

9.4.2008

Dnro 3029/400/2008

EDUSKUNTA
Pohjoismaiden neuvoston
Suomen valtuuskunta
00102 Eduskunta

Viite: lausuntopyyntö 3.3.2008

LAUSUNTO JÄSENEHDOTUKSESTA POHJOISMAISEKSI TERVEYDENHUOLTOALUEEKSI (A 1426/välfärd)

Jäsen ehdotus yhteispohjoismaisen terveydenhuoltoalueen perustamiseksi kattaa neljä toiminnallista aluetta: 1) vapaan valinnan järjestelmä, 2) koulutus, 3) laadun parantaminen ja 4) yhteiset lääkeostot. Tässä lausunnossa käsitellään ensin yhteiseen terveydenhuoltoalueeseen liittyviä yleisluontoisia kysymyksiä ja sen jälkeen arvioidaan yksityiskohtaisemmin em. osa-alueita.

Pohjoismainen yhteistyö terveydenhuollon alueella

Yhteispohjoismainen terveydenhuoltoalue on jo monella tapaa olemassa. Pohjoismaisesta yhteistyöstä terveydenhuollon alueella sovittiin ensi kerran vuonna 1962 solmitulla ns. Helsingin sopimuksella. Sopimus edellytti yhteistyön tapahtuvan Pohjoismaiden neuvoston ja ministerineuvoston puitteissa. Sopimuksen pohjalta perustettiin Pohjoismainen terveydenhuoltokorkeakoulu NHV Göteborgiin (nykyisin Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap). Tilastointiyhteistyötä varten perustettiin vuonna 1966 NOMESKO, joka sai pysyvän tilastokomitean statuksen vuonna 1979. Pohjoismainen sosiaaliturvasopimus uudistettiin vuonna 1993 harmonisoimaan se ETA-sopimusten kanssa.

Pohjoismaiden kesken on voimassa lukuisia muitakin lakeja, asetuksia ja sopimuksia. Näistä voidaan mainita pohjoismaisten reseptien kelpoisuuden hyväksyntä 1977 alkaen, terveyden- ja sairaanhoito-henkilöstöön liittyvä sopimus eräiden terveyden ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien yhteensopivuudesta ja työmarkkinoista vuodelta 1982 (vahvistettu asetuksella 1994) sekä sopimus kunnallisesta yhteistyöstä yli rajojen vuodesta 1979 lähtien (mm. rajajoet ylittävät terveyspalvelut). Epävirallisena yhteistyömuotona mainittakoon vielä vuonna 1968 aloitetut pohjoismaisten terveyspääjohtajien vuotuiset tapaamiset.

Edellä mainittujen lisäksi Euroopan Unionin sisämarkkinat ja näihin liittyvät sitoumukset kattavat Pohjoismaista Suomen, Ruotsin ja Tanskan. Voidaankin kysyä, miksi ajaa terveydenhuoltoaluetta Pohjoismaihin, jos sama voidaan saada aikaan Euroopan Unionin ja erillissopimusten puitteissa? On kuitenkin oletettavaa, että sisällöllisesti Pohjoismailla voisi olla enemmän yhteisiä intressejä paitsi yhteisen toiminnan edistämiseksi niin myös yhteisiin toimiin Euroopan Unionin puitteissa. Tällaiseen yh-

teisen toiminnan edistämiseen ja yhteisiin toimiin Euroopan Unionissa voitaisiin hyvin kytkeä Norja, Islanti ja ehkä Baltian maatkin.

Euroopan Unionin ja kansainvälisen kaupan lainsäädännön kannalta pidemmälle menevät yhteistoimet Pohjoismaiden välillä voivat aiheuttaa velvoitteita kohdella myös muita kuin pohjoismaisia kaupallisia toimijoita samalla tavoin, purkaen siten erillisen terveydenhuoltoalueen merkitystä. Nämä yhteisiin markkinoihin ja kauppapolitiikkaan liittyvät kysymykset tulisi huomioida hyvin aikaisessa vaiheessa osana EU:n sisämarkkinapolitiikkaa sekä kansainvälisiä kauppaneuvotteluja, mikäli pohjoismaista terveydenhuoltoaluetta halutaan lähestyä nimenomaan markkinoiden ja vapaan liikkuvuuden näkökulmista.

Yhteistä terveysaluetta puoltaisi toisaalta se, että Pohjoismailla on jo runsaasti yhteisiä sopimuksia sekä yhteisymmärrys maiden palvelujärjestelmien luonteesta ja hajautetun hallinnon erityispiirteistä. Yhteispohjoismainen yhteistyö esimerkiksi lääkkeiden kustannus-vaikuttavuuden arvioinnissa, lääketerapioissa ja rokotetuotannossa voisi hyvinkin olla mielekästä. Oma kokonaisuutensa saattaisi olla myös pohjoinen yhteistyö etenkin saamenkielisten alueiden ja Lapin läänin osalta tai Suomen, Ruotsin ja Ahvenanmaan saaristojen alueella. Yhteistyötä voitaisiin pohtia myös kalliiden erityispalveluiden kohdalla, kuten sairaankuljetukset (päivystävät lääkärihelikopteri- ja ambulanssipalvelut), akuuttisairaanhoidon harvaan asutuilla saaristoalueilla ja Lapissa sekä harvinaisten tai vaativien sairauksien hoito, joissa hoito kannattaa keskittää. Jälkimmäisestä on jo esimerkkinä pienten lasten vaikeiden kallon ja kasvojen epämuodostumien leikkaushoito, joka on keskitetty Göteborgiin.

Sisällöllisessä yhteistyössä yhteistyömahdollisuuksia on enemmän, ja ne ovat kannatettavia myös vaikutettaessa Euroopan Unionin toimintaan. Tässä erityisesti terveyden edistämiseen liittyvät tiedot, toimet ja käytännöt ovat hyvä esimerkki. Kansanterveyskysymykset, joiden osalta pohjoismainen osamispohja ei ole erityisen syvä tai laaja, mutta joiden terveystieteellinen merkitys on suuri, ovat myös yhteistyön kannalta mielekkäitä. Toinen mahdollisuus on vahvistaa yhteistyötä erityisesti sellaisilla kansanterveyden alueilla, jotka ovat haasteellisia koko Euroopan Unionin kannalta, kuten alkoholipolitiikka sekä tietyt ravitsemuspolitiikkaan ja mainontaan puuttuvat toimet.

Vapaan valinnan järjestelmä

Vapaan valinnan järjestelmä hoitopaikan valinnassa yhteisen terveysalueen yhteydessä on ongelmallinen, sillä Pohjoismaissa vapaan valinnan järjestelmä ei ole toiminut lähtökohtaisesti asiakkaan valinnan vapauden pohjalta. Lähtökohtainen valinnan vapaus on ongelmallinen i) eriarvoisuuden kannalta, ii) palveluiden tarpeisiin vastaamisen ja suunnittelun kannalta ja iii) palveluiden jatkuvuuden kannalta. Ei ole selvää tieteellistä näyttöä, että asiakkaan valinnanvapaus sinänsä edesauttaisi voimavarojen parempaa käyttöä. Valinnanvapaus lähtökohtaisena periaatteena johtaisi oletettavimmin hoitokapasiteetin tehostamiseksi käyttöön, sillä potilaiden valinnat eivät välttämättä kulje hoitokapasiteetin mitoituksen mukaisesti.

Pohjoismaissa sallitaan myös hoitoon hakeutuminen muihin maihin Euroopan Unionin lainsäädännön puitteissa, mikäli hoitoa ei kansallisesti voida riittävän lyhyessä ajassa taata. Valinnanvapauden järjestelmän sijaan voitaisiin Pohjoismaissa selvittää mahdollisuuksia yhteisten resurssien mielekkääseen käyttöön esimerkiksi erikoishoitajien tai erityisen kalliiden hoitojen osalta ohjaamalla Pohjoismaiden potilastapaukset yhteisesti sovittuihin vastuuyksikköihin. Tässä on kuitenkin kyse muusta yhteistyöstä

kuin vapaan valinnan järjestelmästä, koska tällöin voidaan joutua rajoittamaan potilaan valinnanvapautta sen suhteen, missä maassa hoito tapahtuu. On myös muistettava potilaan oikeus saada hoitoa omalla kielellään. Hoitoa voitaisiin tarjota myös asuinpaikkaan, kieleen tai muihin vastaaviin syihin perustuen esimerkiksi Suomen ruotsinkielisillä alueilla tai Ruotsissa ja saamenkielisille Ruotsissa tai Norjassa.

Koulutus

Yliopistokoulutuksen yhtenäistämässä on jo kansallisella tasolla koettu haasteita. Tulisi pohtia laajemmin, miten esimerkiksi erikoistumisessa voitaisiin hyödyntää muissa Pohjoismaissa tehtäviä opinto- ja työkaksoja. On myös muistettava nykyisen pohjoismaisen yhteistyön rooli ja merkitys kansanterveyden koulutuksessa. (NHV).

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön vapaa liikkuvuus Pohjoismaiden välillä on pitkään ollut varsin aktiivista. Lääkärien erikoistumiskoulutus on jo harmonisoitu EU:ssa. Terveydenhuoltohenkilöstön muun erikoistumiskoulutuksen yhtenäistämässä voidaan etsiä joko pohjoismaista tai eurooppalaista yhteistyötä tai pohjoismaista yhteistyötä EU:n puitteissa. Erityisosaamiseen ja harvinaisiin tauteihin liittyviin kysymyksiin on kiinnitetty huomiota Euroopan Unionissa, ja ne tulevat ajankohtaisiksi sovittaessa Unionin yhteisistä maiden rajat ylittävien terveyspalvelujen säännöistä. Tulisi pohtia myös sitä, miten yhteispohjoismaisia hankkeita voitaisiin tutkijankoulutuksessa hyödyntää nykyistä paremmin.

Laatu

Esimerkkeinä laadun parantamiseen tähtäävästä yhteistyöstä mainittakoon kansalliset syöpärekisterit, jotka ovat tehneet pohjoismaista yhteistyötä jo vuosikymmenet, samoin kuin NOMESKO -tilastoyhteistyö ja Pohjoismainen luokituskeskus, joiden kaikkien työ on vahva perusta laadun kehittämiseksi. Pohjoismainen yhteistyö terveydenhuollon laadunmittauksen alalla on organisoitu ministeriöveitaisesti vuonna 2007. Työ tehdään neljässä työryhmässä, joista Suomen vetovastuulla on suun terveydenhuollon laadunmittaus. Muut työryhmät käsittelevät potilasturvallisuusindikaattoreita (Ruotsi), potilastyytyväisyyttä (Norja) ja kliinisiä laatuindikaattoreita (Tanska). Nykyistä tiiviimpi pohjoismainen yhteistyö kliinisten hoitosuosituksen, hyvien käytäntöjen, lääkesuosituksen ja tiedon vaihdon harmonisoinnissa on periaatteessa mahdollista suhteellisen kevyin panostuksin, ja tätä tulisi aktiivisesti edistää. Yhteistyötä ja tiedon vaihtoa terveyden edistämässä voitaisiin myös lisätä nojautuen vahvemmin jo olemassa oleviin rakenteisiin ja mekanismeihin, kuten esim. Göteborgin NHV:n toimintaan.

Yhteiset lääkeostot

Yhteisten lääkeostojen kannalta laajempi ostopotentiaali, kilpailuttaminen ja yhteisostot olisivat mielekkäitä niin kansallisella kuin Pohjoismaiden tasolla. Geneeristen lääkevalmisteiden kohdalla tulee kuitenkin muistaa, että eri maissa patenttisuoja ja dokumentaatio suoja yksittäisille lääkkeille voivat poiketa merkittävästi toisistaan. Tämän seurauksena maat voivat saada joitakin lääkkeitä suhteellisesti halvemmalla kuin yhteisostot, jos nämä tehdään ottamalla huomioon kaikkien Pohjoismaiden patentti-

ja dokumentaatio-ajajat ja edetään pisimmän mukaan. Pohjoismaista yhteistyötä voisi silti miettiä niin yhteisten lääkeostojen kuin aikaisemmin mainitun yhteisen rokotetuotannon sekä erityisen kalliiden laitehankintojen muodossa. Yhteistyö turvaisi tällöin sellaisten palveluiden ja tuotteiden saatavuuden, joiden tuottaminen vain kansallisesti ei ole mahdollista tai mielekäästä.

Johtopäätökset

Stakes ei pidä yhteispohjoismaisen terveydenhuoltoalueen perustamista tarkoituksenmukaisena. Sen sijaan tulisi selvittää, missä määrin yhteisiä toimia voidaan yhtäältä harjoittaa Euroopan Unionin puitteissa ilman velvoitteita laajentaa yhteistoimintaa EU:n muihin maihin, ja toisaalta, milloin tavoitteiden kannalta olisi mielekkäämpää toimia suoraan EU:n puitteissa. Valinnanvapauden sijaan tulisi harjoittaa selkeämpää yhteistyötä nykyisten palveluorganisaatioiden puitteissa erityisen kalliiden hoitojen, harvinaisten tautien hoitojen sekä pohjoisissa ja saaristokunnissa annettavien palveluiden ja erityispalveluiden kohdalla. Pohjoismaisessa yhteistyössä tulisi myös vahvistaa kansanterveyteen liittyvää tiedonvaihtoa, kriittistä massaa tarvitsevia aloja, EU:n säätelyn haasteellisia aloja sekä terveydenhuoltohenkilöstön erikoistumiskoulutusta, tutkijakoulutusta ja NHV:n parempaa hyödyntämistä. Lopuksi Stakes huomauttaa, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa on pyritty ja tullaan edelleen pyrkimään entistä kiinteämpään ja saumattomampaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöhön.

Tämä lausunto on käsitelty Stakesin johtoryhmässä 9.4.2008.

Pääjohtaja

Vappu Taipale

Ylijohtaja

Mauno Konttinen