

TERVEYSEROJEN KIMPPUUN TERVEYSRAHASTOLLA

Suomi on aikakauslehti Newsweekin listauksessa muutamilla hyvinvointimittareilla mitattuna maailman paras maa – heikoimpana lenkinä terveys. Hyvinvointi – ja terveyserot maamme sisällä kasvavat. Terveyserojen yhteys tulotasoon, koulutukseen, asuinpaikkaan, sukupuoleen ja kieleen on hyvin tiedossa. Varsinkin matalasti koulutetut miehet kuolevat ennen aikojaan.

Terveydenhoitomme laatu on OECD –maiden keskiluokkaa. Meitä on keuhuttu mm. aivohalvauksen nopeasta liuotushoidosta, lasten rokotushjelman kattavuudesta samoin kuin rintasyövän seulontaohjelmasta, eli pääosin kansallisesti ohjatuista toimista. Moitetta olemme saaneet vajavaisista mielenterveyspalveluista, pitkistä hoitojen odotusajoista ja hoitojen huonosta saatavuudesta. Näissä on alueellisia eroja. On nähty, että nykyinen terveydenhuoltojärjestelmämme ei riitä turvaamaan yhdenvertaisia palveluja. Monikanavainen rahoitusjärjestelmämme suosii alueiden ja kuntalaisten eriarvoisuutta, koska kunnissa raha ohjaa palveluja.. Nykyisen rahoitusjärjestelmän aikana vastuu kuntalaisen hoidosta on kunnalla, mutta rahoitus tulee joko valtiolta, kunnalta, kuntalaiselta itseltään, Kelalta tai työnantajalta.

Kokonaisvastuu kustannusten hallitsemisesta katoaa, samoin kuin kuntalaiset turhautuvat pitkillä sairauslomilla odottaessaan hoitoon pääsyä sellaisissa kunnissa, joissa hoito on pirstaleista ja jonot pitkiä.

PARAS- puitelaililla on pyritty rakenteellisin keinoin vahvistamaan kuntien taloudellista kantokykyä ja nyt eduskunnassa valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki pureutuu palvelujen sisältöön. Lakiin on sisällytetty hyviä elementtejä perusterveydenhuollon vahvistamisesta, asiakaskeskeisyydestä, kustannusten kasvun hillitsemisestä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä jne. Asiantuntijaorganisaatiot ovat kuitenkin pettyneitä siitä että vieläkin ei ole puututtu olennaisimpaan seikkaan, eli rahoitusjärjestelmään.

Aihe on vaikea – asia on nostettu keskusteluun muutaman vuoden välein. On esitelty Kelan kansallista terveysrahastoa ja Sitran Katira- mallia, mutta koska molemmissa malleissa järjestämisvastuu siirtyisi pois kunnilta, eivät mallit ole saaneet kannatusta ainakaan Kuntaliitolta. Selkeitä viestejä kuitenkin on, että terveydenhuollon rahoitus vaatii korjausta ja sitä halutaan seuraavaan hallitusohjelmaan.

Kansallisessa rahanjakomallissa terveysrahastoon koottaisiin kaikki se valtion, kuntien ja Kelan raha, joka nyt käytetään terveyspalveluihin. Palvelujen tuottajapuolella kunnat, kuntayhtymät ja yksityiset palveluntuottajat olisivat samalla viivalla. Kelan mallissa rahastoa hallinnoisi Kela, ja kunnat ”vakuuttaisivat” rahaston kautta omat asukkaansa. Potilaat voisivat valita palveluntuottajan kotipaikasta riippumatta. Malli jossa raha seuraa kuntalaista, tukee valinnanvapautta ja tasa-arvoisuutta. Tällaisessa tilanteessa palvelujen tuotantopuoli monipuolistuu, joustavoituu ja muuttuu asiakasmyönteiseksi. Tuloksia voi katsoa vaikka naapurimaan Ruotsista, jossa vårdval – lainsäädännöllä pystyttiin pienentämään terveyseroja ja leikkausjonoja purettua.

On eettisesti oikein pyrkiä vähentämään terveyseroja. Terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksen uudistus on liian iso pala haukattavaksi nyt terveydenhuoltolain valmistelun yhteydessä, mutta valmisteilla oleva laki ei myöskään saa sisältää elementtejä, jotka vaikeuttaisivat rahoitusuudistusta tulevaisuudessa.

Seija Korhonen
Lääketieteen tohtori, Mikkelä