



## **Hoitotakuu**

Valtiontalouden tarkastusviraston  
toiminnantarkastuskertomus 167/2008



## **Hoitotakuu**

ISSN 1796-9506 (nid.)  
ISSN 1796-9514 (PDF)  
ISBN 978-952-499-048-6 (nid.)  
ISBN 978-952-499-049-3 (PDF)

Edita Prima Oy  
Helsinki 2008

# Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus

Dnro 23/54/07

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen hoitotakuuta koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston toiminnantarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle, Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ja lääninhallituksille sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller-toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2010.

Helsingissä 10. päivänä kesäkuuta 2008

Yljohtaja Vesa Jatkola

Johtava toiminnantarkastaja Taina Rintala

Asiasanat:

hoitotakuu, suositukset, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito,  
hoitojonot, jatkohoito

# Sisällys

<b>Tiivistelmä</b>	<b>7</b>
<b>Resumé</b>	<b>10</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>15</b>
<b>2 Tarkastusasetelma</b>	<b>21</b>
2.1 Hoitotakuujärjestelmä	21
2.2 Hoitotakuujärjestelmän organisointi	24
2.3 Hoitotakuujärjestelmän tarkastuskriteerit ja -kysymykset	28
2.3.1 Hoitotakuujärjestelmän riskialueet	29
2.3.2 Tarkastuskysymykset	33
2.3.3 Tarkastuksen rajaukset	34
2.3.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät	35
<b>3 Tarkastushavainnot</b>	<b>38</b>
3.1 Yhdenvertaisuuden toteutuminen hoitoon pääsyssä	38
3.1.1 Jononpurkuhanke	38
3.1.2 Erikoissairaanhoidon hoitotakuukartoitukset	41
3.1.3 Hoitoon pääsyn odotusaika	45
3.1.4 Keskimääräinen odotusaika hoitojaksoille	48
3.1.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät	50
3.2 Oikeudenmukaisuuden toteutuminen hoitoon pääsyssä	56
3.2.1 Kiireettömän hoidon perusteet	56
3.2.2 Kantelut ja muistutukset	65
3.2.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	67
3.3 Toiminnalliset ja taloudelliset muutokset	71
3.3.1 Toiminnalliset muutokset	71
3.3.2 Taloudelliset muutokset	77
3.3.3 Kootut havainnot ja päätelmät	80
3.4 Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset	81
3.4.1 Lääkinnällinen kuntoutus	81
3.4.2 Sairauspäivärahat ja lääkäriäkäynnit	83
3.4.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	85
3.5 Jatkohoito	86
3.5.1 Jatkohoidon organisointi	86
3.5.2 Jatkohoidon ongelmat	89
3.5.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät	92
<b>4 Tarkastusviraston kannanotot</b>	<b>93</b>

Lähteet	100
Liitteet	116

Liite 1: Sairaanhoidopiirien ja kuntien valintakriteerit.

Liite 2: Tarkastusaineistot.

Liite 3: Hoidonvarauksen kautta ortopedian hoitojaksoille saapuneiden keskimääräinen hoitoon odotusaika ikäryhmittäin vuosina 2001–2006.

Liite 4. Kuntoutuspalveluja saaneet ja kuntoutuspalvelujen kustannukset (1000 €) tuki- ja liikuntasairauksissa tarkastelluissa sairaanhoidopiireissä ja koko maassa vuosina 2002–2006.

Liite 5: Sairauspäivärahaa saaneiden ja sairauspäivärahamaksujen suhteelliset muutokset hermoston sairauksissa koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoidopiireissä vuosina 2001–2006.

Liite 6. Sairauspäivärahaa saaneiden ja sairauspäivärahamaksujen suhteelliset muutokset tuki- ja liikuntasairauksissa koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoidopiireissä vuosina 2001–2006.

Liite 7. Nivelsairauden, nivelrikon ja selkäsairauden keskimääräisen sairausloman pituus (pv) koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoidopiireissä vuosina 2001–2006.

### Hoitotakuu

Kiireettömään hoitoon pääsyä turvaava lainsäädäntö, ns. hoitotakuu, ja suositus yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista tulivat voimaan samanaikaisesti maaliskuussa 2005. Hoitotakuu ei tuonut terveydenhuoltoon uutta palvelumuotoa, vaan se antaa ihmisille oikeuden päästä lääketieteelliset kriteerit täyttävään hoitoon tietyssä ajassa ja saada vain näyttöön perustuvia hoitoja. Suomessa hoitotakuun säätämistarvetta perusteltiin lähinnä perustuslain perusoikeussäännöksillä, mutta hoitotakuulain säätämisellä pyritään edistämään myös talous- ja työllisyyspoliittisia tavoitteita.

Täysin luotettavaa arviota siitä, kuinka paljon hoitotakuun toteuttaminen kokonaisuudessaan on tullut julkiselle vallalle maksamaan, ei voida antaa. Tämä johtuu mm. siitä, että hoitotakuun toiminnallisia vaikutuksia ei ole kaikilta osin mahdollista erottaa muusta kunnallisesta toiminnasta ja valtion sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin ohjatusta kehittämishankerahoituksesta osa on edistänyt myös hoitotakuun tavoitteiden toteutumista. Karkean arvion mukaan olemassa olevien terveydenhuoltojärjestelmien uudistaminen tehokkaammiksi, tuottavammiksi ja kustannusvaikuttavammiksi on tullut vuosina 2002–2007 maksamaan julkiselle vallalle vähintään 800 miljoonaa euroa, josta valtion taloudellinen lisäpanostus on ollut yli puolet.

Tarkastuksen tavoitteena oli selvittää, toimiiko hoitotakuu käytännössä siten, että se toteuttaa lainsäätäjien hoitotakuulle asettamia odotuksia kansalaisten yhdenvertaisemmasta ja oikeudenmukaisemmasta kohtelusta hoitoon pääsyyssä ja kustannussäästöistä.

Tarkastuksen pääkysymyksenä oli, miten hoitotakuulle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Kysymystä lähestyttiin arvioimalla yhdenvertaisuuden toteutumista hoitojonoja koskevilla tiedoilla. Oikeudenmukaisuuden toteutumista selvitettiin "Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet" –suosituksen käytöllä sekä kartoittamalla valvontaviranomaisille tulleiden hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden ja valitusten määrää ja sisältöä. Kustannussäästöjen saavuttamista arvioitiin kartoittamalla kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tapahtuneita toiminnallisia ja taloudellisia muutoksia sekä sairausvakuutuskorvausten kehittymistä vuosina 2001–2006. Tarkastus kohdistui 10 sairaanhoitopiiriin, 20 kuntaan ja erikoisaloista ortopediaan, neurologiaan ja fysiatriaan. Tarkastuksen ulkopuolelle rajattiin mielenterveyshuolto, suun terveydenhuolto ja ennalta ehkäisevä työ.

Tarkastushavainnot osoittivat, että hoitotakuulle asetetut yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteet olivat kehittyneet myönteiseen



suuntaan, joskin kehitykseen liittyy ongelmia. Kustannussäästöjen osalta kehityssuunta sen sijaan ei ollut toivotun kaltainen. Hoitotakuun voimassaoloaikana yksityislääkäri- ja sairauspäiväraha korvaukset jatkoivat kasvuaan. Myös yksityisten lääkäriasemien tutkimus- ja hoitokorvaukset lisääntyivät. Tarkastushavaintojen mukaan tutkimuskorvausten lisääntyminen johtuu osin erilaisista hoitoa koskevista suosituksista. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulisi seurata, miten hoitotakuu vaikuttaa Kansaneläkelaitoksen korvaamien tutkimusten ja hoitojen korvauksiin.

Valtio ja kunnat panostivat erikoissairaanhoidon jonojen purkuun 50 miljoonaa euroa vuosina 2002–2003. Tavoitteena oli, että runsaan vuoden aikana taloudellisia resursseja lisäämällä ja toimintaa tehostamalla yli kuuden kuukauden jonot olisi purettu. Jonot lyhenivätkin, mutta eivät poistuneet. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön odotukset jononpurkuhankkeen osalta olivat epärealistiset suhteessa sairaanhoitopiirien käytössä oleviin resursseihin. Lisäksi jononpururahat kohdentuivat osin muuhun toimintaan kuin pisimpien jonojen purkamiseen, koska sosiaali- ja terveysministeriö määritteli avustuksen kohdentamiskriteerit epäselvästi. Tämä epäselvyys jätti sairaanhoitopiireille tulkinnanvaraa avustuksen erikoisalakohtaisessa kohdentamisessa. Tarkastusviraston katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön olisi pitänyt määritellä avustuksen kohdentamiskriteerit täsmällisemmin.

Tarkastus osoitti, että hoitotakuu ei nopeuttanut hoitoon pääsyä hoitoketjun alkupäässä lainkaan. Hoitoon pääsyn nopeuttamisessa olisi pitänyt panostaa välittömän yhteydenoton ohella myös terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyyn, mutta näin ei kuitenkaan tehty.

Hoitotakuulainsäädännössä määritellään enimmäisajat hoidon aloittamiselle eli lähetteen käsittelylle ja toimenpiteeseen pääsulle, mutta ei määritellä tavoiteaikaa hoitopäätöksen teolle. Sosiaali- ja terveysministeriössä on viimeisen vuoden aikana pohdittu hoitotakuun jatkokehittämistä ns. poliklinikkatakuulla, jolla potilaan ensimmäiselle erikoissairaanhoidon lääkärin vastaanottokäynnille määriteltäisiin tavoiteaika, mutta tarkastusviraston näkemyksen mukaan poliklinikkatakuun sijasta lainsäädännöllä pitäisi määritellä joko enimmäisaika hoitopäätöksen teolle tai erikseen erilaisiin tutkimuksiin ja terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsulle.

Hoitotakuulainsäädännöllä ei ole myöskään määritelty sairauksien jälkihoidolle enimmäisaikoja. Tästä aiheutuva ongelma kulminoituu erityisesti kuntoutuksen ja sairaalasta jatkohoitoon siirtymisen kohdalla. Tarkastushavaintojen mukaan ongelmat jatkohoidon järjestämisessä vaikuttavat myös hoitotakuun enimmäisaikatavoitteissa pysymiseen. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee hoitotakuun toteuttamista koskevassa ohjauksessaan painottaa myös jatkohoidon toimivuutta.

Hoitotakuun toteutumista koskevassa julkisessa keskustelussa yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat jääneet vähälle huomiolle. Hallituksen esityksessä hoitotakuulaeiksi perusteiden korostettiin olevan väline, jolla ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti riippumatta siitä, missä he asuvat tai kuinka vanhoja he ovat. Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin, etteivät perusteet toimi odotusten mukaisesti. Perusteita on liian paljon, niiden käyttö perustuu vapaaehtoisuuteen, osaan kriteereistä liittyy subjektiivisia elementtejä, sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä ja terveyskeskuksissa perusteiden käyttöä ei seurata eikä valvota, ja perusteita koskeva jalkauttaminen ja kouluttaminen on toteutettu huonosti. Lisäksi tarkastushavaintojen mukaan julkisella ja yksityisellä sektorilla yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita tulkitaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitopäätöstä tehtäessä eri alueilla eri tavalla. Tarkastusvirasto katsoo, että yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden sitovuustasoa tulee nostaa, niitä koskeva koulutus tulee määritellä pakolliseksi ja koulutusta tulee myös yhdenmukaistaa. Myös valvontaviranomaisten tulee kiinnittää huomiota perusteiden käyttöön. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selvittää Kansaneläkelaitoksen kanssa, miten yksityislääkärit käyttävät yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita.

Tarkastushavainnot osoittivat myös sen, miten tietyt terveydenhuoltojärjestelmään tehdyt muutokset vaikuttavat sekä järjestelmän muihin osiin että sosiaalihuoltoon. Erikoissairaanhoidon tehostunut leikkaustoiminta näkyi kunnissa jatkohoitotarpeen lisääntymisenä kotipalveluissa, kotisairaanhoidossa, terveyskeskusten vuodeosastoilla ja kuntoutustoiminnassa. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sen enempää hoitotakuun valmisteluvaiheessa kuin sen voimassaoloaikana sosiaali- ja terveysministeriö ei ole kiinnittänyt riittävästi huomiota perusterveydenhuollon jatkohoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuutta ei näin ollen ole otettu tarkoituksenmukaisella tavalla huomioon. Tarkastusvirasto katsoo, että hoitotakuun vaikutusten arviointi edellyttää huomion kiinnittämistä myös sosiaalihuollon kustannuksiin ja toimintaan.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan hoitotakuun tavoitteiden toteutumattomuus johtuu osin nykyisestä lainsäädännöstä, joka jättää lain soveltajille paljon tulkinnanvaraa. Tämä on johtanut siihen, että lakia noudattaessa lain kirjain toteutuu, mutta lain henki ei.

### Vårdgaranti

Den lag som tryggar tillgången till icke akut vård, den s.k. vårdgarantin, och rekommendationen om enhetliga grunder för icke akut vård, trädde i kraft samtidigt i mars 2005. Vårdgarantin medförde inte någon ny serviceform i hälsovården, utan den ger människorna rätt att få en vård som uppfyller medicinska kriterier inom en viss tid och att få behandlingar som baserar sig på strikt påvisning. I Finland motiverades behovet av att föreskriva om en vårdgaranti närmast med grundlagens stadganden om de grundläggande rättigheterna, men stiftandet av lagen om vårdgaranti syftar också till att främja ekonomisk- och sysselsättningspolitiska målsättningar.

Någon helt tillförlitlig uppskattning av det, hur mycket förverkligandet av vårdgarantin som helhet har inneburit kostnader för det offentliga, kan inte läggas fram. Detta beror bl.a. på att det inte till alla delar är möjligt att särskilja vårdgarantins funktionella verkningar från övrig kommunal verksamhet, och av den finansiering av utvecklingsprojekt som staten har styrt till utvecklingsprojekt inom social- och hälsovården har en del också bidragit till att förverkliga vårdgarantins målsättningar. Enligt en grov uppskattning har den förnyelse av de existerande hälsovårdssystemen, som har syftat till att göra dem mera verkningsfulla, produktiva och kostnadseffektiva, åren 2002-2007 kostat den offentliga makten minst 800 miljoner euro, av vilket statens ekonomiska tilläggsatsning har utgjort mer än hälften.

Målet för revisionen var att klargöra, om vårdgarantin i praktiken fungerar så att den förverkligar lagstiftarens för vårdgarantin uppställda förväntningar om ett mera jämlikt och rättvist bemötande av merborgarna när det gäller tillgången till vård och kostnadsinbesparingar.

Huvudfrågan vid revisionen var, hur de för vårdgarantin uppställda målsättningarna har förverkligats. Man närmade sig frågan genom att med hjälp av uppgifter om vårdköerna granska hur jämlikheten har förverkligats. Hur rättvisan förverkligats klargjordes genom att studera tillämpningen av rekommendationen "Enhetliga grunder för icke akut vård" samt antalet för och innehållet i till tillsynsmyndigheterna inlämnade besvär och klagomål med anknytning till vårdgarantin. Hur kostnadsinbesparingarna uppnått utvärderades med en kartläggning av de funktionella och finansiella ändringar som inträffat i kommunerna och sjukvårdsdistrikten, samt av hur sjukförsäkringsersättningarna har utvecklats under åren 2001-2006. Revisionen hänförde sig till 10

sjukvårdsdistrikt, 20 kommuner och av specialområdena till ortopedi, neurologi och fysiatri. Utanför revisionen avgränsades mentalvård, oral hälsovård och profylaktiskt arbete.

Observationerna vid revisionen visade, att de för vårdgarantin uppställda målsättningarna för jämlikhet och rättvisa hade utvecklats i positiv riktning, låt vara att utvecklingen var förenad med problem. I fråga om kostnadsinbesparingarna gick utvecklingen emellertid inte i önskad riktning. Under den tid vårdgarantin varit i kraft fortsatte ersättningarna för besök hos privatläkare och för sjukdagpenningar att öka. Också de privata läkarstationernas ersättningar för undersökningar och behandlingar ökade. Enligt observationerna vid revisionen beror de ökade ersättningarna för undersökningar delvis på olika rekommendationer gällande vården. Enligt revisionsverkets mening borde social- och hälsovårdsministeriet följa med, hur vårdgarantin inverkar på ersättningarna för de undersökningar och behandlingar som ersätts av Folkpensionsanstalten.

Åren 2002-2003 satsade staten och kommunerna 50 miljoner euro på att förkorta köerna till specialsjukvården. Målet var, att man genom att utöka de ekonomiska resurserna och effektivera verksamheten på drygt ett år skulle avveckla de köer som var över sex månader långa. Köerna förkortades också, men försvann inte. Enligt revisionsverkets uppfattning var social- och hälsovårdsministeriets förväntningar på projektet med att avveckla köerna orrealistiska i förhållande till de resurser som fanns hos sjukvårdsdistrikten. Dessutom inriktades de pengar som var avsedda för att avveckla köerna delvis till annan verksamhet än till att avveckla de längsta köerna, emedan social- och hälsovårdsministeriets kriterier för understödets inriktning var oklara. Denna oklarhet gav sjukvårdsdistrikten rum för tolkningar av hur understödet skulle inriktas på specialområden. Revisionsverket anser, att social- och hälsovårdsministeriet borde ha definierat kriterierna för understödets inriktning exaktare.

Revisionen visade, att vårdgarantin inte alls försnabbade tillgången till vård i början av vårdkedjan. I försnabbandet av tillgången till vård hade man bort satsa inte bara på den omedelbara kontakten utan också på att patienten får komma till hälsocentralläkarens mottagning, men så gjordes emellertid inte.

I lagstiftningen om vårdgarantin definieras maximitiderna för när vården skall påbörjas, dvs. handläggningen av remissen och tillgången till åtgärd, men det definieras ingen målsatt tid för när beslutet om vården skall fattas. Vid social- och hälsovårdsministeriet har man under det senaste året umgåtts med planer på att vidareutveckla vårdgarantin med en s.k. poliklinikgaranti, där en målsatt tid skulle uppställas för patientens första besök hos en läkare i specialsjukvården, men enligt revisionsverkets

uppfattning borde man i stället för en poliklinikgaranti medels lagstiftning definiera antingen en maximitid för när beslutet om vården skall fattas, eller särskilt om när patienten skall få komma till olika slags undersökningar och till hälsocentralläkarens mottagning.

Med lagstiftningen om vårdgaranti har inte heller definierats några maximitider för eftervården av sjukdomar. Det problem som uppstår av detta kulminerar särskilt när det gäller rehabilitering och övergång från sjukhusvård till fortsatt vård. Enligt observationerna vid revisionen inverkar också problemen med att ordna den fortsatta vården på hur de målsatta tiderna för vårdgarantin går att hålla. Revisionsverket anser, att social- och hälsovårdsministeriet i sin styrning av hur vårdgarantin förverkligas borde betona också hur den fortsatta vården fungerar.

I den offentliga debatten om hur vårdgarantin förverkligats har de enhetliga grunderna för icke akut vård fått liten uppmärksamhet. I motiveringarna till regeringens proposition till lagar om vårdgaranti underströks att grunderna är ett verktyg, med vilket människor bemöts jämlikt oberoende av var de bor eller hur gamla de är. Observationerna vid revisionen visade emellertid, att grunderna inte fungerar enligt förväntningarna. Det finns alltför många grunder, deras användning baserar sig på frivillighet, en del av kriterierna är förenade med subjektiva element, i sjukvårdsdistriktens samkommuner och vid hälsocentralerna följer man inte med eller övervakar hur grunderna används, och implementeringen av grunderna och utbildningen har skötts illa. Dessutom gav observationerna vid revisionen vid handen, att på den offentliga och den privata sektorn tolkas grunderna för icke akut vård på olika sätt på olika områden när vårdbehovet bedöms och beslutet om vården fattas. Revisionsverket anser, att graden för hur bindande de enhetliga grunderna för icke akut vård är bör höjas, utbildning om dem bör föreskrivas som obligatorisk och även utbildningen bör förenhetligas. Också tillsynsmyndigheterna bör ägna uppmärksamhet åt hur grunderna tillämpas. Dessutom borde social- och hälsovårdsministeriet tillsammans med Folkpensionsanstalten klargöra, hur de privata läkarna använder de enhetliga grunderna för icke akut vård.

Observationerna vid revisionen visade också, hur vissa ändringar som har gjorts i hälsovårdssystemet inverkar både på systemets övriga delar och på socialvården. Den effektiverade operationsverksamheten i specialsjukvården syntes i kommunerna som ett ökat behov av fortsatt vård i hemtjänster, i hemsjukvård, på hälsocentralernas bäddavdelningar och i rehabiliteringsverksamheten. Enligt revisionsverkets uppfattning har social- och hälsovårdsministeriet vare sig i det skede när vårdgarantin bereddes, eller under den tid när den har varit gällande, ägnat tillräcklig uppmärksamhet åt att utveckla och förverkliga den fortsatta vården i

bashälsovården. Den helhet som social- och hälsovårdsväsendet utgör har sålunda inte beaktats på ett ändamålsenligt sätt. Revisionsverket anser, att en utvärdering av vårdgarantins verkningar förutsätter att uppmärksamhet ägnas också åt socialvårdens kostnader och verksamhet.

Enligt revisionsverkets uppfattning beror det faktum att målsättningarna för vårdgarantin inte har uppnåtts delvis på den nuvarande lagstiftningen, som lämnar stort rum för tolkningar åt dem som tillämpar lagen. Detta har lett till, att när lagen tillämpas förverkligas lagens bokstav, men inte lagens anda.



# 1 Johdanto

Maaliskuun alussa vuonna 2005 voimaan tullutta kiireettömään hoitoon pääsyä turvaavaa lainsäädäntöä, ns. hoitotakuuta, voidaan pitää merkittävimpänä terveystaloudellisenä uudistuksena sitten vuoden 1993 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusuudistuksen<sup>1</sup>. Tällöin saatettiin päätökseen jo 1990-luvun puolivälissä ensimmäisen kerran esitetty ajatus erikois- ja erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ns. hoitotakuuajattelun mukaisesti<sup>2</sup>. Hoitotakuujärjestelmän toimivuutta kokeiltiin vuosina 1995–1998 kolmen sairaanhoitopiirin ja niiden alueella sijaitsevien kuntien välisenä yhteistyönä<sup>3</sup>. Vaikka kokeilut eivät vielä 1990-luvun loppupuolella johtaneet hoitotakuujärjestelmän säätämiseen, ajatusta ei kuitenkaan haudattu. Ajatus enimmäisaikojen määrittämisestä terveydenhuoltoon esitettiin uudelleen vuonna 1999<sup>4</sup>, mutta vasta valtioneuvoston periaatepäätöksellä vuonna 2002 luotiin lopullisesti perusta hoitoon pääsyä turvaavien lakien säätämiseksi. Suomessa hoitotakuuseen valmistautuminen vei siten lähes 10 vuotta ja muihin Pohjoismaihin verrattuna hoitotakuujärjestelmä otettiin Suomessa viimeisenä käyttöön. Norjassa hoitotakuu järjestelmänä otettiin käyttöön vuonna 1990, Ruotsissa vuonna 1992 ja Tanskassa vuonna 1993. Norjan, Ruotsin ja Tanskan hoitotakuujärjestelmiä on kuitenkin muokattu useampaan kertaan viimeisten vuosikymmenien aikana<sup>5</sup>.

Hoitotakuu ei ole tuonut terveydenhuoltoon uutta palvelumuotoa, vaan se antaa ihmisille oikeuden päästä lääketieteelliset kriteerit täyttävään hoitoon tietyssä ajassa ja saada täten vain kustannusvaikuttavia hoitoja. Tarjontaa säätelemällä säädellään epäsuorasti myös kysyntää. Tarjonnan säätelykeinona hoitotakuun kohderyhmänä ovat siten varsinaisesti palveluiden tuottamisesta vastaavat järjestelmät. Hoitotakuulla pyritään vaikuttamaan siihen, että terveydenhuoltojärjestelmät hyödyntävät palveluja tuottaessaan optimaalisesti käytettävissään olevat resurssit. Uudistuksella val-

---

<sup>1</sup> Pekurinen Markku (2005a).

<sup>2</sup> Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995–1998 (1994).

<sup>3</sup> Esim. Liukko Matti ym. (2000).

<sup>4</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (1999).

<sup>5</sup> Ks. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se); Statsrevisorerne (2007).



tio "kannustaa" terveydenhuoltojärjestelmiä parantamaan tuottavuuttaan ja kustannustehokkuuttaan. Hoitotakuulainsäädännöllä<sup>6</sup> pyritään samanaikaisesti parantamaan hoidon saatavuutta ja laatua sekä turvaamaan terveyspalvelujärjestelmien rahoituksen kestävyttä. Terveydenhuollon kokonaiskustannusten hallinnan kannalta oleellista on hoidon oikea ajoittaminen ja kustannusvaikuttavien hoitomuotojen käyttö.

Suomessa kuten muissakin Euroopan unionin maissa terveydenhuoltojärjestelmien modernisoinnilla pyritään vastaamaan väestön ikääntymisestä, lääketieteellisen teknologian kehityksestä, väestön elin- ja koulutustason kohoamisesta, muuttoliikkeestä ja potilaiden liikkuvuudesta aiheutuviin haasteisiin, jotka pitkällä aikavälillä lisäävät terveyspalvelujen kysyntää ja terveydenhuollon kustannuksia<sup>7</sup>. Suomessa hoitotakuusta on julkisuudessa keskusteltu lähinnä terveystaloudellisuudena uudistuksena, mutta se toteuttaa myös talous- ja työllisyyspoliittisia tavoitteita: julkisen velan vähentämistä sekä työllisyysasteen että tuottavuuden nostamista. Hoitotakuun säättämistarpeen taustalla ei siten ollut yksinomaan huoli alueellisesta ja väestöryhmien välisestä eriarvoisuuden lisääntymisestä hoitoon pääsyssä, vaan taustalla ovat vaikuttaneet myös seuraavat kolme tekijää: Lissabonin strategia<sup>8</sup>, vakaus- ja kasvusopimus ja Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen päätökset.

Maaliskuussa 2000 Euroopan unionin jäsenmaat sitoutuivat uudistamaan seuraavan vuosikymmenen aikana sosiaaliturvajärjestelmiään niin, että ne kykenevät myös tulevaisuudessa vastaamaan mm. ikääntymisen aiheuttamiin taloudellisiin tarpeisiin ja tarjoamaan edelleen laadukkaita palveluja<sup>9</sup>. Lissabonissa käynnistetyssä talous- ja sosiaalipolitiikan uudistamisstrategiassa terveydenhoidon tarjonnalla ja rahoittamisella katsotaan olevan keskeinen rooli strategian kasvua ja työllisyyttä koskevien tavoitteiden saavuttamisessa.

Suomen väestön ikääntyä vuoteen 2030 mennessä nopeammin kuin missään muussa Euroopan unionin jäsenvaltiossa. Ikääntymisen ohella työikäisen väestön määrää supistavat myös sairaudet, vammat ja ennenai-

---

<sup>6</sup> L 855/2004; L 856/2004; Vna 1019/2004.

<sup>7</sup> KOM(2004) 304; COM(2001) 732.

<sup>8</sup> Lissabonissa maaliskuussa 2000 pidetty Eurooppa-neuvosto asetti tavoitteen, jonka mukaan Euroopan unionista on tultava vuoden 2010 loppuun mennessä maailman kilpailukykyisin ja dynaamisin tietoon perustuva talous, joka kykenee ylläpitämään kestävää talouskasvua, luomaan uusia ja parempia työpaikkoja ja lisäämään sosiaalista yhteenkuuluvuutta.

<sup>9</sup> Laadukkailla palveluilla tarkoitetaan palveluiden saatavuutta ja perusoikeuksien turvaamista (COM(97)102); Lissabonin päätelmät 2000.

kaiset kuolemat<sup>10</sup>, jotka kaikki yhdessä alentavat työllisyysastetta ja heikentävät näin sosiaaliturvajärjestelmien rahoituspohjaa. Työllisyyspolitiikan näkökulmasta terveydenhuoltojärjestelmät nähdään keinoiksi, joilla kyetään vaikuttamaan työvoimatarjontaan ja työllisyysasteeseen<sup>11</sup>. Hoidon saatavuutta parantamalla on mahdollista säilyttää työikäisten työkyky mahdollisimman pitkään ja pidentää heidän työelämässä oloaika, palauttaa sairastuneet mahdollisimman nopeasti jälleen työkykyisiksi ja lisätä työelämän ulkopuolella olevien työllistyvyyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kansalaisten terveys, työ- ja toimintakyky vaikuttavatkin sosiaalimenojen kehitykseen ratkaisevammin kuin vanhusten määrän lisääntyminen sinänsä<sup>12</sup>.

Vaikka terveydenhuollon järjestäminen ja sen rahoittaminen kuuluvat Euroopan unionissa jäsenvaltioiden omaan päätösvaltaan, on Suomi yhtenä Euroopan rahaliittoon kuuluvana maana sitoutunut noudattamaan vakaus- ja kasvusopimusta. Koska valtaosa terveydenhuoltoon liittyvistä menoista katetaan julkisista talousarvioista, joihin sovelletaan vakaus- ja kasvusopimuksen vaatimuksia, koskee sopimuksen alijäämää ja velkaantumista koskeva velvoite myös kuntia. Vaikka valtiontaloudella on mennyt viime vuosina hyvin, kuntatalouden kehitys ei ole ollut yhtä suotuisaa. Osa kunnista ei ole kyennyt sopeuttamaan palvelurakenteitaan ikääntymisen, muuttoliikkeen ja elinkeinorakenteen aiheuttamiin muutoksiin. Tämä on johtanut 2000-luvun alkupuolella siihen, että alijäämäisten kuntien määrä ja alijäämän suuruus asukasta kohti kasvoivat<sup>13</sup>. Samaan aikaan osalle kunnista harkinnanvaraisesta rahoitusavustuksesta muodostui pysyvä sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiskeino<sup>14</sup>. Valtion näkökulmasta uhkakuvana oli, että kuntien heikko taloudellinen tilanne saattaa johtaa alijäämää koskevan suosituksen rikkomiseen ja liiallista alijäämää koskevien neuvottelujen aloittamiseen. Toinen ja julkisuudessa korostuneesti esillä ollut syy liittyi perustuslain (PL 731/1999 19 §) säännösten toteutumattomuuteen.

Hoitoon pääsyä koskevat ongelmat olivat tiedossa jo 1990 –luvulle tultaessa, mutta niihin ei oltu vielä valmiita puuttumaan lainsäädännöllisin keinoin. Sosiaaliturvan koordinaatioasetuksen perusteella<sup>15</sup> suomalaisten

---

<sup>10</sup> Ks. Vihriälä Vesa (2007).

<sup>11</sup> KOM(99) 347.

<sup>12</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a).

<sup>13</sup> [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)> kuntatalous> kuntatalouden tilastoja> kuntien tilinpäätökset vuonna 2006

<sup>14</sup> Ks. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)> kuntatalous> harkinnanvaraiset avustukset vuonna 2007

<sup>15</sup> EYN:o 1408/71.

on ollut mahdollista hakeutua hoitoon muihin EU/ETA-maihin tai Sveitsiin. Ulkomaille on kuitenkin hakeutunut vain 10–20 potilasta vuosittain.<sup>16</sup> Jonoihin puuttuminen tuli kuitenkin ajankohtaiseksi 1990-luvun lopulla Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen antamien tuomioiden jälkeen. Tuomioistuin linjasi, että potilaalla on oikeus mennä mihin tahansa toiseen jäsenvaltioon sairaalahoitoon, mikäli hänellä on siihen oikeus omassa jäsenvaltiossaan. Tämä kuitenkin edellyttää, että potilas saa ensin luvan omasta järjestelmästä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on annettava lupa, jos potilas ei saa hoitoa omasta järjestelmästä lääketieteellisesti hyväksyttävän ajan kuluessa terveydentilaansa nähden. Potilaalle maksetaan korvaus vähintään samantasoisena kuin hänelle olisi korvattu, jos hoito olisi annettu Suomessa. Poliittinen valmius hoitotakuun säätämiseksi perustuikin uhkakuvaan siitä, että jos ihmiset eivät pääse tietystä ajassa sairaalahoitoon Suomessa, he hakeutuvat hoitoon ulkomaille<sup>17</sup>. Pelkona oli, että ulkomaiset palveluntuottajat määräävät potilaille erilaisia hoitotoimenpiteitä, vaikka ne eivät olisi hoidollisesti täysin välttämättömiä. Suoritepohjaisessa korvausjärjestelmässä tämän on todettu voivan lisätä terveydenhuollon menoja<sup>18</sup>.

Markku Pekurisen ym. (2008a) mukaan täysin luotettavaa arviota siitä, kuinka paljon hoitotakuun toteuttaminen kokonaisuudessaan on lisännyt kunnallisen terveydenhuollon menoja, ei voida antaa, koska hoitotakuun toiminnallisia vaikutuksia ei ole kaikilta osin mahdollista erottaa muusta toiminnasta. Pekurinen kumppaneineen arvioi, että hoitotakuu lisäsi kunnallisen terveydenhuollon menoja kaikkiaan 380 miljoonalla eurolla vuosina 2002–2007<sup>19</sup>. Lisämenoista 70 prosenttia kohdistui erikoissairaanhoidon ja loput perusterveydenhoitoon.<sup>20</sup> Lisäpanostukset on siten kohdennettu erikoissairaanhoidon vaikka perusterveydenhuollon on korostettu olevan perusta, jolle muu terveydenhuolto rakentuu<sup>21</sup>.

Myös siitä, kuin paljon valtio on ohjannut rahaa hoitotakuun toteuttamiseen, voidaan antaa vain suuntaa antavia suuruusluokka-arvioita. Tämä johtuu siitä, että 25 miljoonan euron hoitotakuun purkamiseen vuosina 2002–2003 ohjattujen ns. jononpurkurahojen lisäksi, valtio on ohjannut kuntiin myös kehittämishankerahoitusta. Vuosina 2003–2007 sosiaali- ja

---

<sup>16</sup> SEC(2006) 1195/4.

<sup>17</sup> *Asiantuntijahaastattelu, sosiaali- ja terveysministeriö 14.5.2007.*

<sup>18</sup> Pekurinen Markku (2007).

<sup>19</sup> *Summa on 2,8 prosenttia vuoden 2006 terveydenhuollon kokonaismenoista (13,6 miljardia euroa) (Stakes 2008).*

<sup>20</sup> Pekurinen Markku ym. (2008a).

<sup>21</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (1996).*

terveysministeriö ja lääninhallitukset ovat konkreettisesti ohjanneet terveydenhuollon 531 kehittämishankkeeseen (kansalliseen terveydenhuollon hankkeeseen ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin) yhteensä 108 miljoonaa euroa. Se on 54 prosenttia kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin ohjatusta hankerahoituksesta (198 miljoonaa euroa).<sup>22</sup>

Vaikka hoitotakuuseen ei ole suoraan kohdennettu hankerahoitusta, sisältyy kansallisen terveydenhuollon kehittämishankkeisiin hankkeita, jotka vaikuttavat myös hoitotakuun toteuttamiseen<sup>23</sup>. Esimerkiksi alueellisten tietojärjestelmien kehittämisellä on tuettu potilasjonojen hallintaa ja sähköisen potilasasiakirjan kehittämishankkeilla lähetteen muuttamista konsultaatioiksi. Työnjakoon ja osaamiseen liittyvillä hankkeilla puolestaan on tuettu terveyskeskuksissa tapahtuvaa hoidon tarpeen arviointiprosessia ja erikoisalojen hoitoketjujen kehittämistoiminnalla on tehostettu hoitoprosesseja. Lisäksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon seudullisilla yhteistyöhankkeilla on edistetty myös käytettävissä olevien resurssien parempaa hyödyntämistä. Kehittämishankerahoituksen ohella valtio on korottanut sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuutta vuosina 2004–2007 yhteensä 2,24<sup>24</sup> prosenttiyksiköllä, joka pääosin on liittynyt kansallisen terveydenhuollon hankkeen tavoitteiden toteuttamiseen<sup>25</sup>. Valtioneuvoston vuosien 2005–2008 kehyspäätöksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisia valtionosuuksia lisätään noin 400 miljoonalla eurolla, josta terveydenhuollon osuus on 288 miljoonaa euroa<sup>26</sup>. Karkean arvion mukaan olemassa olevien terveydenhuoltojärjestelmien uudistaminen tehokkaammiksi, tuottavammiksi ja kustannusvaikuttavammiksi on tullut viimeisten kuuden vuoden aikana maksamaan julkiselle vallalle vähintään 800 miljoonaa euroa. Valtion taloudellinen lisäpanostus on siten ollut hyvin merkittävä.

---

<sup>22</sup> [www.stm.fi/hankeet/päättyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi>hankerahoitus>hankerahoitus 2003–2007](http://www.stm.fi/hankeet/paattyneet_hankeet/kansallinen_hanke_terveydenhuollon_tulevaisuuden_turvaamiseksi/hankerahoitus/hankerahoitus_2003-2007)>STM:n ja lääninhallitusten hankerahoitus vuosittain

<sup>23</sup> Ks. [www.stm.fi/hankeet/päättyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi>hankerahoitus>-hankerahoitus 2003–2007](http://www.stm.fi/hankeet/paattyneet_hankeet/kansallinen_hanke_terveydenhuollon_tulevaisuuden_turvaamiseksi/hankerahoitus-hankerahoitus_2003-2007)>rahoituksen jakautuminen painoalueittain

<sup>24</sup> Korotus oli 0,50 prosenttiyksikköä vuonna 2004, 0,80 prosenttiyksikköä vuonna 2005, 0,48 prosenttiyksikköä vuonna 2006 ja vuonna 2007 0,46 prosenttiyksikköä. Korotukset ovat liittyneet pääosin Kansallisen terveydenhuoltohankkeen ja vähäisemmässä määrin Sosiaalialan kehittämishankkeen toimeenpanoon ja tavoitteiden saavuttamiseen lukuun ottamatta vuotta 2007.

<sup>25</sup> [www.vm.fi/valtion talousarvioesitykset](http://www.vm.fi/valtion_talousarvioesitykset)

<sup>26</sup> HE 77/2004 vp.

Hoitotakuuseen valmistauduttaessa sen vaikutuksista terveydenhuoltoon esitettiin erilaisia näkemyksiä. Muiden muassa sairaanhoitopiirien aseman kuntiin nähden odotettiin vahvistuvan edelleen. Erikoissairaanhoidossa operatiivisen toiminnan odotettiin painottuvan konservatiivisen toiminnan kustannuksella ja pitkien jonotusaikojen odotettiin lyhenevän ja lyhyiden jonotusaikojen pitenevän. Menolisäysten oletettiin pitkällä aikavälillä jäävän vähäisiksi, mutta alueellisten erojen katsottiin edellyttävän voimavarojen uudelleen kohdentamista. Hoitotakuun pelättiin myös heikentävän perusterveydenhuollon ja ehkäisevän työn asemaa.<sup>27</sup> Eduskunta liittikin hallituksen esitystä koskevaan vastaukseensa lausuman, jossa se edellytti hallituksen seuraavan, millaisia vaikutuksia uudistuksella on perusterveydenhuoltoon ja ennalta ehkäisevän työn asemaan kunnissa ja miten perusterveydenhuoltoon ja ennalta ehkäisevään työhön käytettävät resurssit jatkossa kehittyvät<sup>28</sup>. Osa uhkakuvista on toteutunut, osa ei<sup>29</sup>.

Hoitotakuun vaikutuksia ennakoitaessa ja arvioitaessa julkisuudessa ei ole kiinnitetty huomiota siihen, miten hoitotakuu on vaikuttanut jälkihoidon organisointiin ja menoihin tai sosiaalihuollon menoihin. Vaikka Suomessa muun muassa Pekurinen ym. (2008a), sosiaali- ja terveysministeriö (perusterveydenhuollon hoitotakuukartoitukset), Stakes (aikuispsykiatrian hoitotakuukartoitus<sup>30</sup>) ja kuntaliitto<sup>31</sup> ovat selvittäneet yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä, ei näissä selvityksissä ja tutkimuksissa ole tarkasteltu sitä, takaavatko yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet käytännössä potilaiden yhdenvertaisen kohtelun. Meillä ei ole myöskään arvioitu sitä, onko hoitotakuulaeissa käytetyt käsitteet määritelty niin täsmällisesti ja yksiselitteisesti, että lain tavoitteet ovat todella toteutuneet lainsäätäjien tarkoittamalla tavalla.

---

<sup>27</sup> Pekurinen Markku (2005a).

<sup>28</sup> Eduskunnan vastaus 94/2004 vp.

<sup>29</sup> Ks. Pekurinen Markku ym. (2008a).

<sup>30</sup> [www.stm.fi/hankkeet/paattyneet\\_hankkeet/kansallinen\\_hanke\\_terveydenhuollon\\_tulevaisuuden\\_turvaamiseksi\\_2004-2007/hoitoon\\_paa-sy/hoitotakuukartoitukset](http://www.stm.fi/hankkeet/paattyneet_hankkeet/kansallinen_hanke_terveydenhuollon_tulevaisuuden_turvaamiseksi_2004-2007/hoitoon_paa-sy/hoitotakuukartoitukset)

<sup>31</sup> Heinämäki Ritva ym. (2007)

## 2 Tarkastusasetelma

### 2.1 Hoitotakuujärjestelmä

#### *Lainsäädännön valmistelu ja ennakkovalmistautuminen*

Maaliskuussa 2005 voimaan tullut hoitotakuulaki oli osa laajempaa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamishanketta. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti syyskuussa 2001 kehittämis- ja uudistushankkeen nimeltään kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin tehtävänä oli arvioida viiden asiakokonaisuuden kannalta palvelujärjestelmän nykyiset ja sitä uhkaavat ongelmat sekä laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma ongelmien poistamiseksi. Projektille asetettiin johtoryhmä ja hankkeen valmistelua varten nimettiin neljä selvityshenkilöparia ja yksi selvityshenkilö. Selvityshenkilöillä oli kaikilla apunaan omat tukiryhmänsä. Projektin työryhmä 5 sai tehtäväkseen selvittää, miten terveyspalvelut saadaan ilman kohtuutonta viivettä, kuinka uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittäminen, arviointi ja toimeenpano tulisi toteuttaa sekä miten hoitokäytäntöjä voisi yhtenäistää valtakunnallisten suositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien avulla<sup>32</sup>.

Selvityshenkilöt tukiryhmineen jättivät väliraporttinsa<sup>33</sup> tammikuussa 2002. Väliraporttien pohjalta projektin johtoryhmä muokkasi lopulliset ehdotuksensa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskeviksi toimenpiteiksi. Johtoryhmä jätti Valtioneuvostolle ehdotuksensa 9.4.2002<sup>34</sup> ja Valtioneuvosto antoi asiasta periaatepäätöksen 11.4.2002<sup>35</sup>.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön asetti hoitoon pääsyn ja jononhallinnan toteuttamishojeita valmistelevan työryhmän (Jono-työryhmä). Työryhmän tehtävänä oli laatia ehdotukset hoitoon pääsyä koskevista yleisistä periaatteista, hoidon tarpeen arviointijärjestelmän perusteista, jononhallinnan periaatteista ja tarvittavista säädösmuutoksista. Valmistelun lähtökohtana oli valtioneuvoston periaatepäätöksessä määritellyt enimmäisajat.<sup>36</sup>

---

<sup>32</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a).*

<sup>33</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b).*

<sup>34</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a).*

<sup>35</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b).*

<sup>36</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b).*

Jono-työryhmän ehdotuksen perusteella sosiaali- ja terveysministeriö asetti helmikuussa 2004 johtoryhmän valmistelemaan kiireettömän hoidon perusteiden laatimista. Johtoryhmän tehtävänä oli mm. tukea ja koordinoita perusteiden laadintaa ja seurata niiden käyttöönottoa.<sup>37</sup> Varsinainen perusteiden laatiminen jaettiin seitsemälle erityisvastuualueelle. Erikoisalakohorttien perusteiden laatimistyötä johtivat 1-5 erityisvastuualueilla yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit sosiaali- ja terveysministeriön neuvottelevien virkamiesten kanssa. Perusteiden laatimistyöhön osallistuivat osallistuvien erikoisalojen ylilääkärien lisäksi myös hoitotyön, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja Kansaneläkelaitoksen edustajat.<sup>38</sup>

Valtio aloitti hoitojonon purkamisen lähes 2½ vuotta ennen hoitotakuulainsäädännön voimaan tuloa ns. jononpurkuhankkeella. Eduskunta myönsi valtion vuoden 2002 lisätalousarviossa momentilta 33.32.37 yhteensä 25 miljoonan euron määrärahan (kolmivuotinen siirtomääräraha) valtionavustukseksi sairaanhoitopiirien kuntayhtymille tutkimus- ja hoitojonon purkamisesta aiheutuviin kustannuksiin. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien jäsenkunnat osallistuivat jonon purkamiseen maksamalla valtionavustuksella tuotetuista tai hankituista palveluista puolet kuntalaskutushinnasta. Julkinen valta panosti siten jo ennen hoitotakuujärjestelmän voimaan tuloa erikoissairaanhoiton hoitojonon purkuun yhteensä 50 miljoonaa euroa.

Valtionavustukset jaettiin sairaanhoitopiireille niiden vuoden 2001 lopun asukasmäärän perusteella, joka oli tarkistettu erikoissairaanhoiton vuoden 2000 tarveindeksillä. Sairaanhoitopiirit hakivat avustusta kirjallisesti sosiaali- ja terveysministeriöltä, joka myös myönsi ja maksoi avustuksen.<sup>39</sup> Kaikki sairaanhoitopiirit hakivat ja saivat avustuksen täysimääräisenä<sup>40</sup>.

*Tutkimus- ja hoito terveyskeskuksessa (samana päivänä – 3 päivää/ 3 viikkoa – 3 kuukautta/ 6 kuukautta)*

Hallitus antoi kansanterveyslakia, erikoissairaanhoitolakia, potilaan asemasta ja oikeuksista koskevaa lakia ja sosiaali- ja terveydenhuollon asia-

---

<sup>37</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004c).*

<sup>38</sup> *Erytisvastuualueet olivat: 1: silmätaudit, korvataudit ja aikuispsykiatria, 2: naistentaudit, lastentaudit ja lastenneurologia, 3: kirurgia, lastenkirurgia ja ortopedia, 4: neurokirurgia, neurologia ja kuvantaminen, 5: sisätaudit, keuhkosairaudet, lasten- ja nuortenpsykiatria ja apuvälineet, 6: suun terveydenhuolto ja 7: terveystalous ja tiedonhallinta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004d).*

<sup>39</sup> *Vna 576/2002.*

<sup>40</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004e). Julkaisematon.*

kasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamista koskevat lakiehdotukset eduskunnalle vuoden 2004 valtiopäivillä<sup>41</sup>. Ns. hoitotakuujärjestelmä lakimuutoksineen tuli voimaan maaliskuun alussa 2005. Lasten ja nuorten erikoissairaanhoidon koskevilla mielenterveyspalveluilla vastaavanlainen hoitotakuujärjestelmä on ollut voimassa jo vuodesta 2001 lähtien (Vna 1282/2000). Kansanterveyslakiin (mukaan lukien suun terveydenhuolto) ja erikoissairaanhoidon lakiin kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa potilaiden hoitoon pääsy pitää viimeistään järjestää. Erikoissairaanhoidon lakiin (31 §) on kirjattu kansanterveyslakia (15 b §) selkeämmin, että potilaiden hoidon arviointi on toteutettava yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Kummassakaan laissa ei ole kuitenkaan täsmällisesti sanottu, että lääkäreiden on hoidon arviointia tehdessään käytettävä yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita.

Kansanterveyslain 15 b §:n mukaan potilaan on saatava arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys terveyskeskukseen, hoidon tarve on arvioitava viimeistään kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta, mutta perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoidon arvioinnin perusteella potilaan on päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon kolmessa kuukaudessa. Suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan kuitenkin ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Kuuden kuukauden enimmäisaika ei koske perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa annettavaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa kolmen kuukauden sisällä, jos lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat eivät muuta edellytä.

#### *Tutkimus ja hoito sairaalassa (3 viikkoa – 6 kuukautta)*

Erikoissairaanhoidon mukaan erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun sairaanhoitopiiriin toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on aloitettava ja järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen ar-

---

<sup>41</sup> HE 77/2004 vp.



vioinnista. Jos potilaan todettua sairautta tai oiretta on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveyskeskuksessa, on potilas ohjattava asianomaiseen terveyskeskukseen ja annettava terveyskeskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet.

Jos terveydenhuollon toimintayksikkö (terveyskeskus) tai sairaanhoitopiiri ei voi itse antaa hoitoa määräajoissa, on niiden hankittava hoito joltakin muulta palveluntuottajalta kuten esimerkiksi toisesta sairaanhoitopiiristä, toisesta Euroopan unionin jäsenvaltiosta tai Sveitsistä.

## 2.2 Hoitotakuujärjestelmän organisointi

### *Suunnittelu ja ohjaus*

Valtakunnallisella tasolla hoitotakuun suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Ohjaaminen on toteutettu ensisijaisesti informaatio-ohjauksena. Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjannut mm. valtakunnallisten yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden laadintaa. Ministeriö on ohjannut kuntia myös lakisääteisellä sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmalla (Tato). Ohjelmalla on tarkennettu hallitusohjelman tavoitteita. Tato:n toimenpidesuosituksukset eivät kuitenkaan ole ohjanneet kuntia riittävästi<sup>42</sup>. Osin tästä johtuen kuntien sitoutumista valtakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteisiin on haluttu vahvistaa erillisiin hankkeisiin myönnetyllä hankerahoituksella<sup>43</sup>. Pääosin ministeriö toteuttaa hoitotakuun ohjaustehtäviään lääninhallitusten kautta.

### *Rahoitus*

Hoitotakuuta rahoittavat valtio, kunnat ja potilaat. Lisäksi välillisen julkisen hallinnon edustajana rahoitukseen osallistuu myös Kansaneläkelaitos. Valtio osallistuu hoitotakuun rahoittamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksilla ja siihen kytkeytyvällä verotulojen tasauksella<sup>44</sup>. Lisäksi valtio on osallistunut hoitotakuun rahoittamiseen myös välillisesti esimerkiksi verotuksen kautta ohjautuvalla kotitalousvähennyksellä<sup>45</sup> ja sosiaali-

---

<sup>42</sup> *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2002).*

<sup>43</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a).*

<sup>44</sup> *Laki 733/1992.*

<sup>45</sup> *Laki 1128/2005.*

ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden yleisillä valtionavustuksilla<sup>46</sup>. Valtio on rahoittanut hoitotakuuta myös Kansallisen terveydenhuollon hankkeiden kehittämiseen myöntämällä määrärahalta<sup>47</sup> ja tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen osoittamallaan määrärahalta<sup>48</sup>.

Kunnat rahoittavat sosiaali- ja terveyspalveluja kunnallis-, yhteisö- ja muilla veroilla, valtionosuuksilla, toimintatuloilla, lainanotolla ja asiakasmaksuilla. Potilaat puolestaan osallistuvat järjestelmän rahoittamiseen asiakasmaksuilla kuten maksamalla terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynneistä, päiväkirurgisesta hoidosta ja kuntoutushoidosta (pl. neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus)<sup>49</sup>.

Kansaneläkelaitoksen myöntämällä etuuksilla, kuntoutuksella ja muulla tuella on keskeinen merkitys yksityisen terveydenhuollon rahoituksessa. Eryityisesti sairausvakuutuksen<sup>50</sup> kautta tuki kohdistuu luonteeltaan yksityisiin terveyspalveluihin ja lääkekustannuksiin. Kansaneläkelaitos vastaa sairausvakuutuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä ja seuraa ja valvoo lainsäädännön noudattamista ja toteuttamista. Kansaneläkelaitos maksaa sairausvakuutuslain mukaan vain tarpeellisista kustannuksista ja korvausta maksetaan vain omavastuun ylittävältä osalta tai enintään vahvistetun taksan mukaisesta määrästä.

Sairausvakuutuslain sairaanhoitovakuutuksena maksetaan muiden muassa lääkekorvauksia, korvauksia lääkärin- ja hammaslääkäripalkkioista, korvauksia tutkimuksesta ja hoidosta, matkakorvauksia ja kuntoutusmenoja. Sairanhoitovakuutuksesta ei kuitenkaan korvata kaikkea hoitoa. Sairanhoitovakuutuksesta ei korvata esimerkiksi leikkaussalivuokraa, julkisen sektorin perimiä maksuja kuten esimerkiksi sairaaloiden hoitopäivämaksuja ja terveyskeskusmaksuja eikä tekojäsenten ja apuvälineiden kustannuksia. Sairausvakuutuksen työtuloetuksina rahoitetaan muiden muassa sairauspäivärahat, kuntoutusrahat ja työnantajille maksettavat korvaukset työterveyshuollon järjestämisestä. Sairanhoitovakuutuksen rahoittamiseen vakuutetut ja valtio osallistuvat yhtä suurella osuudella lukuun ottamalla EU-maihin maksettavia sairaanhoidon kustannusten kor-

---

<sup>46</sup> Laki 716/2002.

<sup>47</sup> Vna 798/2002; Vna 807/2003; Vna 854/2004; Vna 754/2005; Vna 779/2006.

<sup>48</sup> Vna 576/2002.

<sup>49</sup> Laki 1508/2001.

<sup>50</sup> Laki 1224/2004.

vauksia, jotka valtio rahoittaa<sup>51</sup>. Työtulovakuutuksen rahoittamisesta vastaavat työnantajat, palkansaajat, yrittäjät ja valtio<sup>52</sup>.

### *Toiminnan järjestäminen*

Hoitotakuun toteuttaminen perusterveydenhuollossa kuuluu kansanterveyslain (L 66/1972) mukaisesti kunnalle. Kunta voi hoitaa sille määrätty tehtävät itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa, hankkia tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja myös muilta julkisilta tai yksityisiltä palvelujen tuottajilta tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin<sup>53</sup>.

Hoitotakuun toteuttaminen erikoissairaanhoidossa kuuluu erikoissairaanhoitolain (L 1062/1989) nojalla sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, joka vastaa toiminnan järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee myös antaa alueensa terveyskeskuksille sellaisia erikoissairaanhoidon palvelua, joita ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa terveyskeskuksessa. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on vastata tietojärjestelmien yhteensovittamisesta alueellaan.<sup>54</sup>

Hoitotakuun toteuttaminen edellyttää myös hoitopisodin loppupään toiminnan järjestämistä. Kysymys koskee lähinnä jatkohoidon, kuntoutuksen ja kotiin annettavien huolenpitoa ja hoitoa koskevien palveluiden järjestämistä. Potilaslain 4 a §:n mukaan potilaalle on laadittava tarvittaessa lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Erikoissairaanhoitolain 10 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee hoitaessaan sille kuuluvia tehtäviä tehdä yhteistyötä alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa, jos tehtävien asianmukainen suorittaminen sitä edellyttää. Perusterveydenhuollossa lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen kuuluu kansanterveyslain 14 §:n mukaan terveyskeskukselle ja sosiaalihuoltoasetuksen 11 §:n mukaan kunnalle.

Erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä kuntoutuksen osalta korostetaan erikoissairaanhoitolain 10 a §:ssä, kansanterveyslain 23 §:ssä ja sosiaalihuoltolain 17 §:ssä. Pykälien mukaan, jos potilas/ asiakas tarvitsee kuntoutusta, jota ei ole säädetty tai jota ei ole asianmukaista järjestää erikoissairaanhoitona, kansanterveys työnä tai sosiaalipalveluna, tulee sairaanhoitopiirin, terveyskeskuksen tai sosiaalihuollon antaa potilaalle/asiakkaalle tietoja muista kuntoutusmah-

---

<sup>51</sup> Laki 1113/2005.

<sup>52</sup> Laki 1114/2005.

<sup>53</sup> Laki 1309/2003.

<sup>54</sup> Laki 856/2004.

dollisuuksista. Sairaanhoidopiiriin, terveyskeskuksen tai sosiaaliviranomaisen tulee myös ohjata potilas/ asiakas tarpeen mukaan jonkin muun palvelun järjestäjän palveluiden piiriin. Jos sairaanhoidopiiri, terveyskeskus tai sosiaaliviranomainen ohjaa potilaan jonkin muun palvelun järjestäjän palveluiden piiriin, tapahtuu ohjaus yhteistyössä tarvittavia palveluja järjestävien tahojen kanssa.

### *Seuranta*

Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä säädetään hoitoon pääsyä koskevien seurantatietojen julkaisemisesta ja yhtenäisistä kiirettömän hoidon perusteista. Asetuksen mukaan terveyskeskusten ja sairaanhoidopiirien on julkaistava hoidon arviointia ja hoitoon pääsyä koskevat odotusajat erikoisaloittain vähintään puolivuositain internetissä, tiedotteella tai muulla tavalla (5 §). Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän on seurattava ja valvottava yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäiset hoidon perusteet toteutuvat alueella (8 §). Erikoissairaanhoitolain 31 §:ssä korostetaan myös erikseen, että sairaanhoidopiirien on vastattava siitä, että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin perustein.

### *Valvonta*

Aluetasolla kuntien ja kuntayhtymien järjestämän terveydenhuollon valvonta kuuluu lääninhallituksille. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena lääninhallitusten toimintaa niin, että niiden toimintaperiaatteet, menettelytavat ja ratkaisukäytännöt ovat yhdenmukaisia koko maassa<sup>55</sup>. Tähän liittyen terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi eräissä tapauksissa käsitellä ja ratkaista terveydenhuollon toimintayksiköitä koskevia asioita itsekin<sup>56</sup>. Terveydenhuollon vuoden 2007 toiminnan yhtenä painopisteenä olikin hoitotakuun toteutumisen valvonta<sup>57</sup>.

Sosiaali- ja terveysturvapalveluja koskeviin erityislakeihin sisältyy useita säännöksiä, jotka oikeuttavat lääninhallitukset ja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen määräämään erilaisia palvelujen tuottajaan ja järjestäjään kohdennettavista sanktiokeinoista. Viranomaisten käytössä olevilla sank-

---

<sup>55</sup> Laki 1253/2005.

<sup>56</sup> Narikka Jouko (toim.)(2006).

<sup>57</sup> TEO (2007a); TEO (2007b).

tiomahdollisuuksilla pyritään yleensä korjaamaan sellaisia valvonnassa esille tulleita toiminnan virheellisyyksiä, velvollisuuksien laiminlyöntejä tai puutteita, jotka heikentävät tai uhkaavat palveluiden laatua. Sanktiokeinoina tulevat yleensä kyseeseen erilaiset toimintojen suorittamisesta tai toiminnan keskeyttämistä koskevat velvoitteet (määräys, huomautus vastaisuuden varalle, uhkasakko). Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus voivat, jos asia ei anna aiheutta toimenpiteeseen, kiinnittää myös huomiota toiminnan asianmukaiseen järjestämiseen ja hyvän hallintotavan noudattamiseen.<sup>58</sup>

Kuntien valtionosuuslain (L 1147/1996) 24 §:n ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (L 1150/1996) 42 §:n perusteella uhkasakkoa on mahdollista käyttää kunnan sosiaali- ja valtionosuustehtävien täyttämisen tehosteena. Suomessa uhkasakkoa on käytetty sosiaali- ja terveystalveluiden turvaamisessa harvoin, mutta hoitotakuun osalta siihen on turvaututtu. Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti valvontaviranomaisille kesäkuussa 2007 kirjeen, jossa se muistutti valvontaviranomaisten mahdollisuudesta käyttää tarvittaessa uhkasakkoa niitä terveydenhuollon yksiköitä kohtaan, joissa hoitotakuun edellyttämiä enimmäisaikoja ei ole saavutettu ja joissa ei ole ryhdytty toimiin tavoitteiden pikaiseksi saavuttamiseksi<sup>59</sup>.

## 2.3 Hoitotakuujärjestelmän tarkastuskriteerit ja -kysymykset

### *Tarkastuskriteerien perusta*

Hallituksen esityksessä hoitotakuulaeiksi hoitotakuun tarpeellisuutta perusteltiin oikeudenmukaisuudella, yhdenvertaisuudella ja kustannussäästöillä. Perustelujen mukaan alueellinen yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä toteutuu, kun hoitoon pääsy perustuu hoidon järjestämiseen määräajassa. Kansalaisten välinen yhdenvertaisuus hoitoon pääsyssä puolestaan toteutuu, kun yhtäläisessä hoidon tarpeessa olevat hoidetaan samojen periaatteiden mukaan – valtakunnallisesti yhtenäisillä hoidon perusteilla. Samaa sairautta potevien henkilöiden välinen oikeudenmukaisuus taas toteutuu, kun hoitoon pääsy perustuu valtakunnallisesti yhtenäisten hoitotakuukriteerien perusteella suoritettuun hoidon arviointiin. Terveydenhuollon ko-

---

<sup>58</sup> Laki 1254/2005 43 § ja 44 §; Heiliö Pia-Liisa ym. (2006).

<sup>59</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (2007). *Julkaisematton*.

konaiskustannukset vähenevät, kun hyödyttömiä hoitoja karsitaan ja kustannuksista suurimman osan aiheuttava hoidon odottamisaika lyhenee. Työnantajat säästävät sairauslomakuluissa, Kansaneläkelaitos (valtio) sairausvakuutusmenoissa (sairauspäivärahat, työkyvyttömyyseläkkeet, lääkekorvaukset), potilaat lääkekuluissa ja kunta kotipalvelun ja perusterveydenhuollon (ylimääräiset terveyskeskuskäynnit) menoissa. Hoitotakuun tuottamien kustannussäästöjen oletetaan olevan siten osittain välillisiä.

Hallituksen esityksessä hoitotakuulainsäädännöksi tavoitteiden saavuttamisen keinoina korostettiin hoitoon pääsyä tietyssä enimmäisajassa ja valtakunnallisia yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä. Hoitotakuun tavoitteiden saavuttamiseen ja niitä edistävien keinojen käyttöön liittyy kuitenkin riskejä. Tässä tarkastuskertomuksessa on tarkasteltu riskejä, jotka liittyvät hoitoon pääsyn, taloudellisuuden ja lainsäädännön ohjaavuuden alueille.

### 2.3.1 Hoitotakuujärjestelmän riskialueet

#### *Hoitoon pääsy*

Hoitotakuulainsäädännössä asetetuilla määräajoilla kansalaisille on pyritty turvamaan hoitoprosessissa eteneminen tietyn ajan sisällä. Sosiaali- ja terveysministeriö seurasi erikoissairaanhoidon yli kuuden kuukauden hoitotakuun tilannetta hoitotakuulain runsaan kahden ensimmäisen voimassaolovuoden aikana. Ministeriön tekemissä seurannoissa jonotilanteen kehittymistä tarkasteltiin vain tietyillä erikoisaloilla ja erikoisaloja koskevat jonotiedot esitettiin vain koko maata koskevinä yhteenvetotietoina, ei sairaanhoitopiireittäin eriteltynä. Tällä tavalla toteutetussa hoitoon pääsyn toteutumisen seurannassa on kuitenkin ongelmana se, ettei meillä ole tietoa siitä, miten hoitoon pääsyn odotusajat ovat kehittyneet eri erikoisaloilla ja eri ikäryhmissä. Riskinä on, että erikoisaloilla, joita seurataan ja joissa odotusajat ovat pitkät, odotusajat saattavat lyhentyä, kun taas erikoisaloilla, joita ei seurata ja joissa odotusajat ovat lyhyet, odotusajat voivat pidentyä<sup>60</sup>. Lisäksi riskinä on, että hoitoon pääsyn odotusajat voivat vaihdella erikoisalojen sisällä potilaan iän mukaan. Kun hoitoon pääsyn toteutumisesta seurataan vain hoitajononilla, on myös riskinä, että toimenpiteeseen pääsyä edeltävät muut jonot kuten esimerkiksi tutkimusjonot ja poliklinikan lääkärin vastaanottojonot, saattavat pidentyä.

---

<sup>60</sup> Esim. Pekurinen Markku (2005b).

Yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla pyritään edistämään sitä, että ihmisten hoidon tarpeen arviointi suoritetaan yhdenmukaisin lääketieteellisin perustein riippumatta siitä, missä hoidon arviointi tehdään: sairaanhoitopiirissä, terveyskeskuksessa tai yksityisellä sektorilla. Valtakunnalliset kiireettömän hoidon perusteet ovat kuitenkin luonteeltaan suosituksia. Lääkäreiden ei ole pakko käyttää niitä. Silti valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn alueellisesta toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä säädetään, että sairaanhoitopiirin tulee yhdessä alueensa kuntien ja terveyskeskusten kanssa valvoa, että yhtenäisiä hoidon perusteita käytetään alueella (8 §). Riskinä saattaa kuitenkin olla se, etteivät sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset systemaattisesti valvo, käyttävätkö niiden palveluksessa olevat lääkärit yhtenäisiä hoidon perusteita. Perusteiden suositusluonteisuus luo myös perustan riskille, että kunnissa, sairaanhoitopiireissä ja yksityissektorilla kiireettömän hoidon perusteita mahdollisesti käytetään eri tavoin. Tämä voi johtaa siihen, että potilaiden eriarvoisuus hoitoon pääsyssä jatkuu edelleen.

Valvonnan osalta hoitoon pääsyyn liittyvä riski koskee hoitotakuuseen liittyvien valitusten ja kanteluiden lisääntymistä. Hoitotakuuta koskevissa esiselvityshaastatteluissa nousi esille, että hoitotakuuseen liittyvät valitukset, kantelut ja yhteydenotot ovat lisääntyneet ja kanteluiden määrissä on suuria alueellisia eroja<sup>61</sup>. Meiltä puuttuu kuitenkin valtakunnallista tietoa hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden, valitusten ja yhteydenottojen kokonaismääristä, niiden kehittymisestä hoitotakuun voimassaoloaikana ja mihin ne ovat kohdentuneet. Lisäksi meiltä puuttuu itse kantelijoita koskevaa taustatietoa. Riskinä on, että yksityiskohtaisempien tietojen puuttuessa "mutu-tieto" voi muuttua viralliseksi tiedoksi, jota myös käytetään ohjauksen välineenä.

### *Taloudellisuus*

Hoitotakuujärjestelmän tavoitteisiin liittyvä taloudellinen riski koskee lähinnä sitä, ettei ehdotetuilla keinoilla – enimmäisajoilla ja yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla – ja Kansallisen terveyshankkeen osahankkeisiin myönnettyillä määrärahoilla ole kyetty tai kyetä hillitsemään terveysmenojen kasvua. Tämä voi osin johtua siitä, etteivät sairaanhoitopiirit ja kunnat ole kyenneet muuttamaan riittävästi toimintakäytäntöjään ja rakenteitaan.

---

<sup>61</sup> *Esiselvityshaastattelut, Etelä-Suomen lääninhallitus (7.2.2007) ja Terveystieteiden tutkimuskeskus (14.2.2007). Julkaisemattomia.*

Hoitotakuun organisointiin liittyvät taloudelliset riskit kohdistuvat toiminnan ajalliseen tehostamiseen eli enimmäisaikoihin. Hoitotakuulainsäädännössä ilmaistuilla enimmäisajoilla edistetään hoitoon pääsyä, mutta laeissa ei kiinnitetä huomiota jatkohoitoon. Riskinä on, että kunnissa ei ole varauduttu riittävästi jatkohoidon järjestämiseen. Jatkohoitopaikkojen tai avohoitopalveluiden riittämättömyys voi aiheuttaa sen, ettei sairaanhoitopiiri pysty kotiuttamaan potilaita perusterveydenhuollon piiriin. Tämä taas voi johtaa siihen, ettei sairaanhoitopiiri kykene ottamaan uusia potilaita sisään. Jatkohoitopaikkojen riittämättömyys saattaa myös lisätä kuntien maksamien siirtoviivemaksujen määrää.

Toinen enimmäisaikoihin liittyvä taloudellinen riski kohdistuu toimintatapoihin. Riskinä on, että hoitoon pääsyä edistävät keinot voivat olla kustannuksiltaan aikaisempaa kalliimpia.

Hoitotakuun keinot saattavat myös siirtää kustannuksia paikasta toiseen. Hoitoon pääsyn odotusajan ja itse hoitotoimenpiteen kustannukset ovat saattaneet supistua, mutta riskinä on, että jatkohoidon kustannukset ovat kasvaneet (esim. kuntoutus, apuvälineet, sairauspäivärahat). Erikoissairaanhoidossa leikkausjonojen purkaminen on voinut muuttaa myös taloudellista resursointia (henkilöstömäärä, budjetti) erikoisalojen välillä. Riskinä on, että erikoisalajat, jotka tuottavat nopeasti ja näkyvästi tuloksia ja joita seurataan kuten esimerkiksi kirurgia ja ortopedia, saavat enemmän resursseja kuin konservatiiviset erikoisalajat ja psykiatria.

Neljäs hoitotakuuseen liittyvä taloudellinen riski kohdistuu yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöön yksityissektorilla. Kansaneläkelaitos lähetti hoitotakuulainsäädännön voimaan tullessa yksityislääkäreille kirjeen, jossa se suositteli, että yksityislääkärit ottaisivat perusteet huomioon hoitopäätöksiä tehdessään. Jos Kelalla ei ole sellaista valvontajärjestelmää, jolla se kykenee valvomaan suosituksensa noudattamista, riskinä on, että Kelan korvaamat tutkimus- ja hoitomaksut ja yksityislääkärin palkkiot saattavat kasvaa nopeastikin. Riski voi aiheutua siitä, että yksityissektorilla saatetaan tehdä sairauden määrittämisen kannalta tarpeettomia ja hyödyttömiä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä.

### *Lainsäädännön ohjaavuus*

Hoitotakuun ohjauksen toimivuuteen kohdistuu ongelmia, jotka liittyvät asetettuihin aikatavoiteisiin ja seurauksiin. Hoitotakuun asettamat erikoissairaanhoidon koskevat enimmäisajat luovat perustan sille, että täytäkseen asetetut aikatavoitteet, kunta saattaa ohjata rahaa terveydenhuoltoon ja terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon, vaikka taloudellisten panostusten tarve voi olla suurempi esimerkiksi perusterveydenhuollossa



ja/ tai vanhustenhuollossa. Riskinä on, että hoitotakuu voi ohjata kuntien taloudellisia panostuksia sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskehittämisen kannalta epätarkoituksenmukaisesti.

Hoitotakuun perusterveydenhuollolle asettamassa hoidon arviointia koskevassa enimmäisajassa on kyse potilaan yhteydenoton syyn sekä sairauden oireiden ja niiden vakavuusasteen perusteella tapahtuvasta hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnista, ei lääketieteeseen perustuvasta taudin diagnosoinnista. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arvioinnissa on kyse taas sen arvioinnista, tarvitaanko lisää kokeita ja tutkimuksia vai voidaanko jo saapuneen lähetteen perusteella tehdä suoraan hoitopäätös. Riskinä on, että hoidon tarpeen arviointia koskevat enimmäisajat eivät mahdollisesti edistä kiireetöntä hoitoa tarvitsevan potilaan pääsyä lääkärin vastaanotolle eivätkä siten ohjaa lääkärin vastaanottotoiminnan kehittämistä.

Hoitotakuun ohjaavaan rooliin liittyvä riski nousee esille myös tarkasteltaessa hoitotakuun seurauksia. Ensinnäkin yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet voivat lisätä palvelujen tarjontaa niiden tautien osalta, joiden kriteerejä lievennetään, ja vähentää palvelutarjontaa niiden tautien osalta, joiden kriteereitä tiukennetaan. Toiseksi yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin sisältyvät lääkinnälliset ohjeistukset saattavat lisätä tehtävien tutkimusten määrää. Kolmanneksi yli kuuden kuukauden enimmäisajan noudattaminen yhdenmukaisesti kaikissa sairauksissa voi lisätä tarpeettomien leikkausten määrää. Potilaat saattaisivat parantua ilman leikkaustakin, mutta koska yli kuuden kuukauden odotusaikoja toimenpiteisiin ei saa olla, potilas leikataan. Neljänneksi hoitoon pääsyn odotusaikojen julkaiseminen ja valvontaviranomaisten uhkasakoilla uhkaaminen voivat johtaa siihen, että jonoja puretaan kalliisti: ylitöillä, viikonlopputöillä ja ostopalveluilla. Viidenneksi tarkastuksen piiriin kuuluvien sairaanhoitopiirien talousarviokäytäntö saattaa lisätä erikoissairaanhoidon menoja, koska erikoisaloittaiset talousarviot rakennetaan edellisten vuosien menojen mukaan. Tämä saattaa johtaa siihen, että erikoissairaanhoitomenojen kasvussa kunnat supistavat perusterveydenhuollon talousarviotaan.

Edellä mainitut lainsäädännön ohjaukseen liittyvät riskit voivat johtaa siis siihen, että hoitotakuulainsäädäntö saattaa itse asiassa ohjata sairaanhoitopiirejä ja kuntia toimintaan, joka sotii terveystaloudellisia tavoitteita vastaan. Toimintaan, joka ei kannusta terveystalouden kasvun hillitsemiseen, terveyttä edistävien toimintatapojen käyttöönottoon eikä peruspalvelujen ja ennalta ehkäisevän työn kehittämiseen.

Hoitotakuulainsäädäntö määrittelee yksityiskohtaisesti mm. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskusten (Stakesin) velvollis-

suudesta julkaista hoitoon pääsyä koskevat seurantatiedot (6 §)<sup>62</sup>. Asetuksella pyritään benchmarkingin keinoin ohjaamaan sairaanhoitopiirejä lyhentämään jonojaan. Jotta hoitoon pääsyä koskevilla jono- ja odotusaikatiedoilla voidaan osoittaa, että hoitotakuu toimii, edellyttää tämä, että seurantajärjestelmät ovat kaikissa sairaanhoitopiireissä kunnossa, tilastointi yhdenmukaista ja tiedetään, mitä odotusaikaa mitataan. Ellei näin ole, riskinä on, että päätöksiä saatetaan tehdä epäluotettavien seurantatietojen perusteella.

### 2.3.2 Tarkastuskysymykset

Tarkastuksessa on selvitetty hoitotakuulainsäädännön tarpeellisuuden perusteluina esitettyjen tavoitteiden toteutumista. Tarkastuksen pääkysymykseen, *miten hoitotakuulainsäädännön tavoitteet ovat toteutuneet*, on pyritty löytämään vastaukset ryhmittelemällä yksittäisistä tarkastuskysymyksistä neljä tavoitekokonaisuutta. Yksittäiset tarkastuskysymykset on muotoiltu edellä kerrotuista hoitotakuuseen liittyvistä riskeistä (luku 2.3.1). Tarkastuksen pääkysymykseen etsitään vastausta seuraavilla tavoitekokonaisuuksiin sisältyvillä kysymyksillä.

#### *Hoitoon pääsyn toteutuminen*

1. Miten hoitotakuu on muuttanut tutkimus-, hoito- ja leikkausjonojen suhdetta toisiinsa?
2. Millaisia muutoksia erikoissairaanhoidon yli kuuden kuukauden hoitojonoissa on tapahtunut?
3. Millaisia muutoksia ortopedian, neurologian ja fysiatrian erikoisalojen hoitoon pääsyn odotusajoissa on tapahtunut vuosien 2001 ja 2006 välisenä aikana?

#### *Yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutuminen*

1. Miten yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita käytetään sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa?
2. Miten yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä valvotaan sairaanhoitopiireissä ja terveyskeskuksissa sekä Kansaneläkelaitoksessa?
3. Onko hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden, muistutusten ja yhteydenottojen määrää lisääntynyt vuonna 2006 verrattuna vuoteen 2005?

---

<sup>62</sup> Vna 1019/2005.

### *Hoitotakuujärjestelmän vaikutus sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten toiminnan organisointiin ja talouteen*

1. Miten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot asukasta kohti ovat muuttuneet sairaanhoitopiireissä ja kunnissa tarkasteluajanjaksolla 2001–2006?
2. Miten ortopedian, neurologian ja fysiatrian erikoisaloilla Kansaneläkelaitoksen maksamat kuntoutus-, sairauspäiväraha- ja matkakorvaukset ovat muuttuneet vuodesta 2001 verrattuna vuoteen 2006?
3. Millaisia toiminnallisia muutoksia hoitotakuujärjestelmä on aiheuttanut erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa?
4. Ovatko sairaanhoitopiirit ja kunnat ottaneet hoitotakuulain asettamat velvoitteet huomioon laatiessaan terveydenhuollon talousarviota?
5. Onko hoitotakuulain voimaantulo lisännyt läheteiden määrää?

### *Jatkohoidon organisointi*

1. Onko sairaanhoitopiirin ja perusterveydenhuollon/ sosiaali- ja terveystoimen talousarviossa huomioitu jatkohoidon järjestäminen?
2. Onko hoitotakuujärjestelmä lisännyt jatkohoidon tarvetta?
3. Miten jatkohoito on organisoitu?
4. Onko jatkohoito hoitotakuulainsäädännön piiriin kuuluvaa toimintaa?

### 2.3.3 Tarkastuksen rajaukset

Tarkastuskertomuksessa tavoitteiden toteutumista on selvitetty erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Tarkastus on kohdistunut myös jatkohoidon organisointiin, koska se nousi esille yhtenä hoitotakuun tavoitteiden saavuttamista estäväksi tekijäksi. Tarkastuksen ulkopuolelle on rajattu mielenterveyshuolto, suun terveydenhuolto ja ennalta ehkäisevä työ.

Tarkastuksen ulkopuolelle on osin rajattu myös yksityinen sektori, koska kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon mukaan hoitotakuun piiriin kuuluvien palveluiden järjestäminen kuuluu julkiselle sektorille. Tarkastuksessa yksityissektorin roolia hoitotakuun tavoitteiden toteutumisessa on kuitenkin käsitelty sairausvakuutuskorvausten ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden yhteydessä.

Tarkastuksessa ei ole otettu kantaa siihen, mitkä ovat olleet erilaisten hoitojonojen purkamismenetelmien kustannukset. Tarkastuksessa ei ole otettu kantaa myöskään siihen, onko hoitotakuulla olla vaikutusta pitkäaikaissairaiden hoidon saantiin. Tarkastuksen tavoitteena ei ollut systemaattisesti tarkastaa, mikä on ollut hoitotakuun vaikutus terveydenhuollossa toteutettuihin toimintakäytäntöjen ja hoitoprosessien muutoksiin ja kehit-

tämistyöhön. Nämä asiat nousivat kuitenkin esille haastatteluissa, ja siksi niitä on myös käsitelty tässä tarkastuskertomuksessa.

Tarkastuskohteiden valintaa ohjasi hoitotakuulle asetetut tavoitteet. Tarkastuskohteiden valinta suoritettiin kaksivaiheisesti ja valinnassa käytettiin viittä valintakriteeriä, jotka mahdollistivat alueellisen ja toimintatapoja koskevan vertailtavuuden. Jokaisesta Manner-Suomen lääneistä valittiin kaksi sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta Oulun ja Lapin läänejä, joissa kummassakin on vain kaksi sairaanhoitopiiriä. Sairaanhoitopiirien valintakriteereinä käytettiin sairastavuusindeksiä ja terveydenhuollon (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhteensä) tarvevakioituja menoja.

Kustakin tarkastuksen piiriin valitusta sairaanhoitopiiristä valittiin kaksi yli 5 000 asukkaan kuntaa sairastavuusindeksin, tarvevakioidun terveysmenoindeksin ja kaupunkimaisuusasteen (kaupunkiseudun keskuskunta tai ydinmaaseudun kunta) mukaan.

Tarkastuksessa oli mukana 10 sairaanhoitopiiriä 21:stä ja 20 kuntaa 415 Manner-Suomen kunnasta. Tarkastuksessa mukana olevien sairaanhoitopiirien väkiluku oli 33,2 prosenttia ja tarkastuskuntien 10,6 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Viiden tarkastuskunnan kansanterveysystyöstä vastaa kuntayhtymä ja kahden tarkastuskunnan kansanterveysystyöstä vastaa Kainuun maakunta kuntayhtymä. Tarkastuskohteiden valintakriteerit on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Hoitotakuun tavoitteiden toteutumista selvitettiin tarkemmin kolmella erikoisalalla. Valittujen erikoisalojen piti täyttää seuraavat ehdot. Niitä järjestettiin kaikissa tarkastukseen valituissa sairaanhoitopiireissä. Niiden potilaille piti olla yhteistä myös pitkäaikaisen jatkohoidon ja kuntoutuksen tarve.

Neurologia ja fysiatria edustavat molemmat konservatiivista tutkimusta ja hoitoa. Näistä erikoisaloista neurologia kuormittaa enemmän perusterveydenhuoltoa kuin fysiatria. Kolmas tarkasteltavaksi valittu erikoisala, ortopedia, edustaa operatiivista tutkimusta ja hoitoa.

#### 2.3.4 Tarkastuksen aineistot ja menetelmät

Tarkastuskysymyksiin on pyritty vastaamaan käyttämällä joko vain yhtä aineistoa tai useita aineistoja rinnakkain. Tarkastuksen varsinainen aineisto on koostunut strukturoiduista haastatteluista, tilastoista ja kyselyistä. Näiden lisäksi tarkastuksen tausta-aineistona on käytetty Tilastokeskuksen tilastoja, hoitotakuuseen liittyviä lakeja ja asetuksia, hoitotakuuta koskevia päätöksiä ja niiden tausta-aineistoja sekä hoitotakuuseen liittyviä lähinnä kansallisia tutkimuksia ja selvityksiä. Tarkastusaineiston yksityiskohtaisempi kuvaus esitellään liitteessä 2.

Tarkastusaineistoa koskevat tiedot poimittiin vuosilta 2001–2006 kuvaamaan hoitajonon kehitystä 2000-luvulla. Vuosi 2001 kuvaa aikaa, jolloin hoitotakuu nousi poliittiseen keskusteluun. Jononpurkuhanke ajoitui vuosiin 2002–2003, jolloin jonoja purettiin projektiluonteisesti. Vuosi 2004 kuvaa valmistautumista hoitotakuun voimaantumiseen. Vuodet 2005–2007 kuvaavat hoitotakuun voimassaoloaikaa. Joidenkin tietojen osalta tiedot alkavat vuodesta 2002 (kuntoutusrekisteriaineisto<sup>63</sup> ja jonotiedot) ja yksityistä tutkimusta ja hoitoa koskevat tiedot ovat mukana vuodesta 2004 lähtien. Viimeisimmät hoitajonoja ja odotusaikoja koskevat tiedot ovat keväältä 2008. Tarkastuksen pääasiallisina analyysimenetelminä on käytetty laadullista sisällönanalyysia ja tilastoaineistojen osalta ristiintaulukointia. Kansaneläkelaitos ja Stakes ovat tuottaneet ristiintaulukot.

*Tilasto-aineistona* on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön keräämiä ja julkaisemia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitotakuukartoituksia sekä jononpurkuhanketta koskevia julkaisemattomia tietoja huhtikuun 2002 ja toukokuun 2007 väliseltä ajalta. Lokakuusta 2007 lähtien hoitoon pääsyä koskevinä seurantatietoina on käytetty Stakesin keräämiä ja julkaisemia tietoja.

Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä kerättiin tiedot hoidonvarauksen kautta erikoissairaanhoidon saaneiden 15 vuotta täyttäneiden hoitajaksista ortopedian, kirurgian, joille merkitty tehdyksi päätoimenpiteenä N-alkuisia toimenpiteitä, neurologian ja fysiatrian erikoisalueilta. Hoitajaksot sisälsivät julkisen sektorin ohella myös SairaalaOrtonin, Reumasäätiön sairaalan ja tekonivelsairaala Coxan.

Kansaneläkelaitoksen rekistereistä on käytetty kuntoutus- ja sairausvakuutusrekisteriä. Kuntoutusrekisteristä poimittiin tiedot 16 vuotta täytäneistä ja sairausvakuutusrekisteristä 16–67-vuotiaista palvelujen ja korvausten saaneista. Kuntoutusrekisteristä poimittiin ortopedian erikoisalaa kuvaaviksi muuttujiksi tuki- ja liikuntaelinsairausryhmästä nivelsairaudet, nivelrikot ja selkäsairaudet. Neurologian erikoisalaa kuvaaviksi muuttujiksi valittiin hermoston sairausryhmästä Alzheimerin tauti ja pesäkeko-vettumatauti. Kuntoutustoimenpiteistä tarkasteltiin fysioterapian ja toimintaterapian kustannuksia edellä mainituissa sairausryhmissä.

Sairausvakuutusrekisteristä poimittiin tiedot korvatuista yksityisistä tutkimuksista ja hoidosta (sisältää radiologian ja fysioterapian), korvatuista yksityislääkärin palkkioista ja korvatuista matkoista.

---

<sup>63</sup> *Kuntoutuslainsäädäntö muuttui vuonna 2001. Tästä johtuen kuntoutuspalveluita koskevat tiedot ovat vertailukelpoisia vuodesta 2002 alkaen. [Kela, sähköpostiviesti 14.10.2007].*

Lisäksi tarkastuskunnista ja -sairaanhoitopiireistä pyydettiin sakkomaksuja, kuntoutus- ja apuvälinemenoja ja ostopalveluja koskevia tilastotietoja.

*Tarkastushaastattelujen* kokonaismäärä oli 25, joista 10 oli sairaanhoitopiirien, 13 perusterveydenhuollon ja kaksi asiantuntijoiden haastatteluja. Perusterveydenhuollon haastatteluista noin puoleen osallistui myös sosiaalitoimen edustaja. Haastateltaville lähetettiin kysymykset etukäteen. Haastattelut nauhoitettiin.

Asiantuntijoina haastateltiin Kansaneläkelaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajia. Kansaneläkelaitoksen asiantuntijoilta etsittiin tietoa lähinnä hoitotakuun vaikutuksista sairausvakuutusjärjestelmään ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajalta saatiin tietoa hoitotakuulainsäädännön valmisteluvaiheista.

*Kyselyillä* kerättiin tietoa hoitotakuuseen liittyvistä kanteluista ja yhteydenotoista vuosilta 2005–2006. Kanteluita koskeva kysely kohdennettiin hoitotakuuta valvoville viranomaisille: lääninhallitukset lukuun ottamatta Ahvenanmaata ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hoitotakuuseen liittyviä yhteydenottoja koskeva sähköpostikysely kohdennettiin tarkastuskuntien potilasasiamiehille.

Perusterveydenhuoltoa koskevista haastatteluista viisi kerättiin kyselyllä. Terveyskeskuksen johtavana toimivalle lääkärille ja sosiaalitoimesta vastaavalle johtajalle lähetettiin sama perusterveydenhuoltoa koskeva kysymyslista kuin perusterveydenhuollon haastateltaville.

Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin ja saatiin palautteet sosiaali- ja terveysministeriöltä ja Terveystieteiden tutkimuskeskukselta. Saadut palautteet on otettu huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

Tarkastuksen ovat tehneet johtava toiminnantarkastaja Taina Rintala ja ylitarkastaja Nina Martikka. Tarkastusta on ohjannut toiminnantarkastuspäällikkö Armi Jämsä ja toiminnantarkastusjohtaja Jarmo Soukainen.

## 3 Tarkastushavainnot

### 3.1 Yhdenvertaisuuden toteutuminen hoitoon pääsyssä

#### 3.1.1 Jononpurkuhanke

Hoitotakuulainsäädännön voimaantuloon valmistauduttiin purkamalla erikoissairaanhoidon jonoja korvamerkityllä valtionavustuksella, ns. jononpurkurahalla. Terveysdenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevassa valtioneuvoston periaatepäätöksessä tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen osoitettiin valtionavustusta, mutta päätös lisämäärärahan suuruudesta sidottiin tehtävän erillisselvityksen tuloksiin<sup>64</sup>. Periaatepäätöksen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö selvitti sairaanhoitopiirien jonotilanteen huhtikuussa 2002. Sairaanhoitopiirien tehtävänä oli selvittää, kuinka monta potilasta yhteensä odotti yli kolme viikkoa pääsyä kiireettömään erikoissairaanhoidon polikliiniseen hoidon arvioon ja kuinka monta potilasta oli odottanut yli kolme kuukautta lääketieteellisesti perusteltuun tutkimukseen ja/ tai hoitoon. Kaihi-, lonkka- ja polvinivelkirurgian, sydänpotilaiden ja lasten ja nuorten psykiatristen potilaiden hoitoon pääsyä koskevat tiedot pyydettiin omina ryhminään. Sosiaali- ja terveysministeriö ei sairaanhoitopiirien kuntayhtymille lähettämässään ohjeistuksessa esittänyt perusteluja sille, miksi näistä kuudesta diagnosiryhmästä/ erikoisalasta piti antaa tiedot yksityiskohtaisemmin.<sup>65</sup> Näiden erikoisalojen tilanteesta sosiaali- ja terveysministeriöllä oli jo tietoa pari vuotta aikaisemmin tehdyn selvityksen perusteella. Vuonna 1999 jonotusajat olivat olleet pisimmät kaihileikkauksiin ja tekonivelkirurgiaan. Myös lasten ja nuorten psykiatrian jonot olivat olleet pitkät. Sydänpotilaat kuuluivat taas niihin diagnosiryhmiin, jotka selvityksen mukaan olivat kuluttaneet eniten vuodeosastohoidon resursseja.<sup>66</sup>

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä erillisselvityksessä arvioitiin, että huhtikuussa 2002 sairaanhoitopiirien poliklinikoille yli kolme viikkoa odottaneita oli noin 75 000 ja runsaat 70 000 potilasta oli odottanut yli kolme kuukautta lääketieteellisesti perusteltuun tutkimukseen ja/ tai hoi-

---

<sup>64</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b).*

<sup>65</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002c). Julkaisematon.*

<sup>66</sup> *Isolauri, Jouko (2001).*

toon. Lonkan ja polven tekonivelkirurgiaan, kaihileikkauksiin ja sepelvaltimoiden varjoainekuvausta ja/ tai pallolaajennusta yli tavoiteajan odottaneiden osuus oli yksi kolmasosa (noin 25 400) kaikista lääketieteellisesti perusteltuun tutkimukseen ja/ tai hoitoon yli tavoiteajan odottaneista. Lasten ja nuorten psykiatrasta avohoitoa tai sen arviota odotti 153 lasta ja nuorta. Psykiatriseen vuodeosastohoitoon yli kolme kuukautta oli odottanut 60 lasta ja nuorta. Vaikka jonottajien määriä koskevat tiedot olivat vain arvioita, ne tukivat olemassa olevaa tietoa hoitoon pääsyä koskevista alueellisista ja tautikohtaisista ongelmista. Erilliskysely myös nosti esille valtakunnallisten seurantajärjestelmien puutteen.

Sairaanhoitopiirit arvioivat jonojen purkamisen hinnaksi yhteensä noin 130 miljoonaa euroa. Sairaanhoitopiirit ilmoittivat myös, että jos tutkimukseen ja hoitoon pääsyn tavoiteaika olisi kolmen kuukauden sijasta kuusi kuukautta, niin määrärahan tarve olisi noin 30 miljoonaa euroa pienempi.<sup>67</sup> Eduskunta myönsi valtion vuoden 2002 lisätalousarviossa sairaanhoitopiireille 25 miljoonan euron erillismäärärahan tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymien jäsenkunnat osallistuivat jonojen purkamiseen vastaavan suuruusella summalla.<sup>68</sup>

Valtioneuvoston asetuksessa tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen maksettavan valtionavustuksen myöntämisperusteissa (A 567/2002) määriteltiin myös, että valtionavustuksesta yksi neljäsosa oli käytettävä polikliinisen hoidon tarpeen arviointijonojen ja tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen ja kolme neljäsosaa leikkaus- ja hoitojonojen purkamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö täsmensi valtionavustuksen käyttöä koskevia ohjeita ensinnäkin siten, että sitä oli käytettävä vain jonojen purkamiseen. Sitä ei saanut käyttää sairaanhoitopiirin talous- ja toimintasuunnitelman mukaisen normaalin toiminnan kattamiseen. Toiseksi sosiaali- ja terveysministeriö täsmensi, että osa polikliinisten jonojen purkamiseen käytettävästä osuudesta oli käytettävä avohuollollisten mielenterveyspalveluiden ja mielenterveydellisen kuntoutuksen tukemiseen. Kolmanneksi sosiaali- ja terveysministeriö määritteli, että jononpurkuhankkeeseen valittujen erikoisalojen tuli olla sellaisia, että niillä saavutettaisiin valtioneuvoston terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 11.4.2002 antaman periaatepäätöksen mukaiset hoitoon pääsyn tavoiteajat vuoteen 2005 mennessä. Neljänneksi ministeriö määritteli jononpurkuhankkeeseen kuuluvilta eri-

---

<sup>67</sup> *Sairaanhoitopiirien jonotilanne huhtikuussa 2002. Julkaisematon.*

<sup>68</sup> *Vna 576/2002.*



koisaloilta valittavien potilaiden valintakriteeriksi hoidon kiireellisyyden.<sup>69</sup>

Sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemät avustuksen kohdentamiskriteerit merkitsivät sitä, että sairaanhoitopiirien oletettiin valitsevan jononpurkuhankkeeseen ne erikoisalat, joissa jonot olivat pisimmät. Mitä ministeriö tarkoitti hoidon kiireellisyydellä, jäi kunkin sairaanhoitopiirien oman tulkinnan varaan. Jononpurkuhankkeen ensisijaisena tavoitteena näytti olleen yksinkertaisesti pitkien jonotusaikojen lyhentäminen tavoiteaikojen mukaiseksi, jotta sairaanhoitopiirit voisivat hoitotakuun voimaan tullessa lähteä tavallaan "puhtaalta pöydältä"<sup>70</sup>. Jononpurkuhankkeen avustusta koskevat kohdentamiskriteerit viittaavat siihen, että sosiaali- ja terveysministeriössä pitkien jonojen ja jonotusaikojen oletettiin olevan tilapäisiä. Nähtävästi ministeriössä ajateltiin, että kun lyhyellä aikavälillä, runsaan vuoden aikana (1.10.2002–31.12.2003) lisätään taloudellisia resursseja ja tehostetaan toimintaa, yli kuuden kuukauden erikoissairaanhoidon jonot olisi purettu. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, koska jononpurkurahoja oli kohdennettu osin muuhun palvelutuotantoon kuin juuri niihin toimenpiteisiin, joissa hoitojonot ja jonotusajat olivat pisimmät<sup>71</sup>.

Tarkastukseen kuuluvien sairaanhoitopiirien osuus jononpurkuhankkeen avustuksesta oli 36 prosenttia (8 998 696 euroa)<sup>72</sup>. Tarkastuksessa mukana olleista sairaanhoitopiireistä yli miljoonan euron avustuksen saivat Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo ja Satakunta. Euromääräisesti pienimmän avustuksen sai Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri. Sairaanhoitopiireistä Länsi-Pohjassa ja Lapissa pieni osa avustuksesta jäi käyttämättä, kun taas Etelä-Savon sairaanhoitopiirin jäsenkunnat myönsivät jononpurkuun enemmän rahaa, kun mitä asetuksessa edellytettiin. Pohjois-Pohjanmaan, Kymenlaakson ja Lapin sairaanhoitopiireissä jononpururahat jakautuivat likimain sen mukaan, mitä valtioneuvoston asetuksessa valtionavustuksen käytöstä oli säädetty. Länsi-Pohjan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä avustuksen käyttö poikkesi selkeimmin asetuksesta. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 60 prosenttia (vrt. asetus 25 %) avustuksesta käytettiin polikliinisen hoidon arviointijonojen ja 40 prosenttia (vrt. avustus 75 %)

---

<sup>69</sup> Tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen myönnetyn valtionavustuksen käyttö. *Julkaisematon*.

<sup>70</sup> Ks. HE 77/2004 vp., 32.

<sup>71</sup> Pekurinen Markku ym. (2008a).

<sup>72</sup> Vna 576/2002.

tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen. Pohjois-Savossa vastaavat osuudet olivat 11 prosenttia ja 89 prosenttia.<sup>73</sup>

Tarkastuksen piirissä olleissa sairaanhoitopiireissä jononpurkuhankkeessa mukana olevien erikoisalojen määrä vaihteli Etelä-Savon ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien kahdesta erikoisalasta Pohjois-Savon yhdeksään erikoisalaan. Kaikissa kymmenessä sairaanhoitopiirissä jononpurkuhankkeeseen kuuluivat kirurgia ja kirurgiasta ortopedia ja seitsemässä sairaanhoitopiirissä kymmenestä jononpurkuhankkeeseen kuului silmätaudit ja erityisesti kaihi.<sup>74</sup> Jononpurkuhankkeeseen valitut erikoissalat edustivat siten pääasiassa operatiivisia aloja.

Jononpurkuhankkeen käyttöselvitysten perusteella ei voida sanoa tarkkaan, kuinka paljon taloudellisella lisäresurssoinnilla kyettiin vähentämään jonottajien määrää. Tämä johtuu siitä, että osa sairaanhoitopiireistä kykeni antamaan vain hyvin karkean arvion, jos sitäkään, jonotilanteestaan lokakuussa 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa jononpurkuhanketta koskevassa loppuarviossaan, että polikliinista hoidon tarpeen arviointia yli kolme viikkoa tai kauemmin odottavien määrä väheni 12 500 potilaalla ja tutkimus- ja hoitotoimenpiteeseen yli kolme kuukautta tai kauemmin odottaneiden potilaiden määrä väheni 26 000. Jonot lyhenivät, mutta huomattavasti vähemmän, kun sosiaali- ja terveysministeriö oli odottanut. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ilman jononpurkuhanketta jonot erikoissairaanhoidon olisivat kuitenkin kasvaneet.<sup>75</sup>

### 3.1.2 Erikoissairaanhoidon hoitotakuukartoitukset

Sosiaali- ja terveysministeriö jatkoi jononpurkuhankkeen päätyttyä erikoissairaanhoidon jonotilanteen seuraamista toukokuuhun 2007 asti<sup>76</sup>, vaikka hoitoon pääsyn toteutumista koskevien seurantatietojen julkaiseminen on määritelty Stakesin tehtäväksi<sup>77</sup>. Vaikka sosiaali- ja terveysministeriö myönsi kansallisen terveydenhuoltoprojektin mukaisiin tietotek-

---

<sup>73</sup> *Sairanhoitopiirien tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen myönnetyn valtionavustuksen käyttöselvitykset. Julkaisemattomia.*

<sup>74</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille osoittamat kyselyt. Julkaisemattomia.*

<sup>75</sup> *Emt.*

<sup>76</sup> *www.stm.fi>päätyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2004-2007>hoitoon pääsy>hoitotakuukartoitukset. Hoitotakuukartoituksia on tehty seitsemän: lokakuussa 2002 (jononpurkuhankkeen valtionavustusten käyttöselvitykset, julkaisemattomia), tammikuussa 2005, 15.8.2005, 31.12.2005, 31.5.2006, 31.12.2006 ja 31.5.2007.*

<sup>77</sup> *Vna 1019/2004 6 §.*

nologisiin hankkeisiin vuosien 2003–2006 aikana yhteensä 51,8 miljoonaa euroa, Stakesin yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja sairaanhoitopiirien kanssa kehittämä hoitoon pääsyä koskeva tietojärjestelmä pystyi tuottamaan standardoitua tietoa hoitajanoista ensimmäisen kerran vasta loka-kuun lopulla 2007. Hoitoon pääsyn seurantajärjestelmän rakentamista on vaikeuttanut erikoissairaanhoidon diagnoosien kirjaamiskäytännöissä esiintyneet sairaanhoitopiirien väliset merkittävät vaihtelut<sup>78</sup>. Myös sairaanhoitopiirien sähköisten potilastietojärjestelmien harmonisointihankkeiden aikataulujen pettäminen on hidastuttanut hoitoon pääsyn toteutusta koskevan seurantajärjestelmän muodostamista<sup>79</sup>.

Tietojärjestelmän rakentamisen hitauden takia sosiaali- ja terveysministeriö arvioi erikoissairaanhoidon pääsyn toteutusta puolivuositain sairaanhoitopiireistä keräämillään jonotustiedoilla. Tiedot koskivat yli kuusi kuukautta hoitajoihin jonottaneiden määrää. Perusterveydenhuoltoa koskevia hoitotakuukartoituksia on tehty kaikkiaan neljä. Perusterveydenhuollon kartoituksissa ei ole seurattu kolmen tai kuuden kuukauden hoitajajonoja. Niissä on sen sijaan seurattu välittömän yhteydensaannin saamista, hoidon tarpeen arvioinnin toteutusta kolmen arkipäivän kuluessa ja lääkärin vastaanotolle pääsyä ei-kiireellisissä tapauksissa. Haastatellun sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijan mukaan syy siihen, miksi perusterveydenhuollon hoitotakuukartoituksissa ei ole seurattu jonoja, johtuu siitä, että hoito terveyskeskuksessa alkaa yleensä heti. Hänen mukaansa lakiin kirjattiin kuitenkin kolmen ja kuuden kuukauden aikarajat, koska pelättiin, että erikoissairaanhoidon toteuttamispaikka, keskussairaala tai erikoislääkärijohtoinen terveyskeskus, määrittää potilaan enimmäisodotusajan erikoissairaanhoidon. Tämän porsaanreiän hyödyntäminen haluttiin estää.

Ministeriö seurasi myös erikoisaloittaisia jonoja sairaanhoitopiirien johtajalääkäreille osoittamallaan erilliskyselyillä<sup>80</sup>. Ministeriö perusti arvionsa hoitotakuun toteutumisesta erikoissairaanhoidossa jonotietoihin, vaikka hoitoon pääsyä ja jononhallinnan toteuttamisohjeita valmistellut työryhmä ilmaisi raportissaan, ettei hoitajajonon lyheneminen välttämättä kuvaa hyvää hoitoon pääsyä<sup>81</sup>.

---

<sup>78</sup> *Rauhala Auvo ja Linna Miika (2007).*

<sup>79</sup> *Isäntä ja renki vaihtuivat matkalla (2007).*

<sup>80</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiirien johtajalääkäreille osoittamat kyselyt. Julkaisemattomia. Jonotietoja on pyydetty seuraavilta ajankohdilta: 15.8.2005, 31.12.2005, 31.5.2006, 31.12.2006 ja 31.5.2007.*

<sup>81</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b), 43; myös asiantuntija haastattelu, Sosiaali- ja terveysministeriö (14.5.2007).*

Sairaanhoitopiirien edustajat ilmaisivat myös haastatteluissa, että *"hoitotakuutilanne on eri asia kuin jonotilanne"*. Heidän näkemyksensä mukaan hoitotakuun piiriin ei kuulu esimerkiksi potilas, jolle tarjotaan mahdollisuutta päästä hoitotoimenpiteeseen muualle kuin omaan sairaalaan, mutta potilas kieltäytyy tarjotusta mahdollisuudesta ja haluaa sen sijaan jäädä odottamaan toimenpidettä tehtäväksi omassa sairaalassa. Hoitotakuun piiriin ei kuulu myöskään potilas, jonka muu sairaus (esim. sydänsairaus, ihosairaus) tai heikko kunto viivästyttävät toimenpiteen suorittamista tai ehkäisevät toimenpiteen suorittamisen kokonaan. Lisäksi haastateltavat katsoivat, että hoitotakuun piiriin ei kuulu potilas, joka siirtää leikkausajankohtaa useamman kerran. Se, kuinka monta kertaa potilaille annetaan mahdollisuus siirtää toimenpidettä, vaihteli sairaanhoitopiireittäin.<sup>82</sup> Osassa sairaanhoitopiireistä potilas joutui ensimmäisen tai toisen kieltäytymisen jälkeen jonon hännille. Osassa sairaanhoitopiireistä potilaan kanssa sovittiin uusi aika, mikäli hänellä oli hyvin perusteltu syy sovitun toimenpiteen peruuttamiselle. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä tilastoitiin hyvin vaihtelevasti potilaasta johtuneita hoidon viivästyksen syitä. Suurimmasta osasta sairaanhoitopiireistä kyseistä tietoa ei ollut saatavissa lainkaan.<sup>83</sup>

Sosiaali- ja terveysministeriön hoitotakuukartoitusten mukaan yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon jonottaneiden absoluuttinen määrä väheni seuranta-ajanjaksona (1.10.2002–31.5.2007) koko maassa yhteensä noin 60 510 potilaalla ja tarkastuksen piirissä olevissa sairaanhoitopiireissä arviolta vajaalla 22 600 potilaalla. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä oli jononpurkuhankkeen alkaessa, lokakuussa 2002, sairaanhoitopiirien asukaslukuun suhteutettuna eniten yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä odottaneita Pohjois-Savon, Lapin ja Etelä-Savon sairaanhoitopiireissä ja vähiten Kymenlaakson, Kanta-Hämeen ja Kainuun sairaanhoitopiireissä. Sairaanhoitopiirien välisten erojen tarkastelussa on kuitenkin otettava huomioon sairaanhoitopiirien jononhallintajärjestelmissä olevat puutteet.

Stakesin julkaiseman viimeisimmän hoitotakuukartoituksen (30.4.2008) ennakkotietojen mukaan erikoissairaanhoidon saatavuus on kohentunut selvästi kevään 2008 aikana. Yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoidon

---

<sup>82</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriön ja sairaanhoitopiirien välisessä tapaamisessa keväällä 2005 oli keskustelu siitä, miten toistuvasti hoitotoimenpiteestä kieltäytyjien osalta tulisi menetellä. (Tarkastuskertomusta koskeva palautetilaisuus 6.6.2008).*

<sup>83</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiirien johtajajäsenille osoitettu kysely 3.8.2005. Julkaisemattomia.*

jonottaneita oli koko maassa kaikkiaan 4 560 potilasta ja tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä jonottajia oli 1 295. Vuoden 2008 ensimmäisen neljänneksen aikana tarkastuksen piiriin kuuluneista sairaanhoitopiireistä yli kuuden kuukauden jonot supistuivat määrällisesti eniten Pohjois-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiireissä. Vastaavasti jonot kasvoivat Länsi-Pohjan, Lapin ja Kymenlaakson sairaanhoitopiireissä, mutta kasvu oli hyvin vähäistä.<sup>84</sup>

Sairaanhoitopiirin asukaslukuun suhteutettuna eniten jonottajia oli Länsi-Pohjan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiireissä ja vähiten Satakunnan, Etelä-Savon ja Kainuun sairaanhoitopiireissä<sup>85</sup>.

Sosiaali- ja terveysministeriö keräsi tietoja yli kuusi kuukautta hoitoa odottaneista yhdeksältä alalta: tekonivelleikkaukset, muu ortopedia, plastiikkakirurgia, kuulon kuntoutus kuulokojeella, kaihileikkaukset, muut silmäleikkaukset, invasiiviset kardiologiset tutkimukset ja hoidot, neurologian potilaat ja muille erikoisaloille jonottavat<sup>86</sup>. Osa seurattavista erikoisaloista oli mukana jo jononpurkuhankkeessa. Kahdeksasta erikoisalasta (pl. muille erikoisaloille jonottavat) viisi koski operatiivisia aloja. Hoitojonojen kehittymistä erikoisaloittain seurattiin siten lähinnä vain operatiivisilla erikoisaloilla. Tarkastuksen piiriin kuuluneen sairaanhoitopiirin edustajan mukaan tämä on johtunut siitä, että näillä aloilla suoritettuja toimenpiteitä on helppo mitata. Kun toimenpide on suoritettu, potilas on ns. valmis ja hän poistuu jonosta. Erikoisalakohtaista ja sairaanhoitopiireittäistä seurantatietoa hoitoon pääsyn toteutumisesta useammalta kuin kolmelta konservatiiviselta alalta saatiin ensimmäisen kerran vasta loka-kuussa 2007.

Viimeisimmän hoitotakuukartoituksen (30.4.2008) ennakkotietojen mukaan kaikista yli kuusi kuukautta erikoissairaanhoitoon pääsyä jonottaneista runsas yksi viidesosa (992) odotti edelleen ortopediseen hoitoon, runsas yksi viidesosa (601) jonotti silmätautien toimenpiteeseen ja saman

---

<sup>84</sup> *Stakes, hoitotakuun seurantatiedot ajalta 31.10.2007 ja 31.12.2007 sekä ennakkotiedot ajalta 30.4.2008. Julkaisemattomia.*

<sup>85</sup> *Stakes, hoitotakuun seurantatiedot ajalta 30.4.2008 (ennakkotiedot). Sairaanhoitopiirin asukaslukuun suhteutetut tiedot hieman vääristävät tilannetta, koska (varsinkin yliopistosairaaloissa) jonoissa on myös mukana ulkokuntalaisia. Suhteutus tehdään kuitenkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien kuntien asukkaiden mukaan. Tämä pyritään jatkossa ottamaan huomioon. (Stakes, henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2008.)*

<sup>86</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi sairaanhoitopiireiltä "muille erikoisaloille" jonottavat erittelemättömänä yhteensä lukuna. Tämä luokka sisältää vajaan 60 erikoisalan jonotiedot. Kaatoluokkana "muille erikoisaloille" jonottavat eivät siten kerro tilanteesta kenellekään mitään.*

verran potilaita (600) odotti plastiikkakirurgiseen hoitoon. Yli kuuden kuukauden jonot eivät ole myöskään poistuneet audiologiasta eivätkä kardiologiasta. Audiologiaan jonotti lähes 270 potilasta ja kardiologiaan jonottaneita oli 20. Tämä merkitsee sitä, etteivät edes ne erikoisalajat, joiden jonotilannetta on seurattu jononpurkuhankkeesta lähtien, täytyä edelleenkaan hoitotakuun asettamia vaatimuksia.

Stakesin erikoissairaanhoidon hoitotakuukartoitukset ja Hoitotakuun taloutta<sup>87</sup> (2008) koskeva raportti osoittivat myös sen, että vaikka alueelliset erot hoitoon pääsyssä samaa tautia sairastavien potilaiden välillä ovat supistuneet, erot eivät ole hävinneet. Esimerkiksi huhtikuussa 2008 tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä ortopedisiin toimenpiteisiin yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä oli suurin Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä, kun taas Etelä-Savon, Länsi-Pohjan ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä ortopedian yli kuuden kuukauden jonot oli saatu jo purettua.<sup>88</sup>

Kun hoitoon pääsyn toteutumista arvioidaan seuraamalla vain tiettyjä jonoja, saattaa tämä ohjata sairaanhoitopiirien resurssienjakoa tarpeita vastaamattomasti: resursoidaan vain asioihin, joita voidaan mitata. Taloudellisia resursseja ei sen sijaan kohdenneta esimerkiksi seurantakäynteihin ja kuntoutukseen, joihin panostaminen saattaisi olla järkevämpää. Enemmistö haastatelluista sairaanhoitopiirien edustajista katsoikin, että hoitotakuu on ohjannut lisäresursseja operatiivisille aloille tai positiivisemmin muotoiltuna: konservatiiviset alat eivät ole saaneet lisäresursseja samassa määrin kuin operatiiviset alat. Vain kaksi sairaanhoitopiiriä kymmenestä katsoi, että hoitotakuu ei ole aiheuttanut resurssimuutoksia operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalajien välillä. Sairanhoitopiireiltä pyydetyt ortopedian, neurologian ja fysiatrian erikoisalajien menotiedot kuitenkin osoittivat, että sairaanhoitopiirit olivat resursoineet enemmän ortopediaan kuin neurologiaan ja fysiatriaan.

### 3.1.3 Hoitoon pääsyn odotusaika

Tarkastuksessa nousi esille jonokäsitteen epämääräisyys. Sosiaali- ja terveysministeriön erikoissairaanhoidon koskevissa hoitotakuukartoituksissa puhutaan yli kuuden kuukauden hoitojonoista, mutta sairaanhoitopiirien edustajille hoitojono-käsite on yläkäsite. Yhden jono-käsitteen sijasta hoitopisodi sisältää useita erilaisia jono-käsitteitä. Esimerkiksi kirurgiassa

---

<sup>87</sup> Pekurinen Markku ym. (2008a).

<sup>88</sup> Stakes, hoitotakuun seurantatiedot ajalta 30.4.2008. Ennakkotieto, julkaisematon.

on poliklinikka- ja leikkausjonoja ja fysiatriassa poliklinikka-, tutkimus- ja kuntoutusjonoja. Nämä jonot ovat yhteydessä toisiinsa. Haastateltavien mukaan hoitojonojen poistamiseksi tehdyt panostukset yhdessä jonossa heijastuvat ongelmina toisissa jonoissa. Esimerkiksi joissakin sairaanhoitopiireissä panostus ortopedian leikkausjonojen lyhentämiseen, näkyi ortopedian poliklinikkajonojen kasvuna. Haastateltavien mukaan tämän johdusti osin siitä, että poliklinikoiden toimintaan – hoidon arviointiin ja poliklinikkajonoihin – ei ole kiinnitetty yhtä paljon huomiota kuin leikkausjonoihin. Osa sairaanhoitopiireistä oli vasta kehittelemässä tapaa, jolla poliklinikkajonoja voidaan hallita. Osasta sairaanhoitopiireistä sen sijaan sai tarkat poliklinikkajonoja koskevat tiedot. Näissä sairaanhoitopiireissä sekä leikkaus- että poliklinikkajonot olivat myös lyhentyneet.

Sairaanhoitopiirien haastateltujen mukaan osa poliklinikkajonojen kasvusta johtuu "*lääketieteellisestä ohjeistuksesta*" (käypä hoito – suositukset, yhtenäiset kiireettömän hoidon suositukset, alueelliset hoito-ohjelmat ja hoitoketjut). Haastateltavien näkemyksen mukaan pyrkimys yhtenäisiin hoito- ja tutkimuskäytäntöihin on lisännyt tutkimustarpeita. Esimerkiksi magneettikuvauksesta on tullut oleellinen hoitopäätöstä edeltävä tutkimus. Magneettikuvastusten kysyntä on lisääntynyt, koska sitä pidetään yleisesti turvallisempuna ja tarkempuna kuin röntgenkuvausta. Magneettikuvauslaitteiden määrä ei ole kuitenkaan samassa suhteessa lisääntynyt. Lisäksi jos samaan aikaan sairaanhoitopiirissä on pulaa radiologeista, ovat poliklinikkajonot kasvaneet. Kun hoitopäätösten tekeminen viivästyy, ei ole perustetta laittaa potilasta leikkaus- tai toimenpidejonoon. Uusien leikkaus- ja toimenpidepotilaiden väheneminen näkyy vastaavasti leikkaus- ja toimenpidejonojen lyhenemisenä. Jono-ongelma voi siten siirtyä paikasta toiseen.<sup>89</sup>

Hoitotakuulaissa säädetään, että potilaan hoito pitää aloittaa erikoissairaanhoidossa (pl. lasten ja nuorten psykiatria) kuuden kuukauden sisällä siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Sairaanhoitopiirien haastateltavat tuloksivat kuuden kuukauden määräajan tarkoittavan odotusaikaa toimenpiteeseen, ei sen lopullista suorittamista. Esimerkiksi kun hoitaja antaa leikkausohjeet ortopediseen leikkaukseen tulevalle potilaalle, katsotaan tämän täyttävän laissa vaaditun kuuden kuukauden enimmäisajan. Hoitotakuun taloutta (2008) koskevan raportin mukaan vuonna 2006 kaikista leikatuisista 12 prosenttia olikin joutunut odottamaan leikkaukseen pääsyä yli kuusi kuukautta. Stakesin asiantuntijat arvioivat, että potilaita oli todennäköises-

---

<sup>89</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b).*

ti vieläkin enemmän, koska jonoon asettamispäivämäärä puuttui noin kolmannekselta leikatuista potilaista.<sup>90</sup>

Hoitopäätös ja hoidon arviointi eivät ole sama asia. Hoitopäätös perustuu hoidon arviointiin, joka useimmiten perustuu erilaisiin tutkimuksiin. Haastateltavien mukaan osa perusterveydenhuollosta tulleista läheteistä on laadultaan niin hyviä, että yksinomaan niiden perustalta, ilman lisätutkimuksia tai potilaan henkilökohtaista näkemistä, voidaan tehdä hoitopäätös ja laittaa potilas hoitojonoon. Tällaisissa tapauksissa potilaan hoito toteutuu kuudessa kuukaudessa. Jos lähete sen sijaan on puutteellinen tai erikoislääkäri katsoo, että hoitopäätöksen tekemiseksi tarvitaan lisätutkimuksia, joutuu potilas odottamaan toimenpiteeseen pääsyä huomattavasti pidempään.

Sairaanhoitopiirien haastateltavien mukaan potilas voi joutua odottamaan 5-6 kuukautta tutkimukseen pääsyä (esim. magneettikuvaus), jonka jälkeen erikoislääkäri vasta tekee potilaan hoitoa koskevan päätöksen. Jos esimerkiksi ortopedi päätyy leikkaukseen, potilas laitetaan vasta tällöin toimenpidejonoon. Koska kuuden kuukauden enimmäisaika hoitotoimenpiteeseen alkaa vasta tehdystä hoitopäätöksestä, todellinen hoitoon pääsyn jonotusaika voi olla tällöin noin 12 kuukautta. Fysiatriassa potilas voi nähdä ensimmäisen kerran erikoislääkärin kuukauden sisällä, mutta jos potilas tarvitsee jatkotutkimuksia, voivat jonot jatkotutkimuksiin olla 2-4 kuukauden pituiset. Fysiatriassa tutkimus ja hoito eivät myöskään toteudu kuudessa kuukaudessa. Fysiatrian erikoisalalla on myös ongelmana se, ettei potilasta saada välttämättä koskaan hoidettua terveeksi. Haastateltavien mukaan hoitoon pääsyn toteutumisen arviointi jonotiedoilla ei sovelu konservatiivisille aloille ja pitkäaikaissairaiden hoitoon.

Perusterveydenhuollon haastattelussa hoitotakuun yhdeksi pulmallisuudeksi nostettiin se, että lainsäädännöllä tavoiteajat sidottiin instituutioihin. Haastateltavan mukaan esimerkiksi yhtenäisillä kiireettömän hoidon kriteereillä olisi pitänyt ongelmakohtaisesti/ sairauskohtaisesti määritellä tietyt enimmäisajat sille, missä ajassa jokin tutkimus- tai hoitotoimenpide tehdään riippumatta siitä, missä se tehdään. Sama ajatus esitettiin myös kansallisen terveysprojektin johtoryhmä työryhmämuistiossa: kansallisten jonoon asettamisen kriteerien yhteydessä määritellään sairauksien hoitoprosessin eri vaiheille kohtuulliset jonotusajat<sup>91</sup>. Esimerkiksi Tanskassa syöpäsairauksien hoitoprosessin eri vaiheille on määritelty enimmäisajat<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> Mikkola Hennamari ym. (2008).

<sup>91</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a).

<sup>92</sup> *Syöpäsairauksien hoitoprosessin eri vaiheille on määritelty enimmäismääräajat seuraavasti: 2 vk tutkimukseen, 2 vk leikkaukseen, 2 vk lääkehoidon aloitta-*



### 3.1.4 Keskimääräinen odotusaika hoitojaksoille

Stakesin hoitoilmoitusrekisterin tietojen mukaan ortopedian, neurologian ja fysiatrian hoitojaksoille hoidonvarauksen kautta saapuneiden osuus kaikista läheteistä oli vuonna 2006 hieman noussut edellisvuodesta. Muutos oli samansuuntainen sekä tutkituissa sairaanhoitopiireissä että koko maassa.

Hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden voimassaoloaikana tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä hoidonvarauksella hoitojaksoille saapuneiden keskimääräinen osuus kaikista läheteistä oli ortopediassa 73 prosenttia, neurologiassa 17 prosenttia ja fysiatriassa 94 prosenttia. Koko maassa vastaavat osuudet olivat pienemmät.

Hoitoilmoitusrekisteristä saadut tiedot osoittivat, että koko maassa jononpurkuhankkeen ja hoitotakuun voimassaoloaikana keskimääräiset odotusajat edellä mainittujen erikoisalojen hoitojaksoille lyhenivät. Kaikissa tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä hoitoon pääsyn keskimääräiset odotusajat sen sijaan nousivat jononpurkuhankkeen aikana. Todennäköisesti hoitotakuuseen valmistautuminen kasvatti odotusaikoja vuonna 2003, koska potilaita asetettiin jonoon entistä enemmän, mutta tutkimus- ja hoitotoimintaa ei saatu viritettyä kysyntää vastaavalla tasolle<sup>93</sup>. Tästä huolimatta tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä neurologian ja fysiatrian hoitojaksojen keskimääräinen odotusaika on ollut koko 2000-luvun alle kuusi kuukautta. Näillä erikoisaloilla hoitotakuun velvoitteet siten täyttyivät jo ennen hoitotakuun voimaantuloa. Ortopediassa tilanne on ollut sen sijaan toisenlainen. Neljässä sairaanhoitopiirissä ortopedian hoitojaksojen odotusajat olivat tavoiteaikojen mukaisia jo ennen toinen hoitotakuun voimaan tuloa. Kolmessa sairaanhoitopiirissä jononpurkuhanke supisti keskimääräiset hoitoon pääsyn odotusajat tavoiteajan mukaiseksi ja kolmessa sairaanhoitopiirissä keskimääräinen hoitoon odottamisaika ylittyi vielä ensimmäisenä hoitotakuun voimassaolovuotena, mutta ei enää vuonna 2006.

Hoitoilmoitusrekisterin mukaan jononpurkuhankkeen aikana hoidonvarauksen kautta saapuneiden ortopedian hoitojaksoille tulleiden potilaiden keskimääräinen jonotusaika kasvoi 8,4 päivällä (4,9 %). Jononpurkuhankkeen jälkeen ortopedian hoitojaksolle odottamisaika lyhenikin nopeasti, keskimäärin 58,4 päivällä (32,6 %). Keskimääräinen odotusaika neurologian hoitojaksoille kasvoi vähän, 2,9 päivällä (4,9 %) jononpurkuhank-

---

*miseen, mikäli lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto, 4 vk sädehoidon aloittamiseen, mikäli sädehoito on ensisijainen hoitomuoto ja 4 vk jälkihoidon aloittamiseen. (HE 77/2004 vp.)*

<sup>93</sup> Pekurinen Markku ym. (2008a).

keen aikana. Jononpurkuhankkeen jälkeen keskimääräinen odotusaika supistui vuoteen 2005 vuosittain, mutta hoitotakuun toisen voimassaolo vuoden aikana odotusaika pidentyi hieman uudelleen. Jononpurkuhanke pidentäisi fysiatrian hoitajaksojen keskimääräistä odotusaikaa tarkastelluista erikoisaloista määrällisesti eniten, 23,3 päivällä (17,6 %). Jononpurkuhankkeen jälkeen fysiatrian hoitajaksojen keskimääräinen odotusaika supistui tarkastelluista erikoisaloista määrällisesti (68,7 päivää) ja suhteellisesti eniten (44,1 %).

Hoitajaksojen keskimääräisissä odotusajoissa oli suuria sairausryhmäkohtaisia eroja. Vaikka sairausryhmäkohtaiset odotusajat lähenivät toisiaan, oli konservatiivisten ja operatiivisten erikoisalojen välillä vielä suuria eroja. Vuonna 2006 ortopedian hoitajaksolle joutui odottamaan keskimäärin 120,9 päivää, mutta neurologiassa vain 41,7 päivää ja fysiatriassa 87 päivää.

Stakesin asiantuntijoiden arvion mukaan hoitotakuu ei erityisesti priorisoinut työikäisiä. Valtaosa jonotetuista leikkauksista tehtiin työikäisille ja sitä nuoremmille.<sup>94</sup> Sen sijaan jos tarkastellaan tehtyjen toimenpiteiden sijasta toimenpiteisiin kulunutta odotusaikaa, näyttävät tulokset hieman toisenlaisilta. Tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä samaa sairautta sairastavien ihmisten odotusajoissa oli suuria ikäryhmittäisiä eroja. Vuosien 2001–2006 välisenä aikana hoidonvarauksen kautta saapuneiden potilaiden keskimääräinen odotusaika ortopedian hoitajaksolle oli pisin eläkeikäisten ikäryhmissä (65–74-vuotiaat ja 75+) ja lyhin 16–24-vuotiaiden ja 25–44-vuotiaiden ikäryhmissä. Odotusaikojen vaihteluväli oli ortopediasa suurimmillaan (76,7 päivää) jononpurkuhankkeen päättyessä vuonna 2003 ja pienimmillään (25,9 päivää), vuonna 2006. (Liite 3.)

Neurologiassa ikäryhmittäisissä odotusajoissa tapahtui selkeä muutos vuoden 2003 jälkeen. Ennen jononpurkuhanketta 16–24-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvien keskimääräinen odotusaika oli ikäryhmistä lyhin, mutta jononpurkuhankkeen jälkeen, vuodesta 2004 lähtien, nuorimman ikäryhmän keskimääräinen odotusaika neurologian hoitajaksolle on ollut pisin. Vastaavana ajanjaksona tapahtui 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä päinvastainen muutos. Vuosina 2001 ja 2002 45–64-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvat joutuivat odottamaan neurologian hoitajaksolle pääsyä pisimpään, mutta vuodesta 2004 lähtien heidän odotusaikansa on ollut lyhin. Myös neurologiassa ikäryhmien välinen odotusaika oli suurimmillaan vuonna 2003. Ikäryhmien odotusajat lähentyivät toisiaan vuosien 2004 ja 2005 välisenä aikana, mutta vuonna 2006 odotusajoissa näytti syntyvän uudelleen suurempia eroja ikäryhmien välillä.

---

<sup>94</sup> *Mikkola Hennamari ym. (2008).*

Keskimääräinen odotusaika fysiatrian hoitojaksolle on ollut lyhin koko 2000-luvun 75 vuotta täyttäneillä. Pisimpään fysiatrian hoitojaksolle yleensä ovat joutuneet odottamaan 24–44-vuotiaiden ja 45–64-vuotiaiden ikäryhmiin kuuluvat. Odotusaikojen vaihteluväli oli suurimmillaan jononpurkuhankkeen päättyessä. Tämä jälkeen ikäryhmien väliset erot odotusajoissa supistuivat vuoteen 2006 asti.

### 3.1.5 Kokoavat havainnot ja päätelmät

#### *Jononpurkuhanke ja erikoissairaanhoidon hoitotakuukartoitukset*

Erikoissairaanhoidon yli kuuden kuukauden jonoja koskevat tarkastushavainnot osoittivat, että jonot ovat supistuneet huomattavasti jononpurkuhankkeen ja hoitotakuun aikana, mutta edelleen, yli kuusi vuotta kestäneen purkamisen jälkeen, hoitajonoissa on potilaita, jotka ovat joutuneet odottamaan toimenpiteeseen pääsyä yli kuusi kuukautta.

Hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden aikana yli kuuden kuukauden erikoissairaanhoidon jonot lyhenivät melko rivakasti, mutta loppuvuonna 2007 jonot kasvoivat selkeästi uudelleen. Kevään 2008 neljän ensimmäisen kuukauden aikana erikoissairaanhoidon jonotilanne on ennakkotietojen perusteella selkeästi parantunut. Jonot ovat puolittuneet vuoden 2007 lopun tilanteesta.

Jonotilanteen huononeminen vuoden 2007 lopulla ei ollut yllätys vaan ennakoitavissa muista maista saatujen kokemusten perusteella. Esimerkiksi Ruotsissa hoitotakuukokeilu aluksi lyhensi jonoja ja odotusaikoja niissä toiminnoissa, mihin se oli suunnattu, mutta sen vaikutus jäi lyhytaikaiseksi. Lisäksi hoidon saatavuuden paraneminen hoitotakuun piiriin kuuluvissa hoidoissa tapahtui muiden hoitojen kustannuksella. Niiden saatavuus huononi, kun resursseja suunnattiin hoitotakuun velvoitteiden täyttämiseen.<sup>95</sup> Tarkastushavainnot viittaavat osin näin myös käyneen Suomessa. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä lisäresursseja oli suunnattu operatiivisille aloille, kun taas konservatiiviset alat ja psykiatria olivat jääneet lisäresurssien jaossa vähäisemmälle. Sen sijaan kysymykseen siitä, onko esimerkiksi konservatiivisten alojen palveluiden saatavuus heikentynyt hoitotakuun aikana, ei voida antaa yksiselitteistä vastausta. Stakesin asiantuntijoiden arvioiden mukaan operatiivisen toiminnan osuus erikoissairaanhoidon toiminnasta on hoitotakuun voimassaoloaikana kasvanut ja psykiatrian ja naistentautien laskenut. Heidän käsityksensä mu-

---

<sup>95</sup> *Hanning Marianne (1996); Hanning Marianne ja Spångberg Ulrika W (2000); www.socialstyrelsen.se.*

kaan hoitotakuun vaikutusta tässä kehityskulussa on kuitenkin vaikea eritellä luotettavasti.<sup>96</sup>

Tämä voi johtua ensinnäkin siitä, että ennen lokakuuta 2007 meillä ei ole ollut käytettävissä yksityiskohtaista tietoa siitä, miten hoitotakuun edellyttämät tavoiteajat ovat toteutuneet kaikilla erikoisaloilla. Erikoisalakohaisia tietoja kerättiin yksityiskohtaisemmin ja systemaattisemmin vain tietyiltä erikoisaloilta ja toimenpiteistä, jotka ovat myös edustaneet pääsääntöisesti operatiivisia aloja. Konservatiivisten alojen hoitajoina on sen sijaan ollut hyvin vähän tietoa lukuun ottamatta hoitoon pääsystä psykiatrian erikoisaloilla<sup>97</sup>. Seurantajärjestelmän rakentamisen viivästyttä johtuen sosiaali- ja terveysministeriö keräsi itse erikoisalakohaiset hoitoon pääsyä koskevat tiedot sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille osoitetuilla erilliskyselyillä. Vaikka sosiaali- ja terveysministeriö tiesi tietojen luotettavuustason olevan huonon, ministeriö kriitikittömästi käytti tietoja julkaistessaan niitä hoitotakuuta koskevissa virallisissa tiedotteissaan.

Toiseksi sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi erikoisalakohaiset jonotiedot valtakunnallisina yhteenvedotietoina eikä sairaanhoitopiirejä koskevinä tietoina. Tämä voi selittyä sillä, että erikoisalakohaiden jonotietojen julkaisumuodossa ministeriö otti huomioon tiedoissa olevat puutteellisuudet. Erikoisalakohaisia odotus- ja jonotietoja koskevat puutteellisuudet on nyt kuitenkin suurimmaksi osaksi korjattu. Stakesin hoitoon pääsyä koskevasta tietojärjestelmästä on saatavissa erikoisalakohaiset odotus- ja jonotiedot sairaanhoitopiireittäin ja koko maassa yhteensä.

Sosiaali- ja terveysministeriöstä saadut erikoisalakohaiset hoitojonotiedot yhdessä sairaanhoitopiirien haastattelujen kanssa osoittivat, että kirurgiaan ja erityisesti ortopediaan kohdennetut resurssit eivät ole kyenneet lyhentämään ortopedian jonoja tavoiteajan mukaiseksi: ortopediassa jonot ovat edelleen pitkät. Lisäksi useassa sairaanhoitopiirissä haastattelussa tuotiin esille, että ongelmalliseksi erikoisalaksi on nousemassa radiologia. Ala, joka sosiaali- ja terveysministeriön hoitojonokyselyssä tilastoitiin luokkaan muille erikoisaloille odottavat ja joka puuttuu kokonaan Stakesin hoitoon pääsyä koskevasta seurantatietojärjestelmästä. Hoitoon pääsyä koskevassa seurantajärjestelmässä käytetään hoitoilmoitusrekisterin erikoisalalajittelua, koska suunnitelmissa on, että hoitoon pääsyä koskevat seurantatiedot kerättäisiin tulevaisuudessa hoitoilmoitusrekisterin kautta.

---

<sup>96</sup> Pekurinen Markku ym. (2008b).

<sup>97</sup> [www.stm.fi/hankkeet/paattyneet\\_hankkeet/kansallinen\\_hanke\\_terveydenhuollon\\_turvaamiseksi\\_2004-2007/hoitoon\\_paaasy/hoitotakuukartoitukset](http://www.stm.fi/hankkeet/paattyneet_hankkeet/kansallinen_hanke_terveydenhuollon_turvaamiseksi_2004-2007/hoitoon_paaasy/hoitotakuukartoitukset)

Stakesin asiantuntijat näkevät radiologian siten enemmänkin useamman erikoisalan käyttämänä toimenpiteenä kuin yksittäisenä erikoisalana.<sup>98</sup>

Näyttää siis siltä, että kun julkisuudessa seurataan tarkemmin vain tiettyjä erikoisaloja, pyrkivät sairaanhoitopiirit saavuttamaan tavoiteajat ainakin niiden osalta. Stakesin asiantuntijat totesivatkin, että sosiaali- ja terveysministeriön säännölliset jonotilanteiden tiedustelut vauhdittivat jonojen lyhenemistä<sup>99</sup>.

Miksi sosiaali- ja terveysministeriö päätyi seuraamaan hoitotakuun toteutumista yksinomaan jonottajien määrää koskevilla tiedoilla? Tämä johtuu tarkastushavaintojen mukaan siitä, että jonojen seuraaminen on huomattavasti helpompaa kuin lääkärin yksilölliseen harkintaan perustuvien hoitopäätösten seuraaminen. Hoitoon pääsyä jonottavien kokonaismäärä on selkeä ja yksinkertainen mittari. Jonotiedoilla pystytään myös asettamaan sairaanhoitopiirit paremmuusjärjestykseen. Benchmarking toimii sairaanhoitopiireille "kannustimena" poistaa hoitonoja. Numerotietoja on ollut helppo käyttää myös poliittisen päätöksenteon välineenä. Niillä on perusteltu poliittisille päättäjille hoitotakuun tarpeellisuutta (hallituksen esitys hoitotakuulainsäädännöksi), osoitettu kansalaisille, että laki käytännössä toimii (sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteet) ja viranomaiset valvovat lainsäädännön toteutumista (sosiaali- ja terveysministeriön kirje valvontaviranomaisille uhkasakon käyttömahdollisuudesta ja TEO:n pyytämät selvitykset niiltä sairaanhoitopiireiltä, joissa jonot eivät ole lyhentyneet toivotussa määrin).

Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että erikoissairaanhoidon hoitonoja koskevien tietojen pohjalta tehtyihin arviointeihin hoitotakuun vaikutuksista ensimmäisten 2½ vuoden ajalta tulee suhtautua hyvin varovasti. Tämä johtuu siitä, että sosiaali- ja terveysministeriö on hoitokartoitusta koskevista tiedotteistaan verrannut kunkin seuranta-ajankohdan tietoja lokakuun 2002 tilanteeseen osoittaakseen, kuinka paljon jonot ovat kulloinkin lyhentyneet. Ongelmallista on kuitenkin se, että sosiaali- ja terveysministeriöllä ei ole täsmällistä lähtötietoa siitä, kuinka moni lokakuussa 2002 yli kuuden kuukauden jonoissa ilmoitetuista potilaista, oli todellisia potilaita. Haastateltujen sairaanhoitopiirien edustajien mukaan jonoissa oli kuolleita, henkilöitä, jotka olivat hoidattaneet vaivansa jo muualla, henkilöitä joiden vaiva oli parantunut odoteltaessa itsestään ja potilaita, jotka olivat valikoituneet jonopotilaiksi pelkästään potilashallintaohjelmissä olevien tietoteknisten virheiden takia. Ilman oikeisiin tietoihin perustuvaa lähtötietoa yli kuusi kuukautta tutkimus- ja hoitonoihin jo-

---

<sup>98</sup> *Stakes, sähköposti 12.2.2008.*

<sup>99</sup> *Pekurinen Markku ym. (2008a).*

nottavista potilasta, hoitoon pääsyn toteutumista voidaan sanoa vain, että jonot ovat selvästi lyhentyneet, mutta kuinka paljon: se jää pelkän arvauksen varaan. Tämä hankaloittaa myös arvioiden tekemistä siitä, onko hoitotakuulla ollut sairaanhoitopiirin kustannustehokkuutta lisääviä vaikutuksia. Esimerkiksi Stakes, jolle sairaanhoitopiirit siirtävät potilastietojärjestelmistään poimimansa tiedot, ei ollut valmis tekemään johtopäätöksiä edes vuosina 2005–2006 kerätyn aineiston perusteella hoidon saatavuuden toteutumisesta<sup>100</sup>. Erään sairaanhoitopiirin edustajan mukaan hän ei arvioisi lainkaan jonotietoja vuosilta 2002–2003, koska arveli niiden olevan koko maassa yhtä epävarmoja kuin hänen omassa sairaanhoitopiirissään.

### *Odotusaika toimenpiteeseen*

Tarkastushavainnot osoittivat myös sen, että hoitotakuulla säädetty kuuden kuukauden tavoiteaika hoitoon pääsyssä kohdistuu erikoissairaanhoidossa olevasta jonosta vain jälkimmäiseen, toimenpidejonoon. Jonoon, joka mittaa hoitopäätöksen (= toimenpidejonoon asettamisen) ja toimenpiteen suorittamisen välistä aikaa. Tätä jonoa edeltävä "ensimmäinen" jono mittaa lähetteen saapumisen (=hoidon arvioinnin) ja hoitopäätöksen välistä aikaa. Tämä jono sisältää odottamisen muun muassa erilaisiin tutkimuksiin, joita tarvitaan hoitopäätöksen teossa. Potilaan sairaudesta ja kunnosta riippuen toimenpiteeseen odottamisaika voi olla lyhyempi kuin hoitopäätöksen odottamisaika. Laissa ei sanota mitään siitä, kuinka kauan hoitopäätöksen teko eli toimenpidejonoon asettamista edeltävä aika saa enintään kestää. Se on "harmaata aluetta", jonka seurauksena meillä ei ole mitään tietoa siitä, onko hoitotakuu lyhentänyt hoitoon pääsyn kokonaisaikaa. Samaan asiaan kiinnitti huomionsa myös Ruotsin sosiaalihalitus hoitotakuuta koskevassa seurantaraportissaan<sup>101</sup>.

Sosiaali- ja terveysministeriöstä saadun palautteen mukaan hoitotakuulainsäädännön enimmäisaikoja tullaan täsmentämään uudessa terveydenhuoltolaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön edustajan mukaan uutta terveydenhuoltolakia valmistellut työryhmä esittää mietinnössään, että hoitopäätöksen perusteena olevat tutkimukset on saatettava loppuun kolmes-  
sa kuukaudessa.<sup>102</sup>

"Harmaata aluetta" koskevan tiedon puuttuminen on nyt osin korjattu. Stakes julkaisi joulukuussa 2007 ensimmäisen kerran tiedot siitä, kuinka

---

<sup>100</sup> Itälä Timo (2006).

<sup>101</sup> [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

<sup>102</sup> Tarkastuskertomusluonnosta koskeva palautetilaisuus 6.6.2008, suullinen tiedonanto.

kauan potilas joutuu odottamaan ennen kuin hän pääsee ensimmäisen keran lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle. Ensimmäisen käynnin odotusaika lasketaan läheteen hyväksymispäivästä ja toteutuneen vastaanottoajan välisestä ajasta. Tämän tiedon tuottaminen ei kaikilta sairaanhoitopiiriltä kuitenkaan onnistunut vielä kesäkuussa 2008.<sup>103</sup>

Stakesin ohjeistuksen mukaan ensimmäinen käynti ei koske tutkimuskäyntiä. Ennen ensimmäistä käyntiä potilas on kuitenkin voitu lähettää erilaisiin tutkimuksiin pelkän läheteen perusteella. Se, kuinka nopeasti potilas pääsee erilaisiin tutkimuksiin, vaikuttaa oleellisesti myös ensimmäisen käynnin odotusaikaan. Useissa tapauksissa potilaan ei ole järkevää tavata lääkäriä tai jotain muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä ennen tutkimustulosten valmistumista. Tarkastushavaintojen mukaan ennen ensimmäistä käyntiä potilas saattaa kuitenkin joutua odottamaan kuukausia tutkimukseen pääsyä. Ensimmäisen käynnin odotusajan mittaaminen mittaa siten vain yhtä osaa hoitopäätöksen tekoon kuluva ajasta. Hoitoon pääsyn odotusajasta jää siten edelleen mittaamatta yksi osa.

Erikoissairaanhoitolaissa väljästi ja vaikeatajuisesti kirjoitettu pykälä momentteineen (L 856/2004 31 § 3) ja hoitoon pääsyn seuranta yli kuuden kuukauden hoitajoina ovat luoneet potilaille väärää odotuksia hoitoon pääsyn suhteen. Potilasasiamiehille osoitetun kyselyn mukaan osa ihmisistä oli ymmärtänyt kuuden kuukauden tavoiteajan siten, että heidän vaivansa hoidetaan puolen vuoden sisällä siitä, kun lähete lähtee perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon. Tosiasiassa hoitotakuulla pyritään takaamaan vain se, että ihmisten odotusaika *toimenpiteeseen* (hoitopäätöksen ja toimenpiteen välinen aika) on enintään kuusi kuukautta.

Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiireittäin julkaisemat hoitajonotiedot eivät kertoneet mitään siitä, millaisia muutoksia hoitajonon sisäisissä odotusajoissa on tapahtunut. Nytemmin tämä ongelma on poistunut, kun hoitoon pääsyn seurantatietojärjestelmä on otettu käyttöön.

Hoitajonot eivät kerro myöskään mitään yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käytöstä. Yli kuuden kuukauden hoitajonon seuranta saattaa toimia samaa sairautta sairastavien potilaiden priorisointivälineenä samalla tavoin kuin yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden käyttö (ks. 3.2.1). Koska lainsäädäntö määrää, että potilaiden pitää päästä hoitoon kuudessa kuukaudessa, on riskinä, että "terveempi" potilas, jonka hoidon siirtäminen myöhäisemmäksi ei heikentäisi hänen terveydentilaansa mitenkään, mutta jonka kuuden kuukauden hoitoon pääsyn enimmäisaika täyttyy, pääsee hoitoon. Sen sijaan yhtenäisten kiirettömän hoidon

---

<sup>103</sup> *Stakes, sähköpostiviesti 11.1.2008; Stakes sähköpostiviesti 9.6.2008.*

perusteiden mukaan samaa sairautta sairastava sairaampi potilas, jonka hoidon lykkääminen lähemmäs kuutta kuukautta saattaa olla hänen terveydentilansa kannalta haitallista, ei pääse hoitoon.

Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä tehdyt yksinkertaiset analyysit osoittivat, että vuosien 2005 ja 2006 välisenä aikana odotusajat ortopedian, neurologian ja fysiatrian hoitojaksoille lähenivät toisiaan, mutta erot odotusajoissa olivat edelleen suuria. Ikäryhmittäinen tarkastelu osoitti myös, että samaa sairautta sairastavien potilaiden hoitoon pääsyn (toimenpiteeseen pääsyn) odotusajat vaihtelivat paljon. Ikäryhmittäisiä eroja ortopedian hoitojaksojen odotusajoissa voidaan selittää osin sillä, että uudet lääketieteelliset teknologiat mahdollistavat nyttemmin myös sellaisten potilaiden, lähinnä ikääntyneiden, hoidon, joita ei olisi aikaisemmin voitu leikata. Osalla potilaista saattaa olla samanaikaisesti myös erilaisia sairauksia, joista ainakin osa pitää hoitaa kuntoon, jotta leikkaus olisi mahdollinen. Lisäksi osa potilaista saattaa olla toimintakyvyltään niin heikkokuntoisia, että he tarvitsevat kuntoutusta myös ennen leikkausta. Kiintoisaa on sen sijaan se, että hoidonvarauksen kautta ortopedian hoitojaksoille saapuneiden nuorempien työikäisten, 16–44-vuotiaiden, toimenpiteeseen pääsyn keskimääräinen odotusaika, on ollut koko 2000–luvun lyhin. Tarkastushavainnot viittaavat siihen, että ortopediassa on ollut kyse piilopriorisoinnista. Sairaanhoidopiirien ja perusterveydenhuollon edustajien haastatteluissa nousi esille, että ennen hoitotakuuta oli mahdollista valita, että työikäiset ja heistä varsinkin sairauspäivärahaa saavat, pääsivät mahdollisimman nopeasti hoitoon.

Oli kyse sitten piilopriorisoinnista tai potilaan terveydentilasta, tarkastushavainnot osoittivat, että hoitoon pääsyn odotusajoissa oli eroja ikäryhmien välillä. Tarkastelluilla erikoisaloilla ikäryhmien väliset erot toimenpiteeseen pääsyn odotusajoissa ovat tosin supistuneet hoitotakuun voimassaoloaikana. Yhdenvertaisuuden voi tulkita siten lisääntyneen hoitoon pääsyssä. Jatkuuko yhdenvertaisuuden edistyminen myös jatkossa, ei välttämättä ole itsestään selvää. Väestön ikääntyessä, palvelutarpeiden kasvaessa ja työikäisten määrän vähentyessä Suomella ei ole varaa pitää työikäisiä sairauslomilla pitkään, vaan heidät on saatava takaisin työelämään mahdollisimman nopeasti. Hallituksen esityksessä hoitotakuulaeiksi todettiin, että hoitoaika valitessa tulisi ottaa huomioon mm. potilaan työkyvyn palautuminen (yksityiskohtaiset perusteltu 10 § 3). Haastattelijien perusteella näyttää kuitenkin siltä, että kyseisen momentin kohta on jäänyt huomiotta. Haastatteluissa nimittäin esitettiin, että lainsäädännön pitäisi nimenomaan tukea sitä, että työikäiset pääsisivät nopeammin hoitoon kuin ikääntyneet. Haastateltavien käsityksen mukaan hoitotakuun myötä tämä priorisointimahdollisuus kuitenkin suljettiin pois.



## 3.2 Oikeudenmukaisuuden toteutuminen hoitoon pääsyssä

### 3.2.1 Kiireettömän hoidon perusteet

Hoitosuositukset ovat yleistyneet Suomessa nopeasti viimeisen vuosikymmenen aikana. Ne ovat yksi ns. näyttöön perustuvan lääketieteen tapa pyrkiä vaikuttamaan lääketieteen käytäntöihin. Myös yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat hoitosuosituksia. Ne perustuvat kansallisiin hoitosuosituksiin (Käypä hoito -suositukseen) tai muuten näyttöön perustuvaan hoitoon<sup>104</sup>. Perusteiden laatimista on perusteltu hoitokäytäntöjen alueellisilla ja yksilöllisillä vaihteluilla, jotka eivät selity sairauden tyypillä tai vakavuudella tai potilaiden toivomuksilla<sup>105</sup>. Hoitosuosituksilla pyritään hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen ohella myös parantamaan hoidon laatua<sup>106</sup>, mutta niiden odotetaan myös poistavan erot jonoon asettamisikäytännöissä.

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kirjattiin selkeästi hoitoon pääsyyn liittyvä yhdenvertaisuusvaatimus. Periaatepäätöksessään valtioneuvosto määritteli kuitenkin hyväksyttävän perusteen, jonka nojalla ihmiset voidaan asettaa eri asemaan kiireettömään hoitoon pääsyssä ilman, että yhdenvertaisuusperiaatetta rikotaan. Tämä peruste pohjautuu yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin.

Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteiden laatimista pidetään yhtenä kansallisen terveysthankkeen tärkeimmistä tuloksista<sup>107</sup>. Vuonna 2007 kiireettömän hoidon perusteet olivat käytössä yhdeksässä sairaanhoitopiirissä, kahdeksassa sairaanhoitopiirissä niitä käytettiin vain osittain ja kolmessa sairaanhoitopiirissä niitä ei sovellettu lainkaan<sup>108</sup>. Tarkastuksessa mukana olleissa sairaanhoitopiireistä enemmistö käytti kriteereitä osittain ja vain yhdessä sairaanhoitopiirissä kriteereitä ei käytetty lainkaan. Perusterveydenhuollossa kiireettömän hoidon perusteita käytti 87 prosenttia (197) terveyskeskuksista. Tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista vain

---

<sup>104</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b).*

<sup>105</sup> *Wennberg John E (2002).*

<sup>106</sup> *www.kaupahoito.fi; Nikkarinen Tuuri ja Brommels Mats (1998).*

<sup>107</sup> *Vehviläinen Arto ym. (2006).*

<sup>108</sup> *Tuominen Ulla ym. (2008).*

kaksi ilmoitti, etteivät ne sovelta kiireettömän hoidon perusteita erikois-sairaanhoidon lähettäessään lainkaan.<sup>109</sup>

Sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon haastateltavat pitivät erin-omaisena, että perusteet oli laadittu. Osa haastateltavista katsoi, että perus-teet olivat tuoneet terävyyttä indikaatioajatteluun ja lisänneet muun muas-sa kirurgien piirissä pohdintaa siitä, leikataanko potilas vai ei. Osa haasta-teltavista myös korosti, että kriteerien laatiminen on vasta alkua prio-risointikeskustelujen käynnistymiselle esimerkiksi siitä, millaiset vaivat hoidetaan julkisin varoin ja mitkä ovat sellaisia, jotka potilaan on itse kus-tannettava. Ennakkotiedot kiireettömän hoidon perusteita laatineiden työ-ryhmien jäsenille osoitetusta kyselystä osoittivatkin, että yli puolet vas-tanneista näki perusteiden tiukentaneen oman erikoisalansa hoidon perus-teita<sup>110</sup>.

### *Perusteet työväliseenä*

Vaikka haastateltavat suhtautuivat kriteereihin myönteisesti<sup>111</sup>, niitä käy-tettiin ja sovellettiin alueilla vaihtelevasti. Haastateltavat ymmärsivät kii-reettömän hoidon perusteet pääsääntöisesti pisteytysjärjestelmänä. Tämä selittää osin perusterveydenhuollon hoitotakuukartoituksissa ja haastatte-luissa saatujen vastausten erilaisuuden (ks. edellä). Osassa terveyskeskuk-sissa yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita ei käytetty lainkaan tai nii-tä sovellettiin valikoiden. Pisteytysten valikoiva soveltaminen oli yhtey-dessä siihen, kuinka tiukasti oma sairaanhoitopiiri edellytti, että peruster-veydenhuollosta tulleissa läheteissä hoidon tarve oli arvioitu käyttämällä pisteytysjärjestelmää. Sairaanhoitopiirien edustajien mukaan perustervey-denhuollosta tulleissa läheteissä pisteytyskriteereitä käytettiin harvoin.

Haastatteluissa kävi myös ilmi, että erikoisalat eroavat toisistaan sen suhteen, edellyttävätkö ne läheteiden perustuvan pisteytyksiin vai eivät. Tämä oli johtanut joissakin sairaanhoitopiireissä epätarkoituksenmukai-seen lähetekäytäntöön. Lähetettä ei lähetetä suoraan oikealle erikoisalalle, vaan erikoisalalle, jossa hoitoon pääsyn kriteerit ovat löysemmät.

Haastateltavat katsoivat, että kiireettömän hoidon perusteet antavat pe-rusterveydenhuollon lääkäreille ja etenkin nuorille ja kokemattomille lää-käreille päätöksentekoa tukevan työkalun. Kriteerien hyvänä puolena pi-

---

<sup>109</sup> *Yhtenäisten kiireettömän hoidon kriteerien soveltamista erikoissairaanhoidon lähettämisessä on kysytty kaksi kertaa: helmikuussa 2006 ja maaliskuussa 2007. Stakes, henkilökohtainen tiedonanto 23.11.2007.*

<sup>110</sup> *Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 13.12.2007.*

<sup>111</sup> *Ks. myös Heinämäki Ritva ym. (2007).*

dettiin myös niiden avoimuutta ja selkeyttä. Niiden avulla potilaille voidaan osoittaa, että heitä on kohdeltu tasa-arvoisesti. Lisäksi jos potilas ja lääkäri ovat hoidon tarpeesta eri mieltä, voidaan kriteerejä käyttää välineinä, joilla potilaille osoitetaan, etteivät he voi saada haluamaansa hoitoa julkiselta puolelta.

Haastateltavista selkeä enemmistö koki, että perusteet ohjaavat lääkäreiden toimintaa. Perusterveydenhuollon edustajien haastatteluista ilmeni kuitenkin, että perusterveydenhuollossa ohjaava vaikutus oli sidoksissa lääkärin työsuhteeseen. Haastateltavien mukaan perusteet ohjaavat vakiuistien terveyskeskuslääkärien toimintaa, mutta eivät samassa määrin vuokralääkärien toimintaan. Sairaanhoidopiirien haastatteluissa kriteerien ohjausvaikutusta heikensivät puolestaan lääkäreiden totut toimintatavat, joita kriteereillä on vaikea muuttaa. Terveystenhuollon asiantuntijan mukaan kysymys on myös hyvin vahvasti johtamisesta. Jos ylilääkäri katsoo, että hän tietää kriteerejä paremmin, miten ja ketä hoidetaan, johtaa tämä siihen, ettei hänen tiiminsäkään omaksu ja sovelle yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita.

### *Koulutus*

Suomen terveydenhuollossa uskotaan näyttöön perustuvan lääketieteen voimaan. Muun muassa vuonna 2007 päättyneessä Kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kahta kehittämistoimetta – hoitoon pääsyn turvaaminen ja laadun parantaminen – pyrittiin edistämään suosituksilla, jotka molemmat pohjautuvat Käypä hoito-suosituksiin. Kiireettömän hoidon perusteilla pyritään standardoimaan hoidon arviointia ja erikoissairaanhoidon lähetekäytäntöjä (suositus 1) ja alueellisilla hoito-ohjelmilla luomaan alueen palvelurakenteeseen sopivat menettelyt hoidon toteuttamisessa (suositus 2).<sup>112</sup> Tämä on merkinnyt sitä, että lääkäreillä on nyt käytettävissään kolme erillistä päätöksentekovälinettä – yhtenäiset kiireettömän hoidon suositukset, Käypä hoito-suositukset sekä alueelliset hoito-ohjelmat ja/tai hoitoketjut – joissa käsitellään osin samoja asioita. Sosiaali- ja terveysministeriö ei ole kuitenkaan ohjeistanut lääkäreitä lainkaan siitä, miten yksittäisen lääkärin tulisi käyttää näitä erilaisia suosituksia. Ministeriö ei ole myöskään määritellyt täsmällisemmin, mikä on näiden suositusten keskinäinen rooli. Osa sairaanhoidopiirien haastateltavista kokikin, että yksi syy kiireettömän hoidon perusteiden vähäiseen käyttöön johtuu huonosti toteutetusta jalkauttamisesta. Lääkäreille oli järjestetty koulutusta erittäin huonosti. Niitä koskeva

---

<sup>112</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö(2002a).*

keskustelu oli ollut myös hyvin vähäistä. Sen sijaan haastatteluihin ilmeni, että Käypä hoito – suositus, alueelliset hoitoketjut ja hoitomallit oli kyetty lanseeraamaan alueille huomattavasti paremmin, koska niiden käyttöönotto oli tuettu koulutuksen avulla.

Osassa sairaanhoitopiireistä oli järjestetty koulutusta terveyskeskuslääkäreille kiirettömän hoidon perusteiden käytöstä, osa sairaanhoitopiireistä ohjasi kriteerien käyttöönottoa erikoisalakohtaisilla ohjeilla. Yhdessä sairaanhoitopiirissä kriteerejä oli käyty läpi kaikkien sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvien terveyskeskuslääkärien kanssa. Koulutuksen sijasta tapaamisissa oli ollut kuitenkin ensisijassa kysymys kriteerien käyttöönottoa koskevien terveyskeskuslääkärien ja terveyskeskusten valmiuksien kartoittamisesta. Tapaamisissa oli luotu pelisäännöt erikoisalakohtaisille lähetekäyttäjöille. Jos terveyskeskuksessa ei ole magneettikuvauslaitetta, erikoissairaanhoito ei edellytä kyseistä tutkimusta tehtäväksi ennen lähetteen siirtämistä erikoissairaanhoitoon. Tällaisissa tapauksissa tarvittava tutkimus tehdään vasta erikoissairaanhoidossa.

Myös terveyskeskuksissa kiirettömän hoidon kriteerejä koskevaa koulutusta oli järjestetty vaihtelevasti. Joissakin terveyskeskuksissa kiirettömän hoidon perusteiden käyttöönoton tukeminen oli jäänyt sen opettamiseksi, mistä uusi lääkäri koneeltaan löytää erilaiset suositukset. Yhdessä terveyskeskuksessa kriteereitä käytiin läpi "opetuksellisesta näkökulmasta" vasta silloin, kun erikoissairaanhoito palautti lähetteen lisätutkimuksia varten. Osassa terveyskeskuksista järjestettiin apulaisylilääkäreille säännöllisiä koulutustilaisuuksia ja kriteereitä käytiin läpi jokaviikkoisissa lääkärityöpöytätyöskytöissä enemmän tai vähemmän säännöllisesti. Yhdessä kunnassa kriteereitä käytiin läpi vain vakituisten terveyskeskuslääkärien kanssa, kun taas toisessa kunnassa kiirettömän hoidon perusteet oli sisällytetty osaksi jokaisen nuoren lääkärin ja eurolääkärin työhön perehdyttämisen prosessia.

Stakesin hoitotakuun taloutta koskevan raportin tulokset antavat päinvastaisen kuvan yhtenäisten hoidon perusteiden jalkauttamisesta. Raportin mukaan sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat kouluttaneet henkilökuntaansa yhtenäisten kiirettömän hoidon perusteiden sisältöön ja käyttöön sekä hoidon perusteiden kirjaamiseen. Koulutusta on ollut myös systemaattista siellä, missä perusteita myös käytetään.<sup>113</sup>

Tulosten ristiriitaisuus voi selittyä osin sillä, että Stakesin kysely oli kohdistettu perusterveydenhuollon johtajalle ja sairaanhoitopiirin johdolle. Vastajat olivat siten henkilöitä, jotka pääsääntöisesti eivät toimi käytännön potilastyössä. Tarkastusviraston haastateltavat toimivat puolestaan lä-

---

<sup>113</sup> Pekurinen Markku ym. (2008a).

hinnä käytännön potilastyössä, joilla voi myös olettaa olevan kokemusta koulutuksen riittävydestä.

### *Perusteiden soveltuvuus perusterveydenhuollossa*

Sairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon edustajien haastatteluissa eri yhteyksissä nousi esille kriteereihin liittyvä ongelma, jota ei ole vielä kukaan oikein ymmärretty. Terveystieteiden asiantuntija korosti haastattelussa, ettei valtiovalta perusteilla puuttunut lääkäreiden autonomiaan ja lääkäri-potilas-suhteeseen, vaan lääkärit puuttuivat itse omaan autonomiaansa. Valtiovalta siirsi perusteiden laadintavastuun yliopistollisten sairaaloiden vastuulle. Vaikka erikoissairaanhoito teki perusteita laatiessaan yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa<sup>114</sup>, ovat perusteiden laadinnasta vastanneet ensisijassa erikoislääkärit. Tämä merkitsee sitä, että lähinnä erikoislääkärit kirjoittavat perusterveydenhuollossa toimiville lääkäreille sairauskohtaisia ohjeita yksittäisten sairauksien diagnosoinnista ja niitä koskevista hoitotoimenpiteistä. Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan perusterveydenhuollon toimintalogiikka on kuitenkin toisenlainen.

Perusterveydenhuollossa lääkäri pyrkii potilaan ilmaisemien oireiden ja erilaisten tutkimusten perusteella selvittämään, mikä potilasta vaivaa. Kiireettömän hoidon perusteet on taas kirjoitettu siten, että lääkäri on edessänsä "valmiiksi" diagnosoitu potilas, jonka sairauden haitta-astetta hän pyrkii erilaisilla tutkimuksilla todentamaan. Haitta-asteen suuruus määrittää, lähetetäänkö potilas erikoissairaanhoitoon vai kyetäänkö häntä hoitamaan perusterveydenhuollossa. Osin tästä syystä haastateltavat katsoivat myös, etteivät kiireettömän hoidon perusteet sovellu monia erilaisia sairauksia sairastavien potilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoitoon.

Vaikka Kansallisen terveydenhuolto-ohjelman johtoryhmän työryhmämuistiossa esitettiin, että kansalliset jonoon asettamisen kriteerit määritellään aluksi vain 2-4 yleisen jonoja aiheuttavan terveysongelman osalta<sup>115</sup>, erityisvastuualueille annettussa toimeksiannossa perusteiden määräksi määriteltiin noin 80 prosenttia kunkin erikoisalalan kiireettömästä toiminnasta<sup>116</sup>. Perusteiden tullessa voimaan niitä oli laadittu 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen<sup>117</sup>. Kesäkuussa 2008 perusteiden määrä on jo 247<sup>118</sup>.

---

<sup>114</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d).*

<sup>115</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a).*

<sup>116</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d).*

<sup>117</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a).*

<sup>118</sup> [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) > hoidon perusteet

Haastateltavien mukaan perusterveydenhuollossa toimiva lääkäri ei voi hallita kaikkien alojen pisteytyksiä. Ongelmalliseksi koettiin myös se, että osa kiireettömän hoidon perusteista koskee sairauksia, joiden arviointiin pisteytysjärjestelmällä terveyskeskuslääkäreillä ei ole riittävästi valmiuksia<sup>119</sup>. Sairaanhoitopiirien haastatteluisa ongelmalliseksi alaksi pisteytysjärjestelmän näkökulmasta nousi erityisesti neurologia.

### *Perusteiden rakenne*

Kiireettömän hoidon perusteita koskevissa teksteissä korostetaan, että eri sairauksia ei vertailla keskenään, vaan kyse on hoitoon pääsystä tietystä sairaudessa. Kriteereillä tai pisteytyksellä vertaillaan saman sairauden eri astetta, hoitoon pääsyn tarpeellisuutta ja kiireellisyyttä.<sup>120</sup> Käytännössä kyse on kuitenkin samaa sairautta sairastavien potilaiden hoitoon pääsyn priorisoinnista.

Alueellisesta näkökulmasta tarkasteltuna haastateltavat korostivat yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden edistäneen yhdenmukaista hoitoon pääsyä. Kun asiaa tiedusteltiin sairauksien näkökulmasta, käsitykset eriytyivät.

Osa perusterveydenhuollon haastateltavista katsoi, että eri sairauksia sairastavien ihmisten tasa-arvoisuus hoidon arvioinnissa ei toteudu, koska perusteita ei ole laadittu kaikista sairauksista. Haastateltavien mukaan potilaita, joiden sairaudesta ei ole laadittu perusteita tai joiden sairauden perusteet eivät sisällä pisteytysjärjestelmää, kohdellaan epätasa-arvoisesti toisiin nähden.

Osa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon haastateltavista puolestaan näki, ettei yhdenmukaisuus toteudu edes samaa sairautta sairastavien potilaiden osalta. Esimerkiksi erään sairaanhoitopiirin silmätautien poliklinikalla kaihipotilaat on jaettu kolmeen ryhmään, jossa iällä on kiireettömän hoidon perusteiden sijasta suurempi painoarvo hoitoon pääsystä. Erään sairaanhoitopiirin edustajan mukaan työikäiset, jotka ovat menettämässä näkökykynsä, pääsevät heti leikkaukseen.

Toinen samoja oireita omaava potilas voi taas ylittää erikoissairaanhoitoon lähettämisen perusteena olevan pisteytysrajan, toinen ei<sup>121</sup>. Perusteet on kirjoitettu väljästi ja haastateltavat katsoivatkin niiden sisältävän liian paljon tulkinnanvaraisuutta. Tulkinnanvaraisuutta aiheuttaviksi tekijöiksi

---

<sup>119</sup> *Asiantuntijahaastattelu, sosiaali- ja terveysministeriö 14.5.2007.*

<sup>120</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2005b).*

<sup>121</sup> *Ks. [www.stm.fi/hankkeet/kansallinen terveydenhuolto projekti](http://www.stm.fi/hankkeet/kansallinen_terveydenhuolto projekti) hoitoon pääsy> hoitoon pääsyn perusteet> hoitoon pääsyn perusteet tautiluokittain*

mainittiin muun muassa potilaan tahdon kuuleminen ja potilaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioon ottaminen. Lisäksi epätasa-arvoisuutta aiheuttavaksi tekijäksi mainittiin joidenkin sairauksien pisteytysjärjestelmäpatteristoon kuuluva kivun kokemus. Yhden sairaanhoitopiirin edustajan mukaan huutava ja vaativa potilas saa helpommin 50 pistettä ja pääsee toimenpiteeseen kuin nöyrä ja vähään tyytyvä potilas, joka väheksyy kivun kokemustaan.

### *Perusteet ja lähetekäytännöt*

Haastateltavien mukaan potilaiden hoitoon pääsyn ratkaisee aina viime kädessä lääkäri pisteytysjärjestelmästä tai kriteereistä riippumatta. Pääseekö potilas hoitoon erikoissairaanhoitoon, riippuu kuitenkin viime kädessä sairaanhoitopiirissä toimivan erikoislääkärin eikä terveyskeskuslääkärin tekemästä hoidon arviosta. Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan tämä saattaa aiheuttaa sen, että sairaanhoitopiirit voivat käyttää perusteita hyväkseen säädellössään erikoissairaanhoitoon tulevien potilaiden määrää. Jos jonot ovat pitkät ja hoitotakuun määräajat ylittyvät, voivat erikoislääkärit vaatia tiukemmin, että lähetteen pisterajat ylittyvät tai kriteereissä vaaditut tutkimukset on tehty.

Potilaiden hoitoon pääsyn eriarvoisuuden ohella tämän katsottiin voivan aiheuttaa myös kustannuksia. Jos sairaanhoitopiirit pitävät tiukasti kiinni pisteytysrajoista, voi seurauksena olla edestakainen lähetepompottelu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lisäksi haastateltavat katsoivat, että perusteiden tiukka noudattaminen saattaa lisätä perusterveydenhuollossa tehtäviä turhia tutkimuksia. Vaarana on, että terveyskeskuksessa tehdään tutkimuksia vain lähettämisen vuoksi, vaikka tutkimukset itse sairauden vuoksi eivät olisikaan välttämättömiä. Epätarkoituksenmukaiset ja epätaloudelliset toimintakäytännöt saattavat myös lisätä perusterveydenhuollon kustannuksia.

### *Perusteiden seuranta*

Hoitotakuuta koskeva lainsäädäntö edellyttää, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa valvoo ja seuraa yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden toteutumista alueellaan. Haastattelujen perusteella pykälää noudatettiin huonosti. Enemmistö sairaanhoitopiirien haastateltavista ilmoitti, että yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita koskevaa systemaattista seurantaa ei ole, vaan jokainen tulosalue seuraa perusteiden käyttöä omalla alallaan. Osa haastateltavista koki perusteiden tarkan seurannan olevan mahdotonta. Vain yhdessä sai-

raanhoitopiirissä lähetekäytäntöjä seurattiin klinikkakohtaisesti ja yhdessä sairaanhoitopiirissä oli valmiudet seurata kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä potilastietojärjestelmän avulla. Käytännössä systemaattista seuranta potilastietojärjestelmien kautta ei kuitenkaan toteutettu, koska lääkärit eivät täyttäneet läheteitä annettujen ohjeiden mukaan.

Myös terveyskeskuksissa kiireettömän hoidon perusteiden seuranta oli heikkoa. Ainoastaan viidessä kunnassa 18 kiireettömän hoidon perusteita seurattiin enemmän tai vähemmän systemaattisesti. Hoidon perusteiden käyttöä seurattiin välillisesti muun muassa seuraamalla sydän- ja verisuonisairauksien ja diabetespotilaiden hoitoa. Perusteiden käyttöä seurattiin myös asiakaspalautejärjestelmän avulla ja arvioimalla erikoissairaanhoidosta palautuneita läheteitä/ omaa lähetekäytäntöä.

### *Perusteet ja korvausjärjestelmä*

Suomessa terveydenhuollon monikanavainen rahoitus koetaan ongelmaksi<sup>122</sup>. Monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liitetyt ongelmat koskevat myös hoidon tarpeen arviointia. Kysymys on siitä, arvioidaanko yksityisellä ja julkisella puolella potilaiden hoidon tarvetta samojen perusteiden mukaan.

Kansaneläkelaitoksen (Kelan) käsityksen mukaan julkisella puolella käyttöön otetuilla yhtenäisillä kiireettömän hoidon perusteilla ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksilla on sama lähtökohta. Kelan sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta katsoo, että kiireettömän hoidon perusteissa esitetyt toimenpideindikaatiot soveltuvat käytettäväksi apuna myös arvioitaessa, ovatko potilaan tarvitsemat hoitotoimenpiteet sairausvakuutuskorvaukseen oikeuttavaa tarpeellista hoitoa. Kela lähettikin hoitotakuun voimaan tullessa kaikille lääkäreille, hammaslääkäreille ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille tiedotteen, jossa se suositteli, että myös yksityissektorilla toimivat henkilöt tehdessään hoitopäätöksiä ottaisivat huomioon yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet.<sup>123</sup> Kelan näkemyksen mukaan yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet sen sijaan eivät liity lääkärin vastaanottokäyntien korvaamiseen, koska korvausjärjestelmä ei osallistu hoitopäätösten tekoon<sup>124</sup>. Kelan asiantuntijahaastattelujen mukaan kiireettömän hoidon perusteet liittyvät yksinomaan toimenpiteisiin

---

<sup>122</sup> Häkkinen Unto (2003); Valtioneuvoston kanslia (2007); OECD (2005).

<sup>123</sup> Kansaneläkelaitos (2005).

<sup>124</sup> Asiantuntijahaastattelu, Kansaneläkelaitos 5.11.2007; Kansaneläkelaitos (2005).



(esim. laboratoriotutkimukset, röntgen-, magneetti- ja ultrakuvaukset) ja niitä koskeviin sairauskohtaisiin ratkaisuihin.

Perusterveydenhuollon haastattelut ja tarkastuskuntien potilasasiamiehille lähetetty kysely kuitenkin osoittivat, että kiirettömän hoidon perusteet liittyvät myös lääkärin vastaanotokäynteihin ja siten myös Kelan korvausjärjestelmän piiriin. Tarkastushavaintojen mukaan julkisella ja yksityisellä sektorilla yhtenäisiä kiirettömän hoidon perusteita tulkitaan hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitopäätöstä tehtäessä eri alueilla eri lailla.

Potilasasiamiesten vastaukset kysymykseen hoitotakuuseen liittyvien yhteydenottojen sisällöstä paljastivat selkeästi sen, että hoitoon pääsyn perusteet ovat julkisella ja yksityisellä puolella erilaiset. Eräs perusterveydenhuollon haastateltava ihmetteli sitä, miten kaksi kokenutta ortopedia, voi päätyä samoja hoidon arvion perusteita noudattamalla kahteen erilaiseen hoitopäätökseen. Yksityispuolella toimiva ortopedi päätyi leikkaukseen, kun taas julkisella puolella toimiva ortopedi katsoi, ettei potilaan polvea kannattanut leikata. Tapauksessa saattaa olla kyse siitä, että kun julkisella puolella henkilö ei ylittänyt leikkaukseen oikeuttavaa 50 pisteen rajaa, hän ei päässyt leikkaukseen julkiselta puolelta. Yksityisellä puolella pisterajan ylityksellä ei ole sen sijaan mitään merkitystä, koska yksityiselle palveluntuottajalle on aivan sama, kuka leikkauksen maksaa: potilas itse, vakuutusyhtiö tai Kela. Hän saa joka tapauksessa rahansa ja potilas saa haluamaansa hoitoa. Tosin potilas joutuu maksamaan hoitonsa kustannukset suuremmaksi osaksi itse.

Vaikka haastatellut Kelan asiantuntijat korostivat, että Kela korvaa vain operaation tehneiden lääkärin, yleisimmin leikkaavan lääkärin ja anestesialääkärin, työstä, korvausjärjestelmä korvaa lääkäripalkkioiden muodossa hoitopäätöksen tuloksesta jotain. Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan yksityissektoria pitäisi ohjeistaa niin, että myös siellä toimivat lääkärit toimisivat samojen pisteiden ja perusteiden mukaan. Sama käsitys nousi esille myös yhtenä yhtenäisen hoidon perusteiden kehittämistarpeena Stakesin hoitotakuun talous – raportissa<sup>125</sup>.

Kelan asiantuntijoiden mukaan Kelassa käytetään erilaisia valvontamenetelmiä, joilla jälkikäteen tarkastetaan, onko korvauksia maksettu oikeilla perusteilla. Yksinkertaisimmillaan ohjelmalliset tarkastukset varoittavat heti, jos korvausohjelmaan ohjelmoidut rajoitukset ylittyvät. Kelan vakuutuspiiri taas tekee aika ajoin ns. asiatarkastuksia. Asiatarkastuksissa käsittelijä tarkastaa käsin 10 prosenttia korvaustapauksista ja varmistaa, ettei ohjelmatarkastus ole päästänyt läpi väärin korvattuja tapauksia. Vakuutusalueet puolestaan tekevät tarkastuksia ja alueellisia valvontoja ris-

---

<sup>125</sup> Tuominen Ulla ym. (2008).

kikartoituksissa ylimmäksi nousseista etuuksista. Valtakunnalliset valvonnat ovat taas isoja ja kattavat koko maan. Näiden lisäksi sisäinen tarkastusyksikkö tarkastaa itse valitsemiaan etuuksia.

Kelan jälkikäteen tekemissä tarkastuksissa ei keskitytä tarkastamaan sitä, noudattivatko tarpeelliseksi määritellyt hoidot ja tutkimukset yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Kelan asiantuntijahaastattelujen mukaan tämän tyyppinen seuraaminen olisi jatkossa myös vaikeampaa toteuttaa, koska Kelan tavoitteena on lisätä suorakorvausmenettelyn piirissä olevien palveluntuottajien määrää. Suorakorvausmenettelyssä palvelun tuottaja hakee korvaukset Kelalta, ei potilas.

### 3.2.2 Kantelut ja muistutukset

#### *Hallintokantelut*

Julkisuudessa hoitotakuun yhtenä uhkakuvana on nähty potilaiden tekemien hallintokanteluiden, valitusten ja yhteydenottojen lisääntyminen<sup>126</sup>. Terveydenhuollon kanteluita käsitteleville viranomaisille, Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ja lääninhallituksille, osoitetun kyselyn mukaan uhkakuva on vain osittain toteutunut. Hoitotakuuseen liittyvät kantelut (pl. suun terveydenhuoltoon liittyvät) lisääntyivät lain kahden ensimmäisen voimassaolovuoden aikana. Vuonna 2005 terveydenhuollon valvontaviranomaisille tehtiin hoitotakuuseen liittyviä kanteluita yhteensä 11–12. Vuotta myöhemmin kanteluita tehtiin noin 29. Vaikka hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden kokonaismäärä yli kaksinkertaistui, on niiden määrä kuitenkin hyvin pieni suhteessa kaikkiin terveydenhuollon kanteluihin. Vuonna 2006 hoitotakuulainsäädäntöön liittyvien kanteluiden (pl. suun terveydenhuolto) suhteellinen osuus kaikista Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen saapuneista kanteluista oli 3,7 prosenttia (vuonna 2005 osuus oli alle yhden prosentin) ja 1,7 prosenttia kaikista lääninhallitukseen saapuneista kanteluista (vuonna 2005 yksi prosentti).

Kysely kuitenkin osoitti, että hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden määrässä oli alueellisia eroja. Vuonna 2006 määrällisesti eniten hoitotakuuseen liittyviä kanteluita saapui Etelä-Suomen lääninhallitukseen. Lapin lääninhallitukseen ei ollut saapunut sen sijaan yhtään hoitotakuuseen liittyvää kantelua vuosina 2005–2006. Länsi-Suomen lääninhallituksen kaikkiin alueellisiin palveluyksiköihin oli saapunut yhtä monta hoitotakuuseen

---

<sup>126</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b); Sariola (2007); Esiselvityshaastattelut Etelä-Suomen lääninhallitus (7.2.2007) ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (14.2.2007).*

liittyvää kantelua. Etelä-Suomen lääninhallituksen palveluyksiköistä eniten kanteluita oli saapunut Hämeenlinnan toimipaikkaan joskin ero Kouvolan ja Helsingin palveluyksiköihin oli vähäinen.

Lääninhallitusten ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen käsittelemät hoitotakuuseen liittyvät kantelut olivat vuosina 2005–2006 pääasiassa systeemikanteluja<sup>127</sup>. Kyseisenä tarkasteluajanjaksona niiden määrä myös lisääntyi. Lääninhallitukseen saapuneet kantelut koskivat hieman useammin erikoissairaanhoitoa kuin terveyskeskuksia, mutta Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen valitettiin lähinnä erikoissairanhoidosta. Lääninhallitukseen saapuneista kanteluista terveydenhuollon ammattihenkilöstöön kohdistuneita kanteluita oli vähän ja niiden määrä oli vuonna 2006 edellisvuotta pienempi.

Lääninhallituksen antamien vastausten mukaan hoitotakuuta koskevien kanteluiden selvästi yleisimpänä syynä oli tavoiteajan ylittyminen erikoissairaanhoitoon pääsyssä ja toiseksi yleisempänä syynä oli tyytymättömyys hoidon arvioinnin tulokseen.

Tarkastusviraston suorittama kysely myös osoitti, että terveydenhuollon valvontaviranomaisten kanteluita koskevissa tilastointikäytännöissä oli eroja. Ero oli suurin Länsi-Suomen lääninhallituksen alueellisten palveluyksiköiden välillä. Osa palveluyksiköistä tilastoi hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden syyt, osa ei.

### *Muistutukset ja yhteydenotot*

Jos potilas on tyytymätön terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa, hänellä on oikeus tehdä muistutus ao. toimintayksikön vastaavalle johtajalle. Muistutus ei rajoita hänen oikeuttaan tehdä hallintokantelua.<sup>128</sup> Perusterveydenhuollon haastattelut osoittivat, että alueellisia eroja hoitotakuuseen liittyvissä muistutuksissa ei ollut. Terveydenhuollon yksikön vastaaville johtajalle oli soitettu ja ilmaistu tyytymättömyyttä tai kysytty oikeudesta päästä ulkomaille hoitoon, mutta perusterveydenhuoltoa koskevia virallisia muistutuksia oli tehty vain harvassa yksittäistapauksessa.

Jos potilas on tyytymätön hoitoonsa tai kohteluunsa, hän voi ottaa yhteyttä myös potilasasiamieheen saadakseen neuvoja ja apua muistutuksen tekemisessä<sup>129</sup>. Tarkastuskuntien terveyskeskusten ja terveyskeskusten

---

<sup>127</sup> *Systeemikantelu on kantelu, joka kohdistuu terveydenhuollon koko yksikköön tai sen toimintaan.*

<sup>128</sup> *Laki 785/1992 10 §.*

<sup>129</sup> *Laki 785/1992 11 §.*

kuntayhtymien potilasasiamiehille kohdennetun kyselyn mukaan vain muutamassa kunnassa hoitotakuuseen liittyvät yhteydenotot olivat lisääntyneet. Yhteydenotot eivät kuitenkaan olleet edenneet missään kunnassa kirjallisen valituksen asteelle. Enemmistö potilasasiamiehistä ilmoittikin olleensa yllätynyt siitä, etteivät potilaiden hoitotakuuta koskevat yhteydenotot olleet lisääntyneet tai yhteydenottoja oli tullut vähemmän kuin he olivat olettaneet.

Kyselyn mukaan hoitotakuuta koskevat yhteydenotot koskivat mm. seuraavia aiheita: määräaikoja ja niiden ylittymistä, terveydenhuollon yksikön vastuuta hoitomääräaikojen ylittyessä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulkintaa hoidon kiireellisyydestä sekä oikeudesta valita itse hoitopaikka ja laskuttaa siitä kuntayhtymää. Erään pohjoissuomalaisen potilasasiamiehen mukaan ihmiset ovat ymmärtäneet asetetut määräajat niin, että kun lähete erikoissairaanhoidon on lähtenyt, niin koko hoitoprosessi on sen jälkeen ohi puolessa vuodessa. Potilaat olivat myös sekoittaneet hoitotakuulain potilasvahinkolakiin. He olettivat saavansa parempilaatuista hoitoa tai hoitojen korvausperusteiden olevan erilaiset kuin aiemmin.

### 3.2.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

#### *Perusteet priorisointityövälineitä*

Tarkastushavainnot osoittivat, että yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet nähtiin pääsääntöisesti työvälineiksi, joita yksittäinen lääkäri voi hyödyntää päättäessään potilaan hoidosta. Haastateltavat näkivät kiireettömän hoidon perusteiden käytön vapaaehtoisena eikä lääkärien toimintaa sitovana toimintaohjeena. Yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita koskevassa suosituksessa hoitopäätöksen korostetaan aina perustuvan lääkärin yksilölliseen harkintavaltaan, mutta tästä huolimatta suositukset on kirjoitettu normimuotoon. Lääkäreiden edellytetään käyttävän niitä, mutta perustellusta syystä lääkärit voivat poiketa ohjeista. Ristiriitaisuus johtuu siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä annetussa laissa (L 1994/559 22 §) vain laillistetulla lääkärillä on oikeus päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Alemman asteisilla säännöksillä ei siten voida konkreettisesti puuttua ylemmän asteisiin säädöksiin. Suositusten noudattamatta jättäminen ei siten aiheuta mitään seuraamuksia ja jää yksinomaan lääkärin itse päätettäväksi.

Potilaiden yhdenvertaisen kohtelun näkökulmasta hoitoindikaatiot ovat merkityksellisempiä kuin hoitotakuuseen sisältyvät enimmäisajat. En-

nemmin tai myöhemmin jonokeskustelussa joudutaan ottamaan väistämättä kantaa joko suoraan tai epäsuorasti myös siihen, kuinka potilaiden priorisointi toteutetaan. Toimintaa ei voida tehostaa loputtomasti, mutta niillä voidaan vaikuttaa terveydenhuollon kohoaviin kustannuksiin. Niitä voidaan käyttää priorisointivälineinä. Kaikki potilaat hoidetaan, mutta valintoja tehdään tutkimusten, hoitojen ja hoitopaikkojen välillä<sup>130</sup>. Kiireettömän hoidon perusteilla karsitaan hyödyttömiä ja julkiselle vallalle tarpeettomia kustannuksia aiheuttavia hoitoja ja sairauksien diagnosointia edeltäviä tutkimuksia. Hoitotakuun yhteydessä kiireettömän hoidon perusteiden käytöstä priorisointivälineenä on julkisuudessa keskusteltu kuitenkin hyvin vähän<sup>131</sup>.

Tarkastushavainnot osoittivat, että perusteisiin sisäänkirjoitetut priorisointivälineet eivät käytännössä toimi. Pisteytykset on kirjoitettu niin lavasti, ettei toimenpiteeseen vaadittavan 50 pisteen ylityksellä tai alituksella näytä olevan merkitystä, koska viimekädessä potilaan yksilöllinen kokonaistilanne ja hoidosta odotettavissa oleva hyöty, ratkaisevat hoitopäätöksen. Pisteytysjärjestelmät eivät myöskään toteuta objektiivisina hoidon arviointia, koska osaan perusteista liittyy subjektiivinen kivun kokemus, osaan ei. Tarkastushavainnot osoittivat myös, että pisteytysjärjestelmiä käytetään hyvin vaihtelevasti.

Suomessa on käyty viimeisen 15 vuoden aikana keskustelua siitä, miten ratkaistaan oikeudenmukaisesti terveydenhuollon kysynnän ja terveydenhuollon resurssien välinen kasvava epätasapaino<sup>132</sup>. Priorisointikeskusteluissa tautikohtaiset priorisointilistat on kuitenkin torjuttu. Tärkeysjärjestysmäärittelyn sijasta terveydenhuollon menetelmien arviointi ja hoitosuosituksen nostettu priorisointiratkaisujen pohjaksi.<sup>133</sup> Ongelma on kuitenkin se, että suositusten valintaperusteet ovat niin yleiset, etteivät ne itse asiassa rajaa juuri mitään sairautta hoitosuosituksen ulkopuolelle<sup>134</sup>. Julkista arvokeskustelua siitä, minkä sairausryhmien hoitoon pääsyä tulisi edistää, ei siten tarvitse käydä.

Sosiaali- ja terveysministeriössä oli jo hoitotakuuta säädettäessä tiedossa, että hoitoon pääsyä koskevat ongelmat koskivat ensisijaisesti vain ope-

---

<sup>130</sup> Ks. esim. Ryytänen Olli-Pekka ja Myllykangas Markku (1996).

<sup>131</sup> Esim. Lääkäriseura Duodecim koollekutsuma priorisointineuvottelukunta 1997; Ryytänen Olli-Pekka ja Myllykangas Markku (1996); Ryytänen Olli-Pekka (2005).

<sup>132</sup> Esim. Stakesin asettama Terveydenhuollon priorisointiryhmä 1993–1994; Lääkäriseura Duodecim koollekutsuma priorisointineuvottelukunta 1997.

<sup>133</sup> Jansson Marianne (1999).

<sup>134</sup> Nummenmaa Juho (2007).

ratiivisia aloja ja ennen kaikkea ortopediaa. Tästä huolimatta hoitotakuun enimmäisajat kohdistettiin kaikkiin erikoisaloihin eikä vain kirurgiaan. Tarkastushavaintojen mukaan syynä oli juuri arvokeskustelun välttäminen. Jos enimmäisajat olisi asetettu vain kirurgian erikoisalaille, olisi tämä merkinnyt sairauksien tärkeysjärjestykseen asettamista ja massiivista resurssien siirtoa muilta erikoisaloilta yksinomaan kirurgiaan.

Koska sairauksien priorisointi on vaikeaa, päädyttiin Suomessa siihen, että yhtenäiset kiirettömän hoidon perusteet kattavat noin 80 prosenttia kiirettömästä hoidosta. Vaikka sairauksia suhteessa toisiinsa ei priorisoitu, toteuttivat perusteet kirjoittaneet erikoislääkərijohtoiset työryhmät priorisointia muuttamalla yksittäisten sairauksien hoitoindikaatioita. Tämä on merkinnyt sitä, että poliittisten päättäjien sijasta lääkärit ovat toimineet priorisoijina.

Tarkastushavainnot osoittivat, että kiirettömän hoidon perusteet kiristivät verisuonikirurgian (suonikohjujen) ja väljensivät ortopedian ja kaihikirurgian leikkaushoitoon pääsyn kriteereitä. Hoitoindikaatioissa tapahtuneet muutokset on nähtävissä konkreettisesti edellä mainittujen toimenpiteiden leikkausmäärien kehityksessä. Ennen hoitotakuun voimaantuloa, vuonna 2004, suonikohjuleikkausten määrä kasvoi yhdeksällä prosenttiyksiköllä ja hoitotakuulain voimaantulon jälkeen niiden määrä on vähentynyt. Polven nivelkierukkaleikkausten ja lonkan tekonivelleikkausten (ortopedian) määrät kasvoivat sen sijaan jo ennen hoitotakuuta ja kasvu on jatkunut edelleen vuosina 2005 ja 2006. Kaihileikkausten määrä puolestaan väheni ennen hoitotakuulain voimaantuloa, mutta kasvoi hoitotakuun ensimmäisenä voimassaolovuotena ja kääntyi laskuun vuonna 2006.<sup>135</sup> Kaihileikkausten määrää selittää se, että haastateltujen sairaanhoitopiirien edustajien mukaan hoitotakuun ensimmäisenä voimassaolovuotena panostettiin kaihileikkausjonon purkamiseen.

### *Perusteiden käyttöönoton ongelmat*

Haastateltavien mukaan perusteita on niin paljon, että yhden ihmisen on käytännössä mahdotonta hallita niitä kaikkia. Lisäksi niihin sisältyy erilaisia pisteytyksiä, jotka vaativat erityisosaamista. Tarkastushavaintojen mukaan perusteiden valtakunnallisessa täytäntöönpanossa ei kiinnitetty kuitenkaan lainkaan huomiota niiden juurruttamiseen esimerkiksi koulutuksella. Perusteet tulivat voimaan samanaikaisesti, kun hoitotakuu astui voimaan, huolimatta siitä, että tutkimusten mukaan kansallisten hoi-

---

<sup>135</sup> Mikkola Hennamari ym. (2008).

tosuosituksen täysimittainen omaksuminen vaatii aikaa<sup>136</sup>. Perusteiden laatijat eivät myöskään ottaneet huomioon yleislääkäreiden valmiuksia käyttää erilaisia pisteytyksiä ja ylipäänsä sitä, että perusterveydenhuollossa hoidon arviointi lähtökohtaisesti perustuu oirelähtöisyyteen. Perusteet on sen sijaan kirjoitettu sairauslähtöisesti. Tarkastushavainnot osoittivat myös, että perusteita laadittaessa ei kiinnitetty huomiota siihen, onko terveyskeskuksissa ylipäänsä valmiuksia tehdä perusteissa mainittuja tutkimuksia.

Perusteita kirjoitettaessa näyttää jääneen kokonaan huomioimatta myös se, että terveyskeskuksissa toimii nuoria ja kokemattomia lääkäreitä, joilla koulutuksestaan huolimatta ei ole valmiuksia tehdä erikoislääkäritasoisia pisteytyksiä. Lisäksi terveyskeskuslääkärien odotetaan omaksuvan yli 200 sairauden perusteet, kun erikoissairaanhoidon lääkärin pitää tuntea ensisijaisesti vain oman alansa perusteet.

Suomessa terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyy rahoituksen ohella kysymys myös potilaiden yhdenvertaisesta kohtelusta. Tarkastushavaintojen mukaan julkisella ja yksityisellä puolella toimivat lääkärit arvioivat potilaiden hoidon tarvetta erilaisin perustein. Lisäksi yksityisen ja julkisen puolen erilaisessa perusteiden käytössä on myös kysymys kuntien erikoissairaanhoidon menoista. Julkisella puolella yleislääkäri voi säädellä potilaiden lähettämistä erikoissairaanhoidon ja vaikuttaa tätä kautta kuntansa erikoissairaanhoidon menoihin<sup>137</sup>. Kunnan etujen mukaista olisikin tällöin ohjeistaa terveyskeskuksensa käyttämään yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita, mutta tarkastushavainnot osoittivat, että perusteiden käytön valvonta ja seuranta oli terveyskeskuksissa heikkoa. Tätä ohjeistamis- ja valvontamahdollisuutta kunnalla ei sen sijaan ole lainkaan yksityissektorin suhteen. Jos yksityislääkäri lähettää potilaan erikoissairaanhoidon, lankeaa lasku kunnalle. Lähetekäytäntöön liittyvä ongelma koskee myös julkista sektoria. Mikäli terveyskeskuslääkäri tai yksityislääkäri ei käytä potilaan hoidon arvioinnissa kiireettömän hoidon kriteereitä ja erikoissairaanhoidon puolestaan ei vaadi kiireettömän hoidon kriteerien käyttöä, hoitotakuun kustannussäästöjä koskeva tavoite jää toteutumatta.

### *Kanteluiden, muistutusten ja yhteydenottojen kehitys*

Tarkastushavainnot osoittivat, etteivät uhkakuvat valitusten ja kanteluiden lisääntymisestä hoitotakuun voimaantullessa toteutuneet. Hallintokante-

---

<sup>136</sup> Roine Risto P ym. (2003).

<sup>137</sup> OECD (2005).

luiden määrä lisääntyi, mutta lisäys oli vähäistä. Tämä voi johtua siitä, että hoitotakuuseen liittyvien hallintokanteluiden määrää tiedusteltiin vain kahdelta ensimmäiseltä hoitotakuun voimassaolovuodelta. Kantelut olivat kohdistuneet pääasiassa erikoissairaanhoidon ja yleisimpänä syynä oli hoitoon pääsyn tavoiteajan ylittyminen.

Suvi Sariola (2007) on esittänyt, että terveyskeskuksissa hoitotakuu on lisännyt valituksilla uhkailua. Hänen mukaansa uhkailuun on johtanut tyyppillisesti tilanne, kun potilas ei ole saanut haluamaansa hoitoa. Tarkastushavaintojen mukaan osa potilaista näyttäisi myös toteuttaneen uhkauksensa, koska hoitotakuuta koskevien kanteluiden toiseksi yleisimpänä syynä oli juuri potilaiden tyytymättömyys lääkärin tekemään hoidon arvioon.

Hallintokantelut nostivat esille myös lääninhallitusten ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilastointikäytännöissä olevia puutteita<sup>138</sup>. Puute kohdistuu kantelijan taustatietojen esimerkiksi iän tilastointiin. Kysely osoitti, että vaikka kanteluista olisi saatavissa kantelijan ikää koskeva tieto, sitä ei tilastoida. Ainoastaan Länsi-Suomen lääninhallituksen Tampereen alueellinen palveluyksikkö ilmoitti, että heillä on käytettävissään kantelijan ikää koskevat tiedot. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisemasta erillisraportista (2007) on saatavissa taustatietoja kantelijasta (ikä, sukupuoli, asuinpaikka, kieli), mutta tiedot koskevat vain Helsingin alueellista palveluyksikköä, kattavat vuodet 1998–2005 ja esimerkiksi ikää koskevia tietoja ei ole analysoitu kantelun syyn mukaan.

### 3.3 Toiminnalliset ja taloudelliset muutokset

#### 3.3.1 Toiminnalliset muutokset

Hoitotakuun tavoitteiden saavuttamiseksi sairaanhoitopiireissä ja perusterveydenhuollossa toimintatapoja organisoitiin jonkin verran uudelleen. Sairaanhoitopiireissä mm. perustettiin jononhoitajien tehtäviä, kehitettiin tietojärjestelmiä jonojen seurantaan, tehostettiin läheteiden käsittelyä, nostettiin leikkaussalien käyttöastetta, lisättiin päiväkirurgista toimintaa sekä vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käyttöä.<sup>139</sup> Muutokset olivat sairaanhoitopiirin edustajien mukaan kuitenkin pieniä. Ne olisi toteutettu il-

---

<sup>138</sup> TEO:n tarkastuskertomuksesta antaman lausunnon mukaan TEO:ssa on ryhdytty kehittämään hoitotakuun toteutumista koskevaa tilastointia ja tiedonkeruuta (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lausunto 22.5.2008).

<sup>139</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).



man hoitotakuutakin, mutta hoitotakuu nopeutti muutosten toteuttamista. Hoitotakuu toimi siten jonkinlaisena "muutoskatalysaattorina."

Perusterveydenhuollossa toiminnalliset muutokset oli aloitettu jo ennen hoitotakuun voimaantuloa. Vuoden 2002 kansallisen terveysprojektin yhtenä tavoitteena oli kehittää mm. lääkärin ja sairaanhoitajan tiimityöskentelyä ja malli olikin otettu käyttöön useassa kunnassa.<sup>140</sup>

### *Lääkäripula ja hoitotakuu*

Ennen hoitotakuulain voimaantuloa vuonna 2004 Kuntaliitto teki selvityksen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärivajeesta. Lääkärivajeen keskeisimmäksi syyksi nähtiin lääkäriksi koulutettavien määrän supistaminen viime vuosikymmenellä. Sen ei kuitenkaan nähty olevan ainoa syy lääkärivajeeseen. Erikoislääkäreiksi koulutettavien määriä mitoitettaessa ei osattu ennakoida riittävästi ja oikein esimerkiksi sairaalatyöhön tarvittavien erikoislääkärin määrän kasvua.<sup>141</sup> Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan muita syitä lääkärivajeeseen olivat mm. yksityissektorin houkuttelevuus, erikoislääkärin kiinnittyminen koulutuspaikkakunnilleen, vapaa-ajan arvostuksen muutos, lääkärin naisistuminen, työelämän asenteiden muutos, puolison työpaikan merkitys jne.

Lääkärivaje koskee eri tavoin maan eri osia ja erikoisaloja. Erikoislääkäreitä on riittävästi lääkärinkoulutusta antavilla yliopistopaikkakunnilla, mutta lääkäreitä ei riitä tarpeeksi muiden sairaaloiden palvelukseen. Esimerkiksi vuonna 2004 sairaalat olisivat palkanneet lisää 926 erikoislääkäriä, joista pysyvään työsuhteeseen 694 ja tilapäiseen työsuhteeseen 232<sup>142</sup>. Erikoislääkärivaje oli 19 prosenttia työssä olevista ja 16 prosenttia viroista. Määrällisesti suuria lääkärivajeita oli vuonna 2004 psykiatriassa, anesteziologiassa, radiologiassa, ortopediassa ja silmäkirurgiassa. Vuonna 2004 terveyskeskusten lääkärivaje oli 299,5 lääkärinvirkaa<sup>143</sup> ja vuonna 2006 se oli 319,5, mikä on 8,9 prosenttia kaikista kuntien lääkäriviroista ja -toimista.<sup>144</sup> Vuonna 2006 Suomessa työssä olevista lääkäreistä 6,7 prosenttia työskenteli valtiolla, kunnalla 70,8 prosenttia ja yksityisellä sektorilla 22,5 prosenttia. Työssä olevista lääkäreistä useampi kuin joka viides

---

<sup>140</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a).

<sup>141</sup> [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)>sosiaali ja terveys>sairaanhoitopiirit>katsaukset ja selvitykset> Selvitys sairaaloiden erikoislääkärivajeesta.

<sup>142</sup> Ortopediaan 36, neurologiaan 26 ja fysiatriaan 11 uutta virkaa.

<sup>143</sup> [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)>sosiaali ja terveys>sairaanhoitopiirit>katsaukset ja selvitykset> Selvitys sairaaloiden erikoislääkärivajeesta.

<sup>144</sup> Parmanne Piitu ym.(2006).

toimii pääsääntöisesti yksityisellä sektorilla. Kymmenessä vuodessa suhteellisesti eniten on kasvanut yksityisen työterveydenhuollon tehtävissä toimivien lääkärien määrä.<sup>145</sup>

Tarkastelluista sairaanhoitopiireistä ja kunnista lääkärivaje oli vaikein Kainuun sairaanhoitopiirissä, jossa vuonna 2006 oli täyttämättä neljännes lääkärinviroista. Lääkärinvirkojen huono tilanne oli myös Kymenlaaksossa, jossa lääkärivaje oli 20,2 prosenttia, Länsi-Pohjassa 16,3 prosenttia ja Lapin sairaanhoitopiirissä 16,0 prosenttia.<sup>146</sup>

Hoitotakuulain voimaan tullessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäritilanne ei ollut siten alueellisesti ja sairaalakohtaisesti kaikilta osin kunnossa. Akuuttia lääkäripulaa paikattiin ostopalveluilla. Lääkärintehtäviä hoidettiin myös erikoistumisvaiheessa olevilla lääkäreillä, epäpätevillä, tilapäisillä ja eläkkeellä olevilla lääkäreillä. Erikoissairaanhoidossa eniten ostopalveluja käytettiin vuonna 2006. Ostopalvelujen osuus kokonaisuudesta oli 8,5 prosenttia. Sairaanhoitopiirin haastateltavista suurin osa katsoi, että ostopalvelut ovat painottuneet operatiiviselle puolelle, silmäkirurgiaan ja ortopediaan. Sairaanhoitopiirien arvioiden mukaan hoitotakuun vaikutus ostopalvelumenoista on ollut hyvin marginaalista, korkeimmillaan vain neljä prosenttia. Erikoissairaanhoidon ostopalveluiden merkitys on kasvanut tasaisesti, mutta hoitotakuulla ei näyttänyt olevan siihen vaikutusta.<sup>147</sup> Eniten ostopalveluja käytettiin kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla.<sup>148</sup>

Sairaanhoitopiirit hankkivat ostopalveluja pääasiassa toisilta sairaanhoitopiireiltä ja yksityiseltä sektorilta. Esimerkiksi useat sairaanhoitopiirit ostivat lisäpalveluita Ortonilta, Coxa Oy:ltä<sup>149</sup> ja Reumasäätiön sairaalalta. Sairaanhoitopiirit tekevät myös ns. kumppanuussopimuksia (Public Private Partnership)<sup>150</sup>. Kumppanuussairaalatoiminnassa sairaanhoitopiirin lääkärit ovat omia lääkäreitä ja muu potilashoitoon liittyvä infrastruktuuri on kumppanuussairaalan tuottamaa. Kumppanuussairaalassa leikatut potilaat ovat hallinnollisesti sairaanhoitopiirin omia potilaita, minkä vuoksi vastuu on myös sairaanhoitopiirillä.<sup>151</sup>

---

<sup>145</sup> Suomen Lääkärilehti (2006).

<sup>146</sup> Parmanne Piitu ym. (2006).

<sup>147</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).

<sup>148</sup> Stakes, sähköpostiviesti 16.1.2008.

<sup>149</sup> Coxa Oy:n omistajaa useat sairaanhoitopiirit ja kunnat.

<sup>150</sup> [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)>työvälineitä Paras-uudistajille>palveluiden järjestäminen ja tuottaminen>PPP (Public-Private-Partnership)-malli

<sup>151</sup> Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgian toimialan jononpurku työryhmän raportti 2006. Julkaisematon.

Myös perusterveydenhuollossa on käytetty ostopalveluja. Reilusti yli puolet ostopalveluista on hankittu yksityiseltä sektorilta. Ostopalveluina on hankittu mm. kuntoutuspalveluja (avo- ja laituskuntoutusta), apuvälinepalveluja, lääkäripalveluja, tutkimusta, kotisairaanhoidoa, toimintaterapiaa, terveysneuvontaa, kouluterveydenhuoltoa, posti- ja puhelinpalveluja.<sup>152</sup> Perusterveydenhuollossa hoitotakuulla on ollut olennaista merkitystä vain suunterveydenhuollossa, jossa sen on arvioitu vastanneen jopa lähes puolesta ostopalvelumenoista vuonna 2007<sup>153</sup>. Perusterveydenhuollossa on kuitenkin vaikeaa erottaa tarkasti, mitkä ostopalvelut on hankittu juuri hoitotakuun vuoksi.

Ostopalveluilla on usein paikattu akuutteja palvelutarpeita enemmän kuin rakennettu pitkäkestoisia sopimuksia. Ennen hoitotakuuta, jonopurkuhankkeen aikana lyhyet, päivien tai muutamien kuukausien pituiset ostopalvelusopimukset eivät välttämättä olleet yksittäiselle kunnalle edullisempia ratkaisuja ja talousarviot ylittyivät. Nykyisin kunnat ovatkin pyrkineet pitempikestoisiin sopimuksiin ostopalveluyritysten kanssa. Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan ostopalveluiden etuna on se, että lääkäriyövoimaa siirtyy perustyöhön, lomat eivät ole esteenä ja lääkärimiehitys on tasaista. Nykyiset sopimukset ostopalveluista tehdään talousarvion puitteissa.

#### *Ajanvaraus- ja puhelinneuvonta*

Perusterveydenhuollossa hoitotakuun suurimmat vaikutukset kohdistuivat puhelinneuvontaan ja erityisesti hoidon arviointiin. Ajanvaraukseen yhdistettiin puhelinneuvonta, joka edellytti virkarakenteen muuttamista koulutetummaksi. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että ajanvarauksessa toimineiden vastaanottoavustajien tehtäviä muutettiin sairaanhoitajien tehtäviksi ja vastaanottoavustajia siirrettiin terveyskeskuksen muihin tehtäviin kuten esimerkiksi arkisto- ja toimistotehtäviin.

Kansainvälisissä tutkimuksissa arvioidaan, että koulutetun sairaanhoitajan antama puhelinneuvonta vähentää potilaiden tarvetta hakeutua päivystys- ja ajanvarausvastaanotolle. Neuvonnalla katsotaan olevan suora vaikutus terveystalouden tuottajan kustannuksiin. Samoin neuvonnalla nähdään olevan suora vaikutus sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanoton kuormitukseen.<sup>154</sup>

---

<sup>152</sup> Perusterveydenhuoltoa koskevat kuntahaastattelut ja tilastot.

<sup>153</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.). (2008a).

<sup>154</sup> Lattimer Val ym. (1998).

Puhelimessa annettavan hoidon arviointi ja neuvonta edellyttävät, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on riittävä koulutus ja osaaminen. Perusterveydenhuollon haastateltavat korostivat, että arvioinnissa ei ole kyse lääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudinmäärittämisestä, vaan diagnosointi kuuluu lääkärille.

Perusterveydenhuollon puhelinpalvelutoimintaa ja yhteyden saantia terveyskeskukseen on kehitetty. Aiemmin yhteydensaannin ongelmina oli puhelinlinjojen ruuhkautuminen ja puhelinlinjojen riittämättömyys. Nyt puhelinlinjoja on lisätty ja puhelimeen voidaan vastata useammasta pisteestä.

Perusterveydenhuollossa puhelinpalvelun voi järjestää omana toimintana esimerkiksi terveyskeskuksen tai sairaanhoitopiirin yhteyteen, jota myös ympäristökunnat voivat hyödyntää. Kunnat voivat myös ulkoistaa puhelinneuvontapalvelun.<sup>155</sup>

Kunnat voivat keskittää ympäristökuntien kanssa osan puheluista yhteiseen neuvontanumeroon, jossa vastaavat sairaanhoitajat. Virka-aikana omilla terveysasemilla annetaan neuvontaa ja arvioidaan hoidon tarvetta, mutta päivystysaikana kuntien yhteinen neuvontayksikkö vastaa puhelinneuvonnasta.<sup>156</sup>

Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetut puhelinneuvontapalvelut eivät ole olleet mitään halpoja ratkaisuja. Esimerkiksi Vaasassa puhelinpalveluprojektin arvioitu kustannus vuonna 2005 oli 550 000 euroa. Stakesissa arvioitiin, että se olisi 9,6 euroa asukasta kohden.<sup>157</sup> Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan puhelinpalvelutoiminta on kallista eikä yhteistyö puhelinoperaattoreiden kanssa ollut sujunut aivan ongelmitta. Puhelinjärjestelmiä olivat vaivanneet mm. tekniset ongelmat, joita ei ollut saatu toimiviksi toivotussa ajassa.

### *Erikoissairaanhoidon lähetteet*

Erikoissairaanhoitoon pääseminen vaatii lääkärin lähetteen lukuun ottamatta kiireellistä sairaanhoitoa. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä joko lähetteen perusteella tai kutsumalla potilas tutkimuksiin sairaalaan. Tarkastuksen haastatteluissa ilmeni, että kokemattomat lääkäri lähettävät kokeneempia ja vakituisia lääkäreitä useammin potilaita erikoissairaanhoitoon. Tutkimusten mukaan jopa puolet potilaista lähetetään sairaalatutkimuksiin muilla kuin lääketieteellisillä perusteilla. Lääkärin ammattitaidon

---

<sup>155</sup> Hyrykangas-Järvenpää Pirkko (2007).

<sup>156</sup> Perusterveydenhuollon haastattelu.

<sup>157</sup> Mikkola Hennamari (2006).

lisäksi lähetekäytäntöön vaikuttavat mm. työskentelyolosuhteet, tutkimus- ja hoitomahdollisuudet, konsultaatioiden saatavuus, toimipaikan maantieteellinen asema ja potilaiden tai omaisten vaatimukset.<sup>158</sup> Sairaalatutkimuksiin ja -hoitoon lähettämistä on pyritty ohjaamaan yhtenäisillä kiireettömän hoidon ja käypähoidon -suosituksilla.

Puutteellinen lähete voi pahimmillaan johtaa siihen, että potilas ohjautuu aluksi jopa väärän erikoisalalan tutkimuksiin. Puutteelliset läheteet lisäävät kustannuksia, hidastavat hoidon saantia ja muiden potilaiden tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä sekä huonontavat erikoissairaanhoidosta saatua kokonaishyötyä. Operatiivisille erikoisaloille ja päivystyksenä lähetetyt potilaat sekä ne potilaat, joiden läheteessä on selkeä diagnoosi, hyötyvät keskimääräistä enemmän hoidosta. Konservatiivisilla aloilla kyseessä saattaa olla useimmin diagnoosin varmistaminen kuin yksittäinen terapeuttiivinen toimenpide tai hoito. Eron arvellaan johtuvan lähinnä siitä, että suurella osalla leikkauspotilaista päästään yksittäisellä toimenpiteellä pitkaiseen ja hyvään hoitotulokseen<sup>159</sup>.

Kunnan terveystaloksella on mahdollisuus seurata erikoissairaanhoidon menevien potilaiden määriä ja samalla valvoa talousarviossa pysymistä. Jos lähete tulee muualta kuin omasta terveystaloksesta, esimerkiksi yksityisen tai työterveyshuollon kautta, kunnan terveystalo ei voi olla selvillä näiden potilaiden määristä ja heidän aiheuttamistaan kustannuksista reaaliajassa. Kunnat saavat kylläkin sairaanhoitopiireistä kuukausittain jälkiseurantaraportteja läheteiden määristä.<sup>160</sup>

Kuntaliiton asiantuntijan mukaan hoitotakuu osaltaan kasvatti sairaaloiden palvelujen kokonaiskysyntää vuosina 2005–2006. Erityisesti terveystaloksista sairaaloihin tulleiden läheteiden määrät kasvoivat.<sup>161</sup> Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä tehdyt analyysit osoittivat, että ei-kiireellisen hoidon läheteissä ortopedian, neurologian ja fysiatrian erikoisaloilla on tapahtunut erikoisalakohtaisia muutoksia vuosina 2001–2006.

Neurologian erikoisalalla terveystalo on ollut vuodesta 2001 merkittävin erikoissairaanhoidon lähettäjä. Hoitotakuun voimaan tultua vuonna 2005 terveystalosten läheteet vähenivät melkein 30 prosenttia. Ortopedian osalta lähettävissä tahoissa ei ole tapahtunut mitään merkittävää muutosta vuosien 2001–2006 aikana. Sen sijaan fysiatriassa läheteiden määrät kasvoivat noin 40 prosenttiyksiköllä vuosien 2001 ja 2003 aikana. Tuolloin saman sairaalan klinikka lähetti potilaita fysiatrian erikoisalalle

---

<sup>158</sup> Puhakka Markku ym. (2006).

<sup>159</sup> Emt.

<sup>160</sup> Kuosmanen Päivi ym. (2004).

<sup>161</sup> Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 13.12.2007.

tutkimuksiin ja hoitoihin. Tulos on samansuuntainen kuin sairaanhoitopiirien fysiatrien haastattelutilanteessa esille tuomat näkemykset. Sairaanhoitopiirin edustajien mukaan ortopedian potilaita lähetetään nyt konservatiiviselle puolelle aiempaa useammin. Tämän arvellaan osittain johtuvan siitä, että esimerkiksi yhteistyö ortopedian ja kirurgian erikoisaloilla on lisääntynyt. Fysiatrit otetaan huomattavasti useammin mukaan hoidon leikkausarviointitiimeihin. Toisaalta sairaalan sisällä potilaita voidaan lähettää myös erikoisaloille, missä jonot saattavat olla lyhimät.

### 3.3.2 Taloudelliset muutokset

Hoitotakuun vaikutuksesta terveystalouteen oli hoitotakuulakia säädettäessä kaksi näkemystä. Valtionhallinnossa yleisen näkemyksen mukaan uudistuksella ei pitkällä aikavälillä ole taloudellista merkitystä ja terveystalouden kasvun odotettiin jäävän tilapäiseksi. Sairaanhoitopiireissä ja monissa kunnissa yleinen käsitys oli, että hoitotakuun toteuttaminen lisää terveydenhuollon menoja myös tulevaisuudessa.<sup>162</sup>

Sitä, kuinka paljon hoitotakuu toteuttaminen on maksanut, ei voida tarkkaan sanoa. Myös siitä, kuinka paljon valtio ohjasi rahaa hoitotakuun toteuttamiseen, voidaan antaa vain suuntaa antavia arvioita.

#### *Hoitotakuun huomioiminen talousarvioissa*

Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan talousarvioiden valmistelu on aina vain vaikeampaa, eikä vaikeus ole liittynyt yksinomaan vain hoitotakuuseen. Myös sairaanhoitopiirien edustajien mukaan hoitotakuu vaikeutti talousarvioiden ja suunnitelmien laadintaa. Haastateltujen mukaan neljässä sairaanhoitopiirissä hoitotakuu oli vaikeuttanut talousarvioiden laadintaa ja ainoastaan kolmessa sairaanhoitopiirissä erikoisalojen talousarviot olivat toteutuneet suunnitelman mukaan vuonna 2006. Muissa sairaanhoitopiireissä talousarviot ovat olleet alijäämäisiä, mikä käytännössä on osin näkynyt mm. sairaanhoitopiirien kuntayhtymien jäsenkunnissa lisääntyneenä jälkilaskutuksena.

Sairaanhoitopiireissä talousarvion valmistelu tapahtuu edellisvuosien, käytännössä kolmen vuoden keskiarvon mukaan. Osalla sairaanhoitopiireistä on käytössä DRG-hinnoittelu (Diagnosis Related Groups)<sup>163</sup> ja/ tai erilaiset suoritepohjaiset hinnoittelukäytännöt. Talousarviot suunnitellaan tulosyksikkötasolla. Osa sairaanhoitopiirien haastateltavista kertoi, että ki-

---

<sup>162</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).

<sup>163</sup> Luostarinen Heli ym. (2005).

rurgisten ja konservatiivisten erikoisalojen talousarviot ovat samankokoisia. Eräs haastateltavista taas kertoi, että "äänekkäimmät" erikoisalat saavat enemmän ja erityisesti ortopedia. Myös tarkasteltujen sairaanhoitopiirien talousarviot olivat vuonna 2006 suuremmat operatiivisilla kuin konservatiivisilla erikoisaloilla.

### *Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot*

Hoitotakuulla pyrittiin ensisijaisesti parantamaan julkisen terveydenhoidon palvelujen saatavuutta. Se on kanavoinut kuitenkin myös terveystalouden kysyntää yksityiseltä sektorilta julkiselle sektorille. Määrääjät ovat nopeuttaneet potilaiden hoitoon pääsyä myös julkiselle sektorille. Koska julkisen sektorin tuottamat terveystaloudelliset palvelut ovat potilaille myös edullisempia kuin yksityissektorin tarjoamat palvelut, on oletettavaa, että kustannustietoiset potilaat valitsevat itselleen edullisemmän vaihtoehtoehdon.

Hoitotakuu lisäsi kunnallisen terveydenhuollon menoja kaikkiaan 380 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007. Aukasta kohden laskettuna hoitotakuuseen käytettiin rahaa noin 72 euroa, josta hoitotakuun osuus oli 50 euroa ja perusterveydenhuollon 22 euroa.<sup>164</sup>

Hoitotakuu ei ole kuitenkaan muuttanut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon keskinäistä painotusta.<sup>165</sup> Myöskään tarkasteltavien kuntien kotipalvelujen menoissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta. Hoitotakuun kustannusvaikutus vuosina 2002–2007 vastasi suuruudeltaan keskimäärin 1,1 prosenttia sairaanhoitopiirin jäsenkuntalaskutuksesta. Terveystalouden nettomenoista se oli saman verran. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot ovat kasvaneet samaan tahtiin vuodesta toiseen. Ainoastaan erikoissairaanhoidon sisäisissä menojen painotuksessa on tapahtunut vähäisiä muutoksia. Selkeä lisäpanostus on tullut ortopediaan ja silmätauteihin.

Erikoissairaanhoidon tuotantotavoissa (mm. päiväkirurgian lisääntyminen) tapahtunut muutos on vaikuttanut siihen, että laitoshoidon sijaan hoitopaikat ovat lisääntyneet avohoidon puolella. 1990 –luvulla alkanut palvelurakenteen muutos on siirtänyt hoivaa ja perushoitotyötä sosiaalihuollon laitoksiin ja palveluihin. Erikoissairaanhoidon hoitajaksot ovat myös hieman lyhentyneet. Esimerkiksi kirurgian erikoisalalla hoitajaksot ovat lyhentyneet neljästä päivästä 3,5 päivään vuosina 2001–2006.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> Luostarinen Heli ym. (2005).

<sup>165</sup> Emt.

<sup>166</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).

Vaikka vuosina 2001–2006 erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menojen keskinäisessä painotuksessa ei ole tapahtunut muutoksia, on kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen välillä saattanut tapahtua muutoksia. Tämä ei kuitenkaan näkynyt kuntien kotipalvelujen asukaskohtaisissa menoissa vuosina 2001–2006. Tämä voi johtua siitä, että kunnissa kotipalveluja ja kotisairaanhoidon toimintoja on yhdistelty ja yhteistyötä tehostettu.

### *Henkilöstömenot*

Henkilöstömenot ovat nousseet hoitotakuun aikana. Menoja on nostanut lisääntynyt ostopalvelujen käyttö. Terveyskeskuslääkärivajetta on pyritty paikkaamaan lääkäri työvoimaa välittävien yritysten kautta, ns. vuokralääkärien avulla. Osa tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista joutui jo ennen hoitotakuuta ostamaan terveyskeskuslääkäripalveluja vuokrafirmoilta ja haastateltavien mukaan hoitotakuun velvoitteiden toteuttaminen on lisännyt vuokralääkäreiden käyttöä edelleen. Ostopalveluihin turvautumisessa oli kuitenkin huomattavia alueellisia eroja. Tarkastuksen piiriin kuuluneiden kuntien terveyskeskuksissa ostopalveluilla hoidettujen perusterveydenhuollon lääkärin virkojen ja toimien osuus vaihteli Vaasan sairaanhoitopiirin terveyskeskusten 1,7 prosentista Kymenlaakson sairaanhoitopiirin terveyskeskusten 17,2 prosenttiin.<sup>167</sup>

Hoitotakuun arvioitiin lisäävän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstötarvetta noin 2 450 henkilötyövuodella.<sup>168</sup> Perusterveydenhuollossa on vuosina 2005–2006 eri henkilöstöryhmien määrä lisääntynyt seuraavasti: lääkärit (+360), fysioterapeutit (+100), toimintaterapeutit (+20), sairaanhoitajat (+750), terveydenhoitajat (+100), perushoitajat ja lähihoitajat (+1720), röntgenhoitajat (+40) ja välinehoitajat (+40). Kodinhoitajien ja kotiavustajien määrät vähenivät (-750) vuosina 2005–2006<sup>169</sup>. Kodinhoitajien ja kotiavustajien määrän väheneminen johtuneen kuitenkin lähinnä siitä, että kodinhoitajia ja kotiavustajia ei enää kouluteta, vaan näissä ammattitehtävissä toimivat ovat nykyään suuremmaksi osaksi lähihoitajakoulutuksen saaneita.

Perusterveydenhuollon henkilöstörakenteessa ei ole tapahtunut mitään merkittävää muutosta. Merkittävimmät muutokset on sen sijaan toteutettu tehtävänkuvia muuttamalla. Lääkärin ja hammaslääkärin tehtäviä, on siirretty sairaanhoitajille ja suuhygienisteille. Tehtävänkuvia laajentamalla ja

---

<sup>167</sup> *Parmanne Piitu ym. (2006).*

<sup>168</sup> *Pekurinen Markku (2005a).*

<sup>169</sup> *Stakes (2007).*



muuttamalla on pyritty nopeuttamaan hoidon arviointia ja hoitoon pääsyä.<sup>170</sup>

Haastatteluissa myös ilmeni, että hoitotakuu on vaikuttanut kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työmäärään. Tämä oli näkynyt mm. lisääntyneenä työnä esimerkiksi kotisairaanhoidon hoidollisissa tehtävissä, haavojen hoidossa ja ortopedisten potilaiden kuntoutuksessa. Kotisairaanhoidajien määrät eivät välttämättä kuitenkaan olleet kasvaneet, eräs perusterveydenhuollon haastateltavista kertoikin, että kotisairaanhoidajat ovat vain "venyneet". Hoitotakuun vaikutuksia henkilöstömäärään on kuitenkin vaikea eritellä perusterveydenhuollon muusta toiminnasta. Tilastoista ei saada eriteltyä mm. kotisairaanhoidajien määriä.

Terveystenhoitajien ja sairaanhoitajien määrät ovat kasvaneet ja vähemmän koulutusta vaativia virkoja on muutettu korkeampaa koulutusta edellyttäviin tehtäviin. Tämä on lisää henkilöstömenoja, ellei kyetä supistamaan henkilöstöä. Palkkakustannukset ja erilaiset kannusteet, esimerkiksi henkilöstön ylityökorvaukset ja palkkiot, ovat erikoissairaanhoidossa myös lisänneet henkilöstömenoja.

### 3.3.3 Kootut havainnot ja päätelmät

#### *Toiminnalliset ja taloudelliset muutokset*

Tarkastushavainnot osoittivat, että hoitotakuu ei muuttanut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menojen keskinäistä painotusta. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menot ovat kasvaneet samaan tahtiin koko 2000-luvun. Selkeä erikoissairaanhoidon lisäpanostus oli tullut ortopediaan ja silmätauteihin.

Perusterveydenhuollossa taloudelliset muutokset ovat voineet tapahtua kuntien terveys- ja sosiaalipalveluiden eri palvelumuotojen välillä. Tätä sosiaali- ja terveysministeriö ei kuitenkaan riittävästi huomionnut hoitotakuun valmisteluvaiheessa. Hoitotakuuta pidettiin yksinomaan terveyspoliittisena uudistuksena. Tarkastuksen haastatteluissa kuitenkin ilmeni, että kotisairaanhoidajien ja kotipalvelujen työmäärät ovat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa lisääntyneet.

Hoitotakuun voimaan tullessa vuonna 2005 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäritilanne ei alueellisesti ollut kaikilta osin kunnossa. Sairaanhoidopiireistä ja kunnista Kainuun sairaanhoidopiirissä oli

---

<sup>170</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).

vaikein tilanne, jossa vuonna 2006 oli täyttämättä edelleen neljännes lääkärinviroista.

Lääkäripulaa paikattiin kalliilla ostopalveluilla. Kuntien ostopalvelut kasvoivat vuosina 2005–2006. Perusterveydenhuollossa oli kuitenkin vaikea osoittaa, mitkä ostopalvelut oli hankittu juuri hoitotakuun vuoksi.

Hoitotakuun vaikutuksia henkilöstömäärään on ollut vaikea erottaa erityisesti perusterveydenhuollon muusta toiminnasta. Henkilöstömenoja tarkasteltaessa ei voida tarkkaan sanoa, miten esimerkiksi kotisairaanhoidajien määrät ovat lisääntyneet hoitotakuun myötä. Tämä johtui mahdollisesti perusterveydenhuollon tilastointikäytännöistä.

Hoitotakuun suurimmat vaikutukset kohdistuivat ajanvaraus- ja puhelinneuvontaan ja puhelinneuvonnan virkarakenteeseen. Vastaanottoavustajien virkoja muutettiin terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien viroiksi. Tämä on voinut lisätä henkilöstömenoja, mutta tässä tarkastuksessa vaikutusta ei ollut mahdollista eritellä.

Hoitotakuu osaltaan kasvatti sairaaloiden palvelujen kokonaiskysyntää vuosina 2005–2006. Tarkastelluilta erikoisaloilta fysiatrian lähetteet kasvoivat eniten. Tuolloin klinikka lähetti potilaita saman sairaalan fysiatrian erikoisalalle tutkimuksiin ja hoitoihin. Fysiatrian yhteistyö myös muiden erikoisalojen kanssa lisääntyi. Potilaita hoidetaan aiempaa enemmän myös konservatiivisilla menetelmillä, jolloin fysiatrian erikoisaloille lähetetään myös potilaita aiempaa useammin.

## 3.4 Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset

### 3.4.1 Lääkinnällinen kuntoutus

Kansaneläkelaitoksella on lakisääteinen velvollisuus järjestää vajaakuntoisten ammatillista kuntoutusta ja vaikeavammaisten lääkinällistä kuntoutusta. Näiden lisäksi Kansaneläkelaitos järjestää ja korvaa harkinnanvaraisesti myös muuta ammatillista ja lääkinällistä kuntoutusta.<sup>171</sup> Tässä tarkastuksessa tarkasteltiin hermoston sekä tuki- ja liikuntasairauksien keskeisiä kuntoutuksen toimenpiteitä, lääkinällistä kuntoutusta ja siitä erityisesti harkinnanvaraista lääkinällistä kuntoutusta, fysioterapiaa ja toimintaterapiaa. Harkinnanvarainen lääkinällinen kuntoutus sisältää

---

<sup>171</sup> *Laki 566/2005.*

mm. yksilöllisiä kuntoutusjaksoja, kuntoutus- ja sopeutumisvalmisvalmennuskursseja, erilaisia terapioita ja apuvälineitä.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen menoja tarkasteltiin kahden sairauspääryhmän, tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja hermostonsairauksien osalta vuosina 2002-2006<sup>172</sup>. Lisäksi molempia sairausryhmiä tarkasteltiin tarkemmin yksittäisten sairauksien osalta<sup>173</sup>. Tarkastelussa on huomioitu vuosina 2002-2006 päättyneiden Kansaneläkelaitoksen kuntoutustoimenpiteistä maksamat kuntoutuskustannukset vakuutetulle, työnantajalle ja kunnalle.

Tarkastuksessa tarkasteltiin koko maan ja tarkastuksen piiriin kuuluneiden sairaanhoitopiirien fysioterapiapalvelua saaneiden määriä (N= 6957) ja kuntoutusrahakustannuksia vuodesta 2002 vuoteen 2006 valituissa sairauspääryhmissä.

Tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä tuki- ja liikuntasairauksissa fysioterapiaa saaneiden määrät (N=2 903) vähenivät hieman tarkasteluajanjaksona, mutta vastaavasti fysioterapian kustannukset nousivat (katso liite 4). Tämä näkyi erityisesti selkäsairauksissa. Kainuun, Kanta-Hämeen, Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Vaasan sairaanhoitopiireissä kustannukset nousivat jonopurkuvuosina 2002–2003 ja vuonna 2004. Vuosina 2005 ja 2006 nivelsairauksien, nivelrikon ja selkäsairauksien kustannukset sen sijaan laskivat. Hermoston sairauksissa fysioterapiaa saaneiden määrät kasvoivat tasaisesti vuodesta 2002 vuoteen 2006 sekä koko maassa (N=24 901) että tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä (N=8 878). Kansaneläkelaitoksen maksamissa kuntoutusrahoissa on ollut nousua vuonna 2004 niin Alzheimerin taudin kuin pesäkekovettumataudin osalta ja vuonna 2005 ne laskivat.

Vuoden 2006 sosiaali- ja terveystietomuksessa arvioitiin, että kunnallisen terveydenhuollon osuus kuntoutuksen kustannuksista on pienentynyt, koska muiden tahojen kuntoutuskustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2000 merkittävästi.<sup>174</sup> Kansaneläkelaitoksen eri kuntoutusmuotojen kustannukset kasvoivat vuodesta 2000 vuoteen 2004 noin 30 prosenttiyksikköä. Tässä tarkastuksessa vuosina 2005 ja 2006 Kansaneläkelaitoksen korvaamat kuntoutuspalvelujen korvaukset laskivat tarkasteltujen sairauspääryhmien osalta lukuun ottamatta Alzheimerin tautia, jonka kuntoutusrahakustannukset jatkavat kasvuaan.

---

<sup>172</sup> A. Tuki- ja liikuntasairaudet (M00-M99), E. Hermostonsairaudet (G00-G99).

<sup>173</sup> B. Nivelsairaudet (M00-M25), C. Nivelrikot (M15-M19), D. Selkäsairaudet (M40-M45), F. Alzheimerintauti (G30) ja G. Pesäkekovettumatauti (G35).

<sup>174</sup> Sosiaali- ja terveystietoministeriö (2006a).

Terveyskeskuksista erikoissairaanhoidon lähetetyt fysiatrian erikoisalan läheteiden määrät laskivat vuonna 2004, mutta Kansaneläkelaitoksen kuntoutuspalvelujen fysioterapian kustannukset sen sijaan kasvoivat. Tarkastuksen perusteella ei voida sanoa tarkkaan, kuinka paljon hoitotakuulla ja jonopurulla kyettiin vähentämään kuntoutusrahakustannuksia vuosina 2005–2006 ja miksi kuntoutusrahakustannukset nousivat vuosina 2002–2004. Nykyisillä seurantajärjestelmillä saadaan vain karkea arvio kustannusten kehityksestä.

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastojen tarkastelu ei antanut suoraan vastausta siihen, miten hoitotakuu on vaikuttanut kuntoutuksen kustannuksiin. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutustilasoissa voidaan kuitenkin havaita muutoksia vuosina 2002–2004, jolloin kuntoutusrahaa saaneiden määrät saattoivat laskea tehostuneen leikkaustoiminnan vuoksi.

### 3.4.2 Sairauspäivärahat ja lääkärikkäynnit

Yksityislääkärien käyttöä on perusteltu sillä, että se täydentää kunnallista terveydenhuoltoa siellä missä kysyntää on enemmän kuin tarjontaa. Hoitotakuulla pyrittiin parantamaan julkisen sosiaali- ja terveystalouden saatavuutta. Tämän on arvioitu vähentävän sairauspoissaoloja ja niiden vuoksi maksettua sairausvakuutuskorvauksia. Stakesissa tehdyn raportin mukaan näin ei kuitenkaan käynyt, vaan korvattujen sairauspäivien kokonaismäärä kasvoi hoitotakuun kahtena ensimmäisenä vuonna ja niiden johdosta maksetut sairauspäiväraha- ja sairausvakuutuskorvaukset noin 58 miljoonaa euroa.<sup>175</sup>

Tarkastukseen valikoitujen diagnoosiryhmien perusteella (hermoston sairauksien ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien) sairauspäiväraha- ja sairausvakuutuskorvaukset kasvoivat ennen hoitotakuun voimaantuloa ja hoitotakuun aikana. Merkittävää kuitenkin on se, että esimerkiksi neurologian ja fysiatrian radiologisista tutkimuksista maksetut korvaukset olivat suuremmat kuin lääkärikkäkäynneistä maksetut korvaukset. Esimerkiksi ortopedian radiologisten tutkimusten maksetut korvaukset lisääntyivät vuosien 2004–2006 aikana 15,8 prosenttia. Sairaanhoidopiirien haastateltavien mukaan erityisesti magneettikuvauksien määrät ovat lisääntyneet, koska magneettikuvaukset ovat perinteisiä radiologisia kuvauksia turvallisempia ja tarkempia. Magneettikuvauksiin on joissakin sairaanhoidopiireissä ollut jonoja, koska julkisella puolella on pula radiologeista.<sup>176, 177</sup> Tämän johdosta yksityispuolen radiologiset tutkimukset ovat saattaneet kasvaa.<sup>178, 179</sup>

<sup>175</sup> Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).

<sup>176</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö (2003c).

Kansaneläkelaitoksen sairauspäivärahatilastoissa hermoston sairauksissa sairauspäivärahopäivien ja sairauspäivärahaa saaneiden määrät kasvoivat hieman vuonna 2005. Vuonna 2006 sairauspäivärahopäivät laskivat ja vastaavasti sairauspäivärahaa saaneiden määrät kasvoivat (liite 5.).

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien sairauspäivärahopäivien ja sairauspäivärahaa saaneiden määrät kasvoivat vuosina 2002–2004 (liite 6.).

Koko maassa ja tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä merkittävää muutosta alkaneiden sairauslomien kestossa (vaihteluväli 13–16 päivää) ei tapahtunut. Sen sijaan yksittäisissä sairaanhoitopiireissä muutoksia on voinut tapahtua. Kymenlaakson ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä sairauspäivärahaa saaneiden lukumäärät tuhatta asukasta kohden olivat tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä suurimmat. Näissä sairaanhoitopiireissä myös ortopedian leikkausta, toimenpidettä tai hoitoa odottavien keskimääräinen odotusaika oli hieman korkeampi kuin koko maan mediaani.<sup>180</sup>

Merkittävin muutos alkaneiden sairauslomien kestossa tapahtui nivelrikkosairauksissa (liite 7.). Tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä sairauslomien pituus oli korkeimmillaan 32,8 päivää ja koko maassa 20 päivää vuonna 2002. Vuonna 2006 sairausloman pituus oli kaikissa sairaanhoitopiireissä sama.

Tarkastuksessa selvitettiin myös neurologian, ortopedian ja fysiatrian yksityislääkärissä käyntejä sekä yksityistä tutkimusta ja hoitoa. Yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta valittiin fysioterapia ja radiologia. Koska Kansaneläkelaitos on kerännyt matkakorvaustiedot erikoisaloittain vasta vuodesta 2006 lähtien, tässä tarkastuksessa matkakorvaustietoja tarkastellaan "konttäsummana".

Kansaneläkelaitoksen maksamat matkakorvaukset kasvoivat kaiken kaikkiaan 25,5 prosenttiyksikköä vuosina 2002–2006<sup>181</sup>. Hoitotakuuvuosina 2005–2006 matkakorvaukset kasvoivat 10,4 prosenttiyksikköä<sup>182</sup>,<sup>183</sup>. Potilaiden leikkaaminen muualla kuin oman sairaanhoitopiirin alueella voi lisätä Kelan korvaamia matkakustannuksia. Tarkastuksen sairaanhoitopiireissä tätä mahdollisuutta oli käytetty kuitenkin melko vähän (esimerkiksi hankalien matkajärjestelyjen vuoksi).

---

<sup>177</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d).*

<sup>178</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2003c).*

<sup>179</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d).*

<sup>180</sup> *Stakes. Seurantatiedot ajalta 31.10.2007. Julkaisematon.*

<sup>181</sup> *Pekurinen Markku ym. (toim.) (2008a).*

<sup>182</sup> *Asiantuntijahaastattelu, Kansaneläkelaitos, terveys- ja toimeentuloturvaosasto. 5.11.2007.*

<sup>183</sup> *1.1.2005 alkaen kuntoutusmatkat lasketaan korvausmenoihin.*

Fysiatrian yksityislääkärissäkäyntien korvaukset kasvoivat 10,9 prosenttia vuosina 2004–2006. Vastaavasti fysiatrien määrämät fysioterapiahoitojen määrät hieman laskivat, mutta maksetut korvaukset nousivat. Syynä voi olla se, että potilaat ovat nyt aiempaa huonokuntoisempia ja kuntouttaminen vaatii enemmän aikaa.

Tarkastelluista sairaanhoitopiireistä ortopedian yksityislääkärikäyntien korvaukset olivat suurimmat Kymenlaakson ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä vuonna 2006. Fysiatrissa sairausvakuutuskorvaukset olivat suurimmat Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja Satakunnan sairaanhoitopiirissä neurologiassa.

### 3.4.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

#### *Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset*

Hoitotakuu ei näytä hillitsevän Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvausten kasvua. Tarkastuksen havaintojen perusteella tuki- ja liikuntaelinsairauksien lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutusrahaa saaneiden määrät laskivat tarkasteluajankohtana, mutta vastaavasti kuntoutusrahakustannukset kasvoivat vuosina 2002–2004 ja vuonna 2005 kustannukset laskivat. Tarkastuksen perusteella ei voida antaa tarkkaa syytä, mikä osuus tehostuneella leikkaustoiminnalla on ollut kustannusten nousuun ja vaikutiko hoitotakuu kuntoutusrahakustannusten laskuun vuosina 2005–2006.

Yksityislääkärissä käynnit ovat kasvaneet koko 2000 –luvun. Erityisesti tämä näkyi radiologisten tutkimusten kasvussa. Radiologipula ja radiologisten tutkimusten jonot, ovat saattaneet ohjata potilaita käyttämään yksityisiä lääkäripalveluja.

Hoitotakuu ei vähentänyt merkittävästi sairauspäivien määrää. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairauksien sairauspäivien määrät jatkoivat kasvuaan. Myöskään sairauslomien pituudet eivät vähentyneet. Esimerkiksi nivelsairauksissa sairauslomien pituus oli korkeimmillaan 32,8 päivää vuonna 2002 tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä.

Hermoston sairauksissa sairauspäivien määrä kasvoi hieman vuoteen 2005 asti, mutta vuonna 2006 oli havaittavissa pientä laskua sairauspäivärahaa saaneiden määrässä. Sairauspäivien laskuun on voinut vaikuttaa se, että kuntien perusterveydenhuollon toimintaa oli tehostettu ja järjeistetty perustamalla terveyskeskusten yhteyteen neurologian poliklinikoita ja ns. muistineuvoloita. Nopea hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa on saattanut osaltaan vaikuttaa puolestaan neurologisten potilaiden sairauspäivien laskuun.

## 3.5 Jatkohoito

### 3.5.1 Jatkohoidon organisointi

Tässä tarkastuksessa jatkohoidolla tarkoitetaan perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa tapahtuvaa jatkohoitoa. Se voi olla laitoshoidossa tapahtuvaa vuodeosastohoitoa ja/tai kuntoutusta tai avohoidossa tapahtuvaa kotisairaanhoidoa, kotipalvelua ja/tai kuntoutusta.

Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti vuonna 2002 huhtikuussa selvityspyynnön, jossa sairaanhoitopiireiltä pyydettiin arviota lisärahoituksen tarpeesta hoitoon pääsyn tavoiteaikojen saavuttamiseksi vuosina 2002–2003. Sairanhoitopiireiltä saatu selvitys ei sisältänyt terveyskeskuksille aiheuttuvia menoja jatkohoidosta (esimerkiksi kotisairaanhoidosta tai kuntoutuksesta) eikä terveyskeskusten tarvitsemia lisämäärärahoja. Suomessa ei hoitotakuun voimassaoloaikana selvitetty riittävästi ja kattavasti, millaisia taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia hoitotakuulla on ollut jatkohoidon organisoinnille.

#### *Kotiutus*

Tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa oli kehitetty uusia toimintamuotoja erikoissairaanhoidosta kotiutettaville. Myös yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa oli tehostettu. Vaikka suurin osa potilaista kotiutetaan suoraan kotiin leikkauksen jälkeen, oli kuntiin perustettu myös nopean kuntoutuksen yksiköitä ja akuuttipaikkoja leikkauksesta toipuville heikompikuntosille potilaille.

Perusterveydenhuollon haastatteluissa nousi esille, että jatkohoidon tarve lisääntyi jononpurun alkuvaiheessa. Kunnissa fysioterapian tarve lisääntyi selvästi, mikä näkyi lisääntyneinä työpanoksina, suoritteina, palkkakuluina ja ostopalveluina. Kuntoutuksen ja apuvälineiden kustannusten nousu näkyi myös kuntien toiminta- ja taloustilastoissa. Talous- ja toimintatilastoissa on pulmana kuitenkin se, että tilastointiin liittyvät käytännöt vaihtelevat kunnittain, jolloin niiden keskinäinen vertailu on ongelmallista. Kuntatasolla etenkin kuntayhtymien väliset laskenta- ja toteutuskäytännöt vaihtelevat suuresti huolimatta yhteisestä normipohjasta. Tästä syystä tässä tarkastuksessa kuntoutusmenojen kehittymistä tarkasteltiin käyttämällä Kansaneläkelaitoksen tilastoja.

Tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä erikoissairaanhoidosta toiseen sairaalaan jatkohoitoon lähetettyjen ortopedisten potilaiden osuus koko maan tasolla on kasvanut tasaisesti vuosina 2001–2006. Tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä sairaalaan jatkohoitoon lähetettävien määrät, samoin

kuin kotiin lähetettävien määrät laskivat vuonna 2006. Haastatteluissa sairaanhoitopiirien edustajat kertoivat, että jononpurun alkuvaiheessa leikattiin potilaita, jotka olivat helposti kotiutettavia ja päiväkirurgisia potilaita. Heidän mukaansa jäljelle on nyt jäänyt huonompikuntoisia ja monisairaita, joita ei voida lähettää suoraan kotiin.

Koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä neurologian erikoisalalta kotiin lähetettävien määrät laskivat tasaisesti vuoteen 2005 asti, mutta vuonna 2006 kotiin lähetettyjen määrä hieman nousi.

Tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä fysiatrian erikoisalalta kotiutettavien määrä oli suurin vuosina 2003–2004. Vuosina 2005–2006 kotiin lähetettävien määrä laski samalle tasolle kuin ennen hoitotakuuta. Koko maassa fysiatrian erikoisalalta toiseen sairaalaan jatkohoitoon lähetettyjen määrä kasvoi hieman vuosina 2001–2003.

### *Vaikutus sosiaalipalveluihin*

Erikoissairaanhoidossa tehtyjen kirurgisten toimenpiteiden määrä on kasvanut vuodesta 2002 lähtien. Osa toimintavolyymin kasvusta selittyy päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntymisestä, joka näkyy keskimääräisen hoitoajan lyhenemisenä.<sup>184</sup> Vaikka suurin osa potilaista kotiutetaan suoraan kotiin, voivat he tarvita jonkin verran kotihoitoa, kotipalveluja tai kotisairaanhoitoa. Kun hoitotakuun myötä leikataan myös entistä heikkokuntoisempia potilaita, lisää tämä kotiin annettujen palveluiden kysyntää. Stakesin kotihoidon laskentatilastot osoittavatkin, että sairaalasta kotihoitoon lähetettyjen potilaiden osuus on kasvanut, tosin hyvin vähän. Vuosina 2003–2005 sairaalasta kotiutettujen osuus kasvoi fyysisten syiden takia 6,4 prosenttiyksikköä ja hygieenisten syiden takia peräti 29,5 prosenttiyksikköä<sup>185</sup>.

Tarkastuksen kunnista ainakin neljällä oli käytössä ns. kotiutushoitajamalli. Kotiutushoitajan tehtävänä on kotiuttaa ja järjestää jatkohoitoa erikoissairaanhoidosta kotiutettaville potilaille. Ratkaisu edistää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä jatkohoidon järjestämisessä. Erikoissairaanhoitoon on perutettu kotiutushoitajien toimia vähentämään lisääntyviä siirtoviivemaksuja ja purkamaan jatkohoitonojoja.

Kotiutushoitajamallissa kotiutushoitajalle ilmoitetaan jonoon tarjottavat asiakkaat. Kotiutushoitaja organisoii jatkohoidon, selvittää voiko potilas

---

<sup>184</sup> *Stakes (2006b)*.

<sup>185</sup> [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)> Tilastotiedote 13/2004. Kotihoidon laskenta 30.11.2003; *Stakes, Tilastotiedote 12/2006. Kotihoidon laskenta 20.11.2005.*



palata kotiin ja jos voi, pärjääkö itsekseen vai tarvitseeko hän kotihoitoa tai tehostettua kotisairaanhoidoa.<sup>186</sup> Erikoissairaanhoidosta kotiutetaan potilaita, joilla on isoja haavoja tai vanhuksia, joilla on monenlaisia pulmia.

### *Kuntoutus*

Kuntoutuksella on monia tavoitteita, mutta yksi sille yhteiskunnan asettamista tavoitteista on vaikuttaminen työvoiman määrään ja laatuun. Parhaimmillaan kuntoutustoiminta voi vaikuttaa suoraan käytettävissä olevan työpanoksen määrään myöhentämällä eläkkeelle siirtymistä ja vähentämällä työstä poissaoloja.<sup>187</sup> Hoitotakuulainsäädäntöä valmisteltaessa nopeaa hoitoon pääsyä perusteltiin työvoiman määrän kehityssennusteilla ja niinpä kuntoutuksella katsottiin olevan tässä välillinen vaikutus, kun työikäisiä hoidetaan ja kuntoutetaan nopeasti takaisin työelämään.

Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveyslain (L66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (L1062/1989) tarkoitettua sairaanhoitoa. Hoitoon pääsyn enimmäisajat koskevat siten myös lääkinnällistä kuntoutusta. Potilas voi tarvita lääketieteellisen arvion perusteella fysioterapiaa sairautensa hoitoon tai kuntoutukseen.

Toistaiseksi kuntoutukseen on laadittu tarkempia hoitoon pääsyn perusteita vain kuulon kuntoutuksesta kuulokojeella ja apuvälinepalveluista. Varsinkin kuulokojeen antamisen perusteet ja kuulon kuntoutuksen kehittämishankkeet ovat lyhentäneet aikaisempia jonoja kuulokojeen sovitukseen<sup>188</sup>.

Haastateltujen sairaanhoitopiirien edustajien mukaan leikkauksesta ei ole mitään hyötyä, jos kuntoutusta ei järjestetä kohtuullisessa ajassa. Kuntien tehtävänä on järjestää sairaanhoitoon kuuluva lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi.

Kokonaiskustannusten hallinnan kannalta on oleellista, kuinka hyvin hoidon ajoitus saadaan osumaan suhteessa potilaan tarpeisiin. Tämä vaikuttaa sekä ennen hoitoa että hoidon jälkeen maksettuihin korvauksiin esimerkiksi kuntoutus- ja apuvälinekustannuksiin. Tarkastuksen haastattelut ja kunnilta saadut tilastot toivat esiin, että kunnan kuntoutuksen ja apuvälineiden kustannukset ovat kasvaneet koko 2000 –luvun.

Jatkohoito kuuluu leikkauksen jälkeiseen hoitoon pääsyn turvaamista koskevien säännösten piiriin. Sen sijaan ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

---

<sup>186</sup> *Tehostettu kotisairaanhoido on tarkoitettu potilaille, jotka eivät tarvitse vuodeosastohoitoa.*

<sup>187</sup> *Stakes (2002).*

<sup>188</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a).*

kuten esimerkiksi kuntoutuksen osalta liikunnallisuutta, terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviin ryhmiin ohjaaminen, eivät ole sairauden hoitoa eivätkä siten kuulu hoitotakuun piiriin.<sup>189</sup>

Fysioterapeutti voi arvioida henkilön fysioterapian tai apuvälineen tarpeen työnjaon mukaisesti paikallisesti sovittaen. Apuvälineiden tarpeen arviointiin sovelletaan hoitoon pääsyä koskevia enimmäisaikoja.<sup>190</sup>

Apuvälinepalvelut ovat merkittävä osa sairaaloiden ja terveyskeskusten kuntoutustoimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2003 apuvälinepalvelujen laatusuosituksen.<sup>191</sup> Yhtenäisiin kiireettömän hoidon perusteisiin sisältyy myös apuvälinepalvelujen perusteita<sup>192</sup> ja tarkemmat kriteerit siitä, millä edellytyksin erikoissairaanhoidosta saadaan apuvälineitä. Useimmat sairaanhoitopiirit ovat saaneet Kansallisen terveydenhuollon hankkeen rahoitusta vuosina 2004–2005 alueellisen apuväline-toiminnan tai muun kuntoutustoiminnan kehittämiseen. Tarkastuksessa ilmeni, että sairaanhoitopiireissä oli perustettu terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteisiä apuvälinekeskuksia jo ennen hoitotakuun voimaan tuloa. Tämä näkyi joissakin tarkastuksen piiriin kuuluvissa kunnissa apuvälineiden kustannusten hienoisena nousuna.

### 3.5.2 Jatkohoidon ongelmat

Hoitotakuusta puhuttaessa jatkohoidon rooli on jäänyt näkymättömäksi. Haastateltavien mukaan jatkohoito ei noussut esille kuntien talousarviokeskusteluissa, eikä sille varattu erillistä määrärahaa. Valtakunnan tason keskusteluissa jatkohoito ei myöskään noussut esille hoitotakuuta valmisteltaessa.

Terveydenhuollossa suurimmat kokonaiskustannukset aiheutuvat kuitenkin välittömästi hoidon jälkeen (toipilasaika/jatkohoito), seuraavaksi suurimmat kustannukset aiheutuvat välittömästi ennen hoitoa (odotusaika) ja pienimmät kustannukset syntyvät itse hoidosta.<sup>193</sup> Tätä ei hoitotakuun valmisteluissa kuitenkaan otettu riittävästi huomioon. Hoitotakuussa päähuomio on kohdentunut hoitoon pääsyyn ja leikkaustoimenpiteeseen.

---

<sup>189</sup> Jouttimäki Riitta-Maija (2005).

<sup>190</sup> Emt.

<sup>191</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön (2003b).

<sup>192</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön (2005a).

<sup>193</sup> Vohlonen Ilkka ym.(toim.). (2003).

### *Jatkohoidon riittävyys ja hoitohenkilökunnan tieto-taito*

Kaikki sairaanhoitopiirit olivat haastatteluissa yhtä mieltä siitä, ettei kunnissa varauduttu riittävästi jatkohoidon järjestämiseen. Erityisesti tämä näkyi suurissa kunnissa. Jatkohoitopaikkoja ei ollut riittävästi, koska vuodeosastoja kuormittavat pitkäaikaispotilaat. Puolet tarkastuksen piiriin kuuluneista kunnista koki hoitotakuun lisänneen jatkohoidon tarvetta. Yksi kolmasosa puolestaan katsoi, ettei hoitotakuu ollut lisännyt jatkohoidon tarvetta ja yksi viidesosa ei edes mieltänyt jatkohoidon kuuluvan hoitotakuun piiriin.

Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan jatkohoidon riittämättömyys näkyi mm. siirtoviivepäivinä ja kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen, työmäärien lisääntymisenä. Erikoissairaanhoidon hoitajaksojen pituus on lyhentynyt jopa puoleen kymmenessä vuodessa<sup>194</sup>. Tarkastukseen valituista sairausryhmistä, neurologian hoitajakset ovat lyhentyneet 6,8 päivästä 4,6 päivään ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitajakset ovat lyhentyneet 5,1 päivästä 3,5 päivään kymmenessä vuodessa.<sup>195</sup> Jononpurkuhankkeen aikana 2002–2003 hoitajakset olivat joissakin tapauksissa lyhentyneet entisestään. Perusterveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan potilaita siirrettiin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon aiempaa nopeammin. Tämä aiheutti paineita perusterveydenhuollon jatkohoitopaikkojen löytämisessä.

Perusterveydenhuollossa lisääntynyt jatkohoidon tarve on näkynyt kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen lisäksi myös fysioterapiassa ja terveyskeskusten vuodeosastolla. Haastateltavien mukaan erityisesti erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon lähetetyt potilaat ovat aiempaa hoidollisempia ja potilailta on paljon toimenpiteitä vaativia vaivoja. Lisäksi vuodeosastoille tulee nyttemmin myös sellaisia potilasryhmiä, jotka aikaisemmin oli hoidettu erikoissairaanhoidon piirissä. Muun muassa tästä syystä henkilökuntaa on jouduttu kouluttamaan, jotta erikoissairaanhoidosta tulevia vaativan hoidon potilaita osattaisiin hoitaa.

### *Siirtoviivemaksut*

Erikoissairaanhoidon jatkohoitopaikkaa odottavien potilaiden hoidosta monissa sairaanhoitopiireissä peritään erikseen määriteltyjä ja päätettyjä hoitopäivämaksuja eli siirtoviivemaksuja.<sup>196</sup> Siirtoviivemaksun suuruus

---

<sup>194</sup> *Stakes (2007).*

<sup>195</sup> *Emt.*

<sup>196</sup> *Punnonen Heikki (2007).*

vaihtelee erikoisaloittain ja myös sairaanhoitopiireittäin. Yleensä se on kunkin erikoisalan alin hoitopäivähinta.<sup>197</sup> Enimmillään se voi olla yli 1000 €/vrk, mutta yleensä se on vajaa 250 €/vrk. Osa tarkastuksen piiriin kuuluneista sairaanhoitopiireistä käyttää prosenttimääritystä. Muuten las-  
kutettavan päälle lisätään 20–30 prosenttia. Muutamassa sairaanhoitopiirissä ylimääräistä maksua aletaan periä heti, kun erikoissairaanhoidon palveluja ei enää tarvita. Useimmissa sairaanhoitopiireissä sakkomaksuja peritään vasta 2–3 vuorokauden kuluttua. Tarkastelluissa sairaanhoitopiireistä kolmella ei ollut käytössä siirtoviivemaksuja.

Sairanhoitopiirien mukaan siirtoviiveet olivat seurausta muiden muassa kuntien jatkohoitopaikkojen puuttumisesta. Muina syinä haastateltavat mainitsivat ajoittaiset ongelmat esimerkiksi terveyskeskuksen peruskorjauksen. Lisäksi ennakoimaton norovirus lisää sairaaloissa annettavia hoitoja, joka osaltaan myös aiheutti siirtoviiveitä. Siirtoviivemaksuja aiheuttavat myös päivystyksenä tulleet potilaat, joiden jatkohoitopaikkaa ei voida ennalta suunnitella.

Sairanhoitopiirien edustajista suurin osa katsoi, että siirtoviivemaksuilla on kuntaa ohjaava vaikutus ja sillä saadaan aikaan tavoiteltuja tuloksia. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa ei enää makuuteta jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita, vaan potilaille pyritään järjestämään jatkohoitopaikka pääosin kotikuntaan. Potilas voidaan kuitenkin joissakin kunnissa kotiuttaa myös lähikuntaan, jos omasta kunnasta ei löydy jatkohoitopaikkaa.

Perusterveydenhuollon haastateltavista yhdeksän näki, että siirtoviivemaksuilla on toimintaa ohjaavaa vaikutusta, kun taas kahdeksan haastateltavan mukaan siirtoviivemaksuilla ei kyseistä vaikutusta ole. Kolmen kunnan perusterveydenhuollon haastateltavat eivät osanneet sanoa, onko siirtoviivemaksuilla ohjaavaa vaikutus vai ei.

Tarkasteltavien kuntien siirtoviivemaksut olivat vuonna 2005 noin kolme miljoonaa euroa ja vuonna 2006 ne olivat jo 5,5 miljoonaa euroa<sup>198</sup>. Koko maan siirtoviivemaksut olivat noin 20 miljoonaa euroa vuonna 2005 ja vuonna 2006 ne olivat 29 miljoonaa euroa.

Osassa sairaanhoitopiirejä siirtoviivemaksujärjestelmä ei ollut toiminut toivotulla tavalla. Potilaita oli jäänyt erikoissairaanhoidon odottamaan jatkohoitopaikkaa silläkin uhalla, että maksua oli korotettu. Toiminnallisesti siirtoviivepotilaat tukkivat osastoja ja hankaloittavat tehokasta toimintaa. Potilaiden kannalta epätietoisuus jatkohoidosta tai kotiuttamisesta on myös epäkohta.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> *Sosiaali- ja terveysministeriö (2003c).*

<sup>198</sup> *Suomen Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2007.*

<sup>199</sup> *Emt.*

### 3.5.3 Kokoavat havainnot ja päätelmät

#### *Jatkohoidon organisointi ja ongelmat*

Jatkohoito jäi hoitotakuun suunnittelussa lähes kokonaan huomiotta, vaikka tutkimusten mukaan suurimmat kokonaiskustannukset aiheutuvat hoidon jälkeisestä ajasta, toipilasajasta. Seuraavaksi suurimmat kustannukset muodostuvat ennen hoitoa ja pienimmät kustannukset hoidon aikana. Tarkastuksen havainnot osoittivat, että jononpurku ja hoitotakuun voimaantulo näkyivät myös jatkohoidon tarpeen lisääntymisenä. Kuntien kotisairaanhoidossa, kotipalveluissa ja kuntoutuksessa työmäärät ovat lisääntyneet ja henkilökunta on joutunut venymään. Tarkastuksen haastatteluisissa perusterveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan jatkohoidon tarve lisääntyi tehostuneen leikkaustoiminnan vuoksi.

Joissakin kunnissa jatkohoidon ongelmat tiedostettiin jo ennen hoitotakuun voimaantuloa. Sairaanhoidopiireissä ja perusterveydenhuollossa ongelmaan etsittiin ratkaisua ns. kotiutushoitajamallista. Sen tarkoituksena oli tehostaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä jatkohoidon järjestämisessä. Onnistuneella kotiutushoitajamallilla vähennettiin myös kuntien kasvavia siirtoviivemaksuja.

Jatkohoito kuuluu leikkauksen jälkeiseen hoitoon pääsyn turvaamista koskevien säännösten piiriin. Tarkastuksessa haastateltujen sairaanhoitopiirien edustajien mukaan leikkauksesta ei ole hyötyä, jos jatkohoitoa, esimerkiksi kuntoutusta ei järjestetä kohtuullisessa ajassa. Toistaiseksi kuntoutukseen on laadittu tarkempia hoitoon pääsyn perusteita vain kuolon kuntoutuksesta kuulokojeella ja apuvälinepalveluista.

Perusterveydenhuollon haastateltavien mukaan jatkohoito ei noussut esille kuntien talousarviokeskusteluissa, eikä sille varattu erillistä määrärahaa. Jatkohoidon ongelmat lisäsivät siirtoviivemaksuja erityisesti jononpurkuhankkeen aikana.

Hoitotakuun taloutta koskevan raportin (2008) mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon menoissa ei ole tapahtunut muutoksia, mutta tutkimus ei antanut kuvaa siitä, miten painopisteet kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon välillä olivat muuttuneet esimerkiksi kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa.

## 4 Tarkastusviraston kannanotot

Tarkastuksessa on selvitetty hoitotakuulainsäädännön perusteluina esitettyjen tavoitteiden toteutumista. Tavoitteena on ollut tutkia, toimiiko hoitotakuu käytännössä siten, että se toteuttaa lainsäätäjien hoitotakuulle asettamia odotuksia kansalaisten yhdenvertaisemmasta ja oikeudenmukaisemmasta kohtelusta hoitoon pääsyssä ja kustannussäästöistä.

Tarkastuksen pääkysymys oli, miten hoitotakuulle asetetut tavoitteet ovat toteutuneet. Kysymystä lähestyttiin arvioimalla hoitotakuun lainsäädännöllisiä perusteita kartoittamalla erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa käytännön toiminnasta vastaavien asianomaisten näkemyksiä hoitotakuun toimivuudesta ja sen aiheuttamista muutoksista sekä arvioimalla hoitotakuuseen liittyviä selvityksiä ja tutkimuksia.

Tarkastuksen päätuloksena on, että hoitotakuulle asetetuista tavoitteista vain osa on kehittynyt myönteiseen suuntaan, mutta näidenkin kehitykseen liittyy ongelmia. Kustannussäästöjen osalta kehityssuunta ei ole ollut toivotun kaltainen. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan hoitotakuun tavoitteiden toteutumattomuus johtuu osin nykyisestä lainsäädännöstä, joka jättää lain soveltajille paljon tulkinnanvaraa. Lakia noudatettaessa lain kirjain toteutuu, mutta lain henki ei.

*Hoitotakuu ei nopeuttanut hoitoon pääsyä hoitoketjun alkupäässä*

Hoitotakuulainsäädäntö on hyvä esimerkki siitä, että terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden ohjaaminen kahdella erityislailla on ongelmallista. Muutokset on tehtävä kokonaisuuden kaikkiin osiin, ei valikoiden vain näkyvimpiin. Hoitoon pääsyn nopeuttamisessa olisi pitänyt panostaa välittömän yhteydenoton ohella myös lääkärin vastaanotolle pääsyyn. Näin ei kuitenkaan voitu tehdä terveyskeskusten lääkäripulan takia. Tämä näkyi myös tarkastuksen piiriin kuuluneissa kunnissa, joissa odotusajat terveyskeskuslääkärin vastaanotolle kiirettömässä tapauksessa vaihtelivat keskimäärin vuorokaudesta kuuteen viikkoon. Viimeisen, huhtikuussa 2008 tilannetta kuvaavan, perusterveydenhuollon hoitotakuukartoituksen mukaan ei-kiireellisissä tapauksissa odotusaika terveyskeskuslääkärin vastaanotolle oli pidentynyt verrattuna vuoden takaiseen tilanteeseen. Hoitotakuu ei näytä siten nopeuttaneen hoitoon pääsyä hoitoketjun alkupäässä lainkaan.

### *Jononpurkuhanke ei poistanut jonoja*

Hoitotakuun voimaantuloon valmistauduttiin ns. jononpurkuhankkeella. Valtio ja kunnat panostivat erikoissairaanhoidon jonojen purkuun 50 miljoonaa euroa. Tavoitteena oli, että runsaan vuoden aikana taloudellisia resursseja lisäämällä ja toimintaa tehostamalla yli kuuden kuukauden jonot olisi purettu. Jonot lyhenivätkin, mutta huomattavasti vähemmän kuin sosiaali- ja terveysministeriö oli odottanut. Stakesissa tehdyn arviointiraportin mukaan jononpurkurahoja oli kohdennettu osin muuhun palvelutuotantoon kuin juuri niihin toimenpiteisiin, joissa hoitojonot ja jonotusajat olivat pisimmät. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön odotukset jononpurkuhankkeen osalta olivat epärealistiset. Tarkastusvirasto katsoo myös, että jononpurkurahojen kohdentaminen osin muuhun toimintaan kuin pisimpien jonojen purkamiseen, oli seurausta sosiaali- ja terveysministeriön määrittelemistä avustuksen kohdentamiskriteereistä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön olisikin pitänyt määritellä avustuksen kohdentamiskriteerit täsmällisemmin.

### *Hoitotakuu ei määritellyt tavoiteaikaa hoitopäätöksen teolle*

Erikoissairaanhoidossa määriteltiin tavoiteajat hoidon aloittamiselle eli lähetteen käsittelylle ja toimenpiteeseen pääsyyllä. Sen sijaan määrittelemättä jätettiin tavoiteaika hoitopäätöksen teolle. Vaikka tätä ongelmaa yritetään nyt ratkaista seuraamalla odotusaikaa ensimmäiselle lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen vastaanottokäynnille, jää hoitoon pääsyn odotusajasta edelleen mittaamatta tutkimuksiin kulunut aika. Sosiaali- ja terveysministeriössä on viimeisen vuoden aikana pohdittu hoitotakuun jatkokehittämistä ns. poliklinikkatakuulla, jolla potilaan ensimmäiselle erikoissairaanhoidon lääkärin vastaanottokäynnille määriteltäisiin tavoiteaika.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan ehdotetulla tavoiteajalla luotaisiin kokonaisuuden kannalta kuitenkin tarpeeton erikoislääkärikäynti. Mikäli perusterveydenhuollosta ja yksityissektorilta tullut lähete on riittävän perusteellinen, voi erikoislääkäri yksinomaan lähetteen pohjalta tehdä hoitopäätöksen ja laittaa potilaan saman tien toimenpidejonoon. Erikoislääkäri voi myös perusterveydenhuollosta tulleen lähetteen perusteella arvioida, mitä tutkimuksia tarvitaan vielä hoitopäätöksen tueksi ja laittaa potilaan saman tien tutkimusjonoon. Näissä tapauksissa potilaan käynti poliklinikalla lisäisi vain kustannuksia ja byrokratiaa. Jos lailla määritellään potilaalle ensikäynti tapahtuvaksi tiettyssä ajassa, voi käydäkin niin, etteivät tutkimustulokset ole vielä valmiita ja käynti on siinä tapauksessa turha.

Tarkastusvirasto katsoo, että poliklinikkatakuun sijasta lainsäädännöllä pitäisi määritellä joko enimmäisaika hoitopäätöksen teolle tai erikseen erilaisiin tutkimuksiin ja lääkärin vastaanotolle pääsyle.

Enimmäisajan määrittäminen hoitopäätöstä edeltävien tutkimusten teolle voisi nostaa esiin pohdinnat perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tehtävien erilaisten tutkimusten tarpeellisuudesta ja yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa edellytettyjen tutkimusten kustannusvaikeuttavuudesta.

### *Hoitoon pääsyn odotusaikoja pitäisi analysoida tarkemmin*

Hoitotakuun ei ole katsottu priorisoineen mitenkään erityisesti työikäisiä. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että vaikka tarkastelluilla erikoisaloilla päästiin alle kuuden kuukauden odotusaikoihin, oli toimenpiteisiin pääsyn odotusajoissa siitä huolimatta eri erikoisaloilla havaittavissa ikäryhmittäisiä eroja. Kyse saattaa olla toimenpiteisiin jonottavien potilaiden terveydentilasta, mutta myös työikäisten hoitoon pääsyn priorisoinnista. Tästä syystä hoitoon pääsyn odotusajoissa olevia ikäryhmittäisiä eroja ja niihin liittyviä tekijöitä tulisi analysoida tarkemmin ja syvällisemmin.

Vaikka hoitoon pääsyn seurantatietojärjestelmä tuottaa nyt yksityiskohdaisempaa ja standardoidumpaa tietoa kuin aikaisemmin, ei eripituisten jonojen vertaileminen toisiinsa selitä sitä, miksi jonotusajat kasvavat tai lyhenevät. Yli kuuden kuukauden jonotiedot eivät myöskään kerro mitään siitä, mistä syystä tällaisia jonoja on. Tarkastusvirasto pitää tarpeellisena, että hoitoon pääsyn jonotietojen ja odotusaikojen lisäksi tulisi selvittää myös sitä, mistä alueelliset erot johtuvat.

### *Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet eivät toimi odotusten mukaisesti*

Hoitotakuun toteutumista koskevassa julkisessa keskustelussa on kiinnitetty huomiota enimmäkseen vain erikoissairaanhoidon yli kuuden kuukauden hoitojonojen lyhenemiseen. Sen sijaan yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat jääneet vähälle huomiolle. Tulosten mukaan kiireettömän hoidon perusteita on liian paljon, jotta ne käytännössä toimisivat niin kuin niiden oletetaan toimivan. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön olisi pitänyt pitäytyä alkuperäisessä suunnitelmassa, jonka mukaan kiireettömän hoidon perusteita olisi laadittu aluksi vain yleisten tautityyppien osalta. Vasta näistä saatujen kokemusten mukaan perusteita olisi pitänyt laajentaa koskemaan uusia sairauksia. Tarkastusvirasto katsookin, että sosiaali- ja terveysministeriön olisi pitänyt ohjeistaa perusteiden laadintaprosessi vielä tarkemmin. Lisäksi jotta



kiireettömän hoidon perusteet edistäisivät yhdenvertaista hoitoon pääsyä, sosiaali- ja terveysministeriön tulisi nostaa kiireettömän hoidon perusteiden sitovuustasoa. Stakes on päätenyt raportissaan samaan ehdotukseen.

Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden jalkauttamista koskevat tulokset ovat ristiriitaisia. Tarkastushavaintojen mukaan koulutusta oli järjestetty vähän, mutta Stakesin raportin mukaan henkilöstöä oli koulutettu systemaattisesti siellä, missä kriteerejä myös käytettiin. Ristiriita voi selittyä kysymyksenasettelulla, mutta myös sillä, keneltä asiaa on kysytty. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan viranomaisten tulisi ohjata yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden koulutusta yhdenmukaisemmaksi ja määritellä perusteita koskeva koulutus pakolliseksi.

Terveystenhuollossa on tällä hetkellä käytössä useita suosituksia, jotka pohjautuvat pääasiassa kaikki Käypä hoito -suositukseen. Tämä on johtanut siihen, että terveydenhuollossa on käytössä kolme erilaista suositusta, jotka menevät osin päällekkäin. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön pitäisi joko määritellä selkeämmin erilaisien suositusten keskinäinen rooli tai poistaa yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoa koskevat ohjeet sekä hoito-ohjeet. Näin yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteisiin jäisi vain kriteerit tai pisteytysjärjestelmät, jonka perusteella arvioidaan sairauden haitta-aste ja vakavuus. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön pitäisi ohjeistaa lääkäreitä ja etenkin terveyskeskuslääkäreitä siitä, miten erilaisia suosituksia tulisi käyttää.

#### *Kiireettömän hoidon perusteiden toteutumista ei seurata*

Lääninhallitukset ja etenkin Terveystenhuollon oikeusturvakeskus ovat valvoneet aktiivisesti hoitotakuun toteutumista. Valvontaviranomaisten päähuomio on kohdistunut lähinnä odotusaikojen ja toimenpidejonojen seurantaan. Lainsäädäntö edellyttää myös, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on seurattava ja valvottava yhdessä alueensa kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäisiä lääketieteellisiä hoidon perusteita myös käytetään. Tarkastushavainnot kuitenkin osoittivat, että sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä ja terveyskeskuksissa kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä ei seurata eikä valvota. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön ja valvontaviranomaisten pitäisi kiinnittää myös tähän asiaan huomiota.

*Hoitotakuuseen liittyvien kanteluiden tilastointikäytännöissä suurta vaihtelevuutta*

Julkisuudessa on esitetty, että hoitotakuu on lisännyt valvontaviranomaisille tehtyjä kanteluita ja kantelut tulevat myös jatkossa kasvamaan. Tarkastushavainnot osoittivat kuitenkin, että hoitotakuuseen liittyviä kanteluita oli tehty vähän. Kanteluiden vähäinen määrä voi johtua siitä, että tarkastusajankohtana hoitotakuu oli ollut voimassa vasta runsaat kaksi vuotta. Lisäksi tarkastushavainnot osoittivat, että kanteluiden tilastoinnissa oli eroja lääninhallitusten välillä. Tarkastusvirasto näkeekin, että hallintokanteluiden tilastointikäytäntöjen yhtenäistäminen ja kehittäminen mahdollistaisivat yhden arvokkaan tietolähteen hoitotakuun toteutumisen seurantaan. Tilastointia varten ei tarvitse rakentaa raskasta tiedonkeruujärjestelmää, vaan tiedot voidaan kerätä yhtenäisellä internet-pohjaisella lomakkeella. Lomakkeen laadinta ja hallintokanteluita koskevien seurantatietojen julkaiseminen voisivat kuulua Terveystieteiden tutkimuskeskukseen.

*Julkisten terveystieteiden lisääminen ei vähentänyt yksityislääkärikäyntien korvauksia*

Kansaneläkelaitoksen linjauksen mukaan korvausjärjestelmä ei vaikuta hoitopäätösten tekoon. Tarkastushavaintojen mukaan näin ei kuitenkaan käytännössä ole. Osa kiireettömän hoidon perusteista on sellaisia, ettei hoidon arviointi edellytä hoitopäätöstä valmistelevia tutkimuksia, vaan hoitopäätös voidaan tehdä normaalin lääkärintervuotokäynnin puitteissa.

Hoitotakuu ei ole vähentänyt yksityislääkäripalvelujen käyttöä. Päinvastoin, vuosina 2005–2006 yksityislääkärikäyntien korvaukset nousivat 62,5 miljoonasta eurosta 63,4 miljoonaan euroon. Korvausten kasvu voi johtua osin siitä, että julkisen terveydenhuollon pitkät jonot kanavoivat kansalaisia käyttämään kalliimpia yksityisen sektorin tarjoamia terveydenhuollon palveluja. Yksityislääkäripalvelujen käytön kasvun taustalla voi olla myös yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden erilainen käyttö julkisella ja yksityisellä sektorilla. Jos henkilö ei saa haluamaansa hoitoa julkiselta sektorilta ja yksityisellä sektorilla ei valvota yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden käyttöä, tällöin henkilö voi saada haluamaansa hoitoa helpommin yksityiseltä sektorilta. Tarkastusviraston katsookin, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selvittää Kansaneläkelaitoksen kanssa, miten yksityislääkärit käyttävät yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita. Näin edistettäisiin sitä, että ihmisten yhdenvertaisuus hoidon arvioinnissa toteutuisi sekä julkisella että yksityisellä puolella.

### *Sairauspäiväraahakorvaukset eivät supistuneet*

Tarkastuksen perusteella voidaan todeta, että sairauspäiväraahakorvaukset ovat jatkaneet kasvuaan hoitotakuun voimassaoloaikana. Hoitotakuu lain-säädännön tavoitteena ollut sairauspäivärahojen supistuminen, ei ole siten toteutunut. Julkisten palvelujen lisääntynyt tarjonta ei ole vähentänyt yksityisen lääkäriasemien tutkimusten ja hoitojen käyttöä. Erityisesti tämä on näkynyt tutkimusten määrässä ja maksetuissa korvauksissa. Sairasvakuutuksen korvaustaso ei ole muuttunut, mutta kalliimpia tutkimuksia mm. magneettikuvauksia käytetään nyt vanhoja radiologisia tutkimuksia useammin. Toisaalta radiologioiden vähäinen määrä, jonot ja yksityisen sektorin tukeminen voi pahentaa edelleen julkisen sektorin radiologipulaa, mikä lisää myös yksityissektorin käyttöä. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveysministeriön tulisi seurata, miten hoitotakuulaki vaikuttaa Kansaneläkelaitoksen korvaamien tutkimusten ja hoitojen korvauksiin.

### *Hoitotakuulainsäädäntö ei huomioi jatkohoitoa*

Hoitotakuulainsäädännössä ei ole määritelty sairauksien jälkihoidolle enimmäisaikoja. Tästä aiheutuva ongelma kulminoituu käytännössä erityisesti kuntoutuksen ja sairaalasta jatkohoitoon siirtymisen kohdalla. Kalliiden leikkausten vaikuttavuus heikkenee, jos potilas ei pääse toivotussa ajassa kuntoutukseen. Toisaalta jos jatkohoitoon siirtymisessä on viiveitä eli potilaita ei kyetä siirtämään kotiin tai terveyskeskuksen vuodeosastolle, ei sairaala myöskään kykene ottamaan vastaan uusia potilaita. Vaikeudet yhdessä hoitoprosessin osassa heijastuvat myös hoitoprosessin muihin osiin. Tällä on vaikutusta hoitotakuun enimmäisaikatavoitteissa pysymiseen.

Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee hoitotakuun toteuttamista koskevassa ohjauksessa painottaa jatkohoidon toimivuutta.

### *Hoitotakuun valmistelussa ei otettu huomioon, miten laki vaikuttaa jatkohoidon järjestämiseen*

Hoitotakuulaki osoitti myös, että terveydenhuoltojärjestelmä on kietoutunut monisyisesti sosiaalihuoltoon. Muutokset terveydenhuoltojärjestelmässä vaikuttavat myös sosiaalihuoltoon. Osa erikoissairaanhoidon kotiutettavista potilaista tarvitsee myös sosiaalihuollon palveluja. Tämä tuli tarkastuksessa selkeästi näkyviin jatkohoidon järjestämisessä. Hoitotakuulainsäädännössä ei kuitenkaan huomioida jatkohoitoa.

Tarkastuksen havainnot osoittivat, että jononpurku ja hoitotakuun voimaantulo näkyivät myös jatkohoidon tarpeen lisääntymisenä esimerkiksi kuntien kotihoidossa (kotisairaanhoidossa ja/tai kotipalveluissa) ja kuntoutuksessa. Kunnat eivät kuitenkaan varautuneet riittävästi jatkohoidon järjestämiseen, vaikka useimmissa sosiaali- ja terveyslautakunnissa oltiin tietoisia hoitotakuun vaikutuksesta vuodeosastojen, kotisairaanhoidon ja kuntoutuksen toimintaan.

Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriö ei kiinnittänyt riittävästi huomiota perusterveydenhuollon jatkohoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen hoitotakuun valmisteluvaiheessa, eikä ministeriö ole kiinnittänyt siihen huomiota myöskään hoitotakuun voimassaoloaikana. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan hoitotakuun vaikutusten arviointi edellyttää huomion kiinnittämistä myös sosiaalihuollon kustannuksiin ja toimintaan.

#### *Hoitotakuun tavoite ja väline ovat osin ristiriidassa keskenään*

Hoitotakuulla pyritään yhdenmukaistamaan kiireettömän hoidon tarpeen arviointia ja hoitokäytäntöjä. Tavoitteena on, että ihmisiä kohdellaan yhdenvertaisesti riippumatta siitä, missä he asuvat tai kuinka vanhoja he ovat. Hallituksen esityksessä hoitotakuulaeiksi korostettiin yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden olevan väline, jolla potilaiden yhdenvertaista kohtelua voidaan edistää. Edelleen korostettiin sitä, että hoitoaikaa valittaessa tulisi ottaa huomioon myös muun muassa potilaan henkilökohtaiset olosuhteet kuten työkyvyn palautuminen sekä perheeseen ja sosiaaliseen tilanteeseen liittyvät asiat. Tarkastusviraston näkemyksen mukaan lainsäädäntö antaa tällöin mahdollisuuden sille, että työikäinen henkilö pääsee eläkeikäistä nopeammin hoitoon. Lain tavoitteet ovat tältä osin ristiriidassa. Tarkastushavainnot osoittivat myös, että kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin liittyy useita subjektiivisia elementtejä. Valtiontalouden tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön on kiinnitettävä huomiota siihen, ettei lainsäädäntöön sisälly ristiriitaisuuksia.

# Lähteet

---

## 1. Lait, asetukset ja muut normit

A 607/1983 Sosiaalihuoltoasetus

Eduskunnan vastaus 94/2004 vp. – HE 77/2004 vp. Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

EY N:o 1408/71 Neuvoston asetus sosiaaliturvajärjestelmien soveltamisesta yhteisön alueella liikkuviin palkattuihin työntekijöihin ja heidän perheenjäseniinsä, 14.6.1971

He 77/2004 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

L 66/1972 Kansanterveyslaki

L 710/1982 Sosiaalihoitolaki

L 1062/1989 Erikoissairaanhoidonlaki

L 733/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta

L 785/1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

L 1147/1996 Kuntien valtionosuuslaki

L 1150/1996 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta

L 1508/2001 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 5 ja 6 §:n muuttamisesta

L 716/2002 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta

- L 498/2003 Laki kansanterveyslain 23 §:n muuttamisesta
- L 499/2003 Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta
- L 1309/2003 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n muuttamisesta
- L 855/2004 Laki kansanterveyslain muuttamisesta
- L 856/2004 Laki erikoissairaanhoidon lain muuttamisesta
- L 857/2004 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta
- L 858/2004 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta
- L 1224/2004 Sairausvakuutuslaki
- L 566/2005 Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista
- L 1113/2005 Laki sairausvakuutuslain muuttamisesta
- L 1114/2005 Laki työnantajan sosiaaliturvamaksusta annetun lain muuttamisesta
- L 1128/2005 Laki tuloverolain muuttamisesta
- L 1253/2005 Laki terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain 1 §:n muuttamisesta
- L 1254/2005 Laki kansanterveyslain muuttamisesta
- PL 731/1999 Perustuslaki
- Vna 1282/2000 Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta
- Vna 576/2002 Valtioneuvoston asetus tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen maksettavan valtionavustuksen myöntämisperusteista

Vna 798/2002 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuonna 2003

Vna 807/2003 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuonna 2004

Vna 854/2004 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuonna 2005

Vna 1019/2004 Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä

Vna 754/2005 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuonna 2006

Vna 779/2006 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon voimavaroista vuonna 2007

## 2. Kirjalliset lähteet

COM (97) 102 final, 12.3.1997. Communication from the commission. Modernising and improving social protection in the European union.

COM (2001) 732, 5.12.2001. Komission tiedonanto neuvostolle, Euroopan parlamentille, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle sekä alueiden komitealle: Terveyden- ja vanhustenhuollon saatavuus, laatu ja taloudellinen kestävyys tulevaisuudessa.

Etelä-Suomen lääninhallitus (2007). Terveydenhuollon kantelut Etelä-Suomen lääninhallituksen Helsingin palveluyksikössä vuosina 1998–2005. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 114, Helsinki.

Hanning Marianne (1996). Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden. Health Policy 36 (1996) 17–35.

Hanning Marianne ja Spångberg Ulrika Winblad (2000). Maximum waiting time – a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times. Health Policy 52 (2000) 15–32.

Heiliö Pia-Liisa, Kattelus Mervi, Kaukonen Olavi, Kumpula Anne, Narikka Jouko, Sintonen Harri ja Ylipartanen Arto (2006). Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä, Helsinki.

Heinämäki Ritva, Voipio-Pulkki Liisa-Maria, Mäenpää Tiina ja Kaila Minna (2007). Kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet. Paikallinen käytäntö ohittaa usein valtakunnalliset kriteerit. Suomen Lääkärilehti 2007; 43: 4019–4023.

Hyrykangas-Järvenpää Pirkko (2007). Terveystieteiden ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Suomen Lääkärilehti 2007; 57: 427–430.

Häkkinen Unto (2003). Onko terveydenhuolto kriisissä? Talous & Yhteiskunta 1, 31–36.

Isolauri Jouko (2001). Terveystieteiden huolto 2000-luvulle. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja saatavuus maan eri osissa 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2000:21, Helsinki.

Isäntä ja renki vaihtuivat matkalla (2007). Suomen Lääkärilehti 2007; 45: 4188–4189.

Itälä Timo (2006). Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden seurannan määritys- ja toteutushankkeen loppuraportti. Stakes, Työpapereita 19/2006, Helsinki.

Jansson Marianne (1999). Hoitosuositukset ja tietojärjestelmät ammattilaisten aseiksi priorisointiin – mutta ratkaistaanko niillä rahoituskriisi? Suomen Lääkärilehti 1999; 7, 828–829.

Jouttimäki Riitta-Maija (2005). Hoitotakuu koskee myös kuntoutusta. Avain 5/2005.

Kansaneläkelaitos (2005). Lääkäreille, hammaslääkäreille ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille. Yhtenäiset hoitoon pääsyn perusteet ja sairaanhoitokorvaukset 3/322/2005.

KOM (99) 347. Yhteinen strategia sosiaalisen suojelun uudistamiseksi.



KOM (2004) 304, 20.4.2004. Komission tiedonanto neuvostolle, Euroopan parlamentille, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle sekä alueiden komitealle: Sosiaalisen suojelun uudistaminen laadukkaan, helposti saatavilla olevan ja kestäväen terveydenhoidon ja pitkäaikaishoidon kehittämiseksi: kansallisten strategioiden tukeminen avoimen koordinaatiomenetelmän avulla.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet: Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995–1998 (1994). Helsinki.

Kuosmanen Päivi, Melkin Pentti, Rajala Tuija ja Sihvonen Maarit (2004). Kunnat erikoissairaanhoidosta sopimassa. Kunnallisalan kehittämissäätö KAKS. Vammalan kirjapaino, Vammala.

Lattimer Val, George Steve, Thompson Felicity (1998). Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out-of-hours primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 1998;31:1054–59.

Lissabonin päätelmät 2000.

Liukko Matti, Hakonen Ulla-Riitta, Pajunen Riitta ja Jaakkonen Kaisa (2000). Pääseekö hoitoon? Potilaiden ja lääkäreiden arviot hoidon saatavuudesta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Hoitotakuukokeilut raportti 4. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Luostarinen Heli, Paakkanen Esa, Riekkinen Annamari, Mykkänen Juha ja Laitinen Pertti (2005). DGR (Diagnosis Related Groups) – sovellusraportti. SerApi-hanke. Kuopion yliopisto 2005.

Luottamusmiehet saivat oppia hallinnon koulutuksessa "Säilytä stoalainen tyyneys". *Suomen Lääkärilehti* 2006; 48: 5102–5103.

Lääkäriseura Duodecim koollekutsuma priorisointineuvottelukunta 1997.

Mikkola Hennamari (2006). Hoitotakuu. Stakesin asiantuntijoiden vastauksia kysymyksiin vanhustenhuollosta ja hoitotakuusta. *Stakes, Työpapereita* 23/2006.

Mikkola Hennamari, Peltola Mikko, Pekurinen Markku, Tuominen Ulla, Kapiainen Satu, Malmivaara Antti ja Nylander Olli (2008). Jonotetut leikkaukset Suomessa 1998–2006 – hoitotakuun vaikutusten arviointia. Teoksessa Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola ja Ulla Tuominen (toim.) Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008, 39–69.

Narrikka Jouko (toim.) (2006). Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö ja rahoitus 2006, Helsinki.

Nikkarinen Tuuri ja Brommels Mats (1998). Käytännöstä teoriaan – ja takaisin: Hoitosuositukset terveydenhuollon laadun kehittämisstrategiana. *Duodecim* 114:142–149.

Nummenmaa Juho (2007). Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärityö. *Acta electronica Universitatis tamperensis*, 587, Tampereen yliopisto. <http://acta.uta.fi>

OECD (2005). *OECD Reviews of Health Systems. Finland*. OEDC, Paris.

Parmanne Piitu ja Vänskä Jukka (2006). Lääkärivaje ja ostopalvelut kasvoivat edelleen. *Suomen Lääkärilehti* 2006; 49–50: 5199-5203.

Pekurinen Markku (2005a). Hoitotakuun taloudellisten vaikutusten ennakoimista. *Suomen Lääkärilehti* 2005; 11, 1303–1307.

Pekurinen Markku (2005b). Hoitoon pääsyn turvaaminen taloudellisten vaikutusten arviointia. Teoksessa Jan Klavus (toim.) *Terveydenhuollon taloustiede 2005*. Stakes, Aiheita 3/2005, 47–51.

Pekurinen Markku (2007). Terveydenhuollon menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä. Julkaisussa *terveydenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, 9-67.

Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari ja Tuominen Ulla (toim.) (2008a). Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008.

Pekurinen Markku, Mikkola Hennamari ja Tuominen Ulla (toim.) (2008b). Hoitotakuun kolme ensimmäistä vuotta – Yhteenveto hoitotakuun keskeisistä taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista. Teoksessa Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008, 7-12.

Puhakka Markku, Ryytänen Olli-Pekka, Palomäki Pertti, Anttonen Veijo, Jukola Risto ja Takala Jorma (2006). Lähete erikoissairaanhoidon. Lääkäripaneelin arvio läheteiden laadusta, seuraamuksista ja niiden tuottamasta hyödyistä potilaalle. Suomen Lääkärilehti 2006; 49-50: 5205-5209.

Punnonen Heikki (2007). Siirtoviivemaksu saivat aikaan haluttuja tuloksia – ja kumuuttivat pahasti vain harvoja kuntia. Sairaalaviesti 3/2007.

Rauhala Auvo ja Linna Miika (2007). Diagnoosien kirjaaminen erikoissairaanhoidossa – kuvaavatko tilastot, hoito- vai kirjauskäytäntöjä? Suomen Lääkärilehti 2007;32:2785–2790.

Roine Risto P, Kaila Minna, Nuutinen Matti, Mäntyranta Taina, Nuutinen Lauri, Auvinen Ossi ja Mustajoki Pertti (2003). Käypä hoito -suositusten toimeenpano erikoissairaanhoidossa. Duodecim 2003;119(5):399–406.

Ryytänen Olli-Pekka (2005). Pisteillä hoitoon. Jonouttamisen tilalle uusi priorisointijärjestelmä. Duodecim 2005;121;349–50.

Ryytänen Olli-Pekka ja Myllykangas Markku (1996). Miten priorisoidaan terveydenhuoltoa. Suomen Lääkärilehti 1996; 35:3767.

Sariola Suvi (2007). Hoitotakuu lisäsi valituksilla uhkailua: "Tämä ei jää tähän". Suomen Lääkärilehti 2007; 17: 1710–1711.

SEC(2006) 1195/4. Suomen hallituksen vastaus. Komission tiedonanto terveyspalveluita koskeviin yhteisön toimiin liittyvästä kuulemisesta.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1996). Terveydenhuollon suuntaviivat. Julkaisuja 1996:16, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (1999). Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Julkaisuja 1999: 16, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001a). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM 125:00/2001, 13.9.2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001b). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen, hoidon saatavuuden parantaminen ja uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien käyttöön oton arviointi. Selvityshenkilöt: Marjukka Mäkelä ja Leena Niinistö. STM 125: 05/2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002a). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2002:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002b). Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Esitteitä 2002: 6, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a). Apuvälinepalvelujen laatusuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 2003:7. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveydenhuollon rahoitus, rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentuminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka, valtion ohjausjärjestelmien kehittäminen. Selvityshenkilöraportti. 15.1.2002. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2003c). Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:1, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004a). Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2006–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö, Monisteita 2004:16, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004b). Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:33, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004c). Terveydenhuollossa annettavan hoidon perusteiden laatimista ohjaava työryhmä. STM 006:00/2004, 26.2.2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004d). Terveydenhuollossa annettavan hoidon perusteiden laatiminen. STM 006:01, 21.4.2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004e). Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoima lokakuussa 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2004:1, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004f). Terveyskeskus toimivaksi. Kansallinen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2004:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005a). Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 2005:5, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005b). Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle kevään 2005 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2005: 17, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). Sosiaali- ja terveystietämys 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2006: 4, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). Kansallinen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriölle vuoden 2005 toiminnasta. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2006:13, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002–2007 toiminta. Helsinki.

Stakes (2002). Kannattaako kuntoutus. Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Stakes, Raportteja 267, Saarijärvi.

Stakes (2006a). Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Hyvinvointivaltion rajat –hanke. Helsinki.

Stakes (2006b). Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. SVT; Sosiaaliturva 2006.

Stakes (2007). Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2007. Yliopistopaino. Helsinki.

Stakes (2008). Terveysthuollon menot ja rahoitus vuonna 2006. Tilastotiedote 11. Stakes. [<http://www.Stakes.fi>]

Stakesin asettama Terveysthuollon priorisointiryhmä 1993–1994.

Statsrevisorerne (2007). Beretning om maksimale venterider på kræftbehandling, 5/2007.

TEO (2007a). TEO kiinnitti sairaalan huomiota liian kauan kestäneeseen leikkaukseen pääsyyn. Teo tiedottaa nro 7/2007, 10.5.2007.

TEO (2007b). TEO selvittää, miten sairaalat ja terveystakes julkaisevat jonotusaikansa hoitoon pääsemiseen. Teo tiedottaa nro 9/2007, 13.7.2007.

Tuominen Ulla, Pekurinen Markku ja Mikkola Hennamari (2008). Hoitotakuun toiminnalliset vaikutukset erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Markku Pekurinen, Hennamari Mikkola ja Ulla Tuominen (toim.) (2008a). Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008, 30–38.

Valtioneuvoston kanslia (2007). Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, Helsinki.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma -ohjelman toteutus ja vaikutus kunnissa. Tarkastuskertomus 40.

Vehviläinen Arto, Voipio-Pulkki Liisa-Maria, Pomell Risto, Myllymäki Kati ja Keikkala Sirkka (2006). Kansallisen terveysthankkeen toimijoiden itsearviointi hankkeen toteutumisesta perusterveydenhuollossa – tilanne vuonna 2006. Yleislääkäri 2007:8, 28–32.

Vihriälä Vesa (2007). Esipuhe. Julkaisussa Terveysthuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007. Valtioneuvoston kanslia.

Vohlonen Ilkka, Vehviläinen Arto ja Kinnunen Juha (toim.) (2003). Terveysturva ja sen rahoitus. Tuloksia tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 34. Kuopion yliopisto ja Efektia.

Wennberg John E (2002). Unwarranted variations in healthcare delivery: implications for academic medical centres. *BJM* 325: 961–964.

Yksityissektorin merkitys kasvanut. *Suomen Lääkärilehti* 2006; 51–52: 5388–5390.

### 3. Julkaisemattomat lähteet

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kirurgian toimialan jononpurku työryhmän raportti 2006.

Jononpurkuhankkeen seuranta 1.10–2002–31.12.2003. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 10.3.2004.

Kela, sähköposti 14.10.2007.

Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 28.11.2007.

Kuntaliitto, henkilökohtainen tiedonanto 13.12.2007.

Sairaanhoitopiirien jonotilanne huhtikuussa 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 10.2.2002.

Sairaanhoitopiirien vuoden 2005 siirtoviivemaksujen eli sakkopäivämaksujen yhteenveto, määrät ja osuudet sekä arviot toimivuudesta. Kooste Heikki Punnonen, Kuntaliitto, 23.5.2006. Sähköpostiviesti.

Sairaanhoitopiirien tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen myönnetyn valtionavustuksen käyttöselvitykset. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2002c). Tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen maksettavan valtionavustuksen hakeminen. DN:o 46/92/2002, Terveysosasto 5.7.2002.

Sosiaali- ja terveysministeriön kirje Terveysturvakeskukselle ja lääninhallituksille, 7.6.2007.

Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille osoittamat kyselyt 3.8.2005, 31.12.2005, 6.6.2006, 28.12.2006 ja 16.5.2007.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, lausunto 22.5.2008 Dnro 2434/00/002/08.

Tutkimus- ja hoitojonojen purkamiseen myönnetyn valtionavustuksen käyttö. Sosiaali- ja terveysministeriön muistioita 27.2.2003.

Stakes, henkilökohtainen tiedonanto 23.11.2007.

Stakes, henkilökohtainen tiedonanto 16.1.2008.

Stakes, henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2008.

Stakes. Hoitotakuun seurantatiedot ajalta 31.10.2007.

Stakes. Hoitotakuun seurantatiedot ajalta 31.12.2007.

Stakes. Hoitotakuun seurantatiedot ajalta 30.4.2008. Ennakkotieto.

Stakes, Hoitoilmoitusrekisteri.

Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005–2008.

Stakes, sähköposti 24.10.2007.

Stakes, sähköposti 11.1.2008.

Stakes, sähköposti 12.2.2008.

Stakes, sähköpostiviesti 9.6.2008.

#### 4. Internet-lähteet

<http://groups.stakes.fi/Chess/FI/tilastotuotteet/index.htm>. Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon hoivan menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2005.



[www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)>sosiaali ja terveys>sairaanhoidopiirit>katsaukset ja erillisselvitykset>Selvitys sairaaloiden erikoislääkärivajeesta

[www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)>työvälineitä Paras-uudistajille>palveluiden järjestäminen ja tuottaminen>PPP (Public-Private-Partnership) -malli

[www.kaupahoito.fi](http://www.kaupahoito.fi). Käypä hoito – käsikirja 2007.

<http://www.mmm.fi>>julkaisut>julkaisusarja>7/2006 Suomen maaseutu-tyypit 2006

[www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)> kuntatalous> harkinnanvaraiset avustukset vuonna 2007

[www.kunnat.net](http://www.kunnat.net)> kuntatalous> kuntatalouden tilastoja> kuntien tilinpäätökset vuonna 2006

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se). Socialstyrelsen (2008). Uppföljning av den nationella vårdgarantin.

<http://www.stakes.fi>. Kysely terveystieteille yleisterveydenhuollon hoitotakuun toteutumisesta huhtikuussa 2008.

[www.Stakes.fi](http://www.Stakes.fi). Tilastotiedote 13/2004. Kotihoidon laskenta 30.11.2003.

[www.Stakes.fi](http://www.Stakes.fi). Tilastotiedote 12/2006. Kotihoidon laskenta 20.11.2005.

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)>hankkeet>kansallinen terveydenhuolto- ja hoitoon pääsy> hoitoon pääsyn perusteet> hoitoon pääsyn perusteet tautiluokittain

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)>hankkeet>päättyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi>hankerahoitus>hankerahoitus 2003–2007>rahoituksen jakautuminen painoalueittain

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)>hankkeet>päättyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi>hankerahoitus>hankerahoitus 2003–2007>STM:n ja lääninhallitusten hankerahoitus vuosittain

[www.stm.fi](http://www.stm.fi)>hankkeet>päättyneet hankkeet>kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2004-2007> hoitoon pääsy>hoitotakuukartoitukset

[www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)> hoidon perusteet

www.vm.fi>valtion talousarvioesitykset

## 5. Haastattelut

### *Esiselvitysvaiheen haastattelut*

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, terveystieteiden osasto, 1.2.2007, 1 henkilö.

Etelä-Suomen lääninhallitus, terveystieteiden osasto, 7.2.2007, 1 henkilö.

Terveystieteiden tutkimuskeskus, 14.2.2007, 1 henkilö.

Lahden kaupunki, 18.2.2007, 2 henkilöä.

Kuntaliitto, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, 19.2.2007, 3 henkilöä.

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, yhtymähallinto, 5.4.2007, 1 henkilö.

### *Tarkastusvaiheen haastattelut*

#### *Sairaanhoitopiirit*

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri, 2.5.2007, 2 henkilöä.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 23.5.2007, 2 henkilöä.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri, 30.5.2007, 1 henkilö.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri, 6.6.2007, 7 henkilöä.

Satakunnan sairaanhoitopiiri, 11.6.2007, 2 henkilöä.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri, 13.6.2007, 2 henkilöä.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, 14.6.2007, 1 henkilö.

Lapin sairaanhoitopiiri, 19.6.2007, 5 henkilöä.

Vaasan sairaanhoitopiiri, 27.6.2007, 1 henkilö.

Kainuun sairaanhoitopiiri, 28.8.2007, 2 henkilöä.

### *Kunnat*

Mikkelin terveyskeskus, 6.6.2007, 3 henkilöä.

Joroisten terveyskeskus, 7.6.2007, 2 henkilöä.

Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä, 11.6.2007, 5 henkilöä.

Ylitornion terveyskeskus, 12.6.2007, 4 henkilöä.

Tornion terveyskeskus, 13.6.2007, 1 henkilö.

Porin terveyskeskus, 15.6.2007, 1 henkilö.

Kemijärven terveyskeskus, 18.6.2007, 2 henkilöä.

Rovaniemen terveyskeskus, 19.6.2007, 3 henkilöä.

Lapinlahden terveyskeskus, 4.9.2007, 1 henkilö.

Kuopion terveyskeskus, 5.9.2007, 1 henkilö.

Riihimäen seudun terveyskeskus, 7.9.2007, 2 henkilöä.

Kouvolan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä, 15.10.2007, 4 henkilöä.

Kainuun maakunta - kuntayhtymä, 24.10.2007, 4 henkilöä.

### ***Haastattelujen vastaukset saatu kirjallisesti***

Vaasan terveyskeskus, 17.9.2007.

Haapajärven terveyskeskus, 3.9.2007.

Lammi-Tuuloksen kansanterveystyön kuntayhtymä, 13.9.2007.

Raahan seudun terveyskeskus, 13.9.2007.

Kristiinankaupungin-Karijoen terveyskeskusten kuntayhtymä, 26.9.2007.

### *Asiantuntijahaastattelut*

Sosiaali- ja terveysministeriö, terveystalvosasto, 14.5.2007, 1 henkilö.

Kansaneläkelaitos, terveys- ja toimeentuloturvosasto, 5.11.2007, 2 henkilöä.

# Liitteet

---

## Liite 1. Sairaanhoitopiirien ja kuntien valintakriteerit

Tarkastuskohteiden valintaa ohjasi hoitotakuulle asetetut tavoitteet. Tarkastuskohteiden valinta suoritettiin kaksivaiheisesti ja valinnassa käytettiin viittä valintakriteeriä, jotka mahdollistivat alueellisen ja toimintatapa- ja koskevan vertailtavuuden. *Ensimmäisessä vaiheessa* jokaisesta Manner-Suomen läänistä<sup>200</sup> valittiin kaksi sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta Oulun ja Lapin läänejä, joissa kummassakin on vain kaksi sairaanhoitopiiriä. Oulun läänissä sijaitsee Pohjois-Pohjanmaan ja Kainuun sairaanhoitopiirit ja Lapin läänissä sijaitsevat Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiirit. Muiden sairaanhoitopiirien valintakriteereinä käytettiin sairastavuusindeksiä<sup>201</sup> ja terveydenhuollon (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito yhteensä) tarvevakioituja menoja<sup>202</sup>.

Etelä-Suomen läänistä valittiin sairaanhoitopiiri, jossa sekä sairastavuusindeksi että tarvevakioitu terveysmenoindeksi oli läänin alueella sijaitsevista sairaanhoitopiireistä korkein (asukkaat sairaampia ja nettoterveyshennot asukasta kohden suuremmat kuin koko maassa keskimäärin) ja sairaanhoitopiiri, jossa sekä sairastavuusindeksi että tarvevakioitu terveysmenoindeksi oli matalin (asukkaat vähemmän sairaampia ja nettoterveyshennot asukasta kohden pienemmät kuin koko maassa keskimäärin). Tarkastuskohteiksi valikoituivat Kymenlaakson ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirit.

---

<sup>200</sup> *Uudenmaan läänin sairaanhoitopiireistä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) jätettiin pois, koska (i)HUSin edustajaa haastateltiin jo esiselvitysvaiheessa, (ii) sen alueen väestö kattaa 27 % koko maan väestöstä ja (iii) se tarjoaa monissa vaativissa sairauksissa palveluja koko maan väestölle.*

<sup>201</sup> *Indikaattori ilmaisee kuinka tervettä tai sairasta kunnan väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon (= 100). Indeksi on ikävakioitu ja se rakentuu kolmesta rekisterimuuttujasta: työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus työikäisistä, kuolleisuus ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä. Indeksi on laskettu vuoden 2005 tiedoista. (Stakes, Indikaattoripankki SOTKANet 2005-2008).*

<sup>202</sup> *Tarvevakioidut terveysmenot esitetään indeksinä (koko maa = 100). Tarvevakioidut terveysmenot eivät sisällä asiakasmaksuja ja tiedot ovat vuodelta 2005. (Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon hoivan menot ja tarvekertoimet sairaanhoitopiireittäin ja kunnittain 2005. [Http://groups.stakes.fi/Chess/FI/tilastotuotteet/index.htm](http://groups.stakes.fi/Chess/FI/tilastotuotteet/index.htm)).*

Länsi- ja Itä-Suomen läänien sairaanhoitopiirien valinta oli hieman hankalampaa. Molemmissa lääneissä sairastavuusindeksin ja tarvevakiodun terveystoimien indeksin perusteella valikoituivat sairaanhoitopiirit olivat vain osittain erilaiset. Toimintatapojen vertailtavuuden ja taloudellisen näkökulman huomioon ottamisen perusteella sairaanhoitopiiriksi valittiin se sairaanhoitopiiri, jossa tarvevakiodun terveystoimien indeksin mukaan nettoterveyshennot asukasta kohden olivat korkeammat kuin muissa läänien sairaanhoitopiireissä. Länsi-Suomen lääninä edustaviksi sairaanhoitopiireiksi valittiin Vaasan ja Satakunnan sairaanhoitopiirit ja Itä-Suomen lääninä edustaviksi sairaanhoitopiireiksi Pohjois-Savon ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirit.

*Seuraavassa vaiheessa* kustakin tarkastettavasta sairaanhoitopiireistä valittiin kolmevaiheisesti sairastavuusindeksin, tarvevakiodun terveystoimien indeksin, väestömäärän ja kaupunkimaisuusasteen perusteella kaksi kuntaa. Ensimmäisistä valituista sairaanhoitopiireistä valittiin ne kunnat, joiden väkiluku vuoden 2005 lopussa ylitti 5 000 asukasta. Väkiluvun rajausta yli 5 000 asukkaan kuntiin perustui siihen, että kaikista valituista kunnista löytyy määritellyiltä kolmelta erikoisalalta riittävästi tilastoituja tapauksia.

Tämän jälkeen yli 5 000 asukkaan kunnista valittiin ne kunnat, jotka viisiportaisen kaupunki-maaseutujaon<sup>203</sup> mukaan oli luokiteltu joko kaupunkiseudun keskuskunniksi tai ydinmaaseudun kunniksi. Kainuun, Länsi-Pohjan ja Lapin sairaanhoitopiireissä ei kuitenkaan ollut yhtään yli 5 000 asukkaan ydinmaaseutua edustavaa kuntaa. Näistä sairaanhoitopiireistä maaseutua edustavaksi kunnaksi valittiin harvaan asuttuun maaseutuun luokiteltu kunta.

Lopuksi kaupunkien ja maaseutua edustavat kunnat valittiin kahdella tavalla. Jos sairaanhoitopiireissä oli väestömäärän ja kaupunkimaisuusasteen mukaan määritelyjen kriteerien jälkeen jäljellä enää vain yksi maaseutukunta (Kymenlaakso, Kanta-Häme ja Etelä-Savo) tai vain yksi kaupunkikunta (Etelä-Savo, Kainuu ja Lappi), kunnan vastinpariksi valittiin maaseutu-/ kaupunkikunnista se kunta, joka sai sairastavuusindeksillä ja tarvevakiodulla terveystoimien indeksillä mitattuna päinvastaiset arvot (sai-

---

<sup>203</sup> Neljäportaisessa kuntajaossa kunnat on jaettu kaupunkeihin, kaupungin läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun. Kuntajakoa perustuu vuoden 2005 kuntatilanteeseen (ks. tarkemmin <http://www.mmm.fi>>julkaisut>julkaisusarja>7/2006 Suomen maaseututyypit 2006)

rastavuus suurta/ vähäistä ja terveystenot keskimääristä alhaisemmat/ korkeammat). Jos valikoitavissa olevia maaseutu- ja kaupunkikuntia oli useampia, valittiin maaseutu- ja kaupunkikunta siten, että niiden saamat arvot sairastavuusindeksillä ja tarvevakioidulla terveystenoindeksillä olivat päinvastaiset.

**TAULUKKO 1. Sairastavuusindeksi, tarvevakioitu terveysmenoindeksi, väkiluku ja kaupunkimaisuusaste valituissa tarkastuskohdeissa vuonna 2005.**

Alueet lääni	toimijataso	väkiluku 31.12.2005	kuntajako	Valintakriteerit	
				sairastavuusindeksi (koko maa = 100)	tarvevakioitu terveysmenoindeksi (koko maa = 100)
Etelä- Suomen	shp	180 843		105,1	95
		168 381		98,4	91
	kunta	31 054	1	100,0	94
		16 930	2	107,6	90
		27 069	1	102,4	95
		5 612	2	96,3	86
Länsi- Suomen	shp	166 269		90,9	100
		226 971		97,6	92
	kunta	57 241	1	91,4	111
		7 662	2	89,9	103
		76 144	1	100,6	97
		7 673	2	94,9	99
Itä-Suomen	shp	250 064		120,8	97
		103 664		113,1	92
	kunta	90 726	1	112,5	103
		7 513	2	128,3	95
		46 514	1	104,1	95
		5 619	2	120,2	90
Oulun	shp	381 724		114,3	101
		81 585		118,7	84 <sup>z</sup>
	kunta	22 408	1	108,6	115
		7 882	2	136,0	86
		35 562	1	107,3	Ks. edellä Kainuu
		10 271	2	126,0	
Lapin	shp	66 538		111,3	100
		119 262		109,9	100
	kunta	22 297	1	100,4	98
		5 184	2	105,4	97

Lähde: Stakes, Indikaattoripankki SOTKAnet 2005-2008.



## Liite 2. Tarkastusaineistot

Tarkastuksen keskeisin aineisto muodostui haastatteluista, tilastoista ja kyselyistä. Seuraavassa esitetään yksityiskohtaisemmin tarkastusaineistoa. Tilastoaineiston osalta kuvataan myös tehdyt uudelleenluokitukset ja niihin liittyvät puutteellisuudet.

### *Tilastot*

Tilasto-aineistona on käytetty sosiaali- ja terveysministeriön keräämiä ja julkaisemia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitotakuukartoituksia sekä jononpurkuhanketta koskevia julkaisemattomia tietoja. Sosiaali- ja terveysministeriön sairaanhoitopiireiltä keräämien jononpurkuhanketta ja hoitotakuukartoituksia koskevien tietojen luotettavuutta ei voida pitää kuitenkaan hyvänä. Tämä johtuu muun muassa sairaanhoitopiirien tietojärjestelmien puutteista, sairaanhoitopiirien erilaisista jono määritelmistä ja tilastokäytännöistä. Vastuu hoitoon pääsyä koskevien seurantatietojen keräämisestä ja julkaiseminen siirtyi lokakuussa 2007 ministeriöltä Stakesille. Stakesin julkaisemat jono- ja odotusaikatiedot sairaanhoitopiireittäin ja erikoisaloittain ovat standardoitua ja vertailukelpoista tietoa<sup>204</sup>.

Stakesin hoitoilmoitusrekisteristä kerättiin tiedot hoidonvarauksen kautta erikoissairaanhoidon saapuneiden 15 vuotta täyttäneiden hoitajaksoista ortopedian, kirurgian, joille merkitty tehdyksi päätoimenpiteenä N-alkuisia toimenpiteitä, neurologian ja fysiatrian erikoisaloilta. Tiedot koskivat lähetteen antajaa, hoitoon pääsyn odotusaikaa, hoitoaikaa, hoidon tarvetta lähtiessä ja jatkohoitoa. Tarkastuksen piiriin kuuluneissa sairaanhoitopiireissä hoitajaksoja oli yhteensä 32 555 (58,5 % kaikista saapumistavoista). Hoitajakset sisälsivät julkisen sektorin ohella myös SairaalaOrtonin, Reumasäitiön sairaalan ja tekonivelsairaala Coxan.

Hoitoilmoitusrekisterin tiedot ovat myös puutteellisia. Tämä johtuu osin siitä, että sairaanhoitopiirit eivät merkitse omiin tietojärjestelmiinsä kaikkien potilaiden jonoon asettamispäivää, jolloin hoitoon pääsyn odotusajat on voitu laskea vain niille hoitajaksoille, joille jonoon asettamispäivä on merkitty. Sairanhoitopiirit eivät myöskään ole toimittaneet kaikkia jonotietojaan hoitoilmoitusrekisteriin<sup>205</sup>. Lisäksi moni sairaala merkitsee ortopediaa koskevan tiedon puutteellisesti. Tätä pyrittiin korjaamaan siten, että ortopedian ohella rekisteristä poimittiin myös sellaiset kirurgian eri-

<sup>204</sup> Stakes, sähköposti 11.1.2008

<sup>205</sup> Ks. esim. Mikkola Hennamari ym. (2008).

koisalan hoitajaksot, joissa päätoimenpiteeksi oli merkitty N-alkuiset toimenpiteet eli jokin tuki- ja liikuntaelinten toimenpide<sup>206</sup>. Tarkastuksessa tehdyissä analyyseissä ortopedian ja kirurgian, jolle tehty N-alkuisia toimenpiteitä, hoitajaksot on yhdistetty ja tästä yhdistetystä muuttujasta on käytetty nimeä ortopedia.

Kansaneläkelaitoksen rekistereistä on käytetty kuntoutus- ja sairausvakuutusrekisteriä. Kuntoutusrekisteristä poimittiin tiedot 16 vuotta täyttäneistä (N=6 957) ja sairausvakuutusrekisteristä 16–67-vuotiaista palvelujen ja korvausten saaneista (N=24 901). Koska kuntoutusrekisterissä kuntoutustoimenpiteiden saajat tilastoidaan vain sairausryhmittäin, määriteltiin ortopedian erikoisalaa kuvaaviksi muuttujiksi tuki- ja liikuntaelinsairausryhmästä nivelsairaudet, nivelrikot ja selkäsairaudet. Neurologian erikoisalaa kuvaaviksi muuttujiksi valittiin hermoston sairausryhmästä Alzheimerin tauti ja pesäkekovettumatauti. Kuntoutustoimenpiteistä tarkasteltiin fysioterapian ja toimintaterapian kustannuksia sairausryhmittäin.

Sairausvakuutusrekisteristä poimittiin tiedot korvatuista yksityisistä tutkimuksista ja hoidosta (sisältää radiologian ja fysioterapian) ja korvatuista yksityislääkärin palkkioista fysiatrian, neurologian ja ortopedian erikoisaloilta. Lisäksi tiedot poimittiin korvatuista matkoista. Matkakorvauksia tarkasteltiin sairaanhoitopiireittäin, koska sairausvakuutusrekisterissä tietoja ei tilastoida erikoisaloittain.

Tarkastuskunnista ja -sairaanhoitopiireistä pyydettyjä sakkomaksuja, kuntoutus- ja apuvälinemenoja ja ostopalveluja koskevia tietoja käytettiin vain suuntaa antavina. Tämä johtui siitä, että pyydettyjä tietoja ei saatu kaikilta tarkastuskohteilta ja erilaisista tilastointikäytännöistä johtuen tiedot eivät myöskään olleet vertailukelpoisia.

Tarkastusaineistoa koskevat tiedot poimittiin vuosilta 2001–2006 kuvaamaan hoitajajonon kehitystä 2000-luvulla. Vuosi 2001 kuvaa aikaa, jolloin hoitotakuu nousi poliittiseen keskusteluun. Jononpurkuhanke ajoitui vuosiin 2002–2003, jolloin jonoja purettiin projektiluonteisesti. Vuosi 2004 kuvaa valmistautumista hoitotakuun voimaantumiseen. Vuodet 2005–2007 kuvaavat hoitotakuun voimassaoloa. Joidenkin tietojen osalta tiedot alkavat vuodesta 2002 (kuntoutusrekisteriaineisto ja jonotiedot) ja yksityistä tutkimusta ja hoitoa koskevat tiedot ovat mukana vuodesta 2004 lähtien. Viimeisimmät hoitajajonoja koskevat tiedot ovat huhtikuulta 2008 ja viimeisimmät odotusaikoja koskevat tiedot ovat vuodelta 2007.

---

<sup>206</sup> *Stakes, sähköposti 24.10.2007*

### *Haastattelut*

Tarkastushaastattelujen kokonaismäärä oli 25, joista 10 oli sairaanhoitopiirien, 13 perusterveydenhuollon ja kaksi asiantuntijoiden haastatteluja. Haastatteluaineisto kerättiin lähettämällä haastateltaville kysymykset etukäteen.

Sairaanhoitopiirejä koskeva haastatteluaineisto kerättiin lähettämällä haastattelupyynnöksi sairaanhoitopiiriin johtajalle/ johtajaylilääkärille, joka kysymyslistan nähtyään sai päättää, keitä muuta haastatteluun osallistui.

Perusterveydenhuoltoa koskeva haastattelupyynnöksi lähetettiin terveyskeskuksen johtajana toimivalle lääkärille, mutta myös kuntien sosiaalitoimesta/ sosiaali- ja terveystoimesta vastaavalle johtajalle. Tähän päädyttiin, koska tarkastuksessa haluttiin saada esille myös sosiaalipuolen näkemys hoitotakuun mahdollisista vaikutuksista. Perusterveydenhuollon haastatteluihin osallistuvien valinta oli myös terveyskeskuksesta vastaavan johtajan päätettävissä. Sosiaalitoimen edustaja oli mukana seitsemässä haastattelussa.

Haastatteluihin osallistuvien määrä vaihteli yhdestä seitsemään. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden kesto vaihteli 1½ tunnista lähes 3½ tuntiin.

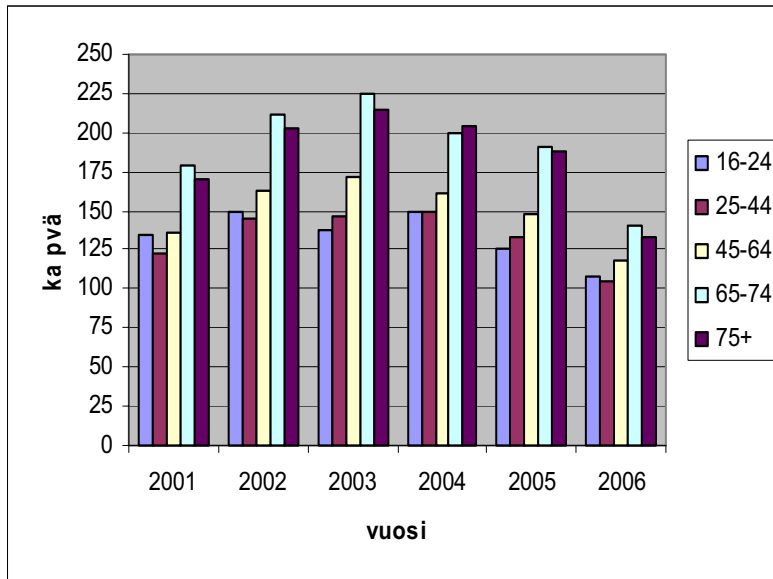
Asiantuntijoina haastateltiin Kansaneläkelaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajia. Kansaneläkelaitoksen asiantuntijoilta etsittiin tietoa lähinnä hoitotakuun vaikutuksista sairausvakuutusjärjestelmään ja sosiaali- ja terveysministeriön edustajalta saatiin tietoa hoitotakuulainsäädännön valmisteluvaiheista.

### *Kyselyt*

Kyselyillä kerättiin tietoa hoitotakuuseen liittyvistä kanteluista ja yhteydenotoista vuosilta 2005–2006. Kanteluita koskeva kysely kohdennettiin hoitotakuuta valvoville viranomaisille: lääninhallitukset lukuun ottamatta Ahvenanmaata ja Terveystieteiden tutkimuskeskus. Hoitotakuuseen liittyviä yhteydenottoja koskeva sähköpostikysely kohdennettiin tarkastuskuntien potilasasiamiehille. Vastausprosentti oli 89.

Perusterveydenhuoltoa koskevista haastatteluista viisi kerättiin kyselyllä. Terveyskeskuksen johtavana toimivalle lääkärille ja sosiaalitoimesta vastaavalle johtajalle lähetettiin sama perusterveydenhuoltoa koskeva kysymyslista, kun perusterveydenhuollon haastateltaville. Neljään kyselyyn vastaisi myös sosiaalitoimen edustaja. Kysymyksiin vastattiin hyvin lyhyesti ja ne tuottivatkin niukasti tietoa.

## Liite 3.

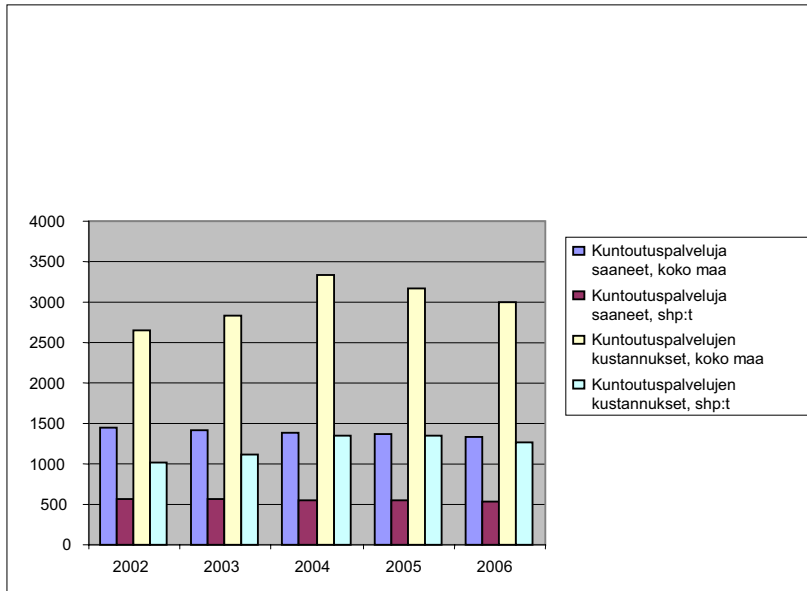


Lähde: Stakes, Hoitoilmoitusrekisteri.

**KUVIO 1. Hoidonvarauksen kautta ortopedian hoitojaksoille saapuneiden keskimääräinen hoitoon odotusaika ikäryhmittäin vuosina 2001–2006.**

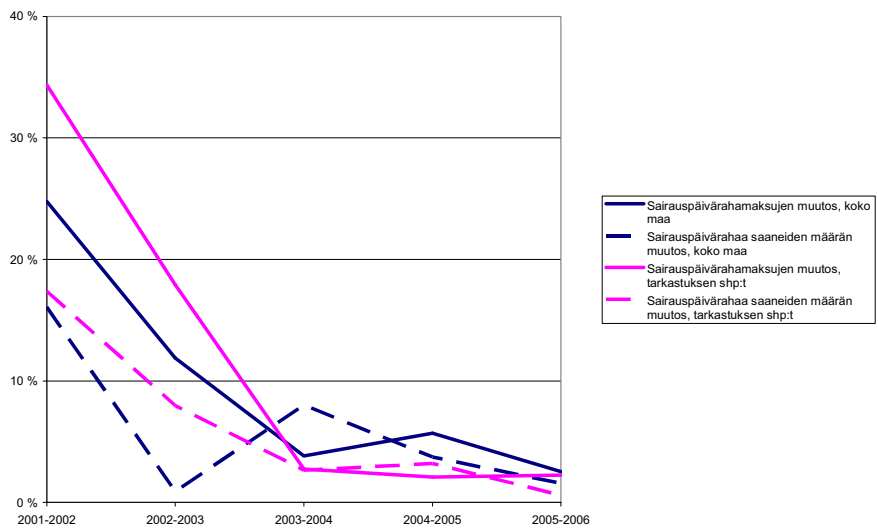
(Mukana vain ne hoitojaksot, joihin hoitoilmoitusrekisterissä oli merkitty hoitojonoon asettamispäivä).

## Liite 4.



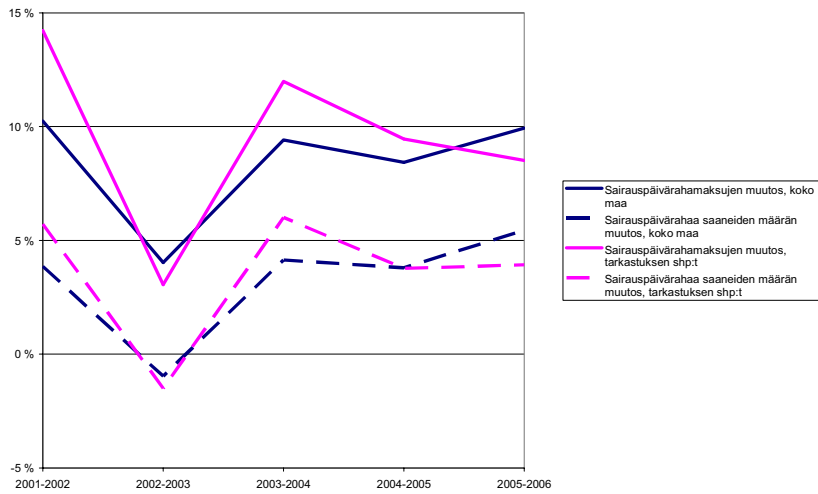
**KUVIO 2. Kuntoutuspalveluja saaneet ja kuntoutuspalvelujen kustannukset (1000 €) tuki- ja liikuntasairauksissa tarkastelluissa sairaanhoitopiireissä ja koko maassa vuosina 2002-2006.**

## Liite 5.



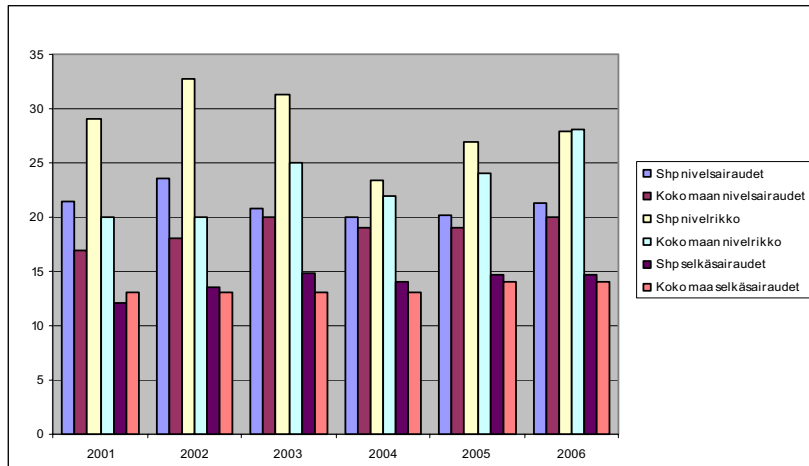
**KUVIO 3. Sairauspäivärahaa saaneiden ja sairauspäivärahamaksujen suhteelliset muutokset hermoston sairauksissa koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2001-2006.**

## Liite 6.



**KUVIO 4. Sairauspäivärahaa saaneiden ja sairauspäivärahamaksujen suhteelliset muutokset tuki- ja liikuntasairauksissa koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2001-2006.**

## Liite 7.



**KUVIO 5. Nivelsairauden, nivelrikon ja selkäsairauden keskimääräisen sairausloman pituus (pv) koko maassa ja tarkasteltavissa sairaanhoitopiireissä vuosina 2001-2006.**



## Toiminnantarkastukset vuodesta 2004 lähtien

- 67/2004 Säteilyn käytön valvonta
- 68/2004 Henkilöstön hankinta valtionhallinnossa
- 69/2004 Tuoteturvallisuusvalvonta
- 70/2004 Lentolisäjärjestelmä ja yhteyslentotoiminta Puolustusvoimissa
- 71/2004 Lasten ja nuorten psykiatrian valtionavustusmenettely
- 72/2004 Finpro ry:n toiminta
- 73/2004 Hansel Oy:n rakennejärjestelyt ja yhtiö osana valtion hankintatoimen strategiaa
- 74/2004 Ulkomaalaisviraston toiminta  
*– lähinnä toimintaprosessien näkökulmasta tarkasteltuna*
- 75/2004 Geodeettisen laitoksen toiminta
- 76/2004 Viranomaistoiminta harmaan talouden ja talousrikollisuuden torjunnassa
- 77/2004 Korruptio  
*– riski kahdenvälisen kehitysyhteistyön tuloksellisuudelle*
- 78/2004 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 79/2004 Oikeusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 80/2004 Valtion ydinjätehuoltorahasto
- 81/2004 Kansanopistojärjestelmä
- 82/2004 Innovatiivisten toimien alueelliset ohjelmat
- 83/2004 Valtion liikelaitoksia koskeva tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 84/2004 Resurssien käytön tuottavuuden hallinta
- 85/2004 Alkoholivalvonta
- 86/2004 Tutkimus- ja kehittämistoiminta liikenne- ja viestintäministeriössä
- 87/2004 Jäteverotus
- 88/2004 Valtionavustuslain ohjausvaikutus
- 89/2004 Paikalliset toimintaryhmät maaseudun kehittäjinä
- 90/2004 Kansallisen metsäohjelman toimeenpano
- 91/2004 Luonnonmukaisen tuotannon tukeminen
- 92/2005 EU:n jäsenvaltioiden tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen jäljitysketjusta mukaan lukien 5 %:n tarkastusvelvollisuus

- 93/2005 Kihlakunnanvirastojen ja poliisin erillisyyksiköiden toimitilahankkeet
- 94/2005 Nuorisotoiminnan tukeminen
- 95/2005 Senaatti-kiinteistöjen kiinteistöhoitopalvelujen hankinnat  
– *puitesopimus*
- 96/2005 Asiantuntijapalveluiden käyttö puolustushallinnossa
- 97/2005 Työvoimakoulutuksen työllisyysvaikutukset
- 98/2005 Verosaatavien perinnän tehokkuus
- 99/2005 Korruption vastaisten mekanismien soveltamista käytännön kehitysyhteistyössä
- 100/2005 Hirvikannan säätelyjärjestelmä
- 101/2005 Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta
- 102/2005 Valtion asuntorahaston ulkoinen varainhankinta vuosina 1998 – 2003
- 103/2005 Ammatillisen koulutuksen kannustusraha
- 104/2005 Asuntomarkkinatiedon tuottaminen ja hyödyntäminen  
– *kuntien asuntomarkkinaselvitykset asumisen tarjontatukien suuntaamisessa*
- 105/2005 Puolustusministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 106/2005 Keksintötoiminnan edistämiseen myönnettyjen valtionavustusten käyttö
- 107/2005 Ympäristöministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 108/2005 Terveystieteellisen tutkimuksen erityisvaltionosuus
- 109/2005 Työvoimatoimistojen tehtävät työttömyysetuuksien hallinnoinnissa ja valvonnassa
- 110/2005 Ulosoton tietojärjestelmähanke
- 111/2005 Suomen ja Venäjän välinen velkakonversio
- 112/2005 Työllistämistukien työllisyysvaikutukset
- 113/2005 Maatalouden ympäristötuen erityistuet
- 114/2005 Maanmittauslaitoksen maanmittaustoimitukset
- 115/2005 Kuntien harkinnanvaraisten rahoitusavustusten myöntäminen ja käyttö
- 116/2005 Työhyvinvointi valtionhallinnossa
- 117/2006 Raha-automaattiavustukset kansansairauksien ennaltaehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaalihankinnoissa

- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely  
– *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulosohejaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli  
– *maakunnan kehittämISRahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus  
– *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahastojen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamismenettelystä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely  
– *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu
- 141/2007 Verotuet  
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*
- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen  
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut

- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)  
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjauksena
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulosoikeuden tila  
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveyden edistämisen määrärahalta toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus – liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella
- 167/2008 Hoitotakuu



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO

Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki

Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, [www.vtv.fi](http://www.vtv.fi)

ISBN 978-952-499-048-6 (nid.)