



Terveysthuollon muutokset

**Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen,
Jutta Pulkki, Arttu Saarinen &
Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.)**

TERVEYDENHUOLLON MUUTOKSET

Mikko Niemelä, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki,
Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkkynen (toim.)

TERVEYDENHUOLLON MUUTOKSET: Politiikka, järjestelmä ja seuraukset

Kustantaja:
Tampere University Press



Copyright ©2015 Kustantaja ja tekijät

Myynti:
verkkokauppa@juvenesprint.fi
<https://verkkokauppa.juvenes.fi>



Ulkoasu
Maaret Kihlakaski

ISBN 978-951-44-9852-7
ISBN 978-951-44-9853-4 (pdf)

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2015



Sisällys



Esipuhe	7
I Terveysthuoltojärjestelmän muutokset	11
1. Terveysthuoltopolitiikan muutokset	13
<i>Mikko Niemelä ja Arttu Saarinen</i>	
2. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido	27
<i>Simo Kokko</i>	
3. Terveysthuollon rahoitus	43
<i>Ilpo Airio ja Mikko Niemelä</i>	
4. Pohjoismainen vai omalaatuinen terveysthuolto?	61
<i>Juhani Lehto</i>	
II Muutosten seuraukset	79
5. Kunnan, yksityisen ja kolmannen sektorin keskinäissuhteiden muutokset – esimerkkinä vanhuspalvelut	81
<i>Olli Karsio ja Liina-Kaisa Tynkkynen</i>	
6. Terveysthuoltohenkilöstön rakenne ja työssä jaksaminen	101
<i>Lauri Kokkinen ja Arttu Saarinen</i>	
7. Sosioekonomiset erot terveystdessä ja terveystpalvelujen käytössä	115
<i>Tuulia Rotko ja Kristiina Manderbacka</i>	

III Ihminen muuttuvassa terveydenhuollossa	131
8. Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi?	133
<i>Laura Kalliomaa-Puha</i>	
9. Vapaus, valta ja vastuu terveydenhuollossa	
– yhteiskuntafilosofinen näkökulma	154
<i>Jani Pulkki, Antti Saari, Jutta Pulkki, Veli-Matti Värri</i>	
Liitteet	190
Kirjoittajat	193

ESIPUHE

Miksi sosioekonomiset terveyserot kasvavat Suomessa? Mitkä ovat potilaan oikeudet? Millainen asema terveydenhuollon ammattilaisilla on terveydenhuollon muutosmyllerryksessä? Minkä tahon tulisi järjestää ja tuottaa terveyspalveluja? Millä ehdoin kansalaiset saavat terveyspalveluja ja kuka palvelut rahoittaa? Muun muassa nämä kysymykset ovat viime vuosina olleet esillä keskusteltaessa terveydenhuollon muutoksesta ja palvelujärjestelmän uudistusten tarpeellisuudesta. Ymmärtääksemme paremmin tätä keskustelua meidän tulisi olla perillä siitä, miten terveydenhuoltojärjestelmämme on organisoitu ja miksi se on muotoutunut sellaiseksi kuin se on. Käsillä oleva teos vastaa tähän tietotarpeeseen tarkastelemalla suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja sitä koskevan politiikan muutoksia. Kirjassa käsitellään muutosten seurauksia niin palvelujen rahoittaja- ja tuottajatahojen, ammattihenkilöstön, eri väestöryhmien kuin yksittäisen potilaan tasolla.

Lähtökohtana kirjan tarpeellisuudelle olivat useiden sosiaali- ja terveysalan yliopisto- ja ammattikorkeakouluopettajien kommentit siitä, kuinka terveydenhuollon muutoksesta puhutaan jatkuvasti paljon, mutta kattavaa ja ajantasaista, oppikirjaksi soveltuvaa teosta ei ole saatavilla. Tavoitteenamme oli koota laaja-alainen ja selkeä kokonaisuus terveydenhuollon pitkän aikavälin muutoksista, jonka

näkökulmina ovat politiikassa tapahtuneet muutokset, itse terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuneet muutokset sekä kolmanneksi näiden muutosten seuraukset palveluja saavien potilaiden, eri väestöryhmien ja alan työntekijöiden näkökulmasta. Teosta kirjoittaessamme ohjenuorana on ollut, että kirja soveltuu yhteiskunta-, terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden ensimmäiseksi terveydenhuoltojärjestelmää koskevaksi lukupaketiksi. Samalla tarkoitus on ollut, että kirja soveltuu myös niille sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille ja tutkijoille, jotka haluavat päivittää tietämystään tai virkistää muistiaan terveydenhuollon organisoinnista ja toiminnasta.

Kirja jakaantuu yhdeksään eri lukuun. Ensimmäisessä luvussa Mikko Niemelä ja Arttu Saarinen käsittelevät suomalaista terveydenhuoltoa koskevan politiikan muotoutumista Suomessa. Luku tarjoaa yleisen johdatuksen poliittisesta kontekstista terveydenhuoltojärjestelmän ympärillä. Toisessa luvussa Simo Kokko käsittelee perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä historiallisia kehityskulkuja ja suhteita. Luvussa 3 Ilpo Airio ja Mikko Niemelä esittelevät suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksen periaatteita ja rahoitusjärjestelmässä tapahtuneita muutoksia. Tämän jälkeen, luvussa 4, Juhani Lehto pohtii suomalaisen terveydenhuollon erityispiirteitä kansainvälisesti vertaillen.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän markkinoistuminen on aluillaan, kun taas vanhojen ihmisten asumispalveluissa ollaan tässä kehityksessä jo pidemmällä. Luvussa 5 Olli Karsio ja Liina-Kaisa Tynkkynen tarkastelevatkin kunnan, yksityisen ja kolmannen sektorin välisten keskinäissuhteiden muutosta käyttäen esimerkkinä vanhuspalveluita. Terveydenhuoltojärjestelmän muutokset vaikuttavat myös työntekijöiden työhyvinvointiin ja suoriutumiseen sekä monin tavoin asiakkaan eli potilaan asemaan. Kuudennessa luvussa Lauri Kokkinen ja Arttu Saarinen tarkastelevat terveydenhuollon muutosta työntekijänäkökulmasta. Vastaavasti luvussa 7 Tuulia Rotko ja Kristiina Manderbacka käsittelevät eri sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydessä ja palveluiden käytössä. Aikaisempien tutkimusten pohjalta tiedämme sosioekonomisten terveyserojen olevan Suomessa suuret.

Eri järjestelmämuutosten ja ajattelumallien muutosten myötä myös yksilön asema terveydenhuollossa on muuttunut. Potilas nähdään aiempaa enemmän kuluttajana terveystalouden markkinoilla. Laura Kalliomaa-Puha kirjoittaa tästä muutoksesta luvussa 8 erityisesti lainsäädännön muutosten kautta. Kirja päättyy Jani Pulkin, Antti Saaren, Jutta Pulkin ja Veli-Matti Värin kirjoittamaan lukuun, jossa aiemmissa luvuissa läpikäytyjä teemoja ja yksilön asemaa terveydenhuollossa käsitellään yhteiskuntafilosofisesta näkökulmasta.

Kiitämme kaikkia kirjoittajia erinomaisesta yhteistyöstä ja Tampere University Pressiä kirjan julkaisemisesta. Kirjaa on kirjoitettu ja toimitettu toimittajien päätoimien ohessa. Tämä on osin viivästyttänyt sen julkaisua. Erityiskiitokset loppuvaiheen tarkasta viilauksesta ansaitsee Turun yliopiston taloussosiologian oppiaineen harjoittelija Janna Oksanen.

Tampereella ja Turussa toukokuussa 2015

Toimittajat

I

TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN
MUUTOKSET

1. TERVEYDENHUOLTOPOLITIIKAN MUUTOKSET

Mikko Niemelä ja Arttu Saarinen

Tässä luvussa käsittelemme suomalaisen terveydenhuoltopolitiikan muutoksia 1960-luvulta lähtien, jolloin suomalainen terveydenhuolto alkoi saavuttaa nykyisen muotonsa. Käsittelemme terveydenhuoltopolitiikkaa järjestelmän rakentumisen kautta erottelemalla terveydenhuollon keskeisiin piirteisiin vaikuttaneita lakimuutoksia. Suomalaiselle terveydenhuollolle tunnusomaisia piirteitä ovat palvelujen järjestäminen porrastetusti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä kuntien vastuu järjestää nämä palvelut. Muita hallinnonaloja, kuten kuntien rahoitusta ja tehtäviä koskevat muutokset ovat usein kulkeneet käsi kädessä terveystaloutta koskevien muutosten kanssa ja niillä on ollut vähintään epäsuoria vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmäämme. Siksi tarkastelemme myös sellaisia yleisiä hallinnollisia muutoksia, joilla on selkeä vaikutus terveydenhuollon järjestämisen ehtoihin.

Terveydenhuollon rakentumisen lyhyt historia

Terveydenhuolto on Suomessa porrastettu monien muiden maiden tapaan kansalaisia lähellä olevaan *perusterveydenhuoltoon* ja keskite-

tysti tuotettuun *erikoissairaanhoidon*. Perusterveydenhuollon tehtävänä on perinteisesti ollut vastata sairauksien ennaltaehkäisystä ja väestön terveyden edistämisestä. Sen tehtävänä on myös hoitaa yleislääkärin hoidettavissa olevia terveysongelmia, tarjota ensiapua ja arvioida jatkotutkimusten ja -hoidon tarvetta. Erikoissairaanhoidon poliklinikat ja sairaalat sekä kuntoutuslaitokset keskittyvät puolestaan sairaanhoitoon ja kuntoutukseen. Näistä yksiköistä löytyy myös tarvittava ammattitaito ja laitteisto vaativampiin ja harvinaisempiin terveysongelmiin. Tämän porrastetun terveydenhuollon tavoitteena on sairauksien tarkoituksenmukainen ja tehokas hoito, sekä se, että harvemmin tarvittavat terveyspalvelut olisivat kaikkien ulottuvilla samanlaisina ja yhtä laadukkaina.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on kuntien lakisääteinen velvollisuus, ja ne muodostavatkin yhdessä opetukseen liittyvien palvelujen kanssa kustannuksiltaan suurimman osan kuntien palveluista. Sairastuessaan ihmisellä on mahdollisuus hakeutua oman kuntansa terveyskeskukseen. Tarvittaessa perusterveydenhuollossa työskentelevä (yleis)lääkäri voi lähettää potilaat edelleen erikoissairaanhoidon tarkempaa tutkimusta tai erityishoitoa varten. Erikoissairaanhoidon kotiuttaessa potilaan vastuu hoidosta siirtyy jälleen perusterveydenhuoltoon. Näiden *avosairaanhoidon* palvelujen lisäksi saatetaan tarvita *laitoshoitoa* esimerkiksi terveyskeskuksen sairaalassa. Kunnallisen terveydenhuollon lisäksi ihminen voi hakeutua hoitoon yksityisten terveyspalveluiden tai työantajansa järjestämän työterveyshuollon piiriin. Yksityislääkäripalveluita korvataan julkisen sairausvakuutuksen kautta. Työterveyshuolto puolestaan kuuluu työnantajan järjestämistä vastuulle, mutta näistäkin sairausvakuutus korvaa osan.

Edellä mainitut terveydenhuollon osat ovat rakentuneet pala palalta, eikä niiden nykymuoto ole ollut lähtökohtaisena terveyspolitiikan tavoitteena (ks. luvut 2 ja 4.). Ensimmäinen ja koko maan kattava yhtenäinen asetus terveydenhoidosta annettiin vuonna 1879. Ennen tätä terveydenhuolto ei ollut yhtenäisen lainsäädännön piirissä. Asetuksen tärkein sisältö oli, että nyt jokaiseen kaupunkiin tuli asettaa terveydenhoitolautakunta sekä laatia terveydenhoitosäännöstö. Maa-

seutua asetus ei edelleenkään velvoittanut. Olennaista asetuksessa oli, että sen myötä siirryttiin pieni askel kohti valtiollisen terveydenhuollon järjestämisen ideaa. Varsinainen nykymuotoisen terveydenhuollon kehittäminen alkoi kuitenkin vasta myöhemmin kun 1800-luvulta peräisin ollutta kunnanlääkärijärjestelmää alettiin laajentaa 1940-luvun alussa säädettyjen lakien velvoittamana. Jokaisessa kunnassa tuli olla kunnanlääkäri tai useamman kunnan yhteinen aluelääkäri ja terveys-sisar. Kunnanlääkärit, terveys-sisaret ja kunnansairaalat muodostivat tämän jälkeen kunnallisen terveydenhuollon kivijalan. Näiden tärkeänä täydentäjänä toimivat äitiys- ja lastenneurolat, joiden toiminta oli hiljalleen laajentunut jo ennen sotia. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Kling & Viialainen 1995.)

Nykyisin erikoissairaanhoidon tunnetun terveydenhuollon osan kehittäminen aloitettiin niin ikään 1940-luvulla. Tavoitteena oli yhdistää ja vahvistaa hajanaista sairaalaverkkoa. Erikoissairaanhoidon käytännön muutokset – ennen kaikkea sairaalaverkoston rakentaminen – kuitenkin ajoittuvat hieman myöhemmäksi eli 1950- ja 1960-luvuille. 1960-luvulla alettiin korostaa tarvetta kattavammille avoterveydenhuollon palveluille, joissa korostuisi erityisesti sairauksien ehkäisy. Pakollisen sairausvakuutuksen luominen 1960-luvun alussa vastasi osittain avoterveydenhuollon ongelmiin. Kymmenisen vuotta myöhemmin, 1972, tuli puolestaan voimaan kansanterveyslaki, jonka myötä perusterveydenhuollon rooli terveydenhuollon kokonaisuudessa vahvistui huomattavasti. (Taipale ym. 1995.)

Terveyspalvelujärjestelmän kehitys laajentumisen ja sopeuttamisen aikana

Suomessa sotien jälkeisen ajan hyvinvointivaltiolliset muutokset voidaan jakaa kahteen aikakauteen: hyvinvointivaltion laajentumiseen ja sopeuttamiseen (esim. Kangas 2006). Seuraavassa tarkastelemme tarkemmin näiden aikakausien muutoksia. Keskeisimmät terveydenhuoltoon vaikuttavat hallinnolliset uudistukset on esitetty liitetäulu-

kossa liitetaulukossa 1 (s. 190) terveydenhuoltoon suoraan liittyvät lainsäädäntöuudistukset on esitetty liitetaulukossa 2 (s. 191–192).

Laajentumisen aika

Ajanjaksoa 1960-luvulta 1980-luvun loppuun pidetään yleisesti suomalaisen hyvinvointivaltion rakentamisen kautena. Sotien jälkeinen säännöstelykausi päättyi vuonna 1956. Maa vaurastui ja talous kasvoi. Taloudellisen kasvun ajateltiin edellyttävän myös sosiaaliturvan laajentamista, koska sen katsottiin lisäävän kulutuskysyntää ja turvaavan näin taloudellisen kasvun edellytykset. 1970-luvun puoliväliin mennessä Suomi myös muuttui nopeassa tahdissa maatalousvaltaisesta yhteiskunnasta teollisuus- ja palveluyhteiskunnaksi (esim. Kangas 2006). Ajanjaksolle sijoittuu merkittäviä uudistuksia esimerkiksi työttömyys- ja eläketurvaan, mutta ennen kaikkea sosiaali- ja terveyspalveluihin. Suomalaisen sosiaalipalvelumallin onkin sanottu olevan nimenomaan ”1960-luvun tuote” (Sipilä 1995, 17).

1940- ja 1950-luvuilla tehdyistä terveydenhuollon uudistuksista ja elintason yleisestä kohentumisesta huolimatta väestön terveydentila ei ollut 1960-luvulle tultaessa merkittävästi parantunut imeväiskuolleisuutta ja vakavia tartuntatauteja lukuun ottamatta. Tarvittiin kattavampaa avoterveydenhuoltoa, jossa tarjottaisiin ennen muuta sairauksia ehkäiseviä palveluita. Jo pitkään poliittisella agendalla olleen sairausvakuutusjärjestelmän luomisella vuonna 1963 pyrittiin vastaamaan näihin puutteisiin. Lain seurauksena jokainen Suomessa asuva vakuutettiin sairauden, raskauden ja synnytyksen varalta. Sairaanhoidovakuutuksena korvattiin sairaudesta, raskaudesta ja synnytyksestä aiheutuneita kuluja ja toisaalta päivärahavakuutuksena niistä aiheutuvia tulojen menetyksiä. (Airio 2012.)

Terveyspolitiikan tavoitteeksi alkoi 1960-luvulta lähtien hahmottua yhä selvemmin sairauksien ehkäisy ja kokonaisvaltainen terveyspolitiikka. Tällä tavoin pyrittiin siirtämään terveydenhuollon

painopistettä sairaalahoidosta avohuoltoon (Saarinen 2010). Sairausvakuutuksen pyrkiessä tukemaan sairastuneita sairauden aiheuttamissa kustannuksissa, sairauksia ehkäisevällä kansanterveystyöllä pyrittiin puolestaan lisäämään väestön mahdollisuuksia päästä hoitoon asuinpaikasta riippumatta (Mattila 2011, 133). Tämä pyrkimys konkreti-soitui vuonna 1972 säädettyssä kansanterveyslaissa. Lain tavoitteena oli taata kaikille maassa asuville yhtäläiset terveydenhuoltopalvelut maan eri osien ja väestöryhmien kesken. Kansanterveystyöstä tuli samalla kuntien velvollisuus. Tämä heijastaa muuttunutta käsitystä kunnan roolista. 1960- ja 1970-luvuilla eli vahvana ajatus, jonka mukaan kunnalla tulisi olla yleisen paikallishallinnon rooli. Kunnat saivat lisää vastuita ja päätösvaltaa julkisten palvelujen järjestämisessä. Ajatuksena oli, että päätösvaltaa tulisi siirtää valtiolta kunnille – lähemmäs palveluiden käyttäjiä eli kuntalaisia. Toki edelleen kuntien terveyspalveluiden kustannukset katettiin myös valtioavuin ja kuntien liikkumavara oli varsin vähäinen eri palvelutuotannon vaihtoehtojen valinnassa. (Mattila 2011; Niemelä 2008.)

Kansanterveyslaki merkitsi, että kuntien tuli järjestää asukkailleen sairaanhoitopalvelut, kouluterveydenhuolto sekä alle 17-vuotiaiden hammashoito. Lain myötä kunnanlääkärijärjestelmä purettiin ja jokainen kunta velvoitettiin perustamaan terveyskeskus, joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Terveydenhuollon toiminnot järjestettiin kuntien tai kuntainliittojen terveyskeskuksissa. Kustannukset jaettiin kuntien ja valtion kesken siten, että valtio maksoi osan kustannuksista valtionosuuksina. Kansanterveyslain seurauksena potilas pystyi käyttämään sekä kunnallisia että sairausvakuutuksen korvaamia yksityisiä terveyspalveluja.

1970-luvun loppupuolella ja 1980-luvulla kiinnitettiin lisääntyvää huomiota myös työterveyshuoltoon. Jo aiemmin suurimmat yritykset olivat järjestäneet työntekijöilleen vapaaehtoista työterveyshuoltoa. 1960-luvulla osa työterveyshuollon kustannuksista myös korvattiin yrityksille julkisesta sairausvakuutuksesta. Lisäksi kansanterveyslaki mahdollisti sen, että terveyskeskukset tarjosivat vastaavia palveluja. Työterveydenhuollon kattavuus oli kuitenkin vielä sangen pieni

kunnes vuonna 1979 tuli voimaan laki, jonka mukaan työnantajien tuli järjestää työntekijöilleen työterveyshuoltoon sisältyvät ennaltaehkäisevät palvelut. Lailla pyrittiin sekä lisäämään työterveydenhuollon kattavuutta että suuntaamaan toimintaa ennaltaehkäiseväksi. Työterveydenhuollon kehittämisen lähtökohdat olivat ennen muuta työmarkkinapoliittiset, sillä 1960-luvun lopulla syntyneen tulopoliitiikan myötä niin sanottu kolmikantainen asioiden valmistelu valtion ja työmarkkinajärjestöjen kesken ulottui myös terveydenhuoltoon (Niemelä, Pykälä, Sullström & Vanne 2007).

Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän kaikki osat alkoivat olla 1980-luvun lopulla koossa: perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito kattoivat koko maan, työterveyshuoltojärjestelmä oli olemassa ja yksityistä hoitoa tuettiin sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Vuoden 1989 erikoissairaanhoitolaille vielä yhtenäistettiin hajanaista erikoissairaanhoitoa. Siihen asti erillisinä toimineet yleissairaalat, mielisairaalat ja keuhkotautisairaalat yhtenäistettiin sairaanhoitopiirien alaisuuteen. Samalla kuntien jäsenyys sairaanhoitopiireissä tuli pakolliseksi. 1980-luvulla aloitettiin myös omalääkärikokeilut, joiden tavoitteena oli tarjota jatkuvuutta potilas-lääkärisuhteeseen ja vähentää päivystyspalveluiden käyttöä. Omalääkärikokeilut voidaan jo määritellä tietynlaiseksi kunnallisen terveydenhuollon hienosäädöksi.

Kokonaisvaltaisen terveystalouden ideaan sisältyi, että terveyttä voidaan edistää myös terveystalouden ulkopuolella (ks. Melkas 2013). 1980-luvulla alettiinkin tunnistaa, että esimerkiksi hinta- ja veropoliitiikalla voidaan edesauttaa terveitä elintapoja. Tehdyt terveydenhuollon muutokset ja terveyden edistämisen idean laajentuminen pikku hiljaa useille muillekin politiikan aloille merkitsivät kuntien vastuiden ja tehtävien lisääntymistä entisestään. 1980-luvulta lähtien myös muilla julkishallinnon alueilla tehtäviä siirrettiin laajamittaisesti valtiolta kunnille, jonka myötä kuntien tehtävien lisääntymisen lisäksi kunnallisten palvelujen suunnittelu-, rahoitus- ja järjestämisperusta muuttui (ks. Niemelä 2008). Jo 1970-luvulla suunnitteilla olleet julkisen sektorin reformit lähtivät varsinaisesti käyntiin 1980-luvun puolella.

Vuoden 1984 alusta voimaan tullut uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevasta lainsäädännöstä (ns. Valtava-uudistus) on näistä keskeisimpiä. Uudistuksella pyrittiin tasaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin suoritettavia valtionosuuksia ja yhtenäistämään valtionosuusperusteita. Erisuuruiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoihin suoritettavat valtionosuudet olivat nimittäin johtaneet siihen, että kunnat ja kuntainliitot pyrkivät kehittämään toimintoja erityisesti niillä aloilla, joilla valtionosuus oli suurin. Suunnittelu- ja ohjausjärjestelmien osalta uudistuksella pyrittiin puolestaan keventämään yksityiskohtaista valvontaa. Tavoitteena oli siirtää päätösvalta valtion keskushallinnolta lähemmäs palvelujen käyttäjiä ja lisätä kuntien valinnanvapautta palvelujen järjestämisen suhteen. Samankaltaisiin päämääriin pyrittiin myös 1980-luvun lopulla toteutetuilla vapaakuntakokeiluilla ja hallinnon hajauttamisella. (Niemelä 2008.)

Ajattelutapa, jossa kunnille haluttiin siirtää vapaus ja vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sinetöitiin vuonna 1993 toteutetulla sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevalla lainsäädäntöuudistuksella, jonka valmistelutyö aloitettiin jo 1980-luvun lopulla. Järjestelmän ei ajateltu korostavan riittävästi kuntien omaa vastuuta järjestää palvelut paikalliset olot huomioon ottaen. Uudessa järjestelmässä valtionosuudet perustuivat laskennallisiin maksatuksiin aiemman tehtäväkohtaisten korvausten sijaan. Tehtäväkohtaisesta ja kustannusperusteisesta kantokykyluokitusta hyväksikäyttävästä järjestelmästä siirtyminen yleisavustustyyppiseen ja olosuhteet huomioivaan laskennalliseen järjestelmään merkitsi kuntien palvelutuotannon ohjauksen vähenemistä entisestään. Laskennalliset valtionavut myös kannustivat taloudellisuuteen. (Oulasvirta 2003.)

Valtion ohjauksen katsottiin myös olevan yliorganisoitunutta ja se koettiin hallinnollisesti raskaaksi ja taloudellisesti tehottomaksi. Osana vuoden 1993 uudistusta terveydenhuollon keskushallintoa järjestettiin uudelleen valvovasta ohjauksesta niin sanottuun informaatio-ohjaukseen. Esimerkiksi suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän toiminnasta vastannut sosiaali- ja terveyshallitus lakkautettiin.

Suunnitteluun ja rahoitukseen liittyvät tehtävät siirrettiin sosiaali- ja terveysministeriöön, valvontatehtäviä varten perustettiin Terveystieteiden tutkimuskeskus, ja vanhan keskusviraston pohjalle rakennettiin tutkimuksesta, kehittämisestä ja tietovarannoista vastaava Sosiaalinen ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), nykyinen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Sopeuttamisen aika

Vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva uudistus tuli voimaan keskellä syvää taloudellista lamaa. Terveystieteidenhuolto joutuikin sopeutumaan osana julkisen sektorin säästöpainetta lamaan (1991–1994) ja 1990-luvun loppupuolella laman jälkeiseen elpymisvaiheeseen. Edessä oli ainakin jonkinlainen sopeuttamisen aika.

Yksi merkittävä keino sopeuttaa julkisen sektorin menoja ja tuloja (joidenkin näkemysten mukaan myös karsia julkisen sektorin hallinnoimaa järjestelmää) ovat omavastuuosuudet. Kansalaisten omavastuuosuuksiin voidaan pyrkiä vaikuttamaan verorahoitteen järjestelmän puitteissa asiakasmaksujen kautta ja sairausvakuutusjärjestelmässä taas korvaustaksojen säätelyn avulla. Vuonna 1993 voimaan tullut asiakasmaksulaki antoi mahdollisuuden kunnalle periä itse määrittämänsä maksu (tietyin markka/euromääräisin rajoituksin) kunnallisen terveydenhuollon palveluista (Klavus, Pekurinen, Järvelin & Mikkola 2004a). Asiakasmaksulakia muutettiin hivenen vielä vuonna 2005 kun niin sanottu erikoismaksuluokka poistui portaittaisesti vuoteen 2008 mennessä. Lisäksi vuonna 2008 korotettiin enimmäissummaa, joka asiakkaalta voidaan periä. Uudistusten myötä yksityishenkilöiden maksuosuus terveydenhuollostaan on Suomessa nykyisellään kansainvälisessäkin vertailussa korkea, ollen noin 20 prosenttia (ks. myös luvut 2 ja 3).

Vuodesta 1993 voimassa ollut valtionosuusjärjestelmä oli aiempaa alttiimpi valtionapuleikkauksille sekä tulojen ja menojen sopeutta-

miselle. Osana valtiontalouden 1990-luvun alun laman säästötoimia kuntien yleisiin valtionosuuksiin tehtiinkin asiakasmaksuihin liittyviä vähennyksiä. Vuodelle 1996 valtionosuusjärjestelmään tehtiin osin väliaikaiseksi tarkoitettuja erillismuutoksia. Erillismuutokset koottiin yhteen vuoden 1997 uuteen valtionosuuslakiin, jonka myötä valtionosuuksia vähennettiin valtiontalouden tasapainottamisen tarpeeseen viitaten. Uudistus koski lähinnä tehtäväkohtaisten valtionosuuksien määräytymisperusteiden tarkistamista.

Valtionapujärjestelmän muutosten lisäksi vuosien 1997 ja 2010 aluehallinnon, kuten läänijaon, muutoksilla on ollut vaikutus terveydenhuollon toimintaympäristöön (ks. Suominen & Lintula 2013). Uudistukset ovat yhdessä valtionapujärjestelmämuutosten kanssa hajauttaneet terveyspolitiikan päätöksentekoa entisestään. Alueellisilla viranomaisilla kun on merkittävä rooli nimenomaan terveydenhuollon valvonnassa ja ohjauksessa.

Kiristyneen taloustilanteen lisäksi terveydenhuolto on sopeutunut politiikkaa ohjaavien ajattelutapojen muutokseen. Jo 1980-luvulta alkanut julkisen sektorin kritiikki liittyi uuteen julkisjohtamiseen (*New Public Management*), jota koskeva ajattelutapa puolustaa asiakasnäkökulman huomioon ottamista, yksityisen sektorin toimintamalleja ja palvelujen laatua, jossa palvelut nähdään entistä selkeämmin kauppatavarana ja asiakkaat kuluttajina (ks. luvut 8 ja 9). Tämänkaltainen ajattelutapa sisältyy esimerkiksi palveluseteliden käyttöönottoon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Palvelusetelijärjestelmän tavoitteena on ollut tehostaa ja monipuolistaa palvelutuotantoa, lisätä julkisen ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä, purkaa hoitojonoja sekä lisätä asiakkaiden valinnanvapautta ja kuntien välistä yhteistyötä.

Suurimpia yksittäisiä muutoksia on ollut niin sanottujen vuokralääkäriyritysten mukaantulo perusterveydenhuollon piiriin. Useissa kunnissa yksityisiä lääkäripalveluita on ostettu akuutin tarpeen eli työvoimapulan vuoksi. (Saarinen 2010.) Joissakin kunnissa koko terveyskeskustoiminta on siirretty yksityisten yritysten vastuulle (esim. Parkano). Lisäksi useat eri kunnat ovat pyrkineet muokkaamaan omaa palvelutuotantoaan esimerkiksi liikelaitostamalla osia terveydenhuollosta (esim. laboratoriotoinnot).

Myös erilaiset hallinnon uudelleen organisointiin tähtäävät tilaaja-tuottajamallit ovat lisääntyneet (Tynkkynen, Keskimäki & Lehto 2013).

Erityisesti vuosituhannen vaihteen jälkeen poliittisessa keskustelussa alettiin korostaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon tulee tulevaisuudessa sopeutua väestön ikääntymiseen ja siitä johtuvaan terveyspalvelujen tarpeen kasvuun. Alettiin peräänkuuluttaa palvelujen tuottavuuden lisäämistä. Tuottavuutta pyrittiin parantamaan yhtäältä kannustamalla pieniä kuntia liittymään yhteen isomman kunnan kanssa ja toisaalta kuntien välisen yhteistyön lisäämisellä. Nämä keinot yhdistyivät vuonna 2005 käynnistyneessä kunta- ja palvelurakennehankkeessa (Paras-hanke). Kuntarakenteille muutos merkitsi äkkinaistä muutosta. Vuosien 2006–2010 välisenä aikana tehtiin kaikkiaan 52 kuntaliitosta. Paras-hankkeen jälkeen kuntaliitosten kehitys on selvästi hidastunut (ks. Kuntaliitto 2013).

Kuntien yhteenliittymisen kautta Paras-hankkeella oli myös yhteyttä erityisesti perusterveydenhuollon järjestämiseen. Muutoin terveydenhuolto rajattiin Paras-hankkeen ulkopuolelle, sillä terveydenhuoltoa haluttiin uudistaa erillisillä lainsäädäntöuudistuksilla. Jatkona Paras-hankkeelle on pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen käynnistämä niin sanottu kuntauudistus. Samaan aikaan kuntauudistuksen rinnalla alettiin toteuttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosta eli niin sanottua sote-uudistusta (ks. myös luku 2). Näillä suunnitelluilla uudistuksilla tulee olemaan merkittäviä vaikutuksia terveydenhuollon järjestämiseen, mikäli ne tulevaisuudessa toteutuvat.

Yksi keskeisimmistä terveydenhuoltoon liittyvistä uudistuksista oli vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu, jossa kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy tulee järjestää. Laissa säädetään, missä ajassa kuntalaisen on viimeistään päästävä lääketieteellisesti todettuun kiireettömään hoitoon. Tavoitteena on turvata kansalaisille kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Samoin hoidon tarpeen arviointi ja hoito tulee järjestää yhtenäisin lääketieteellisin perustein. (Mattila 2011.)

1990-luvulta lähtien poliittisessa keskustelussa on ollut esillä yhä enemmän potilaiden valinnanvapaus terveydenhuollossa (luku 8). Tästä näkökulmasta keskeinen uudistus oli myös terveydenhuoltolaki vuonna 2011. Se lisäsi potilaiden valinnanvapautta siten, että kuntalainen saa käyttää terveyskeskuspalveluja myös oman kotikuntansa ulkopuolella. Lisäksi lakiin kirjattiin vielä aiempaa tarkemmin ja selvemmin kunnan järjestämisvastuu terveydenhuollossa. Tässä mielessä uudistus voidaan nähdä jatkona hoitotakuulle. Se, kuinka terveydenhuoltolaki lopulta konkretisoituu, on riippuvainen kuntauudistuksen sekä sosi- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutosten toteutumisesta.

Pohdinta

Tässä luvussa on tarkasteltu terveydenhuoltopolitiikan pitkän aikavälin kehitystä järjestelmämuutosten näkökulmasta. Taulukossa 1.1 on esitetty kokoavasti, kuinka eri aikakausina eri ideat ovat olleet muutosten taustalla. Yleistä hallinnollista kehitystä leimasi 1960-luvun lopulta 1980-luvulle voimakas keskushallinnon rooli kuntien palveluiden turvaamisessa ja ajatus koko maan samalla tavalla kattavasta palveluverkostosta. Tämän idean pohjalta terveydenhuollon rakenteita uudistettiin voimakkaasti 1960-luvulla sairausvakuutusjärjestelmän kautta ja 1970-luvulla erityisesti kansanterveyslain avulla. Ideana oli panostaa nimenomaan perusterveydenhuoltoon. Sama kehitys jatkui vielä 1980-luvulla kun tehtiin merkittäviä muutoksia työterveyshuoltoon.

1990-luvulle tultaessa vastuu palveluiden järjestämisessä ja myös rahoituksessa siirtyi aiempaa selvemmin kunnille. Terveydenhuollon rakenteita ei ole suoraan muutettu 1980-luvun jälkeen vaan lähinnä sopeutettu ja osin myös karsittu. Terveydenhuolto on muuttunut lähinnä muiden yleisten hallinnollisten muutosten vuoksi kuten valtionapujärjestelmän uudistamisen seurauksena. Tehdyt uudistukset paikantuvat enemmän erikoissairaanhoidon kuin perusterveyden-

huoltoon. Samalla on korostunut yksilön omavastuu muun muassa asiakasmaksujen käyttöönoton myötä perusterveydenhuollossa.

Taulukko 1.1. Eri aikakausien ideat ja terveydenhuollon kehittämisen voimakkuus

Aikakausi	Vallitseva hallinnon idea	Vallitseva terveydenhuollon idea	Terveydenhuollon kehittämisen voimakkuus
1960-luku	Keskushallinnon suuri rooli kuntien palveluiden turvaamisessa	Perusterveydenhuollon resurssien lisääminen	Voimakas
1970-luku	Keskushallinnon suuri rooli kuntien palveluiden turvaamisessa	Perusterveydenhuollon resurssien lisääminen	Erittäin voimakas
1980-luku	Keskushallinnon suuri rooli, mutta paine kohti paikallistason autonomian lisäämistä	Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon resurssien lisääminen	Voimakas
1990-luku	Kuntien itsehallinnon korostaminen	Karsinta, sopeuttaminen, omavastuun ja erikoissairaanhoidon roolin korostaminen	Pieni
2000-luku	Kuntien koon kasvattaminen ja toisaalta keskushallinnon roolin lisäämistä	Valinnanvapauden lisääminen ja perusterveydenhuollon vahvistaminen	Kohtalainen

Vähäistä muutoksen voimakkuutta selittää osaksi se, että hyvinvointivaltiollisten instituutioiden muutokset ovat usein jähmeitä. Puhutaan niin sanotusta polkuriippuvuudesta. Tämä merkitsee yksinkertaisimmillaan, että aiemmat ratkaisut ehdollistavat nykyhetken ratkaisuja. Ideat siitä, miten terveydenhuoltoa tulisi kehittää toki muuttuvat, mutta itse järjestelmien rakenteiden uudistaminen on silti osoittau-

tunut hankalaksi. Yhtenä syynä on se, että eri ryhmillä, kuten terveydenhuoltohenkilöstöllä ja poliitikoilla, on intressejä olemassa olevaa järjestelmää kohtaan, jolloin järjestelmien laajamittainen muuttaminen on hankalaa (esim. Saarinen 2010; 2013). Tämä voi tehdä uudistuksista poliittisesti kalliin. Toiseksi isoihin järjestelmämuutoksiin sisältyy myös erilaisia oppimiskustannuksia ja epävarmuuksia niin uuden järjestelmän kustannusten kuin seurausten osalta (Pierson 2004).

2000-luvulla lainsäädäntömuutoksissa on tiettyssä mielessä näkynyt taas valtion tiukentunut ote muun muassa hoitotakuun ja terveydenhuoltolain voimaantulon myötä. Samalla asiakkaan asemaa, valinnanvapautta ja vastuuta on edelleen korostettu. 2000-luvulla on ollut myös pyrkimystä muuttaa terveydenhuollon rakenteita ja rahoitusta esimerkiksi palvelurakennemuutosten avulla. Lisäksi on koetettu panostaa perusterveydenhuoltoon, joka näkyy erityisesti uudessa terveydenhuoltolaissa.

Vähittäisetkin yksittäiset muutokset, kuten resurssien panostaminen erikoissairaanhoidon, asiakasmaksujen osuuden lisääntyminen ja normiohjauksen vähentyminen, saattavat johtaa lopputulosten tasolla merkittäviin muutoksiin. Joissakin arvioissa on nähty, että näiden 1990- ja 2000-luvulla tehtyjen muutosten myötä kansanterveystilain idea tasa-arvoisesta kaikkia väestöryhmiä yhtäläisesti kohtelevasta terveydenhuollosta on heikentynyt (esim. Rimpelä 2005). Yksi keskeisimmistä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän haasteista liittyykin siihen, että sosiaalinen asema määrittää vahvasti hoitoon pääsyä ja terveyserot eri ryhmien välillä ovat kansainvälisesti verraten suuret (Bambra 2012; Kangas 2012). Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta haasteena on palvelujen saatavuudessa olevat erot kunnallisen terveyskeskuksen ja työterveydenhuollon palvelujen välillä (ks. luku 7).

Vaikka poliittisessa ja julkisessa keskustelussa usein korostetaan suurten rakenteellisten uudistusten tärkeyttä, tehdyt uudistukset seuraavat usein olemassa olevan järjestelmän perusrakenteita. Poliittiset toimenpiteet eivät myöskään näy sosiaali- ja terveystaloudessa yhtä suoraan kuin vaikkapa resurssien leikkaukset puolustusmenoista tai eläkkeistä. Esimerkiksi kuntien valtionapuihin kohdistuvat leikka-

ukset on kansallisella tasolla helpompi toteuttaa, koska leikkausten varsinainen kohdentaminen jää tällöin kunnallisten päättäjien käsiin. Kyse on tällöin vähittäisistä muutoksista, jotka yksinään eivät näytä merkittävilä uudistuksilta, mutta voivat kumuloituessaan merkitä pidemmällä ajanjaksolla rakenteellista muutosta (esim. Niemelä & Saarinen 2012). Tämä selittää myös sitä, miksi taulukossa 1.1 havaittavissa oleva terveydenhuollon uudistamisen voimakkuus ei ole enää 1960–1980-lukujen rakennusvuosien jälkeen ollut yhtä voimakasta.

2. PERUSTERVEYDENHUOLTO JA ERIKOISSAIRAANHOITO

Simo Kokko

Sanapari perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidto ovat vakiintuneet viime aikoina suomalaiseseen alan kieleen. Näistä perusterveydenhuolto on kansainvälisesti määritelty ja käytössä koeteltu käsite. Kansainvälisen terveysjärjestön (WHO) Alma Atan konferenssissa vuonna 1978 määriteltiin käsite *Primary Health Care*, ja samalla haluttiin vahvasti korostaa perusterveydenhuollon tärkeyttä koko terveydenhuollon kulmakivenä (World Health Organization 1978). Suomessa säädettiin kuitenkin samalla vuosikymmenellä laki kansanterveystyöstä. Kansanterveystyö-käsitteen käyttäminen kunnallisen perusterveydenhuollon nimikkeenä oli omaperäinen nimenanto.

Tarkempi kansanterveystyön ja sen taustalla olleiden tavoitteiden erittely osoittaa, että kansanterveystyön käsitteen alle haluttiin sijoittaa kansainvälisesti kaksi yleensä erillisinä pidettyä terveydenhuollon perustoimintaa. Englanninkielinen termi *public health* viittaa kansanterveystyöhön ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon varsin laajalla näkökulmalla. Voisi hyvin tulkita kansanterveystyön valinnan käsitteeksi tarkoittaneen, että tavoitteena oli yhdistää paikallisen tason *public health* -toiminta ja perustasolla tapahtuva sairaanhoidto. 2000-luvulla on Suomessa siirrytty kuitenkin puhumaan muiden maiden tavoin perusterveydenhuollosta. Kansanterveyslakiin tehtiin

terveydenhuoltolain säätämisen yhteydessä lisäyksenä maininta, että kansanterveystyön asemesta voidaan puhua myös perusterveydenhuollosta.

Erikoissairaanhoidon käsitteen vakiinnutti viimeistään vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki. Sitä ennen oli erillisiä lakeja mielisairaanhoidon ja tuberkuloosin vastustamistyötä ja hoitoa varten. Erikoissairaanhoidon sairaalahoidostakin oli erilliset säädökset keskussairaaloitten ja aluesairaaloitten toimintoja varten. On hyvä kuitenkin muistaa, että suomalaiset käsitteet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eivät välttämättä aukea suorina käännöksinä esimerkiksi englanniksi. Kuulija voi olettaa, että käsitteen *specialized care* alle kuuluisi Suomen sairaanhoitopiirien palveluja suppeampi valikoima harvinaisia erityispalveluja. Hän voi myös yllättyä siitä, että käsitteen *primary health care* alle sijoittuu laaja palveluiden valikoima, johon sisältyy jopa sairaalahoidon terveyskeskussairaaloissa. Nämä erot käsitteiden kattavuudessa ovat haasteita niissä tilanteissa, joissa suomalaisen terveydenhuollon rakenteita joudutaan esittelemään kansainvälisissä julkaisuissa tai joissa toimintojen laajuuksia ja kustannuksia vertaillaan eri maiden välillä.

Tämän luvun tavoitteena on selvittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen suhteen kehitystä ja käännteitä sekä samalla avata taustalla kulloinkin vaikuttanutta ajattelua. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan tässä katsauksessa kunnallisesti järjestettäviä ja rahoitettavia palveluja. Näitä ovat terveyskeskusten tai kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon itse tuottamat palvelut sekä kuntien toimeksiannosta ja rahoituksella hankitut ostopalvelut. Erikoissairaanhoidosta puhuttaessa viitataan taas erikoissairaanhoidolaissa säädettyjen sairaanhoitopiirien palveluihin että kuntien ja kuntayhtymien oman hallinnon alaisuudessa toimiviin erikoissairaanhoidon palveluihin. Viimeksi mainittuja ovat perinteisten sairaanhoitopiirien hallinnon ulkopuolella pysyttäytyneiden kaupunginsairaaloitten lisäksi aluesairaalat, jotka ovat siirtyneet 1990-luvulta lähtien sairaanhoitopiireiltä kunnallisen hallinnon alaisuuteen.

Monimuotoinen kehityshistoria

Taulukkoon 2.1 on koottu tiivistelmä suomalaisen terveydenhuollon rakenteiden ja toimintojen kehityksestä eri vuosikymmenien aikana. Suomalaisista terveydenhuolloista ei ole alun perin lähdetty kehittämään ajatuksena rakentaa yhdelle perustalle perusterveydenhuolto ja toiselle erikoissairaanhoidon. Eri palveluilla on omat erityiset kehitysjuurensa. Mielisairaaloitten ja tuberkuloosisairaaloitten verkko rakentui nykyiseen muotoonsa koko maan kattavana ennen muun erikoisaloihin jakautuvan sairaalalaitoksen rakentumista. Kunnalliseksi terveydenhuolloksi ennen kansanterveyslain aikaa voidaan kutsua sitä palveluiden kokonaisuutta, joka muodostui kunnanlääkäreiden ja kunnallisten terveysisarten ja kätilöiden työstä sekä kunnansairaaloitten palveluista. Kunnansairaaloissa oli tarjolla varsin laaja valikoima palveluita, jotka luettaisiin nykyisin erikoissairaanhoidoksi: vaativia leikkauksia, synnytysten hoitamista sekä päivystyksellistä toimintaa oloissa, jolloin kunnansairaala ylemmän portaan sairaalaa joko ei ollut lainkaan tai se oli kaukana, hankalienkin matkojen päässä. Kaupungeissa oli kunnansairaaloita vastaavia kaupunginsairaaloita ja eräillä maakunnallisilla keskuspaikkakunnilla lääninsairaaloita.

Taulukko 2.1. Terveydenhuollon rakenteiden ja toimintojen kehitys Suomessa

Aikakausi	Erikoissairaanhoido / sairaalalaitos	Perusterveydenhuolto (Kansanterveysyö)
Itsenäisyyden aika 1940-luvun lopulle	Valtio, kunnat ja kuntainliitot sekä suuret työnantajat pitivät yllä sairaaloita Mielisairaaloiden ja tuberkuloosiparantoloiden verkoston pohja oli jo olemassa	Kunnallisen terveydenhuollon aikaa: kunnallislääkärit, kunnalliset terveysasemat ja kättilöt tuottivat avohoidon palveluita. Lääkärit osaksi kunnallisia virkamiehiä, mutta potilastyössä yksityislääkäreitä
1950-luku	Ratkaisu keskussairaalalaitoksen sijoittamisesta ja rakentamisesta kuntainliittojen omistukseen syntyi Sairaalaverkko kasvoi	Kunnallisen terveydenhuollon voimavarat olivat niukat Palveluiden käytössä suuria alueellisia ja väestöryhmien välisiä eroja
1960-luku	Keskussairaalaverkko tuli kokonaan rakennetuksi Aluesairaloita ja pitkäaikaishoitoa tarjoavia B-mielisairaloita rakennettiin	Kunnallinen terveydenhuolto vaikeuksissa Lääkärit siirtyivät sairausvakuutuksen voimaan tulla kaupunkeihin yksityislääkäreiksi
1970-luku	Sairaalaverkoston rakentaminen jatkui, kaksi uutta yliopistosairaalaa käyttöön	Kansanterveyslain myötä kansanterveysyön voimavaroja ja tehtäviä lisättiin Kerityksen pääpaino oli Itä- ja Pohjois-Suomessa
1980-luku	Tuberkuloosisairaalat integroitiin Psykiatrisen hoidon rakennemuutos	Terveyskeskusten rakentamistyö saatiin (iähes) valmiiksi Keskustelu palveluiden saatavuudesta voimistuu Omalääkäri- ja väestövastuukokeilut käynnistyivät

<p>1990-luku</p>	<p>Erikoissairaanhoidon pääosan sairaanhoitopiiriin alaisuuteen Valtionosuusudistus johti 10 aluesairaalan siirtymiseen perusterveydenhuollon yhteyteen Laitoshoidtoa vähennettiin Erikoissairaanhoidon jakautui aikaisempaa suppeampiin erikoisaloihin</p>	<p>Vuosikymmenen alku väestövastuun ja omalääkärimallien aikaa Laman aikana terveyskeskukset toimivat hyvin, koska kaikki vakanssit täynnä Terveyskeskusten pilkkoutuminen valtionosuusudistuksen myötä Sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminnallinen integraatio eteni yhden kunnan terveyskeskuksissa Vuosikymmenen lopussa lääkäri- ja hammaslääkäntyövoiman saatavuudessa ja pysyvyydessä vaikeuksia</p>
<p>2000-luku</p>	<p>Kansallinen terveydenhuoltoprojekti: pyrkimys erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajan ylittävään yhteisiin palveluihin Huomion siirtäminen kuntaa laajempiin alueellisiin kokonaisuuksiin Muutamissa organisaatioissa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto sijoittuivat yhteisen järjestämisvastuun alaisiksi</p>	<p>Kansallinen terveydenhuoltoprojekti: tavoitteena väestöpohjan ja terveyskeskusten toimintayksiköiden koon kasvattaminen Tavoite sisällytettiin Paras-hankkeeseen Yhteispäivystykset yleistyvät Lääkäri- ja hammaslääkärityövoimaa vuokraavat yritykset saivat jalansijaa Hoitotyön vastaanotto toiminta vahvistui ja laajeni</p>
<p>2010-luku</p>	<p>Terveydenhuoltolaki määritteli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tehtävät ja roolit Päivystävien "täyden palvelun" sairaaloiden roolin korostuminen Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämislakia suunniteltiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden integraation pohjalte Julkisen ja poliittinen keskustelu rahoituksen ja palveluiden tuottamisen rakenteista kiirtyi</p>	<p>Paras-hankkeen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallinen hallinto yhdistyi kaikissa kunnissa Poliittinen keskustelu palveluiden saatavuuden "turvaamisesta" ja järjestelmän "pelastamisesta" Keskustellaan myös siitä, pitäisikö Suomessa antaa lain säätämä oikeus valita hoitopaikka Ruotsin värdval-periaatteen mukaisesti</p>

Erikoissairaanhoidossa toteutettiin 1950-luvulla mittava rakenteellinen uudistus, jolla ns. somaattisten erikoisalojen palvelut siirrettiin maakunnallisten keskussairaaloiden vastuulle. Omistajiksi tulivat valtion asemesta kuntainliitot. Vastaavanlaiset hallintorakenteet oli luotu mielisairaaloille ja tuberkuloosiparantoloille. Keskussairaala-verkon rakentaminen oli mittava investointi. Samalla luotiin pohja alueellisesti järjestetyille porrastetulle terveydenhuollolle. Myöhemmin 1960–1970-luvuilla sairaalapalveluiden valikoimaan lisättiin keskussairaaloiden verkon täydennyksiksi vielä aluesairaalat sekä keskusmielisairaaloiden täydennykseksi B-mielisairaalat, joihin siirrettiin aluksi kunnalliskotien mielisairasastoilta pitkäaikaiset potilaat. Kenttä oli kirjava. Yhdestä kunnasta saattoi kulkea luottamushenkilöitä viiden erilaisen erikoissairaanhoidon organisaation kokouksiin. Lopulta vuonna 1991 voimaan tullut erikoissairaanhoidolaki niputti kaikki kunnalliset erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiirien vastuulle yhteisen hallinnon alle lukuun ottamatta yksittäisiin suuriin kaupunkeihin jääneitä kaupunginsairaaloita, joita oli kymmenkunta.

Kansanterveyslaki kokosi saman hallinnollisen katon alaisuuteen monimuotoiseksi laajentuneen kunnallisen terveydenhuollon palvelut. Kunnanlääkäreistä ja kouluhammaslääkäreistä tuli kuukausipalkalla työskenteleviä terveyskeskuslääkäreitä ja -hammaslääkäreitä. 1970-luvulta alkaen kansanterveystyön vastuulle sijoitettiin useita uusia palvelukokonaisuuksia. Hallinto organisoitiin itsenäisten peruskuntien ja kansanterveystyön kuntayhtymien varaan siten, että noin 500 kunnan Suomessa oli noin 210 terveyskeskusta 1970–1980-lukujen vaihteessa.

Maassa oli ennen vuoden 1972 kansanterveyslain voimaantuloa yksityislääkäreitä, yksityisiä hammaslääkäreitä ja fysioterapeutteja. Heidän palveluidensa käytön kuluista oli 1960-luvun alkuvuosilta lähtien saanut kaikille kansalaisille pakollisesta sairausvakuutuksesta maksettavia korvauksia. Tämä käytäntö on jatkunut nykypäivään. Kansanterveystyön alkuvuosilta on myös peräisin tämän päivän terveydenhuollon omaleimainen piirre, työterveyshuollon toimiminen laajalti perustason sairaanhoitopalveluiden tarjoajana työterveyshuollon henkilöasiakkaille.

Kaiken tämän kehityksen seurauksena on syntynyt tilanne, jossa perusterveydenhuollosta Suomessa puhuttaessa on syytä tarkentaa, tarkoitetaanko kunnallisesti järjestettyä perusterveydenhuoltoa, josta vastaavat terveyskeskukset, vai tarkoitetaanko perusterveydenhuollolla kaikkia niitä palveluja, joita voidaan käyttää ilman lähetettä. Tällöin terveyskeskusten rinnalle olisi otettava yksityiset palvelut sekä työterveydenhuollon palvelut. Tässä katsauksessa tarkoitetaan perusterveydenhuollolla siis kunnallisia palveluja.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhde

Erillisiksi rakennetut

Kun kansanterveyslaki säädettiin vuonna 1972, haluttiin luoda kokonaan uusi ja omaleimainen palvelujärjestelmä. Lakia vastustettiin lääkärinkunnan keskuudessa. Lääkärit eivät olleet halukkaita siirtymään pääosin ammatinharjoittamiseen perustuvasta kunnanlääkärin työstä kunnallisiksi virkamiehiksi (Saarinen 2010). Palvelun oli määrä olla käyttäjälleen maksutonta, mutta alkuvuosisi jäi voimaan vähäinen lääkäripalveluista perittävä maksu, joka sekin poistui 1980-luvun alussa pitkäksi ajaksi. Maksu otettiin kuitenkin uudelleen käyttöön vuonna 1993.

Terveyskeskusten työn arvoa vähäteltiin kasvualueilla. Kaupunkilaisväestö ei kokenut terveyskeskuspalveluita yhtä arvokkaina kuin esimerkiksi Itä- ja Pohjois-Suomen maaseutukuntien väestö. Arvostuksen eroon oli selvä syy: terveyskeskusten rakentaminen, varustaminen ja toiminnallinen kehittäminen tapahtuivat valtion määrätietoisella ohjauksella suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla, ja kehittäminen aloitettiin 1970-luvulla juuri Itä- ja Pohjois-Suomen maaseutupaikkakunnilta (Mattila 2011). Valtion tahdon mukaisesti kansanterveystyön voimavarat haluttiin pitää erikoissairaanhoidosta erillään. Erillisyydestä huolehdittiin jopa edellyttämällä, että samalla paikkakunnalla – ja joskus jopa naapuritonteilla – toimivilla terveyskeskuksella ja erikois-

sairaanhoidon sairaalalla piti olla omat laboratoriot ja röntgenlaitokset. Yhteistyön hyväksytyjä muotoja olivat potilaiden lähettäminen ja palautteen toimittaminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Vaikka taustalla olevaa pelkoa ei juuri lausuttukaan julki, perusterveydenhuoltoa ja sen voimavaroja haluttiin varjella erikoissairaanhoidolta. Varjelu tapahtui varojen korvamerkinnällä, jonka vuoteen 1993 asti voimassa ollut valtiosuus- ja suunnittelujärjestelmä toteutti automaattisesti. 1960–1990-luvut jäävät historiaan suomalaisen yhteiskunnan vaurastumisen ja investointien aikakautena. Osansa saivat sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoido. Mielenkiintoinen perusterveydenhuollon toimintojen laajentamisen aihe löydettiin erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaaloiden sisätautiosastot ja psykiatristen sairaaloiden geriatriiset osastot täyttyivät 1980-luvulla jatkohoitopaikkaa odottavista vanhuksista. Tämän vuoksi valtiovalta ohjasi 1980-luvulla etenkin kaupunkikuntia rakentamaan lisää vuodeosastokapasiteettia pitkäaikaishoitoa varten.

Näinä kasvun vuosina perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido kasvoivat ja toimivat rinnakkain. Yhteydenpito perustui potilaiden lähettämiseen ja palautetiedon kulkemiseen, joka ei kuitenkaan koskaan toiminut kovin kattavasti. Terveyskeskuksissa keskityttiin ratkomaan vastaanottopalveluiden saatavuuden ongelmia. Ratkaisuksi ryhdyttiin jakamaan työtä kaupunkiterveyskeskuksissakin maaseudun tapaan pienten alueellisten yksiköiden ja lähiökohtaisten terveysasemien varaan. Puhuttiin väestövastuusta ja omalääkärijärjestelmästä (Aro & Liukko 1993; Kokko 1997). Näissä kehittämishankkeissa yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erikoissairaanhoidon kanssa ei ollut ainakaan keskeisesti esillä, vaikka hyvän yhteistyön puolesta toki puhuttiin.

1990-luvun uudistukset

Sekä valtiovalta että kunnat väsyivät käytössä olleeseen valtiosuusjärjestelmään ja siihen liitettyyn pikkutarkkaan keskushallinnosta käsin ohjaamiseen. Ratkaisuksi kypsyi vuoden 1993 alusta voimaan

tullut uudistuspaketti, joka opittiin tuntemaan nimellä *valtionosuusuudistus*. Itse asiassa uudistus oli laajempi ja perusteellisempi kuin vain valtionosuuksien ohjailumekanismien muutos. Kunnat saivat nyt oikeuden käyttää varoja sekä kunnallisten että yksityisten palveluntuottajien kustannusten kattamiseen. Monien mielestä tässä luotiin pohja palveluiden järjestämisen ja tuottamisen eriyttämiseksi toisistaan, vaikka alkuvuosina eriyttämisestä ei seurannutkaan kovin mittavia toiminnallisia muutoksia. 1990-luvun lama jähdytti muutoshalukkuutta ja itse asiassa karsi erilaisia ostopalveluita sieltä, missä niitä oli otettu käyttöön.

Uudistus saattoi periaatteessa yhteiseen käyttöön perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahat. Siitä, miten erikoissairaanhoidon palveluiden ja rahoituksen ohjaus voisi tapahtua, vallitsi aluksi suuri hämmennys. Kuviteltiin, että kunta voi maksusitoumuksia antamalla tai epäämällä säädellä erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia. Pian osoittautui, että erikoissairaanhoidon perussäädökset siitä, millä edellytyksillä potilas voidaan ottaa erikoissairaanhoidossa tutkittavaksi ja hoidettavaksi, eivät olleet muuttuneet. Potilaalla oli kuitenkin oikeus käyttää oman kunnan alueen sairaanhoitopiirin palveluja, kunhan hänellä oli lähete miltä hyvänsä lääkäriltä.

Rahoituksen ohjautumisen dynamiikka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä kuitenkin muuttui. Tuli entistä selvemmin näkyväksi, että erikoissairaanhoidon muuttuneilla kuntalaskutusperiaatteilla menevä raha oli kunnalta tai kunnan kanssa läheisessä suhteessa olevalta terveyskeskukselta pois. Terveyskeskukset ryhtyivät tässä tilanteessa virittämään omia palveluitaan sellaisiksi, että ne korvaisivat erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöä. Vähitellen pitkäaikaishoidon paikoiksi muuttumaisillaan olleita terveyskeskussairaaloita muutettiin aktiivisen lyhytaikaisen hoidon tai erikoissairaanhoidon jatkohoidon paikoiksi. Dynamiikan muutos johti monilla paikkakunnilla myös yhteistyösuhteiden rasittumiseen. Toimijat kilpailivat samoista voimavaroista sen sijaan että olisivat toimineet yhdessä. Samojen muutosvoimien myötä kymmenkunta sairaanhoitopiirin aluesairaala siirrettiin kuntien tai terveyskeskuskuntayhtymien alaisuuteen. Näillä ratkaisulla haluttiin sekä säädellä sairaanhoitopiireille meneviä varoja

että huolehtia myös oman paikkakunnan työpaikkojen säilymistä. Näitä kaikkia muutoksia voimisti 1990-luvun taloudellinen lama.

1990-luvun loppuvuosia voi hyvin jälkikäteen luonnehtia kuntien omien etujen varmistelun ajaksi. Kunnat halusivat päästä aikaisempaa selvemmin ohjaimiin. Niinpä perusterveydenhuollon kuntayhtymiä purettiin sillä seurauksella, että terveyskeskusten lukumäärä nousi enimmillään noin 270:een. Samoihin aikoihin kunnat halusivat syventää sosiaali- ja terveystalouden välistä yhteistyötä. Syntyi uusia palvelukokonaisuuksia, esimerkiksi ”kotihoito” kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen tuloksena. Rakenteiden yhdistämisestä ja laitoshoidon vähentämisestä haluttiin saada kunnalle säästöjä. Kuitenkin kuntien omien etujen valvonnassa oli kriittisesti ajatellen kyse myös ”osaoptimoinnista”, jossa yhteistä seudullista etua ja rakenteellista tehokkuutta ei jaksettu kovin yleisesti tavoitella.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä rajaa ryhdyttiin 1990-luvulla ylittämään uusilla tavoilla, kun huomattiin, että valtakunnallinen suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä ei enää ollut esteenä. Aluesairaaloita siirrettiin sairaanhoitopiirien alaisuudesta kuntien hallintaan. Mielenterveystyön avopalveluissa tapahtui merkittävä muutos suuressa osassa maan sairaanhoitopiirejä. Erikoissairaanhoidon osaksi rakennettu mielenterveystoimistojen palveluiden kokonaisuus siirrettiin arviolta noin 70 prosentissa maan sairaanhoitopiirejä paikallisten terveyskeskusten alaisuuteen (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006). Tätä muutosta ei ollut valtakunnallisesti mitenkään suunniteltu eikä suositeltu. Sairaanhoitopiirien yksittäisiin palvelusuoritteisiin perustuva kuntalaskutusikäytäntö osoittautui 1990-luvun yksikköhinnoilla paljon kalliimmaksi kuin saman työn teettäminen kuukausipalkalla. Siksi työntekijät haluttiin siirtää terveyskeskuksen palvelukseen.

Muuttuneet tuulet 2000-luvulla

Lamasta selvinneessä maassa heräteltiin keskustelua hyvinvointipalveluiden tulevaisuudesta. Valtion varojen vartijat vaativat säästöjä ja

tehostamista. Palveluiden kehittäjät halusivat taas uusia voimavaroja, jotta perusterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut sekä monet sellaiset palvelut, joiden katsottiin jääneen vuoden 1993 muutosten jälkeen toisista jälkeen, voisivat kehittyä ja vastata tarpeisiin. Näitä ristiin vetäviä tavoitteita selviteltiin 2000-luvun alussa toteutetussa kansallisessa terveydenhuollon projektissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Sen myötä syntyi eri suuntiin vetävien tavoitteiden kompromissi.

Terveydenhuollossa tarkoitus oli tehdä rakenteellisia ja tehostavia muutoksia, minkä vastapainoksi taas luvattiin huolehtia tarpeellisista panostuksista painopistealueisiin. Rakenteellisten muutosten sävy ja suunta olivat nyt erilaisia kuin aikaisemmin. Ensimmäistä kertaa lausuttiin ajatuksia ja pian myös tavoitteita, joiden mukaan perusterveydenhuollon palvelut pitäisi järjestää kirjavan terveyskeskus- ja kuntakentän asemesta entistä suuremmilla väestöpohjilla. Samoin tavoiteltiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja voimavarojen jakamista. Tässä hankkeessa luotiin pohjat maakunnallisille laboratorio- ja röntgenlaitoksille sekä monille yhteisille tukipalveluille yli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajan. Näiden rakentamista tuettiin sosiaali- ja terveysministeriön jakamien palveluiden kehittämiseen tarkoitetuilla valtionavustuksilla, niin sanotulla Kaste-rahoituksella (Tuomola, Idänpää-Heikkilä, Lehtonen & Puro 2008).

Toiminnallista yhteistyötä ryhdyttiin myös hahmottelemaan. Erikoissairaanhoidosta lääkkeeksi ongelmiin tarjottiin jo 1970-luvulla tarjottua erikoislääkäreiden ja yleensäkin erikoissairaanhoidon toimintatapojen viemistä terveyskeskuksiin. Konkreettisimpia yhteistyön muotoja syntyi päivystyspalveluissa, joissa siirryttiin melko lyhyellä aikavälillä täysin erillisistä terveyskeskus- ja sairaalapäivystysten järjestelmästä yhteispäivystyksiin, joissa käytettiin sekä yhteisiä tiloja että vähitellen myös yhteisiä päivystyksen henkilövoimavaroja (ks. Reissell, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen, Blomgren & Erhola 2012). Mielenterveyspalveluissa syntyi uudenlaisia palvelukokonaisuuksia yhteiselle maaperälle, esimerkkinä Kuopion psykiatrian keskus. Yhteistyön mahdollisuuksia nähtiin olevan tarjolla monilla muillakin

palveluiden aloilla, mutta kuntien epäluuloisuus kuntalaskutuksen oikeasta kohdistumisesta jarrutti etenemistä.

2000-luvun jälkipuoliskolla tapahtui sekä keskushallinnon asiantuntijoiden että terveyskeskusten johtoon kuuluvien ajatuksissa hiljainen käänös. Entinen pelko siitä, että hallinnollinen yhtenäisyys johtaisi ”nielaistuksi tulemiseen” tai muutoin häviölle jäämiseen, alkoi haihtua. Tätä tukivat kokemukset niistä sairaanhoitopiireistä, joiden alueella toteutettiin hallinnollisia yhdistymisiä, esimerkiksi Kainuussa, Etelä-Karjalassa tai Päijät-Hämeessä (esim. Nordic Healthcare Group 2013; Valtiovarainministeriö 2013). Erityisinä hyvän yhteistyön esimerkkeinä ryhdyttiin pitämään eräitä pieniä aluesairaaloiden yhteyteen syntyneitä terveydenhuoltoalueita, joiden palveluissa erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto kehittyivät ja kukoistivat usein vastoin monia odotuksia. Forssan terveyspalvelut mainittiin tästä esimerkkinä useissa yhteyksissä.

Kohti 2010-luvun sote-uudistusta

Kansallisen terveydenhuoltoprojektin työtä jatkettiin vuonna 2005 ns. Paras-hankkeella. Siinä säädettiin lailla perusterveydenhuollon järjestämisen saattamisesta vähintään 20000 asukkaan väestöpohjilla tapahtuvaksi. Hankkeella ei suoraan puututtu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhteisiin, mutta saatettiin kuntakenttä varsin mittavan muutoksen tielle. Perusterveydenhuollon järjestämiskäytännön uudistamisen rinnalla kuntia ohjattiin ja kannustettiin erityisvaltionosuuksilla kuntaliitoksiin. Kuntien määrä vähenikin lähes sadan kunnan verran hankkeen seurauksena tai ainakin liikkeelle syyssäänä. (Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Muuri, Pekurinen & Tammelin 2009; Niemelä 2011.)

Samoihin aikoihin tehtiin työtä terveydenhuoltolain rakentamiseksi korvaamaan aikaisemmin erilliset lait perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Lain valmistelu pitkittyi, koska palveluiden järjestämisen rakenteita koskevat tavoitteet muuttuivat aikaisempaa

vaativammiksi. Peruspalveluministeri Paula Risikon toimesta esiteltiin vuoden 2009 syksyllä sosiaali- ja terveysministeriön virkamieskunnan piirissä valmisteltu uusi malli sosiaali- ja terveydenhuollon alueista (ns. sote-alueet). Tämä malli, joka oli ratkaisuna luonteeltaan ja mittasuhteiltaan Paras-uudistusta moninkertaisesti radikaalimpi, oli pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen (2011–2014) hallitusohjelmassa keskeisenä ohjelmakohtana kuntauudistuksen rinnalla. Mallin keskeisenä periaatteena näyttäytyi palveluiden integraatio niin horisontaalisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden kesken kuin vertikaalisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Mallin avulla haluttiin edistää myös kuntarakenteen uudistusta siten, että maahan olisi syntynyt nykyisten yli 300 kunnan joukosta kuntaliitosten myötä aikaisempaa paljon harvalukuisempi määrä kuntia.

Sote-uudistusta on valmisteltu monia käänteitä kokeneessa prosessissa vuodesta 2011 lähtien. Prosessin aikana on käyty näkyvä, monella tavalla vaikea ja rintamia hajottava keskustelu, joka on ollut myös käsitteellisesti epätarkka. Valmistelun kohde on ennen kaikkea ollut palveluiden järjestäminen. Julkisuudessa esitetään kuitenkin mielikuvia ja argumentteja, jotka koskevat palveluiden tuottamisen järjestelyjä. Tavoitteena on, että palveluiden järjestäminen toteutuu 1) aikaisempia rakenteita laajemmalle väestöpohjalle ja että 2) yhteinen järjestämisvastuu kattaa kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Keskustelu jatkuu yhä ja keväällä 2015 pelimerkit ovat edelleen sote-uudistuksen suhteen levällään. Prosessin tärkeimmät tapahtumat ja vaiheet on koottu taulukkoon 2.2.

Taulukko 2.2. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen (sote-uudistus) vaiheet 2000-luvun uudistusta ennakoivista tapahtumista vuoteen 2015

Ajanjakso	Tapahtuma
2002	Kansallinen terveydenhuolto- ja palvelurakennemuutoksen kehityksen uudeksi suunnaksi yksikkökokojen suurentamisen perusterveydenhuollossa, seudullisen yhteistyön edistämisen sekä yhteistyön lisäämisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.
2007	Paras-hanketta koskeva puitelaki säädettiin; kunnat tekivät päätökset lain vaatimusten mukaisesti yhteistoiminta-alueisiin siirtymisestä, mikäli se oli väestöpohjan saavuttamiseksi tarpeen. Kuntien määrä väheni kuntaliitosten seurauksena.
2009	Peruspalveluministeri Paula Risikko esitteli ns. sote-aluemallin. Istuva hallitus ei hyväksynyt mallia tulevan järjestämislain pohjaksi.
2010	Terveydenhuoltolaki tuli voimaan sisältöalalain, josta puuttuivat järjestämisvastuuta koskevat osat. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki jäivät näiden osalta voimaan. Paras-lainsäädäntöön tehtiin lisäys, joka edellyttää, että perusterveydenhuollon lisäksi myös sosiaalipalvelut on saatettava järjestettäväksi vähintään 20 000 asukkaan väestöpohjilla.
2011	Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmaan sisällytettiin varsin pitkälle ministeri Risikon vuonna 2009 esittelemä sote-aluemallin toteutus. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistamisen peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportissa suositeltiin maahan yksitasoista järjestämisvastuun rakennetta, jossa noin 20 kuntaa vastaisi järjestämisestä.
2013	Sosiaali- ja terveysministeriön selvityshenkilötyöryhmän mukaan maahan tulisi muodostaa 34 sote- aluetta. Nämä perustuisivat pääsääntöisesti vastuukuntamalliin, mutta vaihtoehtona voisi olla myös kuntayhtymä. Hallitus sopi uudistuksen tavoitteiden päälinjoista ja käynnisti järjestämislain valmistelun. Tässä päätöksessä esitettiin selvityshenkilötyöryhmän raportin ehdotuksista poikkeava linjaus, jonka mukaan noin 2 000–50 000 asukkaan kunnille säädetään oikeus järjestää perustason sote-palveluita sekä erityisharkinnan mukaan myös ”peruserikoissairaanhoidon palveluita”. Samalla esitettiin linjaus viidestä erityisvastuualueesta, joille tulisi koordinoiva tehtävä. Kansanedustaja Petteri Orpon johtama koordinaatioryhmä esitti, että järjestämisvastuussa voivat olla laajan perus- ja erityistason alueet sekä perustason alueet. Näiden alueiden on täytettävä koko maassa yhdenmukaiset väestöpohjaan ja yhdyskuntarakenteeseen perustuvat kriteerit. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä jätti loppuraporttinsa, johon sisältyi luonnos järjestämislaista perusteluineen.
2014	Kuntien ja kuntayhtymien lausunnot järjestämislain luonnoksesta kootaan. Hallituksen esitys uudeksi sote-järjestämislaiksi annetaan eduskunnalle joulukuussa.
2015	Perustuslakivaliokunnan mukaan ei ollut mahdollista edetä, ja esityksen käsittely eduskunnassa raukeaa. Uudistuksen jatkovalmistelu ja toimeenpano siirtyvät seuraavalle hallituskaudelle.

Suunta kohti järjestämistä laajempaa integraatiota?

Sosiaali- ja terveystalvelujen integraation esteenä on pidetty sitä, että kuluneiden vuosikymmenien aikana sosiaalipalveluja, perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa on kehitetty hallinnollisesti erillisinä, kutakin palvelukokonaisuutta säätelevän oman lain pohjalta. Alun perin näiden kolmen toimialan rahoitus oli tarkoituksellisesti eristetty omiin aitiioihinsa. Valtionosuusjärjestelmän uudistuksen yhteydessä vuonna 1993 otettiin merkittäviä askelia rahoituksen saattamiseksi yhden yhteisen peruskunnan kautta kulkevan kanavan varaan. Silti erikoissairaanhoidon rahoitus jäi erilliseksi. Sote-uudistuksen tavoitteissa puhutaan aikaisempaa vahvemmalle rahoitus pohjalle siirtymisestä, mutta alueiden rahoituksen muuttaminen yhden kanavan kautta vaatisi todennäköisesti laajempaa kuntareformia.

Laajan ja toiminnallisia hyötyjä tuottavan integraation edellytys olisi rahoituksen yhdistäminen siten, että yksittäiset kunnat eivät aiheuttamisperiaatteella kustannuksia maksamaan joutuessaan vetäisi aina kotiin päin vaan jouduttaisiin opettelemaan yhteisen maakunnallisen edun etsimistä. Tämä voisi toteutua joko rahoituksen kanavoinnin uudennlaisilla ratkaisuilla ns. Kainuun mallin mukaisesti tai vaihtoehtoisesti radikaalin kuntauudistuksen seurauksena, jolloin maakuntaan jäisi yleensä vain yksi peruskunta.

Toinen laaja ja vaativa todellisen integraation toteutumisen edellytys olisi, että toiminnallisesti yhteen kuuluvat palvelukokonaisuudet voitaisiin ottaa yhdistetyn suunnittelun ja ohjauksen alaisiksi. Yksi mahdollinen kehityskulku voisi olla jo käynnistynyt päivystystoimintojen yhdistyminen, jossa ollaan tosin vasta tien alkupäässä. Yhteispäivystyksissä jaetaan edelleenkin potilaat hallinnollisista syistä perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon potilaiksi, eikä esimerkiksi hoidon tarpeenarvioinnin tai hoidossa tarvittaviksi arvioitujen henkilö- ja osaamisvoimavarojen perusteella. Muutamissa niistä kuntayhtymistä, joissa on yhdistetty entinen aluesairaala paikallisen terveyskeskuksen kanssa, on saatu hyviä kokemuksia toiminnallisen integraation seurauksista askelista. Näissä on voitu hävittää sairaalahoidon erityyppisten

vuodeosastojen välisiä eroja, luoda yhteisiä erityispoliklinikoita ja erityispalveluita sekä myös saattaa erikoissairaanhoidon osaamista oikeilla tavoin tukemaan perusterveydenhuollon työtä.

Tulevaisuuden näköpiirissä on terveyspalveluiden tuottaminen sellaisina palvelukokonaisuuksina, joissa yhteiset tehtäväkokonaisuudet määrittävät organisaatioiden toimintarakenteita yli aikaisempien hallinnollisten ja hoidon porrastuksen muodostamien rajojen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon omia perustehtäviä ja identiteettiä nämä rajojen ylitykset eivät kuitenkaan sekoita, vaan perusterveydenhuollolla säilyy päävastuu yleisten uusien ongelmien tutkimuksesta ja hoidosta, sairauksien ehkäisystä sekä pitkäaikais-sairauksien hoidosta. Sairauksien hoidossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido voivat kuitenkin mennä joustavilla ja tarkoituk-senmukaisuutta lisäävillä tavoilla ”sisäkkäin”, esimerkiksi tekemällä työtä saman potilaan hoidossa yhtä aikaa tai limittäin, esimerkiksi päivystystilanteissa. Jotta tällaiseen suuntaan voitaisiin edetä, kumman-kin osapuolen edut ja kannustimet pitää järjestää tukemaan yhteistä työskentelyä eikä kamppitamaan sitä.

Kolmas integraation haaste on palveluntuotannon siirtymi-nen aikaisempaa useamman tahon vastuulle yksityisten palveluiden osuuden ja merkityksen kasvaessa. Työterveyshuollon sairaanhoi-don toimintojen integrointi kunnallisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden kanssa on tunnistettu haasteeksi, jonka kysymyksiä ratkotaan erillisillä kehittämishankkeilla. Toinen ongelmallinen kenttä on muodostunut ikääntyneiden palveluasumisen alueelle. Eri omistajien palveluasumisen yksiköissä on kovin eri tavoin varattu henkilöstö- ja osaamisvoimavaroja terveydellisten ongelmien arviointia ja hoitoa varten. Hoidon porrastuksen ongelmat näkyvät nyt runsaana päivystyspalveluiden käyttönä.

3. TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS

Ilpo Airio ja Mikko Niemelä

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitusta voidaan pitää kansainvälisesti tarkasteltuna omaleimaisena. Kansainvälisesti ainutlaatuisen järjestelmästä tekee ennen muuta se, että terveydenhuollon järjestämistä on Suomessa pääasiassa hyvin pienten toimijoiden, eli kuntien, vastuulla. Järjestelmän rahoitus sisältää piirteitä niin universaalista verovaroin rahoitettavasta mallista, mutta myös pakolliseen sairausvakuutukseen perustuvasta mallista (ks. luku 4). Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää kutsutaan ”monikanavaiseksi”, sillä niin rahoittajatahoja kuin rahoitusmuotoja on useita. Terveydenhuoltoa rahoitetaan pääosin valtion, kuntien, kotitalouksien, sairausvakuutusjärjestelmän, työnantajien ja yksityisten vakuutusyhtiöiden toimesta. Rahoitusmuotoja ovat valtion ja kuntien verotulot, pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut sekä työnantaja- ja asiakasmaksut.

Historiallisesta näkökulmasta katsottuna monikanavainen rahoitusjärjestelmä on auttanut rakentamaan ja pitämään yllä monipuolista palvelujärjestelmää. Kuitenkin viime vuosikymmeninä järjestelmä on joutunut kasvavan kritiikin kohteeksi (esim. OECD 2005). Rahoitusjärjestelmän on sanottu johtaneen myös epätarkoituksenmukaisiin hoitoratkaisuihin, hoito- ja kustannusvastuun hämärtymiseen, ylikapasiteettiin, palvelutoiminnan tehokkuuden vähenemiseen sekä

alueellisen ja väestöryhmien välisen eriarvoisuuden kasvuun (Pekurinen, Erhola, Häkkinen, Jonsson, Keskimäki, Kokko, Kärkkäinen, Widström & Vuorenkoski 2011, 11).

Tässä luvussa terveydenhuollon rahoitusta tarkastellaan siten, että ensimmäiseksi käydään läpi eri rahoitustapojen pääpiirteitä. Tarkastelun kohteena on se, kuka rahoittaa mitä ja millaisilla summilla. Tämän jälkeen tarkastellaan rahoituksessa tapahtuneita muutoksia. Suomalaisen terveydenhuollon rahoituksen kannalta keskeisiä muutokset ovat olleet sairausvakuutuksen luominen vuonna 1963, niin sanottu Valtava-uudistus vuonna 1984 ja valtionosuusjärjestelmän uusiminen vuonna 1993. Näiden uudistusten vaikutus rahoituksen järjestämiseen on erityisen tarkastelun kohteena. Toki myös monet muut terveydenhuoltoa koskeneet uudistukset ovat vaikuttaneet vähintään epäsuorasti terveydenhuollon rahoituksen kokonaisuuteen. Tämänkaltaisia uudistuksia ovat esimerkiksi palvelusetelilainsäädännön kehittyminen, asiakasmaksuja ja maksukattoja koskevat uudistukset tai lääkekorvausmenojen hillintään tehdyt muutokset (ks. esim. Klavus ym. 2004a). Lisäksi esimerkiksi vuonna 2011 voimaantullut terveydenhuoltolaki laajensi terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapautta, jonka jälkeen raha seuraa potilasta kunnasta toiseen. Lopuksi tarkastellaan lyhyesti erilaisia julkisuudessa esitettyjä vaihtoehtoisia tapoja rahoituksen järjestämiseksi.

Rahoituksen järjestämistapoja

Terveydenhuollon rahoitus voidaan järjestää usealla eri tavalla. Järjestämistavat poikkeavat merkittävästi niin eri maiden välillä kuin yksittäisessä maassa eri ajankohtien välillä. Rahoituksen järjestämistapoja eroteltaessa voidaan kiinnittää huomio etuuden tai palvelun määräytymisperiaatteisiin ja hallinnointitapaan, jotka ovat yhteydessä pääasialliseen rahoituskanavaan. Nämä yhdessä määrittelevät järjestelmää koskevan päätöksenteon toimintakentän ja siten ne tahot, jotka osallistuvat järjestelmää koskevaan päätöksentekoon. Näiden ulot-

tuvuuksien yhdistelmillä voidaan määritellä neljä terveydenhuollon rahoituksen järjestämistapaa, jotka on esitetty taulukossa 3.1.

Taulukko 3.1. Terveydenhuollon rahoituksen järjestämistavat

Malli	Palvelun peruste	Hallinnointitapa	Pääasiallinen rahoituskanava	Toimintakenttä
Yksityinen vakuutus	Sopimus	Vakuutusyhtiöt	Vakuutusmaksut	Markkinat
Työnantajan ottama yksityinen vakuutus	Ammatti-asema / työvoimaan kuuluminen	Työnantajat Työmarkkinat	Vakuutusmaksut	Työmarkkinat
Pakollinen työsuhteeseen perustuva vakuutus	Ammatti-asema / työvoimaan kuuluminen	Kaksi-/kolmikanta	Sosiaaliturvamaksut	Työmarkkinat / poliittiset toimijat
Verovaroin rahoitettava malli	Kansalaisuus	Julkinen	Verot	Poliittiset toimijat

Taulukon rivit edustavat eri rahoitustapojen tyyppiesimerkkejä ja poikkeuksia löytyy esimerkiksi eri maiden järjestämistapoja tutkittaessa. Usein ne myös limittyvät käytännössä toistensa kanssa vaihtelevin tavoin. Näin ollen eri järjestämistavat eivät välttämättä ole toisiaan poissulkevia, kuten suomalaisen terveydenhuollon rahoitus osoittaa. Tyypittely auttaa kuitenkin hahmottamaan eri rahoitustapoihin liittyviä jakoja. Pakollisuuden/lakisääteisyys ja vapaaehtoisuuden jaottelun ohella tyypittelystä tulee ilmi palvelun määräytymisperiaatteet ja hallintatavat. Edelleen on huomioitava, että rahoitustavat muuttuvat ajan kuluessa. Järjestelmässä saattaa korostua tiettyä aikana jokin rahoitustapa, mutta se voi ajan kuluessa heikentyä jonkin toisen rahoitustavan roolin vahvistuessa. Esimerkiksi suomalaisen terveydenhuollon rahoituksessa hyvin äkkinäisetkään muutokset eivät ole olleet harvinaisia, kuten tulemme seuraavassa alaluvussa huomaamaan.

Kenties yksinkertaisin terveydenhuollon rahoitustapa on se, että kotitaloudet vastaavat itse joko täysin tai osittain omista terveydenhuollon kustannuksista. Esimerkiksi Suomessa osa terveystalvelujen kustannuksista rahoitetaan asiakasmaksuin. Ne käsittävät terveyskeskusten käyntimaksut, sairaaloiden poliklinikka- ja hoitopäivämaksut sekä potilaiden omavastuuosuudet sairausvakuutuksen korvaamasta yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, yksityisestä hammashuollosta sekä reseptilääkkeistä ja matkoista. Lisäksi iso osa lääkkeistä maksetaan itse (esim. Aaltonen, Niemelä, Norris, Bell & Hartikainen 2013a). Varsinaisena rahoitusjärjestelmänä kotitalouksien maksuihin perustuvaa terveydenhuoltoa ei voida kuitenkaan pitää. Esimerkiksi Suomessa terveydenhuollon kokonaisrahoituksen kannalta asiakasmaksuilla ei ole suurta merkitystä, sillä pääosa maksutuotoista on peräisin suhteellisen pieneltä palveluja runsaasti käyttävältä väestönosalta (Klavus ym. 2004a). Kotitalouksien suorittamien maksujen rooli onkin usein rahoitusjärjestelmää täydentävä. Niillä voidaan myös pyrkiä ohjaamaan palvelujen käyttöä.

Varsinaisina rahoitusjärjestelminä voidaan pitää yksityisiin vakuutuksiin perustuvia rahoitustapoja. Ne ovat usein vapaaehtoisia, jolloin yksilö vakuuttaa itse itsensä sairauksien varalta tai työnantaja ottaa yksityisen vakuutuslaitoksen kautta sairausvakuutuksen työntekijöilleen. Yksityisessä vakuutuksessa vakuutuksenottaja tekee vakuutus sopimuksen vakuutuksenantajan kanssa. Tällöin edun määräytymisperuste määritellään vakuutus sopimuksessa, se rahoitetaan vakuutusmaksuin, ja sen hallinta tapahtuu yksityisillä vakuutusmarkkinoilla. Yksityisten vakuutusten suosio on lakisääteiseen sosiaaliturvaan tehtyjen heikennysten, verohelpotusten ja yleisen vaurastumisen myötä lisääntynyt. Vakuutuksia otetaan ennen muuta sairauden ja vanhuuden turvaksi sekä huoltajan kuoleman varalta. Myös alaikäisille lapsille otettavat yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat sängen yleisiä erityisesti suurissa kaupungeissa. Suosiotaan kasvattavat myös työnantajien ottamat vakuutukset työntekijöille. (Finanssialan Keskusliitto 2013.) Kaikkialla yksityiset vakuutukset eivät ole vapaaehtoisia. Hollanti on esimerkki vakuutus pohjaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, jossa

kaikilla kansalaisilla on lainsäädännöllä määrätty pakollinen yksityinen sairauskuluvakuutus.

Yksityisiin vakuutuksiin perustuvan rahoitusjärjestelmän mallina pidetään usein Yhdysvaltoja ja joitakin Itä-Euroopan maita. Näitä maita luonnehditaan rahoitusjärjestelmänsä puolesta liberaaliksi hyvinvointivaltioiksi. Yhdysvalloissa pääsy ja oikeus terveydenhuollon palveluihin vaihtelevat väestöryhmittäin. Keskeisin ja tärkein tapa saada sairausvakuutus on työnantajien tukema vakuutus, jota he myös itse suurimmalta osin rahoittavat. Sairausvakuutus on tällöin osa työnantajan tarjoamaa etuuspakettia. Vakuutetut ovat näin ollen työssä käyviä palkansaajia, ja vakuutus saattaa kattaa myös heidän perheenjäsenet. Yrittäjät, eläkeläiset ja ne, jotka eivät saa vakuutusta työnantajan kautta, voivat turvautua yksityisiin vapaaehtoiisiin vakuutuksiin. Näitä täydentää kaksi 1960-luvun puolivälissä voimaantullutta julkista sairausvakuutusohjelmaa. Näistä toinen, *Medicare*, on liittovaltiotason ohjelma, joka on yli 65-vuotiaille ja tietyille työkyvyttömille ryhmille tarkoitettu sairausvakuutus. Se rahoitetaan osin liittovaltion verorahoin ja vakuutusmaksuilla. Toinen, *Medicaid*, on puolestaan vain kaikkein köyhimmille tarkoitettu ohjelma, joka rahoitetaan liittovaltion ja osavaltioiden verorahoin. (Ks. esim. Sultz & Young 2011.)

Yksityisiä vakuutuksia yleisemmin terveydenhuollon rahoitustapoina käytetään joko pakollista ja lakisääteistä sairausvakuutusta tai verovaroja. Terveydenhuollon rahoituksessa progressiivinen eli tulojen mukaan nouseva tuloverotus ja julkinen sairausvakuutus ovat melko lähellä toisiaan. Julkinen sektori voi molemmilla tavoilla kerätä pakollisia maksuja terveydenhuollon rahoittamiseen ja maksut peritään suoraan henkilökohtaisista tuloista. Verojen ja sairausvakuutusmaksujen ero piilee siinä, kuinka suoraviivaisesti maksuilla rahoitetaan terveydenhuoltoa. Verotulojen tuottoa ei käytetä suoraan terveydenhuollon rahoittamiseen, sillä terveydenhuoltoon käytettävä osuus määräytyy poliittisen päätöksenteon kautta keskus- ja paikallishallinnossa. Sen sijaan sairausvakuutusmaksujen tuotto käytetään suoraan tietyn ennalta sovitun palvelukokonaisuuden rahoittamiseen tai tuottamiseen. Näin ollen sairausvakuutus on eräänlainen korvamerkitty vero, jossa

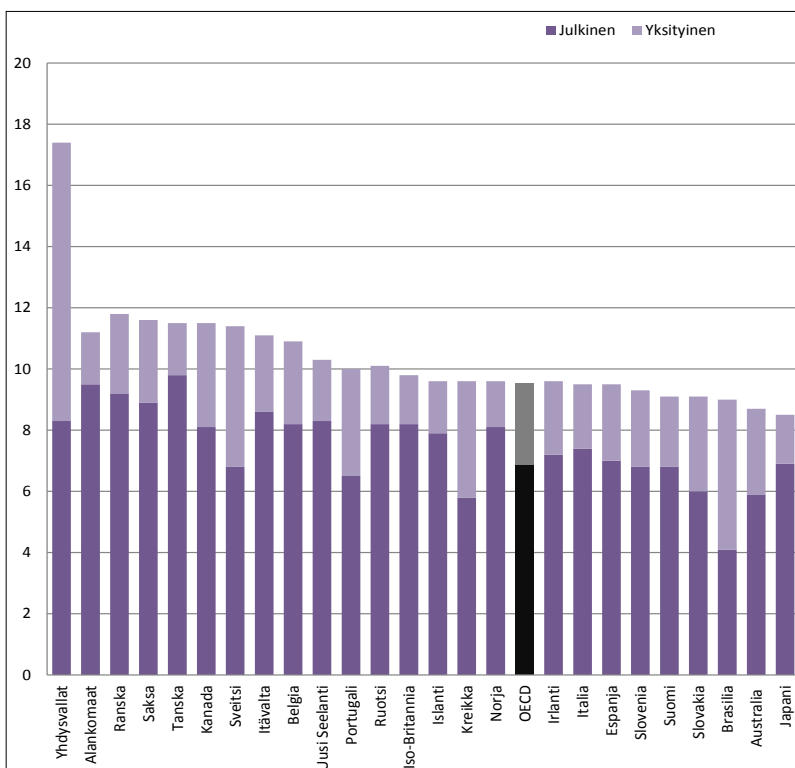
palvelujen rahoitus ja tuotanto ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. (Ks. Klavus ym. 2004a.)

Pakolliseen sairausvakuutukseen pohjautuvaa rahoituksen järjestämistapaa kutsutaan usein korporatistiseksi tai bismarckilaiseksi malliksi. Sen juuret ulottuvat 1800-luvun puolivälin jälkeiseen Saksaan, jossa valtakunnankansleri Otto von Bismarckin johdolla säädettiin sosiaalivakuutusta koskeva lainsäädäntö. Näistä laeista ensimmäisenä säädettiin juuri sairausvakuutusta koskeva laki vuonna 1883. Se oli pakollinen tiettyjen teollisuuden haarojen työntekijöille. Myöhemmin vakuutuksen kattavuus on kasvanut siten, että sen piirissä oli vuonna 2010 noin 70 prosenttia työvoimasta. Korporatistinen malli on ennen muuta työllisyyteen perustuva, jossa palveluetus määräytyy ammatiaseman ja työvoimaan kuulumisen perusteella. Vakuutuksen maksajina toimivat työnantajat ja työntekijät. Sairausvakuutusmaksujen suuruudesta ja muista ehdoista sovitaan joko työmarkkinajärjestöjen kahdenkeskisillä sopimuksilla tai kolmikantaisesti, jolloin myös valtio terveyspalveluiden pääasiallisena järjestäjänä on mukana neuvottelupöydässä. (Kangas & Niemelä 2012.)

Verovaroin rahoitettavaa universaalia mallia kutsutaan puolestaan beveridgeläiseksi. Tällä viitataan 1940-luvun alussa brittiläisen William Beveridgen johtaman komission luomaan hyvinvointivaltio-ohjelmaan. Rahoitustavan mallimaina pidetään Ison-Britannian lisäksi Pohjoismaita. Rahoitustapaa luonnehtii universalisuus, kaikki ovat kansalaisuuteen tai maassa asumiseen pohjautuen oikeutettuja terveydenhuollon palveluihin ja kaikki myös osallistuvat verotuksen kautta terveydenhuollon rahoitukseen. Julkisen verorahoituksen seurauksena rahoitustavan hallinta on myös julkisen vallan käsissä.

Kansainvälisessä vertailussa rahoitustapojen vaihtelu maiden välillä ei kuitenkaan heijastu systemaattisesti terveydenhuoltoon käytettävistä menoista saatavaan kuvaan (kuvio 3.1). Tämä johtuu siitä, että terveydenhoitomenojen suuruuteen vaikuttavat useat muut tekijät, kuten väestön ikärakenne ja terveydenhuoltojärjestelmän laajuus ja se, millä tavoin terveydenhuoltojärjestelmä on kussakin maassa – rahoitustavasta riippumatta – organisoitu. Kuten kuviosta 3.1 havaitaan,

julkisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta on OECD-maita vertailtaessa kaikkein korkein verorahoitteista mallia edustavassa Tanskassa. Hyvin lähellä ovat kuitenkin myös korporatistista mallia edustavat Keski-Euroopan maat. Myös Yhdysvalloissa julkisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta on julkisen järjestelmän kattavuuteen nähden korkea. Usein hyvinvointivaltioiden ääripäinä pidettyjen Ruotsin ja Yhdysvaltojen julkisten terveydenhuoltomenojen reilun 8 prosentin bruttokansantuoteosuudet ovatkin hyvin lähellä toisiaan. Suomi sijoittuu OECD-maiden keskiarvon alapuolelle: julkisten terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta on Suomessa hieman alle 7 prosenttia.



Kuvio 3.1. Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta vuonna 2009 (%) (OECD 2013)

Rahoitusjärjestelmän luonne näkyy voimakkaammin yksityisiä terveydenhuoltomenoja tarkasteltaessa. Skandinavian maissa ja Iossa-Britanniassa, yksityisten terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus on alle 2 prosenttia. Monissa Keski-Euroopan maissa, samoin kuin Suomessa, osuus on hieman korkeampi. Sen sijaan Yhdysvaltojen noin 9 prosentin bruttokansantuoteosuus muodostaa oman tapauksensa. Kokonaisuudessaan julkisten ja yksityisten terveydenhuoltomenojen tarkastelu kuitenkin osoittaa, että julkisissa ja yksityisissä menoissa havaitut erot tasoittuvat kun terveydenhuoltomenoja tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena.

Suomalainen monikanavainen rahoitusjärjestelmä

Suomalainen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on hyvä esimerkki siitä, millä tavoin edellä esitetyt rahoituksen järjestämistavat täydentävät toisiaan ja millä tavoin erilaisten rahoitustapojen painopisteet ovat ajan saatossa muuttuneet. Suomalaista rahoitusjärjestelmää kutsutaankin ”monikanavaiseksi”, tosin puhtaasti yhden rahoituskanavan varassa olevia rahoitusjärjestelmiä ei ole missään maassa. Esimerkiksi verorahoituksen rooli on sängen merkittävä myös niissä maissa, jotka usein mielletään julkiseen sairausvakuutukseen tai yksityiseen rahoitukseen perustuviksi (Klavus, Pekurinen & Mikkola 2004b, 132).

Suurin osa suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksesta koostuu verovaroista. Näin ollen rahoitusjärjestelmän perustan muodostaa edellä kuvattu verovaroin rahoitettava universaali malli. Vuonna 2011 noin 60 prosenttia kokonaisrahoituksesta kanavoitui valtion ja kuntien verotuloista. Kotitalouksien maksuosuus on noin 20 prosenttia, ja myös pakollisten vakuutusmaksujen kautta kerätään merkittävä osa kokonaisrahoituksesta.

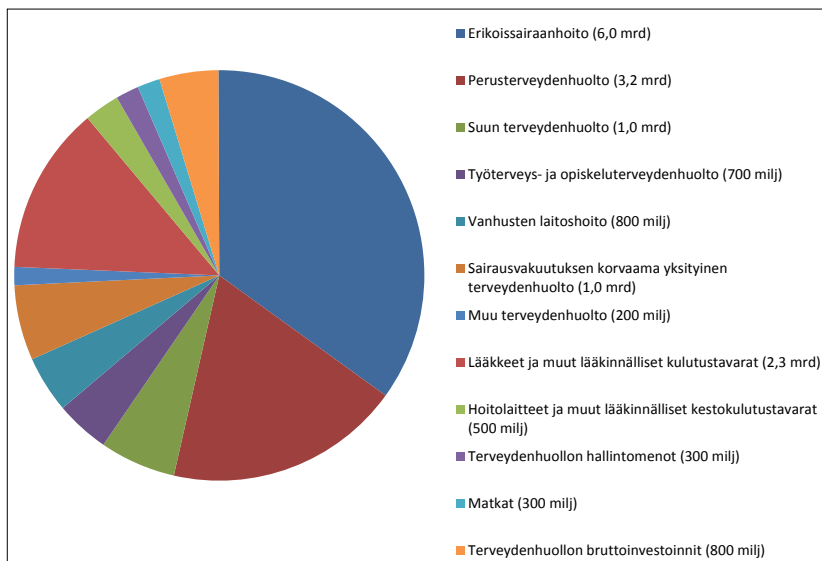
Taulukko 3.2. Terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet Suomessa (Pekurinen ym. 2011, 18)

Toiminto	Pääasialliset rahoittajat	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat ja valtio	Verotus, (asiakasmaksut)	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat, sairausvakuutus	Työnantajat, sairausvakuutuksen työtulo- vakuutus	Työntekijämäärä, suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet, sairaanhoito- vakuutus	Omastuut, sairaanhoito- vakuutus	Suoritteet, kansallinen taksa
Erikoissairaanhoito	Kunnat ja valtio	Verotus, asiakasmaksut	Hoitojaksot, suoritteet
Lääkkeet	Sairaanhoi- tovakuutus, kotitaloudet	Sairaanhoi- tovakuutus, omastuut	Kustannukset ja viitehinta- järjestelmä
Matkat	Sairaanhoito- vakuutus	Sairaanhoi- tovakuutus, omastuut	Kustannukset, kansallinen taksa

Suomalainen terveydenhuollon rahoitus sisältääkin tavalla tai toisella osia kaikista edellä kuvatuista rahoituksen järjestämistavoista, mikä tekee kokonaisuudesta monisyisen. Rahoituskanavien moninaisuuden lisäksi järjestelmä sisältää lukuisia perusteita, joiden kautta terveydenhuollon asiakkaat valikoituvat (yksityiset vakuutukset, pakolliset vakuutukset, kansalaisuus). Näin ollen myös eri osa-alueiden hallinnointi vaihtelee. Tämä moninaisuus hahmottuu tarkasteltaessa eri rahoittajatahojen sekä rahoitustapojen ja periaatteiden vaihtelua terveydenhuollon toimintojen mukaan (taulukko 3.2).

Taulukossa 3.2 on esitetty, miten eri terveydenhuollon keskeiset toiminnot on Suomessa pääasiallisesti rahoitettu. Kun esimerkiksi Ruotsissa terveydenhuollon rahoitus on järjestetty maakuntahallinnon kautta, niin Suomessa päävastuu palvelujen rahoituksesta on kunnilla. Terveydenhuollon vastuunkantajaksi kunta on kansainvälisestä perspektiivistä tarkasteltuna ainutlaatuisen pieni yksikkö niin

väestöpohjan kuin talouden volyymin kannalta (Kokko 2013). Pienen kunnan ongelmana on erityisesti vuosittaisten kokonaiskustannusten satunnainen vaihtelu erikoissairaanhoidossa (Mikkola, Sund, Linna & Häkkinen 2003). Tästä seuraa se, että kuntien on ollut vaikea mitoitaa budjettinsa oikein menojen vaikean ennakoitavuuden vuoksi.



Kuvio 3.2. Terveydenhuoltomenot osa-alueittain vuonna 2011 (Matveinen & Knape 2013)

Kuntien vastuulla terveydenhuollon rahoittamisessa ja järjestämisessä ovat niin julkiset terveyskeskukset kuin erikoissairaanhoido. Pieni osa näiden rahoituksesta hankitaan erilaisilla asiakasmaksuilla (ks. Mikkola, Kapiainen, Seppälä, Peltola, Tuominen, Pekurinen & Häkkinen 2009). Suurin osa terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon rahoituksesta kanavoidaan kuitenkin verovaroista. Työnantajat kantavat päävastuun työterveyshuollon rahoituksesta. Muut toiminnot rahoitetaan pääasiassa asiakkaiden omavastuilla, asiakasmaksuilla sekä sairausvakuutusmaksuilla.

Kuviossa 3.2 on esitetty eri terveydenhuollon osa-alueiden menot vuonna 2011. Terveydenhuoltomenot ovat kaiken kaikkiaan noin 17 miljardia euroa. Selvästi suurimman osan terveydenhuoltomenoista muodostaa erikoissairaanhoito, johon kuluu runsas kolmannes (6 miljardia euroa) kaikista käytettävistä varoista. Toiseksi suurin menoerä on perusterveydenhuolto, johon kuluu hieman yli 3 miljardia euroa. Lääkekustannukset ovat kolmanneksi suurin menoerä.

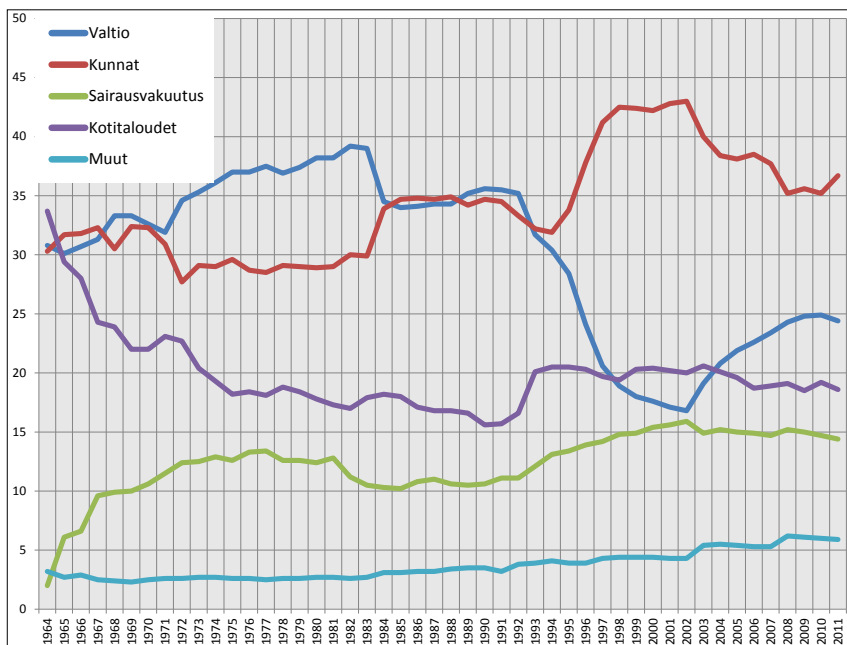
Rahoitusjärjestelmässä tapahtuneet muutokset

Suomalaisen monikanavaisen terveydenhuollon rahoituksen perusta valettiin vuonna 1963, jolloin sairausvakuutuslaki astui voimaan. Suomi oli eräs viimeisiä teollistuneita valtioita, jossa otettiin käyttöön yleinen sairausvakuutus (Kangas, Niemelä & Varjonen 2013). Ennen sairausvakuutusta terveydenhuollon rahoitus jakautui melko tasan valtion, kuntien ja kotitalouksien välillä. Kuten kuvioista 3.3 havaitaan, erityisesti kotitalouksien rooli terveydenhuollon rahoituksessa laski selvästi sairausvakuutuksen voimaantumisen jälkeen.

Kotitalouksien maksuosuuden pienennyttyä, kaksi keskeisintä terveydenhuollon rahoittajaa ovat olleet 1960-luvun puolivälistä lähtien valtio ja kunnat. Nämä tahot ovat rahoittaneet noin 60–70 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Valtion ja kuntien keskeisen aseman vuoksi vuoden 1963 sairausvakuutuksen jälkeiset muutokset rahoitusjärjestelmän rakenteessa ovatkin johtuneet lähinnä kuntien valtionosuusjärjestelmään tehtyjen muutosten seurauksena. Näistä keskeisimmät ovat vuoden 1972 kansanterveyslain yhteydessä tehty uudistus, vuoden 1984 Valtava-uudistus sekä vuoden 1993 valtionosuusuudistus. Kukin uudistus on tavalla tai toisella vaikuttanut valtion ja kuntien rahoitusosuuden suhteisiin.

Vuoden 1972 kansanterveyslakiin asti kuntien ja valtion rahoitusosuudet olivat suurin piirtein yhtä suuret. Kansanterveyslain myötä kunnat saivat yhtenäisesti säädetyn valtionosuuden. Tämän seurauksena esimerkiksi vanhainkotien sairausosastot siirtyivät laa-

jemman ja yhtenäisemmän valtionosuusrahoituksen piirissä oleviksi terveyskeskuksen vuodeosastoiksi (Lehto & Kokko 1996). Tämä vaikutti terveydenhuollon rahoitusrakenteeseen siten, että valtion rahoitusosuus kasvoi seuraavan reilun kymmenen vuoden aikana noin 32 prosentista lähes 40 prosenttiin. Kuntien rahoitusosuus puolestaan jäi noin 30 prosenttiin.



Muut = Avustuskassat, yksityiset vakuutukset, kotitalouksia palvelevat voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ja työnantajat.

Huom.: Vuodesta 2008 lähtien on käytetty uutta tilastointitapaa. Tilastointitavan muutos nostaa hieman ryhmän "Muut" rahoitusosuutta ja laskee valtion rahoitusosuutta.

Kuvio 3.3. Terveydenhuoltomenojen rahoitus 1964–2011. Rahoittajien osuus terveydenhuoltomenoista (%) (Matveinen & Knape 2013; Uutela 2004)

Valtionosuusjärjestelmää uudistettiin vuoden 1984 Valtava-uudistuksen yhteydessä. Uudistuksella pyrittiin tasaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä aiheutuviin kustannuksiin suoritettavia valtionosuuksia ja yhtenäistämään valtionosuusperusteita. Erisuuruiset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoihin suoritettavat valtionosuudet olivat johtaneet siihen, että kunnat ja kuntainliitot pyrkivät kehittämään toimintoja erityisesti niillä aloilla, joilla valtionosuus oli korkein. (Niemelä 2008.) Uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuolto saatettiin yhtenäiseen valtionosuusrahoitukseen. Tämän seurauksena valtion osuus terveydenhuollon kokonaismenoista laski reilusti ja kuntien osuus puolestaan kasvoi. Valtava-uudistuksen jälkeen valtion ja kuntien rahoitusosuudet olivat lähes samansuuruiset (noin 35 prosenttia). Sairausvakuutusmaksujen osuus pysyi pitkään reilussa 10 prosentissa. Kotitalouksien rahoitusosuus sen sijaan laski melko tasaisesti myös Valtava-uudistuksen jälkeen, ollen 1980- ja 1990-luvun vaihteessa noin 16 prosenttia.

Vuoden 1989 alussa pääministeri Harri Holkerin hallitus teki periaatepäätöksen selvitysmiehen asettamisesta valmistelemaan ehdotusta kuntien ja kuntainliittojen opetustoimen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sellaisesta valtionosuus- ja avustusjärjestelmän uudistuksessa, jossa valtionosuudet ja -avustukset määräytyvät laskennallisin perustein. Uusi kuntien valtionosuuslaki tuli voimaan vuoden 1993 alusta. Samaan aikaan uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva lainsäädäntö. Uudistuksen tavoitteina olivat kunnallisen itsehallinnon lisääminen, suunnitteluohjauksen keventäminen, valtionosuusjärjestelmän yksinkertaistaminen ja palvelujen turvaaminen paikalliset olosuhteet huomioonottavalla tavalla. Keventämällä valtion suunnitteluohjausta pyrittiin lisäämään kuntien omaa päätösvaltaa, jolloin kuntien edellytykset toiminnan nykyistä vapaampaan järjestämiseen lisääntyisivät. (Niemelä 2008; ks. myös luku 1.)

Aiempi kustannusperusteinen valtionosuusjärjestelmä oli rakennettu terveydenhuoltojärjestelmän rakennusvaiheeseen. Valtionosuusdistuksen myötä siirryttiin laskennalliseen kiinteään valtionosuus-

teen, jonka tarkoituksena oli hillitä kuntien menoja. (Moisio 2002.) Samalla terveydenhuollon rahoitusvastuun painopiste siirtyi kunnille, sillä kuntien rahoitusosuus nousi 2000-luvun alkuun mennessä yli 10 prosenttiyksikköä. Voidaankin sanoa, että vuoden 1993 uudistuksen jälkeen terveydenhuollon rahoitus siirtyi vahvasti kuntapohjaiseksi.

Toinen 1990-luvun alussa tapahtunut suurempi uudistus koski kotitalouksien maksuosuutta. Vuonna 1993 voimaantulleen asiakasmaksulain myötä kunnat saivat mahdollisuuden periä järjestämästään hoidosta maksun. Tämän seurauksena kotitalouksien rahoitusosuus nousi noin 20 prosenttiin, ja on pysynyt suurin piirtein samalla tasolla koko 2000-luvun. 1990-luvun lopussa kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon menoista jopa ylitti valtion rahoitusosuuden. Kotitalouksien osuus terveydenhuollon menoista onkin korkea verrattuna moniin muihin maihin, vaikka suomalaisen palvelujärjestelmän katsotaan yleensä olevan pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti verorahoitteisuuteen ja kollektiiviseen vastuuseen perustuva (Kokko 2013). Korkeat itse maksettavat osuudet syntyvät erityisesti lääkemennoista, terveyskeskusten asiakasmaksuista, matkoista sekä yksityisten terveyspalveluiden käytöstä (Klavus ym. 2004a).

2000-luvulla valtion rahoitusosuus on jälleen kasvanut ja se on lähentynyt kuntien rahoitusosuutta. Valtion rahoitusosuutta ovat lisänneet muun muassa valtion takuusuoritukset sairausvakuutukseen. Kasvaneiden takuusuoritusten lisäksi valtion rahoitusosuutta lisäsi vuoden 2006 sairausvakuutusuudistus, joka jakautuu työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Näistä sairaanhoitovakuutuksen rahoitus jakautuu puoliksi vakuutettujen ja valtion kesken. Sairaanhoitovakuutus sisältää muun muassa Kelan maksamat lääkekorvaukset, lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden korvaukset ja matkakorvaukset.

Rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi esitettyjä vaihtoehtoja

Terveydenhuollon rahoituksen uudistaminen on ollut jo pitkään julkisen keskustelun kohteena. Terveydenhuollon rahoitus kerätään

usealta eri taholta samalla kun terveyspalveluiden järjestämisvastuu on pääasiassa kunnilla. Nykyjärjestelmän monikanavainen rahoitusvastuu sekä varojen jakautuminen jättävät toivomisen varaa niin tehokkuuden kuin laadun suhteen. Esimerkiksi sosioekonomisten terveyserojen vaihtelu alueittain ja jopa kaupunkien sisällä viittaa siihen, että terveyspalvelujen saatavuus ja laatu on epätasa-arvoisesti jakautunutta (Häkkinen & Alha 2006; ks. luku 7).

Erilaisia ratkaisuja terveydenhuollon uudistamiseksi on esitetty niin poliittisten toimijoiden kuin tutkimuslaitosten ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatioiden taholta (ks. esim. Forss & Klaukka 2003; Pekurinen ym. 2011; Erhola ym. 2013; Aronkytö, Hallipelto & Kangasharju 2010; Sipilä 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011b; Lääkäriliitto 1999). Taulukkoon 3.3 on koottu eri mallien keskeisiä piirteitä.

Kelan esittämässä mallissa luotaisiin kansallinen terveysrahasto, johon kootaan kaikki rahoitus ja jota johdetaan valtakunnallisesti. Kela toimisi terveysrahastomallissa kansallisen ohjauksen koordinoijana. Julkisesti rahoitettuihin palveluihin ”käyntikorttina” toimisi Kela-kortti. Palveluiden tuottajina mallissa olisivat sekä julkiset että yksityiset tuottajat.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen mallissa ehdotetaan 12 hallinnollisen alueen perustamista (ks. myös Pekurinen ym. 2011). Nämä alueet hoitaisivat itsenäisesti niin terveydenhuollon järjestämisen kuin rahoituksen. Alueiden väestöpohja olisi selvästi nykyisiä kuntia suurempi (n. 200 000 henkilön alueita). Yhtenäistä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kelan esittämien mallien välillä olisi se, että molemmissa palveluita tuottaisivat niin yksityiset kuin julkiset toimijat.

Taulukko 3.3. Vaihtoehtoisia malleja terveydenhuollon rahoituksen uudistamiseksi (OECD 2012, 97–100)

	Kela	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos	Sitra
Palvelujen järjestäjä	Kansallinen terveysrahasto	12–15 hallinnollista aluetta	Kansallinen tilaaja-rahoittaja (Katira)
Rahoitus	Vakuutusmaksu kunnilta, vakuutetuilta ja työnantajilta	Kuntien suorittamat asiakasmaksut, valtionosuudet alueille	Kunnat, valtionosuudet ja työnantajien työterveysmaksut Katiralle
Palvelujen tuottaja	Julkiset ja yksityiset tuottajat	Julkiset ja yksityiset tuottajat	Julkiset ja yksityiset tuottajat
Sairausvakuutuksen asema	Vahvistuu	Ei sairausvakuutusmaksua yksityislääkärikäynneistä	Ei sairausvakuutusmaksua yksityislääkärikäynneistä
Työterveyshuollon rooli	Vahvistuu	Ennaltaehkäisevä	Poistuu
Kunnan rooli	Kuntalaisten edunvalvoja	Palvelujen tuottaja	Palveluiden järjestäjä (+ neuvoo sopivan palveluntuottajan valinnassa)

Sitran esittämässä mallissa kansallinen tilaaja-rahoittaja (Katira) vastaisi palveluiden järjestämisestä ja sille kanavoitaisiin kuntien, valtion ja työnantajien maksut (ks. esim. Aronkytö ym. 2010). Mallissa jokainen asiakas valitsee palveluntuottajan (yksityinen tai julkinen) ja rekisteröityy tämän asiakkaaksi. Palveluntuottajaa rahoitettaisiin niin sanotun kapitaatioperiaatteen mukaisesti eli palveluntuottajalle maksettaisiin korvaus asiakkaiden lukumäärän perusteella. Korvauksen määrässä huomioitaisiin erilaisia väestön terveyspalvelujen tarvetta kuvaavia tekijöitä (asiakkaan riskiryhmä, sairaushistoria jne.). Näin palveluntuottajalla olisi kannustin panostaa terveyden edistämiseen. Mitä vähemmän toimenpiteitä asiakkaille joudutaan tekemään, sitä enemmän rahaa jää säästöön, joka parantaa palveluntuottajan tulosta.

Lopuksi

Suomalaisen terveydenhuollon monikanavainen rahoitus ja suureksi osaksi pienten yksiköiden (kuntien) varassa oleva terveystaluiden järjestäminen herättävät vilkastakin keskustelua, mutta näkemykset eduista, haitoista ja muutostarpeista ovat hyvin vaihtelevia. Käytännössäkin järjestelmien toiminnoissa on suuria eroja eri kuntien välillä. Joissakin kunnissa terveydenhuolto toimii hyvin kun taas toisissa kunnissa järjestelmä on ongelmissa. Toimivien ja kaikkia hyödyttävien muutosten tekeminen ei ole näin ollen yksinkertaista.

Monikanavainen rahoitus ei periaatteessa ole ongelmallinen, sillä kun rahoitus kerätään monista lähteistä, niin rahoitusrasite jakautuu useammalle taholle. Tällainen moniin rahoituslähteisiin perustuva järjestelmä ensinnäkin turvaa vakaat tulovirrat ja toiseksi rahoitus ei ole yhtä herkkä talouden ja politiikan suhdannevaihteluille kuin esimerkiksi yhden rahoituslähteen varaan rakentuva järjestelmä. Ongelmaksi monikanavainen rahoitus muodostuu silloin, jos se vaikuttaa merkittävästi eri osapuolien päätöksentekoon, käyttäytymiseen ja valintoihin. Varsinainen ongelma monikanavaisuudesta syntyy silloin kun rahoitustapa alkaa ohjata päätöksiä, eli annettavaan hoitoon vaikuttaa enemmän rahoittajataho kuin varsinainen hoidon tarve. (Pekurinen ym. 2011.)

Vuoden 1993 valtionosuusuudistusta voidaan pitää merkittävänä laukaisevana tekijänä nykyisiin monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ongelmiin. Ennen vuotta 1993 kuntien vaikutusmahdollisuudet terveydenhuoltoon käytettävien varojen koordinoinnissa olivat vähäiset. Toisaalta kunnilla ei myöskään ollut suuria kannusteita hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Vuoden 1993 uudistuksen myötä kunnat saivat vapaammin käyttää valtionosuudet haluamiinsa tarkoituksiin. Tämän seurauksena eri kunnissa terveydenhuollon palvelujen järjestäminen ja kehittäminen ovat saaneet erilaisia painotuksia. Yleisesti ottaen kunnat ovat yhä enemmän siirtyneet palvelujen kehittämisestä kustannusten hillitsemiseen (Pekurinen ym. 2011). Kunnat voivat pyrkiä minimoimaan omia terveydenhuoltomenojaan esimerkiksi

siirtämällä vastuuta sairausvakuutuksen puolelle ja terveystalvelujen käyttäjille.

Nykyään terveydenhuollon järjestämisessä kunnat ovat ajautuneet eriarvoiseen asemaan. Tämä näkyy ensinnäkin siinä, että sairausvakuutuksen kautta kuntiin tulevan julkisen rahoituksen määrä vaihtelee ja tätä ei huomioida valtionosuuksia jaettaessa. Toinen eriarvostava elementti on siinä, että yksityisiä palveluja ei ole saatavilla eri alueilla samassa määrin. Asia, josta kaikki terveydenhuollon rahoituksen kanssa työskentelevät ovat yhtä mieltä, on se, että järjestelmää tulisi uudistaa. Sen sijaan yksimielisyys uudistuskeinoista puuttuu.

4. POHJOISMAINEN VAI OMALAATUINEN TERVEYDENHUOLTO?

Juhani Lehto

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää ja terveydenhuoltopoliittisen ajattelun valtavirtaa luonnehditaan yleisesti ”pohjoismaiseksi”. Luonnehdinnalla tuotetaan useimmiten mielikuva hyvästä palvelujen laadusta, tasa-arvosta, demokraattisen julkisen vallan ohjaamasta ja oikeudenmukaisesta järjestelmästä. Mukana on myös mielikuvaa, että pohjoismaiden ulkopuolella terveydenhuoltojärjestelmissä olisi enemmän ei-toivottavia piirteitä. ”Pohjoismaisuus” voi kuitenkin saada myös kriittisen sävyn, kun argumentoidaan, ettei enää voida jatkaa ”entiseen tapaan”, esimerkiksi terveydenhuollon heikon tuotavuuskehityksen, kansantalouden kestävyysvajeen, tai kovenevan kansainvälisen kilpailun vuoksi.

Tässä luvussa teen katsauksen Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kehitykseen kansainvälisen järjestelmävertailun perspektiivistä. Ensimmäiseksi käsittelem lyhyesti kehityshistoriaa ennen 1970-luvun alkua ja eräänlaiseksi suomalaisen pohjoismaisen mallin ytimeksi muodostuneita terveystukikeskuksia. Sitten vertailen 1970-luvulta 1990-luvun alkuun muodostunutta järjestelmää ja terveydenhuoltopoliittikan rakenteita muiden pohjoismaiden ja muiden hyvinvointivaltioiden vastaaviin. Lyhyesti vedän yhteen tutkimustietoa siitä, miten Suomi vertautuu terveydenhuollon kustannusten, tehokkuuden ja saatavuus-

den suhteen samankaltaisiin maihin ja voiko olettaa, että erot johtuvat erilaisista terveydenhuoltojärjestelmän rakenteista. Lopuksi pohdin 1980-luvulta alkaen läntisissä hyvinvointivaltioissa esiintyneitä terveydenhuoltojärjestelmän ja -politiikan muutospyrkimysten toteutumista Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä.

Esihistoriaa

Suomen väestön suuren enemmistön osalta terveydenhuollon 1900-luvun kehitystä 1960-luvulle asti voi luonnehtia yksinkertaistaen kolmella seikalla. Ensinnäkin tervettä kansakuntaa tavoiteltiin ympäristö- ja henkilökohtaista hygieniää kehittämällä. Uuden itsenäisen valtion koettiin vahvistuvan, kun väestö kasvaisi ja olisi terveempi. Kehitys oli samansuuntaista monien muiden Euroopan maiden kanssa. Suomen teollistumisen ja kaupungistumisen suhteellinen myöhäisyys selittää sitä, että tämän opin kulta-aika oli maassamme ajallisesti monia Länsi-Euroopan maita jäljessä (Harjula 2007). Toiseksi vaikeampiin sairauksiin ja häiritsevään poikkeavaan käyttäytymiseen reagoitiin sulkemalla lisääntyvä määrä ihmisiä sairaaloihin ja muihin laitoksiin. Suomessa oli 1960-luvulla kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen laitosvaltainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä (Mäkinen 1979). Kolmanneksi väestöpoliittisesti perusteltua äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmää lukuun ottamatta avosairaanhoido oli kansainvälisesti vertaillen kehittymätöntä. Tähän vaikutti keskeisesti kattavaa sairausvakuutusta koskevien ehdotusten toistuva hylkääminen 1920-luvulta 1960-luvun alkuun asti (Mattila 2011; Niemelä 2014). Kansanterveystilannetta luonnehdittiin 1960-luvun lopulla kysymyksellä: ”Miten Euroopan terveimmistä lapsista tulee Euroopan sairaimpia aikuisia” (Kaipainen 1969). Pienten lasten terveydessä Suomi oli aivan kärkimaita, mutta erityisesti työikäisten miesten sairastavuuden ja kuolleisuuden suhteen Länsi-Euroopan sairaimpia maita. Erityisen suurta sairastavuus oli Pohjois- ja Itä-Suomessa.

Sairausvakuutus saksalaiseen malliin

Toisen maailmansodan jälkeen hyvinvointivaltion kehitys nopeutui monissa maissa, kun perinteisistä rakenteista ja elinkeinoista sodan irrottamat, rintamalta palaavat ja väestösiirtojen kohteeksi joutuneet pyrittiin integroimaan yhteiskuntarauhaan ja taloudelliseen kasvuun. Moision (2012) käsittein alkoi suuri kansallisen eheyttämisen projekti, johon kuului Itä- ja Pohjois-Suomen teollistamista, siirtoväen asuttamista, yhtenäisyyden rakentamista uuden ulkopoliittikan taakse ja koko väestöä koskevien hyvinvointipoliittisten järjestelmien luomista. Keskeisiä sosiaalipoliittisia uudistuksia olivat vuoden 1957 kansaneläkelaki ja vuoden 1963 sairausvakuutuslaki.

Sairausvakuutuslaki oli ollut työväenliikkeen vaatimuksena Forsan kokouksesta 1903 alkaen ja siitä oli tehty ensimmäinen hallituksen lakiesitys eduskunnalle vuonna 1927. Tuon ajan sosiaalivakuutuksiin mallia otettiin yleensä Saksasta. Sairausvakuutus pohjaisia terveydenhuoltojärjestelmiä kutsutaan tämän historian vuoksi edelleenkin bismarckilaisiksi, mallia käynnistettäessä Saksaa johtaneen valtakunnankansleri Bismarckin mukaan. Poliittiset edellytykset ja taloudelliset välttämättömyydet yleiselle sairausvakuutukselle kehittyivät Suomessa kuitenkin hitaasti. Vuonna 1963 Suomi olikin viimeisiä Länsi-Euroopan maita yleisen sairausvakuutuksen säätämisessä.

Sairausvakuutuksessa oli kaksi osaa, toimeentuloturva sairauden aiheuttaman työkyvyttömyyden ajalle ja vakuutuskorvaus omavastuun ylittäviltä lääkkeiden, sairaanhoitopalvelujen ja sairaanhoidon vuoksi tehtyjen matkojen hinnoilta. Ansiosidonnaisen sairauspäivärahan taso asetettiin alemmaksi kuin muissa Pohjoismaissa ja useimmissa läntisen Keski-Euroopan maissa (Kangas 1991; Kangas ym. 2013). Vähintään minimitasoinen päiväraha taattiin myös maatalousyrittäjille. Sairaanhoitokorvausten suuruus sidottiin todellisten hintojen sijasta Kansaneläkelaitoksen ”hyväksymiin hintoihin”, mikä mahdollisti suhteellisen pian korvaustason madaltamisen huomattavasti bismarckilaisia maita alemmalle tasolle. Kun sairausvakuutukseen ei liittynyt vaikuttavia keinoja terveystalvelujen tarjonnan sijoittumisen

ohjaamiseksi, tarjonta kasvoi nopeimmin asutuskeskuksissa maan vauraimmissa osissa (Kalimo, Nyman, Klaukka, Tuomikoski & Savolainen 1982). Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausjärjestelmän terveyspalvelujen toimintaa ja sijoittumista ohjaavat mekanismit ja korvauksiin käytetyt rahamäärät olisivat vaatineet suuren remontin, jotta vakuutuksesta olisi muodostunut Saksan, Ranskan, Hollannin, Belgian ja Itävallan bismarckilaisten järjestelmien tasoinen hyvinvointivaltion terveyspalvelujärjestelmän perusta.

Bismarckista Beveridgeen

Sairausvakuutuslain säätämisen aikaan Suomessa oli alkamassa aika-kausi, jota Moisio (2012) kutsuu keskusjohdetun hajautetun hyvinvointivaltion ajaksi. Taustalla oli nopea teollistuminen ja kaupungistuminen, sosialidemokraattisen puolueen hajaannuksen päättyminen ja vasemmistoenemmistön muodostuminen eduskuntaan vuoden 1966 vaaleissa. Hyvinvointivaltion nopea laajentaminen ja ulottaminen maan jokaiseen kolkkaan oli entistäkin tärkeämpi keino koko kansakunnan yhdistämiseksi ja aktivoimiseksi taloudellisen kasvun edistämiseen. Ajan symboliksi nousseen Pekka Kuusen (1961) kirjan *60-luvun sosiaalipolitiikka* mukaan maahan ei saanut jäädä yhtään Ilmari Kiannon kuvaamaa Ryysyrantaa tai Joel Lehtosen Putkinotkoa. Jopa Juutas Käkriäinen ja Jooseppi Kenkkunen piti saada aktiiviksi kansantulon kasvattajiksi, kuluttajiksi, omasta terveydestä huolehtiviksi, hyvinvointivaltiokansalaisiksi. Tätä ohjelmaa lähdettiin toteuttamaan vahvan valtiollisen suunnittelun ja resurssiohjauksen ja kuntien vastuiden laajentamisen keinoin. Terveys- ja huoltopolitiikassa tämä suunta oli ollut sairaaloiden osalta jo todellisuutta, mutta perusterveydenhuollossa se merkitsi nopeaa siirtymistä kunnallisten terveyskeskusten rakentamisen aikaan vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain myötä (Aer 1975; ks. myös luvut 1 ja 2).

Terveyskeskus oli ja on kansainvälisesti vertaillen varsin poikkeuksellinen perusterveydenhuollon organisaatiomuoto. Samaan or-

ganisaatioon koottiin hammashoitoa, kuntoutusta, paikallissairaalan pitkäaikaishoitoon painottuvaa toimintaa, äitiys- ja lastenneuvola, kouluterveydenhuoltoa, kotisairaanhoido, vastuu sairaankuljetuksesta, rokotukset, seulonnat ja muut ehkäisevän terveydenhuollon palvelut, ympäristöön kohdistuva terveysvalvonta, terveiden elintapojen paikallinen edistäminen sekä yleislääkärien ja terveydenhoitajien avovastaanottotoiminta laboratorio- ja röntgentukipalveluineen (Lehto 2012a).

Ajatus näin moninaisen palvelukokonaisuuden kokoamisesta yhteen organisaatioon on ollut esillä useissa muissakin maissa, mutta missään vauraassa hyvinvointivaltiossa ajatusta ei ole Suomen kaltaisella systemaattisuudella toimeenpantu vallitsevaksi perusterveydenhuollon organisointitavaksi. Paljon yleisempää on, että yleislääkärit toimivat ammatinharjoittajina yksittäin tai lääkiriryhminä vastaanotto- ja kotikäyntitoimintaa harjoittaen, usein avustavia sairaan- tai terveydenhoitajia palkaten. Muut perusterveydenhuollon palvelut ovat jakautuneet useisiin eri organisaatioiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien tehtäviksi (vrt. Saltman, Rico & Boerma 2006).

Edes terveyskeskus ei kuitenkaan koonnut yhteen koko perusterveydenhuoltoa. Apteekit säilyivät yksityisinä ja erillisinä. Kun terveyskeskusten laajentaminen aloitettiin Itä- ja Pohjois-Suomesta ja maaseutukunnista, kompensoitiin Etelä-Suomen ja kaupunkien perusterveydenhuollon vähyyttä rakentamalla Suomeen työterveydenhuoltojärjestelmä, jossa työntekijät saavat kansainvälisesti vertaillen paljon perusterveydenhuoltotason lääkäripalveluja (Lehto 2012a). Myös työterveydenhuollon avosairaanhoidopalvelujen laajuuden suhteen Suomi on kansainvälisesti erittäin poikkeuksellinen maa (Hämäläinen 2008). Lisäksi terveyskeskusten rakentaminen ei merkinnyt edellisellä vuosikymmenellä tehdyn yksityisen yleislääkäri- ja fysioterapiapalvelujen sairausvakuutusrahoituksen poistamista. Yksityislääkärit muodostavat perusterveydenhuollon kolmannen julkisesti subventoidun osan terveyskeskuksen ja työterveydenhuollon rinnalla. Myös aikuisten hammashoito oli 1990-luvun lopulle asti pääasiassa yksityissektorin ja -rahoituksen varassa. Sairausvakuutus ei sitä korvannut ja terveyskeskusten hammashoito keskittyi aluksi lapsiin ja nuoriin.

Terveyskeskusten rahoitus pohjautui alusta alkaen verotukseen, kunnan verotuloihin ja valtion verotuloista maksettuihin valtionosuuksiin. Valtionosuudet kattoivat alkuvaiheessa kunnan vauraudesta riippuen 39–70 prosenttia terveyskeskuksen menoista. Palveluja tarjoavat toimintayksiköt olivat osa julkista paikallishallintoa, työntekijät kunnallisia virkamiehiä. Kaikilla kunnan asukkailla oli ja on yhtäläiset oikeudet käyttää terveyskeskuksen palveluja. Verorahoitteisuus, julkiset palvelutuotantoyksiköt ja palveluoikeuksien universaalisuus olivat jo aiemmin muodostuneet myös Suomen sairaalalaitoksen institutionaalisiksi perusominaisuuksiksi. Näiden institutionaalisten ominaisuuksien perusteella Suomen terveydenhuolto on luokiteltu ”pohjoismaisiin hyvinvointivaltiomalliin” nojaavaksi. Kun samojen ominaisuuksien nähdään toteutuvan myös Iso-Britannian ja yhä laajalti myös useissa Etelä-Euroopan terveydenhuoltojärjestelmissä (vrt. Mossialos, Dixon, Figueras & Kutzin 2002), yhteisenä nimikkeenä käytetään käsitettä *beveridgeläinen malli*, Englannin hyvinvointivaltion ideoinnissa 1940-luvulla keskeisessä asemassa olleen lordi Beveridgen mukaan.

Ideaalimallit ja reaali maailma

Pohjoismainen, bismarckilainen ja *beveridgeläinen* ovat terveydenhuoltojärjestelmien ideaalityyppejä (taulukko 4.1). Kun järjestelmävertailu laajennetaan Länsi-Euroopan ulkopuolelle, voidaan tunnistaa myös niin sanottu ”liberaali” terveydenhuoltojärjestelmän tyyppi. Liberaalin tyyppin ominaispiirteitä ovat suuri yksityisten tai työehtosopimukseen perustuvien vakuutusten osuus rahoituksessa, merkittävä yksityisten organisaatioiden osuus palvelujen tuotannossa, markkino-ohjauksen keskeinen rooli ja eri väestöryhmien erilaiset oikeudet tai mahdollisuudet käyttää palveluja ja saada niiden hinnasta korvauksia. Yhdysvallat esitetään usein liberaalin tyyppin mallimaana.

Käsite ”ideaalityyppi” tarkoittaa, että tyyppeihin on pelkistetty eräitä terveydenhuoltojärjestelmien institutionaalisia ominaispiirteitä, joiden suhteen maat eroavat toisistaan. Reaali maailmassa erot

eivät kuitenkaan ole absoluuttisia, ominaispiirteet eivät ilmene puhtaana. Esimerkiksi yhdenkään maan terveydenhuoltojärjestelmä ei ole kokonaan verorahoitteinen, kokonaisuudessaan vain julkisiin tuotantoyksiköihin perustuva eikä täydellisen universaalit oikeudet käytännössä turvaava. Eikä yksikään kansallinen terveydenhuoltojärjestelmä rakennu kokonaan vakuutusrahoitteiseksi, yksityisiin ammattinharjoittajiin ja yksityisiin tuotanto-organisaatioihin perustuvaksi. Puhtaan bismarckilainen tai beveridgeläinen tai pohjoismainen malli ovat olemassa vain ideaaleina. Myös Yhdysvalloissa terveydenhuoltoa, erityisesti eläkeikäisten ja köyhimpien asukkaiden terveydenhuoltoa rahoitetaan mittavalla verorahoituksella ja myös siellä on julkisia palvelutuottajia. Todelliset terveydenhuoltojärjestelmät ovat monimutkaisempia ja niiden eri osissa voivat painottua eri tavoin eri ideaalityyppisiä luonnehtivat ominaisuudet. Ideaalityypit voikin nähdä vain todellisuuden jäsentämisen referensseinä, todellisia järjestelmiä voi jäsentää sen mukaan, mitä ideaalimallia lähempänä ja mistä malleista etäämpänä ne ovat, väittämättä kuitenkaan, että koskaan jokin malli toteutuisi puhtaana.

Jo mainittujen rahoituksen (vero vai sosiaalivakuutus) ja tuotantoyksiköiden omistuksen (julkinen vai yksityinen) lisäksi beveridgeläinen, bismarckilainen ja liberaali ideaalimalli eroavat toisistaan myös asukkaiden palveluoikeuksien muodon ja järjestelmän hallintamuodon suhteen.

Beveridgeläiseen malliin kuuluu kaikkien asukkaiden oikeus samanlaisiin kulloistakin tarvetta vastaaviin palveluihin. Oikeudet on usein säädetty julkisen vallan velvollisuuksiksi huolehtia palveluista eikä kansalaisten subjektiiviseksi oikeudeksi palveluun. Bismarckilainen malli rakentui alun perin vakuutettujen subjektiiviseen oikeuteen saada vakuutuskorvausta tarvitsemiensa palvelujen hinnasta. Kun vakuutettuja olivat alun perin vain palkkatyösuhteessa olevat ja heidän perheenjäsenensä, perusjärjestelmä ei turvannut kaikille asukkaille samoja oikeuksia. Useimmissa Länsi-Euroopan bismarckilaisissa maissa palkkatyöperheiden ulkopuoliset on nykyään saatu samojen subjektiivisten oikeuksien piiriin täydentävillä, usein verorahoitteisilla,

ratkaisuilla (Thompson, Foubister & Mossialos 2009). Liberaalissa mallissa oikeudet vaihtelevat sen mukaan, mihin järjestelmään kuuluu. Yksityisten vakuutusten kattavuus vaihtelee ja julkiset vakuutukset tai palvelut kuuluvat vain osalle väestöstä (Moran 1999).

Beveridgeläiseen ideaalimalliin kuuluu myös terveydenhuoltojärjestelmän hallinnan rakentuminen vaaleilla valittujen poliittisten toimijoiden varaan. Vaihtelua on sen suhteen, missä määrin valtaa on annettu valtion keskushallinnon lisäksi jollekin alemman tason poliittiselle päätöksenteolle. Esimerkiksi Iso-Britanniassa Englannin terveydenhuolto on suoraan keskushallinnon osa, mutta Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin osavaltioaparlamenteilla ja -hallituksilla on myös itsenäistä päätösvaltaa terveydenhuollon suhteen (Marmor, Freeman & Okma 2009). Ruotsissa keskeisessä vastuussa valtion keskushallinnon ohella ovat vaaleilla valitut maakuntavaltuustot ja Suomessa kunnanvaltuustot (Magnussen ym. 2009).

Bismarckilaisessa ideaalimallissa hallinto on korporatistinen palvelutuottajien, vakuutusyhtiöiden, työmarkkinajärjestöjen ja valtion edustajien neuvottelu- ja yhteispäätösjärjestelmä. Bismarckilaisissa reaalijärjestelmissä on kuitenkin jossakin määrin siirrytty viime vuosikymmeninä lisääntyvään valtion ja osavaltioiden hallitusten vaikutusvallan kasvattamiseen (Thompson ym. 2009). Liberaalissa ideaalityypissä eri osajärjestelmillä on omat erityiset hallintonsa, valtiollinen kokonaisuuden hallinta keskittyy esimerkiksi ammatinharjoittamisen sääntelyyn, lääkkeiden ja tuottajien markkinoille pääsyn sääntelyyn ja kilpailuehtojen sääntelyyn.

Taulukko 4.1. Kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien kolme ideaalityyppiä

	Beveridgeläinen	Bismarckilainen	Liberaali
Rahoitus	Verotus	Pakollinen sosiaalivakuutus	Yksityinen vakuutus ja tarveharkintaista verorahoitusta köyhille
Palvelutuotantoyksiköt	Julkisia	Yksityisiä voittoa tavoittelemattomia	Yksityisiä
Oikeus palveluihin	Lähtökohtaisesti universaali, mutta ei aina subjektiivinen oikeus	Lähtökohtaisesti palkansaaja, kehittyneet universaalisti subjektiiviseksi oikeudeksi	Eri väestöryhmillä erilaiset oikeudet kunkin vakuutuksen mukaan
Järjestelmän hallinta	Osa edustuksella demokratiolla johdettua julkista hallintoa	Korporatistinen työmarkkinajärjestöjen, valtion ja tuottajien neuvottelu- ja konsensusmekanismi	Kokonaisuuden hallinta vähäistä, kullakin osalla oma hallintatansa
Reaali-maailmassa ideaalityyppejä lähempänä olevia maita	Pohjoismaat, Iso-Britannia	Saksa, Ranska, Hollanti, Belgia, Itävalta	USA

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne kansainvälisessä vertailussa

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne on enemmän pohjoismais-beveridgeläinen kuin bismarckilainen. Se on myös suhteellisen kaukana liberaalista ideaalityypistä. Kuitenkin Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenne poikkeaa monessa suhteessa sekä pohjoismais-beveridgeläisestä ideaalista ja myös muiden pohjoismaiseksi tai beveridgeläiseksi luonnehdittujen maiden järjestelmistä.

Terveydenhuollon rahoitus rakentuu Suomessa verorahoituksen (noin 60 % menoista) lisäksi sairausvakuutuksen (15 %), kotitalo-

uksien (20 %), työnantajien (3 %) ja yksityisten vakuutusten (2 %) kokonaisuuteen (ks. luku 3). Muuta kuin Beveridgeläistä (vero)rahoitusta on siis 40 prosenttia. Sekä sairausvakuutuksen että kotitalouksien osuus rahoituksesta on korkeampi kuin esimerkiksi Englannissa, Ruotsissa ja Tanskassa. Kotitalouksien rahoitusosuus (potilasmaksut ja sairausvakuutuksen omavastuut) Suomessa on läntisen Euroopan korkeimpia (Thompson ym. 2009).

Terveydenhuollon palvelutuotannosta vastaavasta henkilöstöstä on Suomessa noin 80 prosenttia julkisen sektorin palveluksessa ja noin 20 prosenttia yksityisen sektorin palveluksessa. Erityisesti sairaalalääkäreille on yleistä työskennellä julkisessa sairaalassa olevan päätoimen lisäksi myös sivutoimisesti yksityissektorilla. Vanhuspalveluissa yksityisen sektorin osuus on yli 30 prosenttia ja esimerkiksi vanhusten ja mielenterveyspotilaiden asumispalveluissa yli 50 prosenttia. Palvelusuoritteilla mitaten yksityissektorin osuus sairaalapalveluista on pari prosenttia, mutta esimerkiksi avohoidon lääkärissä käynneistä noin 30 prosenttia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Avohoidon apteekkitoiminta on lisäksi Yliopiston apteekkia lukuun ottamatta kokonaan yksityisten organisaatioiden vastuulla. Myös työterveydenhuollon sairaanhoitokäynneistä jopa 80 prosenttia kohdistuu muihin kuin julkisiin yksiköihin (Kela 2012). Beveridgeläisyys on siis vahvinta sairaalahoidossa, mutta muuten kaukana ideaalityypin puhtaudesta. Myös esimerkiksi Englannissa, Ruotsissa ja Tanskassa julkisen toiminnan osuus on täysin määräävä sairaalahoidossa. Sekä Englannissa että Tanskassa yleislääkärien vastaanottotyö rakentuu pääasiassa ammatinharjoittajan tai ammatinharjoittajaryhmien varaan ja myös Ruotsissa nykyään yli puolet yleislääkäreistä on ammatinharjoittajia tai yksityisen yrityksen palveluksessa (Lehto, Winblad & Vrangbaek 2014; Saltman ym. 2006). Beveridgeläisiksi luokitelluissa maissa perusterveydenhuolto on siis yleisesti muissa kuin julkisen hallinnon yksiköissä tuotettua. Ei-julkinen toteutuu yleisesti ammatinharjoittajamuodossa ja vasta viimeaikoina useammin yritysmuodossa.

Suomessa asuvien ihmisten oikeus tarpeen mukaisesti julkisesti rahoitettuihin terveyspalveluihin on muodoltaan kaksinkertaisesti uni-

versaali. Kaikilla asukkailla on oikeus sekä kuntien järjestämisvastuulla oleviin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin että sairausvakuutuskorvaukseen yksityisellä yleis- ja erikoislääkärillä käynnin ja lääkärin määräämän yksityisen sairaanhoitopalvelun käyttämisestä syntyneisiin kustannuksiin. Lisäksi suurella osalla työikäisestä väestöstä on kolmas oikeus osaan perusterveydenhuollon palveluista työnantajansa ja sairausvakuutuksen rahoittamassa työterveydenhuollossa. Näin laajasti moninkertaista periaatteellista oikeutta terveyspalveluihin ei ole yhdessäkään muussa Länsi-Euroopan maassa.

Periaatteessa universaalien oikeuksien käytännön toteutuminen edellyttää, että palveluja on tarjolla riittävästi ja asukkaiden kannalta saavutettavasti riittävän lähellä. Suomen sairausvakuutuksen erääksi keskeiseksi ongelmaksi koettiin, että vakuutus lisäsi palvelujen kysyntää nopeammin suurissa asutuskeskuksissa kuin haja-asutusalueilla, palvelutuotanto hakeutui markkinaehtoisesti kysynnän mukaan ja alueelliset erot kasvoivat. Terveyskeskusjärjestelmää taas rakennettiin valtiojohtoisesti aluksi Itä- ja Pohjois-Suomea ja haja-asutusalueita suosien ja myös sairaalainvestoinnit tehtiin valtiojohtoisesti, usein alueellista tarjonnan tasa-arvoa tavoitellen (Kalimo ym. 1982).

Toinen keskeinen edellytys on, etteivät potilaiden omavastuuosuudet ja potilasmaksut muodosta pienituloisille liian korkeaa kynnystä palvelujen käytölle. Erityisesti sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten alkuperäinen taso (60 % hinnasta) ja tason lasku (vuonna 2010 keskimäärin noin 30 % hinnasta) kaivavat pohjaa tämän toisen universaalien järjestelmän tosiasialliselta universaalisuudelta (Miettinen, Tervola, Virta, Koskinen, Tuominen, Maljanen & Mikkola 2013). Kolmas edellytys on, että terveydenhuollon ammatilliset ja muut toimintakäytännöt eivät systemaattisesti suosi joitakin potilasryhmiä, esimerkiksi paremmin koulutettuja ja verbaalisesti lahjakkaampia.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän hallintamuodossa on samanlaista jakautumista Beveridgeläisyyden ja Bismackilaisuuden kesken kuin järjestelmän rahoituksessa. Verorahoitteen kunnallisen perus- ja erikoissairaanhoidon hallinnan yksi keskeinen elementti on eduskunnan ja valtioneuvoston alaisuudessa, sosiaali- ja terveysmi-

nisterien johdolla tapahtuva järjestelmän puitteiden ja periaatteiden sääntely ja käytäntöjen ohjaus. Toinen keskeinen elementti on kunnille annettu lainsäädännön toimeenpanovastuu, jota ne voivat toteuttaa yksin tai toisten kuntien kanssa muodostetuissa yhteisorganisaatioissa ja joko omana palvelutuotantonaan tai ostamalla palveluita yksityisiltä tuottajilta. Kansainvälisesti vertaillen tämä osa Suomen terveydenhuoltoa noudattaa beveridgeläisyyden edustuksellista demokratiaa ja yleiseen julkisen sektorin hallintaan läheisesti kytkeytyvää mallia. Suomen erikoisuus on toimeenpanovastuun antaminen kunnille. Esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa vastuu on pääasiassa maakunnilla ja Iso-Britanniassa jaettuna keskushallinnon ja neljän alueyksikön (Englanti, Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti) kesken (Magnussen ym. 2009; Marmor ym. 2009).

Suomen järjestelmässä on myös merkittäviä bismarckilaista hallintaa lähestyviä terveydenhuoltojärjestelmän sektoreita, esimerkiksi kuntoutuksessa, jota rahoitetaan ja ohjataan kansan- ja työeläke- sekä lakisääteisistä tapaturmavakuutuksista ja työterveydenhuollossa. Näiden järjestelmien hallinta rakentuu enemmän työmarkkinajärjestöjen ja valtion ”kolmikannan” neuvottelujen ja konsensuksen kuin eduskunnan ja kunnanvaltuustojen kautta vaikuttamisen varaan. (Lehto & Miettinen 2013). Kansainvälistä vertailevaa tutkimusta näiden terveydenhuollon osajärjestelmien reaali maailman hallinnasta ei ole juuri tehty.

Hallinnan ”monikanavaisuus” Suomen järjestelmässä on merkinnyt myös terveydenhuoltopolitiikan keskeisten toimijoiden kannalta kansainvälisesti erityistä institutionaalista ympäristöä. Esimerkiksi työterveydenhuolto on ollut erityisen keskeistä työmarkkinajärjestöjen edunvalvonnassa, mutta samaan aikaan niitä ei juuri ole kiinnostanut sairaaloiden ja terveyskeskusten kehitys (Seuri 2013). Kun lääkärit ovat jakautuneet kunnallisen ja yksityisen terveydenhuollon kesken, yksityisen tai julkisen terveydenhuollon keskinäisuuhteisiin liittyvissä poliittisten valintojen suhteen Lääkäriliitto on joutunut olemaan varsin varovainen (Saarinen 2010). Valtion ja kuntien suhde ja sen uudistaminen taas on yli 25 vuotta vahvasti tematisoitunut terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen perspektiivistä (Lehto 2012b).

Kansainvälisen trendin mukaisia järjestelmäreformieja

Vuonna 1979, sodanjälkeisen hyvinvointivaltioiden nopean kasvukauden keskeyttäneiden öljykriisien tunnelmissa, OECD järjesti konferenssin, jonka teema oli *Welfare State in Crisis. From Welfare State to Welfare Society* (OECD 1981). Noista ajoista asti myös hyvinvointivaltioiden terveydenhuoltopolitiikassa on painopiste siirtynyt uusien osajärjestelmien rakentamisesta vanhojen rakenteiden uudistamiseen. Vaikka kansalliset järjestelmät olivat kehittyneet erilaisiksi, monet järjestelmäreformien perusajatukset ovat olleet yhteisiä. Suomessakin kansainvälinen reformisuuntaus alkoi jo 1980-luvulla, vaikka suhteellisen myöhäisen alun vuoksi myös rakentamiskausi jatkui vähintään 1990-luvun alkuun asti.

Hyvinvointivaltioiden terveydenhuoltojärjestelmien kansainvälisen reformisuuntauksen keskeisiä elementtejä ovat olleet (esim. de Gooijer 2007) pitkäaikaisen laitoshoidon vähentäminen, tuottajien arvioinnin, kannustimien, kilpailun ja valinnan lisääminen sekä rahoituksen vähittäinen yksityistäminen.

Pitkäaikaisen laitoshoidon vähentäminen on muuttanut radikaalisti sekä sairaaloiden että terveydenhuollon avopalvelujen toimintamalleja noin 30 vuodessa. Potilaan keskimääräinen sairaalassaolojako on lyhentynyt monissa maissa alle kolmannekseen somaattisessa sairaanhoidossa ja psykiatrisessa sairaanhoidossa vielä radikaalimmin. Sairaaloissa tehdään vaativia diagnooseja ja hoitotoimenpiteitä, mutta niiden välinen odottelu, toipuminen ja kuntoutuminen on suurelta osin siirretty kotona asuvien potilaiden avohoidossa tehtäväksi. Sairaaloiden läpi kulkee entistä enemmän potilaita vaikka sairaalasätkyjen määrä on alentunut radikaalisti. Muutosta on merkittävästi mahdollistanut lääkkeiden ja muun teknologian haittojen vähentyminen, joka mahdollistaa niiden laajemman käytön avohoidossa. Sairaalasätkyjen vähentämisen ja hoitoaikojen lyhentymisen lisäksi muutokseen teknologioissa on liittynyt myös nopea henkilöstörakenteen muutos. Lääkärien ja korkeasti koulutettujen sairaanhoitajien sekä teknisen henkilökunnan osuus on nopeasti kasvanut, kun taas

alemman koulutuksen saaneen henkilökunnan osuus on laskenut (McKee & Healy 2002).

Suomessa oli 1970-luvun alkuun mennessä kehittynyt kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellisen runsas määrä laitospaikkoja. Samalla kun Suomen muutossuunta on ollut sama kuin yleisesti hyvinvointivaltioissa, muutoksen nopeus on joiltakin osin ja joinakin aikoina ollut Suomessa erityisen suuri. Varsinkin 1990-luvun alun laman aiheuttaman taloudellisen tiukkuuden aikana avopalvelujen kehitys ei kyennyt kompensoimaan radikaalia laitosten alasajoa (Lehto & Blomster 2000).

Uuden julkisjohtamisen (*New Public Management, NPM*) sateenvarjokäsittelen alle on tutkimuskirjallisuudessa koottu suuri joukko julkisella sektorilla, muun muassa terveydenhuoltojärjestelmissä, yrittettyjä muutoksia. Palvelutuotannon tehostamisen keinovalikoimassa on esillä tuottajien toiminnan arvioinnin ja vertailun parantaminen, tehokkuutta palkitsevien taloudellisten kannustimien rakentaminen ja tuottajien kilpailuttaminen. Tuottajia pyritään vastuuttamaan pääasiallisena rahoittajana toimivan julkisen hallinnon lisäksi myös palvelujen käyttäjien suuntaan, kehittämällä asiakasvalinnan ja palvelusetelin tyyppisiä asiakkaan tuottajavalintaa mahdollistavia järjestelyjä. Palveluja ostetaan aiempaa enemmän yksityisiltä palvelutuottajilta. NPM-trendi on ollut näkyvämmän esillä beveridgeläisiksi luonnehdituissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Kuitenkin myös bismarckilaisissa ja liberaaleissa terveydenhuoltojärjestelmissä NPM-agenda on vaikuttanut merkittävästi. (esim. Figueras, Robinson & Jakubowski 2005; de Gooijer 2007; Marmor ym. 2009; Pollitt, van Thiel & Homburg 2007; Saltman, Busse & Mossialos 2002).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmään sekä kuntia että kuntayhtymiä parempaan terveydenhuollon tehokkuuteen kannustavan rahoitusrakenteen luominen alkoi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa (Kokko & Lehto 1993; luku 3). 1990-luvun laman kiihdyttämä palvelurakennemuutos ja sopeuttaminen hitaaseen menokasvuun toteutettiin kuitenkin pääasiassa perinteisen julkisen hierarkian keinoin, ilman uudentyypisiä tehokkuuskannustimia (Lehto & Blomster

2000). NPM:n keinovalikoima, kuten ulkoistaminen, palvelusetelit, tilaajan ja tuottajan hallinnollinen erottelu ja kilpailuttaminen, tulivat laajempaan käyttöön vasta taloudellisella nousukaudella ja asiakasvalinnan kehittäminen suurelta osin vasta 2010-luvulla. Monien keinojen kokeileminen suomalaiseseen terveydenhuoltoon alkoi 10–15 vuotta esimerkiksi Englantia, Ruotsia ja Uutta-Seelantia jäljessä. Esimerkiksi ”tilaaja-tuottaja-malli” alkoi muualla olla jo ohitettu vaihe, kun se alkoi nopeasti levitä Suomen kunnissa (Junnila ym. 2012).

Yksityisen rahoituksen osuuden vähittäinen kasvu 1980-luvulta 2010-luvulle (OECD 2013) on lähes koko OECD-alueella yhdistävä trendi. Siinä missä julkisen rahoituksen osuus Länsi-Euroopassa 1980-luvun alussa oli pääasiassa välillä 85–95 prosenttia, on se yleisesti laskenut 2010-luvun alussa noin 75–90 prosenttiin. Suomessa osuus oli yleistä tasoa alhaisempi 1980-luvulla ja likimain yleisen tason alarajalla 2010-luvun alussa. Kotitalouksien maksuosuus on erityisen korkea useiden maiden hammashoidossa. Suomessa reseptilääkkeiden ja pitkäaikaishoidon korkeat omavastuut ovat myös merkittäviä kotitalouksien maksuosuuden korottajia.

Terveydenhuoltopolitiikan yhteisten tavoitteiden toteutuminen eri järjestelmissä

Kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien rakenteelliset ja kehityspolkujen erot kertovat osaksi siitä, että terveydenhuoltopolitiikan tavoitteissakin on ollut vähintään painotuseroja. Niitä on reaali maailmassa edelleen, vaikka useimmissa Länsi-Euroopan maissa keskeiset julkilaisutut tavoitteet ovat varsin samanlaisia. Yhteisiä julkilaisutuja tavoitteita ovat esimerkiksi:

- Keskimääräisen eliniän ja terveenä eletyn iän kasvaminen – terveyden maksimoiminen
- Väestöryhmien sosiaalisesta ja taloudellisesta asemasta johtuvien terveyserojen vähentäminen – terveyden oikeudenmukainen jakautuminen

- Terveyspalvelujen käytön jakautuminen väestössä palvelujen tarpeen eikä esimerkiksi maksukyvyn, asuinpaikan tai koulutuksen mukaan – terveyspalvelujen käytön tasa-arvoisuus
- Sairaanhoidon kustannusten kotitalouksien toimeentuloa olennaisesti heikentävän vaikutuksen minimoiminen – sairauskustannusten tasaus
- Laadukkaan, vaikuttavan ja tasa-arvoisen terveydenhuollon tuottamisen julkisten kustannusten pitäminen kohtuullisella tasolla – terveydenhuollon tuottamisen tehokkuus

1970-luvulta 2010-luvun alkuun Suomi on säilyttänyt pienten lasten kuolleisuudessa asemansa Länsi-Euroopan parhaiden joukossa ja lähentynyt – mutta ei saavuttanut – aikuisväestön kuolleisuuden osalta Länsi-Euroopan parhaiden maiden tasoa. Keskimääräisen terveyden paraneminen pitää kuitenkin sisällään sosiaalisen ja taloudelliseen asemaan liittyvien väestöryhmien terveyserojen kasvun. Erot ovat vertailumaissakin huomattavat, mutta todennäköisesti Suomessa poikkeuksellisen suuret (ks. luku 7). Sekä keskimääräisen terveyden paraneminen että terveyserot ovat kuitenkin huonoja indikaattoreita kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien vertailussa, koska molemmat selittyvät suurelta osin muun yhteiskunnan ja vain pienemmältä osin terveydenhuoltojärjestelmien eroilla tai muutoksilla.

Terveyspalvelujen käytön tasa-arvoisuuden, eli tarpeen mukaisen jakautumisen suhteen terveydenhuollon muutokset saavuttivat tavoitteitaan 1960- ja 1970-luvuilla (Kalimo ym 1982). 1990-luvulta lähtien on kuitenkin julkaistu useita tutkimuksia, jotka osoittavat erojen olevan edelleen merkittäviä ja joiltakin osin jopa kasvussa (luku 7). Kansainvälistä vertailua on tehty varsin vähän, mutta tehdyt vertailut osoittavat, että ainakin lääkäriissä käyntien jakautuminen on Suomessa epätasa-arvoisempaa kuin useimmissa Länsi-Euroopan maissa (van Doorslaer, Masseria & OECD 2004). Selitys on sairausvakuutuskorvattujen yksityislääkäriissä käyntien ja työterveydenhuollon käyntien painottuminen keskimäärin terveempiin väestöryhmiin, mitä terve-

yskeskuslääkärissä käyntien lievästi sairaampia väestöryhmiä suosiva kohdentuminen ei kokonaan kompensoi (Häkkinen & Nguyen 2010).

Myös terveydenhuollon kokonaiskustannusten jakautumisessa eri väestöryhmien välillä on pohjoismaisen tasa-arvoeetoksen kannalta epätoivottavia piirteitä. Kokonaiskustannukset nimittäin jakautuvat jossakin määrin regressiivisesti, eli pienituloiset vastaavat kustannuksista suuremmalla osalla tuloistaan kuin suurempituloiset. Selitys on pienituloisten suuremmasta sairastavuudesta johtuva suurempi osuus potilasmaksuista ja sairaanhoidon omavastuuosuuksista sekä progressiivisten tuloverojen pieni osuus verotuksen ja sairausvakuutusmaksujen kokonaisuudessa.

Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaiskustannukset ja julkiset kokonaiskustannukset asukasta kohti sekä euromääräisesti että suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat Suomessa olleet 1970-luvun alusta 2010-luvun alkuun asti Länsi-Euroopan maiden keskimääräistä alhaisemmat. Miten hyvin suhteessa muihin tavoitteisiin terveydenhuoltojärjestelmämme sitten toimiikaan, ainakin se tehdään kohtuullisen alhaisella kustannustasolla. Ainakin sairaaloihin keskittyneet pohjoismaiset vertailut ovat myös osoittaneet, että keskeisissä sairaalahoidoissa saadaan alhaisella kustannustasolla sekä määrällisesti että laadullisesti samaa tasoa oleva tuottavuus ja vaikuttavuus kuin kalliimmista Ruotsin, Norjan ja Tanskan sairaaloissa (Kittelsen, Magnussen, Anthun, Häkkinen, Linna, Medin, Olsen & Rehnberg 2008).

Omalaatuinen pohjoismaislänsieurooppalainen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteessa on siis sekä monia yhtäläisyyksiä että monia omalaatuisuuksia verrattuna muihin pohjoismaihin ja useisiin muihin länsieurooppalaisiin maihin ja myös vertailussa usein käytettyihin järjestelmien ideaalityyppeihin. Suomen järjestelmässä näyttää olevan useita rakenneominaisuuksia, jotka li-

säävät terveydenhuollon epätasa-arvon ja epäoikeudenmukaisuuden riskejä. Samaan aikaan järjestelmän julkiset ja kokonaiskustannukset ovat pysyneet kansainvälisesti vertaillen vähintään kohtuullisella tasolla. Myös kustannusten jakautumisessa väestöryhmien kesken on pohjoismaisen tasa-arvoeetoksen (vrt. Magnussen ym. 2009) kanssa ristiriitaisia piirteitä.

Voidaan päätellä, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole ollut eikä ole erityisen pohjoismainen sen paremmin rakenteensa kuin tasa-arvoeetoksen käytännön toteutuksen suhteen. Ehkä se kuitenkin saavuttaa keskinkertaisen länsieurooppalaisella tasolla keskeisiä terveydenhuoltopolitiikan yhteisiä tavoitteita ja ilmeisesti keskimääräistä tasoa paremmin julkisten kustannusten kohtuullisena pitämisen tavoitteen.

II MUUTOSTEN SEURAUKSET

5. KUNNAN, YKSITYISEN JA KOLMANNEN SEKTORIN KESKINÄISSUHTEIDEN MUUTOKSET – ESIMERKKINÄ VANHUSPALVELUT

Olli Karsio ja Liina-Kaisa Tynkkynen

Julkisesti rahoitetussa vanhojen ihmisten hoivassa ja hoidossa on 2010-luvun alussa käynnissä useita toisiinsa kietoutuneita muutoksia, jotka voidaan nähdä monikymmenvuotisen kehityskulun tuloksina (esim. Karsio & Anttonen 2013; Tynkkynen 2013). Kunnan järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat yhä useammin markkinoilla toimivat palveluiden tuottajat. Muutos on ollut viime vuosina näkyvää sosiaali- ja terveyspalveluissa erityisesti vanhojen ihmisten kohdalla. Vanhuspalveluissa yksityisillä palveluntuottajilla on pitkä historia ja niin sanotun kolmannen sektorin toimijat eli yhdistykset, säätiöt ja järjestöt ovat olleet merkittävässä roolissa vanhuspalveluiden tuottajina. Voittoa tavoittelemattomat yhdistykset ja järjestöt sekä pienet yritykset ovat kuitenkin jäämässä suurten voittoa tavoittelevien yritysten varjoon 2010-luvun alussa. Väestön vanheneminen yhdessä palvelujen kilpailuttamisen ja kiristyvän kuntatalouden kanssa ovat osaltaan edesauttaneet yritysten tuottamien sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvua ja kysyntää. Suuria yrityksiä on markkinoilla kuitenkin vain muutamia. Tämä on edesauttanut paikallisten oligopolinen ja monopolien syntymistä vanhuspalveluiden markkinoille. Näistä lähtökohdista käsittelemme tässä luvussa vanhuspalvelujen muutosta eri palveluntuottajien välisten suhteiden näkökulmasta.

Olemme valinneet vanhuspalvelut tarkastelun kohteeksi, sillä vanhuspalveluiden alueella julkisten ja yksityisten toimijoiden välisissä suhteissa on tapahtunut suhteellisen paljon muutoksia viimeisen 30 vuoden aikana. Lisäksi yksityisen palvelutuotannon osuus on vanhuspalveluissa kasvanut selvästi nopeammin kuin terveyspalveluissa. Vanhojen ihmisten palvelut tarjoavatkin esimerkin, jonka kautta on mahdollista pohtia myös sitä, mitä yksityisen palvelutuotannon lisääntyminen terveydenhuollossa voisi tarkoittaa. Katsomme jaon sosiaalipalveluihin ja terveyspalveluihin olevan vanhuspalveluiden kohdalla enemmän muodollinen tai rakenteellinen kuin käytännöllinen. Palveluita tarvitsevat vanhat ihmiset käyttävät useimmiten sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon piiriin kuuluvia palveluita eikä rajanveto asiakasrajapinnasta tarkasteltuna ole – tai ei ainakaan tulisi olla – kovinkaan näkyvä. Suurin osa vanhuspalveluissa työskentelevistä ammattilaisista on myös saanut terveydenhuollon koulutuksen (esim. sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti). Lisäksi vanhojen ihmisten palveluja ja hoivaa koskeva lainsäädäntö on pitkälti yleistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä. Esittelemme muutoksia yhtäältä lainsäädännön, toisaalta hoivapolitiikan ja kolmanneksi palvelurakenteiden muutosten näkökulmista.

Keskeiset käsitteet

Tämän luvun keskeiset käsitteet liittyvät yhtäältä vanhuspalvelujen sisältöön ja toisaalta rajanvetoon julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä. Ensinnäkin vanhuspalvelut eli vanhojen ihmisten hoiva ja hoito jakautuvat pääasiallisesti kahteen kategoriaan; kotona annettaviin palveluihin ja tukeen (kotihoito, tukipalvelut, omaishoito) ja laitos- ja asumispalveluihin (tavallinen palvelutaloasuminen, tehostettu palvelutaloasuminen, vanhainkodit sekä terveyskeskusten pitkäaikaishoito). Tarkastelemme näistä asumis- ja laitospalveluita sekä kotipalveluita. Olemme valinneet tarkasteluun nämä palvelut, koska vanhojen ihmisten hoivan kansallisen

politiikan painopiste on viimeisen yli 20 vuoden aikana siirtynyt laitoshoidosta kohti avohoitoa. Tavoitteena on ollut vanhainkoti-hoidon ja terveyskeskusten vuodeosastohoidon vähentäminen ja siirtyminen kahden tason malliin, jossa vanhojen ihmisten hoiva ja hoito järjestetään kotona niin pitkään kuin mahdollista. Kun kotona asuminen ei ole enää mahdollista, tavoitteena on, että vanhat ihmiset siirtyvät tehostetun palvelutaloasumisen piiriin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.)

Toiseksi edellä lueteltuja palveluita tuottavat julkinen sektori ja yksityinen sektori. Julkinen sektori tarkoittaa pääosin kuntia ja kuntayhtymiä. Yksityisen sektorin palveluntuottajia puolestaan ei voi aina yhdistää saman käsitteen alle, sillä voittoa tavoittelevat yritykset ja voittoa tavoittelemattomat yhdistykset ja järjestöt eroavat toisistaan monilla tavoilla (esim. Billis 2010). Yksityisillä palveluntuottajilla tarkoitamme tässä luvussa sekä yrityksiä että järjestöjä ja yhdistyksiä (kolmas sektori).

Vanhojen ihmisten hoiva lainsäädännön näkökulmasta

Vanhojen ihmisten palveluja ja hoivaa koskeva lainsäädäntö on pitkälti yleistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä. Poikkeuksena tästä on vuonna 2013 voimaan astunut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980). Toisin sanoen, vanhojen ihmisten saama hoiva ja hoito ovat pitkään olleet riippuvaisia lainsäädännöstä, joka on määritellyt samalla muidenkin väestöryhmien hoitoa ja palveluja. Seuraavassa käymme läpi vanhojen ihmisten palveluihin vaikuttaneen lainsäädännön keskeisiä kehityskulkuja ja keskitymme ennen kaikkea lainsäädäntöön, jonka mahdollistamana yksityinen palveluntuotanto on tullut kiinteäksi osaksi vanhojen ihmisten palveluiden kenttää.

Ensimmäinen suoraan vanhoille ihmisille tarkoitettuihin palveluihin liittyvä laki oli vuonna 1966 säädetty laki julkisista kotiin annettavista sosiaalipalveluista ja kunnallisesta kodinhoidon avustusta. Lain myötä myös avopalveluiden kehitys lähti hitaasti käyntiin. 1970-luvulla kehitys oli kuitenkin verkkaista, johtuen valtion kunnille maksaman valtionavun kohdentumisesta. Valtio maksoi kunnille avustuksia terveydenhuoltoon, mutta ei sosiaalipalveluihin. Tästä johtuen vanhuspalveluita kehitettiin aluksi osana laitospainotteista terveydenhuoltoa. Lisäksi palveluiden järjestäminen perustui 1960- ja 1970-luvuilla tiukkaan valtion ohjaukseen. Kunnat siis lähinnä toteuttivat valtion niille asettamia tavoitteita eikä tilaa paikallistason luovuuteen juuri ollut. (Syrjä 2010, 40.)

Vuonna 1984 voimaan tullut sosiaalihuoltolaki siirsi vanhuspalvelut osaksi valtionapujärjestelmää. Laki velvoitti kuntia järjestämään tarvittavat palvelut kuntalaisille (sosiaalihuoltolaki 1982/710). Tarvittavat palvelut vanhojen ihmisten kohdalla perustuivat lain mukaan viranomaisen, eli kunnan palveluksessa olevan työntekijän tekemään tarpeenarvointiin. 1980-luvulla ryhdyttiin kehittämään myös kotihoidon ja laitoshoidon väliin sijoitettavia palveluasumisen malleja. Kuntiin rakennettiin vanhustentaloja, joissa hoidosta vastasi kotihoidon henkilökunta (Syrjä 2010, 40). Tämän myötä myös laitoshoidon hegemonia roolia osana vanhojen ihmisten palveluita alettiin vähitellen kyseenalaistaa ja keskustelun painopiste alkoi kääntyä siihen, miten vanhojen ihmisten mahdollisuuksia asua kotona mahdollisimman pitkään voitaisiin lisätä. Laitoshoitoa ryhdyttiin 1990-luvulla kritisoimaan myös taloudellisiin syihin vedoten (Syrjä 2010, 40).

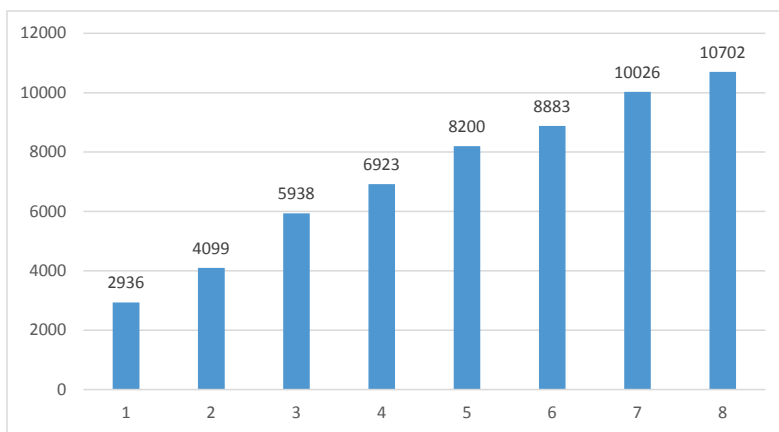
Vuoden 1984 alusta voimaan astunut uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskevasta lainsäädännöstä (ns. Valtava-uudistus) aloitti sosiaali- ja terveystalouden suunnittelu- ja ohjausjärjestelmien merkittävän uudistamisen (ks. luku 3). Valtava-uudistus avasi kunnille mahdollisuuden hankkia sosiaalipalveluita yksityiseltä sektorilta ja sitä voidaankin pitää ensimmäisenä kunnallisten palveluiden yksityiseen tuotantoon viittaavana sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää sääntelevänä lakina Suomessa (Niemi)

2008, 19–20). Käytännössä kunnat eivät kuitenkaan hankkineet palveluja yrityksiltä ennen vuotta 1993, koska valtionohjaus palveluiden tuotannossa oli edelleen voimissaan ja politiikassa painopisteenä oli kuntien ja järjestöjen yhteistyön edistäminen. Suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän uudistamista jatkoi vuonna 1993 voimaan astunut laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (1992/733). Vuoden 1993 lakiuudistuksesta alkaen kuntien on ollut mahdollista ostaa sosiaali- ja terveyspalveluja myös yrityksiltä (ks. luku 1).

Lainsäädännön osaltaan mahdollistama yksityisten palveluntuottajien osallistuminen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotantoon tarkoitti myös sosiaali- ja terveyspalveluiden hankintamenettelyjen sääntelyä. Suomessa ei ole säädetty erikseen sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinnoista vaan ne on sisällytetty yleisen kilpailu- ja hankintalainsäädännön piiriin. Julkisrahoitteisten palvelujen hankintaa yksityisiltä palveluntuottajilta määritteli vuoteen 2007 asti laki julkisista hankinnoista (1992/1505). Laki kuitenkin korvattiin vuonna 2007 uudella hankintalalla (2007/348), joka perustuu EU-direktiiviin julkisista hankinnoista EU:n alueella (2004/18/EY). EU-direktiivi ei velvoita jäsenmaita sisällyttämään sosiaali- ja terveyspalveluita hankintalain piiriin, mutta Suomessa on tehty kansallinen ratkaisu, jonka mukaan myös sosiaali- ja terveyspalvelut kuuluvat hankintalain soveltamisalaan. Jos kunta siis päätyy hankkimaan palveluja yksityisiltä tuottajilta, hankintalaki määrittelee, miten julkinen hankinta tulee toteuttaa. Laki tarjoaa mahdollisuudet erilaisten hankintamenettelyjen soveltamiseen, mutta ensisijaisiksi menettelyiksi laki kuitenkin asettaa avoimen¹ tai rajoitetun² hankintamenettelyn. Tämä tarkoittaa sitä, että ne ovat sallittuja kaikissa hankintatilanteissa. (Aho 2012.)

1. Avoimella menettelyllä tarkoitetaan sitä, että kuka tahansa kelpoisuusvaatimukset täyttävä palveluntuottaja saa tehdä tarjouksen ja se on otettava mukaan tarjousvertailuun.
2. Rajoitettu menettely tarkoittaa sitä, että palveluiden tilaaja (eli useimmiten kunta) valitsee kelpoisuusehdot täyttävistä tuottajista ne, joille se lähettää tarjouspyynnön.

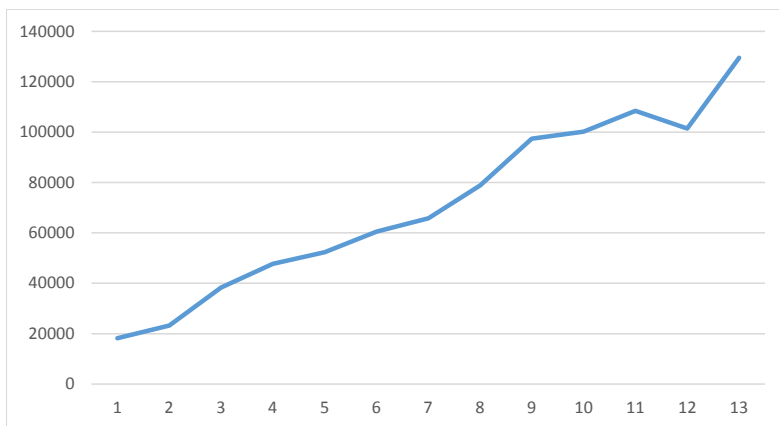
Palvelujen ulkoistamisen ja oman palvelutuotannon lisäksi lainsäädäntö tarjoaa kunnille myös muita mahdollisuuksia palveluiden järjestämiseen. Yksi tällainen mahdollisuus on käyttää palveluseteliä palveluiden järjestämisessä. Palveluseteliä on kokeiltu sosiaalipalveluiden alalla jo 1990-luvulla ja vuonna 2004 palveluseteli integroitiin sosiaalihuoltolakiin. Vuonna 2009 palvelusetelin käyttöala laajeni kaikkiin sosiaali- ja terveystalouteihin. Vanhojen ihmisten palveluissa palveluseteli on ollut käytössä pääosin kotipalveluissa, tukipalveluissa³ ja palvelutaloasumisessa. Kuviosta 5.1 voidaan huomata, että kotipalvelun palveluseteliäsiakkaiden määrä on jatkuvasti lisääntynyt sinä aikana kun sen käyttö kaikissa sosiaali- ja terveystalouteissa on ollut mahdollista. Palvelusetelin käytöstä kaikissa sosiaali- ja terveystalouteissa ei ole olemassa tarkkoja tilastoja, mutta ainakin palveluntuottajien välisen kilpailun kasvua tavoittelevat tahot odottavat palvelusetelin käytön laajenevan nopeasti (Lith 2013).



Kuvio 5.1. Kotipalvelun asiakkaista palvelusetelin saaneet asiakkaat (Sotkanet 2015a)

3. Tukipalveluja ovat esimerkiksi ateria-, kuljetus-, vaatehuolto-, kylvytys-, saattaja- ja turvapalvelut sekä muut vastaavat palvelut, joiden tarkoituksena on tukea itsenäistä elämää ja arjen sujumista.

Julkisen sektorin järjestämien palveluiden lisäksi lainsäädäntö tukee käyttäjien omaehtoista palveluiden hankintaa. Kotitalousvähennys on vuodesta 2001 mahdollistanut kotitalouksille verovähennysoikeuden kotiin hankituista palveluista. Kotitalousvähennystä voi hyödyntää esimerkiksi kotitalous-, hoiva- ja hoitopalveluihin sekä asunnon kunnossapito- ja perusparannustyöhön. Noin viidennes kotitalousvähennyksistä käytettiin kodinhoito-, hoiva- ja hoitopalveluihin vuonna 2011. Kotitalousvähennyksen käyttö on lisääntynyt tasaisesti ja nopeasti 2000-luvun alusta lähtien. Vuoteen 2012 mennessä kotitalousvähennyksen käyttäjien lukumäärä on kasvanut alle 100 000 käyttäjästä yli 400 000 käyttäjään. Eläkeläisten osalta vähennyksen käyttö on kuusinkertaistunut kymmenen vuoden aikana (ks. kuvio 5.2). (Häkkinen Skans 2011; Veronmaksajain keskusliitto 2014.)



Kuvio 5.2. Kotitalousvähennystä vuosina 2001–2013 käyttäneiden eläkeläisten lukumäärä Suomessa (Veronmaksajain keskusliitto 2015)

Kotitalousvähennys ei ole kunnallisiin palveluihin sidottu, toisin kuin palveluseteli. Kotitalousvähennyksen tarkoitus onkin edistää palvelujen ostamista omalla rahalla, ilman kunnan varsinaista interventioita. Joissakin kunnissa kuntalaisia on kuitenkin aktiivisesti

ohjattu käyttämään kotitalousvähennystä kotiin tuotavien palveluiden hankinnassa (esim. Tynkkynen, Hakari, Koistinen, Lehto & Mietinen 2012a). Kunnallisista palveluista perittävien asiakasmaksujen tason vuoksi loppukustannukset vanhalle ihmiselle voivat olla joissain tapauksissa jopa edullisemmat kotitalousvähennystä käyttämällä. Kotitalousvähennys kuitenkin edellyttää, että vanhalla ihmisellä tai hänen omaisillaan on riittävästi varallisuutta hankkia palvelut ensin itse ennen veronpalautusta.

Uusimpia vanhuspalveluihin liittyviä lakeja ovat laki yksityisistä sosiaalipalveluista (2011/922) sekä kesällä 2013 voimaan astunut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/2012), eli niin sanottu vanhuspalvelulaki. Laki yksityisistä sosiaalipalveluista pyrkii muun muassa parantamaan yksityisiä palveluja käyttävien asiakkaiden oikeutta laadultaan tasokkaisiin palveluihin. Tähän pyritään muun muassa lisäämällä yksityisten tuottajien omavalvonnan osuutta palveluiden laadun valvonnassa. Ympäri vuorokautinen hoiva ja hoito ovat edelleen luvanvaraista toimintaa, mutta kotiin annettavista vanhuspalveluista riittää uuden lain puitteissa pelkkä ilmoitus siihen kuntaan, jossa palveluita tuotetaan ja myydään. Kotipalveluiden tukipalvelut, kuten ateriapalvelu ja siivous vapautettiin täysin ilmoitusvelvollisuudesta. (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 2011/922.)

Vanhuspalvelulain yhtenä keskeisenä tavoitteena on vahvistaa useita vuosikymmeniä esitettyä tavoitetta, jonka mukaan vanhojen ihmisten tulisi saada asua mahdollisimman pitkään kotona tai kodin-omaisessa ympäristössä ennaltaehkäisevän työn sekä kotiin annettavien tukipalvelujen turvin. Laitohoito puolestaan nähdään viimesijaisena hoitomuotona. (ks. Pulkki & Tynkkynen 2014.) Seuraavaksi siirrymmekin tarkastelemaan sitä, miten vanhojen ihmisten palveluiden painopiste on viimeisen 20 vuoden aikana vähitellen siirtynyt laitospainotteisesta hoidosta kohti avohoitoa ja kotona asumisen tukemista.

Kohti kotona annettavaa hoitoa ja tehostettua palvelutaloasumista?

Tässä luvussa käsittelemme vanhuspalveluiden rakennemuutosta kirjallisuuden ja tilastotietojen avulla. Aluksi on kuitenkin huomautettava, että tilastojen esittämiseen liittyy eräitä käsitteellisiä ongelmia, sillä tilastointitavat ja tilastomääritelmät palveluille eivät täysin kohtaa niitä palvelurakenteita, joita kunnissa toteutetaan. Tilastot antavat kuitenkin hyvän yleiskuvan kansallisen tason muutoksista, joita palveluiden kattavuudessa ja määrässä on tapahtunut.

Taulukosta 5.1 voimme päätellä, että omaishoidon tukea lukuun ottamatta, kaikkien muiden palvelumuotojen kattavuus on laskenut viimeisen 20 vuoden aikana. Yksi selitys tähän on todennäköisesti 1990-luvulla Suomea koetellut talouskriisi. 1990-luvun laman jäljiltä vanhusväestölle suunnattujen kotipalveluiden kattavuus on pysynyt selvästi lamaa edeltäneen tason alapuolella (Rostgaard & Lehto 2001). Samaan aikaan laitoshoidtoa on alettu purkaa ja politiikan painopiste on siirtynyt kohti avohoitoa (esim. Mattila 2011, 287). Kotiin annettavat julkisesti rahoitettavat palvelut keskittyvät entistä enemmän terveydenhoitoon, jolloin muut kotitalouden hoitoon ja arkielämästä selviytymiseen liittyvät tehtävät joudutaan entistä useammin tuottamaan omaisten toimesta tai ostamaan yksityisiltä palveluntuottajilta (Varjonen, Aalto & Leskinen 2005, 11). Toimintakyvyn alenemista ehkäiseviä palveluja ei myöskään ole tarpeeksi saatavilla (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010). Tämä on tarkoittanut sitä, että vakavimmista avuntarpeista pyritään huolehtimaan, mutta kevyempää apua ei kuntien taholta ole tarpeeksi tarjolla, vaan siitä vastaavat vanhuksat itse tai heidän perheensä (Karsio & Anttonen 2013). Tämä muutos on synnyttänyt jo nyt uusia toimintamalleja, joissa yhdistyvät kunnan sekä asiakkaiden itsensä rahoittamat palvelut. Toisin sanoen palvelut ostetaan ja tuotetaan entistä useammin yksityisesti. Vaikka palveluiden saatavuus voi tätä kautta parantua, on mahdollista että tämän kaltaiset toimintamallit avaavat kunnille uusia mahdollisuuksia siirtää palveluiden kustannuksia asiakkaiden itse maksettaviksi (vrt. Tynkkynen ym. 2012a).

Taulukko 5.1. Kunnan kustantamat kotihoidon palvelut ja omaishoidon tuki yli 65- ja 75-vuotiaiden osuudet (%) samanaikaisesta väestöstä 1990–2013 (Sotkanet 2015b, 2015c)

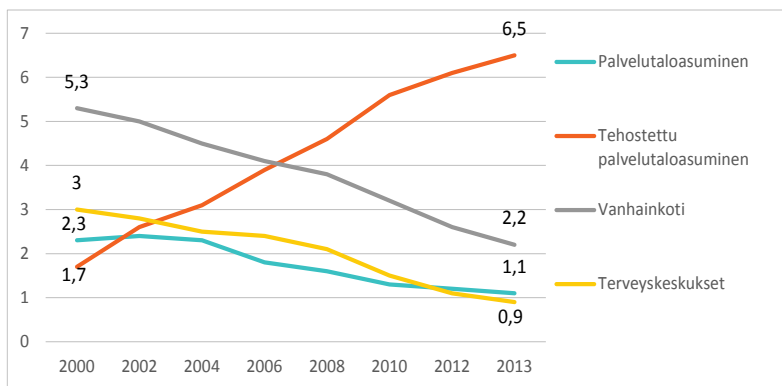
	1990	1995	2000	2005	2008	2010	2011	2012	2013
Säännöllinen kotihoito	65-vuotiaat	-	7,1	6,8	6,3	6,2	6,4	6,5	6,2
	75-vuotiaat	-	13,4	11,8	11,2	11,0	11,8	12,2	11,9
Kodinhoitoapu	65-vuotiaat	18,7	11,8	10,7	10,2	10,9	11,2	11,0	10,7
	75-vuotiaat	31,5	22,1	19,7	18,3	19,2	20,4	20,5	20,2
Tukipalvelut	65-vuotiaat	15,3	13,4	13,5	12,9	13,1	12,3	12,1	11,4
	75-vuotiaat	-	-	-	-	23,3	22,5	22,4	21,9
Omaishoidon tuki	65-vuotiaat	2,0	1,5	1,8	2,4	2,6	2,6	2,7	2,7
	75-vuotiaat	3,3	2,7	3,0	3,7	4,1	4,2	4,4	4,5

Kröger ja Leinonen (2011) liittävät muutokset kotihoidossa erityisesti kolmeen yhteiskunnalliseen muutokseen. Ensimmäiseksi suurin osa kunnista on yhdistänyt sosiaalipalveluihin lukeutuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltoon lukeutuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Toiseksi informaali omaishoito on integroitu osaksi formaalia kotihoitoa. Informaali hoiva viittaa läheisten tai omaisten antamaan hoivaan. Formaali hoiva puolestaan on julkisen sektorin järjestämää, ammatillista ja suunnitelmallista hoivaa. (Zechner 2010, 5, 41.) Omaishoito sijoittuu formaalin ja informaalin väliin, koska se on julkisen vallan tukemaa, mutta omaisten tai läheisten tuottamaa hoivaa. Omaishoitoa onkin kutsuttu semiformaaliksi (Pfau-Effinger 2005) tai vanhushoivan sekamuodoksi (Anttonen & Sointu 2006). Kolmanneksi, kotiin annettavia palveluita on entistä helpompi ostaa yksityisiltä markkinoilta.

Kun hoivaa tarvitseva vanhus ei enää pärjää kotona annettavan avun turvin, julkinen palvelujärjestelmämme tarjoaa asumispalveluita tai laitoshoidon. Laitoshoidoksi määritellään perinteiset vanhainkodit ja terveyskeskusten osastoilla tapahtuva pitkäaikaishoito. Asumispalveluita ovat tavallinen ja tehostettu palvelutaloasuminen. Asumispalveluyksiköissä vanhat ihmiset asuvat periaatteessa omassa kodissaan ja ovat avopalveluiden piirissä (Mattila 2011, 287). Kuten edellä jo mainitsimme, palvelutaloasuminen on kehitetty kunnissa jo 1980-luvun puolelta, mutta tehostetusta palveluasumisesta on tullut keskeinen palveluasumisen muoto 2000-luvulla. Näiden kahden palvelumuodon välinen ero on, että tehostetussa palvelutaloasumisessa tarjotaan ympärivuorokautista hoivaa, tavallisessa ei.

Kuvio 5.4 osoittaa, että 2000-luvun aikana on tapahtunut muutos laitoshoidosta kohti tehostettua palvelutaloasumista. Muutos on erityisen selvää 75-vuotiaiden ja tätä vanhempien ikäryhmässä. 65-vuotiaiden ja tätä vanhempien ikäryhmässä muutosta on tapahtunut, mutta se ei ole niin huomattava kuin vanhemmassa ikäryhmässä, koska 65–74-vuotiaat tarvitsevat tehostettua palvelutaloasumista harvemmin kuin yli 75-vuotiaat. Tämä muutos on

yhteneväinen edellä kuvatun hoivapolitiikan muutoksen kanssa. Avohoidon korostaminen on liittynyt keskeisesti laitoshoidon ja asumispalveluiden suhteen muutokseen. Ennen kaikkea kehitys on liittynyt vanhainkotien muuttamiseen asumispalveluyksiköiksi. Kuten aiemmin on jo todettu, palvelutaloasuminen määritellään avopalveluksi ja asiakkaille määritellään niissä aina erikseen asumisoikeus asuntoon. Vanhat ihmiset asuvat periaatteessa omissa asunnoissaan ja maksavat sinne tarjotuista palveluista samalla tavalla kuin omaan kotiin tarjotuista palveluista. Laitoshoidon purkamisen yksi lieveilmiö onkin se, että hoidon kustannukset siirtyvät enenevässä määrin kunnilta palvelunkäyttäjien itsensä sekä Kelan⁴ maksettaviksi (Elinkeinoelämän valtuuskunta 2011, 14; Mattila 2011, 287).



Kuvio 5.3. 75-vuotiaat ja vanhemmat asiakkaat tavallisessa palvelutaloasumisessa, tehostetussa palvelutaloasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa osuutena saman ikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015d)

Laitoshoidon purkaminen on myös laajempi kansainvälinen trendi, joka koskettaa suurinta osaa sosiaali- ja terveyspalveluista (Rostgaard

4. Kela korvaa vanhoille ihmisille muun muassa tehostetun palveluasumisen asumiskustannuksia, eläkettä saavan hoitotukea sekä lääkekustannuksia.

2011). Avohoitoa ja kotona tapahtuvaa hoivaa perustellaan pienemmillä kustannuksilla ja laitoshoidon passivoivilla ja toimintakykyä useimmiten alentavilla vaikutuksilla. Koska Suomessa palvelutaloasuminen määritellään avopalveluksi ja vanhukset asuvat palvelutaloissa omissa asunnoissaan, voidaan palvelutaloasumisen korostaminen ymmärtää osaksi avo- ja kotihoitoa korostavaa politiikkaa. Kuitenkin erityisesti tehostetun palvelutaloasumisen asiakkaat ovat usein huonokuntoisia ja erot perinteisten vanhainkotien olosuhteisiin eivät ole suuret (esim. Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja & Syrjä 2010). Asiakasmaksukäytännöt vanhainkotien ja tehostetun asumispalveluyksikköjen välillä ovat kuitenkin erilaiset ja vaihtelevat myös kuntien välillä. Hoivan muotoa on siis muutettu, mutta rakenteelliset muutokset eivät ole välttämättä noudatelleet asiakkaiden toimintakyvyn muutoksia.

Muutokset julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyössä

Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö on muuttanut luonnettaan viimeisen 30 vuoden aikana. Muutoksen keskeisiä tekijöitä ovat olleet edellä kuvatut lainsäädäntömuutokset, sekä muutokset hoivapolitiikan painopisteissä. Seuraavassa käymme läpi, miten ja millaisia muutoksia yksityisen, kolmannen ja julkisen sektorin toimijoiden välisissä suhteissa on makrotasolla tapahtunut, kun yhteistyön historiaa lähdetään tarkastelemaan 1980-luvulta. Kun yhteistyö yksityisten vanhuspalveluntuottajien kanssa alkoi 1980-luvulla yleistyä, tuottajat olivat suurimmaksi osaksi järjestö- ja yhdistysmuotoisia toimijoita (Pasanen 2010). Yhteistyö kuntien ja yksityisten palveluntuottajien välillä oli aluksi luonteeltaan melko epämuodollista ja joustavaa. Kunnat maksoivat palveluntuottajille toiminta-avustuksia, joiden turvin palveluntuottajat pystyivät tarjoamaan hoivaa kunnan asukkaille.

Raha-automaattiyhdistyksellä (RAY) on ollut merkittävä rooli palvelutaloasumisen kehittäjänä ja yksityisen ja julkisen sektorin

keskinäissuhteen rakentajana Suomessa. 1980- ja 1990-luvuilla RAY jakoi järjestöille ja yhdistyksille investointiavustuksia, joiden turvin toimijat pystyivät rakentamaan palvelutaloja kuntiin. Näinä vuosina merkittävä osa RAY:n avustuksista myönnettiinkin järjestöille palvelutalojen rakentamiseen. RAY:n rahoittamana rakennettiin 15 vuoden aikana 14 000 palvelutaloasuntoa (Pasanen 2010, 22). Avustuksen myöntämisen edellytyksenä oli, että kunta sitoutuu ostamaan palveluntuottajan palveluita. Kun samaan aikaan hoivapolitiikan painopiste alkoi siirtyä kohti avopalvelua korostavaa politiikkaa ja valtio ohjasi kuntia purkamaan laitoshoidtoa, useissa kunnissa perustettiin yhdistyksiä tuottamaan asumispalvelua kunnan oman palvelutuotannon lisäämisen sijaan. Yhdistysten perustajina saattoivat olla poliittiset paikallisjärjestöt, seurakunnat ja aktiiviset vapaaehtoiset. Kunnan ostovelvoitteesta johtuen suuri osa järjestö- ja yhdistysmuotoisista palveluntuottajista olivat täysin tai lähes täysin riippuvaisia kunnan palveluostoista. (Syrjä 2010, 45.)

Tiukentuneen kilpailulainsäädännön ja julkisia hankintoja säätelevän lainsäädännön lisääntymisen myötä yhteistyö kuntien ja järjestöjen välillä alkoi 1990-luvun lopun ja 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana muuttua vähitellen kohti sopimuksellisuutta ja kilpailua korostavaa yhteistoimintaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Muun muassa tästä syystä RAY:n avustusten jakoperusteet muuttuivat vuonna 2001. Raha-automaattiavustuksista säädetyn lain (1056/2001) mukaan avustuksen saamisen edellytyksenä on, että avustuksen myöntämisestä ei koidu kilpailua ja markkinoiden toimintaa vääristäviä vaikutuksia. Käytännössä vuodesta 2005 RAY ei olekaan myöntänyt avustuksia vanhojen ihmisten palveluasumisen rakentamishankkeisiin (Miettinen, Junnila & Lehto 2012). Sen sijaan Ympäristöministeriön alainen Asumisen ja rahoittamisen kehittämisskeskus (ARA) on vuodesta 2005 myöntänyt investointiavustuksia erityisryhmien asuntorakentamiseen. Investointiavustuksiin ovat, toisin kuin RAY:n avustuksiin, oikeutettuja myös kunnat. Käytännössä myös yritykset hyötyvät investointiavustusten uudesta jakotavasta. Yritykset voivat tehdä yhteistyötä yleishyödyllisten yritysten kanssa

ja näin saada tätä kautta hankkeilleen ARA:n investointitukea. Hoi-
vapalveluyritykset ovat myös perustaneet yleishyödyllisiä yrityksiä itse
ja hakeneet niille investointiavustuksia palvelutalojen rakentamiseen.
(Syrjä 2010, 45.)

Järjestöjen toiminta-avustuksissa tapahtuneiden muutosten taus-
talla vaikuttaa ainakin osin myös tavoite yritysmuotoisten toimijoiden
toimintaedellytysten parantamisesta asumispalveluiden alueella (Miet-
tinen ym. 2012). Raha-automaattivastuksista säädetyn lain tultua
voimaan vuonna 2002, järjestöt eivät enää voineet saada avustusrahaa
ennen kuin kunta on kilpailuttamalla selvittänyt, onko alueella muuta
yksityistä tarjontaa (Syrjä 2010, 45). Alan toimijoiden joukko onkin
muuttunut 2000-luvun alusta. Yritysten rooli palveluntuotannossa
on vahvistunut ja yrityskoko on viime vuosina kasvanut samalla kun
markkinoilla toimivien yritysten lukumäärä on vähentynyt (Lith
2013). Muutoksia on tapahtunut myös yritysten omistussuhteissa.
2010-luvulle tultaessa suurimmat yksityiset sosiaali- ja terveystaloi-
den tuottajat ovat pääsääntöisesti ulkomaisten pääomasijoitusyhtiöiden
omistuksessa (Hartman 2012). Järjestöt ovat kuitenkin toistaiseksi
säilyttäneet merkityksensä erityisesti palvelutaloasumisessa (Ailasmaa
2012; Karsio & Anttonen 2013; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
2012). 2010-luvun alussa asumisen sisältävien yksityisten sosiaali-
palveluiden liikevaihdosta ja henkilöstöstä edelleen noin puolet on
järjestöillä (Taulukko 5.2; Miettinen ym. 2012; Syrjä 2010).

Taulukko 5.2 osoittaa, että yritykset ovat 2000-luvulla kasvatta-
neet osuuttaan palveluntuottajina kaikilla vanhuspalveluiden alueilla
ja erityisesti palvelutaloasumisen sekä kotipalveluiden alalla. Samaan
aikaan kolmannen sektorin osuus vanhuspalveluiden henkilöstöstä
on vähentynyt kaikissa palveluissa. Huomattavaa kuitenkin on se,
että vanhojen ihmisten palvelut ovat suurelta osin edelleen julkisen
sektorin tuottamia. Vain palvelutaloasumisessa yritysten ja kolmannen
sektorin osuudet palveluntuotannossa ovat samaa luokkaa julkisen
sektorin kanssa.

Taulukko 5.2. Julkisen, kolmannen ja yrityssektorin osuudet vanhushuolteen tuotannossa vuosina 2000 ja 2010, osuus henkilöstöstä⁵ (Ailasmaa 2012; 2013)

	Laitoshoito		Palvelutalosauminen		Kotipalvelut		Yhteensä	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Julkinen	84.7	83.0	41.0	37.0	90.5	85.0	74.1	66.0
Yritykset	1.2	5.0	16.4	29.0	4.9	13.0	6.7	17.0
Kolmas sektori	14.1	12.0	42.6	34.0	4.6	2.0	19.2	17.0
Yksityinen yhteensä	15.3	17.0	59.0	63.0	9.5	15.0	25.9	34.0

Yritysten entistä suurempi osallistuminen julkisrahoitteisten palveluiden tuotantoon sekä palveluiden kilpailutusten lisääntyminen ovat muuttaneet kentän toimijoiden välisiä suhteita (Karsio 2011). Edellä kuvattujen kilpailulainsäädännön muutosten myötä yhdistyksiltä odotetaan entistä yritysmäisempää palvelujen tuottamisen tapaa. Lukuisat kolmannen sektorin toimijat ovatkin yhtiöittäneet palveluntuotantonsa. 2000-luvun lopulla noin kahdeksan prosenttia järjestöistä on yhtiöittänyt toimintaansa voidakseen kilpailla markkinoilla yritysmuotoisten toimijoiden kanssa. (Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008, 32, 159.) Järjestötoiminnan yhtiöittämisessä on yleensä kyse palvelutoiminnan ja kansalaisjärjestöroolin erottamisesta (Kananoja ym. 2008, 32). Yhtiöitetty palvelutuotanto voidaan määritellä osaksi yksityisen sektorin voittoa tavoittelevia yrityksiä, mikä vaikuttaa toisaalta kolmannen sektorin, toisaalta yksityisen sektorin määritelmään. Kyseiset kolmannen sektorin yritykset toimivat kuitenkin lähes poikkeuksetta rinnakkain voittoa tavoittelemattoman järjestön kanssa. Yhtiöitetyn yrityksen mahdollinen voitto kotiutetaan usein yrityksen omistavalle jär-

5. Tilastointitapojen muuttumisen seurauksena taulukkoa ei voida päivittää viimeisimpien tilastotietojen eli vuoden 2012 tietojen tasalle (Ailasmaa 2015). Uusimmat tilastot kuitenkin osoittavat, että yritysten osuus kaikista vanhushuolteista on edelleen jatkanut kasvuaan.

jestölle. Täten puhdas jako yrityksiin ja järjestöihin ei ole kaikilta osin mahdollista (vrt. Billis 2010). Lisäksi kuntien kilpailuttaessa palveluntuottajiaan käy entistä useammin niin, että mahdollisuus harjoittaa liiketoimintaa avautuu vain yhdelle suurelle palveluntarjoajalle siitäkkin huolimatta, että kyse on lähellä tuotettavista palveluista (Fredriksson, Junnila & Tynkkynen 2012). Pienillä hoivayrittäjillä on ollut vaikeuksia saada sopimuksia kuntien kanssa ja heidän mahdollisuuksistaan pärjätä kilpailussa suurten yritysten kanssa on kannettu huolta myös tutkijoiden keskuudessa (Karsio 2011; Rissanen, Hujala & Helisten 2010). Kuntien heikentyneen taloustilanteen vuoksi kunnat ovat osassa maata vähentäneet myös ostopalvelujaan tai ryhtyneet neuvottelemaan sopimushintojen laskemisesta (Kettunen 2010). Tämänkaltainen kehitys on omiaan tukemaan ennen kaikkea suurten yritysten toimintaa, sillä niillä on mahdollisuus painaa tarjoushintojaan alas toiminnan suuren volyymin ja pääomavarantojen turvin.

Kansainvälisten sijoitusyhtiöiden ja pienten hoivayritysten asema on kuitenkin erilainen riippuen siitä, mitä palveluita kulloinkin tarkastellaan. Kotipalveluissa pienten mikroyritysten määrä on suuri. Yli 94 prosenttia avopalveluiden yrityksistä työllisti alle kymmenen henkilöä vuonna 2010. Laitos- ja asumispalveluissa puolestaan suurilla yrityksillä on huomattavasti enemmän palvelutoimintaa. Laitos- ja asumispalveluiden yrityksistä alle kymmenen henkilöä työllistää noin 60 prosenttia alan yrityksistä. Yli 250 henkilöä työllistävää yritystä alalla oli 10 vuonna 2010 (Hartman 2012).

Asumis- ja laitospalvelut vaativat enemmän taloudellisia panostuksia toimintaan ja siksi suuremmilla yrityksillä on paremmat mahdollisuudet menestyä palvelumarkkinoilla. Kotipalveluita voi tarjota myös yksittäinen hoivayrittäjä, joka työllistää vain itsensä. Usein kotipalveluita tuottavat yritykset työllistävät muutaman työntekijän. (Hasanen 2013, 40–41.) Tämä ei ole mahdollista ympärivuorokautista hoivaa vaativassa tehostetussa palvelutaloasumisessa. Kotipalveluita myös ostetaan enemmän suoraan yksityisiltä markkinoilta esimerkiksi kotitalousvähennyksen turvin kuin asumis- tai laitospalveluita (Häk-

kinen Skans 2011). Toinen kotipalveluyrityksiä työllistävä palvelujen järjestämistapa on palvelusetelin lisääntynyt käyttö kotipalveluissa. Nämä yksityistä sektoria tukevat järjestelyt mahdollistavat osaltaan pienten yritysten kotipalveluiden tuottamisen.

Lopuksi

Olemme esitelleet luvussa vanhuspalveluihin liittyvää lainsäädäntöä, hoivapolitiikassa ja palvelurakenteessa tapahtuneita muutoksia sekä yksityisen, kolmannen ja julkisen sektorin välisissä suhteissa ja rooleissa tapahtuneita muutoksia. Katsauksen perusteella näyttää siltä, että vanhuspalvelut ovat muuttuneet kaikista käsittelemistämme näkökulmista tarkasteltuna. Erityisesti markkinoiden rooli ja toisaalta vanhusten ja heidän läheistensä vastuu hoivan tuottamisessa on kasvanut. Erityisen tärkeänä pidämme yksityisen sektorin roolin muutosta vanhuspalveluiden tuottamisessa. Yksityiset palveluntuottajat ovat kasvattaneet merkitystään 1980-luvun alusta alkaen ensin järjestöjen ja yhdistysten palvelutuotannon ja 1990-luvun laman jälkeen yritysten tuottamien palveluiden kasvaneen osuuden kautta. Tästäkin huolimatta on tärkeää huomata, että julkisen sektorin rooli on pysynyt koko ajan keskeisenä vanhuspalvelujen tuotannossa.

Muutokset lainsäädännössä sekä vanhuspalveluiden rakenteissa heijastuvat eri tavoin kuntiin, yrityksiin ja kolmannen sektorin toimijoihin. Kunnille yksityisten palveluntuottajien kasvanut rooli palveluiden tuottajina on tarkoittanut uusia tehtäviä. Näihin tehtäviin lukeutuvat muun muassa valvonta, palveluiden kilpailuttaminen ja tätä kautta myös palveluiden lisääntynyt tuotteistaminen ostettaviksi hyödykkeiksi. Erityisesti viimeksi mainitut tehtävät vaativat vielä harjoittelua etenkin pienemmissä kunnissa (esim. Junnila ym. 2012). Puutteellinen osaaminen kilpailutuksessa asettaakin kunnat palveluiden ostajina usein altavastaajan asemaan markkinoilla tällä hetkellä vahvasti kasvavien suurten kansainvälisten yritysten kanssa, sillä suurten yritysten liiketoimintaosaaminen on monesti ylivertaista verrattuna kuntiin.

Muutoksia on tapahtunut sekä yritysten ja kolmannen sektorin välisessä työnjaossa että yrityssektorin sisällä. Tällä hetkellä yritys-kentällä toimivat muutama kansainvälinen suuryritys ja toisaalta lukuisa joukko mikroyrityksiä (Hartman 2012; Lith 2013). Etenkin asumispalveluiden lisääntynyt hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta on lisännyt ennen kaikkea suurten yritysten mahdollisuuksia tuottaa palveluja samalla kun hoiva-alan pienyrittäjät ja järjestötoimijat ovat osin joutuneet hankaluuksiin toiminnan muuttuessa entistä säännellymmäksi ja kilpailua korostavaksi. Kuntien kilpailuttaessa palveluntuottajiaan käykin entistä useammin niin, että mahdollisuus harjoittaa liiketoimintaa avautuu vain yhdelle suurelle palveluntarjoajalle, sillä kilpailutettavien palvelukokonaisuuksien koko on kasvanut (Fredriksson ym. 2012). Pienillä hoivayrittäjillä ja kolmannen sektorin toimijoilla onkin ollut vaikeuksia saada sopimuksia kuntien kanssa ja heidän mahdollisuuksistaan pärjätä kilpailussa suurten yritysten kanssa on kannettu huolta myös tutkijoiden keskuudessa (Rissanen ym. 2010). Terveystieteiden kannalta vanhuspalveluissa havaittava yksityissektorin sisäinen muutos on kiinnostava. Jo tällä hetkellä terveydenhuollon alueella on nähtävissä suurten yritysten hegemoniaa ja fuusioitumista suhteessa pieniin lääkäripalveluyrityksiin.

Parhaassa tapauksessa yksityisen ja julkisen sektorin välisellä yhteistyöllä on mahdollista aikaan saada molempia osapuolia, ja mahdollisesti myös palvelunkäyttäjiä, hyödyttäviä etuja. Pahimmassa tapauksessa yritystoiminta keskittyy ja sosiaali- ja terveystieteiden ulkoistamista ohjataan lähinnä yritystoiminnan ehdoilla. Jos kunta jää riippuvaiseksi yhdestä palvelujen tuottajasta, saattaa seurauksena olla kustannusten hallitsematon kohoaminen ja toisaalta palveluiden laadun sekä vaikuttavuuden heikkeneminen. Onkin syytä huomata, että vaarana liian tiiviissä yhteistyössä yksityisen sektorin kanssa voi olla se, että kunnan vastuu palvelujen järjestäjänä hämärtyy. Edelleen, jos palveluiden tuottaminen siirretään liian suurelta osin yksityisten palveluntuottajien vastuulle, kunnan edellytykset tuottaa palveluja ja valvoa niiden laatua voivat heikentyä. Kun palveluiden ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille todennäköisesti lisääntyy myös

terveydenhuollon puolella, on samalla tärkeää säilyttää julkinen palvelutuotanto osana palveluntuottajien joukkoa.

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden käyttäjät năhdăn entistă heterogeenisempnă joulkonnă, jolloln erilaisten tarpeiden ja toiveiden tyydyttămiseen uskotaan tarvittavan entistă enemmăn uusia ratkaisuja myös liiketoiminnan puolelta (Valkila, Litja, Aalto & Saari 2010). Vanhojen ihmisten palvelut ovat myös tăssă mielessă hyvĂ esimerkki muun muassa viimeaikaisten lainsădăntouudistusten osalta. Myös kunnat tarjoavat kansalaisille entistă vahvempaa kuluttajan roolia sosiaali- ja terveystalvaeluiden alalla (Lehto ym. 2012; Tynkkynen ym. 2012b). Ennen kaikkea korostetaan sitĂ, ettĂ palveluidenkăyttäjät ovat oman tilanteensa parhaita asiantuntijoita, jolloln heillĂ tulisi olla mahdollisuus myös valita itse haluamansa palvelut (Valkila ym. 2010). Sosiaali- ja terveystalvaeluiden kăyttäjien kuluttajaroolia on myös kritisoitu (esim. Vabø 2006). Heikommassa asemassa ovat kansalaiset ja palvelujen kăyttäjät, kuten muistisairaat vanhukset eivăt aina ole kykeneviĂ tekemăn kuluttajalta odotettuja valintoja.

Vanhojen ihmisten palveluissa yhdistyvăt monet sosiaali- ja terveystalvaeluille yhteiset kehityspotut, jotka keskeisimmin liittyvăt palveluiden jărjestămiseen, tuottămiseen, rahoitukseen sekĂ palveluiden kăyttäjien asemaan jărjestelmăssĂ. Yhteenvetonă toteamme seuraavaa: vastuu palveluiden jărjestămisestä on edelleen julkisella sektorilla, mutta yksilön vastuuta korostetaan ja jatkuvasti lisătään. Perinteisesti julkinen sektori on ollut vastuussa myös sosiaali- ja terveystalvaeluiden tuottămisestä kansalaisilleen, mutta tietyissĂ palveluissa tĂmĂ perinne on jo muuttunut. Esimerkiksi vanhus- ten asumis- ja palveluiden tuotannossa yksityisen sektorin osuus on selvästi suurempi kuin julkisen sektorin. Verovaroin rahoitetut hyvinvointipalvelut kattavat edelleen suuren osan palveluista, mutta kansalaisten osuus asiakasmaksuista ja kokonaisista palvelukokonaisuuksista, kuten siivouspalveluista vanhus- ten palveluissa, kasvaa jatkuvasti.

6. TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN RAKENNE JA TYÖSSÄ JAKSAMINEN

Lauri Kokkinen ja Arttu Saarinen

Vielä vuonna 1750 Suomen ainoa akateemisesti koulutettu lääkäri oli Turun Akatemian lääketieteellisen tiedekunnan professori Johan Haartman. Vuoteen 1800 mennessä akateemisen koulutuksen Turussa tai ulkomailla saaneiden lääkäreiden määrä oli kasvanut kahteenkymmeneen, ja 1800-luvun alkupuolella heitä alkoi vuosittain valmistua 5–10 lisää (Pesonen 1980). Viranomaisten huolestuttua Suomen korkeasta lapsikuolleisuudesta perustettiin Turkuun vuonna 1816 Kättilöopisto, jossa alettiin kouluttaa kättilöitä avustamaan synnytyksissä. Sen sijaan sairaanhoitajien koulutus käynnistyi vasta 1800-luvun loppupuolella ja koulutuksesta vastasivat aluksi itsenäiset sairaalat sekä Suomen Punainen Risti (Tuulio 1966). Sairaanhoitajakoulutus oli kuitenkin eri puolilla maata hyvin kirjavaa, joka johti koulutuksen siirtämiseen valtiollisiin sairaanhoitajakouluihin vuonna 1929.

Vuoteen 1930 mennessä lääkäreiden määrä oli noussut tuhanteen (Lääkäriliitto 2008). Monissa kunnissa lääkäreitä oli kuitenkin edelleen kovin vähän. Niinpä vuonna 1943 voimaan tulleella lailla yleisestä sairaanhoidosta määrättiin, että jokaisessa Suomen kunnassa tuli olla joko kunnanlääkäri tai naapuruskuntien yhteinen aluelääkäri.

Kun vuoden 1943 keskussairaalalaki ja vuoden 1952 mielisairaalalaki siirsivät myös sairaalahoidon suurelta osin kuntien ylläpidet-

täväksi, nieli sairaalahoito 1900-luvun puolivälin jälkeen valtaosan terveydenhuollon julkisista voimavaroista. Lääkärityövoiman kohdistamista avoterveydenhuoltoon tuettiin vuonna 1963 voimaan tulleella sairausvakuutusjärjestelmällä ja vuonna 1972 säädetyllä kansanterveyslailla. Kansanterveyslain myötä syntyneisiin kunnallisiin avoterveydenhuollon organisaatioihin – terveyskeskuksiin – yhdistettiin myös laaja kirjo muiden ammattilaisten (mm. fysioterapeutti, laboratorio- ja röntgenhoitaja, psykologi, ja terveydenhoitaja) tarjoamia palveluja. Ongelmana oli kuitenkin edelleen työvoiman riittävyys, sillä Suomen lääkäritiheys oli vielä 1960- ja 1970-lukujen taitteessa Euroopan pienin heti Albanian ja Turkin jälkeen (Teperi & Vuorenkoski 2005). Lääkärikoulutusta lähdettiinkin laajentamaan kaksinkertaistamalla olemassa olevien lääketieteellisten tiedekuntien (Helsinki ja Turku) sisäänottomäärät, sekä perustamalla uudet lääketieteelliset tiedekunnat Ouluun, Kuopioon ja Tampereelle. Samalla isosta osasta lääkärikuntaa tuli selvästi julkisen sektorin virkamiehiä kun he kansanterveyslain myötä saivat palkkansa kokonaisuutena kunnalta (Saarinen 2010).

Sairausvakuutusjärjestelmän ja kunnallisen perusterveydenhuollon kehityksen ohella kolmas avoterveydenhuollon työntekijämäärää lisännyt tekijä oli 1970-luvulla voimakkaasti kehittymään lähtenyt työterveyshuolto. Työmarkkinajärjestöjen sopimus työpaikkaterveydenhuollon kehittämistä vuonna 1971 sekä 1980-luvulla laaditut työterveyshuoltolait aloittivat kehityksen, jonka myötä työterveyshuollon työntekijämäärä ja volyyymi yli kolminkertaistui 1970–80-lukujen aikana (Kela 2012).

1990-luvulle tultaessa terveydenhuollon laajentumisen aikakausi oli suurilta osin ohi, eikä uusia järjestelmiä enää kehitetty. Toisaalta samaan aikaan lääketiede tunkeutui yhä useammalle elämänalueelle ja myös terveydenhuollon työntekijämäärät jatkoivat kasvuaan. 1990-luvun aikana itse terveydenhuoltotyön sisällöt ja vaatimustasot muuttuivat, jonka myötä myös koulutusjärjestelmää muutettiin paremmin alan tarpeita vastaavaksi. Suurimmat muutokset liittyivät alan ammattikorkeakoulutuksen ja lähihoitajakoulutuksen aloittamiseen.

1990-luvulla uutta oli myös yksityisen sektorin kasvu ja pyrkimys julkisen terveydenhuollon tehostamiseen. Tehostamispyrkimyksen rinnalla alkoi 1990-luvun lopulta lähtien kuitenkin nousta toistuvasti esiin myös ajatus siitä, että terveydenhuoltoalan työntekijät ovat liian kuormittuneita.

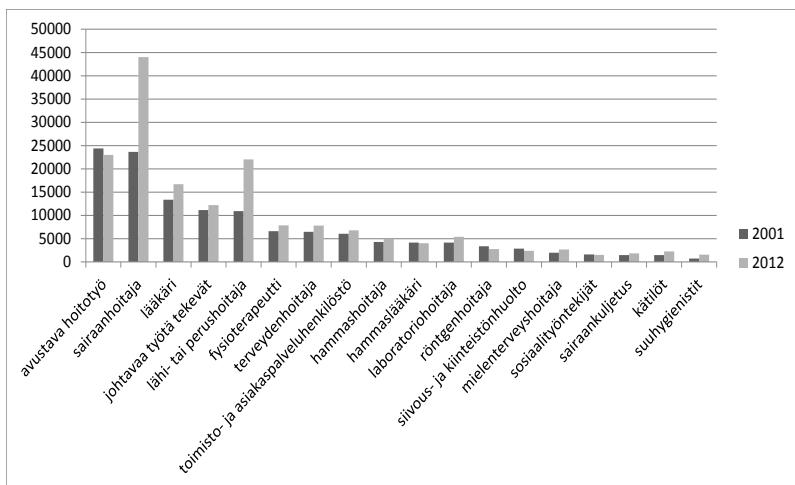
Edellä on käyty lyhyesti läpi Suomen terveydenhuollon historiaa työntekijämäärien kehityksen näkökulmasta. Tässä luvussa pureudumme jatkossa tarkemmin suomalaisen terveydenhuollon 2000-luvun muutoksiin terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta. Ensiksi luvussa eritellään terveydenhuoltohenkilöstön määrällisiä muutoksia ammattiryhmittäin, ikäryhmittäin, sukupuolittain, syntyperän ja kansalaisuuden mukaan, työnantajasektoreittain, toimintasektoreittain sekä maantieteellisen jakautumisen mukaan. Toiseksi luvussa tarkastellaan terveydenhuoltohenkilöstön työssä jaksamista eri toimintasektoreilla ja eri ammateissa.

Henkilöstörakenteen muutos

2000-luvun alun suomalaista terveydenhuoltohenkilöstöä voi luonnehtia ikääntyväksi naisvaltaiseksi joukoksi. Terveydenhuoltohenkilöstön ikääntyminen tarkoitti 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä sitä, että yli 50 vuoden iän ylittäneiden osuus terveydenhuollon työvoimasta kasvoi muiden ikäryhmien osuutta voimakkaammin. Vuosikymmenen alussa alle 30 prosenttia alalla työskentelevistä oli 50 vuotta täyttäneitä, kun vuosikymmenen lopussa heidän osuutensa toimialan työllisistä oli lähes 40 prosenttia (Tilastokeskus 2013a). Terveydenhuoltohenkilöstö on jo pitkään ollut erittäin naisvaltaista, eikä alan sukupuolijakaumassa ole tapahtunut suuria muutoksia 2000-luvulla. Miesten osuus kaikista alalla työskentelevistä oli sekä vuosikymmenen alussa että lopussa noin 14 prosenttia (Tilastokeskus 2013a). Lähes täysin naisten ammatteina säilyivät hammashoitajat ja -huoltajat, terveydenhoitajat, ylihoitajat sekä kättilöt. Miesten osuus

säilyi puolestaan suurimpana lääkintävahtimestari-sairaankuljettajissa, lääkäreissä, mielenterveyshoitajissa, kuntohoitajissa, psykoterapeuteissa ja johtavassa asemassa olevissa työntekijöissä. (Laine & Kokkinen 2013.)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna erityisen paljon 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana kasvoi työssäkäyvien sairaanhoitajien sekä lähi- ja perushoitajien määrä (kuvio 6.1). Suhteutettaessa tapahtuneet muutokset ammattiryhmien kokoon huomataan, että erityisen voimakkaasti kasvoi myös kätilöiden sekä suuhygienistien määrä. Suurin määrällinen vähennys puolestaan tapahtui avustavaa hoitotyötä tekevien osalta. Suhteessa ammattiryhmän kokoon vähennystä tapahtui reippaasti myös röntgenhoitajien sekä siivous- ja kiinteistöhuoltotyötä tekevien kohdalla. Lääkärimäärien kasvu ei näyttäydä kuviossa erityisen voimakkaana, koska lääkärikoulutuksen sisäänottomääriä lisättiin vasta vuoden 2001 jälkeen ja merkittävä osa suurten kurssien opiskelijoista ei näy vielä vuoden 2012 työssäkäyntitilastossa.

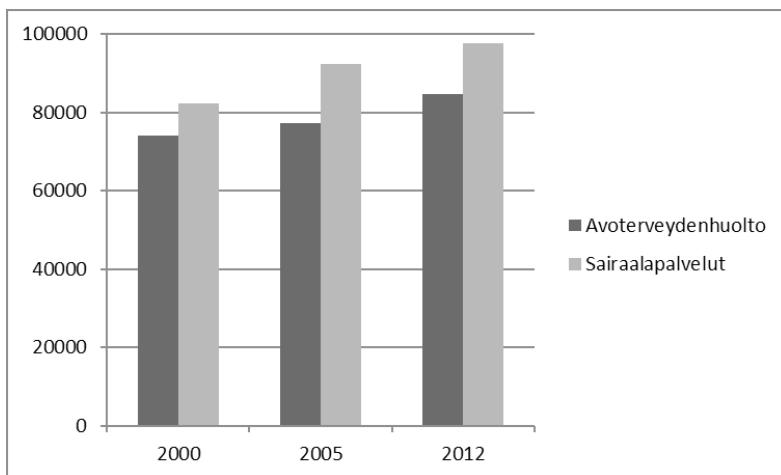


Kuvio 6.1. Työssäkäyvän terveydenhuoltohenkilöstön määrä ammattiryhmittäin vuosina 2001 ja 2012 (Tilastokeskus 2013a; Ailasmaa 2015)

Ammattiryhmien koon muutosten lisäksi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä tapahtui joitain muutoksia myös niiden keskinäisessä työnjaossa. Erityisesti lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisen keskinäisen työnjaon kehittäminen linjattiin valtakunnan tasolla terveydenhuollon kehittämiskohteeksi. Niin sanotut hoitajavastaanotot sekä hoitaja-lääkäriparien työskentely yleistyivät, ja esimerkiksi vuonna 2010 voimaan tulleen lain myötä sairaanhoitajat, optikot sekä suuhygienistit saivat rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden.

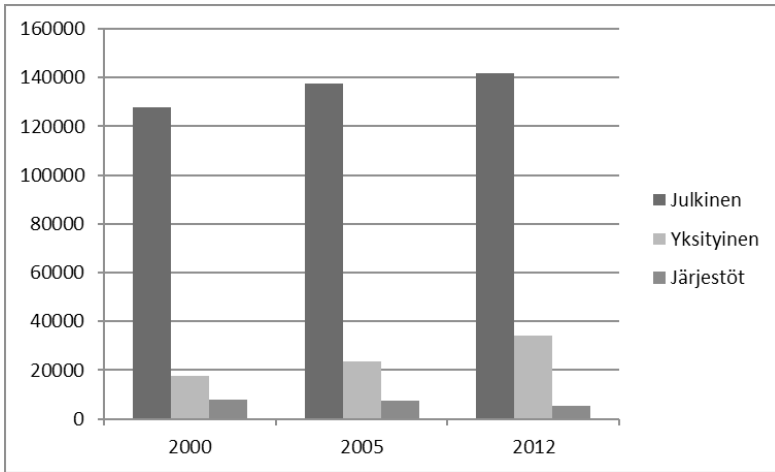
Etniseltä taustaltaan terveydenhuollon ydinammattiryhmät muuttuivat vuosikymmenen tarkastelujaksolla entistä monimuotoisemmiksi. Vuosien 2000 ja 2009 välisenä aikana ei-syntyperäisten suomalaisten tai jotakin ulkomaan kansalaisuutta edustavien työssä käyvien määrä yli kaksinkertaistui sekä lääkärin, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön että lähihoitajan ammateissa. Yhteensä ei-syntyperäisten suomalaisten tai ulkomaan kansalaisuutta edustavien työntekijöiden osuus näiden ydinammattiryhmien henkilöstömäärästä kasvoi noin 8 prosenttiin vuosikymmenen loppuun mennessä. (Tilastokeskus 2013b.)

Suomalaista terveydenhuoltoa on ainakin poliittisen retoriikan tasolla pyritty kehittämään entistä avoterveydenhuoltovaltaisemmaksi 2000-luvun aikana (ks. luku 2). Käytännössä kehitys näyttää kuitenkin kulkeneen päinvastaiseen suuntaan, mikäli tarkastellaan työntekijämäärien kehitystä. Henkilöstömäärän kasvu oli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana sairaalapalveluissa huomattavasti avoterveydenhuollon kasvua voimakkaampaa (kuvio 6.2). Sairaalapalveluiden henkilöstömäärä nousi vuosien 2000 ja 2012 välillä lähes viidenneksen.



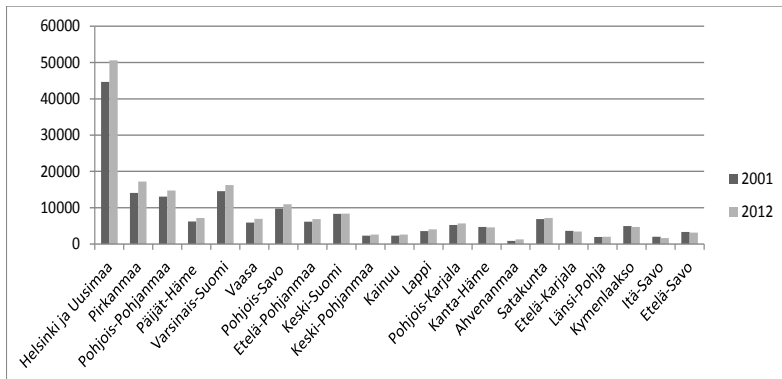
Kuvio 6.2. Terveystenhuollon työntekijämäärät avoterveydenhuollossa ja sairaalapalveluissa vuosina 2000, 2005 ja 2012 (Tilastokeskus 2013b; Ailasmaa 2015)

Terveystenhuoltohenkilöstön määrä kasvoi vuodesta 2000 vuoteen 2012 huomattavasti sekä julkisella että yksityisellä sektorilla (kuvio 6.3). Kasvu oli siis työntekijämäärällä mitattuna voimakkainta julkisella sektorilla, mutta suhteessa sektoreiden kokoon henkilöstömäärän kasvu oli voimakkainta yksityisissä yrityksissä. Ilmiön taustalla on kuntien ostopalveluiden lisääntyminen julkisesti järjestettäviin palveluihin. Lisäksi työnantajista erityisesti kunnat ovat enenevässä määrin siirtäneet työterveyshuoltoaan yksityisen sektorin hoidettavaksi. Myös kansalaisten oma yksityinen vakuuttaminen on lisääntynyt ja samalla yksityisten palveluiden käyttö.



Kuvio 6.3. Terveysthuollon työntekijämäärät työnantajasektoreittain vuosina 2000, 2005 ja 2012 (Tilastokeskus 2013b; Ailasmaa 2015)

2000-luvun aikana terveydenhuoltohenkilöstön kokonaismäärä (yksityinen ja julkinen palvelutuotanto) kasvoi lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä (kuviot 6.4). Kasvu oli eniten Uudellamaalla. Nollakasvun Itä-Savon ja Etelä-Savon ohella terveydenhuoltohenkilöstön määrä lisääntyi erityisen vähän sekä absoluuttisesti että sairaanhoitopiiriin kokoon suhteutettuna Kymenlaakson, Länsi-Pohjan, Etelä-Karjalan ja Satakunnan alueella. Terveysthuollon henkilöstömäärän kasvu ei siis jakautunut selvästi itä-länsi suunnassa, mutta kasvu suuntautui selvästi voimakkaimmin Etelä-Suomeen, kuten yleinen väestömäärän kasvukin.



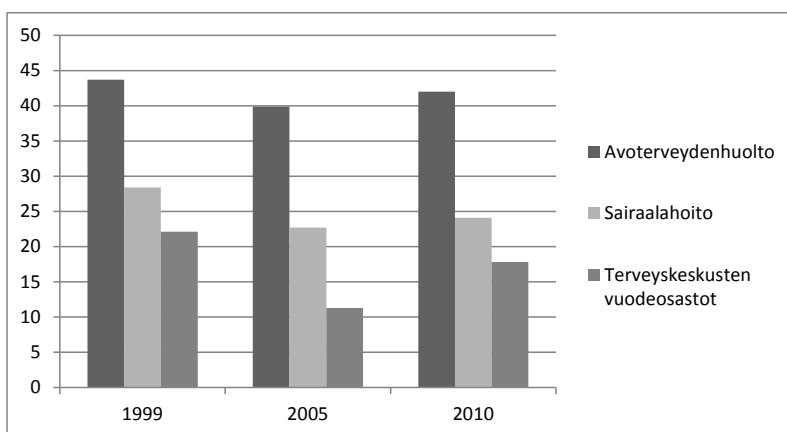
Kuvio 6.4. Terveydenhuollon työntekijämäärät sairaanhoitopiireittäin vuosina 2001 ja 2012 (Tilastokeskus 2013a; Ailasmaa 2015)

Muutokset henkilöstön työssä jaksamisessa

Työsuhteen muodolla saattaa tutkimusten mukaan olla yhteys työntekijöiden terveyteen ja työssä jaksamiseen (ks. esim. Bartley, Ferrie & Montgomery 2005). Terveyspalveluiden kysynnän jatkuvuudesta huolimatta työsuhteet ovat terveydenhuollossa perinteisesti olleet hie-man useammin määräaikaisia kuin työllisillä keskimäärin. Vakituisten työsuhteiden osuus kuitenkin lisääntyi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana ja määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevien osuus putosi reiluun viidennekseen (Tilastokeskus 2013b). Myös erilaisilla työaikamuodoilla on yhteys alalla työskentelevien työssä jaksamiseen ja erityisesti heidän mahdollisuuksiinsa työn ja yksityiselämän yhteensovittamisessa. Yhteensovittaminen koettiin terveydenhuoltohenkilöstön toimialakyselyssä sekä vuonna 1999 että vuonna 2010 vaikeimmaksi terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevien keskuudessa, jotka tekivät eniten kolmivuorotyötä (Työterveyslaitos 2013a).

Työntekijöiden omaa työtä koskevat vaikutusmahdollisuudet, kuten mahdollisuudet vaikuttaa työn määrään tai työtahtiin, eivät ole terveydenhuollossa erityisen hyvät muihin toimialoihin verrattuna

(Lehto & Sutela 2008). Erityisen huonoiksi vaikutusmahdollisuudet koetaan terveydenhuollossa lyhyemmän koulutuksen saaneiden ammattiryhmien joukossa, eikä asiassa ole tapahtunut merkittäviä muutoksia 2000-luvun aikana (Työterveyslaitos 2013a). Toimintasektoreista vaikutusmahdollisuudet koettiin sekä vuonna 1999 että vuonna 2010 selkeästi parhaimmiksi avoterveydenhuollossa ja heikoimmiksi terveyskeskusten vuodeosastoilla (kuvio 6.5). Vaikutusmahdollisuuksien koettiin kaikilla toimintasektoreilla parantuneen hieman vuosien 2005 ja 2010 välillä, mutta koko vuosikymmenen tarkastelujaksolla vaikutusmahdollisuuksien koettiin heikentyneen entisestään



Kuvio 6.5. Mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön, summamuuttuja. Alkuperäisissä viidessä osakysymyksessä tiedusteltiin mahdollisuuksia vaikuttaa työn määrään, tahtiin, jakamiseen, laatuun ja vaihtelevuuteen. Kuviossa on esitetty melko ja erittäin paljon vastanneiden osuudet (%) (Työterveyslaitos 2013a)

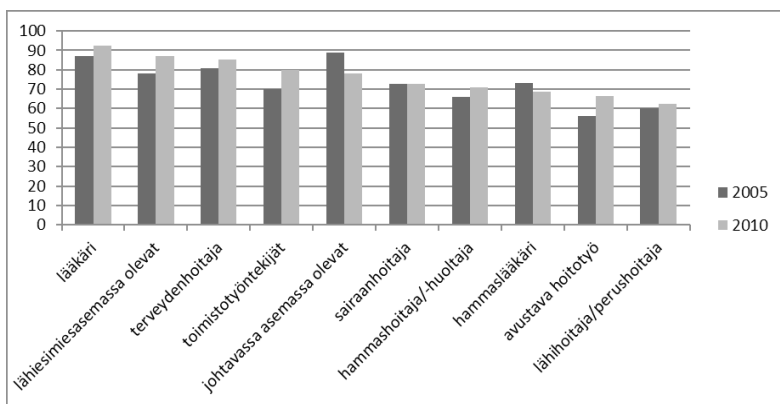
Aiempien tutkimusten mukaan terveydenhuoltotyön terveystekijät liittyvät pääosin ruumiillisiin ja etenkin henkisiin ylikuormitustekijöihin (Elovainio & Kivimäki 2005). Vuosien 1999, 2005 ja 2010 toimialakyselyssä terveyskeskusten vuodeosastojen työntekijät kokivat omat työolonsa sekä henkisesti että ruumiillisesti selvästi kuormitta-

vammiksi kuin avoterveydenhuollon ja sairaaloiden henkilöstö. Aivan erityisesti terveyskeskusten vuodeosastotyössä kuormitusta aiheutti koko tarkastelujakson ajan työn ruumiillinen raskaus. Vuosien 1999 ja 2010 välillä työn ruumiillinen raskaus kuormitti terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelevistä usein 58–66 prosenttia vastaajista, kun sairaaloissa näin koki koko tarkastelujakson ajan alle kolmannes vastaajista ja avoterveydenhuollossa alle viidennes vastaajista.

Sen sijaan asiakkaista ja potilaista tunnettu vastuu lisäsi työntekijöille aiheutunutta kuormitusta kaikilla toimintasektoreilla vuosien 1999 ja 2010 välisenä aikana, mutta eniten terveyskeskusten vuodeosastoilla. Väkivallan uhkan koettiin puolestaan samalla aikavälillä lisänneen kuormitusta radikaalisti terveyskeskusten vuodeosastoilla ja hieman myös sairaaloissa. Asiakkaiden suuren määrän aiheuttama kuormitus sekä kiireen kokemisen aiheuttama kuormitus lisääntyivät kaikilla toimialoilla vuodesta 1999 vuoteen 2005 ja vähenivät vuosien 2005 ja 2010 välillä. Terveyskeskusten vuodeosastoilla myös asiakkaiden suuri määrä ja kiire koettiin koko tarkastelujakson ajan muita toimintasektoreita enemmän kuormittavaksi. (Työterveyslaitos 2013a.)

Työn kuormittavuudesta kertoo se, että terveydenhuoltohenkilöstöllä on perinteisesti ollut enemmän sairauspoissaolopäiviä kuin työllisillä keskimäärin, ja niiden määrä lisääntyi hieman 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Sairausvakuutusjärjestelmästä korvattujen, eli vähintään yhdeksän päivää kestäneiden sairauspoissaolujen määrä kasvoi 6,5 päivästä 8,6 päivään työllistä kohden vuosien 2000–2011 välillä terveydenhuollon alalla. Suurin osa sairauspoissaolopäivistä aiheutui tuki- ja liikuntaelinsairauksista sekä mielenterveyden häiriöistä. (Työterveyslaitos 2013b.) Myös sairaalahoitojaksoja terveydenhuoltohenkilöstöllä on perinteisesti ollut enemmän kuin työllisillä keskimäärin ja ero muihin sektoreihin on pysynyt kutakuinkin ennallaan 1990-luvulta lähtien (Kokkinen, Kouvonen, Koskinen, Varje & Väänänen 2014). Korkea sairastavuus ei selity työtapaturmilla eikä ammattitaudeilla (vrt. Työterveyslaitos 2013b), vaan nimenomaan työn psyykkisellä ja fyysisellä kuormittavuudella.

Huolimatta runsaista sairaslomista ja suuresta sairaalahoitojaksojen määrästä terveydenhuollossa työskentelevät pitävät itse omaa terveyttään ja työkykyään keskimäärin suhteellisen hyvänä. Alalla työskentelevien koettu terveys ja työkyky heikkenivät vuosituhannen vaihteesta vuoteen 2005 saakka, mutta vuosien 2005 ja 2010 välillä arviot pysyivät samantasoisina, huolimatta vastaajien keski-ikänsä noususta. Vuonna 2010 alalla työskentelevät myös uskoivat terveytensä puolesta selviytyvänsä työssään eläkeikään saakka useammin kuin aiempina vuosina. Vahvimmin selviytymiseensä uskoivat avoterveydenhuollossa työskentelevät ja yleisimmin selviytymistä epäiltiin terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Työterveyslaitos 2013a.) Ammattiryhmistä selviytymiseensä uskoivat erityisesti lääkärit, lähiesimiehet ja terveydenhoitajat. Selviytymistä epäiltiin erityisesti perushoitotyötä tekevien työntekijöiden joukossa (kuvio 6.6). Viiden vuoden tarkastelujaksolla kaikkein eniten laskevaa työtä (keskijohto ja ylin johto) tekevien työntekijöiden usko omaan jaksamiseensa.



Kuvio 6.6. Arviot siitä, pystyykö terveytensä puolesta työskentelemään ammatissaan eläkeikään saakka, ammateittain vuosina 2005 ja 2010, kuviossa esitetty kyllä vastanneiden osuudet (%) (Työterveyslaitos 2013a)

Vaikka terveydenhuollon työtehtävistä useat ovat sekä henkisesti että ruumiillisesti kuormittavia, alan henkilöstön mukaan heidän työtehtäviinsä liittyy työssä jaksamista tukeviakin piirteitä. Erityisesti suorassa asiakas- tai potilaskontaktissa toimiville työntekijöille alan työt tarjoavat onnistumisen kokemuksia, iloa sekä mielihyvää (Työterveyslaitos 2013a). Vuonna 2012 kaikista terveydenhuollossa työskentelevistä useampi kuin joka toinen koki itsensä päivittäin innostuneeksi omasta työstään. Päivittäin työstään innostuvien osuus olikin terveydenhuollossa suurempi kuin millään muulla toimialalla. (Laine & Kokkinen 2013.)

Lopuksi

Terveydenhuoltohenkilöstön rakenteessa on 2000-luvulla nähtävissä kaksi keskeistä muutolinjaa. Ensiksi, henkilöstö on muuttunut entistä koulutetummaksi. Henkilöstön koulutusrakenne alkoi muuttua jo 1990-luvulla lähihoitajakoulutuksen aloittamisen myötä. Suurin muutos on kuitenkin tapahtunut 2000-luvulla: lähihoitajia, sairaanhoitajia ja lääkäreitä on koulutettu vuosittain yhä enemmän. Vähemmän koulutettua apuhenkilökuntaa on korvattu koulutetummalla hoitohenkilökunnalla. Koulutusmäärien muutokset eivät kuitenkaan näy vielä henkilöstön keski-ikäen alenemisena, koska 1940-luvun lopulla syntyneiden suurten ikäluokkien eläköityminen ajoittuu pääosin 2010-luvulle. Vuoteen 2020 mennessä noin neljäsosa alan nykyisestä henkilöstöstä saavuttaa 65 vuoden eläkeikärajan ja toimialan ikärakenne alkaa luultavasti nuorentua (Laine & Kokkinen 2013).

Toiseksi, yksityisellä sektorilla ja sairaaloissa työskentelevän henkilöstön osuus on lisääntynyt. Muutos yksityisellä sektorilla alkoi jo 1990-luvulla, mutta useat ilmiöt kuten vuokralääkäritoiminta alkoivat vasta 2000-luvulla. Vuokralääkäriyritykset ovat vakiintuneet huomattavaksi toimijaksi perusterveydenhuollossa erityisesti tietyissä yksittäisissä kunnissa. Vuokralääkäriyritysten markkinat ovat kasvaneet ennen kaikkea koetun lääkäripulan myötä. Lääkäreiden määrän

sijaan koettua lääkäripulaa on aiheuttanut etenkin lääkäri työvoiman epätasainen alueellinen ja eri terveydenhuollon sektoreiden välinen jakautuminen. Tarve lääkäreiden palveluille on lisääntynyt myös sitä kautta, että diagnoosi- ja hoitomenetelmien myötä potilaita voidaan hoitaa yhä enemmän ja pidemmälle.

Terveydenhuoltohenkilöstön sairastavuudessa on 2000-luvulla nähtävissä negatiivinen muutos. Terveydenhuoltohenkilöstöllä on perinteisestikin ollut enemmän sairauspoissaolopäiviä sekä sairaalahoitojaksoja kuin työllisillä keskimäärin, mutta vuosikymmenen tarkastelujaksolla sairauspoissaolojen määrä lisääntyi edelleen, eivätkä sairaalahoitot vähentyneet yhtä paljon kuin useilla muilla toimialoilla. Korkea sairastavuus selittyy kuitenkin osittain terveydenhuoltohenkilöstön keski-ikänsä nousulla, ja sairastavuudesta huolimatta entistä useampi alalla työskentelevä uskoi vuonna 2010 selviytyvänsä terveytensä puolesta työssään eläkeikään saakka. Yleisimmin selviytymistä epäiltiin fyysisesti raskaimmissa töissä terveystieteiden vuodeosastoilla ja erityisesti perushoitotyötä tekevien keskuudessa, eikä tilanteessa ole tapahtunut suurta muutosta 2000-luvulla.

Terveyden puolesta työssä jaksamisen lisäksi on syytä huomioida ongelmat alan houkuttelevuudessa, sillä melko suuri määrä terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita henkilöitä työskentelee pysyvästi muilla toimialoilla. Pelkästään terveydenhuollon ulkopuolella työskenteleviä hoitajia arvioidaan olevan noin 30 000. Ilmiössä on ainakin osittain kyse palkkauksesta, sillä hoitoalan työt ovat keskimäärin heikommin palkattuja muihin vastaavan koulutustason vaativiin töihin verrattuna (Tilastokeskus 2013c). Palkkauksen ohella terveydenhuoltoalalla on viime vuosina käyty runsaasti keskustelua joustavammista työn tekemisen järjestelyistä ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä alan houkuttavuuden lisäämiseksi. Alalla tehtävän asiakas- ja potilastyön luonne sekä terveydenhuolto-organisaatioiden hallinnollinen jäykkyys ovat kuitenkin säilyttäneet tiukat raamit työn tekemiselle. Näin ollen työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet eivät ole oleellisesti parantuneet 2000-luvulla erityisesti hoitajien keskuudessa.

Leimallista 2000-luvun suomalaiselle terveydenhuollolle ovat olleet paineet yksikköjen suurentamiselle (Niemelä & Saarinen 2012). Erityisesti kunta- ja palvelurakennemuutos ja sittemmin kuntamuutos ovat merkinneet paitsi kuntien yhdistymisiä ja sitä kautta organisatorisia muutoksia, myös epätietoisuutta siitä, miten ja missä työtä tehdään lähitulevaisuudessa. Eikä kyse ole vain julkisesta terveydenhuollosta. Vuonna 2010 kaksi kolmasosaa myös yksityisen ja kolmannen sektorin terveydenhuoltohenkilöstöstä tunnisti omalla työpaikallaan tapahtuneen organisatorisia muutoksia viimeisen kahden vuoden aikana. Organisaatiomuutosten tahti on siis 2000-luvulla kiihtynyt koko toimialalla ja sillä saattaa olla vaikutuksia henkilöstön työssä jaksamiseen. (Kokkinen & Konu 2012.)

Erityisen haitallisia alalla työskentelevien jaksamiselle ovat muutokset joihin liittyy henkilöstöleikkauksia, koska hoidettavien asiakkaiden/potilaiden määrä ei terveydenhuollossa aina pienene henkilöstösupistuksista huolimatta. Näin ollen alalla työskentelevät saattavat päätyä venymään äärimmilleen halutessaan pitää tarjoamansa palvelut riittävinä niukkkenevilla resursseilla. Esimerkiksi Suomen 1990-luvun laman aikana työpaikoille jäävän kunnallisen henkilöstön riski sydänperäiseen kuolemaan nousi jopa viisinkertaiseksi siellä, missä leikkaukset olivat kaikkein rajuimpia (Vahtera, Kivimäki & Pentti 1997). Organisaatoriset muutokset, kuten kunta- ja palvelurakennemuutos, saattavat siis lyhyellä aikavälillä ja etenkin huonosti toteutettuina kuormittaa merkittävästikin työntekijöitä. Pidemmällä aikavälillä tämän kaltaisten uudistusten myötä saatetaan toisaalta aikaansaada huomattaviakin positiivisia vaikutuksia, esimerkiksi kuntien yhteen liittämisen vapauttaessa päällekkäiseen hallinnolliseen työhön kuuluvia resursseja asiakastyölle.

7. SOSIOEKONOMISET EROT TERVEYDESSÄ JA TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖSSÄ

Tuulia Rotko ja Kristiina Manderbacka

Eriarvoistuminen elämän eri osa-alueilla on yksi kansanterveytemme vakavimmista ongelmista. On lähes mahdotonta ylläpitää kohtuullista terveydentilaa tai kohentaa sitä ellei ihmisillä ole asuntoa, riittävää taloudellista toimeentuloa ja mahdollisuuksia työhön tai muuhun mielekkääseen toimintaan. Mahdollisuudet terveelliseen elinympäristöön ja elämäntapoihin vaihtelevat väestöryhmien välillä. Hyvinvoinnin vajeet, kuten huono terveys, kasautuvat entistä selkeämmin tiettyihin ryhmiin ja eri väestöryhmien välinen polarisaatio syvenee (Ståhl, Koivisto, Hannikainen-Ingman & Melkas 2008).

Mitä sosioekonomiset terveyserot ovat?

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä systemaattisia eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomista asemaa määrittävät koulutus, ammattiin perustuva sosiaaliluokka, työmarkkina-asema sekä tulot ja varallisuus. Nämä tekijät liittyvät vahvasti toisiinsa, mutta kullakin on myös oma itsenäinen kytkeänsä terveyteen. Sosioekonomiset terveyserot ovat myös osin limittäisiä muiden väestöryhmittäisten

terveyserojen kanssa, joista tärkeimpiä ovat sukupuolten, siviilisäätysten, alueiden ja etnisten ryhmien väliset erot (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012). Terveyden eriarvoisuudella viitataan sellaiseen terveyden vaihteluun, jota voidaan pitää epäoikeudenmukaisena. Kyse on terveyseroista, joihin yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat selvästi ja joiden syntyä ei voida pitää pelkästään ihmisten vapaan valinnan tai väistämättömien biologisten lainalaisuuksien tuloksina.

Terveys on yksi hyvinvoinnin keskeisimmistä ulottuvuuksista ja osatekijöistä. Muita hyvinvoinnin osatekijöitä ovat koulutus, työllisyys, asumisolot, asuinympäristö, perhesuhteet, sosiaaliset suhteet sekä taloudelliset ja poliittiset voimavarat. Vajeet näissä hyvinvoinnin osatekijöissä voivat kasautua tiettyihin väestöryhmiin. Huono-osaisuuden kasautuminen johtaa puolestaan väestöryhmien välisten erojen syvenemiseen. Väestötutkimukset osoittavat varsin johdonmukaisesti, että terveydentila paranee asteittain sosiaalisen aseman parantuessa (Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo, Keskimäki, Sihto, Talala, Hyvönen & Linnanmäki 2007, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Tätä ilmiötä kutsutaan terveyden sosiaalisiksi gradientiksi.

Sosioekonomiset terveyserot ja niihin vaikuttavat tekijät

Suomalaisten keskimääräinen terveydentila on viime vuosikymmeninä monessa suhteessa kohentunut, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat pääosin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet (Koskinen ym. 2012; Palosuo ym. 2007). Erityisesti tuloryhmien välinen elinajanodotteen ero on kasvanut nopeasti. Elinajanodotteen ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä oli vuonna 2007 miehillä 12,5 vuotta ja naisilla 6,8 vuotta (Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen & Valkonen 2012). Alimmassa tuloviidenneksessä elinajanodote on pysynyt 1990-luvun alun jälkeisellä tasolla samaan aikaan kun muissa tuloryhmissä elinajanodote on kasvanut melko tasaisesti 1980-luvun lopulta lähtien. Terveiden elinvuosien ero on vieläkin suurempi. Myös

sairastavuudessa on todettu selviä sosioekonomisia eroja. Pitkäaikaissairastavuus on alimmissa koulutus- ja sosiaaliryhmissä noin 50 prosenttia yleisempää kuin ylimmissä ryhmissä. Sosioekonomiset erot toimintakyvyssä ja työkyvyssä sekä itse arvioidussa eli koetussa terveydessä ovat niin ikään suuria. Vakavat mielenterveyden häiriöt ovat muita yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Yksi tärkeä terveydentilaan vaikuttava tekijä on elintavat; alkoholin käyttö, tupakointi, ruokatottumukset ja liikunta ovat tutkitusti yhteydessä terveyteen. Näissä elintavoissa on selviä sosioekonomisen aseman mukaisia eroja, erityisesti työikäisessä väestössä (Prättälä 2007). Erot näkyvät kuitenkin jo nuorissa ikäryhmissä, mikä osaltaan ennakoii terveyserojen kärjistymistä tulevaisuudessa. Alkoholin riskikäyttö ja tupakointi aiheuttavat arviolta jopa puolet työikäisten miesten sosioekonomisista kuolleisuuseroista. Alkoholin kulutus on kaikkiaan lisääntynyt merkittävästi, ja alkoholia käytetään verrattain runsaasti kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Suurkulutus ja humalajuominen ovat kuitenkin yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä, mikä seurauksena alkoholin terveyshaittoja on monin verroin enemmän alimmissa kuin ylimmissä sosioekonomisissa ryhmissä (Helakorpi, Mäkelä, Helasoja, Karvonen, Sulander & Uutela 2007).

Työikäisten tupakoinnin sosioekonomiset erot ovat kasvaneet viime vuosina. Lasten kannalta on huomionarvoista, että vähemmän koulua käyneet tulevat äidit ja isät tupakoivat odotusaikana muita enemmän. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten tupakointi ja humalajuominen on paljon yleisempää kuin samanikäisten lukiolaisten. Myös ruokatottumusten ja liikunnan harrastamisen erot sekä eniten kuolemia aiheuttavien kansantautien riskitekijöiden, kuten korkean verenpaineen, kolesterolitason ja ylipainon, sosioekonomiset erot ovat säilyneet suurina (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012; Koskinen, Martelin, Sainio, Heliövaara, Reunanen & Lahelma 2007).

On runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että työttömät voivat huominkin ja ovat sairaampia kuin työlliset. Työttömyyden on osoitettu vaikuttavan haitallisesti sekä terveyteen että hyvinvointiin. Toisaalta myös huono terveys ja varsinkin mielenterveysongelmat ovat yhtey-

dessä korkeampaan työttömyysriskiin ja pidempään työttömyyden keston. Terveemmät siis työllistyvät nopeammin ja heikomman terveyden omaavat joutuvat todennäköisemmin työttömiksi. Työttömyydestä ja sen myötä heikkenevästä terveydestä ja työkyvystä näyttäisi helposti tulevan itseään vahvistava kierre. Monet tekijät ja yksilölliset ominaisuudet, kuten vahva sosiaalinen tuki, hyvä itsetunto ja hyvät selviytymiskeinot, voivat lieventää työttömyyden terveysvaikutuksia. Toisaalta toistuvat työttömyysjaksot, pitkäaikainen työttömyys, korkea ikä, häpeä, taloudelliset vaikeudet, alkoholin käyttö ja mielenterveysongelmat voivat puolestaan pahentaa työttömyyden terveysvaikutuksia. (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008.)

Terveiden sosiaaliset määrittäjät ja terveyserojen syyt

Väestöryhmien välisten terveyserojen taustalla on aineellisten, sosiaalisten, tiedollisten ja kulttuuristen voimavarojen epätasainen jakautuminen yhteiskunnassa. Terveyserojen syyt kytkeytyvät siten yhteiskunnan rakenteisiin – esimerkiksi tulonjakoon ja koulutusjärjestelmään – sekä työ- ja asumisoloihin. Terveydelle haitalliset työ- ja asumisolot sekä elintavat ovat välittäviä lenkkejä ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen. Lisäksi perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat terveyskäyttäytymistä eri tavoin eri väestöryhmissä.

Terveiden sosiaalisiin determinantteihin eli määrittäjiin kuuluvat eritasoiset terveyteen vaikuttavat tekijät ja osa-alueet lähtien yksilön psykofyysistä olemusta koskevista tekijöistä moniaineksisempiin sosiaalisiin vuorovaikutustekijöihin ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin asti. Laajimmillaan terveyden sosiaalisilla määrittäjillä tarkoitetaan niitä sosiaalisia ja taloudellisia oloja, jotka olennaisella tavalla muovaavat yksilöiden ja ryhmien terveyttä (Marmot & Wilkinson 2006). Elämäntyyli ja niihin liittyvät käyttäytymismuodot terveyttä kuluttavine ja edistävine elintapoineen ovat kytköksissä sosiaalisiin ja kulttuurisiin

Terveyspalvelujen käyttöerot

Terveyspalveluiden osalta terveystalouden peruserätyksenä on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Sairausten hoidon lisäksi terveystaloudet voivat myös vähentää terveyseroja yhtäältä kohdistamalla ennalta ehkäisevää työtä riskiryhmiin ja toisaalta puuttamalla jo syntyneisiin riskitekijöihin tai terveyseroihin. Terveystalouden mahdollisuuksiin vaikuttaa terveyden on arvioitu kasvaneen varhaisen diagnostiikan ja hoitoteknologioiden kehittymisen myötä (Nolte & McKee 2004).

Huolimatta yhdenvertaisuuden tavoitteista nykyisessä suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on joitakin epätasa-arvostavia piirteitä. Palveluja tuottaa kolme erillisjärjestelmää (kunnalliset terveyskeskukset, työterveyshuolto ja yksityiset palvelut), joiden saatavuus ja käyttäjämaksut vaihtelevat, ja joiden käyttäjäkunta rajautuu käytön ehtojen perusteella (ks. luvut 1 ja 2). Ensinnäkin yksityisiä palveluja on tarjolla erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa mutta asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus rajaa palvelujen käyttöä. Työterveyshuolto taas rajaa pois työvoiman ulkopuolella tai työttömänä olevat. Työterveyshuollon kattavuus oli vuonna 2009 jo 86 % kaikilla työssä olevilla ja 93 % palkansaajilla. Vaikka lailla säädetään pääosin preventiivisistä työsuojeluun ja työn terveysriskien vähentämiseen tähtäävistä palveluista, oli vuonna 2009 sairaanhoito järjestetty osana työterveyshuoltoa 93 %:lla niistä, joille työterveyshuolto oli järjestetty. (Perkiö-Mäkelä, Hirvonen, Elo, Kandolin, Kauppinen, Kauppinen, Ketola, Leino, Manninen, Miittinen, Reijula, Salminen, Toivanen, Tuomivaara, Vartiala, Venäläinen & Viluksela 2010.) Terveystalouden tarjoama avoterveydenhuolto onkin ainoa koko väestölle avoin avopalveluja tarjoava kanava.

Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa on raportoitu huono-osaisuuden eri ulottuvuuksien, kuten taloudellisen, sosiaalisen ja koulutuksellisen huono-osaisuuden sekä työelämästä syrjäytymisen välisistä

yhteyksistä (esim. Karvonen ja Kauppinen 2009). Joissakin tutkimuksissa on saatu myös viitteitä siitä, että tällaisten huono-osaisuuden riskiä lisäävien tekijöiden kasautuminen johtaisi myös syrjäytymiseen terveyspalveluista. Tuloköyhyyden, työttömyyden ja yksin asumisen onkin todettu vähentävän toisistaan riippumatta joihinkin kirurgisiin toimenpiteisiin pääsyä erityisesti miehillä (Manderbacka, Affman, Leyland, McCallum & Keskimäki 2009).

Kyse ei kuitenkaan ole pelkästään pienestä huono-osaisten joukosta, vaan terveyspalvelujen käyttöeroissa on toistuvasti todettu koko sosiaalisen hierarkian lävistävä portaittainen gradientti. Terveysthuollon avopalvelujen käytön sosioekonomiset erot näyttävät pysyneen varsin vakaina 1980-luvun lopun jälkeen. Kun palvelujen tarve otetaan huomioon, on avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytössä todettu tuloryhmittäisiä eroja, jotka ovat vähentyneet vain vähän kuluneen 25 vuoden aikana. Vuoden 2009 tilannetta vertailevan OECD:n laskelman mukaan suurituloisemmat käyttivät avohoidon lääkäripalveluja eniten suhteessa tarpeeseen Suomessa, Virossa ja USA:ssa. (OECD 2012.) Kokonaiskäytön erot näyttävät johtuvan erityisesti työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käytöstä. Suurituloiset käyttävät tarve huomioon ottaen työterveyshuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen & Nguyen 2010).

Vaikka sairaalapalvelut tuotetaan pääosin julkisella sektorilla, erot avohoidon lääkäripalvelujen käytössä heijastuvat lähetekäytäntöjen kautta myös sairaalahoitoon. Somaattisessa yleissairalahoitossa sairaaloiden poliklinikkapalvelujen on todettu jakautuneen tuloryhmittäin kutakuinkin neutraalisti (Häkkinen & Nguyen 2010) ja vuodeosastohoidon samalla tavalla kuin sairastavuuden eli alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat vuodeosastohoidossa ylempiä enemmän (Keskimäki 2003; Manderbacka, Affman, Salmela, Räsänen & Keskimäki 2013). Sairaalapalvelujen käyttö on jatkuvasti vähentynyt, mutta sosioekonomiset erot ovat säilyneet. Hoidon sisällössä on kuitenkin havaittu eroja. Ylemmillä ryhmillä on raportoitu enemmän kirurgisia hoitojaksoja, jotka eivät näytä selittyvän tarve-eroilla. Samansuuntaisia eroja on ha-

vaittu myös yksittäisten sairauksien kuten sepelvaltimotaudin hoidossa (Hetemaa, Manderbacka, Reunanen, Koskinen & Keskimäki 2006) ja joissakin yleisissä kirurgisissa toimenpiteissä. Myönteistä kehitystä on raportoitu tapahtuneen ainakin joidenkin kirurgisten toimenpiteiden kohdalla (Manderbacka ym. 2009; 2013). Sairaalapalvelujen osalta ei ole arvioitu, ovatko sairaalapalvelujen käyttöerot muuttuneet samassa suhteessa terveyserojen muutoksen kanssa.

Väestöryhmien välisiä eroja ja niiden kehitystä voidaan myös tarkastella arvioiden hoidon laatua ja vaikuttavuutta – yhtenä mittarina on käytetty terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta eli kuolemia, jotka voitaisiin välttää, jos oikea-aikaisia ja tehokkaita terveyspalveluja olisi saatavissa (Nolte & McKee 2004). Vaikka vältettävissä oleva kuolleisuus on vähentynyt Suomessa kuten muissakin länsimaissa jatkuvasti, suhteellisten erojen on kuitenkin todettu kasvaneen tuloryhmittäin (Lumme, Sund, Leyland & Keskimäki 2012). Myös itse arvioidun tyydyttymättömän terveyspalvelujen tarpeen on todettu keskittyvän alempiin tuloryhmiin, vaikka tarve-erot otetaan huomioon (Allin & Masseria 2009).

Hammashoidon käynneissä on havaittu myönteistä kehitystä 2000-luvulla. Terveys 2011-tutkimuksessa on raportoitu, että noin 80 % aikuisväestöstä oli käynyt hammashoidossa edeltäneiden kahden vuoden aikana. Myönteisen kehityksen takana on arvioitu olevan hampaattoman väestön vähenemisen, sekä toteutetut lainsäädännölliset uudistukset (Suominen, Vehkalahti & Nguyen 2012). Palvelujen käytön jakautumassa on kuitenkin tapahtunut varsin pieniä muutoksia 1980-luvun lopusta nykypäivään, eikä käyttö näytä edelleenkaan jakautuvan tasaisesti kun hammashoidon tarve otetaan huomioon. Palvelujen käytössä on myös suuria eroja eri sektoreiden välillä. Lien Nguyen (2011) on tarkastellut hammaslääkärikäyntien jakautumista ottaen huomioon kaikki palvelut sekä jakaen käytön yksityisiin ja julkisiin palveluihin vuodesta 1987 vuoteen 2009. Hammaslääkärikäyntejä oli koko seurantajakson ajan suurituloisilla pienituloisia enemmän kun tarve otetaan huomioon. Terveyskeskushammaslääkäripalveluja käyttivät pienituloiset ja yksityislääkäripalveluja suurituloiset. Vuoden

2002 hammashoitouudistus, jossa julkisesti rahoitettu hammashoito laajennettiin kattamaan koko väestö, näyttää lisänneen terveyskeskuslääkärillä käyntejä vain hieman eikä käyntien määrä tarve huomioon ottaen ole muuttunut juurikaan tasa-arvoisemmaksi. Yksityislääkärikäyntien osuus käynneistä vielä vuonna 2009 oli 52 prosenttia, kun osuus ennen uudistusta (2000/2001) oli 58 prosenttia.

Terveyspalvelujen käyttöeroihin vaikuttavat sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan vaikuttavat tekijät. Kysyntään liittyviä tekijöitä ovat ainakin erot terveyden lukutaidossa, hoitopreferenssit ja -vaatimukset, kyky navigoida järjestelmässä, ikä sekä aiemmat kokemukset palveluista. Asiakas ei ehkä näihin liittyvistä syistä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Tarjontaan liittyvät tekijät taas kytkeytyvät potilaalle aiheutuneisiin kustannuksiin ja palvelujen saatavuuteen kolmikanavaisessa järjestelmässä.

Miksi terveyseroja on tarpeen kaventaa?

Sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat suurta määrää ennenaikaisia kuolemia, sairastumisia ja toimintakyvyn menetyksiä eli inhimillistä kärsimystä. Terveyserojen kaventamiselle voidaan esittää useita muitakin perusteluja, jotka koskevat erojen eettistä hyväksyttävyyttä ja sosiaalista merkitystä sekä kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia (taulukko 7.1).

Taulukko 7.1. Perustelut ja tarkentavat selitteet sille, miksi terveyseroja tulisi kaventaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b)

PERUSTELU	SELITE
Kansalaisten ja väestöryhmien tassa-arvoon tähtäävässä hyvinvointiyhteiskunnassa ehkäistävissä olevia terveyseroja ei voida pitää oikeudenmukaisina.	Ihmisarvoiseen elämään kuuluu avun saaminen silloin kun sitä tarvitsee, huolimatta siitä, mihin väestöryhmään kuuluu.
Huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä.	Terveyserojen vähentäminen siten, että heikompiosaisten terveys kohenee, voi lisätä yhteiskunnan sosiaalista kiinteyttä.
Kansanterveys kohenee tehokkaimmin, kun onnistutaan parantamaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasautuvat.	Suurin osa suomalaisten kansanterveysongelmista sijoittuu vähän koulutusta saaneisiin ryhmiin.
Terveyserojen kaventuminen auttaa turvaamaan riittävät palvelut.	On arvioitu, että väestön ikääntyessä avun ja hoivan tarve kasvaa vuodesta 2015 40 prosenttia vuoteen 2030 mennessä. Palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää, jos erityisesti vähän koulutettujen iäkkäiden ihmisten toimintakykyä saadaan parannettua.
Terveyseroja vähentämällä voidaan hillitä kustannuksia.	Se, että suuri osa väestöstä jää kauas periaatteessa mahdollisesta terveyden tasosta, aiheuttaa huomattavia kustannuksia sekä tulojen menetyksiä niin valtiontaloudelle kuin kuntataloudellekin samoin kuin kotitalouksille.
Terveyseroja vähentämällä voidaan luoda edellytyksiä työllisyysasteen nostamiselle.	Työvoiman riittävyyden ja eläkkeelle jäämisiään nostamisen kannalta on tarpeellista panostaa erityisesti työntekijäammateissa toimivien ja perusteen koulutuksen saaneiden työkyvyn ja työssä pysymisen edistämiseen.

Universaalit palvelut, jotka ovat kaikille tarjolla ja joista kaikki hyötyvät, muodostavat välttämättömän perustan terveyserojen kaventamistyössä. Ne eivät kuitenkaan ratkaise kaikkia heikommassa asemassa olevien ongelmia. Siksi universaaleja palveluja on täydennettävä tarjoamalla haavoittuvassa asemassa oleville kohdennettuja toimenpiteitä.

Politiikan vaikuttamiskeinot

Terveyspolitiikan tavoitteena on pitää huolta väestön hyvinvoinnista edistämällä terveyttä ja sen edellytyksiä sekä torjumalla sairauksia ja hoitamalla niitä. Terveyspolitiikan suunnittelun ja toteuttamisen ehtona on riittävä tietopohja siitä, mitkä tekijät määrittävät terveydentilaa ja sairauksia sekä miten näihin taustatekijöihin voidaan vaikuttaa yhteiskunta- ja terveyspolitiikan keinoin (Palosuo & Lahelma 2013).

Koska sosiaaliryhmien väliset terveyserot ovat seurausta ihmisten toiminnasta ja yhteiskunnallisista päätöksistä, niitä voidaan myös vähentää yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä ja toimilla. Yhteiskuntapolitiikan keinoin voidaan vaikuttaa ensinnäkin sosioekonomisiin resursseihin, kuten koulutukseen, taloudelliseen toimeentuloon ja työllisyyteen. Nämä tekijät määrittävät ihmisten asemaa sosiaalisissa hierarkioissa. Toiseksi voidaan kohentaa heikommassa asemassa olevien työ-, asumis- ja elinoloja ja elintapoja. Kolmanneksi voidaan suunnata toimia haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden tukemiseen, pehmentää riskien vaikutuksia ja estää sairastumista. Neljänneksi korjataan jo tapahtuneita vaurioita ja esterään huonon terveyden vaikutuksia ihmisten toimeentuloon ja elinoloihin. (Diderichsen, Evans & Whitehead 2001.)

Valtio ja kunnat vaikuttavat kansalaisten terveyden edellytyksiin kaikkien hallintosektoriensa kautta. Myös yksityisten yritysten ja erilaisten etujärjestöjen toiminnalla on merkittävä vaikutus terveyteen ja terveyden edellytyksiin. Eri hallinnonalojen ja toimijoiden paikalliset ratkaisut, jotka vaikuttavat arkielämään kodeissa, päiväkodeissa, oppilaitoksissa, työpaikoilla, palveluissa ja liikenteessä, voivat joko edistää tai vahingoittaa terveyttä. Vaikutukset voivat myös olla erilaisia eri väestöryhmille. Terveyserojen kaventamisen politiikkaympäristössä on lisäksi otettava huomioon, että terveyteen vaikuttavia poliittisia ja taloudellisia päätöksiä tehdään kansallisen, alueellisen ja kuntatason lisäksi enenevästi myös EU-tasolla ja globaalisti.

Terveys kaikissa politiikoissa (*Health in All Policies, HiAP*) on strateginen lähestymistapa, jonka tavoitteena on saada politiikan eri alueet tukemaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin kohentamista.

WHO on pitkään kehittänyt terveystavoitteista yhteiskuntapolitiikkaa ja poikkihallinnollista terveyden edistämistä. Näkemys horisontaalisesta ja laaja-alaisesta terveystavoitteesta on vahvistunut EU:ssa ja Terveys kaikissa politiikoissa -periaate on sisällytetty EU:n terveystavoitteeseen. Terveys kaikissa politiikoissa -lähestymistavalla on suuri potentiaali myös terveyserojen kaventamiselle. Kaikessa päätöksenteossa, niin kansallisella kuin kunta- ja aluetasolla, tulisi kiinnittää päätösten yleisten terveysvaikutusten lisäksi huomiota siihen, millaisia vaikutuksia päätöksillä on eri sosioekonomisiin ryhmiin (ml. säädösvaikutusten arviointi) (ks. myös Rotko, Mustonen & Kauppinen 2013). Tapani Melkaksen (2013) mukaan poikkihallinnollinen terveystavoitteita Suomessa on kehitetty yksittäisten ongelmien käsittelystä laajojen ohjelmien kautta järjestelmälliseksi, lainsäädännön ja pysyvien rakenteiden tuella tapahtuvaksi toiminnaksi viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Eri sosiaaliryhmiä koskevia suuria talouspoliittisia päätöksiä on tehty kuitenkin ilman terveysvaikutusten arviointia tai arvioinnista välittämättä (Melkas 2013; Alastalo 2013). Terveyssektorin on tarpeen tukea asiantuntemuksellaan muita hallinnonaloja toimintojen suuntaamisessa terveyttä edistäviksi ja terveyseroja kaventaviksi.

Terveyseroja voidaan pyrkiä vähentämään vain rajallisesti suoraan terveyteen kohdistuvilla toimilla. Tätä voidaan kuitenkin tehdä terveydenhuollon ”omalla tontilla” huolehtimalla siitä, että palvelujärjestelmään pääsy ja sairauksien hoito toteutuvat tarpeenmukaisesti eikä valikointia tapahdu sosiaalisen aseman mukaan kuten nyt näyttää käyvän. Sairauksien ehkäisy ja terveydensuojelu ovat myös alueita, joilla terveyteen vaikutetaan paljolti suoraan. Valtaosa terveyseroihin kohdistuvaa toimintaa on epäsuoraa. Tätä on likimain kaikki sosiaalisten määrittäjien kautta vaikuttaminen ja ”terveys kaikissa politiikoissa” -strategian mukainen työ. Tärkeä alue on terveyden edistäminen, jota voi pitää kansanterveyden eräänä keskeisenä strategisena lähtökohtana. Terveyden edistäminen terveyttä tukevien olosuhteiden ja edellytysten luomisen mielessä on pääosin tätä epäsuoraa sosiaalisten determinanttien kautta vaikuttamista. Suomalaisessa terveystavoitteiden kontekstissa olisi jäsennettävä, mitä terveysgradienttiin vaikuttaminen

varsinaisesti tarkoittaa käytännöllisenä toimintana. (Sihto & Palosuo 2013.) Olisi myös käytävä käsiksi niin sanotun terveyskuilun kaventamiseen, eli olisi tarkistettava, miksi ja miten terveyden kannalta tärkeät hyvinvointivaltion turvamekanismit pettävät osalla väestöä (esim. Kinnunen 2009).

Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) määriteltiin ensi kertaa käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Erillinen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi toteuttamaan osaltaan terveystaloutta pitkällä aikavälillä linjaavan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä. Toimintaohjelman tavoitteena oli sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveyseroja pyrittiin vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyisi paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien terveyden tasoa. Toimintaohjelmassa terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyrittiin vaikuttamalla yhteiskuntapolitiittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen, tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä sekä parantamalla sosiaali- ja terveystaloutta tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä.

Terveyseroja ei onnistuttu kuitenkaan kaventamaan kansallisen toimintaohjelman toimenpiteillä. Monien toimenpiteiden vaikutukset saattavat tosin näkyä vasta viiveellä. Valitut toimenpiteet eivät olleet välttämättä eriarvoisuuden kaventamisen näkökulmasta riittävän kattavia, oikein kohdennettuja ja riittävän laajasti terveyserojen syytekijöihin vaikuttavia (Rotko, Kauppinen, Mustonen & Linnanmäki 2012).

Palosuon ja kumppaneiden (2013) mukaan toimenpidetasolle vietyinä terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman muotoilu ja toteutus tuntuu supistuneen pääosin melko kapealaisiksi monien toimijoiden toimiksi ja hankkeiksi. Strategisesti tärkeitä sosiaalisia

määrittäjiä koskevia alueita jätettiin ohjelman ulkopuolelle tai ne olivat vaikeasti hahmotettavissa hankkeiden, toimenpiteiden ja muiden seurattavien ohjelmien joukosta. Terveyserojen kaventamisen toimitaohjelman ilmeisenä vaikeutena oli yritys vastata suuriin strategisiin ongelmiin yksittäisillä, osin suppeilla, lyhytkestoisilla ja paikallisilla hankkeilla, joista lisäksi suuri osa oli muiden ohjelmien alaisia ja joihin kaventamisohjelmalla ei ollut ohjaus- eikä yhteistyösuhdetta.

Pohdinta

Sosioekonomisen aseman vaikutus terveyteen ja terveyspalvelujen käyttöön on ollut tiedossa jo pitkään. Sosioekonomisten terveyserojen sekä palvelujen käytön erojen kaventaminen on ollut terveyspolitiikan tavoitteena jo usean vuosikymmenen ajan, mutta tässä ei ole onnistuttu. Viime vuosina kuntien palvelurakenne on monimuotoistunut ja sirpaloitunut erilaisten yhteistoiminnan muotojen ja palvelujen järjestämistapojen yleistyessä kunnissa (Kokko ym. 2009; luku 2). Vaikka perusterveydenhuollon ongelmiin on kiinnitetty huomiota, ja sekä kotimaiset (esim. Pekurinen ym. 2011) että kansainväliset arvioijat (esim. OECD 2012) ovat toistuvasti esittäneet rahoituskanavien yhdistämistä yhdeksi julkiseksi malliksi, eivät rahoituskysymykset ole nousseet kehittämiskohteeksi ennen kuin aivan viime aikoina (ks. luku 3). Tietoja monikanavaisen palvelujärjestelmän vaikutuksista palvelujen käyttöön ei juuri ole, mutta rahoitusjärjestelmällä näyttäisi olevan vaikutuksia väestöryhmien välisiin eroihin palvelujen käytössä (Pekurinen ym. 2011). Päätöksentekijöiden valmiudet selvittää monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoja ja niiden vaikutuksia ovat kuitenkin viime vuosina lisääntyneet.

Eriarvoisuuden vähentäminen on edelleen yleisesti hyväksytty yhteiskunnallinen tavoite ja se on tärkeää koko yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta. Esimerkiksi vuosina 2011–2014 toimineen pääministeri Kataisen hallituksen hallitusohjelmaan (Valtioneuvosto 2011) oli kirjattu seuraavasti: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

sekä eriarvoisuuden vähentäminen otetaan huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja sisällytetään kaikkien hallinnonalojen ja ministeriöiden toimintaan. Jatkossa terveyserojen kaventaminen vaatii entistä laaja-alaisempaa sitoutumista ja kaventamistoimintaan osallistumista yhteiskunnan eri toimijoilta, toimien kohdentamista terveyserojen taustalla oleviin syytekijöihin sekä parempaa käsitystä vaikuttavista keinoista. Vähintäänkin lakiehdotuksia valmisteltaessa terveyteen ja hyvinvointiin sekä eri väestöryhmiin kohdistuvat vaikutukset olisi tarpeen arvioida ja ottaa huomioon kaikilla hallinnonaloilla. Tällä varmistettaisiin, ettei yhtä aikaa kaventamispyrkimysten kanssa tehdä toisaalla päätöksiä, jotka lisäävät eriarvoisuutta.

Sekä yhteiskuntapoliittisesti että kansanterveyden näkökulmasta on erittäin tärkeää pyrkiä vaikuttamaan lapsiperheiden köyhyyteen ja samalla pyrkiä ehkäisemään kaikkinaisen, myös terveyteen liittyvän, huono-osaisuuden ylisukupolvistumista. Työelämään osallistuvuuden lisääminen on niin ikään tärkeä taloudellinen ja inhimillinen tavoite yhteiskunnassa. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärän nousu kohottaa huoltoastetta ja uhkaa syrjäyttää ihmisiä pysyvästi työmarkkinoilta (Ståhl ym. 2008).

Terveyserot ja niiden vähentäminen ovat osoittautuneet monin verroin vaikeammaksi terveys- ja yhteiskuntapolitiikan ongelmaksi kuin pari kolme vuosikymmentä sitten ajateltiin. Haasteellisuus aiheutuu muun muassa siitä, että lähes kaikki yhteiskunnalliset ilmiöt vaikuttavat jollain tavoin terveyteen. Samaan aikaan kansainvälisessä toimintaympäristössä on tapahtunut suuria muutoksia, jotka heijastuvat monin tavoin kansallisiin elinoloihin ja kansallisen politiikan toimintamahdollisuuksiin, toisin sanoen tekijöihin, jotka määrittävät ihmisten terveyttä ja hyvinvointia eri väestöryhmissä. Palosuon ja kumppaneiden (2013) mukaan terveyden arvosta vallitsee kyllä laaja yksimielisyys, mutta terveyden ja terveyserojen määrittäjistä ja terveyseroihin kohdistuvista politiikan toimista ei kuitenkaan olla samaa mieltä. Terveyden sosiaalsiin määrittäjiin liittyy usein ristiriitaisia arvoja ja intressejä. Nämä selittänevät osaltaan sitä, miksi terveyseroihin vaikuttaminen on hidasta ja vaikeaa.

III

IHMINEN MUUTTUVASSA
TERVEYDENHUOLLOSSA

8. POTILAASTA AKTIIVISEKSI JA AUTONOMISEKSI KULUTTAJAKSI?

Laura Kallioma-Puha

Sosiaali- ja terveyspolitiikassa potilaista puhutaan yhä enemmän aktiivisina, itsemääräävinä, osallistuvina ja valitsevina kansalaisina aiempien huollettavien, holhottavien, avustettavien, laitosasukkien tai hallintoalamaisten sijaan. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa strategiassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 viitataan potilaan valinnan mahdollisuuksiin ja luvataan, että terveyspalvelujen käyttäjät saavat olla mukana kehittämässä palveluja. Palvelujen käyttäjille halutaan myös tarjota ajantasaista ja puolueetonta tietoa hoitovaihtoehtoista ja niiden tarjoajista, jotta ihmisten kyky kantaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan kasvaisi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011a, 11).

Aktiivisen kansalaisen tunnusmerkkeinä voidaankin pitää juuri vastuullisuutta (vastuukansalainen), mahdollisuutta valita palveluitaan (kuluttajakansalainen) ja mahdollisuutta vaikuttaa sekä järjestelmien kehittämiseen että itseä koskeviin päätöksiin (itsemääräävä kansalainen) (Johansson & Hvinden 2007). Vaikutusmahdollisuudet voivat olla suoria, jolloin ihminen on mukana päättämässä mitä palveluja tarjotaan ja miten resursseja käytetään. Suurin osa osallistumisista on kuitenkin välillistä, kuten esimerkiksi tiedonkeruu käyttäjiltä. Terveydenhuollon hallinto ja hoitohenkilökunta tekevät varsinaiset

päätökset ja voivat päättää mitä osia kerätystä informaatiosta käytetään tai otetaan huomioon. (Tritter 2009, 212–213.)

Osallistumista voi jaotella myös osallistujien määrän mukaan. Yksilöllinen suora osallistuminen voisi olla tietyn hoitotoimenpiteen valitsemista tai tietystä hoidosta kieltäytymistä. Yhteisön suoraa osallistumista voisi puolestaan olla esimerkiksi rintasyöpäpotilaiden vertaisryhmän osallistuminen uuden rintasyöpäklinikan suunnitteluun paikallisessa sairaalassa. Kummassakin tapauksessa osallistuminen sisältäisi valtaa osallistua päätöksentekoon. Esimerkki yksilöllisestä epäsuorasta osallistumisesta ovat valituksen tekeminen tai myönteisen palautteen antaminen hoitokokemuksesta. Yhteisön epäsuoraa osallistumista voisi olla potilasjärjestön raportti, jossa suositellaan hoidon kehittämistä. (Tritter 2009, 213.) Kai Eriksson puhuu yhteisötason osallisuudesta osallistuvana politiikkana, joka edistää yleishyödyllistä aktiivista toimijuutta. Sen sijaan yksilölliseen vastuuseen, omatoimiseen kuluttajuuteen ja valintaan perustuvaa politiikkaa voitaisiin nimittää itsepalvelupolitiikaksi. (Eriksson 2009, 191.) Millaisena potilaan osallistuminen näyttäytyy terveydenhuollon lainsäädännössä?

Oikeudellisen sääntelyn yhtenä tehtävänä on toteuttaa poliittisissa päätöksenteossa asetettuja tavoitteita ja ohjelmia (Tuori & Kotkas 2008, 7). Potilaan hoitosuhde on melko lailla juridisoitunut erityisesti 1980–1990 lukujen taitteesta alkaen kun laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, myöhemmin potilaslaki) ja potilasvahinkolaki (585/1986) säädettiin. Perinteisesti potilaaseen on lainsäädännössä suhtauduttu lähinnä suojelevasti ja haluttu varmistaa potilaan itsemääräämisoikeus potilaan alisteisesta asemasta huolimatta. Uudet normit ja myös normien tulkinta kertovat kuitenkin enenevästi aktiivisuuden vaatimuksesta potilaille. Enää ei riitä, että potilaalta kysytään suostumus, vaan potilaan oletetaan osallistuvan aktiivisemmin hoitoonsa ja tekevän valintoja.

Terveydenhuollon lainsäädäntö tarjoaa esimerkkejä niin suorasta kuin välillisestä yksilötason ja yhteisötason osallistumisesta; osallistuvasta politiikasta ja itsepalvelupolitiikasta. Potilas voidaan määritellä terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai niiden kohteena

olevaksi henkilöksi (Lohiniva-Kerkelä 2004, 26). Tämä 1990-luvulla säädettyyn potilaslakiin perustuva kuva potilaasta on vielä melkoisen passiivinen. Uudemmat tavat kuvata potilasta muistuttavat ennemminkin kuvaa aktiivisesta kansalaisesta, kuluttajasta, joka hankkii palveluita itselleen. Kuluttaja päättää itse mitä hankkii ja kuluttajan päätökseen voi vaikuttaa mainoksilla tai muulla markkinoilla. Tässä luvussa kuvataan, mitä terveydenhuollon lainsäädäntö sanoo potilaan vastuusta, valinnanmahdollisuuksista ja vaikuttamisesta. Onko potilaan osallistuminen suoraa vai välillistä? Miten yhteisöllinen osallistuminen on turvattu? Miten potilas saa vaikuttaa hoitopäätöksiin? Voiko potilas valita? Onko potilaasta tullut aktiivinen asiakas vai peräti kuluttaja?

Potilas vaikuttaa järjestelmään

Lainsäädännössä yhteisötason vaikuttaminen on turvattu jo perustuslaissa. Oikeus osallistua perustuu perustuslain 14.3 §:ään, jonka mukaan ”julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon”. Osallistuminen voidaan ymmärtää normiksi, joka vaikuttaa kunnan ja valtion päättäessä terveydenhuollon toimintapolitiikastaan (Tuori & Kotkas 2008, 171–173, 176).

Terveydenhuoltolaissa ryhmätason osallistuminen on kirjoitettu 34 §:ään, jonka mukaan kuntien on laadittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Suunnitelma hyväksytään sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Tässä osallisuutta rakennetaan pohjoismaille tyypillisesti kunnallisdemokratian kautta (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009 15; Tritter 2009). Lainvalmisteluasiakirjoissa ei pohdita kuntalaisten tai potilaiden suurempaa kuulemistä tai osallistumista päätöksentekoon tai suunnitteluun. Vaikka ajatus siitä, että potilaat kannattaa ottaa mukaan myös järjestelmien suunnitteluun, on voittanut alaa, arjessa tämä ei taida kaikissa kunnissa näkyä. Esimerkiksi kunnat eivät ostopalveluita suunnitellessaan kysy palvelujen käyttäjien mielipidettä – ainakaan vanhuspalveluissa (Karvonen-Kälkäjä 2012).

Potilas päättää

Potilaslaki – maailman ensimmäinen laatuaan – kirjasi sinänsä tutut lääkintäeettiset normit lain muotoon. Vaikka laki ei tuonut mitään täysin uutta, sitä on pidetty tärkeänä periaatteiden siirtämiseksi käytäntöön. Vielä 1950-luvulla potilaalla ei katsottu olevan oikeuksia osallistua hoitoonsa. Ajateltiin, että pelkästään se, että ihminen oli laitoksessa, oikeutti päättämään tämän puolesta. 1950-luvulla sääde-tyissä laeissa esimerkiksi kastroimisesta ei pidetty tarpeellisena kysyä potilaan kantaa. Keskustelu potilaan näkökulmasta alkoi 1960- ja 1970-luvuilla. Vuonna 1970 potilaan itsemääräämisoikeus kirjattiin ensimmäisen kerran lainsäädäntöön lakeihin raskauden keskeyttä- misestä ja steriloinnista. Tätä nykyä potilaan itsemääräämisoikeutta vastustavia kannanottoja tuskin kuulee. (Lötjönen 2004, 1398–1399.)

Yksilön suora oikeus osallistua terveydenhuoltoon perustuu po-tilaslakiin kirjattuun potilaan itsemääräämisoikeuteen. Kärjistäen potilas ei kuitenkaan voi päättää kuin hoidosta kieltäytymisestä. Kun päätöksiä tehdään terveydenhuollossa yksilötasolla, pääsääntö on selvä: hoidosta päättää lääkäri. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) todetaan selkeästi, että laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liitty- västä hoidosta (22 §, ks. myös Terveydenhoitolaki 57 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilö puuttuu ammattia harjoit- taessaan oleellisella tavalla ihmisen koskemattomuuteen. Tätä on mahdollista käyttää myös väärin. Tästä syystä lainsäädännössä on erityisesti korostettu potilaan koskemattomuutta ja itsemääräämis- oikeutta. Oikeus päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteensa puuttumisesta on suojattu perustuslaissa (7 §). Myös kansainvälisillä sopimuksilla on tietoisesti pyritty vahvistamaan potilaan asemaa. Erityisesti Euroopan neuvoston biolääketiedesopimus on edistänyt vaatimusta potilaan tahdon kunnioittamisesta hänen hoidostaan päätettäessä. Mahdollisuus antaa tai evätä potilalta hoito on vallan- käyttöä, jonka vastapariksi on säädetty velvollisuus kysyä potilaan suostumusta ja ehdotettu yhteistyötä: potilaslain mukaan potilasta

on hoidettava ”yhteisymmärryksessä hänen kanssaan” (6 §). Potilaan kanssa on siis keskusteltava ennen kuin hänen hoidostaan päätetään. Mitä vakavammasta potilaan koskemattomuuteen puuttumisesta on kysymys, sitä tärkeämpänä potilaan tahdon sisällöstä varmistumista pidetään.

Toisaalta jo potilaan hakeutuminen hoitoon on merkki hoitohalukkuudesta eikä potilaslain 6 §:n katsota edellyttävän nimenomaista suostumusta silloin kun on kysymys vähäisistä hoitotoimenpiteistä. Laki ei anna selkeää vastausta siihen, mitä sitten on pidettävä vähäisenä tai vakavana puuttumisena potilaan koskemattomuuteen. Lakia perustelevassa hallituksen esityksessä annetaan kuitenkin ohjeeksi varmistua potilaan tahdosta erityisesti silloin, kun hoitoon liittyy vaaratekijöitä tai valittavana on eri hoitovaihtoehtoja. (HE 185/1991.) Sen sijaan lain ei ole katsottu edellyttävän kirjallista suostumusta. Kirjallinen suostumus voi olla syytä pyytää lähinnä silloin, kun on aihetta epäillä jälkikäteen syntyvän erimielisyyttä ja näyttövaikeuksia suostumuksen olemassaolosta (HE 185/1991). Potilaan tahdosta poikkeaminen edellyttää aina perusteltua syytä (Lahti 2002, 31). Myös potilaslain 4a §:ssä (857/2004) säännellyssä omahoitosuunnitelmassa on kysymys itsemääräämisoikeudesta. Tarvittaessa laadittava, potilaan tutkimisesta, hoidosta tai lääkinnällisestä kuntoutuksesta tehtävä suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Kuten mainittu, potilas voi päättää yksin vain kieltäytymisestään. Kieltäytyminen on mahdollista missä tahansa vaiheessa – hoitoa suunniteltaessa tai hoidon jo alettua. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (Potilaslaki 6 §). Tavoitteena on, ettei hoitosuhde katkeaisi ja lääkäri ja potilas voisivat yhdessä löytää vaihtoehdoisen hoitotavan. Itsemääräämisoikeus antaa potilaalle oikeuden valita oma hoitonsa silloinkin, kun se ei lääkärin mielestä ole lääketieteellisesti paras hoitotapa. Potilaalla on siis oikeus tehdä ulkopuolisen mielestä tyhmiäkin päätöksiä. Oikeus päättää (kieltäytyä) omasta hoidostaan pätee myös ehkäisevään terveydenhuoltoon, kuten neuvolapalvelui-

hin, rokotuksiin, terveystarkastuksiin tai hammashuollon ehkäiseviin toimenpiteisiin. Niistä kieltäytyminen ei pääsääntöisesti aiheuta sanktiota. (Pajukoski 2009, 99.)¹

Kieltäytyminenään ei ole ehdoton. Jos ihminen on vaarallinen itselleen tai muille, tahdonvastainen hoito on mahdollista. Tahdonvastaiset toimet ovat jyrkkä puuttuminen ihmisen perusoikeuksiin. Tahdonvastaisista toimista onkin aina säädettävä riittävän yksiselitteisesti ja yksityiskohtaisesti laissa eikä mikään alemman tasoiset ohjeistukset, kuten vaikkapa sairaalan sisäiset ohjeet, ole riittäviä. Pakkokeinojen on oltava lyhytkestoisia ja tarkasti rajattuja ja uudet kaudet on hyväksyttävä hallinto-oikeuksissa. Niin sanottuja pakkohoitosääntöjä mielenterveyslaissa 1116/1990, kehitysvammalaissa 519/1977, päihdehuoltolaissa 41/1986, lastensuojelulaissa 417/2007 ja tartuntatautilaissa 583/1986² pidetään yleisesti riittävinä, mutta muita itsemääräämisoikeuden rajoittamisen tilanteita ei ole säännelty riittävällä tavalla. Esimerkiksi sääntöjä laitos- tai sairaalahoitossa joskus tarpeellisista ja toisilla osastoilla melko tavallisista potilaan sitomisista – fyysisistä tai kemiallisista liikkumisen rajoittamisista – ei ole. Sosiaali- ja terveysministeriössä onkin parhaillaan pohdittavana uusi itsemääräämisoikeutta koskeva laki, jossa tämä tilanne pyritään korjaamaan.³

Asiat mutkistuvat, kun potilas ei enää kykene kertomaan tahdostaan esimerkiksi dementian, mielenterveyden ongelmien, vamman tai

1. Tosin kun äitiysavustuksen saamisen edellytyksenä on, että odottava äiti on käynyt terveystarkastuksessa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä (äitiysavustuslaki 477/1993), ilman äitiysavustusta jääminen voi toimia sanktiona tai ainakin äitiysavustus toimii kannustimena käyttää neuvolapalveluja.
2. Esimerkiksi mielenterveyslain 8 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon vain 1) jos hänen todetaan olevan mielisairas ja 2) hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveytensä tai turvallisuutensa tai muiden henkilöiden turvallisuuden tai terveyden ja 3) muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä. Kaikkien näiden kolmen ehdon on toteuduttava yhtä aikaa. Potilasta on kuultava ennen päätöstä ja päätös on määräjain alistettava hallinto-oikeudelle.
3. Ks. lähemmin työryhmästä ja lain aikataulusta <<http://www.stm.fi/vireilla/tyoryhmat/itsemaaramisoikeus>> ja nykytilan ongelmista pakkoa ja rajoitteita määrittävän sääntelyn puutteista (Laki ja asiakkaan oikeudet 2011, 28–31).

päihdeongelman vuoksi. Silloin ihmisen tahdon välittää ja suostumuksen antaa potilaan laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen. Tavoitteena on pyrkiä selvittämään, mitä potilas päättäisi jos pystyisi terveenä tekemään ja ilmoittamaan päätöksensä (HE 185/1991, 17). Potilaslain mukaan läheisten ja laillisten edustajien tulee omaa suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto. Ellei potilaan tahtoa tiedetä, tämän edustajaa ohjeistetaan toimimaan potilaan henkilökohtaisen edun – ei oman mielipiteensä – mukaisesti. Viime kädessä hoidosta päättää lääkäri – jos edustajien mielipiteet eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena (6.3 §). Itsemääräämisoikeutta pyritään siis suojaamaan viimeiseen asti. Potilaan puolesta päättävien on siis yritettävä ajatella valintojaan potilaan kannalta: mitä tämä olisi tahtonut, mikä ratkaisu edistäisi parhaiten potilaan tavoitteiden toteutumista. Ei aina kovin helppo tehtävä.

Lähiomaisena pidetään aviopuolisoa, lapsia, vanhempia ja sisaruksia, muuna läheisenä esimerkiksi avopuolisoa tai muuta potilaan kanssa pysyvästi asuvaa henkilöä (HE 185/1991, 17; ks. myös Tuori & Kotkas 2008, 429–430). Jos omaisia ei ole, saatetaan tarvita ns. laillista edustajaa, jolla tarkoitetaan edunvalvojaa tai potilaan valtuuttamaa henkilöä. Jos potilas ei ole valtuuttanut ketään toimimaan puolestaan, antaa holhoustoimilaki (442/1999 HolhTL) mahdollisuuden hakea edunvalvojaa toimimaan potilaan tukena tai tämän puolesta. Tavallisesti edunvalvojaa haetaan hoitamaan taloudellisia asioita. Jos potilaalla jo on edunvalvoja – kuten vaikkapa muistisairaalla voi hyvin olla – tämä on päämiehensä yleisedustajana toimivaltainen ilman eri määräystä antamaan potilaslain mainitseman hoitosuostumuksen potilaan puolesta.

Edunvalvojaa voidaan hakea myös ainoastaan terveydenhuoltoa varten (HolhTL 1.2 § ja 29.2 §). Esimerkiksi omaisten riittäisyys saattaa olla hyvä peruste edunvalvojan hakemiselle, jotta potilaan kannalta tärkeät asiat saadaan hoidettua. Toisin kuin taloudellisissa asioissa, ihmisen päätösvaltaa henkilöään koskevissa asioissa ei voida kuitenkaan holhoustoimilain perusteella rajoittaa. Tahdonilmaisu ja

itsemääräämisoikeus omasta kehosta on korostetusti henkilökohtainen oikeus. Tämä tarkoittaa, että potilaalta ei voida koskaan ottaa pysyvästi pois oikeutta osallistua hoidosta päättämiseen. Potilaan tahto on merkityksellinen, vaikka hänellä olisikin edunvalvoja apunaan, jos hän vain on siinä kunnossa, että hänen tahtonsa voidaan selvittää.

Nykyään oikeus päättää hoidosta tai kieltäytyä siitä koskee myös alaikäistä silloin, kun tämä ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan. Muussa tapauksessa hoidosta päätetään yhdessä huoltajien kanssa. (Potilaslaki 7 §.) Alaikäisen kyky itse päättää hoidostaan on lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön arvioitava. Usein 12-vuotias katsotaan niin kypsäksi, että hänen mielipiteensä on otettava vakavasti. Iän lisäksi kypsyyden arviointiin vaikuttaa kuitenkin sairauden laatu, tilanteen vakavuus, riskit ja ennuste – mitä monimutkaisempi tilanne on, sitä kypsempi pitää lapsenkin olla. Päätöskyvyn arvioinnissa on syytä ottaa huomioon myös kyky ymmärtää hoidon ja siitä kieltäytymisen vaikutukset omaan terveyteen, aiempi kokemus lapsen itsemääräämiskyvystä tai esimerkiksi mahdollinen lääkkeiden tai huumeiden vaikutukset päätöksentekokykyyn (HE 185/1991). Alaikäinenkin saa tehdä terveydenhuollon ammattilaisen mielestä tyhmiä päätöksiä: alaikäinen voi olla kypsä käyttämään itsemääräämisoikeuttaan, vaikkei olisikaan samaa mieltä hoitavan henkilön kanssa.

Alaikäisen huoltajalla, aikuisen vajaan omaisella tai muulla laillisella edustajalla ei ole oikeutta kieltää potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa (potilaslaki 6 ja 9 §). Oikeusohjetta on koeteltu korkeimmassa hallinto-oikeudessa. Jehovan todistaja vanhemmat halusivat kieltää verituuotteiden antamisen imusolmukeesyöpää sairastavalle lapselleen. Vanhemmat esittivät, että lasta olisi tullut hoitaa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Kun sellaista ei ollut, lapsi otettiin lopulta huostaan oikeuden päätöksellä. Lapsen uusi holhooja antoi sitten luvan hoitoon. (KHO 530/2000; ks. myös Tuori & Kotkas 2008, 425–429.)

Lupaa huoltajilta, omaisilta tai edustajilta ei tarvitse kysyä kii-reellisissä tapauksissa, joissa hoidon lykkääminen suostumuksen saa-

miseksi voisi vaarantaa potilaan hengen tai terveyden. Kiireellinen hoito muodostaa poikkeuksen myös potilaalta itseltään kysymiseen. (Potilaslaki 8 §.) Potilaan tahto saattaa tosin selvitä myös tällaisessa tilanteessa hoitotahdosta.

Hoitotahdolla⁴ ihminen voikin ennakolta kertoa tahtonsa ja päättää hoidostaan sellaista tilannetta silmällä pitäen, jossa hän ei enää kykene vakavan sairauden, onnettomuuden tai muun sellaisen syyn vuoksi ilmaisemaan omaa hoitoaan koskevaa tahtoaan hoitavalle lääkärille. Hoitotahdon juridinen velvoittavuus perustuu potilaslain 6 §:ään potilaan itsemääräämisoikeudesta ja 8 §:n toteamukseen kiireellisestä hoidosta: ”Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan”. Potilaslaissa ei tosin vielä puhuta suoraan hoitotahdosta mitään. Sen sijaan vuonna 2001 annetussa asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001/99 puhutaan jo ”erillisestä potilaan tahdon ilmaisevasta asiakirjasta” ja ”potilaan (...) ilmaisemasta (...) vakaasta tahdostaan tulevaisuuden varalle” (18.4 §). Vaikka potilaslaki voisi tässä kohden olla selvempi, pidetään nykyään kuitenkin kiistattomana, että potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan toteuttaa etukäteen ilmaistun hoitotahdon avulla.⁵

Potilas valitsee

Vaikka potilaan itsemääräämisoikeus ja potilaan osallistuminen päätöksentekoon on jo ollut selviö viimeistään potilaslain jälkeen 1990-luvulta, potilaan aktiivisesta valitsemisesta on kirjauksia terveydenhuollon lainsäädännössä vasta viime vuosilta. Silti potilaan valinnanvapaus terveydenhuollossa on vanha asia – itse asiassa kaikki potilaat toimivat alun perin itse omien sairaanhoitopalvelujensa ostajina ja siten valitsijoina. Vasta julkisten terveydenhuoltopalvelujen kehittyminen muutti potilaan

4. Joskus asiakirjaa kutsutaan myös hoitotestamentiksi.

5. Ks. hoitotahdon juridisesta perustasta ja velvoittavuudesta (Pahlman 2003, 248) ja 8 §:n osalta (Pahlman 2003, 258–261).

valinnanvapautta ja oikeudellista asemaa. Julkisten palvelujen rinnalla Suomessa on valittu terveydenhuoltopalveluja omalla rahalla koko ajan.

Uusi terveydenhuoltolaki toi valinnan, yhden kuluttajan tunnusmerkin, entistä voimakkaammin mukaan myös julkiselle sektorille. Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on lain 2 §:n mukaan mm. vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Hoitoon pääsyssä tämä tarkoittaa potilaan oikeutta valita kiireettömän hoidon hoitopaikka (47 §; ks. myös HE 90/2010, 74). Vuoden 2014 alusta potilas voi halutessaan valita hoitopaikkansa myös asuinkuntansa ulkopuolelta (48 §). Potilas voi valita myös häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen (49 §). Toimintayksiköille on kuitenkin jätetty mahdollisuus kieltäytyä valinnoista siinä tapauksessa, ettei valintojen toteuttaminen ole mahdollista esimerkiksi hoitotakuun edellyttämässä rajoissa. Potilas voi halutessaan pysyä silti valinnassaan – jos jaksaa odottaa pidempään. (HE 90/2010, 142–143.)

Potilaan valinnanvapaus on laajentunut myös maan rajojen ulkopuolelle. Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013) tuli Suomessa voimaan 1.1.2014 alkaen, ja sillä toimeenpantiin Euroopan unionin potilasdirektiivi (2011/24/EU). Potilasdirektiivi vahvistaa potilaan oikeuksia ja edellytyksiä saada hoitoa toisessa EU:n jäsenmaassa. Lähtökohtana on, että potilas saa hakea vapaasti terveystalveta toisesta EU-maasta. Potilaalla on lisäksi oikeus hoitokustannusten korvaukseen samoin perustein kuin jos hoito olisi annettu potilaan kotimaassa. Ulkomailla annetusta hoidosta saa Kela-korvausta samaan tapaan kuin Suomen yksityisessä terveydenhuollossa annetusta hoidosta. Jos potilas on pyytänyt etukäteen lupaa saada hoito ulkomailla (ennakkolupa terveydenhuoltolaki 56 §), potilas maksaa joko hoitoa antavan maan tai kotisairaanhoidopiirin asiakasmaksun. EU:n potilaiden liikkuvuusdirektiivin 2011/24/EU mukaan ennakkolupaa voidaan vaatia vain sellaisessa terveydenhuollossa, joka edellyttää sekä suunnittelua että joko potilaan yöpymistä sairaalassa tai pitkälle erikoistunutta ja kallista hoitoa (Tuovinen 2012, 79). Potilaan matkakustannukset korvataan kuten aiemminkin: lähimpään mahdolliseen hoitopaikkaan Suomessa. Kelaan on perustettu rajat ylittävän terveydenhuollon yh-

teyspiste, jonka tehtävänä on tarjota tietoa hoitoon hakeutumisesta Suomesta ulkomaille ja ulkomailta Suomeen. Nähtäväksi jää onko Suomen tulkinta direktiivistä EU-lainsäädännön mukainen. On mahdollista tulkita potilasliikkuvuusdirektiiviä myös siten, että potilaalle olisi maksettava sairausvakuutuskorvauksen sijaan se summa, jonka hänen hoitonsa tosiasiallisesti olisi maksanut.

Potilaat liikkuvat rajojen yli jo nytkin etsimässä edullisempaa hoitoa tai tavoittelemassa sellaisia tutkimus- tai hoitotoimenpiteitä, mitä Suomessa ei ole tarjolla edes yksityisellä sektorilla. Toistaiseksi suomalaiset ovat harrastaneet tällaista ”terveysturismia” vielä vähän. Suomessa hakeutuminen ulkomaille perustuu tavallisimmin potilaiden omiin valintoihin, mutta esimerkiksi USA:ssa vakuutusyhtiöt kannustavat hankkimaan palveluita ulkomailta. (Tuorila 2012, 569.) Potilaat liikkuvat nykyään myös julkisella puolella. Jossain tapauksissa suomalaista julkista hoitoa voidaan päättää antaa ulkomailta, kun harvinaisten tautien hoitoa on keskitetty koko Euroopan unionin tasolla. Potilas voidaan esimerkiksi lähettää hoitoon Saksaan. Potilaan näkökulmasta tämä vertautuu oikeudellisesti tavalliseen kunnan ostopalveluun – potilaan oikeudellinen asema on sama kuin julkisissa terveydenhuoltopalveluissa Suomessa.

Potilaiden valinnanvapaus on lisääntynyt julkisessa hoidossa myös palvelusetelien kautta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009 palvelusetelilaki) tavoittelee potilaan valinnanvapauden lisäämistä (1 §). Kunta voi halutessaan järjestää lakisääteisiä terveyspalveluita palvelusetelin avulla. Kunta antaa tällöin potilaalle palvelusetelin, jonka jälkeen potilas valitsee palveluntarjoajan kunnan etukäteen valitsemien palveluntarjoajien joukosta ja tekee tämän kanssa sopimuksen (ostaa palvelun). Potilas maksaa palvelusetelin arvon ja palvelun hinnan välisen erotuksen itse. Potilaasta tulee palveluseteliä käyttäessään puhdasverinen kuluttaja myös juridisessa mielessä, sillä palvelusetelillä ostettuihin terveyspalveluihin sovelletaan kuluttajansuojalakia. Palveluseteliä on käytetty esimerkiksi hammashoidossa, paksusuolen tähytystutkimuksissa, psykoterapiassa ja kuntoutuksessa.⁶

6. Palvelusetelistä kuntoutuksessa (ks. esim. Laatu, Salminen, Kalliomaa-Puha & Autti-Rämö 2010).

Potilas tietää

Jotta potilaan päätökset, valinnat ja vaikuttaminen olisi mahdollista, potilaalle on annettava riittävästi tietoa omasta terveydentilasta ja hoidosta päätöksen pohjaksi. Tietoon perustuvan suostumuksen periaate (*informed consent*) on selvä lähtökohta potilaan ja hoitohenkilökunnan suhteessa (ks. esim. Tuori & Kotkas 2008, 418). Potilaan tiedonsaantioikeudesta säädetään potilaslain 5 §:ssä. Potilaalle on annettava tietoja ”hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan” (5.1 §). Jotta potilas voi osallistua edellä kuvattuun hoitopäätöksen tekemiseen, tälle on selvitettävä riskitekijöitä, epäonnistumisen mahdollisuuksia ja komplikaatioita (HE 185/1991, 15). Potilaslaki myös edellyttää, että tiedot annetaan potilaalle oma-aloitteisesti. Miten ja millaista tietoa annetaan, on kiinni potilaasta: tietojen laajuutta ja sisältöä pitää potilaslain mukaan arvioida yksilöllisesti potilaan näkökulmasta. Tieto on annettava ”siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön” (5.2§). Potilaan ikä, koulutus ja äidinkieli vaikuttavat. Mikäli selvityksen antamista vaikeuttavat kielestä tai aisti- tai puheviasta aiheutuvat kommunikaatio-ongelmat, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (HE 185/1991, 15.)

Kun tehdään päätöstä hoitoon suostumisesta tai siitä kieltäytymisestä, potilas on helppo tavoittaa. Mutta silloin, kun potilas tekee valintapäätöstä ennen hoitoon hakeutumistaan – valitsee terveyskeskusta, yksityistä lääkäriasemaa tai lääkäriä – on hankalampaa tietää, miten oikea tieto tavoittaa potilaan. Olisi tietysti ensiarvoisen tärkeää, että valinnan perustana oleva tieto on oikeaa, täsmällistä eikä johda harhaan. Ihmisten tiedonhankintakyvyt ovat erilaiset ja tietokanavia nykyään paljon. Lääketieteellinenkin tieto ei enää ole ammattilaisten yksinoikeus, vaan tietoa on tarjolla vaikkapa potilasjärjestöjen tai internetin kautta valtavasti. On entistä vaikeampaa huolehtia siitä, että ihmisten valinnat perustuvat oikealle tai tarkoituksenmukaiselle tiedolle.

Tieto voi tulla myös yritysten tai julkisen sektorin tiedottamisen kautta. Yksityisten palveluntarjoajien markkinointi kuuluu kuluttajasuojalain (38/1978) piiriin. Kuluttajasuojalain 2 luku koskee markkinointia. Siellä kielletään hyvän tavan vastainen markkinointi, jota valvotaan kollektiivisesti: kuluttaja-asiamies ja aluehallintoviranomaiset valvovat kuluttajille suunnattua markkinointia ja markkina-tuomioistuin voi kieltää kuluttajasuojalain vastaisen markkinoinnin (kuluttajansuojalaki 2:16–20 §). Toistaiseksi julkisen sektorin toimijoiden markkinointia ei ole tarvinnut säännellä – terveyskeskuksilla tai sairaaloilla ei ole ollut tarvetta markkinointiponnistuksiin.

Terveydenhuoltolain tarjoaman valinnanmahdollisuuden pelätään muuttavan asetelmaa. Epäilläään, että myös näitä palveluja aletaan markkinoida terveyskeskusten vaihtajille ja sairaalan valitsijoille. Esimerkiksi Englannissa, jossa julkisessa terveydenhuollossa (*National Health Service NHS*) valinnan vapautta on lisätty jo vuosia, markkinoinnin on todettu olevan hyödyllistä sekä potilaan että palvelua tarjoavan yksikön kannalta: markkinointi voi helpottaa potilaan valinnan tekemistä ja toisaalta auttaa palveluyksikköä löytämään potilaita (Curran & Taylor 2011). Suomessa oikeusministeriön työryhmä ehdottaa uutta asiakkaansuojalakia, jossa kuluttajasuojalain markkinointia koskevia peruseriaatteita sovellettaisiin myös julkisyhteisöihin niiden markkinoissa palveluitaan (Oikeusministeriö 2011, 27–28). Sopivan ja hyödyllisen markkinoinnin rajoista keskustellaan myös lääkkeiden osalta. Tällä hetkellä reseptilääkkeiden markkinointi kuluttajille on kielletty. Muita lääkkeitä saa markkinoida myös potilaille. Pääperiaatteena on ollut, ettei markkinointi muutenkaan saa olla epäasiallista eikä kannustaa lääkkeiden tarpeettomaan käyttöön. (Läkelaki 395/1987 91 § ja lääkeasetus 693/1987 25§a-i.) Suunnitellun EU-sääntelyn pelätään kuitenkin hämärtävän rajaa asiallisen tiedotuksen ja houkuttelevan mainonnan välillä ja jättävän sopivuuden oikeuskäytännössä ratkaistavaksi (Hancher & Földes 2011; Saastamoinen, Klaukka & Enlund 2008).

Terveydenhuollon palveluntarjoajien kasvava lukumäärä ja sirpaleinen kokonaisuus tekevät tiedon hankinnasta haastavaa kenelle

tahansa eikä tietysti vähiten vakavasti sairaille ihmisille. Tilannetta pyritään korjaamaan viranomaisten yleisellä neuvontavelvollisuudella (hallintolaki 8 §), kuluttajasuojalain neuvontasäännöillä yksityisellä puolella⁷ ja potilasasiamiehillä – niin yksityisessä kuin julkisessakin terveydenhuollon toimintayksikössä on oltava potilasasiamies, joka avustaa potilaita (potilaslaki 11 §). Terveydenhuoltolain 55 §:ssä kunnat velvoitetaan tiedottamaan internetissä odotusaikojen pituudesta.

Potilas tuottaa

Voidaan myös ajatella, että potilaista halutaan tehdä kuluttajien lisäksi myös terveyspalveluiden tuottajia. Tämä voi tarkoittaa sitä, että potilaat otetaan mukaan palvelutapahtumaan ja omien tarpeiden määrittelyyn (Eriksson 2009, 197). Edellä kuvattu potilaslain 6 §:ssä määritelty yhteisymmärryksessä päättäminen on juuri tätä – potilas pääsee mukaan suunnittelemaan ja pohtimaan vaihtoehtoja. Tuottaminen voi olla myös konkreettisemmin itsepalvelua. Tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittyessä terveyspalvelujen käyttäjien saatetaan odottaa vastaavan hoidostaan itse. Esimerkiksi hoitoaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat vastaamaan hoidostaan usein jo toimenpidepäivänä. Moni mittaa verensokerinsa tai verenpaineensa itse. Tässä auttaa kehittynyt teknologia, mutta siihen kannustaa Helena Tuorilan (2012, 567) mukaan ennen kaikkea nykyisessä terveyspolitiikassa vallalla oleva ajatus potilaskuluttajan halusta ja kyvystä vaikuttaa ja valita itse omat palvelunsa. Potilaan itsepalvelu saa varmasti perustelunsa myös taloudesta – itsehoito oletetaan toki edullisemmaksi kuin ammattilaisten antamat palvelut. Itsehoito ei kuitenkaan (vielä) näy lainsäädännössä.

Oikeudellisesti tällaisia itsehoitotilanteita voitaisiin arvioida vahingonkorvauksen kautta. Kysymys voisi olla terveydenhuoltohenkilöstön vastuusta arvioida sitä, pärjääkö potilas kotona. Potilaan liian aikainen tai riittämättömin ohjein tehty kotiuttaminen on päätynyt

7. Kuluttajaneuvonta on vuodesta 2008 ollut maistraattien tehtävä. Neuvonnan yleinen johto, ohjaus ja valvonta kuuluvat vuoden 2013 alusta Kilpailu- ja kuluttajaviraston tehtäviin. (Laki kuluttajaneuvonnasta 800/2008.)

muutaman kerran oikeussaliin asti. Esimerkiksi Korkeimmassa oikeudessa käsitellyssä tapauksessa potilas oli lähetetty kotiin kertomatta laboratoriokontrollin tarpeesta. Potilas oli halvaantunut toispuoleisesti. Kun oikeus katsoi, että halvaus oli johtunut laboratoriokontrollin puutteesta ja virheellisestä lääkityksestä, potilas sai vahingonkorvausta kivusta ja särystä sekä pysyvästä haitasta. (KKO 1988:132.) Turun hovioikeudessa käsitellyssä tapauksessa taas todettiin, ettei potilasta oltu kotiutettu liian aikaisin (Turun HO 15.2.2005 401). Potilaan kannalta itsehoitoon liittyy juuri vahingonvaara. Terveydenhuollon ammattilaisten vahinkojen varalta kehitetty potilasvahinkojärjestelmä ei koske itsehoitoa (potilasvahinkolaki 585/1986).

Voidaan olettaa, että kotona käytettävät lääketieteelliset tekniset apuvälineet tulevat lisääntymään. Potilaat hoitaisivat itseään enenevästi niiden avulla, ja jos eivät aivan yksin, yhdessä terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa. Esimerkiksi lääkärille sähköisesti ja automaattisesti lähtevät verensokeriarvot tai verenpainelukemat ovat jo nykyaikaa. Myös internetin kautta käytäviä konsultaatiokeskusteluja on käytössä. Potilasvahinkolain kirjoittamisen aikaan tällaisia itsehoitovälineitä ei vielä osattu ajatella. Jos itsehoitoon tarkoitettu laite aiheuttaa vahinkoa, joudutaan pohtimaan voisiko kysymys olla potilasvahinkolain tarkoittamasta laitevahingosta (2 §), jolloin potilas saisi korvauksen potilasvahinkopoolista vai onko potilaan turvauduttava raskaampaan käärajäoikeuskäsittelyyn. Kun potilas ostaa lääketieteellisen laitteen itse, hänen suojanaan on kuluttajasuojalain virhettä koskevat normit ja kuluttajariitalautakunta.

Potilas muistuttaa, kantelee tai riitelee

Myös mahdollisuus saattaa päätös jälkikäteen arvioitavaksi tukee osallisuutta ja edellyttää aktiivisuutta. Voidaan väittää, että osa sosiaalioikeuden normeista paitsi edellyttää aktiivisuutta, myös tuottaa aktiivisuutta (Kotkas 2009, 215). Esimerkiksi hoitotakuusäännökset tarjoavat kansalaisille selkeän perusteen vaatia terveystaloutta jopa

tuomioistuimissa saakka. Tuomioistuimissa on vaadittu hoitoon pääsyä, maksusitoumusta tiettyyn hoitoon, lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälinettä tai korvausta yksityisesti hankitusta hoidosta (ks. esim. Liljeström 2003). Alkuun oli selvää, ettei lääkärin hoitoonottopäätös ole hallintopäätös, josta voisi valittaa. Tulkinta kuitenkin muuttui: 1990-luvun lopulta potilaat ovat menestyksekkäästi vaatineet hoitoon pääsyä oikeudessa. Vuonna 1997 korkein hallinto-oikeus vahvisti, että vaikka lääkärin hoitopäätökset eivät ole valituskelpoisia, potilaat voivat vaatia terveystalouden järjestämistä hallintoriitamenettelyssä (KHO 24.2.1997 T 984). Hoitoon ottamatta jättäminen tai terveydentilaan nähden liian pitkät jonot voivat olla merkki siitä, ettei julkinen valta ole asianmukaisesti täyttänyt velvollisuuksiaan. Oikeudellisesti arvioitavaksi voikin tulla kunnan velvollisuus järjestää hoitoa tai kunnan maksuvelvollisuus. Tällainen hallintoriita käsitellään hallinto-oikeudessa, josta voi valittaa korkeimpaan hallinto-oikeuteen (ks. Lohiniva-Kerkelä 2004, 179). Tämän tyyppisiä riitoja ratkotaan myös EU-tuomioistuimessa jutuissa, joissa vaaditaan kotimaata korvaamaan kustannukset muissa EU-maissa saaduista hoidoista (Tuovinen 2012, 32–43).

Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle (potilaslaki 10 §). Muistutuksen ideana on tarjota helppo, joustava ja nopea keino esittää mielipiteensä sille yksikölle, jossa on hoidettava ja käsitellä hoitoon liittyvät asiat paikan päällä (HE 185/1991). Muistutuksen lisäksi potilas voi kannella kohtelustaan terveyden- ja sairaanhoitoa valvoville viranomaisille, Valviralle tai aluehallintoviranomaisille, tai julkisesta terveydenhuollosta ylimmille lainvalvojille, Eduskunnan oikeusasiamiehelle tai Oikeuskanslerille. Esimerkiksi Valviraan tehtiin terveydenhuollosta 386 kantelua vuonna 2012, joista noin kolmannes johti toimenpiteisiin.⁸ (Ks. muutoksenhausta lähemmin Lohiniva-Kerkelä 2004, 179–206.)

8. Valvonta-asioiden määrä on Valvirassa kasvanut viime vuosina (Valvira 2013).

Kiistoja yksityisistä terveydenhuollon palveluista voidaan ratkoa kuluttajariitalautakunnassa. Siellä on käsitelty esimerkiksi hammaslääkärin palkkion kohtuullisuutta tai rintaimplantin oikeaa kokoa.⁹ Julkisten palvelujen virheitä tai asiakasmaksujen kohtuullisuutta ei voida kuluttajariitalautakunnassa käsitellä. Kun kunta ostaa terveydenhuoltopalveluita ostopalvelusopimuksella yksityiseltä palveluntuottajalta, kysymyksessä on julkinen palvelu. Kun samaa palvelua tarjotaan potilaalle palvelusetelillä, palvelu kuuluu kuluttajansuojan piiriin. Tämä voi olla vaikea hahmottaa potilaalle. Tätä on koeteltukin jo kuluttajariitalautakunnassa, josta haettiin apua ostopalveluasiassa. Lautakunta joutui toteamaan, ettei ole toimivaltainen. (Kuluttajariitalautakunta 13.9.2007.) Ongelmaan on kiinnitetty huomiota oikeusministeriössä: asiakkaansuojaa julkisissa palveluissa pohtinut työryhmä ehdottaa, että ostopalveluiden asiakas voisi kohdistaa vaatimuksensa suoraan palveluntuottajalle ja että kuluttajariitalautakunta voisi käsitellä myös julkisten palveluiden asiakkaiden hyvitysvaatimuksia (Oikeusministeriö 2011, 32).

Potilas maksaa

Kuluttaja tavallisesti maksaa palveluista, mutta potilas maksaa silloinkin kun ei valitse palveluitaan. Suomessa näin tapahtuu itse asiassa länsieurooppalaisittain melko paljon (Aaltonen, Miettunen, Saastamoinen & Martikainen 2013b; Tillmann & Airio 2012). Julkisessa terveydenhuollossa potilaan maksut määräytyvät asiakasmaksulain (734/1992) mukaan, lääkkeiden maksuja ja matkakorvauksia käsitellään sairausvakuutuslaissa (1224/2004). Jotta maksut eivät kävisi ylivoimaiseksi ja estäisi ihmisten hakeutumista hoitoon, sairaudesta kertyviä maksuja ryhdyttiin sääntelemään. Ensin herättiin lääkkeiden kustannuksiin: vuodesta 1986 lähtien lääkkeitä on koskenut maksukatko.

9. Kuluttajariitalautakunta 178/38/09 ja Kuluttajariitalautakunta 3587/38/07 ja (silloinen) kuluttajavalituslautakunta 85/38/3636.

Matkakustannusten omavastuu on ollut voimassa vuodesta 1988 ja kunnallisten terveydenhuoltomaksujen maksukatto vuodesta 2000 lähtien. Vuonna 2015 asiakasmaksujen kalenterivuositainen maksukatto oli 679 euroa – maksettuaan asiakasmaksuja sen verran potilaan hoito on loppuvuoden ilmaista. Tosin aivan kaikki maksut julkisessa terveydenhuollossa eivät kerrytä maksukattoa – esimerkiksi hammashuollon maksuja ei lasketa mukaan. Lääkkeiden katto vuonna 2015 oli 613 euroa, jonka jälkeen asiakas maksaa 1,50 euroa lääkettä kohti. Matkakorvauksissa vuotuinen omavastuuosuus eli matkakatto oli 272 euroa vuonna 2015.

Jos terveydenhuolto on järjestetty ostopalveluna, asiakas on jälleen oikeudellisesti samassa asemassa kuin kunnan palveluja käyttäessään: maksujen täytyy olla samanlaiset kuin kunnan itse järjestämissä palveluissa (asiakasmaksulaki 12 §). Palvelusetelillä järjestetyssä hoidossa potilas voi päätyä maksamaan enemmänkin kuin asiakasmaksun. Palvelusetelillä ostetun hoidon omavastuuosuus ei myöskään kerrytä asiakasmaksukattoa. Tästä syystä potilaalla on aina oikeus kieltäytyä palvelusetelistä. Kunnan on silloin järjestettävä hoito muulla tavoin (laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009 6 §). Asiakasmaksulaissa osa palveluista on säädetty maksuttomiksi (5 §) eikä näistä saa kertyä potilaalle kustannuksia palveluseteliäkään mahdollisesti käytettäessä (palvelusetelilaki 7 §).

Järjestelmä on siis varsin monipolvinen. Kattoja ja omavastuita on useita ja usein niiden kertymistä odottaa sama sairas ihminen. Tiedetäänkin jo, että juuri kaikkein sairaimpien ja heikkotuloisimpien kohdalla katot ja omavastuut eivät toimi. Alkuvuodesta on vaikea selvittää ennen kuin katot tulevat täyteen. Näin lääkkeistä ja hoidoista tinkivät ne, joilla on huonoimmat tulot ja huonoin terveydentila. (Ks. esim. Aaltonen ym. 2013b, Tillman & Airio 2012.) Siksi juuri nämä sairaut eivät voi toimia kuluttajina. Heidän ei esimerkiksi kannata valita palveluseteliä, koska se ei kerrytä maksukattoa eikä heillä ole varaa siihen, silloin kun palvelusetelin omavastuumaksu on suurempi kuin asiakasmaksu. Palvelusetelilaissa on haluttu taata myös vähävaraisten mahdollisuus käyttää palveluseteliä siten, että kunnalla

on mahdollisuus myöntää palveluseteli korotettuna jos ”asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulo... vaarantuu” (palvelusetelilaki 8 §). Ei ole tietoa, miten tätä mahdollisuutta on käytetty.

Ostaessaan terveydenhuoltopalveluja yksityisesti potilas maksaa itse. Asiakasmaksukattoa yksityisen terveydenhuollon maksut eivät kerrytä, mutta potilas saa korvausta Kelan hoitamasta sairausvakuutuksesta. Korvauksen määrä on kuitenkin varsin pieni. Ei siis liene liian pitkälle menevä johtopäätös, ettei kaikista potilaista ole kuluttajiksi taloudellisista syistä.

Potilas ja kuluttaja

Kuluttajuus on vanha asia terveydenhuollossa. Potilaat olivat kuluttajia jo ennen kuin julkisia terveydenhuoltopalveluja edes oli tarjolla eikä potilaskuluttaja ole tässä välissä mihinkään hävinnyt. Ehkä siksi kuluttajuus on ollut se tapa, jolla yksilötason osallisuutta on haluttu vahvistaa. Yhteisötason osallisuuden ajatellaan toteutuvan kunnallisdemokratian kautta. Kuluttajuus vahvistuu myös yksityisten terveydenhuoltopalveluiden kasvun myötä, käytettiinpä niitä omalla rahalla tai osana julkisia terveydenhuoltopalveluja esimerkiksi palvelusetelillä. Kuluttajuutta terveyspalveluiden lainsäädännössä vahvistaa myös Euroopan Unionin lainsäädäntö.

Potilaan sosioekonominen tausta, fyysiset ja henkiset kyvyt, henkilökohtaiset suhteet sekä avun ja tuen saatavuus vaikuttavat paljon siihen, kuinka hyvin potilas pystyy huolehtimaan itsestään ja toimimaan kuluttajana. Myös asuinpaikka vaikuttaa siihen, mitä vaihtoehtoisia palveluja ja palvelujen tuottajia on ylipäätään tarjolla tai onko niitä lainkaan. (Moffat, Higgs, Rummery & Jones 2012; Van Aerschot & Valokivi 2011, 268.) Potilaiden sanotaan olevan entistä taitavampia osallistujia (Tuorila 2012, 568) ja varmasti yhä suurempi osa potilaista onkin. Toimintakyvyltään vahvat ja resursseiltaan maksukykyiset potilaat voivat hyötyä tästä autonomiasta ja vaihtoehtojen kasvusta. Mutta resurssit eivät jakaudu tasaisesti ja eniten apua tar-

vitsevat ja asiointikyvyiltään heikommat ovat vaarassa jäädä ilman apua. Yhdenvertaisuus vaarantuu. Mitä laajemmalle valinnanvapaus ja aktiivinen osallistuminen halutaan ulottaa, sitä useampi tarvitsee tukea kuluttajana toimimisessa ja oikeuksiinsa pääsyssä (Van Aerscht & Valokivi 2011, 267). Kaikilla ei myöskään ole omaisia, joiden voisi olettaa valitsevan potilaan puolesta. Avun tarve on usein myös juridista. Mitä parempi oikeudellinen yleissivistys potilaalla on, sitä paremmin tämä pääsee oikeuksiinsa. (Denvir, Balmer & Buck 2012.)

Heikkojen ja hauraiden potilaiden tueksi on rakennettu neuvontapalveluja. Näyttää kuitenkin siltä, että tarjolla olevia neuvontapalveluja tai potilasasiamiehen palveluja käyttää juuri se osa potilaista, joka on muutenkin valvutunutta. Toisaalta tutkimuksissa on myös havaittu, että viisaiden valintojen tekeminen on vaikeaa silloinkin, kun tunnistaa sellaisen. Esimerkiksi terveellinen syöminen on vaikeaa, vaikka tietäisi, että viinerin sijaan kannattaisi valita ruisleipää. Ihmiset valitsevat toisin kuin suunnittelevat valitsevansa. Tutkimukset osoittavat, että perinteiset vaikuttamisen keinot eivät ole olleet riittäviä. (Prast 2011.) Vaarana on eriarvoistava kehitys. Potilaiden osallisuus terveydenhuollossa rakennetaan tiedon varaan. Ilman potilaalle välittyvää tietoa ei voi olla todellista valintaa eikä siis todellisia potilaskuluttajia. Tiedon omaksumisen varaan rakentaminen on kuitenkin myös heikkous, sillä kaikkia potilaita tieto ei tavoita.

Oletetaan, että ihmiset haluavat (aina) valita. Tämä ei pidä paikkansa. Etenkään heikoimmat ja hauraimmat ihmiset eivät kaipaa valintoja, vaan ennemminkin kokevat palvelujen vertailun olevan raskas lisävaiva muutenkin hankalassa elämäntilanteessa. Kivut ja väsymys lisäävät halua tulla kohdelluksi heikkona kuluttajana tai ennemminkin ”pelkkänä” potilaana. (Moffatt ym. 2012; Valokivi 2008.)

Terveydenhuollon lainsäädännössä on siirrytty viime aikoina ai- mo harppauksin perinteisestä paternalismista, lääkäri tietää parhaiten -ajattelusta, kohti potilaan entistä syvempää itsemääräämistä, valintoja ja vastuuta. Lainsäätäjällä on suuri luottamus potilaaseen ja potilaiden valintoihin. Terveyspolitiikat olettavat tiedottamisen, koulutuksen ja kilpailun korjaavan ihmisten käyttäytymistä (Prast 2011). Uskotaan,

että potilaskuluttaja osaa valita paitsi omat palvelunsa, potilaskuluttaja myös samalla kehittää valinnoillaan koko järjestelmää (Eriksson 2009, 202). Markkinalogiikka – ajatus, että kuluttaja valitsee parhaat ja toimivimmat palvelut ja huonot kuihtuvat pois – näkyy palvelusetelilain perusteluissa tai terveydenhuoltolaissa.

Lainsäädännön välittämä kuva potilaasta on selkeästi muuttunut viime vuosina. Silti lainsäädännössä on edelleen viljalti myös potilasta suojaavia sääntöjä. Yksityistämiskehitys ja potilaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen ovat itse asiassa tuoneet mukaan myös uutta potilasta suojaavaa sääntelyä, kun yksityisiä palveluntuottajia halutaan valvoa entistä tiukemmin, palvelusetelillä palveluja tuottavia yksiköitä seuloa ja palveluntuottajien omavalvontaa kehittää. Lainsäädännössä potilasta myös suojataan edelleen paternalistisesti – potilas onkin yhtä aikaa niin kuluttaja kuin suojaa tarvitseva potilas.

9. VAPAAUS, VALTA JA VASTUU TERVEYDENHUOLLOSSA – YHTEISKUNTAFILOSOFINEN NÄKÖKULMA

Jani Pulkki, Antti Saari, Jutta Pulkki, Veli-Matti Värri

Suomalaisen julkisen terveydenhuollon kehittämisessä on 1990-luvulta lähtien painottunut erityisesti kaksi muutostrendiä. Ensinnäkin terveydenhuollon kehittämisen malleja haetaan yksityiseltä sektorilta. Tähän liittyen julkisen sektorin organisaatorakenteita on muutettu yksityisten organisaatioiden kaltaisiksi. Käytännössä tämä on näkynyt muun muassa tilaaja-tuottaja -malleina, ulkoistamisina, liikelaitostamisina ja palvelusetelinä. Lisäksi on lisätty palvelujen ostamista yksityisen sektorin toimijoilta. (Tynkkynen, Keskimäki & Lehto 2013; Kallio 2007.) Tämän muutostrendin taustalla ovat tavoitteet toimintojen järjeistämistä sekä resurssien mahdollisimman tehokkaasta ja vaikuttavasta käytöstä.

Toinen terveydenhuollon kehityssuunta on terveyden yhä ilmeisempi kietoutuminen yksilön vastuun ja vapauden ympärille. Toisaalta on korostettu ihmisten omaa vastuuta terveydestään ja toisaalta lisätty ihmisen valinnanvapauksia terveydenhuollossa (luku 8). Valinnanvapauden ajatellaan lisäävän sekä ihmisten päätösvaltaa omiin asioihinsa että parantavan palvelujen saatavuutta. Jotta valinnanvapaus olisi realistista, on oltava vaihtoehtoja mistä valita. Siksi yksityisen sektorin palvelutarjonnan lisääminen on nähty yhtenä

ehtona ihmisten vapaudelle ja oikeudelle valita. (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Pelkonen 2007; Ollila & Koivusalo 2009; vrt. esim. Aronkyytö ym. 2010, 6.)

Yksityisten voittoa tuottavien yritysten toiminta on usein oletettu lähtökohtaisesti julkisen sektorin toimintaa paremmaksi, vaikka tutkimusnäyttö ei tue yksiselitteisesti esimerkiksi yksityisen ja julkisen sektorin laatu- tai tehokkuuseroja (esim. Hollingsworth 2008; Kokko 1998). Paremmuutta on perusteltu vetoamalla rationaalisuuteen ja tarkoituksenmukaisuuteen, mutta näiden filosofisesti monimerkityksisten ja arvosidonnaisten käsitteiden merkityksiä ei useinkaan kirjoiteta auki, vaan ne otetaan itsestäänselvyksinä. Tällainen näennäisen arvoneutraali puhe peittää alleen monenlaisia arvosidoksia, historiallisia tapahtumia sekä vaikutusketjuja.

Tämän päivän terveydenhuollon muutoskeskustelussa korostuvat taloudelliset kysymyksenasettelut. Kysymykset oikeudenmukaisuudesta ja solidaarisuudesta, arvoista, joiden pohjalle hyvinvointivaltiomme on perustettu, usein sivuutetaan (ks. kuitenkin Mikkola, Blomgren & Hiilamo 2012). Terveystä tehdään helposti tavanomainen markkinahyödyke, jota kukin voi ostaa ja myydä, ja terveys perustarpeena ja ihmisoikeutena unohtuu. Keskustelun painottuessa talouteen, markkinoihin ja palvelutuotteisiin peittyvät näköpiiristä käsitykset itse ihmisestä, jonka terveyttä terveydenhuolto pyrkii edistämään ja vaalimaan.

Filosofisen tutkimuksen ytimessä ovat kysymykset ihmisyydestä ja ajattelutavoista sekä ajan hengestä (*Zeitgeist*) ajattelutapojen taustalla. Tässä kirjoituksessa kiinnitämme huomiota terveydenhuollon keskustelun taustalla vaikuttaviin ihmis- ja yhteiskuntakäsityksiin. Tarkastelemme terveydenhuollon muutoskeskustelun taustafilosofiaa kolmen yhteiskuntafilosofian perustradition, kommunitarismien, liberalismien ja libertarismien, kautta. Osoitamme, kuinka talouden globalisaation myötä tapahtunut siirtymä kommunitaristisista ajattelumalleista kohti liberalistisia ja libertaristisia painotuksia vaikuttaa myös terveydenhuollon muutokseen sekä siihen, millaisena ihminen ymmärretään. Filosofinen tarkastelu ei anna valmiita totuuksia, vaan

tarjoaa tulkintamalleja ja haastaa kyseenalaistamaan ja pohtimaan ilmiöitä aiempaa syvemmin ja analyttisemmin.

Kommunitarismi, liberalismi ja libertarismi

Voimme hahmottaa suomalaisessa yhteiskunnassa ja sitä kautta myös terveydenhuollossa vaikuttaneita ajattelutapoja ja niissä tapahtuneita ideahistoriallisia muutoksia kahden keskeisen yhteiskuntafilosofisen tradition, kommunitarismin ja liberalismin kautta. Kolmas traditio, libertarismi on nimensä mukaisesti lähempänä liberalismia, mutta siitä sen verran etäännytynyt, että otamme sen esiin omana poliittisen ajattelun perinteenä.

Kommunitaristinen yhteiskuntafilosofia korostaa yhteisön merkitystä. Kommunitarismi painottaa, että ihmiseksi synnyttään ja kehityttään yhteisössä, omaksumalla sen arvot, normit ja kulttuuriset merkitykset. Yksilön hyvä elämä ei ole riippumaton yhteiskunnan hyvästä ja ihmisen minuuus ja subjektiviteetti rakentuvat vuorovai-
kutuksessa yhteisön kanssa. Tämä saksalaisvaikutteinen traditio on saanut ilmaisunsa erityisesti marxilaisessa ja hegeliläisessä perinteessä, uudempi kommunitaristinen filosofia on ottanut vaikutteita etenkin G. W. F. Hegeliltä (1770–1831) (Kymlicka 2002, 208–209). Kommunitarismin nykyledustajista mainittakoon Charles Taylor (s.1931) ja Alasdair MacIntyre (s.1929).

Toisin kuin kommunitarismi, liberalistinen ajattelu lähtee liikkeelle yksilöstä, jonka perusominaisuuksia ovat intressi ja kyky valita. Ajatukset yhteiskunnasta, valtiosta, yhteisöstä ja politiikasta johtuvat kaikki loogisesti yksilön ajatuksesta. (Pulkkinen 1998, 10.) Yksilö on sosiaalisia rooleja ja suhteita tärkeämpi ja vapaa sikäli kun hän osaa ottaa näihin järjellistä etäisyyttä. Yksilö nähdäänkin itsensä ja oman hyvänsä määrittelevänä oliona. Yhteisön tulee pitäytyä määrittelemästä sitä, miten yksilön tulisi elää. (Kymlicka 2002, 213, 221.) Yhteisön tehtävä on taata yksilölle vapaudet ja oikeudet itsensä ja elämänsä määrittelyyn ja toteuttamiseen. Yhteinen hyvä muodostuu yksilöiden

intressien tavoittelusta. Liberalismin tunnetuimpia edustajia ovat John Locke (1632–1704) ja Adam Smith (1723–1790) (talousliberalismi) sekä nykysteoreetikoista John Rawls (1921–2002).

Libertarismi, jonka keskeisiä edustajia ovat Robert Nozick (1938–2002) ja Friedrich von Hayek (1899–1992), on radikalisoitunut joitakin liberalismin oppeja. Siinä on keskeistä markkinoiden ja yksilön vapaus sekä ”holhousvaltion” vastustus. Kun esimerkiksi John Rawlsin edustamassa liberalismissa yksilö on oikeutettu osaan yhteiskunnan veroina kootuista resursseista, nähdään Nozickin libertarismissa verotus loukkauksena, joka kohdistuu ihmisen oikeuteen nauttia oman työnsä tuloksista. (Kymlicka 2002, 102, 108–109.)

Edellä kuvattujen traditioiden tunnuspiirteet eivät palaudu poliittisen oikeiston ja vasemmiston väliseen jaotteluun tai kommunismin/sosialismin ja kapitalismin väliseen vastakkainasetteluun, vaan eri piirteet sekoittuvat toisiinsa perinteisistä poliittisista jakolinjoista riippumatta. Liberalistisen, libertaristisen ja kommunitaristisen tradition tunnuspiirteet esiintyvät yhtäaikaaisesti myös terveydenhuollon muutost keskusteluissa ja -ehdotuksissa. Terveydenhuollon uudistamisessa saatetaan yhtäältä vedota sellaiseen kansalaisuuteen, johon liitetään oikeus saada terveystalv palveluja tasapuolisesti yhteisesti rahoitetun ja järjestetyn terveydenhuoltojärjestelmän puitteissa. Toisaalta voidaan vaatia yksilön rajoittamatonta vapautta valita terveystalv palvelut itse ilman, että valtio pakottaa kaikki samaan muottiin. Samaa hengenvetoon vaaditaan usein myös tilaa vapaalle kilpailulle terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä. (Vrt. MacIntyre 2004, 23–28.)

Eri traditioiden pohjalta tuotetut muutosehdotukset ovat usein ristiriidassa keskenään ja saattavat jarruttaa terveydenhuollon muutoksen toteutumista käytännössä. Tästä on esimerkkinä koko 2000-luvun alun käyty julkinen ja poliittinen keskustelu terveydenhuollon radikaalista muutostarpeesta. Ratkaisuja terveydenhuollon rakenteellisesta uudistamisesta on esitetty lukuisia, mutta poliittisella tasolla ei suuriin uudistuksiin ole oltu valmiita (luku 2).

Positiivinen ja negatiivinen vapaus – kommunitarismista libertarismiin?

Erot eri ajattelutapoihin nojaavissa terveydenhuollon muutosehdotuksissa tulevat ymmärrettävämmiksi, jos tarkastelemme miten nämä traditiot määrittävät vapauden luonteen. Tätä eroa voidaan kuvata pelkistäen Isaiah Berlinin positiivisen ja negatiivisen vapauden jaottelun avulla. Berlinin mukaan positiivisessa vapaudessa on kyse “vapaudesta johonkin”: ihmisellä on oltava tiettyjä ominaisuuksia, kuten järkeä, koulutusta, terveyttä, jotta hän voisi harjoittaa vapauttaan. Positiivinen vapaus on tunnusomaista kommunitarismille. Liberalismissa sekä libertarismissa vapaus on puolestaan pikemminkin “vapautta jostakin”: ihminen on vapaa, mikäli mitkään ulkoiset tekijät eivät estä hänen toimintaansa omien päämääriensä mukaisesti. Tämä on negatiivista vapautta. (Berlin 2001.)

Osa kommunitaristiselle ajattelulle luonteenomaisesta positiivisesta vapauskäsitelmästä on periytynyt myös itsenäisen Suomen historiaan. 1800-luvulla suomalaista kansallisvaltiota rakennettaessa sekä myöhemmin sotien jälkeisessä hyvinvointivaltioprojektissa ihmiskuva oli lähellä snellmanilaista ajatusta ihmisestä ja häntä ympäröivästä yhteiskunnasta. Johan Vilhelm Snellmanin ajattelussa ihminen on vahvasti osa yhteisöään, ja suomalainen kansakunta kehittyy silloin, kun sen kansalaiset eivät toimi pelkästään oman hyvinvointinsa ja taloudellisen etunsa nimissä. (Snellman 1842/2001, 36–46.) Snellmanin ihmiskuva edusti positiivista vapauskäsitelmää: vapaa ihminen ei toimi ainoastaan omien mielivaltaisten intressiensä pohjalta. Satunnaisten mielitekojensa ohjaama ihminen on epävapaa oman luontonsa vankei. Vapaaksi ihminen tulee valtiollisessa toiminnassa, omaksuttuaan ylläksilöllisen järjen periaatteen hän vapautuu omasta itsekkeskeisestä näkökulmastaan. (Pulkkinen 1998.)

Sotien jälkeistä aikaa ohjasi niin sanottu “moraalitalous”, jossa valtiollinen hallinta korosti kansalaisen sitoutumista kansalliseen identiteettiin ja yhteishyvään tavalla joka ei palaudu pelkkään kansantalouden kokonaistuoton maksimointiin. 1960-luvulta alkaen

suomalaista politiikkaa luonnehti puolestaan suunnittelutalous. Niin terveydenhuollon, koulutuksen kuin sosiaalipolitiikankin alueilla uskottiin, että sosiaalisia rakenteita voitaisiin kehittää ja ohjata tieteellisen, rationaalisen suunnittelun pohjalta. (Heiskala 2006.) Rationaalisisessa suunnittelussa korostui kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu. Kunnissa tuotettujen terveyspalveluiden tasa-arvoista toteutumista ohjattiin vielä 1980-luvulla keskitetysti valtakunnallisen suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän avulla. (Ks. luvut 1–3.) Rationaalinen suunnittelu on nähty keskeiseksi keinoksi lisätä yksilön positiivista vapautta ja hyvän elämän mahdollisuuksia.

Suunnittelutaloutta on kritisoitu 1900-luvun loppupuolelta lähtien yksilön valinnanvapauden ja valtion holhouksesta vapautumisen nimissä. Libertaristi Hayek (1995, 23) samaistaa rationaalisen suunnittelun mielivaltaiseen hallinnolliseen pakottamiseen sekä (negatiivisen) yksilönvapauden vähentämiseen, jopa lakkauttamiseen. Suunniteltu hyvinvointivaltio on libertarismien mukaan vaarallinen sen ennakoimattomien vaikutusten vuoksi (Hayek 1995, 38; vrt. Polanyi 2009). Suunnittelutalous ja hyvinvointivaltio ovat Hayekille kirjansa otsikon mukaisesti ”tie orjuuteen” ja totalitarismiin. Libertaristien mukaan julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa valtio varastaa yksilöltä ja pakottaa hänet ottamaan terveysvakuutuksen (Palmer 2012), ja ehkäisee näin luontaisen hyväntahtoisuuden ja vapaavalintaisten yhteisöjen muodostumista ja loukkaa yksilön omistusoikeuksia ja oikeutta itseensä (Nozickin ”*self-ownership*”).

Sekä liberalismissa että libertarismissa valtion tehtävä on kunnioittaa yksilön valinnan vapautta. Libertarismissa yksityisten toimijoiden tehtävänä nähdään terveyspalveluiden tuottaminen ja rahoittaminen markkinaperustaisesti, (sosiaali)liberalismissa taas julkinen rahoitus hyväksytään. Libertarismissa siis yksilöllä on oikeus terveyteen vain henkilökohtaisen vakuutuksen tai varallisuuden turvin, ei ilman. Filosofisena näkemyksenä ja ihmiskäsityksenä omaksutusta libertarismista voikin tulla käytännössä elämän ja kuoleman kysymys.

Objektiivinen ja subjektiivinen järki

Vapaus-käsityksen lisäksi liberalismi, libertarismi ja kommunitarismi eroavat sen suhteen, miten niissä ymmärretään järki ja järkevyyys. Kommunitarismissa ja myös snellmanilaisuudessa järki rakentuu ja kehittyy osana kansakunnan kehitystä. Tämä on filosofi Max Horkheimerin (2008) termein objektiivista järkeä. Objektiivisen järjen mittapuut ja kriteerit ovat yksilöön nähden ulkoisia, tässä tapauksessa valtion ja kansakunnan moraalisen-järjelliseen kehitykseen liittyviä. Snellmanilaisen kansakunnan sivistysprojekti muodosti yksilölle objektiivisen järjen mihin suhteuttaa toimiaan yksilönä. Yhtenä tämän sivistysprojektin osa-alueena voidaan pitää ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää kansanterveystyötä, jossa on perimmältään kyse objektiivisen järjen ilmenemisestä terveydenhuollossa (ks. luku 2).

Subjektiivinen järki on puolestaan järkeä ilman ulkoisia mittapuita. Se voidaan nähdä myös oman edun tavoitteluna riippumatta muiden eduista. Ihminen voi esimerkiksi haluta loputtomasti subjektiivisesti koettua terveyttä, vaikka tämä olisi vastoin yleisesti hyväksyttyä ja objektiivisesti järkevää käsitystä terveydestä. Subjektiivisesti järkevä terveyden tavoittelu voi olla ristiriidassa kansanterveystyön objektiivisen järjen kanssa.

Terveydenhuollon kehittämisessä on viimeisten vuosikymmenten aikana nähtävissä siirtymä objektiivisemmasta järjestä subjektiivisempaan. Erilaiset valtion kansaan kohdistamat terveydenedistämisen toimet, kuten rokotukset, sekä palvelujen järjestäminen julkisen terveydenhuollon kautta voidaan nähdä liberaalin ihmiskuvan ja subjektiivisen järjen perspektiivistä kansalaisen vapauden holhoamisena. Kansanterveystyö ja julkinen terveydenhuolto edellyttävät kuitenkin objektiivista järkeä ja siihen liittyviä käsityksiä valtiosta, yksilöstä ja hyvästä elämästä.

Edellä kuvattu järjen subjektivoitumiskehitys vastaa jossain määrin myös Max Weberin kuvausta instrumentaalisen järjen synnystä, hiipivästä vallasta ja lopulta hegemonisuudesta yhteiskunnallisten käytäntöjen keskuudessa. Weberin mukaan yhteiskunta koostuu eri-

laisista käytännöistä erilaisine arvomuotoineen, jotka määrittävät yksilöiden sosiaalista toimintaa ja siten välittävät heidän toiminnallista suhdettaan yhteiskuntaan. Weberille arvomuotojen sfäärejä ovat esimerkiksi uskonto, talous, politiikka, estetiikka, erotiikka ja intellektualismi. (Weber 1989, 131–173.) Weber jakaa nämä arvomuodot tavoiterationaaliseen (*zweckrational*), arvorationaaliseen (*wertrational*), tunneperäiseen (*affektuell*) ja perinteiseen (*traditional*) (Weber 1976, 12–13). Weber ajattelee, että eri yhteiskunnallisen toiminnan sfäärit tuottavat erilaisia arvoja. Weberin kuvaama välineellisen järjen ylivalta tarkoittaa sitä, että arvorationaalinen toiminta on joutunut väistymään tavoiterationaalisen toiminnan tieltä: arvomuotojen eroja ei tunnusteta tai muut arvomuodot ovat alisteisia jollekin hegemoniselle arvomuodolle, mikä nykyisessä globaalissa kapitalismissa merkitsee talouden ylivaltaa muihin elämäkäytäntöihin nähden.

Itseisarvot, kuten terveys, ovat yhteensopivia objektiivisen järjen ajatuksen kanssa. Subjektiivinen järki puolestaan toimii paljolti hyödyn ja välineellisyyden kautta. (Horkheimer 2008.) Järjeltään subjektiivinen yksilö keskittyy omaan etuunsa kokiensa valtiollisen sivistysprojektin itselleen vieraaksi. Kun yksilöllisyys nähdään entistä useammin omien etujen ja oikeuksien toteutumisen instanssina, on vaarana, että valtion perustarkoitus esimerkiksi kansakunnan terveyden vaalijana sekä yksilöä suuremmat moraaliset ihanteet ja merkitysnäkökentät sivuutetaan (Taylor 1995). Terveuden kuuluminen kaikkien, eikä vain minun, perusoikeuksiin ja ihmisoikeuksiin on yksi merkitysnäkökenttä, joka voi unohtua. Tämä liittyy eräänlaisen omistuksenhaluisen yksilöllisyyden kehitykseen sekä siihen, kuinka valtiosta on tullut subjektiivisesti järkevälle yksilölle lähinnä väline omien intressien ja oikeuksien ajamiseen. Subjektiiviseen järkeen nojaavan ihmiskäsityksen voidaan nähdä tällä tavoin kyseenalaistavan koko julkisen terveydenhuollon ja hyvinvointivaltion legitimitetin ja moraalisen perustan.

Omistusindividualismi, infantilisaatioteesi ja riippuvaisuuden häpeä

Edellä esitetyn lisäksi terveydenhuollon taustaideologiat eroavat sen suhteen, miten ihmisen suhde toisiin ihmisiin sekä yhteiskuntaan ymmärretään. Tässä kohtaa on syytä nostaa esiin Macphersonin (1962) käsite possessiivinen individualismi, eli omistusindividualismi. Se kuvaa ihmiskäsitystä, jossa ihmisyyden keskeisenä piirteenä nähdään omistaminen. Liberalismissa ja libertarismissa yhteiskunnan tehtäväksi luetaankin erityisesti omistusoikeuksien turvaaminen (ks. Kymlicka 2002, 107–127), ja edellä kuvattu käsitys on sisäänrakennettu näihin filosofioihin. Näitä libertaristisia vaikutteita ei ole terveydenhuollon keskusteluissa useinkaan tunnistettu.

Omistusindividualismi kiteytyy kolmeen kohtaan. Ensinnäkin se painottaa ihmisen riippumattomuutta toisten tahdosta. Ihmisyyden peruskriteeriksi tulee vapaus toisten tahdosta – se, jota edellä kutsuttiin negatiiviseksi vapaudeksi. Toiseksi tässä omistusindividualismissa on keskeistä vapaus kaikista sellaisista suhteista toisiin ihmisiin, joihin yksilö ei ole ryhtynyt oman intressinsä ajamisen vuoksi. Kolmanneksi yksilö ymmärretään oman persoonan ja kykyjensä (esim. työ) omistajaksi niin, että hän ei ole tästä mitään velkaa yhteiskunnalle. (Macpherson 1962, 263.)

Voiko ihminen olla vapaa toisten tahdosta ollessaan sairas? Onko vapaus toisten tahdosta universaalisti mielekäs ja realistinen toive? Liittyykö vapaus toisten tahdosta -ajatteluun myös nykyaikaiseen ihmiskäsitykseen kulkeutunutta tiedostamatonta häpeätunnetta riippuvuudesta toisista ihmisistä? Sennett kuvaa infantilisaatioteesin käsitteellä juuri keskinäisriippuvuuden häpeällisenä kokemista. Infantilisaatioteesin lähtökohtana on kuva äidin imettämästä vauvasta. Huolena on, että valtiosta tulee äiti, jolta otamme passiivisesti apua vastaan myös aikuisuudessa joko pakosta tai omasta tahdostamme. Liberaali kansalaisuus rakentuu täysivaltaisesta aikuisuudesta, jossa tällaisesta riippuvuudesta halutaan irtautua. (Sennett 2004, 108–113.)

Itse vapaasti valitut suhteet toisiin ihmisiin on mielekäs ihanne, mutta siinä sivuutetaan kommunitaristien näkemys ihmisestä tietyn historian ja kulttuurin tuloksena. Kommunitaristinen kritiikki omistusindividualismia kohtaan korostaisi sitä, että yhteiskunnan rakenteet määrittävät aina ihmisen toimintamahdollisuuksia ja identiteettiä, terveenä ja sairaana. Erityisesti sairaus on tila, jonka puitteissa emme valitse suhteitamme toisiin, ääriesimerkkinä tajuttomuus ja tarve ambulanssikuljetukseen ja ensiapuun. Sairaus vähentää valinnan vaihtoehtoja.

Vastoin omistusindividualismin teesiä, hyvinvointivaltio on tehnyt ihmisestä positiivisessa merkityksessä vapaan mahdollistamalla hänelle turvallisuutta, tietoja ja taitoja, terveyttä, sekä liikkumisen ja harrastamisen mahdollisuuksia. Ajateltaessa, että ”yksilö omistaa itsensä ja kykynsä”, tarkoittaa omistusindividualismi yksilöllisten kykyjen sosiaalisten ja historiallisten vaikuttimien sivuuttamista. Esimerkiksi rokotukset ja tartuntataudit osoittavat, että terveys ei ole vain yksilön omaisuutta, vaan se kietoutuu yhteisöllisiin käytäntöihin ja toisiin ihmisiin. Sosiologien tutkimusnäytöt sosiaalisista riippuvuuksista eivät ole kuitenkaan estäneet omistusindividualismin aatteen leviämistä ja omaksumista osaksi nykyihmisen identiteettiä – esimerkkinä tapa puhua sairauksista itseaiheutettuina tiloina.

Yliautonomisoidun ihmisen omavastuu ja valinnanvapaus

Omistusindividualismiin sisältyy yliautonomisoinnin vaara. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilön itsemääräämisessä sivuutetaan tai ”ylitehtään” ihmisen perustava sosiaalisuus ja tämän seurauksena yksilön autonomiaa pidetään suurempana kuin mitä se voi todellisuudessa olla. Zygmunt Baumanin (2002, 46) sanoin, ”riskejä ja ristiriitoja tuotetaan edelleen sosiaalisesti – vain velvollisuus ja tarve selviytyä niistä yksilöllistetään”. Yliautonomisointi näkyy esimerkiksi keskustelussa itseaiheutetuista sairauksista. Aika-ajoin esitetään näkemyk-

siä, joiden mukaan vaikkapa alkoholista, tupakasta ja ylipainosta aiheutuvat terveydenhuollon kustannukset pitäisi siirtää enenevässä määrin yksilölle. Oletuksena on, että yksilö hallinnoisi terveyttään ja sairauttaan autonomisen rationaalisesti, tietoisesti ja vapaasti (epä) terveelliset elintavat valiten. (Ks. esim. Tulevaisuuslautakunta 2006, 82, 238; vrt. kuitenkin Lindqvist 2008, 34–35.)

Libertaristiset toiveet ja vaatimukset siitä, että hyvinvointivaltion kaikille tasa-arvoisista ja standardoiduista palveluista päästäisiin eroon, voidaan myös tulkita omistusindividualistisen ihmiskäsityksen ja identiteetin omaksumisen näkökulmasta. On mahdollista ajatella, että omistusindividualismi on lisännyt ihmisen omistuksen ja negatiivisen vapauden kaipuuta sekä pyrkimystä tehokkaampaan omien intressien toteutumisen edistämiseen. Omistusindividualismi sisältyykin keskeisenä lähtökohtana sekä liberalismiin että libertarismiin, vaikkakin jälkimmäisessä se viedään pidemmälle (Macpherson 1962).

Yliautonomisoiva omavastuuajattelu, jossa yksilön vastuulle halutaan antaa sosiaalisesti tuotettuja riskejä, liittyy omistusindividualistiin itsekunnioituksen ajatukseen. Omistusindividualisti kunnioittaa itseään juuri autonomisena, vapaana ja riippumattomana ihmisenä. Riippuvuus näyttäytyy häpeällisenä ja itsekunnioitusta haittaavana asiana, negatiivisen vapauden esteenä. Itsekunnioitus kytkeytyy itsemääräämisoikeuden omistamiseen, mikä libertarismissa tulkitaan laajassa merkityksessä. Itsekunnioitus kytkeytyy myös (subjektiiviseen) järkeen, sillä järkevyyden juuri mahdollistaa vapaat valinnat. Kommunitarismi painottaa valinnan vapauden, autonomian ja itsemääräämisen sosiaalista rakentumista ja tässä perspektiivissä terveyskin rakentuu sosiaalisesti, suhteessa kunkin yhteisön, kulttuurin ja historiallisen ajankohdan kemialliseen ympäristöön, lääketieteeseen, hygieniaan, tartuntatauteihin, elämäntapaan ja niin edelleen. Kommunitaristisesta näkökulmasta voidaan siten kritisoida yliautonomisointia, jossa yksilön ja yhteisön sekä ympäristön keskinäisvuorovaikutuksellinen rakentuminen ylitetään. Esimerkkinä tällaisesta kritiikistä käy tunnettu Charles Taylorin (1995) atomistisen individualismin kuvaus. Yksilön riisuminen konkreettisista, historiallisista ja yhteisöllisistä

yhteyksistään abstraktiksi yksilöksi (Pulkkinen 1998, 119) on yliautonomisointia silloin, kun se merkitsee ylyksilöllisten vaikutusten sivuuttamista ja yksilön autonomian mahdollisuuksien yliarviointia.

Terveydenhuolto kuriyhteiskunnasta kontrolliyhteiskuntaan

Kulloisenkin ajan ihmiskäsityksiin liitettyjen vapauden, vastuun, järjen ja autonomian ajatusten kautta käytetään myös yhteiskunnallista valtaa. Valta vaikuttaa usein näennäisen arvoneutraaliuden varjossa, ja myös terveydenhuollon muutoskeskusteluissa. Siksi valtarakenteiden tunnistaminen ja analyysi ovat tärkeitä.

Ranskalainen filosofi ja historioitsija Michel Foucault on tunnistanut kaksi erityisesti modernille ajalle tunnusomaista vallan muotoa: kurinpidollisen vallan ja biovallan. Näistä ensimmäinen liittyy suljetujen tilojen toimintaan. Foucault on esittänyt, että jo 1700-luvulla syntyi Eurooppaan varsin nopeasti kurinpidollisten instituutioiden – kuten koulujen, vankiloiden ja tehtaiden, mutta myös sairaaloiden – saaristo, joille yhteistä oli yksilöiden kurinalaistaminen ja tarkkaileminen suljetuissa tiloissa. (Foucault 1975.) Foucault'n mukaan kurinpidollinen hallinta suljetuissa instituutioissa muodostaa keskeisen yhteiskunnallisen vallankäytön muodon kattaen lähes koko ihmiselämän syntymästä – sairaalan, koulun, armeijan, tehtaan ja jälleen sairaalan kautta – kuolemaan.

Toinen keskeinen vallankäytön muoto on niin sanottu biovalta. Se ei kytkeydy pelkästään suljetuissa laitoksissa, kuten sairaaloissa tapahtuvaan yksilöiden valvontaan ja tutkimiseen. Sen keskeisenä piirteenä on kansalaisten hallitseminen väestönä: tilastollisten laskentojen kohteena, riskien, voimien ja patologioiden alueena. Mitattavissa olevasta terveydestä tuli yksi keskeinen kansakunnan hyvin- ja pahoinvoinnin mittari ja hallinnan osa-alue. (Foucault 1976.)

Biovaltaan liittyen David Armstrong (1995) puhuu 1900-luvun aikana kehittyneestä ”tarkkailulääketieteestä”. Siinä missä kliininen lääketiede keskittyi sairauteen suljetuissa tiloissa, tarkkailulääketiede

kohdistuu enemmän tai vähemmän terveiden väestöryhmien terveyden hallintaan ja edistämiseen. Hallinnan kohde on koko kansakunta, ja olennaista on jo tapahtuneen sijasta ennakointi: tarkkailulääketieteenä biovalta ennakoi väestötason riskejä (todennäköisyyksiä esimerkiksi epidemioille) ja asettaa tämän kautta yksilölle velvoitteita näiden riskien hallitsemiseksi. Toisaalta terveydessä on kyse populaatiotason ilmiöstä ja sen syyt ja seuraukset ovat yhteiskunnallisia, mutta niiden hallitsemiseksi yksilön on nähtävä yhä enenevässä määrin oma vastuullinen toimintansa terveytensä ehtona.

Suomessa Armstrongin kuvaaman tarkkailulääketieteen voidaan nähdä kehittyneen vuosisadan alussa ”kansanterveyttä” edistävässä hankkeissa, kuten tuberkuloosiriskien hallinnassa. Sen sijaan että pelkästään hoidettaisiin tuberkuloosia sairaalassa, keskitytään erinäisiin arjen käytäntöihin (hygienia, ilmastointi), jotka ennaltaehkäisevät sairauksia. Ihmiset houkuteltaan näin ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään ja ymmärtämään oman toimintansa merkitys koko kansakunnan terveyden kannalta. Tässä heijastuu uudenlainen ”terveyskansalaisuus”, jonka juuret ovat liberalistisen yhteiskuntafilosofian perinnössä. (Helén & Jauho 2003.)

1970-luvulla luotiin Suomeen kattava terveyskeskusjärjestelmä, ja maassamme alettiin kehittää avoterveydenhuoltoa laitoshoidon sijaan (luvut 1 ja 2). Tämän muutoksen myötä otettiin terveydenhuollon hallintaan yhä suurempi väestönosa. Jos aikaisemmin terveydenhuollossa keskityttiin erityisesti sairaalahoitoa vaativien tautien hoitoon, painotettiin 1970-luvulta lähtien myös terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä. Tämä tarkoitti sairausuhan alla olevien terveiden ihmisten aktiivista seuraamista ja laajoja ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Samaan aikaan käynnistettiin riskien hallintaan populaatiotasolla suunnattuja terveysvalistuskampanjoita, perustanaan tilastolliset todennäköisyydet sairastua tai kuolla tiettyjen elämäntapojen tuloksena. Sairaalan sijaan terveyttä voidaan hallinnoida väestötasolla. (Armstrong 1995.)

Siirtymä sairaalakeskeisestä järjestelmästä terveyden edistämisen projekteihin on ollut vaiheittaista siirtymää kurinpidollisesta yhteis-

kunnasta niin sanottuun kontrolliyhteiskuntaan. Kontrolliyhteiskunnalla tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi ihmisen terveyttä ei enää hallita ainoastaan niitä varten rakennetuissa instituutioissa, vaan kaikkialla yhteiskunnassa (Deleuze 2005). Muutos kohti avoimempia kontrollin tiloja näkyy kaikkialla sosiaali- ja terveyshuollossa. Mielenterveyspotilaita on jo vuosikymmenien ajan siirretty laitoshoidosta avohoitoon ja sama kehitys on havaittavissa myös kehitysvamma palveluissa. Vanhuspalveluissakin suunta on ollut jo pitkään laitoshoidosta kohti kotiin annettavia hoito- ja hoivapalveluja. Niin ikään erikoissairaanhoidon tiloja, kun esimerkiksi entistä useammat leikkaukset suoritetaan nykyään päiväkirurgisina operaatioina.

Siirtymä avoimiin kontrollin tiloihin ei kuitenkaan merkitse loputonta vapautta ja vallan loppua. Sen sijaan kurinpito muuttuu kontrollin muodoiksi, jotka kulkeutuvat yhteiskunnassa sinne missä ihmisetkin kulkevat, ja muokkautuvat entistä notkeammin uusiin käyttötarkoituksiin. Potilaiden passiivisen sairaalavuoteissa makuuttamisen sijaan heidän tulee jatkuvasti seurata terveytensä tai sairautensa etenemistä – mittaamalla verensokereita, käymällä vaa'alla ja kontrolloimalla ruokailutottumuksiaan sekä raportoitava näistä terveydenhuollossa asioidessaan. (Deleuze 2005.)

Itsehallinta ja omavastuu kontrolliyhteiskunnassa

Kontrolliyhteiskunnassa valta siis toteutuu tyypillisesti itsehallinnan kautta siten, että ihmiset sisäistävät erilaisia ajattelu- ja asennoitumismalleja itsestään selvyyskinä. Tässä siirtymä kommunitaristisemmasta ajattelutavasta liberalismiin ja libertarismiin onkin merkityksellistä. Painopisteen siirtymä näkyy muun muassa siinä, että terveyttä aletaan nähdä enemmän omavastuullisen ihmisen itsehallintaan kuuluvana asiana. Rationaalinen ja autonominen yksilö hallitsee itse terveyttään ja on aktiivinen sen edistämässä. Yhteisö astuu taka-alalle, mikä tekee vallankäytön havaitsemisesta ja ymmärtämisestä entistä hankalampaa.

Näin on tapahtunut erityisesti Suomessa 1990-luvun laman seurauksena. Tällöin, ja osittain jo sitä edeltävänä nousukautena, keskeiseksi tuli libertaristinen vahvan ja kaikkivoivan yksilön oppi, jossa korostuu yksilön vastuu (Siltala 1996, 165). Omavastuuta tässä mielessä voi luonnehtia yliautonomisoinnin käsitteellä, ja tämä on näkynyt myös terveydenhuollon kehittämisen ohjelmissa ja poliittisissa linjapuheissa (esim. Tulevaisuusvaliokunta 2006, 2). Omavastuuta korostavassa ajattelussa ihmistä koulitaan elämänhallintaan; hänen on ylitettävä saamattomuutensa ja löydettävä keinoja selvittää itse päivittäisessä elämässään. Omavastuun perspektiivissä epävarmuus ja epäonnistuminen sekä syrjäytyminen nähdään yksilötason ongelmana, passiivisuutena riskienhallinnassa (Saastamoinen 2010).

Itsehallinta vallan mekanismina voi tapahtua epäsuorasti niin, että yksilö syyllistää itse itseään. Kuten edellä todettiin, avun vastaanottaminen nähdään helposti häpeällisenä (ks. infantilisatioteesi) puutteellisen itsehallinnan osoituksena. Valta toimii tehokkaimmin silloin, kun yksilö ajattelee itse asettaneensa itselleen ne päämäärät, joita hänet houkuttelee tavoittelemaan. Nykyaikaisen vallan analyysin kannalta onkin keskeistä ymmärtää, että yksilön vapaus sekä kontrollin ja hallinnan kohteena oleminen eivät ole toisiaan pois sulkevia asioita, vaan ilmenevät toisiinsa kietoutuneena (esim. Saastamoinen 2010, 234). Valta siis pureutuu yksilön haluun olla vapaa ja ottaa vastuu omasta toiminnastaan. Tämä on toisaalta omiaan synnyttämään häpeää, syyllisyyttä suoran uhan, kuten sairauden, sekä tästä seuraavan välillisen uhan, kuten ansionmenetyksen, syrjäytymisen ja “epäkansalaisuuden” kautta (ks. Saastamoinen 2010, 238–240).

Vahva terveyskansalaisuus vai inhimillinen valtio?

Luvun alussa totesimme, että suomalaisessa julkisessa terveydenhuollossa on viime aikoina alettu jäljitellä yksityisen sektorin toimintaperiaatteita. Tähän liittyy käsitys ihmisestä terveydestään vapaasti vastaavana valitsijana ja terveyspalveluiden ynnä muiden sellaisten

kuluttajana. Kirjoituksemme perusviesti on, että yksilöllisyyden, itsemääräämisen, vapauden ja omavastuun teemojen korostuminen heijastaa ihmiskuvan muutosta kommunitaristisista painotuksista kohti liberalismia ja libertarismia. Toimme filosofisen tutkimuksen keinoin esiin terveydenhuollon muutoskeskustelun taustalla olevia ihmiskäsityksiä, sekä niiden historiallisia muutoksia.

Siirtymä yhteisen hyvän, jaettujen kulttuuristen merkitysten, sivistyksellisen yhteisön, objektiivisen järjen ja positiivisen vapauden painotuksista kohti yksilöpainotteista maailmankuvaa ei ole jäänyt terveydenhuoltokeskustelujen ulkopuolelle. Ihmiskäsityksen muutokseen liittyy maailmankuvan muutos kohti sellaista individualismia, jossa keskeisen sijan on saanut vahvan ja kaikkivoivan yksilön oppi (Siltala 1996, 165). Tällaisen yksilökeskeisen maailmankuvan puitteissa monimutkaiset yksilön identiteetit, vallan ja ideologian yhteen kietoutumiset jäävät usein tunnistamatta. Keskeinen tulkintamme on, että vapaus ja kontrolli eivät ole toisiaan poissulkevia asioita ja vallankäyttö mahdollistuu omistusindividualismia ja negatiivista vapautta korostavan ihmiskäsityksen perustalta.

Liberalistiset ja libertaristiset ajattelutavat tekevät erilaisia toisiinsa kietoutuvia oletuksia yksilöstä, omistamisesta, autonomiasta ja järjestä kuin kommunitaristinen ajattelu. Libertarismissa yksilön autonomian korostaminen saattaa olla ylimitoitettua (yliautonomisointi), ja tällaisena johtaa esimerkiksi terveydenhuollon rahoituksen omavastuuajatteluun, jossa vahvan terveyskansalaisen katsotaan yksin olevan vastuussa terveysongelmistaan ja niiden kustannuksista. Tämä libertarismin oppi on ristiriidassa sen ajatuksen kanssa, että ihminen on sidoksissa sosiaaliseen ympäristöönsä monin eri tavoin, ja tuo havainnollisesti esiin, kuinka tärkeää on nähdä erilaisten ihmiskäsitysten merkitys terveydenhuollon kehittämisessä.

Terveyskansalaisen omavastuuseen voi liittyä pelkoa, häpeää ja syyllisyyttä, joka saa yksilön hallitsemaan itse itseään ja vaikenemaan vallitsevaan maailmankuvaan ja ihmiskäsitykseen huonosti sopivista aineksista. Vallan tunnistettavuutta hankaloittava vahvan yksilön oppi voi myös johtaa avuntarvitsijan (itsen ja muiden) tarpeiden torjuntaan.

Terveyden omavastuuta korostava vahvan terveystieteellisen ihmiskäsityksen voima voi muodostua vallitsevaksi, mikäli erilaisten ihmiskäsitysten olemassaoloa, mahdollisuuksia ja järjellisiä perusteluita ei havaita, eikä niistä käydä asiallista keskustelua.

Filosofinen tarkastelu osoittaa nykyaikaisen valinnanvapauden hyötyä korostavan ideologian perustuvan paljolti näkemykseen, jonka mukaan hyvinvointivaltio on laiminlyönyt yksilön autonomisuutta ja vapautta käyttäen omaa subjektiivista järkeään. Snellmanilaiseen perinteeseen kytkeytyvässä hyvinvointivaltiossa terveys saattoikin näyttää enemmän kansalaisuuteen liittyvältä itseisarvoiselta asialta, jota kehittyminen vapaaksi, hyväksi ja järkeväksi kansalaiseksi edellyttää. Libertaristisen ihmiskäsityksen valossa koko ajatus ”kansanterveydestä” osana kansansivistyksen prosessia näyttää lähtökohtaisesti yksilön holhoamiselta – vapauden ja vallan tarpeettomalta rajoittamiselta. Tällaisten ihmiskäsitysten ja ajattelutapojen hedelmällisten ja hedelmättömien ominaisuuksien tarkastelun kautta voidaan pohtia esityksiä terveydenhuoltojärjestelmän muuttamiseksi. Olennaista on valintojen tekeminen kriittisesti erilaisia filosofisia vaikutteita, ihmiskäsityksiä ja ideologisia sidonnaisuuksia sekä perusteluita julkisuuden ja ymmärtäen.

Kirjallisuus

- Aaltonen, K., Niemelä, M., Norris, P., Bell, S. J. & Hartikainen, S. 2013a. Trends and Income Related Differences in Out-of-Pocket Costs for Prescription and Over-the-Counter Medicines in Finland from 1985 to 2006. *Health Policy* 10 (2–3): 131–140.
- Aaltonen, K., Miettunen, J., Saastamoinen, L. K. & Martikainen, J. E. 2013b. Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin? Teoksessa I. Airio (toim.) Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kela, 232–247.
- Aer, J. (toim.) 1975. *Kansanterveystyön käsikirja*. Helsinki: Tammi
- Aho, T. 2012. Hankinta- ja sopimuskäytännöt palvelujen ulkoistuksessa. Teoksessa M. Junnila, T. Aho, S. Fredriksson, I. Keskimäki, J. Lehto, M. Linna, S. Miettinen & L-K. Tynkkynen (toim.) Sitä saa mitä tilaa. Tilaa- ja tuottaja toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raportti 42/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–135.
- Ailasmaa, R. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2009. THL Tilastoraportti 6/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ailasmaa, R. 2013. Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2010. THL Tilastoraportti 10/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ailasmaa, R. 2015. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. THL Tilastoraportti 8/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Airio, I. 2012. Sairausvakuutus. Teoksessa P. Havakka, M. Niemelä & H. Uusitalo (toim.) Sosiaalivakuutus. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskeskus, 114–139.
- Alastalo, M. (2013). Verotusta koskevat hallituksen esitykset eduskunnalle hallituskaudella 2007–2010 sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen näkökulmasta -onko esitysten terveysvaikutuksia arvioitu? Pro Gradu -tutkimus, *Kansanterveystiede*, 90 s. Tampere: Tampereen yliopisto. <<http://tampub.uta.fi/handle/10024/94427>>, haettu 12.05.2015.
- Allin, S. & Masseria, C. 2009. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15 (3): 7–9.
- Anttonen, A. & Sointu, L. 2006. Hoivapolitiikka muutoksessa: Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Helsinki: Stakes.
- Armstrong, D. 1995. The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health & Illness* 17 (3): 393–404.
- Aro, S. & Liukko, M. (toim.) 1993. VPK-väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Raportteja 105. Helsinki: Stakes.
- Aronkytö, T., Hallipelto, A. & Kangasharju, A. 2010. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. *Selvityksiä* 24. Helsinki: Sitra.

- Bambra, C. 2012. Social Inequalities in Health. The Nordic Welfare State in a Comparative Context. Teoksessa J. Kvist, J. Fritzell, B. Hvinden & O. Kangas (toim.) *Changing Social Equality. The Nordic Welfare Model in the 21st Century*. Bristol: Policy Press, 143–163.
- Bartley, M., Ferrie, J. & Montgomery, S. M. 2005. Health and Labour Market Disadvantage: Unemployment, and Job Insecurity. Teoksessa M. Marmot & R. Wilkinson (toim.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, 97–130.
- Bauman, Z. 2002. *Notkea moderni*. Tampere: Vastapaino.
- Berlin, I. 2001. *Vapaus, ihmisyy ja historia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Billis, D. 2010. *Hybrid Organizations and the Third Sector: Challenges for Practice, Theory and Policy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Curran, R. & Andrew, T. 2011. Regulating the Advertising of Patient Services in the NHS in England. *European Journal of Consumer Law* 2011/4, 777–802.
- Deleuze, G. 2005. Jälkikirjoitus kontrolliyhteiskuntaan. Teoksessa Haastatteluja. Helsinki: Tutkijaliitto, 118–125.
- Denvir, C., Balmer, N. J. & Buck, A. 2012. Informed Citizens? Knowledge of Rights and the Resolution of Civil Justice Problems. *Journal of Social Policy* 41 (3): 591–614.
- Diderichsen, F., Evans, T. & Whitehead, M. 2001. The Social Basis of Disparities in Health. Teoksessa T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (toim.) *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: The Rockefeller Foundation, Oxford University Press, 13–23.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. & OECD Health Equity Research Group Members. 2004. *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD Health Working Papers 14. Paris: OECD.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta. 2011. EVA Fakta. Hyvinvointivaltio numeroina. <<http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2011/03/tietopaketti-hyvinvointivaltiosta.pdf>>, haettu 15.5.2015.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2005. Terveysthuollon henkilöstö ja henkilöstön hyvinvointi. Duodecim, terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00051>, haettu 15.5.2015.
- Erhola, M., Jonsson, P. M., Pekurinen, M. & Teperi, J. 2013. Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013. Helsinki: Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos.
- Eriksson, K. 2009. Osallistuva politiikka: Aktiivinen kansalaisuus ja itsepalveluyhteiskunta. *Sociologia* 46 (3): 191–209.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2004/18/EY. <<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0018&from=FI>>, haettu 15.5.2015.

- Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (toim.) 2005. *Purchasing to Improve Health Systems Performance*. Buckingham: Open University Press.
- Finanssialan Keskusliitto. 2013. *Sairauskuluvaluutuksen lukumäärätilasto 2009–2012*. Helsinki: Finanssialan Keskusliitto.
- Forss, M. & Klaukka, T. 2003. Yleinen terveystakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. *Suomen Lääkärilehti* 58 (16–17): 1939–1940.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. 1976. *Histoire de la sexualité I: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Fredriksson, S., Junnila, M. & Tynkkynen, L-K. 2012. Palvelujen hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta. Teoksessa M. Junnila, T. Aho, S. Fredriksson, I. Keskimäki, J. Lehto, M. Linna, S. Miettinen & L-K. Tynkkynen (toim.) *Sitä saa mitä tilaa. Tilaa- ja tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 89–117.
- de Gooijer, W. 2007. *Trends in EU Health Care Systems*. New York, NY: Springer.
- Hallintolaki 6.6.2003/434. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>>, haettu 15.5.2015.
- Hanhcher, L. & Földes, M. E. 2011. Push or Pull? – Information to Patients and European Law. *European Journal of Consumer Law* 4: 749–776.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. *Acta Nro 187*. Helsinki: Suomen kuntaliitto ja Stakes.
- Harjula, M. 2007. *Terveyden jäljillä – suomalaista terveyspolitiikka 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Hartman, S. 2012. *Sosiaalipalvelut. Toimialaraportti 5/2012*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Hasanen, K. 2013. *Narrating Care and Entrepreneurship*. Tampere: Tampere University Press.
- Hayek, F. A. 1995. *Tie orjuuteen*. Helsinki: Gaudeamus.
- HE 185/1991. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.
- HE 90/2010. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- HE 343/2014. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunnan velvollisuudesta järjestää eräitä terveydenhuollon palveluja eräille ulkomaalaisille ja laiksi rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.
- Heiskala, R. 2006. *Kansainvälisen toimintaympäristön muutos ja Suomen yhteiskunnallinen murros*. Teoksessa R. Heiskala & E. Luhtakallio

- (toim.) Uusi jako: miten Suomesta tuli kilpailukyky-yhteiskunta? Helsinki: Gaudeamus, 11–42.
- Helakorpi, S., Mäkelä, P., Helasoja, V., Karvonen, S., Sulander, T. & Uutela, A. 2007. Alkoholinkäyttö. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 141–148.
- Helén, I. & Jauho, M. 2003. *Terveyskansalaisuus ja elämän politiikka*. Teoksessa I. Helén & M. Jauho (toim.) *Kansalaisuus ja kansanterveys*. Helsinki: Gaudeamus, 13–32.
- Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. 2008. *Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ ja yrittäjyys 14/2008*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Hetema, T., Manderbacka, K., Reunanen, A., Koskinen, S. & Keskimäki, I. 2006. Socioeconomic Inequities in Invasive Cardiac Procedures among Patients with Incident Angina Pectoris or Myocardial Infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 34 (2): 116–123.
- Hollingsworth, B. 2008. The Measurement of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery. *Health Economics* 17 (10): 1107–1128.
- Horkheimer, M. 2008. *Välineellisen järjen kritiikki*. Tampere: Vastapaino.
- Häkkinen Skans, I. 2011. *Kotitalouspalveluiden verovähennykset Suomessa ja Ruotsissa*. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) 2006. *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006*. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Häkkinen, U. & Nguyen, L. 2010. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2/2010. <<http://julkari.fi/handle/10024/114521>>, haettu 12.5.2015.
- Hämäläinen, R-M. 2008. *The Europeanisation of Occupational Health Services: A study of the Impact of EU Policies*. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Johansson, H. & Hvinden, B. 2007. Re-Activating the Nordic Welfare States: Do We Find a Distinct Universalistic Model? *International Journal of Sociology and Social Policy* 27 (7/8), 334–346.
- Junnila, M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K. (toim.) 2012. *Sitä saa mitä tilaa. Tilaja-tuottaja toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaipainen, O. 1969. *Kansa kaikki kärsinyt. Onko terveys kauppatavara vai oikeus*. Hämeenlinna: Karisto.

- Kalimo, E., Nyman, K., Klaukka, T., Tuomikoski, H. & Savolainen, E. 1982. Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kallio, J. 2007. Kansalaisten asennoituminen kunnallisten palvelujen markkinoistumiseen vuosina 1996–2004. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (3): 239–255.
- Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka: osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kangas, O. 1991. *The Politics of Social Rights. Studies on the Dimensions of Sickness Insurance in OECD Countries*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Kangas, O. 2006. *Politiikka ja sosiaaliturva Suomessa*. Teoksessa T. Paavonen & O. Kangas (toim.) *Eduskunta hyvinvointivaltion rakentajana*. Helsinki: Edita, 9–187.
- Kangas, O. 2012. Välskäri vaiko rauhanneuvottelija? Sosioekonomisia terveyseroja selittävät tekijät Euroopassa. Teoksessa H. Mikkola, J. Blomgren & H. Hiilamo (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kela, 52–75.
- Kangas, O. & Niemelä, M. 2012. Riskit, vakuutus ja sosiaalivakuutus. Teoksessa P. Havakka, M. Niemelä & H. Uusitalo (toim.) *Sosiaalivakuutus*. Helsinki: Finanssi- ja vakuutuskustannus, 10–51.
- Kangas, O., Niemelä, M. & Varjonen, S. 2013. *Narratives and Numbers: Politics in the Making of Sickness Insurance in Finland*. Teoksessa H. Haggren, J. Rainio-Niemi & J. Vauhkonen (toim.) *Multi-Layered Historicity of the Present. Approaches to Social Science History. Publications of the Department of Political and Economic Studies* 8. Helsinki: Political History, University of Helsinki, 271–296.
- Karsio, O. 2011. Verkostoja, hierarkiaa vai markkinoita? Kolmas sektori, tilaaja-tuottaja-malli ja hallinnan muutos. Tampere: University of Tampere.
- Karsio, O. & Anttonen, A. 2013. *Marketisation of Eldercare in Finland: Legal Frames, Outsourcing Practices and the Rapid Growth of For-Profit Services*. Teoksessa G. Meagher & M. Szebehely (toim.) *Marketisation in Nordic Eldercare: A Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences*. Stockholm Studies in Social Work 30. Stockholm: Stockholm University, 85–125.
- Karvonen, S. & Kauppinen, T. M. 2009. Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (5): 467–486.
- Karvonen-Kälkäjä, A. 2012. *Unohtuuko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kela. 2012. *Työterveydenhuollon toimintatilasto 2010*. Helsinki: Kela.

- Keskimäki, I. 2003. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine*, 56 (7), 1517-30.
- Kettunen, R. 2010. Sosiaalipalvelut. Toimialaraportti 11/2010. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Kinnunen, K. (toim.) 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kittelsen, S., Magnussen, J., Anthun, K., Häkkinen, U., Linna, M., Medin, E., Olsen, K. & Rehnberg, C. 2008. Hospital Productivity and the Norwegian Ownership Reform. A Nordic Comparative Study. Helsinki: Stakes.
- Klavus, J., Pekurinen, M., Järvelin, J. & Mikkola, H. 2004a. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 100 (4): 440–456.
- Klavus, J., Pekurinen, M. & Mikkola, H. 2004b. Verotus terveydenhuollon rahoitusmuotona. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 100 (2): 128–136.
- Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. 2009. Johdanto. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 9–20.
- Kokkinen, L. & Konu, A. 2012. Work Ability of Employees in Changing Social Services and Health Care Organizations in Finland. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 25 (2): 151–165.
- Kokkinen, L., Kouvonen, A., Koskinen, A., Varje, P. & Väänänen, A. 2014. Differences in hospitalizations between employment industries, Finland 1976-2010. *Annals of Epidemiology* 24 (8): 598–605.
- Kokko, S. 1997. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalveluiden muuttuvat organisointitavat. Teoksessa H. Uusitalo & M. Staff (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Raportteja 214*. Helsinki: Stakes, 49–71.
- Kokko, S. 1998. Jäävuori-ilmiö terveydenhuollossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 63 (5): 432–444.
- Kokko, S. 2013. Terveystalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveystalveluiden perusta ja käytännöt. Teema 17*. Helsinki: Terveystalveluiden ja hyvinvoinnin laitos, 242–260.
- Kokko, S., Heinämäki, L., Tynkkynen, L.-K., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Muuri, A., Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. *THL Raportteja 36/2009*. Helsinki: Terveystalveluiden ja hyvinvoinninlaitos.
- Kokko, S. & Lehto, J. 1993. Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusmuutoksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. Helsinki: Stakes.

- Korkein hallinto-oikeus KHO 10.3.2000/530. <<http://www.finlex.fi/fi/oikeus/kho/muut/2000/200000530>>, haettu 15.5.2015.
- Korkein oikeus KKO 1999:132. <<http://www.finlex.fi/fi/oikeus/foki/tapaus/77250>>
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P., Heliövaara, M., Reunanen, A. & Lahelma, E. 2007. Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) Terveystieteiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki., 74-86.
- Kotkas, T. 2009. Terveystieteiden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa – menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 2: 207–225.
- Kröger, T. & Leinonen, A. 2011. Home Care in Finland. Teoksessa Tine Rostgaard (toim.) *LIVINDHOME: Living Independently at Home: Reforms in Home Care in 9 European Countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 117–138.
- Kuluttajansuojalaki 20.1.1978/38. <<http://www.kuluttajariita.fi/fi/index/kuluttajariitalautakuntaratkaisut/2007.html>>, haettu 15.5.2015.
- Kuluttajariitalautakunta KRIL 13.9.2007. <<http://www.kuluttajariita.fi/fi/index/kuluttajariitalautakuntaratkaisut/2007.html>>, haettu 15.5.2015.
- Kuntaliitto. 2013. Kuntaliitokset. <<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/kuntaliitokset/Sivut/default.aspx>>, haettu 15.5.2015.
- Kuusi, P. 1961. 60-luvun sosiaalipolitiikka. Porvoo: WSOY.
- Kymlicka, W. 2002. *Contemporary Political Philosophy*. Oxford: Oxford University Press.
- Laatu, M., Salminen, A-L., Kalliomaa-Puha, L. & Autti-Rämö, I. 2010. Setelillä kuntoon? *Kuntoutus* 3: 33–41.
- Lahti, R. 2002. Kuolevan hoitoon liittyviä oikeudellisia näkökohtia. Teoksessa *Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa*. ETENE-julkaisuja 4/2002. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 27–32.
- Laine, M. & Kokkinen, L. 2013. Terveys- ja sosiaalipalvelut. Teoksessa T. Kauppinen, P. Mattila-Holappa, M. Perkiö-Mäkelä, A. Saalo, J. Toikkainen, S. Tuomivaara, S. Uuksulainen, M. Viluksela & S. Virtanen (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2012*. Helsinki: Työterveyslaitos, 202–207.
- Laki holhoustoimesta HolhTL 442/1999. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990442>>, haettu 15.5.2015.

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>>
- Laki ja asiakkaan oikeudet. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Loppuraportti IV. Raportteja 48/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laki julkisista hankinnoista (kumottu) 23.12.1992/1505. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1992/19921505>>, haettu 15.5.2015.
- Laki julkisista hankinnoista 30.3.2007/348. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070348>>, haettu 15.5.2015.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>>, haettu 15.5.2015.
- Laki kuluttajaneuvonnasta 800/2008. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080800>>, haettu 15.5.2015.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>>, haettu 15.5.2015.
- Laki raha-automaattivastuksista 23.11.2001/1056. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011056>>, haettu 15.5.2015.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>>, haettu 15.5.2015.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>>, haettu 15.5.2015.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>>, haettu 15.5.2015.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>, haettu 15.5.2015.
- Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>>, haettu 15.5.2015.
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>, haettu 15.5.2015.
- Lehto, A-M. & Sutela, H. 2008. Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimusten tuloksia 1977–2008. Helsinki: Tilastokeskus.
- Lehto, J. 2012a. Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa A. Anttonen, A. Haveri, J. Lehto & H. Palukka (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampere: Tampere University Press, 370–391.
- Lehto, J. 2012b. Kysymys on hyvinvointivaltion rakenneuudistuksesta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 40 (4): 290–300.
- Lehto, J. & Blomster, P. 2000. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 28 (1): 44–60.
- Lehto, J. & Kokko, S. 1996. Palvelujen rakennemuutos: kokemuksia lähihistoriasta ja muista maista. Teoksessa R. Viialainen & J. Lehto (toim.) So-

- siaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Helsinki: Stakes, 17–37.
- Lehto, J. & Miettinen, S. 2013. Erillisistä osajärjestelmistä toimivaksi kokonaisuudeksi – kuntoutuspolitiikan koordinaation edellytyksiä ja esteitä. Teoksessa U. Ashorn, I. Autti-Rämö, J. Lehto & M. Rajavaara (toim.) Kuntoutus muuttuu, entä kuntoutusjärjestelmä? Helsinki: Kela, 34–44.
- Lehto, J., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K. 2012. Muuttuvatko palveluita käyttävän kuntalaisen asema ja vaikutusmahdollisuudet? Teoksessa M. Junnila, T. Aho, S. Fredriksson, I. Keskimäki, J. Lehto, M, Linna, S. Miettinen & L-K. Tynkkynen (toim.) Sitä saa mitä tilaa. Tilaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 149–158.
- Lehto, J., Winblad, U. & Vrangbaek, K. 2014. The Reactions to Macro-Economic Crises in Nordic Health System Policies. Denmark, Finland and Sweden 1980–2012. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Liljeström, M. 2003. Terveyspalvelujen järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis 1, 86–98.
- Lindqvist, M. 2008. Ihmisen vastuu ja oikeus päättää elämäntavoistaan. Teoksessa Terveyden edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 34–35.
- Lith, P. 2013. Vanhusten ja erityisryhmien yksityisen palveluasumisen kilpailutilanne. Raportteja 9/2013. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2004. Terveydenhuollon juridiikka. Helsinki: Talentum.
- Lumme, S., Sund, R., Leyland, A. H. & Keskimäki, I. 2012. Socioeconomic Equity in Amenable Mortality in Finland 1992–2008. *Social Science & Medicine* 75 (5), 905–913.
- Lääkeasetus 24.7.1987/693. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>, haettu 15.5.2015.
- Lääkelaki 10.4.1987/395. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>, haettu 15.5.2015.
- Lääkäriliitto. 1999. Terveyspalvelujen rahoitus tienhaarassa. Julkaisusarja 1/1999. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.
- Lääkäriliitto. 2008. Lääkärien määrän kehitys vuosina 1900–2008. <<http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/kehitys.html>>, haettu 15.5.2015.
- Lötjönen, S. 2004. Loukatun suostumuksesta potilaan itsemääräämisoikeuteen. *Lakimies* 7–8, 1398–1420.
- MacIntyre, A. 2004. Hyveiden jäljillä. Moraaliteoreettinen tutkielma. Helsinki: Gaudeamus.
- Macpherson, C. B. 1962. *The Political Theory of Possessive Individualism: Hobbes to Locke*. Oxford: Oxford University Press.

- Magnussen, J., Vrangbaek, K. & Saltman, R. (toim.) 2009. *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Buckingham: Open University Press.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Leyland, A., McCallum, A. & Keskimäki, I. 2009. Change and Persistence in Healthcare Inequities: Access to Elective Surgery in Finland in 1992–2003. *Scandinavian Journal of Public Health* 37 (2) 131–138.
- Manderbacka, K., Arffman, M., Salmela, R., Räsänen, P. & Keskimäki, I. 2013. Somaattisen erikoissairaanhoidon käytön sosioekonomiset erot alueittain 1998–2010. *Työpäperi 2/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-820-9>>, haettu 12.05.2015.
- Marmor, T., Freeman, R. & Okma, K. (toim.) 2009. *Comparative Studies and the Politics of Modern Health Care*. New Haven: Yale University Press.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (toim.) 2006. *Social Determinants of Health*. 2. painos. Oxford: Oxford University Press.
- Mattila, Y. 2011. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 116. Helsinki: Kela.
- Matveinen, P. & Knape, N. 2013. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2011. Tilastoraportti 6/2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- McKee, M. & Healy, J. (toim.) 2002. *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Melkas, T. 2013. *Terveys kaikissa politiikoissa – Health in All Policies (HiAP)*. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 187–199.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>>, haettu 15.5.2015.
- Miettinen, J., Tervola, J., Virta, L., Koskinen, H., Tuominen, U., Maljanen, T. & Mikkola, H. 2013. Sairausvakuutuksen korvaamien yksityisten terveyspalvelujen käytön kehitys ja hintavertailu. *Työpapereita* 45. Helsinki: Kela.
- Miettinen, S., Junnila, M. & Lehto, J. 2012. Kohti tilaaja–tuottaja-toimintatapaa. Teoksessa M. Junnila, T. Aho, S. Fredriksson, I. Keskimäki, J. Lehto, M. Linna, S. Miettinen & L-K. Tynkkynen (toim.) *Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 23–30.
- Mikkola, H., Blomgren, J. & Hiilamo, H. (toim.) 2012. *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kela.
- Mikkola, H., Kapiainen, S., Seppälä, T., Peltola, M., Tuominen, U., Pekurinen, M. & Häkkinen, U. 2009. *Tutkimus terveydenhuollon mak*

- sukattojen yhdistämisestä. *Avauksia* 10/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mikkola, H., Sund, R., Linna, M. & Häkkinen, U. 2003. Comparing the Financial Risk of Bed-Day and DRG Based Pricing Types Using Parametric and Simulation Methods. *Health Care Management Science* 6 (2): 67–74.
- Moffatt, S., Higgs, P., Rummery, K. & Jones, I. R. 2012. Choice, Consumerism and Devolution: Growing Old in the Welfare State(s) of Scotland, Wales and England. *Aging & Society* 32 (5): 725–746.
- Moisio, A. 2002. Essays on Finnish Municipal Finance and Intergovernmental Grants. VATT-Research Reports 93. Helsinki: Government Institute for Economic Research.
- Moisio, P. 2006. Kasvanut polarisaatio lapsiperheiden parissa. Teoksessa M. Kautto (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 36–56.
- Moisio, S. 2012. Valtio, alue, politiikka. Tampere: Vastapaino.
- Moran, M. 1999. *Governing the Health Care State. A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester: Manchester University Press.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (toim.) 2002. *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Mäkinen, T. 1979. *Suljettujen laitosten laitospopulaatioiden kehitys*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nguyen, L. 2011. Hammashoitouudistus on lisännyt vain vähän oikeudenmukaisuutta. *Optimi* 1/2011.
- Niemelä, H. 2014. *Sairausvakuutus 50 vuotta*. Helsinki: Kela.
- Niemelä, H., Pykälä, P., Sullström, R. & Vanne, R. 2007. *Suomalaisen sosiaaliturvan kehitys ja kansalaisten elinvaiheet. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 57. Helsinki: Kela.
- Niemelä, M., 2008. *Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 102. Helsinki: Kela.
- Niemelä, M., 2011. *Politiikkaprosessi ja ongelmanmäärittäminen kunta- ja palvelurakennemuutoksessa*. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.) *Politiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos*. Helsinki: Kela, 100–127.
- Niemelä, M. & Saarinen, A. 2012. The Role of Ideas and Institutional Change in Finnish Public Sector Reform. *Policy & Politics* 40 (2): 171–191.
- Nolte, E. & McKee, M. 2004. *Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*. London: The Nuffield Trust.

- Nordic Healthcare Group. 2013. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Talouden ja hallinnon rakenteiden arviointi. Loppuraportti 30.4.2013. <<http://www.lappeenranta.fi/loader.aspx?id=a677c94e-479b-424f-b07b-67f5a-53dcfa2>>, haettu 15.5.2015.
- OECD. 1981. *Welfare State in Crisis. From Welfare State to Welfare Society*. Paris: OECD.
- OECD. 2005. *OECD Reviews of Health Systems: Finland*. Paris: OECD.
- OECD. 2012. *OECD Economic Surveys: Finland*. Paris: OECD.
- OECD. 2013. *OECD Health Data*. <<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>>, haettu 15.5.2015.
- Oikeusministeriö. 2011. Asiakkaansuojan kehittäminen julkisissa hyvinvointipalveluissa. Mietintöjä ja lausuntoja 13/2011. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A. & Pelkonen, E. 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 2. Helsinki: Kunnallissalan kehittämiskeskus.
- Ollila, E. & Koivusalo, M. 2009. Vapaus valita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46 (3): 145–147.
- Oulasvirta, L. 2003. Kuntien taloudelliset erot ja valtion apu – antaako julkisen valinnan teoria vastauksia? Teoksessa J. Saari (toim.) *Instituutiot ja sosiaalipolitiikka. Johdatus institutionaalisen muutoksen tutkimukseen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 112–125.
- Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.
- Pajukoski, M. 2009. Suojelu, markkinat ja politiikka. Sääntely kansalaisen terveyden takeena. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus, 79–105.
- Palmer, T. G. 2012. Hyvinvointivaltion murhenäytelmä. Kansalaisten itsepetos. Helsinki: Libera.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Palosuo, H. & Lahelma, E. 2013. Terveyden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 39–55.
- Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportteja 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pasanen, S. 2010. Vanhusten palveluasumisen vaiheet Tampereella. Asian-
tuntijoiden kokemuksia ja näkemyksiä. Tiedontuotannon

- ja laadunarvioinnin julkaisusarja C1/2010. Tampere: Tampereen kaupunki.
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P. M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perkiö-Mäkelä M., Hirvonen, M., Elo, A-L., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Leino, T., Manninen, P., Miettinen, S., Reijula, K., Salminen, S., Toivanen, M., Tuomivaara, S., Vartiala, M., Venäläinen, S. & Viluksela, M. 2010. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Taulukkoliite. Helsinki: Työterveyslaitos. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_taulukkoliite_2009.pdf>, haettu 15.5.2015.
- Pfau-Effinger, B. 2005. Welfare State Policies and the Development of Care Arrangements. *European Societies* 7 (2): 321–347.
- Pierson, P. 2004. *Politics in Time. History, Institutions and Social Analysis*. Princeton: Princeton University Press.
- Pesonen, N. 1980. Terveyden puolesta - sairautta vastaan: terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. Helsinki: WSOY.
- Polanyi, K. 2009. Suuri murros. Aikakautemme poliittiset ja taloudelliset juuret. Tampere: Vastapaino.
- Pollitt, C., van Thiel, S. & Homburg, V. (toim.) 2007. *New Public Management in Europe. Adaptation and Alternatives*. Houndmills: Palgrave MacMillan.
- Potilasdirektiivi 9.3.2011/24/EU. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42734&name=DLFE-15566.pdf>, haettu 15.5.2015.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>>, haettu 15.5.2015.
- Prast, H. 2011. A Behavioral Economics Approach to Public Health: Theory and Policy Implications. *European Journal of Consumer Law* 4: 723–747.
- Prättälä, R. 2007. Johdanto. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) 2007. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 130–132.
- Pulkki, J. & Tynkkynen, L-K.. 2014. 'All Elderly People Have Important Service Needs': A Study of Discourses on Older People in Parliamentary Discussions in Finland. *Ageing and Society*, julkaistu 4.9.2014.
- Pulkkinen, T. 1998. *Postmoderni politiikan filosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>>, haettu 15.5.2015.

- Reissell, E., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N., Blomgren, S. & Erhola, M. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivitys Suomessa 2011. Raportteja 30/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä, M. 2005. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 42 (2): 261–265.
- Rissanen, S., Hujala, A. & Helisten, M. 2010. The State and Future of Social Service Enterprises – A Finnish Case. *European Journal of Social Work* 13 (3): 319–337.
- Rostgaard, T. (toim.) 2011. LIVINDHOME. Living Independently at Home. Reforms in Home Care in 9 European Countries. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research.
- Rostgaard, T. & Lehto, J. 2001. Health and Social Care Systems: How Different Is the Nordic Model. Teoksessa M. Kautto, J. Fritzell, B. Hvinden, J. Kvist & H. Uusitalo (toim.) *Nordic Welfare States in the European Contexts*. London: Routledge, 137–167.
- Rotko, T., Kauppinen, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2012. Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 - loppuraportti. Raportti 41/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rotko, T., Mustonen, N. & Kauppinen, T. 2013. Eriarvoisuuden vähentäminen kaikissa politiikoissa – kokemuksia ministeriökierroksesta. Työpöytä 32/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saarinen, A. 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 114. Helsinki: Kela.
- Saarinen, A. 2013. Eduskuntapuolueiden terveyspoliittiset linjaukset 2000-luvulla. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 314–324.
- Saastamoinen, L. K., Klaukka, T. & Enlund, H. 2008. Lääkeyritysten oikeus tiedottaa reseptilääkkeistä potilaille vastatuudessa. *Suomen Lääkärilehti* 63 (24): 2248–2289.
- Saastamoinen, M. 2010. Aktiivisen kansalaisuuden vastatulkintoja. Neuroottinen ja hylätty kansalaisuus. Teoksessa J. Kaisto & M. Pyykkönen (toim.) *Hallintavalta. Sosiaalisen, politiikan ja talouden kysymyksiä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Saltman, R., Busse, R. & Mossialos, E. (toim.) 2002. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R., Rico, A. & Boerma, W. (toim.) 2006. *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*. Buckingham: Open University Press.

- Sennett, R. 2004. Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa. Tampere: Vastapaino.
- Seuri, M. 2013. Haastattelu. Helsingin Sanomat 14.5.2013.
- Sihto, M. & Palosuo, H. 2013. Terveyserot terveystaloudellisenä kysymyksenä. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Teema 17. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 223–239.
- Siltala, J. 1996. Yksilöllisyyden historialliset ja psykologiset ehdot. Teoksessa A. Hautamäki, E. Lagerspetz, J. Sihvola, J. Siltala & J. Tarkki (toim.) Yksilö modernin murroksessa. Helsinki: Gaudeamus.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sipilä, J. 1995. Aluksi. Teoksessa J. Sipilä, O. Ketola, T. Kröger & P-L. Rauhala (toim.) Sosiaalipalvelujen Suomi. Porvoo: WSOY, 10–21.
- Sipilä, J. 2012. Vaihtoehto. Pamfletti. Helsinki: Suomen Keskusta r.p.
- Snellman, J. V. 1842/2001. Valtio-oppi. Kootut teokset 5. Helsinki: Opetusministeriö, 32–293.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>>, haettu 15.5.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Julkaisuja 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011a. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon strategia. Julkaisuja 2011:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmälle. Loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisen toimivuus. Raportteja ja muistioita 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sotkanet. 2015a. Kotipalvelun asiakkaista palvelusetelin saaneet asiakkaat yhteensä (2006 alkaen). <<http://www.sotkanet.fi>>, haettu 15.5.2015.
- Sotkanet. 2015b. Kotihoito ja kotipalvelut. <<http://www.sotkanet.fi>>, haettu 15.5.2015.

- Sotkanet. 2015c. Ikääntyneiden omaishoidon tuki. <<http://www.sotkanet.fi>>, haettu 15.5.2015.
- Sotkanet 2015d. Ikääntyneiden palveluiden indikaattorit. <<http://www.sotkanet.fi>>, haettu 15.5.2015.
- Ståhl, T., Koivisto, T., Hannikainen-Ingman, K. & Melkas, T. 2008. Terveys ja terveyserot kaikissa politiikoissa. Teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Julkaisuja 2008:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 90–97.
- Sultz, H. A. & Young, K. M. 2011. Health Care USA: Understanding Its Organization and Delivery. 7. painos. Sudbury, MA: Jones & Barlett Learning.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>, haettu 15.5.2015.
- Suominen, L., Vehkalahti, M. & Nguyen, L. 2012. Suun terveydenhuolto. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 181–183.
- Suominen, S. & Lintula, H. 2013. Aluetason terveystaloudellinen politiikka. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) Terveystalouden perusta ja käytännöt. Teema 17. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 109–113.
- Syrjä, V. 2010. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Raportti 35/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Kling, T. & Viialainen, R. (toim.) 1995. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutusäätiö.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. 2012. Trends in Life Expectancy by Income from 1988 to 2007: Decomposition by Age and Cause of Death. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66 (7): 573–578.
- Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>>, haettu 15.5.2015.
- Taylor, C. 1995. Autenttisuuden etiikka. Helsinki: Gaudeamus.
- Teperi, J. & Vuorenkoski, L. 2005. Terveys ja terveydenhuolto Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Duodecim, terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo000005>, haettu 15.5.2015.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>>, haettu 15.5.2015.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Perusturvan riittävyyden arviointiraportti. Avauksia 4/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus. <www.thl.fi/ath>, haettu 12.5.2015.
- Thompson, S., Foubister, T. & Mossialos, E. 2009. Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses. Copenhagen: WHO.
- Tilastokeskus. 2013a. Elinkeinorakenne ja työssäkäynti -rekisteritietokanta. (julkaisematon).
- Tilastokeskus. 2013b. Työssäkäyntitilasto. (julkaisematon).
- Tilastokeskus. 2013c. Kokoaikaisten palkansaajien kokonaisansiot toimialan mukaan. Helsinki: Tilastokeskus. <<http://www.stat.fi/til/prat/tau.html>>, haettu 15.5.2015.
- Tillman, P. & Airio, I. 2012. Mielenpito terveydenhuollon vuosittaisten omavastuiden suuruudesta. Teoksessa I. Airio (toim.) Toimeentuloturvian verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kela, 204–217.
- Tritter, J. 2009. Vallankumous vai hidas muutos. Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus, 210–226.
- Tulevaisuuslautakunta. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuuslautakunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Teknologian arviointeja 24. Julkaisu 3/2006. Helsinki: Eduskunnan kanslia.
- Tuomola, S., Idänpää-Heikkilä, U., Lehtonen, O-P. & Puro, M. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Julkaisuja 2008:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tuori, K. & Kotkas, T. 2008. Sosiaalioikeus. Helsinki: WSOYpro.
- Tuorila, H. 2012. Itsepalvelun leviäminen hoivapalveluihin on konsumerismin tuotos. Yhteiskuntapolitiikka 77 (5): 567–573.
- Tuovinen, A-K. 2012. Euroopan unionin toisessa jäsenvaltiossa syntyneiden sairaanhoitokustannusten korvaaminen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 122. Helsinki: Kela.
- Turun HO 15.2.2005 401. <<http://www.finlex.fi/fi/oikeus/ho/2005/tho20050401>>, haettu 15.5.2015.
- Tuulio, T. 1966. Vapaaherratar Sophie Mannerheim: Ihminen ja elämäntyö. Porvoo: Werner Söderström.
- Tynkkynen, L-K. 2013. Towards Partnership? – Studies on Public-Private Collaboration in Health Care and Elderly Care Services in Finland. Tampere: Tampere University Press.

- Tynkkynen, L.-K., Hakari, K., Koistinen, T., Lehto, J. & Miettinen, S. 2012a. Integrating Public and Private Home Care Services: The Kotitori Model in Tampere, Finland. *Journal of Integrated Care* 20 (5): 284–296.
- Tynkkynen, L.-K., Lehto, J. & Miettinen, S. 2012b. Framing the Decision to Contract Out Elderly Care and Primary Health Care Services – Perspectives of Local Level Politicians and Civil Servants in Finland. *BMC Health Services Research* 12: 201.
- Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I. & Lehto, J. 2013. Purchaser-provider splits in health care – the case of Finland. *Health Policy* 111 (3): 221–225.
- Työterveyslaitos. 2013a. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen perustulokset vuosilta 1992, 1999, 2005 ja 2010 taulukkoina eriteltyinä toimintasektorin ja ammattiryhmän mukaan. <http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/sosiaali_ja_terveysala/2010_kyselytutkimus/Sivut/default.aspx>, haettu 15.5.2015.
- Työterveyslaitos. 2013b. Tilastotietoja työoloista ja työterveydestä: Työtapa- turmat, ammattitaudit ja sairauspoissaolot. <http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolot/sivut/default.aspx>, haettu 15.5.2015.
- Uutela, P. 2004. Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2002. Tilastotiedot 5/2004. Helsinki: Stakes.
- Vabø, M. 2006. Caring for People or Caring for Proxy Consumers? *European Societies* 8 (3): 403–422.
- Vahtera, J., Kivimäki, M. & Pentti, J. 1997. Effect of Organizational Downsizing on Health of Employees. *Lancet* 350 (9085): 1124–1128.
- Valkila, N., Litja, H., Aalto, L. & Saari, A. 2010. Consumer Panel Study on Elderly People's Wishes Concerning Services. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 51 (5): e66–e71.
- Valokivi, H.. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikköjen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere: Tampere University Press.
- Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Valtiovarainministeriö. 2013. Kainuun hallintokokeilun päätyminen. Seurantasitteen loppuraportti. Hallinnon kehittäminen 5/2013. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Valvira. 2013. Terveydenhuollon valvonta-asioiden määrä kasvoi taas – määrää voitaisiin vähentää parantamalla työnantajan omaa valvontaa. <http://www.valvira.fi/valvira/lehdistotiedotteet/terveydenhuollon_valvonta-asioiden_maara_kasvoi_tasaa_maaraa_voitaisiin_vahentaa_parantamalla_tyonantajan_omaa_valvontaa>, haettu 15.5.2015.

- Van Aerschoot, L. & Valokivi, H. 2011. Kuluttajuus ja pienet tulot. Ikäihmistien apu, hoiva ja palvelut Jyväskylässä ja Tampereella. Teoksessa K. Forsén, I. Roivainen, S. Ylinen & J. Heinonen (toim.) Kohtaako sosiaalityö köyhyyden? Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja 2011. Kuopio: UNIpress, 249–274.
- Varjonen, J., Aalto, K. & Leskinen, J. 2005. Kotityön markkinat. Sitran raportteja 45. Helsinki: Edita.
- Weber, Max. 1976. *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen: Mohr.
- Weber, Max. 1989. Maailmanuskonnot ja moderni länsimainen rationaalisuus. Tampere: Vastapaino.
- Verohallinto. 2014. Verohallinnon tilastoja. <www.vero.fi>, haettu 15.5.2015.
- Veronmaksajain keskusliitto. 2014. Tilastoja kotitalousvähennyksen käytöstä. <<https://www.veronmaksajat.fi>>, haettu 15.5.2015.
- Vilkko, A., Finne-Soveri, H. & Heinola, R. 2010. Ikäihmistien palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 44–59.
- World Health Organization. 1978. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: World Health Organization.
- Zechner, M. 2010. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Tampere: Tampere University Press.
- Äitiysavustuslaki 447/1993. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19930477>>, haettu 15.5.2015.

Liitteet

Liitetaulukko 1. Terveydenhuoltoon vaikuttaneet yleiset merkittävät muutokset

Ajanjakso	Järjestelmämuutos	Vaikutus	Sisältö
1960 ja 1970-luvut	Vahvan keskushallinnon alka	Ei suoria yleisiä muutoksia vaan muutokset suoraan terveydenhuoltoon liittyviä, ks. liitetaulukko 2.	Voimakas keskushallinnon ohjaus. Muun muassa keskushallinnosta kuntiin kohdistuvat sektorisuunnitelmajärjestelmät
1984	VALTAVA -uudistus	Valtionosuusjärjestelmän muutokset ja kuntien itsehallinnon lisääminen	Kuntien päätöntävällän vähittäinen lisääminen, pyrkimykset alkoivat jo 1970-luvun lopulla
1989	Vapaakuntakokeilut	Kuntien itsehallinnon lisääminen	Kuntien päätöntävällän vähittäinen lisääminen, osassa kunnissa kokeiltiin samaan aikaan omatakkajärjestelmää
1993	Valtionapujärjestelmän uudistaminen	Kuntien itsehallinnon lisääminen	Kunnat saivat järjestää haluamallaan tavalla terveyspalvelut. Korvamerkitty raha väheni olennaisesti
1994	Hankintalainsäädäntö	Kilpailuttamiseen vaikuttaminen	Yleinen kilpailulainsäädännön tarkistaminen
1997	Läähnuudistus	Aluehallintouudistus	Aluehallinto jaettiin aiemman 11 sijaan viiteen suurlahtiin
2005-	PARAS -hanke	Kuntien yhteen liittäminen ja palveluiden järjestämisalueen kokoon vaikuttaminen	Palveluiden järjestämisalueiden koon kasvu. Jatkuu "kuntauudistuksen" puitteissa
2007	Hankintalainsäädäntö	Terveydenhuollon kilpailuttamiseen vaikuttaminen	Yleinen kilpailulainsäädännön tarkistaminen
2010	Aluehallintouudistus	Alueetason viranomaisentävien uudelleenjakko	Lääninhallitusten lakkauttaminen ja aluehallinnon jakaminen pienempiin alueisiin
2011-	Kuntauudistus	Kuntien yhteen liittäminen ja palveluiden järjestämisalueen kokoon vaikuttaminen	Palveluiden järjestämisalueiden koon kasvu

Liitetaulukko 2. Terveyspalvelujen kehitys lainsäädännössä

Ajanjakso	Käsite tai toiminta	Säädös	Sisältö
1964	Sairausvakuutus	Sairausvakuutuslaki 1964 ja 1967	Sairausmenoista alettiin maksaa korvauksia yksityisen hoidon ja tutkimuksen palkkioista sekä lääke- ja matkakuluista
1972	Terveyskeskusten toiminta ja kansanterveysyö	Kansanterveyslaki 1972	Kunnan on järjestettävä terveysneuvontaa, yleislääkäritasoinen sairauksien ehkäisy ja hoito, terveyskeskussairaaloiden toiminta, hammashoito, sairaanhoitajat, kuntoutus, ympäristöterveysneuvoja yms.
1979	Työterveyshuolto	Työterveyshuoltolaki 1979	Kuntiin alettiin perustaa terveyskeskuksia
1983	Asiakasmaksut	Kansanterveyslain muutos 1983	Työnantajan on järjestettävä työterveyshuolto kustannuksellaan. Sairausvakuutuslain mukaan noin 50 prosenttia kustannuksista korvataan työnantajalle
1989	Yhdentynyt erikoissairaanhoido	Erikoissairaanhoidon muutos 1989	Terveyskeskusten lääkäripalvelujen korvaaminen sairausvakuutusrahaston kautta kunnille loppui. Terveyskeskuksissa ei peritty enää lainkaan asiakasmaksuja
1991	Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rooli	Erikoissairaanhoidon muutos 1991	Yleissairauksien, psykiatristen sairauksien ja tuberkuloosin hoito yhdistettiin 22 sairaanhoitopiiriin velvollisuudeksi
1991	Sairauskulut	Sairauskulujen verovähennysoikeuden poisto 1991	Yksittäisten sairaaloiden erilliset kuntaliitot ja hallintoelimet saatettiin näiden piirien alaisuuteen.
1991			Erotettiin aiempaa selvemmin perus- ja erikoistason palvelut
1991			Potilas ei voinut enää vähentää hoito- ja lääkekulujaan verotuksessa

Liitetaulukko 2. Terveyspalvelujen kehitys lainsäädännössä (jatkoa edelliseltä sivulta).

Ajanjakso	Käsite tai toiminta	Säädös	Sisältö
1993	Asiakasmaksut	Asiakasmaksulaki 1993 Asiakasmaksulain muutos 2005 Asiakasmaksulain muutos 2008	Kunnat saivat mahdollisuuden peria järjestämästään hoidosta maksun Erikoismaksuluokka lopetettiin vaihteisesti vuoden 2008 alkuun mennessä Asiakasmaksujen enimmäismääriä korotettiin
2002	Työterveyshuolto	Uusi työterveyshuoltolaki 2002	Korostaa työnantajan velvollisuutta pitää yllä työntekijänsä terveyden edistämistä ja työkykyä. Lisäksi korostetaan työterveyshuollon roolia yhteistyöroolia ulkoisten toimijoiden kuten työhallinnon kanssa
2004	Palveluseteli	Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain, asiakasmaksulain ja sosiaalihuoltolain muutokset 2004 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009	Kunnat voivat käyttää palveluseteliä järjestäänsään sosiaali- ja terveydenhuoltoa
2005	Hoitotakuu	Kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muutokset	Enimmäisajat hoitoon pääsulle
2006	Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy	Kansanterveyslain muutos 2006	Uudessa laissa korostetaan terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyä koko kunnan tehtävänä, ei vain terveyskeskuksen
2011	Asiakkaan vapaus valita terveydenhoitoa antava yksikkö	Terveydenhuoltolaki 2011	Asiakkaan vapautta valita hoitopaikka ja hoitohenkilöstö laajennettiin julkisessa terveydenhuollossa

Kirjoittajat

Ilpo Airio

erikoistutkija, Kelan tutkimusosasto

Laura Kalliomaa-Puha

ryhmäpäällikkö, Kelan tutkimusosasto

Olli Karsio

tutkija, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Lauri Kokkinen

erikoistutkija, Työterveyslaitos

Simo Kokko

johtaja, ylilääkäri, perusterveydenhuollon yksikkö, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Juhani Lehto

professori, sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto

professori emeritus, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Kristiina Manderbacka

tutkimuspäällikkö, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksen yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Mikko Niemelä

professori, sosiaalitieteiden laitos, Turun yliopisto

tutkimusprofessori, Kelan tutkimusosasto

Jani Pulkki

tohtoriopiskelija, kasvatustieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Jutta Pulkki

yliopisto-opettaja, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Tuulia Rotko

kehittämispäällikkö, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yksikkö,
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Antti Saari

tutkijatohtori, kasvatustieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Arttu Saarinen

yliopisto-opettaja, sosiaalitieteiden laitos, Turun yliopisto

Liina-Kaisa Tynkkynen

tutkijatohtori, terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto

Veli-Matti Värri

professori, kasvatustieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto