

KANSALLINEN PROJEKTI
TERVEYDENHUOLLON TULEVAISUUDEN
TURVAAMISEKSI

Toimenpide-ehdotukset
palvelujärjestelmän toiminnallisten ja
hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä
tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi

Selvityshenkilöt
sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen
terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori Mats Brommels

15.1.2002

SAATTEEKSI

Tässä muistiossa on esitetty selvityshenkilöiden tekemät toimenpide-ehdotukset palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistamiseksi sekä tehokkuuden ja taloudellisuuden lisäämiseksi. Muistio muodostuu varsinaisista ehdotuksista sekä niitä tukevista toimenpidelinjauksista, jotka liittyvät toimeksiantoon. Selvityshenkilöt tekevät yhteensä 22 toimenpide-ehdotusta, joihin liittyy lyhyt perustelu tai esitys jatkotoimenpiteiksi.

Toimenpide-ehdotukset jakautuvat viiteen pääkohtaan, joissa on käsitelty ehdotusten yleisperiaatteita, palvelujärjestelmän uudistamista, liikelaitos- ja yhtiömallin soveltamista terveydenhuollon palvelutuotantoon, lääkehuollon järjestämistä sekä muita palvelurakenteen uudistamista tukevia toimenpide-esityksiä. Lisäksi muistioon sisältyy ehdotus palvelurakenteen muuttamista koskevaksi toimeenpano-ohjelmaksi.

Erillinen taustamuistio, joka täydentää toimenpide-ehdotuksia, sisältää kuvauksen selvityshenkilöille nimetyn tukiryhmän työskentelytavasta, koosteen tukiryhmän työskentelyn kuudessa syntyneestä aineistosta sekä asiantuntijakuulemisista tehdyn yhteenvedon.

SISÄLLYS

	sivu
1. YLEISPERIAATTEET	1
2. PALVELUJÄRJESTELMÄ.....	3
2.1 Terveysthuollon lähipalveluiden järjestäminen	3
2.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen	6
2.3 Kuntoutustoiminta.....	11
3. LIIKELAITOS- JA YHTIÖMALLIEN SOVELTAMINEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUTUOTANTOON	12
4. LÄÄKEHUOLLON JÄRJESTÄMINEN.....	14
5. RAKENNEUUDISTUSTA TUKEVAT TOIMENPITEET	15
5.1 Ohjausjärjestelmä.....	15
5.2 Koulutus	16
5.3 Laadunhallinta.....	16
5.4 Tietohallinto	17
5.5 Muut rakenneuudistusta tukevat linjaukset.....	18
6. TOIMENPIDEOHJELMA PALVELURAKENTEEEN MUUTTAMISEKSI.....	19

LIITE 1

1. YLEISPERIAATTEET

Palvelujärjestelmän uudistamisen tavoitteena on turvata väestön hyvinvointia edistävien terveyspalvelujen saatavuus väestön tarvetta vastaavasti ja oikea-aikaisesti sekä estää taloudellinen ja alueellinen eriarvoistuminen. Palvelujärjestelmän tulee hoitoprosessin eri vaiheissa turvata asiakkaalle riittävä tiedonsaanti ja osallistumismahdollisuus häntä itseään koskevaan päätöksentekoon ja hoitavan lääkärin valintaan.

Esitettävät uudistukset on suunniteltu edistämään näiden tavoitteiden toteuttamista palvelujen käyttäjän näkökulmaa korostaen. Palvelurakenne suunnitellaan joustavan ja tehokkaan toiminnan lähtökohdista ja sen tulee pystyä reagoimaan muuttuviin tarpeisiin. Palveluntuottajia kannustetaan kustannustehokkuuteen sekä turvallisten ja korkealaatuisten palvelujen tuottamiseen.

Väestölle järjestettävät palvelut suunnitellaan alueellisena kokonaisuutena ottaen huomioon julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin järjestämä palvelutuotanto. Palvelutuotantoa tarkastellaan toiminnallisina kokonaisuuksina, joita ovat ennaltaehkäisevä terveydenhuolto, äkillisten sairauksien hoito, pitkäaikaisten sairauksien hoito, ennakolta suunniteltava hoito ja toimintakyvyn tukeminen. Kullekin toiminnalliselle kokonaisuudelle tulee määritellä saatavuus- ja laatuavoitteet.

Terveyspalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla. Palvelujärjestelmän perustan muodostavat terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyönä järjestettävät lähipalvelut. Toiminnassa painotetaan läheisyys- ja jatkuvuusperiaatetta, ennaltaehkäisyä ja kunnan hyvinvointistrategiaan pohjautuvaa terveyden edistämistä. Lähipalvelut järjestetään nykyistä suuremmille väestöpohjille seutukunta-ajattelun pohjalta. Ne koostuvat nykyisestä perusterveydenhuollon toiminnasta ja niillä alueilla, missä se on tarkoituksenmukaista, perustason erikoissairaanhoidon palveluista.

Erikoissairaanhoidon koskevilla järjestelyillä on varmistettava vaativan erikoissairaanhoidon toimivuus ja tasavertainen palvelujen saatavuus koko maan väestölle. Vaativan erikoissairaanhoidon toiminta on suunniteltava nykyistä laajempina alueellisina kokonaisuuksina.

Vaikka väestöpohjan tai tuottajayksikön koon ja toiminnan tehokkuuden välillä ei ole osoitettu selvää yhteyttä, toiminnan laadun vaihtelun on todettu olevan suurinta pienissä yksiköissä, jotka ovat myös haavoittuvimpia henkilöstön poissaoloille ja saatavuusongelmille. Nykyistä suurempien toiminnallisten kokonaisuuksien muodostamista terveydenhuollon palvelutuotantoon puoltavat toiminnan jatkuvuuden ja laatuason säilyttämiseen, vakaan rahoituksen järjestämiseen sekä erityisesti ammattitaitoisen työvoiman saatavuuteen ja joustavaan ja tehokkaaseen käyttöön liittyvät tavoitteet.

Palvelutuotannon tehokkuuden ja tuottavuuden edistämiseksi tulee ottaa käyttöön uusia yhteistyökäytäntöjä sekä suunnitelmallisia laadunkehittämisen menettelyjä. Palvelujen yhdenmukainen tuotteistus, kustannuslaskenta ja hintojen vertailtavuus edellyttävät valtakunnallista ohjeistusta.

Julkisen terveydenhuollon kannalta palvelurakenteen uudistamisen yksi keskeinen haaste on varmistaa koulutetun henkilöstön saanti ja työssä jaksaminen. Tämä edellyttää lääkäri- ja hoitohenkilöstön koulutuksen alueellisista tarpeista lähtevää määrällistä ja sisällöllistä suunnittelua sekä tiivistä yhteistyötä lääketieteellisten tiedekuntien, ammattikorkeakoulujen ja alueellisten terveydenhuollon toimijoiden kesken. Lisäksi tarvitaan nykyistä parempaa ja suunnitelmallista täydennyskoulutuksen järjestämistä.

Haasteena on myös henkilöstön sitoutuminen toiminnan tavoitteisiin. Tämä edellyttää tehokkuustavoitteita edistävien kannusteiden kehittämistä sekä sairausvakuutusjärjestelmän julkisen rahoituksen palvelukokonaisuutta vinouttavien kannustinvaikutusten poistamista.

Suomalaista julkiseen rahoitukseen perustuvaa terveydenhuollon palvelujärjestelmää on kehitettävä siten, että sillä on edellytykset sopeutua EU:n yhteismarkkinoiden mukaiseen toimintaympäristöön. Aidon kilpailun edellytyksiä kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien välillä samoin kuin kuntien ja kuntayhtymien mahdollisuuksia hankkia palveluita yksityissektorilta on parannettava. Tämän toimintamallin perusedellytyksenä on, ettei kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa oleva henkilöstö toimi näiden kanssa kilpailevissa tuottajayksiköissä. Terveydenhuollon henkilöstön esteellisyyttä ja jääviyttä koskevia määryksiä on selkiytettävä ja huolehdittava siitä, ettei synny tilanteita, joissa voitaisiin epäillä aidon puolueettomuuden vaarantuvan. Tavoitteena on myös vahvistaa kansalliselta pohjalta toimivien palveluntuottajien kilpailukykyä kansainvälistyvillä terveydenhuollon markkinoilla.

Erilaisten paikallisten olosuhteiden kuten väestötiheyden ja etäisyyksien vuoksi palvelurakennetta ei voi toteuttaa samanlaisena kaikkialla maassa. Erilaisista rakenneratkaisuista huolimatta palvelut on pystyttävä tuottamaan koko maan väestölle tasavertaisina. Siksi myös valtion ohjausta on vahvistettava. Valtion rahoitusta on käytettävä kannustamaan kuntia ja palveluntuottajia parantamaan palveluiden saatavuutta, turvallisuutta, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä toteuttamaan näitä tavoitteita edistäviä rakenneuudistuksia.

Terveydenhuollon ohjausta tukevan kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmän toteuttamisessa vastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Palveluprosessia tukevat laatu- ja tietojärjestelmät tulisi toteuttaa siten, että sairaanhoitopiireillä on alueensa tietohallinnon kokonaisuutta koskeva koordinointi- ja suunnitteluvastuu.

Tietohallintoa tulee kehittää tukemaan tiedonkulkua eri toimijoiden ja tuottajien välillä sekä palvelujen laadun seurantaan. Tietojärjestelmien on tuettava palveluiden joustavaa käyttöä, palveluketjujen saumatonta toimintaa sekä näyttöön perustuvien hoito-ohjelmien käyttöön-ottoa.

2. PALVELUJÄRJESTELMÄ

Palvelujärjestelmän uudistamiseksi tehtävien ehdotusten tavoitteena on turvata palveluiden saatavuus, jatkuvuus, turvallisuus ja laatu sekä edistää saumatonta yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Ehdotuksilla pyritään luomaan edellytykset nykyistä monipuolisempien seutukunnallisten palvelukokonaisuuksien rakentamiseen ja ylläpitämiseen sekä erikoissairaanhoidon palvelujen tasapuoliseen saatavuuteen.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan palvelujärjestelmän tulee taata hoitoon pääsy äkillisissä tapauksissa heti, yhteys omalääkäriin ei-kiireellisissä tapauksissa kolmen päivän kuluessa, pääsy erikoislääkärin arvioon kahden viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta sekä pääsy suunniteltuun hoitoon kiireellisyyden vaatimassa ajassa, viimeistään kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa.

2.1 Terveystuon lāhipalveluiden jārjestāminen

Terveystuon lāhipalvelut tulee tuottaa lāhellā kuntalaisia. Lāhipalveluita ovat ennaltaehkāisevā terveystuonhoito, pāivystyspalvelut ja ākillisesti sairastuneiden hoiton jārjestāminen, pāaosaa kroonisten sairauksien hoidosta, monisairaiden vanhusten hoito, mielenterveystuon avohoidon palvelujen jārjestāminen sekā tyoterveystuonhoito. Lākārīn ja hoitajan vastaanottopalvelut, neuvolapalvelut ja kotihoito tulee tuottaa kunnittain sijaitsevilla palvelupisteilla.

Selvitystūon yhteydessā koottujen tietojen mukaan Suomessa on tällä hetkellä 279 terveystuonkeskusta tai terveystuonkeskuskuntayhtymāā, viisi perusterveystuonhoiton palveluja tarjoavaa laajempaa toimintayksikkōā¹ ja yksi terveystuonhoitoalue². Edellä mainittujen perusterveystuonhoiton palvelujen tuottajien vāestöpohjat vaihtelevat 241 asukkaasta (Iniön kunta) 551 553 asukkaaseen (Helsingin kaupunki).

Lāhipalveluiksi määriteltävät palvelut tulisi jārjestā seutukunnallisina palvelukokonaisuuksina kuntien vālistā yhteistyötä tiivistāmällä nykyistä suuremmille vāestöpohjille. Tällöin muun muassa kysynnän ja kustannusten satunnaisvaihteluja voidaan hallita nykyistä paremmin. Seudullinen yhteistyö on erityisen tärkeää kunnille, joiden on sopeutettava palvelujen tarjontaa vāestön mārān vāhentyessā ja veropohjan supistuessa. On haettava kuntarajat ylittāviä ratkaisuja, joissa kuntien lisāksi voi olla mukana myös yksityisiā tai kolmannen sektorin palvelutuottajia.

¹ Forssan seudun terveystuonhoiton ky, Jāmsān seudun terveystuonhoiton ky, Sairaala Lapponia, Pieksāmāen seudun terveystuonhoiton ky, Raahen seudun terveystuonhoiton ky

² Māntān seudun terveystuonhoitoalue

Lähipalvelujen saatavuus ja toiminnan tehokkuus tulee turvata koko henkilökunnan osaamista hyödyntämällä. Henkilöstöryhmien työnjaon on oltava joustava ja jokaisen ammatillista osaamista ja kehittymistä vahvistava. Henkilöstön joustavaa käyttöä on edistettävä palveluiden tarpeesta lähtevällä, tavoitteellisella ja toiminnan laatutavoitteet turvaavalla täydennyskoulutuksella.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että terveydenhuollon lähipalvelut järjestetään seutukunnittain väestövastuun periaatteella.

Seutukunnalla tarkoitetaan kuntien luonnollista yhteistoiminta-aluetta, jonka piirissä palvelujen saatavuus turvataan palvelupisteiden oikealla sijoituksella. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan toiminnallinen kokonaisuus, joka palvelee noin 20 000–30 000 asukkaan väestöpohjaa ja luo hyvät toimintaedellytykset noin 10-15 lääkärille, on usein myös hallinnollisesta näkökulmasta parhaiten perusteltu seutukunnallisten lähipalvelujen tuottajan vähimmäiskoko. Toimipisteverkon muodostamisessa tulee kuitenkin ottaa huomioon myös asukastiheys ja etäisyyksien asettamat vaatimukset, sekä toisaalta kehittyvien tietojärjestelmien ja tehokkaan kuljetuksen suomat mahdollisuudet.

Vanhustenhuollon palveluiden tarve kasvaa nopeasti. Vanhustenhuolto on terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistä aluetta, jota koskevan suunnittelun ja kehittämisen on kaikissa ratkaisussa toteuduttava niin, ettei hallinnonalojen välinen rajapinta aiheuta viivettä ja voimavarojen tuhlausta. Palvelujen järjestämisen tulee pohjautua kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan.

Nykyinen vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmä ei tue täysipainoisesti vanhustenhuollon palvelutavoitteiden saavuttamista. Hallintokuntien välinen rajapinta estää edellä mainittujen tavoitteiden toteutumisen ja vastuu kokonaiskustannuksista hajoaa. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on selvittänyt avohoidon ja laitoshoidon järjestämistä ja esittänyt väli-raportissaan näkemyksensä suuntaviivoista näiden välisen rajapinnan poistamiseksi.³ Valtiontilintarkastajien asiasta esittämän kannanoton mukaan palvelut, Kela-etuudet ja kuntien maksupolitiikka tulee sovittaa yhteen niin, että ne kohtelevat tasapuolisesti kaikkia palvelumuotoja.⁴ Selvityshenkilöt yhtyvät tähän näkemykseen.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että koko vanhustenhuolto järjestetään seutukunnallisesti yhteinä hallinnollisena kokonaisuutena. Painopisteenä ovat kotona asumista tukevat toimenpiteet.

Mielenterveyspalveluissa, perheiden psykososiaalisissa palveluissa ja päihdepalveluissa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö on oleellista. Palvelujen järjestämisen erityisinä haasteina ovat kasvavan vanhusväestön mielenterveysongelmien hoito, lasten, nuorten ja perheiden ongelmien ennaltaehkäisy, huume- ja päihdehoito sekä näihin liittyvän ensiavun järjestäminen. Nykyisessä palvelujärjestelmässä ongelmana on hajanaisuus. Palvelut on

³ Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:6

⁴ Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 1999, s. 237 ja vuodelta 2000, s. 249

järjestetty organisaatiokeskeisesti ja jakaantuvat päivähoidon, lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon, vastaanoton, perheneuvolan, kasvatuseuvolan ja mielenterveyspalveluiden sekä A-klinikan kesken. Tämä hajanaisuus tulee korjata. Palvelujen tuottamisessa tulee siirtyä asiakaslähtöiseen tuottamistapaan soveltaen palvelusopimuksia ja hoitositoumuksia.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestään yhtenä seutukunnallisena hallinnollisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa.

Vuoden 2002 alussa voimaan astuneet työterveyshuoltolain uudistus ja asetus hyvästä työterveyshuoltokäytännöstä korostavat työterveyshuollossa työskentelevän henkilöstön pätevyydelle sekä toiminnan sisällölle ja laadulle asetettavia vaatimuksia. On ennakoitavissa, että pienistä itsenäisistä toimintayksiköistä muodostunut kunnallinen työterveyshuoltojärjestelmä, johon työterveyshuoltolain tavoitteiden toteuttaminen erityisesti pienissä kunnissa perustuu, ei rakenteellisesti tue näiden tavoitteiden saavuttamista.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että kunnallisesta työterveydenhuollosta luodaan laajempia seutukunnallisia kokonaisuuksia, joiden toimintaa kehitetään lainsäädännössä edellytetyn vaatimustason mukaisesti.

Pientä väestöpohjaa palvelevat sairaalat, joita ovat esimerkiksi aluesairaalat, sekä niitä ympäröivien kuntien perusterveydenhuolto muodostavat luontevan pohjan terveydenhuoltoalueeksi kutsuttavalle toiminnalliselle kokonaisuudelle. Tämä kokonaisuus sisältää edellä kuvattujen lähipalvelujen ohella ne perustason erikoissairaanhoidon palvelut, jotka pystytään tuottamaan läheisyysperiaatetta noudattaen kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Näitä ovat tavallisimmin sisätautien, kirurgian sekä naistentautien ja synnytysten erikoisalojen palvelut, joita täydennetään muiden erikoisalojen, kuten lastentautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä neurologian konsultaatiopalveluilla.

Terveydenhuoltoalueen muodostamisessa voidaan käyttää muun muassa seuraavia toimintamalleja:

- terveydenhuollon lähipalvelut ja sairaala muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, josta vastaa terveydenhuollon kuntayhtymä⁵
- terveydenhuollon lähipalvelut ja sairaala muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden, josta vastaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymä⁶

Terveydenhuoltoalueen toimintamallia pidemmälle menevä terveydenhuollon lähipalveluiden ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyömuoto on terveydenhuoltopiiri. Tällä tarkoitetaan sairaanhoitopiirin palveluista ja sen alueella tuotettavista terveydenhuollon lä-

⁵ Mallin mukainen toiminta on käynnistetty viimeksi Forssan seudulla vuonna 2001

⁶ Mallin mukainen toiminta on käynnistetty Mäntän seudulla vuonna 2002

hipalveluista muodostettavaa toiminnallista kokonaisuutta, josta vastaa terveydenhuollon kuntayhtymä.⁷

Selvityshenkilöt ehdottavat, että vapaaehtoiselta pohjalta tapahtuvaa terveydenhuoltoalueiden ja -piirien muodostamista tuetaan erillisellä hankerahoituksella.

Kuntien seudulliselle yhteistyölle ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Kuntalaki mahdollistaa ja tukee kuntaa hoitamaan sille laissa säädetyt tehtävät joko itse tai yhteistoiminnassa. Valittava yhteistyön muoto määrää samalla luottamushenkilöhallinnossa sovellettavan mallin. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan hierarkkisesti päällekkäisten luottamuselinten määrä tulee kuitenkin vähimmäistää, mikä käytännössä tarkoittaa esimerkiksi nykyisten aluesairaaloiden erillisten johtokuntien lakkauttamista.

2.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen

Palvelurakenne

Kansalaisilla on oltava tasavertainen mahdollisuus saada tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut asuinpaikasta riippumatta. Siksi erikoissairaanhoidon toiminnallisessa ja hallinnollisessa järjestämisessä on lähtökohtana, että jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin tai terveydenhuoltopiiriin.

Erikoissairaanhoidon palvelurakenteen uudistamisessa tavoitteena on aikaansaada toiminnallinen kokonaisuus, joka kykenee tuottamaan korkeatasoisia erikoissairaanhoidon palveluja laaja-alaisesti, jatkuvasti ja kustannustehokkaasti.

Erikoissairaanhoidon koskevilla toimenpide-ehdotuksilla pyritään turvaamaan palvelutuotannon edellytykset tämän tavoitetilan mukaisesti myös nykyisten pienten sairaanhoitopiirien väestölle.

Erikoissairaanhoidossa on perusteltua yhdistää nykyisten sairaanhoitopiirien ylläpitämää päällekkäistä palvelutuotantoa soveltuvien osien nykyistä selvästi suurempiin toiminnallisiin yksiköihin, joiden muodostamisessa keskeisiä periaatteita ovat toiminnan edellyttämän erityisosaamisen turvaaminen sekä toimintojen tehostaminen ja voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että vaativan erikoissairaanhoidon toiminta suunnitellaan erityisvastuualueittaisena kokonaisuutena.⁸

⁷ Mallin mukainen järjestely on toteutettu Ahvenanmaan maakunnassa itsehallintolain perusteella vuonna 1993

⁸ Ehdotetun vastuualuejaon mukainen karttapohja on toimenpide-ehdotuksen liite 1

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan nykyisten keskussairaaloiden toimintaa tulee suunnata seuraavien linjausten mukaisesti:

- Pienten keskussairaaloiden toiminta suuntautuu nykyistä enemmän seutukunnille tuotettavien perustason erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamiseen
- Suuret keskussairaalat tuottavat perustason erikoissairaanhoidon palveluiden ohella erikoissairaanhoidon mukaisesti niitä vaativia erikoissairaanhoidon palveluja, joita ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa seutukunnallisesti
- Yliopistolliset sairaalat vastaavat oman sairaanhoitopiirinsä keskussairaalalle kuuluvista tehtävistä sekä niistä erityisvastuualueella erikseen sovittavista vaativan erityistason tehtävistä, joita ei ole määritelty valtakunnallisesti keskitettäviksi.

Erikoissairaanhoidon järjestettäessä on huolehdittava sairaaloiden toimivuudesta ja mahdollisuuksista saavuttaa kustannustehokkuudelle ja laadulle asetettavat vaatimukset. Vaativan erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen edellyttää riittävän suurta väestöpohjaa tai yhteistyöjärjestelyjä erityisvastuualueella. Yhteistyön ja työnjaon tulee perustua tietoiseen toimintastrategiaan. Yhteistyön tavoitteena on osapuolten sitoutuminen aitoon kumppanuuteen.

Suurempia erikoisalakohtaisia toiminnallisia kokonaisuuksia luotaessa palvelut on keskitettävä yhteen toimipisteeseen. Toisaalta väestöpohjaan nähden laaja elektiivisten palvelujen tarjonta on perusteltua, mikäli sairaala pystyy tarjoamaan näitä palveluja suuremmalle väestöpohjalle. Erityisvastuualueella on paikalliseen osaamiseen perustuen voitava sopia työnjaosta myös niin, että muu keskussairaala kuin yliopistosairaala tai niistä eriytetty toimintayksikkö voi tuottaa palveluita koko erityisvastuualueelle.

Vaativan erityistason palveluiden kehittäminen edellyttää läheistä yhteistyötä yliopistollisen tutkimus- ja kehittämistyön kanssa. Yliopistosairaaloilla ei ole nykyisten laajojen tehtäviensä vuoksi tähän kaikilta osin parhaita mahdollisuuksia. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tulisi harkita perustettavaksi vaativan erityistason tehtäviä varten erillisiä osaamiskeskuksia, joissa sairaalan ja yliopiston välistä yhteistyötä voidaan tiivistää ja hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan sairaanhoitopiirien keskinäistä yhteistyötä tulee aiemmin edellä mainittujen toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden saavuttamiseksi lisätä

- ennakolta suunniteltavissa olevassa hoidossa kuten
 - tekoniivelkirurgiassa,
 - toimenpidekardiologiassa ja sydänkirurgiassa,
 - neurokirurgiassa,
 - silmäkirurgiassa sekä
 - alueellisesti pieniä potilasmääriä koskevissa toimenpideryhmissä,

- sairaanhoidollisissa palveluissa kuten
 - laboratoripalveluissa,
 - kuvantamispalveluissa ja
- tukipalveluissa kuten
 - hankintatoimessa ja
 - tietohallinnossa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan samalla paikkakunnalla toteutettavassa erikoissairaanhoidossa tulee poistaa toiminnalliset ja hallinnolliset päällekkäisyydet ja siirtää vaativa erikoissairaanhoito saman hallinnon alaisuuteen. Käytännössä tämä tarkoittaa suurten kaupunkien omana toimintanaan ylläpitämän vaativan erikoissairaanhoidon yhdistämistä osaksi keskussairaalan toimintaa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan nykyisten aluesairaaloiden erikoissairaanhoito, joka ei integroidu seutukunnallisesti rakentuvaan terveydenhuoltoalueeseen, tulee yhdistää osaksi alueensa keskussairaalan toimintaa.

Suomessa on tällä hetkellä 20 sairaanhoitopiiriä, joiden väestöpohjat vaihtelevat 68 500 asukkaasta (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri) 1 390 000 asukkaaseen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri). Tämän lisäksi Ahvenanmaalla on omaan maakuntahallintoonsa perustuva terveydenhuoltojärjestelmä. Väestömäärältään alle 200 000 asukkaan sairaanhoitopiirejä on 12. Maa on lisäksi jaettu viiteen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen.

Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen edellyttää nykyistä pidemmälle menevää työnjakoa, erityisosaamista vaativien palvelujen ja tutkimusten keskittämistä sekä investointien tehokasta käyttöä ja kohdentamista. Käytännössä tämä edellyttää tuottajakoon suurentamista, joka on aikaansaataavissa esimerkiksi siten, että väestöpohjaltaan pienet sairaanhoitopiirit yhdistävät toimintaansa.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että vapaaehtoiselta pohjalta tapahtuvaa sairaanhoitopiirien toiminnallista ja hallinnollista yhdistymistä tuetaan erillisellä hankerahoituksella.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan edellä mainituilla tavoitteilla tapahtuva yhdistyminen olisi perusteltua seuraavien sairaanhoitopiirien osalta:

- Keski-Pohjanmaan, Lapin, Länsi-Pohjan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit sekä Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiiri
- Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit
- Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri aloitti toimintansa vuonna 2000. Sairaanhoitopiirin toimintaa on aiheellista arvioida kuluvan kunnallisvaalikauden päättyessä vuonna 2004. Arvioinnin kohteena tulee olla sairaanhoitopiirin muodostamisen yhteydessä määriteltyjen

tavoitteiden sekä niiden strategisten linjausten toteutuminen, jotka sairaanhoitopiiri on hyväksynyt vuonna 2001.⁹

Ahvenanmaan maakunnassa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito on yhdistetty maakuntahallinnon alaisuuteen. Järjestelyssä toteutetut toiminnalliset ja hallinnolliset periaatteet ovat yhdensuuntaiset tämän muistion toimenpide-ehdotusten kanssa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan valtakunnallisesti keskitettävistä erityistason erikoissairaanhoidon palveluista tulee määrätä asetuksella. Asetuksen valmistelun sosiaali- ja terveystieteiden ministeriössä tulee tapahtua tiiviissä yhteistyössä sairaanhoitopiirien kanssa.

Edellä kuvatuilla palvelurakenteiden muutoksilla on mahdollisuus taata koko maan kattava erikoissairaanhoidon palvelujärjestelmä ja sen toimintaedellytykset sekä torjua palveluiden saatavuuden osalta alueellista eriarvoistumista.

Sopimusmenettely

Sopimusmenettely tarkoittaa terveydenhuoltoon sovellettuna yhteistoimintamallia, jonka avulla voidaan edistää palvelutuotannon asiakaslähtöisyyttä, hallita terveydenhuollon kustannuskehitystä, lisätä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta sekä parantaa kuntien terveydenhuollon menojen ennustettavuutta. Näin kuvattu sopimusmenettely takaa tavallista hankintamenettelyä paremmin kokonaisuuden hallinnan ja pitkäjänteisyyden.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että erikoissairaanhoidon palvelujen järjestäminen perustuu sopimusmenettelyyn, jossa palveluntuottaja ja -tilaaja sopivat palveluiden sisällöstä, määrästä, laadusta ja hinnasta.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan palvelusopimukset tulee tehdä kolmen vuoden mittaisina, joista sopimuskauden ensimmäinen vuosi muodostaa varsinaisen palvelusopimuksen. Seutukunnallisten terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä vastaava organisaatio neuvottelee palvelusopimuksista sairaanhoitopiirien kanssa.

Poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasaaminen

Terveydenhuollon vuosittaisissa menoissa voi olla yksittäisen kunnan kohdalla merkittävää vaihtelua. Keskeinen vaihteluun vaikuttava tekijä ovat yksittäisten potilaiden kalliit hoidot erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoitolain mukaan poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kustannusten tasaamiseksi sairaanhoitopiirien kuntayhtymillä tulee olla tasausjärjestelmä. Yleisin käytäntö on, että yhden potilaan samasta sairaudesta vuoden aikana aiheutuvat kustannukset peritään kotikunnalta tasausrajaan saakka, jonka ylittävät kustannukset katetaan tasausjärjestelmän kautta ja että tasausjärjestelmään tarvittavat varat kerätään kunnilta asukaslukuun perustuvana erillismaksuna. Menettelyä voidaan soveltaa hie- man eri tavalla eri sairaanhoitopiireissä.

⁹ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategiaohjelma 2002 – 2010.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että erikoissairaanhoidon poikkeuksellisen suurten potilaskoh-
taisten kustannusten tasausrajaksi asetetaan 35 000 € ja tasausmenettely toteutetaan erityis-
vastuualueen tasolla.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan poikkeuksellisen suurten potilaskohtaisten kus-
tannusten tasausjärjestelmä voitaisiin käynnistää erityisvastuualuetasoisena vuoden 2003
alusta lukien siten, että sen käytännön toteuttamisesta vastaavat yliopistolliset sairaanhoito-
piirit.

Luottamushenkilöhallinnon järjestäminen

Sairaanhoitopiirien omistajia ovat sen jäsenkunnat, joiden erikoissairaanhoidon palvelu-
tuotannosta sairaanhoitopiiri vastaa. Omistajakuntien näkemyksen tulisi välittyä mahdolli-
simman hyvin sairaanhoitopiirien toimintaan. Tämän turvaamiseksi tulisi edistää menette-
lyjä, joiden avulla kunnat voivat vaikuttaa mahdollisimman suoraan sairaanhoitopiirien
strategiseen päätöksentekoon. Sairaanhoitopiireille tulisi olla määriteltynä selkeä omistaja-
politiikka.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sairaanhoitopiireissä siirrytään nykyisistä kuntayhtymä-
valtuustosta kuntalain mahdollistamaan kuntayhtymäkokouskäytäntöön.

Kuntayhtymäkokousmenettelyssä kunta valitsee kuntayhtymäkokousedustajan. Kuntayh-
tymäkokous puolestaan valitsee kuntalain edellyttämällä tavalla sairaanhoitopiirin hallituk-
sen ja muut mahdolliset toimielimet.

2.3 Kuntoutustoiminta

Kuntoutustoiminnasta aiheutuvat kustannukset ovat huomattavat.¹⁰ Keskeiset kysymykset kuntoutusjärjestelmän toiminnan arvioinnin kannalta ovat kuntoutuksen oikea kohdentuminen ja toiminnan kustannusvaikuttavuus. Työssä jaksamisen tukeminen ja vanhusväestön kotona asumisen turvaaminen tulisi tällä hetkellä nähdä taloudellisesti tärkeimmiksi kuntoutusjärjestelmän kehittämisen painopisteiksi. Valtioneuvosto antanee maaliskuussa 2002 kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisestä selonteon, joka sisältää selvityksen kuntoutuksen vaikuttavuudesta.

Nykyisessä järjestelmässä kuntoutuspalvelut ja niiden rahoitus ovat monen eri organisaation hallinnoimia ja vailla selkeää koordinaatiota ja ohjausta. Tämän johdosta vastuu toimenpiteiden lopputavoitteista, oikeasta kohdentumisesta ja kustannusvaikuttavuudesta hämärtyvät. Terveydenhuollon sisäinen ohjaus kuntoutuksen osalta on puutteellista, mistä on seurauksena tehottomuutta. Lisäksi selvitystyössä on tullut esille kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukainen pyrkimys siirtää vastuu terveydenhuoltoon kytkeytyvien kuntoutustoimenpiteiden tavoitteiden toteutumisesta toiselle hallinnonalalle tai rahoittajalle.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tämä ilmiö tulee ehkäistä monikanavaisen rahoitusjärjestelmään kohdistuvilla korjauksilla. Toimivan kuntoutusmallin aikaansaamiseksi toimenpiteiden rahoitusvastuun on oltava siellä, missä myös taloudelliset riskit ovat suurimmat. Kuntoutuksen kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi ja päällekkäisten toimintojen välttämiseksi palveluiden järjestäminen tulee koordinoida sairaanhoitopiiri- ja seutukuntatasolla. On tärkeätä huolehtia siitä, että julkinen rahoitus kohdentuu vaikuttavaksi todeittuihin kuntoutustoimenpiteisiin. Apuvälineiden hankinnassa tulee toteuttaa alueellista hankintayhteistyötä.

¹⁰ Valtioneuvoston 1.10.1998 kuntoutuksesta antaman selonteon tausta-aineisto. Kuntoutuksen kustannukset ja kuntoutujat 1992-1997. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön monisteita 1998:24

3. LIIKELAITOS- JA YHTIÖMALLIEN SOVELTAMINEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUTUOTANTOON

Kunnallisella liikelaitoksella tarkoitetaan kunnan tai kuntayhtymän liiketoimintaa harjoittavaa toimintayksikköä, jonka toimintaan liitetään yleisesti seuraavat tunnusmerkit:

- liikelaitos kattaa kulunsa maksutuloilla
- liikelaitoksen investoinnit katetaan pitkällä aikavälillä tulorahoituksella
- liikelaitokselle laaditaan oma tuloslaskelma ja tase ja
- liikelaitos on toiminnallisesti ja taloudellisesti varsin itsenäinen tulohajattu yksikkö.

Liikelaitoksen toimintaa säätelevät kuntalaki ja valtuuston vahvistama johtosääntö. Liikelaitos on osa kunnallista organisaatiota eikä ole siitä erillinen oikeushenkilö eikä itsenäinen kirjanpitovelvollinen.

Liikelaitosmallin soveltamisen keskeisenä tavoitteena on lisätä kunnallisen liiketoiminnan avoimuutta ja läpinäkyvyyttä, osoittaa palveluiden kilpailukykyisyys markkinaehtoisella hinnoittelulla sekä luoda edellytykset toiminnan kustannustehokkuuden ja taloudellisen kannattavuuden edistämiseksi normaalin liiketoiminnan tavoin.^{11, 12}

Koska liikelaitosmallissa on kyse palvelutoiminnan säilyttämisestä osana kunnan tai kuntayhtymän hallintoa ja taloutta, sitä on terveydenhuollon alalla tarkoituksenmukaista soveltaa ensisijaisesti niiden alueellisten toimintojen järjestämiseen, jotka erikoissairaanhoidolaki määrittelee sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviksi tai joiden osalta seutukunnallinen kuntien yhteistyöhön rakentuva liiketoiminnan järjestäminen on muutoin kuntalain lähtökohdista perusteltavissa.

Osakeyhtiö on yleisin Suomessa käytetty yritysmuoto ja myös yksi vaihtoehto järjestää julkisia terveydenhuoltopalveluja. Osakeyhtiötä voidaan käyttää myös muuhun kuin voittoa tavoittelevaan toimintaan. Yhtiöittämisellä voidaan pyrkiä myös palvelukulttuurin kehittämiseen. Osakeyhtiömäistä toimintaa on pidetty sitä soveliaampana, mitä enemmän yrityksellä on kilpailua. Kunnallisen yhtiön kilpailuasema yksityisiin yrityksiin nähden on tällöin läpinäkyvämpi.¹³ Ruotsissa saatujen kokemusten mukaan suurin yhtiöittämisellä saavutettu etu on ollut päätöksenteon yksinkertaistuminen ja nopeutuminen ja henkilöstön parempi sitoutuminen toiminnan tavoitteisiin.

¹¹ Kunnallisen liiketoiminnan eriyttäminen, Suomen Kuntaliitto 2001

¹² Aronen K ym. Yhteistyöllä ja kilpailun. Peruspalvelut 2000 –tutkimusraportti. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 2001

¹³ Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. Kilpailuvirasto, selvityksiä 1/2001

Yhtiön toiminnasta säädetään osakeyhtiölaissa ja kuntalaki säätelee yhtiön toimintaa lähinnä valittaessa omistajan edustajia yhtiön hallintoon, osittain edustajien vastuukysymyksissä sekä yhtiön toimialaa määriteltäessä. Terveydenhuollossa osakeyhtiömuotoista toimintaa säätelee myös yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki.

Yhtiö voi olla kokonaan yhden kunnan tai kuntayhtymän omistuksessa, mutta myös muut julkiset ja yksityiset tahot voivat omistaa siinä osakkeita. Osakkeenomistajan vastuu ja taloudellinen riski rajoittuvat siihen panokseen, jonka osakas on yhtiöön sijoittanut. Mahdollisuus omistuspohjan laajentamiseen merkitsee, että yhtiömuotoinen toiminta soveltuu liikelaitosmallia paremmin tilanteisiin, joissa haetaan kuntayhtymää laajempaa kumppanuusmallia toiminnan järjestämisessä joko julkisen terveydenhuollon sisällä tai yksityisen sektorin kanssa.

Liikelaitosten ja yhtiöiden perustaminen merkitsee, että näille yksiköille luodaan mahdollisuus aiempaa itsenäisempään päätöksentekoon. Erityisesti yhtiömuotoon siirtyminen merkitsee asiantuntemuksen vahvistumista hallitustyöskentelyssä, jolloin perinteisen poliittisen päätöksenteon merkitys toiminnan ohjauksessa vähenee.

Volyymiltaan pienten tai toiminnaltaan kapea-alaisten liikelaitosten tai yhtiöiden perustamiseen sisältyy riski erikoissairaanhoidon sisäisten raja-aitojen lujittumiseen palvelukokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaisella tavalla. Riskinä on, että mahdollisuus palvelutuotannon kokonaisuuden hallintaan menetetään, ilman että saavutetaan merkittäviä mittakaava- tai muita etuja.

Kilpailluilla markkinoilla toimittaessa sekä liikelaitos- tai yhtiömallin mukainen toiminta edellyttävät, että palvelut ovat riittävän pitkälle tuotteistettuja ja että niiden kustannuslaskenta ja hinnoittelu ovat liiketoiminnan ja kilpailusääntöjen edellyttämässä valmiudessa.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että liikelaitosmallia sovelletaan varsinaisten terveydenhuollon palveluiden tuotannossa harkitusti esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamispalveluiden, lääkehuollon sekä alueellisen työterveyshuollon palveluiden järjestämiseen kuntien yhteistyönä

Selvityshenkilöt ehdottavat, että yhtiömallia sovelletaan, kun kyse on julkisten terveydenhuollon toimijoiden tai näiden ja yksityissektorin välisenä yhteistyönä järjestettävien palvelujen tuottamisesta.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan myös terveydenhuollon organisaatioiden käyttämien kiinteistöjen omistus ja hallinnointi on mahdollista järjestää liikelaitos- tai yhtiömallissa.

4. LÄÄKEHUOLLON JÄRJESTÄMINEN

Lääkehuolto on olennainen osa terveydenhuoltojärjestelmää, minkä vuoksi sitä on perusteltua tarkastella osana palvelujärjestelmän kokonaisuuden uudistamista.

Lääkekustannusten ja -korvausten kasvu on ollut viimeisen vuosikymmenen aikana voimakasta. Kustannukset ovat kasvaneet kaikissa EU-maissa 1990-luvulla nopeudella, joka on korvausjärjestelmästä riippumatta pakottanut etsimään keinoja hillitä lääkemenojen kasvua.

Lähtöleveysuudessa lääkehoitojen kustannuksia lisäävät mm. väestön ikääntyminen, sairastavuudessa tapahtuvat muutokset sekä lääketieteen ja terveydenhuollon teknologian kehitys. Uudet lääkehoidot lisäävät lähes poikkeuksetta lääkekustannuksia. Kuitenkin vain osalla hoidoista saadaan aikaan merkittäviä terveyshyötyjä ja mahdollisesti säästöjä muilla terveydenhuollon alueilla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama lääkekorvaustyöryhmä 2000 on tarkastellut perusteellisesti nykyisen lääkekorvausjärjestelmän rakenteita ja toimivuutta ja selvittänyt vaihtoehtoisia mahdollisuuksia kehittää korvausjärjestelmää.

Työryhmän loppuraportissa kuvatussa kuntarahoitteisessa mallissa julkinen terveydenhuolto vastaisi kaikesta julkisessa järjestelmässä määrätystä lääkityksestä mukaan lukien avohoidon lääkkeet. Tätä varten lääkekorvauksiin tarkoitettuja varoja siirrettäisiin kuntien valtionosuuksiin, jotka jaettaisiin laskennallisesti perustein samoin kuin muukin terveydenhuollon valtionosuus. Tavoitteena on pitää julkisen terveydenhuollon lääkkeiden kustannukset hallinnassa lääkärin kustannustietoisten ratkaisujen avulla, jolloin yhteisesti hyväksytyt hoitosuositukset ohjaavat hoitovaihtoehtoja koskevaa päätöksentekoa. Lääke toimitettaisiin potilaalle apteekista, joka laskuttaisi lääkkeestä potilaan kotikuntaa. Yksityisestä terveydenhuollosta määrättyt lääkkeet korvattaisiin ja rahoitettaisiin nykyiseen tapaan.¹⁴

Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportissa on lisäksi tuotu esille mahdollisuus tehostaa lääkehoitoja ja vähentää koteihin kertyvien käyttämättömien lääkkeiden määrää ottamalla käyttöön ns. annosjakelumenettely. Tällöin apteekki toimittaisi lääkkeet potilaille valmiiksi jaeltuina yhden tai kahden viikon erinä tätä varten kehitetyissä annostelijoissa. Palvelu olisi tarkoitettu henkilöille, jotka eivät itse kykene huolehtimaan lääkityksestään.

Lääkehankintoja keskittämällä on aikaansaavavissa selkeitä mittakaavaetuja. Julkisen terveydenhuollon yhtenäistä peruslääkevalikoimaa hyväksi käyttämällä on mahdollista ohjata myös avoterveydenhuollossa tapahtuvaa lääkehoitoa.

¹⁴ Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:15

Selvityshenkilöt ehdottavat, että julkisen terveydenhuollon sisäinen lääkehuolto järjestetään sairaanhoitopiireittäin osana alueellista palvelurakennetta ja että lääkehuollossa toteutetaan erityisvastuualueen tasoista yhteishankintamenettelyä ja yhteistä peruslääkevalikoimaa.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tulisi myös arvioida mahdollisuutta lääkehuollon ja jakelun uudelleenjärjestämiseen lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportissa kuvatun kuntarahoitteisen mallin mukaisena ja annosjakelumenettelyn käyttöön ottamiseen.

5. RAKENNEUUDISTUSTA TUKEVAT TOIMENPITEET

5.1 Ohjausjärjestelmä

Kunnilla oleva terveydenhuollon järjestämisvastuu perustuu Suomessa pitkään perinteeseen. Järjestelmän hyväksyttävyyttä väestön keskuudessa vahvistaa paikalliseen demokratiiaan perustuva päätöksenteko. Valtiolle on perinteisesti kuulunut terveystalouden määrittely, järjestelmän ohjaus ja terveydenhuoltopalveluihin liittyvien tasa-arvo- ja laatuvoimien turvaaminen.

Viime vuosikymmenen aikana palvelujen saatavuuteen liittyvä eriarvoisuus on lisääntynyt. Tilanteen korjaaminen ja palveluiden saatavuuden turvaaminen edellyttävät nykyistä parempaa alueellista yhteistyötä ja sen koordinaatiota. Suomessa tulee jatkossakin turvata edellytykset kunnalliselle palvelutuotannolle ja luoda ohjausjärjestelmä, joka tukee ja edistää palveluiden alueellista ja valtakunnallista koordinaatiota.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää valtakunnallisen palvelujen saatavuuden, laadun ja kustannustehokkuuden seurannan sekä sitä tukevan ohjausjärjestelmän rakentamisen.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan julkiset ja yksityiset palveluntuottajat tulee velvoittaa ilmoittamaan säännöllisesti seurantatiedot valtakunnallista seurantaan varten luotavaan tietojärjestelmään. Julkista rahoitusta saavien palveluntuottajien laatua koskevien tietojen ja niiden välisten vertailujen tulee olla julkisia.

Ohjausjärjestelmällä voitaisiin varmistaa keskenään tasavertaisten palvelujen saatavuus pöytälaan asuinpaikasta ja palveluntuottajasta riippumatta. Valtakunnallisesti asetetut toiminnan tavoitteet yhdenmukaistavat toimintakäytäntöjä eri puolilla maata ja tietojen julkisuus kannustaa palveluntuottajia toiminnan kehittämiseen. Lisäksi tiedot ohjaavat järjestämisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä valitsemaan laadukkaimpia ja tehokkaimpia palveluntuottajia.

5.2 Koulutus

Palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta on keskeisen tärkeää turvata lääkäri- ja hoitohenkilökunnan saatavuuden turvaaminen. Terveystieteellisen tutkimuksen tulee tukea palvelujärjestelmän toimivuutta. Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan lääkäri- ja hoitohenkilökunnan koulutuksen suunnittelun ja aloituspaikkojen määrittelyssä tulee nykyistä paremmin ottaa huomioon erityisvastuualueittainen koulutustarve.

5.3 Laadunhallinta

Terveystieteellisen tutkimuksen tulee täyttää kansallisesti asetetut vaatimukset, joiden tulee toteutua potilaan asuinpaikasta ja palveluiden järjestämistavasta riippumatta. Laatuvaatimusten tavoitteena on varmistaa tuotettavien palveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus kaikkien kansalaisten näkökulmasta tasavertaisesti.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yhdessä Kuntaliiton kanssa eri palvelujen tuottamista koskevat laatu- tai pätevyysvaatimukset, joiden täyttymistä seurataan valtakunnallisella ohjausjärjestelmällä.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan vastuun palvelujen laadunhallinnasta ja siihen liittyvästä raportoinnista on oltava palveluiden tuottajilla. Näiden tulee luoda järjestelmällinen menettely, jolla voidaan varmistaa valtakunnallisten laatusuositusten toteutuminen.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan sairaanhoitopiirien tulee laatia yhteistyössä perusterveydenhuollon edustajien kanssa keskeisille sairausryhmille alueelliset hoitosuositukset ja sopia erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut yhdistävistä palveluketjuista. Uuden teknologian käyttöönotossa tulee arvioida sen kustannusvaikuttavuutta.

Laadunhallintajärjestelmien kehittämistä tulee koordinoita ja tukea koulutuksella sairaanhoitopiirien tasolla. Laadunhallintajärjestelmien tulee kohdentua keskeisten tavoitteiden, kuten toiminnan pätevyyden, vaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden edistämiseen. Laadunhallinnassa tulee soveltaa kansainvälisesti hyväksytyjä menetelmiä.

Palvelutoiminnan kehittämisessä ja laadunhallinnassa keskeinen väline on Euroopan laatu-palkinnon arviointiperusteet (EFQM), jonka käyttöä koordinoivat Laatuokeskus, Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö.¹⁵

¹⁵ Euroopan laatupalkintomalli julkisella sektorilla. Laatuokeskus, Suomen Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö 2001

Sertifiointimenettelyjä tulee terveydenhuollossa soveltaa vain harkitusti ja niiden tulee perustua SFS-EN 45000-standardisarjojen mukaisten toimielinten vahvistamiin SFS-EN ISO 9000-sarjan standardien mukaisiin tai vastaaviin laatujärjestelmiin.¹⁶

Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia selvittäneen työryhmän raportissa on esitetty suositus, jonka mukaan jokaisella kliinistä laboratoriotointimintaa harjoittavalla yksiköllä tulisi olla määräaikainen laatutunnus.¹⁷ Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan laatutunnuksen tulee laboratorioiden kohdalla painottua pätevyyden osoittamiseen soveltamalla tässä SFS-EN ISO/IEC 17025 vaatimusten mukaista akkreditointimenettelyä. On ennakoitavissa, että yhdenmukaisten pätevyysvaatimusten soveltaminen edistää laboratorioiden tuottajakoon suurentumista ja niiden verkottumista. Samalla edistetään toiminnan kustannustehokkuutta.

5.4 Tietohallinto

Toimivan tietohallinnon keskeinen perusedellytys on, että terveydenhuollon toimijoiden käyttämät tietojärjestelmät ovat yhteensopivia. Tämän turvaamiseksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön, Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyönä tulee määrittellä terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden takaavat yhteiset hallinnolliset palvelut sekä avoimet rajapinnat järjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. Valtakunnallisella tasolla terveydenhuollon sähköisiä palveluja järjestävien julkisten tahojen tulee toimia tiiviissä yhteistyössä toimivan kokonaisuuden aikaansaamiseksi.

Valtakunnallisella tasolla hyväksytyt rajapintojen määrittelyt tulee saattaa julkisiksi, minkä jälkeen terveydenhuollon tietojärjestelmien toimittajien on mahdollista toteuttaa määritellyt palvelu- ja järjestelmärajapinnat omiin tuotteisiinsa.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että yliopistosairaanhoitopiirit koordinoivat tietohallinnon kehittämisyhteistyötä erityisvastuualueellaan. Tavoitteena on, että kullekin erityisvastuualueelle luodaan valtakunnalliset tavoitteet toteuttava terveydenhuollon aluetietojärjestelmä.

Asetettujen terveystieteiden tavoitteiden mukaiset saumattomat palveluketjut ja -kokonaisuudet määrittellään sairaanhoitopiireittäin ja seutukunnittain. Näitä tukevan saumattoman tietojen vaihdon mahdollistamiseksi tietojärjestelmät kytketään toisiinsa aluetietojärjestelmän kautta.

Kansainvälisten kokemusten perusteella on ennakoitavissa, että uuden tieto- ja viestintäteknologian avulla terveydenhuollossa saavutetaan merkittävä tehokkuuden kasvu samalla kun palveluiden saatavuus paranee.

¹⁶ Laadunhallinta kuntien ylläpitämissä ja hankkimissa terveystieteiden palveluissa, Suomen Kuntaliitto 1998

¹⁷ Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskeva selvitys 2001. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmämuistioita 2001:20.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että Suomeen luodaan maan kattava ympärivuorokautinen neuvontapalvelu, jonka kautta on saatavissa terveyden edistämistä ja sairauksien hoitoa koskevaa tietoa sekä paikallisten terveystalusten käyttöä ja avun hankkimista koskevaa ohjausta.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan terveydenhuollon palveluntuottajien tulee lisätä tieto- ja viestintäteknikan käyttöä informaatio- ja neuvontapalveluissa, joiden avulla sekä potilaille että terveydenhuollon ammattilaisille on mahdollista saada ajantasaisia terveys-tietoa sekä neuvoja tarjolla olevista palveluista ja niiden käytöstä.

5.5 Muut rakenneuudistusta tukevat linjaukset

Valtiontilintarkastajat ovat esittäneet näkemyksensä, että sairaaloiden erikoismaksuluokasta tulisi luopua, koska se on osoitettu potilaita taloudellisesti eriarvoistavaksi tekijäksi ja hoidon oikeudenmukaisen toteutumisen esteeksi sairaalahoidossa. Lisäksi erikoismaksuluokan ylläpitämiseen liittyvät järjestelyt aiheuttavat sairaaloille tarpeettomia ylimääräisiä kustannuksia.¹⁸

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sairaaloiden erikoismaksuluokasta luovutaan ja sen asemesta kehitetään kannustavaa palkkausjärjestelmää, joka edistää toiminnan tehokkuus- ja tuottavuustavoitteiden toteutumista.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan tulisi samalla pyrkiä siihen, että potilaalla on myös sairaalassa mahdollisuus valita hoitava lääkäri.

¹⁸ Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2000, Helsinki 2001

6. TOIMENPIDEOHJELMA PALVELURAKENTEN MUUTTAMISEKSI

Muistiossa esitetty palvelurakennemuutoksen ja sitä tukevien toimenpiteiden toteuttaminen vaatii usean vuoden pitkäjänteistä ja tavoitteellista yhteistyötä terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Kehitystyö merkitsee nykyisten palvelurakenteiden ja toimintatapojen perusteellista uudelleenarviointia. Palvelurakennemuutos edellyttää valtakunnallista koordinaatiota ja ohjeistusta sekä uudistusta tukevaa erillisrahoitusta. Palvelurakennemuutostyö tulee aloittaa välittömästi ja saattaa päätökseen seuraavan eduskuntavaalikauden aikana vuoteen 2007 mennessä.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että palvelurakennemuutos toteutetaan vaiheittain etenevän ohjelmatyön avulla, johon osoitetaan valtion budjetissa merkittävä erillinen hankerahoitus.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee ja määrittää yhdessä Kuntaliiton kanssa ohjelmatyötä ohjaavat terveyspoliittiset tavoitteet sekä palveluiden saatavuuteen ja laatuun liittyvät kriteerit ja niiden seurantamenettelyt.

Palvelurakennemuutoksen toteuttamisen kannalta on tärkeää, että se suunnitellaan paikallisesti ja alueellisesti yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden ja kuntien kanssa. Uudistuksen onnistunut toteuttaminen edellyttää kaikilta osapuolilta vahvaa sitoutumista tavoitteiden mukaisiin toimenpiteisiin.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan terveydenhuollon lähipalveluiden järjestäminen tulee suunnitella seutukunnallisesti siten, että työtä koordinoivat sairaanhoitopiirit. Ohjelmatyötä varten tulee asettaa sairaanhoitopiireittäin johtoryhmät, joihin nimetään kuntien, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen edustus. Samaa periaatetta noudattaen erityisvastuualueen työtä koordinoi yliopistollinen sairaanhoitopiiri. Ohjelmatyötä varten tulee asettaa erityisvastuualueittain johtoryhmät, joihin nimetään erityisvastuualueen kaikkien sairaanhoitopiirien edustus sekä edustaja alueen maakuntaliitosta ja lääninhallituksesta.

Ohjelmatyön ensimmäisessä vaiheessa tehdään nykyiseen sairaanhoitopiirijakoon perustuva toteuttamisohjelma seutukunnallisten lähipalvelujen järjestämiseksi. Toisessa vaiheessa vastaava toteuttamisohjelma tehdään erityisvastuualuetasoisena siten, että sairaanhoitopiiritasolla tehdyt suunnitelmat yhdensuuntaistetaan erityisvastuualuetasolla. Samassa yhteydessä sovitaan erikoisvastuualueen sisäisestä työnjaosta ja palvelutuotannon uudelleenjärjestelyä koskevista toimenpiteistä. Ensimmäisen ja toisen vaiheen toteuttamisohjelmia valmistellaan samanaikaisesti. Ohjelmatyössä tulee ottaa huomioon muun muassa Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen toimeenpano-ohjelmissa esitetyt kehittämissuositukset.

Alueellisen ohjelmatyön kautta syntyvät erillistä hankerahoitusta vaativat toteuttamisohjelmat saatetaan sosiaali- ja terveysministeriön käsiteltäväksi ja hyväksyttäväksi rahoituksen myöntämistä varten.

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaa palvelurakennemuutuksen kansallista toteuttamista varten valtakunnallisen johtoryhmän, joka vastaa hyväksytyjen terveystavoitteiden mukaisen hankerahoituksen jakamisesta. Johtoryhmässä tulee olla riittävän monipuolinen terveydenhuollon käytännön asiantuntemus.

Selvityshenkilöiden näkemyksen ohjelmatyö tulee käynnistää välittömästi kansallisen terveysprojektin ehdotusten hyväksymisen jälkeen. Ohjelmatyön ensimmäiset hanke-esitykset tulisi valmistella vuoden 2003 syksyyn mennessä, jonka jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö voi aloittaa vuosittain myönnettävän hankekohtaisen rahoituksen. Hankerahoitusta tulee jatkaa vuosittain siten, että palvelurakennemuutos on saatettu päätökseen vuonna 2007.

Palvelurakennemuutusta ja sen sisällöllisiä tavoitteita tulisi tukea myös yhdistämällä nykyistä terveydenhuollon useisiin erillislakeihin kirjoitettua lainsäädäntöä. Lainsäädännön yhdistämisellä voidaan myös osaltaan edesauttaa sellaisen järjestelmän muodostamista, jolla pystytään turvaamaan aiempaa paremmin palveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus

Selvityshenkilöt ehdottavat, että sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää terveydenhuollon lainsäädännön kokonaisuudistuksen, jossa yhdistetään kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki, mielenterveyslaki, tartuntatautilaki sekä muu terveydenhuoltoa ohjaava lainsäädäntö yhdeksi terveydenhuoltolaiksi.

**Liite 1:
Terveysthuollon
toimintayksiköt
sairaanhoidopiireittäin ja
erityisvastuualueet**

jk = jäsenkunta

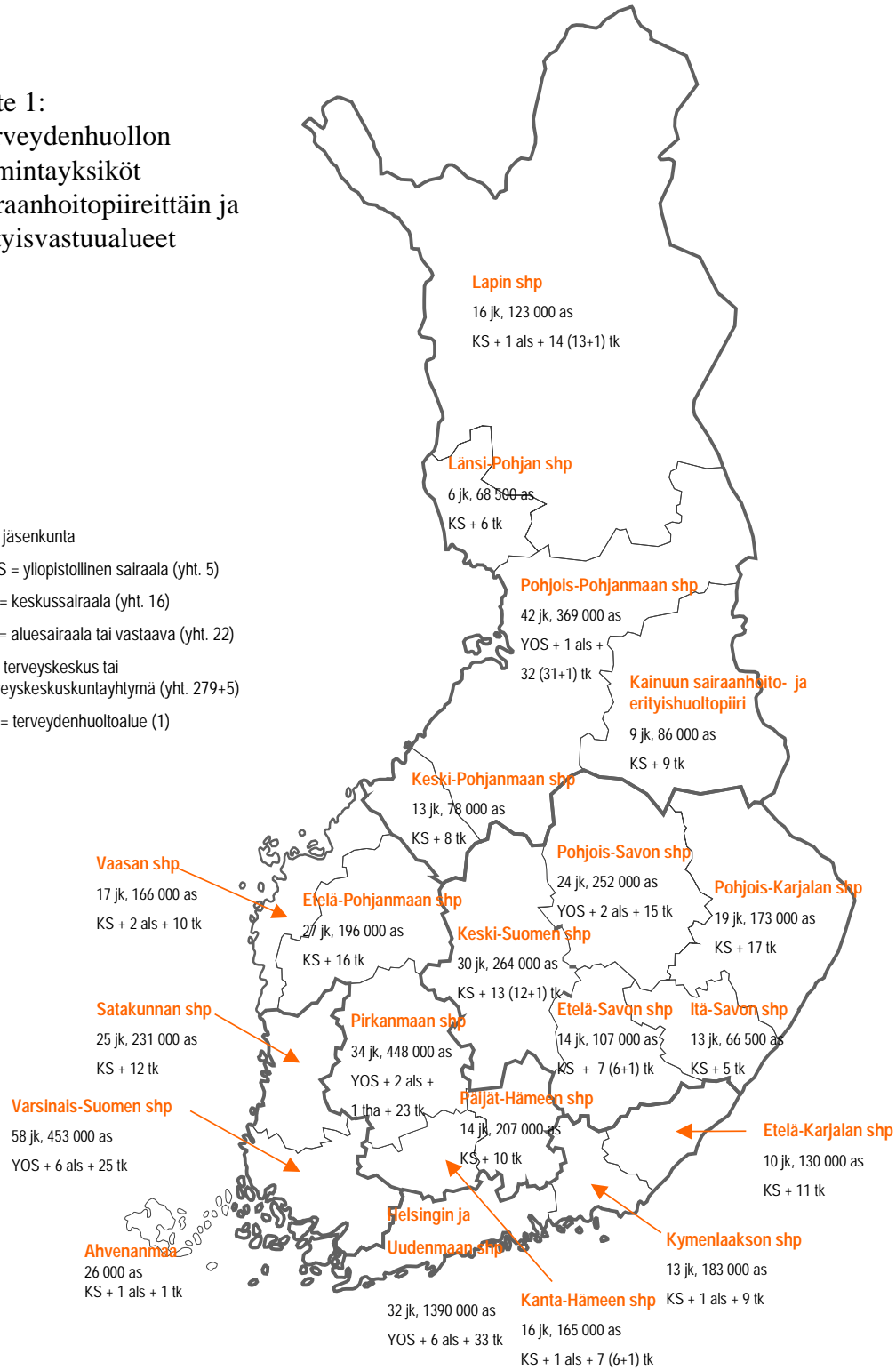
YOS = yliopistollinen sairaala (yht. 5)

KS = keskussairaala (yht. 16)

als = aluesairaala tai vastaava (yht. 22)

tk = terveyskeskus tai
terveyskeskuskuntayhtymä (yht. 279+5)

tha = terveydenhuoltoalue (1)



Lähteet: Stakes (terveyskeskukset) ja Suomen Kuntaliiton
käyttämä aluesairaalaryhmittely
Karttapohja Karttakesuksen