



Valtioneuvoston viestintäyksikkö
2.10.2008 10.00

Pääministeri Matti Vanhasen puhe Sitran Suomen terveydenhuollon uusi tuleminen -seminaarissa

Suomen talouden nykyiset ja tulevat haasteet ? Mikä rooli on terveydenhuollolla

(muutosvarauksin)

Hyvät kuulijat, Ladies gentlemen,

OECD ja Euroopan komissio järjestivät syyskuun puolivälissä Brysselissä yhteisen tilaisuuden, jossa tarkasteltiin terveydenhuoltojärjestelmien tehokkuuden edistämistä. Taustalla oli OECD:n selvitys asiassa. OECD:n asiantuntijat esittivät konferenssissa yhteenvedon päätuloksista. Tarkastelun kohteena olivat OECD:n ja EU:n jäsenmaat. Yhteenvetoon kuului väestötietoja, henkilöstötietoja, sairastavuus- ja hoitotietoja sekä kustannuksiin liittyviä tietoja.

Suomi on esitetyn vertailun perusteella yksi niistä viidestä maasta, joissa kokonaiskustannukset suhteutettuna bruttokansantuoteosuuteen ovat laskeneet, mutta samalla on saavutettu tehokkuuden paranemista. Kansainvälisessä vertailussa tilanteemme näyttää siis kohtuullisen hyvältä.

Jos katsotaan tarkemmin esitetyn yhteenvedon perusteella yleistä kustannuskehitystä, Euroopan unionin jäsenmaat näyttävät ryhmittyvän kahteen toisistaan poikkeavaan ryhmään. Kustannuskehitys on ollut hillitympää Suomen lisäksi muun muassa Iso-Britanniassa, Irlannissa ja Espanjassa. Kustannukset ovat kasvaneet merkittävästi muun muassa Ranskassa, Belgiassa, Itävallassa ja Saksassa. OECD:n tietoihin pohjautuvassa vertailussa otetaan huomioon erilaiset hoitomuodot ja muut kustannuksiin vaikuttavat tekijät, myös palkkakustannukset.

Vuonna 2006 terveydenhuoltomenot kasvoivat OECD-maissa noin 3 prosentilla. Kasvu on hidastunut vuodesta 2003 lähtien ja suurin piirtein puolittunut muutaman vuoden takaisesta kasvusta. Keskeinen tekijä kustannuskehityksen hillinnässä on ollut lääkemenojen kasvun hidastuminen viime vuosina. Suomen terveydenhuollon kokonaismenot olivat 8,2 prosenttia BKT:hen suhteutettuna vuonna 2006.

Suomessa on siirrytty OECD:n suositusten mukaiseen terveydenhuollon tilastointiin, joka aiheutti muutoksen aikasarjoihin ja nosti menotasoja, koska vanhustenhuolto sisältyy nyt menoihin. Menot ovat edelleen alle OECD-maiden keskitason, joka on noin 9,0 prosenttia.

Kotimaisen kehityksen osalta kuntien väliset erot terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menoissa asukasta kohti ovat supistuneet jonkin verran vuosina 1993?2004. Erot ovat silti edelleen suuria.

Esimerkiksi vuonna 2004 yli 5 000 asukkaan kuntien kohdalla kustannusero eniten ja vähiten rahaa terveystalouden järjestämiseen käyttäneen kunnan välillä oli 67 prosenttia. Tämä senkin jälkeen, kun palvelujen tarpeeseen vaikuttavien tekijöiden kuten iän, sukupuolen ja sairastavuuden vaikutus on poistettu.

Ero kertoo siitä, että asioita voidaan tehdä toisistaan poikkeavilla tavoilla.

Myös sairaaloiden väliset tuottavuuserot ovat supistuneet vuosina 1998?2005. Silti esimerkiksi keskussairaaloiden kohdalla ero tuottavuudeltaan parhaimman ja heikoimman sairaalan välillä oli Stakesin tietojen mukaan vuonna 2005 noin 20 prosenttia. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös terveyskeskuksista ja vanhainkodeista. Terveydenhuollon meno- ja rahoituspaineita voidaan vähentää uudistamalla palvelurakenteita, kehittämällä hoito-käytäntöjä ja hoitosuosituksia sekä parantamalla tuottavuutta.

Tältä terveydenhuoltomme tilanne näyttää tällä hetkellä. Olemme pystyneet politiikallamme hillitsemään kustannusten nousua ja pitämään yllä kohtuullista laatua. Olemme myös toistaiseksi eurooppalaisittain hyvässä kunnossa. Nyt olemme silti kasvavien haasteiden äärellä.

Hyvät kuulijat,

Kun pohdimme taloutemme tulevia haasteita terveydenhuollon viitekehiksestä käsin, meidän on katsottava ensin taaksepäin Miten tähän on tultu? Mikä on edelleen vaalimisen arvoista? Mitkä arvot yhteiskuntaamme ohjaavat?

Perinteinen hyvinvointivaltioajattelu rakentui julkiselle palvelutuotannolle, joka rahoitettiin laaja-alaisella verotuksella. 1960-luvun lopulla alkanut julkisten palvelujen ja tulonsiirtojen kasvu vahvisti Suomen sosiaalista eheyttä ja mahdollisuuksien tasa-arvoa.

Tultaessa 1990-luvulle kritiikki perinteistä hyvinvointivaltiota kohtaan nosti voimakkaasti päätään. Vaikka hyvinvointivaltion rakennustalkoilla oli vahva kansalaisten ja poliitikkojen tuki, ei järjestelmä ollut immuuni

muutospaineille. Lama-ajan melskeissä jouduttiin käymään läpi vakavia keskusteluja yhteiskuntamme tulevaisuudesta.

Paineet muutokselle olivat ennen kaikkea tuossa vaiheessa maamme sisäisiä ja ne perustuivat armottomaan talousrealismiin. Suomi oli lähes selvitystilassa. Oli tehtävä muutoksia julkisen sektorin toimintaan ja luotava samaan aikaan edellytyksiä talouteen kohdistuvan luottamuksen palauttamiseksi.

Muutoksia on viimeisen 15 vuoden aikana tapahtunut paljon. Niitä ei ehkä huomaa helposti, kun on elänyt niiden keskellä. Suomi lähti voimakkaalle nousu-uralle korjaavien toimenpiteiden myötä. Kuntien valtionosuusjärjestelmää uudistettiin jo 1990-luvulla. Se samaan aikaan kutistuneen tulopohjan kanssa pakotti kunnat merkittäviin muutoksiin. Uudet johtamisopit levisivät kunta-alalle ja kuntien luottamushenkilöiden eteen tuotiin uudet liikemaailman käsitteet. Kaikilta osin jälki ei ollut hyvää, kun demokratia ei meinannut pysyä perässä. Tehokkuuden ja demokratian yhteensovittaminen ei ole helppoa, eikä niiden edes tarvitse istua aina samassa pöydässä.

Edelleen tällä vuosikymmenellä on muun muassa toteutettu hoitotakuu ja käynnistetty kunta- ja palvelurakennemuutos. Uudistukset jatkuvat, kun haemme suuntaa ikääntyvän Suomen haasteisiin.

Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ympärillä käyty keskustelu osoittaa, miten vaikeaa on uudistaa rakenteita asiantuntijaorganisaatiossa, joita kunnalliset organisaatiot pääosin ovat. Tärkeintä potilaiden näkökulmasta on, että hoitopäätökset tekee lääkäri. Muilta osin rakenteita on voitava tarkastella kokonaisvaltaisesti.

Terveydenhuollolla on suora yhteys yhteen talouden merkittävimmistä haasteista, ikärakenteen muutokseen. Terveydenhuollon avulla voimme myötävaikuttaa siihen, että ihmiset ovat nykyistä pidempään työkykyisiä. Terveydenhuolto voi siis tarjota keinoja vähentää ikärakenteen muutoksesta aiheutuvia ongelmia. Toisaalta on selvää, että ikääntyvän väestön terveydenhuollosta aiheutuu kasvavia kustannuksia. Näin katsottuna terveydenhuolto näyttää taloudellisena ongelmana. Se näyttää taloudellisena haasteena.

Sekaannusten välttämiseksi on heti alkuun kuitenkin todettava, että terveyden tavoittelu on päämäärä sinänsä. Terveyttä ei tavoitella sen takia, että se tuottaa taloudellista hyötyä tai lopetetaan terveyden tavoittelua heti, kun se käy kannattamattomaksi. Yhteiskunnallisena tavoitteena on laadullisesti hyvien elinvuosien lisääminen. Tavoite näyttää viimeisten vuosikymmenien aikana käyneenkin toteen. Kun elinvuosia on tullut lisää, toimintakykyisten elinvuosien määrä on kasvanut samassa tahdissa.

Hyvien elinvuosien lisääminen ei sinänsä tule kalliiksi. Monet terveyttä edistävästä toimista ovat huokeita. Tästä on esimerkkinä tupakoinnin lopettaminen, joka suoraan pienentää asianomaisen kulutusmenoja. Yhteiskunnallekaan siitä ei aiheudu välittömiä menoja. Mutta tupakointi on myös paradoksaalinen esimerkki siitä, että terveyden edistäminen kaikessa huokeudessaan voi lisätä sairaanhoidon kustannuksia. Tutkimustulosten mukaan näyttää nimittäin käyvän toisin kuin on luultu: tupakoivat aiheuttavat pienemmät sairaanhoidon kustannukset kuin tupakoimattomat. Jälkimmäiset elävät kauemmin ja ehtivät sairastella enemmän kuin tupakoitsijat ja aiheuttavat neljänneksen suuremmat sairaanhoidon kustannukset. Tämän perusteella emme kuitenkaan muuta politiikkamme suuntaa. Haluamme, että kaikki suomalaiset voisivat nauttia elämästään.

Ikärakenteen muutoksesta aiheutuvaan sairaanhoidon kustannusten kasvuun liittyy paljon epävarmuutta. Tiedämme, että pari viimeistä elinvuotta ovat kalleimmat. Eliniän piteneminen ei sen perusteella näyttäisi lisäävän menoja samaa vauhtia kuin vuosia tulee lisää. Suurten ikäluokkien ikääntyessä hoidon tarpeessa olevien määrä kasvaa, mutta siitäkään ei voi tehdä suoraviivaisia johtopäätöksiä. Valtioiden sairaanhoitomienot korreloivat heikosti ikärakenteeseen ja sama toteutuu kuntien terveydenhuollon menojen osalta. Menokehitykseen vaikuttaa se, miten terveydenhuolto on järjestetty.

Tämä saa luonnollisesti kysymään, miten terveydenhuolto tulisi järjestää, jotta menot pysyisivät kohtuullisina. Silloin pitäisi tarttua peruskysymykseen: perusterveydenhuollon aliarvostukseen. Ikääntyneiden ihmisten sairaanhoidon toimeenpanossa perusterveydenhuollon rooli on ratkaisevan tärkeä. Iän mukana tulee useita sairauksia ja vaivoja, joita on tarkasteltava kokonaisuutena. Kokenut ja potilaan hyvin tunteva yleislääkäri on ikääntyneen henkilön paras henkilölääkäri. Olen todella huolissani siitä, että perusterveydenhuollon arvostus on laskenut tai ei ainakaan ole kohonnut niin, että se houkuttelisi riittävästi lääkäreitä. Perusterveydenhuollon arvostuksen puolesta on tehtävä työtä. Laiminlyönti kostautuu hajanaisena hoitona, joka nojautuu tarpeettoman paljon kalliiseen erikoissairaanhoidon.

Lääkäreiden vähäinen halu suuntautua perusterveydenhuoltoon on johtanut ns. keikkalääkärikäytäntöön. Sitä ei sellaisenaan pidä tuomita. Lääkärilläkin on perhe, hänkin haluaa hankkia lisäpätevyyttä, tehdä tutkimusta tai saada kokemusta muiden maiden terveydenhuollosta. Tilalle tarvitaan sijaisia. Keikkalääkäri voi olla yksi lyhytaikainen vaihtoehto. Entä sitten päivystys. Siinä ei ole kysymys hoitosuhteen jatkuvuudesta. Tärkeintä on, että paikalla on pätevä lääkäri.

Ongelmaksi keikkailu muodostuu silloin, kun käsillä on potilas, jonka sairauksien, lääkityksen ja muun hoidon ja elämäntilanteen tunteminen on hyvän hoidon edellytys. Hoidon tulos heikkenee ratkaisevasti, jos he joutuvat toistuvasti uuden lääkärin puheille. On helppo lisätä näennäistehokkuutta suurilla tapausmäärillä. Puututaan yhteen ongelmaan ja sekin valitaan helpoimmasta päästä. Kun potilaan ongelmien pintapuolinen käsittely johtaa toistuviin käynteihin, kokonaiskustannukset tosiasiaassa kasvavat. Sen takia tarvitaan erilaisten toimintamallien huolellista analysointia eikä vain vankkaa uskoa.

Kun ajatellaan viime aikojen tapahtumia, jää kysymään, olisiko terveydenhuollon järjestelyillä päästävässä varhaisempaan puuttumiseen sairauksien ja ei-toivottavan käyttäytymisen estämiseksi. Nykyinen toimintamalli johtaa

perheen tilanteen tarkastelun eriytymiseen. Lapsiperheen kaikki jäsenet ovat toisistaan tietämättömien terveydenhuollon yksiköitten asiakkaita. Lapset ovat eri koulujen kouluterveydenhuollon ja vanhemmat oman työpaikkansa työterveyshuollon piirissä. Joskus, kauan sitten viljeltiin ajatusta perhelääkärin tulemisesta. Se sai byrokraattisen nimen "väestövastuulääkäri". Myöhemmin on käytetty nimeä "omalääkäri", joka kuulostaakin inhimillisemmältä. Mutta omalääkäri ei tunne perheen tilannetta. Hänelle jäävät lähinnä eläkeläiset. Työterveys keskittyy työntekijän terveyteen ja kouluterveydenhuolto koululaisen terveyteen.

En ryhdy ehdottamaan nykykäytännön purkamista, mutta jätän kuitenkin mietittäväksi, olisiko parempia tapoja hoitaa ihmisten ja perheen asioita luontevina kokonaisuuksina.

Kun Paras-hanketta käynnistettiin, yhtenä vaihtoehtona oli selvitysmiehen esitys paristakymmenestä aluekunnasta, jotka jakaantuisivat pienempiin lähikuntiin. On harmillista, että se haudattiin vähin äänin. Olihan tietysti arvattavissa, ettei se saanut vastakaikua kuntien johdosta. Perusidea kuitenkin kytkettiin läheisesti terveydenhuoltoon. Aluekunta olisi vastannut niin perus- kuin erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Näin olisi vältetty kunnan ja sairaanhoitopiirin väliset kiistelyt.

Johtamisjärjestelmään ja vastuusuhteisiin olisi tullut selkeyttä. Uusi luonnos terveydenhoitolaiksi tekee mahdolliseksi koota perus- ja erikoissairaanhoidon saman katon alle. On hyvä, että vaihtoehto olisi edelleen tarjolla. Näin on mahdollista synkronisoida terveydenhuollon osista oikein painotettu kokonaisuus. Mutta näissä oloissa se jää muun kunnallisen päätöksenteon ulkopuolelle. Kun Suomessa on vain 5 miljoonaa asukasta, on todennäköistä, että perusasiaan palataan jossain vaiheessa.

Totesin jo edellä, että väestön terveydentila on parantunut, ihmiset elävät kauemmin ja ovat kauemmin toimintakykyisiä. Pitkään näytti kuitenkin siltä, että elinikä pitenee, mutta työura lyhenee. Työhön tullaan myöhemmin ja lähdetään pois aikaisemmin. Jälkimmäisen osalta on saatu käänne aikaiseksi. Vauhti on kuitenkin hidastunut. Edelleen olemme muista Pohjoismaista jäljessä. Vaikka työterveyshuoltoamme on pidetty erinomaisena, ei se näin katsottuna ole päässyt mittaviin tuloksiin. Perussyynä ovat olleet aikanaan tehdyt eläkeratkaisut, jotka kiihdyttivät työstä luopumista. Silti on edelleen lupa odottaa työterveyshuoltoa parempia tuloksia. Jos haluamme nähdä terveydenhuollon keinona vastata tuleviin haasteisiin, työterveyshuollon olisi osoitettava, että sen toimilla voidaan vaikuttaa myönteisesti työssä jatkamiseen.

Paljon on keskusteltu siitä, onko julkinen terveydenhuolto tehotonta ja olisivatko kustannukset paremmin hallinnassa, jos yksityisen terveydenhuollon osuus olisi suurempi. Tämä ei ole mielestäni oikea tapa asettaa kysymystä. Tiedämme, että Yhdysvalloissa terveydenhuollon kustannukset ovat karanneet käsistä eikä siitä voi syyttää liiallista julkista terveydenhuoltoa. Toisaalta ei ole perusteita väittää, että julkinen terveydenhuolto on ainut tapa toimia viisaasti. Viime vuosien kokemukset osoittavat, että jossakin tapauksessa maltti on valttia. Terveydenhuollon kentässä on monia voimakkaita intressejä, jotka kaappaavat tilan, jos sille annetaan tilaisuus.

Mielestäni on hyvä, että on ryhdytty selvittämään mitä hoitoa halutaan ja mitä se maksaa. Tämä on pakko käydä läpi silloin, kun tehdään ero tilaamisen ja tuottamisen kesken. Lainsäädäntö teki tämän erottelun mahdolliseksi kauan sitten. Oikeastaan voi hiukan ihmetellä kunnallishallinnon hitautta mahdollisuuden hyväksi käyttäjänä. Kunnaltahan edellytetään vain palvelujen järjestämistä.

Demokratian tehtävä on asettaa laatuvaatimukset, huolehtia hinnasta ja toimia potilaiden edustajana. Ammattiorganisaation tehtävä on tuottaa palvelut.

Myönnän, että toisaalta olen ollut hiukan huolissani, johtaako tilaaminen ja tuottaminen jossakin tapauksessa siihen, ettei arvosteta riittävästi erikoisosaamista. Tilataan halpaa laatua kyselemättä. Tätäkään vaaraa ei voi kieltää. Uskon että vaikeuksista huolimatta ja osaksi juuri niiden takia, on tilaajan ja tuottajan roolin eriyttäminen johtanut voittopuolisesti terveydenhuollon toimintojen tehostumiseen. Mutta tämänkin nimikkeen alla voi toimia typerästi ja synnyttää enemmän byrokratiaa kuin todellista hyötyä. Jos tuloksena on kasvava hallinto ja epäselvät sopimukset, saldo jää miinusmerkkiseksi. Oikoteitä ei ole. Uudet mallit vaativat opettelua ja tervejärkisyyttä.

Kaiken kaikkiaan sanoisin, että terveydenhuollon haasteena on toimintakykyisten vuosien lisääminen ja sen rinnalla tarvitaan lisää työkykyisiä vuosia. Sen jälkeen on sosiaaliturvaa muokattava niin, että nämä vuodet tulevat käyttöön.

Vaikka valtio viime kädessä vastaakin, että kunta ei voi mennä konkurssiin, ovat nousevat terveydenhuollon kustannukset ja ikärakenteen muutos saattaneet monet kunnat hyvin vaikeaan taloudelliseen tilanteeseen.

Hyvät kuulijat,

Tällä hetkellä ihmisiä eri puolilla Suomea keskusteluttaa terveydenhuollossa eniten lääkäripula. Se on keskeisin suoraan edessämme oleva asia. Tiedän sen hyvin, koska olen ollut viime viikkoina paljon liikkeellä eri puolilla Suomea ja tavannut tuhansia ihmisiä. Viime viikonloppunakin asia nousi esille Satakunnassa ja Pirkanmaalla.

Ilmiö on mielenkiintoinen, koska Suomessa on enemmän lääkäreitä kuin koskaan. Heidän osaamisensa on huipputasoa ja he ovat työhönsä omistautuneita. Olisikin tärkeää, että löytäisimme keinot, joilla tämä osaaminen olisi kaikkien käytettävissä terveyskeskuksissa joka puolella Suomea. Itse näen, että tarvitaan kolmen kohdan ohjelma lääkäripulan poistamiseksi.

Ensinnäkin terveyspiiri tai sairaanhoitopiiri vastaa omalla alueellaan, että jokaisessa terveyskeskuksessa on saatavilla lääkäripalveluja. Työvoimapoluaa poteeviin terveyskeskuksiin ohjataan lääkäreitä. Toiseksi varmistetaan lääkäreiden mahdollisuus käyttää mahdollisimman paljon ja joustavasti aikaa potilastyössä, esimerkiksi hallinnollista työtä vähentämällä, lääkärinlausuntokäytäntöä kehittämällä ja lääkärin ja hoitajien työnjakoa arvioimalla.

Kolmanneksi lääkärien koulutuksessa on painotettava käytännön työskentelyä terveyskeskuksissa. Esimerkiksi harjoittelu-aikaa terveyskeskuksissa voitaisiin lisätä nykyisestä yhdeksästä vähintään 12, jopa 18 kuukauteen

Pitemmällä tähtäimellä meidän on kohti 2010-lukua mentäessä pidettävä huolta terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä. Tämä tarkoittaa lyhyempiä jonoja, painotusta perusterveydenhuoltoon, asiakkaalle valintamahdollisuuksia ja sähköisen asiainnoin tarjoamaa joustavuutta. Olen huomannut, että Sitran terveydenhuollon ohjelmassa on kiinnitetty tähän samaan huomiota.

Meidän on pidettävä huolta hoitotyövoiman riittävydestä hoitoketjun kaikilla tasoilla. Samaan aikaan on lisättävä tuottavuutta. Terveydenhuollon erikoisosaamista on keskitettävä, jotta erikoisosaamiselle on edellytykset kehittyä ja samalla voidaan ohjata resursseja terveyskeskuksiin.

Me poliittiset päätöksentekijät tiedämme muutostarpeet ja edessämme olevat haasteet. Meidän onkin tehtävä määrätietoisia ratkaisuja päätöksenteon kaikilla tasoilla julkisen terveydenhuollon turvaamiseksi joka puolella Suomea.

© Valtioneuvosto
Snellmaninkatu 1 A, Helsinki PL 23, 00023 Valtioneuvosto
Puhelin (09) 160 01 tai (09) 578 11
info@vnk.fi