



6.3.2013

Valtiovarainministeriö
valtiovarainministerio@vm.fi

Lausunto kuntarakennelakiluonnoksesta, VM162:00/2011

HUS:n hallituksen lausunto kokonaisuudessaan on tämän kirjelmän liitteenä. Lausuntomme keskittyy ns. sote-uudistuksen arvioimiseen. Kiteytettynä HUS:n hallitus esittää seuraavaa:

Sote-uudistuksen toteuttaminen vaatii lisääaikaa. Ns.

palvelurakennetyöryhmän loppuraportti jäi monin osin keskeneräiseksi. Keskeneräisyyttä kuvaa hyvin raportissa oleva laaja kysymyksien sarja. Myös useat asiantuntijanäkemykset ovat hyvin ristiriitaisia esitetyn uudistuksen suhteen. Rahoitusjärjestelmän uudistamisesta ei ole vielä minkäänlaista selvyyttä. Pidämme merkittävänä riskitekijänä myös sitä, että säädettäisiin toisistaan irrallisina samaan kokonaisuuteen liittyviä lakeja, jolloin on vaara, että kokonaisnäkemys ja arvio uudistusten vaikutuksista hämärtyy.

Sote-järjestelmä ei voi olla yhden kaavan mukainen. Potilaan oikeuksien lisääminen terveydenhuollon palveluiden saannissa, tasa-arvon voimistaminen sekä potilasturvallisuuden ja potilaan valinnanvapauden lisääminen ovat nyt ja tulevaisuudessa keskeisiä arvotekijöitä muun muassa terveydenhuollon palveluissa. Kansainvälinen kehitys on, että erikoissairaanhoidon ja osin koko terveydenhuollon järjestämisestä (muun muassa ympärivuorokautinen päivystys) vastuussa olevan hallinnon väestöpohjat suurentuvat.

Kyseenalaistamme nyt kaavaillun sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden organisatorisen toisiinsa liittämisen näin kategorisesti. Missään muualla maailmassa ei ole näin tehty. Näiden sektoreiden aiotunkaltainen yhteen nivomisen synergiaedut ovat suhteellisen vähäiset. Uudistuksen taloudellisia vaikutuksia ei ole arvioitu.

Sote-uudistuksen valmistelu keskeytti meneillään olevia valmisteluja sairaanhoitopiirien yhdistämiseksi. Sairaanhoitopiirejä tulee koota riittävän suuriksi kokonaisuuksiksi. Toiminnallisesti ja taloudellisesti on perusteltua yhdistää perusterveydenhuoltoa sairaanhoitopiirien vastuulle niiltä osin kuin kunnat harkitsevat sen tarkoituksenmukaiseksi. Tällainen malli on voimassa esimerkiksi Ruotsissa, jossa koko terveydenhuolto on maakäräjillä (21 kpl), mutta lähipalvelut vanhustenhuolto mukaan lukien peruskunnilla (290 kpl).

Erva-rakenteen tulee perustua yliopistollisen sairaalan ja muiden julkisten toimijoiden kumppanuuteen. Palvelurakennetyöryhmä esittää, että erva olisi kuntien ja sote-alueiden omistama kuntayhtymä, jolla olisi omat päätöksentekoaikansa. Sote-alueet voivat olla isäntäkuntia tai kuntien yhteenliittymiä, jälkimmäiset ilmeisestikin kuntayhtymiä.

Julkisuudessa sairaanhoitopiirejä on pidetty merkillisinä himmeleinä, puhumattakaan demokratiavajeesta. Työryhmän esittämät erva-kuntayhtymät löisi "kaikkien himmeleiden äiteinä" ja demokratiavajeen suhteen kirrkaasti

laudalta nykyiset sairaanhoitopiirin kuntayhtymät. Niin ikään voidaan hyvin kyseenalaistaa, onko tarkoituksenmukaista keinotekoisesti ryhtyä perustamaan organisaatioita, joille kaavailtu toiminta on jo valtion tasolla ministeriöiden, virastojen ja laitosten taholta hyvin hoidettu.

Terveydenhuoltolain mukainen erityistason sairaanhoidon sopimusperusteinen järjestämismalli toimii erittäin hyvin, eikä sitä pidä romuttaa. Erva ei voi olla pelkkä hallinnollinen virasto, vaan erikoissairaanhoidon toimijoiden yhteistyöverkosto, jonka keskiössä on yliopistollinen sairaala ja yliopistollinen sairaanhoitopiiri.

Yliopistollisilla sairaaloilla tulee olla nykyistä vahvempi asema terveydenhuollon ohjauksessa ja koordinoinnissa. Esimerkiksi HYKS:n erityisvastuualueeseen kuuluvilla Carealla ja Eksotella on huolestuttava lääkäripula. Ilman HYKS:n ja Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan panostusta niiden ahdinko syvenee entisestään. Tilannetta korjaava yhteistyö on käynnistynyt eikä sen kehitystä tule hankaloittaa. Erikoissairaanhoidossa tulee aina olemaan tarvetta hoidon porrastukselle. Laajalla erityisvastuualueella on mahdollista käyttää hyödyksi alueen koko kapasiteettia. Kaikki hyötyvät tiiviistä yhteistyöstä. Erityisvastuualueella erikoissairaanhoidon järjestämissopimus tähtää samaan päämäärään.

HUS ja HYKS on säilytettävä yhtenä kokonaisuutena. Riippumatta siitä, mikä tulee olemaan kuntarakenne, edellyttää erikoissairaanhoidon ja etenkin vaativimman erikoissairaanhoidon laadukas ja tehokas järjestäminen riittävän suurta väestöpohjaa. Sama vaatimus pätee lääketieteellisen ja muun yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen ja opetuksen järjestämiseen.

Kolmentoista HUS:n toimintavuoden aikana on saatu aikaan paljon, mutta kehittämispotentiaalia on edelleen. HUS:a perustettaessa entisen Uudenmaan läänin alueen erikoissairaanhoidon suurimpina ongelmina pidettiin erikoissairaanhoidon päällekkäisiä toimintoja, kilpavarustelua, ylikapasiteettia ja toiminnan koordinoinnin vaikeuksia. Nämä vaikeudet HUS on selittänyt. Keskeisin voima tässä on ollut yliopistollisen sairaalan, HYKS:n, toiminnan käynnistyminen nykymuodossaan omana sairaanhoitoalueenaan 1.1.2006.

HYKS toimii Meilahden sairaala-alueella ja myös muualla Helsingissä, Espoossa Jorvin sairaalassa ja Vantaalla Peijaksen sairaalassa. Ilman tätä kokonaisuutta ei olisi ollut mahdollista purkaa päällekkäisyyksiä ja järjestää toimintoja mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti. HYKS edustaa 80%:a HUS:n toiminnasta tuottaen palveluita erityisesti pääkaupunkiseudun kuntien asukkaille, mutta merkittävästi myös muille HUS:n jäsenkunnille (euroissa mitattuna noin 30-45 % kunnan kokonaislaskutuksesta), HYKS:n erityisvastuualueelle ja lisäksi koko maalle valtakunnallisia erityistason palveluja. Niin ikään HYKS:iin kuuluvien sairaalayksiköiden tehtävänä on huolehtia lääketieteellisestä ja muusta terveydenhuoltoalan opetuksesta sekä tutkimustyöstä. Noin kolmasosa maamme lääkäreiden ja hammaslääkäreiden opetuksesta annetaan HUS:ssa ja lähes puolet yliopistotasoisesta terveyden tutkimuksesta tehdään siellä. Opetuksen kannalta HYKS ja koko HUS tarjoavat erinomaisen ja toimivan kokonaisuuden ja monipuolisen potilasmateriaalin. Laadukas lääkärinkoulutus tarvitsee erilaisia potilaita, ei vain erityistason erikoissairaanhoidon potilaita.

HUS:ssa on laajat erikoissairaanhoidon tukitoiminnot kuten esimerkiksi laboratorio, logistiikka, ravitsemishuolto, jne. järjestetty keskitetysti. Tämä on mahdollistanut näiden toimintojen kokonaisvaltaisen laadullisen kehittämisen sekä suuruuden ekonomian hyödyntämisen toiminnan tehostamisessa. HUS:n palveluksessa olevasta 21 000 henkilöstöstä runsaat 6 000 työskentelee keskitetyissä tukitoiminnoissa, ja ne muodostavat noin 40 % HUS:n 1,8 miljardin euron kokonaisuudesta.

Lisäksi on otettava huomioon, että kliiniset tukipalveluyksiköt (kuvantaminen, laboratorio ja apteekki), mutta myös muut HUS:n tukitoiminnot vastaavat sairaanhoitopiirin alueella pitkälti myös kuntien perusterveydenhuollon kyseisistä toiminnoista. Toiminnan yhdistäminen ja siirtäminen sairaanhoitopiirille on mahdollistanut laitekapasiteetin tehokkaan käytön sekä keskitetyn logistiikan ja kilpailutuksen, joiden avulla on saatu huomattavia taloudellisia säästöjä. Ehdotetun kaltainen sote-uudistus voisi merkitä näissä toiminnoissa aikaansaatuun kustannushyötyjen ja laadun heikentymistä.

Olemassa olonsa aikana HUS on osoittanut tehokkuutensa, eikä järkeviä perusteita löydy sen hajottamiselle. HUS on pystynyt tehokkaasti hyödyntämään suurta väestöpohjaa ja toimintavolyymia sekä hoidon laadussa että kustannustehokkuudessa. Viittaamme näiltä osin tämän kirjelmän liitteenä olevaan lausuntoomme.

HUS:n toiminnan jatkaminen yhtenä kokonaisuutena on erityisen tärkeää seuraavista syistä johtuen:

- näin voidaan turvata alueella hoidon tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen saatavuus;
- pystytään laadukkaaseen ja tehokkaaseen toimintaan, josta hyötyvät sekä potilaat että kunnat;
- pystytään rekrytoimaan ja pitämään palveluksessa ammattitaitoisia lääkäreitä, hoito- ja muuta henkilökuntaa;
- pystytään hallittuun, suunnitelmalliseen toimintaan ilman alueellista kilpavarustelua;
- luodaan edellytykset yliopistotasoiselle lääketieteen opetukselle ja tutkimukselle. Ilman korkealuokkaista tutkimustoimintaa eivät kehity myöskään kliiniset hoitomenetelmät;
- vanhat sairaalarakennukset vaativat uudisrakentamista tai laajoja peruskorjauksia, niitä tulee hyödyntää maksimaalisesti
- tukipalvelut voidaan hoitaa mahdollisimman laadukkaasti ja tehokkaasti suurten, toimintatapojaan yhtenäistäneiden liikelaitosten tai tytäryhtiöiden avulla;
- potilastietojärjestelmän uudistaminen koskee koko terveydenhuoltoa ja on tärkein tekijä; ja yhdessä muun sairaalainfrastruktuurin, lääkintäteknologian kehityksen ohella ja tietysti riittävän ja osaavan henkilökunnan kanssa menestykselliselle toiminnalle.

Perusterveydenhuollossa on vaikeuksia saada osaavaa lääkärihenkilökuntaa. HUS:n ja perusterveydenhuollon edelleenkin vahvistumassa oleva yhteistoiminta parantaa tilannetta. Terveystietojärjestelmä tarjoaa jo nyt edellyttämä terveydenhuollon alueellinen järjestämissuunnitelma tarjoaa jo nyt erinomaisen instrumentin palvelurakennemuutoksen kohteena olevan toiminnan kehittämiseksi. Sen avulla voidaan suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti yhteen sovittaa jäsenkuntien

sosiaali- ja terveydenhuollon ja HUS:n toimintaa keskenään. Tässä keskenään toimivat tietojärjestelmät ovat avainasemassa.


Lisäksi on tärkeää saada kokemuksia siitä, mitä vaikutuksia olisi tarpeeksi suuren perusterveydenhuollon toiminnan liittäminen erikoissairaanhoidon kuntayhtymän toimintaan.

HUS:a, kuten muitakin kuntayhtymiä kohtaan ovat kuitenkin yllättävän sitkeästi säilyneet käsitykset "isännättömästä talosta", toiminnan läpinäkymättömyydestä, tehostomuudesta jne. Toteamme, että kuntayhtymän perussopimus, jolla päätetään muun muassa päätöksenteon järjestämisestä kuntayhtymästä, sen tuottamien palveluiden korvauserusteista ovat jäsenkuntien keskenään sovittavia asioita.

Hyvin toimivia korkeatasoisia terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatioita ei tule rikkoa, vaan antaa niille mahdollisuudet kehittyä!

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN KUNTAYHTYMÄN
HALLITUS


Ulla-Marja Urho
puheenjohtaja


Veikko Simpanen
varapuheenjohtaja

Liite HUS:n hallituksen lausunto 6.3.2013 kuntarakennelakiluonnoksesta
Tiedoksi Sosiaali- ja terveysministeriö

6.3.2013

Valtiovarainministeriö
valtiovarainministerio@vm.fi

Lausunto kuntarakennelakiluonnoksesta, VM162:00/2011

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, HUS:n, hallitus on antanut 28.3.2012 päivätyn lausuntonsa kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksestä sekä kuntauudistukseen liittyvistä muista uudistuksista.

Pyydettyä lausuntoon kuntarakennelakiluonnoksesta ja lausuntopyynnössä nimenomaisesti mainituista kysymyksistä HUS:n hallitus esittää seuraavaa:

Lausuntomme keskittyy tälläkin kertaa asian arvioimiseen terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta. Ministeriön marraskuun 22 päivänä 2012 päivätyn lausuntopyynnön jälkeen on valmistunut STM:n julkaisemana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetyöryhmän loppuraportti 2012:30. Peruspalveluministeri asetti 23.11.2012 palvelurakennemuutoksen tueksi selvityshenkilöryhmän, jonka työ valmistuu 28.2.2013 mennessä. Sosiaali- ja terveystieteellinen ministerivaliokunta on 23.11.2012 täsmentänyt valmistelulinjauksia selvityshenkilöille.

1. Terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen valmistelusta

Viime vuosikymmeninä toteutetut sairaalahallinnon uudistukset ovat aina perustuneet avoimeen, laajaan ja perusteelliseen valmisteluun ja vuoropuheluun. Vuoden 1991 alusta voimaan astuneella erikoissairaanhoidolla supistettiin sairaalakuntainliittojen lukumäärä 99:stä 21:een sairaanhoitopiirin kuntayhtymään ja kahteen erilliseen sairaalakuntayhtymään; keskussairaalat, aluesairaalat ja mielisairaalat yhdistettiin alueellisesti samaan organisaatioon, sairaanhoitopiiriin. Lainsäädännön uudistusta valmisteltiin lähes koko 1980-luku. HUS:n perustamisesta säädettiin 1.1.2000 voimaan tulleella erikoissairaanhoidon muutoslailla ja sen voimaantulolailla. Lainsäädännökset pohjautuvat koko 1990-luvun kestäneeseen valmistelutyöhön ja STM:n johdolla toimineen ns. Puerto-työryhmän kannanottoihin.

Lainsäädäntövalmistelussa on aiempaan nähden tapahtunut selvä muutos, ja ikävä kyllä huonompaan suuntaan. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon alueella valmistelu tapahtuu joko STM:n virkamiesten työstämänä tai muutoin suljettuna, pienen ryhmän työstämänä. Komitealaitosmuotoiseen työskentelyyn voidaan kohdistaa kritiikkiä, mutta yhteiskunnallisesti laajakantoisissa ja merkittävässä asioissa se puolustaa hyvin paikkaansa.

Em. palvelurakennetyöryhmän loppuraportti on monin osin keskeneräinen. Keskeneräisyyttä kuvaa hyvin raportissa oleva laaja kysymysten sarja, jotka työryhmän näkemyksen mukaan tulee selvittää palvelurakennemuutoksen jatkotyössä. Myös useat asiantuntijankäytännöt ovat hyvin ristiriitaisia esitetyn uudistuksen suhteen. Niin muodoin suuren keskustelun ja huomion kohteena olleen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän uudistamisesta ei ole vielä minkäänlaista selvyyttä.

Terveydenhuoltolain valmisteluvaiheessa puutuimme oma-aloitteisesti ja lausunnossamme 14.4.2010 luonnoksesta terveydenhuoltolaiksi korostimme, että olisi tarkoituksenmukaisempaa tehdä yhtenäisen loogisen kokonaisuuden sisältäviä lakiuudistuksia eikä pakotettuja osittaisratkaisuja. Pidämme nytkin merkittävänä riskitekijänä sitä, että säädettäisiin toisistaan irrallisina samaan kokonaisuuteen liittyviä lakeja, jolloin on vaara, että kokonaisnäkemys ja arvio uudistusten vaikutuksista hämärtyy.

2. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen eri tavoin maan eri osissa

Maaliskuussa 2005 voimaan tulleet ns. hoitotakuulainsäädännökset selkiyttivät ja vahvistivat sairaanhoitopiiriin vastuuta erikoissairaanhoidossa. Hoitotakuu-uudistuksella luotiin kiireellisen hoidon lisäksi potilaalle subjektiiviseen etuuteen verrattava oikeus saada hoitoa määrääjässä. Hoitotakuuta koskevien säännösten tarkoituksena on osaltaan turvata jokaiselle riittävät terveyspalvelut perustuslain edellyttämällä tavalla. Lain tavoitteet ovat tältä osin täyttyneet lähes täysimääräisesti muun muassa HUS:n osalta. Hoitojonot onkin purettu koko maassa. Tätä kehitystä on syytä tukea. Kehityssuuntana on potilaan oikeuksien lisääminen terveydenhuollon palveluiden saannissa, tasa-arvon voimistaminen sekä potilasturvallisuuden ja potilaan valinnanvapauden lisääminen.

Kuten 28.3.2012 lausunnossamme olemme todenneet, kansainvälinen kehitys on viime vuosina jatkuvasti kulkenut siihen suuntaan, että erikoissairaanhoidon ja osin koko terveydenhuollon järjestämisestä (muun muassa ympärivuorokautinen päivystys) vastuussa olevan hallinnon väestöpohjat suurentuvat. Viittaamme tältä osin myös THL:n ylijohdajan palvelurakennetyöryhmän loppuraporttiin liitämään erivävään mielipiteeseen.

HUS:n hallitus kyseenalaistaa nyt kaavaillun sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden organisatorisen toisiinsa liittämisen näin kategorisesti. Missään muualla maailmassa ei ole näin tehty. Käsityksemme mukaan näiden sektoreiden aiotunkaltainen yhteen nivomisen synergiaedut ovat suhteellisen vähäiset. Uudistuksen taloudellisia vaikutuksia ei ole arvioitu. Emme tietenkään kyseenalaista niitä hyviä kokemuksia, joita jotkin alueet ovat kokeneet yhdistämisestä saaneensa. Maamme eri osissa on kuitenkin erilaisia tarpeita, paineita ja edellytyksiä em. toimintojen yhteen liittämislle. Tärkeintä on, että niillä sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla, joilla on riippuvuussuhteita toisiinsa, kehitetään yhteistoimintaa, prosesseja ja tiedonkulkua.

Sote-lainsäädännön valmistelu keskeytti joitakin jo meneillään olevia valmisteluja sairaanhoitopiirien yhdistämiseksi (muun muassa Iser-hanke). HUS:n hallituksen näkemyksen mukaan sairaanhoitopiirejä tulisi koota riittävän suuriksi kokonaisuuksiksi. Mielestämme olisi perustellumpaa yhdistää perusterveydenhuoltoa sairaanhoitopiirien vastuulle niiltä osin kun kunnat harkitsevat sen tarkoituksenmukaiseksi. Tällainen malli on voimassa esimerkiksi Ruotsissa, jossa koko terveydenhuolto on maakäräjillä (21 kpl) , mutta lähipalvelut vanhustenhuolto mukaan lukien peruskunnilla (290 kpl).

3. Kysymys ervan asemasta ja tehtävistä

Palvelurakennetyöryhmän loppuraportissa on 4.3 kohdassa käsitelty erityisvastuutasoa. Sen mukaan "uudessa palvelurakenteessa yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä varten olisi viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta (erva)". Loppuraportin mukaan ervoilla ei olisi pääsääntöisesti omaa palvelutuotantoa, vaan keskitettävät, erityisen vaativat palvelut ostettaisiin tai niiden tuottamisesta erva-alueittain sovittaisiin tarvittaessa. Edelleen raportissa todetaan, että "Metropolialue selvitetään omana kokonaisuutenaan.

Metropolialueen ja HYKS:n sairaaloiden välillä toteutetusta työnjaosta johtuu, että HYKS:n nykyistä kokonaisuutta ei ole tarkoituksenmukaista pilkkoa. Koko HUS:n rakennetta ja toimintaa tullaan sivuamaan metropoliselvityksen yhteydessä. Selvittäjät ottavat huomioon ne linjaukset, jotka palvelurakennetyöryhmä tulee tekemään. Siksi työryhmä ei ole käsitellyt metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta erillisenä kysymyksenä. Myös muiden yliopistosairaaloiden palvelutuotanto tulee toteuttaa tarkoituksenmukaisina kokonaisuuksina.”

Edelleen loppuraporttia lainaten:

”Erityisvastuutason organisaatiomuoto

 Erva määritellään tulevassa järjestämislaissa kuntien ja sote-alueiden omistamaksi oikeushenkilöksi, joka on kuntayhtymä. Kuntayhtymä poikkeaa kuntalain mukaisesta kuntayhtymästä siten, että sen jäsenenä olisi joko kunta tai sote-alue. Sote-alue olisi ervan jäsen, kun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on sote-alueella. Kuntayhtymän ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto tai yhtymäkokous. Omistavien kuntien ja sote-alueiden äänivalta määräytyy lähtökohtaisesti asukasluvun mukaan. Kuntayhtymän hallitus käyttää ylintä toimeenpanovaltaa.

Erityisvastuutason valtuudet

Erityisen vaativien tehtävien hoitamisen ja koordinaatiovastuun toteuttamiseksi ervalle on järjestämislaissa annettava lakiin perustuva toimintavaltuus.

Voimassa olevassa terveydenhuoltolaissa mainittu nykyisten terveydenhuoltoa koskevien erva-alueittainen järjestämissopimus ja nykyisten sairaanhoitopiirien alueilla tehtävä perustason toimijoiden välinen järjestämissuunnitelma luovat puitteet koordinaatiotehtävien toteuttamiseksi. Tulevan järjestämislain valmistelussa tulee täsmentää sitä, mistä erva voi päättää sitovasti, jotta muodostuisi tarkoituksenmukainen, kattava ja päällekkäisyyksiä välttävä palvelutuotantorakenne. Tämän toteuttamiseksi on jatkotyössä määriteltävä, mistä palveluista ja toiminnoista ervalla on lakiin perustuva päätösvalta.”

Erityisvastuutason tehtävät

Loppuraportissa luetellaan ervan lakisääteiset tehtävät, jotka sillä ainakin tulisi olla:

- koordinaatiotehtävät
- viranomaistehtävät
- tutkimus, opetus ja valtakunnallinen kehittäminen
- sopiminen vaativan erityistason tehtävistä
- tukitoiminnot.

Viittaamme parikymmentä vuotta sitten toteutettuun sairaalahallinnon uudistukseen. Erikoissairaanhoidon toimijoiden lukumäärän voimakkaan vähentämisen ja koon kasvattamisen lisäksi erikoissairaanhoidolaissa tiedostettiin myös se, että erityisen vaativa ja korkean tason teknologiaa käyttävä sairaanhoito on keskitettävä yhtä sairaanhoitopiiriä suuremmalle vastuualueelle. Maa jakautuu viiteen erityisvastuualueeseen, joissa kyseisten erityistason palvelujen järjestäjinä toimivat ne sairaanhoitopiirin kuntayhtymät, joiden hallinnassa on yliopistollinen sairaala. Eräiden sairauksien hoito keskitetään valtioneuvoston asetuksella vieläkin enemmän, esimerkiksi yhdelle tai kahdelle yliopistolliselle sairaalalle.

Terveydenhuoltolaki jatkoivat samalla linjalla. Terveydenhuoltolain ajatus lähtee erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien välisestä kumppanuudesta. Keskeisenä

instrumenttina toimii erikoissairaanhoidon järjestämissopimus, jossa sovitaan erikoissairaanhoidon alueellisesta työnjaosta. HYKS:n erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on tarkasteltu ja sovittu yhteistyöstä myös sairaanhoidollisten ja muiden tukipalvelujen osalta.

Nyt työryhmä esittää, että erva olisi kuntien ja sote-alueiden omistama kuntayhtymä, jolla olisi omat päätöksentekokehittimensä. Sote-alueet voivat olla isäntäkuntia tai kuntien yhteenliittymiä, ilmeisestikin kuntayhtymiä. Julkisuudessa sairaanhoitopiirejä on arvosteltu sängen voimakkaasti ja pidetty niitä merkittävänä himmeleinä puhumattakaan demokratiavajeesta. Nyt esillä olevat erva-kuntayhtymät löisi ”kaikkien himmeleiden äitinä” ja demokratiavajeen suhteen kirrkaasti laudalta nykyiset sairaanhoitopiirin kuntayhtymät. Niin ikään voidaan hyvin kyseenalaistaa, onko tarkoituksenmukaista keinotekoisesti ryhtyä perustamaan organisaatioita, joille kaavailtu toiminta on jo tällä hetkellä hyvin hoidettu. Valtioneuvostolla on asetuksenantovaltuus erityistason sairaanhoidon erityisvastuualueista ja erityistason hoidon keskittämisestä vain harvoihin hoitopaikkoihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella, lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta sekä sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomaisella sekä aluehallintovirastoilla on omat tärkeät tehtävänsä asiantuntija-, lupa- ja valvontaviranomaisina.

Yllä kuvattu erityistason sairaanhoidon sopimusperusteinen järjestämismalli toimii erittäin hyvin, eikä sitä pidä romuttaa. Erva ei voi olla pelkkä hallinnollinen virasto, vaan erikoissairaanhoidon toimijoiden yhteistyöverkosto, jonka keskiössä on yliopistollinen sairaala ja yliopistollinen sairaanhoitopiiri.

Yliopistollisilla erityisvastuualueilla tulee olla nykyistä vahvempi asema terveydenhuollon ohjauksessa ja koordinoinnissa. Esimerkiksi HYKS:n erityisvastuualueeseen kuuluvilla Carealla ja Eksotella on jo tälläkin hetkellä huolestuttava lääkäripula. Ilman HYKS:n ja Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan panostusta niiden ahdinko syvenee entisestään. Tilannetta korjaava yhteistyö on käynnistynyt eikä sen kehitystä tule hankaloittaa. Erikoissairaanhoidossa tulee aina olemaan tarvetta hoidon porrastukselle. Laajalla erityisvastuualueella on mahdollista käyttää hyödyksi alueen koko kapasiteettia. Kaikki hyötyvät tiiviistä yhteistyöstä. Erityisvastuualueella erikoissairaanhoidon järjestämissopimus tähtää samaan päämäärään.

4. HUS ja HYKS on säilytettävä yhtenä kokonaisuutena

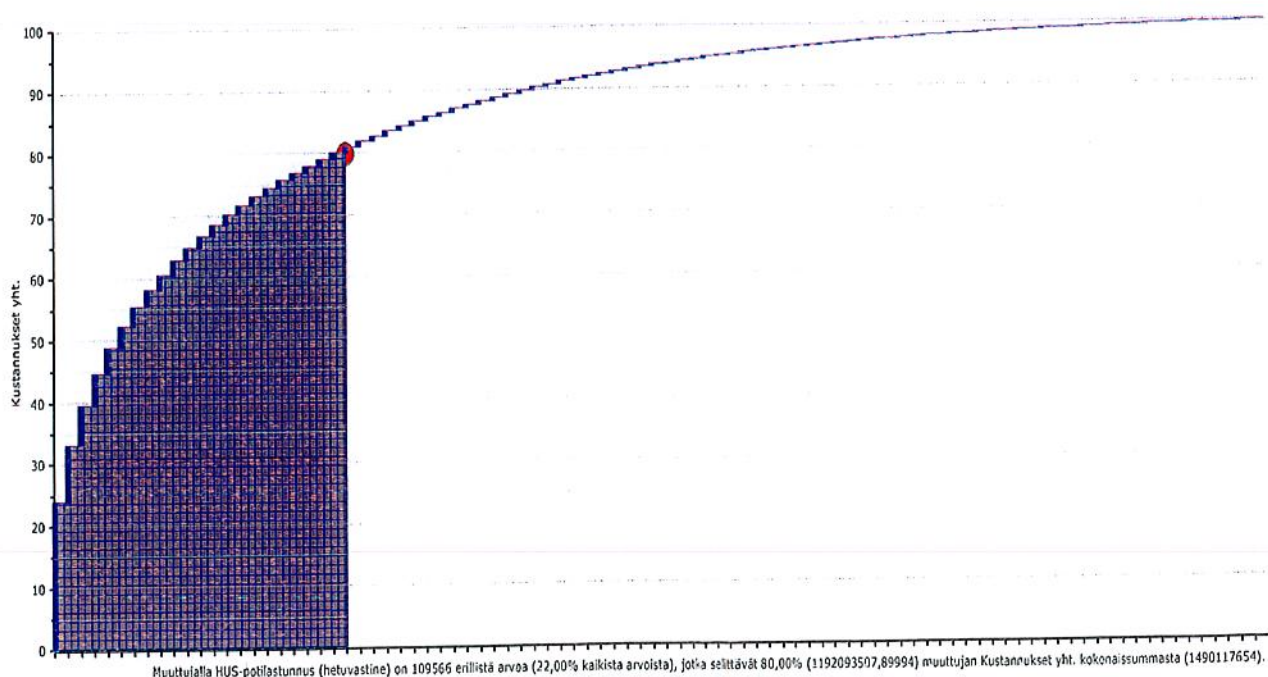
Kuten jo olemme todenneet, riippumatta siitä, mikä tulee olemaan kuntarakenne, edellyttää erikoissairaanhoidon ja etenkin vaativimman erikoissairaanhoidon laadukas ja tehokas järjestäminen riittävän suurta väestöpohjaa. Sama vaatimus pätee lääketieteellisen ja muun yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen ja opetuksen järjestämiseen.

HUS aloitti toimintansa 1.1.2000. Kolmentoista vuoden aikana on saatu aikaan paljon, mutta kehittämispotentiaalia on edelleen. HUS:a perustettaessa entisen Uudenmaan läänin alueen erikoissairaanhoidon suurimpina ongelmoina pidettiin erikoissairaanhoidon päällekkäisiä toimintoja, kilpavarustelua, ylikapasiteettia ja toiminnan koordinoinnin vaikeuksia. Nämä vaikeudet HUS on selättänyt. Keskeisin voima tässä on ollut yliopistollisen sairaalan, HYKSin, toiminnan käynnistyminen nykymuodossaan omana sairaanhoitoalueenaan 1.1.2006.

HYKS toimii Meilahden sairaala-alueella ja myös muualla Helsingissä, Espoossa Jorvin sairaalassa ja Vantaalla Peijaksen sairaalassa. Ilman tätä kokonaisuutta ei olisi ollut mahdollista purkaa päällekkäisyyksiä ja järjestää toimintoja mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaasti. HYKS edustaa 80%:a HUS:n toiminnasta tuottaen palveluita erityisesti pääkaupunkiseudun kuntien asukkaille mutta merkittävästi myös muille HUS:n jäsenkunnille (euroissa mitattuna noin 30-45 % kunnan kokonaislaskutuksesta), HYKS:n erityisvastuualueelle ja lisäksi koko maalle valtakunnallisia erityistason palveluja. Niin ikään HYKS:een kuuluvien sairaalayksiköiden tehtävänä on huolehtia lääketieteellisestä ja muusta terveydenhuoltoalan opetuksesta sekä tutkimustyöstä. Noin kolmasosa maamme lääkäreiden ja hammaslääkäreiden opetuksesta annetaan HUS:ssa ja lähes puolet yliopistotasoisesta terveyden tutkimuksesta tehdään siellä. Opetuksen kannalta HYKS ja koko HUS tarjoavat erinomaisen ja toimivan kokonaisuuden ja monipuolisen potilasmateriaalin. Laadukas lääkärinkoulutus tarvitsee erilaisia potilaita, ei vain erityistason erikoissairaanhoidon potilaita.

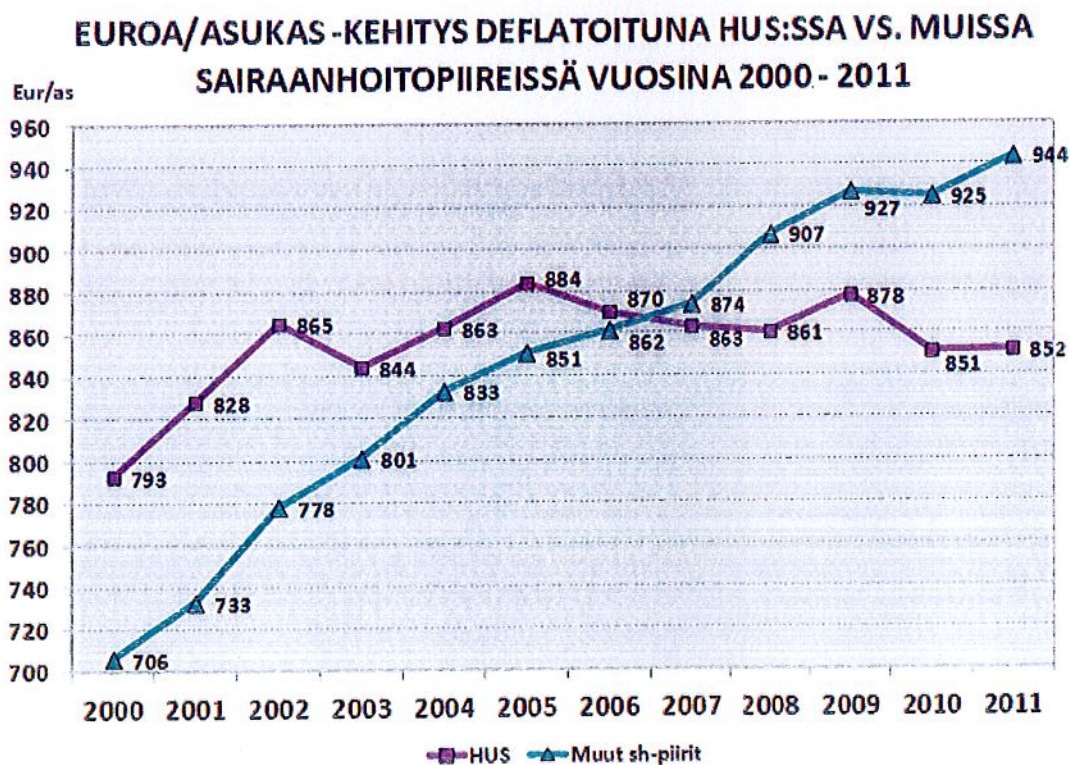
HYKS:n tutkimustyö on ollut hyvin menestyksellistä. Sen tutkijat toimivat läheisessä yhteistyössä Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tutkijoiden kanssa. Meilahden kampus sijoittui vuonna 2009 tehdyssä arviossa Euroopan viiden parhaan klinisen lääketieteen tutkimustyötä tekevän yhteisön joukkoon (edellään vain Rotterdamin Erasmus yliopisto/yliopistosairaala, Cambridgen, Oxfordin ja Glasgowin yliopistot/yliopistosairaalat). Maa tarvitsee voimakkaan lääketieteellisen tutkimuskeskittymän.

Tätä tukee esimerkiksi se, että HUS:n TP 2012 aineiston mukaan 16,4 % potilaita muodostaa 80 % kustannuksista:



Kuntien erikoissairaanhoidon nettomenot ovat HUS-alueella muusta maasta poiketen reaalisesti laskeneet vuodesta 2002 lukien. Terveydenhuollon asukaskohtaisissa nettokustannuksissa HUS-alue oli koko maan halvin vuonna 2011 (1 529 euroa/asukas; maan keskiarvo 1 678 euroa/asukas).

HUS:n euroa /asukas laskutuksen kehitys on vuodesta 2007 alkaen ollut huomattavasti muita sairaanhoitopiirejä edullisempi. Vuonna 2011 ero oli lähes 100 euroa per asukas HUS:n eduksi.



Deflatoitu v.2011 tasoon Kuntaliiton sairaalaindeksillä (Tilastokeskus 17.2.2012). Muut sh-piirit ilman Ahvenanmaan maakuntaa, 1.1.2010 Lovisaan liittyvät Uljendal ja Pema ja sekä Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä Ruotsinpyhtää Ilman Haaviston ja Vastilan alueita. Väestö 31.12. Lähde: Tilastokeskus.

Edullisesta kustannus- ja tuottavuuskehityksestä huolimatta hoidon laatu ja vaikuttavuus on kyetty säilyttämään hyvällä tasolla. Potilastytyväisyys on pysynyt hyvällä tasolla; 8,52 (asteikolla 4-10). Esimerkkinä laatutasosta potilasvahinkojen määrä on pysynyt asukasmäärään suhteutettuna muun maan keskiarvon alapuolella: HUS 25 korvattua vahinkoa/100 000 asukasta, muut yliopistolliset sairaanhoitopiirit 36-47 korvattua vahinkoa/100 000 asukasta (Potilasvakuutuskeskus).

HUS:ssa on laajat erikoissairaanhoidon tukitoiminnot kuten esimerkiksi laboratorio, logistiikka, ravitsemishuolto, jne. järjestetty keskitetysti. Tämä on mahdollistanut näiden toimintojen kokonaisvaltaisen laadullisen kehittämisen sekä suuruuden ekonomian hyödyntämisen toiminnan tehostamisessa. HUS:n palveluksessa olevasta 21 000 henkilöstöstä runsaat 6 000 työskentelee keskitetyissä tukitoiminnoissa, ja ne muodostavat noin 40 % HUS:n 1,8 miljardin euron kokonaisuudesta.

Lisäksi on otettava huomioon, että kliiniset tukipalveluyksiköt (kuvantaminen, laboratorio ja apteekki), mutta myös muut HUS:n tukitoiminnot vastaavat sairaanhoitopiirin alueella pitkälti myös kuntien perusterveydenhuollon kyseisistä toiminnoista. Toiminnan yhdistäminen ja siirtäminen sairaanhoitopiirille on mahdollistanut laitekapasiteetin tehokkaan käytön sekä keskitetyn logistiikan ja kilpailutuksen, joiden avulla on saatu huomattavia taloudellisia säästöjä. Ehdotetun kaltainen sote-uudistus voisi merkitä takapakkia myös näissä toiminnoissa ja aiheuttaa aikaansaatuisten kustannushyötyjen ja laadun heikentymistä.

Olemassa olonsa aikana HUS on osoittanut tehokkuutensa, eikä järkeviä perusteita löydy sen hajottamiselle. HUS on pystynyt tehokkaasti hyödyntämään suurta väestöpohjaa ja toimintavolyymia sekä hoidon laadussa että kustannustehokkuudessa.

HUS:n toiminnan jatkaminen yhtenä kokonaisuutena on erityisen tärkeää seuraavista syistä johtuen:

- näin voidaan turvata alueella hoidon tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen saatavuus
- pystytään laadukkaaseen ja tehokkaaseen toimintaan, josta hyötyvät sekä potilaat että kunnat;
- pystytään rekrytoimaan ja pitämään palveluksessa ammattitaitoisia lääkäreitä, hoito- ja muuta henkilökuntaa;
- pystytään hallittuun, suunnitelmalliseen toimintaan ilman alueellista kilpavarustelua;
- luodaan edellytykset yliopistotasoiselle lääketieteen opetukselle ja tutkimukselle. Ilman korkealuokkaista tutkimustoimintaa eivät kehity myöskään kliiniset hoitomenetelmät;
- vanhat sairaalarakennukset vaativat uudisrakentamista tai laajoja peruskorjauksia, niitä tulee hyödyntää maksimaalisesti
- tukipalvelut voidaan hoitaa mahdollisimman laadukkaasti ja tehokkaasti suurten, toimintatapojaan yhtenäistäneiden liikelaitosten tai tytäryhtiöiden avulla; ja
- potilastietojärjestelmän uudistaminen koskee koko terveydenhuoltoa ja on tärkein tekijä yhdessä muun sairaalainfrastruktuurin, lääkintäteknologian kehityksen ohella ja tietysti riittävän ja osaavan henkilökunnan kanssa menestykselliselle toiminnalle

Perusterveydenhuollossa on vaikeuksia saada osaavaa lääkärihenkilökuntaa. HUS:n ja perusterveydenhuollon edelleenkin vahvistumassa oleva yhteistoiminta parantaa tilannetta. Terveystietojärjestelmän edellyttämä terveydenhuollon alueellinen järjestämissuunnitelma tarjoaa jo nyt erinomaisen instrumentin palvelurakennemuutoksen kohteena olevan toiminnan kehittämiseksi. Sen avulla voidaan suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti yhteen sovittaa jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja HUS:n toimintaa keskenään. Tässä keskenään toimivat tietojärjestelmät ovat avainasemassa.

Lisäksi on tärkeää saada kokemuksia siitä, mitä vaikutuksia olisi tarpeeksi suuren perusterveydenhuollon toiminnan liittäminen erikoissairaanhoidon kuntayhtymän toimintaan.

HUS:a, kuten muitakin kuntayhtymiä kohtaan ovat kuitenkin yllättävän sitkeästi säilyneet käsitykset "isännättömästä talosta", toiminnan läpinäkymättömyydestä, tehottomuudesta jne. Toteamme, että kuntayhtymän perussopimus, jolla päätetään muun muassa päätöksenteon

järjestämisestä kuntayhtymästä, sen tuottamien palveluiden korvauserusteista ovat jäsenkuntien keskenään sovittavia asioita.

Hyvin toimivia korkeatasoisia terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatioita ei tule rikkoa, vaan antaa niille mahdollisuudet kehittyä edelleenkin.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPUOLIKUNTA KUNTAYHTYMÄN HALLITUS



Ulla-Marja Urho
puheenjohtaja



Veikko Simpanen
varapuheenjohtaja

Liite

HUS:n hallituksen 28.3.2012 lausunto kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksestä sekä kuntauudistukseen liittyvistä muista uudistuksista.



HUS dnro 137/00/01/00/2012

28.3.2012

VALTIOVARAINMINISTERIÖLLE

Lausuntopyyntöne 17.2.2012

LAUSUNTO KUNNALLISHALLINNON RAKENNETYÖRYHMÄN SELVITYKSESTÄ SEKÄ KUNTAUUDISTUKSEEN LIITTYVISTÄ MUISTA UUDISTUKSISTA, VM024:00/2011

Pyydettyä lausuntonaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirinkuntayhtymän hallitus esittää seuraavaa:

Lausuntomme keskittyy asian arvioimiseen terveydenhuollon ja erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta.

Lausunnossamme lakiluonnoksesta terveydenhuoltolaiksi korostimme, että olisi tarkoituksenmukaisempaa tehdä yhtenäisen loogisen kokonaisuuden sisältäviä lakiuudistuksia eikä pakotettuja osittaisratkaisuja. On hyvä, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisesta käynnistetään oma jatkotyö, jossa selvitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne. Ennen suurta kuntareformia on siis syytä selvittää, mitkä kuntien tehtävät ovat tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon alueella.

Terveydenhuolto on kansalaisten korkealle arvostama julkisen palvelun alue. Lainsäädännössä on perustuslain, potilaslain ja terveydenhuoltolain sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolain säännöksiin säädetty oikeudesta saada terveydenhuollon palveluita ja toisaalta julkisen vallan velvollisuudesta järjestää kyseisiä palveluita. Viimeaikainen kehitys on ollut, että on voimistettu ihmisten oikeuksia saada terveydenhuollon palveluita, lisätty tasa-arvoisuutta sekä potilasturvallisuutta ja potilaan valinnan vapautta. Näiden oikeuksien toteuttamisedellytykset riippuvat monesta tekijästä; muun muassa organisatorisista ratkaisuista valtakunnan ja paikallisella tasolla. On välttämätöntä selvittää ja arvioida, millainen kunta- tai palvelurakenneratkaisu edesauttaa parhaiten ko. palvelujen toteuttamista.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa samaten kuin työryhmän selvityksessä ilmenee selvästi pyrkimys päästä eroon kuntayhtymistä ja siirtää vastuuta palveluista suoraan ns. vahvoille peruskunnille, joilla on verotusoikeus ja joiden päättäjät valitaan suoraan kuntavaaleissa. Maamme erikoissairaanhoido on yli 60 vuotta nojautunut kuntien yhteistoiminnan, alueellisten sairaanhoitopiirikuntayhtymien ja sitä ennen sairaalakohtaisten kuntainliittojen toiminnan varaan. Erikoissairaanhoidon viimeisin suuri reformi tehtiin parikymmentä vuotta sitten. Vuoden 1991 alusta voimaan tulleella erikoissairaanhoidolailla supistettiin sairaalakuntainliittojen lukumäärä 99:stä 21:een sairaanhoitopiirin kuntayhtymään ja kahteen erilliseen sairaalakuntayhtymään. Lainsäädännön uudistusta valmisteltiin lähes koko 1980-luku. Valmistelu oli laajaa ja avointa.

HUS:n perustamisesta säädettiin 1.1.2000 voimaan tulleella lainsäädännöllä, joka perustuu koko 1990-luvun kestäneeseen valmistelutyöhön.

Erikoissairaanhoidon uudistuksen punaisena lankana on ollut riittävien ja yhtäläisten erikoissairaanhoidon palvelujen saannin turvaaminen kaikissa osissa maata. Erikoissairaanhoidon eli lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisesti jakautuneen sairaanhoidon palvelujen järjestäjänä keskimääräinen kunta on ollut liian pieni yksikkö sekä väestömäärän että muiden voimavarojensa suhteen. Käsityksemme mukaan toteamus pitää edelleenkin paikkansa. Kansainvälinen kehitys on viime vuosina jatkuvasti kulkenut siihen suuntaan, että erikoissairaanhoidon ja osin koko terveydenhuollon järjestämisestä vastuussa olevan hallinnon väestöpohjat suurentuvat. Tähän viitataan myös kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksessä, mm. sivulla 74, jossa todetaan, että EU-maista toiseksi pienin terveystalouden rahoittajataho löytyy Kreikasta ja on suuruudeltaan 374 000 asukasta ja lisäksi todetaan, että Ruotsin 21 maakäräjää ovat keskimäärin 439 000 asukkaan kokoisia. Ruotsissa keskustellaan terveydenhuollon järjestämisestä vielä suuremmissa kokonaisuuksissa vakauden ja kestävyuden turvaamiseksi.

HUS:n voidaan 12 toimintavuotensa aikana arvioida saavuttaneen ja ylittäneenkin ne tavoitteet, jotka sille asetettiin perustamisvaiheessa. Kuntien erikoissairaanhoidon nettomenot asukasta kohti ovat HUS-alueella reaalisesti laskeneet vuodesta 2002, kehityksen ollessa selvästi maltillisempi kuin kuntien yleinen kustannuskehitys. Edullisesta kustannus- ja tuottavuuskehityksestä huolimatta hoidon laatu ja vaikuttavuus on kyetty säilyttämään hyvällä tasolla. Suuronnettomuuksissa HUS:n palvelukyky on ollut erinomainen. Niin ikään on pystytty purkamaan laittomat hoitojonot ja kyetty järjestämään potilaille hoitoon pääsy lain edellyttämällä tavalla. Lääketieteen kehitykselle välttämätön tieteellinen tutkimustoiminta on kansainvälistä huipputasoa.

Erikoissairaanhoidon poikkeaa monella tavalla muista sosiaali- ja terveyspalveluista. Se keskittyy yksilötason vakavien poikkeus- ja kriisitilanteiden hoitoon. Tällaiseen useimmiten ympärivuorokautiseen, pitkälle erikoistuneeseen ja kallista teknologiaa käyttävään palveluun liittyy suuruuden ekonomia, joka HUS:ssa on toteutunut erinomaisella tavalla. Tähän ei olisi päästy ilman riittävää, erinomaisen ammattitaitoista ja osaavaa henkilöstöä ja toiminnallista kapasiteettia. Konkreettisena esimerkkinä suuruuden tuomasta edusta voidaan mainita päivystystoiminta. Pienessä väestöpohjassa joudutaan ylläpitämään usealla erikoisalalla päivystysvalmiutta harvoja tapauksia varten, mikä tulee kalliiksi ja samalla osaamisen riskit kasvavat. Kustannuksilla mitattuna yli 50 % erikoissairaanhoidon hoitajaksoista alkaa päivystysluontoisesti. Myös lopusta 50 %:sta yli puolet on kiireellistä, esimerkiksi uusien syöpätapauksien hoidon aloittaminen. Lääketieteessä on tutkimuksellista näyttöä siitä, että toiminnan volyyymi ja laatu kulkevat käsi kädessä; mitä suurempi on toimintavolyyymi sitä osaavampaa, turvallisempaa ja laadukkaampaa on toiminta. Terveydenhuoltolain myötä siirtyi vastuu ensihoidosta kunnilta sairaanhoitopiireille, mitä voidaan pitää merkittävänä edistysaskeleena.

Kuten edellä jo todettiin HUS:n kustannuskehitys on ollut selvästi maltillisempaa kuin muiden sairaanhoitopiirien. Vaikka selittäviä tekijöitä on useita, ei ole sattumaa, että maamme suurimman sairaanhoitopiirin menot asukasta kohti ovat maamme alhaisimmat ja maamme pienimmän sairaanhoitopiirin menot asukasta kohti maamme korkeimmat.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö on välttämätöntä. Itse asiassa ne tulisi integroida toisiinsa täydellisesti (ns. vertikaalinen integraatio). Samoin on perusteltua terveydenhuollon ja sitä lähellä olevien sosiaalipalveluiden (vanhustenhuolto, vammaispuhutus, kehitysvammaisten erityishuolto, perheneuvolatoiminta, lastensuojeluun liittyvien kriisitilanteiden hoito, päihdehuolto) tiivis yhteistyö. Tällöin puhutaan horisontaalisesta integraatiosta. Tietojärjestelmien yhteensovittaminen alueellisesti ja valtakunnallisesti on välttämätöntä toimivien ja asiakaslähtöisten hoitoketjujen aikaansaamisessa sekä vaikuttavan ja kustannustehokkaan toiminnan edelleen kehittämisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen suuri haaste on sovittaa yhteen kaksi integraation suuntaa, vertikaalinen (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido) ja horisontaalinen (terveydenhuolto ja sitä lähellä olevat sosiaalipalvelut). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL on nykytilaa ja tulevaisuuden haasteita analysoidessaan päättänyt esittämään parhaana mallina terveydenhuollon järjestämisvastuun kokoamista maassamme 12-15 alueelliselle toimijalle. Samanlaiseen lukumäärään ympärivuorokautisia toimijoita ollaan päädytty THL:n tuoreessa sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystyöryhmän alustavassa raportissa.

Monella tavalla koko kunta- ja palvelurakennemuutos kiteytyy siihen, miten nykyisin kuntien ja niiden lakisääteisen yhteistoiminnan (sairaanhoitopiirit) vastuulla olevat terveyspalvelut voidaan tulevaisuudessa järjestää kuntien toimesta. Malliksi on esitetty niin suurien ja vahvojen kuntien muodostamista, että niiden väestöpohjat olisivat tähän riittävät. Edellisen hallituksen peruspalveluministeri Paula Risikko esitti 31.8.2009 järjestämisvastuun siirtämistä 40-60 sosiaali- ja terveyspiirille, joista osa luonnollisesti olisi yhden suuren kunnan muodostamia. Kuntarakenneselvityksessä on esitetty 70 – 75 kunnan karttamalli. Useilta myös nykyisen hallituksen poliittiseen pohjaan lukeutuvilta tahoilta saatujen kommenttien perusteella tällaista kuntien lukumäärän vähentämistä on pidetty mahdollisena ja todennäköisempänä lukumääränä on esitetty 120-150 kuntaa.

HUS:n tehtävä ei ole ottaa kantaa kuntien lukumäärään, mutta sen sijaan toteamme selkeästi, että erikoissairaanhoidon järjestämisvastuun hajauttaminen nykyistä (20 sairaanhoitopiiriä) useammalle toimijataholle ei ole toiminnan laadun ja kustannusten kannalta mitenkään perusteltavissa eikä sen puolesta ole olemassa mitään tutkimustietoon tai kansainväliseen kokemukseen perustuvaa näyttöä. Pikemminkin pitäisi pyrkiä nykyistä keskitetympään erikoissairaanhoidon järjestämiseen ja selkeämpään kansalliseen työnjakoon.

Yhtä aikaa toteutettavan vertikaalisen ja horisontaalisen integraation välisen ristiriidan ratkaisemiseksi on esitetty, että erikoissairaanhoido ja perustason erikoissairaanhoido, joista jälkimmäinen hallinnoitaisiin peruskunnissa ja ensiksi mainittu kuntien välisenä yhteistyönä ns. erityisvastuualueilla. Tätä esitystä on syytä huolellisesti analysoida.

Käsitteinä vaativa erikoissairaanhoido ja perustason erikoissairaanhoido eivät ole vakiintuneita eikä niiden sisältöä ole selkeästi määritelty. Julki-suudessa on jo esitetty näkemyksiä, joiden mukaan suurin osa erikoissairaanhoitosta olisi perustason erikoissairaanhoidoa ja vähäisempi osa vaativaa erikoissairaanhoidoa. Ainakin eräät tällaisia näkemyksiä esittäneet ovat sekoittaneet vaativan erikoissairaanhoidon käsitteen vakiintuneeseen ja terveydenhuoltolaissakin määriteltyyn käsitteeseen erityistason erikoissairaanhoido, jolla tarkoitetaan sairauden harvinaisuuden ja

hoidon erityisten vaatimusten johdosta valtioneuvoston päätöksellä harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan keskitettävää hoitoa.

Tällaista on esimerkiksi elinsiirtotoiminta, vastasyntyneiden avosydän-kirurgia jne. Selvää on, että käsite vaativa erikoissairaanhoito on huomattavasti tätä laajempi ja kattavampi. Siihen voidaan lukea kaikki ympärivuorokautinen päivystävä erikoissairaanhoito, valtaosa leikkaustoiminnasta, synnytystoiminta, syövänhoito, sydänsairauksien invasiivinen hoito jne.

HUS:n asiantuntijoiden toimesta on pyritty arvioimaan millainen osa nykyisestä erikoissairaanhoidosta olisi vaativaa erikoissairaanhoitoa ja vastaavasti millainen osa perustason erikoissairaanhoitoa. Monien asiantuntijoiden mielestä tällaista jakoa ei tulisi lainkaan käyttää, koska sen nojalla ajaututaan helposti virheellisiin toiminnallisiin ja hallinnollisiin ratkaisuihin. Olemme kuitenkin rohjenneet asiaa arvioida. HUS:ssa potilasta noin 7-8 % aiheuttaa hoitokustannuksista 50 % ja 23,8 % potilasta aiheuttaa 80 %:n kustannuksista. Vastaavasti noin 40 % potilasta aiheuttaa noin 5 % kaikista kustannuksista. Nämäkään 40 % eivät ole kaikki sijoitettavissa kategoriaan perustason erikoissairaanhoito, vaan ainakin puolet näistä potilasta on perusteltua hoitaa edelleen kuntien yhteistoimintana sairaaloiden avohoitoyksiköissä. Karkean arvion mukaan nykyisen erikoissairaanhoidon potilasta 15 - 20 % voitaisiin hoitaa hajautetusti peruskunnassa. Käytännössä tämä tarkoittaisi erikoislääkäreiden ja muiden erikoisasiantuntijoiden työskentelyä perusterveydenhuollossa yhdessä perusterveydenhuollon henkilöstön kanssa. Jo näistä luvuista ilmenee, että tulevaisuudessakin tarvitaan erikoissairaanhoidon valtaosaa varten kuntien yhteistoimintaa. Emme ota kantaa tämän yhteistoiminnan hallinnolliseen muotoon tai toimijoiden lukumäärään, mutta toistamme periaatteellisen kantamme, että erikoissairaanhoidon valtaosan järjestämisessä tarvitaan kuntien välistä yhteistoimintaa.

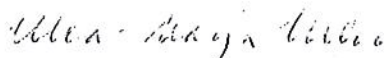
Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvityksessä ei ole riittävästi huomioitu sitä seikkaa, että lääketiede, joka muodostaa terveydenhuollon ytimen, on jatkuvan intensiivisen kansainvälisen tieteellisen tutkimuksen myötä kehittyvää tiedettä. Maailman menestyneimmissä yliopistoissa lääketieteen ja luonnontieteellisen tutkimuksen osuus on suuri. Elinkeinopoliittisesti kyseessä on mitä tärkein tulevaisuuden toimiala. Tässä suhteessa erityisesti erikoissairaanhoito poikkeaa kunnan monista ns. perustoiminnoista ja se on lähempänä valtion vastuulla olevien tiedekorkeakoulujen toimintaa. Lääketieteen ja muun terveystieteellisen tutkimuksen ja opetuksen asema tulee turvata myös kunnallishallinnon rakennemuutoksessa.

Viime vuosina on käyty keskustelua myös terveydenhuollon rahoituksesta. Tällä hetkellä rahoitus on monikanavaista. Potilaiden itsensä ja Kelan ylläpitämän sairausvakuutuksen kautta tulevan rahoituksen osuus on merkittävä, yhteensä lähes 40 %. Terveydenhuollon rakenteita uudistettaessa tulisi käsitellä myös rahoitusta. Monikanavaisuudesta johtuvien ongelmien vähentäminen on myös pääministeri Kataisen hallitusohjelman tavoite.

Metropolialueen, jolla tarkoitamme pääkaupunkiseudun lisäksi koko Uutamaa, terveydenhuollon järjestäminen on erityisiä ratkaisuja ja asiantuntemusta vaativa asia. Katsomme, että siihen ei olla riittävästi tulevan palvelurakenteen ja lainsäädännön valmistelussa valtion asettamien työryhmien toimesta paneuduttu ja esitämme VVM:lle ja STM:lle erillisen asiaa käsittelevän työryhmän nimeämistä. HUS:lla tulisi olla tällaisessa työryhmässä vahva edustus.

Yhteenvetona toteamme, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidon laatu edellyttää riittävää määrää osaavaa henkilöstöä ja muita toimintoja ja rakenteita. Suurikaan kunta ei kykene käytännössä yksin järjestämään erikoissairaanhoidon palveluja ja sielläkin missä maamme suurimmat kaupungit sijaitsevat eli pääkaupunkiseudulla tiivis yhdyskuntarakenne puoltaa erityisesti kuntien yhteistointana järjestettyjä palveluja. Toisaalta Suomi on väestömäärältään niin pieni maa, ettei meillä ole varaa voimavarojen ja osajien liialliseen hajauttamiseen, vaan päinvastoin erikoissairaanhoidossakin tulee päästä nykyistä suurempiin kokonaisuuksiin. HUS perustettiin muun muassa siksi, että voitaisiin purkaa toimintojen päällekkäisyyttä ja ehkäistä ns. kilpavarustelua. Tässä tavoitteessa on HUS:ssa onnistuttu ja samalla linjalla tulee jatkaa. On aikaansaatu toimiva erikoissairaanhoidon laajan väestöpohjan kokonaisuus. HUS on näyttänyt yhteistyövoimansa muun muassa hoitotakuun toteuttamisessa ja jonojen purkamisessa. HUS pystyy suurena ja arvostettuna erikoissairaanhoidon toimijana sekä yliopistotasaisen koulutuksen ja tieteellisen tutkimuksen keskuksena turvaamaan lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan saatavuuden paremmin kuin sitä pienemmät organisaatiot. HUS pystyy samalla kehittämään jatkuvasti henkilökuntansa ammatillisia valmiuksia vastaamaan alati muuttuviin vaatimuksiin. Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja tiettyjen sosiaalipalvelujen yhdyspinnan lisääminen on välttämätöntä siten, ettei muodostu turhia rajapintaongelmia perustason palveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä.

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄN
HALLITUS



Ulla-Marja Urho
puheenjohtaja



Aki Lindén
toimitusjohtaja