

Lauri Vuorenkoski

terveyspolitiikan asiantuntija
Suomen Lääkäriliitto



Terveydenhuollon mahdollisuudet ovat aina olleet kaikissa terveydenhuoltojärjestelmissä suuremmat kuin käytettävissä olevat resurssit, ja kustannustenhallinta on välttämätön terveydenhuoltojärjestelmän elementti. Palveluiden tarjontaa joudutaan siis aina rajaamaan tavalla tai toisella. Tätä kutsutaan terveydenhuollon priorisoinniksi. Tavoitteena priorisoinnissa tulisi olla se, että resurssit käytetään mahdollisimman tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti. Tästä on kysymys myös palveluvalikoiman määrittelyssä.

Suomessa määritellään terveydenhuollon palveluvalikoima – mistä on kysymys?

Suomen kunnallisessa järjestelmässä kustannuksia on hallittu tuottamalla sen verran palveluita, kuin mihin on rahaa. Tässäkin järjestelmässä palveluita on tuotettu vähemmän kuin kysyntää on. Se on näkynyt pitkinä jonoina ja siinä, että joillekin potilasryhmille ei joitakin hoitomuotoja ole käytännössä saavilla ollenkaan.

Potilaiden laajeneva valinnanvapaus haastaa tämän järjestelmän, kun potilas voi valita muunkin tuottajan kuin palveluiden rahoituksesta ja järjestämisestä vastaavan organisaation oman tuottajan. Kun rahoittaja ei voi hallita kustannuksia rajoittamalla tuotantoa, pitää kustannustenhallinta toteuttaa muilla keinoin.

Ajankohtaiseksi aiheen tekee se, että potilaiden valinnanvapaus laajentui tämän vuoden alussa kahdella tavalla. Terveydenhuoltolain mukaan potilaille tuli maanlaajuinen mahdollisuus valita julkisen järjestelmän tuottaja. Lisäksi potilasdirektiivi mahdollisti hoitoon hakeutumisen myös muihin EU-maihin.

Kohti potilaan oikeuksien määrittelyä Yleisimmin käytetty malli kustannusten hallintaan on tuotannon rajoitta-

misen sijasta terveydenhuollon julkisen rahoituksen rajojen asettaminen määrittelemällä potilaan oikeudet. Tämä lähestymistapa on myös potilasdirektiivissä, ja tähän ollaan Suomesakin siirtymässä.

Tämän vuoden alussa astui voimaan terveydenhuoltolain muutos, jonka mukaan STM:n alaisuudessa toimii palveluvalikoimaneuvosto, joka määrittelee suomalaisen palveluvalikoiman, eli mihin palveluihin potilailla on oikeus. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava riittävät palvelut. Palveluvalikoima osaltaan konkretisoi sen, mitä tällä riittävyydellä tarkoitetaan.

Neuvostolla on pysyvä sihteeri ja asiantuntijoiden verkosto. Valtioneuvosto asettaa neuvoston STM:n esityksestä kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Lain mukaan neuvostossa tulee olla edustettuina STM, THL, Valvira, Kela ja Kuntaliitto. Neuvostossa tulee lisäksi olla lääketieteen, hammaslääketieteen, hoitotyön, oikeustieteen, terveystaloustieteen sekä suomalaisen terveydenhuolto- ja sosiaaliturvajärjestelmän asiantuntemus. Neuvoston puheenjohtajana toimii STM:n kansliapäällikkö. Neuvoston pääsihteeriksi on nimitetty Jaana Leipälä, mutta itse

neuvostoa ei ole vielä nimitetty.

Palveluvalikoimamäärittelyn rakentaminen on suuri työ. Suomenkin terveydenhuollossa palveluvalikoima on aina ollut rajattu – sitä ei vain ole avoimesti määritelty ja siinä on ollut huomattavaa alueellista (jopa yksilötason) vaihtelua. Neuvoston ensimmäinen haaste onkin nykyisen palveluvalikoiman kuvaaminen. Tämän jälkeen neuvoston työ jatkuu määrittelmän jatkuvana päivittämisenä, kun terveydenhuolto ja lääketiede kehittyvät. Palveluvalikoima on aluksi suositus, mutta siitä on tarkoitus tehdä terveydenhuoltojärjestelmää sitova siinä vaiheessa, kun määrittely on saatu tehtyä.

Millainen määrittelmästä on tulossa?

Terveydenhuoltolain mukaan palveluvalikoimaan kuuluvat lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti perusteltu sairauksien ennaltaehkäisy, sairauden toteamiseksi tehtävät tutkimukset sekä taudinmääritys, hoito ja kuntoutus. Palveluvalikoimaan ei kuitenkaan kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, johon sisältyy saavutettavan terveyshyödyn kannalta kohtuuttoman suuri riski potilaan hengelle tai terveydelle tai jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden.

Käytännössä täysin kattavaa ja tarkkaa määrittelmää on mahdoton tehdä. Määrittelmän perusta on laissa olevan kuvauksen kaltainen yleinen määrittelmä, mutta sen lisäksi tehtäneiden useiden merkittävien hoitojen ja potilasryhmien osalta tarkempia rajauksia. Esimerkkinä voisi olla vaikka sen määrittäminen, mille potilasryhmälle lihavuusleikkaus on perusteltu.

Vain erittäin harvoja hoitoja tullaan rajaamaan kokonaan palveluvalikoim-

an ulkopuolelle. Pääosin määrittely varmasti tulee olemaan edellä mainitun esimerkin tyyppisesti hoitojen rajaaminen tietyille potilasryhmälle. Mutta esimerkiksi homeopaattiset hoidot on hyvä esimerkki hoidoista, jotka hyvin voitaisiin rajata kokonaan palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Ihan tyhjistä määrittelmiä ei tarvitse lähteä rakentamaan. Hyvän perustan palveluvalikoiman määrittelylle antavat esimerkiksi Käypä hoito -suositukset ja aiemmin määritellyt kiireettömän hoidon kriteerit.

Palveluvalikoiman määrittelyn vaikutukset

Palveluvalikoiman määrittelyllä ei ole tarkoitus supistaa terveystaloutta vaan parantaa resurssien käytön tehokkuutta ja potilaiden yhdenvertaisuutta. Tähän päästään nykyistä systemaattisemmalla ja avoimemmalla päätöksenteolla.

Tarkoitus on myös parantaa potilaiden oikeusturvaa. Nykyisessä kunnallisessa järjestelmässä potilaan oikeusturva on heikko. Saako yksittäinen potilas jonkin hoidon kohtuullisessa ajassa, riippuu hyvin monimutkaisesta mekanismien ketjusta. Esimerkiksi kaihileikkauksen osalta tähän vaikuttaa esimerkiksi kunnan taloudellinen tilanne, terveyskeskuksen lähetekäytäntö, kunnan ja sairaanhoitopiirin välinen sopimus, kunnan sairaanhoitopiirille osoittamat resurssit, sairaanhoitopiirin silmäklinikalle osoittamat resurssit, silmäklinikoiden sisäinen priorisointi eri sairauksien välillä, hoitopäätöksen tekevän lääkärin näkemys ja silmälääkäreiden saatavuus. Järjestelmän läpinäkyvyys on tältä osin olematon, ja yksittäisen potilaan kohdalla se voi johtaa varsin sattumanvaraisiin lopputuloksiin.

Kun kansallisella tasolla määritellään, mihin palveluihin potilailta on oikeus, on potilaiden huomattavas-

ti nykyistä helpompi arvioida, onko hänelle tarjottu riittävät palvelut. Potilaan oikeusturva siis paranee. Myös alueellinen vaihtelu vähenee huomattavasti, ja sitä kautta kansalaisten yhdenvertaisuus paranee.

Palveluvalikoiman määrittäminen on välttämätöntä terveydenhuoltojärjestelmämme muuttuessa. Sitä ei pidä nähdä uhkana vaan mahdollisuutena entisestään parantaa järjestelmän toimivuutta.