

# Sitran lausunto terveydenhuoltolakia käsittelevästä lakiluonnoksesta

---

Sitran lausunto Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietinnöstä nro 2008: 28.

7.11.2008

7.11.2008

Julkinen

## Sisältö

1 Yleistä .....	3
2 Lain periaatteelliset lähtökohdat.....	4
3 Lain tarkoitus.....	5
4 Yhdenvertaisuuden toteutuminen.....	6
5 Optimoitu tuottaminen.....	8
6 Järjestäjän, tilaajan ja tuottajan roolit .....	9
7 Isännättömän rahan ongelma.....	10
8 Lain perustaminen järjestämisvastuulle piirimallin sijaan.....	11
9 Terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen saumattomuus .....	13
10 Kunnan kantokyvyn arviointi .....	14
11 Kansalaisen asema .....	14
12 Lain taloudelliset vaikutukset .....	16
13 Palvelusetelilain ja terveydenhuoltolain niveltäminen toisiinsa .....	17
14 Kiireellisen hoidon, ensihoidon ja valmiussuunnittelun toteuttaminen .....	17
15 Tiedonhallinnan uudistaminen.....	17
16 Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen.....	17
17 Lain sisällön kehittäminen.....	18
18 Vastaukset ja kommentit ministeriön pyytämiin kymmeneen kohtaan .....	19
18.1 Arvio ehdotetusta potilaan valinnanvapaudesta.....	19
18.2 Arvio ehdotetuista terveydenhuollon järjestämismalleista ja niiden soveltuvuudesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen .....	19
18.3 Arvio erityisvastuualueen (ERVA) yhteistyön kehittämis ehdotuksesta .....	19
18.4 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuiden lainsäädännöllisestä porrastamisesta. ....	20
18.5 Arvio ehdotetuista väestöpohjavaatimuksista .....	20
18.6 Arvio hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevien rakenteiden sääntelytarpeesta.....	20
18.7 Arvio ympäristöterveydenhuollon kytkennästä terveydenhuoltoon.....	20
18.8 Arvio työterveyshuollon kytkennästä terveydenhuoltoon .....	20
18.9 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja kehittämistä järjestävän lainsäädännön yhdistämisen tarpeellisuudesta .....	21
18.10 Arvio mahdollisista muista sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön yhdistämistarpeista. ....	21
19 Yhteenveto .....	21

7.11.2008

Julkinen

## 1 Yleistä

Sosiaali- ja terveysministeriö STM on pyytänyt lausuntoa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietinnöstä nro 2008: 28. Mietintö sisältää ehdotuksen kansanterveystalain ja erikoissairaanhoidon yhdistämiseksi uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Lakiehdotus on jaettu yhdeksään lukuun. Ministeriö pyytää erityisesti näkemyksiä kymmenestä määrittelemästään asiasta.

Alla oleva Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitran lausunto lähtee liikkeelle lain periaatteellisten lähtökohtien, lain tarkoituksen sekä nykytilanteessa vallitsevan yhdenvertaisuuden puutteiden analyysistä. Niiden pohjalta pohditaan, miten palvelujen uudenlaisen järjestämistavan (sekä optimoidun tilaamisen ja tuottamisen) avulla voidaan saavuttaa kansantaloudellisesti nykyistä paremmat terveystulokset ottaen huomioon järjestäjän, tilaajan ja tuottajan muuttuvat roolit sekä isännättömän rahan ongelman välttäminen.

Edellä sanotun perusteella päädytään suosittamaan lain perustamista järjestämisvastuulle siten, että kaikkialla maassa varmistetaan mahdollisimman hyvät edellytykset terveyden kannalta eriarvoisuutta vähentävien järjestämissäätösten syntymiselle ja niihin liittyvien taloudellisten edellytysten ja terveysvaikutusten vahvassa hallinnassa pitämiseksi.

Tasapainoa terveydenhuoltoon käytettävien varojen ja suotuisten terveystulosten välillä ei voida lähivuosien kireässä kokonaistaloustilanteessa saavuttaa, ellei järjestämistapoja ja palvelurakenteita määrätietoisesti muuteta. Käytännössä tämä tarkoittaa keskittymistä toisaalta lähipalvelujen uudistamiseen ja toisaalta erikoispalvelujen tarjonnan merkittäviin muutoksiin. Isännättömän rahan käyttöä pitää välttää. Kuntien on etukäteen pystyttävä varmistamaan rahan riittävyys ja kohdentaminen siten, että jälkilaskuksilta ja budjettien ylityksiltä vältytään. Alkuvaiheessa tilausten mitoittaminen oikein tulee varmasti olemaan haasteellista, koska siihen ei ole totuttu, mutta pilotoinneista saadut kokemukset ja parhaat kansainväliset esimerkit osoittavat, että tilanne on hallittavissa, kunhan toimitaan johdonmukaisesti oikein. Sekä lähipalvelujen että erikoispalvelujen järjestämisessä auttaa osaltaan uuden palvelusetelilain toteuttamisen niveltäminen mahdollisimman hyvin yhteen tämän lain kanssa yhdeksi hyvin toimivaksi kokonaisuudeksi.

Akuuttien sairastumisten tai tapaturmien hoitojärjestelyt (kuten aivohalvaus, sydänkohtaukset ja vaikeasti loukkaantuneiden tapaturmauhrien hoito) on tarpeen järjestää valtakunnallisen järjestämissuunnitelman pohjalta, mikä merkitsee käytännössä sitä, että valtion on otettava järjestämisvastuu tältä osin. Myös joukkoseulontojen yhdenvertainen toteuttaminen ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisen asioinnin ohjaus edellyttää koko maan kattavaa yhteneväistä standardointia ja johtamista. Vain siten kustannustehokkuus pystytään optimoimaan ja eriarvoistavat yhteensopimattomuudet, päällekkäisyydet ja osaoptimoinnit välttämään. Näin ollen myös nämä asiat olisi tarpeen siirtää ministeriön johdettaviksi.

Edellä ehdotetut muutokset merkitsevät heijastusvaikutuksenaan opetuksen- ja tutkimustoiminnan järjestämisen kehittämistä vastaamaan tämän lain tarpeita. Tässä merkittävänä apuna tulee olemaan ministeriön alaisuudessa toimivien uusien asiantuntijalaitosten (THL ja Valvira) valjastaminen palvelemaan tämän lain tarkoitusta ja toteuttamista.

Ennen tämän lausunnon yhteenvetoa vastataan vielä lyhyesti ministeriön lausuntopyyntöä esitettyihin kymmeneen kysymykseen.

7.11.2008

Julkinen

## 2 Lain periaatteelliset lähtökohdat

Jokaisella hyvällä lailla on keskeinen, pohdinnan tuloksena kirkastunut lähtökohta, joka luo lain hengen. Uuden terveydenhuoltolain periaatteellisiksi lähtökohdiksi otetaan tässä lausunnossa Suomen Terveydenhuollon uusi tuleminen -seminaarissa (3.10.2008) esitetyt kaksi perussanomaa<sup>1</sup>: Ensimmäisen niistä esitti ministeri Risikko<sup>2</sup>, ja toisen professori Porter<sup>3</sup> Harvardista:

- *Risikko totesi, että ei ole eettisesti oikein alistaa väestöä ei-vaikuttaville terveystoimenpiteille, sekä että ainoa eettisesti kestävä keino priorisoida rajallisia rahoja on toimiminen vaikuttavuustutkimuksiin perustuen (A).*
- *Porter puolestaan katsoi, että tuotetun terveysarvon määrä on pyrittävä maksimoimaan käytettävissä oleviin varoihin suhteutettuna (B).*

Risikko ja Porter eivät ole mielipiteidensä kanssa yksin liikkeellä. Näyttöön perustuvista kansainvälisistä tutkimustuloksista on saatavissa paljon lisää evidenssiä näiden linjauksien taakse.

Eräs merkittävä käytännön toimija, joka on omaksunut edellä mainitut periaatteet lähtökohdakseen, on USA:ssa yli viittä miljoonaa veteraania palveleva VHA (Veterans Health Administration)-organisaatio, joka on osa liittovaltion hallintoa. Tämä organisaatio on saavuttanut edellä mainittujen periaatteellisten lähtökohtien kannalta katsoen merkittävää näyttöön perustuvaa edistymistä ja tuloksia. Vastaavaa näyttöä ei Suomesta ole tarjolla.

Kiteytys VHA:n vaikuttavuustuloksista (tai niiden surrogaattimittareista) käy ilmi mm. British Medical Journal -lehdessä julkaistusta artikkelista<sup>4</sup>. Vastaavasti kustannusten kasvuvertailu (verrattuna kuluttajan terveydenhuollon hintaindeksiin USA:ssa ja/tai Medicare-vakuutusyhtiön kustannuskehitykseen) on esitetty **kuvassa 1**. Kuvasta käy ilmi, että vaikuttavuustulosten jatkuva parantaminen on voitu toteuttaa pitämällä reaali kasvu aisoissa.

Ydinsanoma VHA:n menestyksestä on se, että Suomen väestön kokoista asiakkaiden määrää voidaan palvella siten, että alussa mainituista lain periaatteellisista lähtökohdista on pidetty kiinni: asiakaskunta on altistettu kattavaa sähköistä tiedonhallintajärjestelmää apuna käyttäen näyttöön perustuville vaikuttaville toimenpiteille, joiden kehittymistä voidaan tiedonhallinnan avulla seurata reaaliajassa, ja joiden aikaansaamiseen kannustetaan sekä asiakkaita että palveluntuottajia. Tämän aikaansaattavan terveysarvon määrää on onnistuttu jatkuvasti kasvattamaan (maksimoimaan) reaalikustannuksia nostamatta.

Näin tarkastellen ydinkysymys on, miten Suomen terveydenhuollon lakiuudistus tulisi toteuttaa, että edellä esitetyt periaatteet toteutuisivat myös meillä.

---

<sup>1</sup> Suomen terveydenhuollon uusi tuleminen; vaikuttajaseminaari, Finlandia-talo 3.10.2008, ks. aineisto ja broadcast-esitykset osoitteesta [www.sitra.fi](http://www.sitra.fi).

<sup>2</sup> Risikko P. Visio ja strategia muutoksen toteuttamiseksi – Suomen polku kustannusvaikuttavaan terveydenhuoltoon; Finlandia House 3.10.2008

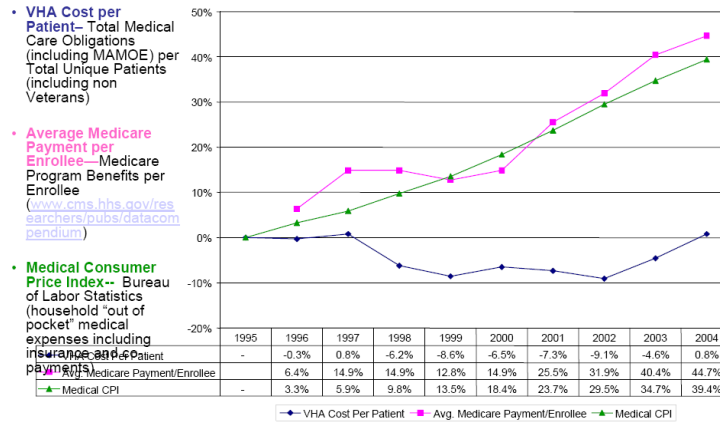
<sup>3</sup> Porter M. Keynote speech: Redefining health care; Finlandia House 3.10.2008

<sup>4</sup> Kerr EA and Fleming B. Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration. BMJ 2007; 335: 971–973

7.11.2008

Julkinen

### Ten Year Cumulative Percent Change in Costs - VA, Medicare, CPI



Lähde: Syed Tirmizi, MD, Veterans Health Administration

**Kuva 1** Ten Year Cumulative Percent Change in Costs

### 3 Lain tarkoitus

Jotta edellä esitetyt pääperiaatteet toteutuisivat, lain tarkoitukset on kirjattava näkyviin. *Lain tulee edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja siten vähentää eriarvoisuutta sekä edistää palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, lisäämällä laatua ja potilasturvallisuutta.* Koska kaikki nämä tarkoitukset ovat yhdenvertaisesti tärkeitä, lakiin tulisi määrätietoisesti sisällyttää myös riittävät ohjaus-, varmistus- ja valvontakeinot niiden toteutumisen turvaamiseksi. On ryhdyttävä toteuttamaan uudenlaista terveystuloksiin perustuvaa tarvelähtökohtaista terveydenhuoltoa.

Tuloksiin pääsemisen jouduttamiseksi ja kansalaisten/asiakkaiden/potilaiden oman aktiivisuuden voimistamiseksi *palvelut tulisi järjestää uudella asiakaskeskeisellä tavalla* ja lähteä tavoittelemaan sitä, että näiden kahden yhdistelmä (alussa esitetyt pääperiaatteet ja omaa aktiivisuutta parantava asiakaskeskeinen toimintatapa) voidaan taitavasti ja uudistushakuisesti toimien sisällyttää nyt tekeillä oleviin lainsäädännön uudistuksiin. Näin voidaan luoda edellytykset uudelta pohjalta toimivalle, eheälle palvelurakenteelle.

Edellä sanotun perusteella lain tarkoitus tulisi kirjata ehdotettua täydellisemmin. **Taulukkoon 1** on kirjattu rinnakkain työryhmän ehdotus ja Sitran ehdottama vaihtoehto.

7.11.2008

Julkinen

<i>Sitran ehdotus</i>	<i>Työryhmän ehdotus</i>
Lain tarkoituksena on	Lain tarkoituksena on
1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta	1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta
2. kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja	2. kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja
3. <b>toteuttaa</b> terveydenhuollon palvelujen ohjaaminen terveystuloksiin ja tarpeeseen perustuen	3. <b>vahvistaa</b> terveydenhuollon palvelujen <b>asiakslähtöisyyttä</b> ja <b>tarpeenmukaisuutta</b>
4. <b>parantaa palvelutarjonnan tuottavuutta</b>	
5. <b>auttaa valitsemaan kustannus-vaikuttavimmat vaihtoehdot</b>	
6. edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta laatua ja potilasturvallisuutta	4. edistää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta
7. järjestää <b>palvelut uudella asiakas-keskeisellä tavalla</b>	
8. luoda edellytykset toimivalle ja eheälle palvelurakenteelle vahvistamalla <b>lähipalveluja</b> sekä edistämällä toisalta <b>terveyden- ja sosiaalihuollon lähipalvelujen, erikoispalvelujen ja valtakunnallisesti järjestettyjen palvelujen saumatonta yhteistyötä.</b>	5. luoda edellytykset toimivalle ja eheälle palvelurakenteelle vahvistamalla <b>perusterveydenhuoltoa ja edistämällä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalihuollon saumatonta ja alueellista yhteistyötä</b>

**Taulukko 1** Lain tarkoitusta koskevien kirjausten vertailu

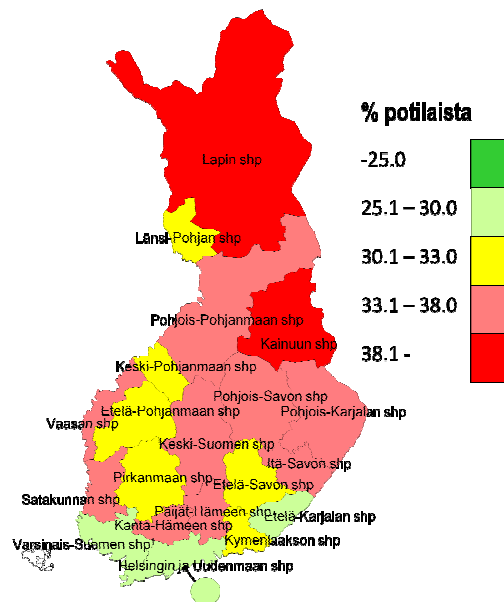
#### 4 Yhdenvertaisuuden toteutuminen

Eräs lain keskeisimmistä tavoitteista on *yhdenvertaisuuden lisääminen*. Tällä hetkellä tämä tavoite ei kunnolla toteudu, kuten alla esitetyt kaksi alueellisista hoitotuloksista kertovaa esimerkkiä osoittavat. Ne on poimittu kuluvan vuoden aikana julkistetusta Stakesin Perfect-aineistosta<sup>5</sup>. **Kuvat 2 ja 3**

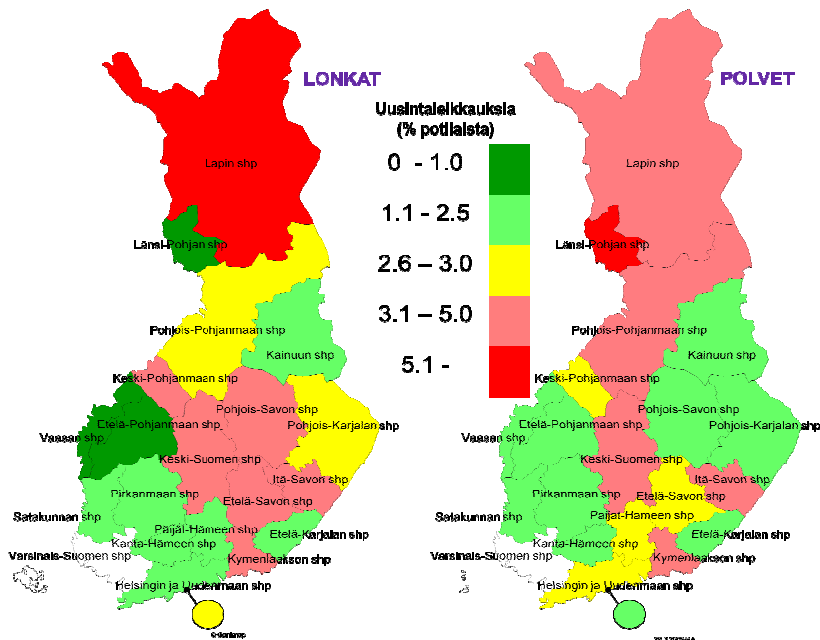
<sup>5</sup> <http://info.stakes.fi/perfect/FI/index.htm>

7.11.2008

Julkinen



**Kuva 2** Aivoinfarktipotilaiden 1. vuoden kuolleisuus tai uusinta, vuosien 2003–05 keskiarvot



**Kuva 3** Lonkan ja polven keinoonivelpotilaille suoritettujen uusintaleikkaukset primaaritoimenpiteen jälkeen sairaanhoitopiireittäin 2004–05

Yllä olevat esimerkit osoittavat, että *nykyisin käytetty piirimalli ei toimi eriarvoisuutta vähentäen*. Tätä ei voi sinänsä pitää yllättävänä, koska eri piirien voimavarat ja osaaminen poikkeavat suuresti toisistaan. Kuten jäljempänä esitetyistä esimerkeistä käy ilmi, *voimavarojen lisäämisellä ja hoitotuloksilla ei ole suoraa korrelaatiota keskenään*. Ongelmaa ei voida ratkaista pelkästään rahaa lisäämällä.

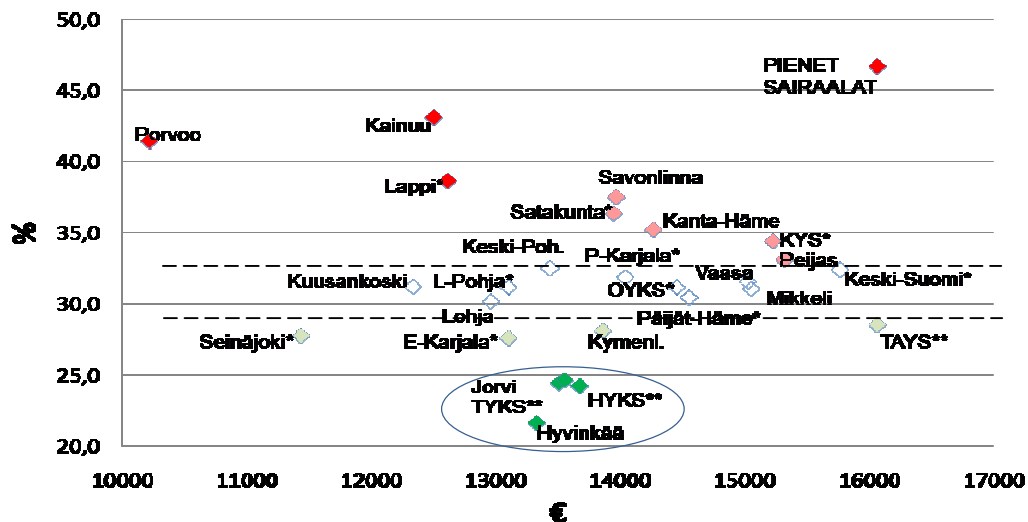
7.11.2008

Julkinen

## 5 Optimoitu tuottaminen

Kun katsoo kuvan 3 tuloksia, on vaikea ymmärtää, miksi esim. Itä-Savon, Kymenlaakson tai Lapin piirien potilaat eivät olisi yhtä oikeutettuja hyviin hoitotuloksiin kuin Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan piirien asukkaat. Merkittävä vaikutus sille, että juuri Vaasan ja Etelä-Pohjanmaan asukkaat ovat saaneet näin hyviä tuloksia, on keinonivelleikkaustoiminnan keskittämällä Seinäjoelle ja korkealaatuisen hoitoyksikön perustaminen sinne. Kun keinoniveliä nyt asetetaan kaikkiaan yli kuudessakymmenessä sairaalassa tai hoitolaitoksessa, ja kun toisaalta tiedetään, että *koko maan tarve voitaisiin tasalaatuisimmin ja kustannustehokkaimmin tyydyttää keskittämällä leikkaukset 5-8 keskuskeskseen*, tuntuu vaikeasti ymmärrettävältä, miksi palveluntuotantoa pitäisi edelleen jatkaa sellaisin piirimalliperiaattein, joita työryhmä on lakiehdotuksessaan esittänyt.

Edellä esitetyn kanssa yhtäpitäviin tuloksiin on päädytty, kun HUS-piirin ja Sitran yhteistyönä selvitettiin päiväkirurgian ja keinonivelkirurgian kehittämismahdollisuuksia. Päiväkirurgian selvitys osoitti että optimointivaraa on yli kolmanneksen nykyiseen toimintatapaan verrattuna<sup>6</sup>. Keinonivel selvitys puolestaan osoitti, että toiminta tulisi keskittää yhteen tai kahteen keinonivelkeskukseen, jolloin laadun parantumisen lisäksi taloudelliset optimointimahdollisuudet olisivat erittäin mittavat, kun toiminta keskitettäisiin rajatulle joukolle kirurgeja (harvinaisuudet muutamalle kirurgille). Tultaisiin toimeen puolella nykyisin käytettävästä kirurgimäärästä ja myös hoitohenkilökuntaa vapautuisi paljon muihin tehtäviin<sup>7</sup>.



\*\* Kattavat AVH -keskukset: HYKS, TAYS ja TYKS

\* Perustason AVH -keskukset: KYS, OYKS, sekä Etelä-Karjalan, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan, Länsi-Pohjan, Lapin, Satakunnan, Etelä-Pohjanmaan ja Päijät-Hän

**Kuva 4** Aivofunktiopotilaiden 1. vuoden kuolleisuus tai uusinta sekä vuoden kokonaiskustannukset (keskiarvot) 2003–05. Hyväksyttävä tavoite on merkitty soikiolla ja laaturajat katkoviivoin.

<sup>6</sup> Päiväkirurgian organisointi ja palvelutuotannon kehittäminen HYKS-alueella: Loppuraportin tiivistelmä. Nordic Healthcare Group Oy, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Elektroninen aineisto 2008 (Sitra)

<sup>7</sup> Tekonivelkirurgian organisointi ja palvelutuotannon kehittäminen HUS-alueella: Loppuraportin tiivistelmä. Nordic Healthcare Group Oy, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Elektroninen aineisto 2008 (Sitra)

7.11.2008

Julkinen

**Kuvasta 4** voidaan oppia paljon. Siinä on esitetty hoidon tulokset tuottajayksiköittäin. Kuva osoittaa, että vain neljä sairaalaa pystyi vuosina 2003–05 hoitamaan aivoinfarktipotilaansa tavalla, jonka tulisi olla kaikille suomalaisille tarjolla.

Jos maa pidetään jaettuna noin kahteenkymmeneen piiriin, kuten työryhmä ehdottaa, eriarvoisuus ei poistu lähimpien kymmenen vuoden aikana. Asialle on siis haettava vaihtoehtoinen ratkaisumalli. Se löytyy *säättämällä valtiolle velvollisuus järjestää äkillistä ensihoitoa tarvitsevien potilaiden asiat yhteneväisen suunnitelman avulla kautta maan*. Valtiolla (jota STM edustaa) on käytössään jo ensi vuonna tarpeeseen sopiva toimija THL, joka pystyy ministeriön ohjaamana laatimaan suunnitelman siitä, montako ensihoitokeskusta maahan tarvitaan ja mihin ne tulisi sijoittaa.

Kuvan 4 tulosten perusteella on nähtävissä, että esim. Seinäjoen keskussairaala olisi kustannustehokkaasti jokseenkin helppoa kehittää vaatimukset täyttävä AVH-keskus, kun taas TAYS:n osalta uudisjärjestelyihin olisi pikaisesti ryhdyttävä kustannus-vaikuttavuuden turvaamiseksi. Valitettavasti KYS sekä Satakunnan ja Lapin keskussairaalat ovat osoittautuneet ratkaisuihin laatuhaasteen alittaviksi ratkaisuksi, vaikka niillä on ollut ns. perustason AVH-keskuksen status. Toisaalta voidaan todeta, että Jorvin sairaala voisi olla Meilahden ja Töölön sairaalan lisäksi toinen Etelä-Suomen ensihoidon keskuksista, kun taas esim. Peijaksen sairaalasta pitäisi muodostaa hyvien hoitotulostensa perusteella keinonivelkeskus, jossa AVH-potilaita ei hoideta. Väärinkäsitysten välttämiseksi on todettava, että toki näissä sairaaloissa tulee toki olla muutakin palvelutuotantoa, mutta edellä sanotut voisivat olla palvelutarjonnan keihäänkärkiä.

Kaikki edellä sanottu viittaa vahvasti siihen, että maamme viiden miljoonan asukkaan väestön erikoispalvelujen optimaaliseksi tuottamiseksi tuotantolaitosten (sairaaloiden) erikoistuminen on välttämätön tulevaisuuden ratkaisu.

## 6 Järjestäjän, tilaajan ja tuottajan roolit

Edellä sanottu osoittaa, että *vastuuroolien kehittämisellä on kiire*. Pitää olla *järjestämisvastuussa olevia tahoja*, jotka kykenevät turvaamaan sen, että heidän kontollaan olevan väestön asiakkaat saavat vaikuttavuudeltaan parhaat mahdolliset maassamme tuotettavissa olevat palvelut (lain periaatelähtökohta A). Järjestämisvastuuseen kuuluu siis varsinaisen tilaamistoiminnan lisäksi sopiminen siitä, millaisin järjestelyin tai rakentein tilaaminen suoritetaan ja miten varmistaudutaan siitä, että tilaaminen kattaa lähipalvelujen lisäksi väestölle tarpeelliset erikoispalvelut siten, että käytettävissä olevat rahat saadaan riittämään (lain periaatelähtökohta B).

Toisaalta tarvitsemme sellaisia *tuottajatahoja*, jotka täyttävät tuotannossaan laatuksiteerit ja pyrkivät senkin jälkeen yhä parempiin tuloksiin pyrkien. Näiden tuottajien pitää saada samat lähtökohdat, olivatpa ne omistuspuhjaltaan julkisia, yksityisiä tai näiden yhdistelmiä. Vaikuttavuudeltaan ja asiakaslaadultaan parhaiden tuottajien pitää voida tulla valituiksi terveysarvolla kilpailemisen hengessä kaikkialla maassa. On hyvin tärkeää, että esim. yliopistolliset sairaalat ja keskussairaalat keskittyvät tuottamiseen, ja erikoistuvat samalla vahvuusaloilleen.

Tämä ei ole mahdollista, mikäli tilaajien ja tuottajien vastuita ja velvollisuuksia ei kytketä irti toisistaan ja jääviyssäännöksiä saateta voimaan. Niin kauan, kun tilataan omasta piiristä, vaikka muualta on saatavissa parempaa vaikuttavuutta halvemmalla, ollaan pohjalla, joka ei täytä lain periaatteellisia eikä eettisiä lähtökohtia.

7.11.2008

Julkinen

Edellä esitetyin tavoin menetellen voidaan uudella osaaamisella perustuvalla henkilöstöjohtamisella, tuloksiin kannustamisella sekä avainhenkilöiden arvostamisella palauttaa alan vetovoima ja tulla vähemmälläkin työvoimalla toimeen, kunhan rakenteet ja prosessit samalla tinkimättä uudistetaan.

Koska nykyisin voimassa oleva lainsäädäntö ei ole joitakin poikkeustapauksia lukuun ottamatta rohkaissut kuntia järjestämään terveydenhuoltoaan tilaamiseen ja tuottamiseen perustuvana, tilaamisen osaaminen ja työkalut ovat jokseenkin kehittymättömiä.

Uuden lain tulee antaa velvoitteet ja edellytykset tämän osaamisen ja siihen liittyvien työkalujen kehittämiseksi. Tilaamisedellytykset on optimoitava siten, että määrävään asemaan päätyviä monopolituottajia ei pääse syntymään ja siten, että markkinoita jatkuvasti kehittämällä innovatiivisille tuottavuuden parantajille ja tuloksen tekijöille jää aina tilaa.

Tässä lausunnossa esitetty järjestämissopimusmenettely muuttaa myös nykyisen (piirimalliin perustuvan) päällekkäisen investointien käytön. Kalliista kuvantamisinvestoinneista, liiallisista vuodeosastoista, keinoivelleikkausvarusteista ym. voidaan hankkiutua taitavalla järjestämisyyhteistyöllä ja osaamisella eroon, kun erikoistumista ja tuloksella kilpailemista suositaan.

## 7 Isännättömän rahan ongelma

Vaikka poliittinen päättäjä on saattanut esim. kotikuntansa valtuustossa pitää kukkaron nyörit tiukalla ja vetänyt rajat sille, mihin kunnan rahoitusmahdollisuudet terveystalvelujen suhteen riittävät, hän on saattanut piirin hallinnossa toimia toisin, joutuen hyväksymään hinnankorotukset, joiden vuoksi kunnassa tehdyt päätökset muuttuivat pätemättömiksi. Näin suistutaan budjettien ylitysten ja lisäbudjettointien tielle - viime kädessä kunnan taloudellisen kantokyvyn rapauttamiseen. Jälkimmäistä päätöstä tehdessään päättäjä on käyttänyt ns. isännätöntä rahaa.

Asialla on vielä toinenkin arveluttava puoli: pakkoraossa budjettilytysten kurimuksessa kunta leikkaa menojaan sieltä, mistä pystyy, tietoisena siitä, että samalla luovutaan rajallisten rahojen käytössä parhaan mahdollisen vaikuttavuuden aikaansaamisesta. Loukataan siis tämän uuden lain eettistä periaatelähtökohtaa.

Kolmas arveluttava seikka liittyy päätöksentekijän jääviyteen: jos hän on osallisena palvelutuotantoa koskevassa päätöksenteossa tai toteutuksessa, miten hän voi samalla olla päättämässä tilaamisesta? Jääviys on saatettu aikaisemmin unohtaa tai painaa taka-alalle esim. aluepoliittisista syistä, jolloin seurauksena on päädytty edellä kuvissa 2 ja 3 kuvattuun eriarvoisuuteen. Näin ei voida lähivuosina jatkaa.

Isännättömän rahan ongelma koskettaa myös suuria kaupunkeja ja asutuskeskuksia niissä tapauksissa, joissa tilaamis- ja tuottamisvastuuta ei ole sisäisesti erotettu toisistaan: omien tuottavuudeltaan tai laadultaan huonojen ratkaisujen sijaan ei ryhdytä hankkimaan parempia ratkaisuja markkinoilta.

7.11.2008

Julkinen

## 8 Lain perustaminen järjestämisvastuulle piirimallin sijaan

Jotta isännättömän rahan aiheuttamasta ongelmasta (kaikkine lieveilmiöineen) voitaisiin päästä, on kysyttävä, voidaanko asiat hoitaa toisin? Onko laissa esitetylle piirimallille ja siihen liitetyle kuntien pakkojäsenyyden jatkamiselle vaihtoehtoa?

Uusi vaihtoehtoinen toteuttamistapa tulee Paras- lainsäädännön pohjalta ja perustuu uudenlaisen järjestämisvastuun määrittelylle. Lähtökohtana on aina peruskunta, koska se kerää verotulot, eikä käytä isännätöntä rahaa.

Mikäli peruskunta ei ole elinkelpoinen, sen yhdistäminen laajempaan järjestäjäkokonaisuuteen on sisällytettävä lain säädöksiin.

*Järjestämisvastuu* on toteutettava kolmella tasolla: lähipalvelujen osalta, erikoispalvelujen osalta ja valtakunnallisten palvelujen osalta. Kaksi ensimmäistä tasoa ovat kunnan vastuulla. Kunnan on omasta puolestaan päätettävä, pystyykö se täyttämään järjestämisvastuunsa itsenäisesti (ilman kumppaneja) molemmilla tasoilla, vai haluaako se liittoutua *järjestämisyhdistyksen* jäseneksi.

Esim. perusterveydenhuollon palvelut on toteutettava aina lähipalveluina, mutta lähipalveluihin tulee tulevaisuudessa sisällyttää, merkittävästi takavuosina koettua enemmän, esim. erikoissairaanhoidon palveluihin luettuja asioita. Vain osa erikoissairaanhoidon palveluista jää tulevaisuudessa erikoispalvelujen kategoriaan. Tämä merkitsee sitä, että ulevassa laissa rajaa ei pidä vetää perusterveydenhuolto- ja erikoissairaanhoidon-termien avulla, vaan lähipalvelut/erikoispalvelut rajauksiin nojaten.

*Sekä lähipalvelujen että erikoispalvelujen suhteen on selvästi nykyistä paremmin otettava huomioon terveyden- ja sosiaalihuollon yhteiset tarpeet. Järjestämisvastuut on uusittava kansalaisten/asiakkaiden kannalta ratkaisevasti voimassa olevaa järjestelmää tehokkaammin. Se merkitsee raja-aitojen kaatamista: sosiaali- ja terveystoimi ei jatkossa ole ajanmukainen jakoperuste. Sen sijaan on lähtökohdaksi omaksuttava asiakas- ja tulosperustainen lähipalvelujen ja erikoispalvelujen kehys. Vasta sosiaali- ja terveystoimen vanhentuneiden toimialan hallinnollisten raja-aitojen kaatamisella ja uudella yhteistyöllä voidaan kansalaisen kannalta saavuttaa sekä palvelutarjonnan tuottavuuden nousu että kustannusvaikuttavimmat vaihtoehdot.*

Edellä esitetty periaate on siis ulotettava koskemaan lähipalvelujen lisäksi myös erikoispalveluja: Kansalaisen kannalta terveydenhuolto jakaantuu niihin palveluihin, jotka hän saa läheltä, vaivattomasti ja kysyntäänsä nojautuen sekä niihin erikoispalveluihin, joiden osalta alueellinen läheisyys tai palvelujen tuottaja (julkinen/yksityinen) ei ole lähtökohta, vaan tämän lausunnon alussa mainitut palvelun vaikuttavuus ja tulos.

Järjestämissuunnitelmat ja -päätökset on tehtävä nykyaikaisella tavalla väestön tarpeiden eri lähtökohtia noudattaen (ikä rakenne, krooniset sairaudet, maantieteelliset etäisyydet, tuotantorakenteiden tarkoituksenmukaisuus jne.). *Tämän vuoksi ei ole tarkoituksenmukaista "kopioida" aikaisempien lakien pykäläitä nykyiseen lakiin, vaan asettaa toteutukselle ja kustannuksille tiukat, pitävät tavoitteet ja valvonta tavalla, johon kansalaiset voivat luottaa* (koska niiden toteutumista voidaan valvoa tulevaisuudessa reaaliajassa esim. THL:n ja Valviran toimesta).

7.11.2008

Julkinen

Vaativimpien kiireellistä ja ensihoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestäminen on annettava valtion vastuulle, koska vain siten voidaan laatia tasapuoliset, maantieteelliset ja väestölliset erilaisuudet huomioon ottava järjestämissuunnitelma sekä tehdä järjestämisspäätös.

Tämä uusi lähestymistapa tarkoittaa siis sitä, että kansalaisen kannalta *vastuut jakautuvat kunnallisen vastuun ja valtiollisen vastuun välillä*. Valtion vastuun on ensi vaiheessa katettava akuutin (ensihoidon) tarpeet sekä joukkoseulontojen järjestämisen sekä terveydenhuollon tiedonhallinnan ohjauksen tarpeet.

Todettakoon selvyden vuoksi, että *järjestämissuunnitelmat eivät tuota palveluja, eivätkä järjestämissuunnitelmien osallistuvat henkilöt voi olla osallisia palvelujen tuottamisessa*.

Kun järjestämissuunnitelma otetaan kehittämisen perustaksi, asiakaskeksinen lähestymistapa nousee itsestään järjestämisen lähtökohdaksi tärkeämmäksi kuin alue- ja tuottajakeskeinen lähestymistapa. Kansalainen/asiakas/potilas saa parasta mahdollista palvelua/hoittoa ja nauttii asiakkaan vapaudesta valinnanvaran suhteen.

Kun uusi palvelurakenne lähipalvelujen ja erikoispalvelujen osalta säilyy kunnan vastuulla, ns. Paras -lainsäädännön pohjalta vältetään isännättömän rahan haitalliset vaikutukset sekä saatetaan julkinen ja yksityinen palvelutuotanto yhdenvertaiseen asemaan ja muodostetaan terveydenhuoltolaista sekä palvelusetelilaista asiakkaan kannalta tarkastellen saumaton kokonaisuus.

#### Sitran ehdotus

Määritelmät  
Tässä laissa tarkoitetaan:

- Terveyden edistämisellä** toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen jo ennen mahdollista sairastumista. Terveyden edistäminen on suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyteen ja vaikuttamista terveyden taustatekijöihin.
- Lähipalvelulla** sellaista väestön terveydentilan ja sosiaalisen hyvinvoinnin vaalimista sekä niihin liittyvää palvelutoimintaa, jotka on tarkoituksenmukaista velvoittaa toteutettavaksi Paras -lainsäädännön mukaisesti vähintään 20 000 asukkaan järjestämissuunnitelma-alueen yhteisön asukas- ja palvelupohjalla, (sisältäen perustason sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi joukon erikoissairaanhoidon palveluja).
- Erikoispalveluilla** niitä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluja, joiden tuottamiseen on tarkoituksenmukaista käyttää harvoin tuotantoyksiköihin keskitettyjä, erikoistuneiden ammattilaisten osaamista sekä sellaisia kalliita investointeja, joita ei voida lähipalveluina kustannustaloudellisesti ja -vaikuttavasti toteuttaa.
- Valtakunnallisilla palveluilla** sellaisia palveluja, joilla tyydytetään sairauden harvinaisuuden, erikoisosaamisen vaatimuksen tai muiden erityisten syiden perusteella asetuksella erikseen määritellyt palvelutarpeet. Tällaisina palveluina toteutetaan myös lakisäätöiset joukkoseulonnat ja terveydenhuoltoon liittyvä tiedonhallinta, ellei muussa

#### Työryhmän ehdotus

Määritelmät  
Tässä laissa tarkoitetaan:

- Kansanterveysyöllä** suunnitelmallista yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyyn mukaan lukien sekä sairauden tutkimiseen, hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia perusterveydenhuollon palveluja ja työterveyshuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palveluja;
- Perusterveydenhuollolla** väestön terveydentilan seuranta, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä potilaan hoidon kokonaisuuden koordinoimista. Perusterveydenhuoltoon kuuluu ennaltaehkäisevät palvelut, suun terveydenhuolto, lääkinällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä avosairaanhoito, kotisairaanhoito ja sairaalahoido.
- Terveyden edistämisellä** toimintaa, jonka tavoitteena on väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen, kansantautien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien vähentäminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Terveyden edistäminen on myös suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyteen ja vaikuttamista terveyden taustatekijöihin.
- Erikoissairaanhoidolla** lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon,

7.11.2008

Julkinen

lainsäädännössä ole siitä erityisesti joiltain osin säädetty.	ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon jakautuu perustason erikoissairaanhoidon, vaativaan erikoissairaanhoidon ja erityistason erikoissairaanhoidon.
5. <b>Järjestäjäyhteisöllä</b> kuntaa, kuntayhtymää tai yhteistoiminta-aluetta, jossa kuntien yhteistoimintasopimuksen perusteella vastataan lähipalvelujen tai erikoispalvelujen järjestämisestä. Mikäli erikoispalvelujen järjestämisen taloudelliseksi ja kustannusvaikuttavaksi toteuttamiseksi on tarpeen, että tilaajapohja on suurempi kuin lähipalvelujen järjestämispohja, se on toteutuksessa huomioitava.	5. <b>Erityistason sairaanhoidolla</b> erikoissairaanhoidon, joka sairauden harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella on sellaiseksi säädetty;
6. <b>Ohjausdokumentilla</b> sähköistä asiakirjaa, jonka muikin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri voi laatia vastuunalaisen lääkärin antamien ohjeiden mukaan potilaan tai asiakkaan hoidon järjestämiseksi tai varaamiseksi.	6. <b>Yhteistoiminta-alueella</b> kuntaa tai kuntayhtymää, joka kuntien yhteistoiminta-sopimuksen perusteella vastaa kansanterveysystöstä ja kuntien sille siirtämistä muista tehtävistä;
7. <b>Terveydenhuollon toimintayksiköllä</b> kaikkia sairaaloita, terveyskeskuksia sekä muita hoitotoimintaan osallistuvia toimintayksiköitä, joiden toiminnasta vastaa vastuunalainen lääkäri.	7. <b>Terveyspiirillä</b> kuntayhtymää, joka vastaa kansanterveysystöstä, erikoissairaanhoidosta ja kuntien sille mahdollisesti antamista muista tehtävistä;
8. <b>Kunnan, yhteistoiminta-alueen ja kuntayhtymän asukkaalla</b> henkilöä, jolla on kunnassa, kuntayhtymän jäsenkunnassa tai yhteistoiminta- alueeseen kuuluvassa kunnassa kotikuntalainen (201/1994) mukainen kotikunta;	8. <b>Sairaanhoitopiirillä</b> kuntayhtymää, joka vastaa erikoissairaanhoidosta ja kuntien sille mahdollisesti antamista muista tehtävistä.
9. <b>Sosiaalihuollolla</b> sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaalivastuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.	9. <b>Yliopistollisella sairaanhoitopiirillä</b> sairaanhoitopiiriä, jonka alueella on yliopistollinen sairaala.
10. <b>Yliopistollisella sairaalalla</b> tuottajaa, jolla on eritysvastuullaan pitkälle erikoistuneen sairaalan lisäksi merkittäviä opetus-, koulutus- ja tutkimustoiminnan tehtäviä.	10. <b>Erityisvastuualueella</b> valtioneuvoston määräämää sellaista yhteistyöaluetta, joka vastaa alueensa erityistason sairaanhoidosta ja erikoissairaanhoidosta järjestämissopimuksen mukaisesti;
	11. <b>Kunnan, yhteistoiminta-alueen ja kuntayhtymän asukkaalla</b> henkilöä, jolla on kunnassa, kuntayhtymän jäsenkunnassa tai yhteistoiminta-alueeseen kuuluvassa kunnassa kotikuntalainen (201/1994) mukainen kotikunta;
	12. <b>Sosiaalihuollolla</b> sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaalivastuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.

Taulukko 2 Lain määritelmien vertailu

## 9 Terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen saumattomuus

Vaikka tässä käsiteltävänä olevassa laissa keskitytään ensisijaisesti terveydenhuollon järjestämiseen, on tarkoituksenmukaista kaikin tavoin ottaa huomioon myös sosiaalihuollon nykyiset ja tulevat tarpeet. Jatkossa myös sosiaalihuollon lainuudistukset voitaisiin toteuttaa samoja lähi- ja erikoispalvelujen järjestämisvastuita ja menettelyjä käyttäen, ja siten merkittävästi lisätä väestön kannalta saumatonta palvelemista.

7.11.2008

Julkinen

Edellä esitetty järjestämispäätösperustainen ratkaisu olisi molemmille hallinnonaloille tasapuolinen ja suorastaan houkuttelisi lähi- ja erikoispalvelujen yhteisiin ratkaisuihin. Sen sijaan piirimallissa piilee suuri vaara sosiaalihuollon jäämisestä "tuuliajolle" siten, että piirit huolehtisivat terveystalouksista ja sosiaalihuolto jäisi peruskuntien vastuulle. Tällainen ratkaisu vaarantaisi saumattomuuden toteuttamista ja estäisi taloudellisen kokonaisuuden hallinnan.<sup>8</sup> Nykyisten sairaanhoitopiirien osaaminen ei kerrassaan riitä sosiaalipalvelujen asianmukaisen toteutuksen organisointiin.

## 10 Kunnan kantokyvyn arviointi

Osana kunnallista vastuuta järjestämistä perus- tai "Paras"-kunnan on ryhdyttävä tositoimiin *arvioidessaan etukäteen, pystyykö se tekemään sellaisen järjestämissuunnitelman*, jonka avulla turvataan ensinnäkin kansalaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja toisaalta kansalaisen terveydenhuollon palvelujen järjestäminen. Kunnan on lisäksi kyettävä osoittamaan, että sen rahat ja muut voimavarat riittävät järjestämispäätöksen toteuttamiseen ja maksamiseen.

Mikäli järjestämisen lähtökohdaksi valitaan peruskunta (ja sitä täydentävä Paras –lainsäädäntö), kunnalle asetetaan tiukka vastuuvaikeus ratkaisunsa hyvydestä. Tämä merkitsee sitä, että jokaisen kunnan on pystyttävä järjestämispäätöksellään osoittamaan, että kuntalaisten (kansalaisen) kannalta tarkastellen terveydenhuollon perustulos saavutetaan eli tuotettuun terveysarvoon verrattuna käytettyjen varojen määrä on maksimaalinen, eikä *mitään väestöryhmää ole altistettu ei-vaikuttaville terveystoimenpiteille*.

Rinnan edellä mainitun kanssa peruskunnan on pystyttävä osoittamaan, että heidän järjestämispäätöksensä mukaisten *palveluntuottajien laatu on moitteeton* ja väestön kannalta *kustannusvaikuttava*.

Mikäli tätä edellä esitettyä tavoitetta ei pystytä näyttöön perustuen vakuuttavasti osoittamaan, kunnan asema terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottajana on asetettava valtion (sen käytössä olevien asiantuntijalaitosten, THL ja Valvira) antamien lausuntojen perusteella kyseenalaiseksi.

## 11 Kansalaisen asema

Edellä sanotun perusteella on vahvasti perusteltua se, että lainsäädännön keskeinen lähtökohta on turvata *kansalaisen asema ja hänen oikeutensa (ja velvollisuutensa) asiakkaana ja potilaana*.

Käytössä olevan lainsäädännön mukaan ns. hoitotakuu eli jonottamisen jälkeen tapahtuva hoitoon pääsy on muodostanut kriittisen laatutekijän. Tämä on merkinnyt sitä, että hoitoon on päästävä lain määräämien enimmäisaikojen puitteissa (tarvittaessa jopa uhkasakon uhalla). Tällainen viimevaiheessa tapahtuva asiakkaiden palvelun varmistaminen ei kuitenkaan *terveystalouden kannalta* ole kaikkein keskeisin asia.

Keskeisintä on kansalaisen oikeus tietoon, tarpeen arviointiin, ohjaukseen ja alkuvaiheen hoitoon pääsyyn. Edellä sanottuun viitaten lainsäädäntöä on uudistettava eräistä perustavaa laatua

<sup>8</sup> Ruotsin palvelurakenteen suurimpia hankaluuksia ja taloudellisten voimavarojen epäoptimaalisuuden ruokkijoita ovat olleet sosiaalipalvelujen kuntakeskeisyys ja sairaanhoidon maakäräjä-keskeisyys.

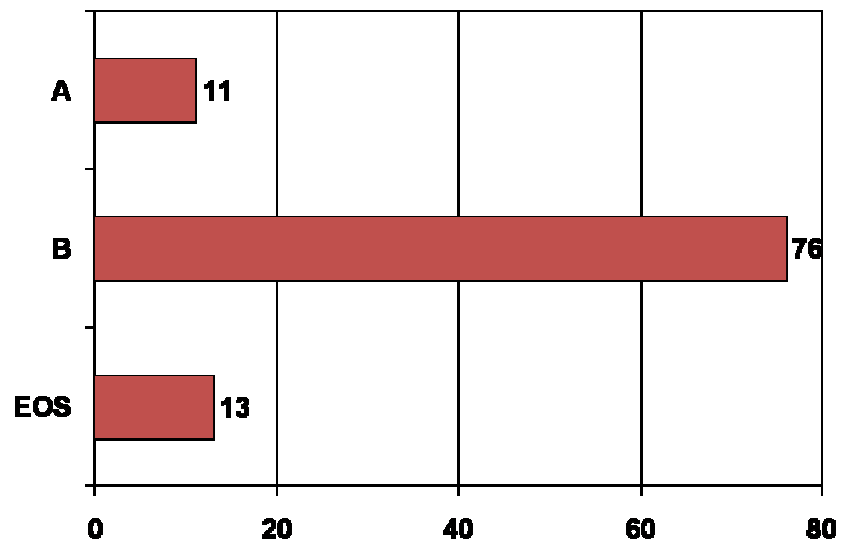
7.11.2008

Julkinen

olevista lähtökohdista. Näitä ovat palvelujen *tuottajan esteellisyys päättää järjestämisestä* ja *potilaan valinnan vapaus*.

Kansalaisen valinnan vapauden perusteella *tietoa vaihtoehtoista* Internetissä eri palvelujen tuottajien osalta on välttämättä *lisättävä*. Palveluntuottajia ovat kaikki sairaalat ja terveydenhuollon tuotantoyksiköt, riippumatta siitä, onko niiden omistus pohja julkinen vai yksityinen.

Tuoreimmat kansalaisten mielipidemittaukset osoittavat<sup>9</sup>, että he arvostavat merkittävästi enemmän palvelujen saantia (riippumatta tuottajan taustasta) kuin kunnallisten työpaikkojen säilymistä (**Kuva 5**). Tämäkin mielipide osaltaan kannustaa erottamaan järjestäjän ja tuottajan toisistaan.



**Kuva 5** Kumpi on mielestänne määräävämpi tekijä pohdittaessa ostopalveluvaihtoehtoa ja sen erilaisia vaikutuksia kunnissa:

- A. palvelun tuottamistavan vaikutus kunnan työntekijöiden asemaan vai
- B. palvelujen tuottamistavan vaikutus kuntalaisten saamien palvelujen saatavuuteen, laatuun ja kustannuksiin?

Kun pätevällä ja tasapuolisella tavalla koko maassa lähdetään siitä, että aina suoritetaan alustava (sitten täsmennyvä) tarpeenarvio (ohjaus ja hoitoon pääsy varmistuen) voidaan tältä pohjalta (toisesta näkökulmasta) todeta, että *lähipalvelut ja erikoispalvelut* on asiakkaan kannalta *erotettava toisistaan*.

*Lähipalvelut* ovat volyymiltaan niin yliveraisia erikoispalveluihin verrattuna, että on epärealistista perustaa niitä muuhun pohjaan kuin *Paras-lainsäädännön antamaan kuntapohjaan*. Pienien kuntien osalta on tarkasteltava erittäin kriittisesti niiden mahdollisuuksia selviytyä edes lähipalvelujen vaatimustasosta. Mikäli tämä vaatimustaso ei täyty, valtioneuvostolla on oltava oikeudet liittää pieni, kuntalaistensa kannalta

<sup>9</sup> Sosiaalialan Työnantaja- ja Toimialaliiton sekä Terveyspalvelualan Liiton teettämä mielipidekysely; TNS Gallup, Elokuu 2008

7.11.2008

Julkinen

epätarkoituksenmukaisesti toimiva tai voimavaroiltaan liian heikko kunta laajempaan kokonaisuuteen.

*Erikoispalvelujen osalta* on puolestaan lähtökohdaksi otettava *kansalaisen terveysarvon maksimoinnin periaate*. Ei ole niinkään välttämätöntä noudattaa alueellisia privilegioita kuin kansalaisen parasta terveystulosta. Tämä on ensipalvelujen ja akuuttipalvelujen osalta helposti ymmärrettävissä, mutta ulottuu myös muihin erikoispalveluihin.

Asiakkaan/potilaan kannalta tarkastellen järjestelmää on siis tältä osin välttämättä muutettava.

*Tuottavuuden ja kokonaistaloudellisuuden kannalta merkitsevimmät ratkaisut* perustuvat tarvearvion hoitoon pääsyn ja ohjausperiaatteiden toteuttamisessa *aiivan prosessin alkuvaiheessa*. Tämä vaihe on maassamme laiminlyöty, eikä sen valtavan suuriin kustannusoptimoinnin potentiaaliin ole kiinnitetty riittävä huomiota.

Suurimpia epäkohtia hoidon tarpeen arvion, ohjauksen ja hoitoon pääsyn suhteen ovat järjestelyt, jotka perustuvat palvelujen tuottajan esteellisyyteen päättää järjestämisestä.

Nykyisin Suomessa on maan tapa, että palvelujen tuottaja voi päättää myös palvelujen järjestämisestä. Tämän epäkohdan korjaaminen ja uudelleen säätäminen on koko terveydenhuoltolain eräs kaikkein keskeisimmistä kysymyksistä: millään muulla sektorilla neuvottelijat eivät voi olla "kahdella puolella pöytää". Tästä menettelystä on terveydenhuoltolain säätämisen yhteydessä irrottauduttava kokonaan.

## 12 Lain taloudelliset vaikutukset

Kun laki laaditaan tämän lausunnon alussa esitettyjen periaatteellisten lähtökohtien ja täydennettyjen tarkoitusten varaan ja edelleen konkreettisesti "aukikirjoitetaan" samassa hengessä siten, että kuntien tulee aidosti pystyä laatimaan järjestämissä päätöksessään perusteellisiksi ja pitäviksi (samoin kuin valtionkin), terveydenhuollon rahoitusrakenteesta ja tuloksellisuudesta tulee huomattavasti nykyistä vakaampi ja läpinäkyvämpi. Tärkeää on myös se, että sellaisen isännättömän rahan suuruus jäisi tulevaisuudessa mahdollisimman pieneksi. Terveyspalvelujen rahoituksen jakautuminen terveyden- tai sairaanhoitopiiriin kontolle, tilanteessa, jossa sosiaalihuollon rahoitus jäisi peruskunnan järjestettäväksi, olisi tuloksena rahojen epäoptimaalinen käyttö (ks. myös edellä tämän lausunnon kohta 9).

Tämän hetken taloudellisessa tilanteessa sosiaalihuollon määrärahatarpeet kasvavat vielä terveydenhuoltoakin nopeammin. Tässä lausunnossa ehdotettu järjestämissä päätöksiin perustuva malli on siis myös tältä osin taloudellisin argumentein perusteltu. Sairaanhoitopainotteisten piirimallien varaan rakennettu järjestelmä pystyy tuskin vastaamaan sosiaalihuollon lähipalveluista (osaamis- ja tuotantopohjan kapeuden vuoksi) tai muodostamaan tasapuolista ja taloudellisesti kestävä perusrakennetta kansalaisten hyväksi.

Edellä ehdotetussa järjestämispöytäkirjaan perustuvassa mallissa sosiaalihuollon alati muuttuvat haasteet on otettava tasapuolisesti huomioon, kun suoritetaan keinovalikoiman osalta kriittinen punninta, millä toimenpiteillä terveyden- ja sosiaalihuollon kentässä aikaansaadaan paras kokonaistulos (ks. lain periaatteelliset lähtökohdat kappaleessa 2).

7.11.2008

Julkinen

### 13 Palvelusetelilain ja terveydenhuoltolain niveltäminen toisiinsa

Sekä terveydenhuoltolain että palvelusetelilain peruseriaatteena tulee olla kansalaiskeskeisyys, joka käytännössä toteutuu asiakas- ja potilaskeskeisyytenä. Ristiriitoja näiden kahden lain tavoitteiden välillä ei voi olla.

### 14 Kiireellisen hoidon, ensihoidon ja valmiussuunnittelun toteuttaminen

Maahan on perustettava niin monta ensihoitokeskusta, kuin vaikuttavuusselvitysten perustella tarvitaan. Tämä lähtökohta on ristiriidassa Erva-alueisiin perustuvan lähestymistavan kanssa. Koska kiireellisen hoidon eräs oleellinen osa on sairaankuljetuksen järjestäminen (helikopteri, erikoisvarustetut sairaankuljetusajoneuvot jne.), ei voida pitää perusteltuna jakaa maata tältäkään osin Erva-alueisiin, vaan pikemmin ensihoitokeskuksiin, joiden lähtökohtana ovat asiakkaan/potilaan/kansalaisen tarpeet äkillisissä sairauskohtauksissa (aivoinfarktit, sydänveritulppa) ja traumat (liikenne- ja kotitapaturmat) sekä mielenterveyden vakavat järkkymistilanteet. Kokonaishallinta tulee suunnitella ministeriön johdolla ja THL:n avustamana ensisijaisesti valtakunnallisesti, jolloin järjestämiss päätöksen tulee olla valtakunnallinen.

### 15 Tiedonhallinnan uudistaminen

Jotta tämän lain mukaiset tavoitteet voidaan toteuttaa, on käytännössä välttämätöntä investoida tiedonhallintaan lähivuosina erittäin suuria strategisesti välttämättömiä panoksia (vrt. aikaisempien vuosien suurinvestoinnit sairaala- ja terveyskeskuskiinteistöihin sekä niiden varustamiseen).

Kansainväliset vertailukohteet osoittavat, että oikein toteutettujen tiedonhallinta ja ohjausinvestointien takaisinmaksu on erittäin suuri ja samalla kansalaisten saamien palvelujen laadullinen edistyminen ja parantuminen voidaan turvata. Vain näin toimien kokonaistilanne saadaan läpinäkyväksi, tuloksella ohjaaminen käyntiin ja rakenteelliset uudistukset toteutettua siten, että terveydenhuollon taloudellinen vakaus voidaan turvata.

Mikäli tiedonhallinnan investointeja ei suunnata oikein, niistä tulee kustannuserä eikä tuottavuserä. Suomen kokoisessa yksikössä oikea koordinoinnin mittakaava on näyttöön perustuen kansainvälisten tutkimusten nojalla valtakunnallinen taso. Erva-alueiden tai piirimallien käyttäminen tässä yhteydessä on taloudellisesti epätarkoituksenmukaista ja kansalaisten kannalta katsoen epätasa-arvoa tuottava ratkaisu, koska järjestelmien yhteensovittaminen ontuu ja sen seurauksena palvelutaso.

### 16 Opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen

Tämän lain piirissä olevan opetus- ja tutkimustoiminnan järjestäminen ei voi olla ristiriidassa lain hengen kanssa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että opetus- ja tutkimustoimintaan osallistuvien tahojen tulee noudattaa tämän lain toteuttamisen pyrkimyksiä, mutta samanaikaisesti valmistauduttava tulevaan kansainvälistä ja kansallista verkottuvaa viitekehystä käyttäen. Käytännössä koordinoiville asiantuntijalaitoksille (THL ja Valvira) lankeaa merkittäviä

7.11.2008

Julkinen

uusien velvoitteita myös opetus- ja tutkimustoiminnan parantamisessa ja kehittämisessä. Niinpä niiden toimintarakenteet on pystyttävä uudistamaan vastaamaan myös näitä velvoitteita. Yliopistollisten sairaaloiden erityisrooli tulee säilyttää samalla, kun lähipalvelujen opetusta ja tutkimusta on edelleen vahvasti parannettava.

## 17 Lain sisällön kehittäminen

**Työryhmä on ehdotuksessaan** lähtenyt pohtimaan terveydenhuollon palvelujen järjestämistä: kunnan vastuu, yhteistoiminta-alue, yhteistoiminta-alueen vastuu, terveyspiiri, sairaanhoitopiiri (laajan väestöpohjan kuntayhtymä), erityisvastuualueet, erityisvastuualueiden valtakunnalliset tehtävät ja työnjako.

Tästä pohdinta on edennyt kansanterveystyön yhteistyösuunnitelman, erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen, palvelujen tuottamisen, terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen mahdollisen erottamisen (tilaaja-tuottajamalli) kautta sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, terveydenhuollon toimintaedellytysten määrittelyyn. Näiden lisäksi on käsitelty suurta joukkoa teemoja, jotka eivät ole keskenään yhteismitallisia (vain yhtenä niistä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen). Seuraavissa luvuissa on käsitelty lähipalvelut, alueelliset palvelut ja erityistason palvelut ja siirretty sitten potilaan valinnan vapautta ja hoitoonpääsyä koskeviin säädöksiin.

Viimeiset kolme lukua ehdotuksessa kattavat opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisen, ohjausta ja valvontaa koskevat säädökset sekä joukon hallinnollisia (esim. asiakasmaksut, viivästymiskorko) ja talouden pidon järjestämistä koskevia säädöksiä. (esimerkiksi tasausjärjestelmä, puolustusvoimien terveydenhuollon korvaukset).

**Sitra ehdottaa**, että lain rakennetta ja lukujaotusta kehitetään edelleen. Ensimmäiseksi otettaisiin esiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen keskeinen merkitys.

Terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä säätäminen rakentuu niin ikään eri tavalla kuin työryhmän tekemä ehdotus. Sitran ehdotuksen lähtökohtana on terveydenhuollon toimintaedellytysten turvaaminen, lähi- ja erikoispalvelujen järjestäminen, terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, ympäristöterveydenhuolto ja tartuntataudit.

Koska Sitra ehdottaa lain perusteeksi järjestämis- ja tuottamisvastuun erottamista toisistaan, niin ehdotetaan, että palvelujen toteuttamista ja tuottamista, vastuuta potilaan hoidosta ja tuottajan velvollisuutta raportoida laatunsa käsiteltäisiin laissa omana lukunaan.

Myös akuuttihoitoon (kiireellinen hoito, ensihoito ja valmiussuunnittelu) tulee olla kansalaisten kannalta mahdollisimman tasa-arvoista ja hoitotulosten samanlaatuisia. Näin ollen esimerkiksi ensihoitokeskusten valtakunnallinen sijainti ja alueellinen varautuminen on suunniteltava yhtenä koko maan kattavana kokonaisuutena. Tämän toteuttamiseen eivät kunnalliset järjestämissuunnitelmat taivu ja näin ollen Sitra ehdottaa tämän toiminnan siirtämistä valtion järjestämisvastuulle, joten myös tälle toiminnalle olisi laissa uhrattava oma lukunsa.

Koska kansalaisten oikeuksia asiakkaina / potilaina on jatkuvasti tarpeen vahvistaa, ehdotetaan että myös tämä asia saa tulevassa laissa kokonaan oman lukunsa. Tässä yhteydessä käsitellään hoidon tarpeen arviota, ohjausta ja hoitoon pääsyä, palvelujen hankkimista muualta, terveydenhuoltopalvelujen kielikysymyksiä sekä potilaan valinnanvapautta.

7.11.2008

Julkinen

Jotta kunnan ja valtion järjestämispäätökset olisivat sitovia ja niin muodoin jälkilaskutuksilta ja budjetin ylityksiltä säästyttäisiin, on järjestämisestä annettava laissa yksityiskohtaisia ohjeita mukaan lukien järjestämispäätösten selkokiehinen informointi kuntalaisille. Tähän lain kohtaan on myös liitettävä valtioneuvostolle riittävät asetuksenantovaltuudet.

Lopuksi on syytä käsitellä opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämistä, hallinnollisia määräyksiä, ohjausta, valvontaa ja kehittämistoimintaa. Viimeisessä lain luvussa olisi tarkoituksenmukaista käsitellä tasausjärjestelmän uudistamista ja käsitellä mm. maksu- ja korvauskysymyksiä.

## 18 Vastaukset ja kommentit ministeriön pyytämiin kymmeneen kohtaan

### 18.1 Arvio ehdotetusta potilaan valinnanvapaudesta

Nyt ehdotetussa lakiluonnoksessa valinnanvapauden lisääminen nykytilanteeseen verrattuna on jäänyt puolitiehen. Velvoite kuuluu johonkin piiriin (pakkojäsenyys), yhdistettynä ratkaisuun, jossa järjestäjä- ja tuottajatahoja ei ole selkeästi erotettu toisistaan ja jossa omaa piiriä ei ole asetettu tuottajana samaan asemaan kuin muut tuottajat (lähipalvelujen ja erikoispalvelujen osalta) on pitkän päälle taloudellisesti kestävä ja ylläpitää nykytuotoisia eriarvoisia terveystuloksia.

Ainoa suuri palvelutuotannon lohko, jossa valinnanvapauttakin tärkeämpää on palvelujen nopea saanti, on akuuttipalvelujen muodostama kokonaisuus. Tämä asia on nostettu esiin lausunnon kohdassa 8.

Myös näiden palvelujen osalta on kuitenkin pidettävä kiinni eriarvoisten terveystulosten välttämisestä (ks. lain periaatteellinen lähtökohta B). Tästä syystä akuuttipalvelut ja ensihoito tulee järjestää valtakunnallisen järjestämisuunnitelman ja -päätöksen pohjalta eikä erityisvastuualueittain (ERVA-piirien toimesta).

### 18.2 Arvio ehdotetuista terveydenhuollon järjestämismalleista ja niiden soveltuvuudesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen

Terveys- ja sairaalapiirijatteluun perustuvat järjestämismallit eivät sovellu koko sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen. Sosiaalihuollon lähipalvelut ja erikoispalvelut jäävät tällöin helposti lapsipuolen asemaan, koska esim. erikoissairaanhoidon perehtyneet organisaatiot eivät tunne sosiaalihuollon lähi- ja erikoispalvelujen parhaiden käytäntöjen järjestämistapoja. Myös medikalisaation vaara on ilmeinen. (ks. edellä lausunnon kohdat 9 ja 12).

Molemmilla sektoreilla on tarpeen mahdollisimman nopeasti siirtyä toimimaan tuloksella ohjaamisen periaattein.

### 18.3 Arvio erityisvastuualueen (ERVA) yhteistyön kehittämis ehdotuksesta

Yliopistollisten sairaaloiden merkitys, erikoistumisen suunnittelu ja kehittäminen ovat valtakunnallisesti tärkeitä ratkaisuja, samoin yliopiston lääketieteellisten tiedekuntien ja yliopistosairaaloiden kumppanuuden merkitys opetuksessa. Sen sijaan erillinen Erva-hallinto on vain yksi ylimääräinen hallintoporras.

7.11.2008

Julkinen

18.4 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuiden lainsäädännöllisestä porrastamisesta. (Millainen vastuun tulisi olla eri tasoilla: kunta, kuntayhtymä, yhteistoiminta-alue, sosiaali- ja terveystoimi, laajan väestöpohjan kuntayhtymä, erityisvastuualue, valtio?)

Porrastusta ei tulisi suorittaa perusterveydenhuolto-/erikoissairaanhoidon pohjaisesti vaan lähipalvelut/erikoispalvelut -pohjaisesti sellaisella tavalla, jossa sosiaalihuollon järjestäminen ja niveltäminen terveydenhuoltoon sekä lähipalvelu- että erikoispalvelutasolla toteutettaisiin nykyistä paremmin. Tällöin sekä tuottavuus että kustannusvaikuttavuus paranisivat.

18.5 Arvio ehdotetuista väestöpohjapaatuksista

Paras-lainsäädännön n. 20 000 asukkaan pohjaa tulisi (myönnettyine poikkeuksineen) suoraan käyttää lähipalvelujen järjestämispäätösten pohjana. Erikoispalvelujen järjestämisen avuksi saattaa olla tarkoituksenmukaista muodostaa osaava tilaajarinki (mahdollisesti selvästi suurempaa väestöpohjaa tavoitellen). Tätä tilaajarinkia ei kuitenkaan pitäisi sitoa jäykkiin aluerakenteisiin, eikä millään tuottajalla saa milloin osin olla eriarvoistavaa asemaa tai kytkentää järjestämisvastuulliseen tahoon palveluja tarjotessaan.

Suuremman väestöpohjan (n. 50 000 – 100 000 asukkaan asukas pohjasta ylöspäin) lähipalvelujärjestäjää voidaan useissa tapauksissa suoraan käyttää myös erikoispalvelujen järjestäjänä. Tällöin siis vain yksi porras selviää molempien tasojen (lähipalvelut ja erikoispalvelut) tilaamisesta.

18.6 Arvio hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevien rakenteiden sääntelytarpeesta

Näiden rakenteiden kehittämisestä ja ylläpidosta on hyvä kirjoittaa lakiin oma lukunsa. Järjestämis- ja sääntelytarpeet tulee jakaa lähipalvelujen, erikoispalvelujen ja valtakunnallisten palvelujen välillä. Esim. terveydenhuollon tiedonhallintaa, sähköistä asiointia, varhaisinterventioita, joukkoseulontoja sekä akuuttien sairauksien ja traumojen hoitoa on säädeltävä nykytilanteeseen verrattuna huomattavasti keskitetympään. Samojen periaatteiden tulee heijastua hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskeviin rakenteisiin. Kokonaisvaltaisten suunnitelmien tekemisen johtaminen on annettava ministeriön vastuulle ja sen tulee käyttää silloin hyväkseen vastikään uusittuja asiantuntijalaitoksiaan (THL ja Valvira).

18.7 Arvio ympäristöterveydenhuollon kytkennästä terveydenhuoltoon

Toteutus tulee suorittaa vastaavia periaatteita noudattaen kuin edellä kohdassa 18.6.

18.8 Arvio työterveyshuollon kytkennästä terveydenhuoltoon

Kun asiantuntijalaitokset THL ja Valvira koottiin, Työterveyslaitoksen uudistamiseen ei samassa yhteydessä ryhdytty. Todennäköinen syy oli se, että uudistuspaketti olisi paisunut liian suureksi hallita.

Tässä lausunnossa ehdotetut periaatteet ja toteutustavat soveltuvat mainiosti myös työhyvinvoinnin parantamiseen. Pilottitapausten perusteella arvioiden sekä

7.11.2008

Julkinen

terveyshyötyjä että kustannusvaikuttavuutta voidaan työikäistenkin osalta uudella tavalla toimien merkittävästi parantaa, kunhan uudenlaiset toimintatavat otetaan käyttöön. Vanhan kansanterveyslain mukainen työterveyshuolto ei ole päässyt likikään parhaisiin mahdollisiin tuloksiin. Näin ollen nyt käynnistettävän lähi- ja erikoispalvelupohjaisen toimintamallin kytkeminen työhyvinvointisektorilla saavutettuihin parhaisiin käytäntöihin on ensiarvoisen tärkeä jatkotoimenpide, johon on ryhdyttävä välittömästi tämän lain voimaan tultua, samoin kuin TTL:n toiminnan painopisteiden arviointiin (tutkimustyö vs. kustannusvaikuttava järjestämissuunnittelu vs. palvelujen myynti).

18.9 Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja kehittämistä järjestävän lainsäädännön yhdistämisen tarpeellisuudesta

Kuten edellä on todettu, jo tätä lakia kirjoitettaessa ja säädettäessä on mahdollisimman laajasti otettava huomioon terveyteen liittyvät sosiaalihuollon tarpeet. Järjestämis-tuottamismalli ja tuloksella ohjaaminen soveltuu hyvin myös sosiaalihuollon uudistamisen pohjaksi lähipalvelut/erikoispalvelut-periaatteen mukaisesti. Työryhmän ehdotuksessa sosiaalitoimi ei saa tukea uudistukselleen. Tapahtuu eriytyminen. Tätä kehityslinjausta ei voi hyväksyä.

18.10 Arvio mahdollisista muista sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön yhdistämistarpeista.

Saadun tiedon mukaan yhteinen hallintolaki on lähiaikoina tarkoitus valmistella, mutta koska sen valmistelusta on toistaiseksi käytettävissä vain vähän perustietoa, sitä koskevat kannanotot ovat ennenaikaisia.

## 19 Yhteenveto

Edellä esitetyn perusteella **(1) terveydenhuoltolain valmistelua tulisi jatkaa sekä tässä yhteydessä selvittää millaisia etuja/haittoja saavutettaisiin, jos lain periaatteellisia lähtökohtia ja tarkoitusta tarkistettaisiin selvemmin terveys- tai hoitotuloksella ohjaamisen suuntaan ja tämä otettaisiin huomioon sekä kaikessa lain rakenteessa että sen sisällössä.** Näin laki saadaan myös **kansantaloudelliselta perustaltaan kestäväksi.**

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on järjestettävä uudelta pohjalta lähipalveluin ja erikoispalveluin kansalaisen hyväksi. Työryhmä ei ole tältä osin päässyt käyttökelpoiseen ratkaisuun. Ehdotettu piirimalli ei sovellu jatkovalmistelun lähtökohdaksi. Valmistelutyötä on siis tarkoituksenmukaista jatkaa tässä lausunnossa eritetyt peruseriaatteen huomioon ottaen.

Mikäli tällainen uusi/tarkennettu lähtökohta hyväksytään, tuntuisi luonnolliselta **(2) kirjoittaa laki järjestämisvastuun periaatteelle nyt ehdotetun piirimallin sijaan. Samalla vältettäisiin isännättömän rahankäytön haitallisuus ja erotettaisiin tilaajat ja tuottajat toisistaan selvillä jääviyssäännöksillä.**

Tämä menettely nostaisi **(3) kansalaisen asiakkaana ja potilaana keskiöön** tavalla, jossa hänelle turvattaisiin aina tarvearvio ja hänen palvelunsa järjestettäisiin poikkeuksetta mahdollisimman suureen terveysarvoon tähdäten ja **siten, että eri palveluntuottajat**

7.11.2008

Julkinen

***olisivat toisiinsa nähden tasavertaisessa asemassa ja turvaisivat näin menetellen kansalaisille vuosi vuodelta yhä suuremman valinnan vapauden ja autonomian. Kun lisäksi turvataan terveydenhuoltolain ja palvelusetelilain saumattomuus keskenään, saadaan kaikki kansalaiset varallisuuteen ja asuinpaikkaan katsomatta yhä tasavertaisemmin parhaiden palvelujen piiriin.*** Näin toimien esim. alueelliset terveyserot alkaisivat mahdollisimman nopeasti tasoittua.

Mikäli edellä esitetyt näkökohdat (joista osa puuttuu työryhmän ehdotuksesta) otetaan lähtökohdiksi, voidaan lain rakennetta kehittää tiiviimpään ja vaikuttavampaan ilmaisuun, jolla puolestaan palvellaan kaikkia osapuolia.

Sitra on osaltaan valmis osallistumaan näiden ajatusten ja ehdotusten pohjalta lain jatkovalmistelutyöhön.