oli perusteellisen, yli kymmenen vuotta kestäneen valmisteluajan jälkeen antanut esityksen kansanterveystyötä koskevan lainsäädännön uudistamisesta. Hallituksen esityksen tarkoituksena oli luoda sekä hallinnolliset että taloudelliset edellytykset kunnallisen perushoitojärjestelmän kehittämiseksi ja siirtää terveydenhuoltopolitiikan painopistettä avohoidon ja ehkäisevän terveydenhoidon suuntaan. Painopisteen muutos toteutettiin lisäämällä valtion tukea kansanterveystyöhön, määräämällä sairausvakuutuksen varoja kunnallisten terveyskeskusten käyttöön ja tekemällä kansanterveyspalvelukset asteittain kansalaisille maksuttomiksi. Kunnalliseen terveydenhoitoon kuuluvat erillisinä suoritettavat toiminnot sekä ehkäisevä terveydenhoitotyö järjestettiin keskitetysti valtakunnallisen yleissuunnitelman puitteissa terveyskeskusten toimesta. Terveyskeskus ei ollut erillinen laitos tai rakennus, vaan hallinnollinen toimintayksikkö, joka palveli paikallisten terveyspalvelujen tarvetta ja sen muodostivat yksi tai useammat kunnat yhdessä. Terveyskeskuksia oli suunniteltu perustettavaksi noin 300.

Valiokunnan näkemyksen mukaan terveyskeskuksissa tarvittavista vastaanottotiloista ja sairaansijoista oli huomattavin osa jo olemassa. Yleislääkärijohtoinen paikallissairaalaolaitos oli käytännöllisesti katsoen kokonaan suunniteltu siirrettäväksi terveyskeskuksen osaksi. Samoin pääosa terveyskeskuksiin tulevasta henkilökunnasta oli jo kuntien palveluksessa. Kansanterveystyön sisällöstä lakiehdotus sitä vastoin määräsi vain perussuuntaviivat. Lakiehdotus oli luonteeltaan puitelaki, jonka mukaan kansanterveystyön yksityiskohtainen sisältö samoin kuin perustettavien terveyskeskusten henkilökuntarakenne tuli määräytymään valtioneuvoston vahvistamien suunnitelmien, asetusten, ohje- ja johtosääntöjen sekä kansanterveystyöhön osoitettujen määrärahojen mukaan. Valiokunta kannatti lakiesityksen hyväksymistä, joskin ehdotti siihen joitakin muutoksia. Valiokunta mm. esitti lakiesityksen nimikettä muutettavaksi *kansanterveyslaiksi*, jonka muutoksen eduskunta hyväksyi.¹⁵⁷

Talousvaliokunnan mietintöön liitettyssä sosiaalivaliokunnan lausunnossa¹⁵⁸ kiinnitettiin huomiota kansanterveystyön palvelujen maksuttomuuteen. Valiokunnan käsityksen mukaan maksuttomuutta oli sosiaalipoliittiselta ja terveystieteelliseltä kannalta pidettävä

¹⁵⁶ Talousvaliokunnan mietintö n:o 1 hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi, 1971 Valtioapäivät.

¹⁵⁷ Valiokunnan mietintö, s. 3 ja 8.

¹⁵⁸ Eduskunnan sosiaalivaliokunta lausunto N:o 3, 20 päivänä lokakuuta 1971.

oikeana, sillä taloudelliset seikat eivät saisi vaikuttaa terveyspalvelusten käyttöä rajoittavasti. Sairastavuuden ja lääkintäpalvelusten käyttöä koskevat tutkimukset olivat toistuvasti osoittaneet, että sairastavuus ja köyhyys liittyivät yhteen sekä alueellisesti että väestöryhmittäin. Pieniin tuloihin liittyi yleensä korkea sairastavuus, mutta keskimäärää vähäisempi palvelusten käyttö. Sairausriskin oli vaikuttanut suotuisaan suuntaan ja lisännyt jossakin määrin lääkärin käyttöä eniten sairastavien pienituloisten keskuudessa. Edelleen voitiin kuitenkin sanoa, että varojen puute rajoitti palvelusten käyttöä nimenomaan silloin, kun sairaus alkoi pitkittyä. Oli luonnollista, että tällöin myös sairauden aiheuttama taloudellinen rasitus oli sairausriskin huolimatta perheille erityisen suuri.

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta kiinnitti lausunnossaan¹⁵⁹ huomiota lain aiheuttamiin kustannuksiin. Vaikka kansanterveystyöstä annettava laki tuli aiheuttamaan huomattavaa lisärasitusta niin valtion kuin kuntienkin taloudelle, ei valiokunnan käsityksen mukaan tämä lisärasitus kuitenkaan ollut ensisijaisena esteenä lain voimaansaattamiselle jo ennen voimaantulolaki ehdotuksessa esitettyä ajankohtaa eli vuoden 1979 loppua. Valtiovarainvaliokunta piti tärkeänä, että valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä laadittiin ottaen huomioon tehokkuus, tarkoituksenmukaisuus ja taloudellisuus. Juuri tehokkaan suunnittelutoiminnan avulla oli mahdollista välttää virheinvestoinnit kansanterveystyötä annettavaa lakia käytäntöön sovellettaessa.

Eduskunta antoi vastauksen hallituksen esitykseen 7 päivänä tammikuuta 1972¹⁶⁰. Hyväksyessään lakiehdotuksen eduskunta edellytti, että hallitus pyrki toteuttamaan lain tarkoittaman maksuttoman avosairaanhoidon jo ensimmäisen viittä vuotta koskevan valtakunnallisen kansanterveys suunnitelman aikana eli vuoden 1976 loppuun mennessä. Tämä eduskunnan ponsi ei kuitenkaan toteutunut, vaan palvelujen maksuttomuus alkoi alkuperäisen suunnitelman mukaan vasta vuonna 1980.

4.6. Kansanterveislain toimeenpanosta

¹⁵⁹ Eduskunnan valtiovarainvaliokunta, Lausunto N:o 4, annettu 22 päivänä lokakuuta 1971.

¹⁶⁰ Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen kansanterveystyöstä ja sen voimaansaattamisesta annettaviksi laeiksi 1971 Vp.

Kansanterveyslaki hyväksyttiin edellä kuvatussa muodossa, joten lain käytännön toimeenpano jäi valtakunnallisten ja kuntakohtaisten suunnitelmien varaan¹⁶¹. Lääkintöhallituksen tuli laatia valtakunnallinen suunnitelma kansanterveystyön järjestämisestä viittä seuraavaa vuotta varten ja kuntien kansanterveystyön toimintasuunnitelmat tuli alistaa lääkintöhallituksen vahvistettavaksi. Valtionavulla myös kontrolloitiin toimintaa, sillä apua ei maksettu kustannuksiin, jotka eivät kohdistuneet hyväksytyyn toimintasuunnitelman toteuttamiseen. Valtionapua ei myöskään myönnetty määrältään liiallisiksi tai kohtuuttoman korkeiksi katsottaviin kustannuksiin. Erityissäännökset koskivat perustamista, kuten kiinteistöjen rakentamisesta tai peruskorjauksesta aiheutuvia kustannuksia, jotka tuli sisällyttää valtioneuvoston hyväksymään yleiseen suunnitelmaan.

Kunnan kansanterveystyön järjestysmuodosta määrättiin yksityiskohtaisesti ohjesäännössä, jossa oli määräyksiä kunnan terveys- ja sosiaalilautakunnan yhteistyöstä. Hoito oli maksutonta (vuodesta 1980 lähtien), mutta asetuksella voitiin määrätä potilaalta perittäväksi korvaus sairaankuljetuksesta, hoitoon käytetyistä aineista sekä potilaan ylläpidosta terveystakeskukseen sairaansijoilla.¹⁶²

Lain oltua voimassa neljä vuotta voimassa (vuonna 1976) oli perushoitajärjestelmän hallinnolliset uudelleenjärjestelyt jo saatu valmiiksi. Oma terveyskeskus oli tuolloin 93 kunnalla ja terveyskeskuskuntainliittoa oli muodostettu 108 kappaletta. Lääkärimäärä oli nopeasti lisääntynyt. Perusterveydenhuollossa oli vuoden 1972 alussa alle 1 000 lääkäriä, mutta vuoden 1976 lopussa jo noin 2 600. Lisävoimavaroja oli ohjattu ensin pääasiassa niille alueille, joissa sairastavuus oli ollut suurin. Tämän seurauksena vuonna 1976 kehitysalueisiin luettavat läänit olivat peruspalvelujen toteuttamisessa lähes kaikilla mittareilla mitaten paremmassa asemassa kuin eteläiset läänit. Korkean sairastavuuden alueille muita avohoitopalveluja oli aiemmin ollut vähän tarjolla, joten kansanterveyslaki toi melkoisen muutoksen.¹⁶³ Kansanterveyslaki myös vaikutti nopeasti siihen, että yksityisten lääkäripalvelujen käyttö laski voimakkaasti. Yksityisen

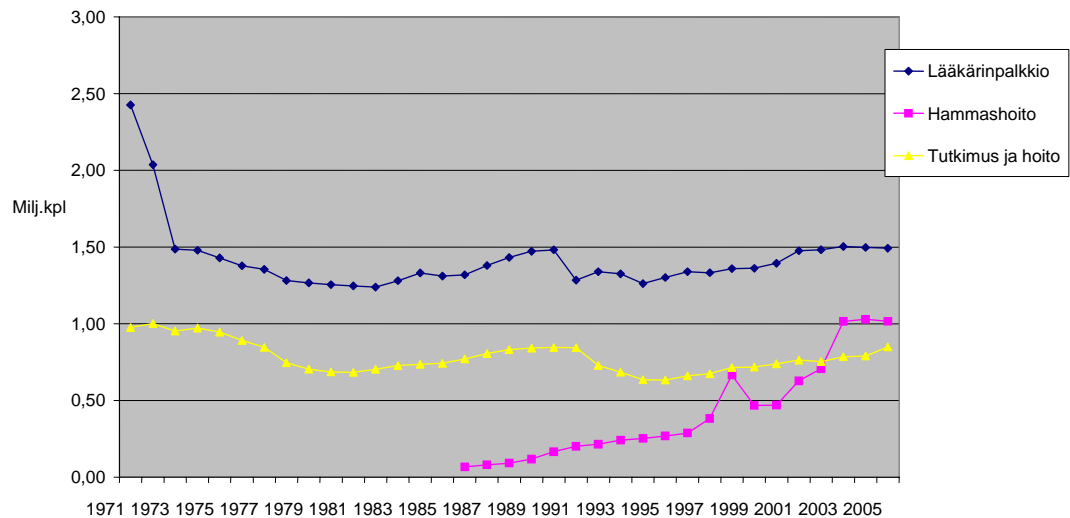
¹⁶¹ Tuolloinen sosiaali- ja terveysministeri, 60-luvun Sosiaalipolitiikan kirjoittaja Pekka Kuusi luonnehti kansanterveyslakia mm. seuraavasti: Kansanterveyslaki pyrkii muuttamaan terveydenhuollon painopisteen sijaintia. Terveyspalveluja pyritään sekä määrällisesti että laadullisesti kehittämään. Sairausvakuutus on jonkun verran lisännyt terveyspalvelujen käyttöä, mutta lisäys on ollut odotettua vähäisempi. (Pekka Kuusi, puheenvuoro Terveystakeskustoneuvottelupäivät 7-9.10.1972, moniste)

¹⁶² Osmo Kaipainen on luonnehtinut kansanterveyslakia näin: ”Kansanterveyslaki on mitä suurimmassa määrin puitelaki ja organisaatiolaki. Sen onnistuminen on ratkaisevasti suunnitelmien, sekä kuntakohtaisten suunnitelmien että varsinkin valtakunnallisen yleissuunnitelman, varassa”. (Osmo Kaipaisen puheenvuoro Terveystakeskustoneuvottelupäivillä 7.10.1971, Moniste.)

¹⁶³ Haatanen, Suonoja 1992, s. 531.

ja julkisen palvelun vuorovaikutuksessa pääpaino siirtyi siis kansanterveyslain voimaan tulon myötä julkiselle puolelle myös avohuollossa. Laitoshoidon ja etenkin sairaalahoidon kohdalla painotus julkiseen terveydenhuoltoon oli toteutunut jo 1800-luvulta lähtien. Yksityisten lääkäripalveluiden käytössä tapahtui kansanterveyslain voimaan tulon vuoksi noin miljoonan käyttäjän jyrkkä lasku, mutta sen jälkeen käyttö tasaantui noin 1,5 miljoonan käyttäjän tasolle. Yksityisten palvelujen käytön lasku oli ensin jyrkkä, mutta sitten yksityinen lääkäritoiminta ja terveyskeskuspalvelut alkoivat kulkea rinnakkain omaa polkuaan eikä terveyskeskustoiminta näytä enää 1970-luvun laskun jälkeen vaikuttaneen yksityisiin lääkäripalveluihin. Tutkimuksen ja hoidon puolella terveyskeskusten toiminnan alkaminen ei vaikuttanut niin jyrkästi kuin lääkäripalveluissa. Myös käyntimäärissä tapahtui laskua, joka sittemmin tasaantui samalla tavoin kuin käyttäjien määrä. Myöhemmin käyntien määrä on vaihdellut. Kuvista voidaan havaita myös hammashoidon osuuden kasvu 1980-luvulla, johon palataan myöhemmin.

Kuvio 1. Lääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon sekä hammashuollon käytön kehitys vuosina 1971–2005.¹⁶⁴

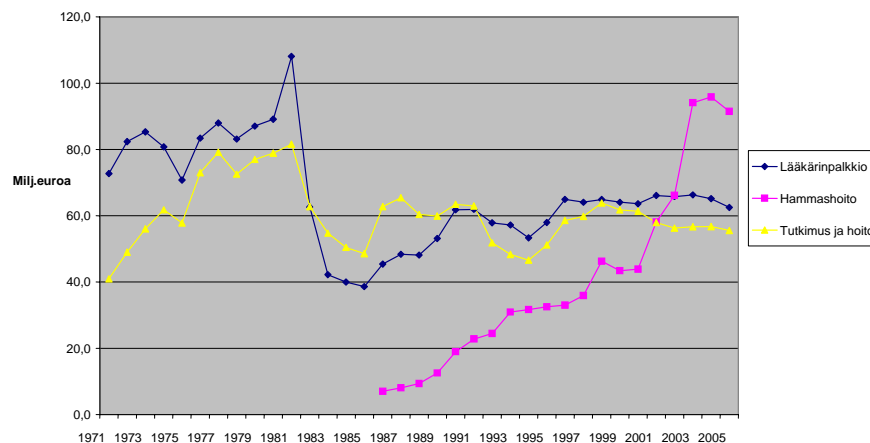


Potilaiden käynnit lääkäri- ja hammashoidossa laskivat 1980-luvun alussa, kun kansanterveystoimen toimeenpano oli saatu päätökseen. Hammashoidossa käynnit puolestaan lähtivät loivaan nousuun, kun hammashuolto tuli sairausvakuutuskorvausten piiriin ja nousu jyrkkä, kun hammashoidon korvaaminen laajennettiin koko kansaa koskeväksi.

Lääkäripalkkioiden korvausmäärissä tapahtui jyrkkä lasku 1980-luvun alussa. Korvausmäärät olivat korkeimmillaan 1970-luvulla, kun kansanterveystoimen voimaantulo oli kesken. 1980-luvulta lähtien korvausmäärät ovat nousseet ja laskeneet vuosittain. Laman vaikutus näkyy myös notkahduksen korvausmäärissä. Hammashoidossa järjestelmän kehittäminen 2000-luvulla johti korvausmäärien jyrkkään nousuun.

¹⁶⁴ Lähde: Kelan SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

Kuvio 2. Lääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon ja hammashoidon korvaukset 1971–2005 vuoden 2005 rahana¹⁶⁵



Korvausmenoissa näkyy lääkäripalkkioissa ja tutkimuksessa hoidossa merkittävä notkahdus kansanterveyslain toimeenpanon tullessa valmiiksi 1980-luvun alussa, kun terveyskeskusten sairaanhoitokorvaukset lopetettiin. Korvausmenot eivät sen jälkeenkään ole tulleet samalle tasolle kuin 1970-luvulla, joten 1980-luvun alun vaikutukset olivat pysyviä. Sen sijaan hammashuollon korvausmenot ovat nousseet jyrkästi ja ohittaneet lääkäripalkkioiden menot 2000-luvulla.

5. KANSANTERVEYSLAIN JA SAIRAUSSAKUUTUSLAIN RINNAKKAINEN SOVELTAMINEN JA SIITÄ AIHEUTUVAT ONGELMAT 1980-LUVULLE TULTAESSA

5.1. Ongelman hahmottelua

Vuonna 1971 sairausvakuutuslakia ja kansanterveyslakia arvioi terveydenhuoltoneuvottelupäivillä Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosaston päällikkö Olavi Suihko. Hän totesi, että (tuolloin vielä tulossa olevan) kansanterveyslain voimaantuloa helpotti, että sairausvakuutus on tasaamassa sitä kustannusrasitusta, jonka kansanterveyslaki valtiolle ja kunnille aiheuttaa.¹⁶⁶

¹⁶⁵ Lähde: SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

¹⁶⁶ Terveydenhuoltoneuvottelupäivät 7.–9.10 1971 (Moniste). Suihko puolusti sairausvakuutusta puheenvuorossaan sanoen mm. että ”kun tässä yhteydessä on viitattu siihen, ettei sairausvakuutus olisi kaikilta osin täyttänyt odotuksia, on syytä mainita, että tehtyjen tutkimusten mukaan sairausvakuutuksen voimassaoloaikana lääkäripalvelusten käyttö on lisääntynyt siellä, missä palvelusten tarve on ollut suurin, nimittäin maaseudulla työikäisten miesten sekä alempiin tuloluokkiin kuuluvien keskuudessa. Sairausvakuutuksen vaikutukset ovat olleet tältä osin odotetun mukaiset. Muutokset eivät mitenkään ole

Suihkon mukaan sairausvakuutuksen myötä potilaiden valinnanvapaus hoitavan lääkärin suhteen laajeni. Potilaalla on periaatteessa oikeus kääntyä kenen tahansa valitsemansa lääkärin puoleen, toimipa tämä kunnan palveluksessa tai yksityisenä ammatinharjoittajana. Molemmissa tapauksessa potilas sai maksamastaan palkkiosta sairausvakuutuskorvauksen. Tämä kannanotto koski aikaa ennen kansanterveyslakia. Sen sijaan uusi, tuolloin vielä tuleva kansanterveyslaki lähti aivan toisesta lähtökohdasta. Potilasta hoiti periaatteessa se lääkäri, joka kulloisenakin aikana toimi terveyskeskuksessa eikä potilaalla ollut mahdollisuutta valita lääkäriään. Potilaalla ei myöskään ollut oikeutta saada korvausta terveyskeskukselle maksamastaan palkkiosta. Terveyskeskuksessa annetun lääkärinpalveluksen sairausvakuutuskorvaus maksettiin kunnalle, joten palkkion tavoitteena ei ollut potilaan sairaudesta aiheutuvien kustannusten subventointi, vaan kunnan tukeminen sen toteuttaessa kansanterveislain mukaisia velvoitteitaan ja tarjotessaan asukkailleen perusterveydenhuoltoon kuuluvia lääkäripalveluja.

Näin siis Olavi Suihko vuonna 1971. Julkinen sairaanhoitovakuutus ja kansanterveysjärjestelmä ei varsinaisesti muuttanut sitä tilannetta, joka Suomessa oli ollut jo paljon aiemmin, eli lääkäreiden toimiminen molemmissa järjestelmissä. Sama lääkäri on voinut toimia sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhoidossa ja tämä lääkäreiden ”kaksoisrooli” oli puhuttanut päätöksentekijöitä jo pitkään.¹⁶⁷ Sairausvakuutuskorvauksia on pidetty yhtenä tekijänä, joka on edistänyt kaksoisroolia ja tukevan yksityisiä terveyspalveluja. Käydyssä keskustelussa ei ole aina otettu huomioon sitä, että sairausvakuutuslakia säädettäessä lääkärin palveluksista maksettavat korvaukset oli tarkoitettu potilaiden sairaudesta johtuvien kustannusten alentamiseksi.¹⁶⁸

olleet jyrkkiä eivätkä suuret muutokset olisi olleet mahdollisiakaan ottaen huomioon terveydenhuollon puutteet. Näyttää myös siltä, että taloudelliset seikat eivät ole ainoa hoitoon hakeutumista motivoiva tekijä, vaan on muitakin seikkoja, joihin sairausvakuutus ei voi vaikuttaa. Sairausvakuutuksen voimaantulo v. 1964 merkitsi kuitenkin käännettä siinä suhteessa, että yhteisiä varoja ryhdyttiin ohjaamaan nimenomaan avosairaanhoidon puoleen.”

¹⁶⁷ Lääkäreiden kaksoisrooli on pysynyt keskustelun kohteena 2000-luvulle saakka. Vuonna 2002 ilmestyneessä kirjassa ”Hyvinvoinnin valinnat, Suomen malli 2000-luvulla” Anu Kantola toteaa artikkelissaan ”julkiset palvelut tienhaarassa” seuraavaa (s. 121): ”Julkisen sektorin ongelmiin kuuluu myös lääkäreiden kaksoisrooli. Se on suomalaisen terveydenhuoltoon pesiytynyt ongelma, johon muun muassa OECD on kiinnittänyt huomiota. Noin neljällä viidestä yksityissektorilla toimivista lääkäreistä on päätoimi kuntasektorilla. Monet kunnallisen sektorin lääkärit käyttävät yksityistä sektoria lisäansioiden ansaitsemiseen”.

¹⁶⁸ Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre asetti touko-kesäkuussa 2003 antamissaan lausunnoissa lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamisen kyseenalaiseksi haluten uudistaa korvausjärjestelmän. Hän katsoo mm. Pohjolan sanomissa 1.6.2003, että ”yksityiselle puolella Kelan kautta maksettavat korvaukset ovat jonkun mielestä olleet suoranainen elinkeinotuki”. Aamulehdelle

Keskustelu sairaanhoitovakuutuksen merkityksestä on jatkunut kiivaana koko sen ajan, jonka sairausvakuutus ja kansanterveyslaki ovat olleet rinnakkain voimassa. Monien mielestä kysymyksessä on kaksi kilpailevaa järjestelmää. Vaikka sairausvakuutusjärjestelmä tuli voimaan ennen kuin kansanterveysjärjestelmä monet näkevät ongelmien ratkaisuksi sen, että sairausvakuutuskorvausten maksaminen yksityisen terveydenhuollon palveluksista lopetetaan. Keskustelun kiivaudesta huolimatta järjestelmien välistä suhdetta on tieteellisellä tasolla tutkittu hyvin vähän. Esimerkiksi sairaanhoitovakuutuksen merkitys yksittäisen kansalaisen näkökulmasta on jäänyt vailla tutkittua tietoa. Kuitenkin alun perin kansanterveyslakia säädettäessä sairausvakuutusrahoja haluttiin suunnata kunnille tukemaan kansanterveislain mukaisten tehtävien suorittamista. Varsinainen kaksikanavaisuus syntyi vasta sen jälkeen, kun tämä rahoitustapa lopetettiin 1980-luvulla.

5.2. Sairausvakuutuskorvauksen maksamisesta kunnalle

Sairausvakuutusjärjestelmän tullessa voimaan lääkärinpalkkioiden korvaamisen osalta vuonna 1967 valmistelutyö kansanterveislain voimaan saattamiseksi oli jo pitkällä. Kansanterveislain valmistelussa olleet henkilöt poikkesivat taustoiltaan sairausvakuutusjärjestelmää valmistelleista. Kansanterveyslakia valmisteltaessa juuri kiinnitetty huomiota sairausvakuutusjärjestelmään, kuten edellä on todettu. Sairausvakuutus- ja kansanterveysjärjestelmällä oli kuitenkin pitkälti samanlaiset tavoitteet. Sairausvakuutuksen tavoitteena oli sairaudesta johtuneiden menojen

5.6.2003 antamassaan lausunnossa ministeri Mönkäre kaavaili uudenlaista järjestelmää, jossa kunta maksaisi hoitotakuun voimaantulon jälkeen yksityisestä hoidosta sen osuuden, jonka potilas nyt maksaa, eikä potilas hakisi Kela-korvausta. ”Kelan raha kuuluu mielestäni siinä tilanteessa kunnille. Vaikka valtio lisää kuntien valtionosuusrahaa terveydenhuoltoon, tarvitaan jokainen lisäeuro, jotta terveyskeskukset saadaan kuntoon”. Mönkäre piti Kelan korvausta yksityislääkärin hoidosta nykyisellään sosiaalisesti ja alueellisesti epäoikeudenmukaisena ja kalliina sekä päällekkäisenä kunnalliselle terveydenhuollolle. Vuoteen 2006 mennessä ei ministeriö ole kuitenkaan ryhtynyt toimiin korvausjärjestelmän uudistamiseksi, vaikka hoitotakuu tuli voimaan 1.3.2005.

Myös terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori Martti Kekomäki otti kantaa sairaanhoitovakuutukseen Helsingin Sanomien mielipidepalstalla 16.6.2003 otsikolla ”Kela on osa isompaa terveydenhuollon rahoitusongelmaa”. Kirjoituksessa Kekomäki totesi mm. että ”Kelan maksama yksityissektorin tuki, 120 miljoonaa euroa, on marginaalinen osa koko järjestelmän käyttämästä rahasta. Se on silti kaikkein regressiivisin osa, sillä sen rahavirta suuntautuu sairaammilta terveemmille, köyhiltä rikkaille. Tätä asiaa ei muuta toiseksi se, että osa vähävaraisestakin väestöstä käyttää joskus yksityispalveluita”. Myöhemmin samassa kirjoituksessa Kekomäki toteaa, että ”kysymys on siitä, miksi väestön valtaosan pitää osallistua maksutalkoisiin, vaikka se ei minkään tilaston mukaan käytä näitä palveluita joko niiden saavutettavuusongelmien taikka liian korkeiden omavastuiden takia”. Kekomäen mukaan ongelma on ratkaistavissa helposti. ”Kuka tahansa Kelan korvauksia haluava saisi merkitä veroilmoitukseensa rastin, jolla hän ilmaisisi haluavansa maksaa myös yksityissektorin korvauksiin oikeuttavat vakuutusmaksut”.

kohtuullistaminen. Järjestelmällä pyrittiin lääkäripalvelusten käytön lisäämiseen erityisesti niiden kansalaisryhmien kohdalla, joilla siihen asti oli ollut palvelusten alikäyttöä joko taloudellisista syistä tai asuinpaikasta johtuen. Kansanterveyslakia valmisteltaessa tavoitteeksi asetettiin palvelujen saatavuuden ja käytön lisääminen erityisesti niillä alueilla ja tuloluokissa, joissa oli todettu olevan puutteita ja sairastavuus suurin. Ero näiden kahden järjestelmän välillä on siinä, että sairausvakuutus keskittyy palveluista maksettaviin korvauksiin kun taas kansanterveysjärjestelmällä on pyritty lisäämään palvelutarjontaa perustamalla terveyskeskuksia.

Kansanterveyslakia säädettäessä päädyttiin siihen, että rahoituksellisesti järjestelmien tuli tukea toisiaan ja myös sairausvakuutusvarojen tukea sitä palvelujen lisäämispyrkimystä, johon kansanterveysjärjestelmällä pyrittiin. Siksi terveyskeskusten lääkäripalveluja alettiin korvata kunnille sairausvakuutusrahastosta muuttamalla sairausvakuutuslakia niin, että terveyskeskuksen lääkäripalvelujen kustannuksiin alettiin maksaa sairausvakuutuskorvausta. Kunnalle tuleva korvaus määräytyi kuitenkin eri perustein kuin vakuutetulle ja syy tähän erilaisuuteen oli terveyskeskusten perustamista ja ylläpitämistä varten ehdotettu valtionapujärjestelmä. Sairausvakuutuslain 6 §:ssä säädettyä tarpeellisuusperiaatetta, 7-11 §:ssä mainittuja sairaanhoitokustannusten korvauserusteita ja 24 ja 27 a §:iin sisältyviä rajoitussäännöksiä ei sovellettu kunnalle maksettavasta korvauksesta päätettäessä, sillä kysymys ei ollut yksilökohtaiseen harkintaan perustuvasta korvauksesta vaan eräänlaisesta sairausvakuutusrahaston tukirahasta terveyskeskustoimintaan. Tuen suuruus määräytyi hyväksytyin taksan suuruudesta ja terveyskeskuksessa annettujen palvelusten volyyminä.

Uusi tukijärjestelmä toteutettiin sairausvakuutuslain 11 a §:n muutosesityksellä. Sen mukaan kunta oli oikeutettu saamaan korvausta sairausvakuutuksesta kansanterveyslain 14 §:n 1 momentissa tarkoitettujen velvollisuuksien toteuttamiseksi terveyskeskuksen toimesta annetusta sairaanhoidosta ja järjestetystä sairaankuljetuksesta.¹⁶⁹ Muutosesityksen perusteluksi esitettiin, että terveyskeskuksen palvelukset on tarkoitus tehdä maksuttomiksi ja korvauksen suorittamisella suoraan kunnalle yksinkertaisti sairausvakuutuksen korvaustointa.. Kunta olisi esityksen mukaan oikeutettu saamaan korvausta sairausvakuutuksesta terveyskeskuksen toimesta annetusta sairausvakuutuslain 5 §:ssä tarkoitettua sairaanhoidosta ja siellä järjestetystä

¹⁶⁹ Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1971 valtiopäivät n:o 99

sairaankuljetuksesta.¹⁷⁰ Tarkoituksensa oli ohjata sairausvakuutuksen varoja kunnallisten terveyskeskusten kehittämiseen ja palvelusten tarjonnan alueellisen epätasaisuuden korjaamiseen.

Eduskunnan sosiaalivaliokunta kannatti ehdotettua sairausvakuutuslain muutosta¹⁷¹. Valiokunta kuitenkin totesi, että jos kunta järjestää asukkailleen parempia etuuksia kuin mihin kansanterveystyötä koskeva laki vähimmäisvaatimuksena velvoittaa, kunnalle ei tule suorittaa sairausvakuutuslain mukaista korvausta. Eduskunta hyväksyi valiokunnan mietinnön ja sairausvakuutuslain 11 a § tuli voimaan 1 päivänä huhtikuuta 1972.¹⁷² Tämän seurauksena kunnalle alettiin korvata sairausvakuutuksesta terveyskeskuksen sairaanhoitopalveluja sikäli kuin ne olivat lain vaatimia yleislääkäritasoisia tutkimuksia ja hoitoja. Saamansa korvauksen lisäksi kunta saattoi periä terveyskeskuksen potilaalta maksun. Korvaustaksan mukaisesta määrästä tuli vähentää potilaalta peritty maksu. Suuri muutos oli potilaan kannalta se, että vakuutetulle ei enää suoritettu sairausvakuutuskorvausta terveyskeskuspalvelujen maksuista, vaikka aiemmin kunnanlääkärille maksetusta palkkiosta korvaus oli suoritettu. Kunnalle määrättyjen korvausten taksojen perusteet vahvistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä samalla tavoin kuin vakuutetuille maksettavien korvausten taksat. Kunnan tuli kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun tutkimus oli suoritettu tai hoito annettu, tehdä sairausvakuutustoimikunnalle tilitys korvauksen saamiseksi.¹⁷³

Määrällisesti kuntien sairausvakuutusrahastosta saamat korvaukset eivät olleet huomattavia. Esimerkiksi vuoden 1978 tilastojen mukaan sairausvakuutuskorvaukset kattoivat vain noin 9 prosenttia terveyskeskuksen menoista. Kaikista avohoidon

¹⁷⁰ Sairausvakuutuslain 5 §:n korvauksiin kuuluivat sekä lääkärin antama hoito, lääkärin suorittama mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi tarpeellinen tutkimus sekä lääkärin määräämä laboratorio- tai röntgentutkimus.

¹⁷¹ Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksen johdosta laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta, vuoden 1971 valtiopäivät.

¹⁷² Hyväksytyin 11 a §:n täsmällinen sanamuoto oli: ”(1 mom.) Edellä 5 §:ssä tarkoitetun terveyskeskuksen toimesta kansanterveyslain 14 §:n 1 momentissa mainittujen velvollisuuksien toteuttamiseksi annetun sairaanhoidon ja järjestetyn sairaankuljetuksen kustannuksista korvataan kunnalle vahvistetun taksan mukainen määrä tai, jos vakuutetulta saadaan sen mukaan kuin erikseen säädetään periä maksu, taksan mukaisen ja mainitun määrän erotus. Vastaavasti korvataan terveyskeskuksen toimesta 17 vuotta täyttäneelle vakuutetulle annetun hampaiden tutkimuksen ja hoidon kustannukset. (2 mom.) Tämän lain nojalla ei suoriteta vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta määrästä eikä kunnalle sellaisesta hoidosta tai tutkimuksesta, joka muun kuin kansanterveyslain nojalla on vakuutetulle maksettu.

¹⁷³ Kunnat ilmoittivat tilitystä varten tarvittavat tiedot 1.4.1972–31.12.1976 välisenä aikana terveyskeskuksissa jokaisesta vakuutetun käynnistä täytetyillä vakuutettukohtaisilla lomakkeilla. Terveyskeskusten tilitysmenetely uudistettiin 1.1.1977 alkaen niin että luovuttiin vakuutettukohtaisen lomakkeen täyttämistä. Tilitystä varten tarvittavien yksityiskohtaisten tietojen kerääminen jäi tällöin kuntien tehtäväksi.

kustannuksista sairausvakuutuksen osuus oli 15 prosenttia, kuntien osuuden ollessa 34 ja valtion 41 prosenttia. Potilaiden oma osuus oli 7 prosenttia, joten kansanterveystalouden sääntämisen jälkeen rahoituksen painopiste siirtyi selvästi kuntien ja valtion vastuulle ja sairausvakuutuksen osuus jäi melko pieneksi.¹⁷⁴

5.3. Rahoituspolkujen eriytyminen

Sairausvakuutusrahaston osallistuminen kunnan kansanterveyspalvelujen rahoittamiseen osoittautui lyhytaikaiseksi ratkaisuksi. Tämä ehkä ainakin osittain siitä, että sairausvakuutus kattoi vain pienen osan terveyskeskusten menoista, eli 9–10 prosenttia ja valtaosa katettiin kuntien verotuloilla sekä valtionosuuksilla. Järjestelmä olisi kuitenkin voinut jatkua pitkäänkin ilman työtulovakuutuksen uudistuksen aiheuttamaa huomattavaa lisäystä sairausvakuutusrahaston menoihin. Hallitus esitti vuonna 1981¹⁷⁵ sairausvakuutuslain 11 a §:n kumoamista, koska SOVE-uudistuksessa päivä- ja äitiysrahan tasoa korotettiin vastaamaan todellista ansionmenetystä, mikä toi mukanaan päivärahamenojen huomattavan lisääntymisen samalla kun ne muuttuivat veronalaiseksi tuloksi.¹⁷⁶ Eduskuntakäsittelyssä päähuomio kiinnittyi päivä- ja äitiysrahoihin ja ehdotukseen sisältynyt sairaanhoitokorvauksien poistaminen kunnilta jäi vaille huomiota. Osin syynä saattoi olla sekin, että hallituksen esityksessä SVL 11 a §:n kumoamista ja korvauksen poistamista kunnilta ei lainkaan perusteltu. Sosiaalivaliokunta katsoi lausunnossaan, että sairaankuljetuksen korvauksen poistaminen ei ollut oikein, mutta multa osin ei lausunnossa otettu kantaa korvausten poistamiseen.¹⁷⁷ Taustalla saattoi olla se, että esityksellä kunnilta pois jäävää rahamäärää oli tarkoitus kompensoida lisätyillä valtionosuuksilla.¹⁷⁸ Eduskunta ei kuitenkaan kokonaan kumonnut 11 a §:ää, vaan pykälä jäi voimaan muutetussa

¹⁷⁴ Sairausvakuutus 15 vuotta, Sosiaalivakuutus-lehti nro 2/1980, s. 45.

¹⁷⁵ Vuonna 1968 sosiaaliturva tuli tulopoliittikan osaksi ja käyttöön tulivat keskitettyjen ratkaisujen ”sosiaalipaketit”. Tulopoliittinen neuvottelujärjestelmän kehittyminen merkitsi sitä, että sosiaaliturvaa alettiin kehittää osana tulopoliittisia ratkaisuja. Tätä kautta toteutui kaksi suurta uudistusta: työterveyshuollon lakisäätöistäminen 1970-luvun lopulla ja sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen muutos (ns. SOVE-ratkaisu) vuonna 1981. Varsinaiseen terveydenhuoltoon tulopoliittisilla kokonaisratkaisuilla on ollut työterveyshuoltoa lukuun ottamatta vähemmän vaikutusta, koska kokonaisratkaisuihin liittyvät sosiaalipaketit keskittyivät toimeentuloturvaan liittyvien etuuksien kehittämiseen. (Ks. Niemelä ja Salminen 2003, s. 13–14)

¹⁷⁶ HE 54/81, s. 2–5.

¹⁷⁷ Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 12, vuoden 1981 valtiopäivät, s. 5.

¹⁷⁸ Kuntien sairausvakuutuskorvausten poistaminen mainitaan edustaja *Irma Rosnellin* vastalauseessa, joka sisältyy valtiovarainvaliokunnan lausuntoon sosiaalivaliokunnalle. Rosnell toteaa vastalauseessaan mm. että ”Hallituksen esityksen mukaan sairausvakuutuslain ja siihen liittyvien lakien uudistusten kautta kunnat saivat jonkin verran tuloja tästä uudistuksesta. Kun kuitenkin samaan aikaan ehdotetaan ensi alkuun vähennettäväksi ja myöhemmässä vaiheessa kokonaan poistettavaksi kuntien oikeus saada korvausta terveyskeskusmenoihinsa ja sairaankuljetuksiinsa, merkitsee tämä sitä, että kuntien tulot toisaalta pienenevät”. (Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan lausunto n:o 10 sosiaalivaliokunnalle 15 päivänä toukokuuta 1981.)

muodossa¹⁷⁹. Sen mukaan päivärahaudistuksen siirtymäkaudella kansaneläkelaitoksen terveyskeskuksille sairaanhoidosta maksamia korvauksia alennettiin siten, että korvaukset uudistuksen voimaantulon jälkeisen kolmen vuoden aikana olivat 26 prosenttia ja seuraavien neljän vuoden aikana 12 prosenttia aikaisemmin määräytyneistä korvauksista. Vuoden 1988 jälkeen kunnille maksetut sairausvakuutuskorvaukset olisivat eduskunnan hyväksymän siirtymäsäännöksen mukaan poistuneet kokonaan.

Edellinenkin osoittautui kuitenkin väliaikaisratkaisuksi, sillä SOVE-uudistuksen johdosta annettiin vuonna 1982 toinen hallituksen esitys (HE n:o 178, 1982 vp.), jossa määriteltiin päivä- ja äitiysrahan uudet tasot. Samalla ehdotettiin kokonaan kumottavaksi kunnille maksettavat sairausvakuutuskorvaukset lukuun ottamatta sairaankuljetuksen korvaamista koskevia säännöksiä. Hallitus perusteli esitystä valtiontaloudellisilla syillä, joiden vuoksi korvausten lakkauttamiseen oli päästävä arvioitua nopeammin ja esitti eduskunnan päättämien siirtymäsäännösten kumoamista vuoden 1983 alusta lukien. Sosiaalivaliokunta lausui ehdotuksesta¹⁸⁰, että terveyskeskusten toimesta annetun sairaanhoidon kustannuksiin tulevien korvausten poistaminen merkitsi vuosittain yli 100 miljoonan markan menojen lisäämistä kunnille. Valiokunta ei kuitenkaan asettunut vastustamaan korvausten poistamista.¹⁸¹

Eduskunnan hyväksyttyä esityksen oikeus kunnalle tuleviin korvauksiin sairausvakuutuksesta poistui sairaankuljetusta lukuun ottamatta 1.1.1983. Ajankohta on periaatteellisesti tärkeä, koska siitä lähtien julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoitus alkoi toteutua erillisenä, ”kaksikanavaisena”, mistä on aiheuttanut paljon keskustelua ja myös kritiikkiä.¹⁸² Terveystalouden rahoituksen kannalta täydellisen

¹⁷⁹ Muutetun 11 a §:n sanamuoto oli: ”(1 mom.) Edellä 5 §:ssä tarkoitetun terveyskeskuksen toimesta kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 3 kohdassa mainitun velvollisuuden toteuttamiseksi järjestetyn sairaankuljetuksen kustannuksista korvataan kunnalle vahvistetun taksan mukainen määrä tai, jos vakuutetulta saadaan sen mukaan kuin erikseen säädetään, peria maksu, taksan mukaisen ja mainitun määrän erotus. Tämän lain nojalla ei suoriteta vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskukselle sairaankuljetuksesta maksamasta määrästä.(2 mom.) Tämän lain nojalla ei suoriteta vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskukselle sairaanhoidosta maksamasta määrästä eikä kunnalle sellaisesta sairaankuljetuksesta, joka muun kuin kansanterveyslain nojalla on vakuutetulle maksutonta.

¹⁸⁰ Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 33 hallituksen esityksen johdosta laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1982 valtiopäivät, s. 2.

¹⁸¹ Valiokunnan jäsen, edustaja *Marjatta Stenius-Kaukonen* vastalauseessaan totesi, että sairausvakuutuksen korvausten poistaminen terveyskeskuksilta merkitsee kunnille 102 miljoonan menetystä. Tämä aiheutti Stenius-Kaukonen mukaan huomattavia vaikeuksia köyhien kuntien taloudelle. Siksi terveyskeskuskorvaukset olisi hänen mukaansa tullut säilyttää.

¹⁸² Tehdyn muutoksen taustasyynä saattaa olla 1970-luvulla tapahtunut käänne Suomen taloudessa. Toisen maailmansodan jälkeinen yhtäjaksoinen talouskasvu päättyi OECD-maissa vuosien 1973 ja 1979 öljykriiseihin. Suomeen taloustaantuma vaikutti myöhemmin kuin muihin OECD-maihin, ja talouskasvu oli pysähdyksissä vuosina 1975–1977. Taantuma merkitsi Suomen talouspolitiikassa suunnanmuutosta, ja

kaksikanavaisuuden alkaminen vuonna 1983 merkitsee epäilemättä kriittistä käännekohtaa, jonka jälkeen rahoituspolut lopullisesti eriytyivät eivätkä ole vuoteen 2006 mennessä risteytyneet.

Vuonna 1983 alkaneen täydellisen kaksikanavaisuuden vaikutuksia arvioitiin ensimmäisen kerran 1980-luvun lopulla. Tuolloin tutkittiin, mitä oli tapahtunut sen jälkeen kun kaksikanavaisuuden alettua ja päädyttiin johtopäätökseen, jonka mukaan sairausvakuutuslaki ja kansanterveyslaki ohjaavat avosairaanhoidon lääkärinpalvelujen käyttöä eri tavoin eri kunnissa ja kunnan koko on tässä suhteessa tärkeä tekijä. Kaupungeissa suuri osa väestön avosairaanhoidon palveluiden käytöstä oli rahoitusuudistuksen jälkeen suuntautunut muualle kuin terveyskeskuslääkäreille. Suuntautumista oli tapahtunut erityisesti yksityisten lääkäriasemien ja työterveyshuollon suuntaan. Sen sijaan pienemmillä paikkakunnilla ja maalaiskunnissa terveyskeskuskäynnit olivat jatkuneet samaan tapaan kuin ennen uudistusta. Jakauma oli kuitenkin melkoisen laaja, sillä terveyskeskukset antoivat 1980-luvun lopulla avosairaanhoidon palveluista 30–40 prosenttia ja sairaalapoliklinikat 10–20 prosenttia. Samaan aikaan työpaikkasairaanhoido kattoi 20–30 prosenttiin ja yksityiset palvelut peräti 30–40 prosenttia avopalvelujen kokonaisuudesta.¹⁸³

5.4. Työterveyshuoltojärjestelmän vaikutus järjestelmien väliseen vuorovaikutukseen

Työpaikkaterveydenhuollon juuret sijoittuvat 1800-luvun puoliväliin, jolloin tehtaiden lääkärit vastasivat suurimpien tehdasyhdyskuntien väestön terveydenhuollosta. Teollisuuslaitokset alkoivat huolehtia työntekijöiden ja heidän perheidensä terveyden- ja sairaanhoidosta osana työsuhteen ehtoja ja eräät teollisuuslaitokset pitivät yllä jopa omia sairaaloita. Tämä oli kuitenkin poikkeus ja pääosin työterveyshuolto käsitti ensiapua ja

vuodesta 1977 alkaen valtio alkoi tukea yritysten kilpailukykyä elvytystoimin. (Niemelä ja Salminen 2003 s. 14). Näin vuoden 1981 SOVE-uudistusta tehtäessä oli vähemmän rahaa käytettävissä kuin olisi ollut ilman edellisellä vuosikymmenellä koettuja talouskriisejä.

¹⁸³ Haatanen, Suonoja, 1992, s. 533. Luvut kuvaavat siis tilannetta 1980-luvun lopulla, eli noin viisi–kuusi vuotta kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän alkamisen jälkeen. Yksityisillä palveluilla oli huomattava osuus avosairaanhoidon käyntien kokonaisuudesta, vaikka terveyskeskusjärjestelmä oli tuohon ajankohtaan mennessä jo melko valmis.

yleistä avoterveydenhuoltoa. Työterveyshuolto kehittyi asteittain sairausvakuutuslain rinnalla, joskin kehittyminen tapahtui käytännössä ilman selvää lakisääteistä pohjaa.¹⁸⁴

Sairausvakuutuksen voimaan tulo muutti työterveyshuollon luonteen laajentaen sen soveltamisalan teollisuuslaitosten ulkopuolelle, koska sairausvakuutuksesta alettiin vuonna 1964 korvata työnantajan järjestämän sairaanhoidon kustannuksia osana sairausvakuutuksen toimeenpanoa. Vuonna 1969 järjestelmää laajennettiin ja korvauksen piiriin hyväksyttiin myös ehkäisevä työterveyshuolto. Järjestelmä oli kuitenkin vielä hajanainen ja sen asema terveydenhuollon kokonaisuudessa epäselvä. Ratkaiseva sysäys kohti nykyisen kaltaista työterveydenhuoltoa tapahtuikin vasta vuonna 1971, kun työmarkkinaosapuolten välisellä sopimuksella sovittiin työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä.

Työmarkkinasopimuksen teko vuonna 1971 merkitsi työterveyshuollon järjestelmällisen kehittämistyön alkamista. Sopimuksen teon jälkeen kaksi sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa työryhmää selvitti järjestelmän vakiinnuttamismahdollisuuksia.¹⁸⁵ Yksimielisyyttä järjestelmän toteuttamisen yksityiskohdista ei kuitenkaan tahtonut löytyä ja eräs keskeinen erimielisyyttä aiheuttanut kysymys koski yksityistä terveydenhuoltoa. Tulisiko yksityisten terveysasemien toimesta tuotetut työterveyshuoltopalvelut hyväksyä julkisin varoin korvattavan työterveyshuollon piiriin ja tulisiko yrittäjien ja muiden omaa työtään tekevien saada myös työterveyshuoltopalveluja. Näistä kiistakysymyksistä oli vaikea päästä yksimielisyyteen ja työterveyshuoltoa koskevan lain valmisteluun kului useita vuosia. Laki valmisteltiin tammikuussa 1978 hallituksen päätettyä elvyttää työelämää uhkaavan laman torjumiseksi.¹⁸⁶ Tätä varten asetettiin työterveyshuoltotoimikunta, joka vajaan kuukauden työskenneltyään jätti esityksen hallituksen esitykseksi Eduskunnalle työterveyshuoltoa koskevaksi lainsäädännöksi¹⁸⁷. Hallitus vei esityksen eduskuntaan ja uusi laki tuli voimaan vuonna 1979 (743/78). Uudessa laissa todettiin työterveyshuollon keskeisenä periaatteena olevan työperäisten terveysvaarojen ehkäisy parantamalla työolosuhteita ja poistamalla työn ja työolosuhteiden terveydelliset vaarat. Laki velvoitti

¹⁸⁴ Ks. työterveyshuollon alkuaajoista: 30 vuotta työterveyshuollon terveyttä edistävän toiminnan korvaamista s. 1–3 ja STM 1989 s. 4-9

¹⁸⁵ Työterveyshuoltotyöryhmän muistio 1976: STM 9 ja Työterveyshuoltotyöryhmän mietintö 1978:STM 7.

¹⁸⁶ Ks. lain syntyvaiheista professori Jorma Rantasen juhlapuheenvuoro ”Työterveyshuoltolaki 20-vuotta juhlaseminaari”, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:3.

¹⁸⁷ Työterveyshuoltotoimikunnan 1978 mietintö, Komiteamietintö 1978:4.

työnantajaa järjestämään kustannuksellaan työterveyshuollon palveluksessaan oleville työntekijöille. Lakisääteistämisen perustarkoituksena oli saattaa toiminta kattamaan kaikki työpaikat ja työntekijät ja taata palvelujen tasapuolinen saanti. Lakia säädettäessä pidettiin välttämättömänä mahdollistaa sairaanhoidon toteuttaminen yhdessä työterveyshuollon kanssa. Keskeisenä perusteluna pidettiin sitä, että sairaanhoito on tärkeä keino työperäisten terveyshaittojen havaitsemisessa. Työolojen tuntemuksella on tärkeä sijansa myös sairauksien hoidossa ja työkyvyn arvioinnissa ja kuntoutukseen ohjaamisessa.

Lakiesityksen tultua valmiiksi erityinen työterveyshuoltotyöryhmä 1978 valmisti alemmanasteisia säännöksiä, joita lain toteuttaminen edellytti. Alemman asteisia säännöksiä tarvittiin, koska työterveyshuoltolaki oli puitelaki, jonka toteuttaminen vaati tarkempaa sääntelyä.¹⁸⁸ Tuohon ajankohtaan mennessä oli kuitenkin jo päästy yksimielisyyteen siitä, että työterveyshuoltopalvelujen antamisessa voitiin toimia monella vaihtoehtoisella tavalla. Korvausten myöntämisestä yksityisten lääkäriasemien antamista työterveyspalveluista oli päästy yksimielisyyteen ja näin ollen työterveyshuoltoa voitiin toteuttaa pääsääntöisesti kolmea eri vaihtoehtoa hyväksi käyttäen. Näitä olivat kansanterveystyö, työnantajan itse palkkaama terveydenhoitohenkilöstö sekä työnantajan oma työterveysyksikkö. Työryhmän mietinnössä todettiin, että kolmannessa vaihtoehdossa työnantajien yhteisten työterveysasemien, yksityisten lääkärikeskusten tai yksityisten päätoimisten lääkäreiden ja muun tarvittavan terveydenhuoltohenkilöstön käyttö oli mahdollista.¹⁸⁹

Näin siis oli syntynyt uusi palvelumuoto, joka voitiin toteuttaa joko julkista tai yksityistä palvelujärjestelmää hyväksi käyttäen ja joka rahoitettiin kokonaan sairausvakuutusrahastosta. Vuonna 1979 tapahtunut työterveyshuoltojärjestelmän lakisääteistäminen merkitsi myös uutta näkökulmaa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen. Työterveyshuolto asettui tavallaan julkisen ja yksityisen palveluntuotannon väliin tunnustaen molempien merkityksen ja aseman. Lisäksi on huomattava, että vaikka sairausvakuutuskorvaus terveyskeskuksille lopetettiin työterveyshuoltolainsäädännön hyväksymisen jälkeen vuonna 1983, jatkettiin

¹⁸⁸ Alemman asteisina säädöksinä annettiin valtioneuvoston päätökset 1009/78 ja 1010/78.

¹⁸⁹ Ks. KHO 1993 A 31: Yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottamista koskevaa hakemusta ei voitu hylätä sillä perusteella, että toimipisteessä työskenteli vain yksi terveydenhuollon palveluja tuottavaan yhtiöön työsuhteessa oleva henkilö. Työterveyshuoltolain 2 §:n mukaisten palvelujen osalta hakemus voitiin kuitenkin hylätä sillä perusteella, että toimipisteen henkilökunta ei ollut saanut työterveyshuollon koulutusta eikä sillä ollut myöskään siitä kokemusta.

tämän jälkeenkin työterveyshuollon korvaamista myös terveyskeskuksen antamana. Kaikki yhteys terveyskeskuksen ja sairausvakuutuksen välillä ei siis katkennutkaan vuonna 1983.

Työterveyshuollon rahoitusrakenne on omalaatuinen paitsi siksi, että julkisen vallan osuus kustannuksista maksetaan sairausvakuutusrahastosta, myös siksi, että työnantajat joutuvat osallistumaan järjestelmän kustannuksiin huomattavalla panoksella. Työnantajan järjestämän työterveyshuollon korvaamiseen maksetaan sairausvakuutusrahastosta aiemmin 60 % (myöhemmin 55 % ja 1.1.2006 saakka 50 % sen jälkeen ehkäisevästä sairaanhoidosta 60 ja muusta sairaanhoidosta 50 %) lakisääteisen työterveyshuollon ja muun terveyshuollon kohtuullisista ja tarpeellisista kustannuksista. Sama korvaus maksetaan myös yrittäjälle ja omaa työtään tekevälle silloin kun nämä järjestävät työterveyshuollon itselleen.

Työterveyshuollon keskeinen tavoite on ennalta ehkäisy¹⁹⁰ ja siksi pakollisesti järjestettävä työterveyshuolto on rajautunut melko kapealle terveydenhuollon alueelle. Varsinaisen sairaanhoidon järjestäminen työntekijälle on myös korvattavaa toimintaa, mutta sen järjestäminen jäi alusta alkaen työnantajan vapaaehtoiseksi toiminnaksi. Näin oli ollut ennen lain voimaantuloakin. Työnantajan päättäessä tarjota työntekijöilleen myös sairaanhoidon palveluja osana työterveyshuoltoa hänellä oli mahdollisuus valita julkisen tai yksityisen palvelun tuottajan välillä. Molempien antamasta hoidosta oli mahdollisuus saada korvausta sairausvakuutusrahastosta. Osin tämän seurauksena lain voimaan tultua monen yksityisen lääkäriaseman toiminta alkoi yhä enemmän suuntautua työterveyshuollon palvelujen tarjoamiseen. Tosin suuret työnantajat toteuttivat usein työterveyshuollon perustamalla yritykseen oman työterveyshuoltoyksikön.

Työterveyshuollon järjestäminen herättää kysymyksen, miksi jo 1970 -luvun loppupuolella luovuttiin niistä peruseriaateista, jotka vallitsivat kansanterveyslakia valmisteltaessa ja säädettäessä? Eräänä syynä saattavat olla ne henkilöt ja tahot, jotka valmistelivat työterveyshuollon lakisääteistämistä. Työterveyshuoltoa lakisääteistettäessä työmarkkinajärjestöjen rooli oli huomattava ja heidän mielipiteensä heijastui myös lopputulokseen. Nämä mielipiteet poikkesivat aiemmasta 1970-luvun

¹⁹⁰ Ehkäisevää toimintaa ovat mm. työpaikkaselvityksen tekeminen, pakolliset terveystarkastukset työntekijän tullessa työhön, tiedon jakaminen työssä olevista terveyden vaaroista jne.

terveyspoliittisesta linjasta ja siksi myös lopputulos poikkesi aiemmasta ”yleisesti linjasta”. Kansanterveyslakia valmisteltaessa työmarkkinajärjestöillä ei ollut merkittävää roolia valmistelijana ja taustavaikuttajana, vaan painotus ja vaikutusvalta oli kuntien edustajilla. Kuntainstituution vaikutus on epäilemättä vaikuttanut ratkaisevasti kansanterveysjärjestelmän kuntakeskeisyyteen, mutta työmarkkinajärjestöjen ja kuntien muodostamat instituutiot toimivat niin kaukana toisistaan, että yhdensuuntaisia linjauksia on vaikea löytää. Työterveyshuollon valmistelijat halusivat jättää päätösvallan palvelun järjestämistavasta työnantajalle eikä tätä päätösvaltaa haluttu rajoittaa palvelujen järjestämistavan suhteen. Työnantajalle jätetty valinnanvapaus oli perusteltu jo senkin vuoksi, että puolet sairaanhoidon kustannuksista jäi työnantajan itsensä maksettavaksi.

6. VERTAILU: KEHITYS USA:SSA 1800-LUVULTA 1980-LUVULLE

USA:ssa 1910-luvulla pakollinen sairausvakuutus tuli tärkeäksi poliittiseksi keskustelunaiheeksi. Uudistukseen ei kuitenkaan päästy, koska tuolloin voimakas uudistuspuolue, joka ajoi uudistusta, hävisi poliittiselta kartalta. Vaalijärjestelmä USA:ssa suosii vain kahta suurinta puoluetta. Myös ammattiyhdistysliike ajoi voimakkaasti pakollista vakuutusta, kun taas työnantajat ja lääkärijärjestöt asettuivat voimakkaasti vastustamaan. Lääkäreiden vastustus pakollista sairausvakuutusta kohtaan pysyi jyrkkänä koko jakson, koska he katsoivat, ettei julkinen valta saanut tulla potilaan ja lääkärin väliin eikä määrätä heidän palkkioistaan. Samalla terveydenhuolto kulki yksityistä polkua. Valtiollisten sairaaloiden määrä oli vähäinen verrattuna yksityisiin sairaaloihin. Yhdysvaltain lääkärijärjestö (AMA) vastusti ensin jopa yksityisiä sairausvakuutuksia, mutta sittemmin luopui tältä osin vastustuksesta. Suuren laman aikana 1930-luvulla presidentti Roosevelt toteutti sosiaaliturvan uudistuksen ja tässä vaiheessa harkittiin myös julkista sairausvakuutusta. Harkinnasta luovuttiin kuitenkin, koska AMA protestoi jo asian harkintaakin. AMA:n protesti pelotti kansanedustajat ja pakollisen vakuutuksen harkinta siirtyi myöhemmäksi. Suuri lama ei luonut riittävää mahdollisuutta uudistuksen läpimenoille.

Suurta lamaa seuraavana kolmena vuosikymmenenä (1940–1970) kolme tekijää vaikutti tulevaan kehitykseen; politiikassa konservatiivinen koalitio (etelän demokraatit ja republikaanit), lääkärijärjestöt ja uudistusta vaativa yhteenliittymä. Toinen

maailmansota johti hallituksen terveysohjelman luomiseen sotilashenkilöille ja heidän perheilleen. Samalla suuren yleisön kannatus pakollista sairausvakuutusta kohtaan nousi. Sodan vuoksi oli työvoimapulaa ja siksi hallitus salli työnantajien tarjota myös terveystalvakuutuksia osana sellaisia työsuhde-etuja, joita palkkasäännöstely ei koskenut. Tällöin syntyivät yksityiset, työnantajien maksamat sairaalavakuutusmarkkinat. Suuri osa työssäkävivistä kansalaisista ja heidän perheistään sai sairausvakuutuksen työnantajansa kautta ja kehitys jatkui sodan päätyttyä samaa polkua seuraten. USA:sta alkoi kehittyä ”yksityisyyteen perustuva hyvinvointivaltio”. Sodan jälkeen presidentti Truman esitti kuitenkin pakollisen sairausvakuutuksen omaksumista, mutta konservatiivinen koalitio kongressissa torjui sen. Samalla lääkärien etujärjestö AMA organisoiti jättimäisen kampanjan ”sosialistista” ehdotusta vastaan. Epäonnistumisen taustalla oli tuolloin myös se, että presidentti Truman esitti pakollista sairausvakuutusta aikana, jolloin kongressi oli kiihtyvällä vauhdilla institutionalisoitumassa mm. senioriteetin merkityksen kasvaessa. Tällöin toiminta kongressissa hidastui aiemmasta ja valiokuntien valta kasvoi. Presidentillä ei ollut keinoja vaikuttaa kongressin koostumukseen ja asenteisiin eikä sairausvakuutusjärjestelmää saatu toteutetuksi.

Terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä kuitenkin säädettiin USA:ssa toisen maailmansodan jälkeen. Kongressi hyväksyi vuonna 1946 sairaaloiden rakentamista koskevan lain. Varoja myös suunnattiin lääketieteen tutkimukseen. Sekä konservatiiviset senaattorit että lääketieteelliset kannattivat näitä aloitteita, koska rakennettavat sairaalat olivat yksityisiä. Vähitellen yksityisten sairausvakuutusten lisääntyminen heikensi yleisön painostusta universaalisen ohjelman suuntaan ja mielenkiinto kääntyi niihin terveystalvakuutuksiin, joita työnantajat järjestivät osana työsuhdetta. Asian ympärille kertyi näin paljon tekijöitä, jotka rajoittivat uudistajien liikkumavapautta. Työväenliike oli turhautuneena luopunut tavoittelemasta universaalista järjestelmää ja keskittynyt työnantajan kautta saatuihin yksityisiin vakuutuksiin, joita kehitettiin osana työehtosopimusneuvotteluita. Kehityksestä jäivät kuitenkin jälkeen työttömät, köyhät, järjestäytymättömät ja eläkeläiset, joihin työnantajan kautta järjestetyt vakuutukset eivät ulottuneet.

Vuonna 1965 mahdollisuus terveydenhuollon uudistamiselle avautui jälleen, kun demokraatit voittivat vaalit ja pohjoisen demokraatit saivat enemmistön etelän demokraateista. Vaaleissa korostuivat vanhusten etuudet ja uudistajat halusivat erityisesti sairaalavakuutusta ikääntyneille, koska sairaalamaksut yksityisissä

sairaaloissa olivat korkeita. Vaalien tuloksen selvittyä tavoitetta kuitenkin laajennettiin kaikkiin lääkäripalveluihin ja samalla tavoiteltiin myös terveyspalveluja köyhille. Uudistukset hyväksyttiin kokoonpanoltaan uudistuneessa kongressissa, joskin monille uudistajalle jäi pettymys siitä, että universaalista, kaikkia koskevaa sairausvakuutusta ei vieläkään saatu aikaan. Uudistuksen yhteydessä korostettiin lääkäreiden itsemääräämisoikeutta niin että ulkopuoliset eivät saa päättää lääketieteellisistä asioista ja lääkäreiden palkkio tuli määräytyä palvelujen antamisen määrän mukaan. Toteutuessaan uudet järjestelmät (Medicaid ja Medicare) olivat kuitenkin kalliita ja ylittivät kustannuksissaan kaikki ennako-odotukset. Tämä johtui ennen kaikkea siitä, että vanhusten terveydenhoito on kalleinta kaikista väestöryhmistä. Osin kalleutensa vuoksi Medicare ja Medicaid eivät myöskään toimineet astinlautana kohti universaalialia, kansallista sairausvakuutusta, vaikka uudistajat olivat sitä toivoneet. Työssäkäyvän väestön vakuutusturva tuli edelleen työnantajan ottaman vakuutuksen kautta.¹⁹¹

1970-luvulla USA:n terveydenhuollon kulut nousivat niin paljon, että puhuttiin ”kustannuskriisistä”. Kärsijänä tässä tilanteessa oli terveydenhuollon ammattihenkilökunta. Vastustamalla sairausvakuutusta lääkäreiden etujärjestö AMA oli korostanut lääkäreiden itsenäisyyttä peläten sairausvakuutuksen lisäävän hallituksen kontrollia lääkärikuntaan nähden. 1970-luvulle. Mukaan terveyspalvelujen antamiseen ja rahoittamiseen oli kuitenkin tullut muita toimijoita, kuten vakuutusyhtiöt, lääketeollisuus jne. varsinaisten ammattihenkilöiden ohella. Terveysmenojen noustessa jyrkästi muiden toimijoiden tarve ja halu rajoittaa terveydenhuoltoon meneviä kustannuksia johti ryhmäetukäteismaksuun, eli käytäntöön jota vastaan lääkärikunta oli taistellut vuosikymmeniä. Uusi järjestelmä yhdisti rahoituksen ja terveyspalvelujen antamisen palkkaamalla ryhmän lääkäreitä hoitamaan tietyn alueen tai väestön terveydenhuollon ja maksaen heille palkkaa tai potilaskohtaista maksua. Järjestelmää kutsuttiin terveyspalveluorganisaatioiksi (HMO). Laki HMO:sta hyväksyttiin vuonna 1973. Muutoin tilanne jatkui entisenä yksityiseen aloitteellisuuteen perustuvan

¹⁹¹ Medicare in liittovaltiotasoinen vakuutusohjelma, jonka tukemana kaikki vanhusväestö on sairausvakuutettu. Vuonna 1996 98,9 prosenttia yli 65-vuotiaista oli Medicaren piirissä USA:ssa. Medicaid on osuustoiminnallinen liittovaltio-ohjelma, jolla annetaan terveyspalveluja hyvin köyhille ihmisille. Ohjelman sisältö vaihtelee osavaltioittain. Järjestelmää ei lisäksi ole tarkoitettu kaikille köyhille, vaan järjestelmään pääsyyllä on asetettu tiukat kriteerit. Vuonna 1997 noin 25 prosenttia alle 25 000 dollaria vuodessa ansaitsevista oli järjestelmän piirissä. Medicaid-ohjelma rahoitetaan liittohallituksen ja osavaltioiden varoin, kun taas Medicare rahoitetaan liittovaltion verotuloista (Willborn 1999, s. 67–70 ja 95).

terveydenhoitona ilman että julkinen valta olisi voinut ohjata kehitystä tai kustannuksia.¹⁹²

7. YHTEENVETOA KEHITYKSESTÄ 1800-LUVUSTA VUOTEEN 1983

Suomen terveydenhuollon ja sen rahoituksen alkuaikojen kehitys vuoteen 1938 saakka tapahtui sattumanvaraisesti paikallisiin aloitteisiin perustuen ilman valtakunnallista kokonaissuunnittelua. Valtio pitäytyi vuoden 1869 annetun asetuksen periaatteessa, jonka mukaan kuntien velvollisuutena on sairaanhoidon järjestäminen asukkailleen. Kuitenkin käytännössä kuntien ja erityisesti maalaiskuntien taloudelliset mahdollisuudet asetuksen mukaiseen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden toteuttamiseen olivat heikot. Siksi valtio ”vapaaehtoisesti” osallistui terveystalvelujen järjestämiseen 1800-luvulla perustamalla piirilääkäriin virkoja. Pyrkimyksenä ei kuitenkaan ollut kattava palvelujärjestelmä, vaan hätäratkaisu, jotta alkeellisimmat terveystalvelut olisivat toteutuneet maassamme. Piirilääkäreitä oli maan väkilukuun ja hoidon tarpeeseen nähden aivan liian vähän. Näin ollen tätä valtion ylläpitämää järjestelmää ei voitane pitää edes alkuna maamme terveydenhuollon järjestelmälliselle kehittämislle. Koska piirilääkärien toimenkuva painottui yleiseen terveydenhuoltoon, varsinaiseen yksilökohtaiseen hoitoon jäänyt aika jäi vähäiseksi. Kansa eli käytännössä lähes olemattomien terveystalvelujen varassa aina 1800-luvun lopulle saakka. Kaupungeissa oli tosin lääkäreitä, mutta maaseudulla terveystalveluja ei juuri ollut.

Lääkärijärjestelmän ohella myös sairaalalaitos kehittyi sattumanvaraisesti ja vailla keskitettyä suunnittelua. Sairaaloita tosin perustettiin 1800-luvulla osin valtion ja osin kuntien toimesta, mutta niiden laatu ja taso oli hyvin alhainen. Sairaaloidein perustamisen valtio odotti kuntien ”hoitavan lakimääräisen velvollisuutensa”, mutta kun kehitystä ei tapahtunut, valtio oli pakotettu perustamaan sairaaloita. Niiden taso oli kuitenkin hyvin heikko, osin jopa ala-arvoinen. Valtion sairaalat eivät näin ollen toimineet edelläkävijöinä sairaalalaitoksen kehittämislle vielä 1900-luvun alkaessakaan.

Merkillepantavaa Suomen terveydenhuollon varhaisessa kehityksessä 1800-luvulla ja 1900-luvun alkuvuosikymmeninä on valtiovallan silmiinpistävä hitaus ja

¹⁹² Ks. Hacker 2003, s. 179–256.

toimimattomuus niinkin keskeisessä asiassa kuin terveydenhuollon kehittämisessä. Suureksi osaksi tätä toimimattomuutta voidaan selittää taloudellisilla ongelmilla ja ajankohdan poliittisilla mullistuksilla, mutta osin kysymys oli myös asenteista. Suomi jäi kehityksessä kauas jälkeen muista Euroopan vertailukelpoisista maista. Kulkutautien ja sukupuolitautilien torjunnan osalta tosin valtiovalta Suomessakin ryhtyi muuta terveydenhuoltoa määrätietoisempiin toimenpiteisiin.

Vuoden 1869 asetuksen käytännön merkitys jäi autonomian ajalla vähäiseksi kuntien varattomuuden vuoksi. Myös kuntatasolla terveydenhuollon kehitys oli sattumanvaraista, riippuvainen kunkin kunnan taloudellisesta asemasta ja kunnan päättäjien asenteista. Kaupungit toimivat ennen maalaiskuntia, sillä kaupunginlääkäreiden virkoja ja kaupungin sairaaloita perustettiin ensimmäisiä jo 1700-luvulla. Kaupungit joutuivat kuitenkin ilman valtion tukemaan ylläpitämään lääkärin virkoja ja sairaaloita. Maaseudulla lääkäreiden palvelut olivat valtion piirilääkäreiden varassa eikä sairaaloita ollut ja kehitys lähti vähitellen liikkeelle vasta 1880-luvulla. Tuolloin valtio alkoi harkinnanvaraisesti antaa taloudellista tukea kunnanlääkärin virkojen ja kuntien sairastupien perustamiseen, jotta kehitys kuntatasolla lähtisi liikkeelle. Valtion ja kuntien yhteistyön muodot olivat kuitenkin tarkemmin sääntelemättä ja valtionavuista tehtiin erillisiä päätöksiä tapauskohtaisesti. Kunnanlääkärijärjestelmä kehittyi heikosti myös sen vuoksi, että virat olivat määräaikaista eikä jatkosta määräajan jälkeen ollut varmuutta. Vähitellen kuitenkin 1900-luvun alkupuolella kunnanlääkäreiden määrä alkoi lisääntyä ja maalaiskuntiin alettiin perustaa sairaaloitakin.

Kehitys jatkui hitaana ja sattumanvaraisena aina 1930-luvulle saakka. Vasta tuolloin alettiin maassa yleisesti pitää tarpeellisena terveydenhuollon ja sen lainsäädännön kehittämistä. Laki yleisestä lääkärintoimesta velvoitti kunnat perustamaan kunnan- ja kaupunginlääkärin virkoja ja se hyväksyttiin 1938, voimaantulo tapahtui vasta keskellä sotaa vuonna 1943. Tuona vuotena myös kaupunginlääkäreiden palkkaukseen alettiin myöntää valtionapua ja sairaalalaitos alkoi kehittyä järjestelmällisesti ja suunnitelmallisesti keskussairaalain voimaantulon myötä. Keskussairaalalaki merkitsi merkittävää poikkeamista vuonna 1869 alkaneesta terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämispolusta, koska uudessa laissa valtio veloitettiin aktiiviseen toimintaan keskussairaalaverkon rakentamiseksi maahan. Ensimmäistä kertaa valtio Suomessa suostui aktiivisesti kehittämään terveydenhuollon merkittävää osa-aluetta, kun valtiolle

otti vastuun keskussairaaloiden rakentamisesta ja ylläpidosta yhdessä sairaalapiirin kuuluvien kuntien kanssa.

Keskussairaaloiden rakentamishanke toteutettiin vaiheittain 1950–1970-luvulla. Avosairaanhoidossa kunnat hoitivat järjestämisvelvollisuutensa perustamalla ja ylläpitämällä kunnanlääkäriin virkoja. Vuonna 1943 tapahtunut polkujen eriytyminen vuoden 1869 polusta osoittautui kuitenkin väliaikaisratkaisuksi. Myös sairaalalaitoksen osalta palattiin vuoden 1869 polulle vuonna 1965, kun keskussairaaloiden hallinto ja ylläpito luovutettiin kokonaisuudessaan valtiolta sairaalapiirin kuntainliitoille. Valtio vetäytyi keskussairaaloiden hallinnosta siirtyen toiminnan merkittäväksi rahoittajaksi. Valtionosuus sairaaloiden käyttökustannuksista nostettiin samassa yhteydessä 60 prosenttiin

Sairausvakuutusjärjestelmän tavoitteena on lieventää sairauden ja raskauden kansalaisille aiheuttamia kustannuksia. Järjestelmä pyrittiin toteuttamaan maassamme jo 1900-luvun alussa lähinnä palkkatyöntekijöitä koskevana. Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisyritys sai alkunsa sairaskassatoiminnasta. Suuret teollisuuslaitokset olivat perustaneet sairaskassoja työntekijöilleen ja toiminta pyrittiin ulottamaan kaikkia palkkatyöntekijöitä koskevaksi. Palkkatyöntekijöitä laajempaa, kaikkia kansalaisia koskevaa universaalista sairausvakuutusta ei Suomessa tavoiteltu vielä ennen toista maailmansotaa, vaikka ajatuksia tällaisesta universaalista järjestelmästä esitettiinkin. Merkittävin yritys palkkatyöntekijöitä koskevan sairausvakuutuksen aikaan saamiseksi tehtiin 1920-luvun lopulla, jolloin sairausvakuutuslaki palkkatyöntekijöitä koskevana hyväksyttiin eduskunnassa, mutta vaalien jälkeinen uusi eduskunta hylkäsi ehdotuksen. Pääasialliseksi syyksi hylkäämiseen esitettiin pelko väärinkäytöksistä, joista oli tietoa mm. Saksan sairausvakuutusta sovellettaessa. Tämän jälkeen luovuttiin tavoittelemasta sairausvakuutusjärjestelmää ja huomio kehittämistyössä siirtyi kansaneläkejärjestelmän luomiseen.

Toisen maailmansodan jälkeen yritykset sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseksi jatkuivat. Naapurimaat Ruotsi ja Norja toteuttivat kaikkia kansalaisia koskevan sairausvakuutusjärjestelmän jo 1950-luvulla, joten Suomi jäi tältäkin osin jälkeen. Pitkän valmistelun jälkeen hallitus antoi esityksen sairausvakuutuslaiksi eduskunnalle vuonna 1962. Esitys perustui ns. Jylhän komitean ja Mäkelän pikakomitean esityksiin, mutta alkuperäisistä suunnitelmista poiketen julkinen sairaalahoidon jäi

sairaanhoidovakuutuksen ulkopuolelle ja uusi sairausvakuutus kattoi vain avohoidon kustannuksia. Eduskunta hyväksyi sairausvakuutuslain tulemaan voimaan kolmivaiheisena niin että viimeisenä alettiin korvata lääkärinpalkkioita 1.1.1967. Sairausvakuutuksen rahoitus toteutettiin sairausvakuutusmaksulla, jota kerättiin sekä työntekijöiltä ja työnantajilta ja valtio sitoutui korvaamaan sairausvakuutuksen kustannukset neljäsosalla. Tältä osin järjestelmä muuttui pian valtion takuuosuudeksi, jossa valtio takasi sairausvakuutusrahaston maksuvalmiuden.

Jo ennen sairausvakuutuslain voimaan tuloa 1960-luvulla terveydenhuollon palvelujen järjestämisen osalta oli virinnyt ajatus kansanterveyslain toteuttamisesta, jolla pyrittiin parantamaan avohoidon palvelujärjestelmässä ilmenneitä puutteita. Kunnanlääkärijärjestelmä ei enää vastannut ajan vaatimuksia ja tavoitteeksi asetettiin paikallisen perusterveydenhuollon keskittäminen terveyskeskuksesta annettavaksi. Perusterveydenhuollon uudistamista alettiin toteuttaa sen jälkeen kun keskussairaalaverkko oli saatu pääosin rakennetuksi. Valmistelussa nousi esiin poliittisena kysymyksenä vaatimus maksuttomasta terveydenhoidosta käytön esteiden poistamiseksi ja terveydenhuollon tasa-arvon lisäämiseksi. Taustalla olivat ulkomaiset esimerkit, muissa pohjoismaissa terveydenhuolto oli maksutonta. Kansanterveyslaki hyväksyttiin vuonna 1972 ja siihen sisältyi terveyskeskuksesta annettujen palvelujen maksuttomuus, joskin siirtymäajalla vuoteen 1980 mennessä. Terveyskeskuksia ylläpitävät kunnat valtion tukiessa valtionosuuksin. Järjestelmän alkuvaiheessa sairausvakuutusrahastosta maksettiin kunnille korvausta terveyskeskuksessa annettua lääkärinpalveluista ja muusta sairaanhoidosta. Rahoitusjärjestely jäi kuitenkin lyhytaikaiseksi, sillä jo vuonna 1983 sairausvakuutuksesta maksetut korvaukset lopetettiin. Tällöin terveydenhuollon rahoituksessa alkoi ns. kaksikanavaisuus, jonka olemassaolo on herättänyt paljon keskustelua puolesta ja vastaan. Vuoden 1983 jälkeen julkisen terveydenhuollon rahoitus on toteutettu kunnan verovaroin valtionosuuksin tuettuna ja sairausvakuutus on korvannut lähinnä yksityisesti annettua terveydenhoitoa.

Vuoden 1869 asetus avasi polun, jota Suomi on joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta seurannut terveydenhuoltojärjestelmää kehittäessään. Suurin sivuhaara oli vuoden 1943 keskussairaalalaki, jossa valtio otti aktiivisen roolin sairaalalaitoksen kehittämisessä. Tämä sivuhaara palasi kuitenkin pääpolkuun vuonna 1965, kun kuntainliitot saivat keskussairaaloiden ylläpidon ja hallinnon kokonaan vastuulleen. Sairausvakuutusrahastosta tullut rahoitus oli alun perin osa tätä päähaaraa, koska

sairausvakuutuksesta maksettiin kunnanlääkärien perimiä palkkioita, eli tuolloista julkisesti järjestettyä avohoitoa. Kansanterveyslain voimaan tulon jälkeen sairausvakuutus pysyi edelleen pääpolulla, koska kuntien terveyskeskuksissa annettua sairaanhoitoa rahoitettiin myös sairausvakuutusrahoista. Sairausvakuutus kuitenkin eriytyi tästä yhteisestä pohjasta eri poluksi vuonna 1983, kun terveyskeskuspalvelujen rahoittaminen sairausvakuutusvaroista lopetettiin. Työterveyshuolto on lakisääteistämisensä jälkeen vuonna 1979 kulkenut edellisten polkujen välissä ja osittain molempien polkujen reunoilla palvelujen osalta. Koska työterveyshuolto on tavallaan osa sairaanhoitovakuutusta, mutta palvelujärjestelmältään sekä yksityinen että julkinen on vaikea katsoa työterveyshuollon muodostavan aivan omaa polkuaan, vaan järjestelmää sivuaa molempia pääpolkuja. Sen sijaan työterveyshuollon rahoitus kulkee kokonaan vuonna 1983 eriytynyttä sairausvakuutuspolkua.

II Pääjakso: TOIMINTOJEN JA TULKINTOJEN VAKIINTUMISEN KAUSI (1983–2006)

8. JOHDATUS VIIME VUOSIKYMMENIEN KEHITYKSEN TARKASTE- LUUN

1980-luvulla Suomen terveydenhuollon perustan muodostavat rakenteet, perusterveydenhuolto, keskussairaalat ja sairausvakuutus olivat suurin piirtein kehittyneet nykyiseen muotoonsa. Siksi viime vuosikymmenien kehitystä voidaan kutsua toimintojen ja tulkintojen vakiintumisen kaudeksi. Tälle ajanjaksolle on ominaista se, että ajanjaksolla vahvistetaan aiemmin luotuja rakenteita, tehostetaan niiden toimintaa rahoittajan ja asiakkaan näkökulmasta sekä vakiinnutetaan instituutioita koskevien lain säännösten tulkintaa. Ajanjakson aikana kansalaiset oppivat käyttämään instituutioiden antamia palveluja sekä myös vaatimaan parannuksia epäkohtien tullessa esiin. Aiemmalle kehitysjaksolle olikin tunnuspiirteistä tietynlaisen elitistisyys, koska terveydenhuollon kehittäminen ja sen valmistelu tapahtui melko suppeassa piirissä. Palveluja käyttävältä kansalta ei juuri kysytty, millaisia terveyspalveluja he haluaisivat, vaan kansa joutui tyytymään pääasiassa hyvinkin matalatasoiseen terveydenhuoltoon. Syynä tähän ”demokratiavajaukseen” lienee ennen kaikkea se, että terveydenhuollon kehittämistä on rajoittanut maamme taloudellisten voimavarojen suppeus ja suurten ulkoisten tekijöiden vaikutus (poliittiset muutokset, sodat jne.) vaikutus. Tosin 1800-luvulla ja 1900-alkupuolella saattaa kehityksen hitauteen olla nähtävissä jopa eliitin välinpitämättömyys kansan terveyspalveluista. Huomio kiinnitettiin vain sellaisiin seikkoihin, joilla saattoi olla vaikutusta myös eliitin terveysasemaan, kuten kulkutautien torjuntaan.

1950–1970-luvuilla suuria rakenteellisia uudistuksia toteutettaessa Suomen talous kehittyi pääosin suotuisasti ja uudistukset olivat mahdollisia, joskin taloudelliset seikat asettivat reunaehdoja kehittämistyölle. Kaikki uudistukset eivät toteutuneet niin laajoina ja kattavina kuin uudistusten valmistelijat olivat toivoneet. Taloudelliset seikat rajasivat sairausvakuutuksen koskemaan pelkästään avohoitoa ja kansanterveyslaki saattoi toteutua maksuttomana vain siirtymäajan jälkeen. Siirryttäessä tarkastelemaan toista jaksoa, jonka alkukohdaksi on valittu polkujen eriytymisen vuosi 1983, on aluksi todettava, että kysymyksessä ei suinkaan ole ”seisovan veden aika”, joskin muutosten sisältö ja vauhti terveydenhuollon palveluissa ja rahoituksessa on pienempää kuin ”kiihkeän kehityksen” 50–70-luvuilla. Tässä jaksossa selostetaan tapahtunutta kehitystä

viimeisenä kahtena vuosikymmenenä ja tarkastelussa keskeisenä on kaksikanavaisen rahoituksen tukeman yksityisen ja julkisen terveystalouden välinen vuorovaikutus. Sen ohella tarkastellaan muutakin terveydenhuollon palvelussa ja rahoituksessa tapahtuneita muutoksia sekä niitä kehittämisehdotuksia, joilla vallitsevaa tilannetta on pyritty korjaamaan...

9. JULKISEN TERVEYDENHUOLLON JA SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS VUODESTA 1983 NYKYAIKAAN

9.1. Aluksi

1970-luvulla julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen rinnakkaiselo ja keskinäinen vuorovaikutus ei herättänyt kovin suuria ristiriitoja. Tosin jo alusta lähtien oli olemassa ”kansanterveyspuolue”, joka ei pitänyt asianmukaisena sitä, että sairausvakuutus korvasi yksityistä hoitoa. Kansanedustaja Osmo Kaipaisen esittämät mielipiteet heijastelevat tämän ”puolueen” näkemyksiä. Kuitenkin sairausvakuutusrahastosta korvattiin myös terveyskeskusten sairaanhoitopalveluja ja siten sairausvakuutusjärjestelmä osaltaan edisti kansanterveysjärjestelmän, joten kritiikki ei vielä tuolloin ollut kovin kärjekästä. Rahallisesti muutos vuonna 1983 kuntien sairausvakuutuskorvausten loppuessa ei ollut kovin merkittävä, koska terveyskeskusten ylläpitokustannukset pääosin katettiin muualta kuin sairausvakuutusvaroista. Muutoksen periaatteellinen puoli oli tärkeämpi kuin rahallinen.

Sairausvakuutusjärjestelmän ja kansanterveislain periaatteelliset lähtökohdat ja tavoitteet poikkesivat jossain määrin toisistaan, mikä osaltaan vaikeutti luontevaa vuorovaikutusta järjestelmien välillä. Kansanterveislain pyrittiin hoidon maksuttomuudella luomaan uuden tyyppinen, potilaan taloudellisesta tilanteesta riippumaton mahdollisuus saada hoitoa. Tätä tavoitetta ei palvellut kuin osittain sairausvakuutuksen lähtökohtaisesti omavastuuseen perustuva korvaamisen periaate, jolla mm. pyrittiin estämään ”palvelujen liikakäyttöä”. Tämä palvelujen liikakäytön torjuminen oli vahvasti esillä sairausvakuutusjärjestelmää luotaessa. Kansanterveislain säädettäessä ei sen sijaan ollut keskustelussa huolestuneisuutta siitä, että palvelujen täysi maksuttomuus voisi johtaa vielä suurempaan ”liikakäyttöön” kuin sairausvakuutuslain osittaisen korvauksen periaate. Tärkeimpänä pidettiin sitä, että terveystaloutta saattoi saada riippumatta taloudellisesta tilanteesta. Kansanterveislain

maksuttomuustavoitteessa on varmasti heijastumia muiden pohjoismaiden ja Ison-Britannian terveysjärjestelmästä, joita luotaessa tasa-arvokysymykset ovat olleet tärkeällä sijalla.

Tarkasteltaessa yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta on huomattava, että selkeimpänä tämä rajanveto näkyy ”normaaleissa” lääkäripalveluissa”, eli toisaalta palvelua annetusta julkisesta terveydenhuollosta (terveyskeskuksista tai sairaaloista) tai sitten yksityisesti (esimerkiksi lääkäriasemilta) Julkisen ja yksityisen välinen ero on jossain määrin liukuva sellaisilla terveydenhuollon aloilla, joissa jo lakisääteisesti julkisesti tuettuun järjestelmään on kuulunut sekä yksityisesti että julkisesti annettu hoito tai jossa hoito vakiintuneesti annetaan vaihtoehtoisesti yksityiseltä tai julkiselta puolelta eikä julkisella puolella pyritäkään kattavaan palveluun. Tällaisista on esimerkkejä työterveyshuolto ja hammashuolto, joissa molemmissa julkisen terveydenhuollon palvelut ja velvoitteet poikkesivat ”normaalista” terveydenhuollosta. Näillä aloilla yksityisellä sektorilla on perinteisesti ollut suuri rooli. Tämä ”rajan joustavuus” näillä erityisaloilla tuo erityisiä piirteitä julkisen ja yksityisen palveluntuotannon väliseen vuorovaikutukseen.

9.2. Vuoden 1985 terveystaloudellinen selonteko

Hallitus antoi keväällä 1985 eduskunnalle terveystaloudellisen selonteon. Sen pohjalta laadittiin sosiaali- ja terveysministeriössä ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” -ohjelma.¹⁹³ Sen mukaan ”terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen perustuu edelleen ensisijaisesti kunnalliseen terveydenhuoltoon. Sairausrakenteen tukemalla yksityisellä terveydenhuollolla on kuitenkin tärkeä tätä täydentävä tehtävä”. Yksityisten palvelujen käytön tukemisen voitiin katsoa edellyttävän, että ”myös yksityinen järjestelmä toimii tärkeimpien terveystaloudellisten tavoitteiden suuntaisesti”. Ohjelmassa todettiin, että terveydenhuoltoon saatavien uusien voimavarojen kasvu tulee olemaan melko niukkaa samalla kun palvelujen tarve kasvaa väestön ikärakenteen muuttuessa. Tämän takia joudutaan erityisesti kiinnittämään huomiota koko terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan taloudellisuuteen ja tehokkuuteen.

¹⁹³ Hallituksen terveystaloudellinen selonteko eduskunnalle vuoden 1985 vp., ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000”, sosiaali- ja terveysministeriö 1985, s. 23.

Selonteon mukaan yksityisellä terveydenhuollolla on merkitystä etenkin hammashuollossa, avohuollon erikoislääkäripalvelussa, työterveyshuollossa, fysikaalisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Ohjelmassa määriteltiin selväpiirteisesti yksityisen ja julkisen terveydenhuollon roolit toteamalla, että ”terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen perusta on julkinen terveydenhuolto, jota yksityinen toiminta täydentää”.¹⁹⁴

Vuoden 1985 terveystoiminnallinen selonteko sisälsi kannanottoja myös sairaanhoitovakuutuksen kehittämistavoitteista. Niiden mukaan sairausvakuutuksen toimivuutta tuli parantaa ja sairausvakuutuksen korvaukset sovittaa entistä paremmin yhteen terveydenhuoltojärjestelmän palvelujen kanssa. Selonteossa todettiin sairaanhoitokorvausten taksat olleen jälkeenjääneitä, mikä on johtanut omavastuuosuuksien nousuun. Taksojen jälkeenjääneisyys pyrittiin korjaamaan ja myös laajentamaan sairaanhoitokorvauksen alaa tarpeellisille uusille alueille. Sairausvakuutuksen korvaamien palvelujen hintojen kohtuullisuuden valvontaa tuli myös parantaa.

Palvelujärjestelmien yhteensopivuus asetettiin siis tavoitteeksi vuonna 1985¹⁹⁵, mutta ohjelmassa ei tarkemmin määritelty niitä keinoja, joilla tavoitteisiin päästäisiin. Keinot jäivät erikseen mietittäväksi tilanteessa, jossa kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä oli ollut voimassa jo muutaman vuoden. Jäljempänä tarkastellaan, miten järjestelmien yhteensopivuustavoitteessa on onnistuttu ohjelman julkistamista seuranneen kahden vuosikymmenen aikana.

9.3. Hammashuolto julkisen ja yksityisen palveluntuotannon välimaastossa

Merkittävä terveystoiminnallinen uudistus toteutettiin vuonna 1986, kun sairausvakuutuksen alaa laajennettiin merkittävästi ja normaali hammashuolto liitettiin korvattavan hoidon piiriin. Taustalla oli se, että hammashuollossa kunnan järjestämisvelvollisuus oli kansanterveyslakiin sisällytetty rajoitetumpana kuin muussa terveydenhuollossa. Kansanterveyslain mukaan kunta oli velvoitettu järjestämään hammashoidon vain alle 19-vuotiaille kuntalaisille. Aikuisväestön osalta kunta saattoi oman harkintansa mukaan

¹⁹⁴ Terveyttä kaikille 2000 selonteko, s. 23.

¹⁹⁵ Terveyttä kaikille selonteko 1985, s. 27.

päittää antamiensa hammashuoltopalvelujen volyymin. Laajennettaessa sairausvakuutuksen korvausalaa hammashuoltoon oli tällöinkin kysymys vain osittaisuudesta, koska kustannussyistä korvausalaa ei voitu ulottaa käsittämään koko aikuisväestöä, vaan etuus rajattiin nuoriin ikäluokkiin, eli vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin, siis 30 vuotiaisiin ja sitä ennen syntyneisiin. Muutos tapahtui asteittaisena vuosina 1986–1990 niin että joka vuosi uusi ikäluokka tuli korvauksen piiriin. Korvausta tälle ”etuoikeutetulle” ryhmälle suoritettiin tutkimuksen ja ehkäisevän hoidon kustannuksista 75 prosenttia ja muusta hammashoidosta 60 prosenttia korvaustaksan mukaisesta määrästä.

Vanhemmilla ikäryhmillä oikeus hammashuollon korvaukseen sairausvakuutuksesta säilyi silloin, kun kysymys oli hammaslääkärin toimialaan kuuluvasta hammassairauden hoidosta, joka oli välttämätön muun sairauden hoitamiseksi. Säännös merkitsi alusta lähtien melkoista soveltamisongelmaa, koska aina ei suinkaan ollut selvää ja kiistatonta, minkä sairauden hoidossa hammashoito oli välttämätöntä. Tulkinta muodostui varsin tiukaksi, sillä korvattavuuden edellytykseksi asetettiin aina selvä yhteys sairauden hammashoidon välille. Näin esimerkiksi nivelreumaa, MS-tautia tai synnynnäistä lihassurkastumistautia ei hyväksytty sellaiseksi muuksi sairaudeksi, jonka hoidon vuoksi hammashoito olisi katsottu välttämättömäksi. Korvattavuuden ulkopuolelle jäivät myös hampaiden proteettiset toimenpiteet, vaikka ne olisivat olleetkin välttämättömiä muun sairauden hoitamiseksi.

Rahoituksellisesti hammashuollossa ei kaksikanavaisuus siis toteutunut vuoden 1983 jälkeenkään, koska vain osa väestöstä kuului julkisen hammashuollon piiriin ja sairaanhoitovakuutus korvasi pääosin hammashuoltoa vain nuorille vuodesta 1986 lähtien. Loppuosa kansasta maksoi hammashoitonsa itse silloin kun hammashoitoa ei ollut mahdollisuutta saada terveyskeskuksen palveluna. Hammashuoltoa kuitenkin kehitettiin myös julkisena terveyspalveluna niin, että vuonna 1988 jolloin nuorten hammashuollon järjestäminen tuli myös kuntien kustannettavaksi. Näin siis tavallaan luotiin kaksikanavaisuus nuorten hammashuoltoon, mutta vanhemmat ikäluokat jäivät järjestelmästä ulos. Rahoituksellisesti kuntia painostettiin nuorten hammashuollon järjestämiseen siten, että nuorten hammashuoltoon käytettyjen yksityishammaslääkärin palkkioiden korvaukset perittiin asianomaiselta kunnalta. Näin kunnalle oli edullista järjestää hammashoitonsa terveyskeskuksen kautta niin kattavaksi, ettei nuorten olisi tarvinnut käyttää yksityisiä, sairausvakuutuksen korvaamia palveluja. Kaksikanavaista

nuorten hammashuollon järjestelmää pyrittiin tällä tavoin ohjaamaan niin että sairausvakuutus pohjainen rahoitus väistyisi julkisen tieltä. Kysymyksessä oli selvä poikkeama aiemmin noudatetusta rahoituspolusta, jossa julkinen ja yksityinen terveydenhuolto myös rahoituksen osalta oli vuodesta 1983 lähtien pidetty erillään.

Nuorten hammashuollon muusta poikkeava rahoitusjärjestelmä herätti luonnollisesti kunnissa ja heidän etujärjestöissään voimakasta vastustusta. Kunnat katsoivat, että heidät veloitettiin vastentahtoisesti osallistumaan sairausvakuutuksen rahoitukseen, vaikka he joutuivat samaan aikaan hoitamaan kansanterveyslain mukaiset velvoitteensa. Järjestelmä ei osoittautunutkaan kestäväksi, vaan jo viiden vuoden kuluttua siitä luovuttiin valtionosuusuudistuksen yhteydessä vuonna 1993. Uudentyyppinen rahoituskokeilu antoi kuitenkin mielenkiintoisen uuden näkökulman yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen. Kuntaa voitiin painostaa toteuttamaan kansanterveyslain mukaiset velvollisuutensa myös vaatimalla sitä osallistumaan sairausvakuutuksen rahoitukseen, jos palvelut ovat puutteelliset ja yksityisiä sairausvakuutuksen kompensoimia palveluja jouduttiin käyttämään. Vaikka polku sittemmin loppuikin vuonna 1993 valtionosuusuudistukseen, voidaan todeta, että hammashuolto kokonaisuudessaan muodostaa oman erillisen polkunsä Suomen terveydenhuollon kehityksessä. Vuoden 1869 asetusta ei vielä 1980-luvullakaan tulkittu siten, että kunnan velvollisuuksiin olisi kuulunut hammashuollon järjestäminen asukkailleen. Laajempi kunnallinen hammashoitopalvelu alkoi vasta 1970-luvulla kuntien erillisten päätösten kautta. Kunnat saattoivat vapaasti päättää hammashuollon palvelujen määrästä, koska kansanterveyslakikaan ei asettanut kunnille velvoitteita tältä osin. Perinteisesti suuri osa hammaslääkäreistä on toiminut yksityisinä yrittäjinä ja hammashuolto kunnallisena palveluna on rajoittunut lähinnä kouluterveydenhuoltoon.

Julkisen terveydenhuollon hammashuollon palveluja lisättiin 1990-luvulla asteittain lainsäädäntöä muuttamalla. Vuonna 1992 kansanterveyslakia ja -asetusta muutettiin niin, että kunnan tulee järjestää ensisijaisesti vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneiden henkilöiden sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneiden potilaiden hampaiden tutkimus ja hoito. Samanlainen lisäys tehtiin sairausvakuutuslakiin ja näin samoille ikäryhmille annettiin mahdollisuus päästä tuettuun terveydenhuoltoon sekä yksityisellä että julkisella puolella. Muutoksen taustalla lienee halu edetä tasapainoisesti molemmilla sektoreilla ja antaa kansalaisille valinnan mahdollisuus terveydenhoitoonsa

järjestämisessä. Mikäli nuorten hammashuoltoa olisi pitkään korvattu vain sairausvakuutuksesta, olisi kehitys alkanut kulkea kohti yksityisen sektorin palveluja.

Vaatus koko kansaa koskevasta hammashoidosta nousi merkittäväksi poliittiseksi kysymykseksi 1990-luvun alussa. Osin tämän seurauksena poistettiin vuonna 1991 sairauskulujen verovähennysoikeus ja vastapainoksi säädettiin laki, jonka mukaan sairausvakuutuksen hammashuoltokorvaus ulotettiin koskemaan koko väestöä.¹⁹⁶ Melkein heti päätöksen jälkeen alkanut taloudellinen lama kuitenkin esti uudistuksen toimeenpanon ja lain voimaan tuloa siirrettiin vuosittain tehdyillä erillispäätöksillä aina vuoden 2000 loppuun saakka vedoten valtionaloudellisiin syihin. Koko kansaa koskevan hammashuollon sijasta toteutettiin veteraanien hammashuolto vuonna 1992.

Veteraanien hammashuollon toteutus liittyi maamme itsenäisyyden 75-vuotisjuhla-vuoteen, jolloin haluttiin muistaa veteraanien panosta itsenäisyyden säilyttämisessä.¹⁹⁷ Rintamaveteraanien hammashuollosta ja korvaamisesta säädetyn lain (678/1992) mukaan henkilöllä, jolla on rintamasotilastunnus, rintamapalvelustunnus, rintamatunnus tai veteraanitunnus, on oikeus saada korvausta hammashuollosta eikä tällaiselta henkilöltä peritä maksua terveyskeskuksessa suoritetusta hampaiden tarkastuksesta, ehkäisevästä työstä tai protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä. Rintamaveteraanit oikeutettiin saamaan sairausvakuutuksesta korvausta 100 prosenttia hammaslääkärin suorittamasta tarkastuksesta ja ehkäisevästä hoidosta sekä proteettisen hoidon vaatimasta kliinisestä työstä enintään korvaustaksan mukaan. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta tarkensi esitystä niin, että kysymys oli hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon suorittamasta protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä, koska esityksessä ei ollut tarkennettu protetiikkaan liittyvän työn käsitettä.¹⁹⁸ Muu hampaiden

¹⁹⁶ Sairauskuluvähennyksen korvaamista selvittänyt toimikunta tutki vuonna 1989 erilaisia vaihtoehtoja siitä, miten vähennysoikeuden poistaminen olisi korvattava. Toimikunta esitti vähennysoikeuden poistamisen korvaamista täysimääräisesti niin että vastaava tuki järjestettäisiin veronmaksukyvyyn alentumisvähennyistä korottamalla, sairausvakuutuskorvausten tasoa nostamalla ja laajentamalla korvausten piiriä aikuisten hammashuoltoon ja silmälaseihin. (Sairauskuluvähennyksen korvaamista selvittävän toimikunnan mietintö, komiteamietintö 1989:29). Kun verovähennysoikeus poistettiin, toteutettiin kompensaatina kuitenkin vain aikuisten hammashuolto. Tätäkään uudistusta ei taloudellisista syistä pantu toimeen ennen kuin 2000-luvulla, eli runsas kymmenen vuotta verovähennysoikeuden poistamisen jälkeen. Verovähennysoikeus poistui vuonna 1991.

¹⁹⁷ Asiaa valmisteltiin rintamaveteraanien hammashuollon työryhmässä (STM 1991:17) Hallituksen esityksen johdannossa (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta, HE 83 vuoden 1992 valtiopäivät) korostetaan, että hallituksen esitys annetaan maamme itsenäisyyden 75-vuotisjuhla vuoteen liittyen.

¹⁹⁸ Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö nro 14 valtiopäivät 1992.

hoito korvattiin rintamaveteraaneille 60 prosentin mukaan enintään korvaustaksan mukaisesta määrästä.

Vuonna 1995 uudistettiin sairausvakuutuksen hammashoidon korvaamista koskevat korvaustaksat. Uudet tutkimusnimikkeet olivat hoitokohtaisia, jossa aikaperusteiseen tutkimusnimikkeeseen laskettiin samassa hoitokaksossa tai hoitokokonaisuudessa suoritettava tutkimus ja ehkäisevä hoito. Uudistuksella pyrittiin hammashuollossa lähentämään sairausvakuutuksen taksanimikkeitä julkisen terveydenhuollon nimikkeisiin ja laskutusperusteisiin ja näin lähentämään julkisesti ja yksityisesti annetun hammashoidon välistä vuorovaikutusta ja vertailtavuutta.¹⁹⁹

Vuonna 1996 eräänlaisena hyvityksenä siitä, että lakia koko väestöä koskevasta hammashuollosta jouduttiin vuodesta toiseen siirtämään, säädettiin kaikille vakuutetuille oikeus suun ja hampaiden tutkimukseen joka kolmas vuosi sairausvakuutuksena korvattuna. Käytännössä uudistuksella oli vähäinen merkitys.

9.4. Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen korotus vuonna 1989, järjestelmien vuorovaikutus korotuksen kohdentamisessa

Korvaustaksojen käyttöönottoa sairausvakuutuksessa perusteltiin alun perin sillä, että korvaus muutoin muodostuisi samanlaisissakin tapauksissa erisuuruiseksi riippuen siitä, kuka on hoidon antanut. Hoidosta perittävät palkkiot saattoivat poiketa toisistaan eri ammatinharjoittajien ja lääkäriasemien kohdalla.. Lisäksi korvaustaksoilla varmistettiin se, että perityt toimistomaksut jäivät aina korvattavuuden ulkopuolelle. Korvaustaksoilla ei ole merkitystä potilaan ja hoidon antajan välisiin suhteisiin, koska hoidon antaja määrittelee oman palkkionsa. Taksoilla määritellään korvausten suorittaminen niin että samanlaisesta hoidosta maksetaan aina samanlainen korvaus koko maassa.²⁰⁰

Korvaustaksojen vahvistaminen oli sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä vuoteen 1970 saakka. Sen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt vain taksojen perusteet ja Kansaneläkelaitos on vahvistanut varsinaiset hoitokohtaiset taksat. Säännösten mukaan korvaustaksoja tarkistettaessa käytännössä perityt palkkiot eivät saa

¹⁹⁹ Ks. hammashuollon korvaamisesta käytännössä Tiainen 1997 s. 56–65.

²⁰⁰ Komiteamietintö 1959:6, s. 32.

olla perusteena, vaan on otettava huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatu sekä niiden vaatima työ ja aiheuttama kustannus.

Taksojen tarkistaminen on osoittautunut käytännössä ongelmaksi, koska lakiin ei tullut tarkempia määräyksiä siitä, milloin taksan tarkistaminen tulee suorittaa (esimerkiksi kuinka paljon tarveaineiden hintojen on noustava, jotta tarkistustoimiin tulisi ryhtyä tai kuinka paljon palkkojen tulee nousta, jotta on syytä tarkistuksiin). Lain tulkinnanvaraisuudesta johtuen tarkistuksia tehty hyvin harvoin, minkä seurauksena korvaustaksat ovat jääneet huomattavasti jälkeen perityistä hinnoista. Korvaustaksat alkoivat jäädä jälkeen jo melko pian sairausvakuutuksen voimaan tulon jälkeen.²⁰¹ Myös perusteet taksojen tarkistamiselle ovat lainsäädännössä vaihdelleet. Melko yleisesti on hyväksytty periaate, että kun kustannustason nousu ylittää jonkin prosenttirajan tulisi ylitys hyvittää vakuutetuille taksojen korottamisina. Kustannustason nousun seurauksena palveluista perittävät maksut yleensä nousevat. Yksimielisyyttä ei kuitenkaan ole saavutettu siinä, millainen kustannuskehitys tulee ottaa huomioon laskelmia tehtäessä. Korotusten tiellä on kuitenkin ollut paitsi myös periaatteellisia esteitä. Eräiden näkemyksen mukaan taksojen korotus johtaisi vain palvelujen hintojen nostamiseen, jolloin vakuutetut eivät hyötyisi korotuksesta.²⁰²

Vuonna 1985 ja 1989 tapahtui korvaustaksojen korottaminen, mutta sitä ennen taksojen tarkistuksissa oli ollut pitkä tauko. Vuoden 1989 korotus on sikäli mielenkiintoinen, että sitä toteutettaessa kiinnitettiin huomiota myös julkisen ja yksityisen terveydenhuollon väliseen vuorovaikutukseen ja pyrittiin ohjaamaan korotukseen käytettävissä olevia varoja niin että ne hyödyttivät julkista terveydenhuoltoa täydentäen niiden palveluja. Käytännössä tämä tapahtui niin että kun taksojen korottamiseen oli 100 miljoonaa markkaa, sosiaali- ja terveysministeriö kohdensi korotukset erityisesti sydämen

²⁰¹ Tampereen yliopistossa vuonna 1981 tehdyn tutkielman mukaan yli 70 prosentissa erikoislääkärikäyntejä asiakkaalta peritty palkkio ylitti taksan ja 60 prosentin korvaustasoa ei saavutettu. Erikoislääkäriillä käyntien kustannuksista sairausvakuutus korvasi vain 45,5 % ja yleislääkäreiden kohdalla palvelujen korvaustaso oli vielä alhaisempi. Tutkimuksen ja hoidon korvausprosentiksi tuli 52,2 prosenttia lain tavoitetason ollessa 75 %. (Marja Karvanen: Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten taso. Yleisen vakuutustutkiminnon sosiaalivakuutuslinjan tutkielma, Tampere maaliskuu 1981) (Moniste). Korvaustaso jatkoi alenemistaan koko 1980-luvun. Sairausvakuutuksen täyttäessä 25 vuotta vuonna 1989 lääkäripalkkioiden korvausprosentti oli keskimäärin noin 37 % ja tutkimuksen ja hoidon osalta 42,3 %. (Yrjö Mattila: "Sairausvakuutuksessa suorakorvaukseen", Sosiaalivakuutus N.o 5-6/1989, s. 235.)

²⁰² Merkilläpantavaa on se, että Suomessa toisin kuin yleensä niissä maissa, joissa sairausvakuutusjärjestelmä on otettu käyttöön, ei ole omaksuttu järjestelmää, jolla asiakkailta perittäviä palkkioita olisi säädelty. Esimerkiksi Saksassa korvattavien palkkioiden määrät neuvotellaan vuosittain sairausvakuutusviranomaisten ja lääkärijärjestöjen välillä. Sovitut palkkiot muodostuvat näin enimmäispalkkioiksi eikä erillisiä korvaustaksoja tarvita.

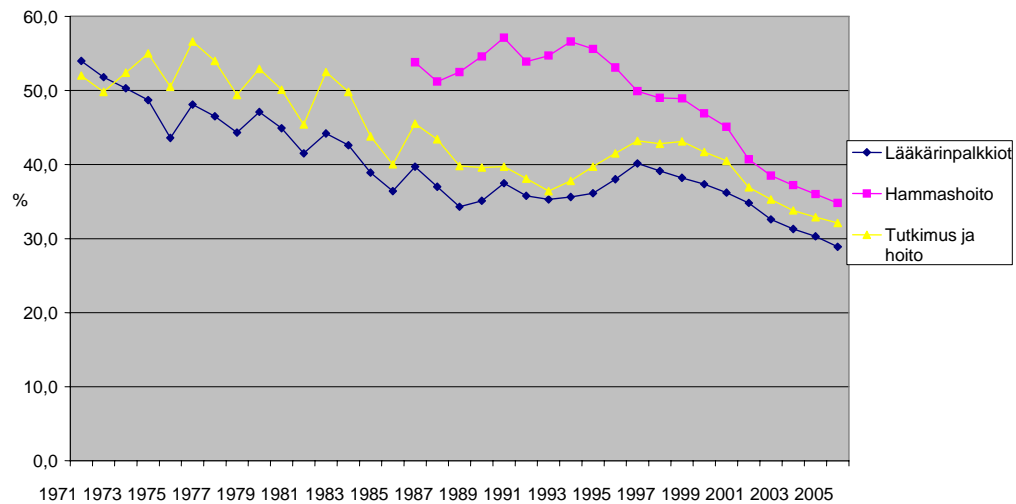
ohitusleikkauksiin liittyvien toimenpiteiden (mm. varjoainekuvaus) sekä tietokonetomografian korvaustaksoihin. Näiden hoitotoimenpiteiden korvaustaksoja korotettiin enemmän kuin muita taksoja, koska julkisella puolella ohitusleikkaus- ja tietokonetomografiapalveluista oli tuolloin pulaa ja potilaat joutuivat tämän vuoksi turvautumaan tavanomaista enemmän yksityisiin palveluihin hoitoa saadakseen. Taksojen korotusten kohdentamisella pyrittiin näin helpottamaan niiden vakuutettujen sairauskustannuksia, jotka julkisen sektorin palvelutarjonnan vähäisyyden vuoksi joutuivat turvautumaan yksityiseen hoitoon. Tällaiset potilaat eivät voineet vapaasti valita julkisen ja yksityisen palvelun välillä, joten normaalia korkeampi kompensatio heidän kohdallaan oli perusteltua.²⁰³

Vuoden 1989 taksojen korotukset eivät nostanut taksojen tasoa lähellekään lain määrittelemää tasoa, joten todellinen korvaustaso oli matala korotusten jälkeenkin. Niissä hoitotoimenpiteissä, joihin korotuksia tehtäessä kohdistettiin erityistoimia, saavutettiin kuitenkin tyydyttävä korvaustaso. Näin korvauksia kohdentamalla lisättiin julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutusta ja saatiin yksityisen sektorin resurssit tehokkaasti käyttöön ohitusleikkauksissa ja tietokonetomografiassa. Kääntöpuolena tälle painotukselle oli kuitenkin se seikka, että korvausten kohdentumisen vuoksi joitakin korvaustaksoja ei voitu tarkistaa lainkaan. Näin kävi mm. fysioterapian korvaustaksoille, jotka jäivät vuoden 1985 tasolla, vaikka fysioterapiassa yksityisten palvelujen käyttö on hyvin yleistä ja suuri osa fysioterapeuteista työskentelee itsenäisinä ammatinharjoittajina.

Vuosi 1989 on merkinnyt päätepistettä taksojen tarkistamiselle, sillä uutta tasokorotusta ei sen jälkeen ole tehty. Sairausvakuutuksen korvaama osuus hoidon kustannuksista on ollut laskussa, joskin 1990-luvulla tapahtui jopa korvaustason nousua, vaikka korvaustaksoja ei nostettukaan. Lama ja alentunut käyttö näyttää vaikuttaneen palvelujen hintoihin alentavasti.

²⁰³ Vuonna 1989 kolme yksityistä palveluyksikköä (Diakonissalaitos ja Mehiläinen Helsingissä ja Cordia Kuopiossa) olivat erikoistuneet sydämen ohitusleikkauksiin. Julkiselle puolen ohitusleikkauksiin oli tuolloin pitkä jono.

Kuio 3. Sairausvakuutuksen korvaama osuus lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista vuosina 1971–2005.²⁰⁴

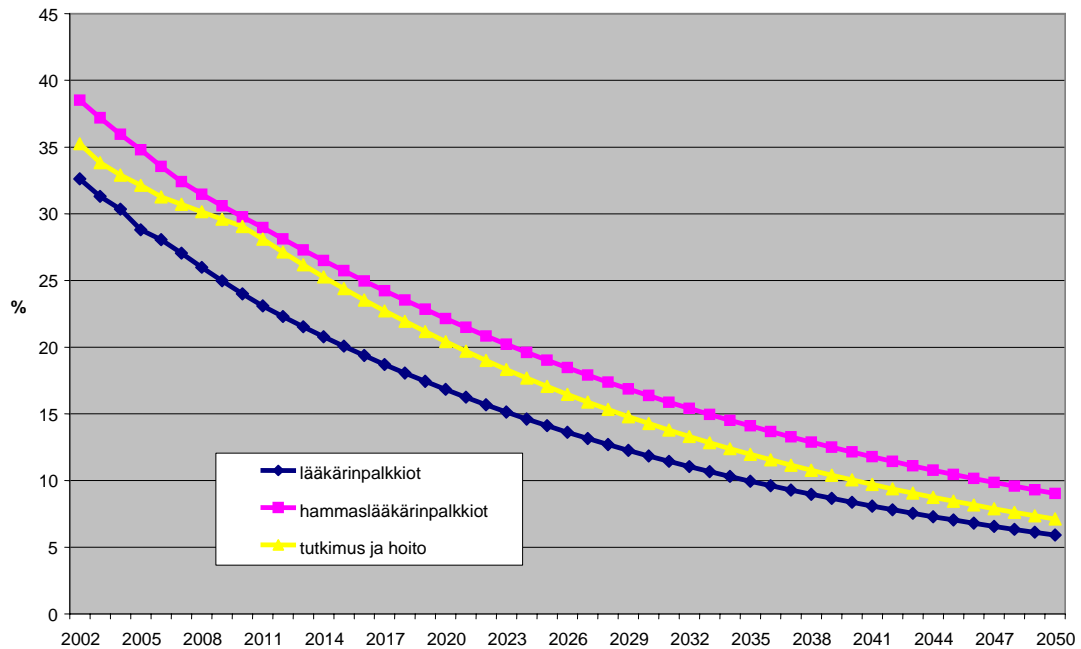


Jos korvaustaksoja ei lainkaan koroteta, tulee korvaustaso painumaan hyvin alas. Tämän seurauksena sairaanhoitovakuutuksella ei tulevaisuudessa olisi enää merkitystä sairaanhoidon kustannusten korvaajana. Lääkärinpalkkioiden, hammaslääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaso alenisi arvion mukaan jopa 5–10 prosenttiin hoidon kustannuksista vuoteen 2050 mennessä²⁰⁵, jos korjauksia taksan tasoon ei tehdä. Kuvio osoittaa, että korvaustason aleneminen tulisi olemaan jyrkkää jo lähivuosina. Kustannusten korotusperusteina on arvioissa käytetty inflaatio- ja reaalityason muutoksia. Vuodesta 2012 lähtien on käytetty inflaation muutoksena 2 % ja reaalityason muutoksena 1,5 % (hammashoidon kustannuksissa 1 %).

²⁰⁴ Lähde: SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

²⁰⁵ Arvio on tehty Kelan aktuaari- ja tilasto-osastolla tammikuussa 2006.

Kuvio 4. Sairausvakuutuksen osuus korvauksista, jos taksat pidetään ennallaan eikä tarkistuksia tehdä 2002–2050.²⁰⁶



Korvaustaksojen pysyminen vuoden 1989 tasolla ei ole johtunut siitä, ettei esityksiä taksojen tarkistamisesta olisi tehty. Lähes jokainen vuosi lama-ajan hellitettyä ja erityisesti 2000-luvulla Kela on esittänyt sosiaali- ja terveysministeriölle taksojen korottamista ja muitakin sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseen tähtääviä esityksiä²⁰⁷. Toistaiseksi esitykset eivät kuitenkaan ole johtaneet tulokseen, koska korotuksiin ei ole löytynyt rahoitusta.

9.5. Erikoissairaanhoitolaki kuntien järjestämisvastuun täsmentäjänä

Vuonna 1989 tuli voimaan erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Uusi laki täsmensi julkisen terveydenhuollon rakenteita, koska se aiempaa täsmällisemmin erotteli perus- ja erikoispalvelut terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoitolla tarkoitettiin laissa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden tutkimiseen ja hoitoon kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Laki ei koskenut lainkaan kunnan kansanterveystyön yhteydessä järjestämää erikoissairaanhoitoa.

²⁰⁶ SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

²⁰⁷ Kela on taksojen korotusten ohella esittänyt mm. lonkkaleikkauksessa tarvittavien keino- ja korvausten ottamista korvausten piiriin.

Lain pääperiaate oli, että kunnan tuli huolehtia asukkaittensa erikoissairaanhoidon saatavuudesta. Tämän erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa jaettiin 21 sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin alueella olevien kuntien tuli olla jäseniä sairaanhoitopiirin kuntainliitossa, jonka tehtävänä oli järjestää erikoissairaanhoidon alueellaan. Kuntainliiton tuli alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon niin, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostivat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tuli antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ollut tarkoituksenmukaista tuottaa itse sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.²⁰⁸ Sairaanhoitopiirin kuntainliiton, jonka hallinnassa oli yliopistollinen sairaala, tuli järjestää ns. erityistason sairaanhoidon (ns. miljoonapiirit). Erityistason sairaanhoidolla tarkoitettiin sellaisten esiintymiseltään harvinaisten sairauksien hoitoa, joita varten ei jokaisessa sairaanhoitopiirissä ollut tarkoituksenmukaista järjestää hoitoa.

Sairaanhoitopiirin kuntainliitolla tuli olla erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä. Laissa oli yksityiskohtaiset säännökset sairaanhoitopiirin hallinnosta, yliopistollisista sairaaloista sekä sairaanhoidon käytännön järjestämisestä. Henkilön ottaminen sairaalaan sairaanhoidon varten edellytti lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevia lukuun ottamatta. Sairaalassa annettavaa sairaanhoidon johti ja valvoi asianomainen ylilääkäri tai muu johtosäännössä määrätty sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri. Potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päätti johtavan lääkärin antamien yleisten ohjeiden mukaan ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri. Potilaalle oli sairaalan toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa pyrittävä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen sairaalan lääkäreistä. Myös potilaan jatkohoidossa hänet ohjattiin aina, kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta oli mahdollista, saman lääkärin hoitoon.

²⁰⁸ Merkillepantavaa erikoissairaanhoidolaissa on se, että 1990-luvulle tultaessa pidettiin jo selvänä, että myös terveyskeskuksissa voitiin antaa erikoissairaanhoidon palveluja. Kansanterveyslakia säädettäessä tavoitteena oli vain perustason avohoidon keskittäminen terveyskeskuksiin.

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

Erikoissairaanhoitolaki selvensi julkisen terveydenhuollon antamista koskevia säännöksiä, mutta ei sisältänyt uutta julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä vuorovaikutuksesta. Julkinen sairaanhoitovakuutus oli korvannut melko vähän yksityissairaaloissa annettua hoitoa sydämen ohitusleikkauksia lukuun ottamatta. Erikoissairaanhoitolaissa ei viitattu yksityisiin erikoissairaanhoidon palveluihin, vaikka tilastojen mukaan suuri osa erikoislääkäreiden avohoidon palveluista annettiin yksityisesti. Kuitenkin julkisen ja yksityisen palvelun vuorovaikutuksen kannalta merkillepantavaa oli se, että sairaalaan pääsyn edellytyksenä oleva lääkärin lähete saattoi olla myös yksityislääkärin antama. Perushoito voitiin siis antaa joko julkisella tai yksityisellä puolella eikä julkiseen sairaalaan pääsyn ehdoksi asetettu sitä, että potilas olisi kääntynyt ensin terveyskeskuksen puoleen hoitoa saadakseen. Erikoissairaanhoitoa ei siis rajattu pelkästään julkisten palvelujen mukaiseksi jatkohoidoksi, jolloin pelkästään terveyskeskuslääkärin antamat lähetteet olisivat olleet päteviä erikoissairaanhoitoon pääsemiseksi. Lähettävä yksityislääkäri saattoi olla myös työterveyslääkäri, joten myös tämä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon ”välimaastossa” oleva hoitomuoto saattoi lähettää potilaansa saamaan erikoissairaanhoitoa kuntainliiton ylläpitämään sairaalaan.

Erikoissairaanhoito Suomessa on ollut lähes kokonaan kuntien ylläpitämää toimintaa vuoden 1869 periaatteiden mukaisesti. Erikoissairaanhoitolain säätäminen noudatti johdonmukaisesti vuonna 1869 polkua, mutta perushoidossa valinnanvapaus yksityisen ja julkisen välillä potilaalle sallitaan. Mikäli potilas on ensin kääntynyt yksityisen

lääkäriaseman tai työterveyshuollon puoleen ja sairauden jatkohoidon vaatiessa sairaalatasoista hoitoa yksityispuolella aloittanut potilas vaihtaa järjestelmää ja siirtyy julkisen terveydenhuollon asiakkaaksi yksityislääkärin antaessa lähetteen sairaalaan.²⁰⁹ Erikoissairaanhoidon osalta julkisen ja yksityisen palvelun vuorovaikutus toimiikin kitkattomasti, koska erikoissairaanhoitoon tulevia potilaita ei erotella perustasolla annetun hoidon mukaan.

Erikoissairaanhoitolaki ei ottanut huomioon ostopalvelumahdollisuuksia niin että myös julkinen sektori voi toimia tilaajana ja palvelu voidaan hankkia yksityispuolelta myös erikoissairaanhoidossa. Tämä johtui ehkä siitä, että julkisen sektorin ostopalvelut yksityisiltä olivat vielä lain voimaan tullessa vuonna 1991 hyvin harvinaisia. Julkisen sektorin ostopalvelumahdollisuudet yksityisiltä toimijoilta alkoivat lisääntyä vasta vuoden 1992 valtiosuusuudistuksen seurauksena. Ennen sitä oli ajattelutavan lähtökohtana hyvin pitkälle se, että kunta itse tuottaa tarvittavat terveysterveystoimet joko itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Erikoissairaanhoitolaki noudatti periaatteiltaan täysin vuoden 1869 polkua sekä palvelujen järjestämisen että rahoituksen suhteen; Kaikki terveydenhuolto, olipa se sitten perus- tai erikoissairaanhoitotasosta tuli antaa julkisen terveydenhuollon palveluna kunnan toimesta.

9.6. Yksityisen terveydenhuollon ja terveydenhuollon ammatteja koskevan lainsäädännön kehittäminen

Erikoissairaanhoitolain ohella kehitettiin 1990-luvun alkaessa myös yksityisen terveydenhuollon lainsäädäntöä. Hallitus antoi vuonna 1989 eduskunnalle esityksen laiksi yksityisestä terveydenhuollosta (46/1989). Aiempi laki oli vuodelta 1964 (426/64) ja se oli todettu monilta osin vanhentuneeksi. Esityksessään hallitus esitti yksityistä terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön uudistamista ja ajanmukaistamista tavoitteena luoda puitteet yksityisen terveydenhuollon laatutason jatkuvaan kehittämiseen. Terveydenhuoltoa ohjaavien viranomaisten tuli saada tarvittavat tiedot yksityisen terveydenhuollon palvelujen laajuudesta ja kehittämissuunnasta. Terveydenhuollon palvelutoiminnalle asetettiin yleiset vaatimukset ja valvoville viranomaisille osoitettiin keinot erityisesti laitospuoleisten terveydenhuollon palvelujen

²⁰⁹ Tosin eräät sairaanhoitopiirit ovat omilla päätöksillään voineet rajoittaa potilaiden sisään ottamista yksityislääkäreiden läheteillä. Tämä on kuitenkin ollut kunnallista päätöksentekoa eikä perustu erikoissairaanhoitolakiin.

tehokkaaseen valvontaan. Laitosmuotoisen toiminnan aloittaminen edellytti viranomaisen lupaa ja laissa määriteltiin luvan antamisen edellytykset.

Eduskunta hyväksyi esityksen ja laki tuli voimaan vuoden 1991 alussa (152/1990).²¹⁰ Laissa terveydenhuollon palveluilla tarkoitettiin mm. lääkäri- ja hammaslääkäripalveluja, laboratoriotoimintaa, radiologista toimintaa, fysioterapeuttista toimintaa, työterveyshuoltoa ja muuta terveyden- ja sairaanhoitoa sekä näihin verrattavia palveluja. Palvelujen tuottajalla tarkoitettiin yksittäistä henkilöä taikka yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä tai muuta yhteisöä tai säätiötä, joka ylläpiti terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä. Laki ei kuitenkaan koskenut itsenäisiä ammatinharjoittajia, joita terveydenhuollossa voivat olla lääkärit, hammaslääkärit, hammasteknikot, fysioterapeutit, optikot ja sairaanhoitajat. Itsenäisiä ammatinharjoittajia koskivat omat ammatinharjoittajalakinsa.

Uusi laki edellytti, että terveydenhuollon palveluja harjoittajalla oli oltava asianmukaiset tilat ja laitteet sekä toiminnan edellyttämä henkilökunta.²¹¹ Ennen käyttöönottoa tilat oli tarkastettava. Toiminnan oli oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tuli ottaa huomioon potilasturvallisuus. Palvelujen tuottajalla tuli olla lääninhallituksen lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen sekä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja. Annetusta luvasta tuli käydä ilmi palvelujen tuottajan toimiala. Palvelujen tuottajan oli vuosittain annettava toiminnastaan kertomus lääninhallitukselle ja valvonta ja tarkastusvelvollisuus oli laissa keskitetty lääninhallitukselle. Laitos oli velvollinen toimittamaan lääninhallitukselle tehtävien suorittamista varten tarpeelliset tiedot. Lääninhallitus voi myös peruuttaa myöntämänsä toimiluvan, jos toiminnassa ilmeni puutteita.

²¹⁰ Eduskunnan talousvaliokunnan mielestä yksityistä terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön uudistaminen ja ajanmukaistaminen oli erittäin merkittävä ja tarpeellinen uudistus. Laki edisti yksityisen terveydenhuollon laatutason kehittämistä ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltoa kehittävät ja johtavat viranomaiset saivat lain myötä tiedon yksityisen terveydenhuollon laajuudesta, laadusta ja kehittämissuunnista. Valiokunta piti tärkeänä, että luvan myöntämisestä poistui tarpeellisuusharkinta. (Eduskunnan talousvaliokunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksestä laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta 1989 vp. s. 1.)

²¹¹ Laitoksella oli oltava sekä henkilöstöä, tiloja että laitteita, jotta se voitiin hyväksyä yksityisen terveydenhuollon laitokseksi. Hoitoa tuli antaa suoraan potilaille. Tapauksessa KHO 2004:42 (26.4.2004/876) yhtiö oli lääninhallitukselta hakemuksessaan pyytänyt, että sille myönnettäisiin lupa yksityisen terveydenhuollon palvelujen antamiseen. Yhtiön tarkoituksena oli hoitaa kuntien ja kuntayhtymien lääkäripäivystystä kunnan toimitiloissa. Korkein hallinto-oikeus katsoi, että kysymyksessä oli työvoiman vuokraustoiminta, jossa yhtiö ei antanut palvelujaan suoraan potilaille, vaan julkisen terveydenhuollon yksikölle. Tällaista ei voitu pitää yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuna yksityisen terveydenhuollon palveluiden antamisena väestölle. Yhtiötä ei myöskään voitu pitää sellaisena laissa tarkoitettuna palvelujen tuottajana, jolle voitiin myöntää lupa terveydenhuollon palvelujen antamiseen.

Yksityisen terveydenhuollon harjoittaminen oli siis mahdollista kahdella tavalla, joko laitospainotteisesti yksityistä terveydenhuoltoa koskevan lain puitteissa tai itsenäisenä ammatinharjoittajana. Myös ammatinharjoittajia koskeva laki uusittiin heinäkuussa vuonna 1994 voimaan tulleella uudella lailla (559/1994). Hallituksen esityksessä korostettiin terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön ajanmukaistamis- ja yhtenäistämistarvetta.²¹² Lain tarkoituksena oli varmistaa se, että laissa tarkoitetuilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä oli ammattitoiminnan edellyttämä koulutus ja muu riittävä ammatillinen pätevyys sekä ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Lailla järjestettiin myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitettiin henkilöä, joka oli saanut lain perusteella ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö). Lakiin sisältyvät säännökset terveydenhuollon ammattihenkilön ammattieettisistä velvollisuuksista, potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä sekä niihin sisältyvien tietojen salassapidosta, täydennyskoulutusvelvollisuudesta, määräysten noudattamisesta, ilmoitusvelvollisuudesta ja vakuuttamisvelvollisuudesta.

Lain mukaan laillistettu lääkäri päätti potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päätti potilaan vastaavasta hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta. Laillistetulla lääkäriellä ja hammaslääkäriellä oli oikeus määrätä apteekista lääkkeitä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta oli keskitetty terveydenhuollon oikeusturvakeskuksille ja lääninhallituksille. Oikeusturvakeskuksessa on terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa varten valvontalautakunta. Laissa on yksityiskohtaiset säännökset turvaamistoimista sekä kurinpito- ja rangaistussäännöksistä, jos ammattihenkilön toiminta ei ole asianmukaista. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon laadun ja valvonnan suhteen eroja ei ole olemassa. Ammatinharjoittamista koskevia säännöksiä terveydenhuollon ammatilliset joutuvat noudattamaan riippumatta siitä, työskentelevätkö he julkisella vai yksityisellä puolella. Samoja säännöksiä noudatetaan silloin, kun henkilö työskentelee lääkäriinä

²¹² Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi HE 33/1994 vp.

julkisessa sairaalassa ja työpäivän jälkeen harjoittaa yksityispraktiikkaa itsenäisenä ammatinharjoittajana. Julkisen sairaalan ja yksityisen terveydenhuollon palvelulaitoksen valvonta- ja vastu säännökset poikkeavat toisistaan, mutta asiallisesti kontrollin tavoite on molemmissa sama. Potilaille pyritään valvonnan avulla takaamaan mahdollisimman hyvä ja laadukas hoito.

9.7. Taksarakenteen muutos 1995 ja 2000

Vuonna 1995 uudistettiin sairausvakuutuksen korvaustaksojen rakenne. Taksojen korvaustasoon ei tuolloin voitu puuttua, koska uudistus tuli toteuttaa kustannusneutraalisti. Taksojen rakenne nähtiin tärkeäksi uudistaa, koska aiempi rakenne oli todettu vanhentuneeksi, taksat tulkinanvaraisiksi eikä vakuutettujen yhdenmukainen kohtelu korvausten saamisessa toteutunut.²¹³ Tärkeä syy uudistukselle oli myös Suomen Kuntaliitossa tehty julkisen terveydenhuollon nimikkeistön uudistus pohjoismaisen leikkausluokituksen mukaiseksi. Sairausvakuutuksen korvaustaksat olivat aiemmin poikenneet huomattavasti julkisen terveydenhuollon nimikkeistöstä, mikä oli vaikeuttanut valvontaa ja vertailua kahden järjestelmän välillä. Vuorovaikutus ei ollut kitkatonta, joten lähentymistä nimikkeistötasolla pidettiin välttämättömänä.

Vuoden 1995 uudistuksessa pyrittiin lääkäripalkkioissa yhdenmukaistamaan nimikkeistöä julkiseen terveydenhuoltoon ja yksinkertaistamaan korvauskäsittelyä. Näin vakuutetut aiempaa paremmin tulisivat tietämään palvelun lopullisen hinnan, jossa sairausvakuutuskorvaus oli otettu huomioon. Pääosa lääkäripalkkioista tuli aikaperusteiseksi ja uudistuksen jälkeen ylivoimaisesti yleisimmin käytetty korvaustaksa oli erikoislääkärin palkkio kahdenkymmenen minuutin vastaanotosta. Vain pieni osa vaativia ja aikaa vieviä toimenpiteitä jäi toimenpidekohtaiseksi taksaksi, kun aiemmin pääosa taksoista oli rakentunut erilaisista lääkärin suorittamista hoitotoimenpiteistä. Laboratoriotutkimusten nimikkeistö muutettiin vastaamaan Suomen Kuntaliiton sairaalapalvelujen laboratoriotutkimusnimikkeistöä. Samoin radiologisten tutkimusten ja toimenpiteiden taksojen nimikkeet saatettiin vastaamaan kokonaisuudessaan Suomen Kuntaliiton sairaalapalvelujen radiologianimikkeistöä.

²¹³ Uudistuksen taustalla oli myös sairaanhoitovakuutustoimikunnan esitykset. Toimikunta totesi ehdotuksissaan, että ”vakuutetun kannalta on välttämätöntä, että hän nykyistä paremmin saa ennakkoon tietää yksityisten terveyspalvelujen käyttämisestä hänelle lopullisesti jäävät kustannukset. Sairausvakuutuksen korvaustaksojen yksinkertaistaminen ja uudelleen kohdentaminen antavat mahdollisuuden useimmissa tapauksissa määritellä korvauksen markkamäärät”.

Taksauudistuksen seurauksena julkisen terveydenhuollon nimikkeiden ja sairaanhoitovakuutuksen välinen vuorovaikutus lisääntyi erityisesti vertailtavuuden ja tilastoinnin, mikä helpotti terveydenhuollon valvojen työtä. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön määräyksestä koko maan terveydenhuollossa siirryttiin 1.1.1995 käyttämään lääkärin suorittamien toimenpiteiden kohdalla Stakesin toimenpideluokituksen mukaisia koodeja ja nimikkeitä ja sairausvakuutuksen uudet lääkärinpalkkioiden toimenpidenimikkeet olivat koodeiltaan tarkistettu vastaamaan tätä nimikkeistöä. Stakesin luokituksessa koodit puuttuivat anestesiatoimenpiteiltä ja eräiltä konservatiivisilta toimenpiteiltä, minkä vuoksi uusissa korvaustaksoissa niille annettiin Kelan koodi. Näitä Kelan antamia koodeja on sittemmin alettu käyttää myös julkisessa terveydenhuollossa, mikä osoittaa vuorovaikutuksen nimikkeiden yhtenäistämässä olleen molemmiin puoliin. Vertailtavuus yksityisen ja julkisen terveydenhuollon kanssa on lisääntynyt olennaisesti.

Lääkäreille ja yksityisen terveydenhuollon laitoksille lähetetyssä tiedotuskirjeessä uusista taksoista²¹⁴ todettiin, että uudistuksen tavoitteena oli korvauskäytännön selkeyttäminen ja yhdenmukaistaminen. Uudistuksen tuli myös mahdollistaa korvausasioiden käsittelyn automatisointia Kelan toimistoissa. Vuonna 1995 otettiin Kelassa käyttöön uusi atk-järjestelmä, joka taksoitti ja tilastoi kaikki korvaustapahtumat. Vahvistettu taksa ja sitä täydentävät tulkinnat voitiin atk-järjestelmän avulla pitää ajan tasalla ja yksi uudistuksen tärkeimmistä tavoitteista, potilaille maksettavien korvausten yhdenmukaisuus, saavutettiin uudistuksella.

Taksauudistuksen yhteydessä toteutetussa terveydenhuollon ammattihenkilöihin suunnatussa tiedotuskampanjassa²¹⁵ korostettiin eräitä sairausvakuutuksen peruseräitä, jotka ovat yhteisiä sekä julkiselle että yksityiselle terveydenhuollolle. Niiden merkityksen pelättiin unohtuneen ajan myötä yksityisiä palveluja annettaessa, koska julkisen terveydenhuollon edustajilta oli tullut näkemyksiä siitä, että yksityisiä palveluja annettiin ilman riittävää potilaan terveyteen liittyvää tarvetta. Tiedottamisessa korostettiin, että potilaalle sairausvakuutuksen korvaamassa hoidossa korvataan vain sairauden vuoksi tarpeellisen tutkimuksen ja hoidon kustannuksia, minkä vuoksi

²¹⁴ Kansaneläkelaitoksen terveys- ja toimeentuloturvaosaston kirje 24.2.1995.

²¹⁵ Jokainen terveydenhuollon ammattihenkilö sai Kelalta uusia taksoja koskevan ohjevihkosen: ”Sairausvakuutus”, Lääkärinpalkkio ja tutkimus ja hoito, Ohjeita terveydenhuoltohenkilöstölle, Kansaneläkelaitos 1995 (uusittu 1997).

esimerkiksi seulonta- ja ikäryhmätutkimuksista korvausta ei suoriteta. Tällaisina seulonta- ja ikäryhmätutkimuksina mainittiin kolesteroliseurannat ja ikäryhmittäin tehtävät mammografia-, osteoporoosi- ja PAPA-tutkimukset..

Sairausvakuutuksen taksauudistus vuonna 1995 merkitsi osaltaan pyrkimystä lisätä vuorovaikutusta julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Kun nimikkeet ja koodit vastasivat uudistuksen jälkeen toisiaan ja oli aiempaa helpompaa hahmottaa, millaista hoitoa yksityisellä sektorilla annettiin sekä vertailla julkisen ja yksityisen sektorin palvelujen volyymia ja laatua.²¹⁶

Fysioterapiatoimenpiteiden osalta vuonna 2000 tehtiin taksan nimikeudistus. Aikaisemmin erillisinä korvatut toimenpiteet yhdistettiin aikaperusteiseen taksaan ja yksittäisten nimikkeiden määrä väheni.

9.8. Suorakorvaus hoitoon pääsyn helpottamiseksi

Suorakorvausmenettelyllä tarkoitetaan sitä, että yksityisen terveydenhuollon palvelujen antajat perivät asiakkaaltaan sairausvakuutuskorvauksella vähennetyt, jolloin asiakas maksaa palveluksista vain omavastuusuuden. Kansaneläkelaitos tilittää sairausvakuutusosuuden suoraan palveluksen antajalle, lääkärille, yksityiselle hoitolaitokselle tms. eikä vakuutetun tarvitse erikseen lähteä hakemaan korvausta Kelan paikallistoimistosta.

Pyrkimys suorakorvaukseen oli sairausvakuutuksen uudistamistavoitteena jo lain soveltamisen alkua ajoista lähtien ja järjestelmään päästiinkin lääkekorvauksissa jo 1970-luvun alussa, jolloin Kansaneläkelaitos ja Suomen Apteekkariyhdistys solmivat suorakorvausta koskevan sopimuksen. Asia sai vahvistuksen myös lainsäädännössä, kun sairausvakuutuslain 30 a § (811/1969) säädettiin. Säännös mahdollisti apteekin antamaan lääkkeen vakuutetulle alennetulla hinnalla ja apteekki sai korvauksen tilitystä vastaan korvauksen Kelasta. Uudistus helpotti erityisesti vähävaraisten kansalaisten lääkkeen saantimahdollisuuksia ja siten edisti sairausvakuutusjärjestelmälle asetettuja tavoitteita. Suorakorvausjärjestelmä oli apteekkien jälkeen tarkoitus laajentaa myös

²¹⁶ Sairaanhoidovakuutuksen toteuttamisesta 1990-luvun puolivälissä saa kattavan kuvan tutustumalla julkista sairaanhoidovakuutusta koskeneen seminaarin koosteeseen vuodelta 1997 (Julkinen sairaanhoidovakuutus 1997).

lääkäripalkkioihin sekä tutkimukseen ja hoitoon ja Kansaneläkelaitos neuvotteli 1980-luvulla suorakorvausta koskevan runkosopimuksen aikaan saamisesta Suomen Lääkäriliiton kanssa.²¹⁷ Sopimusta ei kuitenkaan syntynyt, koska Suomen Lääkäriliiton valtuusto hylkäsi sopimusesityksen.²¹⁸ Asiaa ei kuitenkaan jätetty siihen, vaan myös sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta esitti suorakorvauksen toteuttamista vuonna 1987²¹⁹ ja suorakorvausta pyrittiin edistämään työryhmällä, joka 1980-luvun lopulla selvitti menettelyyn siirtymiseen liittyviä yksityiskohtia. Työryhmä esitti järjestelmän omaksumista Suomessa vapaaehtoisuuden pohjalta Kansaneläkelaitoksen ja palvelujen tuottajien välisten sopimuksin. Taustalla olivat myönteiset kokemukset lääkekustannusten suorakorvausmenettelystä.²²⁰

Esitykset eivät johtaneet lainsäädäntötoimiin ja asiassa edettiin ns. valtakirjasopimustietä. Tässä mallissa palvelujen tuottaja teki Kelan kanssa sopimuksen suorakorvauksen toteuttamisesta. Potilaan annettua tarvittavan valtakirjan palveluntuottaja haki tilitysteitse sairausvakuutuskorvauksen potilaan puolesta. Erona lääkekorvauksiin oli se, että tarvittiin erillinen valtakirja suorakorvauksen toteuttamiseksi. Tällä tavoin järjestelmä laajeni ja merkittävin edistysaskel oli 1990-luvun alussa tehty sopimus ohitusleikkausten kustannusten suorakorvaamisesta, jolla oli merkitystä sepelvaltimotautisten hoitoon pääsyyn. Julkisen sektorin leikkausjonoissa oli tuolloin yli 2 000 sepelvaltimotautista potilasta ja odotusaika saattoi venyä neljäänkin vuoteen. Yksityissairaaloitten ja Kelan välisen valtakirjasopimuksen mukaan sairaalat

²¹⁷ Kelan sairausvakuutusosaston osastopäällikkö *Olavi Suihko* kirjoitti vuonna 1983 Sosiaalivakuutuslehdessä, että ”ns. suoran korvausjärjestelmän aikaansaaminen lääkekorvausten lisäksi muissakin sairaanhoitokorvauksissa on ollut pitkään käsiteltävänä. Olennaisimpia kysymyksiä edelleen on, miten taksajärjestelmä olisi suoraan korvausmenettelyyn nivellettävä. Paitsi että taksoja ei nykyisellään saada pysymään kohtuullisella tasolla, järjestelmä on sellaisenaan liian monimutkainen sovellettavaksi sairaanhoitopalvelujen antamisen yhteydessä”. (Sosiaalivakuutus Nro 10/1983, s. 309–310, Olavi Suihko ”Sairausvakuutuksen nykynäkymiä”.)

²¹⁸ Tuolloin kaavailun järjestelmän mukaan suoraan korvausmenettelyyn liittyminen olisi ollut lääkärille ja muulle hoidon antajalle vapaaehtoista. Lääkärikuntaa kuitenkin arvelutti Ruotsin järjestelmä, jossa järjestelmän ulkopuolelle ei voinut jäädä ja jossa lääkäri ei saanut suorakorvaussopimusta viranomaisen kanssa haluamallaan seudulla, vaan saattoi joutua osoitetuksi täysin toiselle paikkakunnalle. Suomessa pyrittiin 1980-luvulla kuitenkin toisenlaiseen järjestelmään, mutta samalla olisi taksoja tullut tarkistaa. Ks. esim. Helsingin lääkirilehti 1986:2) Johtaja Pekka Morrin totesi Lääketiede-päivillä vuonna 1988 suorakorvausjärjestelmän toteuttamisen tiellä olevan kustannuskysymykset. Suoraa korvausjärjestelmää ei ollut mahdollista eikä tarkoituksenmukaista toteuttaa nostamatta korvaustasoa lääkäripalkkioiden osalta Taksojen korottaminen lain tarkoittamalle tasolle aiheuttaisi sairausvakuutukselle lisäkustannuksia noin 240 miljoonaa markkaa. (ks. Helsingin Lääkirilehti 1988:1: ”Suorakorvaus kytkeytynee verouudistukseen”.)

²¹⁹ Toimikunta perusteli esitystään mm. seuraavasti: ”Suoran korvausmenettelyn soveltaminen myös lääkäripalkkioissa sekä tutkimus- ja hoitomaksuissa merkitsisi vakuutetulle huomattavasti nykyistä joustavampaa palvelua ja myös taloudellista helpotusta”. (Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö 1987:34, s. 109.)

²²⁰ Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio, Työryhmämuistio 1989:8 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, s. 43.

saattoivat antaa 25 000 markan sairausvakuutuskorvauksen velaksi potilaalle ja nostaa sen potilaan antamalla valtakirjalla tilityksenä Kelasta. Tämä summa arvioitiin potilaan leikkauksesta saamaksi korvaukseksi sairausvakuutuksesta kaikista leikkaukseen liittyvistä hoitotoimenpiteistä ja lääkkeistä. Tällä tavoin valtakirjamenettely ja vuonna 1989 toteutettu taksankorotus, jossa painopiste oli ohitusleikkaukseen liittyvien toimenpiteiden taksassa, edistivät yksityisen ja julkisen sektorin vuorovaikutusta niin sairaanhoitovakuutus ja yksityinen sektori helpottivat tuolloin esiin tullutta julkisen terveydenhuollon resurssipulaa ja toimivat julkisen sektorin tukena.

Valtakirjasopimusten tekeminen ei kuitenkaan rajoittunut pelkästään ohitusleikkauksiin, vaan myös joidenkin lääkäriasemien kanssa tehtiin sopimuksia suorakorvauksesta. Pitkän hiljaisen kauden jälkeen 1990-luvun asiaan palattiin²²¹ Kansaneläkelaitoksen ja palvelujen tuottajajärjestöjen välisissä neuvotteluissa. Näin 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa valtakirjamenettely alkoi laajeta ensin hammaslääkäripalkkioihin ja sen jälkeen myös lääkäripalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon. Tarvittavat runkosopimukset saatiin nyt allekirjoitetuksi Suomen Lääkäriliiton, Suomen Hammaslääkäriliiton ja eräiden tutkimustoimenpiteitä antavien palveluntuottajien etujärjestöjen kanssa. Järjestelmä on vapaaehtoisella pohjalla ja paikallisesti palveluntuottajat ovat vaihtelevasti liittyneet sopimukseen. Vuoteen 2006 tultaessa menettely on jo melko laajalle levinnyt.²²²

Suorakorvauksen vaikutus julkisen ja yksityisen palveluntuotannon väliseen vuorovaikutukseen on yksityisen sektorin käyttöä helpottava, jolla on merkitystä myös julkisen sektorin tukemisessa, kuten ohitusleikkauksia koskeva esimerkki osoittaa. Suorakorvaus saattaa myös alentaa painetta suurten kaupunkien terveyskeskuksiin, kun osa väestöstä kääntyy yksityisten palvelujen puoleen osin sen vuoksi, että palveluntuottaja on tehnyt suorakorvaussopimuksen ja palvelun voi antaa alennetulla hinnalla. Alentamalla käyttökynnystä suorakorvauksen vähittäinen laajentuminen koko

²²¹ Tosin 1990-luvun alkupuolelle työskennellyt sairaanhoitovakuutustoimikunta viittasi esityksissään suorakorvauksen toteuttamiseen, kun se totesi: ”Korvausjärjestelmän yksinkertaistaminen ja uudelleen kohdentaminen antavat entistä paremmat mahdollisuudet yksinkertaistaa itse korvausmenettelyä. Tämä luo mahdollisuuksia korvausmenettelyn kehittämiseen palvelujen tuottajien kanssa automaattista tietojenkäsittelyä hyväksi käyttäen niin, että sairausvakuutuskorvaus voidaan ottaa huomioon jo perittäessä maksua palvelusta”. Sairaanhoitovakuutustoimikunnan mietintö, Komiteamietintö 1993:29, s. 70.

²²² Vuoden 2005 lopulla suurissa kaupungeissa monet lääkäriasemat ovat liittyneet suorakorvausjärjestelmään. Turussa ja Tampereella valtaosa lääkäriasemista oli järjestelmän piirissä ja Helsingissäkin järjestelmä oli laajentumassa.

yksityiseen palvelutuotantoon saattaa vähitellen vaikuttaa yksityisen ja julkisen väliseen käyttöjakaumaan.²²³

²²³ Vuoden 2007 alusta on tarkoitus toteuttaa lainmuutos, jossa sairausvakuutuslakiin lisättäisiin säännökset sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen maksamisesta suoraan palvelujen tuottajalle silloin, kun palvelujen tuottaja on Kansaneläkelaitoksen kanssa tekemänsä sopimuksen perusteella perinyt asiakkaalta ainoastaan omavastuuosuuden. Tällöin erillistä vakuutetun allekirjoittamaa valtakirjaa ei erikseen enää tarvittaisi, vaan siirryttäisiin samanlaiseen järjestelmään kuin lääkekorvauksissa.

9.9. Tarpeellisuuskriteerin sekä oikeellisuuden ja yhdenmukaisuuden korostaminen sairaanhoitovakuutuksen soveltamisessa

Julkinen sairaanhoitovakuutus on tarkoitettu korvaamaan vain tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Tätä periaatetta on korostettu järjestelmän toteutuksessa. Tulkintana on ollut, että tarpeellisenä hoitona pidetään yleisesti hyväksytyyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Korvattujen kustannusten tulee olla johtunut sairaudesta, raskaudesta tai synnytyksestä. Lisäksi korvausta suoritetaan vain siltä osin, minkä hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, potilaan terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut maksamaan. Tämän periaatteen mukaisesti korvausta ennalta ehkäisevä hoito jää korvauksenalaiselle ulkopuolelle samoin kuin tutkimukset, jotka on tehty lääkärintodistuksen saamiseksi esim. ajokorttia varten. Korvattavaan hoitoon eivät myöskään kuulu apuvälineiden kuten siteiden, sidosten tai tekojäsenten aiheuttamat kustannukset.

Edellä mainittujen periaatteiden ylläpitäminen edellyttää järjestelmän toteuttajalta, Kansaneläkelaitokselta korvaustyön tekijöiden ohjeistusta, joka perustuu lääketieteessä tapahtuvan tutkimusten tuloksiin. Se, mikä on tarpeellista ja mikä ei, saattaa lääketieteellisestikin olla kiistanalainen asia. Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosastolla työskenteleekin ns. taksaryhmä, jossa on lääkäriedustus ja joka ottaa kantaa tulkintakysymyksiin. Tarvittaessa taksaryhmä pyytää konsulttiapua yliopistollisia keskussairaaloilta ja lääketieteellisiä tiedekunnilta hyvään hoitokäytäntöön liittyvistä tulkintakysymyksistä. Tämän ohessa Kelassa toimii eri lääketieteen alojen asiantuntijoista koostuva sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta sairausvakuutuksen soveltamisen apuelimenä.²²⁴

Julkiseen sairaanhoitovakuutukseen ja koko Kansaneläkelaitoksen toteuttamaan sosiaalivakuutukseen kuuluu keskeisenä piirteenä se, että yksittäistapauksissa annetut ratkaisut ovat paitsi oikeita (perustuvat voimassa olevaan lainsäädäntöön), myös tulkinnoiltaan yhdenmukaisia koko maassa. Yhdenmukainen soveltamiskäytäntö sosiaalivakuutuksessa takaa perustuslain edellyttämän kansalaisten tasa-arvoisuuden lain edessä. Oikean ja yhdenmukaisen soveltamiskäytännön varmistamiseksi toimistot saavat Kelassa keskushallinnolta ohjeita lain soveltamiseksi. Ohjeita laadittaessa otetaan

²²⁴ Ks. tarpeellisuuskriteerin soveltamisesta Karli 1997. Kelan sairausvakuutusosaston entinen asiantuntijalääkäri Pauli Karli toteaa, että julkisen sairaanhoitovakuutuksen kolme keskeistä periaatetta ovat tarpeellisuus, taloudellisuus ja turvallisuus. Sairaanhoitovakuutuksen kannalta tärkeät lääketieteelliset periaatekysymykset käsitellään sosiaalilääketieteellisessä neuvottelukunnassa.

huomioon lääketieteen tutkimustulokset ja sairausvakuutuksen muutoksenhakuvelinten antamat ennakkopäätöstyypiset ratkaisut²²⁵. Lisäksi soveltamiskäytäntöä valvotaan käyttämällä hyväksi Kelan sairaanhoitokorvaustietokannasta saatavia tietoja toimistoissa tehdyistä ratkaisuista ja tarvittaessa puututaan ratkaisukäytäntöön koulutuksellisin ja sisäisen valvonnan keinoin.

Tarpeellisuuskriteerin korostaminen sairausvakuutuksen soveltamiskäytännössä on osa yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutusta, koska myös julkisessa terveydenhuollossa pyritään vain tarpeellista hoidon antamiseen. Potilas ei voi valitsemalla hoitomuotonsa yksityisesti saada parempaa hoitoa kuin julkisessa terveydenhuollossa. Molemmissa palvelumuodoissa hoitokriteerit ovat samat ja vain tarpeellista hoitoa korvataan sairausvakuutuksesta. Tätä samaa hoitoa potilaalla on mahdollisuus saada myös julkisessa terveydenhuollossa. Niinpä kokonaan potilaan korvattavaksi jäävät erilaiset kosmeettiset leikkaukset, joiden tavoitteena on ulkonäön parantaminen²²⁶, samoin silmien likinäköleikkaukset, koska likinäköisyys korjaantuu silmälaseja käyttämällä.

Esimerkkejä korvauskäytännön rajauksista voitaisiin mainita paljonkin, mutta olennaista on vuorovaikutuksen kannalta todeta tarve yhdenmukaiseen käytäntöön hoidon antamistavasta (julkinen/yksityinen) riippumatta. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen linja antaa tosin potilaalle julkista terveydenhoitoa paremman mahdollisuuden valita hoitava lääkäri. Tämä valintamahdollisuus ei kuitenkaan merkitse sitä, että potilas saisi yksityisellä puolella julkista terveydenhuoltoa parempaa hoitoa.

Tarpeellisuuskriteeri hoidon antamisessa on korostunut sen jälkeen, kun maaliskuun alussa 2005 tuli voimaan ns. hoitotakuu, jonka seurauksena kaikki julkisessa terveydenhuollossa annettu hoito pisteytetään hoitotarpeen määrittelemiseksi. Pisteytyksessä keskeisenä kriteerinä on hoidon tarpeellisuus, joten sairausvakuutuksessa soveltuvien osien noudatetaan julkisen sektorin pisteytyksessä omaksuttuja kriteerejä hoidon tarpeellisuutta arvioitaessa. Ongelmaksi kuitenkin muodostuu se, että pisteytyksessä arvioidaan lähinnä hoitotakuun piiriin pääsevän hoidon kriteereitä. Hoito

²²⁵ Ylin muutoksenhakuvelin sairausvakuutuslain soveltamisessa on sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva tarkastuslautakunta. Ensimmäinen muutoksenhakuaste on alueellinen sosiaalivakuutuslautakunta.

²²⁶ Täältäkään osin rajanveto ei ole selväpiirteinen, sillä esimerkiksi rintojen korjausleikkaukset rintasyöpöpotilailla on katsottu tarpeelliseksi hoidoksi, vaikka kysymyksessä on pääasiassa ulkonäköön liittyvä leikkaus.

voi kuitenkin olla lääketieteellisesti tarpeellista, vaikka pisteytyksessä ei arvioitaisikaan hoidon kuuluvan hoitotakuun määräaikaan annettavaksi. Yksityisesti annettuna pisteytyksen tulos ei siis voi suoraan olla korvaamisen hylkäämisen peruste. Vuorovaikutuksessa yksityinen/julkinen pisteytyksellä kuitenkin saattaa olla merkitystä, jos hoitotakuun ulkopuolelle jäänyt potilas teettää hoitotoimenpiteen yksityisesti ja tällä tavoin ohittaa julkisen hoidon hoitotakuun kriteerit.

9.10. Yksityisten sairaanhoitovakuutusten vaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen

Julkisen ja yksityisen palvelutuotannon väliseen vuorovaikutusproblematiikkaan liittyy myös yksityisten sairausvakuutusten määrä ja kehitys. Rahoituksen näkökulmasta voidaan perustellusti olla sitä mieltä, että terveydenhuollon rahoitus jakaantuu Suomessa kolmeen osaan. Näitä ovat a) yleinen verorahoitteinen (julkinen) terveydenhuolto, b) sairausvakuutusrahoitteinen (yksityinen) terveydenhuolto ja c) yksityinen vakuutusrahoitteinen (sairausvakuutusta täydentävä yksityinen) terveydenhuolto. Kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä onkin siis muuttumassa kolmikanavaiseksi rahoitusjärjestelmäksi yksityisten terveystakuutusten lisääntymisen myötä. Tämän mukaisesti terveydenhuollon rahoitus tapahtuu:

- a) verovaroin kunnallisveron ja valtionosuuden kautta. Julkisen terveydenhuollon maksut voidaan kattaa ottamalla terveystakuutus,
- b) veroluonteisin sairausvakuutusmaksuin sairausvakuutusrahaston kautta. Sairausvakuutusvaroin rahoitetaan myös työterveyshuolto yhdessä työnantajan osuuden kanssa,
- c) yksityisillä vakuutusmaksuilla, joilla rahoitetaan yksityiset terveystakuutukset tai vakuutetun valitessa julkisen terveydenhuollon, omavastuuosuus. Yksityisen vakuutuksen voi ottaa henkilö itse sairauskuluvakuutuksena tai hänen työnantajansa yksityisenä sairaanhoitovakuutuksena

Taulukko 3. Terveyspalvelujen rahoituslähteet.

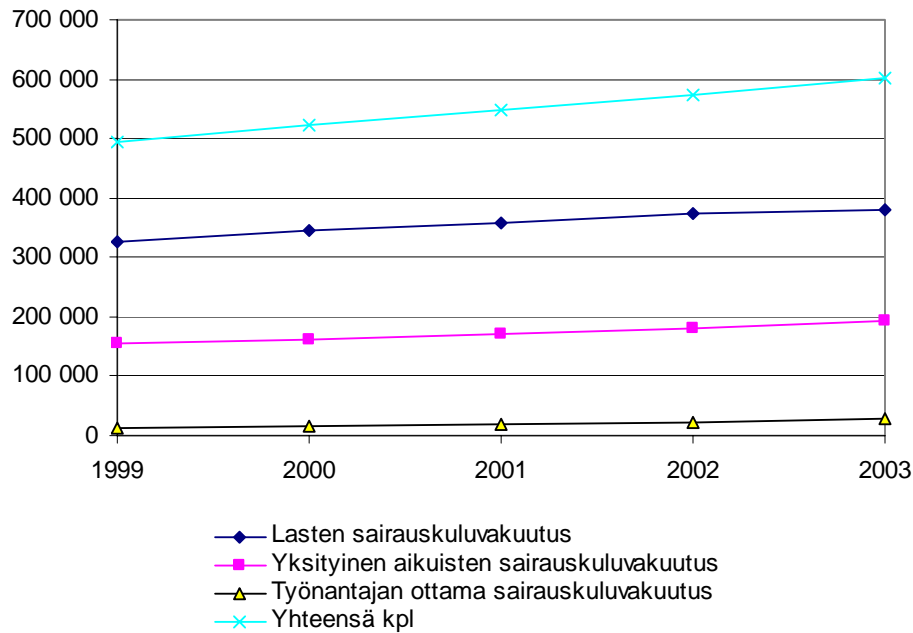
Julkinen terveyspalvelu	Yksityinen terveyspalvelu I	Yksityinen terveyspalvelu II
Kunnallisvero, valtionosuus	Sairausvakuutusmaksu	Sairausvakuutusmaksu + yksityisen terveysvakuutuksen maksu

Yksityiset sairausvakuutukset alkoivat yleistyä 1980-luvulla erityisesti ns. lapsivakuutuksen muodossa. Seuraavalla vuosikymmenellä, 1990-luvulla kiinnostus yksityisten vakuutusten ottamiseen väheni taloudellisen laman seurauksena, mutta huomattava nousu on tapahtunut 2000-luvulla talouden taas elvyttyä.

Taulukko 4. Yksityisten sairauskuluvakuutusten lukumäärän kehitys 1999–2003.²²⁷

	1999	2000	2001	2002	2003
Lasten sairauskuluvakuutus	325 863	345 810	359 495	372 671	381 289
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	155 730	160 482	170 239	179 262	192 728
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	11 655	15 347	18 360	21 995	27 520
Yhteensä kpl	493 248	521 639	548 094	573 928	601 537

²²⁷ Lähde: Vakutusyhtiöiden Keskusliitto (muistio)

Kuvio 5. Yksityisten sairauskuluvakuutusten kehitys vuosina 1999–2003.²²⁸

Lähde: Vakuutusyhtiöiden keskusliitto. (muistio)

Yksityisten sairauskuluvakuutusten yksityiskohdista on mahdotonta antaa mitään yleisesitystä, koska ehdot vaihtelevat yhtiökohtaisesti. Yleisesti voidaan vain todeta yksityisen sairausvakuutuksen kattavan vakuutusehdoista riippuen sitä osaa terveydenhuollon kustannuksista, joita julkinen sairaanhoitovakuutus ei kata, mutta vakuutuksella voidaan kattaa myös julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja. Korvaustaksojen jälkeenjääneisyydestä johtuen tämä yksityisellä vakuutuksella katettava osa on vuosi vuodelta käynyt yhä suuremmaksi, millä epäilemättä on ollut vaikutusta vakuutuksesta perittäviin maksuihin. Samaan aikaan ovat myös julkisen terveydenhuollon maksut nousseet erityisesti sairaalahoidon osalta, joten tulevaisuudessa saatetaan terveystakuuksia ottaa enenevässä määrin kattamaan myös tämän terveydenhuollon maksuja.²²⁹

Järvinen on todennut, että yksityiseen sairaanhoitoon turvaututaan Suomessa lähinnä siksi, että julkiset palvelut eivät toimi riittävän nopeasti tai tarpeeksi laajaa hoitoa ei ole saatavissa. Julkisia palveluja pidetään ensisijaisena vaihtoehtona, mutta

²²⁸ Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto (muistio).

²²⁹ Suomen julkisen terveydenhuollon maksut ovat EU-maiden korkeimmat, joskin vuotuinen omavastuu auttaa paljon sairastavia.

terveyskeskusten ja julkisen sektorin sairaaloiden riittämättömät resurssit ohjaavat etenkin lapsiperheet yksityiselle sektorille. Mikäli terveyskeskus ja työterveyshuolto toimisivat tehokkaasti ja niillä olisi riittävät resurssit, ei yksityisille lääkärikeskuksille eikä siten myöskään niihin liittyville vakuutuksille olisi niin laajoja markkinoita kuin tällä hetkellä. Järvisen mukaan on selvää, että moni työnantaja turvaa omat avainresurssinsa sairauden sattuessa mieluummin vakuutuksen avulla kuin odottelee työntekijän paluuta työhön tämän ollessa vuoden leikkausjonossa työkyvyttömänä.²³⁰

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisen vuorovaikutuksen kannalta yksityisten vakuutusten olemassaololla ja kehittämisellä on huomattava merkitys. Tosiasia lienee se, että vain harva yksityisen vakuutuksen ottanut kääntyy terveyspalveluja tarvitessaan terveyskeskuksen puoleen, kun on mahdollisuus käyttää vakuutusta ja mennä hoidattamaan itsensä yksityisellä sektorilla. Suurissa kaupungeissa yksityiset vakuutukset ovat todennäköisesti hyvinkin merkittävä syy kansalaisten valitessa hoitomuotoa yksityisen ja julkisen välillä, mutta tämän seikan todentaminen vaatisi tarkempaa tutkimusta. Koska sellaiseen ei tässä yhteydessä ole mahdollisuutta on syytä vain todeta oletuksena, että yksityisten vakuutusten lisääntymisen seurauksena saattaa olla yksityisten terveyspalvelujen määrän lisääntyminen. Siten yksityisillä sairauskulu- ja sairaanhoitovakuutuksilla voi olla tärkeä merkitys yksityisen ja julkisen terveydenhuollon palvelujen vuorovaikutuksessa, koska niiden lisääntyminen saattaa johtaa yksityisten palvelujen lisääntyvään käyttöön. Voidaan kuitenkin myös olettaa, että yksityisten vakuutusten ohjatessa vakuutuksen ottaneita yksityisten palvelujen piiriin yksityiset vakuutukset helpottavat julkisen terveydenhuollon paineita ja jonoja. Vakuutusten määrä oli vuonna 2003 yhteensä hieman yli 600 000, joten noin joka kahdeksas suomalainen on jo nyt yksityisen terveystakuun piirissä. Mikäli määrä tulevana vuosina nousee saattaa tällä olla nykyistä huomattavampi merkitys yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen.

Yksityisten terveystakuutusten lisääntymisellä saattaa olla vaikutusta myös terveydenhuollon rahoitukseen. Vakuutettujen määrän lisääntyessä helpottuu väistämättä kunnalliseen rahoitukseen kohdistuva maksurasitus, koska vakuutuksen ottajat maksavat terveydenhuollon palvelunsa pääosin käyttämällä vakuutusta ja julkisen sairaanhoitovakuutuksen korvausta. Tällaisesta kehityksestä ei kuitenkaan ole

²³⁰ Järvinen 2004, s. 195–196. Vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu lienee vähitellen vaikuttamassa niin ettei vuoden leikkausjonoja tulevaisuudessa enää ole ainakaan siinä määrin kuin vielä vuonna 2004.

vielä selviä merkkejä, koska sairausvakuutuksen korvausmenot lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon osalta ovat pysyneet lähes samalla tasolla koko 2000-luvun. Yksityisen vakuutuksen ja sen myötä oletettu yksityisten palvelujen käytön lisääntyminen ei siis toistaiseksi ole näkynyt kasvavana sairausvakuutusrahaston menojen lisääntymisenä.

Ongelmaksi yksityisten vakuutusten lisääntyminen saattaa muodostua sen vuoksi, että kun sairausvakuutuksesta korvataan vain tarpeellista hoitoa, yksityiset vakuutusyhtiöt voivat vakuutusehdoissaan maksaa vakuutuskorvausta myös sellaisesta hoidosta, joka ei lääketieteellisesti katsoen ole tarpeellista. Tällaisia voivat olla esimerkiksi kosmeettinen ja ulkonäköä kohentava hoito, joka pääsääntöisesti jää sairausvakuutuskorvauksen ulkopuolelle. Tällaisen hoidon kustannukset jäävät kokonaisuudessaan vakuutuksen myöntäneen vakuutusyhtiön maksettavaksi. Eroa julkiseen sairaanhoitovakuutukseen voi olla myös siinä, että yksityistä sairausvakuutusta ei useinkaan hakijalle myönnetä, jos hänen terveydentilansa on sellainen, että taudin esiintymisriski on ilmeinen tai hän jo sairastaa jotain tautia. Julkinen sairaanhoitovakuutus kattaa kaikki Suomessa asuvat sairaudentilasta riippumatta.

Monissa yksityisen sairaanhoitovakuutuksen ehdoissa todetaan, että vakuutuksen ottaneen tulee hakea ensin Kelasta sairaanhoitokorvausta ja vasta tämän jälkeen vakuutuksen ottaneelle maksetaan yksityisen sairaanhoitovakuutuksen korvaus jäljelle jääneestä kustannuksesta. Tällöin hoidon tarpeellisuus ja muut hoidon yksityiskohdat tulevat arvioitua ensin Kelassa, millä saattaa olla merkitystä maksettaessa suoritusta yksityisestä vakuutuksesta. Julkisen sairaanhoitovakuutuksen korvaukset ovat toissijaisia lakisääteiseen liikennevakuutukseen ja tapaturmavakuutukseen nähden. Näissä tapauksissa korvaukset ohjataan hakemaan ensin vastuulliselta vakuutusyhtiöltä ja normaalisti sairausvakuutuksesta ei jää enää korvattavaa lainkaan. Nämä sairausvakuutukseen nähden ensisijaiset vakuutukset kattavat kaikki hoidon kustannukset, joten sairausvakuutuksesta ei yleensä jää korvattavaa.

Vuoden 2005 alussa poistui ns. laastarivero, jonka vakuutusyhtiöt maksoivat hoidattaessaan liikenne- ja tapaturmavakuutuspotilaita julkisessa terveydenhuollossa. Muutoksen jälkeen ko. potilaat voidaan hoidattaa vakuutusyhtiön valinnan mukaan joko julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa, koska vakuutusyhtiöiden tulee maksaa hoidosta täysi hinta. Muutoksen seurauksena vakuutusyhtiöt ovat alkaneet kilpailuttaa

palvelun tuottajia. Hoito ohjataan siihen yksikköön, olipa se yksityinen tai julkinen, joka on voittanut kilpailun. Uusi järjestely tulee todennäköisesti vaikuttamaan yksityisen ja julkisen väliseen vuorovaikutukseen, sillä yksityiset laitokset ovat myös voittaneet kilpailuja ja saaneet näin lisää markkinoita.²³¹

9.11. Sairaaloiden erikoismaksuluokka ja sairaalalääkäreiden omat potilaat

Julkisessa sairaalassa perityt maksut jätettiin sairausvakuutuksen korvausalan ulkopuolelle. Alusta lähtien omaksuttiin kuitenkin tulkintasääntö, jonka mukaan lääkäripalkkiota korvattiin sairaaloiden erikoismaksuluokassa oleville potilaille ja myös sairaalalääkäreiden yksityispotilaille. Erikoismaksuluokka julkisessa sairaalassa perustui 1950-luvulla tehtyyn työmarkkinajärjestöjen väliseen sopimukseen ja järjestelmän tarkoitus oli antaa potilaalle oikeus valita lääkäriinsä myös julkisessa sairaalassa maksamalla hoidosta tällöin lisämaksun. Tosin myöhemmin säädetyn erikoissairaanhoitolain mukaan potilaan toivomus hoitavasta lääkäristä tuli ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon. Käytännössä tätä toivomusta oli kuitenkin vaikea toteuttaa, joten vain erikoismaksuluokassa potilas on saattanut varmistaa pääsynsä nimenomaan tietyn, haluamansa lääkärin hoitoon. Erikoismaksuluokan lääkäripalkkiosuus on korvattu vakuutetulle sairausvakuutuksesta, vaikka muut sairaalamaksut ovat jääneet korvattavuuden ulkopuolelle. Lääkärillä ei kuitenkaan ole automaattista oikeutta hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa, vaan lääninhallitus on aiemmin myöntänyt lääkärille tällaisen oikeuden ja määrännyt samalla missä laajuudessa potilaita voidaan erikoismaksuluokassa hoitaa.²³²

Sairaalalääkäreiden oikeus hoitaa yksityispotilaita ei sen sijaan perustu lääninhallituksen antamaan lupaan, vaan asianomainen sairaala voi niin halutessaan antaa lääkäreilleen luvan hoitaa yksityispotilaita julkisessa sairaalassa. Tämänkin järjestelmän tausta on työmarkkinoiden sopimustoiminnassa, sillä yksityisvastaanotto-oikeus syntyi ns. Lehtisen sopimuksella vuonna 1962. Sairaalat voivat itsenäisesti päättää siitä, kuinka moni sen lääkäreistä ottaa yksityisesti vastaan potilaita sairaalassa ja kuinka monta

²³¹ Ks. Suomen lääkärilehti 5/2005: ”Kilpailu liikenne- ja työtapaturmapotilaista alkoi, Vakuutusyhtiöt tehneet ensimmäiset sopimukset yksityissektorin kanssa”. Vakuutusyhtiöiden ja yksityissektorin sopimuksissa on kysymys potilaiden jatkohoidon järjestämisestä alkuvaiheen jälkeen, jolloin hoidon korvaaminen vakuutuksesta edellyttää vakuutusyhtiön maksusitoumusta. Uudistusta toteutettaessa arvioitiin, että yksityissektorille siirtyisi alkuaikheissa noin 10 prosenttia lakisääteisen tapaturma- ja liikennevakuutuksen mukaisista hoidoista.

²³² Sittemmin erikoismaksuluokan luvat ovat siirtyneet lääninhallitukselta sairaalalle.

tuntia tähän toimintaan saa käyttää. Tulkinta yksityisesti annetun hoidon korvattavuuteen julkisessa sairaalassa on tässäkin tapauksessa ollut myönteinen. Paitsi hoitavia lääkäreitä yksityisvastaanotto-oikeus voi koskea myös tutkimusta tekeviä lääkäreitä ja yksityisvastaanotto-oikeudella voidaan käyttää hyväksi sairaalan tutkimuslaitteita, kuten esimerkiksi sairaalan magneettikuvauslaitetta. Laitteen käytöstä ei kuitenkaan myönnetä sairausvakuutuskorvausta, koska korvaus on rajattu lääkäripalkkio-osuuteen. Sairaalan laitteiden hankintaan on käytetty valtionosuutta, joten sairausvakuutuskorvauksen maksaminen tällaisen laitteen käytöstä merkitsisi rahoituksen päällekkäisyyttä.

Sairausvakuutuskorvausten maksaminen edellä mainitussa kahdessa tapauksessa osoittaa sitä, että julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajamaastossa viime kädessä tulkinta ratkaisee korvattavuuden. Pääpaino tulkinnassa asetettiin näissä tapauksissa toiminnan yksityisluonteisuuteen, vaikka hoito olikin annettu julkisissa tiloissa. Samalla tunnustettiin, että lääkärit voivat toimia yksityisesti, vaikka ovat virassakin. Kuitenkin lääkäreiden kaksoisrooli on paljon yleisempi siinä tilanteessa, jossa sairaalalääkäri toimii virka-aikansa ulkopuolella yksityisvastaanottoa pitävänä lääkärinä. Käytännössä suurella osalla lääkäriasemilla vastaanottavista lääkäreistä on virka julkisen terveydenhuollon yksikössä, yleensä keskussairaalassa. Tämän virka-ajan ulkopuolella annetun yksityisen hoidon korvattavuudesta sairausvakuutuksesta ei koskaan ole ollut epäselvyyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuusuudistus tuli voimaan vuonna 1993 sillä oli vaikutusta myös erikoismaksuluokan hoitoon, koska tuolloin asiasta tuli säännöksiä lainsäädäntöön. Tuolloin säädetyin asiakasmaksulain 9 §:n mukaan erikoissairaanhoidolaissa tarkoitetuissa muissa kuin psykiatrisissa sairaaloissa voi olla erikoismaksuluokka potilaita varten, jotka haluavat päästä sellaisen lääkärin hoitoon, jolla on lääninhallituksen myöntämässä laajuudessa oikeus hoitaa potilaita erikoismaksuluokassa. Erikoismaksuluokka saattoi lain mukaan olla myös terveyskeskuksen sairaalassa ja potilailta voitiin periä lisämaksuja ja lääkärillä oli oikeus saada palkkiona erikoismaksuluokassa hoitamiltaan potilailta perittäviä lisämaksuja vastaava määrä. Asiakasmaksuasetuksen 26 §:ssä oli tarkemmin määritelty edellä mainitut lisämaksut.

Erikoismaksuluokan asema ja sen korvattavuus sairausvakuutuksesta oli jatkuvasti keskustelun kohteena. Järjestelmän väitettiin aiheuttavan eriarvoisuutta potilaiden välillä ja jopa hoitojonon ohittamista. Niinpä hoitotakuun tultua voimaan 1.3.2005 erikoismaksuluokkakäytäntö päätettiin lopettaa vaiheittaisesti asiakasmaksulakia muuttamalla. Näin sairausvakuutuksen ongelma julkisessa sairaalassa annetun hoidon korvaamisesta poistuu tulevaisuudessa. Potilaita voidaan kuitenkin hoitaa erikoismaksuluokassa lääninhallituksen myöntämän luvan perusteella 29 päivään helmikuuta 2008 saakka. Erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta perittäviin maksuihin sovelletaan uusia asiakasmaksusäännöksiä²³³, joiden perusteella hoidosta voidaan periä enemmän maksua kuin 1.3.2005 saakka.

Erikoismaksuluokkaa koskeva asiakasmaksulain 9 §:n kumoamisen yhteydessä tulee vuonna 2008 tilalle uudeksi 9 §:ksi säännös, jonka mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloissa voidaan järjestää arkisin kello 16.00 jälkeen sekä lauantaisin ja sunnuntaisin erityispoliklinikkatoimintaa, jonka maksuihin ei sovelleta asiakasmaksulain maksujen suuruutta rajoittavia säännöksiä²³⁴.

Erityispoliklinikkatoiminnan palvelujen käytön tulee perustua siihen, että palvelun käyttäjä on itse vapaaehtoisesti hakeutunut tutkittavaksi tai hoidettavaksi poliklinikalle ja että potilas on tietoinen erityispoliklinikkatoiminnan maksukäytännöstä. Potilaalla tulee halutessaan olla mahdollisuus päästä erikoissairaanhoidon perusteella sairaanhoitopiirin järjestämisvastuulla olevaan hoitoon siten, että maksu määräytyy asiakasmaksulain ja sen nojalla annettujen säännösten mukaisesti.²³⁵

Erityispoliklinikkatoiminnan maksuja ei korvata sairausvakuutuksesta, vaikka erikoismaksuluokkaa korvataankin siihen saakka, kunnes järjestelmä vuonna 2008 loppuu.²³⁶

²³³ Kumotun 9 §:n mukaan erikoismaksuluokassa hoidettavilta potilailta voidaan periä lisämaksuja sen mukaan kuin asetuksella säädetään. Tämä rajoitus poistui 1.3.2005 ja maksut ovat vapaasti sairaalakohtaisesti päätettävissä.

²³⁴ Näitä säännöksiä, jotka eivät koske erikoismaksuluokkaa ja erityispoliklinikkatoimintaa ovat asiakasmaksulain 2 § 2 mom., jonka mukaan asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan, 6 §:n maksukykyyn tai muuhun syyhyn perustuva maksuttomuus, 6 a §:n maksukattosäännös (maksukattoon ei siis lueta erityispoliklinikkamaksuja) sekä 11 §:n maksun perimättä jättämistä tai alentamista koskeva säännös. Sairaaloilla on siis annettu vapaus päättää, millaisia maksuja erityispoliklinikkatoiminnasta (ja vuoteen 2008 saakka erikoismaksuluokassa) peritään.

²³⁵ Eduskunnan vastaus 94/2004 valtiopäivät hallituksen esitykseen laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

²³⁶ Vuonna 2008 julkisessa sairaalassa annetusta hoidosta ei enää makseta sairausvakuutuskorvausta, koska käytännössä sairaalalääkäreiden yksityispotilastoiminta on siihen mennessä loppunut. Tavoitteena

on, että sairaalat eivät myönnä lupia yksityisvastaanottoon enää sen jälkeen kun sairaaloiden erityispoliklinikkatoiminta alkaa.

10. VALTIONOSUUSUUDISTUS JA SEN VAIKUTUS PALVELUJEN JA RAHOITUKSEN VÄLISEEN RAJANVETOON JA VUOROVAIKUTUKSEEN

10.1. Valtionosuusuudistuksen taustaa

Vuonna 1992 toteutettu valtionosuusuudistus vaikutti huomattavasti terveydenhuollon palvelujen toteuttamiseen ja rahoittamiseen. Uudistuksen myötä julkisen palvelun toteuttamiseen tuli uusia vaihtoehtoja, sillä ostopalvelu yksityisiltä palvelun tuottajilta tuli yhdeksi mahdollisuudeksi kunnan terveystalvelujen järjestämisessä. Uudistuksen jälkeen valtionosuuden käyttökohteita ei enää määrätty ja sosiaali- ja terveydenhuoltoon annettu valtionosuus sisällytettiin kunnan saaman valtionosuuden kokonaisuuteen. Muutos lisäsi huomattavasti kunnan päätösvaltaa, sillä kunta saattoi uudistuksen jälkeen vapaasti määrittellä antamansa sosiaali- ja terveydenhuollon määrän ja tason. Määrä saattoi supistua hyvinkin pieneksi, jos kunta ei halunnut panostaa asukkaittensa sosiaali- ja terveystalveluihin, ilman että kukaan ulkopuolinen olisi voinut puuttua asiaan.

Muutoksella saattoi olla vaikutusta myös yksityisen ja julkisen sektorin vuorovaikutukseen. Julkisen sektorin palvelujen supistuessa sen vuoksi, että kunta ei halunnut panostaa julkiseen terveydenhuoltoon, saattoi lisätä yksityisten palvelujen tarvetta kyseisellä paikkakunnalla. Muutokset heijastuivat myös terveydenhuollon rahoitukseen, koska uudistuksen yhteydessä suhtautuminen julkisen terveydenhuollon maksupolitiikkaan muuttui hyvin paljon niistä ajatuksista, jotka olivat vallalla kansanterveystalvelua säädettäessä. Kansanterveystalvelun maksuttomuusperiaate ei ollut enää toiminnan tavoitteena, vaan valtionosuusuudistuksen yhteydessä palattiin pikemminkin siihen ajatteluun, joka oli voimassa ennen kansanterveystalvelua, jolloin kunnanlääkärit antoivat avopalveluja. Sekä silloin että valtionosuusuudistuksen jälkeen potilaan tuli itse vastata osasta terveystalvelun kustannuksista myös avohoidossa.

Uuden ajattelutavan mukaisesti vuonna 1992 säädettiin asiakasmaksulaki, joka salli kuntien aiempaa huomattavasti laajemmin periä antamistaan terveydenhuollon talveluista maksuja. Muutoksen perusteista ja poikkeamasta aiemmin omaksuttuun maksuttomuuden ja tasa-arvon periaatteeseen keskusteltiin valtionosuusuudistuksen yhteydessä yllättävän vähän ikään kuin maksuttomuus ei olisikaan ollut aiemmin johtava periaate. Liioin ei pohdittu sitäkään vaihtoehtoa, että sairausvakuutus osallistuisi asiakasmaksujen mukanaan tuomien potilaan omavastuukustannusten kattamiseen.

Tämäkin olisi ollut mahdollista, sillä olihan sairausvakuutuksesta aiemmin maksettu korvausta kunnanlääkäreiden perimistä palkkioista. Säännös sairausvakuutuksen soveltamisalasta jäi ennalleen ja uudistuksen yhteydessä rajaa sairausvakuutuksen rahoittaman yksityisen hoidon ja julkisen terveydenhuollon välillä jopa tarkennettiin, koska uudistus poisti aiemmin ostopalveluihin liitetyt rajoitukset. Paluuta kunnanlääkärijärjestelmän mukaiseen korvausjärjestelmään ei siis enää ollut. Uudistusta toteutettaessa ei myöskään keskusteltu siitä vaihtoehdosta, että terveyskeskuspalveluiden maksullisuuden lieventämiseksi olisi palautettu vain kymmenen vuotta aiemmin ollut järjestelmä, jossa sairausvakuutus osallistui terveyskeskusten lääkäripalvelujen kustannuksiin maksamalla kunnalle palveluista korvausta. Tällä olisi ehkä voitu hillitä tarvetta terveyskeskusmaksujen perimiseen.

Valtionosuusuudistusta valmisteltiin pitkään ja 1980-luvulla uudistusta edelsivät lukuisat ns. vapaakuntakokeilut. Kokeilun piiriin kuuluneet kunnat saivat jo tuolloin valtionosuuden yhtenä summansa ilman määrättyä käyttötarkoitusta ja kokeilujen pohjalta syntyi ajatus kaikkien kuntien muuttamisesta vapaakunniksi. Kuntien itsehallintoa haluttiin korostamisesta ja päättäjillä oli vahva näkemys siitä, että kunnallisen demokratian kautta löytyvät parhaiten ne tavat, joilla valtionosuutena jaettavat rahat hyödyllisimmin ja tehokkaimmin käytetään kansalaisten hyväksi.

Uudistuksen yhteydessä myös toisesta keskeisestä kansanterveyslain peruseriaatteesta luovuttiin. Kansanterveystyön suunnittelujärjestelmä loppui kokonaan ja siirryttiin lähes yksinomaan kunnalliseen päätöksentekoon ilman keskitettyä ohjausta. Kansanterveyden kehittäminen ei enää tapahtunut valtakunnallisten suunnitelmien ja niihin sopeutettujen kunnallisten suunnitelmien kautta, vaan kunnat saivat toteuttaa terveydenhuoltoa vapaasti päättämällä tavalla. Valtakunnalliset suunnitelmat kyllä säilytettiin, mutta niiden luonne muuttui. Kunnilla ei ollut mitään velvollisuutta noudattaa valtakunnallisen terveystuennitelman painotuksia, koska ne eivät olleet enää velvoittavia, vaan tarkoitettu suosituksiksi.

10.2. Toteutetut lainsäädäntömuutokset

Sosiaali- ja terveysalaa koskeva valtionosuusuudistus toteutettiin vuonna 1991 annetulla hallituksen esityksellä eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja val-

tionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta (HE 216/1991). Esityksessä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä ehdotettiin uudistettavaksi samanaikaisesti opetus- ja kulttuuritoimen valtionosuusjärjestelmän sekä kuntien yleisen valtionosuusjärjestelmän kanssa. Uudistuksella muutettiin kuntien käyttökustannusten valtionosuus laskennallisten perusteiden mukaisesti määräytyväksi kaikissa valtionosuusjärjestelmissä. Samalla ehdotettiin laajennettavaksi kuntien toimintavapautta sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Esitys sisälsi ehdotukset uusiksi laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista sekä ehdotukset muutoksiksi niihin sosiaali- ja terveydenhuollon lakeihin, joiden mukaiseen toimintaan uusia lakeja sovellettaisiin. Ehdotuksella ei kuitenkaan haluttu muuttaa palvelujen järjestämistä koskevia velvoitteita. Kunta päättäisi eri palveluihin osoitettavista voimavaroista ottaen huomioon erityislaeissa asetetut velvoitteet. Näiden erityislaeissa olevien velvoitteiden huomioon ottaminen takaisi esityksen mukaan tasavertaisten peruspalvelujen saamisen asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta ja kielestä riippumatta.

Ehdotuksen mukaan käyttökustannusten valtionosuus suoritettaisiin yksinomaan kunnille eikä enää kuntayhtymille. Kuntakohtainen valtionosuus määräytyisi laskennallisesti pääasiassa kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden perusteella. Kunnalle suoritettava valtionosuus laskettaisiin asukasta kohden määräytyvistä valtionosuuksista ottamalla huomioon kunnan ikäryhmittäinen asukasmäärä ja kantokykyluokka sekä lisäksi kunnan työttömyysaste, asukkaiden sairastavuus, pinta-ala ja asukastiheys. Kunnalle suoritettava valtionosuus olisi lopullinen eikä sen käyttö ollut sidottu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tapaan.

Esityksellä luovuttiin kuntien ja kuntainliittojen toimintaan kohdistuvasta sitovasta ohjauksesta ja muutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöä siten, että kuntien hallinnon järjestäminen tuli aikaisempaa enemmän kuntien itsensä ratkaistavaksi. Kuntien päätösvalta lisääntyi myös palveluista perittävien maksujen, henkilökunnan kelpoisuusehtojen ja virkarakenteen määräämisessä.

Esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvelvoitteesta säädettiin useassa eri laissa. Pääsääntöisesti nämä lait olivat kuitenkin puitelakeja, joilla ei yksityiskohtaisesti säännelty, miten palveluja tulisi järjestää. Kun kunnissa oli kattava

peruspalvelujärjestelmä, peruspalvelujen voitiin katsoa jatkossa tulevan järjestetyksi asianmukaisesti ilman yksityiskohtaista suunnitteluohjausta. Maksujen suuruutta koskevan päätösvallan lisääminen kunnissa nähtiin esityksessä tarpeelliseksi sen takia, että kunnat voisivat maksujen suuruutta säätelemällä ohjata palvelujen käyttöä olemassa olevan palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaiseksi. Samalla tuli huolehtia siitä, että toteutettava maksupolitiikka ei vaarantaisi kuntalaisten mahdollisuuksia käyttää lakisääteisiä palveluja. Tämän takia lainsäädännöllä tuli huolehtia siitä, että palvelut olisivat maksuttomia silloin, kun se olivat tarpeen maassa noudatetun sosiaali- ja terveyspolitiikan toteuttamiseksi. Lisäksi tarvittaessa oli oltava mahdollisuus säätää asetuksella palveluista perittävien maksujen enimmäismäärät, jotta ylisuuret maksut eivät aiheuttaisi palvelujen käyttäjille taloudellisia vaikeuksia.

Suunnittelun osalta laki koski pääasiallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallista suunnittelua. Kunnat ja kuntainliitot voivat suunnitella ja järjestää oman toimintansa valtakunnallisen suunnittelun osoittamien periaatteiden mukaisesti paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Tämän toiminnan piiriin kuuluisivat mm. sosiaalihuoltolaissa säädetyt sosiaalipalvelut, kansanterveystyö ja eräät muut kunnan terveyslautakunnan alaiset toiminnot sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Lakiin tuli kuitenkin säännös, jonka mukaan kunnan oli osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Voimavaroja ei laissa tarkemmin määritelty, joten ne jäivät kuntien päätösten varaan.

Kunnat ja kuntainliitot voivat järjestää lain piirissä olevan toiminnan haluamallaan tavalla joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla ne muualta. Ostopalveluihin käytettävää valtionosuutta ei enää kiintiöity, kuten aiemmin oli tapahtunut ja kansanterveystyöstä poistui ostopalvelujen rajoitukset. Näin mahdollisuus ostopalveluihin lisääntyi huomattavasti aiemmasta. Kunnalle annettiin oikeus ostaa erikoissairaanhoidon palveluja myös sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulunut. Yksityisiltä hankittavien palvelujen oli kuitenkin vastattava sitä tasoa, joka vastaavilla kunnallisilla palveluilla on. Kunta oli velvollinen suorittamaan korvauksen vain silloin, kun se oli nimenomaisesti osoittanut henkilön käyttämään yksityistä palvelua.

Hallituksen esitykseen sisältyvässä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista lähdettiin siitä, että kuntien ja kuntainliittojen järjestämistä sosiaali- ja

terveyspalveluista voitiin periä maksu käyttäjältä. Maksun perimisestä ja suuruudesta määräsi palvelun järjestänyt kunta tai kuntainliitto, jollei laista tai sen nojalla annetusta asetuksella muuta johtunut. Lailla voitiin kuitenkin säätää palveluja maksuttomiksi. Tämä lähtökohta poikkesi siihen asti vallinneesta käytännöstä. Aiemmin terveydenhuollossa oli lähtökohtana ollut, että maksuja voitiin periä vain silloin, kun laissa tai asetuksessa niin säädettiin. Muutos kuvastaa sitä ajattelutavan muutosta, joka oli tapahtunut kansanterveyslain säätämisen ajoista, eli noin kahdessakymmenessä vuodessa.

Ehdotuksen mukaan palvelusta perittävä maksu saattoi olla joko tasasuuruinen tai se voi määräytyä palvelun käyttäjän maksukyvyyn mukaan. Ratkaisun maksun perimisestä tasasuuruisena tai maksukyvyyn mukaan teki maksun määräävä kunta tai kuntainliitto, jollei asetuksella toisin säädetty. Asetuksella voitiin säätää palveluista perittävä maksu määräytymään aina maksukyvyyn mukaan. Palvelusta perittävä maksu sai olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen ja kustannuksina otettiin huomioon lähinnä toiminnan järjestämisestä aiheutuvat käyttökustannukset. Käyttökustannuksilla tarkoitettiin niitä kustannuksia, joiden perusteella käyttökustannusten valtionosuus määrättiin. Asetuksella voitiin lisäksi säätää muista kuin laissa maksuttomiksi määräytyistä palveluista perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan. Silloin kun palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä säädettiin asetuksella, voi palvelun järjestävä kunta tai kuntainliitto päättää perittävän maksun suuruuden kuitenkin siten rajoitettuna, että enimmäismaksua ei saanut ylittää.

Maksuttomiksi terveyspalveluiksi ehdotettiin säädettäväksi samat palvelut, jotka siihen saakka olivat maksuttomia. Poikkeuksena tästä olivat kuitenkin terveyskeskuksessa tehtävät laboratorio- ja röntgentutkimukset, jotka muutettiin maksullisiksi. Muut kansanterveyslain mukaiset palvelut olivat maksuttomia lukuun ottamatta fysikaalista hoitoa, sairaankuljetusta, potilaan ylläpitoa terveyskeskuksen sairaansijalla sekä hoitoon liittymättömät lääkärin ja hammaslääkärin todistukset. Ensin siis vaikutti siltä, että maksuttomuus sittenkin olisi säilynyt pääsääntönä. Kuitenkin lain muutoksella vuoden 1992 lopulla (30.12.1992/1646) avosairaanhoidon lääkäripalvelujenkin käyttö säädettiin maksulliseksi ja tällöin siis lopullisesti luovuttiin terveyskeskuspalvelujen

maksuttomuusperiaatteesta myös lääkäripalvelujen osalta.²³⁷ Perusteena muutokselle oli valtioneuvoston 14 päivänä lokakuuta 1992 tekemä periaatepäätös julkisen talouden tasapainottamiseksi. Sen mukaan vuoden 1993 aikana tuli ottaa käyttöön terveystakeskuskas, jolloin samalla luovuttiin erillisistä laboratorio- ja röntgenmaksuista. Terveystakeskuskas tuli voimaan vuoden 1993 alussa eduskunnan hyväksyessä hallituksen esityksen.²³⁸ Merkilläpantavaa on, ettei sen enempää hallituksen esityksessä kuin valiokunnan mietinnössäkään ollut mainintaa tai pohdintaa siitä periaatteellisesta ajattelutavan ja suhtautumisen muutoksesta, jonka terveystakeskuspalvelujen maksullisuus toi tullessaan. Vain kaksi vuosikymmentä aiemmin esitetyt ajatukset tasa-arvosta ja hoitoon pääsystä potilaan taloudellisesta tilanteesta riippumatta oli unohdettu osin ehkä tuolloin alkaneen taloudellisen laman vuoksi.

Ns. valtiosuuspakettiin (HE 216/1991) sisältyi sairausvakuutuslakiin liitettävä uusi 11 a §, jonka tarkoituksena oli selventää sairausvakuutuksen korvausalaa uudessa tilanteessa, jossa kuntien mahdollisuus järjestää terveystakeskuset olivat laajentuneet. Ehdotuksen perusteluissa todettiin, että sairaanhoitokorvaukset oli tarkoitettu alentamaan yksityisten terveystakeskuset käyttämisestä vakuutetulle aiheutuneita kustannuksia. Valtiosuusuuudistuksella oli väljennetty kunnan mahdollisuuksia ostaa yksityiseltä terveystakeskuset järjestämisvelvollisuutensa toteuttamiseksi. Jos kunta hankki terveystakeskuset yksityiseltä palvelun tuottajalta, ei niistä aiheutuneista kustannuksista ollut tarkoitus korvata sairausvakuutuksesta valtiosuusjärjestelmän lisäksi. Eräissä yksittäistapauksissa kunta oli kuitenkin toiminut siten, että se oli pyrkinyt saamaan yksityisiltä palvelun tuottajilta hankkimiinsa palveluihin korvausta sairausvakuutuksesta. Tämän vuoksi ehdotettiin sairausvakuutuslain 11 a §:ään lisättäväksi uusi 3 momentti, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuusuuudesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettulla tavalla järjestetyn sairaanhoidon (ostopalvelu yksityiseltä) kustannuksista ei suoritettu sairausvakuutuslain mukaista korvausta vakuutetulle eikä kunnalle eikä korvausta maksettu silloinkaan, jos kysymyksessä tosiasiaassa oli järjestelystä, jota mainituksa lainkohdassa tarkoitettiin.

²³⁷ Hallituksen esitys Eduskunnalle nro 291 vuoden 1992 valtiopäivät.

²³⁸ Ks. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 46/1992, jossa valiokunta esityksen hyväksyessään esitti selvitettäväksi mahdollisuudet luoda terveydenhuollon maksuista koostuva kokonaisuavastuu, jotta maksu- ja korvausjärjestelmän muodostamassa kokonaisuudessa ei synny tilanteita, joissa kansalainen joutuu kohtuuttomien kustannusten maksajaksi.

Eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen lähes muuttamattomana ja uusi lainsäädäntö tuli voimaan vuoden 1993 alussa. Asiaa käsitteli eduskunnassa hallintovaliokunta. Valiokunta piti uudistusta tarpeellisena ja tarkoituksenmukaisena todeten, että uudistuksen tavoitteet kustannustietoisuuden ja tulosvastuun merkityksestä korostuvat erityisesti taloudellisesti vaikeina aikoina ja ne saattavat jopa ylikorostua. Tästä syystä valiokunnan mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laatuun, niiden aloittaiseen saatavuuteen, kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja maan eri osien asukkaiden tasapuolisiin mahdollisuuksiin saada palveluja tuli kiinnittää erityistä huomiota.²³⁹

10.3. STVOL-uudistuksen aiheuttamat ongelmat julkisen ja yksityisen rajanvedolle

10.3.1. Sairausvakuutuslain muutos

STVOL-uudistus toteutettiin taloudellisen laman syvimpänä aikana. Siksi ehkä enemmän kuntien taloudellisesta ahdingosta kuin varsinaisen uudistuksen seurauksista johtui se, että sairausvakuutuksen soveltamisessa jouduttiin rajanvetoa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä jouduttiin tarkentamaan. Uudistuksessa korostettiin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rahoituksen erillisyyttä, joten julkisen terveydenhuollon kustannuksia ei haluttu miltään osin korvattavaksi sairausvakuutuksesta. Eri kanavien rahoitusta ei saanut ohjautua samaan hoitomuotoon. Siksi lain voimaan tulon johdosta annetuissa Kelan ohjeissa paikallistoimistoille pyrittiin yksilöimään erityisesti sitä, millaisia ovat ”tosiasiassa” tarkoitetut järjestelyt, joita muutetussa sairausvakuutuslain 11 a §:ssä tarkoitettiin ja joita ei siis tullut korvata sairausvakuutuksesta. Korvausta ei näiden ohjeiden mukaan suoritettu silloin, jos hoito oli annettu terveyskeskuksessa tai julkisessa sairaalassa tai jos julkinen terveydenhuolto oli ostanut palvelut yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Tämä johtui tietenkin suoraan lain säännöksestä. Ohjeiden mukaan korvausta ei kuitenkaan maksettu silloinkaan, kun julkinen terveydenhuolto oli lähettänyt potilaan tai hänestä otetun näytteen terveyskeskuksesta tai sairaalasta yksityisen palvelujen tuottajan tutkimuksiin tai hoitoon. Tällä rajauksella pyrittiin korostamaan sitä periaatetta, että julkisessa terveydenhuollossa aloitettu hoito tuli olla yhteiskunnan vastuulla loppuun asti eikä kesken hoidon potilasta voitu miltään osin siirtää yksityisesti annettuun hoitoon tai

²³⁹ Hallintovaliokunnan mietintö n:o 7 hallituksen esityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta 1992 valtiopäivät.

tutkimukseen. Koska korvausta ei suoritettu silloinkaan, kun yksityinen palvelujen tuottaja oli ostanut palveluja julkiselta terveydenhuollolta, tuli tutkimus- ja hoitomääräyslomakkeissa ilmoittaa paikka, jossa tutkimus oli suoritettu. Näin pyrittiin kontrolloimaan sitä, että tutkimus tai hoito annettiin sellaisessa yksikössä, jonka antamasta tutkimuksesta tai hoidosta sairausvakuutuskorvaus voitiin suorittaa.

Sairausvakuutuskorvaukseen ei ollut ohjeiden mukaan oikeutta kunnan tai muun julkisen terveydenhuollon kokonaan tai edes osittainkaan omistamassa taikka yhtiöittämissä toimintayksikössä annetusta sairaanhoidosta. Korvaus tuli evätä, vaikka tällainen terveydenhuoltopalveluja antava yksikkö olisi hyväksytty yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitetuksi palvelujen tuottajaksi. Lisäksi rajoitettiin julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan lääkärin lähetteen perusteella annetun hoidon korvaamista. Julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan lääkärin lähetteen (SV 3 F) perusteella korvausta voitiin suorittaa vain yksityisen palvelujen tuottajan antaman fysioterapian ja valohoidon kustannuksista.²⁴⁰

Tarkennusten jälkeen sairausvakuutuksen korvausalan ulkopuolelle jäi siis kaikki kunnan antama tai ostopalveluna hankkima sairaanhoito eri muodoissaan. Kunnan hankkimina palveluina pidettiin kaikkia niitä sairaanhoito- ja tutkimustoimenpiteitä, joissa hoidon määrääjänä oli terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin lääkäri, vaikka itse hoito tai tutkimus olisikin tehty yksityisessä laitoksessa. Poikkeuksena oli kuitenkin fysikaalinen hoito, proteettinen hoito veteraaneille sekä erikoismaksuluokan ja yksityisvastaanoton palkkiot. Fysikaalisen hoidon osalta poikettiin päälinjasta sen vuoksi, että terveyskeskusten antamat palvelut fysioterapiassa olivat melko rajallisia. Siksi potilaan edun kannalta nähtiin tarpeelliseksi sallia julkisen terveydenhuollon lääkärin lähettää potilas yksityiseen fysioterapiaan ja tämä hoito korvata sairausvakuutuksesta. Jo ennen STVOL-lainsäädännön voimaan tuloa julkisen terveydenhuollon lähete fysioterapiaan oli hyväksytty sairausvakuutuskorvauksen perusteena eikä tältä osin tehty muutosta. STVOL-uudistus ei laajentanut kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuuta ja valtaosa fysioterapiasta olisi siihen asti annettu yksityisinä palveluina.²⁴¹ Korvaamisen edellytyksenä kuitenkin oli, että potilas oli saanut vain tutkimus- ja hoitomääräyksen eikä maksusitoumusta fysioterapiaan.

²⁴⁰ Ohjeita terveydenhuoltohenkilöstölle, Kansaneläkelaitos 1997, s. 2 .

²⁴¹ Ks. kuitenkin KHO 2002:43 (19.6.2002/1516), jossa KHO katsoi, että kunta ei ollut voinut evätä fysioterapiapalvelujen saamista pelkästään tiettyyn ikäryhmään kuulumisen vuoksi, kun henkilöllä oli sairautensa johdosta kunnan toimivaltaisen terveyskeskuslääkärin toteama fysioterapiapalvelun tarve.

Muutos sairausvakuutuskorvauksiin STVOL-uudistuksen vuoksi tapahtui sen sijaan sairaalan poliklinikalla annettujen sarjahoidon kustannuksissa. Näistä oli aiemmin suoritettu sairausvakuutuskorvausta, mutta STVOL-uudistuksen jälkeen korvaaminen lopetettiin. Tällaisia sairaaloiden poliklinikoilla annettuja sarjahoitoja olivat säde- ja sytostaattihoito, keinomunuaishoito, fysikaalinen hoito, valohoidot sekä näitä vastaava muu vastaava hoito. Muutos vaikutti merkittävästi monen potilasryhmän hoitokustannuksiin ja sen vuoksi Ihopotilaiden Keskusliitto ry, Suomen Reumaliitto ry, Munuaistautiliitto ry ja Suomen Syöpäyhdistys ry lähettivät Kansaneläkelaitokselle kirjeen 26.5.1993²⁴². Siinä he totesivat, että muutoksen johdosta dialyysipotilaiden vuosittainen omavastuu kasvoi noin 2 000 markalla ja iho-, reuma- ja syöpäpotilaiden yli 500 markalla. Järjestöt vaativat Kansaneläkelaitosta muuttamaan kantaansa korvattavuuteen.

Vastauksessaan Kansaneläkelaitos viittasi siihen, että sairaalan poliklinikalla annettava hoito on valtionavun alaista toimintaa, josta tulee periä asiakasmaksulaisissa säädetty maksu. Sairausvakuutuslain mukaan suoritetaan korvausta sairauden johdosta aiheutuneista potilaan maksettavaksi kuuluvista tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Korvausta ei suoriteta sellaisesta sairaanhoidosta, joka on järjestetty sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa tarkoitettulla tavalla tai jossa tosiasiaassa on kysymys laissa tarkoitettusta järjestelystä. Sairaalan poliklinikalla annettu hoito kuului julkisen terveydenhuollon kustannusvastuulle valtionosuutena annetuilla varoilla eikä Kansaneläkelaitos katsonut voivansa muuttaa kantaansa, vaikka potilaiden kustannukset olivatkin nousseet.²⁴³

STVOL-uudistuksen jälkeen kunnat alkoivat käyttää uusia vapauksiaan terveydenhuollon järjestämisessä. Tämän vuoksi kannanottoja hoidon korvattavuuteen sairausvakuutuksesta jouduttiin ottamaan melko usein uudistuksen jälkeen. Eräs uusi tapa palvelujen järjestämisessä oli se, että kunnat antoivat yksityislääkäreille ja yksityishammaslääkäreille mahdollisuuden vastaanottoon terveyskeskuksen tiloissa.

Asia palautettiin kunnalle uudelleen käsiteltäväksi. Tässäkään tapauksessa ei todettu, että kunnan tulisi antaa fysioterapiapalveluja kaikille, vaan kysymys oli siitä, syrjittiinkö työkäistä kunnan fysioterapiapalvelua tarvitsevaa asukasta, kun terveyskeskuksen fysioterapiapalvelut oli kokonaan rajattu työkäisten kuntalaisten ulottumattomiin..

²⁴² Ihopotilaiden Keskusliitto ry, Suomen Reumaliitto ry, Munuaistautiliitto ry ja Suomen Syöpäyhdistys ry kirje Kansaneläkelaitokselle 26.5.1993.

²⁴³ Kansaneläkelaitoksen vastauskirje potilasjärjestöille 1.7.1993 sarjahoitojen korvattavuudesta.

Suunnitteilla oli myös terveyskeskuksen omille lääkäreille annettava yksityisvastaanotto-oikeus terveyskeskuksen tiloissa. Korvausoikeus sairausvakuutuksesta ei kuitenkaan voinut toteutua, koska SVL 11 a §:n 1 momentin mukaan sairausvakuutuslain nojalla ei suoritettu vakuutetulle korvausta tämän terveyskeskuksella sairaanhoidosta tai sairaankuljetuksesta maksamasta määrästä. Eräät kunnat suunnittelivat perustavansa yksityisiä terveydenhuollon palveluyksiköitä ja näiden toiminnalle olisi hankittu lääninhallituksen lupa. Edellä mainittujen tulkintaohjeiden mukaan korvaus oli kuitenkin evättävä kokonaan kunnan joko kokonaan tai edes osittain omistamien terveydenhuollon yksiköiden palveluista, joten näissäkin tapauksissa korvausta ei olisi suoritettu. Kelan toimistoilleen antamat ohjeet edellyttivät, että laitoksen omistussuhteet oli selvitettävä, mikäli oli olemassa epäilyksiä siitä, että kunta oli mukana yksityisen palvelulaitoksen toiminnassa.

Raja julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä haluttiin pitää selkeänä myös jatkotutkimusten osalta. Toimistoille annettujen ohjeiden mukaan silloin kun potilas hakeutui hoitoon terveyskeskukseen tai muuhun julkiseen terveydenhuollon yksikköön – mukaan lukien sairaalat – kuuluivat kysymyksessä olevan asian jatkotutkimuksetkin asianomaisen yksikön kustannusvastuulle. Jatkotutkimukset eivät fysioterapiaa lukuun ottamatta voineet olla sairausvakuutuksesta korvattavia. Julkisella terveydenhuollolla oli kustannusvastuu silloinkin, kun päätös tutkimuksesta ja hoidosta oli tehty terveyskeskuksessa tai muussa julkisen terveydenhuollon yksikössä ja potilas osoitettiin jatkotutkimuksiin tai hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle. Potilaalta tuli perä silloin samat maksut kuin jos hoito olisi annettu terveyskeskuksessa.

10.3.2. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa terveyskeskustyyppisessä toiminnassa

Selväpiirteisistä ohjeista huolimatta syntyi rajanveto-ongelmia, joita STVOL-uudistuksen tultua voimaan jouduttiin ratkomaan. Näistä ensimmäinen ilmeni vuoden 1993 loppupuolella, jolloin Kansaneläkelaitoksen tietoon tuli Lapinjärven kunnan sopimussuhde yksityisen lääkäriaseman kanssa. Sopimuksen mukaan kunta osti lääkäriasemalta lääkäripalveluja maksaen ostamistaan palveluista kuukausittaisen korvauksen. Tämän ohessa lääkäriaseman lääkäriellä oli yksityinen yleislääkärin vastaanotto kunnan omistamassa kiinteistössä, joka oli entinen kunnanlääkärin virkatalo

ja jossa oli vuokralaisena kuntayhtymän terveyskeskus. Yksityislääkäriaseman käyttämistä tiloista kunta peri vuokraa lääkäriltä huoneenvuokralain mukaisella sopimuksella. Yksityislääkärin luona käyneet kuntalaiset maksoivat lääkäriasemalle saamistaan terveystalvakuutuksesta maksuja, joiden suuruudesta kunta ei päättänyt.

Lapinjärven kunnan edustajat kysivät Kansaneläkelaitokselta, tulisivatko lääkäriaseman asiakkaat saamaan kotikunnastaan riippumatta sairausvakuutuskorvauksen ko. lääkärin yksityislääkärinpalkkiona perimistä maksuista. Kelan antamassa vastauksessa²⁴⁴ viitattiin sairausvakuutuslain 11 a §:n 2 momenttiin ja todettiin, että sairausvakuutuksesta ei korvata kunnan omana toimintana tai ostopalveluna hankkimaa sairaanhoitoa. Kansaneläkelaitoksen mielestä korvaus oli evättävä, koska yksityisiä palveluja annettiin samassa kunnan omistamassa kiinteistössä kuin terveyskeskuspalveluja. Vaikka lääkäri maksoikin vuokraa tiloista kunnalle, kysymyksessä oli Kelan näkemyksen mukaan toiminta, jota tuettiin valtionavulla. Näin ollen sairausvakuutuskorvausta vastaanotto toiminnasta voitu myöntää.²⁴⁵

Myöhemmin vuonna 1995 nousi esiin kysymys siitä, korvattaisiinko sairausvakuutuksesta kaupungin tilapalveluyksiköltä hammashoitotilat vuokranneen yksityishammaslääkärin antamat hoidot. Vastaus oli tässäkin tapauksessa kielteinen. Suunniteltu järjestely ei ollut korvattavaa toimintaa, koska tosiasiallisesti katsottiin olevan sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua järjestelyä. Kunta hoiti tosiasiallisesti terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutensa ostamalla palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta ja järjestämällä tälle tilat kaupungin tiloissa.²⁴⁶ Hammaslääkäreiden osalta ei siis tehty mitään poikkeusta, vaikka kunnan järjestämisvelvollisuus hammashuollon järjestämisessä ei ollutkaan yhtä laaja kuin muussa terveydenhuollossa.

Sairausvakuutuslain muutoksenhakuasteet, sosiaalivakuutuslautakunta ja tarkastuslautakunta pääosin hyväksyivät Kelan ohjeissa otetut tulkinnat ottaessaan kantaa päätöksistä tehtyihin valituksiin. Aina ei kuitenkaan päädytty vakuutetun kannalta kielteiseen tulokseen. Lounais-Suomen sosiaalivakuutuslautakunta katsoi

²⁴⁴ Kansaneläkelaitoksen kirje 21.12.1993 Lapinjärven kunnalle.

²⁴⁵ Tulkinta herätti huomiota julkisuudessa ja korvauksen epäämisen perusteita käsiteltiin mm. ”Karpolla on asiaa” -televisio-ohjelmassa.

²⁴⁶ Kelan sairausvakuutusosaston kirje Länsi-Suomen aluekeskukselle 27.9.1995.

päätöksessään 9.5.1995, ettei yliopiston hammaslääketieteen laitoksella annettua hoitoa, josta vakuutettu oli maksanut palkkion suoraan hammaslääkärille, voitu rinnastaa STVOL 4 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaiseen järjestelyyn. Lautakunnan mukaan kuntien valtionosuuksia säätelevä laki ei koskenut yliopiston laitoksia ja näin ollen korvattavuudella ei ollut esteitä. Lautakunta ei tässä tapauksessa kiinnittänyt huomiota siihen, että yliopiston laitokset oli rakennettu valtion rahoilla.

Ylimmän muutoksenhakuelimen, tarkastuslautakunnan, korvauskäytännöstä voidaan esimerkkinä mainita päätös 11.8.1994, jossa henkilö oli hakenut korvausta yksityiselle hammaslääkärille suorittamastaan palkkiosta ja saanut kielteisen päätöksen. Syynä oli se, että hammaslääkäri oli toiminut yksityisenä hammaslääkärinä terveyskeskukselta vuokraamissaan tiloissa käytettävään tilojen lisäksi terveyskeskuksen laitteet. Tosin hänellä oli omat tarveaineet, ja hän hoiti välinehuollon itse. Vuokrattu tila ei myöskään ollut suoraan terveyskeskuksen yhteydessä. Näistä seikoista huolimatta tarkastuslautakunta katsoi, että tapauksessa tosiasiallisesti kysymys STVOL 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua kunnan sairaanhoidon järjestelystä ja kielteinen korvauspäätös jäi voimaan.

Rajanveto oli kuitenkin vaikeaa, sillä Lounais-Suomen sosiaalivakuutuslautakunta hyväksyi 29.11.1994 antamallaan päätöksellä hammaslääkärin antama hoidon korvattavuuden, vaikka hoito oli annettu Lavian kunnan omistamissa tiloissa. Huoneisto ei ollut koskaan ollut terveyskeskuksen eikä se myöskään sijaintinsa puolesta liittynyt terveyskeskukseen. Lavian kunta ei ollut saanut valtionapua kyseisiin tiloihin. Tässä tapauksessa katsottiin, että tosiasiallisesti ei ollut kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitettua sairaanhoidon järjestelystä.

Pohjois-Suomen sosiaalivakuutuslautakunta otti 26.8.1994 kantaa tapaukseen, jossa silmälääkäri oli pitänyt yksityisvastaanottoa Inarin kunnan peruskoulun ja palolaitoksen tiloissa käyttäen vastaanotolla omia laitteitaan. Tilojen vuokraus oli tapahtunut kunnan ja silmälääkärin kanssa käypää vuokraa vastaan. Sosiaalivakuutuslautakunta katsoi hoidon olevan korvattavaa siitä huolimatta, että kunta todennäköisesti oli saanut valtionapua sekä peruskoulun että palolaitoksen tilojen rakentamiseen ja ylläpitoon. Koska kysymyksessä oli kuitenkin muuhun kuin terveydenhuoltoon suunnattu valtionapu, kaksikanavaista rahoitusta samaan terveyspalveluun ei katsottu tapahtuneen.

SVL 11 a §:n tulkintoja voidaan pitää vakuutettujen kannalta epäoikeudenmukaisina siltä osin kuin korvauksia evättiin rahoituksen päällekkäisyyden takia. Vakuutetut eivät yksityislääkärin tai -hammaslääkärin puoleen kääntyessään voineet tietää, että muutoseikoista johtuen sairausvakuutuskorvaus saatettiin evätä ilman että hän itse olisi millään toiminut moitittavasti.

10.3.3. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rajanvetoa sairaalatyypillisessä toiminnassa

Rajanvedossa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä sairaaloissa oli jo ennen STVOL-uudistusta. Turun kaupunki halusi 1990-luvun alussa lyhentää leikkausjonojaan tarjoamalla jonossa oleville mahdollisuuden mennä yksityiseen leikkaushoitoon. Tällöin potilas olisi saanut sairausvakuutuskorvauksen ja sen päälle kunnan lisäkorvauksen, jolloin omavastuuosuudeksi olisi muodostunut 50 %. Toiminta tulkittiin kuitenkin jo ennen SVL 11 a §:n säätämistä kunnan terveystalveluiden järjestämisvelvoitteiden kiertämiseksi, johon sairausvakuutus ei voinut osallistua. Suunnitelmaa ei näin ollen toteutettu.

1990-luvulla tapahtui lukuisia muutoksia myös sairaalalaitoksessa. Monia sairaaloita lakkautettiin. Tämän seurauksena lukuisat sairaalakiinteistöt jäivät tyhjilleen ja niille jouduttiin keksimään uutta käyttöä. Keski-Suomessa osa Kinkomaan entisestä lastensairaalaasta päätettiin tuolloin muuttaa yksityiseksi toipilassairaalaksi, jossa yksityisvastaanottoa piti yksi erikoislääkäri ja kolme yleislääkäriä osa-aikaisesti. Tarvittavat laboratorio- ja röntgentutkimukset ostettiin vieressä sijaitsevalta Kinkomaan keuhkosairaalaalta. Potilaat tulivat yksityispuolen lähettäminä mm. yksityistä leikkaustoimintaa harjoittavasta yksiköstä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vuokrasi toipilassairaalalle tilat, jotka sitä ennen olivat olleet vuosia tyhjillään. Sairausrakuutuksen korvattavuudessa päädyttiin tässä tapauksessa myönteiseen ratkaisuun. Toiminta katsottiin yksityiseksi palveluksi, vaikka kyseisen sairaalakiinteistön rakentamiseen olikin aikanaan käytetty valtionosuusvaroja.

Tammikuussa 1997 Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosasto joutui ottamaan kantaa Länsi-Uudellamaalla sijaitsevassa Meltolan sairaalassa annetun hoidon korvattavuuteen. Meltolan sairaala oli aiemmin Karjaan kaupungissa sijainnut yleinen sairaala, jonka ylläpitäjänä oli Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Sairaalan lakkauttamisen jälkeen kiinteistön omistavat kunnat vuokrasivat tilat erilliselle säätiölle, joka päätti jatkaa toimintaa tiloissa yksityisenä terveydenhuollon laitoksena. Samassa kiinteistössä jatkoivat edelleen sairaanhoitopiirin ylläpitämä vanhusten kuntoutus- ja dialyysihoito sekä kuntayhtymän ylläpitämä terveyskeskuksen vuodeosasto.

Korvattavuutta sairausvakuutuksesta pohdittaessa jouduttiin ottamaan huomioon se, että julkisessa sairaalassa erikoismaksuluokassa ja lääkäreiden yksityisvastaanottopotilaille oli maksettu korvauksia jo sairausvakuutuksen alkuajoista lähtien. Näin ollen ei pidetty asianmukaisena, että julkisen sairaalan lopettaessa ja yksityisen säätiön jatkaessa toimintaa, sairausvakuutuskorvaukset evättäisiin sen vuoksi, että sairaala oli rakennettu julkisilla varoilla ja valtionosuuksien tukemana. Korvattavuuden edellytykseksi asetettiin tässä tapauksessa kuitenkin se, että vuokrattuja tiloja rakennettaessa kunnille maksettu valtionosuus palautettiin tiloja vuokranneilta kunnilta valtiolle. Palautuksen jälkeen SVL 11 a §:n ei katsottu asettavan estettä hoidon korvattavuudelle.²⁴⁷ Kannanotossa edellytettiin, että sosiaali- ja terveysministeriön kanssa tulisi tehdä selvitys rakentamiseen saadusta valtionosuudesta. Sen jälkeen ministeriö tuli päättää maksettujen valtionosuuksien takaisin perinnästä ja ministeriö oli mahdollisuus myös tehdä päätös olla perimättä valtionosuuksia takaisin. Tällöin korvauksia saatettiin maksaa, vaikka valtionosuuksia ei palautettukaan.

Samanlaiseen lopputulokseen päädyttiin myös Lappeenrannan kylpylaitoksella annetusta hoidosta. Kylpylaitos oli aiemmin ollut kaupungin omistama terveydenhuollon palveluja antanut laitos. Tehtyjen muutosten jälkeen toimintaa jatkettiin säätiöpohjaisena. Kannanotossa todettiin, että koska Lappeenrannan kaupunki ei muutoksen jälkeen enää osallistunut laitoksen ylläpitoon ja rakennus oli rakennettu 1900-luvun alussa ennen nykyistä valtionosuusjärjestelmää, ei laitoksessa annetun hoidon sairausvakuutuskorvaukselle nähty esteitä.²⁴⁸

Kovin pitkälle ei tulkinnoissa kuitenkaan voitu mennä ilman että kahden eri kanavan rahoitukset olisivat alkaneet mennä päällekkäin. Tästä on osoituksena kannanotto, joka annettiin Suomen yksityisten sairaaloiden yhdistykselle vuonna 1998. Yhdistys pyysi Kansaneläkelaitoksen kannanottoa tilanteeseen, jossa potilas hakeutuu yksityislääkärin vastaanotolle ja yksityislääkäri toteaa hänellä olevan leikkaustarve. Yhdistys tiedusteli, voitaisiinko sairausvakuutuksesta korvata leikkaavien lääkäreiden palkkiot siinä tapauksessa, että leikkaus tehdään yksityisessä sairaalassa ja kunta maksaisi ns. laitossuuden. Tämä laitossuuden maksaminen olisi tarkoittanut käytännössä yleisen sairaalan hinnaston mukaiset kuluja yksityispotilaiden leikkauksista. Potilas olisi maksanut itse lääkäreiden palkkiot ja hakenut niistä sairausvakuutuskorvausta.

²⁴⁷ Kansaneläkelaitoksen kirje Meltolan sairaalan säätiölle 8.1.1997.

²⁴⁸ Kansaneläkelaitoksen kirje Lappeenrannan kylpylaitokselle 26.1.1998.

Vastauksessaan Kansaneläkelaitos totesi, että kysymyksen kohteena olevassa tilanteessa kunta osallistuisi laitospalveluihin vasta sen jälkeen kun potilas on hakeutunut yksityislääkärin vastaanotolle ja hänet on leikattu yksityissairaalassa. Kunnan laitospalveluiden maksaminen perustuisi kuntien ja yksityissairaaloiden välisiin sopimuksiin. Lopputulos korvattavuuteen oli kielteinen.²⁴⁹ Tilanne oli loppujen lopuksi melko selvä. Tässä tapauksessa kunta olisi järjestänyt julkisen terveydenhuollon käyttämällä osaksi hyväksi sairausvakuutusvaroja, jolloin toimenpidettä olisi rahoitettu kaksikanavaisesti.

Sairaalakiinteistöjen muuttaminen yksityisiksi hoitolaitoksiksi ja siihen liittyvä vaatimus valtionosuuksien palauttamisesta osoittaa, että valtionosuusudistuksen yhteydessä oltiin erityisen tarkkoja siitä, etteivät terveydenhuollon kaksi kanavaa rahoita samaa toimintaa. Toisaalta asiaa nähtiin myös toiselta kannalta: Ei ollut järkevää pitää sairaalana olleita tiloja tyhjillään, koska 1990-luvulla lakkautettiin monia julkisia sairaaloita eikä mielekästä käyttöä tyhjiksi jääneille tiloille julkisella puolella löytynyt. Lisäksi pelko rahoituksen päällekkäisyydestä oli enemmän teoreettinen kuin todellinen, sillä sairausvakuutuksen korvaustaksojen jälkeenjääneisyyden vuoksi yksityisen hoidon maksoivat enimmäkseen potilaat itse.

10.3.4. Tulkintojen lieventyminen ja korvauslainsäädännön selkiyttäminen 2000-luvulla

Rajanveto julkisen ja yksityisen terveystalouden välillä tuli tulkintojen kautta STVOL-uudistuksen jälkeen 1990-luvulla, mutta tilanne vakuutetun kannalta epätydyttävä. Rajanvetotulkintoja ei yrityksistä huolimatta saatu vakuutettujen tietoon ja monissa tapauksissa vakuutetulle tuli korvauksen epääminen ikävänä yllätyksenä. Vakuutetut olivat useimmiten menneet saamaan hoitoa vilpittömässä mielessä uskoen saavansa siitä korvauksen. He eivät olleet tietoisia asiaan liittyvistä juridisista ongelmista. Korvausten epääminen herätti julkista keskustelua ja joitakin kantelujakin. Näistä mainittakoon erään hammaslääkärin tekemä kantelu eduskunnan oikeusasiamiehelle sen jälkeen kun hänen antamansa hoidon korvaus oli evätty. Hammaslääkäri oli pitänyt yksityisvastaanottoa Lestijärven terveyskeskuksessa ja kunta oli ostanut hänen

²⁴⁹ Kansaneläkelaitoksen kirje 16.3.1998 Suomen yksityisten sairaaloiden yhdistykselle.

yhtiöltään hammashuollon palvelut alle 19-vuotiaalle väestölle sekä särkypotilaille. Muut asiakkaat olivat hammaslääkäriin yksityispotilaita.

Kantelusta antamassaan päätöksessä²⁵⁰ oikeusasiamies totesi, että tilanne ei ollut tyydyttävä. Kansalaisten sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon liittyviä palveluja ei ollut järjestetty asianmukaisesti, jos kansalainen joutui suoriutumaan kustannuksistaan yksin silloin, kun kunnallinen ja valtiollinen korvausjärjestelmä eivät olleet päässeet asiasta yksimielisyyteen. Koska kysymys oli tulkinnanvarainen, oikeusasiamiehen katsoi, että lainsäädäntöä tuli täsmentää. Oikeusasiamies tähdensi, että kansalaisten sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon liittyvien perussäännösten tuli olla niin yksiselitteisiä, ettei tulkintaerimielisyyksiä pääsyt syntymään.

Oikeusasiamiehen esittämiin lainsäädännön selkeyttämistoimiin ryhdyttiin vuonna 1998, jolloin käynnistettiin uudelleen keskustelut yksityisen ja julkisen terveyspalvelujen rajanvedosta. Asia käynnistyi sosiaali- ja terveysministeriön hallitusneuvos *Pekka Järvisen* muistiolla. Muistiossa Järvinen esitti muutoksia yksityislääkäriin läheteellä julkisessa terveydenhuollosta tehtävien tutkimusten maksuihin.²⁵¹ Järvinen totesi, että yksityislääkäriin vastaanotolla käyville potilaille määrätyt laboratorio- ja kuvantamistutkimukset tehtiin pääsääntöisesti yksityisissä laboratorioissa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Pienillä paikkakunnilla tilanne oli kuitenkin usein se, että yksityisiä tutkimuksia ei ollut saatavissa ja potilas joutui hakemaan niitä kauempaa, mikä aiheutti kustannuksia ja ajanhukkaa. Tällöin on usein kysytty sitä, voisiko kunnallinen terveyskeskus tai sairaala tehdä näitä tutkimuksia. Voimassa oleva säännöstö mahdollisti lähtökohtaisesti tutkimusten tekemisen kunnallisella puolella, mutta käytännön esteeksi olivat muodostuneet asiakasmaksusäännökset. Jos kunnallinen sairaala tai terveyskeskus teki muuhun hoitoon liittymättömiä tutkimuksia yksityislääkäriin läheteellä, ei näistä voitu periä maksua asiakkaalta. Tämän vuoksi kunnalliset yksiköt eivät tehneet näitä tutkimuksia. Järvinen totesi johtopäätöksensä, että sallimalla maksun perimisen yksityislääkärien potilailla olisi mahdollisuus saada tutkimukset tehdyksi omalla paikkakunnallaan.

Tilanteen korjaamiseksi päätettiin muuttaa asiakasmaksuasetusta. Muutoksen jälkeen sairaalassa yksityislääkäriin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja röntgentutkimuksista

²⁵⁰ Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 30.12.1994 hammashuollon korvattavuudesta.

²⁵¹ Pekka Järvinen, muistio 14.10.1998, STM, sosiaali- ja terveyspalveluosasto.

voitiin periä palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia vastaava maksu. Kysymykseen tulivat sellaiset tutkimukset, joihin ei liittynyt muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, vaan käynti perustui ainoastaan läheteessä mainittujen tutkimusten tekemiseen.²⁵² Hieman myöhemmin myös asiakasmaksulakia muutettiin niin että myös terveyskeskuksissa voitiin maksullisesti tehdä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia yksityislääkärin läheteellä.²⁵³

Huolimatta näistä käytännön toimintaan liittyvistä muutoksista sairausvakuutuksen korvattavuuden raja säilyi ennallaan eikä terveyskeskuksissa annetuista palveluista edelleenkään suoritettu sairausvakuutuskorvausta. Keskustelu asiasta jatkui ja viranomaisten ja asianomaisten järjestöjen kanssa käytiin neuvotteluja tulkintojen muuttamiseksi. Neuvottelujen tuloksena Suomen Kuntaliitto lähetti 19.4.2002 yleiskirjeen, jossa kerrottiin Kelan sairausvakuutuslain mukaisen korvauskäytännön muuttuvan eräissä tilanteissa. Kirjeessä todettiin, että kunta ja kuntayhtymä voivat järjestää lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät myös siten, että ne ostetaan yksityiseltä palvelun tuottajalta. Tällaisena järjestelynä oli pidetty tilannetta, jossa kunnallisen tahon osittain omistamassa tai hallinnassa olevassa toimitilassa toimi yksityinen terveydenhuollon palvelun tuottaja. Kunnallisen terveydenhuollon toimintana oli pidetty myös sitä, että kunnan palveluksessa oleva lääkäri tai hammaslääkäri antaa läheteen potilaalle yksityiseen terveydenhuoltoon, poikkeuksena kuitenkin terveyskeskuslääkärin antama lähete yksityiseen fysioterapiaan. Toimintaa oli tällöin pidetty sellaisena sairausvakuutuslain tarkoittamana yksityiseltä palveluntuottajalta hankittuna hoitona, josta aiheutuvista kustannuksista vakuutetulla ei ollut oikeutta saada sairausvakuutuslain mukaista korvausta.²⁵⁴

Uusi, neuvottelujen tuloksena syntynyt tulkinta rajanvedosta oli se, että jos palvelun käyttäjä on hoidossa tai tutkimuksissa kunnallisessa terveydenhuollossa ja hän siirtyy omasta aloitteestaan yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttäjäksi saamatta kunnalta lähetettä tai maksusitoumusta, on hänellä oikeus saada sairausvakuutuskorvaus yksityiselle palvelujen tuottajalle maksamistaan sairaanhoidon kustannuksista. Oikeus

²⁵² Asiakasmaksuasetukseen tuli uusi 8 b §, jonka mukaan yksityisen lääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista, joihin ei liity muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, voidaan periä enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia vastaava maksu. ((23.12.1999/1309).

²⁵³ Laki 1408/2001, jossa yksityislääkärin läheteellä terveyskeskuksessa tehtävät laboratorio- ja kuvantamistutkimukset säädettiin maksuttomien terveyskeskuspalvelujen ulkopuolelle.

²⁵⁴ Suomen Kuntaliitto Yleiskirje 19.4.2002: ”Kelan sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö muuttuu eräissä tilanteissa”.

korvaukseen palvelun käyttäjällä oli myös silloin, kun yksityislääkärin tai -hammaslääkärin määräämä laboratorionäyte oli otettu terveystieteiden keskuksessa ja se lähetettiin analysoitavaksi yksityiseen laboratorioon, joka laskutti näytteen tutkimuksesta suoraan asiakasta. Kunnallinen terveydenhuolto saattoi laskuttaa näytteen ottamisesta ja lähettamisestä korvauksen palvelun käyttäjältä asiakasmaksuasetuksen 8 b §:n nojalla. Tähän maksuun ei suoritettu sairausvakuutuslain mukaista korvausta. Sama koski kuvantamistutkimusten tekemistä yksityislääkärin tai – hammaslääkärin läheteellä.

Kuntaliiton kirjeessä todettiin myös, että sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei myönnetä kunnallisessa terveydenhuollossa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista, jos hoito on aloitettu yksityissektorilla, mutta lisätutkimukset tehdään tai jatkohoito annetaan kunnallisessa terveydenhuollossa. Silloin kun kunta tai kuntayhtymä vuokraa yksityiselle terveydenhuollon palvelujen tuottajalle vastaanottotilat terveystieteiden keskukselta tai muusta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköstä, kysymys on sairausvakuutuslain kannalta STVOL:n 4 §:n 1 momentin 4 kohdassa tarkoitetusta järjestelystä. Näin järjestetyn hoidon kustannuksista potilaalla ei ole oikeutta saada sairausvakuutuskorvausta. Sairausvakuutuslain mukainen korvaus voidaan kuitenkin myöntää, jos yksityinen palvelun tuottaja toimii muissa kuin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevissa tiloissa.

Neuvotteluin saadut tulkintojen muutokset rajanvedossa ei kuitenkaan katsottu olleen riittäviä. Lokakuussa 2002 Kansaneläkelaitos lähetti sosiaali- ja terveysministeriölle kirjeen lainsäädännön tarkistamistarpeesta yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanveto-ongelmien johdosta. Kirjeessä todettiin eduskunnan oikeusasiamiehen kiinnittäneen huomiota sairausvakuutuslain 11 § a §:n tulkinnanvaraisuuteen. Säännös mahdollistaa viranomaisten eriävät tulkinnat ja vaarantaa vakuutettujen oikeusturvaa. Vuonna 2002 käynnistyneessä kansallisessa terveysprojektissa nähtiin tärkeäksi turvata terveyspalvelut kuntien ja valtion sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Siksi Kansaneläkelaitos pyysi sosiaali- ja terveysministeriötä selvittämään lainsäädännön muutostarpeet johtuen terveydenhuollon palvelujen uusista järjestämistavoista ja niiden aiheuttamasta yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajan hämärtymisestä.²⁵⁵

²⁵⁵ Kansaneläkelaitoksen kirje sosiaali- ja terveysministeriölle 22.10.2002: ”Lainsäädännön tarkistamistarpeen selvittämien yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanveto-ongelmien johdosta”. Kirjeeseen liittyi muistio, jossa selvitettiin SVL 11 a §:n taustaa ja soveltamiskäytäntöä sekä nykyisiä terveydenhuollon palvelujen järjestämistapoja ja niiden aiheuttamia käytännön tulkintaongelmia.

Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti 14.11.2002 kirjeen, jossa todettiin mm. että viimeaikainen kehitys terveydenhuollossa on yhä enemmän hämärtänyt julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä rajaa sekä sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän ja kunnallisen terveydenhuollon keskinäistä työnjakoa. Tämän vuoksi ministeriöön oli perustettu työryhmä, jonka tuli keväällä 2003 selvittää asiaa ja arvioida mahdollisia lainsäädännön muutostarpeita.²⁵⁶ Työryhmä julkisti työnsä tulokset muistiossa 12.6.2003.²⁵⁷ Muistiossa ehdotettiin Kelan ohjeita muutettavaksi ja sairausvakuutuslain mukainen korvaus tulisi myöntää silloin, kun yksityinen palvelujen tuottaja perii asiakkaalta maksun julkiselta sektorilta hankkimistaan palveluista (esimerkiksi laboratoriotutkimuksista). Lisäksi ehdotettiin ohjeita muutettavaksi niin, että sairausvakuutuslain mukainen korvaus myönnettäisiin aina silloin, kun annettu tai tutkimus on tehty lääninhallituksen luvan saaneessa yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitetussa terveydenhuollon palveluja tuottavassa yksikössä riippumatta siitä, omistiko kunta yksikön kokonaan tai osittain. Mietinnön mukaan sairausvakuutuskorvausten suuntaamista yksityiseen terveydenhuollon toimintaan voitiin pitää tarkoituksenmukaisena riippumatta palvelujen tuottajan omistussuhteista eikä kunnallisen omistuksen osuuden tullut olla esteenä sairausvakuutuskorvauksen myöntämiselle. Työryhmä ehdotti sairausvakuutuslain 11 a §:n muuttamista.

Työryhmän ehdottama sairausvakuutuslain 11 a §:n muuttaminen tapahtui sairausvakuutuslain kokonaisuudistuksen yhteydessä. Hallitus antoi keväällä 2004 eduskunnalle esityksen sairausvakuutuslaiksi, jossa työryhmän esitykset oli otettu huomioon.²⁵⁸ Lain yleisperustelujen mukaan esityksessä pyrittiin selventämään myös rajanvetoa yksityisen ja julkisen palvelun välillä. Perusteluissa todettiin, että sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei suoriteta vakuutetun terveystieteelle tai muulle julkisen terveydenhuollon yksikölle maksamista maksuista. Tulkintasääntöjen mukaan perusteluissa selvennettiin edelleen, että julkisella terveydenhuollolla on kustannusvastuu myös silloin, kun hoito jatkuu ostopalveluna yksityisen palvelun

Muistiossa kuvattiin mm. kunnallisten liikelaitosten, säätiöiden, yhdistysten ja osakeyhtiöiden aiheuttamia ongelmia korvauskäytännölle.

²⁵⁶ Sosiaali- ja terveysministeriön kirje 14.11.2002: ”Sairausvakuutuslain selkeyttäminen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanvetokysymysten osalta”.

²⁵⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö, muistio 12.6.2003: ”Sairausvakuutuslain 11 a §:n selkeyttäminen”.

²⁵⁸ Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi HE 50/2004. Esityksessä ehdotettiin uudistettavaksi sairausvakuutuslaki kokonaisuudessaan. Esitys oli osa kokonaisuutta, jolla pyrittiin selkeyttämään toimeentuloturva koskevaa lainsäädäntöä.

tuottajan antamana eikä sairausvakuutuskorvausta pääsääntöisesti suoriteta, kun hoito on annettu julkisen terveydenhuollon tiloissa.²⁵⁹ Entiset tulkinnat säilyivät siis näiltä osin voimassa.

Ehdotuksen uutta julkisen ja yksityisen rajanvetoa koskeva osa oli hallituksen esityksen 2 luvun 3 pykälässä, jossa määriteltiin korvattavuutta koskevista rajoituksista. Ehdotetun säännöksen mukaan sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia ei maksettu kustannuksista, jotka syntyvät sellaisen sairaanhoidon yhteydessä, jonka järjestämiseen kunnalla on lakisääteinen velvollisuus. Kunnan velvollisuutena on asukkaitensa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen ja siihen liittyvistä palveluista peritään maksu. Esityksessä pyrittiin määrittelemään, mitkä toimenpiteet sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia maksettaessa kuuluivat kunnan järjestämisvelvollisuuteen ja selkeyttää tilannetta, jossa kunta oli järjestänyt terveydenhuollon tehtävät hankkimalla palveluja ulkopuoliselta taholta (esimerkiksi toiselta kunnalta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta). Esityksessä määriteltiin myös sitä, mitkä kaikki hoidon ja tutkimuksen vaiheet kuuluivat julkisen terveydenhuollon kustannusvastuulle.²⁶⁰ Kaikki määritellyt ja rajoitukset sisältyivät esityksen 2 luvun 3 §:ään.²⁶¹ Uusi sairausvakuutuslaki tuli voimaan 1.1.2005 (1223/2004). Näin tulkintarajoissa yksityisen ja julkisen välillä oli lopulta saavutettu melko selkeä lopputulos monien välivaiheiden jälkeen.

Aivan viime vuosina kunnat ovat alkaneet perustaa terveyspalveluja antavia yhtiöitä yhdessä yksityisten palvelun tuottajien kanssa, mikä on uusi tapa terveyspalvelujen tuottamisessa, eräänlainen julkinen/yksityinen yhdistelmä. Esimerkiksi voidaan Tampereella toimiva Coxa Oy, jonka omistajana ovat sekä Pirkanmaan alueen kunnat että yksityiset yhtiön osakkaat. Pirkanmaan kunnat lähettävät lonkkanivelpotilaita leikkattavaksi tähän yksikköön, mutta leikkausyksikkö antaa myös leikkauspalveluja yksityisen palveluntuottajan tapaan.²⁶² Käsite ”julkinen ja yksityinen” terveydenhoito on siis 2000-luvulla saamassa uusia muotoja.

²⁵⁹ HE 50/2004, s. 5.

²⁶⁰ HE 50/2004, s. 16–17.

²⁶¹ Uuden sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n korvattavuuden rajoitukset on sanottu niin, että sairausvakuutuslain nojalla ei korvata mm. kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:ssä tarkoitettulla tavalla järjestämänä sairaanhoidon kustannuksia eikä sairaanhoidon kustannuksia, kun yksityisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa. Lakiesityksen perustelut tukevat säännöksen tulkintaa.

Coxa Oy:n antaman hoidon korvattavuudesta sairausvakuutuksesta on otettu tulkinta, jonka mukaan silloin, kun yksityispotilas hakeutuu itse eikä kunnan lähettämänä Coxa Oy:n hoidettavaksi korvataan hänen saamansa hoito sairausvakuutuksesta. Kuntien mukana olo terveystalvveluja antavan yksityisen yhtiön osaomistajana ei siis enää ole korvauksen saamisen este, kuten vielä 1990-luvulla STVOL-uudistuksen tultua voimaan. Uusi korvauskäytäntö, joka on syntynyt osapuolten välisissä neuvotteluissa, osoittaa, että aiempi tendenssi rajata jyrkästi yksityinen ja julkinen palvelutuotanto ja pitää kaksikanavaisen rahoituslähteet palvelut selkeästi erillään toisistaan, on lieventymässä. Sairaustakuutuksen piiriin hyväksytään 2000-luvulla myös sellaisia palvelun tarjoamistapoja, jotka ovat kunnallisen ja yksityisen palvelutuotannon ”rajamailla” ilman että selvästi voidaan luokitella palvelutapaa kumpaankaan kategoriaan.

Julkinen toimija on muuttumassa yhä enemmän palvelujen tilaajaksi ja ostajaksi ja palvelun tuottajat voivat olla julkisia tai yksityisiä tai kuten edellä mainittu tamperelainen Coxa Oy terveystalvveluja antavia yksiköitä, joilla on sekä julkisen että yksityisen piirteitä.²⁶³ Nykyisin kokonaisia terveystalvkeskuksia on annettu ostopalveluna yksityisten yrittäjien hoidettavaksi, joten kehitys johtaa yhä enemmän siihen, että terveystalvvelujen tuottajina myös julkisen terveystalvdenhuollon järjestämisvelvollisuuden osalta voi olla myös yksityinen palveluntuottaja.²⁶⁴ Korvauskäytännössä yksityisen ylläpitämä terveystalvkeskus rinnastetaan kuitenkin korvauskäsittelyssä kunnan terveystalvkeskukseen.

10.4. Avo- ja laitoshoidon rajanveto osana julkisen ja yksityisen terveystalvdenhuollon vuorovaikutusta

Valtionosuusuudistuksen jälkeen toteutettiin maassamme laaja laitoshoidon purkaminen, jolla oli heijastuksia myös julkiseen sairaanhoitovakuutukseen sekä julkisen ja yksityisen terveystalvdenhuollon vuorovaikutukseen. Ennen laitoshoidon purkamista korvausvastuun jako oli suhteellisen selvä. Sairaalassa tai muussa laitoksessa sisällä olevan potilaan hoitoon kuului kaikki annettu hoito sekä siihen

²⁶³ Coxa Oy ei ole ainutkertainen ilmiö Suomen terveystalvdenhuollon palvelutuotannon kokonaisuudessa, vaan samantyyppistä julkinen/yksityinen yhdistelmää suunnitellaan myös HYKS:iin. Ks. Suomen Lääkärilehti 5/2004, ”Yksityis-Hyksen mallia ei ole haudattu”.

²⁶⁴ Lahdessa yksityinen palvelun tuottaja ylläpitää kahta kaupungin alueellista terveystalvsaamaa.

liittyvät lääkkeet ja hoitotarvikkeet ilman eri maksua. Maksuna laitoshoidosta perittiin määrätty vuorokausikohtainen kokonaishinta. STVOL -uudistuksen myötä ja kuntien joutuessa samaan aikaan taloudelliseen ahdinkoon laman alettua näihin periaatteisiin tuli kuitenkin uusia sävyjä. Tehdessään ostopalvelusopimuksia yksityisten palvelujen tuottajien kanssa eräissä kunnissa alkoi tulla esiin potilaisiin kohdistuneita vaatimuksia, joiden mukaan potilaiden tulisi ostaa lääkkeet reseptillä apteekista eikä niitä annettaisi enää hoidon yhteydessä. Samoin tällaisia vaatimuksia alkoi esiintyä hoidettaessa potilaita sairaaloiden poliklinikoilla.

Esimerkkinä edellä mainitusta uusista piirteistä voidaan mainita, että eräs kaupunki lähetti verenvuototautia sairastavan potilaan leikattavaksi Invalidisäätiön sairaalaan vain sillä edellytyksellä, että potilas osti verivalmisteet apteekin kautta. Sairausvakuutuskorvausta lääkkeistä ei tässä tapauksessa kuitenkaan voitu maksaa, koska potilas hoidettiin ostopalvelusopimuksella ja lääkkeen olisi tullut sisältyä annettuun hoitoon. Näin verivalmisteen hinta jäi kokonaan potilaan maksettavaksi. Myös interferonia tarvitsevien potilaiden kohdalla julkisessa sairaalassa saatettiin edellyttää, että potilas hankki lääkkeen reseptillä apteekista hoitojakson alkaessa ja joissain tapauksissa jopa hoitojakson aikana.

Näissäkin tapauksissa pyrittiin sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon vastuun raja pitämään selvänä. Kelan toimistoilleen lähettämässä ohjeissa korostettiin sitä, että lääkkeet kuuluvat aina julkisen terveydenhuollon kustannusvastuulle silloin, kun potilas on hoidossa vuodeosastolla tai lääkkeet annetaan polikliinisen hoidon yhteydessä. Käytännössä asia ei kuitenkaan ollut yksinkertainen, sillä periaatteen ylläpitäminen edellytti valvontaa, jota ei ollut aina mahdollista toteuttaa. Vähitellen kuitenkin Kelan ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä ongelmat saatiin korjatuiksi eikä epäkohtia enää tullut tietoon. Juridisesti asia oli täysin selvä ja esiin tulleet ongelmat juontuivat todennäköisesti laman aiheuttamista reaktioista.

Sen sijaan laitoshoidon purkaminen ja kotona asumisen korostaminen aiheuttivat suuremman ja pysyvämmän ongelman sairausvakuutuksen ja laitoshoidon kustannusten välille. Laitoshoidon purkaminen tapahtui sairaalapaikkojen vähentämisenä erityisesti mielenterveyspotilaiden kohdalla sekä vanhusten laitospaikkojen vähentämisenä. Aiemmin vanhusväestö oli pääsääntöisesti sijoitettu kunnan ylläpitämiin vanhainkoteihin, jotka olivat maksukäytännössä laitoksia, joiden perimiin maksuihin

tuli sisältyä kaikki hoito ja lääkkeet. Muutoksen yhteydessä vanhainkoteja alettiin varsin nopeassa tahdissa muuttaa asumispalveluyksiköiksi. Tällöin vanhusten katsottiin asuvan itsenäisesti samalla tavoin kuin omassa kodissaan ja kunnan laitoshoitoon sisältyvä kustannusvastuu hoidosta ja lääkkeistä jäi pois. Muutoksen jälkeen vanhukset maksoivat asumisesta vuokraa ja hoidoista perittiin eri maksu. Lääkkeet eivät enää sisältyneet hoitoon, vaan vanhusten tuli ostaa ne itse apteekista kuten muidenkin kotonaan asuvien tulee tehdä ja sairausvakuutus korvasi reseptillä ostetut lääkkeet. Vanhuksen tulee myös itse hankkia ja kustantaa terveydenhoitonsa. Laitoshoidon ja asumispalvelun erolla oli merkitystä myös kansaneläkkeen ja sen yhteydessä maksettavien etuuksien näkökulmasta. Julkisessa laitoshoidossa (kuten vanhainkodissa) olevalle ei makseta mm. eläkkeensaajien hoitotukea tai asumistukea. Asumispalveluyksikössä molemmat tuet maksetaan, koska vanhukset joutuvat kustantamaan asumisensa ja hoitonsa omilla varoillaan.

Laitospaikkojen purkaminen aiheutti huomattavan kustannusvastuun muuttumisen kunnan ja Kelan maksamien etuuksien välillä. Kysymyksessä oli taloudellisesti merkittävä siirtymä ja siksi tulkintavaikkeitä ja jopa tulkinateriamielisyyksiä eri tahojen välillä aiheutti sen seikan selvittäminen, milloin kysymyksessä katsottiin olleen laitos ja milloin asumispalveluyksikkö. Kunnat katsoivat, että varsin pienilläkin muutoksilla saatettiin vanhainkoti muuttaa asumispalveluyksiköksi ja toisaalta Kelassa saatettiin vaatia huomattavia muutoksia yksikön toimintaan ennen kuin asumistukea tai sairaanhoitokorvauksia alettiin maksaa yksikössä asuville vanhuksille. Merkilläpöntävää ja ehkä kuvaavaakin tuolloiselle toiminnalle oli se, että kysymyksessä oli vain viranomaisten välinen neuvottelu kustannusvastuusta eikä muutoksen kohteena olevia vanhuksia kuultu juuri lainkaan, kun heidän asemaansa laitospotilaina hallinnollisilla päätöksillä muutettiin ja muutoksella oli vieläpä syvälinen vaikutus heidän taloudelliseen asemaansa.

Ongelmaa selvitettiin neuvotteluin sosiaali- ja terveysministeriön johdolla. Neuvotteluissa päädyttiin siihen, että sosiaali- ja terveysministeriön tuli antaa päätös siitä, millaisin kriteerein laitoshoidon määräteltäisiin ja milloin kysymyksessä voitaisiin katsoa olevan asumispalveluyksikkö, jossa asuville Kelan etuudet voitaisiin maksaa. Tämän päätöksen pohjalta käytäisiin sitten läpi kaikki Suomen laitoshoidon- ja asumispalveluyksiköt ja päätöksessä olevien kriteereiden perusteella arvioitaisiin, kumpaan kategoriaan kukin yksikkö kuuluu. Selvityksen tekeminen tuli Kelan

vastuulle, mutta epäselvissä tapauksissa tuli järjestää neuvottelu kunnan ja Kelan kesken. Mikäli neuvotteluissa ei päästy yksimielisyyteen tuli sosiaali- ja terveysministeriön antaa asiasta lausunto. Selvitystyö käynnistyikin koko maassa sen jälkeen kun sosiaali- ja terveysministeriö oli antanut päätöksen selvittelytyössä tarvittavista kriteereistä.

Päätöksen antamisen jälkeinen maan laajuinen selvitystyö osoitti, että aina ei ollut suinkaan selvää, oliko kysymyksessä laitos ai asumispalveluyksikkö. Samassa toimintayksikössä saattoi olla sekä avo- että laitoshoidon antavia toiminnallisia osia, minkä vuoksi päätöksenteko oli usein vaikeaa. Selvitystä tehdessään Kelan toimisto hankki toimintayksikkökohtaista ratkaisua varten tarvittavat tiedot tätä varten laaditulle lomakkeella. Uudet toimintayksiköt täyttivät aina lomakkeen Kelalle päätöksentekoa varten ja lomakkeeseen kirjattiin perustiedot yksiköstä sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä olevien kriteerien arvioimiseksi. Myös toiminnassa olleet yksiköt täyttivät lomakkeen ja mikäli asia osoittautui epäselväksi, aloitettiin Kelan ja kunnan välinen neuvottelumenettely. Tämän menettelyn yhteydessä kuultiin myös palvelun tuottajaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksessä olevien kriteereiden soveltamisvaikeuden tai jonkin muun syyn vuoksi kunta ja Kela eivät useinkaan päässeet yksimielisyyteen toimintayksikön luonteesta. Silloin kunnan ja Kelan tuli yhdessä tai erikseen pyytää asiasta lausunto sosiaali- ja terveysministeriöstä ja lausuntopyyntöön liitettiin neuvotteluasiakirjat sekä neuvotteluosapuolien mahdolliset lisäperustelut asiasta. Asiaa saanut ratkaista ennen kuin ministeriön lausunto oli saatu ja vähitellen saatujen lausuntojen jälkeen tulkintalinja vakiintui ja kuntien yksiköt saatiin kartoitetuksi. Päätösten ja niistä saatujen tulkintalinjojen perusteella hyvin moni laitos muuttui asumispalveluyksiköksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös avo- ja laitoshoidon kriteereistä on sittemmin muuttunut sosiaali- ja terveysministeriön asetukseksi, mutta 1990-luvun alussa hyväksytyt periaatteet ja kriteerit avo- ja laitousyksikön määrittelemiseksi ovat asetuksessa samat kuin sitä edeltäneessä päätöksessä.²⁶⁵ Kehityksen suuntana 2000-luvulle tultaessa on ollut asumispalveluyksikköjen voimakas lisääntyminen ja nykyisin (vuonna 2005) laitosmuotoisia vanhainkoteja on enää vain muutamassa kunnassa.

²⁶⁵ Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (N:o 1241/2002) perusteista avo- ja laitoshoidon määrittelemiseksi.

Samalla vanhus- ja vanhusten omavastuu terveydenhuoltonsa kustannuksista on voimakkaasti lisääntynyt. Julkisen sairaanhoitovakuutuksen korvaukset ja niistä erityisesti lääkekorvaukset ovat tulleet asumispalveluyksiköissä asuville vanhuksille hyvin tärkeiksi.

11. PERUSTURVAUUDISTUKSEN JA POTILASLAIN VAIKUTUS JULKISTEN JULKISEN JA YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JA RAHOITUKSEN VUOROVAIKUTUKSEEN

11.1. Perusturvauudistus

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon väliseen vuorovaikutukseen vaikutti myös ns. perusturvauudistus, joka tuli voimaan vuonna 1995 ja uudistus siirtyi sittemmin muuttumattomana vuoden 2000 perustuslakiin (19 §). Perusturvauudistus toteutettiin lisäämällä hallitusmuotoon uusi 15 a §²⁶⁶, jonka 1 momentin mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Saman pykälän 2 momentin mukaan lailla taataan jokaisen oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Saman pykälän 3. momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

²⁶⁶ Hallituksen esityksessä (HE 309/1993 valtiopäivät s. 69) Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta 15 a §:1 momenttia perusteltiin mm. seuraavasti: ”Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on kaikilla. Avun saamisen edellytykset selvitettäisiin yksilökohtaisella tarveharkinnalla. Välttämättömällä toimeentulolla ja huolenpidolla tarkoitetaan sellaista tulotasoa ja palveluja, joilla turvataan ihmisarvoisen elämän edellytykset. Tällaiseen tukeen kuuluu esimerkiksi terveyden ja elinkyvyn säilyttämisen kannalta välttämättömän ravinnon ja asumisen järjestäminen.

Perustuslakivaliokunta totesi esityksestä seuraavaa: ”Nykyisistä tukijärjestelmistä turvaavat ihmisarvoisen elämän perusedellytyksiä myös eräät lasten, vanhus-, vammaisten ja kehitysvammaisten huoltoon kuuluvat tukitoimet, erityisesti oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon. Euroopan sosiaalisen peruskirjan 13 artiklan 1 kappaleen mukaan jokaiselle, jolta puuttuvat riittävät varat ja joka ei pysty hankkimaan tällaisia varoja, turvataan riittävä apu ja sairaustapauksissa hoito. Sopimuksen vakiintuneen tulkintakäytännön mukaan valtion on turvattava tämä oikeus subjektiivisena oikeutena. Myös perustuslakivaliokunta totesi, että pykälän 1 momentin mukaan oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on kaikilla; kysymyksessä on niin ollen jokaiselle kuuluva subjektiivinen oikeus. Sen järjestämiseen tarvitaan käytännössä alemmanasteista lainsäädäntöä, joka nykyiseen tapaan sisältää säännökset tukimuodoista, niiden saamisen edellytyksistä ja tarveharkinnasta sekä menettelymuodoista”. (Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, valtiopäivät 1994, s. 13.)

Lain 1 momentissa turvattu subjektiivinen oikeus ihmisarvoisen elämän kannalta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on riippumaton aiheyhmästä, iästä, kansallisuudesta tai taloudellisesta asemasta. Tulkinnallista on kuitenkin, mitä ”välttämätön toimeentulo ja huolenpito” hoidon saamisen näkökulmasta käytännössä merkitsevät. Valmisteluasiakirjoista voidaan päätellä, että ”toimeentulo” ja ”huolenpito” ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa, eli tietyn etu- ja palvelujärjestelmän piirissä oleva voi saada vähemmän huolenpitoa kuin ko. järjestelmän ulkopuolelle jäänyt, koska toimeentulo antaa mahdollisuuden hankkia huolenpitoa. Lisäksi säännös näyttäisi sisältävän kansalaisen omavastuun elementin, eli sallivan palveluista perittävät maksut. Kuitenkin on merkittävää, että säännös kattaa rahaetuksien ohella myös palvelut ja tällä saattaa olla merkitystä arvioitaessa tietyn kunnallisen palvelun ja rahaetuuden välillä suoritettavaa valintaa. Sanonta ”ihmisarvoisen elämän kannalta välttämätön” näyttäisi kohdistuvan keskeisiin elämäntoimintoihin, mutta soveltamiskäytännön varaan on jätetty se, miten elämän eri elementit, kuten asuminen, ravinto, sosiaalihuolto, terveydenhuolto tulee ottaa huomioon säännöstä sovellettaessa.

Perusoikeusuudistus on ollut voimassa kymmenen vuotta ja soveltamiskäytäntö terveydenhuollon alueella osoittaa, että perusoikeuksilla on merkitystä arvioitaessa erityisesti hoidon saatavuutta. Näin ollen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta tarkasteltaessa on otettava huomioon myös perusoikeuksien tuoma elementti ja myös toisella 1990-luvulla säädetyllä lailla, lailla potilaan oikeuksista, on merkitystä vuorovaikutusta tarkasteltaessa.

11.2. Laki potilaan oikeuksista

Laki potilaan oikeuksista säädettiin pitkän valmistelutyön jälkeen vuonna 1992 (785/1992).²⁶⁷ Lain 2 § sisältää määritelmiä, jotka tarkentavat yleiskielessä käytettyjä termejä potilaasta ja hänen oikeuksistaan. Potilaalla tarkoitetaan laissa terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä ja terveyden- ja sairaanhoidolla potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä. Näitä toimenpiteitä joko suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai niitä suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä. Lain keskeinen säännös on 3 §, jossa määritetään

²⁶⁷ Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista HE 185/1991.

oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Säännöksen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Kunnan ja valtion velvollisuuksista järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi voimassa, mitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa jne. annetuissa laeissa säädetään.

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Pääsystä hoitoon todetaan lain 4 §:ssä, että jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Potilaslain säätämisen jälkeen säädettiin myös potilasvahinkolaki (585/1996) sekä uudistettiin laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Näillä kolmella lailla pyrittiin parantamaan potilaan asemaa ja oikeusturvaa sekä parantamaan hoidon laatua. Erimieliseksi ja epäselväksi jäi kuitenkin kysymys potilaan oikeudesta saada hoitoa julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta otti tähän asiaan kantaa potilaan oikeuksia koskevaa lakiesitystä käsitellessään. Valiokunta totesi mm. että ”lakiehdotuksen 3 §:n mukaan hoitoa annetaan terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Voimavaroihin kuuluvat paitsi hoidon antamisen taloudelliset edellytykset myös käytettävissä olevan henkilökunnan määrä, tekniset laitteet sekä olemassa oleva tieto ja taito. Lakiehdotuksen 4 §:stä valiokunta huomautti, että siinä säädetään toimenpiteistä muun muassa tapauksissa, joissa henkilölle ei voida välittömästi antaa tarpeellista hoitoa. Kyseinen säännös ei valiokunnan käsityksen mukaan sinänsä tuottanut subjektiivista oikeutta hoitoon pääsyyn, vaan osoitti hoidon porrasteista järjestelmää”²⁶⁸.

²⁶⁸ Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista, vuoden 1992 valtiopäivät.

Kuntien puolelta tilannetta tulkittiin siten, että potilaalla ei kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta ollut oikeutta vaatia hoitoa julkiselta terveydenhuollolta ja että potilas voitiin laittaa jonoon pitkäksi ajaksi, kunhan vain lain tiedoksiantovelvollisuutta noudatettiin. Lain sanonnan epämääräisyys johti siihen, että hoitoon pääsyn oikeutta jouduttiin selvittämään perusoikeussäännösten pohjalta. Tätä käytäntöä selostetaan seuraavassa jaksossa.

11.3. Oikeus hoitoon perusoikeussäännösten aikana

Potilaslaki säädettiin vuonna 1993 ja perusoikeussäännösten tullessa voimaan vuonna 1995 vallitsevana tulkinta hoitoon pääsystä oli, että kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta kunnat saattoivat ”taloudellisten voimavarojensa mukaisesti” päättää kuntalaisille annettavasta terveydenhoidosta ilman että kuntalainen voisi vaatia itselleen hoitoa. Kunnan järjestämisvelvollisuuden määrä ja laatu terveydenhuollossa katsottiin olevan kunnan itsensä vapaasti päätettävissä. STVOL-uudistuksen jälkeen valtionosuuden käyttämiseen ja kohdentamiseen liittyvät ehdot eivät enää asettaneet rajoituksia kunnan päätöksenteolle tältä osin. Myös kansanterveyslain mukainen valtakunnallinen suunnittelujärjestelmä lopetettu valtionosuusuudistuksen yhteydessä, joten kunnan mahdollisuudet vapaasti päättää terveydenhuoltonsa järjestämisestä olivat laajentuneet olennaisesti aiemmasta. Vähitellen luottamus kunnallisen päätöksenteon oikeellisuuteen alkoi kuitenkin horjua, koska yhä useammat hoitoa vaille jääneet kansalaiset alkoivat viedä asioitaan oikeuteen. Kysymyksessä oli hallinnollinen päätöksenteko siitä, oliko kuntalaisella oikeutta hoitoon ja missä tapauksessa. Tällaisissa asioissa ylimpänä oikeusasteena toimii korkein hallinto-oikeus ja sen antamat päätökset alkoivat muodostua ennakkopäätöksiksi oikeudesta hoitoon. Vähitellen KHO:n kannanotoilla alkoi olla merkitystä myös julkisen ja yksityisen sektorin väliseen vuorovaikutukseen. Kysymys oli ennen kaikkea sellaisesta kansalaisella, jolla ei saanut tarvitsemaansa hoitoa julkiselta sektorilta ja hän joutui tämä vuoksi tavallaan pakotettuna hankkimaan hoidon yksityiseltä sektorilta sairausvakuutuksen tukemana.²⁶⁹

²⁶⁹ Tosin EU-asetus 1408/71 antaa kolmannenkin vaihtoehdon Suomen liittyttyä Euroopan Unionin jäseneksi vuonna 1995. Asetuksen mukaan kansalaisella on oikeus hakeutua hoitoon toiseen maahan, jos hän ei saa tarvitsemaansa hoitoa omassa maassaan. Tätä oikeutta Suomessa on käytetty kuitenkin äärimmäisen harvoin eikä mahdollisuus ole laajalti tiedossa kansalaisten keskuudessa.

Kuten edellä on todettu pääsääntöisesti terveydenhuoltoyksikön ylilääkäri päättää potilaan hoidosta eikä hoitopäätös sisällä valitusoikeutta, koska päätöksen katsotaan perustuvan lääketieteellisiin näkökohtiin. Tämän pääperiaatteen korkein hallinto-oikeus on myös vahvistanut mm. päätöksessä KHO 1997:92. Siinä KHO totesi varsin yksiselitteisesti, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän johtajaylilääkäriin päätös, jolla oli hylätty henkilön hakemus saada maksusitoumus yliopistollisessa sairaalassa tehtäviin tutkimuksiin, oli pätevä. KHO katsoi, että A:lle annettavan hoidon sisältöä koskeva erikoissairaanhoitolain 33 §:ssä tarkoitettu päätös, jonka johtajaylilääkäri oli tehnyt laillistettuna lääkärinä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 22 §:n tarkoittamalla päätösvalalla, oli lopullinen. Lääkäriin tekemään päätökseen ei, kun otettiin huomioon myös terveydenhuollon ammattihenkilökuntalain 5 luvun sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 luvun säännökset, voitu hakea muutosta kuntalain tarkoittamin muutoksenhakukeinoin.²⁷⁰

Perustus oikeussäännökset vuonna 1995 toivat uusia piirteitä oikeuteen saada hoitoa. Uudet säännökset eivät sinänsä vaikuttaneet edellä mainittuun lääkärin hoitopäätökseen, vaan tuomioistuimet alkoivat tarkastella hoitoon pääsyä kunnan ja kuntalaisen hallintoriita-asiana. Kun asia käsitettiin hallintoriitana, nousi kysymykseksi ennen kaikkea hoidon kustannukset. Joutuiko niistä vastaamaan kuntalainen vai oliko myös kunta vastuussa? Joutuiko kunta maksamaan yksityisestä hoidosta aiheutuneet kulut, jos kunta ei antanut potilaalle sitä hoitoa, johon hänellä olisi pitänyt olla oikeus uusien perusoikeussäännösten mukaan? Hallintoriitanäkökulma toi uuden piirteen asiaan ja tältä pohjalta myös korkein hallinto-oikeus saattoi lähteä tekemään uuden tyyppisiä päätöksiä kansalaisen oikeudesta päästä julkiseen terveydenhuoltoon.

Vuoden 1997 päätös koski aikaa, jolloin perusoikeussäännökset eivät vielä olleet tulleet voimaan. Näin ollen perusturvaan liittyviä näkökohtia ei voitu ottaa vielä tuota päätöstä tehtäessä huomioon. Korkeimman hallinto-oikeuden ennakkopäätöksen saaminen vie monta vuotta ja siksi uusi perustus oikeuksiin perustuva linjaus ja samalla julkisen ja yksityisen terveydenhuollon keskinäisen vuorovaikutuksen kannalta mielenkiintoinen kannanotto on saatukin vasta päätöksessä KHO 2002:21 (21.2.2002/361). Tapauksessa oli kysymyksessä hallintoriita kaupungin ja kuntalaisen välillä, koska kuntalainen ei

²⁷⁰ Erikoissairaanhoitolain 33 §:n mukaan potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta päättää johtavan lääkärin antamien yleisohjeiden mukaan ylilääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri.

ollut saanut tarpeellista hoitoa julkisesta terveydenhuollosta. KHO velvoitti päätöksellään kaupungin korvaamaan henkilölle yksityisesti hankitusta leikkaushoidosta aiheutuneet kustannukset ja perusteena oli se, ettei kuntalainen ollut saanut tarvitsemaansa erikoissairaanhoidoa, jonka järjestämisvastuu oli lain mukaan kaupungilla. Sepelvaltimotautia sairastava kuntalainen ei ollut päässyt haluamaansa ohitusleikkaukseen julkisessa sairaalassa ja hän oli joutunut turvautumaan yksityishoitoon. Korkein hallinto-oikeus velvoitti kunnan maksamaan yksityishoidon ja katsoi asiassa olleen kysymys siitä, oliko kunta laiminlyönyt erikoissairaanhoidon lain 3 §:n 1 momentin mukaisen velvollisuutensa huolehtia siitä, että potilas sai lain tarkoittaman tarpeellisen erikoissairaanhoidon ja siitä, oliko kunnalla velvollisuutta laiminlyöntinsä vuoksi suorittaa potilaalle korvausta hänelle syntyneistä yksityisen sairaanhoidon kustannuksista.

Tapauksella on liittymäkohta edellä selostettuun vuoden 1997 päätökseen, koska kaupunki vetosi siihen, ettei oikeus voinut ottaa kantaa lääketieteellisiin, hoitoon liittyviin kysymyksiin. Tästä ja vuoden 1997 päätöksestä huolimatta korkein hallinto-oikeus sovelsi tässä tapauksessa suoraan erikoissairaanhoidon lain 3 §:ää ottamatta huomioon, että päätöksen hoitoon ottamattomuudesta oli todennäköisesti tehnyt ao. ylilääkäri kuten vuoden 1997 tapauksessakin. Ratkaiseva oli lain säännös, jonka mukaan kunnan, joka on kotikuntalainen (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa 1 §:n 2 momentissa tarkoitetun tarpeellisen erikoissairaanhoidon tämän lain mukaisesti. Kun tässä tapauksessa tarpeellista erikoissairaanhoidoa ei ollut annettu ja kaupunki katsottiin korvausvelvolliseksi.

Päätöksestä voidaan vetää se johtopäätös, että tulkinta oli muuttumassa siihen suuntaan, että potilaalla onkin oikeus saada tarpeellinen hoito julkisesta terveydenhuollosta silloin kun syy hoitoon on kiistaton. Julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutuksen kannalta tämän tulkintasäännön omaksuminen merkitsee sitä, että yksityiseen hoitoon kääntymisen tulisi olla potilaan oma päätös. Mikäli potilas hakeutuu julkisen terveydenhuollon potilaaksi, mutta ei kiistattomasti saa tarpeellista hoitoa ja hän tässä tilanteessa ”pakosta” joutuu turvautumaan yksityisen sektorin puoleen, on kotikunnan korvattava tästä aiheutuvat ylimääräiset kulut. Tällaisina ylimääräisinä kuluina lienee ensi sijassa pidettävä niitä kustannuksia, jotka ovat ylittäneet sen maksutason, joka olisi peritty julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta.

Merkillepantavaa edellisessä päätöksessä oli se, että KHO sovelsi vain sairaanhoitoon liittyvää lainsäädäntöä, mutta ei viitannut perusoikeussäännöksiin päätöksen perusteena. Kuitenkin myöhemmin annetussa päätöksessä KHO 2002:43 (19.6.2002/1516) KHO perusti päätöksensä myös perusoikeuksiin. Tämä tapaus oli käännteinen edellisiin, sillä nyt lääketieteellinen tarve hoitoon oli todettu julkisessa terveydenhuollossa, mutta kunta ei tätä hoitoa siitä huolimatta antanut julkisena terveystalvveluna. Päätöksessä KHO katsoi, että kunta ei ollut voinut evätä fysioterapiapalvelun saamista pelkästään tiettyyn ikäryhmään kuulumisen vuoksi, kun henkilöllä oli sairautensa johdosta kunnan toimivaltaisen terveystalvveluskeskuslääkärin toteama fysioterapiapalvelun tarve.

Tapaus viittaa aiemmin mainittuun tosiasiaan, että kunnat hyvin eritasoisesti tarjoavat fysioterapiaa, mistä johtuen fysioterapia on ollut korvattavaa sairausvakuutuksesta myös terveystalvveluskeskuslääkärin läheteellä. Tässä tapauksessa kunta oli kuitenkin rajannut fysioterapian saamisen vain tiettyyn ikäryhmään kuuluville, vaikka lääketieteellinen tarve hoidon saamiseen olisikin olemassa. Korkein hallinto-oikeus sovelsi tämän tapauksen perusteluissa Suomen Hallitusmuodon 5, 15 a ja 16 a §:iä sekä vuoden 2000 perustuslain 6,19 ja 22 §:iä, eli perusoikeussäännöksiä. KHO katsoi siis myös fysioterapiapalvelujen kuuluvan kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin, millä saattaa olla merkitystä arvioitaessa tulevaisuudessa sairausvakuutuksen korvausalaa. Tätä KHO ei kuitenkaan sanonut aivan suoraan, vaan totesi, että kunta ei ollut voinut evätä fysioterapiapalvelun saamista pelkästään tiettyyn ikäryhmään kuulumisen vuoksi. Päätös jättää ilmaan sen mahdollisuuden, että epäminen olisi voinut tapahtua jonkun muun, ”hyväksyttävämmän” perusteen vuoksi; esimerkiksi siksi, että kunnan fysioterapiapalvelut olivat niin rajoitetut, ettei hoitoa tarpeesta huolimatta voitu järjestää. Fysioterapian järjestämisvelvollisuuden laajuus jäi siis päätöksestä huolimatta jossain määrin tulkinnanvaraiseksi ja jäljempänä selostettu KHO 2002:43 osoittaa, että kansalaisen oikeus hoitoon on varsin monitahoinen kysymys.

Perusoikeussäännösten soveltamisen kannalta ja arvioitaessa henkilön oikeuksia saada julkista terveystalvvelvua halutessaan mielenkiintoinen on KHO 2002:43 (19.6.2002/1516). Siinä oli kysymys kuntalaisen oikeudesta saada lääkinällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelua tilanteessa, jossa lääketieteelliset perusteet palvelun saamiseen olivat kiistattomat, mutta hakija ei kuulunut paleluja saavaan ikäryhmään. Tapauksessa kaupungin apuvälineyksikkö noudatti kaupungissa laadittua yhtenäistä ohjetta apuvälineitten myöntämisessä. Sen mukaan peruukkikustannuksia korvattiin

vain alle 18-vuotialille. Ohjeiston tarkoituksena oli määritellä kriteerit apuvälineiden myöntämiseen. Yhtenäisellä ohjeella oli pyritty takaamaan sairaanhoitoalueen asukkaille tasavertaiset apuvälinepalvelut. Valittaja oli kalju ja tarvitsi peruukkia, mutta oli yli 18-vuotias.

Päätöksessään KHO totesi, että kaupungilla oli oikeus evätä hakijalta lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelun omaan ohjeistukseensa vedoten. Kaupunki oli oikeudelle osoittanut asettaneensa palvelut määrärahojen puitteissa etusijajärjestykseen tarkoituksenaan varmistaa vaikeavammaisten apuvälinepalvelut ja sen etteivät apuvälineistä aiheutuvat kustannukset muodostuneet yhdelle henkilölle kohtuuttomiksi. Apuvälinepalvelulle asetetulle ikäkriteerille oli siten esitetty hyväksyttävä syy, koska kaupunki oli osoittanut ottaneensa riittävässä määrin hakijan yksilöllisen tarpeen huomioon.

Kielteisen päätöksensä perusteluissa KHO viittasi hallitusmuodon 15 a §:n (vuoden 2000 perustuslain 19 §) säännökseen, jonka mukaan julkisen vallan, eli valtion ja kuntien oli turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään jokaiselle riittävät terveyspalvelut. Lainsäädännöllä on huolehdittava riittävien terveyspalvelujen saatavuudesta. Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa voidaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. KHO totesi, että HM 16 a § (PL 22 §) velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Säännös velvoittaa tuomioistuimia perusoikeusmyönteiseen tulkintaan. KHO viittasi myös perustuslain 6 §:ään, jonka mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ketään ilman hyväksyttävää perustetta aseteta muihin nähden eri asemaan muun muassa iän tai terveydentilan perusteella. Myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään laissa tarkoitettuun hyvään hoitoon ilman syrjintää.

KHO totesi, että potilaan terveydentilan edellyttämän hoidon tarpeen arvioinnin on perustuttava lääketieteellisesti hyväksyttäviin arvioihin. Riittäviksi katsottavia terveyspalveluja ei useinkaan voida turvata asettamatta terveydenhuollon toimintoja

etusijajärjestykseen. Etusijajärjestyksen asettamista on esimerkiksi potilaan ohjaaminen potilaslain 4 §:n tarkoittamalla tavalla odottamaan hoitoa eli jonoon asettaminen tai hoitokäytäntöjen ja palvelujen antamisen ohjaaminen yleisillä suosituksilla. Myös lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut kuten apuvälinepalvelut voidaan asettaa etusijajärjestykseen. Palveluja etusijajärjestykseen asetettaessa on otettava huomioon sekä syrjäntäkielto että velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva riittävien terveystalvelujen tarpeensa.

Korkein hallinto-oikeus katsoi perustuslain 6 §:n ja potilaslain 3 §:n huomioon ottaen, että kaupunki oli voinut ohjeiston ja valittajan yksilöllisten tarpeiden nojalla hylätä valittajan hakemuksen peruukin saamisesta korvattuna. Kaupunki oli voinut asettaa apuvälinepalvelut etusijajärjestykseen voidakseen palveluille mitoitettujen määrärahojen puitteissa varmistaa vaikeavammaisten apuvälinepalvelut ja sen, etteivät apuvälineistä aiheutuvat kustannukset muodostu yhdelle henkilölle kohtuuttomiksi. Kaupunki ei ollut laiminlyönyt säännöksissä tarkoitettua velvollisuuttaan järjestää lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalveluja. Palveluihin mitoitettujen määrärahojen puitteissa kaupunki oli voinut asettaa muut apuvälineet valittajan tarpeen edelle.

Päätös viittaa siihen, että terveystalveluissa silloin kun kysymys ei ole ns. subjektiivisesta oikeudesta joudutaan asiaa tarkastelemaan sekä palveluja tarvitsevan kuntalaisen että kunnan näkökulmasta. Edellisessä tapauksessa, jossa oli kysymys peruukin saamisesta apuvälineenä, kunnan katsottiin toimineen oikein, mutta myös kuntalaisen tarve saattaa mennä harkinnassa etusijalle. Tätä osoittaa KHO 2002:63 (21.2.2002/361). Siinä kaupungin sosiaalilautakunnan ja terveystalvelukunnan sosiaali- ja terveystalvelujaosto olivat hylänneet henkilön oikaisuvaatimuksen saada lääkinnällisenä kuntoutuksena korvatuksi kolme ortopedistä jalkineparia vuosittain. Kaupungissa oli yhteisesti sovittu ortopedisten jalkineiden osalta yhden parin myöntämisestä asiakkaalle vuodessa. Rajoitus oli jouduttu tekemään rajallisiin ostopalvelumäärärahoihin liittyen, kuitenkin arvioiden välttämättömän apuväline-tarpeen täyttyvän näin. Lääninoikeus käsitteli henkilön valituksen julkisoikeudellista maksuvelvollisuutta koskevana riita-asiana (hallintoriitana), jossa henkilö vaati kaupungin velvoittamista lääkinnällisen kuntoutuksen ostopalvelun antamiseen. Lääninoikeus hylkäsi hakemuksen perustellen päätöstä muun ohella sillä, että kunnalla ei ole erityistä lakiin perustuvaa velvollisuutta apuvälineiden myöntämiseen jokaiselle, joka vajaakuntoisuutensa takia tarvitsee apuvälineitä kuten erityisvalmisteisia kenkiä päivittäisissä toiminnoissaan.

Apuvälineiden myöntäminen ratkaistaan kunnassa sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamiseen osoitettujen määrärahojen sallimissa rajoissa.

KHO kuitenkin kumosi lääninoikeuden päätöksen ja velvoitti kaupungin järjestämään hakijalle hänen lääkinnällisin perustein todetun toimintavajavuutensa korvaamiseksi tarvittavat ortopediset jalkineet. Perusteluna KHO totesi hakijalla vammansa johdosta kiistatta olevan ortopedisten jalkineiden tarve ja tämä tarve ylitti sen, minkä kaupunki myönsi. KHO totesi, että ortopediset apuvälineet ovat keskeinen apuväline hakijan liikuntakyvyille ja selviytymiselle päivittäisissä elämän toiminnoissa. Hakijan toimintavajauksen oli osoitettu olleen sellainen, että siitä aiheutuva ortopedisten jalkineiden hankinta ja hankintakustannusten korvaaminen kuului kunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin. Kaupunki ei ollut näyttänyt, etteivät hakijan terveydentilan ja toimintakyvyn edellyttämät apuvälineet olisi myönnettävissä kunnassa esiintyvän apuvälinetarpeen mukaisesti mitoitettavien määrärahojen puitteissa. Kaupunki ei ollut myöskään näyttänyt, että asiassa olisi sellaisia hallitusmuodon 5 §:n ja potilaslain 3 §:n mukaisia hyväksytyjä yleisiä palvelujen etusijajärjestykseen asettamisen perusteita, jotka estäisivät hakijan yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisen suuremmassa määrin kuin häntä koskevissa apuvälinepäätöksissä on tehty. Kaupunki oli näin ollen laiminlyönyt velvollisuutensa järjestää hakijalle riittävät lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinepalvelut.

Mielenkiintoista päätöksessä oli paitsi lopputulos, joka asetti kuntalaisen tarpeen kunnan intressin edelle, myös se, että päätös perustettiin hallitusmuodon 5, 15 a ja 16 a §:ään (vuoden 2000 perustuslain 6, 19 ja 22 §:t) ja STVOL lain 3 §:ään. Jälkimmäisen mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Oikeus hoitoon näyttääkin siis olevan jatkuvaa puntarointia kunnan ja potilaan intressien välillä. Lopputulos ratkeaa sen mukaan, kuinka suuri hoidon tarve potilaalla on, jolloin tietyn rajan ylitettyään kunnan oikeus asettaa palvelut etusijajärjestykseen määrärahojen puitteissa, väistyy potilaan tarpeen tieltä. Lopputulos asettaa suuria kysymysmerkkejä julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutukselle. Potilashan ei voi yksityiseen hoitoon turvautuessaan sen jälkeen kun julkinen hoito on torjuttu, tietää, onko hänen tarpeensa saada hoitoa niin suuri, että kunnan intressit hänen kohdallaan väistyvät.

Apuvälineet ovat vain yksi terveydenhuollon palvelu, jossa perustus oikeussäännösten soveltamisella on merkitystä arvioitaessa kuntalaisen oikeutta julkisiin terveystalouteihin. Päätöksessä KHO 2001:50 oli kysymys lapsen oikeudesta hampaiden oikomishoitoon. Lapsen hampaiston oikomishoidon tarve oli selvitetty ja todettu terveyskeskuksessa. Lapsi oli sen jälkeen ollut terveyskeskuksen hoidossa siihen saakka, kunnes oli todettu jatkohoidon vaativan erikoishammaslääkäritasoisen hoidon. Tässä vaiheessa lapsen oikomishoitoa koskeva hakemus oli hylätty ja hakija oli joutunut siirtymään yksityiseen hoitoon.

KHO velvoitti kansanterveystyön kuntayhtymän korvaamaan lapselle yksityisesti hankitusta hampaiden oikomishoidosta aiheutuneet kustannukset. Päätöksen perusteluissa todettiin merkitsevä, että yksityisen oikomishoidon korvaamista oli haettu kunnalta ennen kuin yksityinen oikomishoito oli aloitettu. Päätöstä tehtäessä otettiin huomioon myös lapsen oikomishoitotarpeen tasosta saatu selvitys sekä se seikka, että kuntayhtymä ei ollut näyttänyt asiassa olleen sellaisia Suomen Hallitusmuodon 5 §:n ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 3 §:n mukaisia hyväksyttäviä yleisiä palvelujen etusijajärjestyksen asettamisen perusteita, jotka olisivat estäneet lapsen oikomishoitotarpeen huomioon ottamisen, Kuntayhtymän olisi tullut järjestää lapsen hampaiden oikomishoito jollakin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 4 §:ssä tarkoitettulla tavalla. Päätöksen perusteluissa viitattiin vuonna 1995 perusoikeussäännökseen, hallitusmuodon 15 a §:ään. Merkittävää ja muista poikkeavaa päätöksessä oli se, että KHO piti merkittävänä sitä, että hakija oli yrittänyt saada oikomishoitoa korvattavaksi kunnalta ennen yksityisen hoidon aloittamista.

KHO:n ohella myös eduskunnan oikeusasiamies on hänelle osoitettujen kanteluiden johdosta joutunut ottamaan kantaa julkisen hoidon saatavuuteen. Merkittävän päätöksen oikeusasiamies Riitta-Leena Paunio antoi 22.4.2003 (843/4/01) asiassa, joka koski erikoissairaanhoidon rajoittamista Karjaan kaupungissa. Oikeusasiamiehelle tehdyssä kantelussa oli arvosteltu Karjaan kaupungin perusturvalautakunnan päätöstä 25.1.2001, jonka mukaan kaupunki ei vuonna 2001 tulisi maksamaan lainkaan ei-kiireellisiä leikkauksia. Päätös koski myös ns. yksityis-/erikoismaksuluokan potilaita julkisissa sairaaloissa.

Antamassaan ratkaisussaan oikeusasiamies Paunio totesi, että potilaan hoidon tarve tulee arvioida hänen yksilöllisen tarpeensa mukaisesti sekä kiireellisissä että ei-kiireellisissä tapauksissa. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on potilaslain mukaan terveydentilasta riippuen joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos potilas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja arvioitu kesto. Potilaita jonoon asettaessa on otettava huomioon perustuslain 6 §:ssä ja potilaslain 3 §:n 1 momentissa säädetty syrjinnän kieltö ja velvollisuus yksilöllisesti selvittää potilaan terveydentila ja hänen siitä johtuva terveyspalvelujen tarpeensa. Siltä osin kuin päätökset eivät jätä tilaa palvelun tarvitsijan yksilöllisen tarpeen huomioon ottamiselle, ne ovat ristiriidassa lainsäädännön kanssa. Karjaan perusturvalautakunnan päätös erikoissairaanhoidon säästöistä oli siten lainvastainen.

Oikeusasiamies päätyi siis asettamaan samoja kriteerejä hoidon tarpeen arviointiin kuin korkein hallinto-oikeus ennakkopäätöksissään. Syrjinnän kieltö hoitoratkaisuissa on tärkeä perusoikeuksien toteutumiseen liittyvä terveydenhuollon oikeudenmukaisuuskysymys. Toisaalta käytännössä syrjinnän olemassaoloa voi olla vaikeata näyttää toteen. Oikeusasiamies otti päätöksessään kantaa myös hoidon priorisointiin. Yksittäisissä hoitoratkaisuissa perusoikeusajattelumme ja arvojemme mukaista on, että vain sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva priorisointi on sallittua.

11.4. Johtopäätöksiä

Oikeus saada hoitoa julkisesta terveydenhuollosta ei annettujen päätösten valossa ole yksiselitteinen asia eivätkä perusoikeussäännökset tai potilaslaki ole tuoneet asiaan lopullista ratkaisua. Saadessaan kielteisen hoitopäätöksen julkisesta terveydenhuollosta, joka perustuu kunnan sisäisiin ohjeisiin tai hoitokäytäntöihin, potilaan on näytettävä, että hänen hoidon tarpeensa on niin suuri, että kunnallisen ohjeistuksen on väistyttävä. Tämä ei useinkaan käytännössä ole helppoa. Vaikeutena on myös se, että kunnallisten terveyspalvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö on ns. puitelainsäädäntöä. Kuntien velvollisuuksista ei laissa säädetä kovin täsmällisesti. Perusoikeussäännökset toivat uusia piirteitä kunnan velvollisuuteen tarjota terveyspalveluja, mutta yksiselitteisiä

vastauksia ei niistäkään löydy vaan asia jää yksittäistapauksellisen harkinnan varaan. Palveluja järjestäessään kunnan tulee ottaa huomioon perustuslain yhdenvertaisuussäännös sekä muut perusoikeussäännökset ja kunnan harkintavaltaa on käytettävä niin, että kunnan asukkaat saavat vähintään perusturvaan kuuluvia palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan. Kunnan tehdessä sisäisiä hoitoon liittyviä ohjeistuksia etusijajärjestyksestä jne., tulee perusteiden olla hyväksyttäviä ja kaikkia kuntalaisia tasapuolisesti kohtelevia ja sellaisia, että kuntalaisen yksilöllinen tarve hoitoon pääsystä otetaan riittävässä määrin huomioon.

Sairausvakuutuksen tukema yksityinen hoito on valinnainen hoitomuoto, jonka käyttämisestä kukin hoitoa haluavan tulee voida päättää itse. Jos kunta ei joissain tapauksissa ole huolehtinut järjestämisvelvollisuudestaan, on potilaalla oikeus saada kunnalta yksityisen hoidon aiheuttamat ylimääräiset kulut korvatuksi kunnalta. Tällöin potilaan hoidon tarve menee kunnallisen ohjeistuksen edelle. Kaikissa tapauksissa yksityinen hoito antaa kuntalaiselle ”varaventiilin” silloin kun kunnan julkista terveydenhuoltoa ei syystä tai toisesta ole saatavissa tai potilas asetetaan voimavaroista johtuen niin pitkään hoitojonoon, ettei odottelua enää voida pitää kohtuullisena. Julkisen ja yksityisen vuorovaikutus ilmenee ennen kaikkea tässä ”varaventiiliroolissa”. Toisaalta julkisen sektorin hoitovastuuta selvennettiin 2000-luvulla voimaan tulleella hoitotakuulla, jota selostetaan tarkemmin jäljempänä.

12. SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN JA TYÖTERVEYSHUOLLON KEHITTÄMISESTÄ JA KEHITTÄMISPYRKIMYKSISTÄ 1980–2000-LUVUILLA

12.1. Aluksi

Toimintojen ja tulkintojen vakiintumisen kauden alussa muutokset julkisessa terveydenhuollossa olivat huomattavia, kun kansanterveyslain säätämisen yhteydessä omaksutuista periaatteista, kansanterveyden suunnittelujärjestelmästä ja terveyspalvelujen maksuttomuudesta luovuttiin ja siirryttiin kokonaan kunnallisen päätöksenteon varaan julkisissa terveyspalveluissa. Sairaanhoitovakuutuksen osalta kehitys oli hitaampaa lukuun ottamatta niitä kehittämistoimia, joilla pyrittiin helpottamaan asiakkaiden pääsyä hoitoon (suorakorvausmenettely) ja korvauskäsittelyn yksinkertaistettiin ja yhdenmukaistettiin julkisen terveydenhuollon nimikkeiden ja koodien kanssa (taksauudistus). Järjestelmän keskeiseen ongelmaan, korvaustaksojen jälkeenjääneisyyteen, ei puututtu, mikä vähitellen alkoi heikentää sairaanhoitovakuutuksen uskottavuutta. Suhteellinen hiljaisuus sairausvakuutuksen ympärillä ei kuitenkaan merkinnyt sitä, ettei myös esityksiä järjestelmän uudistamiseksi olisi tehty. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että sairausvakuutuksen tukeman yksityisen sektorin tulisi toimia läheisemmin julkisen terveydenhuollon tukena, kuten vuoden 1985 terveyspoliittisessa selonteossakin oli todettu. Niinpä useina vuosina toimintojen ja tulkintojen vakiintumisen kautena pohdittiin eri kokoonpanoissa järjestelmän uudistamista ja erityisesti sitä, miten yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen vuorovaikutusta voitaisiin lisätä. Toimikunnista merkittävimmät olivat 1980-luvulla toiminut sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta, (jätti mietintönsä vuonna 1987)²⁷¹, sairaanhoitovakuutustoimikunta, (jätti mietintönsä vuonna 1993).²⁷² Näiden lisäksi monet sosiaali- ja terveysministeriön työryhmät miettivät sairausvakuutuksen kehittämistä. Esimerkkinä voidaan mainita sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmä, (jätti mietintönsä vuonna 1989).²⁷³ Seuraavassa tarkastellaan näitä toimikuntien ja työryhmien esityksiä ja pohditaan, olisiko esitysten toteuttaminen voinut lisätä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta.

²⁷¹ Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö, komiteamietintö 1987:34, sosiaali- ja terveysministeriö.

²⁷² Sairaanhoitovakuutustoimikunnan mietintö, komiteamietintö 1993:29.

²⁷³ Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio, Työryhmämuistio 1989:8, Sosiaali- ja terveysministeriö.

12.2. Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta vuonna 1987

Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunta (ns. Puro-Pajula toimikunta) totesi esityksensä johdannossa, että sairausvakuutusjärjestelmän yhtenä tarkoituksena oli lisätä avosairaanhoidon palvelujen käyttöä ja poistaa palvelujen käyttöön liittyvää eriarvoisuutta korvaamalla vakuutettujen kustannuksia. Avoterveydenhuollon palvelujen käyttö lisääntyikin ja ehkä eniten pienituloisten ryhmässä. Uudistus ei kuitenkaan yksin voinut poistaa palvelujen niukasta tarjonnasta ja tarjonnan alueellisesta vaihtelusta johtuvia käytön eroja.²⁷⁴ Siksi toimikunta lähti selvittämään sairausvakuutuksen kehittämistarvetta niin että sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat palvelut täydentäisivät mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti kunnallisia terveydenhoitopalveluja. Rahoitusehdotuksia laadittaessa puolestaan pyrittiin siihen, että sairausvakuutuksen, kuntien, valtion sekä vakuutettujen rahoitusosuudet muodostaisivat toimintapoliittisia tavoitteita tukevan kokonaisuuden, jolloin voitaisiin selvittää myös kunnallisen rahoituksen liittämistä sairausvakuutusjärjestelmään. Toimikunnan tuli myös selvittää hallinnollisen menettelyn kehittämistä korvaustason määrittämiseksi ja korvauksen joustavasti suorittamiseksi. Toimikunnan tehtävänä oli myös selvittää sairaanhoitokorvauksen sisällölliset muutostarpeet.

Esityksissään toimikunta ilmoitti ottaneensa työskentelyn lähtökohdaksi hallituksen terveystoimikunnan selonteossa olleen toteamuksen, jonka mukaan yksityisen terveydenhuollon tehtävänä oli täydentää julkista terveydenhuoltoa. Toimikunnan käsityksen mukaan kunnalliset ja yksityiset palvelut muodostivat pääpiirteissään tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. Terveydenhuoltoa ja sairaanhoitovakuutusta oli siksi syytä kehittää tuon työnjaon pohjalta. Kaikki terveydenhuollon voimavarat tuli saada käyttöön niin, että ne toimivat asetettujen terveystoimikunnan tavoitteiden suuntaisesti tehokkaasti ja päällekkäisyyttä välttäen. Esityksissään toimikunta kuitenkin esitti lähinnä sairausvakuutusetuksien laajennuksia ottamatta kantaa rakenteellisiin kysymyksiin tai julkisen ja yksityisen väliseen työnjakoon. Toimikunta piti mm. tärkeänä suorakorvausjärjestelmään siirtymistä ja korvaustaksojen saattamista vastaamaan palvelujen käytöstä aiheutuneita kustannuksia. Sairausvakuutuksen korvausalaa ehdotettiin laajennettavaksi mm. toimintaterapian ja puheterapian osalta. Merkittävä linjaus tehtiin siinä, että toimikunta ei pitänyt perusteltuna eikä tarkoituksenmukaisena kunnallisen rahoituksen liittämistä sairausvakuutukseen. Tältä

²⁷⁴ Komiteamietintö 1987:34, s. 1.

osin vuorovaikutusta ei siis haluttu lisätä. Toimikunta käsitteli mietinnössään keskeisiä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen liittyviä kysymyksiä, mutta ei tehnyt vuorovaikutuksen lisäämiseen liittyviä esityksiä.²⁷⁵

12.3. Taksa- ja suorakorvaustyöryhmä vuonna 1989

Taksa- ja suorakorvaustyöryhmä ehdotti lainsäädännöstä poistettavaksi esteet suorakorvausjärjestelmään siirtymiseltä. Lainmuutoksilla tuli tehdä mahdolliseksi sellaisen Kansaneläkelaitoksen ja palvelusten tuottajien välisen sopimusjärjestelmän syntyminen, jonka perusteella palvelusten tuottajat voisivat halutessaan liittyä suorakorvausjärjestelmään. Sopimuksilla ratkaistaisiin suorakorvausjärjestelmän tekniset yksityiskohdat. Työryhmä esitti myös sairausvakuutuksen korvaustaksojen teknistä yksinkertaistamista. Työryhmä piti myös perusteltuna pyrkimyksiä hillitä palvelusten hintojen nousua ja nousun hillitsemiskeinoina olisivat riittävän suuruiset vakuutettujen omavastuuosuudet, kilpailun lisääminen sekä korvaustaksojen tarkistaminen vain tuotantokustannusten muutosten edellyttämällä määrällä. Työryhmä ehdotti perustettavaksi lakisääteisen taksaneuvottelukunnan, jonka tehtävänä olisi seurata yksityisen sektorin terveystalouden tuotantokustannusten kehittymistä sekä ohjata kustannusten selvitystyötä. Selvitystyössä tulisi kiinnittää huomiota yksityisten tuotantokustannusten ohella niihin tuotantokustannuksiin, mitä vastaavien palvelusten tuottaminen julkisella sektorilla aiheuttaa. Taksojen tarkistusjärjestelmää esitettiin kehitettäväksi siten, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi tarkistaa korvaustaksojen perusteet silloin, kun palvelusten tuotantokustannuksissa oli tapahtunut olennainen muutos. Ehdotuksen mukaan kerran vuodessa tulisi ottaa harkittavaksi, onko tapahtunut olennaista tuotantokustannusten muutosta ja siten taksojen tarkistustarvetta.

12.4. Sairaanhoidovakuutustoimikunta vuonna 1993

Vuonna 1993 kansliapäällikkö Markku Lehdon johtama sairaanhoidovakuutustoimikunta (ns. Lehdon toimikunta) selvitti jälleen kerran sairaanhoidovakuutuksen kehittämistä. Esityksissään toimikunta totesi, että kunnilla on sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu. Tämän vastuun säilyttämistä toimikunta piti perusteltuna, mutta toimikunnan mukaan asiakkaan tulisi edelleenkin voida valita

²⁷⁵ Ks. toimikunnan esitysten yhteenveto komiteamietintö 1987:34 s. 127–130.

lääkärinsä myös kunnallisen palvelujärjestelmän ulkopuolelta ja saada tähän yhteiskunnan tukea. Valinnanvapaus oli koettu tärkeäksi käyttäjien piirissä, minkä vuoksi sen säilyttämistä pidettiin tärkeänä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että asiakkaan hakeuduttua hoitoon kunnallisessa terveydenhuollossa, hänellä olisi oikeus saada kaikki tarpeellinen tutkimus ja hoito kunnallisen järjestelmän palveluista säädettyillä maksuilla eivätkä asiaan vaikuta tuotetaanko palvelu kunnan omana palveluna tai ostopalveluna.

Toimikunnan mukaan yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteensovitusta tuli kehittää valtakunnallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Järjestelmien yhteensovituksen kannalta oli tärkeää tarkastella terveydenhuoltoa kokonaisuutena, jolloin myös yksityisen sektorin terveydenhuolto ja työpaikkaterveydenhuolto sisältyvät tarkasteluun. Tarkastelu koski sekä palvelujen tarjontaa ja kysyntää että palvelutuotantoon sitoutuvan henkilöstön määrää ja näiden lisäksi tuli tarkastella asiakkailta perittäviä maksuja, asiakkaiden omavastuita sekä laite- ja muita investointeja.

Pohtiessaan, millä tavoin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutusta ja toistensa tukemista voitaisiin lisätä, Lehdon toimikunta tarkasteli erikseen valtakunnallista ja erikseen paikallista tasoa. Valtakunnan tasolla järjestelmien yhteensovittaminen oli perusteltua tehdä kunnallista terveydenhuoltoa koskevan valtakunnallisen suunnitelman yhteydessä. Valtakunnallista suunnitelmaa valmisteltaessa ja siitä päätettäessä tulisi samanaikaisesti arvioida myös yksityisen terveydenhuollon ja työpaikkaterveydenhuollon volyymin kehitys sekä sovittaa näitä sektoreita koskevat rahoitus- ja muut päätökset terveystaloudellista linjaa tukevalla tavalla. Näin siis tavallaan ehdotettiin paluuta siihen suunnittelujärjestelmään, josta oli luovuttu vuoden 1993 STVOL-uudistuksessa.

Toimikunta otti esityksissään huomioon myös paikallistason vuorovaikutuksen julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Paikallistason yhteensovituksen edistämiseksi tarvittiin toimikunnan näkemyksen mukaan kuntakohtaista tietoa yksityisen ja julkisen sektorin terveyspalveluista. Tietojen välittämisen parantamiseksi toimikunta esitti, että Kansaneläkelaitoksen tulisi säännönmukaisesti toimittaa kullekin kunnalle sitä koskevat tiedot sairaanhoitokorvauksista.²⁷⁶ Tällä tavoin kunnat olisivat alueellaan saaneet tietää

²⁷⁶ Komiteanmietintö 1993:29, s. 66–68.

yksityisten palvelujen käyttäjistä ja olisivat voineet sovittaa oman palvelutuotantonsa ottaen huomioon myös yksityiset palvelut.

Toimikunta esitti myös sairaanhoitokorvausten profilointia. Tavoitteeksi asetettiin mahdollisuus turvata kansalaisille mahdollisuus käyttää yhteiskunnan tukemana yksityisiä terveydenhuoltopalveluja julkisten palvelujen ohessa. Näin voitiin varmistaa palvelujen saatavuus ja edistää kansalaisten valinnanmahdollisuutta. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välistä työnjakoa haluttiin edistää kohdentamalla lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamiseen käytettävät varat uudelleen niin että kohdentamisessa otettaisiin julkisen terveydenhuollon palvelut. Tässä yhteydessä luotaisiin seurantajärjestelmä, jolla tuotettaisiin aiempaa säännönmukaisemmin tietoa myös yksityisten terveydenhuoltopalvelujen toimivuudesta. Näin saataisiin kokonaiskuva kaikkien terveydenhuoltopalvelujen käytöstä ja kustannuksista. Asiakkaan lopullinen oma kustannusosuus tulisi aina olla suurempi yksityisten kuin julkisten palvelujen käyttämisestä ja hänelle tulisi taloudellisesti olla edullisempaa hakeutua hoitoon kunnallisen terveydenhuollon piiriin kuin yksityiselle sektorille.

Vakuutetun kannalta pidettiin välttämätöntä, että hän saisi aiempaa paremmin ennakkoon tietää yksityisten terveystalvelujen käyttämisestä hänelle lopullisesti jäävät kustannukset. Sairausvakuutuksen korvaustaksojen yksinkertaistaminen ja uudelleen kohdentaminen antaisivat mahdollisuuden useimmissa tapauksissa määritellä korvauksen määrät. Korvausjärjestelmän yksinkertaistaminen ja uudelleen kohdentaminen antaisivat entistä paremmat mahdollisuudet yksinkertaistaa myös itse korvausmenettelyä. Tämä loisi mahdollisuuksia korvausmenettelyn kehittämiseen palvelujen tuottajien kanssa automaattista tietojenkäsittelyä hyväksi käyttäen, jolloin sairausvakuutuskorvaus voitaisiin ottaa huomioon jo perittäessä maksua palvelusta.²⁷⁷

Konkretisoidessaan ehdotusta korvausten uudelleen kohdentamisesta toimikunta esitti siirtymistä aiempaa isompiin yksityisen sektorin käyttämisestä asiakkaalle aiheutuviin kustannuksiin. Siirtyminen suurempien tapahtuisi siten, että lääkäripalkkiolle sekä tutkimukselle ja hoidolle määrättäisiin kummallekin erikseen vuosittainen alkukustannusosuus. Vasta tämän alkukustannusosuuden ylimenevistä kustannuksista

²⁷⁷ Komiteanmietintö 1993:29, s. 70.

alettaisiin maksaa korvausta sairausvakuutuksesta. Alkukustannusosuus olisi lääkärinpalkkioissa pienempi kuin tutkimuksessa ja hoidossa.

Toimikunta arvioi, että alkukustannusosuuksien omaksuminen johtaisi korvaustapahtumien vähenemiseen noin kolmanneksella. Alkukustannusosuuden suuruutta tulisi vuosittain arvioida terveystaloudellisten lähtökohdista. Alkukustannusosuuden täyttymisen jälkeen vakuutetuille korvattaisiin lääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista aiempaa huomattavasti tuntuvammin (noin 75 % korvausperusteesta). Toimikunta esitti korvaustaksojen pitämistä laskennallisen terveydenhuollon kustannuskehityksen mukaisina. Tämän vuoksi katsottiin tarpeelliseksi arvioida korvaustaksojen tarkistamistarvetta määrääjain. Tämä tapahtuisi parhaiten terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman vahvistamisen yhteydessä. Tuolloin sairausvakuutuksen korvaustaso tulisi tarkistaa niin, että se asettuu terveystaloudellisesti perustellulle tasolle. Samassa yhteydessä tarkasteltaisiin julkisen terveydenhuollon käyttämisestä asiakkaille aiheutuvien maksuja ja sairausvakuutuskorvauksia ja pidettäisiin huolta siitä, että asiakkaan lopullinen kustannusosuus yksityisen sektorin palveluista olisi aina suurempi kuin julkisen sektorin palvelun. Käytännön seurantatyö tehtäisiin Kansaneläkelaitoksessa ja sen apuna toimivassa sairausvakuutusasiain neuvottelukunnassa.

Edellisten lisäksi Lehdon toimikunta esitti huomion kiinnittämistä terveydenhuollon asiakaskäyntien määrään, työvoiman saatavuudessa tapahtuviin muutoksiin sekä siihen, missä määrin eri kuntien asukkaat käyttivät yksityisiä palveluja. Tätä kautta ehdotettiin tarkasteltavaksi myös sitä, olivatko kunnat siirtäneet terveydenhuollon kustannuksia sairausvakuutuksen korvattaviksi. Toimikunta esitti sairausvakuutuksen taksojen yksinkertaistamista niin että lääkärinpalkkioiden korvaamisessa luovuttaisiin pääosin toimenpidekohtaisesta taksasta ja siirryttäisiin käyntikohtaiseen taksaan. Tutkimuksen ja hoidon korvauslajit tuli myös tarkistaa ja rajata sisällöllisesti.²⁷⁸

²⁷⁸ Komiteanmietintö 1993:29, s. 71–73. Sairaanhoidonvakuutuslautakunta esitti myös yksityistä omalääkärimallia, jossa kansalainen voisi valita määrääjäksi omalääkäriksi yksityisen sektorin yleislääkäriin. Vaihtoehtoisesti hän voisi valita omalääkäriksi julkisen sektorin yleislääkäreistä ja eräissä tapauksissa tulisi kyseeseen myös omalääkäriin valinta työpaikkaterveydenhuollosta. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan omalääkäriin valinta ei olisi sidottu kuntarajoihin. Omalääkäri voisi ohjata asiakkaan jatkohoitoon sekä yksityiselle että julkiselle sektorille. Käytännön menettelytavoista omalääkäri ja asiakkaan kotikunnan tulisi sopia (Komiteanmietintö 1993:29, s. 73–75).

12.5. Kansaneläkelaitoksen SAVAKE-työryhmä vuosina 2005–2006

Lehdon toimikunnan esitysten jälkeen laaja sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyö hiljeni. Osittain tähän oli varmasti syynä se, että Lehdon toimikunnan esitykset eivät saaneet riittävästi poliittista tahtoa taakseen. Seurasi kahdentoista vuoden hiljainen jakso, jolloin joitain sairaanhoitovakuutuksen osia, kuten hammashuoltoa ja työterveyshuoltoa, kehitettiin, mutta laajempi järjestelmän kehittämishalu puuttui. Tämä näkyi käytännössä mm. siinä, että korvaustaksoja ei saatu tarkistetuksi esityksistä huolimatta eikä keinoja enää etsitty yksityisen ja julkisen palvelun vuorovaikutuksen lisäämiseen. Kehittämisajatukset alkoivat kuitenkin vuoden 2005 aikana viritä uudelleen ja sosiaali- ja terveysministeriön tarkoituksena on ryhtyä vuoden 2006 aikana selvittämään sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä. Ministeriö pyysi tämän työn pohjaksi Kansaneläkelaitosta selvittämään vaihtoehtoisia malleja sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi ja tekemään niistä ehdotuksia ministeriölle. Tämän johdosta kelan johtaja Mikael Forss asetti työryhmän terveys- ja toimeentuloturvaosastolle kesäkuussa 2005 tätä ministeriön pyytämää työtä tekemään. Työryhmä, jota kutsuttiin SAVAKE -työryhmäksi, sai esiselvityksensä valmiiksi tammikuun lopussa 2006. Esiselvitys sairaanhoitovakuutuksen kehittämisestä luovutettiin ministeriölle helmikuun alussa.

Työryhmä kävi läpi sairaanhoitovakuutuksen aiemmat kehittämishankkeet ja sairaanhoitovakuutuksen nykytilaa sekä kuuli lukuisia asiantuntijoita. Työryhmä totesi, että taksoja määritettäessä on otettava huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatu, sen vaatima työ ja aiheuttamat kustannukset, korvattavan palvelun hoidollinen arvo ja käytettävissä olevat varat. Taksojen määrittelyn tulisi perustua tehokkaiden tuottajien tuotantokustannuksiin. Kela ei kuitenkaan ole saanut luotettavia tietoja julkisen eikä yksityisen terveydenhuollon tuotantokustannuksista.²⁷⁹ Työryhmä kävi läpi myös eräitä korvausten osa-alueita, kuten psykoterapiaa, fysioterapiaa, suuhygienistin antamaa hoitoa, hammasprotetiikkaa ja tekonivelkirurgiaa.

Työryhmä totesi psykoterapian osalta olleen rajanveto-ongelmia siinä, saako asiakas palvelut julkisen terveydenhuollon kautta. Fysioterapiassa yksityissektorin osuus on merkittävä, koska myös suuri osa julkisen terveydenhuollon asiakkaista ohjataan yksityissektorille fysioterapiaan. Sairausvakuutuskorvausten suuntaamiseksi

²⁷⁹ SAVAKE-työryhmän raportti s. 14.

tarpeelliseen hoitoon fysioterapian vaikuttavuudesta olisi tehtävä kattava selvitys ja selvityksen perusteella voitaisiin määritellä korvattava fysioterapia. Hammasprotetiikan osalta työryhmä totesi, että sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista. Kuitenkin Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että suomalaisilla on runsaasti hammasproteesin hoidon tarvetta. Tekonivelkirurgian osalta työryhmä totesi, että sairausvakuutuskorvaus yksityissektorin ortopedisten leikkaustoimenpiteiden kokonaiskustannuksista on 10–15 % riippuen toimenpiteen laadusta ja siihen liittyvistä kuvantamis- ja laboratoriotutkimuksista. Tekonivel muodostaa 10–30 % tekonivelleikkauksen hinnasta yksityissektorilla. Tekonivelen kustannuksia ei sairausvakuutuksesta korvata. Työryhmä totesi, että yksityissektorilla tehtävä tekonivelkirurgia täydentää julkisessa terveydenhuollossa tehtävää ortopedista kirurgiaa, mutta asiakkaan kustannukset ovat yksityisessä terveydenhuollossa huomattavat.

Työryhmä käsitteli myös sairaanhoitovakuutuksen merkitystä todeten, että sairaanhoitovakuutus on koko väestön vakuutusmuoto, joka korvaa yksityisestä terveydenhuollosta aiheutuneita kustannuksia ja antaa vakuutetulle mahdollisuuden valita hoitopaikkansa. Julkisen talouden kannalta sairaanhoitokorvausjärjestelmä, jossa korvausten taso on kohtuullinen, on hyvin edullinen. Vuonna 2001 lääkärin alle 20 minuutin vastaanottokäynnin yksikkökustannus terveyskeskuksessa oli 54,7 euroa. Käyntiin ei kuulunut tutkimuksia eikä toimenpiteitä. Korvaus lääkärin 20 minuutin vastaanottokäynnistä yleislääkärin korvaustaksan mukaan on 8,58 euroa ja erikoislääkärin korvaustaksan mukaan 12,87 euroa. Potilas maksaa lääkärinpalkkioista itse huomattavan osan.²⁸⁰

Työryhmä käsitteli Lehdon toimikunnan esittämää alkukustannusosuusmallia, jonka mukaan korvaukset kohdistettaisiin yksityisen sektorin käyttämisestä asiakkaalle aiheutuviin suuriin kustannuksiin. Työryhmä ei kannattanut mallia eikä pitänyt perusteltuna ohjata korvauksia vain suuriin kustannuksiin. Pienituloisen ei pystyisi kustantamaan ensimmäistäkään käyntiä. Toisaalta malli kannustaisi asiakkaita hakeutumaan alkukustannusosuuden täytyttyä kallisiin, mahdollisesti epätarkoituksenmukaisiin hoitoihin ja tutkimuksiin.

²⁸⁰ SAVAKE-työryhmän raportti s. 16.

Työryhmä käsitteli myös ns. priorisointimallia ja totesi, että noin 80 % kaikista lääkärin palkkioista korvataan erikoislääkärin palkkiona. Työryhmä keskusteli mallista, jolla korvattaisiin vain sellaisten erikoisalojen palveluista, joita julkinen sektori ei pysty tuottamaan riittävästi. Niitä olisivat silmätautien, naistentautien ja psykiatrian erikoislääkäreiden sekä hammaslääkäreiden antaa hoito ja määräämät tutkimukset ja hoidot. Muiden lääkäreiden palkkioista ja määräämistä tutkimuksista ei enää maksettaisi korvausta. Työryhmä totesi, että tällä mallilla saattaisi olla ohjausvaikutusta julkiseen terveydenhuoltoon. Niille aloille, joita sairausvakuutus korvaisi, ei pyrittäisi järjestämään riittävästi palveluja. Toisaalta sairausvakuutuskorvausten suuntaamista olisi muutettava julkisen sektorin tarjonnan muutosten mukaan. Työryhmä katsoi, ettei malli ole kannatettava.²⁸¹

Varsinaisessa ehdotusosassa työryhmä ehdotti, että kaikilla korvauslajeilla olisi sama korvaustaso ja että tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta (13,46 euroa vuonna 2006) luovuttaisiin. Korvausta maksettaisiin edelleen vain tarpeellisesta sairaanhoidosta ja kohtuullisista kustannuksista. Nykytilanteeseen verrattuna korvaukset määritettäisiin siten, että korvaustaso vastaisi noin 50 % perityistä palkkioista ja korvauksen taso määritettäisiin laissa. Korvaustason korottaminen vuonna 2006 lisäisi arvion mukaan korvausmenoja yhteensä 130 miljoonaa euroa: hammashoito 45 miljoonaa, lääkärinpalkkiot 49 miljoonaa ja tutkimus ja hoito 36 miljoonaa euroa.

Työryhmä esitti seuraavia kahta vaihtoehtoista mallia, joista vaihtoehto A:n mukaan sairaanhoitokorvauksia maksettaisiin lääkärin- ja hammaslääkärin antaman hoidon sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista kuten nytkin, mutta kaikissa korvauslajeissa siirryttäisiin euromääräiseen korvaukseen. Aikaperusteisen lääkärin vastaanottokäynnin, lääkärin- ja hammaslääkärin toimenpiteen sekä laboratorio-, röntgen- ym. tutkimuksen, fysioterapiakäynnin tai sairaanhoitotoimenpiteen kustannuksista maksettaisiin tietty euromäärä. Työryhmä katsoi, että mallin mukaan korvaaminen selkeytyisi, koska kaikkia korvauslajeja (lääkärinpalkkio, hammashoito sekä tutkimus ja hoito) korvattaisiin samalla menettelyllä, jolloin vakuutetun olisi helpompi tietää ennalta korvauksen suuruus. Kiinteän omavastuun poistaminen selkeyttäisi korvausjärjestelmää ja helpottaisi mm. valtakirjamenettelyn toteuttamista. Korvausmenetelmä tulisi sujuvammaksi. Lisäksi alle kiinteän omavastuun jäävät tutkimukset ja hoito tulisivat korvauksen piiriin. Korvauksen määrittämiseen suunniteltaisiin erilaisia vaihtoehtoja,

²⁸¹ SAVAKE-työryhmän raportti s. 17–18.

jotka voisivat olla esimerkiksi ehdotettujen korvausten vertaaminen tehokkaiden tuottajien kustannuksiin tai edellisenä vuonna perittyjen hintojen mediaaniin.

Vaihtoehto B:n mukaan korvaus maksettaisiin erikseen vahvistettavan taksan sijasta suoraan suhteellisena osuutena todellisista potilaalle aiheutuneista kustannuksista. Kaikilla korvauslajeilla (lääkäripalkkio, hammashoito sekä tutkimus ja hoito) olisi sama korvausprosentti. Tällöin korvausjärjestelmän hallinnointi helpottuisi huomattavasti, kun taksaa ei enää tehtäisi. Tutkimusten ja hoitojen tarpeellisuutta pitäisi edelleen seurata ja pitää luetteloja tarpeellisista tutkimuksista ja hoidoista. Tilastoinnissa näkyisi yksittäisen tutkimuksen tai hoidon korvaus ja korvausprosentti ja näin korvausten seuranta tulisi entistä tarkemmaksi. Potilas voisi saada erisuuruisia korvauksia samasta palvelusta riippuen siitä, mistä hän hoidon hakee, koska palvelut ovat hyvin erihintaisia yksityissektorilla. Tämä voisi vaikuttaa asiakkaan hintatietoisuuteen ja valintoihin. Malli ei sisältänyt keinoja kustannusten hallitsemiseksi eikä korvausmenetelmän vaikutusta hintoihin voitu ennakoida. Yhtenä keinona työryhmä piti palvelujen tuottajien etujärjestöjen kanssa tehtäviä puitesopimuksia, joilla määriteltäisiin enimmäishinta korvattaville palveluille.

Muina kehittämiskohteina työryhmä esitti, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi psykoterapian korvaamisen kokonaisuudessaan ja että fysioterapian vaikuttavuudesta tehtäisiin kattava selvitys. Lisäksi suuhygienistin antama hoito, hammasproteettiset toimenpiteet ja hammastekniset kustannukset ja keinonivelten kustannukset tulisi työryhmän näkemyksen mukaan ottaa sairausvakuutuskorvausten piiriin.²⁸²

SAVAKE-työryhmän raportti oli esiselvitys ministeriölle ja vuoden 2006 aikana sosiaali- ja terveysministeriö alkaa virkatyönä selvittää sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä.

12.6. Johtopäätöksiä kehittämistavoitteista

Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä selvittäneiden toimikuntien ja työryhmien esitykset toteutuivat vain joiltakin vähäisin osin. Eniten edistystä tapahtui suorakorvauksen edistämässä ja korvaustaksojen yksinkertaistamisessa. Näiltä osin

²⁸² SAVAKE –työryhmän raportti 2006 s. 18–19.

tehdyt ehdotukset pääosin toteutuivat. Suorakorvaus ei tosin toteutunut lainsäädäntöteitse, vaan sopimus pohjaisena valtakirjamenettelyinä. Muilta osin toimikuntien esityksiä ei toteutettu, joskin hammashuollon laajentaminen koko väestöön myös sairausvakuutuksesta korvattuna kuului toimikuntien esityksiin erilliskysymyksenä. Toimikuntien keskeisimmät esitykset, jotka koskivat korvaustaksojen ajan tasalle saattamista ja julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen edistämistä jäivät toteutumatta. Päähuomio on viimeisen kymmenen vuoden aikana lähes kokonaan kohdistunut julkisen terveydenhuollon kehittämiseen eikä sairaanhoitovakuutuksen asemaa terveydenhuollon kokonaisuudessa ole pohdittu.²⁸³ Edistystä on silti tapahtunut siinä, että kansalaiset voivat aiempaa paremmin ennakoita saamansa korvauksen. 2000-luvulla korvaustaksat on viety internetiin, josta ne ovat kaikkien kansalaisten luettavissa.²⁸⁴

Vuonna 2005 suhtautuminen sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseen kuitenkin muuttui, kun sosiaali- ja terveysministeriö pyysi Kelaa miettimään sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä. Kelassa perustetun SAVAKE-työryhmän työn tuloksena syntyi uusia, aiemmin esittämättömiä kehittämisajatuksia. Kun sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa kehittämistyötä alkaa vähitellen selvitä, onko sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä pitkään vaivannut toimetttömyys ja penseys muuttumassa. Positiivinen kehittäminen edellyttäisi kuitenkin asenteiden muutosta erityisesti kansanterveysinstituutiota edustavien taholla. Suoraviivainen toisen rahoituskanavan lopettamistavoite ei ole hedelmällinen lähtökohta keskusteluille, vaan myös kansanterveysinstituution puolella tulisi voida arvioida objektiivisesti kummankin rahoituskanavan hyviä ja huonoja puolia ja lähteä kehittämään terveydenhuollon kokonaisuutta ennakkoluulottomasti tämän arvion pohjalta.

Kela on ollut aktiivinen etsittäessä mahdollisuuksia suurempaan vuorovaikutusta yksityisen ja julkisen terveydenhuollon ja kahden rahoituskanavan välillä. 1980- ja 1990-luvulla toteutettiin pitkään ns. omalääkärikokeilua, jossa yksityinen lääkäri toimi omalääkärinä. Kokeilu sujui hyvin ja omalääkärin saaneet kansalaiset olivat järjestelmään tyytyväisiä, mutta lainsäädännöllisiin muutoksiin kokeilut eivät johtaneet.

²⁸³ Esimerkiksi vuonna 2002 annettu Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi ei sisällä lainkaan tavoitteita yksityisen terveydenhuollon osalta.

²⁸⁴ www.kela.fi.

Näin ollen mahdollisessa tulevassa kokeilutoiminnassa tulisi etsiä uusia keinoja vuorovaikutuksen lisäämiseksi.²⁸⁵

12.7. Työterveyshuollon uudistuminen

Työterveyshuollon asemasta oli keskusteltu vilkkaasti koko 1990- ja 2000-luvun ja järjestelmä tehtiin myös muutoksia. Eräs tärkeä virstanpylväs oli valtiontalouden tarkastusviraston vuonna 1995 ilmestynyt tarkastuskertomus, jossa oli huomautuksia työterveyshuollon palvelujen suhteesta julkiseen terveydenhuoltoon. Tarkastusvirasto katsoi, että rinnakkaisten terveydenhuoltojärjestelmien ylläpito ja kehittäminen olivat omiaan aiheuttamaan päällekkäisinvestointeja, toiminnan koordinoimattomuutta ja tehottomuutta. Tämä johtui siitä, että valtionosuusjärjestelmässä kunnat saivat terveydenhuollon asukaskohtaisen valtionosuuden siitä huolimatta, että merkittävä osa kuntalaisista saattoi saada perusterveydenhuollon palvelut Kelan sairausvakuutusrahoituksella tuetun työpaikkaterveydenhuollon toimesta. Lisäksi tarkastuskertomuksen mukaan työpaikkaterveydenhuollon rahoitus jakautui hyvin epätasaisesti eri kuntien kesken. Tarkastusvirasto katsoi, että terveydenhuoltojärjestelmien yhteensovittamisen ohella tulisi kiireellisesti ryhtyä toimenpiteisiin päällekkäisrahoituksen purkamiseksi.²⁸⁶ Kelan tarkastusvirastolle antamassa lausunnossa todettiin, että työpaikkaterveydenhuollon rahoitus perustui työnantajan maksamiin sairausvakuutusmaksuihin ja työnantajan maksamaan omavastuusuuteen järjestetyn toiminnan kustannuksista eikä sillä ole olennaisia vaikutuksia valtiontalouteen. Työpaikkaterveydenhuollon palvelut ovat keskeinen ja merkittävä osa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää, jolta pohjalta niitä tulisi edelleen kehittää.²⁸⁷

Tarkastusviraston kertomus herättikin vilkkaan keskustelun työterveyshuollon kehittämisestä. Vuonna 1995 uudistettiin työnantajien korvausjärjestelmä painottumaan terveyden edistämiseen ja työkyvyn ylläpitämiseen. Korvausuudistuksen myötä voitiin saada erikseen tiedot työpaikkaterveydenhuollon voimavarojen kohdentumisesta

²⁸⁵ Ks. Omalääkärikokeilun tuloksista Aromaa ym. 1998 sekä Linnala 2005. Linnala totesi, että potilaiden poliklinikkakäynnit vähenivät, kun omalääkärit lähettivät potilaitaan konsultaatiokäynnille yksityisille erikoislääkäreille. Linnala tutki Kelan ja Turun kaupungin kolmevuotista kokeilua, jossa potilaat maksoivat yksityislääkärillä käynnistä sairaalan poliklinikkakäyntiä vastaavan summan ja Kela korvasi loput käynnin kustannuksista.

²⁸⁶ Tarkastuskertomus 6/95, s. 35–36.

²⁸⁷ 30 vuotta työterveyshuollon terveyttä edistävän toiminnan korvaamista s. 12

toisaalta varsinaiseen työterveyshuoltoon (ehkäisevä toiminta) ja varsinaiseen sairaanhoitoon. Korvauksen perusteeksi määriteltiin korvausluokittain työntekijäkohtaiset laskennalliset enimmäismäärät. Lääkärin palveluissa painotus yleislääkäritasoiseen palveluun korostui ja erikoislääkärin palveluja voitiin uudistuksen jälkeen käyttää yleensä vain konsultointitarkoituksessa.²⁸⁸ Uudistusta valmisteltiin sosiaali- ja terveysministeriön työryhmässä.²⁸⁹

Kehittämistyö jatkui ja vuoteen 2000 mennessä oli todettu tarve uudistaa työterveyshuoltolakeja. Työterveyshuollon katsottiin edelleen liiaksi painottuneen sairaanhoitoon ja näin työterveyshuollon tärkein rooli, sairauksien ehkäisy oli jäänyt liian vähälle huomiolle.²⁹⁰ Pitkän valmistelun jälkeen hallitus antoi vuonna 2001 esityksen työterveyshuoltolain uudistamiseksi.²⁹¹ Esityksessä määriteltiin hyvän työterveyshuoltokäytännön ja työpaikkojen työkykyä ylläpitävän toiminnan periaatteet. Näitä periaatteita noudattamalla työterveyshuolto voi parhaalla mahdollisella tavalla suunnata toimenpiteensä työ- ja toimintakyvyn seurantaan ja tukemiseen koko työuran ajan. Lakiehdotukseen sisällytettiin myös säännöksiä toiminnan laadun seurannasta ja arvioinnista. Eduskunta hyväksyi esityksen (1383/2001) ja uusi laki tuli voimaan vuoden 2002 alussa. Lakia täydennettiin vielä antamalla valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista ja työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta (1484/2001). Uusissa säännöksissä korostettiin työterveyshuollon ennaltaehkäisevää luonnetta.

Työterveyshuollon yhteydessä annettavista sairaanhoitopalveluista ei uusissa säännöksissä mainittu juuri mitään. Kuitenkin käytännössä työterveyshuollon yhteydessä annettavat sairaanhoitopalvelut muodostavat merkittävän ja monessa tapauksessa jopa pääosan työterveyshuollon sisällöstä.²⁹² Työterveyshuollossa tehtiin 1990-luvun lopulla vuosittain noin 3,8 miljoonaa avohoidon käyntiä lääkärin tai

²⁸⁸ Ks. Työterveyshuollon korvaustoiminnasta: Laine 1997

²⁸⁹ Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmän uudistaminen, Työryhmämuistio 1993:29 Sosiaali- ja terveysministeriö

²⁹⁰ Terveyttä kaikille.

²⁹¹ Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta 114/2001 vp.

²⁹² Varsinaisesta sairaanhoidosta ei ole mainintaa myöskään valtioneuvoston periaatepäätöksessä ”Työterveys 2015 Työterveyshuollon kehittämissinjat” -päätöksessä, jossa linjataan työterveyshuollon kehittämistavoitteet vuoteen 2015 saakka. Työterveyshuollon sisältö määritellään hyvin painokkaasti ennaltaehkäisevästi (Kehittämissinja 2). Uudessa laissa työterveyshuollon sisältö (12 §) määritellään niin, että varsinaisen sairaanhoito ei kuulu työterveyshuoltoon (Ks. Kaj Husmanin artikkeli ”Työterveyslainsäädäntö” kirjassa ”Työterveyshuolto” (Jyväskylä 2003).

terveydenhoitajan vastaanotolla. Haastattelututkimusten mukaan 84 %:lla työterveyshuoltoon kuuluvista palkansaaajista sisältyi työterveyshuollon palveluihin myös sairaanhoitoa. Avohoidon lääkärin vastaanottokäynneistä työterveyshuolto muodosti 57 % vuonna 2000. Palvelujen käyttö ei ollut suurempaa kuin muilla väestöryhmillä, joten työterveyshuollon palvelut näyttivät korvaavan erityisesti terveyskeskuspalvelujen käyttöä.²⁹³

Jatkossa työterveydenhuollon rooli tulee yhä enemmän painottumaan ennaltaehkäisevään työhön, vaikka sairaanhoito jatkossakin pysyy järjestelmän piirissä korvattavana. Suurin osa työterveyshuollon palveluista annetaan yksityisten lääkäriasemien toimesta, joten työterveyshuoltojärjestelmä on ja tulevaisuudessakin tulee todennäköisesti olemaan tärkeä tekijä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutuksessa. Luontevaa työnjakoa, jota valtion tilintarkastajat esittivät, terveyskeskusjärjestelmän kanssa ei toistaiseksi ole löytynyt. Työpaikoissa, joissa työterveyshuolto kattaa laajasti myös sairaanhoitoa, työntekijät eivät terveyspalveluja tarvitessaan yleensä edes harkitse menoa terveyskeskukseen vaan pidetään luonnollisena kääntyä oman työterveyshuollon puoleen. Mikäli sairaanhoito osana työterveyshuoltoa lopetettaisiin, saattaisivat paineet terveyskeskuksiin päin lisääntyä huomattavasti.

12.8. Hammashuollon laajeneminen koko kansaa koskevaksi

Taloudellinen tilanne salli hammashuollon ulottamisen koko väestöön, toteuttavaksi vasta asteittain 2000-luvulla. Vuonna 2000 hallitus antoi eduskunnalle kaksi esitystä, joista toinen koski kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain ja mielenterveyslain muuttamista ja toinen sairausvakuutuslain muuttamista. Molemmissa järjestelmissä hammashuoltoon oikeutettuja ikäluokkia esitettiin lisättäväksi kymmenellä uudella

²⁹³ Ks. Kimmo Räsänen artikkelissa ”Työterveyshuolto osana terveydenhuoltojärjestelmää” kirjassa ”Työterveyshuolto” (Jyväskylä 2003) esitetään, että työterveyshuolto tulisi niveltää muuhun perusterveydenhuoltoon paikallisiin olosuhteisiin parhaiten soveltuvalla tavalla siten, että se edistää väestön terveydentilaa ja parantaa alueellista terveydentilan seuranta. Erityisen tärkeää on tällöin sopia työn ja palvelujen päällekkäisen työn välttämiseksi kansanterveystyön, terveyskeskuksen työterveyshuollon sekä yksityisten työpaikkaterveydenhuollon palveluyksikköjen kanssa tehtävistä ja työnjaosta mm. sairaanhoitopalvelujen, terveystarkastusten, terveysneuvonnan sekä laboratorio- ja röntgenpalvelujen osalta.

ikäluokalla (käytännössä vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin).²⁹⁴ Hammashuollon laajennus toteutettiin siis rinnakkaisesti sekä julkisen terveydenhuollon että yksityisen terveystalouden puolella, jolloin asiakkaiden valinnanvapaus julkisen ja yksityisen sektorin välillä säilyi.

Kansanterveyslakia koskevan hallituksen esityksen perusteluissa todettiin tarkoituksena olevan laajentaa kunnallista hammashuoltoa siten, että kunnallisen hammashoidon järjestämisvelvollisuus laajenisi ainakin vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneille. Hoidon laajuutta säädeltäisiin esityksen mukaan vastaisuudessa suoraan lailla eikä asetuksella kuten ennen. Aiemman lain mukaan kunnan tuli kansanterveystyöhön kuuluvana tehtävänä ylläpitää hammashuoltoa siinä laajuudessa kuin asetuksella tarkemmin säädettiin. Esityksessä todettiin, että kunnallisen hammashoidon järjestämistä koskevat säännökset poikkesivat muista terveydenhuoltoa koskevista säännöksistä nimenomaan siinä, että hoitoon pääsyn perusteena saattoi olla potilaan ikä, kun muissa palveluissa järjestämisvelvollisuus koski kaikkia kuntalaisia.

Kunnallista hammashuoltoa laajennettaessa haluttiin siis säilyttää julkisen ja yksityisen palvelun tasapaino ikäluokkia laajennettaessa. Hallituksen esitystä muutettiin eduskunnassa kuitenkin niin, että hammashuolto tuli yleisesti kansanterveystyöhön kuuluvaksi kunnan tehtäväksi ja lain siirtymäsäännöksillä saatettiin uudistus voimaan asteittain. Näin uudistus tuli koskemaan kaikkia ikäryhmiä ja siis koko kansaa viimeistään 1.12.2002.²⁹⁵ Tämän rinnalla muutettiin myös sairausvakuutuslakiesitystä niin, että lain (21.12.2000/1202) voimaantulosäännöksen mukaan hammashuolto sairausvakuutuksesta korvattuna kattoi koko väestön 1.12.2002 lukien. Korvaus tuli olemaan korvausjärjestelmän piiriin kuuluvista hammaslääkärin suorittamista hammashuollon toimenpiteistä 60 prosenttia kustannuksista, kuitenkin enintään taksan mukaisesta määrästä.

Menemällä yksityiseen hammashuoltoon kansalaiset olivat valmiita panostamaan hoitoon enemmän omia varojaan kuin julkiseen hammashoitoon mennessään.²⁹⁶

²⁹⁴ Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidonlain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta HE 149/2000 vp sekä hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta HE 155/2000 vp.

²⁹⁵ Laki kansanterveyslain 14 ja 49 §:ien muuttamisesta N:o 1219/2000.

²⁹⁶ Perustuslakivaliokunta kiinnitti kansanterveyslain muutosta hyväksyessään huomiota siihen, että perustuslain 121 §:n 2 momentin mukaan kuntien hallinnon perusteista ja kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla. Esitykseen sisältyvä ehdotus kansanterveyslain 14 §:n muuttamisesta merkitsi henkilön

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta totesikin mietinnössään, että hammashoidon kunnallisten palvelujen järjestäminen vastaavalla tavoin kuin kansanterveystieteen perusteella järjestettävä muu terveydenhuolto oli edennyt maassamme hitaasti ja suuri osa aikuisista oli kunnallisen hammashoidon ulkopuolella jopa kiireellisen avun tilanteessa. Ikärajoitukset ja kuntien päätöksestä riippuva hammashoidon toteutus oli merkinnyt sitä, ettei palveluja ollut tasa-arvoisesti ollut saatavilla. Hallituksen esitys kunnallisen hammashoidon laajentamisesta paransi väestön tasa-arvoa ja mahdollisti väestön suun terveyden paranemisen. Uudistus tasoitti kuntalaisten mahdollisuuksia päästä hinnaltaan yksityistä hoitoa edullisempaan kunnalliseen hoitoon. Uudistus yhdessä hammashuollon sairausvakuutuskorvausten laajentamista tarkoittavan hallituksen esityksen kanssa paransi myös kuntalaisten mahdollisuuksia valita hoidon hakemista haluamastaan paikasta. Uudistus saattoi vaikuttaa myös sosiaaliryhmien välisiin eroihin hammashoitopalvelujen käytössä ja siten osaltaan tasoittaa sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja. Valiokunta muutti hallituksen esitystä niin, että joulukuun alusta 2002 alkaen hoito tuli järjestää kaikille ikärajoituksesta riippumatta.²⁹⁷

Valiokunta totesi, että aikuisten suun terveydenhuollon palveluista annetaan yli puolet yksityissektorilla. Toteutettavan uudistuksen vaikutusta asiakasvirtojen ohjautumiseen ei voitu tarkkaan ennakoita. Asiakas voi vain silloin aidosti valita kunnallisen tai yksityisen hoidon välillä, jos kunta pystyy tarjoamaan palveluja kysyntää vastaavasti. Toisaalta asiakasvirtoja ohjaavat ratkaisevasti myös hoidon kustannukset. Vahvistettavien taksojen suuruudella on merkitystä asiakkaan kannalta. Taksan suuruudella on merkitystä myös sille, millaiseksi hintataso palveluissa muodostuu. Valiokunta piti tärkeänä, että uudistukset toteutuisivat tasapainoisesti siten, että kilpailu kunnallisen ja yksityisen sektorin välillä toteutuu ja että asiakkaalla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa. Valiokunta edellytti myös, että asiakkaan maksettavaksi tulevia omavastuita tuli tarkastella asiakasmaksuihin liittyvänä kokonaisuutena ja niiden

ikäen perustuvaa hoidon järjestämisvelvollisuuden laajentamista kymmeneen uuteen ikäluokkaan. Tässä oli kysymys sellaisesta olemassa olevan tehtävän olennaisesta laajentamisesta, josta oli tarpeen säätää lailla. Muutosehdotus liittyy myös perustuslain 19 §:n 3 momenttiin siltä osin kuin tämä koskee julkisen vallan velvollisuutta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä. Perusoikeusuudistuksen yhteydessä todetun mukaisesti oli kuntien tehtävistä säädettäessä huolehdittava myös siitä, että kunnilla oli tosiasialliset edellytykset suoriutua niistä. Esityksen taloudellisia vaikutuksia koskevasta jaksosta selvisi, että tämän uudistuksen kustannusvaikutukset on otettu huomioon valtionosuuksien lisäämistarpeena. (Perustuslakivaliokunnan lausunto 37/2000 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveystieteen 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidon 59 §:n ja mielenterveystieteen 34 §:n muuttamisesta HE 149/2000 vp.)

²⁹⁷ Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietintö 33/2000 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveystieteen 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidon 59 §:n ja mielenterveystieteen 34 §:n muuttamisesta HE 149/2000 vp.

kohtuullisuutta tuli selvittää annettaessa eduskunnan asiakasmaksuja koskevan maksukaton säätämisen yhteydessä edellyttämä selvitys lain muutoksen jälkeen saaduista kokemuksista ja lain kehittämistarpeista.²⁹⁸

Hammashuollon laajeneminen koko kansaa koskevaksi 1.12.2002 lisäsi huomattavasti palvelusten käyttöä. Vuoden 2003 ensimmäisen kolmanneksen tilasto osoitti, että hammashoitokorvausten piiriin päässeiden uusien ikäluokkien hakeutuminen yksityishammaslääkärin hoitoon ja siten Kela-korvausten piiriin oli odotetun innokasta. Korvausten määrän kasvu oli 50 % ja korvauksien saajien 42 % verrattuna vuoden 2002 tammi-helmikuuhun.²⁹⁹ Myös terveyskeskusten hammashoitoon uudet ikäluokat hakeutuivat jonoiksi asti, etenkin suurissa kaupungeissa.

Julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutuksen kannalta mielenkiintoisia ovat rinnakkainen kehittäminen ja sosiaali- ja terveysvaliokunnan kannanotot julkisen ja yksityisen terveyspalvelun suhteesta yleensä. Kun valiokunta piti tärkeänä, että uudistusta toteutettaessa kilpailu kunnallisen ja yksityisen sektorin välillä toteutuu ja että asiakkaalla tulee olla mahdollisuus valita hoitopaikkansa, herää kysymys ovatko kannanotot merkkejä uuden tyyppisestä ajattelusta päättäjien keskuudessa. Aiemmin yksityistä terveydenhuoltoa ei ole haluttu pitää julkisen sektorin kilpailijana vaan täydentäjänä siellä, missä julkisen sektorin resurssit eivät ole olleet riittävät. Kilpailunäkökulma julkisen ja yksityisen välillä on aivan uusi näkökulma, joskin hammashuoltoa voidaan pitää erityislajina, koska myös julkisen terveydenhuollon velvoitteet ovat olleet rajoitetummat hammashuollon järjestämisessä kuin yleisessä terveydenhuollossa.

12.9. Sairausvakuutuslain kokonaisuudistus

Hallitus antoi keväällä 2004 eduskunnalle esityksen uudeksi sairausvakuutuslaiksi.³⁰⁰ Esityksessä ehdotettiin uudistettavaksi sairausvakuutuslaki kokonaisuudessaan. Uudistus liittyy kokonaisuuteen, jolla pyritään selkeyttämään toimeentuloturva koskevaa lainsäädäntöä. Esityksessä lainsäädännön rakenne ehdotettiin uudistettavaksi

²⁹⁸ Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 34/2000 vp. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.

²⁹⁹ Sari Helminen: ”Hammashoitoon hakeutuminen odotetun innokasta”, Sosiaalivakuutus 4/2003, ks. myös Nihilä-Widström 2005 ja Widström, Niskanen, Rintanen 2005, joissa hammashoitouudistuksen vaikutuksia on tutkittu.

³⁰⁰ Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi (HE 50/2004).

kokonaan ja yksittäisten säännösten sanamuotoja täsmennettiin. Vuoden 1964 sairausvakuutuslain eräs heikkous oli ollut sanonnan epätasällisyys ja tietynlainen ylimalkaisuus. Tämän vuoksi etuuskien lopullinen sisältö muotoutui vasta tulkinnalla käytännön soveltamistilanteissa. Aiempi toimeenpanoa ohjannut vakiintunut tulkintakäytäntö otettiin kuitenkin lakiehdotuksessa huomioon samalla kuin aiemmin voimassa olleita säännöksiä täsmennettiin. Näin uuden lain aikana tulkinnalle jää vähemmän sijaa ja vakuutetut lakiin tutustumalla saavat aiempaa paremmin selvän oikeuksistaan. Esitys oli luonteeltaan pääasiassa lainsäädäntötekkinen, joten etuuskien muutoksia tai parannuksia ei esitykseen sisällynyt. Sairaanhoidovakuutuksen osalta esitys sisälsi vain eräitä tarkennuksia aiempaan lakiin. Eduskunta hyväksyi esityksen ja uudistettu sairausvakuutuslaki tuli voimaan 1.1.2005 (1224/2004)

Uudessa sairausvakuutuslaissa etuudet ja siinä olevat asiakokonaisuudet on eroteltu omiksi luvuikseen. Sairaanhoidokorvausta koskevat säännökset ovat lain II osassa. Tässä luvussa on ensin selostettu sairaanhoidokorvauksia koskevat yhteiset säännökset ja mukaan on otettu myös aiemman lain aikana vakiintuneet tulkintakäytännöt. Lain uudistus toteuttaa tältäkin osin uuden perustuslain asettamaa velvoitetta siitä, että kaikki kansalaisten oikeuksia koskevat säännökset tulee olla säännelty lakitasolla eikä alemman tasoisen sääntely ole hyväksyttävää.

Esimerkkinä tulkintasääntöjen kirjaamista lakiin voidaan mainita lain 2 luvun 3 §, jossa on todettu mm. se, että sairausvakuutuskorvausta ei suoriteta, kun yksityisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tiloissa. Asia ei siis enää ole 1990-luvulla syntyneen tulkintakäytännön varassa. Laissa todetaan nyt myös selvästi, että terveyskeskuslääkäri tai sairaalalääkäri voi antaa lähetteen vakuutetulle yksityiseen fysioterapiaan.

Uuden lain mukaan korvauksia ei makseta kunnan tai kuntayhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:ssä tarkoitetulla tavalla järjestämän sairaanhoidon kustannuksista. Vanhan SVL 11 a §:n ilmaisu ”tosiasiallisesti” on jätetty pois uudesta laista, koska asiassa otetut tulkinnat ovat poistaneet epäselvyydet ja näin aiemman lain epämääräinen ilmaisu on voitu poistaa. Julkisesta laitoshoidosta on uudessa laissa huomattavasti aiempaa tarkemmat säännökset (2 luvun 4 §), joten myös tältä osin 1990-luvulla luotu tulkintakäytäntö on helpottanut lain uudistamista.

Edellä mainittuja tarkennuksia lukuun ottamatta lääkärinpalkkioita ja tutkimusta ja hoitoa säännökset pysyivät uudessa laissa suurin piirtein ennallaan.³⁰¹ Sanonta uudessa laissa on kuitenkin selkeämpi kuin vuoden 1964 sairausvakuutuslaissa. Esimerkiksi korvaustaksojen perusteissa on aiempaa selvemmin todettu, että käytettävissä olevat varat vaikuttavat korvaustaksan suuruuteen (3 luvun 6 §). Näin siis lainsäätäjän taholta tulee selitys siihen, miksi korvaustaksoja ei ole korotettu vuoden 1989 jälkeen. Käytettävissä ei ole ollut varoja.

12.10. Sairausvakuutuksen rahoitusuudistus vuonna 2006

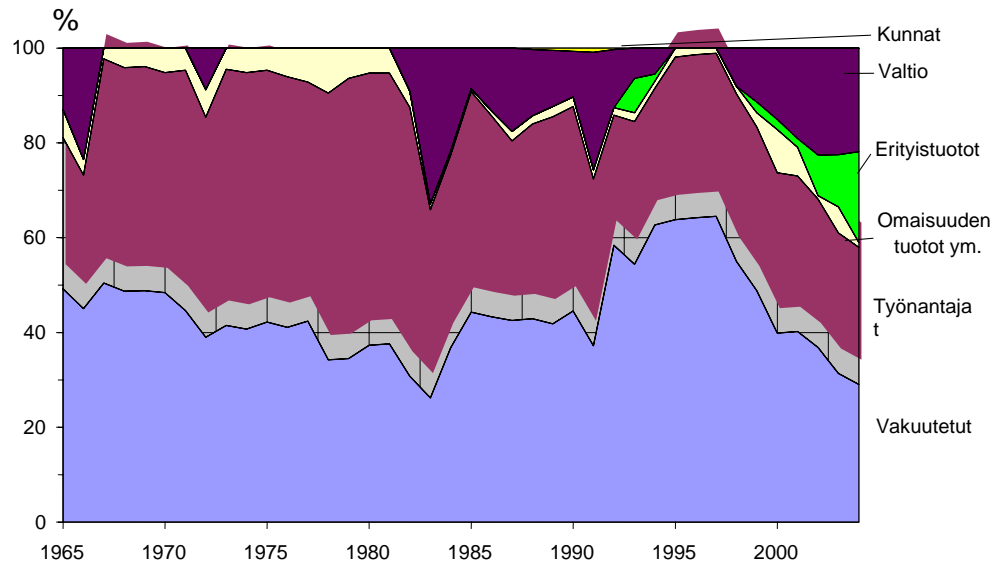
Vuoden 1964 sairausvakuutuslakia valmisteltaessa tavoitteena oli, että kunkin rahoitukseen osallistuvan tahon (vakuutetut, työnantajat ja valtio) osuutena sairausvakuutuksen kustannuksista tulisi olemaan noin 1/3 kokonaistarpeesta. Tämä tavoite ei kuitenkaan käytännössä toteutunut, vaan vakuutuksen menot ovat pääosin rahoittaneet vakuutetut ja työnantajat. Valtion osuus on ollut lähinnä takuusuoritusten maksaminen, mutta takuusuoritukset ovat viime vuosina olleet huomattavia, koska vakuutusmaksujen taso on ollut riittämätön toteutuneisiin menoihin nähden.

Eri aikoina osapuolten osuus rahoituksessa on vaihdellut, kuten kuvasta 11 ja 12 käy ilmi. Erityisen suurta vaihtelua on ollut työnantajien ja vakuutettujen kohdalla. Valtion osuus on ollut lähinnä riippuvainen siitä, kuinka paljon takuusuorituksia on kunakin vuonna tarvittu. Tämän lisäksi on huomattava, että vuonna 2004 rahoituslähde ”muut tuotot” muodosti 20,2 prosenttia kokonaisuudesta. Kysymyksessä oli arvonnisäveron ohjaaminen sairausvakuutuksen rahoitukseen, joka kuitenkin oli tarkoitettu tilapäiseksi ratkaisuksi.

Kuvio 6. Sairausvakuutuksen rahoitus 1965–2004.³⁰²

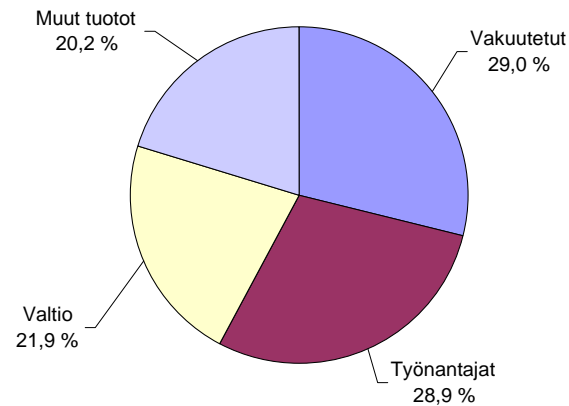
³⁰¹ Hallitus tosin teki 14.9.2004 esityksen eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi annetun hallituksen esityksen (HE 50/2004) täydentämisestä (HE 164/2004 vp), joka sisälsi myös etuuksien substanssimuutoksia aiempaan lakiin nähden mm. päivärahojen määräytymisperusteiden ja matkakorvausten osalta. Lääkärinpalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon ei täydennysesityksessä kuitenkaan puututtu.

³⁰² Lähde: Kelan tilastot 2005



Lähde: Kela

Rahoituksessa on viime vuosina käytetty alijäämän kattamiseksi runsaasti arvonlisäveron tuottoa. Vuonna 2004 tämä sosiaalivakuutuksen ulkopuolinen erä oli peräti viidesosa kokonaisuudesta. Myös valtion takuusuorituksen osuus oli huomattava.

Kuvio 7. Sairausvakuutuksen rahoituksen jakautuminen vuonna 2004.³⁰³

Lähde: Kela

Vuoden 2005 uuteen sairausvakuutuslakiin rahoitussäännökset otettiin sisällöltään samanlaisina kuin edellisessä laissa. Rahoitusta koskevat säännökset oli keskitetty lain 18 lukuun otsikolla ”sairausvakuutusrahasto ja vakuutusmaksut”. Säännösten mukaan sairausvakuutuslakiin, kuntoutusrahalaikiin ja kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta annettuun lakiin perustuvat korvaus- ja etuusmenot sekä 60 prosenttia kansaneläkelaitoksen hallintokustannuksista (toimintamenot) maksetaan sairausvakuutusrahastosta. Sairausvakuutusrahaston menot rahoitetaan vakuutetun ja työnantajien vakuutusmaksuista kertyvin varoin, sairausvakuutusrahaston tuotoilla, valtion maksuosuudella sekä muilla mahdollisilla tuotoilla, joista säädetään erikseen. Sairaus- ja vanhempainpäivärahoista sekä erityishoitorahoista aiheutuvat vähimmäispäivärahakustannukset rahoitetaan kuitenkin kokonaan valtion varoista. Sairausvakuutusrahaston rahoitusosuuden tuli kalenterivuoden päättyessä olla vähintään kahdeksan prosenttia sairausvakuutuksen vuotuisista maksetuista kokonaismenoista. Jos sairausvakuutusrahaston tuotot eivät riitä rahoitusosuuden vähimmäismäärän saavuttamiseen, puuttuva osa suoritetaan valtion varoista.

Käytännössä valtion rooli järjestelmän takaajana on lisääntynyt vuosi vuodelta, kuten kuva 10 osoittaa. Perityt sairausvakuutusmaksut ovat riittäneet vain noin 60 prosenttiin sairausvakuutusmenoista ja loppuosa on jouduttu kattamaan valtion takuusuorituksena ja arvonnlisäveron tuotolla. Vakuutusperiaate, jonka mukaan maksujen tulisi pääsääntöisesti kattaa järjestelmästä aiheutuneet menot, ei ole toteutunut

³⁰³ Lähde: Kelan tilastot 2005

sairausvakuutuksen osalta. Viime vuosina on myös voimistunut keskustelu siitä, onko eri osapuolten välinen suhde maksuosuuksissa oikea. Erityisesti on nostettu esiin kysymys, tuleeko työnantajien osallistua lainkaan julkisen sairaanhoitovakuutuksen kustannuksiin työterveyshuoltoa lukuun ottamatta. Taustalla on ollut se näkökohta, että kysymyksessä olevat etuudet eivät välittömästi liity työsuhteeseen. Tähän asti sairaanhoitovakuutuksen ja toimeentuloturvan kustannukset on maksettu osana sairausvakuutusrahaston menoja erittelemättä menoja sen mukaan liittyvätkö ne työsuhteeseen vai eivät. Vain päivärahojen vähimmäisosuudet ovat olleet kokonaan valtion kustannettavia, muilta osin sairausvakuutusrahastoa on kartutettu kunkin osapuolen osuuden mukaan. Uuden ajattelun mukaan osapuolten tulisi osallistua vain niiden sairausvakuutusetuksien rahoitukseen, joista ne suoraan hyötyivät.

Vuodesta 2003 lähtien on valmisteltu sairausvakuutuksen rahoituksen uudistusta. Asiaa selvitteli Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittänyt työryhmä, joka esityksissään rahoituksen selventämistä jakamalla se ansiotulo- ja sairaanhoitovakuutukseen. Tavoitteena oli myös järjestelmän rahoituksen vastaamaan aiempaa enemmän vakuutusperiaatetta.³⁰⁴ Valmistelun tuloksena annettiin keväällä 2005 eduskunnalle esitys sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.³⁰⁵ Esityksen tavoitteena oli turvata sairauden perusteella myönnettävien etuuksien rahoituksen riittävyys ja siksi vakuutusperiaatetta vahvistettiin tiivistäen samalla maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä. Esitys jakoi sairausvakuutuksen rahoituksen kahteen erilliseen osaan, sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen. Näiden kahden sairausvakuutuksen osan rahoitus ehdotettiin tapahtuvaksi vuodesta 2006 lähtien eri pohjalta. Arvonlisäveron tilityksestä sairausvakuutusrahastoon ehdotettiin luovuttavaksi.³⁰⁶

³⁰⁴ Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio s. 23– 25.

³⁰⁵ HE 68 /2005, Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi.

³⁰⁶ Hallituksen esityksessä perustelut työnantajien vapauttamisesta osallistumasta sairaanhoitovakuutuksen kustannuksiin ovat niukat. Vaikka maksujen ja etuuksien välistä yhteyttä halutaankin tiivistää, voidaan perustellusti olla kuitenkin sitä mieltä, että lääkekorvauksilla on useissa tapauksissa merkittävä osuus henkilön työkykyyn ja työssä pysymiseen. Tällaisia ”välillisiä” vaikutuksia ei esityksessä juuri pohdittu tehtäessä jako työtuloihin perustuviin päivärahaetuksiin ja sairaanhoitoetuksiin. Sairaanhoitoetuksissa valtio osallistuu pysyvällä osuudella kustannuksiin, mutta työnantajat eivät enää osallistu kustannuksiin vuodesta 2006 lähtien.

Eduskunnassa valtiovarainvalokunta lausunnossaan totesi, että esitys oli perusteltu ja merkittävä uudistuskokonaisuus.³⁰⁷ Sillä voitiin valiokunnan mukaan selkiyttää Kansaneläkelaitoksen rahoitusta ja saattaa se nykyistä pysyvämmälle pohjalle.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi mietinnössään³⁰⁸, että sairausvakuutuksen rahoituksen riittävyys turvattaisiin esityksen mukaan tiivistämällä kerättävien maksujen ja maksettavien etuuksien välistä yhteyttä. Maksujen ja etuuksien välisen yhteyden vahvistaminen korostaa vakuutusperiaatetta. Kun vakuutusmaksut määräytyvät vakuutusperiaatteen mukaisesti, selvitetään maksujen tarkistamistarve vuosittain ja vakuutusmaksujen määrä suhteutuu siten nykyistä paremmin vakuutettavaan riskiin. Jatkossa vakuutettujen tai työnantajien maksujen muutokset perustuisivat lähtökohtaisesti vain sairausvakuutuksen rahoitukseen liittyvien tavoitteiden saavuttamiseen. Valiokunta kiinnitti tässä yhteydessä huomiota ehdotuksen pohjana olleen työryhmän mietinnössä esiintuotuun seikkaan, että maksujen porrastaminen jatkossa esimerkiksi alueellisilla tai muilla rahoituksen tavoitteisiin liittymättömillä perusteilla on vakuutusperiaatteen kannalta ongelmallista. Valiokunta täsmensi jonkin verran hallituksen esitystä ja eduskunta hyväksyi valiokunnan esityksen³⁰⁹. Uusi laki tuli voimaan 1.1.2006.

Vuoden 2006 alusta lukien sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ovat osallistuneet vakuutetut ja valtio yhtä suurella osuudella lukuun ottamatta EU-maihin maksettavia sairaanhoidon kustannusten korvauksia. EU-korvauksen valtio rahoittaa tulevaisuudessa kokonaan. Sairaanhoitoetuksien rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta on alettu periä 1,33 prosentin sairaanhoitomaksua, joka on korvannut aiemman vakuutetun sairausvakuutusmaksun ja sitä on alettu periä sairausvakuutusmaksun tapaan kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Eläke- ja etuustulojen osalta maksua peritään kuitenkin enemmän, eli 1,50 prosenttia eläke- ja etuustulosta. Tämä vastaa aiempaa sairausvakuutusmaksua näiden ryhmien osalta. Sairaanhoitomaksua tarkistetaan vuosittain annettavalla lailla.

Työtulovakuutuksen rahoittamiseen osallistuvat uudessa järjestelmässä työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät sekä valtio. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat, erityishoitorahat sekä kuntoutusrahat ja vuoden 2006 alusta

³⁰⁷ Valtiovarainvaliokunnan lausunto 22/2005 vp.

³⁰⁸ Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö nro 22/2005 pv.

³⁰⁹ Eduskunnan vastaus 139/2005 vp.

lukien työnantajat ovat alkaneet rahoittaa muista työtuloetuksista 73 prosenttia ja palkansaajat sekä yrittäjät yhdessä 27 prosenttia. Tulevat kustannusmuutokset tullaan rahoittamaan valtion osuutta lukuun ottamatta siten, että maksujen muutokset jakautuvat tasan työnantajien, palkansaajien ja yrittäjien kesken. Palkansaajilta ja yrittäjiltä on peritty uutta sairausvakuutuksen päivärahmaksua 0,77 prosenttia vuoden 2006 alusta lukien. Työnantajan sairausvakuutusmaksu on 2,06 prosenttia.

Toteutetut rahoitusmuutokset ovat muuttaneet olennaisesti sairausvakuutuksen rahoitus pohjaa. Sairaanhoidovakuutuksen rahoitus pohjan muuttuessa vastuu korvaustaksojen ajan tasalla pysymisestä ja järjestelmän kehittämisestä on siirtynyt yhä enemmän valtion vastuulle. Toisaalta lääkekorvausten voimakas kasvu tulevinakin vuosina saattaa vaikuttaa asiaan.³¹⁰ Valtion kiinnostus sairaanhoidovakuutuksen kehittämiseen tulee riippumaan paljon siitä, miten suuntaan kahden rahoituskanavan järjestelmää halutaan tulevaisuudessa ohjata. Palkansaajat, jotka maksavat puolet kustannuksista, todennäköisesti alkavat vaatia maksamilleen rahoille vastinetta myös lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon osalta. Vaatimukset korvaustaksojen korjaamisesta tulevat todennäköisesti lisääntymään, vaikka pääosa sairaanhoidovakuutuksen menoista kohdistuukin lääkekorvauksiin ja sairauden vuoksi tehtäviin matkoihin.

Merkittävää uudistuksessa oli erityisesti tämän tutkimuksen kannalta se, että vuoden 2006 alusta työtuloetuksina on alettu rahoittaa paitsi sairauspäivärahoja, vanhempainpäivärahoja ja kuntoutusrahoja, myös työnantajille maksettavia korvauksia työterveyshuollon järjestämisestä. Tältä osin yksityisen sektorin lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon ja toisaalta työterveyshuollon rahoitus pohja siis lähti nyt eri poluille³¹¹. Ratkaisussa näkyy työterveyshuollon erityispiirre osana korporatiivista, työmarkkinoiden ohjauksessa olevaa järjestelmää.

³¹⁰ Kansaneläkelaitoksen pääjohtaja totesi sairausvakuutus 40 vuotta -seminaarissa 1.4.2004 Kelassa odotettavan sairausvakuutuksen rahoitusuudistusta koko sydämeestä. Rahoituksen jänteisyys, ennakoitavuus ja maksuvalmiuden paraneminen poistaisivat varjon sairausvakuutuksen kehittämisen päältä. Pääjohtaja HUUHTANEN korosti sairausvakuutukseen sisältyvää vakuutusperiaatetta, jonka etuna on rahoituksen selkeys ja läpinäkyvyys. (HUUHTANEN 2004).

³¹¹ Työterveyshuollon korvausehdot muuttuivat vuoden 2006 alussa niin että ehkäisevä työterveyshuollon kustannuksissa otettiin käyttöön yhtenäinen 60 prosentin korvaustaso. Se koskee sekä työnantajia, jotka ovat järjestäneet ehkäisevä työterveyshuollon palveluksessaan oleville työntekijöille että yrittäjiä ja maatalousyrittäjiä, jotka ovat järjestäneet vastaavan ehkäisevän huollon itselleen. Tämän lisäksi Työnantajilla ja yrittäjillä on oikeus saada 50 prosentin korvaus yleislääkärin avosairaanhoidon kustannuksista. Työterveyshuollon avosairaanhoido on siis yleislääkärin avosairaanhoidon lääkäriä on oikeus tarvittaessa konsultoida erikoislääkäriä ja tässä tapauksessa 50 % korvaus maksetaan myös erikoislääkärin avosairaanhoidon palvelusta.

Sairausvakuutuksen rahoitusuudistus on ollut niin vähän aikaa voimassa, että kokemuksia uudesta järjestelmästä ei ole vielä saatu. Kansaneläkelaitoksessa uudistukseen on kuitenkin oltu tyytyväisiä, koska se sairausvakuutuksen rahoitus oli pitkään ollut epävarmalla pohjalla ja Kela oli tarvinnut asiakkaitensa lakisääteisten sairausvakuutusetuksien rahoitukseen yhä enemmän valtiolta takuusuorituksia ja arvonlisäveron tuoton tilityksiä. Eri osapuolten rahoitusvelvollisuudet ja vastuut ovat nyt selkeät ja sairausvakuutuslaissa säädettyjen etuuksien rahoituksen riittävyys on turvattu.³¹²

13. SAIRAANHOITOVAKUUTUSTA KOSKEVISTA TUTKIMUKSISTA JA KESKUSTELUSTA SAIRAANHOITOVAKUUTUKSEN ASEMESTA 1990-JA 2000-LUVULLA

13.1. Tutkimus julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista Suomessa

Sairausvakuutuksen asema asetettiin 1990-luvulla valtiosuusuudistuksen jälkeen julkisessa keskustelussa useita kertoja kyseenalaiseksi ja puheet järjestelmän lopettamisesta sekä sairausvakuutusrahojen siirtämisestä kuntien käyttöön voimistuivat. Objektivisen tiedon lisäämiseksi Kansaneläkelaitos järjesti vuonna 1997 seminaarin julkisesta sairaanhoitovakuutuksesta, jossa julkistettiin Kansaneläkelaitoksen tutkimus- ja kehitysyksikön tekemä tutkimus julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käytöstä ja kustannuksista Suomessa.³¹³ Tarkastelun kohteena olivat lamavuodet 1990–1995 ja vertailuvuotena käytettiin vuotta 1982. Saatujen tulosten mukaan yksityissektorin lääkäripalvelujen käytöstä sai vuosittain korvausta 25–30 % väestöstä, mihin lukuun eivät sisältyneet työterveyshuoltona maksetut korvaukset. Vuoteen 1982 verrattuna oli yksityissektorin osuus avohoidon lääkäripalvelujen käyntimäärästä pienentynyt muutaman prosenttiyksikön verran. Vain iäkkäät henkilöt olivat lisänneet käyntejään myös 1990-luvulla, työikäisten kävijöiden määrä sen sijaan oli vähentynyt selvästi, ja alle 15-vuotiaiden käyntimäärä oli pysynyt vakaana.

³¹² Ks. Osastopäällikkö Erkki Meriläisen haastattelu ”Uusi rahoitusjärjestelmä turvaa tulevaisuuden”, Sosiaalivakuutus 1/2006.

³¹³ Esko Kalimo, Sisko Arinen ja Timo Klaukka: Julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset Suomessa teoksessa ”Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus, Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22

Yksityislääkäripalvelujen käyttäjiä oli maan kaikissa kunnissa. Käytön alueittaiset erot olivat 1980-luvulla kaventuneet ja pysyneet 1990-luvulla ennallaan. Valtaosassa kunnista käyttäjien osuus oli vuonna 1996 suurempi kuin vuonna 1982. Käyttö oli kasvanut suurimmassa osassa maalaiskunnista ja myös harvaan asutuilla alueilla, mutta suurissa ja keskikokoisissa kaupungeissa – erityisesti niiden lähiöissä asuvilla – se oli selvästi vähentynyt ja pudonnut alle vuoden 1982 tason.

Yksityislääkäripalvelujen käyttö noudatti tarjonnan vaihtelua. Naiset käyttivät näitä palveluja enemmän kuin miehet, iäkkäät enemmän kuin muut ikäryhmät, hyvätuloiset enemmän kuin muut, ja käyttö keskittyi enemmän kaupunkien kuin harvaan asuttujen seutujen asukkaille. Yksityissektorin käyttäjät olivat jonkin verran terveempiä kuin julkisen sektorin käyttäjät. Rinnan yksityistä ja julkista sektoria käyttävä oli enemmän kuin pelkästään yksityispalveluja käyttäviä. Kumpaakin sektoria rinnan käyttäneet olivat sairaampia kuin pelkästään kunnallisia tai yksityisiä palveluja käyttäneet.

Erikoisaloista aikuiset käyttivät eniten gynekologien, silmälääkäreiden ja kirurgian palveluja. Gynekologilla käytiin säännöllisimmin ja käyttäjät olivat pääasiassa keski-ikäisiä naisia. Silmälääkäreiden asiakkaina painottuivat iäkkäät, samoin kuin sisätautilääkäreillä. Ihotautilääkäreillä kävi erityisesti nuoria aikuisia. Lapset käyttivät runsaasti paitsi lastenlääkäreiden myös korva-, nenä- ja kurkkusairauksien erikoislääkäripalveluja.

Kotitalouksien kustannukset avohoidosta olivat lähes kaksinkertaistuneet vuodesta 1987 vuoteen 1996. Kasvua oli kaikkien avopalvelujen kuluissa. Kaupunkien kotitaloudet käyttivät hieman enemmän omaa rahaa avohoidon kaikkiin palveluihin kuin maaseudulla asuvat.

Päätelmässään tutkijat totesivat tulosten osoittavan, että julkisen sairaanhoitovakuutuksen korvaamalla yksityislääkäripalveluilla on maamme avohuollossa selkeä täydentävä rooli. Yksityislääkäriin palvelujen käyttö ei ollut määrältään olennaisesti muuttunut samalla, kun avohoidon lääkäripalvelujen kokonaismäärä oli kasvanut vuoteen 1987 verrattuna ja kasvu oli erityisesti aiheutunut terveyskeskuslääkärien palvelujen käytöstä. Jälkimmäisillä oli kaikissa tarkastelluissa väestöryhmissä johtavan käyntipaikan asema. Yksityisten lääkäripalvelujen tarjonta jakautui alueittain osin käänteisesti terveyskeskuspalveluihin nähden ja korjasi

kunnallisen terveydenhuollon palvelujen suhteellista vähäisyyttä nimenomaan pääkaupunkiseudulla. Yksityislääkärin palvelujen käytössä havaitut alueittaiset erot olivat supistuneet aiempiin vuosiin nähden.

Yksityislääkärien palvelut olivat pääasiassa erikoislääkärin palveluja, joiden tarjonta julkisessa terveydenhuollossa oli yleensä riittämätöntä tai ainakin niiden jonotusajat saattoivat olla pitkät. Myös tältä kannalta tarkasteltuna kysymys oli julkisen järjestelmän voimavarojen puutteita korjaavasta toiminnasta sekä käyttäjien vapaudesta valita itse oma erikoislääkäriensä.

Tulokset osoittivat, että suurin osa ihmisistä kävi myös yksityislääkärillä ja että monet henkilöt käyttivät rinnan eri sektorien palveluja. Käyntien määrät ja käyntien sisällöstä käytettävissä olleet tiedot osoittivat, että eri sektoreita käytettiin järkevästi ja että turhaa päällekkäisyyttä esiintyi vain vähän. Koko terveydenhuoltojärjestelmän laadun kannalta oli tarkoituksenmukaista, että asiakkaalla on mahdollisuus myös vaihtoehtoiseen hoitopaikkaan, jossa diagnoosi tai hoidon sisältö voidaan varmistaa erityisesti silloin, kun hoito ei tuota tulosta. Kokonaisuudessaan tulokset osoittivat rinnakkaisten järjestelmien toimivan keskenään toisiaan täydentävällä tavalla siten, että avohoidon lääkäripalvelujen käyntimäärät maassamme ovat enintään kansainväistä keskitasoa, samoin palvelujen käytön kustannukset.

13.2. Kyselytutkimuksia palvelujen käytöstä

Katriina Aaltonen on vuonna 1996 selvittänyt terveystalouden valintoja koskevia mielipiteitä kyselytutkimuksella. Tutkimustulosten mukaan terveystalouden valinta ja käyttö olivat vastaajien keskuudessa melko vakiintuneita. Kunnallisia terveystalouksia käytti suurin osa väestöstä ja yksityisten terveystalouksien käyttöön vaikutti vastaajien varallisuustaso. Sosioekonomisista ryhmistä ylemmät toimihenkilöt hyödynsivät parhaiten kumpaakin palvelusektoria, joten jakauma yksityinen/julkinen ei ollut täysin selvä tämänkään ryhmän kohdalla.

Kyselyssä kysyttiin myös mielipiteitä hoidon laadusta ja puolet vastanneista ei halunnut korostaa hoidon laatuun perustuvia eroja. He pitivät sekä yksityisiä että kunnallisia palveluja yhtä hyvinä. Kuitenkin monet vastaajista käyttivät omaa rahaa ja suosivat

yksityisiä terveyspalveluja nimenomaan saadaksesen parempaa palvelua. Eräänä tärkeimpänä hyvän palvelun osatekijänä tuli vastauksissa esiin se, kuinka nopeasti potilas halutessaan pääsi hoitoon ja tutkimuksiin. Tärkeinä vastaajat pitivät myös sitä, kuinka asiakkaan tilanteeseen hoitotilanteessa paneudutaan. Vastaajat korostivat myös hyvää potilas-lääkärisuhdetta ja terveyspalvelun vuorovaikutteisuutta. Vastaajat, jotka pitivät yksityistä palvelua parempana, olivat myös muita varmempia laatua koskevissa kannanotoissaan. Kuitenkin vastaukset osoittivat, että yksityisten terveyspalvelujen arvostus oli paljon suurempaa kuin niiden tosiasiallinen käyttö ja kunnallisten palvelujen paremmuus perustui useimmiten palvelun halpuuteen. Eläkeläisille tärkeää oli palvelun saatavuus, joka perustui tottumukseen käyttää tiettyä palvelua.

Terveyspalvelujen käyntimaksun suuruuden muuntelu ei vaikuttanut vastaajien palveluvalintaan, vaan pikemminkin valinta tehtiin arvostuksen perusteella. Asennetasolla ihmiset hyväksyivät maksut, eikä useimmiten tyydytty halvimpaan maksuvaihtoehtoon. Mielipiteet kohtuullisesta yleislääkärillä ja erikoislääkärillä käynnin maksun suuruudesta vaihtelivat vastaajien varallisuuden mukaan.³¹⁴

Myös Helena Tuorila on selvittänyt palvelujen terveyspalvelujen käyttämistä julkinen/yksityinen näkökulmasta. Hän on tutkimuksessaan ”Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjänä” vuodelta 2001 todennut terveyspalveluista mm. että ikääntyvät henkilöt pitävät kunnallisia palveluja ensisijaisena vaihtoehtona. Myös lapsiperheet käyttäisivät julkisia palveluja, jos niitä olisi riittävän nopeasti saatavissa. Julkisen puolen riittämättömät resurssit ohjaavat lapsiperheet yksityiselle sektorille erityisesti silloin kun terveyspalveluja joudutaan hankkimaan lapselle.³¹⁵

13.3. Rekisteritutkimukseen perustuva selvitys sairaanhoitokorvausten käyttäjistä

Kelan tutkimusosastolla on vuonna 2005 aloitettu tutkimus, jossa kartoitetaan Kelan sairaanhoitokorvausten saajien taustatietoja.³¹⁶ Tutkimus sisältää väestörekisteristä satunnaisesti poimitun 0,5 miljoonan suomalaisen rekisteritietoja sekä Kelasta saaduista sairaanhoidon korvauksista että heidän sosioekonomista taustaansa kuvaavista

³¹⁴ Aaltonen 1996, s. 50-51

³¹⁵ Tuorila 2001 s. 28

³¹⁶ Kelan sairaanhoitokorvausten käyttäjien profiilit, vastaava tutkija Arja Virtanen.

muuttujista. Taustatiedot on saatu tilastokeskuksen vuonna 2000 väestönlaskennasta. Tutkimus on vielä kesken, mutta tähän asti saatujen tietojen mukaan noin 54 % väestöstä on saanut korvausta yhdestä tai useammasta sairaanhoidon korvauslajista. Näistä korvauksen saajista vain yhtä sairaanhoidon korvausta on saanut 33 %. Aineistosta on todettavissa, että tiettyä yksityissektorin palvelua käyttävä saa korvauksia yleensä vain muutaman kerran vuodessa. Noin 72 % heistä, jotka ovat käyttäneet lääkäripalveluita, ovat saaneet korvauksia korkeintaan kaksi kertaa ja myös tutkimuksen ja hoidon saajista 90 % on saanut korvauksia korkeintaan kaksi kertaa. Fysioterapiaa korvataan enintään 1–15 käyntikerran hoitosarjasta. Näitä hoitosarjoja on korvattu ainoastaan yhden kerran 87 %:lle fysioterapiapalveluja käyttävälle. Yli 98 % fysioterapiaa käyttäneistä on saanut korvausta korkeintaan kahdesta hoitosarjasta.

Tutkimuksessa on tarkasteltu lääkäri- ja lääkärissäkäynneistä korvauksia saaneiden osuuksia eri sosioekonomisten ryhmien sisällä. Eläkeläisistä korvauksia oli saanut 44 %, ylemmistä ja alemmista toimihenkilöistä noin 34 %, yrittäjistä 33 % ja työttömistä lähes 20 %. Kun korvauksia saaneita tarkasteltiin työpaikan ja perhetyypin mukaan, voitiin todeta, että lähes 40 % kunnan palveluksessa olevista oli saanut korvausta lääkäri- ja lääkärissäkäynneistä. Lapsettomista avio- tai avopareista 40 %, yksineläjistä 35 % ja yksinhuoltajista 23 % oli saanut korvausta lääkäri- ja lääkärissäkäynneistä. Tilastot eivät siis tue käsitystä, että korvaukset kohdistuivat pelkästään hyvätuloisiin, mutta epäilemättä taloudellisilla seikoilla ja yhteiskunnan alhaisella korvauspanoksella on osuutta siihen, että työttömien ja yksinhuoltajien kohdalla korvausten saaneiden määrä on pieni heidän kokonaisuutensa verrattuna.

Tarkasteltaessa korvauksen saajia paikkakunnittain on alueet tutkimuksessa jaettu tilastokeskuksen kuntaryhmitelmän mukaan kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin. Kaupunkimaisissa kunnissa yksityisistä lääkäripalveluista oli saanut korvauksia yli 33 % väestöstä. Taajaan asutuissa kunnissa saajia oli 28 % ja maaseutumaisissa kunnissa 25 %. Maakunnittain tarkasteltuna Kelan maksamat sairaanhoidon korvaukset kattoivat etuudensaajien kustannuksista erisuuruksia osuuksia. Esimerkiksi Lapin maakunnassa lääkärinpalkkioiden keskimääräinen korvausprosentti tutkimusajankohtana (vuosi 2000) oli yli 38 ja Pohjanmaan maakunnassa noin 35 %. Pääkaupunkiseudulla korvausprosentti jäi alle 31 prosentin.³¹⁷ Yllättävää korvausten

³¹⁷ Tutkimuksessaan ja edellä mainittuja ennakkotietoja selvittäessä tutkija Arja Virtanen on käyttänyt lähteenä Kelan ja Tilastokeskuksen aineistoa.

saajien jakaumassa on se, että kaupunkimaisten ja maaseutumaisten kuntien ero korvauksen saajissa on vain kahdeksan prosenttia, vaikka sairaanhoitokorvaukset ja yksityinen hoito on usein mielletty vain kaupunkilaisten etuoikeudeksi, maaseudulla asuvien ollessa vain järjestelmän ”maksajia”.

13.4. Keskustelu sairaanhoitovakuutuksen asemasta 2000-luvulla

2000-luvulla keskustelu sairausvakuutuksen asemasta jatkui. Kokoavasti eri osapuolten mielipiteet tulivat esiin sairausvakuutuksen täyttäessä 40 vuotta vuonna 2004, jolloin Kelassa pidettiin seminaari juhluvuoden kunniaksi. Seminaarissa käydyissä puheenvuoroissa sairaanhoitovakuutusta ei kovin paljon käsitelty, vaan päähuomio kiinnittyi tulossa olevaan rahoitusuudistukseen ja toimeentuloturvaetuuksiin. Kukaan puhujista ei kuitenkaan ehdottanut järjestelmän lopettamista. Työnantajapuoli toi esiin korvaustason alhaisuuden kalliimpien toimenpiteiden ja kuvantamisien osalta ja katsottiin, että korvaustason tulisi olla sellainen, että yksittäistä ihmistä ei kustannussyistä tarvitsisi lähettää julkisen terveydenhuollon hoidettavaksi ja tutkittavaksi. Valitettavan usein juuri yksilölle aiheutuvista kustannuksista johtuen lääkärit joutuvat kirjoittamaan läheteitä julkiselle puolelle. Kokonaisuutena menettely on yhteiskunnalle tosiasiaa todella kalliista odottamisesta ja jonottamisesta aiheutuvista kustannuksista puhumattakaan. Työntekijäpuolen puheenvuorossa todettiin hoitokorvausten ja niiden rahoituksen olevan koko väestöä koskeva asia sekä kiinnitettiin huomiota lääkekorvauksiin ja työterveyshuoltoon sekä varoitettiin nostamasta sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksella palkansaajan välitöntä rasiitusta rahoitusuudistuksessa.³¹⁸

Valtiovaltaa edustavan ministerin puheenvuorossa todettiin yksityisessä sairaanhoidossa sairausvakuutuksella olevan oma, merkittävä, julkista terveydenhuoltoa täydentävä tehtävänsä sekä viitattiin OECD-maiden vertailuun, jonka mukaan USA:ssa, Portugalissa ja Suomessa lääkäripalvelujen käyttö on epätasa-arvoisinta. Jo aikaisemmat kotimaiset selvitykset olivat osoittaneet, että erityisesti operatiivisia terveystalouksia saavat koulutetut ja ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat enemmän kuin heidän sairastavuutensa edellyttäisi. Lisäksi ylimmät tuloluokat käyttävät tuloistaan terveystalouksiin 3-4 %, kun alimmissa tuloluokissa vastaava luku on kaksinkertainen.

Potilaiden maksama terveystalouksista Suomessa on länsimaiden korkeimpia ja huolimatta maksukatosta regressiivisyys on lisääntynyt ja uhkaa terveystalouksien tavoitteiden toteutumista. Viime aikoina ihmiset ovat havainneet joutuvansa maksamaan palveluistaan ja lääkkeistään erilaisia summia riippuen siitä, missä asuvat tai kuka

³¹⁸ Seppo Riskin ja Lauri Ihalaisen puheenvuorot Sairausvakuutus 40 vuotta seminaarissa 1.4.2004 (moniste)

hoidon on määrännyt. Se hämmentää kansalaisia. Terveystieteiden rahoitusjärjestelmämme on monimutkainen ja aiheuttaa tulkintaongelmia. Rahapulassa kunnat pyrkivät siirtämään kustannuksia Kelan piikkiin silloin, kun se vain on mahdollista. Ministeri puuttui puheessaan myös sairausvakuutuksen palautustaksoihin, jotka hän totesi olleen julkisuudessaakin jälkeenyäänisyytensä takia. Hän totesi, että Kansaneläkelaitos muistaa asiasta muistuttaa aina ennen budjettineuvotteluja. Hammashuollon korvausten laajeneminen kaikkiin ikäluokkiin näkyi ministerin mukaan sairausvakuutuskorvauksissa. Periaatteena on, että korvaustaksojen perusteita säädettäessä ja vahvistettaessa on otettava huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatu sekä sen vaatima työ ja aiheuttama kustannus. Voitto-osuuksien korvaaminen ei ole tarkoituksena.³¹⁹

Puheenvuorot sairausvakuutuksen 40-vuotisseminaarissa osoittavat, että sairausvakuutuksen toimeentulo-osion asema on varsin vahva ja kaikkien osapuolten kannattama. Sairaanhoidovakuutuksessa ongelmana on lääkekorvausten raju nousu vuosittain, mikä aiheuttaa ongelmia muiden sairaanhoidovakuutuksen osien kehittämistä. Sairaanhoidovakuutus ei myöskään saanut samanlaista yksimielistä kannatusta kuin toimeentuloturvakorvaus ja muutoinkin sairaanhoito-osuus lääkekorvauksia lukuun ottamatta sai seminaarissa melko vähän huomiota. Osittain tähän saattaa vaikuttaa myös näihin etuuksiin kuluneiden varojen vähäinen osuus kokonaisuudesta.

14. KEHITYS JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA 1990-LUVUN LOPULLA JA 2000-LUVULLA

14.1. Julkisen terveydenhuollon maksukatto

Vuoden 1992 asiakasmaksulaissa palattiin osittain kansanterveyslakia edeltävään aikaan, koska julkisista terveyspalveluista alettiin jälleen periä maksua lukuun ottamatta laissa erikseen maksuttomaksi säädettyjä palveluja.³²⁰ Paluusta maksullisiin terveyspalveluihin ei käyty kovin laajaa periaatteellista keskustelua johtuen ehkä siitä,

³¹⁹ Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre Sairausvakuutus 40-vuotta 1.4.2004 Helsinki (STM:n tiedote)

³²⁰ Terveystieteiden maksut on laissa ja asetuksessa mainittu enimmäismäärinä. Esimerkiksi terveyskeskusmaksu on noin 20 euroa vuodessa, mutta sen lisäksi joutuu asiakas maksamaan 10 euron käyntimaksun kolmelta ensimmäiseltä käynniltä. Mikäli potilas joutuu menemään sairaalan poliklinikalle, voidaan periä 20 euroa käynniltä. Silloin kun asiakas joutuu turvautumaan sairaalahoitoon, on perusmaksu 25 euroa vuorokaudelta ja lisäksi kultakin hoitopäivältä peritään 23 euroa.

että muutoksen ajankohtana Suomi ajautui lamaan ja kuntien talous kiristyi nopeasti nousseen työttömyyden seurauksena. Muutos maksuttomasti maksullisuuteen nosti erityisesti paljon terveyspalveluja tarvitsevien kustannuksia, minkä seurauksena erityisesti pieniä eläkkeitä saaneet potilaat joutuivat maksuvaikeuksiin. Siksi jo varsin pian STVOL-uudistuksen jälkeen alettiin vaatia maksukaton asettamista julkisen terveydenhuollon maksuille. Keskustelua kiihdytti myös se, että vähän ennen maksullisuuden voimaan tuloa vuonna 1991 poistettiin sairauskulujen verovähennysoikeus ilman kompensatiota.

Ajatus terveydenhuollon maksujen katosta nousi ensimmäisen kerran esille vuonna 1993, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunta antoi mietintönsä.³²¹ Toimikunta totesi, että asiakasmaksuasetuksella säädettyt enimmäismaksut olivat pääosin niin korkeita, että ne muodostivat suuren taloudellisen rasitteen palveluja tarvitseville henkilöille. Siksi toimikunta esitti käyttöön otettavaksi tulosidonnaista kattoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kustannuskaton ylittyessä palveluista perittävät maksut alentuisivat asteittain. Toimikunnan esityksiä ei kuitenkaan toteutettu, minkä vuoksi monilla potilailla varat eivät riittäneet hoitomaksujen maksamiseen. Sairausvakuutus ei voinut korvata julkisen terveydenhuollon maksuja, joten jouduttiin pohtimaan miten Suomen kansainvälisessä vertailussa korkeaksi todettuja asiakasmaksuja olisi mahdollisuus lieventää. Ratkaisuksi valittiin 1990-luvun lopulla julkisen terveydenhuollon maksujen katto. Vuotuinen maksukatto oli aiemmin voimassa sairausvakuutuksen lääkekorvauksissa ja matkakorvauksissa ja nyt samanlainen järjestelmä haluttiin ottaa myös julkisen terveydenhuollon maksuissa.

Hallitus antoi maksukatosta esityksen eduskunnalle vuonna 1999³²². Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia esitettiin muutettavaksi siten, että palvelun käyttäjän suorittamille asiakasmaksuille tulisi vuotuinen enimmäismäärä. Perusteena esitettiin, että erityisesti paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien vuotuinen maksurasitus saattoi nousta kohtuuttoman korkeaksi ja maksukatolla kaikkein eniten palveluja käyttävien vuotuista maksurasitusta voitiin lieventää merkittävästi. Maksukaton tasosta ja sen piiriin otettavista palveluista haluttiin säätää asetuksella.

³²¹ Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö, komiteamietintö 1993:17.

³²² Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 1999/77.

Esimerkkinä kohtuuttomista kustannuksista mainittiin neljän viikon laitoshoidojakso (esimerkiksi sairaalassa), joka aiheutti voimassa olevilla maksuilla 3 500 markan (noin 630 euron) hoitopäivämaksut. Kun tällaiseen hoitojaksoon liittyi yleensä edeltäviä ja jälkeen tulevia terveyskeskus- ja poliklinikkakäyntejä, matkakustannuksia sekä lääkekustannuksia, nousivat sairastamisesta aiheutuvat kokonaiskustannukset huomattaviksi.

Esityksessä viitattiin sairausvakuutuksen matka- ja lääkekustannusten vuotuisiin omavastuukattoihin sekä selostettiin pohjoismaisia matkakattoja. Ruotsissa maksukaton piirissä olivat sairaudesta johtuvat avohoidon lääkärin vastaanotolla käynnit sekä fysioterapia. Maksukaton piirissä olivat sekä julkiset että yksityiset palvelut ja sen suuruus oli 1 200 Ruotsin kruunua. Norjassa maksukatto oli 1 669 kruunua ja siihen kuuluivat terveydenhuollon avohuollon maksut sekä korvattavat lääkkeet. Molemmissa maissa maksujen kertymistä seurattiin potilaalle annettavalla kortilla, johon maksut merkittiin. Katon saavuttamisen jälkeen potilaalle annettiin niin sanottu vapaakortti. Vapaakortin antamisen jälkeen ovat maksukaton piirissä olevat palvelut ja Norjassa myös lääkkeet maksuttomia. Laitoshoidon maksut eivät kummassakaan maassa olleet maksukaton piirissä, sillä esimerkiksi Norjassa sairaalahoito on maksutonta. Tanskassa ei ole käytössä maksukattoa, koska terveyspalvelut ovat ilmaisia.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta totesi mietinnössään³²³, että terveydenhuollon asiakasmaksujen rahoitusosuus on Suomessa OECD-maiden korkeimpia, kun taas terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli (1997) suhteellisen alhainen, 7,4 prosenttia. Valiokunta totesi, että maksut kasautuvat paljon palveluja käyttäville, joille kasautuu myös muita sairaudesta tai terveydenhuollosta johtuvia menoja. Tällaisia ovat lääkemenot ja sairauden johdosta suoritettujen matkojen kustannukset, sekä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta aiheutuvat menot. Suurimmat kotitalouksien kulut aiheutuvat yleensä lääkekuluista ja hammashoidosta. Tästä syystä oli perusteltua, että terveydenhuollon maksuille pyrittiin asettamaan vuotuinen enimmäismäärä sen ohella, että sairausvakuutuksessa oli käytössä omavastuuraja lääkekuluille ja sairausvakuutuksista korvattaville matkakuluille. Sairauden ja sen tarvitseman hoidon laatu vaikuttavat merkittävästi siihen, pääseekö omavastuurajan ylittämistä hyötymään täysimääräisesti.

³²³ Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 19/1999 vp. Hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Valiokunta totesi, että kunnallisille terveyspalveluille ehdotettu maksukatto oli pohjoismaisittain katsottuna suhteellisen korkea. Maksukatto muodostui korkeaksi myös silloin, kun lasketaan yhteen eri terveydenhuollon alueilla muodostuvat maksukatot eli esitetty maksukatto, matkakulujen omavastuuraja ja lääkekustannusten omavastuuraja. Merkittävä osa hoitokuluista saattoi olla maksukaton ulkopuolella. Valiokunta piti tärkeänä, että selvitettiin erilaiset vaihtoehdot yhtenäisen maksukaton toteuttamiseksi sekä niiden edut ja haitat sekä ryhdytään tarvittaviin lainsäädäntötoimenpiteisiin. Omavastuun taso tuli asettaa sellaiseksi, ettei se kohtele kohtuuttomasti paljon tai pitkään sairastavia eikä aiheuttanut merkittävää toimeentulotuen tarvetta.

Valiokunta katsoi, että maksukaton kehittämiseksi olennaista oli selvittää katon tason ohella katon piiriin kuuluvat maksut. Hammashuollon maksuja ei esitetty otettavaksi huomioon maksukaton ylittymisessä. Niillä on kuitenkin valiokunnan saaman selvityksen mukaan olennainen merkitys sairauskuluissa, joten siinä vaiheessa, kun hammashuollon uudistus toteutetaan koko väestöä koskevana, tulee sen maksujen huomioon ottaminen maksukatossa ottaa perusteellisesti tarkasteluun. Kehittämisessä oli myös selvitettävä maksukaton ja siihen vaikuttavien maksujen oikeudenmukainen keskinäinen taso, jotta lopputulos olisi oikeudenmukainen ja terveyspoliittisesti perusteltu. Maksukaton olennaisia oikeudenmukaisuuskriteerejä on sen merkitys syntymästään sairaiden ja muiden pitkäaikaissairaiden kustannusten kohtuullistajana. Tehtyjen selvitysten mukaan pitkäaikaissairaiden kotitalouksissa oli tingitty hoidosta ja lääkkeistä varojen puutteessa.

Valiokunta totesi, että maksukattojärjestelmä on tässä vaiheessa rajoitettu koskemaan vain julkista sektoria. Yksityisen sektorin kustannuksia korvataan sairausvakuutuksen kautta, mutta niissä kustannuksissa, jotka tarkoitukseltaan vertautuvat maksukaton piirissä oleviin kustannuksiin, ei sairausvakuutuksessakaan ollut omavastuun ylärajaa. Asiakkaan valinnanvapauden turvaamiseksi on tarkoituksenmukaista tarkastella järjestelmää kokonaisuutena siten, että selvitetään myös mahdollisuudet ottaa yksityisen terveydenhuollon piirissä syntyviä maksuvelvoitteita maksukaton piiriin esimerkiksi soveliailla taksajärjestelmillä. Tältä osin tuli selvittää myös sitä, onko tarkoituksenmukaista ottaa yksityisiä palveluja maksukaton piiriin vai kehittää sairausvakuutusjärjestelmän kattavuutta.

Perustuslakivaliokunta totesi, että lakiehdotuksen valtiosääntöoikeudelliseksi ongelmaksi muodostui esityksessä omaksuttu säättämistaso. Ehdotuksen 6 a §:n 1 momentin mukaan maksukaton suuruus ja siihen sisällytettävät palvelut säädettiin asetuksella. Maksukaton asettaminen johti palvelujen maksuttomuuteen katon saavuttamisesta alkaen ja siten kuntien maksutulojen vähenemiseen. Kuntien mahdollisuuksia päättää itsenäisesti taloudestaan oli pidetty yhtenä kuntien itsehallinnon perustuslainsuojaa nauttivana osa-alueena, mistä syystä sanotuin tavoin vaikuttavasta maksukatosta tuli säätää lailla. Tätä johtopäätöstä tukivat sääntelyn perusoikeuskytkennät. Edellytyksenä lakiehdotuksen käsittelemiselle tavallisessa lainsäätämisyjärjestyksessä näin ollen oli, että maksukaton suuruudesta ja maksukaton piiriin kuuluvista palveluista säädettiin lailla.³²⁴

Sosiaali- ja terveysvaliokunta lisäsi perustuslakivaliokunnan lausuntoon viitaten maksukaton määräksi 3 500 markkaa (590 euroa) sekä tarkensi esitystä siten, että maksukaton ylittymisen jälkeen ovat maksukattoon sisältyvät palvelut maksuttomia. Laitoshoidosta voidaan kuitenkin periä maksu palvelun käyttäjän ylläpidosta maksukaton ylittymisen jälkeenkin. Ylläpitomaksun suuruus säädettiin asetuksella. Valiokunta tarkensi myös maksukaton kertymistä niin, että palvelun käyttäjältä perittyjen maksujen yhteismäärää laskettaessa otettiin huomioon ensimmäistä hoitokäyntiä seuraavan 12 kuukauden aikana perityt maksut terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgisesta hoidosta, sarjahoidosta, yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta. Alle 18-vuotiaan lapsen käyttämistä palveluista perityt maksut otettiin huomioon yhdessä hänen vanhempansa tai muun huoltajansa maksujen kanssa. Tällöin palvelut olivat maksuttomia kaikille henkilöille, joiden maksut otetaan yhdessä huomioon. Alle 18-vuotiaalta ei saanut periä ylläpitomaksuakaan. Palvelun käyttäjän kotikunnan terveyskeskus voi kerätä maksukaton toteuttamiseksi tietoja suoritetuista asiakasmaksuista. Maksuja koskevien tietojen luovuttaminen muista terveydenhuollon toimintayksiköistä terveyskeskukselle edellytti palvelun käyttäjän suostumusta. Tällä tavoin muutettuna laki (asiakasmaksulain 6 a §) hyväksyttiin (23.12.1999/1308).

³²⁴ Perustuslakivaliokunnan lausunto 8/1999 vp. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Myöhemmin pykälään liitettiin uusi 4. momentti (21.12.2001/1408), jonka mukaan silloin, jos palvelun käyttäjä on kalenterivuoden aikana suorittanut maksukattoon sisältyvistä palveluista maksuja enemmän kuin 590 euroa, hänellä on oikeus saada liikaa suoritettuja maksuja takaisin. Mikäli vaatimusta liikaa suoritettujen maksujen palauttamisesta ei ole tehty 590 euron rajan ylittymistä seuraavan kalenterivuoden aikana, menettää palvelun käyttäjä oikeutensa palautukseen.

Lain hyväksymisen yhteydessä päätettiin asiakasmaksuasetuksen maksukattoa koskevasta 26 a §:stä, jossa lueteltiin maksut, joita ei lueta maksukattoon. Niihin ei luettu mm. maksuja, joiden suorittamiseen palvelun käyttäjälle on myönnetty toimeentulotukea. Lisäksi asetuksessa todettiin, että maksukaton ylittymisen jälkeen lyhytaikaisesta laitoshoidosta saa periä enintään 12 euroa hoitopäivältä. Asetuksen (26 b §) mukaan palvelun käyttäjän tulee osoittaa maksukaton ylittyminen. Maksujen seuraamiseksi palvelun käyttäjälle tulee antaa seurantakortti ja maksukaton ylittymisen jälkeen tulee palvelun käyttäjälle antaa todistus katon täyttymisestä. Todistuksen voi antaa sellainen kunnan tai kuntayhtymän toimintayksikkö, jossa annetaan maksukaton piirissä olevia palveluja. Todistuksen saamiseksi palvelun käyttäjän on tarvittaessa esitettävä alkuperäiset tositteet hänen itsensä tai hänen huollettavinaan olevien alaikäisten lasten saamista palveluista suoritetuista maksuista.

Julkisen terveydenhuollon maksukatto on eräänlainen yritys kompensoida se kansalaisten kannalta katsottuna puute, ettei sairausvakuutus korvaa julkisen terveydenhuollon maksuja senkään jälkeen kun maksullisuuteen palattiin STVOL-uudistuksen yhteydessä. Julkisen terveydenhuollon maksut ovatkin nousseet voimakkaasti sen jälkeen, kun asiakasmaksulaki ja asetus säädettiin vuonna 1993 ja maksut saattoivat muodostaa joillekin esteen hoidon saamiseen. Asiaan vaikutti myös perustuslain perusturvasäännökset, joiden toteutumisen esteenä korkeat ja muista pohjoismaista huomattavasti poikkeavat, terveydenhuollon asiakasmaksut olivat.

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vuorovaikutuksen kannalta maksukaton säätäminen merkitsi sairausvakuutuksen tukeman yksityisen hoidon merkityksen vähenemistä ja julkisen terveydenhuollon korostumista. Tähän suuntaan vaikutti se valiokunnankin toteama seikka, että sairaanhoitovakuutuksessa ei matkoja ja lääkekuluja lukuun ottamatta ole maksukattoa. Korvaustaksoja ei ole korjattu vuoden 1989 jälkeen. Laissa ole mekaniismeja, jolla jälkeenjääneisyyttä voitaisiin korjata

kustannustason noustessa. Tämän vuoksi tulee yksityisen palvelun käyttö asiakkaalle huomattavan paljon epäedullisemmaksi kuin julkisen terveydenhuollon käyttö.

14.2. Hoitotakuu ja sen vaikutus yksityisen ja julkisen terveydenhuollon vuorovaikutukseen

Perusoikeussäännöksiä ja siitä johdettavia tulkintoja hoidon saatavuudesta ei pidetty enää riittävänä 2000-luvulla. Edelleenkin kunta saattoi toteuttaa terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutensa asettamalla potilaan hoitojonoon, jonka pituus saattoi olla useita vuosia. Terveydenhuollon palvelut olivat hyvin pitkälle riippuvaisia kunkin kunnan voimavaroista ja myös kunnallispoliitikkojen halukkuudesta ohjata kunnan varoja terveydenhuollon edistämiseen. Korkeimman hallinto-oikeuden linjaukset tosin antoivat potilaallekin lisää mahdollisuuksia vaatia hoitoa, mutta toistaiseksi linjaukset olivat niin tapauskohtaisia, että selkeitä johtopäätöksiä potilaiden oikeuksien lisääntymisestä oli vaikea tehdä. Lisäksi ei voitu pitää kohtuullisena sellaista tilannetta, että potilaiden tulisi viedä itselleen epäedullinen korkeimman hallinto-oikeuden ratkaistavaksi hoitoon päästäkseen. Myös perusoikeussäännökset edellyttivät potilaiden parempaa oikeusturvaa, mistä johtuen vuonna 2001 käynnistettyyn kansalliseen terveysprojektiin liittyen alettiin valmistella ns. hoitotakuuta, jolloin potilaan oikeus päästä hoitoon tiettyssä, laissa säädetyssä ajassa, tulisi aiempaa paremmin varmistetuksi. Valmisteltavan hoitotakuun keskeinen periaate oli se, että hoidon saattoi julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja, mutta hoitotakuun piirissä olevan potilaan tuli saada hoito julkisen terveydenhuollon maksuin. Julkista sairaanhoitovakuutusta ei siis otettu huomioon hoitotakuuta valmisteltaessa, vaan tavoitteeksi asetettiin lisävelvoitteiden asettaminen julkisesti annettuun sairaanhoitoon.

Hoitotakuun valmistelu alkoi valtioneuvoston periaatepäätöksellä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta³²⁵. Tämän jälkeen valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa³²⁶ asukkaan maksukyvyistä riippumatta.

³²⁵ Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki 2001.

³²⁶ Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2002:3

Palvelujärjestelmää päätettiin kehittää kuntien ja valtion yhteistyönä ottamalla huomioon yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Kansallinen hanke julkaisi seuraavan vuonna ehdotuksensa, jotka sisälsivät hyvin laajakantoisia muutosesityksiä julkiseen terveydenhuoltoon, muun muassa hoitotakuun periaatteet.

Seuraava askel hoitotakuun toteuttamiseksi oli vuonna 2002 tehty periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Periaatepäätös pohjautui vuoden 2000 perustuslain 19 §:n säännökseen, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä³²⁷. Näin uusi perustuslaki siis käytännössä vaikutti hankkeeseen. Periaatepäätöksessä korostettiin toimivan perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn merkitystä. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja hoitoon pääsyn perusteissa olevien erojen vähentämiseksi sosiaali- ja terveysministeriön tuli valmistella yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jononhallinnan toteuttamisohjeet. Lähtökohdaksi asetettiin, että pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, normaalisti lääkärin, ensiarvioon tuli turvata kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta sekä pääsy erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoidon arvioon kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta. Lisäksi pääsy lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tuli turvata kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuen määritellyssä kohtuullisessa ajassa, tavallisesti enintään kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa.

Periaatepäätöksen antamisen jälkeen käynnistyi lainsäädännön valmistelutyö ja 30.4.2004 annettiin eduskunnalle hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.³²⁸ Esitys noudatteli pitkälti periaatepäätöksen linjoja. Terveyskeskuksen tuli järjestää toimintansa siten, että potilas saattoi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Myös erikoissairaanhoidon määräajat olivat samat kuin periaatepäätöksessä, mutta esityksellä ei luotu potilaalle subjektiivista oikeutta päästä hoitoon. Terveystilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioi edelleen terveydenhuollon ammattihenkilö. Jos sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ei voinut antaa hoitoa määräajassa omana toimintana

³²⁷ Periaatepäätös osoittaa, että uudella perustuslailla nähtiin olevan käytännön merkitystä eikä siihen asti vallinnut tilanne terveydenhuollossa vastannut perustuslain sisältöä. Siksi perustuslaki edellytti uutta lainsäädäntöä hoitoon pääsystä, joka aiempaa täsmällisemmin määritteli potilaan oikeudet.

³²⁸ Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta HE 77/2004 vp.

tuli sen hankkia hoito joltakin muulta palvelun tuottajalta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n mukaisesti. Tavoitteena oli sairaanhoitopiirien yhteistyön lisääminen. Uuden työnjaon avulla haluttiin luoda uudenlainen yhteistoimintatapa sairaanhoitopiirien välille niin että palvelut ja toiminta kehittyvät osaamiskeskustyyppisesti.

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnin tulee tehdä aina julkisen terveydenhuollon palveluksessa oleva lääkäri riippumatta siitä, mikä taho (yksityinen tai julkinen) on lähetteen erikoissairaanhoitoon antanut. Lähetteen yksityispuolelta antanut lääkäri ei myöskään saanut olla kaksoisroolissa tekemässä sairaalassa hoidon tarpeen arviointipäätöstä. Potilaslakia muuttamalla ehdotettiin, että potilaan tuli saada tietää milloin hän pääsee hoitoon eikä häntä enää voida laittaa odottamaan hoitoon pääsyä epämääräiseksi ajaksi. Kun hoitoon pääsyn ajankohta voitiin ilmoittaa, saatiin myös selville täytyykö potilaalle mahdollisesti hankkia hoitoa muilta palveluntuottajilta. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa oli tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma, josta tuli ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma tuli laatia yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Esityksessä ehdotettiin luovuttavaksi lääkäreiden erikoismaksuluokkajärjestelmästä, joskin erikoismaksuluokkakoikeuden saaneet lääkärit voivat hoitaa potilaita vielä vuoteen 2008 saakka. Erikoismaksuluokan korvasi erityinen erityispoliklinikkatoiminta, jonka yhteydessä hoidettavilta potilailta voitiin periä normaalia poliklinikkatoimintaa korkeammat maksut. Tällaista toimintaa voitaisiin järjestää sairaaloissa arkisin kello 16.00 jälkeen sekä lauantaisin ja sunnuntaisin. Sairaanhoitopiiri voisi itse päättää perittävän maksun suuruuden eikä maksuun sovellettaisi maksukattoa koskevia säännöksiä. Maksusta ei myöskään suoritettaisi sairausvakuutuskorvausta. Erityispoliklinikan käyttö perustuisi potilaan omaan aloitteeseen.

Eduskunnan perustuslakivaliokunta³²⁹ piti esitystä ongelmattomana perustuslain näkökulmasta. Valiokunta kiinnitti kuitenkin huomiota pääsyyn terveyskeskukseen ja

³²⁹ Perustuslakivaliokunnan lausunto 20/2004 vp, Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

korosti, että yhteys tulee olla kiireelliseen hoitoon pääsyn vuoksi myös virka-ajan ulkopuolella.

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta korosti sitä, että kunnalla oli jo nykyisinkin velvollisuus järjestää asukkaansa terveydentilan edellyttämä, yksilölliseen tarvearviointiin perustuva sekä kiireellinen että ei-kiireellinen hoito. Hallituksen esityksessä oli kysymys siitä, miten ja missä ajassa ei-kiireellisen hoidon yksilöllinen tarvearvio oli tehtävä ja hoito järjestettävä.³³⁰ Valiokunta käsitteli myös ehdotuksen kohtaa, jonka mukaan hoidontarpeen arviointi ja hoito järjestettäisiin yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Sairaanhoidopiirit vastaisivat näiden niin sanottujen hoitoindikaatioiden määrittelystä. Valiokunnan saaman selvityksen mukaan yhtenäisten hoidon perusteiden olemassaolo oli edellytyksenä hoitoon pääsyn enimmäisaikojen toteutumiseen ja seurantajärjestelmän kehittämiseen koko valtakunnan alueella. Tärkeimmistä tauti- ja toimenpideryhmistä oli tarkoitus laatia hoitoon ottamisen perusteita koskevat suositukset. Ei-kiireellistä hoitoa koskevat suositukset kattoivat kunkin erikoisalalan ennakolta suunnitellusta hoidosta merkittävän osan. Valiokunta korosti, että hoitokriteerien ja niihin liittyvien aikarajojen käyttöönotto ei saanut johtaa siihen, että järjestelmä parantaa vain numeroilla ilmaistavia jonoja tuottavien, ennakolta suunniteltavien toimenpiteiden saatavuutta.

Muusta esityksestä valiokunta totesi, että uudistuksella selkeytettiin sairaanhoidopiirin vastuuta erikoissairaanhoidossa järjestämisessä, koska sairaanhoidopiiri vastasi erikoissairaanhoidon lähetetyn potilaan hoidon järjestämisestä. Sairaanhoidopiirin vastuu erikoissairaanhoidossa merkitsi sitä, että kaikille sairaanhoidopiirin jäsenkuntien asukkaille tuli järjestää palvelut samojen periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirin vastuun selkiyttämisen tavoitteena oli lisätä alueellista yhdenvertaisuutta ja estää niin sanottujen kuntakohtaisten jonojen muodostuminen. Hoito tuli myös järjestää samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta siitä, syntyikö hoidon tarve alkuvuonna vai loppuvuonna.³³¹ Valiokunnan mukaan erityispoliklinikamallin toimivuutta oli seurattava ja arvioitava huolellisesti. Siinä tuli kiinnittää huomiota erityisesti oikeudenmukaisuusnäkökohtiin ja mahdollisiin heijastusvaikutuksiin terveydenhuollon normaalin toiminnan kehittämiseen.

³³⁰ Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietintö 13/2004 vp, Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta, s.4.

³³¹ Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnan mietintö 13/2004 vp, s 5–6.

Muutetut säännökset tulivat voimaan 1.3.2005³³². Muutos siirsi osaltaan terveydenhuollon painopistettä julkisen terveydenhuollon suuntaan samaan tapaan kuin edellä selostettu maksukatto. Yksityiset palveluntuottajat oli kuitenkin muutoksessa otettu huomioon julkisen sektorin mahdollisuutena hankkia palveluja myös yksityisiltä laissa asetettujen määräaikojen noudattamiseksi. Samaan aikaan kuitenkin haluttiin kehittää sairaanhoitopiirien yhteistoimintaa, sillä palvelut määräaikojen noudattamiseksi voitiin hankkia tarvittaessa toisesta sairaanhoitopiiristä.

Julkisen sairaanhoitovakuutuksen asemaan hoitotakuu-uudistus vaikuttanee siten, että lääkärinpalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon menevät kustannukset eivät ainakaan tule kovin voimakkaasti nousemaan lähivuosina. Kansalaisten alkaessa luottaa hoitotakuuseen ja päästessä hoitoon määräajassa ei potilaan ehkä kannata hakeutua enää kalliimpaan yksityiseen hoitoon. Muutos saattaa tosin lisätäkin kilpailua yksityisen ja julkisen sektorin kesken riippuen siitä, minkälaisia arvoja potilaat hoidossa arvostavat. Osa potilaista halunee edelleen valita itse lääkäriensä ja hoitopaikkansa, jolloin edelleen valitaan yksityinen puoli. Vuorovaikutukseen vaikuttanee myös se, että hoitotakuuta toteutetaan pisteytyksellä, jolloin jokaisen hoitoa tarvitsevan sairaus ja hoitotarve pisteytetään yhtenäisellä pisteytyksellä koko maassa. On myös esitetty, että sairausvakuutuksen tukema yksityinen sairaanhoito otettaisiin mukaan pisteytyksen piiriin. Tällöin sairausvakuutuskorvaus maksettaisiin vain siinä tapauksessa, että hoito voitaisiin antaa vaihtoehtoisesti hoitotakuun piirissä julkisena terveydenhuoltona. Tällainen tulkinta saattaisi tosin olla sairausvakuutuskorvauksen edellytyksenä olevaan tarpeellisuuskäsitteeseen. Hoito voidaan katsoa tarpeelliseksi, vaikka se ei olisikaan hoitotakuun piirissä saamiensa pisteiden perusteella.³³³ Hoitotakuun tuomat todelliset vaikutukset julkisen ja yksityisen väliseen vuorovaikutukseen selviävät vasta vuosien kuluttua.³³⁴

³³² Laki kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004), laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta (856/2004), laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta (857/2004) ja laki sosiaalija terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta (858/2004).

³³³ Maaliskuussa 2005 ilmoitettiin, että sairausvakuutuskorvausta ei makseta enää yli 40-vuotiaiden lapsettomuushoidosta. On vaikea kuitenkaan tietää, liittyikö muutos suoranaisesti hoitotakuuseen vai oliko kysymys sairausvakuutuksen tarpeellisuuskriteerin tarkentamisesta lapsettomuushoidoissa. Muiden erityisalojen kriteereiden osalta ei tiedossa ole muutoksia korvauskäytäntöön ainakaan suoranaisesti hoitotakuun voimaan tulon vuoksi.

³³⁴ Hoidon pisteytyksellä aiheuttaa joka tapauksessa priorisointia, koska vasta pisterajan ylitys oikeuttaa potilaan pääsemään jonoon, jossa hoito taataan kolmen tai kuuden kuukauden kuluessa. Kaikkia sairauksia ei kuitenkaan ole pisteytetty ja myös muita kriteereitä toteutetaan hoitotakuuta arvioitaessa. Pisteytyksen vuoksi on myös osa aiemmin jonoissa olleista poistettu jonosta, koska pisteet eivät ole riittäneet hoitotakuuseen.

15. VERTAILU: KEHITYS USA:SSA 1980-LUVULTA NYKYAIKAAN

USA:ssa työsuhteeseen liittyvä sairausvakuutusjärjestelmä joutui vaikeuksiin 1980-luvulla. Yritykset alkoivat minimoida työntekijöiden sairausvakuutuskustannuksia siirtämällä työntekijät HMO:n piiriin tai vaatimalla työntekijöitä itseään osallistumaan kustannuksiin aiempaa enemmän. Sairausvakuutus työnantajan antamana ei ollut lakiin perustuva pakollinen etuus, vaan lähinnä työehtosopimusneuvotteluissa sovittu etuus, jonka jatkuvuus sopimusten uudistuessa ei ollut varmaa. Tämän vuoksi USA:ssa oli myös paljon työnantajia, jotka eivät tarjonneet työntekijöilleen lainkaan sairausvakuutusetuksia ja vakuuttamattomien kansalaisten määrä alkoi nousta. Myös vakuutuksen piirissä olleet olivat epävarmoja terveysturvansa tulevaisuudesta, koska työnantaja saattoi muuttaa vakuutuksen ehtoja kustannusten noustessa. Ongelmaksi muodostui myös se, että pääosa sairausvakuutuksista oli sellaisia, että niitä ei voitu säännellä osavaltiolainsäädännöllä. Tämä johtui vuonna 1974 säädetyistä liittovaltiolaista (ERISA) jonka mukaan työnantajan itse kattamat vakuutukset kuuluivat osavaltiolainsäädännön ulkopuolelle.³³⁵ Tästä johtui, että yksityiset työnantajien ottamat sairausvakuutukset muodostuivat ehdoiltaan hyvin kirjaviksi ja niiden valvonta oli vaikeaa.

Tilanteen muuttuessa kansallisella tasolla pyrittiin edelleen kaikkia koskevaan universaaliseen sairausvakuutukseen. Siksi 1990-luvulla tapahtui vielä vakava yritys toteuttaa pakollinen sairausvakuutus johtuen esiin tulleista epävarmuustekijöistä ja siitä, että vaatimukset terveysturvnan parantamisesta nousi jälleen kerran keskeiseksi poliittiseksi kysymykseksi USA:n politiikassa. Presidentti Bill Clinton esitti sairausvakuutus uudistusta, joka perustui pitkälti jo aiempina vuosikymmeniä tehtyihin esitykseen. Kongressi ei kuitenkaan esitystä hyväksynyt. Esityksen vastustuksessa

³³⁵ ERISA (The Employee Income and Retirement Security Act) on pääasiallinen liittovaltiolaki, joka säätelee yksityistä sairausvakuutusta, jonka työnantaja on työntekijälleen hankkinut. ERISA ei kuitenkaan velvoita työnantajaa ottamaan sairausvakuutusta työntekijälleen, vaan säännöksiä sovelletaan silloin, kun vakuutus on otettu. ERISAn säännökset ovat osavaltioiden sairausvakuutus säännösten yläpuolella, mutta tarkkaa rajaa ei ole voitu vetää huolimatta useista korkeimman oikeuden päätöksistä. Selvää on kuitenkin se, että ERISAn säännöksiä sovelletaan silloin, kun vakuutus on työnantajan itse rahoittama, jolloin osavaltioiden säännökset sulkeutuvat tällaisen vakuutuksen ulkopuolelle. ERISA sisältää kuitenkin hyvin vähän säännöksiä sairausvakuutuksesta. Se ei vaadi työnantajilta minkäänlaisia suunnitelmia terveyshaittojen torjumiseksi tai määrittele, millaisia sairauksia työnantajan vakuutuksen tulee kattaa. Pääosa USA:n työnantajien ottamista sairausvakuutuksista on itserahoitettuja, mistä johtuen vakuutusten sisältö ja kattavuus vaihtelee hyvin paljon (Willborn 1999, s. 63–66).

näkyivät ne syvät poliittiset ristiriidat, jotka aiempina vuosikymmeninä olivat kohdanneet kansallisia sairausvakuutusesityksiä. USA oli seurannut työnantajalähtöisen, ei-pakollisen sairausvakuutuksen polkua niin kauan, että ei ollut enää mahdollista poiketa kuljetusta polusta. Järjestelmä oli ankkuroitunut niin moneen instituutioon (vakuutusyhtiöt, työmarkkinajärjestöt, lääkäreiden etujärjestö AMA jne.) ettei ollut mahdollisuutta aloittaa uutta, universaalisen järjestelmän polkua. Työnantajalähtöisen polun seuraaminen oli johtanut siihen, että Clintonin esitystä vastustivat sekä perinteiset vastustajat (kuten lääkäreiden etujärjestö AMA) että ne, jotka katsoivat hyötyvänsä siihen asti kuljetusta polusta (esimerkiksi monet työntekijäjärjestöt) Järjestelmän vastustajat olivat vahvoja ja hyvin organisoituja kun taas ne, jotka olisivat hyötäneet universaalista sairausvakuutusjärjestelmästä, köyhät ja vakuuttamattomat, olivat heikosti organisoituneita eivätkä pystyneet luomaan vastavoimaa lain vastustajille.

Presidentti Clintonin torjuttu esitys itse asiassa heikensi niiden asemaa, joita se oli tarkoitettu auttamaan. Lääkärjärjestöjä merkittävämmäksi painostusryhmäksi olivat nousseet 1990-luvulla yksityisiä sairausvakuutuksia myöntäneet vakuutusyhtiöt. Clintonin esityksen johdosta monet vakuutusyhtiöt muuttivat vakuutuskäytäntöään aiempaa kontrolloidummaksi terveyspalvelujen antamiseksi, mikä useissa tapauksessa merkitsi vakuutusetuksien heikentymistä. Näin tapahtui lääkäreiden ja heidän etujärjestönsä AMA:n vastustuksesta huolimatta, mikä osoittaa valtasuhteiden muutosta USA:n terveyspolitiikassa. Muutos kontrolloidumman terveyspalvelun suuntaan merkitsi työnantajien vakuutusmaksupaineiden hillitsemistä, toisaalta ansion menetyksiä lääkäreille ja vakuutetuille heikentyneitä terveyspalveluja. Leimallista USA:n terveyspolitiikalle onkin se, että toisin kuin julkisen sairausvakuutuksen maissa, USA:ssa vastuu terveyspalvelujen kustannusten nousun hillinnästä on kuulunut yksityiselle eikä julkiselle sektorille.³³⁶

Presidentti Clintonin sairausvakuutusesityksen kaaduttua USA:ssa ei ole esiintynyt kovin merkittävää yritystä universaalisen sairausvakuutusjärjestelmän aikaan saamiseen.³³⁷ Kehitys on johtanut vakuuttamattomien määrän lisääntymiseen ja toisaalta

³³⁶ Hacker 2003, s. 256–269.

³³⁷ Tosin tammikuussa 2005 kongressiedustaja Dingelle esitteli kongressille ja senaatille kansallista sairausvakuutuslakia säädettäväksi. Esityksen johdannossa todettiin vakavimmat ongelmat universaalisen sairausvakuutuksen puuttuessa USA:ssa. Näitä olivat a) kansan suuren enemmistön kykenemättömyys kattaa vakavan tai kroonisen sairauden kustannuksia, b) nykyaikaisen ehkäisevän terveydenhuollon puute sekä c) maatalousväestön terveyspalvelujen riittämättömyys. Kansallinen sairausvakuutus ehdotettiin rahoitettavaksi lain myötä perustettavalla terveydenhuoltorahastolla (Dingell 2005, s. 1–5).

vanhuksille kohdistuvan Medicaidin kustannukset ovat nousseet niin paljon, että on esitetty etuuskien leikkaamista.

Suurin syy siihen, että amerikkalaiset lääkärit ovat aina vastustaneet sairausvakuutusjärjestelmää, onkin Hackerin mukaan siinä, että amerikkalaisia lääkäreitä ei ole koskaan pakotettu omaksumaan järjestelmää, kuten on tapahtunut Kanadassa ja Britanniassa. Päinvastoin USA:ssa terveydenhoitojärjestelmä on 1940-luvulta lähtien kulkenut laajentuvaan lääkäreiden hallitsemaan yksityiseen vakuutukseen. USA:ssa lääkärijärjestön vaikutusvalta on ollut aina niin suuri, että se on onnistunut torjumaan yritykset toteuttaa kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä.

Lääkäreiden tehokas torjuntataistelu järjestelmää vastaan ei kuitenkaan ole ollut ainoa syy siihen, että USA poikkeaa kahdesta muusta vertailumaasta. Muita institutionaalisia syitä erilaisiin lopputuloksiin kolmessa vertailumaassa Hacker löytää federalismista. Federalismi USA:ssa vaikuttaa hyvin eri tavalla kuin Kanadassa ja sen seurauksena sosiaalisten uudistusten toteuttaminen on vaikeaa. Syynä erilaisuuteen on myös hallituksen rakenne. Kanadassa hallinto pohjautuu paljolti paikalliseen toimimiseen toisin kuin USA:ssa ja Britanniassa. USA:ssa valta on jaettu kolmelle taholle, joilla kaikilla on oma auktoriteettinsa, velvollisuutensa ja kannatuspohjansa. Presidentti toimii muista erillään eikä hänen kabinettiinsa kuulu lainsäätäjiä. Presidentti voi myös veto-oikeudellaan estää lain voimaan tulon ja vain huomattava enemmistö lainsäätäjiä voi kumota presidentin veton. Kongressi jakaantuu kahteen kamariin ja lisäksi erilaiset komiteat ja alakomiteat käyttävät kongressissa huomattavaa valtaa. Mikäli lakiesitys ei ole huomattavan suosittu kongressissa perustuslain vähemmistöä suojaavat säännökset antavat lain vastustajille tehokkaita keinoja jarruttaa lainsäädännön etenemistä.³³⁸

16. YHTEENVETOA VIIME VUOSIKYMMENIEN KEHITYKSESTÄ SUOMESSA

Tutkimuksen toisella pääjaksolla toimintojen ja tulkintojen vakiintumisen kaudella suuret rakenteelliset uudistukset terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmässä oli tehty. Suora rahoitusyhteys kahden rahoituskanavan välillä päättyi vuonna 1983, kun sairausvakuutuksen korvaukset kuntien avohoidon palveluista lopetettiin. Tämän

³³⁸ Hacker 1998.

jälkeen vuorovaikutus kahden rahoituskanavan tukeman järjestelmän välillä on ollut vailla käytännön kehityksen varassa ilman suunnitelmallista ohjausta.

Eri polkua kulkien ja julkisen ja yksityisen sektorin välimaastossa ovat kulkeneet hammashuolto ja työterveyshuolto. Hammashuollossa rahoitus on voimakkaammin kaksikanavainen kuin ”normaalissa” terveydenhuollossa, koska myös kunnan järjestämisvelvollisuus hammashuollon järjestämiseen on ollut rajoitettu ja laajentunut asteittain. Hammashuolto kunnallisena palvelutoimintana rajoittui alun perin vain lapsiin ja koululaisiin. Tämän jälkeen järjestelmää kehitettäessä on sekä yksityistä että julkista palvelutuotantoa kehitetty rinnakkain uusia ikäryhmiä mukaan ottaen niin että asiakkaan valinnanvapaus on säilynyt ja yksityisen ja julkisen välille on pyritty luomaan jopa kilpailua. Kilpailuasetelma on korostunut 2000-luvulla, jolloin hammashoito sekä julkisena että yksityisenä palveluna ulotettiin koskemaan koko väestöä. Hammashuollon maksut julkisessa terveydenhuollossa ovat kuitenkin edelleen edullisemmat kuin sairausvakuutuksella korvatut yksityisten palvelujen palkkiot, joten tältä osin julkinen palvelutyö on haluttu tehdä yksityistä houkuttelevammaksi. Osin ero kustannuksissa johtuu myös hammashuollon korvaustaksojen jälkeenjääneisyydestä.³³⁹

Hammashuollon ohella myös työterveyshuolto on kulkenut omaa polkuaan julkisen ja yksityisen palvelusektorin ”välimaastossa”. Työterveyshuollon palveluja annetaan sekä yksityisesti että terveyskeskuksissa ja myös rahoitus on poikkeuksellinen. Pääosa kustannuksista maksetaan sairausvakuutusrahastosta, mutta huomattavan osan kattavat työnantajat.

Työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon välinen vuorovaikutus on ongelmallinen, koska ohjelmien ja tavoitteiden pohjalta tarkasteltuna työterveyshuollon pääasiallinen tehtävä on sairauksien ennalta ehkäisy. Työterveyshuollon ei siis alkuperäisen tarkoituksensa ja sille asetettujen tavoitteiden perusteella tulisi kilpailla ”varsinaisen” terveydenhuollon palvelujen kanssa, mutta käytännössä tilanne on muodostunut toiseksi. Työterveyshuoltoon sisältyy runsaasti myös varsinaista sairaanhoitoa, vaikkakin sairaanhoidon sisällyttäminen työterveyshuoltoon on työnantajalle vapaaehtoista. Näin työterveyshuollon palvelut omalta osaltaan vaikeuttavat julkisen ja yksityisen palvelusektorin vuorovaikutuksen tarkastelua, koska

³³⁹ Ks. kuva 5, joka osoittaa hammashuollon korvaustason olevan runsaat 30 prosenttia. Näin ollen siis yksityisen sektorin palvelun valinnut joutuu maksamaan 70 prosenttia kustannuksista itse.

työterveyshuollon kautta annetaan palveluja sekä yksityisestä että julkisesta terveydenhuollosta. Myös kunnan terveyskeskus antaa työterveyspalveluja sairaanhoitoineen samoin kuin yksityiset lääkäriasemat. Työterveyshuollon on myös väitetty vievän asiakkaita terveyskeskuksista, mutta toisaalta voidaan olla myös sitä mieltä, että työterveyshuoltoon sisältyvät sairaanhoitopalvelut ovat keventäneet terveyskeskuksiin kohdistunutta painetta etenkin suurissa kaupungeissa. Monelle työssä käyvälle ensisijainen avohuollon palveluyksikkö on työterveyshuollon osoittama palvelu eikä terveyskeskuksen vastaanotto. Työterveyshuoltoon liittyvän sairaanhoidon hyviä ja huonoja puolia ei ole perusteellisesti analysoitu, joten keskustelu asiasta on ollut asenteellista ja kaivattaisiin lisää tutkimustuloksia. Joka tapauksessa voidaan sanoa työterveyshuollon olevan ”sui generis” terveydenhuollon kokonaisuudessa, jonka lopullinen paikka on vielä kiistattomasti määrittämättä.

Vuorovaikutus yksityisen ja julkisen välillä palveluksissa ja rahoituksissa muissa kuin edellä mainituilla kahdella alalla on ollut tulkintojen ja toimintojen vakiintumisen kaudella suunnittelematonta, joskin jakson alkuaikoina järjestelmälliseen vuorovaikutukseen tietoisesti pyrittiin. Tämä näkyi erityisesti lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaustaksoja korotettaessa vuonna 1989, jolloin korotuksia tehtäessä painotettiin niitä hoitotoimenpiteitä, joissa tuolloin oli resurssipulaa julkisella sektorilla. Näin pyrittiin tietoisesti ohjaamaan yksityistä sektoria tukemaan julkista palvelutuotantoa. Toisaalta erikoissairaanhoitolain säätäminen 1990-luvun alussa täsmensi kuntien terveydenhuollon järjestämisvastuuta erikoissairaanhoidossa, kun laissa todettiin sairaanhoitopiirin vastaavan jäsenkuntiensa erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoitolakia säädettäessä ei otettu huomioon yksityisen sektorin resursseja, vaan järjestämisvastuu asetettiin yksiselitteisesti kunnille. Vuorovaikutukseen yksityisen ja julkisen välillä ei tuolloin pyritty, mutta vähän erikoissairaanhoitolain säätämisen jälkeen toteutettu STVOL-uudistus avasi mahdollisuudet aivan uuden tyyppiselle vuorovaikutukselle, kun kunta saattoi vapaasti toteuttaa järjestämisvelvollisuutensa myös ostamalla palveluja yksityiseltä sektorilta.

Lainsäädäntö kehittyi 1990-luvulla myös yksityisen terveydenhuollon puolella. Yksityisen terveydenhuollon lainsäädäntö ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat lait uudistettiin. Ammattihenkilöiden osalta uudistus koski tosin sekä yksityisellä että julkisella terveydenhuollon sektorilla toimivia ammatinharjoittajia. Ammattihenkilön pätevyyden osalta ei siis ollut eroa, kummalla sektorilla henkilö

työskentelee. Samat kriteerit pätevät riippumatta työpaikan luonteesta. Sen sijaan lainmuutokset merkitsivät yksityisten terveydenhuollon laitosten valvonnan tiukentumista. Tältä osin toiminnan voidaan katsoa lähentyneen julkisen sektorin yksiköitä. Järjestelmien keskinäisen vuorovaikutuksen kannalta 1990-luvulla tehdyt lainsäädännön uudistukset merkitsivätkin järjestelmien lähentymistä toisiinsa. Palvelujen antamisessa ei siis ollut eroa, annettiinpa palvelua sitten julkista tai yksityistä kanavaa noudattaen.

Merkittävää lähentymistä järjestelmien välillä ja samalla vertailukelpoisuuden lisääntymistä merkitsi sairausvakuutuksen taksarakenteen uudistaminen vuonna 1995. Tällöin yksityisen palvelusektorin käyttämät taksanimikkeet ja koodit muutettiin vastaamaan mahdollisimman pitkälle julkisessa terveydenhuollossa omaksuttuja nimikkeitä ja koodeja. Myös tarpeellisuuskriteerin sekä oikeellisuuden ja yhdenmukaisuuden korostaminen sairaanhoitovakuutuksen soveltamisessa on voinut osaltaan vähentää niitä epäluuloja, joita esitetty yksityisen sektorin ”kontrolloimattomuudesta” ja ”tarpeettoman hoidon antamisesta”. Käytännön korvaustoiminnassa pyritään pitämään huolta siitä, että sairausvakuutuskorvaus maksetaan vain tarpeellisesta sairaanhoidosta. Näin hoidon antamisen periaatteet ovat sekä yksityisellä että julkisella puolella toisiaan vastaavat. Sairausvakuutuksen valvontatoimi ei kuitenkaan ulotu yksityisiin sairauskuluvakuutuksiin, joissa hoitoa annetaan vakuutusehtojen mukaan. Yksityisten vakuutusten lisääntyminen sekä henkilöiden itsensä ottamina että työnantajan järjestämänä onkin uusi piirre, joka vaikuttaa terveydenhuollon kehitykseen erityisesti 2000-luvulla. Toistaiseksi yksityisten vakuutusten määrä ei ole noussut niin suureksi, että niillä olisi vaikutusta kokonaistarkasteluun, mutta tilanne saattaa muuttua tulevaisuudessa.

Sairaanhoitovakuutusmenettelyä on kehitetty myös suorakorvauksen suuntaan 1990- ja 2000-luvulla. Suorakorvauksella (valtakirjamenettelyllä) on helpotettu hoitoon pääsyä yksityiselle sektorille erityisesti niiden vakuutettujen osalta, jotka eivät taloudellisen asemansa vuoksi voi maksaa täyttää hintaa hoidostaan ja hakea jälkikäteen korvausta Kansaneläkelaitokselta. Suorakorvausmenettely on tasoittanut jossain määrin julkisen ja yksityisen sektorin eroja hoitoon pääsystä. Kuitenkin taloudelliset seikat saattavat suorakorvausmenettelystä huolimatta estää monen vähävaraisen hakeutumista yksityiseen hoitoon, koska korvaustaksojen jälkeenjääneisyyden vuoksi omavastuu on huomattava. Julkisen ja yksityisen sektorin vuorovaikutukseen suorakorvauksella on

ollut eniten vaikutusta sydämen ohitusleikkauksissa sekä kalliissa kuvantamismenetelmissä, kuten tietokonetomografiassa. Näiden tutkimusten osalta suorakorvaussopimuksia tehtiin palvelujen tuottajien kanssa jo 1990-luvun alussa, jolloin julkisen sektorin resurssit näissä toimenpiteissä olivat rajoitetut. Sopimusten ansiosta taloudelliset esteet eivät muodostuneet ylivoimaisiksi niille sydämen ohitusleikkausta tarvitseville, jotka eivät resurssien puutteen vuoksi saaneet hoitoa julkiselta sektorilta.

2000-luvulla suorakorvausmenettely on laajentunut ja monet lääkäriasemat ovat tehneet valtakirjamenettelysopimuksia Kelan kanssa. On oletettavaa, että sopimusmenettelyn laajentuminen on osaltaan helpottanut julkisen sektorin erikoissairaanhoidon painetta. Sopimusten ansiosta asiakkaiden on ollut taloudellisesti helpompaa hakeutua hoitoon lääkäriasemille, joissa pääosa vastaanottavista lääkäreistä on erikoislääkäreitä.³⁴⁰ Erikoislääkärien palvelujen käyttöön yksityisillä lääkäriasemilla saattaa myös vaikuttaa yksityisten sairaanhoitovakuutusten ja erityisesti ns. lapsivakuutusten lisääntyminen 1990-luvulta lähtien. Yksityisen vakuutuksen ottaneet eivät yleensä terveyspalveluja tarvitessaan mene terveyskeskuksen vastaanotolle, vaan aika yms. syistä turvautuvat suoraan yksityisiin palveluihin.

Sairaaloiden erikoismaksuluokka ja sairaalalääkäreiden omat potilaat sairaalassa ovat olleet julkisen ja yksityisen sektorin välimaastossa olevia palvelujen järjestämistapoja, joiden alkujuuret ulottuvat aikaan ennen sairausvakuutuksen voimaan tuloa. Sairaaloiden erikoismaksuluokan tärkein merkitys on ollut siinä, että potilaalla on ollut mahdollisuus valita tällöin oma lääkäriinsä. Tällaista valinnan vapautta ei julkisella puolella yleensä ole, vaikka erikoissairaanhoidolaissa asetetaankin tavoitteeksi potilaan toiveiden huomioon ottaminen hoitavaa lääkäriä valittaessa. Kehitys näiden kahden hoitomuodon kohdalla on kulkenut vähenevään suuntaan, sillä 2000-luvulla lääkäreiden yksityispotilaat sairaaloissa ovat vähentyneet. Erikoismaksuluokka on ollut pitkään arvostelun kohteena sen vuoksi, että korvauksen maksaminen siellä annetusta lääkärin hoidosta on ristiriidassa sen kanssa, että julkisessa sairaalassa annetusta hoidosta ei muutoin makseta sairausvakuutuskorvausta. Erikoismaksuluokan potilaiden on myös epäilty saaneen ohittaa hoitajonoja ja hoitotakuun käyttöön oton yhteydessä

³⁴⁰ Noin 80 prosenttia sairausvakuutuksesta korvattuja lääkärin palkkioita on erikoislääkärin palkkioita ja erityisen paljon yksityislääkäripalveluja on psykiatrian, silmälääkäreiden, gynekologien ja lastenlääkärien kohdalla.

erikoismaksuluokasta onkin päätetty luopua. Järjestelmä päättyy vuonna 2008 ja se korvataan työajan ulkopuolella toteutettavalla erikoispoliikkatoiminnalla, josta syntyneisiin potilaskustannuksiin sairausvakuutus ei osallistu.

Valtionosuusuudistus vuonna 1992 merkitsi luopumista kansanterveyslain säätämisen yhteydessä omaksutusta keskitetystä terveydenhuollon suunnittelujärjestelmästä ja kansanterveystyön antamisen maksuttomuudesta. Muutoksen yhteydessä ei kuitenkaan palautettu aiemmin voimassa ollutta järjestelmää, jolloin sairausvakuutusrahastosta maksettiin kunnalle avopalvelujen järjestämisestä. Näin toteutui terveydenhuollon rahoituksen kaksikanavaisuus vuodesta 1983 lähtien, jolloin sairausvakuutuskorvaukset kunnille lopetettiin. Sairausvakuutusta ei myöskään otettu mukaan korvaamaan julkisen terveydenhuollon maksuja, jotka tulivat voimaan STVOL-uudistuksen yhteydessä. Tällaista uuden tyyppistä vuorovaikutusta rahoituskanavien kesken ei tiettävästi edes harkittu muutoksen yhteydessä, vaikka aikaa myöden Suomen julkisen terveydenhuollon maksut ovat kohonneet OECD-maiden korkeimmiksi.

STVOL-uudistuksen yhteydessä tarkennettiin yksityisen ja julkisen terveystalouden rajaa ja korostettiin sitä, että terveydenhuollon kaksi rahoituslähdettä eivät saaneet mennä päällekkäin. Tällöin toteutettu sairausvakuutuslain muutos, jonka ydin oli sana ”tosiasiallisesti” aiheutti kuitenkin runsaasti tulkintaongelmia ja sairausvakuutuskorvauksen epäämisiä, jotka tulivat monelle vakuutetulle yllätyksenä. Hoito oli noissa tapauksissa katsottu tosiasiallisesti annetun julkisen terveydenhuollon piirissä.

Rajanvedosta tehdyt tulkinnat kuitenkin vakiintuivat ja ongelmat poistuivat, mutta 2000-luvulla STVOL-uudistuksen yhteydessä toteutettua rajanvetoa alettiin eräiltä osin pitää liian tiukkana. Tämän vuoksi sairausvakuutuksen korvausalaa suhteessa julkisen sektorin palveluihin vuoden 2005 uudessa sairausvakuutuslaissa hiukan laajennettiin. Muutosta edelsi Kansaneläkelaitoksen ja Suomen Kuntaliiton neuvottelu, jossa muutoksista päästiin yksimielisyyteen.

Osana valtionosuusuudistuksen tuomia muutoksi toteutettiin myös avo- ja laitoshoidon rajanveto 1990-luvun keskivaiheilla. Uuden rajanvedon seurauksena aiemmin laitospalveluina vanhainkoteina toimineet kunnan yksiköt muuttuivat hyvin monessa kunnassa asumispalveluyksiköiksi. Yksiköissä asuvien kansalaisten kannalta muutos

merkitsi sairaanhoitovakuutuksen laajentumista, koska sairaanhoidon kustannukset olivat ennen kuuluneet laitoshoidon kokonaishintaan osana ”kokonaishoitoa”. Muutoksen jälkeen vanhusten kustannukset nousivat erityisesti lääkekorvauksissa, koska aiemmin lääkkeet oli annettu osana laitoshoidoa. Yksiköiden luonteen selvittämiseksi luotiin neuvottelujärjestelmä Kelan ja kuntien välille ja epäselvissä tilanteissa osapuoleksi tuli myös sosiaali- ja terveysministeriö, joka antoi lausunnon yksikön luonteesta.

Valtionosuusuudistuksen myötä kuntien itsehallinto korostui, kun valtionosuuden ehdoissa ei enää rajoitettu kuntien päätösvaltaa. Kunnat saivat vapaasti käyttää saamansa valtionosuuden kohteista, mistä saattoi seurata myös terveyspalvelujen supistumista. Tällöin tuli esiin tulkintaongelmia siitä, milloin kuntalaisella on oikeus vaatia julkista terveydenhuoltoa. Tulkinnaksi muodostui, että oikeus hoitoon oli kuntalaisilla vain kiireellisissä, akuuteissa tilanteissa. Vuonna 1995 toteutettu perusturvauudistus ja sitä ennen säädetty laki potilaan oikeuksista toi kuitenkin uusia piirteitä potilaan oikeuteen päästä julkiseen terveydenhuoltoon. Näiden piirteiden yksityiskohdat eivät kuitenkaan olleet täysin selviä, mistä johtuen korkein hallinto-oikeus ja eduskunnan oikeusasiamies joutuivat ottamaan kantaa kunnan järjestämisvelvollisuuteen. Näidenkään kannanottojen lopputulos ei kuitenkaan ollut yksiselitteinen, minkä vuoksi vuonna 2005 otettiin käyttöön hoitotakuu, jossa potilaan pääsy hoitoon määräajassa pyrittiin turvaamaan.

STVOL-uudistuksen mukanaan tuomat terveydenhuollon asiakasmaksut osoittautuivat vähitellen hoidon esteeksi erityisesti vähävaraisten kansalaisten kohdalla. Tavallaan oli palattu samaan tilanteeseen kuin ennen sairausvakuutuslakia, mutta tällä kertaa sairausvakuutus ei korvannut korkeita asiakasmaksuja eikä tällaista vaihtoehtoa edes harkittu. Erityisesti eläkeläiset ja paljon hoitoa tarvitsevat joutuivat terveydenhuollon maksujen vuoksi vaikeuksiin. Tämän vuoksi otettiin 2000-luvulla käyttöön julkisen terveydenhuollon maksukatto.

Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä tutkineiden toimikuntien ja työryhmien esitykset ovat pääosin jääneet toteutumatta. Edistystä on tapahtunut lähinnä suorakorvauksen toteuttamisessa, korvaustaksojen yksinkertaistamisessa ja hammashuollon laajentamisessa.

III PÄÄJAKSO: ”YHTEISESTÄ POHJASTA ERI POLUILLE” JOHTOPÄÄTÖKSIÄ, POHDINTAA JA YHTEENVETOA

Sairausvakuutus on osa sosiaalivakuutusta. Francois Ewaldin mukaan vakuutus on antropologinen ihmisen tarpeisiin liittyvä tosiseikka. Sen avulla pyritään ratkaisemaan modernisaatioon kuuluva turvattomuus ja epävarmuus. Vakuutus tyydyttää ihmisten turvallisuuden kaipuuta ja vapauttaa pelosta. emme tarvitse fiktiivistä yhteiskuntasopimusta, sillä vakuutukseen liittyvät velvoitteet täyttävät turvallisuuden tarpeen. Vakuutusperiaatteeseen kuuluva riskien arvioiminen merkitsee myös ajan hallintaa ja tulevaisuuden kurinalaistamista.

Vakuutuksen tuoma turvallisuuden tunne perustuu riskien laskennallisuuteen riskin käsitteen kautta. Jotta tapahtuma olisi riski, sen todennäköisyyden on oltava laskettavissa. Vakuutus siis perustuu tilastoihin ja todennäköisyyslaskentaan. Todennäköisyyksiä voidaan luonnollisesti laskea vain sattumanvaraisista asioista. Voidaan ennustaa, että tietyssä vuonna tapahtuu tietty määrä onnettomuuksia, mutta se, keitä ne kohtaavat on hämärän peitossa.³⁴¹

Ewaldin ajatukset sopivat hyvin ihanteelliseen sairausvakuutuskäsitteeseen. Suomen sosiaalivakuutusjärjestelmää kuvaa myös hyvin saksalaisen Alfred Monsin teoksessa ”Versicherung” vuonna 1905 esittämä vakuutuksen määritelmä: ”Vakuutus on lukuisten samalla tavoin uhattujen talouksien suuruudeltaan määrättävissä oleva sattumasta riippuvan rahan tarpeen tyydyttäminen”.

Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutus ei ehkä kaikin osin täytä ihanteellisen sosiaalivakuutuksen kriteereitä, koska korvaustaksojen jälkeen jääneisyydestä johtuen vakuutus ei tuo turvallisuuden tunnetta perustuen riskien laskennallisuuteen, koska vakuutuksesta huolimatta vakuutettu joutuu maksamaan sairauden aiheuttamat kustannukset pääosin itse.

Tämän tutkimuksen pääkohteena on terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja rahoituksen kehitys sekä julkisen ja yksityisen terveyspalvelun ja rahoituksen välinen

³⁴¹ Ewald Francois: ”Insurance and risk” teoksessa Graham Burchell., Colin Gordon & Peter Miller: ”The Foucault Effect”. London 1991.

vuorovaikutus, erityisesti ns. kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän muodostuminen ja tästä johtuneet seuraukset. Tutkimuksessa on etsitty vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

Mitkä periaatteet ovat olleet vallitsevia eri aikoina julkista ja yksityistä sairaanhoitojärjestelmää kehitettäessä ja rahoitettaessa? Onko terveydenhuollon rahoituksen kaksikanavaisuus heikkous vai vahvuus ja mitkä ovat järjestelmän uhat ja mahdollisuudet? Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet julkisen terveydenhuollon ja sairaanhoitovakuutuksen kehitykseen, rooleihin ja tehtäviin polkuriippuvuuden teorian näkökulmasta? Mitkä ovat olleet julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen ja rahoituksen kehityksen kriittiset käännekohtat? Mitkä ovat olleet niitä positiivisia ja negatiivisia palautteita, jotka ovat vaikuttaneet kuljetun polun kulkuun? Millaisia instituutioita kehityksessä on muodostunut ja miten ne ovat vaikuttaneet? Millainen vuorovaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuoltojärjestelmän välillä on ollut eri aikoina? Voidaanko tapahtuneesta kehityksestä tai muutoin tehdä mitään johtopäätöksiä toiminnan tehokkuuden ja tasa-arvon näkökohdista ja millaisiin muihin johtopäätöksiin kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä antaa aihetta? Onko Suomen terveydenhuollon kehityksellä yhtymäkohtia joidenkin muiden maiden terveydenhuollon kehitykseen? Seuraavassa pyritään vastaamaan esitettyihin kysymyksiin.

Kehityksestä ja eri aikoina vallinneista periaatteista

Suomen terveydenhuollon kehittämisessä vallitsevana periaatteena on 1800-luvulta lähtien nähtävissä se, että terveydenhuollon järjestämisvelvollisuus kuuluu julkiselle vallalle. Kuitenkaan se, mikä tämä julkinen valta käytännössä tarkoitti, ei ollut alussa täysin selvää eikä valtiolta ollut alusta alkaenkaan halukas ottamaan järjestämisvastuuta itselleen. Näin ollen kehitys kulki eteenpäin varsin sääntelemättömänä ja lähinnä kulkutautien torjunta johti siihen, että valtiolta alkoi perustaa kulkutautien torjumiseen tarkoitettuja erityissairaaloita. Vähitellen käytännön tarve edellytti myös Suomessa terveydenhuollon edistämistä muutenkin kuin kulkutautien torjunnassa ja valtio alkoi perustaa piirisairaaloita ja piirilääkärien virkoja. Tällöin ei kuitenkaan ollut kysymys järjestäytyneestä terveydenhuollon kehittämisestä. Virkoja ja sairaaloita perustettiin sattumanvaraisesti ja vailla kokonaissuunnitelmaa. Suunnittelemattomuutta osoittaa myös se, että piirisairaaloiden taso oli erittäin alhainen ja lääkäreitä maan väkilukuun nähden harvassa. Samoihin aikoihin kaupunkeihin

aloitettiin perustaa kaupunginlääkäri virkoja paikallisen aloitteellisuuden pohjalta. Kaupungissa tapahtunut kehitys antoikin suuntaa kohti terveydenhuollon paikallista järjestämisvastuuta valtakunnallisen kehittämisen sijasta.

Vuoden 1869 terveydenhoitoasetus määritteli terveydenhuollon järjestämisvastuun kunnan tehtäväksi. 1800-luvulla tällä järjestämisvelvollisuudella ei kunnallistalouden kehittymättömyydestä johtuen ollut juuri käytännön merkitystä. Asetus muodosti kuitenkin kestävä ja pysyvä instituution Suomen terveydenhuoltojärjestelmään, joka alkoi vaikuttaa kuljettavaan aina meidän päiviimme saakka. Merkittävää on, että tämä juurtunut instituutio ehti syntyä ennen kuin sairausvakuutusrahoitteinen terveydenhuollon järjestämismalli oli missään Euroopan maassa ehtinyt hahmottua. Kansleri Bismarckin esittämä sairausvakuutusjärjestelmä otettiin Saksassa käyttöön vasta 1880-luvulla ja sitä ennen Suomessa oli jo lähes kaksikymmentä vuotta ollut omaksuttuna ajatus kunnan vastuusta asiakkaittensa terveydenhuollon järjestämisessä. Ajatus lähti kunnallisen itsehallinnon periaatteesta, jossa kunta saattoi vapaasti päättää, järjestääkö terveydenhuoltoa asukkailleen vai ei valtion jäädessä ulkopuoliseksi ja melko passiiviseksi toimijaksi. Tavallaan asetuksen alkuun panema instituutio antoi valtiovallalle perusteen olla ryhtymättä aktiivisesti kehittämään Suomen terveydenhuoltoa. Tämä asenne myös näkyi käytännössä, koska valtiovallan toimet terveydenhuollon kehittämiseksi 1800-luvulla ja pitkälle 1900-luvullekin olivat puolinaisia ja ponnettomia, vaikka kuntien puuttuvat mahdollisuudet hoitaa järjestämisvelvollisuuttaan olivat todettavissa.

Vuonna 1869 luotu instituutio kunnan terveydenhuoltovastuusta on muodostanut Suomen terveydenhuollon kehityksen pääpolun, joka on vahvistunut positiivilla ja negatiivisilla palautteilla. Polun varrella on myös ollut lukuisia kriittisiä käännekohtia, jotka ovat johtaneet kuljetun polun haaroittumiseen, dislokaatioon. Aikojen kuluessa on tullut sivupolkuja, joiden leveys on kuitenkin ollut olennaisesti vähäisempi kuin kuljettu pääpolku. Kuljettu pääpolkukin on 1940-luvulle saakka ollut kansainvälisesti katsoen kapea, sillä terveydenhuolto kehittyi maassamme hyvin hitaasti ja pitkälti paikallisen aloitteellisuuden varassa. Kehittäminen oli kunnallisen päätöksenteon varassa ja tämän vuoksi syntyi palvelujen saatavuudessa huomattavaa kirjavuutta. Eri kunnissa suhtauduttiin terveydenhuollon kehittämiseen hyvin eri tavoin.

Vuoden 1869 asetuksessa valtion rooli oli ensin epäselvä, mutta sittemmin kehityksen pysyessä paikallaan valtio alkoi vähitellen avustuksin rohkaista kuntia perustamaan kunnanlääkäreiden virkoja ja sairastupia. Aikaa myöden kunnat alkoivat lisääntyvästi kiinnostua kunnanlääkäreiden virkojen perustamisesta ja seuraava käännekohta polulla olivat kunnalliset sairaalat, joiden perustaminen alkoi 1900-luvun alkupuolella. Sekä kunnanlääkärijärjestelmä että kunnalliset sairaalat muodostivat instituution, jotka palauttein vaikuttivat tulevaan kehitykseen ja polun kulkuun. Kunnat alkoivat vähitellen sisäistää vastuunsa terveydenhuollon järjestäjänä ja pilottikunnat antoivat positiivisia palautteita ja esimerkkejä muille. Positiiviset palautteet rohkaisivat jatkamaan kunnallisen järjestämisvelvollisuuden polulla, jonka suunta alkoi vähitellen näkyä yhä selvemmin.

Sekä terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä että terveydenhuollon rahoituksessa polku alkaa vuonna 1869 syntyneestä instituutiosta. Terveydenhuollon rahoituksessakin lähdettiin kulkemaan samaa polkua kuin palvelujen järjestämisessä eli palveluiden rahoituksen päälähde tuli olemaan kunnan asukkailtaan keräämät verovarot. Kunnalliseen demokratiaan on kuulunut alusta lähtien se, että kerättävät verovarot eivät ole ”korvamerkittyjä”, mistä johtuen myös palvelujen määrä kussakin kunnassa jäi riippumaan siitä, kuinka paljon kunta omissa päätöksentekokelemissään päätti suunnata verovaroja terveydenhuollon järjestämiseen. Valtion rooliksi muodostui alussa harkinnanvaraisesti ja myöhemmin 1900-luvulla lakisääteisesti avustaa kuntia terveydenhuollon järjestämisessä. Päinvastoin kuin kunnissa valtion myöntämä raha on kuitenkin ollut pääosin korvamerkittyä ja tarkoitettua käytettäväksi terveydenhuollon järjestämiseen. Tilanne kuitenkin muuttui 1990 – luvun alussa, jolloin toteutettiin valtiosuusuudistus ja kunnat saivat suuremman vapauden päättää myös valtiolta saamistaan avustuksista.

Sairaalalaitoksen kehittymisen osalta ei vuoden 1869 asetusta ja silloin muotoutunutta instituutiota voida pitää polun lähtöpisteenä, vaan tarkastelujaksoa on siirrettävä aiemmaksi. Jo 1800-luvun alkupuolelta oli lähtenyt kulkemaan toinen, avohoidtoon nähden erillinen polku, jossa valtion rooli oli suurempi kuin avohoidossa. Tämä polun lähtökohtina olivat valtion rahoittamat piirisairaalat. Näiden sairaaloiden perustaminen ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, että valtio olisi myöntänyt olevansa vastuussa sairaalalaitoksen kehittämisestä, vaan päinvastoin valtion virallinen kanta oli, että myös sairaaloiden perustaminen kuului kunnan tehtäviin osana terveydenhuollon

järjestämisvelvollisuutta. Positiiviset palautteet eivät myöskään vahvistaneet tätä ”olosuhteiden pakosta ” alkanutta polkua eivätkä piirisairaalat muodostaneet instituutioita, jotka positiivisin palautteiden olisivat vahvistaneet kuljettua polkua ja ohjanneet sen suuntaa. Kunnat olivat vielä 1800-luvulla liian köyhiä perustaakseen sairaaloita, joten kehitystä sairaalalaitoksen osalta ei olisi tapahtunut lainkaan ilman valtion roolia. Valtion haluttomuutta sairaalalaitoksen kehittämiseen osoittaa se, että suoritetuissa tarkastuksissa sairaaloiden taso todettiin erittäin heikoksi, osin jopa alarvoiseksi. Kuntien alkaessa perustaa omia sairaaloita valtion sairaaloiden merkitys väheni.

Ulkoiset tekijät ja niiden aiheuttamat käännekohtat erityisesti taloudellisiin mahdollisuuksiin edistää terveydenhuollon kehittymistä vaikuttivat siihen, että 1800-luvulla aloitetut polut pysyivät kapeina vielä pitkälle 1900-luvulla. Tällaisina tekijöinä voidaan mainita erityisesti 1900-luvun alun sortokausi, ensimmäisen maailmansodan aiheuttama taloudellinen kriisi vientimahdollisuuksien tyrehtyessä ja vuoden 1918 kansalaisota. Erityisesti kansalaisodan jälkeen maa oli poliittisesti ja yhteiskunnallisesti kahtiajakautunut ja tilanne ei ollut omiaan lisäämään päättäjien kiinnostusta terveydenhuollon edistämiseen. Tämän ohessa tulivat taloudelliset esteet, sillä 1920-luku oli Suomessa puutteellista aikaa eikä resursseja suuriin terveydenhuollon reformeihin ollut. 1920-luvun alussa toteutetut torppari- ja oppivelvollisuus uudistukset veivät käytettävissä olleet taloudelliset resurssit uudistusten tekemiseen. Kuitenkin sairaaloita perustettiin jonkin verran ja myös kunnanlääkärijärjestelmä laajeni, joskin palvelujen saatavuudessa säilyi suuria eroja maan eri osien välillä. Sairausvakuutusjärjestelmä uutena terveydenhuollon polkuna oli kuitenkin lähellä toteutua, mutta loppujen lopuksi esitystä ei hyväksytty eduskunnassa.

Vasta 1930-luvulla Suomessa alettiin keskitetysti ja suunnitelmallisesti kehittää terveydenhoitoa. Sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamisen epäonnistuttua jatkettiin kunnallista polkua. Kunnallisessa polussa tapahtui huomattava käännekohta ja dislokaatio. Sen alkulähteenä oli eduskunnassa tehty sopimus valtiovalan ja kuntien välillä. Valtiovalta otti nyt aiempaa aktiivisemmän roolin terveydenhuollon kehittämiseen ja aiempaa järjestyneempi kehittämistahto ilmeni terveydenhuoltoa koskevana lainsäädäntönä. Kehitystä, jossa sekä valtion että kunnan verovaroin alettiin parantaa järjestelmää, jarruttivat kuitenkin jälleen kerran ulkoiset tekijät. Talvi- ja jatkosota veivät resursseja kehittämiseltä ja uuden lainsäädännön voimaan tuli viivästyä

vuoteen 1943, jolloin avoterveydenhuoltoa koskeva laki lääkärin toimesta ja sairaaloita koskeva sairaalalaki tulivat voimaan. Lain voimaantulo käytännössä jäi kuitenkin vasta sodan jälkeiseen aikaan. Aiempi kunnallisen päätöksenteon varassa ollut toiminta muuttui kuitenkin avohoidossa että sairaalatoiminnassa. Varsinkin vuoden 1943 sairaalalaki merkitsi merkittävää käännekohtaa sairaalalaitoksen kehittämisessä, koska valtio otti nyt vastuun kehittämisestä. Aiempi epäselvä tilanne kuntien ja valtion välillä selkiytyi, kun valtio alkoi yhteistyössä kuntien kanssa kehittää keskussairaalaverkostoa. Suomen sairaalalaitoksen kehitys 1950- ja 1960-luvuilla olikin vuoden 1943 kriittisen käännekohdan ja sitä seuranneen dislokaation seurausta.

Myös avohoidossa tapahtui kriittinen käännekohta ja dislokaatio vuoden 1943 lääkärin toimesta annetun lain myötä. Lakipohjan turvin kunnat alkoivat aiempaa järjestelmällisemmin kehittää kunnanlääkäriverkkoa ja palvelujen saatavuus parani 1940- ja 1950 -luvulla. Vuonna 1869 alkanut polku avoterveydenhuollon järjestämisestä oli matkan varrella saanut positiivista palautetta, kun väestön terveydentila maaseudullakin oli alkanut parantua. Nyt kehitystä joudutettiin lainsäädännön pohjalta.

Sairausvakuutuslain voimaantulo vuonna 1964 merkitsi aivan uuden instituution ja siitä lähtevän polun avaamista terveydenhuollon rahoituksessa. Sairausvakuutusjärjestelmän myötä aiemmin kuljetun kuntarahoitteen polun rinnalle tuli sairausvakuutusrahoitus, jossa rahaa kerättiin kaikkia kansalaisia koskevalla sairausvakuutusmaksulla sairausvakuutusrahastoon, josta syntyi toinen rahoituskanava kunnan ja valtion verotulona keräämien varojen rinnalle. Uudella rahoituslähteellä pyrittiin helpottamaan potilaiden hoitoon pääsyä subventoimalla hoidosta aiheutuneita kustannuksia. Sairausvakuutusjärjestelmä ei muuttanut palvelujärjestelmää, koska sekä kunnanlääkärin että yksityisen ammatinharjoittajan perimiä palkkioita korvattiin sairausvakuutuksesta. Kunnanlääkärijärjestelmä oli sikäli lähellä yksityistä palvelutoimintaa, että pääosa kunnanlääkärin tuloista muodostui asiakkailta perittävistä hoitomaksuista. Kun sairausvakuutus osallistui sekä kunnanlääkärin että yksityislääkärin palkkioiden korvaamiseen uusi järjestelmä merkitsi potilaan valinnanmahdollisuuksien lisääntymistä yksityisen ja julkisen palvelun välillä.

Sairausvakuutusjärjestelmän ohella myös kunnallisen avoterveydenhuollon kehittämistä jatkettiin ja merkittävä käännekohta ja siitä johtuva dislokaatio tapahtui vuonna 1972 kansanterveyslain tullessa voimaan. Kansanterveyslaki perusti kunnallisen

terveydenhuollon polulle uuden vahvan instituution, terveyskeskusjärjestelmän, joka on sittemmin huomattavasti vaikuttanut kunnallisen terveydenhuollon polkuun ja osin ehkä estänyt sellaisten mahdollisuuksien käytön, jotka ilman tämän vahvan instituution vaikutusta olisi ehkä voitu ottaa käyttöön. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välisen vuorovaikutuksen eri mahdollisuuksia olisi ehkä selvitetty ponnekkammin ilman kansanterveyslain luoman instituution vahvaa vaikutusta, jonka seurauksena vaihtoehtoiset ja uudenlaiset lähestymistavat ongelmien ratkaisuun on melko kategorisesti torjuttu. Kansanterveyslain luomaan instituutioon liittyi myös vahva tasa-arvon piirre, jossa hoitoon pääsyn periaatteeksi otettiin maksuttomuus, joka oli jossain määrin ristiriidassa aiemman sairausvakuutusjärjestelmän omaksuman potilaan hoitoon pääsyn subvention kanssa. Terveyskeskushoidon maksuttomuudesta tosin luovuttiin valtiosuusuudistuksessa 1990 – luvun laman yhteydessä, mutta aiempaan hoitoon pääsyn subventioon sairausvakuutuksella ei palattu julkisen terveydenhuollon osalta, koska sairausvakuutusta ei otettu tässä vaiheessa mukaan korvaamaan julkisen terveydenhuollon maksuja. Kaksi polkua oli tässä vaiheessa kulkenut niin erilleen toisistaan, ettei tällaista mahdollisuutta edes harkittu.

Kriittisenä käännekohta ja dislokaationa koko Suomen sosiaali- ja terveysturvan kehittämisen kannalta voidaan pitää jo ennen sairausvakuutuslain ja kansanterveyslain säätämistä pitää tohtori Pekka Kuusen vuonna 1962 ilmestynyttä kirjaa ”60-luvun sosiaalipolitiikka” ja sen aikaansaamaa vaikutusta kehitykseen. Pekka Kuusi ja hänen ympärilleen kerääntyneet tutkijat osoittivat tilastollisesti ja kansainvälisin vertailuin Suomen terveydenhuollon jääneen jälkeen muista länsimaista. Kuusi esitti kirjassaan kehittämistavoitteita, jotka sittemmin vaikuttivat sekä sairausvakuutuslain että kansanterveyslain säätämiseen. Kuusen esittämät ajatukset vaikuttivat etenkin kansanterveyslain säätämiseen seuraavalla vuosikymmenellä.

Vuoden 1943 sairaalalain säätäminen johti sodan jälkeen keskussairaalamverkoston rakentamiseen. Vuoden 1943 käännekohta ja dislokaatio johti polkuun, jossa valtio rakensi ja hallinnoi keskussairaaloita alueen kuntien osallistuessa kustannuksiin. Tämä aiempaan kehitykseen verrattuna huomattava polun uudelleen suuntautuminen ei kuitenkaan osoittautunut pitkäaikaiseksi, vaan vuoden 1869 instituutio kunnallisesta järjestämisvelvollisuudesta palautui vuonna 1965. Tuolloin valtio luovutti keskussairaalat kuntainliittojen hallintaan ja valtion rooli muuttui jälleen rahoittajaksi valtiosuusuksin. Sairaalamlaitoksen avohoidosta vuonna 1943 lähtenyt erillinen polku

palasi silloin vuoden 1869 polkuun. Keskussairaaloiden ylläpitovastuun siirryttyä kunnille valtionapuja nostettiin kuitenkin voimakkaasti, mikä osoitti, että valtio välillisesti halusi säilyä rahoituksellisesti kuntien tukena ja rohkaisi kuntia edelleen kehittämään terveydenhuoltoa. Vuosina 1945 -1970 perustetut keskussairaalat muodostivat merkittävän instituution laitoshoidossa ja kunnallisen ja valtiollisen polun yhdyttyä vuoden 1869 polkua voitiin pitää jo Suomen terveydenhuollon valtatienä. Sairaanhoidovakuutuksessa ei muodostunut tämän tyyppisiä instituutioita, jotka olisivat vahvistaneet sairaanhoidovakuutuspolkua ja näin vakuutuspolku jäi pysyvästi sivupolun asemaan, jonka vaikutus pääpolkuun aikaa myöden edelleen heikkeni.

Kansanterveysjärjestelmä rahoitettiin kunnan ja valtion verotuloin, joten 1970-luvulla kaksikanavainen rahoitus oli tullut Suomen järjestelmäksi. Järjestelmien välistä vuorovaikutusta kuitenkin vielä oli, koska sairausvakuutusrahastosta korvattiin terveyskeskusten sairaanhoidokustannuksia. Vuonna 1983 tämä vuorovaikutus kuitenkin loppui ja siitä lähtien kaksi rahoituspolkua ”kaksi kanavaa” ovat kulkeneet melko kaukana toisistaan ilman yhdistäviä sivupolkuja, jotka olisivat lisänneet keskinäistä vuorovaikutusta. Enemmän vuorovaikutusta on ollut polkujen välissä kulkevilla erityisaloilla, kuten työterveyshuollossa ja hammashuollossa, joissa palveluja annetaan sekä yksityisenä että julkisena.

Kunnallisen terveystalon vahvat instituutiot ja positiiviset palautteet, joista ehkä merkittävimmät olivat vuoden 1965 keskussairaaloiden hallintouudistus ja kansanterveyslain määrätietoinen toteuttaminen 1970-luvulla ovat rahoitusteiden erottua vuodesta 1983 lähtien johtaneet kehittämisen painopisteen siirtymisen lähes kokonaan ”valtatielle”. Vahvistavina positiivisina palautteina ovat tämän jälkeen olleet erikoissairaanhoitolain säätäminen, terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan lainsäädännön uudistaminen. Erittäin merkittävä positiivinen palaute oli vuoden 1993 valtionosuusuudistus, jonka seurauksena kunnat saivat entistä suuremman vapauden päättää terveydenhuoltonsa tasosta ja järjestämistavasta valtionosuuksien muututtua laskennalliseksi ilman ”korvamerkintää”. Kunnan terveydenhuollon järjestäminen tuli näin yhä enemmän riippuvaiseksi kunnan taloudellisesta asemasta ja päättäjien tahdosta joko panostaa tai olla panostamatta terveydenhuoltoon. Samalla yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanvetoa tarkennettiin ja korostettiin rahoituslähteiden erillisyyttä, vaikka valtionosuusuudistuksen yhteydessä maksuttomuusperiaatteesta luovuttiin julkisessa terveydenhuollossa. Toisaalta vuoden 1995 perusturvauudistus ja vuoden

2005 loivat uusia instituutiota ja aiheuttivat dislokaatiota myös julkisessa terveydenhuollossa, koska molemmat uudistukset lisäsivät kuntalaisten oikeuksia terveystalvelujen saamiseen ja rajoittivat hieman kunnan valtionosuusuudistuksessa saamaa laajaa harkintavaltaa panostaa tai olla panostamatta terveystalveluihin.

Sairausvakuutuksen polku on rahoitusjärjestelmien erkaannuttua kaventunut korvaustaksojen jälkeenjääneisyyden seurauksena. Joitakin yrityksiä lukuun ottamatta ei tahto järjestelmienväliseen vuorovaikutukseen ole ollut kovinkaan suuri ja on nähtävissä, että sairaanhoitovakuutusta ei edes haluta kehittää vaihtoehtoiseksi hoito- ja rahoitusmuodoksi julkisen terveydenhuollon rinnalla. Sairaanhoitovakuutuksessa on edistetty palvelujen saatavuutta suorakorvausta kehittämällä ja pyritty vertailtavuuden lisäämiseen uudistamalla korvaustaksojen rakenne vastaamaan julkisen terveydenhuollon nimikkeitä. Toteutetut uudistukset eivät kuitenkaan ole johtaneet päätöksentekijöiden suurempaan kiinnostukseen sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi. Korvaustaksoja on viimeksi korotettu vuonna 1989 eikä lisää rahaa ole sen jälkeen haluttu antaa järjestelmän kehittämiseksi huolimatta siitä, että huomattava osa kansalaisista käyttää yksityisiä palveluja. Hoitotakuun toteuttamisen yhteydessä lopetettiin erikoismaksuluokka (vuonna 2008), jonka seurauksena viimeinen yhteys sairausvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon välillä katkesi. Sairaanhoitovakuutuksesta on korvattu erikoismaksuluokassa olleen potilaan valitseman lääkärin palkkioita. Rakentavia ehdotuksia kahden rahoituskanavan väliseksi vuorovaikutukseksi ei 2000 luvulla ole enää tehty. Pienet korvaukset ovat vähentäneet järjestelmän arvostusta kansalaisten keskuudessa. Myös silloin tällöin esiin nouseva keskustelu ”hyväosaisten suosimisesta” sairausvakuutuskorvauksilla on vienyt motivaatiota järjestelmän kehittämiseen. Osin keskustelu on kuitenkin ollut asenteellista ja kaipaisi tuekseen lisää tutkimustietoa.

Vastattaessa kysymykseen, mitkä periaatteet ovat olleet vallitsevia eri aikoina julkista ja yksityistä sairaanhoitojärjestelmää kehitettäessä ja rahoitettaessa, voidaan todeta, että periaate paikallisesta vastuusta, joka on konkretisoitunut kunnalliseen päätöksentekoon ja kunnan vastuuseen asukkaistaan, on pääsääntöisesti ollut vallitsevana Suomen terveydenhuollon kehityksessä. Samalla terveydenhuollon kehittäminen on pitkälti sidottu kunnan talouteen ja terveydenhoitoa on kehitetty kunnan talouden kehitykseen mukaan, mikä on myös hidastanut kehitystä etenkin 1800-luvulla ja pitkälti 1900-luvullakin. Erillinen sairausvakuutus pohjainen rahoitus ei ole koskaan instituution tullut

sillä tavoin vallitsevaksi Suomen terveydenhuollon järjestelmään, että se olisi voinut syrjäyttää kuntatalouteen perustuvaa terveydenhuollon instituutiota.

Osittain paikalliseen päätöksentekoon painottuneeseen kehityspolkuun vaikutti myös se, että sairausvakuutusrahoitteista järjestelmää edistettiin 1950-luvulle saakka suppeana, vain palkansaajia koskevana järjestelmänä. Tämän seurauksena puolueet ja erityisesti maaseutua edustanut Maalaisliitto asettui jyrkästi vastustamaan ehdotettua järjestelmää eikä sairausvakuutusta saatu toteutetuksi 1920-luvulla, jolloin sen edustama rahoitusjärjestelmä olisi vielä voinut syrjäyttää kunnallisen rahoitusjärjestelmän. Kun sairausvakuutusjärjestelmä sitten viimein otettiin käyttöön 1960-luvulla tuli se voimaan vain osittaisena, avohoitoa koskevana ja kalliimpi osa terveydenhuollosta, sairaalahoito jäi edelleen yleisistä verovaroista rahoitettavaksi. Tuolloin tehtyyn valintaan varmasti puhtaasti taloudellisten seikkojen ohella vaikutti myös se positiivisten palautusten sarja, jota tätä ennen vuosien varrella oli tapahtunut kunnallisen rahoitukseen perustuvassa järjestelmässä ja ne instituutiot, erityisesti keskussairaalarjestelmä, joka tällä polulla oli jo ehtinyt muodostua.

Aiemmat positiiviset palautteet ovat johtaneet myös siihen, että kunnallisen järjestelmän kehittämistä jatkettiin edelleen sairausvakuutusjärjestelmän käyttöön oton jälkeen ja sairausvakuutusrahoitteisen järjestelmän rinnalle ja osin tästä riippumatta perustettiin kansanterveysjärjestelmä, aluksi tosin myös sairausvakuutusrahoitteisena. 1970-luvun jälkeen tapahtunut kehitys on ollut aiempien palautteiden viitoittamana kunnalliseen järjestelmään painottunutta ja sairausvakuutusjärjestelmän muodostama instituutio on osoittautunut tähän verrattuna olennaisesti heikommaksi instituutioksi. Tämä on käytännössä näkynyt siinä, että pääpaino kehitystyössä on selvästi ollut kunnallisen terveydenhuollon kehittämisessä ja sairaanhoitovakuutukseen kehittämiseen ei ole ollut kiinnostusta. Järjestelmien välillä on ollut hyvin vähän vuorovaikutusta viime vuosikymmeninä.

Yksityisen ja julkisen vuorovaikutuksesta eri aikoina

Vuorovaikutus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä rahoituksessa ja palveluissa ei ollut ongelma ennen sairausvakuutuslain voimaan tuloa. Avohoidossa toteutettiin tavallaan julkisen ja yksityisen järjestelmän yhdistelmää. Kunta palkkasi

kunnanlääkäreitä virkoihin, mutta he saivat kunnalta vastaanottotilat ja pienen peruspalkan pääasiallisen toimeentulo koostuessa asiakkailta saaduista palkkioista. Näitä kunnanlääkärien palveluja täydensivät yksityislääkärit etenkin kaupungeissa. Kokonaisuudessaan lääkäripalvelujen tarjonta oli vähäistä suhteessa väkilukuun ja sekä kunnallisella että yksityisellä puolella annetut palvelut laskettiin osaksi terveydenhuollon kokonaisuutta. Epätasa-arvoa kansalaisten välillä aiheutti kuitenkin se, että maaseudulla lääkäripalvelujen palvelu oli huomattavasti vähäisempää kuin kaupungeissa.

Sairaalapalveluissa 1960-luvulle saakka valtaosa sairaaloista oli julkisia. Hoidoista sairaaloissa perityt maksut olivat pienempiä kuin avohoidon kunnanlääkärien perimät maksut, koska lääkärit toimivat sairaaloissa kuukausipalkkaisina. Heidän tulonmuodostukseensa eivät vaikuttaneet potilailta perityt palkkiot. Keskussairaaloiden lääkäreiden mahdollisuus pitää yksityispotilaita ja sairaaloiden antama mahdollisuus mennä erikoismaksuluokan potilaaksi merkitsivät kuitenkin poikkeamaa muuten selväpiirteisessä jaossa yksityisen ja julkisen palvelun välillä sairaalahoidossa. Lisäksi moni lääkäri piti silloin niin kuin tänäkin päivänä virka-ajan ulkopuolella yksityisvastaanottoa.

Sairausvakuutuslaki merkitsi yhteiskunnan subventiota kunnanlääkärien ja yksityislääkärien perimiin palkkioihin. Samalla yksityisten palvelujen tarjonta lisääntyi. Kehitys nosti esiin keskustelun yksityisten ja julkisten palvelujen välisestä suhteesta. Keskustelu kiihtyi sen jälkeen, kun kansanterveyslaki tuli voimaan 1970-luvun alussa, mutta rahoituksellinen yhteys säilyi, koska sairausvakuutuksesta korvattiin terveyskeskuksissa annettuja lääkäripalveluja. Vuoden 1983 jälkeen keskustelua kaksikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmista on käyty hyvin negatiiviseen sävyyn. Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen ja korvattujen yksityislääkäripalvelujen on katsottu johtavan siihen, että varakkaalla kansanosalla on paremmat mahdollisuudet saada lääkäripalveluja kuin alemman tulotason kansalaisilla. Ongelmaksi on nähty myös yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen suhde toisiinsa rahoituskanavien eriydyttyä. Yksityisiä terveyspalveluja ei enää nähdä tukevan julkisia palveluja, vaan yhä enemmän on esitetty näkemyksiä, että kaksi rinnakkaista järjestelmää kilpailee keskenään epäterveellä tavalla.

Lisääntynyt yksityisten vakuutusten määrä (erityisesti lapsia koskevissa terveysvakuutuksissa) on merkinnyt sitä, että vakuutuksen ottaneet eivät hakeudu terveyskeskuksiin vaan menevät suoraan yksityiselle lääkäriasemalle. Terveyskeskusten asiakkaita on verottanut myös se, että suuri osa työterveyshuollon antamasta sairaanhoidosta annetaan yksityisten lääkäriasemien kautta. Tämä on johtanut yhä voimakkaampiin ja yhä arvovaltaisemmilta tahoilta esitettyihin näkemyksiin lääkärin palvelussa olevien epätasa-arvoilmiöiden korjaamiseksi.³⁴² OECD:n tilaston mukaan Suomen terveydenhuolto olisi OECD-maiden kolmanneksi epätasa-arvoisin sen vuoksi, että lääkäripalvelujen saatavuudessa on huomattavia eroja maan eri osien välillä.³⁴³ Järjestön tekemän kansainvälisen vertailututkimuksen mukaan kaikkien lääkärikäyntien tarvevakioitu jakauma oli tutkimukseen osallistuneista 21 maasta kaikkein eniten hyvätulaisia suosiva Yhdysvalloissa, Portugalissa ja Suomessa. Tutkimustulokset viittasivat siihen, että Suomen sijoittuminen vertailussa selittyy yksityislääkärikäynneillä ja työterveyshuollon palveluilla.³⁴⁴

Rahoitusyhteyden katkeamisen jälkeen ei ole tietävästi olemassa yhtään tutkimusta julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisestä vuorovaikutuksesta. Käytännössä nämä kaksi terveydenhuollon muotoa ovat kulkeneet rinnakkain ja myös yksityisen palvelutuotannon merkitys on ollut huomattava.

Kehityksen tarkastelua viime vuosikymmenenä

Tarkasteltaessa sairaanhoitovakuutuksen osuutta viimeisen kymmenen vuoden aikana voidaan aikasarjoista havaita, että lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvausmäärien kehitys on pysynyt vuosittain tasaisena eivätkä yksityiseen terveyspalveluun maksetut korvaukset ole reaalisesti lisääntyneet. Lääkärinpalkkioiden kohdalla kustannukset ovat kymmenessä vuodessa nousseet vain runsaasta

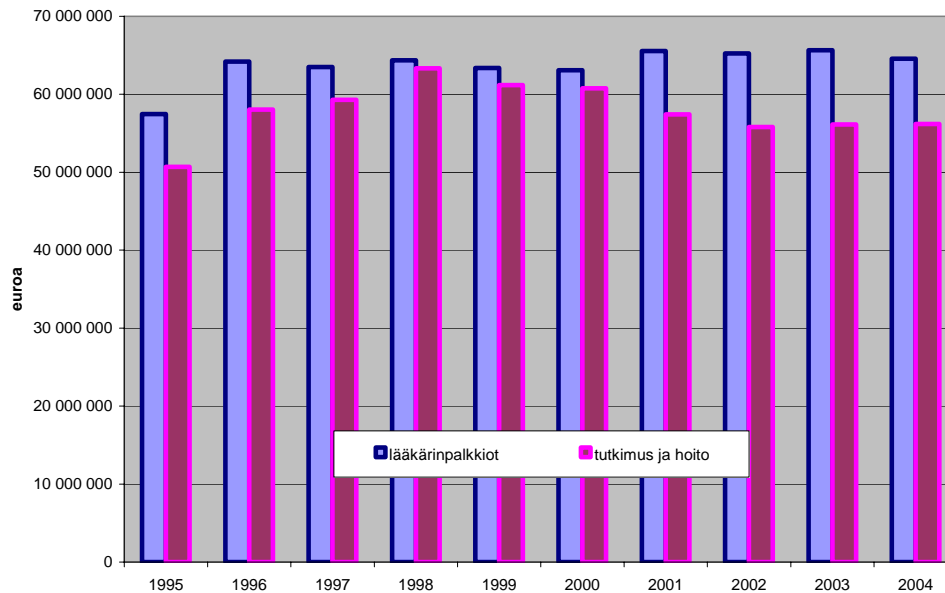
³⁴² Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäre totesi 5.8.05 Tampereella, että tieto terveydenhuollon epätasaisesta toteutumisesta eri tulotasoilla ei ole sosiaali- ja terveysministeriölle uusi. Viime vuosikymmenen suuri lama vähensi hyvinvointiyhteiskunnan palveluja ja rapautti myös julkista terveydenhuoltoa. Tämä yhdessä Kelan kautta saatavan yksityisen lääkärihoidontuen kanssa vaikutti siihen, että parempituloiset pääsivät muita paremmin tarvitsemiinsa hoitoihin ja toimenpiteisiin, kun julkisia palveluita ei ollut riittävästi koko maassa tarjolla. Mönkäreen mukaan terveyspalveluiden kehittämistä käydään läpi kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Samaan aikaan pitäisi hänen mukaansa käynnistää myös keskustelua terveydenhuollon rahoituksen kehittämisestä ja kaksikanavaisen rahoitusmallin aiheuttamien epäkohtien poistamisesta.

³⁴³ OECD (2004) Health Data, 3rd edition, OECD Paris.

³⁴⁴ Heikkinen ym. 2005, s. 80.

50 miljoonasta eurosta 64 miljoonaan euroon vuodesta 1995 lähtien, mitä rahan on arvon muuttumisesta johtuen pidettävä lähes paikallaan pysyneenä lukuna.

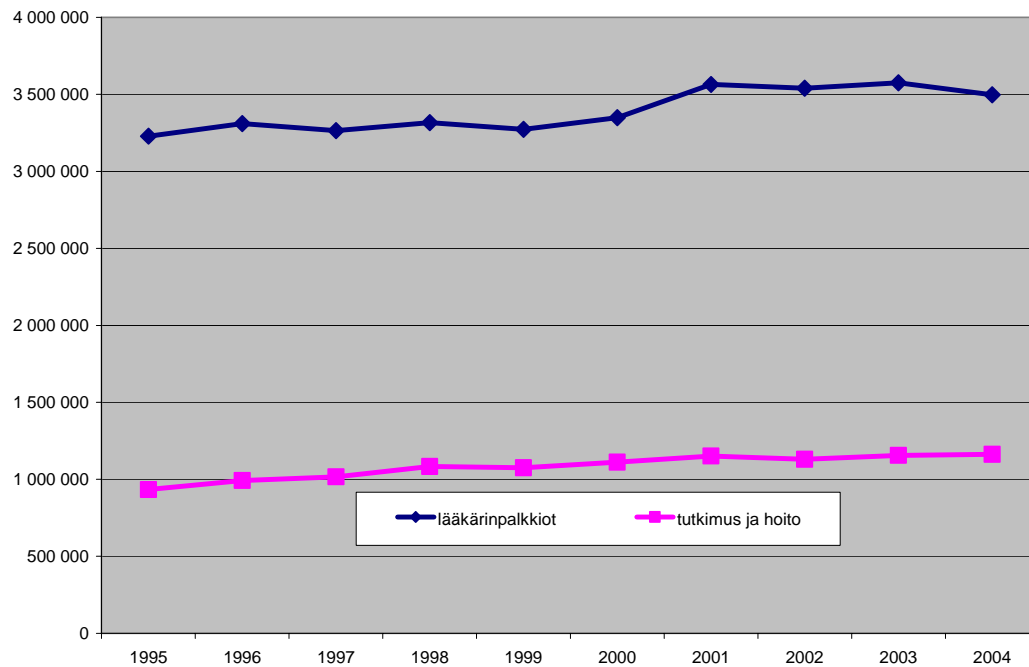
Kuvio 8. Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksesta ja hoidosta maksetut korvaukset 1995–2004 vuoden 2004 rahana.³⁴⁵



Kustannusten pienuudesta huolimatta lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaukset kattoivat palvelujen määrissä mitaten laajan osan Suomen kansaa. Vuonna 2004 lääkärin palkkioina korvattiin lähes 3,5 miljoonasta käyntiä, hammaslääkäripalkkioina vajaat 3 miljoonaa käyntiä sekä tutkimuksen ja hoidon osalta yli miljoona käyntiä. Alhaiset korvauskustannukset eivät siis korreloi siihen, että palveluja käytettäisiin vähän, vaan päinvastoin yksityisiä palveluja käytetään korvaustason alhaisuudesta huolimatta. Kuitenkin on myös havaittavissa, että yksityisiä palveluja käyttäneiden määrä on pysynyt melko tasaisena viimeisen kymmenen vuoden aikana. Vuonna 1995 käyttäjiä (omavastuukertoja) oli lähes sama määrä kuin kymmenen vuotta myöhemmin. Omavastuukerrat kuvaavat yhtä käyntiä lääkärillä tai tutkimuksessa ja hoidossa. Sama potilas on vuoden aikana saattanut käydä useita kertoja saamassa palveluja, joten omavastuukertojen lukumäärä ei suoraan kerro käyttäjien määrää. Edelliseltä vuodelta (2003) on kuitenkin saatavissa tieto, että yksityislääkäriissäkäyntien korvauksia maksettiin tuolloin 1,5 miljoonalle henkilölle, jolloin siis noin 29 % väestöstä oli käyttänyt yksityislääkäreiden palveluja.

³⁴⁵ Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 9. Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon omavastuukerrat 1995–2004³⁴⁶.



Yksityiset lääkäripalvelut painottuvat hyvin voimakkaasti erikoislääkäripalveluihin, sillä yksityislääkärillä käyneistä henkilöistä peräti 87 % oli saanut korvausta erikoislääkäriin palkkiosta. Alhainen korvausmeno suhteessa käyttömäärään selittyy suurella omavastuuosuudella, sillä erikoislääkäriin keskimäärin perimästä 65 euron käyntipalkkiosta on korvattu vain 21 euroa ja korvaustaso on jäänyt 31 prosenttiin. Suurimmat ryhmät korvatuissa erikoislääkäriin käynneissä olivat silmätaudit ja naistentaudit (lähes 500 000 käyntiä kummassakin vuositasolla) sekä kirurgia (lähes 350 000 käyntiä). Muita suuria ryhmiä olivat psykiatria sekä korva-, nenä ja kurkkutaudit (yli 230 000 käyntiä vuodessa kummassakin). Korvausten jakauma viittaa siihen, että silmä- ja korvalääkärit sekä gynekologit ja psykiatrit toimivat hyvin paljon yksityisellä sektorilla ja että mahdollisesti näiden erityisalojen palvelujen saaminen julkiselta sektorilta on rajoitetumpaa kuin joidenkin muiden erityisalojen.³⁴⁷

³⁴⁶ Lähde: SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

³⁴⁷ Korvausjakauman lähde: "Kansaneläkelaitoksen tilastotiedote 2004:16".

Terveydenhuollon kokonaisuuteen menevät kustannukset olivat vuonna 2003 yhteensä 8,169 miljardia euroa, mikä muodostaa noin 7,4 prosenttia bruttokansantuotteesta.³⁴⁸ Tästä summasta 2,511 miljardia euroa oli avohoidon potilaiden kustannuksia. Näihin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin verrattuna toinen kaksikanavaisista rahoituslähteistä, sairausvakuutukseen kuuluva sairaanhoitovakuutus muodosti vain minimaalisen osuuden. Suuresta kustannuserosta huolimatta yksityisten terveyspalvelujen palvelujen antajien määrä on maan väkilukuun verrattuna huomattava ja sama koskee myös palvelujen käyttäjiä.³⁴⁹

Vuonna 2002 yksityiset yritykset ja järjestöt tuottivat lähes viidesosan terveyspalvelujen henkilöstön määrällä mitattuna. Terveyspalveluja nopeammin yksityinen palvelutuotanto on kuitenkin kasvanut sosiaalipalveluissa, missä järjestöt ja yritykset tuottavat jo melkein neljäsosan kaikista palveluista. Yksityisen palvelutuotannon osuus terveyspalveluissa oli selvästi suurin Uudellamaalla. Siellä yrityksissä ja järjestöissä työskenteli 23 % terveydenhuollon työvoimasta.³⁵⁰

Fysioterapiaa, joka on yksityisten terveyspalvelujen tuottajien yleisin toimiala, tarjosi 1 400 fysioterapeuttia. Kaikista yksityisistä palveluista suhteellisesti eniten on viime vuosina kasvattanut osuuttaan työterveyshuoltoa antavien palvelujen tuottajien määrä.³⁵¹ Lääkäreiden päätoimisten yksityisvastaanottojen määrä on kasvanut yli 50 prosenttia kymmenessä vuodessa. Päätoimista yksityisvastaanottoa piti vuonna 2005 yhteensä yli 1 600 lääkäriä, joka on noin kymmenen prosenttia työssä olevista lääkäreistä. Sivutoimista yksityisvastaanottoa piti 4 331 työkäistä lääkäriä ja kaikkiaan yksityislääkärinä toimivia oli 6 656 lääkäriä vuonna 2005. Kuitenkin eniten on kasvanut työskentelevien lääkärin määrä. Suomessa työskenteli yhteensä 15 731 lääkäriä, joista lähes puolet (47 %) työskentelee sairaaloissa ja vajaa neljännes (23 %) terveyskeskuksissa. Opetuksen ja tutkimuksen parissa työskenteli vajaa seitsemän prosenttia, työterveyshuollossa kuusi prosenttia sekä muissa tehtävissä kahdeksan prosenttia.³⁵²

³⁴⁸ Lähde: Kelan tilastot 2004. Suomen terveysmenot alittavat OECD-maiden keskitason., koska samana vuonna OECD-maiden terveysmenot olivat keskimäärin 8,8 prosenttia. Vuodesta 1990 potilaiden omavastuuosuudet terveysmenoista olivat kasvaneet.

³⁴⁹ Vuonna 2004 yksityisen lääkäripalvelun korvauksen saajia oli 66,8 prosenttia koko väestöstä.

³⁵⁰ Lähde: Stakesin vuonna 2005 julkistama tutkimus.

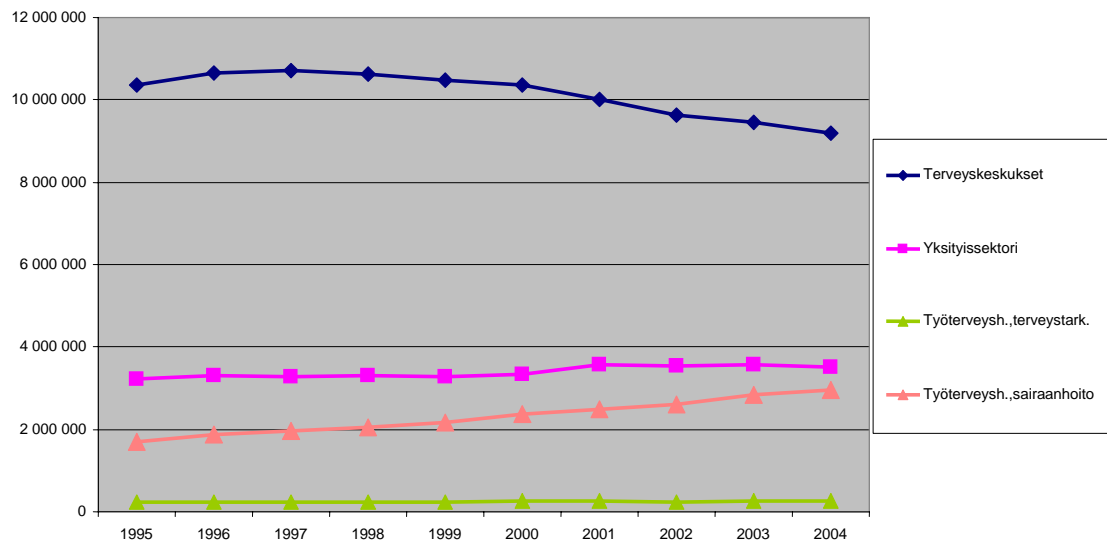
³⁵¹ Lähde: Kauppinen, Niskanen 2005 s. 7.

³⁵² Lähde: Lääkäriliiton kyselytutkimus vuonna 2004, joka on julkaistu Lääkärilehdessä numerossa 51-52/2005 otsikolla: ”Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä, Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004-tutkimus. Tekijöinä Mäntyselkä ym.

Yksityisten palvelujen kustannukset ovat terveydenhuollon kokonaisuuteen verrattuna hyvin vaatimattomia. Vuonna 2005 sairaanhoitovakuutuksesta maksettiin lääkärinpalkkioiden korvauksia 62,5 miljoonaa euroa, joista vastaanottopalkkiokorvauksia oli noin 70 % ja lääkärin tekemien toimenpiteiden korvauksia noin 30 %. Tutkimuksen ja hoidon korvaukset olivat 55,5 miljoonaa euroa, joista 46 % oli radiologisten tutkimusten ja toimenpiteiden, 31 % fysioterapian ja 22 % laboratoriotutkimusten korvauksia. Sairaanhoitajan antaman hoidon ja psykologin tutkimusten korvaukset olivat yhteensä noin prosentit. Hammashoidon korvaukset ovat nousseet vuoteen 2004 asti, koska korvaukseen oikeutettujen piiriä on laajennettu. Vuonna 2005 korvaukset olivat 91,5 miljoonaa euroa, josta rintamaveteraanien korvauksia oli 3,7 miljoonaa euroa. Työterveyshuoltoa korvattiin samana vuonna 179,1 miljoonaa euroa. Yhteensä tämä runsaan noin 390 miljoonan euron korvaussumma on pieni osa sairaanhoitovakuutustenkin kokonaismenoista, koska samana vuonna 2005 lääkkeitä korvattiin 1,076 miljardilla ja sairauden vuoksi tehtyjä matkojakin 164 miljoonalla eurolla.

Suhteutettaessa yksityiset palvelujen käyttöä koko avoterveydenhuoltoon voidaan havaita, että yksityiset palvelut muodostavat merkittävän osan palvelu kokonaisuudesta, sillä yksityissektorin ja työterveyshuollon lääkärissäkäynnit olivat määrällisesti yli puolet julkisen sektorin terveyskeskusten lääkärikäynneistä. Luvut osoittavat, että avosairaanhoito erityisesti lääkäripalvelujen osalta on jakaantunut kolmeen päälohkoon, joista selvästi suurin ovat terveyskeskuspalvelut, mutta myös työterveyshuoltopalvelut ja yksityisesti annetut palvelut muodostavat merkittävän osuuden. Kehitys terveyskeskusten lääkärissäkäyntien osalta on viimeisen kymmenen vuoden aikana kulkenut supistuvaan suuntaan ja yksityissektorin käynnit ovat pysyneet melko tasaisina. Sen sijaan merkittävä käyntimäärien nousu on tapahtunut työterveyshuollon käynneissä.

Kuvio 10. Lääkäri-ikäkäynnit terveyskeskuksissa, työterveyshuollon sairaanhoidossa ja yksityissektorilla 1995–2004³⁵³.

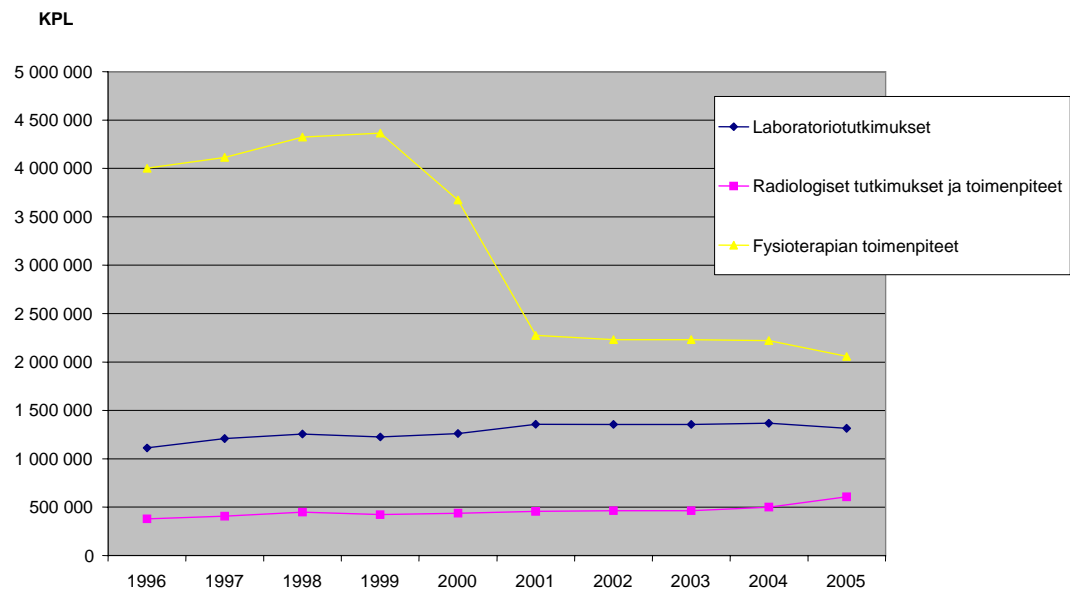


Lääkäri-ikäkäyntien lukumäärät osoittavat ainakin se, että järjestelmien välillä on selvä vuorovaikutus. Mikäli yksityisen palvelun ja työterveyshuollon tarjoamaa vaihtoehtoista palvelutapaa ei olisi, olisi terveyskeskuksissa ollut tarkastelun viimeisenä vuotena 2004 ollut noin 7 miljoonaa käyntiä enemmän, eli yhteensä noin 16 miljoonaa käyntiä. On oletettavaa, että näin suuri käyntimäärä ei olisi onnistunut nykyisillä terveyskeskusresursseilla ja terveyskeskusten kokonaiskustannukset, runsaat 2,5 miljardia (2003) olisivat lisääntyneet. Laskennallisesti voitaisiin ajatella, että lisämenot olisivat olleet 1,6 – 1,7 miljardia euroa enemmän. Vaikka sairausvakuutuksen ja terveyskeskusten rahoituksellinen yhteys katkesi vuonna 1983 osoittavat yllä esitetyt luvut, että julkisen ja yksityisen palvelusektorin antamilla palveluilla on huomattavaa heijastusta ja vuorovaikutusta toisiinsa. Lukuja tarkasteltaessa on myös muistettava, että sairaanhoitovakuutuksen korvaamalla lääkärinpalveluilla ja työterveyshuollon piirissä tapahtuvalla lääkärin vastaanotto toiminnalla on se merkittävä ero, että työterveyshuollossa työnantajalle korvataan 50 % yleislääkäritasoisesta avosairaanhoidosta, kun taas sairaanhoitovakuutuksen korvaama lääkärinhoito on 90

³⁵³ Lähde: Kansaneläkelaitoksen aktuaari – ja tilasto-osastolla Kelan tilastojen 2005 pohjalta laadittu kuva.

prosenttisesti erikoislääkäripalveluja. Työterveyshuollon ja sairaanhoitovakuutuksen palvelut siis tavallaan täydentävät toisiaan.

Kuvio 11. Laboratorio- ja radiologisten tutkimusten sekä fysioterapian toimenpiteiden määrät vuosina 1996–2005.³⁵⁴



Korvattujen laboratoriotutkimusten sekä radiologisten tutkimusten ja toimenpiteiden määrät ovat pysytelleet suhteellisen tasaisina vuodesta toiseen. Fysioterapiatoimenpiteiden väheneminen johtuu vuonna 2000 tehdystä taksan nimikeudistuksesta. Aikaisemmin erillisinä korvatut toimenpiteet yhdistettiin aikaperusteiseen taksaan ja yksittäisten nimikkeiden määrä väheni. Taksauudistuksen jälkeen toimenpiteiden määrä on pysynyt tasaisena. Vuonna 2005 laboratoriotutkimuksia korvattiin 1,3 miljoonaa kappaletta, radiologisia tutkimuksia 0,6 miljoonaa ja fysioterapian toimenpiteitä 2,1 miljoonaa kappaletta

Kuvien perusteella voitaisiin tehdä se havainto, että yksityisen sektorin rooli on pysynyt lähes paikallaan, mutta työterveyshuollon sairaanhoidon osuus on kasvanut 2000-luvulla samalla kuin käynnit terveyskeskuksessa ovat vähentyneet. OECD:n

³⁵⁴ Lähde: SAVAKE -työryhmän raportti 2006.

raportissaan tuoma huoli terveystalvelujen saatavuuden epätasa-arvoisuudesta näyttäisi juontuvan juuri tästä työterveyshuollon kasvaneesta roolista. Voidaan kuitenkin esittää vastakysymys, että eikö ole tärkeätä, että työssä olevat saavat hyvän sairaanhoidon ja pääsevät helposti työterveyshuollon kautta terveystalveluihin, jos toisena vaihtoehtona ovat pitkät sairauslomat ja menetykset kansantaloudelle? Onko kysymyksessä epätasa-arvo vai työikäisestä työvoimasta huolehtiminen? Tästä voidaan olla hyvin eri mieltä, mutta monet katsovat, että työikäisen pitkä jonotus lääkärielle terveystalvelukeskuksessa aiheuttaa enemmän yhteiskunnalle kustannuksia kuin työssä käyville tarjottu erityistalvelu päästä nopeasti työterveystäläkäriin vastaanotolle.

Kehittämistalveluista

Vuoden 1983 jälkeen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon ja kahden rahoituskanavan vuorovaikutuksen lisäämistä on selvitetty monissa toimikunnissa 1980- ja 1990-luvuilla, mutta esitykset eivät johtaneet toimenpiteisiin. Lehdon toimikunta vuonna 1993 esityksissään totesi, että asiakkaalla tulisi edelleenkin olla oikeus valita lääkäriinsä kunnallisen talvelujärjestelmän ulkopuolelta ja saada tähän yhteiskunnan tukea perustellen esitystään mm. sillä että valinnanvapaus oli koettu tärkeäksi käyttäjien piirissä. Yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteensovitusta tuli toimikunnan mielestä kehittää ja tarkastella terveydenhuoltoa säännönmukaisesti kokonaisuutena, jolloin myös yksityisen sektorin terveydenhuolto ja työpaikkaterveydenhuolto sisältyisivät tarkasteluun..³⁵⁵ Lehdon toimikunnan esitysten jättämisen jälkeen on sekä vuorovaikutuksen lisäämisessä että sairaanhoitovakuutuksen kehittämisessä ollut hyvin hiljaista, kunnes vuonna 2006 ilmestyi esiselvityksenä sosiaali- ja sosiaali- ja terveystalveluministeriölle Kelan SAVAKE-työryhmän raportti, joka antaa toivoa uuden kehittämiskauden alkamisesta.

Julkisen terveydenhuollon maksut ovat Suomessa tutkimusten mukaan Euroopan maiden korkeimmat ja poikkeavat jyrkästi muiden Pohjoismaiden terveydenhuollon maksuista. Suomalainen talvelujen tarvitsija joutuu julkista terveydenhuoltoa käyttäessään maksamaan korkeampia maksuja kuin muut eurooppalaiset. Näiden kustannusten subventointiin ei kuitenkaan käytetä sairausvakuutusta, vaikka ehkä juuri

³⁵⁵ Komiteanmietintö 1993:29, s. 66–68.

tässä kohdassa kaksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä voitaisiin löytää hedelmällistä yhteistyötä rahoituksen osalta

Kahden kanavan erisuuruudesta

Tarkasteltaessa Suomen terveydenhuollon kaksikanavaista rahoitusta joudutaan kiinnittämään huomiota kaksikanavaisen rahoitusmallin epäsuhtaan, sillä yhteiskunnan panostukset näihin kahteen järjestelmään ovat hyvin erisuhtaiset. Toisessa rahoituskanavassa kulkee vuositasolla yli 8 miljardia euroa vuodessa, josta runsaat 2,5 miljardia (2003) on avohoidon kustannuksia ja toisessa, jolla korvataan yksityisen sektorin lääkärinpalkkioita, hammaslääkärinpalkkioita, tutkimusta ja hoitoa sekä työterveyshuolto noin 390 miljoonaa euroa, josta työterveyshuollon osuus on noin 180 miljoonaa euroa. Työterveyshuoltoa voidaan antaa sekä julkisena että yksityisenä palveluna, joten puhtaasti yksityisten palvelujen korvaamiseen käytetään yhteiskunnan rahaa 210 miljoonaa euroa vuositasolla.

Edellä mainittuja lukuja arvioitaessa on muistettava, että työterveyshuollon ja hammashuollon kustannukset ovat sikäli poikkeavia julkisen ja yksityisen välissä, että lainsäädäntö ei hammashuollossa ole asettanut kunnalle samanlaista järjestämisvelvollisuutta kuin muussa terveydenhuollossa ja työterveyshuollon sairaanhoitoetuksien järjestäminen on työnantajalle vapaaehtoista. Mikäli työnantaja kuitenkin päättää kustantaa työntekijöilleen sairaanhoidon työterveyshuollon osana, saa hän sairausvakuutusrahastosta 50 % tämän palvelun aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Tässä tapauksessa työnantaja siis itse maksaa puolet työntekijän sairaanhoidon kustannuksista ja työterveyshuolto vapaaehtoisine lisäetuksineen³⁵⁶. Hammashuolto kuuluu maaliskuussa 2005 voimaan tulleen hoitotakuun piiriin, mutta tästä huolimatta suurissa kaupungeissa on edelleen (maaliskuu 2006) pitkiä jonoja.³⁵⁷ Hammashuolto ja työterveyshuolto eivät siten ole aivan vertailukelpoisia lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamiseen menevien kustannusten kanssa, jotka vuonna 2005 olivat yhteensä vajaat 118 miljoonaa euroa.

Jos katsotaan yhteiskunnan kannalta, mitä lääkärinpalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon panostetulla 118 miljoonalla saadaan, todetaan että tuloksena on 3,5 miljoonaa lääkärissä käyntiä ja 7 miljoonaa tutkimuksen ja hoidon toimenpidettä. Kiistattomasti tämä on yhteiskunnalle hyvin halpa saada näin paljon suoritteita. Puhtaasti

³⁵⁶ Työterveyshuollossa on pakollista järjestää vain ehkäisevä terveydenhoito, johon kuuluvat mm. määräaikaikaiset lääkärintarkastukset. Ehkäisevän terveydenhuollon kustannukset ovat huomattavasti pienemmät kuin sairaanhoidon kustannukset.

³⁵⁷ Helsingissä on yli vuoden jono terveystieteiden hammashuoltoon.

lääkärikäyntien osalta vertailu on vaikuttava; terveyskeskuksissa on vuodessa noin 9 miljoonaa käyntiä ja kustannukset (2003) 2 miljardia 511 miljoonaa, yksityisesti tehtyjä lääkärikäyntejä 3,5 miljoonaa ja kustannukset 62,5 miljoonaa. Jos otetaan työterveyshuollon käynnit laskuun mukaan, saadaan 7 miljoonaa käyntiä ja kustannukset noin 240 miljoonaa. On luonnollisesti selvää, että terveyskeskusten kustannukset eivät ole suoraan vertailukelpoiset sairausvakuutuksen korvausmenoihin, koska terveyskeskuksilla on monia viranomaistehtäviä, päivystysvelvollisuuksia ym. joita ei ole yksityisillä palveluntuottajilla, mutta tästä huolimatta kustannusten ero on merkittävä. Kustannusten ero on merkittävä myös silloin kun verrataan puhtaasti lääkärin alle 20 minuutin vastaanottokäynnin yksikkökustannusta, joka terveyskeskuksessa oli vuonna 2001 Stakesin tekemän selvityksen mukaan³⁵⁸ 54,70 euroa ja verrataan tätä siihen, että korvaus lääkärin 20 minuutin vastaanottokäynnistä yleislääkärin korvaustaksan mukaan 8,58 euroa ja erikoislääkärin korvaustaksan mukaan 12,87 euroa.³⁵⁹

Potilaan kannalta ”toisesta rahoituskanavasta” rahoitetulla hoidolla on se etu, että hänellä on aito mahdollisuus valita lääkäriinsä ja sekä saada ”toinen arvio diagnoosistaan, mikäli hän ei luota esim. terveyskeskuksessa saamaansa arvioon. Mahdollisuus saada ”toinen arvio” kuuluu monissa maissa potilaan perusoikeuksiin, mutta meillä sen mahdollistaa vain ”toinen kanava”. Suurena epäkohtana potilaan kannalta on kuitenkin se, että ”toinen kanava” rahoittaa vain 30 prosenttia hänen kustannuksistaan ja loput hän joutuu maksamaan itse. Yhteiskunta hyötyy siis ”toisen kanavan” korvaamista hoidoista paljon enemmän kuin potilas.

Sairaanhoitovakuutuksen kokonaisuudesta

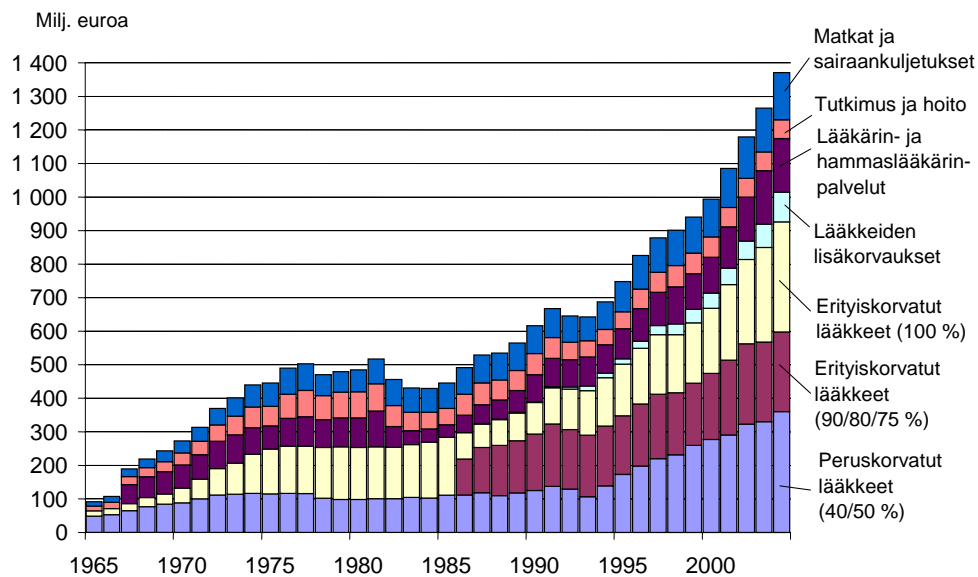
Kokonaisuudessaan ”toisen kanavan” eli sairaanhoitovakuutuksen terveydenhuollon kanavan kautta kulkee vuositasolla noin 1,45 miljardia euroa. Tästä lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaamiseen käytetään alle 10 prosenttia lääkekorvausten ja sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvausten viedessä suurimman osan kokonaisuudesta. Tilastoista nähdään, että lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon kustannukset ovat pysyneet hyvin tasaisina aina sairausvakuutusjärjestelmän käyttöön

³⁵⁸ Stakes: Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001.

³⁵⁹ Tämä esimerkki on myös SAVAKE-työryhmän raportissa sivulla 16.

otosta lähtien, kun sen sijaan lääke- ja matkakorvausten kustannuksissa nousut vuosittain ovat olleet huomattavia.

Kuvio 12. Sairaanhoidokorvausten kehitys 1965–2004, käyvin hinnoin.³⁶⁰



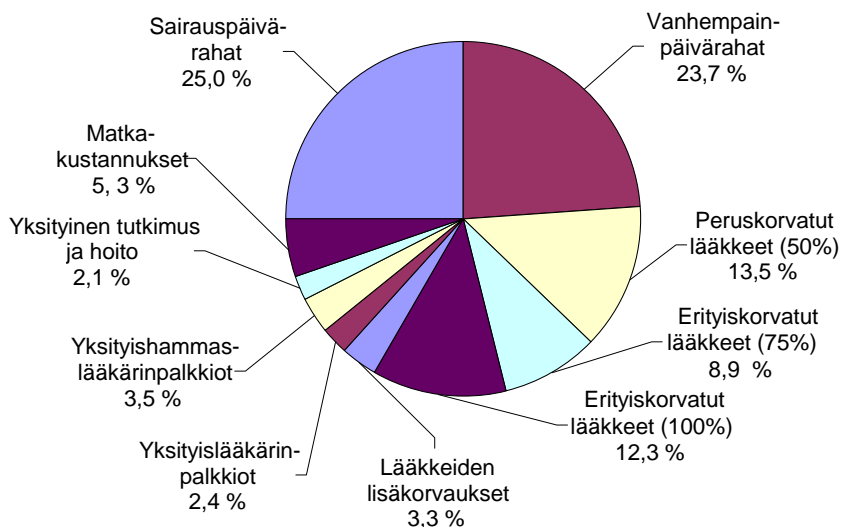
Lähde: Kela

Sairausvakuutuksen kokonaisuudessa sairaanhoidokorvaukset vievät kustannuksista noin puolet ja toimeentuloturvaetuedet toisen puolen. Yhteensä sairausvakuutus maksoi vuonna 2004 korvauksia 2 miljardia 676 miljoonaa euroa:

Kuva 13. Sairausvakuutuskorvausten jakautuminen etuuslajeittain 2004.³⁶¹

³⁶⁰ Lähde: Kelan tilastot 2005.

³⁶¹ Lähde: Kelan tilastot 2005.



Lähde: Kela

Vuonna 2004 yksityislääkäripalkkioiden korvaamiseen käytettiin 2,4 % ja tutkimuksen ja hoidon korvaamiseen 2,1 % sairausvakuutuksen kokonaismenoista. Sairaus- ja vanhempainrahojen kustannukset olivat samaan aikaan 49 % kokonaiskustannuksista ja lääkkeiden 34,7 %.. Yhteiskunnan panostus yksityisten terveystalvelujen subventioon on siis hyvin pieni, vaikka sillä saadaankin hyvin paljon palveluja vastineeksi. Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon pieni osuus johtuu pitkälti korvaustaksojen jälkeen jääneisyydestä, mutta vaikka korvaustaksoja nostettaisiin lähemmäksi lain tarkoittamaa tasoa, ei yhteiskunnan panostus näihin palveluihin nousisi kovin suureksi verrattuna panostuksiin julkisessa terveydenhuollossa. SAVAKE-työryhmä on arvioinut, että korvaustason korottaminen vuonna 2006 50 prosentin tasolle lisäisi korvausmenoja yhteensä 130 miljoonaa euroa ja kustannukset jakautuisivat seuraavasti: hammashoito 45 miljoonaa, lääkäripalkkiot 49 miljoonaa ja tutkimus ja hoito 36 miljoonaa euroa. Tätä vähäisempikin korvaustaksojen korotus voisi olla hyvin tärkeä palveluja tarvitsevalle kansalaiselle, joka on valinnut hoitomuodokseen yksityisen palvelun. Joillakin potilaille valinta ei edes ole vapaaehtoinen, koska hoitotakuu ei kaikilta ole toteutunut tavoitteiden mukaisena.³⁶²

SWOT-analyysi kaksikanavaisuudesta ja sairaanhoitovakuutuksesta

³⁶² Ks. STM:n tiedote 14.2. 2006: Vuoden 2005 lopussa yli kuusi kuukautta jonottaneita oli 4700. Neljä sairaanhoitopiiriä oli käytännössä päässyt kokonaan eroon yli kuuden kuukauden hoitonoista. oitonoissa oli kuitenkin vielä paljon ortopedisiä hoitoja tarvitsevia sekä kuulo- ja näköpalveluja odottavia iäkkäitä henkilöitä. Edelleen oli lapsia ja nuoria, jotka jonottivat määräaikoja pidempään psykiatrisia hoitoa vuodeosastolle.

Vastattaessa kysymykseen, onko terveydenhuollon rahoituksen kaksikanavaisuus heikkous vai vahvuus on katsottava, kenen näkökulmasta vastaus annetaan. Julkisen toimijan, eli kunnan ja valtion kannalta kaksikanavaisuus on selvästikin vahvuus, koska hyvin pienellä panostuksella saadaan aikaan paljon suoritteita. Palveluja tarvitsevien kansalaisten kannalta vahvuus on epäilemättä kahden kanavan avaama mahdollisuus valita julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä³⁶³ sekä mahdollisuus ”toisen arvion” (second opinion) saamiseen. Heikkoutena kansalaisen kannalta on järjestelmien täydellinen erillisuus maksujärjestelmissä sekä toisen kanavan kehittämisen laiminlyönti viimeisen kahden vuosikymmenen aikana, jolloin korvaustaksat on jätetty tarkistamatta inflaatio- ja kustannuskehityksestä huolimatta ja kansalaisten omavastuun on annettu nousta kohtuuttoman korkealle tasolle. On jopa pelättävissä, että kansanterveysinstituution edustajat ovat tietoisesti jarruttaneet korvaustaksojen tarkistusta ”kuivattaakseen” ajan kuluessa toisen kanavan. Tällainen toiminta, jolle valtuutusta sairausvakuutusmaksuja maksavilta kansalaisilta ei ole pyydetty, on kansalaisten tasa-arvoisen kohtelun kannalta erittäin arveluttavaa. Korvaustaksojen jättäminen tahallisesti jälkeen kohdistuu kipeimmin niihin vähätuloisiin kansalaisiin, jotka joko omasta halustaan tai siksi että eivät saa julkisesta terveydenhuollosta itseään tyydyttäviä palveluja, valitsevat hoitotavakseen yksityisen sektorin.

Kahden kanavan järjestelmälle uhkana on selvästikin se, että sen hyötyjä ei kaikilla tahoilla Suomessa tunnusteta, vaan järjestelmästä luopumista esitetään monilta vaikutusvaltaisilta ja arvovaltaisilta tahoilta.. Keskustelua toisen kanavan mahdollisuudesta täydentää palveluja ja kehittää järjestelmää on vaikea käydä, jos toisella osapuolella on hyvin negatiivinen suhtautuminen järjestelmään. Kuitenkin on selvästi nähtävissä, että toisen kanavan lopettamisen jälkeen vain hyvin toimeen tulevilla henkilöillä olisi enää mahdollisuus valita hoitomuodokseen yksityiset palvelut. Lisäksi julkisen tuen loppuessa yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä nousisi huomattavasti, mikä omalta osaltaan voisi jopa kiihdyttää terveydenhuollon yksityistymiskehitystä. Lopettaminen merkitsisi siis tasa-arvon kannalta taaksepäin menoa. Pienituloisilla ja työttömillä ei olisi valinnan mahdollisuutta, koska jo nytkin alhaiset korvaustaksat rajoittavat pienituloisten mahdollisuuksia käyttää valinnanvapautta terveydenhuollossa.

³⁶³ Ks. pohdintoja terveydenhuollon valinnan vapaudesta: ”Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa” Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16.

Mahdollisuuksia kaksikanavaisella järjestelmällä olisi nimenomaan toimimalla valinnan vapauden mahdollistajana tulevaisuudessakin. Tämä edellyttäisi kuitenkin sairaanhoitovakuutuksen järjestelmällistä kehittämistä julkisen järjestelmän rinnalla. Mahdollisuuksien hyödyntäminen edellyttäisi ennen kaikkea yhteiskunnan panostusta järjestelmään niin että korvaustaksat saataisiin nostetuksi ja sille tasolle, että myös vähätuloisilla olisi todellinen mahdollisuus käyttää valinnan vapauttaan palveluja tarvitessaan. SAVAKE-työryhmän esitykset on ensimmäinen osoitus yli kymmeneen vuoteen siitä, että sairaanhoitovakuutusta halutaan edelleen kehittää. Kehittämistyön onnistuminen edellyttäisi kuitenkin asenteiden muuttumista ennen kaikkea kansanterveysinstituutiota edustavien puolella ja kaksikanavaisen järjestelmän asenteellista hyväksyntää uusien mahdollisuuksien antajana. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset tulisi sielläkin puolella nähdä julkisen terveydenhuollon täydentäjinä eikä kilpailijana.

Jyrkkä erimielisyys sairaanhoitovakuutuksen asemasta ja merkityksestä on tähän asti jarruttanut kehitystä. Kuitenkin kehittämistyön aloittaminen korvaustaksoja nostamalla ei terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin verrattuna olisi kovin merkittävä taloudellinen kysymys. Mahdollisuudet julkisen ja yksityisen hedelmälliseen yhteistyöhön olisivat kuitenkin olemassa laajemmalla tasolla, jos asiaa alettaisiin selvittää ja kehittämistyöhön ryhtyä. Markkinatalous on väistämättä tullut myös terveydenhuoltoon ja uudessa ympäristössä 1970-luvun kansanterveysihanteet eivät enää voi toteutua meidän ajassamme. Kehitys on tapahtunut sairaanhoitovakuutuksesta riippumatta ja yksityisestä palvelutuotannosta on tullut merkittävä osa terveydenhuollon kokonaisuutta. Tässä muuttuneessa ympäristössä myös sairaanhoitovakuutuksella voisi olla huomattavasti nykyistä merkittävämpi rooli julkisen terveydenhuollon täydentäjänä.

Taulukko 5. SWOT-analyysi kaksikanavaisuudesta ja sairaanhoitovakuutuksesta .

<p>Vahvuudet: Yhteiskunnalle edullinen, pienellä panostuksella saadaan paljon palvelua. Sairaanhoitovakuutus tukee julkista terveydenhuoltoa ja vähentää paineita terveyskeskuksiin sekä antaa kansalaisille mahdollisuuden</p>	<p>Heikkoudet: Yhteiskunnan panostus sairaanhoitovakuutukseen on liian vähäinen ja palveluja tarvitsevilla, jotka maksuillaan osallistuvat järjestelmän ylläpitoon, on kohtuuttoman korkea omavastuu. Pienituloisilla ei tämän vuoksi ole mahdollisuus valita hoitopaikkaansa ja</p>
--	---

<p>valita hoitopaikkansa ja saada terveydentilastaan ”toinen arvio”</p>	<p>saada ”toista arviota” ja järjestelmän käyttäminen on painottunut hyvätuloisiin.</p>
<p>Uhat: Sairaanhoidovakuutuksen lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaaminen lopetetaan pohtimatta muita vaihtoehtoja ja pyrkimättä kehittämään järjestelmien välistä vuorovaikutusta.. Tätä todennäköisempi uhka on kuitenkin se, että korvaustaksojen ei enää lainkaan tarkisteta, jolloin järjestelmä menettää kansalaisten keskuudessa merkityksensä ja asemansa. Kun prosessi etenee riittävän pitkälle, järjestelmä voidaan lopettaa ”merkityksettömänä”.</p>	<p>Mahdollisuudet: Sairaanhoidovakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon keskinäistä vuorovaikutusta kehitetään ja löydetään terveydenhuollon kokonaisuutta ja kansalaisia parhaiten palveleva ratkaisu, jossa yksityiset palvelut optimaalisessa tavalla tukevat julkista terveydenhuoltoa ja jossa yksityisen vaihtoehdon valinnut kansalainen saa maksamalleen sairausvakuutusmaksulle kohtuullisen vastineen yhteiskunnan kohtuullisella määrällä osallistuessa hoidon kustannuksiin.</p>

Kehityksestä muissa maissa ja edistyksen vertailua

USA on ainoa läntinen hyvinvointivaltio, jolla ei ole universaalista terveysohjelmaa. Universaalista sairausvakuutusjärjestelmää luotaessa havaitaan kuusi kriittistä käännekohtaa, jotka ajoittuvat 1910-, 1930-, 1940-, 1960-, 1970- ja 1990-luvuille. Näinä aikoina terveydenhuollon uudistajat pyrkivät universaaliseen terveysvakuutukseen, mutta edistystä tapahtui vain 1960-luvulla, jolloin Medicare- ja Medicaid-ohjelmat luotiin. USA:n terveydenhuollolle ovat tyypillistä korkeat kustannukset, huomattava tukeutuminen yksityiseen rahoitukseen sekä suuret aukot kattavuudessa.³⁶⁴ Syynä siihen, että yritykset universaalien järjestelmän toteuttamiseen eivät ole onnistuneet on pidetty järjestäytyneen työväestön vähäisyyttä, maassa vallitseva epäluuloa hallituksen toimia kohtaan sekä lääkärijärjestön (AMA) ja yksityisten vakuutusyhtiöiden tehokasta ja näkyvää muutosvastarintaa. Nämä seikat yhdessä USA:n hallituksen rakenteen ovat johtaneet niihin poliittisiin valintoihin, joita on tehty edellä mainituissa kriittisissä käännekohdissa, jolloin muutos olisi ollut mahdollinen. Uudistuksen aikaan saaminen on ajan myötä aina vaikeutunut enemmän, koska negatiiviset palautteet edellisistä käännekohdista alkoivat vaikuttaa uusissa käännekohdissa. Kehitys johti universaalisen sairausvakuutusjärjestelmän sijasta Suomen työterveyshuoltoa muistuttavaan terveysturvaan, jossa työnantaja vakuuttaa työntekijänsä sairauden varalle. Samalla kehitys ohjautui kohti yksityisiä sairausvakuutuksia ja yksityisiä palvelujen tarjoajia julkisen järjestelmän sijasta. Näiden muodostamat instituutiot tulivat ajan myötä yhä vahvemmiksi ja saattoivat seuraavissa käännekohdissa ohjaamaan polun kulkua.

Tarkasteltaessa toimijoita USA:n kriittisissä käännekohdissa voidaan todeta, että aiemmin 1910-, 1930- ja 1940-luvulla muutosvastarinnan kärjessä oli nimenomaan lääkäreiden etujärjestö. Myöhemmin hallituksen ponnisteluja vastustivat näkyvimmin yksityiset vakuutusyhtiöt ja toiminnan ohjaus siirtyi pois lääketieteen asiantuntijoilta. Prosessin aikana syntyi mahtavia instituutioita, joista tärkeimmät olivat sairausvakuutuksia myöntävät yhtiöt. Yhtiöt ostivat terveyspalvelut yksityisiltä palvelun tuottajilta ja näin julkinen terveydenhuolto jäi vähemmälle kehitettäessä maan terveydenhuoltoa. Yksityisten instituutioiden vahvistuessa kustannukset pitkään kuljetulta polulta poikkeamiselle olisivat olleet suuret eikä viimeksi 1990-luvulla presidentti Clintonin esittelemällä sairausvakuutusuudistuksella ollut enää mitään mahdollisuutta toteutua.

³⁶⁴ Hacker 1998, s. 107.

Sairausvakuutusohjelmien eteneminen USA:ssa voidaan nähdä historiallisena prosessina, jonka yksityiskohdat ja tapahtumat määrittivät mahdolliset tulokset. Tilaisuudet, jolloin ”ovi avautui” kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän toteuttamiseen olivat lyhytaikaisia. Oven avautuessa ensimmäisen kerran lääkäreiden etujärjestö pystyi rajulla propagandallaan torjumaan esityksen. Lääkärit eivät halunneet valtion puuttuvan millään tavoin lääkärin ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen. Tästä alkoi ”negatiivisten palautteiden” polku, jossa terveydenhuoltoa kyllä annettiin mutta ilman kansallista rahoitusjärjestelmää potilaiden itse rahoittaessa hoitonsa.

Oven avautuessa seuraavan kerran lamakauden seurauksen 1930-luvulla lääkärijärjestöjen rinnalle olivat tulleet jo vakuutusyhtiöt vastustuksen ollessa entistä ankarampaa. Lääkärijärjestöt olivat tuolloin kuitenkin hyväksyneet yksityiset sairausvakuutukset potilaiden kustannusten kattamiseksi, millä oli vaikutusta vastaiseen kehitykseen.³⁶⁵ ”Sattumanvarainen käänne”, joka muutti polun kulkua, tapahtui USA:ssa toisen maailmansodan aikana, jolloin työnantajat alkoivat kiertää palkkasäännöstelyä antamalla työntekijöilleen terveystalvuuksia työsuhde-etuna. Tämä tapa jäi työmarkkinoille sodan jälkeenkin ammattiliittojen alkaessa suosia työpaikkakohtaista terveysturvaa. Kansalaisen itsensä kustantama järjestelmä muuttui käännekohtien seurauksena työnantajan antamaksi terveysturvaksi, eli tapahtui dislokaatio, jossa polun suunta muuttui. Tämä suunta alkoi vahvistua positiivisten palautteiden kautta, sillä työssä käyvät olivat tyytyväisiä työnantajaltaan saamaansa terveysturvaan eivätkä äänestäjinäkään tavoittelleet kansallista järjestelmää. Näin universaalista sairausvakuutusturvaa ajavien rivit harvenivat ja tavoitteet supistettiin niiden kansalaisten aseman vahvistamiseen, jotka eivät olleet työsuhhteessa, eli vanhuksiin ja köyhiin. Heidän saamiseen terveysturvan piiriin toteutettiin Medicare (yli 65-vuotiaiden) ja Medicaid (köyhien) sairausvakuutusjärjestelmät 1960-luvun puolivälissä osana presidentti Johnsonin köyhyyden vastustamisohjelmaa.³⁶⁶ Poliitiikan muuttaminen johti kuitenkin myös siihen, että USA:ssa ei edelleenkään ole kansallista sairausvakuutusta.

Verrattaessa polkuriippuvuuden toteutumista Suomessa ja USA:ssa voidaan todeta tiettyjä eroavaisuuksia. Suomessa kehityksen esteenä ja hidastajana eivät niinkään ole

³⁶⁵ Hacker 2002, s. 179–220.

³⁶⁶ Hacker 2002, s. 221–269.

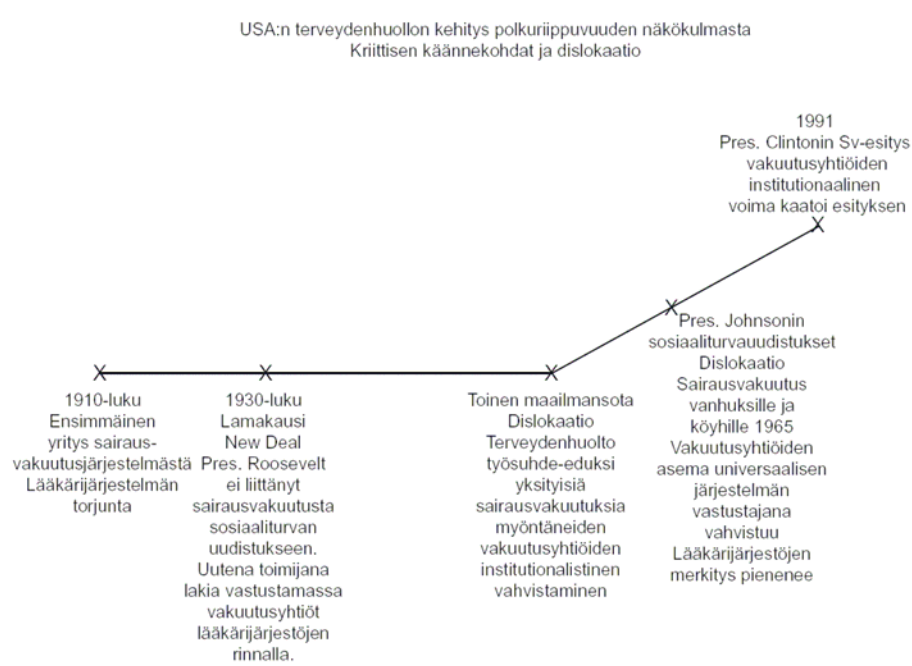
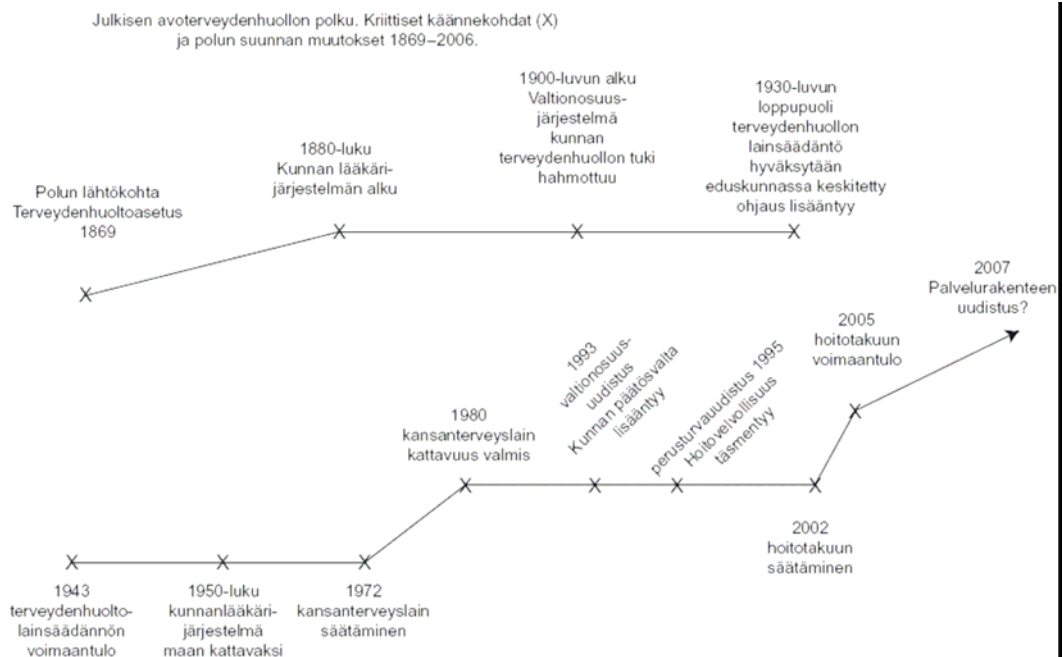
olleet asenteet ja ideologiat vaan ulkoiset tekijät ja riittämättömät taloudelliset resurssit.³⁶⁷ USA:ssa kansallisen sairausvakuutuksen on ollut pitkälti ideologinen asia ja silloin myös sattumanvaraiset seikat ovat voineet vaikuttaa polun kulkuun. Suomessa sattumanvaraiset seikat vaikuttivat ehkä 1920-luvulla sairausvakuutusesityksen hylkäämisen yhteydessä, koska perusteet hylkäämiseen vaikuttavat ”haetuilta”. Saman kaltaisuutta USA:n kanssa on siinä, että myös Suomessa hylkäämiseen vaikutti lääkäreitä edustavan järjestön jyrkän kielteinen kanta uudistukselle³⁶⁸. Muutoin terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusjärjestelmän kehittämistä on haitannut Suomessa eniten Suomen taloudelliset rajoitteet, jotka ovat johtaneet terveydenhuollolle epäedullisiin priorisointeihin.³⁶⁹ Merkittävä kehitykseen vaikuttanut tekijä USA:ssa on myös maan liittovaltioluonne, joka on vaikeuttanut suurten uudistusten tekemistä ja antanut intressiryhmille paljon mahdollisuuksia vaikuttaa päätöksentekoon. Suomen kaltaisessa yksikamarisen eduskunnan maassa toimijoina ovat olleet ennen kaikkea puolueet ja puolueiden ohjelmat ja käytännön toiminta on ratkaissut polun suunnan, mikäli taloudelliset esteet eivät ole tehneet uudistusta mahdottomaksi toteuttaa.

Jos vertaillaan piirroksen avulla Suomen ja USA:n kehitystä polkuriippuvuuden näkökulmasta voisi kuva olla seuraava:

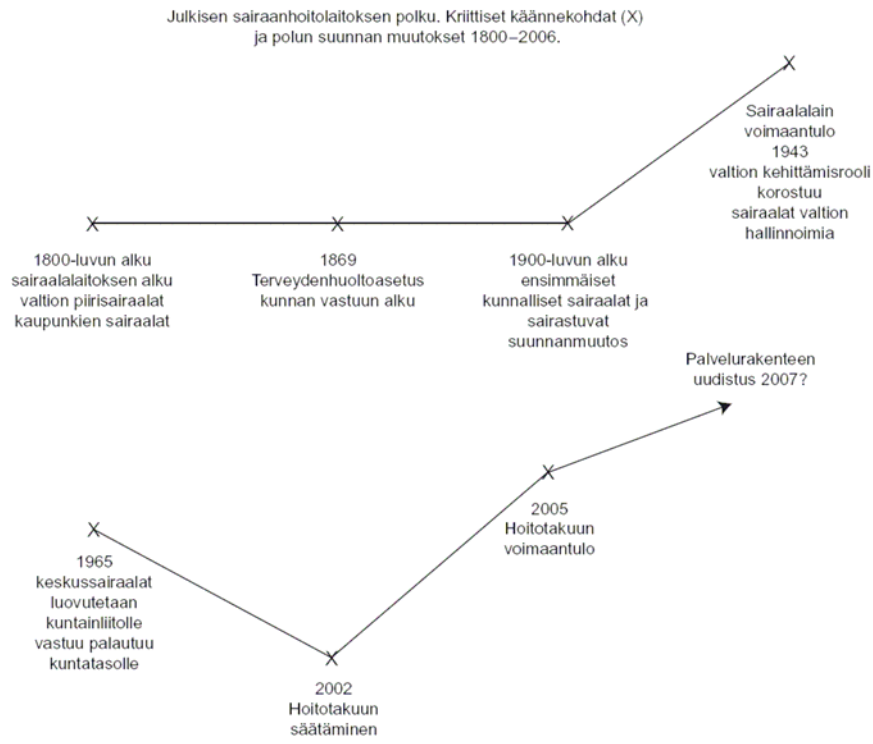
³⁶⁷ Suomessa lääkäreitä edustava järjestö vastusti 1920 ja 1930-luvulla sairausvakuutusjärjestelmää ja tällä vastustuksella oli merkittävä osuus siihen, että sairausvakuutuslakiesitys hylättiin 1920-luvun lopulla. Sittemmin järjestö muutti kantaansa sodan jälkeen.

³⁶⁸ Korostetusti oli hylkääjien perusteena se, että sairausvakuutus aiheuttaa väärinkäytöksiä ja turhia käyntejä lääkäreissä.

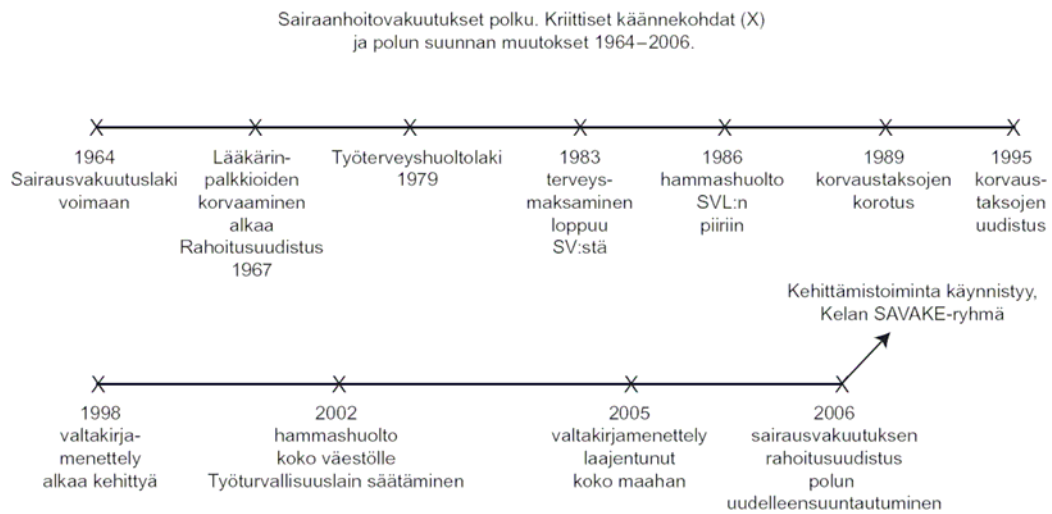
³⁶⁹ Suomessa lääkärijärjestöt vaikuttivat ratkaisevasti vuoden 1929 sairausvakuutuslain hylkäämiseen. Sen jälkeen lääkärijärjestöjen rooli kehityksessä ei ole ollut kovin näkyvä. Lääkärit eivät ole vastustaneet kuukausipalkkaisuutta keskussairaaloissa, kuten monissa muissa maissa.

Kuvio 14. USA:n terveydenhuollon kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.**Kuvio 15.** Suomen julkisen avoterveydenhuollon kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.

Kuvio 16. Julkisen sairaanhoitolaitoksen kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.



Kuvio 17. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta



Edellä mainitut kaaviot perustuvat aiempiin kuvauksiin kehityksestä Suomessa ja USA:ssa. Toista maailmansotaa on pidettävä merkittävänä dislokaationa USA:ssa, koska silloin polku lähti pysyvästi työsuhteisen terveysturvan suuntaan, joka vahvisti alan yksityisiä instituutioita, ennen kaikkea yksityisiä vakuutuksia myöntäviä yhtiöitä ja transaktio universaaliin järjestelmään on hyvin vaikeata, koska nämä vahvat instituutiot voivat ohjata polun suuntaa. Siksi päähuomio kehityksessä on kääntynyt niiden terveysturvaan, jotka eivät ole työsuhteessa. Suomen julkisessa avoterveydenhuollossa on monia merkittäviä käännekohtia, jotka eivät kuitenkaan aiheuttaneet dislokaatiota. Dislokaatio syntyi kuitenkin vasta kansanterveysturvan säätämistä, joka muutti pysyvästi polun suuntaa ja perusti kansanterveysinstituution, joka on siitä lähtien voinut ohjata Suomen terveydenhuollon suuntaa. Toinen merkittävä dislokaatio oli vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu, joka täsmensi kunnan terveydenhuollon järjestämisvelvollisuutta suhteessa palveluja tarvitsevaan kansalaiseen. Kysymysmerkillä on varustettava tuleva kuntien palvelu-uudistuksen aiheuttama dislokaatio, jonka yksityiskohdat eivät vielä tiedossa. Julkisen terveydenhuollon laitoskehityksessä merkittävä dislokaatio tapahtui viime vuosisadan vaihteessa, kun kunnallisia sairaaloita alettiin perustaa. Se avasi kunnallisen järjestämisvastuun polun myös sairaalalaitoksen osalta. Sairaalalaitoksen polku on kuitenkin ollut mutkaisempi kuin avohoidossa, koska välillä valtio otti kehittämisvastuun. Hoitotakuu ja tuleva palvelurakenneuudistus aiheuttavat dislokaation myös sairaalalaitoksen polussa. Sairaanhoidovakuutuksen kehityksessä on useita käännekohtia, jotka eivät kuitenkaan ole aiheuttaneet varsinaista dislokaatiota, joka syntyi vasta rahoitusuudistuksessa vuonna 2006, kun sairaanhoidovakuutuksen ja toimeentulovakuutuksen rahoituspohjat erkanivat toisistaan.

Polkuriippuvuuden teorian pohjalta voidaan tarkastella myös monien Euroopan maiden terveydenhuollon kehittymistä. Ruotsissa kriittinen käännekohta koko sosiaali- ja terveydenhuollon vastaiselle kehitykselle oli työmarkkinajärjestöjen solmima Saltsjöbadenin sopimus 1930-luvun alussa. Sopimus avasi tien sosiaali- ja terveysturvan kehittämiseksi yhteistyössä työnantaja- ja työntekijäpuolen kanssa. Sopimus ei kuitenkaan syntynyt sattumanvaraisesti vaan oli huipentuma vuosikausia tapahtuneesta lähentymisestä osapuolten välillä. Saltsjöbadenin sopimus avasi hyvin tietoisesti valitun polun Ruotsin terveysturvan kehitykseen. Sopimuksen solmimisen jälkeen ja lääkärinkunnan osittaisesta vastustuksesta huolimatta Ruotsiin luotiin kansallinen terveysturvajärjestelmä. Ratkaisevaa kehitykselle oli se, että uudistusta ajavalla

sosialidemokraattisella puolueella, oli riittävä enemmistö eduskunnassa. Enemmistö vähensi ratkaisevasti sattumavaraisuuden vaikutusta kehitykseen ja myös uudistusta vastustavien etujärjestöjen mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon oli rajallista.³⁷⁰ Ruotsissa polun suunta on Saltsjöbadenin sopimuksen solmimisen jälkeen ollut melko suora. Merkittävää parlamentaarisen tilanteen vakauden ohella on ollut ammattiyhdistysliikkeen ja ennen kaikkea ammatillisen keskusjärjestön LO:n antama tuki terveydenhuollon kehittämiseksi. Ammattiyhdistysliikkeen vaikutus on nähtävissä myös siinä, että Ruotsin terveydenhuollon rakenteissa eri aikoina on työpaikkakassojen asema merkitys ollut aina vahva ja keskeinen. Sosialidemokraattista puoluetta enemmän Ruotsissa kehitykseen vaikutti ns. sairauskassaliike, koska sairauskassat juurtuivat jo varhain Ruotsin teollisille työpaikoille ja muodostivat vahvan instituution, joka pystyi ohjaamaan kuljettavan polun suuntaa. Ammatillisen keskusjärjestö LO:n alkaessa tukea sairauskassaliikettä instituutio edelleen vahvistui ja muodosti vähitellen Ruotsin terveyskehityksen valtavyöhykkeen sosialidemokraattisen puolueen alkaessa hallitus- ja parlamenttitasolla edistää kehitystä. Näin vahvaa instituutiota eivät intressiryhmät pystyneet horjuttamaan ja näin esimerkiksi lääkärijärjestöjen rooli kehityksessä jäi Ruotsissa pienemmäksi kuin monissa muissa maissa.

Polkuriippuvuuden teorian pohjalta voi myös tarkastella terveydenhuollon kehitystä Isossa-Britanniassa, Ranskassa ja Sveitsissä. Isossa-Britanniassa kriittinen käännekohta oli toinen maailmansota ja sen aikana laajalti hyväksytty ”beveridgeläinen” ajattelu kaikille kansalaisille kuuluvasta sosiaali- ja terveysturvasta. Sota ja sen vaikutus ei kuitenkaan merkinnyt kovin jyrkkää käännoästä aiemmin kuljettuun polkuun nähden, koska kansallista terveydenhuoltoa oli Isossa-Britanniassa alettu kehittää järjestelmällisesti jo 1800-luvulta alkaen ja ensimmäinen sairausvakuutuslaki hyväksyttiin Isossa-Britanniassa jo vuonna 1911. Beveridgeläisen ajattelun läpimurtoa toisen maailmansodan aikana onkin siten pidettävä pikemmin aiempien positiivisten palautteiden tuloksena, jonka esillepääsyä sodan aiheuttamat poikkeusolot edistivät. Toiseen maailmansotaan mennessä oli jo vuodesta 1911 lähtien luotu instituutioita, jotka vaikuttivat polun kulkuun vahvistaen terveydenhuollon kehittämistä suosivia tahoja. Toinen maailmansota oli kuitenkin käännekohta, joka levensi olennaisesti polkua ja nopeutti kehitystä niin että Isossa-Britanniassa otettiin käyttöön kansallinen terveyspalvelujärjestelmä (NHS) jo vuonna 1948.³⁷¹

³⁷⁰ Ks. Immergut 1992 kehityksestä Ruotsissa..

³⁷¹ Ks. Ison-Britannian kehityksestä: Barr 1998.

Ranskassa sattumanvaraiset ja ulkoiset seikat ovat huomattavastikin vaikuttaneet sairausvakuutusjärjestelmän syntyyn ja kehitykseen. Ennen sotaa sairausvakuutusjärjestelmää ei maassa ollut ja sodan jälkeisessä Ranskassa puolueiden hajanaisuus ja monilukuisuus aiheutti sen, että tarvittavaa enemmistöä uudistusten taakse ei ollut löydettävissä. Intressiryhmät, joiden kärjessä olivat lääkärijärjestöt toimivat tehokkaasti vastustaakseen sairausvakuutusjärjestelmän hyväksymistä ja hajanainen puoluekenttä antoi heille hyvät mahdollisuudet onnistua. Ranskan kehitykselle oli tyypillistä myös ulkopuolisten tekijöiden vaikutus kehitykseen ja merkittävä käännekohta oli viidennen tasavallan syntyminen, joka poisti hajanaisen puoluekentän aiheuttamat esteet. Viidennen tasavallan myötä Ranskaan tuli uusi, presidenttivaltainen perustuslaki, joka antoi presidentille ja hallitukselle mahdollisuuden toteuttaa uudistuksia jopa vastoin parlamentin tahtoa. Tämä antoi viidennen tasavallan hallitukselle ottaa käyttöön samantyyppisen sairausvakuutusjärjestelmän kuin Saksassa oli toteutettu jo Bismarckin aikana ja joka perustui ammattialakohtaisiin sairauskassoihin. Ranska valitsi siis ”bismarckilaisen” tavan toteuttaa terveydenhuollon rahoitusta, mikä merkitsi myös melkoista kirjavuutta, koska eri sairauskassojen säännöt määräisivät myös etuuksien tason. Merkittävä käännekohta, joka vaikutti sairausvakuutusjärjestelmän syntymiseen Ranskassa, oli viidennen tasavallan perustuslain säätäminen. Uusi perustuslaki vähensi intressiryhmien mahdollisuuksia vaikuttaa päätöksentekoon.

Tarkasteltaessa Sveitsin kehitystä polkuriippuvuuden näkökulmasta tulee sattumanvaraisuus erityisen silmiinpistäväksi esiin. Sveitsissä tapahtuneella kehityksellä onkin paljon yhtymäkohtia USA:han, sillä Sveitsin lääkäreiden etujärjestö on jyrkästi ja tehokkaasti vastustanut sairausvakuutusjärjestelmän omaksumista. Sveitsin institutionaalinen erityispiirre on kuitenkin se, että vaikka parlamentti hyväksyy lain, kuten sairausvakuutuslain, on sen jälkeen kansalaisilla mahdollisuus viedä asia vielä kansanäänestykseen. Tätä mahdollisuutta sairausvakuutusjärjestelmän vastustajat ja ennen kaikkea lääkäreiden etujärjestö, käytti hyväkseen. Kansanäänestysinstituutio on kirjattu Sveitsin perustuslakiin, joten se antaa minkä tahansa uudistuksen vastustajille tehokkaan aseensa. Kansanäänestyskampanjoissa propagandan käytön mahdollisuus on suurempi kuin parlamenttiin vaikutettaessa. Sen jälkeen kun Sveitsin parlamentti hyväksyi sairausvakuutuslain, lain vastustajat keräsivät riittävästi nimiä kansanäänestystä varten. Myös kansanäänestystä edeltävässä vaalikampanjassa lain

vastustajat olivat aktiivisempia ja loppujen lopuksi sairausvakuutusjärjestelmä hylättiin kansanäänestyksen tuloksena. Näin Sveitsissä ei edelleenkään ole USA:n tapaan sairausvakuutusjärjestelmää, vaan yhteiskunnan tuki terveydenhuollolle kanavoituu lähinnä terveydenhuollon yksiköiden saamien avustusten kautta. Kansanäänestys on hyvin sattumanvarainen instituutio ja näin polkuriippuvuusteoriaan kuuluva sattumanvaraisuuden elementti ratkaisi sairausvakuutuksen kohtalon Sveitsissä.³⁷²

Yhteenvedona voidaan todeta, että polkuriippuvuuden teoria sopii ehkä paremmin USA:n ympäristöön kuin Eurooppaan. USA:ssa liittovaltion rakenne tekee suuret sosiaali- ja terveystaloudelliset uudistukset vaikeiksi toteuttaa. Aina ei ole selvää, mikä uudistus tulisi toteuttaa liittovaltio- ja mikä osavaltiotasolla. Sairausvakuutusjärjestelmää on yritetty toteuttaa kummallakin tasolla, mutta vastustus on aina ollut liian kovaa eikä positiivisia palautteita ole päässyt syntymään, negatiivisia sitäkin enemmän. Lisäksi uudistumahdollisuuksia USA:ssa heikentää politiikan individuaalisuus. Yksilöiden toimet merkitsevät enemmän USA:ssa kuin Euroopassa, jossa toiminta on enemmän kollektiivista ja puolueiden ohjelmiin ja tavoitteisiin sidotumpaa. Sattumanvaraisilla seikoilla onkin ollut suurempi vaikutus kehitykseen USA:ssa kuin Euroopassa³⁷³. Kaikki polkuriippuvuuden teorian keskeiset elementit toteutuvat siis USA:ssa, jossa teoria on syntynytkin, mutta teoriolla voidaan selittää kehitystä myös Euroopassa.

Talusteoreettisia pohdintoja

Eräs tämän tutkimuksen alussa esitetyistä kysymyksistä, voidaanko tapahtuneesta kehityksestä tehdä mitään johtopäätöksiä toiminnan tehokkuuden ja tasa-arvon näkökohdista? Vastaus kysymykseen ei ole helppoja yksioikoinen. Edellä jo todettiin OECD:n tilastot hoitoon pääsyn eriarvoisuudesta Suomessa ja esitettiin huomautus siitä, loukkaako tasa-arvoa se, että työssä käyvistä pyritään pitämään muita parempaa huolta työkyntöisyyden ylläpitämiseksi. OECD:n tilastot ja suositukset ovat kuitenkin vaikuttaneet sairaanhoitovakuutuksen asemaan ja kiihdyttäneet keskustelua siitä, onko sairaanhoitovakuutuksella merkitystä tai jopa, onko sen säilyttäminen tarpeen julkisen

³⁷² Ks. Ranskan ja Sveitsin kehityksestä Immergut 1992.

³⁷³ Hacker 2002 kertoo sairausvakuutuksen toteuttamisyrityksestä mm. Kaliforniassa ja New Yorkissa. New Yorkissa sairausvakuutuslaki hyväksyttiin periaatteessa vuonna 1916 osavaltion senaatissa, mutta senaatin puheenjohtaja esti asian pääsemisen lopulliseen äänestykseen. Siksi laki ei koskaan läpäissyt senaatin käsittelyä. (Hacker 2002, s. 196.)

terveyspalvelun rinnalla. Tosin edellä esitetyt tilastot osoittavat, että epätasa-arvoisuutta ei aiheuta niinkään lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvaaminen vaan lisääntyneet työterveyshuollon sairaanhoitoetuudet, jotka ovat saattaneet jopa vähentää terveyskeskusten käyntimääriä. OECD on suosituksissaan vain tehnyt johtopäätöksiä tilastoista eikä ole paneutunut tilastojen taustalla oleviin syihin. Järjestelmän hyvät ja huonot puolet on jätetty arvioimatta ja kiinnitetty huomiota vain yhteen yksityiskohtaan. Siksi tasa-arvon toteutumisen selvittäminen kaipaisi lisätutkimusta kokonaiskuvan saamiseksi. Tässä historialliseen kehitykseen keskittyneessä tutkimuksessa ei tullut esiin sellaisia tuloksia, jotka olisivat antaneet lisävalaistusta tasa-arvon toteutumisesta Suomen terveydenhuollossa, mutta silti joitakin näkökohtia voidaan esittää.

Terveystaloustieteilijät ja muut taloustieteilijät ovat tuoneet esiin toiminnan tehokkuuden ja tasa-arvonäkökulman terveydenhuollon toteuttamisessa. Esimerkiksi Le Grand, Propper ja Robinson ovat todenneet, että terveydenhuollon taloudellisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat tehokkuus ja tasa-arvo.³⁷⁴ Tasa-arvoa terveydenhuollon yhteydessä voidaan määritellä monin tavoin. Yleisimmin käytetään sellaisia käsitteitä kuin: a) hoidon minimitaso/vähimmäismäärä, b) samantasoinen hoito samantasoiseen tarpeeseen sekä c) samanlainen oikeus kaikilla päästä hoitoon. Tehokkuudesta tekijät toteavat, että terveydenhuollon tehokas taso saavutetaan silloin, kun lisähoidon marginaalinen kustannus on sama kuin hoidosta saatava marginaalinen hyöty.

LeGrandin ym. mukaan terveydenhuollossa on hoidon tarpeesta saatavan tiedon epävarmuudesta ja epätäydelliseen kuluttajainformaatiosta johtuvia erityispiirteitä, jotka estävät markkinatalousjärjestelmän tehokkaan toteuttamisen. Nämä tekijät johtavat helposti monopoleihin ja ulkoisten tekijöiden vaikutukseen eivätkä markkinatalouden hyödyt toteudu. Markkinatalous ei myöskään toteuta tasa-arvoa hoidon saamisessa ja valtiolta puuttuukin terveydenhoidon markkinoihin antamalla itse hoitoa tai sääntelemällä terveydenjärjestelmää joko suoraan tai verotuksen keinoin. Kansallisessa terveydenhoitojärjestelmässä käytetään kaikkia näitä kolmea keinoa, koska markkinat epäonnistuvat. Valtio antaa terveyspalveluja vastustaakseen monopolikehitystä ja sääntelee toimintaa välttääkseen epätäydellisen kuluttajainformaation aiheuttamia ongelmia. Julkista tukea annetaan, koska on epävarmuutta ja samalla halutaan poistaa ulkoisten tekijöiden vaikutusta.

³⁷⁴ LeGrand ym. "The Economics of Social Problems" (Le Grand ym. 1992).

Valtion toiminta voi olla haitallista silloin, jos julkisten terveystalvelujen tuotanto aiheuttaa kilpailun puuttumisesta johtuvaa tehottomuutta. ja rajoittamattomat tuet voivat johtaa palvelujen ylikäyttöön ja epätasaiseen palvelujen jakeluun. Viime aikoina onkin etsitty kannustimia, joilla terveydenhuollon tehokkuutta voitaisiin lisätä. Esimerkkinä mainitaan terveydenhuollon budjetit perusterveydenhuollon lääkäreille Isossa-Britanniassa.³⁷⁵

Nicholas Barr on tutkinut valtion puuttumisen seurauksia ja sosiaalivakuutuksen asemaa terveydenhuollossa. Barr toteaa tehokkuuden arvioinnin vaikeudet terveydenhoidossa, koska annettu hoito on input ja parantunut terveys output. Näiden kahden suureen välistä suoraa yhteyttä on vaikea tutkia luotettavasti. Terveydenhuoltoon meneviä kustannuksia voidaan kyllä selvittää, mutta terveyttä itseään on vaikea määritellä muuta kuin lavein indikaattorein. Tällaisia indikaattoreita voivat olla esim. lapsikuolleisuus, elämänajan odotus jne.³⁷⁶ Suoran syy-yhteyden osoittaminen input - output menetelmällä on hyvin vaikeaa. Koskaan ei voida varmoja siitä, kuinka paljon potilaan terveyden parantuminen on johtunut annetusta hoidosta ja kuinka paljon luonnon itsestään toteuttamasta elvytyksestä, joka olisi voinut tapahtua ilman hoitoakin. Lisäksi on vaikea täsmällisesti määritellä, milloin potilas on täysin parantunut ja terve.

Barrin mukaan terveydenhuolto sopii huonosti markkinatehokkuuden ympäristöön epätäydellisestä informaatiosta, kuluttajien epätasaisesta vaikutusmahdollisuudesta, ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta sekä tekniset ongelmista johtuen. Nämä ongelmat vaikuttavat sekä kysyntä- että tarjontapuolella ja siksi yksityinen markkinatalous on lähinnä hypoteettinen käsite terveydenhuollossa. Rajoittamattomat yksityiset markkinat terveydenhuollossa ovat Barrin mukaan epäsoivia suhteessa tunnustettuun sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen ja samalla nämä yksityiset markkinat ovat tehottomia. Tehokkuus terveydenhuollossa vaatii vähimmillään huomattavaa valtion sääntelyä ja rahoitusjärjestelyä. Informaatio-ongelmista johtuen kansallisella terveysjärjestelmällä on Ison-Britannian mallin mukaisesti monia etuja. Tasa-arvoon perustuva terveydenhuollon järjestelmä on menestyksellinen, koska siinä tehokkuusvaatimus täyttyy. Tarjontapuolella päätökset hoidosta tehdään lääkäreiden toimesta, jolloin

³⁷⁵ LeGrand ym "The Economics of Social Problems" (Le Grand ym. 1992), s. 36–64.

³⁷⁶ Nicholas Barr: *The Economics of the Welfare State*, Oxford 1998, s. 281.

vältetään pahimmat kuluttajan välinpitämättömyydestä aiheutuvat seuraukset. Kuluttaja ei itse voi päättää saako hän hoitoa vai ei.³⁷⁷

Mikael Forss on esittänyt artikkelissaan ”Försäkring och framgång” näkemyksiä vakuutusmuotoisesta terveydenhuollon rahoittamisesta. Hän esittää, että vakuutuksella on rahoitusnäkökulmasta pitkät perinteet ja näitä perinteitä voitaisiin hyödyntää nykyistä enemmän myös julkisella sektorilla. Hän toteaa, että toistaiseksi on vain vähän selvitystä siitä, miten kunnat ja muut julkiset toimijat voisivat tasoittaa rahoitusta vakuutusjärjestelmän käyttönotolla. Vuosittaiset terveydenhuollon yllätykset voitaisiin hänen mukaansa välttää vakuutuksin ja järjestelmä helpottaisi investointien ja palvelutuotannon suunnittelua.³⁷⁸

Vakuutusnäkökulman ottaminen merkitsee hänen mukaansa taistelua eettistä uhkapeliä, valikoitumista ja ylikäyttö-ongelmaa vastaan. Toimijat voivat yrittää saada ilmaisia tai subventoituja hoitoja, jotka eivät heille kuuluisi. Lisäksi on olemassa valikoitumisongelma, joka toteutuu lähinnä yksityisissä vakuutuksissa. Julkisessa terveydenhuollossa se saattaa vaikuttaa epäsuorasti siten, että terveet tulevat yksityisten vakuutusten vuoksi haluttomiksi panostamaan julkisen terveydenhuollon rahoitukseen. Kolmantena ongelmana Forss mainitsee päämies-alaisongelman (principal-agent). Potilailla ja hoitavilla lääkäreillä on yhteinen intressi laskuttaa kolmatta osapuolta (joko julkista sektoria tai vakuutuslaitosta).³⁷⁹ Myös muut tutkijat ovat käsitelleet terveydenhuoltoon liittyviä vakuutusksymyksiä.³⁸⁰

Tässä tutkimuksessa keskityttiin sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseen, joten yksityisen palvelujärjestelmän tehokkuuteen liittyvät seikat jäivät vähemmälle huomiolle. Joitain päätelmiä tehokkuudesta voidaan kuitenkin tehdä yhteiskunnan panostuksesta yksityiseen hoitoon ja tällä panostuksella saaduista suoritteista. Sairaanhoitovakuutuksessa on kuitenkin muistettava, että suoritteet edellyttävät myös sitä, että potilaat ovat valmiita myös itse panostamaan hoidon kustannuksiin, koska yhteiskunnan panos vastaa vain pientä osaa kokonaisuudesta.

³⁷⁷ Barr 1998, s. 279–317.

³⁷⁸ Forss 2003, s. 337.

³⁷⁹ Mikael Forssin luentosarja sosiaalivakuutuksesta keväällä 2004 Kelan pääkonttorin Visio-luentosalissa.

³⁸⁰ Ks. esim. Katri Hellsten ja Tuula Helne (2004) ”Vakuuttava sosiaalivakuutus” kirjaan sisältyviä artikkeleita, jossa on monipuolisesti käsitelty sosiaalivakuutuskysymyksiä.

Puhtaasti laskennallisesti mitaten ei voida päätyä muuhun kuin siihen tulokseen, että yksityisen sektorin lääkärinpalkkioihin ja tutkimukseen ja hoitoon panostetulla 118 miljoonan euron vuotuisella panostuksella saadaan paljon suoritteita, yhteensä noin kolme ja puoli miljoonaa lääkäriissäkäyntiä ja noin neljä miljoonaa tutkimuksen ja hoidon toimenpidettä. Samoin työterveyshuoltoon yhteiskunnan panostamalla noin 180 miljoonalla eurolla saadaan suurin piirtein yhtä paljon lääkäriissäkäyntejä vuositasona.

Kun edellä mainittuja lukuja verrataan terveyskeskusmenoihin, jotka ovat noin 2,5 miljardia vuositasona ja jolla tuotetaan noin 9 miljoonaa lääkäriissäkäyntiä vuositasona, on yksityisen sektorin toiminta näin laskettuna tehokasta. Karkeasti laskien terveyskeskuksissa lääkäriissäkäynnin hinta olisi noin 277 euroa kertaa kohden (2,5 miljardia euroa jaettuna 9 miljoonalla), kun yksityissektorilla lääkäriissäkäynti maksaa yhteiskunnalle noin 18 euroa (62,5 miljoonaa jaettuna 3,5 miljoonalla lääkärikäynnillä), mutta potilas maksaa tällöin noin 70 prosenttia kustannuksista omalla rahallaan, jolloin kokonaiskustannus olisi arvioitavissa noin 60–65 euroksi.

Työterveyshuollossa lääkäriissäkäynti (yleislääkärin palvelut) maksaa yhteiskunnalle noin 51 euroa (180 miljoonaa jaettuna 3,5 miljoonalla lääkärikäynnillä), mutta omavastuuta ei ole, vaan työnantajille maksetaan sairausvakuutusrahastosta 50 % työterveyshuollon kustannuksista. Näin laskettuna sairaanhoitovakuutuksen ja sairausvakuutusrahaston rahoittaman työterveyshuollon toimintaa voidaan pitää kustannuksiltaan hyvin kohtuullisena ja suoritemääriltään tehokkaana.

Lukuja terveyskeskusten ja yksityisten toimijoiden välillä vertailtaessa on muistettava, että terveyskeskuksilla on paljon sellaisia velvoitteita, joita yksityisillä palveluntuottajille ei ole, kuten ennaltaehkäisevää toimintaa, väestön terveydentilasta huolehtimista, päivystystehtäviä jne. joten suoraan lukuja ei voida verrata keskenään. Luvut antavat kuitenkin jonkinlaisen yleishahmotuksen kustannusten eroista.

Syvällinen tehokkuuden arviointi edellyttäisi niiden seikkojen selvittämistä, joihin Mikael Forss on viitannut edellä mainitussa tutkimuksessaan, eli tapahtuuko sairaanhoitovakuutuksen rahoittamassa yksityisessä palvelutuotannossa valikoitumista tai ylikäyttöä. Väitteitä ylikäytöstä, eli että ”mennään terveenä lääkäriin” kyllä arkipäivän keskustelussa esitetään, mutta väitteen todenperäisyydestä ei ole olemassa tutkimuksia. Korvaustaksojen alhaisuus ja potilaan suuri omavastuu herättää kuitenkin

ajatuksen siitä, että on epäiltävissä, että kukaan menisi yksityislääkärille aivan ilman syytä. Tilanne voi tietenkin olla toinen siinä tapauksessa, että potilaan ottama yksityinen sairaanhoitovakuutus korvaa kustannukset kokonaan. Tästä huolimatta väite ”turhista käynneistä” vaikuttaa oudolta ja vaatisi tuekseen tutkimustuloksia.³⁸¹

Tehokkuuden ohella keskeinen kysymys on se, toteutuuko tasa-arvo sairaanhoitovakuutuksen rahoittamissa yksityisissä palveluissa vai ei. Juuri tasa-arvosyistä Barr on katsonut Iso-Britannian kansallisen terveysjärjestelmän olevan kansalaisten kannalta paras tapa toteuttaa terveyspalveluja. Suomessa edellä mainitun OECD:n raportin ohella arkipäivän on keskustelussa esitetty, että yksityisten palvelujen olemassaolo subventio lisää eriarvoisuutta terveyspalvelujen saatavuudessa. Yleisesti esitetty näkemys on, että sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset kohdentuvat vain varakkaaseen kaupungissa asuvaan väestöön ja jättävät syrjäseutujen asukkaat sekä pienituloiset järjestelmän maksajan rooliin ilman vastaavia palveluja. Tämähän ei näyttänyt pitävän paikkaansa edellä selostettujen Arja Virtasen keskeneräisen tutkimuksen ennakkotulosten kanssa, mutta kun tämä tutkimus valmistuu, tiedetään asiasta lisää.

Lisätutkimuksen ja kehittämisen tarpeesta

Yhtään perusteellista tutkimusta siitä, mitkä ovat ne syyt ja motiivit, jotka saavat kansalaiset käyttämään yksityisiä terveyspalveluja huolimatta korkeasta omavastuuosuudesta ei ole ja tällainen tieto voitaneen saada vain kyselytutkimuksen avulla. Olisi tärkeätä tietää, ovatko syynä laadulliset seikat, kuten esimerkiksi näkemys siitä, että yksityinen sektori antaa parempaa ja huolellisempaa hoitoa kuin julkinen. Vai onko syynä se, että halutaan valita oma lääkäri ja siksi käännetään yksityisten palvelujen puoleen. Kuinka tärkeänä pidetään mahdollisuutta ”toinen arvio” terveydentilasta jne. Tutkimuksella tulisi myös selvittää, kuinka moni vielä hoitotakuun aikana joutuu ”pakosta” kääntymään yksityisen sektorin puoleen, kun hoitoa ei saada julkiselta puolelta tai hoidon saaminen sieltä kestää liian kauan?³⁸²

³⁸¹ Ks. terveysvakuutusjärjestelmästä: Aho 2004.

³⁸² Helsingin Sanomat 20.2.2006: ”Helsingissä hammashoitoon yli vuoden jono”.

Aiemmat tutkimukset on tehty 1990-luvulla ja olisi tärkeä tietää, ovatko ja miten mielipiteet ovat muuttuneet vuonna 2000-luvulla. Uudella tutkimuksella voitaisiin selkeyttää yksityisen sektorin asemaa ja merkitystä kansalaisten keskuudessa ja saataisiin luotettavaa tietoa järjestelmän kehittämisen pohjaksi ja mikä merkitys hoitotakuun käyttöön otolla on kokonaisuudessa. Uusi kyselytutkimus olisi tärkeä toteuttaa jo senkin vuoksi, että saataisiin tietää hoitotakuun vaikutukset sairaanhoitovakuutuksen asemaan.

Tutkimusta kaipaisi myös korvaustaksojen alhaisuuden vaikutus alan kilpailuun. Olisi tärkeää tietä, onko korvaustaksojen alhaisuus hillinnyt hintojen nousua vai onko taksoilla enää mitään yhteyttä palveluista perittyihin hintoihin? Määräytyvätkö palveluista perityt hinnat muilla perusteilla?

Erityinen tutkimusalue on se, miksi yksityiset terveyspalvelut ovat alkaneet voimakkaasti laajentua 2000-luvulla. Laajentumisella ei ole yhteyttä sairaanhoitovakuutuksen, vaan syynä ovat uudet ilmiöt terveyspalvelujen tuottamisessa.³⁸³ Kunnissa haetaan yhä enemmän mahdollisuuksia siirtää tilaaja/tuottajamalliin, jolloin julkiset terveyspalvelut joutuvat kilpailemaan yksityisten kanssa palvelujen toteuttamisessa. Perinteinen kunnan oma palvelutuotanto on nykyisin vain yksi tapa toteuttaa terveyspalveluja. Uutta tilannetta kuvaa se, että kunnan järjestämän tarjouskilpailun ratkettua terveydenhuollon palvelun kilpailutusta on vielä jouduttu selvittämään markkinaoikeudessa. Syynä on useimmiten se, että kilpailussa hävinneet katsovat kärsineensä vääryyttä tai kilpailutuksessa ei ole noudatettu kaikkia muotomääräyksiä.³⁸⁴

Toimintaympäristön muuttuessa on sairaanhoitovakuutus säilynyt olennaiselta sisällöltään muuttumattomana. Pohdittaessa tarvetta kehittää sairaanhoitovakuutusjärjestelmää on kysyttävä, mitä tapahtuisi, jos kaikki yksityisiä palveluja käyttäneet potilaat siirtyisivät terveyskeskusten vastaanotolle? Riittäisivätkö tällöin terveyskeskusten resurssit ja nousisivatko kustannukset enemmän kuin järjestelmän lopettamisella voitaisiin mahdollisesti säästää? Mitä mieltä palveluja

³⁸³ MTV 3:n ohjelma ”45 minuuttia” kertoi 22.2.06, että lääkäripalveluita myyvä yhtiö oli tehnyt huimaa taloudellista tulosta myymällä keikkalääkäreitä ja ulkoistamispalveluja kunnille ja sairaanhoitopiireille.

³⁸⁴ Kilpailu on myös laskenut hintoja. Kunnat järjestivät vuosina 2002–2004 yli 150 kilpailutusta päivystyspalveluista ja pitkäaikaisista lääkärin vastaanottopalveluista. Stakesin tekemän tutkimuksen mukaan hintojen laskua oli tapahtunut erityisesti lääketieteen kandidaattien kohdalla, joiden tuntihinta oli laskenut vajaasta 60 eurosta 40 euroon. (Suomen lääkärilehti 22/2005).

käyttävät kansalaiset ovat siitä, että sairaanhoitovakuutus lopetetaan? Miksi lopettaa hyvin toimivaa järjestelmää, joka tuottaa erittäin edullisesti paljon palveluja.

Sairaanhoitovakuutus on nousemassa huomion kohteeksi lähivuosina. Toivon mukaan sairaanhoitovakuutuksen asemaa pohdittaessa otetaan huomioon kaksikanavaisen järjestelmän positiiviset puolet ja aletaan mahdollisimman ennakkoluulottomasti kehittää julkisen terveydenhuollon ohella myös sairaanhoitovakuutusjärjestelmää vahvistaen samalla järjestelmien välistä vuorovaikutusta.

Yhteenveto

Yhteenvetona voidaan todeta, että Suomen terveydenhuollon päälinjat alkoivat hahmottua jo 1800-luvulla sekä avohuollon että sairaalalaitoksen osalta, jolloin valittiin kunnallisen terveydenhuollon järjestämisen linja yleisin verovaroin. Tämä 1800-luvulla alkanut polku jatkui pitkälle 1900-luvulle pitkälti paikallisten aloitteiden varassa ja ilman keskitettyä ohjausta. Lakisääteinen keskitetty ohjaus alkoi kuitenkin vasta 1930-luvulla ja sota katkaisi kehittämistyön. Sodan jälkeen huomio kiinnittyi keskussairaaloiden rakentamiseen, kun taas avohoidon kehittäminen jäi vähemmälle huomiolle. Kunnanlääkärijärjestelmä oli kuitenkin kehittynyt ja laajentunut 1800-luvun loppupuolelta lähtien ja sodan jälkeen järjestelmä edelleen vakiintui osaksi avohoidon perusterveydenhuoltoa. 1960-luvulla vahvistui tasa-arvon ajattelu ja terveydenhuollon maksuttomuuden periaate. Tämän seurauksen ja avohoidon tehostamiseksi säädettiin vuonna 1972 kansanterveyslaki, jonka pohjalle syntyi vahva ja tulevaa polkua ohjaava instituutio, kansanterveysjärjestelmä. Sen peruseriaatteita oli, että terveydenhuolto ei saanut olla ”bisnestä” ja sitä tuli antaa avoterveydenhuollon osalta maksuttomasti kaikille tarvitseville. Kansanterveysjärjestelmää rakennettiin koko 1970-luvun ja 1983 lakkautettiin aiempi rahoituksellinen yhteys sairausvakuutukseen, kun terveyskeskusten lääkäripalveluja ei enää korvattu sairausvakuutusrahastosta. Syntyi toisistaan erillinen kaksikanavainen terveydenhuollon rahoitus ja pyrittiin pitämään huolta siitä, että rahoituskanavien ylläpitämät palvelut pysyvät tiukasti erillisenä eikä kahdesta eri lähteestä ylläpidettäisi samaa palvelua. Yhteisestä pohjasta lähdettiin eri poluille.

Julkisen avoterveydenhuollon maksuttomuus ei kuitenkaan ollut pysyvää, vaan 1990-luvulla valtionosuusuudistuksen yhteydessä ja taloudellisen laman ohjatessa

päätöksentekoa maksuttomuusajatellusta luovuttiin ja terveyskeskuksetkin alkoivat periä maksuja antamistaan palveluista. Aiempaa rahoituksellista yhteyttä ei kuitenkaan tuolloin palautettu, vaan sairausvakuutus ei alkanut korvata julkisen terveydenhuollon maksuja. Maksut päätettiin jättää potilaiden itsensä kannettavaksi. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä tarkennettiin kahden rahoituskanavan välistä rajanvetoa sekä myös kustannusvastausta kanavien välillä laitostenmuotoisessa hoidossa. Perusturvauudistus ja siihen liittyvä lainsäädäntö 1990-luvun puolivälissä vaikutti julkisen terveydenhuollon osalta potilaan oikeuksiin ja myös julkisen ja yksityisen terveydenhuollon väliseen vuorovaikutukseen. Maksuongelmien ratkaisua julkisessa terveydenhuollossa lähdettiin kuitenkin hakemaan vuosiomavastuilla eikä kahden kanavan yhteistyöllä. Julkisen terveydenhoidon hoitoon pääsyä on pyritty hoitotakuulla, mutta sen vaikutuksia yksityisten palveluiden tai työterveyshuollon käyttöön ei pystytä vielä luotettavasti arvioimaan.

Sairausvakuutusta on Suomeen pyritty saamaan jo 1900-luvun alusta lukien rinnan kunnallisen, verorahoitteen mallin kanssa. Ajatus ja malli sairausvakuutuksesta tulivat lähinnä Saksasta, mutta toisena merkittävänä taustatekijänä olivat työpaikkakassat, minkä vuoksi sairausvakuutusta lähdettiin alun perin ajamaan rajoitettuna, lähinnä palkkatyöntekijöihin kohdistuvana etuutena. Ajatus muuttui kuitenkin 1920-luvun alussa Hallstenin komiteassa universaaliseksi kaikkia kansalaisia koskevaksi sosiaalivakuutukseksi. Hallstenin komitean esitystä ei kuitenkaan sisällytetty Tannerin vähemmistöhallituksen esitykseen sairausvakuutuslaiksi, joka perustui palkkatyöntekijöiden suojaamiseen. Lain suppea soveltamisala johti siihen, että Maalaisliitto vastusti jyrkästi lakia ja myös Lääkäriliiton jyrkän kielteinen kanta sairausvakuutukseen johti siihen, ettei järjestelmää tuolloin saatu aikaan. Uusi yritys käynnistyi heti sodan jälkeen, mutta edelleen soveltamisalassa oli taloudellisista syistä varovainen kanta, jossa vain palkkatyöntekijät olisivat suojattu. vasta Jylhän komitea 1950-luvun lopulla lähti esittämään universaalista sairausvakuutusmallia, joskin porrastettuna. Hallitus ja eduskunta olivat kuitenkin eri mieltä ja niin eduskunta sai universaalisen sairausvakuutusmallin käsiteltäväkseen. Taloudellisista syistä lääkäripalkkioita alettiin kuitenkin korvata vasta kolme vuotta lain voimaan tulon jälkeen ja Jylhän komitean esityksistä poiketen sairaalamaksut jätettiin sairausvakuutuslain soveltamisalan ulkopuolella. Syyksi vedottiin taloudellisiin syihin, mutta on nähtävissä, että ratkaisuun vaikutti myös jo 1800-luvulla alkanut kunnallisen terveydenhuollon järjestämisvelvollisuuden polku. Tämä oli 1960-luvulle tultaessa jo

institutionalisoitunut ja poikkeaminen polulta sairausvakuutusmalliin katsottiin liian suureksi muutokseksi.

Sairausvakuutus ehti olla voimassa vain muutaman vuoden, kun kunnallinen polku tuotti kilpailevan kansanterveysjärjestelmän ja terveydenhuollon kaksikanavaisuus alkoi toteutua. Kansanterveysjärjestelmä nojautui niin vahvasti aiempaan kunnalliseen polkuun, että se melko nopeasti syrjäytti sairausvakuutuspolun. Kansanterveysjärjestelmä loi vahvan polun, joka nojasi aiempiin instituutioihin ja kaksikanavaisessa järjestelmässä sairausvakuutuspolku jäi olennaisesti pienemmäksi. Vuodesta 1967 alkanut lääkärinpalkkioiden korvaaminen ei ehtinyt institutionalisoitua ennen kuin uusi kansanterveysinstituutio tuli sen tilalle. Koska avohoitoa rahoitettiin sekä kunnan verovaroista että sairausvakuutusrahastosta alkoi vähitellen kaksikanavaisuuteen liittyvät ongelmat tulla esiin. Asenteet erityisesti kansanterveysinstituutiot kannattavilla kovenivat toista rahoituskanavaa vastaan eikä kunnollista vuoropuhelua järjestelmien välillä enää saatu aikaan. Kansanterveysinstituution selvä ylivoima näkyi siinä, että rahoituskanavien yhteyden kokonaan katkettua vuoden 1983 jälkeen on tehty vain esityksiä järjestelmien välisen vuorovaikutuksen lisäämisestä, mutta käytännön toimiin ei ole päästy. Sairaanhoidovakuutusta on voitu uudistaa vain teknisesti, mutta tasollisia korjauksia ei ole saatu aikaan vuoden 1989 taksojen korotuksen jälkeen, minkä vuoksi sairaanhoidovakuutuksen korvaustaso on pudonnut 30 prosentin tasolle.

Vaikka muodollista yhteyttä kahden kanavan välillä ei ole ollutkaan on tosiasiallinen yhteys olemassa, koska huomattava osa avohoidon käynneistä tapahtuu edelleen yksityisenä. Lisäksi julkisen ja yksityisen välimaastoon on yhä tärkeämpänä tulleet työterveyshuollon palvelut, joiden osuus on muodostunut lähes yhtä suureksi kuin yksityisten terveystalvelujen. Yhdessä nämä molemmat muodostavat instituution, joka käsittää lähes puolet avohoidon palveluista. Mikäli tämä kaksikanavaisuuden toinen kanava suljettaisiin, joutuisivat terveyskeskukset vastaan ottamaan noin 7 miljoonaa käyntiä nykyistä enemmän lääkärin vastaanottoja vuositasolla. Tämän lisäpotilasmäärän ottaminen vastaan terveyskeskuksissa voisi vaatia lisäinvestointeja terveyskeskustoimintaan useita satoja miljoonia euroja.

Kaksikanavainen terveydenhuollon rahoitus on yhteiskunnan kannalta vahvuus, koska terveystalveluja saadaan hyvin pienellä panostuksella. Talveluja tarvitsevan kansalaisen

kannalta kaksikanavaisuuden yksityistä hoitoa korvaava osa antaa mahdollisuuden valita lääkäriinsä sekä ”toiseen mielipiteeseen”, silloin kun kansalainen ei ole varma siitä, että julkisessa terveydenhuollossa tehty diagnoosi on oikea. Heikkoutena toisen kanavan rahoituksessa ovat alhaiset ja jälkeen jääneet korvaustaksat, joiden vuoksi kansalaiset joutuvat maksamaan 70 prosenttia hoidon kustannuksista itse ilman yhteiskunnan tukea. Korvaustaksojen tarkistaminen olisi kiireimmiten toteutettava, jotta uskottavuus toisen kanavan korvaamaan hoitoon säilyisi kansalaisten keskuudessa. Hoitotakuun voimaan tulo vuonna 2005 ei poistanut yksityisen hoitomahdollisuuden tarvetta, koska hoitotakuun tavoitteena olevat hoitoajat eivät ole käytännössä toteutuneet.

Julkisen ja yksityisen terveystalouden välistä vuorovaikutusta olisi tarpeen alkaa kehittää, jotta molemmat rahoituskanavat tukisivat nykyistä tehokkaammin terveydenhuollon kokonaisuutta. Kelan SAVAKE-ryhmän esitykset ovat uusia avaus sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseen. Kehittäminen on välttämätöntä, jotta nykyinen hyvin toimiva ja yhteiskunnan kannalta edullinen kaksikanavainen rahoitusjärjestelmä voitaisiin säilyttää tulevaisuudessakin. Tämä kuitenkin edellyttää, että toinen kanava ei pyri monopoliasemaan ja tukahduttamaan toista kanavaa. Kehittäminen ja järkevä rinnakkaiselo tulevaisuudessa edellyttäisi myös asenteen muutosta erityisesti kansanterveysinstituutiota edustavien taholla.

LÄHTEET

1. EDUSKUNNAN ASIAKIRJA-AINEISTO

Eduskunnan käsittelyt ja vastaukset

Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi 1971 Vp.

Hallituksen esitys N:o 54 vuoden 1981 valtiopäivät.

Hallituksen terveystieteellisen selonteon eduskuntakäsittely 26.–27.3.1985, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1985 (Hallituksen terveystieteellinen selonteko 1985).

Eduskunnan vastaus 94/2004 valtiopäivät hallituksen esitykseen laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

Eduskunnan vastaus 139/2005 valtiopäivät hallituksen esitykseen sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi

Perustuslakivaliokunta

Eduskunnan perustuslakivaliokunnan lausunto n:o 1 19. päivänä maaliskuuta 1963.

Perustuslakivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksestä perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta, vuoden 1994 valtiopäivät

Perustuslakivaliokunnan lausunto 8/1999 vp. Hallituksen esitys laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Perustuslakivaliokunnan lausunto 37/2000 vp., Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidonlain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta HE 149/2000 vp.

Perustuslakivaliokunnan lausunto 20/2004 vp, Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

Valtiovarainvaliokunta

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta, Lausunto N:o 4, hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi, annettu 22 päivänä lokakuuta 1971.

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnan lausunto n:o 10 sosiaalivaliokunnalle 15 päivänä toukokuuta 1981).

Valtiovarainvaliokunnan lausunto nro 22/2005 vp. hallituksen esitykseen sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Sosiaalivaliokunnan mietintö N:o 1/1963 valtiopäivät: Hallituksen esityksen johdosta sairausvakuutuslaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi.

Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 3 hallituksen esityksen johdosta sairausvakuutuslain muuttamisesta 1970 valtiopäivät.

Eduskunnan sosiaalivaliokunnan lausunto N:o 3, hallituksen esityksen johdosta kansanterveystyöstä ja sen voimaannpanosta annettaviksi laeiksi, 20 päivänä lokakuuta 1971.

Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 25 hallituksen esityksen johdosta laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta, vuoden 1971 valtiopäivät.

Sosiaalivaliokunnan mietintö n:o 33 hallituksen esityksen johdosta laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1982 valtiopäivät.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö n:o 14 vuoden 1992 valtiopäivät hallituksen esityksestä laiksi rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista, vuoden 1992 valtiopäivät.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 46/1992 hallituksen esityksestä nro 291/1992.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 19/1999 vp. Hallituksen esityksestä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 34/2000 vp. Hallituksen esitys laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 33/2000 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveystieteen lain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidon lain 59 §:n ja mielenterveystieteen lain 34 §:n muuttamisesta HE 149/2000 vp.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö 13/2004 vp. Hallituksen esitys laeiksi erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta.

Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö nro 22/2005 vp. hallituksen esitykseen sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi

Talouseliokunta

Talouseliokunnan mietintö n:o 1 hallituksen esityksen johdosta kansanterveystieteen ja sen voimaantumista annettaviksi laeiksi, vuoden 1971 Valtioapäivät.

Eduskunnan talouseliokunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksestä laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta 1989 valtiopäivät.

Hallintovaliokunta

Hallintovaliokunnan mietintö n:o 7 hallituksen esityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta 1992 valtiopäivät.

2. HALLITUKSEN ESITYKSET

Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi, 1962 vuoden valtiopäivät N:o 129.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1970 vuoden valtiopäivät n:o 35.

Hallituksen esitys n:o 98 kansanterveystieteen ja sen voimaantumista annettaviksi laeiksi, vuoden 1971 vuoden valtiopäivät.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1971 valtiopäivät n:o 99.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 1982 vp. n:o 178.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi yksityisestä terveydenhuollosta ja laeiksi eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta 1989 vp. HE n:o 46.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista n:o 185/1991.

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

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta, N:o 83 vuoden 1992 valtiopäivät.

Hallituksen esitys Eduskunnalle nro 291 vuoden 1992 valtiopäivät laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:ien ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 45 §:n muuttamisesta.

Hallituksen esityksessä Eduskunnalle perustuslakien perusoikeussäännösten muuttamisesta., n:o 309 vuoden 1993 valtiopäivät

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaksi lainsäädännöksi N:o 33 1994 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta N:o 1999/77.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidolain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta n:o 149/2000 vp.

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta n:o 155/2000 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle työterveyshuoltolaiksi sekä laiksi työsuojelun valvonnasta ja muutoksenhausta työsuojeluasioissa annetun lain 4 ja 11 §:n muuttamisesta n:o 114/2001 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi n:o 50/2004.

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta n:o 77/2004 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi annetun hallituksen esityksen (HE 50/2004) täydentämisestä, n:o 164/2004 vp.

Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuksen rahoitusta koskevan lainsäädännön muuttamiseksi n:o 68/2005 vp.

3. VALTIONEUVOSTON JA MINISTERIÖIDEN PÄÄTÖKSET, ASETUKSET JA TARKASTUSKERTOMUKSET

”Terveyttä kaikille vuoteen 2000”, Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1986.

Valtiontalouden tarkastusvirasto: ”Työterveyshuollon järjestäminen ja päällekkäisyys julkisen terveydenhuollon kanssa” Valtiontalouden tarkastusvirasto, Tarkastuskertomus 6/1995 (Tarkastuskertomus 6/1995).

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

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 11.4.2002.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (N:o 1241/2002) perusteista avo- ja laitoshoidon määrittämiseksi

Valtioneuvoston periaatepäätös ”Työterveys 2015” Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2004:3.

4. KOMITEANMIETINNÖT, TYÖRYHMÄMUISTIOT

Komiteanmietintö 1907:17 c, Mietintö apukassoja koskevasta lainsäädännöstä.

Komiteanmietintö 1949:23, Sosiaalivakuutuskomitean mietintö n:o 3.

Komiteanmietintö 6/1959 (ns. Jylhän komitean mietintö).

Komiteanmietintö 1961:39 (ns. Mäkelän pikakomitea).
 Sairausvakuutusrahastotoimikunnan mietintö, Komiteanmietintö 1967: B 49.
 Kansanterveystoimikunta, Komiteanmietintö 1969: A 3.
 Terveydenhuollon suunnittelukomitea, Komiteanmietintö 1971: B 4.
 Työterveyshuoltotyöryhmän muistio 1976: Sosiaali- ja terveysministeriö n:o nro 9.
 Työterveyshuoltotoimikunnan 1978 mietintö, Komiteanmietintö 1978:4.
 Työterveyshuoltotyöryhmän mietintö 1978: Sosiaali- ja terveysministeriö N:o 7.
 Sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnan mietintö, komiteanmietintö 1987:34, sosiaali- ja terveysministeriö.
 Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio, Työryhmämuistio 1989:8 Sosiaali- ja terveysministeriö.
 Sairauskuluvähennyksen korvaamista selvittävän toimikunnan mietintö, komiteanmietintö 1989:29.
 Rintamaveteraanien hammashuollon työryhmä, Sosiaali- ja terveysministeriö 1991:17.
 Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö, komiteanmietintö 1993:17.
 Työterveyshuollon maksu- ja korvausjärjestelmän uudistaminen, Työryhmämuistio 1993:29 Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1993
 Sairaanhoidonvakuutustoimikunnan mietintö, Komiteanmietintö 1993:29.
 Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa , Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16
 Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2002:3
 Kansaneläke- ja sairausvakuutuksen rahoitusta selvittäneen työryhmä 2003:n muistio, Sosiaali- ja terveysministeriö Työryhmämuistioita 2003:14
 Sairaanhoidonvakuutuksen kehittäminen, Työryhmän raportti 31.1.2006 (SAVAKE-työryhmän raportti 2006). Kuviot raporttiin ovat tehneet Kelan terveys- ja toimeentuloturvaosaston suunnittelija Pirjo Tikka ja aktuaari- ja tilasto-osaston suunnittelija Eeva Kuutvuori

5. KIRJALLISUUS

Kotimaiset lähteet

Aaltonen Katriina: ”Kaivataanko vaihtoehtoja? Kansalaisten mielipiteitä sosiaaliturvan vaihdettavuudesta”, Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 14, Helsinki 1996 (Aaltonen 1996).
 Aho Tuomas: Terveysvakuutusjärjestelmä, Hallinnollisia ja juridisia näkökohtia, Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 35/2004 (Aho 2004).
 Antti-Poika Mari, Martimo Kari-Pekka, Husman Kaj (toim.): ”Työterveyshuolto”, Jyväskylä 2003 (Antti-Poika ym. 2003).
 Anttonen Anneli ja Sipilä Jorma ”Suomalaista sosiaalipolitiikkaa, Tampere 2000 (Anttonen, Sipilä 2000).
 Aromaa Arpo, Linnala Aarno, Maljanen Timo, Mattila Kari: ”Yksityislääkärit omalääkäreinä, Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta” Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, Helsinki 1998 (Aromaa ym. 1998)
 Forss Mikael: ”Försäkring och framgång, Kan försäkringen hjälpa oss att lösa systemproblem i socialpolitiken?” teoksessa ”Riskit, instituutiot ja tuotokset, esseitä hyvinvointitutkimuksesta professori Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta”, Turku 2003 (Forss 2003).

- Haatanen Pekka, Suonoja Kyösti: ”Suuriruhtinaskunnasta Hyvinvointivaltioon”, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 75 vuotta, Helsinki 1992 (Haatanen-Suonoja 1992).
- Heikkilä Matti, Kautto Mikko, Teperi Juha: ”Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa”, Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005 (Heikkilä ym. 2005).
- Hellsten Katri: ”Vaivashoidosta hyvinvointivaltion kriisiin” Hyvinvointivaltiokehitys ja sosiaaliturvan muotoutuminen Suomessa. Helsinki 1993 (Hellsten 1993)
- Hellsten Katri ja Helne Tuula (toim.): ”Vakuuttava sosiaalivakuutus” Helsinki 2004 (Hellsten ja Helne 2004).
- Helne Tuula: ”Syrjäytymisen yhteiskunta”, Saarijärvi 2003 (Helne 2003).
- Hujanen Timo, ”Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001, Stakes, Aiheita nro 1 2003, Helsinki 2003 (Stakes: Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001)
- Häggman Kai. ”Suurten muutosten Suomessa, Kansaneläkelaitos 1937 – 1997”, Jyväskylä 1997 (Häggman 1997)
- Husman Kaj: ”Työterveyslainsäädäntö”, artikkeli kirjassa ”Työterveyshuolto”, Jyväskylä 2003 (Husman 2003).
- Jaakkola Jouko, Pulma Panu, Satka Mirja, Urponen Kyösti: ”Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva” Suomalaisen sosiaalisen turvan historia , Helsinki 1994 (Jaakkola ym. 1994).
- Julkinen sairaanhoitovakuutus, Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot, Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia, Helsinki 1997 (Julkinen sairaanhoitovakuutus 1997).
- Järvinen Raija: ”Yksityisvakuutus sosiaalivakuutuksen täydentäjänä” teoksessa Katri Hellsten ja Tuula Helne (toim.) ”Vakuuttava sosiaalivakuutus? (Järvinen 2004).
- Kaipainen Osmo: ”Kansa kaikki kärsinyt”, Hämeenlinna 1969 (Kaipainen 1969).
- Kalimo Esko: ”Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät”, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1969 .
- Kalimo Esko, Nyman Kauko, Klaukka Timo, Tuomikoski Hannu ja Savolainen Eero: ”Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976”, Helsinki 1982.
- Kalimo Esko, Arinen Sisko ja Klaukka Timo: Julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset Suomessa teoksessa ”Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus, Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22, Helsinki 1997 (Kalimo ym. 1997)
- Kangas Olli, ”The Politics of Social Rights”, Edsbruk 1991 (Kangas 1991)
- Kantola Anu, Kautto Mikko: ”Hyvinvoinnin valinnat, Suomen malli 2000-luvulla”, Helsinki 2002 (Kantola ym. 2002).
- Karli Pauli, ”Julkisen sairaanhoitoakuutuksen toteutuminen terveydenhuollossa-sairaanhoito” teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus, Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22, Helsinki 1997 (Karli 1997)
- Kauppinen Sari, Niskanen Tapani: ”Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa”, STAKES raportteja 288, Saarijärvi 2005 (Kauppinen, Niskanen 2005).
- Kuusi Pekka: ”60-luvun sosiaalipolitiikka”, Porvoo 1962 (Kuusi 1962).
- Laine Arto, ”Sairausvakuutus työterveyshuollon kehittäjänä ja toteuttajana” ” teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus, Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22, Helsinki 1997 (Laine 1997)
- Linnala Aarno, ”Private specialists as consultants to general practitioners. Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia nro 81, Helsinki 2005 (Linnala 2005)

- Maljanen Timo, Kelan omalääkärikokeilu, Kelan sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia nro (Maljanen 2001)
- Mattila Yrjö (toim.): ”Yhdistelemällä parempaan palveluun, JATKE-hankkeen loppuraportti”, Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 67. Helsinki 2005 (Mattila 2005).
- Niemelä Heikki: ”Suomen sosiaaliturvajärjestelmän synty” teoksessa ”Hyvinvointivaltio ja historian oikut” Tampere 1993 (Niemelä 1993)
- Niemelä Heikki: ”Suomen kokonaiseläkejärjestelmän muotoutuminen” Toinen painos, Helsinki 1994 (Niemelä 1994).
- Niemelä Heikki ja Salminen Kari: ”Suomalainen sosiaaliturva”, Helsinki 2003 (Niemelä ja Salminen 2003).
- Niemelä Heikki: ”Suomen sairausvakuutuksen synty” teoksessa Katri Hellsten ja Tuula Helne (toim.) ”Vakuuttava sosiaalivakuutus? (Niemelä 2004).
- Pesonen Niilo: ”Terveyden puolesta – sairautta vastaan”, Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla, Porvoo 1980 (Pesonen 1980).
- Purola Tapani, Kalimo Esko, Sievers Kai ja Nyman Kauko: ”Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta”, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos Helsinki 1967.
- Purola Tapani, Kalimo Esko, Sievers Kai ja Nyman Kauko: ”Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö”, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos Helsinki 1971.
- Suomen komitealaitos, Valtiovarainministeriön järjestelyosasto, Helsinki 1976
- Tiainen Leena, ”Julkisen sairaanhoitoakuutuksen totetuminen terveydenhuollossa-hammashuolto” teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus, Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia nro 22, Helsinki 1997 (Tiainen 1997)
- Tuori Kaarlo : Budjetti, laki ja suunnitelma. Helsinki 1985 (Tuori 1985).
- Tuorila Helena: ”Lapsiperheet ja ikääntyvät palvelujen käyttäjinä”. Kuluttajatutkimuskeskus, Julkaisuja 6/2001 (Tuorila 2001).
- ”Työterveyshuoltolaki 20-vuotta juhlaseminaari”, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:3.
- Työterveyshuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat, Sosiaali- ja terveysministeriö Työterveyshuollon neuvottelukunta, Helsinki 1989 (STM 1989)
- Widström Eeva, Niskanen Tapani, Rintanen Hannu: ”Hammashuoltouudistuksen seuranta vuosina 2000–2003” STAKES aiheita 13/2005, Helsinki 2005 (Widström, Niskanen, Rintanen 2005).

Ulkomaiset lähteet

- Amenta Edwin: ”What We Know about the Development of Social Policy” s. 91–130 teoksessa ”Comparative Historical Analysis in the Social Sciences” Edited by James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer, Cambridge University Press 2003 (Amenta 2003).
- Barr Nicholas: ”The Economics of the Welfare State”, Oxford 1998 (Barr 1998).
- Dingell John D: 109th Congress 1st session H.R. 15 To Provide a Program of National Health Insurance, and for Other Purposes in the House of Representatives, January 4, 2005, Mr Dingell introduced the bill <www.dingellforcongress.com/home.asp> (Dingell 2005).
- Ewald Francois: ”Insurance and risk” teoksessa Graham Burchell., Colin Gordon & Peter Miller: ”The Foucault Effect. London 1991 (Ewald 1991).
- Hacker Jacob S.: ”The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian and U.S. Medical Policy”

Studies in American Political Development, 12, Spring 1998, s. 57–130. Printed in the United States of America (Hacker 1998).

Hacker Jacob S. ”The Divided Welfare State, The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States”. Cambridge University Press 2002 (Hacker 2002).

Henke Klaus-Dirk and Schreyögg Jonas: ”Towards sustainable health care systems, Strategies in France, Germany, Japan and the Netherlands”, A comparative study, International Social Security Association 2004 (Henke ym. 2004).

Immergut Ellen M.: ”Health Politics” Interests and Institutions in Western Europe , Cambridge University Press 1992 (Immergut 1992).

LeGrand Julian, Propper Carol and Robinson Ray: ”The Economics of Social Problems”, HongKong 1992 (LeGrand ym 1992).

Katznelson Ira: ”Reflections on purposive action in comparative historical social science” teoksessa ”Comparative Historical Analysis in the Social Sciences Edfited by James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer, Cambridge University Press 2003 (Katznelson 2003).

Lindqvist Rafael: ”Från folkörelse till välfärdsbyråkrati”. Det svenska sjukförsäkringssystemets utveckling 1900-1990. Lund 1990.

OECD Health Data, 3rd edition, OECD Paris 2004 (OECD 2004)

Pierson Paul and Skocpol Theda: Historical Institutionalism in Contemporary Political Science” s. 693–721 teoksessa ”Political Science State of the Discipline” American Political Science Association” New York, London 1998 (Pierson and Skocpol 1998).

Pierson Paul: ”Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics”, American Political Science Review, Volume 94, Number 2, June 2000 s. 251–267 (Pierson 2000).

Pierson Paul and Skocpol Theda: ”Historical Institutionalism in Contemporary Political Science,” American Political Science Association 2002 s. 693–721 (Pierson and Skocpol 2002).

Pierson Paul: ”Big, Slow-Moving, and ...Invisible” , Macrosocial Process in the study of comparative politics, s. 177–207 teoksessa Comparative Historical Analysis in the Social Sciences” Edited by James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer, Cambridge University Press 2003 (Pierson 2003).

Skocpol Theda and Amenta Edwin 1986: ”States and Social Policies” Annual Review of Sociology 12:131–157 (Skocpol and Amenta 1986).

Torfinn Jacob: ”Path-Dependent Danish Welfare Reforms: The Contribution of the New Institutionalisms to Understanding Evolutionary Change” Scandinavian Political Studies Vol.24 – No 4, 2001 (Torfinn 2001).

Willborn Steven L.: United States of America Part III Health Care, Kluwer Law International 1999, (Willborn 1999).

6. LEHTIARTIKKELIT

Pajula Jaakko: ”Sairausvakuutuslaki”, Sosiaalivakuutus-lehti 2–3, 1963 (Pajula 1963).

Hongisto Yrjö: ”Sairaanhoitolaitoksemme sairausvakuutuksen voimaantullessa”, Maalaiskunta 1964:5 (Hongisto 1964).

Ryynänen Markku: Sairausvakuutuskorvauksia ja päivärahaa saaneita koskevia jakautumia v. 1969, Sosiaalivakuutus 1/1971 (Ryynänen 1971).

Nyman Kauko : ”Sairausvakuutus ja terveysturva tutkimuksen valossa”, Sosiaalivakuutus nro 8/1984.

”Sairausvakuutus 15 vuotta”, Sosiaalivakuutus Nro 2/1980.

- Suihko Olavi: ”Sairausvakuutuksen nykynäkymiä”, Sosiaalivakuutus Nro 10/1983 s. 309–310,
- Myllykoski Kosti: ”Kansanterveyslaki 1972: Kansanterveystyön organisaatio”. Suomen Lääkärilehti 10/85 s. 917.
- ”Suora korvaus Lääketiedepäivillä”, Helsingin Lääkärilehti 1986:2: ”
- Morri Pekka: ”Suorakorvaus kytkeytynee verouudistukseen”, Helsingin Lääkärilehti 1988:1:
- Mattila Yrjö: ”Sairausvakuutuksessa suorakorvaukseen”, Sosiaalivakuutus N.o 5–6/1989, s. 235.
- Sosiaali- ja terveysministeriön lääkintöneuvos Martti Rissasen haastattelu Seuralhdessä nro 35/2002 otsikolla ”Kela-korvausten automaattista luovuttava”.
- Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäreen haastattelut Pohjolan Sanomissa 1.6.03 ja Aamulehdessä 5.6.03.
- Kekomäki Martti: ”Kela on osa isompaa terveydenhuollon rahoitusongelmaa”, Helsingin Sanomat 16.6.03.
- Helminen Sari: ”Hammashoittoon hakeutuminen odotetun innokasta”, Sosiaalivakuutus 4/2003.
- Räsänen Kimmo: ”Työterveyshuolto osana terveydenhuoltojärjestelmää” kirjassa ”Työterveyshuolto” (Jyväskylä 2003). (Räsänen 2003)
- ”Joka kolmas lähtee”. Suomen Kuvalehti 1/2004 s. 24-29
- Suomen Lääkärilehti 5/2004: ”Yksityis-Hyksin mallia ei ole haudattu”.
- Klavus Jan, Järvelin Jutta, Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari: ”Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona”, Kansantaloudellinen aikakauskirja 3/2005 (Klavus ym 2005).
- Sarola Suvi: ”Tutkimus lääkäri työvoimaa vuokraavista yrityksistä: Kilpailu on laskenut hintoja”, Suomen lääkäri lehti 22/2005 (Sarola 2005).
- Nihtilä Annamari – Widström Eeva: ”Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla”, Yhteiskuntapolitiikka 2005:3 s. 323–333 (Nihtilä-Widström 2005).
- Suomen Lääkärilehti 5/2005: ”Kilpailu liikenne- ja työtaturmapotilaista alkoi, vakuutusyhtiöt tehneet ensimmäiset sopimuksensa yksityissektorin kanssa”.
- Mäntyselkä Pekka, Halonen Pirjo, Vehviläinen Arto, Lehto Seppo, Kaitokari Paavo, Takala Jorma, Kumpusalo Esko: ”Väestökyselyn tulokset lääkäripalvelujen käytöstä, Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 -tutkimus”, Suomen Lääkärilehti 51–52/2005
- Meriläinen Erkki: ”Uusi rahoitusjärjestelmä turvaa tulevaisuuden”, Sosiaalivakuutus 1/2006

7. OHJEET JA TILASTOJULKAISUT

”Sairausvakuutus”, Lääkäripalkkio ja tutkimus ja hoito, Ohjeita terveydenhuoltohenkilöstölle, Kansaneläkelaitos 1997.

Kansaneläkelaitoksen tilastotiedote 2004:16: Vuonna 2003 korvatut lääkäripalkkiot.

8. MUISTIOT, KIRJEET, MONISTEET JA MUU JULKAISEMATON AINEISTO

Huuhtanen Jorma: Puheenvuoro Sairausvakuutus 40-vuotta seminaarissa 1.4.2004 (Huuhtanen 2004).

Kaipainen Osmo, Kuusi Pekka, Olavi Suihko: puheenvuoroja, Terveydenhuoltoneuvottelupäivät 7–9.10.1972, (moniste).

Karvanen Marja: Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten taso. Yleisen vakuutustutkimnon sosiaalivakuutuslinjan tutkielma, Tampere maaliskuu 1981 (Moniste).

Kansaneläkelaitoksen kirje 21.12.1993 Lapinjärven kunnalle.

Ihopotilaiden Keskusliitto ry, Suomen Reumaliitto ry, Munuaistautiliitto ry ja Suomen Syöpäyhdistys ry kirje Kansaneläkelaitokselle 26.5.1993.

Kansaneläkelaitoksen vastauskirje potilasjärjestöille 1.7.1993 sarjahoitojen korvattavuudesta.

Kansaneläkelaitoksen terveys- ja toimeentuloturvaosaston kirje lääkäreille ja yksityisille terveydenhuollon laitoksille uusista taksoista 24.2.1995.

Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusosaston kirje Länsi-Suomen aluekeskukselle 27.9.1995.

Kansaneläkelaitoksen terveys- ja toimeentuloturvaosaston kirje 24.2.1995.

Kansaneläkelaitoksen kirje Meltolan sairaalan säätiölle 8.1.1997.

Kansaneläkelaitoksen kirje Lappeenrannan kylpylaitokselle 26.1.1998.

Kansaneläkelaitoksen kirje 16.3.1998 Suomen yksityisten sairaaloiden yhdistykselle Hallitusneuvos Pekka Järvinen, muistio 14.10.1998, STM, sosiaali- ja terveyspalveluosasto: ”Yksityislääkärin läheteellä julkisessa terveydenhuollossa tehtävien tutkimusten maksut”.

Pohjola Helinä, Laine Arto: 30 vuotta työterveyshuollon terveyttä edistävän toiminnan korvaamista, Kansaneläkelaitos 1998 (moniste)

Suomen Kuntaliitto Yleiskirje 19.4.2002: ”Kelan sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö muuttuu eräissä tilanteissa”.

Kansaneläkelaitoksen kirje sosiaali- ja terveysministeriölle 22.10.2002: ”Lainsäädännön tarkistamistarpeen selvittämien yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanveto-ongelmien johdosta”.

Sosiaali- ja terveysministeriön kirje 14.11.2002: ”Sairausvakuutuslain selkeyttäminen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rajanvetokysymysten osalta”.

Sosiaali- ja terveysministeriö, muistio 12.6.2003: ”Sairausvakuutuslain 11 a §:n selkeyttäminen”.

Forss Mikael: Sosiaalivakuutusta koskevan luontosarjan aineisto, kevät 2004 (Forss 2004).

Sosiaali- ja terveysministeri Sinikka Mönkäreen puheenvuoro: Sairausvakuutus 40-vuotta 1.4.2004 Helsinki (STM:n tiedote)

Seppo Riskin ja Lauri Ihalaisen puheenvuorot Sairausvakuutus 40 vuotta seminaarissa 1.4.2004 (moniste)

9. OIKEUKSIEN, MUUTOKSENHAKUASTEIDEN SEKÄ EDUSKUNNAN OIKEUSASIAMIEHEN PÄÄTÖKSIÄ

Korkeimman hallinto-oikeuden ratkaisut nrot: KHO 1997:92, KHO 2001:50, KHO 2002:21 (21.2.2002/361), KHO 2002:43 (19.6.2002/1516), KHO 2002:43 (19.6.2002/1516), KHO 2002:63 (21.2.2002/361, KHO 2004:42 (26.4.2004/876).

Itä-Suomen hovioikeuden päätös 8.12.1992 (I-SHO 1992:6).

Sosiaalivakuutuslautakuntien päätökset: Lounais-Suomen sosiaalivakuutuslautakunnan päätös 9.5.1995, 29.11.1994, Pohjois-Suomen sosiaalivakuutuslautakunnan päätökset 26.8.1994.

Tarkastuslautakunnan päätökset: 31.3.1994 ja 11.8.1994.

Eduskunnan oikeusasiamiehen päätökset 30.12.1994, 22.4.2003 (843/4/01).

TAULUKOT

Taulukko 1. Terveydenhuollon neljä erilaista rahoitusmallia.

Taulukko 2. Tutkimuksen aineistopohja.

Taulukko 3. Terveyspalvelujen rahoituslähteet.

Taulukko 4. Yksityisten sairauskuluvakuutusten lukumäärän kehitys 1999–2003.

Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto (muistio).

Taulukko 5. SWOT-analyysi sairaanhoitovakuutuksesta.

KUVIOT

Kuvio 1. Lääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon sekä hammashuollon käytön kehitys vuosina 1971–2005. Lähde: Kelan SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

Kuvio 2. Lääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon ja hammashoidon korvaukset 1971–2005 vuoden 2005 rahana. Lähde: Kelan SAVAKE -työryhmän raportti 2006.

Kuvio 3. Sairausvakuutuksen korvaama osuus vakuutettujen sairaanhoitokustannuksista yksityisellä sektorilla 1975–2004. Lähde: Kelan SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

Kuvio 4 Sairausvakuutuksen osuus korvauksista, jos taksat pidetään ennallaan eikä tarkistuksia tehdä 2002–2050. Lähde: Kelan SAVAKE -työryhmän raportti 2006.

Kuvio 5. Yksityisten sairauskuluvakuutusten kehitys vuosina 1999–2003. Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto (muistio).

Kuvio 6. Sairausvakuutuksen rahoitus 1965–2004. Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 7. Sairausvakuutuksen rahoituksen jakautuminen vuonna 2004. Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 8. Lääkäripalkkioista ja tutkimuksesta ja hoidosta maksetut korvaukset 1995–2004 vuoden 2004 rahana. Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 9. Lääkäripalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon omavastuukerrat 1995–2004. Lähde: Kelan SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

Kuvio 10. Lääkärissäkäynnit terveyskeskuksissa, työterveyshuollon sairaanhoidossa ja yksityissektorilla 1995–2004. Lähde: Kelan aktuaari- ja tilasto-osastolla Kelan tilastojen 2005 pohjalta laadittu kuva.

Kuvio 11. Laboratorio- ja radiologisten tutkimusten sekä fysioterapian toimenpiteiden määrät vuosina 1996–2005. Lähde: SAVAKE-työryhmän raportti 2006.

Kuvio 12. Sairaanhoitokorvausten kehitys 1965–2004. Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 13. Sairausvakuutuskorvausten jakautuminen etuuslajeittain 2004. Lähde: Kelan tilastot 2005.

Kuvio 14. USA:n terveydenhuollon kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.

Kuvio 15. Suomen julkisen avoterveydenhuollon kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.

Kuvio 16. Julkisen sairaanhoitolaitoksen kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.

Kuvio 17. Sairaanhoidovakuutuksen kehitys polkuriippuvuuden näkökulmasta.