

*Kansallinen projekti terveydenhuollon*  
**tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän**  
**muistio**

---



## KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun päivämäärä</b> 9.4.2002	
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Selvitysmies, pääjohtaja Jussi Huttunen. Kansanterveyslaitos Johtoryhmän puheenjohtaja, kansliapäällikkö Markku Lehto, sosiaali- ja terveysministeriö Johtoryhmän sihteeri, lääkintöneuvos Jouko Isolaari, sosiaali- ja terveysministeriö		<b>Julkaisun laji</b> Työryhmämuistio	
		<b>Toimeksiantaja</b> Valtioneuvosto	
		<b>Toimielimen asettamispäivä</b> 13.9.2001	
<b>Julkaisun nimi</b> (myös ruotsinkielinen) Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio (Promemoria av arbetsgruppen för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden)			
<b>Julkaisun osat</b>			
<b>Tiivistelmä</b>  Ehdotukset terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi  Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektille nimettiin johtoryhmä ja johtoryhmä nimesi hankkeen taustatyöhön viisi selvityshenkilöä ja heille tukiryhmät. Ryhmät ovat kuulleet laajaa joukkoa terveydenhuollon asiantuntijoita. Hankkeen johtoryhmä on selvitysmiehen esityksestä muovannut esityksen niiksi toimenpiteiksi, joihin tulisi ryhtyä terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Johtoryhmä esittää, että hoitoon pääsy määräajoissa turvataan vuoteen 2005 mennessä. Kaikki tarpeelliseksi todettu hoito on tähän mennessä järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa, poliklininen hoidon arvio erikoissairaanhoidossa kolmen viikon kuluessa sekä terveyskeskuksen ensiarvio hoidosta ja hoidon tarpeesta kolmessa päivässä yhteydenotosta. Jos kunta tai kuntayhtymä ei itse voi järjestää hoitoa määräajassa, on se velvollinen hankkimaan sen muualta potilaan omavastuuosuuden muuttumatta. Terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta lisätään. Lääkärinkoulutuksen aloituspaikkojen määrää esitetään lisättäväksi vuodesta 2002 alkaen 550:stä 600:aan. Työyhteisöjä kehitetään järjestämällä johtamiskoulutusta. Terveydenhuoltohenkilöstölle järjestetään työnantajan toimesta systemaattinen täydennyskoulutus. Toimintoja ja rakenteita esitetään uudistettavaksi niin, että perusterveydenhuolto järjestetään seutukunta-kohtaisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Ratkaisuihin huomioidaan alueelliset erot ja etäisyydet. Erikoissairaanhoidon työnjakoa kehitetään ja lisätään. Aluesairaalat muodostavat alueensa perusterveydenhuollon kanssa terveydenhuoltoalueita tai toimivat nykyistä kiinteämmin keskussairaaloiden yhteydessä. Terveydenhuollon lisärahoitustarve vuoteen 2007 mennessä on 0,7 miljardia €. Tällä rahoitusosuudella voidaan päästä hoitosuosituksen edellyttämään tasoon sekä turvata väestön ikääntymisestä aiheutuva palvelujen kysyntä ja hoidon saamisen enimmäisajat. Lisärahoituksesta vastaavat valtiot ja kunnat yhdessä. Erillisellä hankerahoituksella tuetaan toiminnallisia muutoksia sekä elektronisen sairauskertomuksen käyttöönottoa. Käypä Hoito- ja Rohto- projekteja. Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön rahoitusta nostetaan.  Hankkeen toimeenpanosta vastaa johtoryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelman toteuttamista.			
<b>Avainsanat:</b> (asiasanat) Erikoissairaanhoido, hoito, hoitosuositus, julkiset palvelut, terveydenhuolto, terveydenhuoltohenkilöstö			
<b>Muut tiedot</b> Internetissä: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:3		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1135-8
<b>Kokonaissivumäärä</b> 53	<b>Kieli</b> suomi	<b>Hinta</b> 10,15 €	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> STM:n julkaisumyynti, PL 536, 33101 Tampere puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, sähköposti: <a href="mailto:julkaisumyynti@stm.vn.fi">julkaisumyynti@stm.vn.fi</a>		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	



## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Utgivningsdatum</b> 9.4.2002	
<b>Författare</b> (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Utredningsman, generaldirektör Jussi Huttunen, Folkhälsoinstitutet Ledningsgruppens ordförande, kanslichef Markku Lehto, Social- och hälsovårdsministeriet Ledningsgruppens sekreterare, medicinalrådet Jouko Isolauri, Social- och hälsovårdsministeriet		<b>Typ av publikation</b> Promemoria	
		<b>Uppdragsgivare</b> Statsrådet	
		<b>Datum för tillsättandet av organet</b> 13.9.2001	
<b>Publikation (även den finska titeln)</b> Promemoria av arbetsgruppen för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden (Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio)			
<b>Publikationens delar</b>			
<b>Referat</b> Förslag till tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden  Statsrådet tillsatte 13.9.2001 ett projekt för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. För projektet utsågs en ledningsgrupp och ledningsgruppen utsåg för det grundläggande arbetet fem utredningspersoner samt stödgrupper för dem. Grupperna har hört ett stort antal sakkunniga inom hälso- och sjukvården. Projektets ledningsgrupp har på förslag av utredningsmannen utformat ett förslag till åtgärder som skall vidtas för att trygga hälso- och sjukvården i framtiden. Ledningsgruppen föreslår att vård garanteras inom utsatt tid före ingången av år 2005. Nödvändig vård skall då ordnas inom sex månader, poliklinisk vårdbedömning inom den specialiserade sjukvården inom tre veckor och en första konsultation angående vård och vårdbehovet vid hälsovårdscentral inom tre dygn från den första kontakten. Om kommunen eller samkommunen inte kan ordna vård inom utsatt tid, är de skyldiga att köpa den av andra serviceproducenter utan att klientens självriskandel påverkas. Hälsovårdspersonalens utbildning utökas. Enligt förslaget skall antalet studieplatser inom läkarutbildningen utökas från år 2002 från 550 till 600. Arbetsgemenskaperna utvecklas med hjälp av ledarutbildning. Arbetsgivaren skall ordna systematisk fortbildning för hälsovårdspersonalen. Arbetsgruppen föreslår att funktionerna och strukturerna reformeras så att primärhälsovården ordnas i form av funktionella helheter inom de ekonomiska regionerna. I samband med detta skall de regionala skillnaderna och avstånden beaktas. Arbetsfördelningen inom den specialiserade sjukvården utvecklas och utökas. Kretssjukhusen bildar hälso- och sjukvårdsområden tillsammans med primärhälsovårdenheterna på området eller verkar i samband med centralsjukhusen i större utsträckning än för närvarande. Hälso- och sjukvården är i behov av en tilläggsfinansiering på 0,7 miljarder euro före ingången av år 2007. Med denna finansieringsandel kan man uppnå den nivå som vårdrekommendationerna förutsätter och trygga den efterfrågan på service som befolkningens åldrande föranleder samt garantera att vård fås inom utsatt tid. Staten och kommunerna svarar tillsammans för tilläggsfinansieringen. De funktionella förändringarna, ibruktagandet av elektroniska sjukjournaler, projektet Gångbar vård och Rohto-projektet stöds med särskild projektförfinansiering. Finansieringen för enheten för utvärdering av medicinsk metodik höjs. För verkställigheten av projektet svarar en ledningsgrupp. Social- och hälsovårdsministeriet samordnar genomförandet av projektet.			
<b>Nyckelord</b> hälso- och sjukvård, hälsovårdspersonal, offentliga tjänster, specialiserad sjukvård, vård, vårdrekommendation			
<b>Övriga uppgifter</b> På Internet: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2002:3		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1135-8
<b>Sidoantal</b> 53	<b>Språk</b> finska	<b>Pris</b> 10,15 €	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Distribution</b> Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors, tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535, fax (03) 260 8150, e-post: <a href="mailto:julkaisumyynti@stm.vn.fi">julkaisumyynti@stm.vn.fi</a>		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	



## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health		<b>Date</b> 9 April 2002	
<b>Authors</b> Rapporteur ad int.: Jussi Huttunen, Director General, National Public Health Institute Chairman of the steering group: Markku Lehto, Permanent Secretary, Ministry of Social Affairs and Health Secretary of the steering group: Jouko Isolauri, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health		<b>Type of publication</b> Working Group Memorandum	
		<b>Commissioned by</b> Government	
		<b>Date of appointing the organ</b> 13 September 2001	
<b>Title of publication</b> Memorandum of the National Project on Safeguarding the Future of Health Care Services			
<b>Parts of publication</b>			
<b>Summary</b>  Proposals for safeguarding the future of health care services:  The Government set up on 13 September 2001 a project to safeguard the future of Finnish health care. The steering group of the project appointed five rapporteurs ad int. and support groups for them to carry out the background work for the project. The groups have heard a wide range of experts in health care. The steering group of the project has formulated upon the presentation of the chief rapporteur a proposal for the measures that should be undertaken to safeguard the future of health care services. The steering group suggests that access to treatment within prescribed periods of time should be guaranteed by 2005. By that year all such care and treatment that is deemed necessary must be provided within six months; an estimate of out-patient treatment within specialised medical care within three weeks; and a first estimate of treatment and need for treatment at a health centre within three days from the date the client has contacted the centre. If the municipality or joint municipal board is not itself able to provide the necessary treatment within the prescribed time, it must acquire it from elsewhere and this must not involve increased costs to the patient. The volume of education for health care personnel will be increased. The number of openings for medical students is proposed to be increased from 550 in 2002 to 600. Workplaces will be developed by providing management training. Employers will provide health care staffs with systematic further training. Functions and structures are proposed to be reformed so that primary health care is organised as functional entities according to sub-region. Regional differences and geographical distances are taken into account. The division of labour within specialised medical care will be developed and enhanced. Regional hospitals form together with the primary health care within their area health care regions or are linked more closely to central hospitals. The need for additional funding for health care will be € 0.7 billion by 2007. By this financing share it will be possible to achieve the level required by care recommendations, as well as to ensure the increased demand for care on account of population ageing and access to treatment within the prescribed periods. The state and local authorities are together responsible for additional financing. Separate project funding will enable functional changes and the introduction of electronic patient records, as well as the implementation of the so called Valid treatment and ROHTO projects. The grant for the evaluation unit for health care methods will be increased. The steering group is responsible for the execution of the project. The Ministry of Social Affairs and Health co-ordinates the carrying out of the programme.			
<b>Key words</b> Specialised medical care, care, care recommendation, public services, health care, health care personnel			
<b>Other information</b> At the Internet: <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>			
<b>Title and number of series</b> Working Group Memorandum of the Ministry of Social Affairs and Health 2002:3		<b>ISSN</b> 1237-0606	<b>ISBN</b> 952-00-1135-8
<b>Number of pages</b> 53	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> € 10,15	<b>Publicity</b> Public
<b>Distributor/Orders</b> Publications sale of the Ministry, P.O.B. 536, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358-3-260 8158 and 260 8535		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	





## ESIPUHE

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen projektin terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektin tehtävänä oli 31.3.2002 mennessä laatia suunnitelma ja toimeenpano-ohjelma terveydenhuollon toimivuuden ja terveystalouden saatavuuden ja laadun turvaamiseksi. Hankkeessa tuli ottaa huomioon kansainväliset kokemukset terveydenhuollon uudistuksista, sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003, valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, Terveydenhuolto 2000-luvulle -ohjelman kokemukset ja muut käytettävissä olevat selvitykset. Hankkeessa tehdyn työn tuli luoda pohjaa seuraavan hallituksen hallitusohjelman laatimiselle.

Työn aikana tuli kuulla edustajia muiden muassa eri ministeriöistä, eduskunnan sosiaali- ja terveystalouden valiokunnasta, kunnista ja kuntayhtymistä, työmarkkinajärjestöistä, potilas- sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestöistä, Kansaneläkelaitoksesta, yliopistoista ja ammattikorkeakouluista, tutkimuslaitoksista ja terveystalouden yrityksistä.

Projektin johtoryhmän puheenjohtajaksi kutsuttiin kansliapäällikkö Markku Lehto sosiaali- ja terveystalouden ministeriöstä ja jäseniksi valtiosihteeri Raimo Sailas valtiovarainministeriöstä, toimitusjohtaja Risto Parjanne Suomen Kuntaliitosta, hallintoylihoitaja Pirkko Valkonen Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä ja selvitysmies, pääjohtaja Jussi Huttunen Kansanterveyslaitoksesta. Johtoryhmän sihteerinä on toiminut lääkintöneuvos Jouko Isolauri sosiaali- ja terveystalouden ministeriöstä.

Selvitysmiehen tehtävänä oli tilannearvioiden ja toimenpideohjelmien laatiminen seuraavista viidestä hankkeeseen liittyvästä asiakokonaisuudesta:

Palvelujärjestelmän toiminnallisten ja hallinnollisten rakenteiden uudistaminen sekä tehokkuuden ja tuottavuuden lisääminen.

Eri henkilöstöryhmien työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Johtamisen vahvistaminen, työolosuhteiden kehittäminen ja alan vetovoimaisuuden lisääminen. Täydennyskoulutuksen järjestäminen.

Terveydenhuollon rahoitus. Rahoituksen taso ja vakaus, rahoituskanavat ja voimavarojen kohdentaminen, valtionosuusjärjestelmä, kuntalaskutus, asiakasmaksupolitiikka. Valtion ohjausjärjestelmän parantaminen.

Julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuotannon työnjaon ja yhteistyön kehittäminen.

Hoitokäytäntöjen, valtakunnallisten suositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien toteuttaminen ja toimeenpano. Uusien tutkimus- ja hoitomenetelmien kehittäminen, arviointi ja käyttöönotto.

Viittä asiakokonaisuutta valmisteleviksi selvityshenkilöiksi kutsuttiin sairaanhoitopiirin johtaja Rauno Ihalainen (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri), professori Mats Brommels (Helsingin yliopisto), rehtori Matti Uusitupa (Kuopion yliopisto), terveysjohtaja Riitta Simoila (Helsingin kaupunki), pääjohtaja Jussi Huttunen (Kansanterveyslaitos), sairaanhoitopiirin johtaja Pentti Silvola (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri), toimitusjohtaja Hannele Kalske (Reumasäätiön sairaala), professori Marjukka Mäkelä (Stakes) ja ylilääkäri Leena Niinistö (Katriinan sairaala). Sosiaali- ja terveysministeriö kutsui eri asiakokonaisuuksista vastuussa olevien selvityshenkilöiden tueksi asiantuntijaryhmät. Työn aikana kuultiin lähes 400 alan asiantuntijaa ja toimijaa.

Hanke on keskittynyt saamansa tehtävän mukaisesti terveyspalvelujärjestelmän kehittämiseen liittyviin kysymyksiin. Sosiaalihuoltoa on tarkasteltu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja työnjaon osalta. Valtioneuvoston tehtyä vuonna 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta, on tässä hankkeessa käsitelty pääosin terveyspalvelujärjestelmässä toteutettavia terveyden edistämistehtäviä. Hankkeen yhteydessä ei ole erikseen tarkasteltu terveydenhuollon priorisointia. Priorisointia terveydenhuollon kehittämistyön osana on selvitetty arkkiatri Risto Pelkosen johtamassa ja vuonna 2000 järjestettyyn Terveysfoorumi 2000 -seminaariin päättyneessä työssä. Työn yhteydessä ei ole ollut mahdollista tehdä esityksiä yksittäisten erikoisalojen tai toimintojen kehittämiseksi.

Markku Lehto  
Puheenjohtaja

Raimo Sailas

Risto Parjanne

Pirkko Valkonen

Jussi Huttunen

Jouko Isolaari  
Sihteeri

## SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE .....	9
SISÄLLYSLUETTELO.....	11
1. JOHDANTO .....	13
2. KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET.....	14
3. KEHITTÄMISTOIMET .....	15
3.1 TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	15
3.2 HOITON PÄÄSYN TURVAAMINEN JA LAADUN VARMISTAMINEN... 16	
3.2.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen .....	17
3.2.2 Laadun hallinta.....	19
3.2.3 Osaamisen varmistaminen .....	21
3.2.4 Uusien menetelmien käyttöönotto.....	22
3.3 PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN .....	24
3.3.1 Lähipalvelut .....	25
3.3.2 Erikoissairaanhoito .....	27
3.3.3 Tietojärjestelmät .....	29
3.3.4 Kunnallisen työnantajan palveluksessa toimivien lääkäreiden työskentely yksityissektorilla.....	31
3.3.5 Rakenneuudistusten toteuttaminen.....	32
3.4 HENKILÖSTÖN KEHITTÄMINEN.....	33
3.4.1 Toimiva työyhteisö ja hyvä johtaminen.....	34
3.4.2 Tarkoituksenmukainen työnjako.....	35
3.4.3 Oikein mitoitettu koulutus .....	36
3.4.4 Muut toimet lääkäripulan haittojen vähentämiseksi.....	38
3.4.5 Koulutuksen koordinointi .....	40
3.4.6 Kannustavat palkkajärjestelmät .....	41
3.5 ASIAKASMAKSUT .....	42
3.6 SAIRAUSSVAKUUTUS JA KUNTOUTUS.....	43
3.7 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS.....	45
3.7.1 Terveysthuollon kokonaisrahoitustarve 2003-2010.....	45
3.7.2 Kansallisen terveydenhuollon kehittämissuunnitelman ehdotusten vaikutukset valtion ja kuntien talouteen .....	46
3.8 OHJELMAN TOTEUTTAMINEN.....	49
4. YHTEENVETO.....	49



## 1. JOHDANTO

Suomalaisen terveydenhuollon perustana on kansalaisten perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Järjestelmän lähtökohdat ovat verorahoitus ja valtion ohjaus- ja kuntien järjestämismääräykset. Valtion tehtäviä ovat terveyspolitiikan määrittely ja sovittaminen muuhun yhteiskuntapolitiikkaan, terveyspalvelujärjestelmän ohjaus ja valvonta sekä terveyspalveluihin liittyvien tasa-arvo- ja laatuvaatimusten turvaaminen. Kuntien järjestämismääräykset perustuvat paitsi lainsäädäntöön myös pitkään perinteeseen. Paikalliseen päätöksentekoon perustuva demokratia vahvistaa järjestelmän hyväksyttävyyttä.

Järjestelmä on tähän asti toiminut hyvin. Kuntien järjestämä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito kattaa koko maan. Henkilöstö on hyvin koulutettua ja työhön sitoutunutta. Palvelujen laatu on käytävissä olevien mittareiden mukaan hyvä ja saatavuus hyvä tai kohtalainen. Ehkäisevä terveyspolitiikka on ollut tuloksellista: sekä lasten että aikuisväestön terveys on jatkuvasti parantunut.

Palvelujärjestelmään kohdistuu runsaasti paineita. Vaikka ikäihmiset ovat vuosi vuodelta terveempiä, heijastuu ikärakenteen muutos hoidon ja hoivan tarpeeseen. Nopean sisäisen muuttoliikkeen takia osia palvelujärjestelmästä joudutaan rakentamaan uudelleen. Uuden teknologian avulla hoitoa ja hoivaa voidaan parantaa ja tehostaa. Osa teknologiasta on kuitenkin kallista, joten uuden teknologian hallittu käyttö on entistäkin tärkeämpää. Muita haasteita ovat pitkäaikaistyöttömyydestä ja syrjäytymisestä sekä lisääntyvästä alkoholista ja päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien torjuminen.

Erikoissairaanhoitoon luonne muuttuu. Osa erikoissairaanhoitosta vaatii kapeaa huippuosaamista ja keskittyy viiteen yliopistosairaalaan, muutamaan keskussairaalaan ja erillisiin osaamiskeskukseen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitoon sekä koko terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö nousee entistä tärkeämmäksi tavoitteeksi.

Järjestelmää uhkaa työvoimapula. Lääkäri- ja hoitajapula vaikeuttaa perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa koko maassa. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle tulee puutetta olemaan kaikista henkilöstöryhmistä. Työvoimapula voidaan ehkäistä työn sisältöä ja menetelmiä kehittämällä, mitoittamalla koulutusmäärät oikein ja tukemalla henkilöstön pysymistä työelämässä työolosuhteita parantamalla.

Terveydenhuollon kokonaisuudet ja julkiset terveysmenot Suomessa ovat tällä hetkellä läntisten teollisuusmaiden pienimpiä. Terveydenhuollon tuottavuus parani 1990-luvulla merkittävästi ja on nyt keskimäärin korkealla tasolla. Toiminnan tehostuminen perustui korkeaan ammattitaitoon, talkoohenkeen ja erittäin motivoituneeseen henkilökuntaan. Palvelujärjestelmään on laman aikana toteutettujen säästöjen jälkeen osoitettu vain vähän lisää voimavaroja, vaikka yli 65-vuotiaiden määrä on tänä aikana kasvanut lähes 100 000:lla. Osa henkilökunnasta työskentelee tällä hetkellä suorituskykynsä rajoilla.

## 2. KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Tässä suunnitelmassa kuvatun kehittämistyön tavoitteena on turvata perustuslain säätämällä tavalla terveystalouden saatavuus kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti. Potilaalle taataan riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Uudistusten avulla varmistetaan palveluiden jatkuvuus, oikea-aikaisuus, turvallisuus ja laatu, edistetään eri toimijoiden yhteistyötä ja kannustetaan kustannustehokkuuteen. Kehittämistyö toteutetaan siten, että rahoitus säilyy veropohjaisena, kuntien eriarvoisuus vähenee, järjestelmän läpinäkyvyys lisääntyy ja toiminnan vaikuttavuus paranee.

Kiireellinen hoito annetaan ilman viivettä. Muissa kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvio kolmen päivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvio kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta. Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai tarpeelliseen hoitotoimenpiteeseen tulee päästä kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuvassa kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Tavoitteeseen edetään vuoteen 2005 mennessä.

Palvelutuotantoa arvioidaan toiminnallisina kokonaisuuksina, joita ovat ehkäisevä terveydenhuolto, äkillisten sairauksien hoito, pitkäaikaisten sairauksien hoito, ennakolta suunniteltava hoito ja kuntoutus. Kullekin toiminnalliselle kokonaisuudelle määritellään saatavuus- ja laatuavoitteet. Toiminnassa painotetaan läheisyys- ja jatkuvuusperiaatetta, sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä. Samalla kun palvelujärjestelmää kehitetään, tuetaan kaikin tavoin terveyden edellytyksiä ja ihmisten terveyttä edistäviä valintoja.

Vastuu terveystalouden järjestämisestä säilyy myös tulevaisuudessa kunnilla. Palvelutuotantoa voidaan kuitenkin monipuolistaa. Kunnallisten terveydenhuollon toimintayksiköiden lisäksi palveluja voidaan lainsäädäntömme mukaan hankkia myös muilta tahoilta, esimerkiksi kansalaisjärjestöiltä ja yksityiseltä sektorilta. Erityisesti laboratorio- ja kuvantamispalveluissa ja eräissä ennakolta suunniteltavissa olevissa toimenpiteissä voivat kunnalliset liikelaitokset osoittautua käyttökelpoisiksi ratkaisuksi.

Valtion tehtäviin kuuluvat palvelujärjestelmän ohjaus ja valvonta sekä terveystalouteen liittyvien tasa-arvo- ja laatuavoitteiden turvaaminen. Järjestelmää voidaan ohjata normeilla, resursseilla, informaatiolla sekä etukäteis- ja jälkivalvonnan avulla. Valtion ohjausta kehitetään tavoitteena terveystalouden saatavuuden ja laadun turvaaminen kaikille kansalaisille tasavertaisesti. Tässä ohjelmassa korostetaan informaatio-ohjauksen merkitystä palvelujärjestelmän kehittämistyössä.

Terveydenhuolto onnistuu tehtävässään, jos henkilöstö on hyvin koulutettua ja motivoitunutta, sitoutuu työhönsä ja palkkaus on oikeudenmukainen. Tavoitteet voidaan saavut-

taa parhaiten kehittämällä henkilökunnan osaamista, parantamalla työoloja ja mitoittamalla henkilöstö oikein.

### **3. KEHITTÄMISTOIMET**

#### **3.1 TERVEYDEN EDISTÄMINEN**

Terveys voi kohentua tai heikentyä ihmisten olosuhteiden, vuorovaikutusten, elämäntapojen ja valintojen tuloksena. Terveysteen vaikuttavat arkiympäristö ja -toiminta sekä tiedot, taidot, keskinäinen tuki ja huolenpito. Yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen valinnat ja toiminta ovat terveyden kannalta usein tärkeämpiä kuin palvelujärjestelmä. Liikunnan puute, epäterveellinen ravinto, lihavuus, tupakka ja päihteet lisäävät voimakkaasti sairastuvuutta ja palvelujen tarvetta.

Julkisella vallalla on mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten terveyteen monilla hallinnon aloilla. Terveysteen kannalta tärkeitä päätöksiä liittyy elinympäristöön, hyvinvointipalveluihin, koulutukseen, työelämään, sosiaaliseen turvallisuuteen ja tasa-arvoon. Myönteisten vaikutusten aikaansaamista edistää yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä.

Hyvinvointipoliittinen ohjelmatyö antaa kunnalle mahdollisuuden tarkastella laajasti palvelujen ja tuen kokonaisuutta ihmisten tarpeet ja paikalliset olosuhteet huomioon ottaen. Se kattaa koko toimijakentän, erilaiset palvelutarpeet ja ehkäisevän näkökulman. Hyvinvointipoliittinen ohjelma tukee myös seudullisten ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja sektorien yhteistyötä. Kansalaisjärjestöillä on tärkeä rooli terveyden edistämässä ja tiedon tuottamisessa ihmisten hyvinvoinnista.

Valtioneuvosto teki vuonna 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Ohjelma toimii kehyksenä yhteiskunnan eri alueilla toteutettavalle terveyden edistämälle. Strategiassa esitetään kahdeksan tavoitetta. Ne kohdistuvat ongelmiin, joiden ratkaiseminen edellyttää eri tahojen yhdensuuntaista toimintaa. Lisäksi ohjelmassa on 36 toimintaa linjaavaa kannanottoa, jotka sisältävät kansalaisten arkielämän ympäristöjä ja yhteiskunnan eri toimijoita koskevia toimenpidesuosituksia. Tämä ohjelma täydentää Terveys 2015 -ohjelmaa ja sisältää toimenpide-ehdotukset terveyspalvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Suomalaisten pahin yksittäinen terveysongelma on nyt ja lähitulevaisuudessa alkoholi. Alkoholin kulutus kasvaa ja alkoholisairaudet ja -kuolemat yleistyvät. Alkoholin aiheuttamien terveysongelmien määrä on suorassa suhteessa kokonaiskulutukseen. Matkustajien tuontiin liittyvien erityisrajoitusten poistumisen ja verojen alentamisen kautta tapahtuva alkoholiuomien hintojen aleneminen lähemmäksi muiden EU-maiden hintatasoa vuoden 2004 alusta on arvioitu lisäävän alkoholin kokonaiskulutusta 10-20 %. Tämän seurauksena alkoholin terveyshaitat ja niiden aiheuttama palvelutarve kasvavat jyrkästi.

Ainoa nopeasti vaikuttava keino alkoholin kokonaiskulutuksen vähentämiseksi on alentaa alkoholiyhtiön ulkopuolella vähittäismyynnissä myytävän oluen ja muiden käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuutta. Toimenpiteen avulla voitaisiin merkittävästi vähentää alkoholin terveyshaittoja ja niiden palvelujärjestelmälle aiheuttamia kustannuksia. Vaikutus lasten ja nuorten kulutukseen olisi suhteellisesti suurempi kuin aikuisilla.

Viron liittyessä Euroopan Unioniin myös tupakkaveroa voidaan joutua alentamaan. Asia tulee ottaa huomioon liittymisneuvottelujen yhteydessä tavoitteena löytää keinoja tupakan hinnan alenemisesta johtuvien haittojen terveydellisten ja taloudellisten ongelmien ehkäisyyn.

### **Suositus 1**

*Kunnat arvioivat sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja järjestämistä osana hyvinvointipoliittista ohjelmatyötä. Työssä korostetaan terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä, seudullisten ratkaisujen kehittämistä ja palvelujärjestelmän eri osien ja kunnan eri sektoreiden yhteistyötä.*

*Kunnat ja muut toimijat edistävät väestön terveyttä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman linjausten mukaisesti.*

*Alkoholiyhtiön, Alko Oy:n ulkopuolella vähittäismyynnissä olevien käymisteitse valmistettujen alkoholijuomien enimmäisalkoholipitoisuutta alennetaan nykyisestä 4,7 %:sta tavoitteena alkoholin kokonaiskulutuksen sekä alkoholista aiheutuvien terveyshaittojen ja niiden palvelujärjestelmälle aiheutuvien kustannusten vähentäminen.*

## **3.2 HOITOON PÄÄSYN TURVAAMINEN JA LAADUN VARMISTAMINEN**

Terveyspalveluiden saatavuuden ja laadun tulee täyttää kansallisesti asetetut vaatimukset potilaan asuinpaikasta ja palveluiden järjestämistavasta riippumatta. Laatu- ja tietojärjestelmien avulla varmistetaan tuotettavien palveluiden tasavertainen saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus.

Potilaan on aina saatava riittävän nopeasti yhteys terveydenhuollon ammattilaiseen, joka kykenee arvioimaan hoidon tarpeen ja ottamaan vastuun jatkotoimista. Tehokas sähköinen viestintä ja saatavilla oleva, kattava ja selkeä potilaskertomus parantavat edellytyksiä oikeille ja riittävän nopeille arvioille. Hoitokäytäntöjen ja jonoon asettamisen perusteiden yhtenäistäminen ja yhteisten sähköisten potilaskertomusjärjestelmien kehittäminen tekevät mahdolliseksi myös tutkimus- ja toimenpidejonojen hallitsemisen.



Hyvä hoito voidaan toteuttaa perustamalla toiminta parhaaseen olemassa olevaan tietoon. Näin lisätään hoidon vaikuttavuutta, oikea-aikaisuutta ja taloudellisuutta, parannetaan turvallisuutta ja edistetään tasa-arvoa. Sama tieto oikeaan muotoon muunnettuna parantaa myös ihmisten mahdollisuuksia edistää omaa terveyttään ja osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon.

Laadunhallinnan tavoitteena on, että hoitoprosessi toteutetaan mahdollisimman tehokkaasti, potilasta hoidetaan hyvin ja hän saa aina tarvitsemansa tiedon hoidon tavoitteista, sen toteuttamisesta ja muista hoitoon liittyvistä kysymyksistä.

### 3.2.1 Hoitoon pääsyn turvaaminen

Hoidon saatavuus vaihtelee Suomessa sekä tauti- että aluekohtaisesti. Osasyynä on voimavarojen puute. Saatavuuteen vaikuttavat myös vaihtelu hoitokäytännöissä, osaamisen puutteet sekä viestinnässä ja tiedonvälityksessä käytettyjen menetelmien vanha-aikaisuus. Ongelmia on sekä terveydenhuollon toimintayksiköiden välisessä että yksiköiden ja asiakkaiden välisessä viestinnässä.

Kun kansalainen ottaa yhteyden perusterveydenhuollon yksikköön muun kuin kiireellistä hoitoa vaativan vaivan takia, hänen tulee saada terveydenhuollon ammattilaisen, joko lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan, ensiarvio kolmessa päivässä. Arvio voi olla ongelman ratkaisu tai tieto vastaanottoajasta, jolloin asia selvitetään. Kun potilas saa nopeasti tiedon siitä, miten toimitaan, vähenee tarve tuoda lääketieteellisesti kiireellön asia päivystykseen.

Viiveitä voidaan vähentää antamalla ensiarvio nykyistä useammin sähköisten viestintien avulla ilman vastaanottokäyntiä. Kansainvälisten arvioiden mukaan jopa 20 % terveysongelmista voidaan hoitaa tällä tavoin. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja tutun potilaan kysymykset itsehoidosta ovat tyyppitilanteita, jotka voidaan usein hoitaa puhelimen tai sähköpostin avulla.

Kun potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon arviota, tulee hänen saada tieto vastaanotolle pääsystä ja ennakoivista tutkimuksista kolmessa viikossa. Jos potilaan tila vaatii kiireellisempää hoitoa, hänen tulee päästä vastaanotolle nopeammin.

Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon potilaan tulee päästä tavallisesti kolmen ja viimeistään kuuden kuukauden kuluessa hoitopäätöksestä. Hoidon tarpeen arvioi hoitava lääkäri yhdessä potilaan kanssa. Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa omassa yksikössä, tulee kunnan tai kuntayhtymän järjestää se muualla (muu kunnallinen terveydenhuollon toimintayksikkö, yksityissektori, kolmas sektori), kuitenkin siten, että potilaan maksuosuus ei muutu. Tällöin tulee ottaa huomioon potilaan oikeus saada hoitoa omalla äidinkielellään, suomeksi tai ruotsiksi.

Periaate siitä, että hoidon tarpeen tultua todetuksi hoitoon pääsy tapahtuu kohtuullisessa ajassa ja että valtioneuvoston asetuksella voidaan terveyspalvelujen yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi antaa säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista, sisällytetään erikoissairaanhoido-, kansanterveys- ja mielenter-

veyslakeihin vuoteen 2005 mennessä. Ilman hyvin valmisteltuja ja parhaaseen olemassa olevaan tietoon perustuvia säännöksiä, ohjeita ja suosituksia ajaudutaan tilanteeseen, jossa hoitokäytännöt muotoutuvat oikeusistuinten päätösten perusteella.

Valtaosa potilaista pääsee hoitoon kyllin nopeasti. Jonoissa olevista potilaista noin 2-5% on sellaisia, joiden odotusaika arvioidaan liian pitkäksi. Toimenpidejonot koskevat pääosin muutamia potilasryhmiä. Eräissä ryhmissä jonojen pituus vaihtelee huomattavasti ja perusteettomasti. Yksi syy tähän on vaihtelu jonoon asettamisessa. Hoidon saatavuuden ongelmat voidaan poistaa vain, jos tutkimusten ja hoidon tarpeesta sekä hoitomenetelmistä vallitsee yhtenäinen käsitys ja jonotietoja seurataan ajantasaisesti sähköisen jonotiedoston avulla.

Tarkempia säännöksiä hoitoon pääsyn enimmäisajoista voidaan antaa sen jälkeen, kun on laadittu kansalliset suositukset jonoon asettamisen periaatteista, toimintayksiköt ovat ottaneet käyttöön asianmukaiset jonohallintamenettelyt ja palvelujärjestelmään on osoitettu riittävästi voimavaroja jonojen purkamiseksi. Tavoitteiden saavuttamiseksi jonojen aktiivista hallintaa kehitetään ja hoidon saatavuutta parannetaan määrittelemällä kansalliset jonoon asettamisen kriteerit. Kriteerityön yhteydessä määritellään kohtuullinen jonotusaika eri tilanteissa. Indikaatioista ja kriteereistä sovitaan aluksi 2-4 yleisen, jonoja aiheuttavan terveysongelman osalta. Jonohallinnan keinoja testataan ja kehitetään näiden tyyppitautien avulla.

Lääketieteellisesti perustellun hoidon toteuttaminen edellä esitettyjen enimmäisaikojen puitteissa säästää julkisia voimavaroja. Äsken tehdyn selvityksen mukaan hoidon viivästymisestä johtuvat kulut (sairauspäivärahat, lääkekustannukset, sosiaalitoimen kulut) ylittävät sekä työikäisessä että eläkeikäisessä väestössä hoidosta koituvat kulut, usein moninkertaisesti. Hoidon viivästymisen on useissa tutkimuksissa osoitettu voimakkaasti lisäävän sairaseläkkeelle jäämisen riskiä.

Terveysspalvelujen saatavuutta ja laatua seurataan valtakunnallisesti ja alueellisesti. Julkiset ja yksityiset palvelujentuottajat veloitetaan ilmoittamaan säännöllisesti tiedot valtakunnallista seurantaa varten luotavaan tietojärjestelmään. Julkista rahoitusta saavien palvelujentuottajien hoidon vaikuttavuutta, laatua, kustannuksia ja tuottavuutta koskevien tietojen tulee olla julkisia. Tiedot ohjaavat järjestämisvastuussa olevia kuntia ja kuntayhtymiä valitsemaan laadukkaimpia ja tehokkaimpia palvelujentuottajia ja helpottavat kansalaisten valintoja.

## Suositus 2

*Periaate siitä, että hoidon tarpeen tultua todetuksi hoitoon tulee päästä kohtuullisessa ajassa ja että valtioneuvoston asetuksella voidaan terveystalouden yhdenvertaisemman saatavuuden edistämiseksi antaa säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista, sisällytetään erikoissairaanhoidon-, kansanterveys- ja mielenterveyslakeihin 1.1.2005 mennessä. Yksityiskohtaisia säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon asettamisen enimmäisajoista annetaan sen jälkeen, kun sosiaali- ja terveysministeriö on yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa laatinut ohjeet jonojen asettamisperiaatteista ja jonohallinnasta.*

*Tavoitteena on, että potilas saa perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvion tilanteesta kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvion kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta. Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen potilas pääsee kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuhun näyttöön perustuvassa kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa kunnan tai kuntayhtymän tuottamana, on niiden hankittava se muilta palvelujen tuottajilta potilaan maksuosuuden muuttumatta.*

*Potilaat asetetaan toimenpitejonoihin yhtenäisten indikaatioiden perusteella koko maassa. Sosiaali- ja terveysministeriö laatii yhteistyössä Suomen Kuntaliiton kanssa valtakunnalliset suositukset jonojen asettamisperiaatteista ja jonohallinnasta vuoden 2003 loppuun mennessä. Kuntien ja terveydenhuollon päättäjät ja toimijat sekä kansalaiset saavat asianmukaiset tiedot jonojen pituudesta ja jonoajoista.*

*Stakes ja Suomen Kuntaliitto käynnistävät valtakunnallisen palvelujen saatavuuden, hoidon vaikuttavuuden, laadun, kustannusten ja tuottavuuden sekä kuntien asukkaiden terveystalouden käytön ja kustannusten seurantarjestelmän rakentamisen*

### 3.2.2 Laadun hallinta

Esimerkkejä terveydenhuollon laatuun liittyvistä vakavista puutteista on runsaasti. Hoitokäytännöt ja hoidon saatavuus vaihtelevat voimakkaasti maan eri osissa. Hoitopalaute

jätetään usein antamatta tai lähetetään liian myöhään ja näin vähennetään hoidon vaikuttavuutta. Pääallekkäisten ja turhien laboratorio- ja kuvantamistutkimusten aiheuttamat ylimääräiset kustannukset on arvioitu vuosittain yli 200 miljoonaksi euroksi. Ongelmat voidaan poistaa parantamalla johtamista ja tiedonkulkua, kehittämällä laatuja järjestelmiä ja lisäämällä yhteistyötä.

Valtakunnallisten suositusten sekä ohjaus- ja seuranta järjestelmän avulla edistetään laadukkaiden palvelujen toteutumista potilaan asuinpaikasta riippumatta. Valtakunnallisesti asetetut tavoitteet yhdenmukaistavat käytäntöjä. Tietojen julkisuus kannustaa palvelutuottajia toiminnan kehittämiseen.

Kansalliset ehkäisy-, hoito- ja toimintasuositukset muodostavat lähtökohdan alueellisille hoito-ohjelmille. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman osana on valmisteltu useita laatusuosituksia. Näiden hankkeiden jatkuminen turvataan osoittamalla niille riittävästi voimavaroja. Suositukseen sisällytetään myös elintapoihin vaikuttaminen ja lääkkeetön hoito.

Sairaanhoitopiirit ja perusterveydenhuolto laativat yhteistyössä keskeisille sairausryhmille alueelliset hoito-ohjelmat ja sopivat erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut yhdistävistä saumattomista palveluketjuista. Alueelliset hoito-ohjelmat perustuvat kansallisiin hoitosuosituksiin ja sisältävät alueen palvelurakenteeseen sopivat menettelyt hoidon toteuttamisessa. Laadunhallintamenettelyn avulla varmistetaan valtakunnallisten hoito- ja laatusuositusten ja alueellisten hoito-ohjelmien toteutuminen.

Sekä julkisilta että yksityisiltä tuottajilta edellytetään laadunhallintajärjestelmä, jonka avulla varmistetaan, että kaikki hoitoon osallistuvat toimivat hyvän hoitokäytännön mukaisesti. Järjestelmät kohdennetaan hoidon vaikuttavuuden ja hyvän hoidon edistämiseen. Järjestelmien käyttöönotto varmistetaan valtakunnallisella ohjeistuksella. Sairaanhoitopiirit koordinoivat ja tukevat koulutuksella laadunhallintajärjestelmien kehittämistä. Hoitoyksiköissä tunnistetaan keskeiset laatuongelmat ja sovitaan, miten niitä mitataan ja pyritään ehkäisemään. Toimintaa arvioidaan esimies-alaismenettelyillä, vertaisarvioinneilla ja auditoinnilla.

### Suositus 3

*Kansallisten ehkäisy- ja hoitosuosituksen laatiminen, erilaisille käyttäjille soveltuvien versioiden tuottaminen ja päivitys sekä suosituksia koskeva keskitetty koulutusaineistojen tuotanto rahoitetaan avustuksena Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta (1.4 milj. € vuodessa) vuodesta 2003 lähtien.*

*Sairaanhoitopiirit laativat yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa keskeisille sairausryhmille alueelliset ehkäisy- ja hoito-ohjelmat. Hoito-ohjelmat perustuvat kansallisiin hoitosuosituksiin. Alueellisten ehkäisy- ja hoito-ohjelmien laatimista tuetaan palvelujärjestelmän kehittämiseen osoitettavasta valtionavustuksesta.*

### 3.2.3 Osaamisen varmistaminen

Terveystieteiden toiminta perustuu jatkuvaan ammattitaidon uusiutumiseen ja ylläpitämiseen, mikä ei ole mahdollista ilman määrätietoista ja järjestelmällistä täydennyskoulutusta. Lainsäädäntöön perustuva täydennyskoulutuksen järjestämisvelvollisuus purettiin sosiaali- ja terveysaloilta 1990-luvun alussa. Kunnalliseen virka- ja työsopimukseen sisältyvä koulutussopimus on täydennyskoulutuksen osalta suositussopimus.

Täydennyskoulutuksen puutteet heikentävät palvelujen laatua ja aiheuttavat ongelmia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille että työnantajille. Koulutus toteutuu eri tavoin eri yksiköissä. Sijaisjärjestelyt vaikeuttavat lääkäreiden osallistumista koulutukseen erityisesti väestövastuulla toimivissa terveyskeskuksissa. Ongelmia on koulutustarjonnassa ja opetusmenetelmissä.

Täydennyskoulutusta koskevat työntekijän ja työnantajan velvollisuuksia täsmentävät säännökset otetaan kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakiin. Henkilöstön ammatillinen kehittäminen kytketään toiminnan kehittämiseen ja laadunhallintaan. Työntekijä veloitetaan osallistumaan yksilölliseen ja työyhteisölle suunnattuun täydennyskoulutukseen yksikön kehittämissuunnitelman mukaisesti. Työnantaja veloitetaan huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja seuraamaan koulutuksen toteutumista osana toimintayksikön laadun turvaamista.

Sosiaali- ja terveysministeriö laatii täydennyskoulutusta koskevat minimisuositukset ja suositukset täydennyskoulutuksen toteuttamistavasta yhteistyössä opetusministeriön, Suomen Kuntaliiton ja työmarkkinaosapuolten kanssa. Täydennyskoulutuksen minimikesto määritellään porrasteisesti ottaen huomioon peruskoulutuksen ja tutkintojen laajuus sekä työtehtävät siten, että se on vähintään 3-10 vrk/vuosi. Vaativaa ja nopeasti uusiutuvaa tietoa ja teknologiaa käyttävien työntekijöiden täydennyskoulutuksen määräksi sovitaan vähintään 10 vrk vuodessa. Toimintayksikön tarpeet otetaan huomioon täydennyskoulutuksen pituutta, sisältöä ja toteutusta määriteltäessä.

Kaikkien ammattiryhmien täydennyskoulutukseen tulee kuulua työyhteisön kehittämiseen tähtäävää koulutusta ja kansanterveyskoulutusta. Hoitohenkilöstön täydennyskoulutus järjestetään osaksi omassa toimintayksikössä ja osaksi toimintayksikön ulkopuolella (uusi teknologia, erityisosaamista vaativat tehtävät). Lääkäreiden täydennyskoulutus joudutaan pääosin toteuttamaan oman toimintayksikön ulkopuolella. Terveyskeskuslääkäreille taataan alueellisesti mahdollisuus riittävään jatkokoulutukseen 3-6 kk jaksoissa ja säännölliseen kliniseen täydennyskoulutukseen sairaalatyössä 1-4 viikon jaksoissa. Näin edistetään erityisosaamisen hankkimista terveyskeskuksiin.

Täydennyskoulutuksen perusrahoitus sisällytetään terveydenhuollon toimintayksikön henkilöstöbudjettiin. Lisäkustannuksiksi on arvioitu 40 milj. €/vuosi. Tätä varten lisätään kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin tarkoitettua valtionosuutta 10 milj. €. Täydennyskoulutuksen kehittämiseen osoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön kehittämismäärärahoja.

Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen on edellytys hyvinvointipalvelujen turvaamiselle muuttuvassa toimintaympäristössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen koulutuksen ja osaamisen avulla tuetaan yhteistyön kehittymistä ja palvelujen laatua.

#### **Suositus 4**

*Täydennyskoulutusta koskevat säännökset otetaan kansanterveys- ja erikoissairaanhoitolakiin vuoden 2003 loppuun mennessä. Työnantaja velvoitetaan huolehtimaan henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja seuraamaan koulutuksen toteutumista osana toimintayksikön laadun turvaamista. Työntekijä velvoitetaan täydennyskoulutukseen toimintayksikön kehittämissuunnitelman mukaisesti.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö, Suomen Kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos ja ammattijärjestöt laativat täydennyskoulutuksen sisältöä ja toteuttamista koskevat suositukset vuoden 2003 loppuun mennessä. Täydennyskoulutuksen minimikesto määritellään porrasteisesti ottaen huomioon peruskoulutuksen ja tutkintojen laajuus sekä työtehtävät.*

*Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin osoitetaan 10 milj. € täydennyskoulutuksen järjestämiseksi vuodesta 2004 lähtien*

#### **3.2.4 Uusien menetelmien käyttöönotto**

Sairauksien hoitoa, tutkimusta, kuntoutusta ja ehkäisyä varten kehitetään vuosittain satoja uusia menetelmiä. Menetelmät otetaan usein käyttöön kevein perustein. Monet ilman arviointia käyttöön otetut menetelmät ovat osoittautuneet vanhoja huonommiksi.

Lääkkeiden, lääkettäomien hoitojen ja muiden menetelmien vertailuja tehdään vain harvoin. Perusterveydenhuoltoon soveltuvien menetelmien kehittäminen ja arviointi on puutteellista. Ehkäisevän työn menetelmien arviointi on rokotustoimintaa lukuun ottamatta kehittymätöntä.

Uusien menetelmien hallittu käyttöönotto edellyttää sosiaali- ja terveysministeriön, kliinisten asiantuntijoiden ja terveydenhuollon yksiköiden läheistä yhteistyötä. Etenkin kalliit tai suuria investointeja vaativat menetelmät tulee testata hankkeissa, joihin sisältyy asianmukainen vertailu parhaisiin käytössä oleviin menetelmiin. Perusterveydenhuoltoon tarkoitettuja menetelmiä tulee kokeilla perusterveydenhuollossa.

Uusi teknologia voidaan hallitusti arvioida ja ottaa käyttöön seuraavalla tavalla. Terveystenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA tunnistaa kotimaisten ja kansainvälisten asiantuntijaverkostojensa avulla uudet, arvioitavat menetelmät, koordinoi aiheiden valintaa ja tukee arviointia menetelmällisesti. Arviointipaikoista sovitaan yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja terveyskeskusten kanssa. Arviointi rahoitetaan suuntaamalla EVO-tutkimusrahoitusta vaikuttavuustutkimukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö antaa suosituksia uusien teknologioiden käyttöönotosta. KELA korvaa vain vaikuttaviksi arvioidut tutkimukset ja hoidot.

Arviointitoimintaa varten tarvitaan noin kahdenkymmenen henkilön yksikkö, jota tukee keskimäärin kolme vaihtuvaa sisältöasiantuntijaa. Työtä voidaan jakaa alueellisesti perustamalla yksi tai kaksi sivuyksikköä yliopistosairaaloiden yhteyteen. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisten laitosten tulee osallistua työhön omalla alallaan.

Lääkekustannusten kasvu on viime vuosina ollut nopeata ja kasvu näyttää jatkuvan koko tämän vuosikymmenen ajan. Kasvua voidaan parhaiten hillitä kouluttamalla lääkärikuntaa ja edistämällä rationaalista lääkkeenkäyttöä osana kansallisia hoitosuosituksia. Tavoitteiden saavuttamiseksi vakinaistetaan rationaalista lääkkeenkäyttöä edistävä Roh-to-projekti.

### Suositus 5

*FinOHTAsta kehitetään eurooppalaisittain keskikokoinen arviointiyksikkö, joka välittää ja tarvittaessa tuottaa tietoa terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuudesta nopeasti ja luotettavasti. Yksikölle osoitetaan lisää voimavaroja siten, että vuonna 2006 saavutetaan 2.5 milj. €:n vuositaso.*

*Rationaalista lääkkeenkäyttöä edistävä Rohto-projekti vakinaistetaan ja sen toimintaan osoitetaan 1.3 milj. € vuodesta 2004 lähtien.*

### 3.3 PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENTEIDEN UUDISTAMINEN

Nykyjärjestelmään liittyy rakenteellisia ongelmia, jotka lisäävät kustannuksia, heikentävät palvelujen laatua ja vaikeuttavat henkilökunnan rekrytointia. Osa ongelmista liittyy erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyöhön ja työnjakkoon, osa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioihin ja osa eri toimijoiden toimintatapoihin.

Pienet yksiköt ovat haavoittuvia henkilöstön poissaoloille ja saatavuusongelmille. Nykyistä suurempien toiminnallisten kokonaisuuksien muodostamista puoltavat myös toiminnan ja laatutason kehittämiseen ja säilyttämiseen, vakaan rahoituksen järjestämiseen ja erityisesti ammattitaitoisen työvoiman saatavuuteen sekä joustavaan ja tehokkaaseen käyttöön liittyvät tavoitteet. Riittävän suuret toimintayksiköt helpottavat päivistysjärjestelyjä.

Terveydenhuollon lähipalvelut järjestetään seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina riittävän suurille väestöpohjille. Palvelut koostuvat perusterveydenhuollon toiminnoista ja niillä alueilla, joilla se on tarkoituksenmukaista, perustason erikoissairaanhoidon palveluista. Toiminnassa painotetaan läheisyys- ja jatkuvuusperiaatetta, sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä.

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

Yksityissektori, työterveyshuolto ja järjestöt tuottavat runsaasti palveluja etenkin kasvukeskusten ja niiden ympäristön asukkaille. Toiminnot täydentävät kunnallista palvelujärjestelmää, mutta ovat eräiltä osin päällekkäisiä. Työnjaon selkiyttämällä parannetaan julkisen ja yksityisen sektorin tervettä kilpailua.



Kilpailun edellytyksiä ja kuntien ja kuntayhtymien mahdollisuuksia hankkia palveluita yksityissektorilta parannetaan. Palvelujen yhdenmukainen tuotteistus, kustannuslaskenta ja hintojen vertailtavuus edellyttävät valtakunnallista ohjeistusta.

Tietohallintoa kehitetään edistämään eri toimijoiden välistä tiedonkulkua, palveluketjujen saumatonta toimintaa ja laadun seuranta. Terveystieteiden ohjausta tukevan kansallisen tietojärjestelmän avulla varmistetaan palveluiden saatavuus, vaikuttavuus ja kustannustehokkuus kansalaisille tasavertaisesti.

Paikallisten olosuhteiden vuoksi palveluja ei voi organisoida samanlaisena kaikkialla maassa. Tästä huolimatta palvelut on pystyttävä tuottamaan koko maan väestölle tasavertaisina. Siksi vahvistetaan valtion ohjausta. Valtion on kannustettava kuntia parantamaan palveluiden saatavuutta, turvallisuutta, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä toteuttamaan näitä tavoitteita edistäviä rakenneuudistuksia.

### 3.3.1 Lähipalvelut

Terveystieteiden lähipalvelut tuotetaan lähellä kuntalaisia. Lähipalveluja ovat ehkäisevä terveystieto, äkillisesti sairastuneiden hoidon järjestäminen, avohoidon vastaanottopalvelut, pääosa kroonisten sairauksien hoidosta, osa kuntoutuksesta, hammashuolto, vanhusten hoito, mielenterveyshuollon avohoitopalvelut sekä työterveyshuolto.

Kunnan koosta riippuen lähipalvelut järjestetään kuntakohtaisesti tai seudullisena yhteistyönä. Seudullinen yhteistyö on erityisen tärkeää kunnissa, joiden on sopeutettava palvelujen tarjontaa väestön määrän vähentyessä ja veropohjan supistuessa. Yhteistyö auttaa hakemaan kuntarajoja ylittäviä ratkaisuja. Näissä voi olla mukana myös yksityisiä tai kolmannen sektorin palvelutuottajia.

Hyvin toimivan perusterveydenhuollon edellytyksiä ovat väestövastuu, tasokkaaseen diagnostiikkaan ja hoitoon pystyvät terveyskeskukset sekä kaksisuuntainen, myös sosiaalihuollon palvelut sisältävä hoitoketju, jossa perusterveydenhuolto koordinoi ja ylläpitää potilaan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa ja seuraa sen toteutumista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä kehitetään mm. alueellisten hoito-ohjelmien avulla.

Toiminnallinen kokonaisuus, joka palvelee noin 20 000–30 000 asukkaan väestöpohjaa ja luo toimintaedellytykset noin 12-18 lääkärille, on usein myös hallinnollisesti tarkoituksenmukainen terveystieteiden lähipalvelujen tuottajan vähimmäiskoko. Alueilla, joilla korvaavia yksityisiä palveluja on vähän tai perusterveydenhuollon lääkärin työ on laaja-alaista, tarvitaan yksi terveyskeskuslääkäri 1500-1800 asukasta kohti. Toimipisteverkon tulee olla hajautettu siten, että matkat eivät muodostu terveyspalvelujen käytön esteeksi.

Sekä yksilöllisen hoidon että kustannustehokkuuden kannalta on perusteltua, että tutkimukset ja hoito toteutetaan mahdollisimman pitkälle terveyskeskuksessa. Perusterveydenhuollossa tarvitaan erityisosaamista ehkäisevässä työssä ja tiettyjen yleisten potilasryhmien hoidossa. Ehkäisevän työn tulee olla järjestelmällistä ja kattavaa. Huomiota

tulee kiinnittää erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloihin ja kouluterveydenhuoltoon. Moniammatillisen tiimin jäsenten tulee työskennellä samassa yksikössä, jotta päivittäinen yhteistyö toteutuu.

Vanhustenhuolto on terveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistä aluetta, joka on toteutettava niin, että hallinnonalojen rajat eivät aiheuta päällekkäisyyttä tai väliinputoamisia. Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen rajat estävät tällä hetkellä tavoitteiden toteutumista ja vastuu kokonaiskustannuksista hajoaa niissä kunnissa, joissa toiminnot on järjestetty erikseen. Asiakkaan kannalta ehjän ja toimivan palvelukokonaisuuden varmistamiseksi on kehitettävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä työvälineitä, joilla taataan, että asiakkaan siirtyessä palvelujärjestelmän osasta toiseen palveluketju ei katkea.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun hajautetun toiminnan yhdistämisestä on runsaasti myönteisiä kokemuksia. Kotipalvelujen, kotisairaanhoidon ja laitoshoidon yhteistyötä ja/tai toiminnallista yhdistämistä edistetään. Ympäri vuorokautista laitoshoidon vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla ja dementia potilaiden ympärivuorokautisia palveluja voidaan tuottaa seutukunnallisena yhteistyönä.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen ja perheiden psykososiaalisten palvelujen haasteita ovat ikäihmisten, lasten, nuorten ja perheiden mielenterveysongelmien ehkäisy ja hoito, huume- ja päihdehoito sekä näihin liittyvän ensiavun järjestäminen. Nykyisen palvelujärjestelmän ongelmana ovat hajanaisuus ja liian pienet toimintayksiköt. Palvelut jakaantuvat päivähoidon, lastenneuvolan, koulujen oppilashuollon, perheneuvolan, kasvatuseuvolan ja mielenterveyspalveluiden sekä A-klinikan kesken. Tämä hajanaisuus korjataan, toimintayksiköiden kokoa suurennetaan ja palvelujen tuottamisessa siirrytään asiakaslähtöiseen tuottamistapaan.

Uusi työterveyshuoltolaki korostaa henkilöstön pätevyydelle sekä toiminnan sisällölle ja laadulle asetettavia vaatimuksia. Pienistä itsenäisistä toimintayksiköistä muodostunut kunnallinen työterveyshuoltojärjestelmä ei rakenteellisesti tue näiden tavoitteiden saavuttamista. Työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon päällekkäisyydet poistetaan.

Aluesairaalat ja niitä ympäröivien kuntien perusterveydenhuolto muodostavat luontevan pohjan terveydenhuoltoalueeksi kutsuttavalle toiminnalliselle kokonaisuudelle. Kokonaisuuteen kuuluvat lähipalvelujen ohella ne perustason erikoissairaanhoidon palvelut, jotka pystytään tuottamaan läheisyysperiaatetta noudattaen kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Yhteistyömuotona voi olla myös terveydenhuolto piiri, jolla tarkoitetaan sairaanhoitopiiristä ja sen alueella tuotettavista lähipalveluista muodostettavaa kokonaisuutta.

Kuntien seudulliselle yhteistyölle ei ole lainsäädännöllisiä esteitä. Kuntalaki mahdollistaa laissa säädettyjen tehtävien hoidon joko itse kunnassa tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa. Luontevia yhteistyömuotoja ovat kuntayhtymä ja seutusopimus.

### Suositus 6

*Terveysthuollon lähipalvelut järjestetään seudullisina toiminnallisina kokonaisuuksina. Toimipisteverkon tulee olla hajautettu siten, että matkat eivät muodostu käytön esteeksi.*

*Palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa väestövastuuperiaatteella. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joiden järjestäminen edellyttää laajaa väestöpohjaa, tuotetaan seudullisena yhteistyönä. Vanhustenhuollon tulee pohjautua kunnan vanhuspoliittiseen strategiaan.*

*Mielenterveyden avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa.*

*Terveysthuollon edistäminen ja sairauksien ehkäisy ovat oleellinen osa lähipalveluja. Tämän varmistamiseksi kunnat kehittävät terveyden edistämisen johtamista ja poikkiallinnollisia yhteistyörakenteita.*

*Kunnat muodostavat kunnallisesta työterveydenhuollosta laajempia seudullisia kokonaisuuksia, joiden toimintaa kehitetään säädösten edellyttämän vaatimustason mukaisesti.*

### 3.3.2 Erikoissairaanhoito

Uudistustyön tavoitteena on luoda järjestelmä, joka tuottaa korkeatasoisia erikoissairaanhoitojen palveluja kustannustehokkaasti. Tätä varten tarvitaan nykyistä pidemmälle menevää työnjakoa, päällekkäisten toimintojen vähentämistä, erityisosaamista vaativien palvelujen ja tutkimusten keskittämistä ja investointien tehokasta kohdentamista ja käyttöä.

Erikoisalujen lukumäärän kasvu ja päivystystoiminnan tarpeet edellyttävät erikoissairaanhoitojen organisaatioilta nykyistä suurempia väestöpohjia tai tiiviimpää yhteistyötä. Yhteistyön ja työnjaon tulee perustua yhdessä sovittuun toimintastrategiaan. Erityisvastuualueella sovitaan työnjaosta niin, että myös muu keskussairaala kuin yliopistosairaala tai niistä eriytetty toimintayksikkö voi tuottaa palveluita koko erityisvastuualueelle. Valtakunnallisesti keskitettävistä erityistason erikoissairaanhoitojen palveluista määrätään asetuksella.

Tavoitteena on, että nykyiset pienet keskussairaalat keskittyvät perustason erikoissairaanhoidon ja suuret keskussairaalat tuottavat perustason erikoissairaanhoidon palveluiden ohella erikseen sovittavia vaativia erikoissairaanhoidon palveluja. Yliopistolliset sairaalat vastaavat keskussairaallalle kuuluvista tehtävistä ja erityisvastuualueella erikseen sovittavista vaativan erityistason tehtävistä. Aluesairaaloiden erikoissairaanhoidon, joka ei integroidu seutukunnallisesti rakentuvaan terveydenhuoltoalueeseen, yhdistetään osaksi keskussairaala. Samalla paikkakunnalla toteutettavassa erikoissairaanhoidossa poistetaan toiminnalliset ja hallinnolliset päällekkäisyydet siirtämällä vaativa erikoissairaanhoidon saman hallinnon alaisuuteen.

Yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi tulee erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien yhdessä laatia suunnitelma, joka koskee ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä, sairaanhoidollisia palveluja ja tukipalveluja. Suunnitelmissa huomioidaan yksityissektorin ja kolmannen sektorin tuottamat palvelut ja niissä selvitetään myös eri erityisvastuualueisiin kuuluvien sairaanhoitopiirien yhteistyötä. Suunnitelmien laatimiseen osallistuvat alueen kunnat.

Yhteistyö- ja työnjakosuunnitelmat jätetään sosiaali- ja terveysministeriölle 31.5.2003 mennessä. Tarvittavat kehittämistoimet toteutetaan joko yhdistämällä sairaanhoitopiirejä tai lisäämällä sairaanhoitopiirien toiminnallista yhteistyötä ja työnjakoa. Mikäli suunnitelmat eivät johda toiminnan kannalta tarkoituksenmukaisiin ratkaisuihin, valtio toteuttaa yksipuolisesti tarvittavat muutokset.

Kunnallinen liikelaitosmalli sopii erityisen hyvin kuntien yhteistyönä tapahtuvaan laboratorio- ja kuvantamispalveluiden, lääkehuollon ja työterveyshuollon järjestämiseen. Kunnallista osakeyhtiötä voidaan käyttää tilanteissa, joissa haetaan kuntayhtymää laajempaa kumppanuusmallia joko julkisen sektorin sisällä tai yksityisen sektorin kanssa. Sekä liikelaitos- tai yhtiömalli edellyttävät, että palvelut ovat riittävän pitkälle tuoteistettuja ja niiden kustannuslaskenta ja hinnoittelu täyttävät liiketoiminnan ja kilpailusääntöjen vaatimukset.

Lääkehankintoja keskittämällä on mahdollista saada aikaan huomattavia säästöjä. Julkisen terveydenhuollon yhtenäistä peruslääkevalikoimaa hyväksi käyttämällä tulee ohjata myös avoterveydenhuollossa tapahtuvaa lääkehoitoa.

Vaativan erityistason palveluiden kehittäminen edellyttää kiinteätä tutkimus- ja kehittämissyhteistyötä yliopistojen kanssa. Yliopistosairaaloilla ei ole nykyisten laajojen tehtäviensä vuoksi tähän kaikilta osin parhaita mahdollisuuksia. Erityistason tehtäviä varten perustetaan erillisiä osaamiskeskuksia, joissa sairaalan ja yliopiston välistä yhteistyötä voidaan tiivistää ja hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti.

### Suositus 7

*Vaativa erikoissairaanhoito suunnitellaan erityisvastuualueittaisina kokonaisuuksina. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit laativat yhdessä 31.5.2003 mennessä sosiaali- ja terveysministeriölle yhteistyö- ja työnjakosuunnitelman, joka koskee ennakolta suunniteltavissa olevaa vaativaa hoitoa, pieniä potilasmääriä koskevia toimenpideryhmiä sekä sairaanhoidollisia ja tukipalveluja. Aluesairaaloiden erikoissairaanhoito, joka ei integroidu seutukummallisesti rakentuvaan terveydenhuoltoalueeseen, yhdistetään osaksi keskussairaalan toimintaa. Laboratorio- ja kuvantamispalvelut sekä lääkehoito järjestetään yhden tai useamman sairaanhoitopiirin kattavana yhteistyönä, johon osallistuvat sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito.*

*Tarvittavat kehittämistoimet toteutetaan joko yhdistämällä sairaanhoitopiirejä tai lisäämällä sairaanhoitopiirien toiminnallista yhteistyötä ja työnjakoa. Sairaanhoitopiirien toiminnallisen yhteistyön kehittämiseen ja hallinnolliseen yhdistymiseen liittyviä käytännön toimenpiteitä tuetaan erillisellä hankerahoituksella.*

### 3.3.3 Tietojärjestelmät

Toimiva tietohallinto muodostaa perustan terveystietojärjestelmien tuottamiselle, dokumentoinnille, toimintojen johtamiselle ja seurannalle, palveluprosessien kehittämiseksi sekä terveyspolitiikan ja sen osa-alueiden arvioimiselle. Seudullisen ja alueellisen yhteistyön mahdollistamiseksi tarvitaan yhteensopivia kansallisia perusratkaisuja.

Suuri osa potilastiedoista on jo sähköisessä muodossa. Tästä huolimatta käytetään edelleen tarpeettoman runsaasti työaikaa tietojen etsintään, kopiointiin, päällekkäiskirjoittamiseen, lähettämiseen ja uudelleen tallentamiseen. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen joudutaan tietojen siirtämiseen käyttämään ylimääräisiä resursseja. Jos tieto ei ole saatavilla, päädytään jo kertaalleen tehtyjen tutkimusten toistoon, hoidon viivästymiseen ja joskus myös virheisiin.

Tietojen nopean siirtymisen ja toimivan tietohallinnon perusedellytys on tietojärjestelmien yhteensopivuus. Tämän turvaamiseksi määritellään sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Suomen Kuntaliiton ja muiden toimijoiden yhteistyönä potilaskertomuksen ydintietojen koodaustapa, terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden takaavat hallinnolliset palvelut sekä avoimet rajapinnat järjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon.

Valtakunnalliset palvelut ja terveydenhuollon järjestelmien rajapinnat tehdään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kaikkia terveydenhuollon toimijoita velvoittaviksi. Keskeisten toimintojen toteutuksesta tehdään mallisovellukset. Valtakunnallisella tasolla hyväksytyt rajapinnat ja mallisovellukset saatetaan julkisiksi, minkä jälkeen tietojärjestelmien toimittajat voivat toteuttaa palvelu- ja järjestelmärajapinnat omilla tuotteillaan.

Terveydenhuollon perusjärjestelmien sisältämistä potilastiedoista muodostetaan aluetietojärjestelmiä, joissa potilastiedot ovat turvallisesti ja virheettä käytettävissä valtakunnallisesti yhtenäisessä muodossa. Tuomalla aluetietojärjestelmään potilas-, tutkimus- ja hoitotietojen yhteyteen myös yhtenäisesti koodatut kustannustiedot luodaan edellytykset tuottaa järjestelmän ohjausta tukevaa valtakunnallista vertailutietoa hoitomenetelmien kustannuksista ja vaikuttavuudesta.

Organisaatorajojen yli tapahtuva asiakas- ja potilastiedon luovuttamisen ja käyttämisen tulee perustua tietojen luovuttamista koskeviin säädöksiin ja kansalliseen tietoturvapoliitiikkaan. Tietoturvapoliitikka ja tietojen luovuttamisen periaatteet määrittellään sosiaali- ja terveysministeriön, tietosuojavaltuutetun toimiston, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä. Säädösvalmistelu käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta tarpeellisten yhteistyökumppanien kanssa vuonna 2003.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat ovat tietojärjestelmien hankkijoita ja käyttäjiä. Yritykset toteuttavat ja ylläpitävät tietojärjestelmiä. Yhteistoiminnan ja tietosuojan määräykset asetetaan vähimmäisvaatimukseksi uusille tietojärjestelmille. Nykyisten tietojärjestelmien tulee täyttää minimivaatimukset 5 vuoden siirtymäajan jälkeen.

### Suositus 8

*Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Kuntaliitto ja muut toimijat määrittelevät terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden takaavat yhteiset hallinnolliset palvelut ja avoimet rajapinnat alue- ja perustietojärjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. Määrittelytyöhön ja mallisovellusten tekemiseen varataan 0.8 milj. €:n määräraha vuonna 2003.*

*Valtakunnalliset palvelut ja terveydenhuollon järjestelmien rajapinnat tehdään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella kaikkia terveydenhuollon toimijoita velvoittaviksi vuoteen 2007 mennessä.*

*Tietoturvapoliittikka ja tietojen luovuttamisen periaatteet määritellään sosiaali- ja terveysministeriön, tietosuojavaltuutetun toimiston, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteistyönä. Säädösvalmistelu käynnistetään sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta tarpeellisten yhteistyökumppanien kanssa vuonna 2003.*

*Yliopistosairaanhoidopiirit koordinoivat alueellisen tietohallinnon kehittämistyötä erityisvastuualueilla. Viiden erityisvastuualueen tietohallinnon kehittämiseen varataan palvelujärjestelmän kehittämishankkeisiin osoitettava määräraha (ks. suositus 9) yhteensä 30 milj. € vuosina 2004-2007.*

*Terveyden- ja sosiaalihuollon valtakunnallisen tilastointi- ja tietopalvelujärjestelmän (Stakes) modernisointiin osoitetaan yhteensä 1.6 milj. €:n määräraha vuosille 2004 ja 2005.*

#### 3.3.4 Kunnallisen työnantajan palveluksessa toimivien lääkäreiden työskentely yksityissektorilla

Kunnallisella sektorilla työskentelevien lääkäreiden toimiminen yksityissektorilla työajan ulkopuolella voi luoda jääviysongelmia. Suomen Lääkäriliitto, Terveydenhuoltoalan Palvelujärjestöt ja sairaanhoidopiirien johto ovat laatineet suositukset näiden ongelmien ehkäisemiseksi. Terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee valvoa, että näitä suosituksia noudatetaan.

Suosituksen keskeiset periaatteet ovat seuraavat:

- Virkasuhteen ulkopuolisen toiminnan osalta lääkärin tulee noudattaa sivutoimilupaa ja sivutoimi-ilmoitusta koskevia virkasäännön määräyksiä.
- Ostopalveluiden päätöksentekoon tai valmisteluun osallistuva lääkäri ei saa olla hallituksen, hallintoneuvoston tai niihin rinnastettavan toimielimen jäsenenä tai toimitusjohtajana yrityksessä, joka harjoittaa ostopalvelutoimintaa sairaalan tai terveyskeskuksen kanssa.
- Julkisessa virassa toimivan lääkärin ei tule ohjata potilaita yksityisvastaanotolle siten, että tämä toiminta on ristiriidassa hänen virkavelvollisuutensa kanssa.
- Potilaan sairaalaan tai poliklinikalle ottaminen tulee järjestää yhtäläisten hoidon tarpeeseen pohjautuvien periaatteiden mukaan. Lääkäri ei saa osallistua itse lähettämiensä potilaiden hoitoon ottamista koskevaan päätöksentekoon ellei siihen ole pakottavaa syytä.

### 3.3.5 Rakennemuutosten toteuttaminen

Palvelujärjestelmän uudistukset suunnitellaan paikallisesti ja alueellisesti kuntien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteistyönä. Uudistuksen toteuttaminen edellyttää valtakunnallista koordinaatiota, ohjeistusta ja muutoksia tukevaa erillisrahoitusta.

Lähipalveluiden järjestäminen suunnitellaan sairaanhoitopiirin alueella seutukunnittain. Työtä koordinoivat johtoryhmät, joihin nimetään sairaanhoitopiirin, kuntien, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen edustus. Erityisvastuualueen työtä koordinoivat yliopistolliset sairaanhoitopiirit. Johtoryhmään nimetään erityisvastuualueen kaikkien sairaanhoitopiirien edustus sekä edustaja lääninhallituksesta. Suunnitelmat hyväksyy sosiaali- ja terveysministeriö.

Ohjelmatyön ensimmäisessä vaiheessa laaditaan suunnitelma seutukunnallisten lähipalvelujen järjestämiseksi. Toisessa vaiheessa sairaanhoitopiiritasolla tehdyt suunnitelmat yhdensuuntaistetaan erityisvastuualueetasolla. Erityisvastuualueen sisäisestä erikoissairaanhoidon yhteistyöstä sovitaan kohdassa 3.3.2. esitetyllä tavalla. Työssä otetaan huomioon Terveydenhuolto 2000-luvulle hankkeen toimeenpano-ohjelmissa esitetyt kehittämissuunnitelmat ja Terveys 2015 -ohjelman tavoitteet ja toimintasuunnat.

Alueellisen ohjelmatyön kautta syntyvät erillistä hankerahoitusta vaativat toteuttamishankkeet saatetaan sosiaali- ja terveysministeriön käsiteltäväksi ja hyväksyttäväksi rahoituksen myöntämistä varten. Ohjelmatyön ensimmäiset hanke-esitykset valmistellaan vuoden 2003 loppuun mennessä. Hankerahoitusta jatketaan vuosittain siten, että uudistukset on saatettu päätökseen vuonna 2007. Hankerahoitus merkitään valmisteilla olevalle sosiaali- ja terveysalan toiminnallisten kehittämishankkeiden rahoittamiseen tarkoitettulle momentille.



Uudistuksia ja niiden sisällöllisiä tavoitteita tuetaan yhdistämällä nykyistä useisiin erillislakeihin kirjoitettua terveydenhuollon lainsäädäntöä. Säädöstyön tavoitteena on edistää toimijoiden yhteistyötä sekä työnjakoa ja näin parantaa palveluiden saatavuutta, vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta.

### **Suositus 9**

*Palvelujärjestelmää kehitetään vaiheittain etenevänä ohjelmatyönä, johon osoitetaan valtion budjetissa erillinen hankerahoitus. Hankerahoitusta jatketaan kunnes uudistuksen päätavoitteet on saavutettu vuonna 2007. Hankerahoitukseen osoitetaan 8 milj. € vuonna 2003 ja 30 milj. €/vuosi vuosina 2004-2007.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee ja määrittää yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa ohjelmatyötä ohjaavat terveystieteelliset tavoitteet sekä palveluiden saatavuuteen ja laatuun liittyvät kriteerit ja niiden seuranta-menettelyt sekä koordinoi kehittämistyötä.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää säädösuudistuksen, jossa yhdistetään kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidon laki yhdeksi terveydenhuoltolaiksi.*

## **3.4 HENKILÖSTÖN KEHITTÄMINEN**

Terveydenhuolto onnistuu tehtävässään, jos henkilöstö on osaavaa, motivoitunutta, sitoutuu työhönsä ja palkkaus on oikeudenmukainen. Tavoitteet saavutetaan parhaiten kehittämällä henkilökunnan koulutusta, parantamalla työoloja, mitoittamalla henkilöstö tarvetta vastaavasti ja tukemalla eri henkilöstöryhmien joustavan työnjaon toteutumista. Kehittämistyön tulee tukea terveydenhuollon paikallista, yhteistoiminnallista uudistumista ja asiakkaiden muuttuvista tarpeista lähtevien toimintatapojen kehittämistä.

Henkilöstön saatavuus julkisella sektorilla tulee turvata. Tavoitteeseen päästään mitoittamalla koulutusmäärät mahdollisimman hyvin ja kehittämällä työolosuhteita ja lisäämällä terveysalan kiinnostavuutta. Työolosuhteita kehitetään parantamalla johtamista, muuttamalla palkkapolitiikkaa kannustavammaksi ja edistämällä eri henkilöstöryhmien yhteistyötä ja työnjakoa. Myös perusterveydenhuollossa tulee olla mahdollisuus tehdä potilastyön ohessa tutkimus- ja kehittämistyötä. Jatkuva koulutus ja toimivat laatujärjestelmät parantavat myös työolosuhteita ja kohentavat alan houkuttelevuutta.

Terveydenhuoltohenkilöstön koulutuksen tulee tukea palvelujärjestelmän toimintaa ja tavoitteita. Koulutuksen suunnittelussa otetaan huomioon sekä valtakunnalliset että alueellaiset tarpeet, mikä edellyttää määrällistä ja sisällöllistä suunnittelua ja tiivistä

yhteistyötä yliopistojen, ammattikorkeakoulujen, ammatillisten oppilaitosten ja terveydenhuollon toimijoiden kesken.

### 3.4.1 Toimiva työyhteisö ja hyvä johtaminen

Johtamisen kehittäminen on yksi tärkeimmistä keinoista terveydenhuollon strategisten tavoitteiden saavuttamisessa. Terveydenhuolto on työvoimavaltaista ja perustuu osaamiseen. Hyvä johtaminen parantaa henkilöstön ja työyhteisön hyvinvointia.

Terveydenhuollon johtajien koulutus on hajanaista, kapea-alaista ja suunnittelematonta. Johtamistehtäviin valitaan usein henkilöitä, joilla ei ole riittävää johtamiskokemusta ja -koulutusta. Lääkärijohtajat käyttävät usein liian suuren osan työpanoksestaan kliniseen työhön, jolloin ihmisten johtaminen ja toiminnan kehittäminen kärsivät. Terveyskeskusten lääkäripula vaikeuttaa perusterveydenhuollon johtamista ja kehittämistä.

Keskijohdon (tulosalueen ja vastuualueen lääkärijohtajat, ylihoitajat) ja lähijohdon (osastonlääkärit, erikoislääkärit, osastonhoitajat) johtajataitojen parantamiseksi tarvitaan taustakoulutuksesta riippumaton moniammatillista koulutusta, joka voidaan suorittaa pääosin työn ohessa. Koulutus tulee edellyttää henkilöiltä, jotka hakeutuvat terveydenhuollon lähi- ja keskijohdon tehtäviin.

Koulutuksen pituuden tulee olla erikoislääkäritutkinnon ja terveystieteiden maisterin tutkinnon suorittaneilla 40 opintoviikkoa ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneilla 60 opintoviikkoa. Koulutuksesta voidaan suorittaa lääkäreiden erikoistumisopintojen tai terveystieteen maisterikoulutuksen osana 20 opintoviikkoa. Terveydenhuollon moniammatillisissa ryhmissä tapahtuvaa opiskelua tulee olla vähintään 20 opintoviikkoa. Koulutuksen tulee perustua valtakunnallisiin opetussuunnitelmiin ja sen toteuttamista varten tarvitaan valtakunnallinen yhteistyöverkosto.

Terveydenhuollon työyhteisöjä tulee kehittää koko työyhteisön yhteiskoulutuksella, jossa johto ja henkilöstö ovat vuoropuhelussa sekä keskenään että asiakkaidensa ja terveydenhuollon päätöksentekijöiden kanssa. Kehittämistyön kohteita ovat mm. johtamismallit, yhteistyö ja työnjako terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä sekä työn sisällön ja työtapojen uudistaminen. Kehittämistyö voidaan parhaiten toteuttaa työministeriön koordinoimaan työelämän kehittämisohjelmaan suunnatulla määrärahalta.

Toiminnallisen yhteistyön rakentaminen sosiaalitoimen ja muiden hyvinvoinnin turvaamisesta vastuussa olevien tahojen kanssa on näissä kehittämisprosesseissa oleellista. Se merkitsee verkostoissa ja moniammatillisissa tiimeissä toimimisen ja johtamisen osaamista. Kehittämisprosessit vaativat riittävästi aikaa ja sitoutumista.

### Suositus 10

*Sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja Suomen Kuntaliitto suunnittelevat ja toteuttavat yhdessä yliopistojen kanssa moniammatillisen lähi- ja keskijohdon tehtäviin valmentavan johtamiskoulutuksen, johon voidaan hakeutua taustakoulutuksesta riippumatta. Koulutus edellytetään kaikilta, jotka hakeutuvat terveydenhuollon lähi- ja keskijohdon tehtäviin.*

*Terveydenhuollon työyhteisöjen kehittämiseksi käynnistetään valtakunnallinen ohjelma, joka rahoitetaan työelämän kehittämisohjelmaan vuosina 2004-2006 sisällytettävällä vuosittaisella määrärahalta (2 milj. €/vuosi).*

#### 3.4.2 Tarkoituksenmukainen työnjako

Kehitys terveydenhuollossa johtaa eri ammattiryhmien välisten raja-aitojen madaltumiseen ja joustavaan työnjakoon. Työnjakoa tulee arvioida uudelleen mm. perusterveydenhuollon avopalveluissa, suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä. Sairaanhoidtajien, lähihoitajien, sosiaalityöntekijöiden, sosionomien ja sosiaalihoitajien työnjakoa tulee kehittää mm. kotipalveluissa, mielenterveystyössä ja asumispalveluissa.

Pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja seurantaan samoin kuin akuuttien infektiosairauksien tutkimiseen liittyviä tehtäviä on siirtynyt lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Myönteisiä kokemuksia siirroista on mm. diabeteksen, astman ja reuman hoidossa.

Työryhmien työnjakoa tulee järjestelmällisesti tarkistaa ja samalla virallistaa sellaiset käytännöt, joista kokemukset ovat olleet myönteisiä. Tehtäväkuvia voidaan laajentaa vain, jos sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on tarvittavan lisäkoulutuksen lisäksi riittävä työkokemus, mahdollisuus konsultoida lääkäriä, yhdessä laaditut toimintaohjeet ja tehtäväkuvaa vastaava palkka.

Työnjaon muuttaminen edellyttää terveyden- ja sairaanhoitajien lisäkoulutusta. Koulutus tulee suunnitella ottaen huomioon työntekijän aikaisempi työhistoria. Lisäkoulutukseen tulee sisällyttää riittävästi teoreettisia opintoja, tarvittavien taitojen käytännön harjoittelua sekä varmistus taitojen hallinnasta. Lisäkoulutuksen suunnitteluvastuu annetaan yliopistojen yleislääketieteen ja hoitotieteen laitoksille yhteistyössä ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveystieteiden yksiköiden kanssa.

Terveyskeskuslääkärien työpanosta käytetään tällä hetkellä tehtäviin, joista voidaan luopua tai jotka voidaan luontevasti siirtää muille ammattiryhmille. Todistusten kirjoittaminen työllistää lääkäreitä kohtuuttomasti. Osasta todistuksista tulee luopua kokonaan ja osa siirtää muiden ammattiryhmien tehtäväksi. Samalla tulee nopeuttaa siirtymistä

sähköisessä muodossa kirjoitettaviin todistuksiin, yksinkertaistaa todistusten rakennetta ja selvittää, miten todistuksia voidaan siirtää sähköisesti.

#### **Suositus 11**

*Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö ryhtyvät toimenpiteisiin lääkäreiden sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työnjaon ja toimivaltuuksien tarkistamiseksi.*

*Muutokset otetaan huomioon koulutusta kehitettäessä. Lisäksi selvitetään tarve muiden terveydenhuollon ammattiryhmien työnjaon uudistamiseen.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi muiden toimijoiden kanssa erilaisten lääkärintodistusten tarpeellisuuden. Säädöksiä ja toimintakäytäntöjä muutetaan niiltä osin kuin lääkärintodistuksia ei tarvita. Lyhyiden sairauslomien (3-7 päivää) todistaminen siirretään työnantaja- ja työntekijäjärjestöjen kanssa sovittavalla tavalla terveydenhuollon ammattilaisille tai työntekijälle itselleen.*

#### **3.4.3 Oikein mitoitettu koulutus**

Nopeasti pahentunut lääkäripula vaikeuttaa sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoitoa. Lääkäripulan syitä ovat 1990-luvulla tehdyt koulutussupistukset, varhais- ja osa-aikaeläkkeelle siirtyminen, hakeutuminen perinteisen lääkärin ammatin ulkopuolisiin tehtäviin (tutkimus ja teollisuus), lääkärikunnan naisistuminen, lääkäreiden siirtyminen kokopäivätoimisesti yksityissektorille ja lääkärivirkojen määrän nopea kasvu kunnallisessa terveydenhuollossa (vuonna 1990 kunnallisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskenteli 3200 ja 5400 lääkäriä ja vuonna 2000 vastaavasti 3700 ja 7000 lääkäriä). Työvoimapulan korjaamiseksi tarvitaan sekä oikein mitoitettua koulutusta että työolosuhteiden kehittämistä.

Erikoislääkärikoulutus on äskettäin uudistettu. Ensimmäiset uudistusta koskevat kokemukset viittaavat siihen, että uudet määräykset aiheuttavat eräillä aloilla (mm. lastentaudit, sisätaudit ja kirurgia) merkittäviä toiminnallisia ongelmia. Uudistuksen vaikutukset arvioidaan ja koulutusta koskevia säädöksiä tarkistetaan tarvittavilta osin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakkointitoimikunnan mukaan hammashoitajia/hoitajia tarvitaan lähivuosina lisää hammashuollon korvattavuuden laajenuksesta johtuen. Suun terveydenhuollon kehittämistyöryhmän mietinnön mukaan osa hammaslääkäreiden nykyisistä tehtävistä voidaan siirtää hammashoitajille/hoitajille, joilla on jo tarvittava koulutus. Hammaslääkärikoulutuksen kehittäminen arvioidaan vuoden 2003 loppuun mennessä ottaen huomioon tehtäväsiirrot ja alueelliset tarpeet.

Sairaanhoitajia ja lähihoitajia valmistui 1990-luvulla julkisen terveydenhuollon tarvetta enemmän. Sairaanhoitajia työskentelee runsaasti terveydenhuollon ulkopuolisissa tehtävissä ja ulkomailla. Suurten hoitajaikäluokkien saavuttaessa eläkeiän uhkaa kuitenkin työvoimapula. Puutetta tulee olemaan erityisesti vanhusten hoidossa sekä psykiatrisessa avo- ja sairaalahoidossa. Terveydenhoitajia tarvitaan lisää lasten, aikuisten ja vanhusten ehkäisevässä terveydenhuollossa.

Terveydenhuollon toimintayksiköistä on tullut runsaasti palautetta, jonka mukaan ammattikorkeakoulujen terveydenhuollon koulutusten sisällöt ja tutkinnon suorittaneiden valmiudet eivät usein vastaa käytännön työelämän tarpeita. Kritiikkiä tukevat useat viime vuosina tehdyt selvitykset.

Opetusministeriö arvioi ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien uudistamistarpeet ja sovittaa yhteen opetussuunnitelmat siten, että hoitotieteen osuus on erotettavissa opintoviikkoina. Lääketieteellisten aineiden osuutta ja opiskelijan läsnäoloa edellyttävää lähiopetusta lisätään huomattavasti nykyisestä. Kliinisten taitojen osaaminen varmistetaan hyvin ohjatulla käytännön harjoittelulla. Opetussuunnitelmien kehittämistyö toteutetaan opetusministeriön, työelämän edustajien, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen terveystieteiden laitosten yhteistyönä. Työelämässä tapahtuvaa ohjattua harjoittelua kehitetään työelämän edustajien ja ammattikorkeakoulujen yhteistyönä.

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnot on suunniteltu siten, että ne antavat lähtökohdan erikoistumisopinnoille, jatkotutkinnoille ja yliopisto-opiskelulle. Erikoistumisopintojen ja jatkotutkintojen suorittamismahdollisuuksia lisätään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeiden mukaisesti.

Noin 2 500 ylihoitajaa ja osastonhoitajaa saavuttaa vuosina 2001 - 2010 vanhuuseläkeiän. Erityisen vaikea tilanne tulee olemaan pääkaupunkiseudulla, josta hoitotieteen maisterikoulutus lopetettiin 1990-luvun alussa. Ammattikorkeakoulut eivät anna pätevyyttä eivätkä valmiuksia osastonhoitajan tehtäviin. Osastonhoitajien koulutus järjestetään ensi tilassa joko terveystieteiden maisterikoulutuksen osana tai terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen suoritetun jatkotutkinnon kautta.

Lähihoitajien koulutus muutettiin vuonna 1999 kolmivuotiseksi ja samalla muutettiin koulutusta terveydenhuollon työelämän muutos- ja kehittämistarpeita vastaavaksi. Lähihoitajatarpeen on arvioitu lisääntyvän erityisesti vanhusten laitoshoidossa. Tarpeeseen vaikuttavat työnjako lähihoitajien ja hammashoitajien, mielenterveyshuollon tekijöiden ja sairaanhoitajien välillä.

## Suositus 12

*Lääketieteelliset tiedekunnat lisäävät lääketieteen opiskelijoiden vuosittaisen sisäänoton nykyisestä 550 opiskelijasta 600 opiskelijaan vuonna 2002. Muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien koulutusta lisätään Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan esittämien suuntaviivojen mukaisesti ottaen huomioon valtakunnallisen ja alueellisten koulutusneuvottelukuntien (suositus 14) arviot koulutustarpeesta.*

*Opetusministeriö arvioi äskettäin toteutetun erikoislääkärikoulutus uudistuksen vaikutukset ja tarkistaa tarvittaen osilta erikoislääkärikoulutusta koskevia säädöksiä.*

*Opetusministeriö arvioi sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulujen opetuksen ohjauksen tarpeet ja keinot. Ammattikorkeakoulut jatkavat terveysalan opintojen yhteensovittamista yhdessä työelämän kanssa siten, että koulutusten sisällöt ja tutkinnon suorittaneiden valmiudet vastaavat työelämän tarpeita. Erikoistumisopintoja lisätään kliinisen osaamisen varmistamiseksi.*

*Osastonhoitajien koulutus järjestetään joko terveystieteiden maisterikoulutuksen osana tai ammattikorkeakoulututkinnon jälkeen suoritettujen erikoistumisopintojen kautta. Terveystieteiden maisterikoulutusta lisätään nykyisestä noin 230 opiskelijasta 280-330 opiskelijaan vuodessa. Koulutus aloitetaan pääkaupunkiseudulla vuonna 2003.*

### 3.4.4 Muut toimet lääkäripulan haittojen vähentämiseksi

Perusterveydenhuollossa oli vuonna 2001 yli 300 lääkärin ja erikoissairaanhoidossa noin 600 erikoislääkärin vaje. Työvoimatilanne vaihtelee alueittain ja erikoisaloittain. Ongelma-aloja ovat mm. psykiatria, silmätaudit, radiologia, anestesiologia ja eräät kirurgian erikoisalajat. Vaikein tilanne on tällä hetkellä perusterveydenhuollossa. Itä- ja Pohjois-Suomessa on useita terveyskeskuksia, joissa ei ole lainkaan lääkäreitä tai toiminta on nopeasti vaihtuvien sijaisten varassa. Terveyskeskuslääkäreiden virkoja on täyttämättä myös kasvukeskuksissa. Erikoislääkäreistä on pulaa erityisesti keskussairaloissa.

Lääkäripula voidaan keskipitkällä aikavälillä korjata lisäämällä koulutusta, parantamalla työolosuhteita ja lisäämällä mahdollisuuksia oman työn hallintaan. Tämän lisäksi tarvitaan välittömiä toimia, joilla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon minimipalvelut voidaan kaikilla alueilla ja erikoisaloilla turvata.

Opetusministeriö tarkistaa lääkärien perusterveydenhuollon lisäkoulutusta ja erikoistumiskoulutusta koskevia asetuksia niin, että perustutkinnon jälkeiseen koulutukseen kuuluva terveyskeskuspalvelu pidennetään kuudesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen (1435/93) 4 § tarkistetaan siten, että lääkärin tulee palvella lääkärin tehtävissä terveyskeskuksessa vähintään kuuden kuukauden ajan. Erikoislääkärin tutkinnosta annetun asetuksen (678/98) 6 § tarkistetaan siten, että vähintään puoli vuotta koulutusajasta on suoritettava lääkärin tehtävissä terveyskeskuksessa. Tästä ajasta enintään kolme kuukautta voidaan korvata asetuksen 1435/93 4§ tarkoittamalla lääkärin palvelulla terveyskeskuksessa. Muutokset eivät pidennä erikoislääkärin tutkinnon suoritusaikaa. Muutosten arvioidaan lisäävän terveyskeskusten lääkärien määrää 70-100:lla.

Erikoislääkärin tutkinnosta annettuun asetukseen lisätään kohta, jossa todetaan, että koulutusajasta vähintään puolet, terveyskeskuspalvelu mukaan lukien, tulee suorittaa muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistosairaalassa. Opetusministeriö voi sosiaali- ja terveysministeriötä kuultuaan päättää niistä koulutusohjelmista, joissa em. ajasta on tarkoituksenmukaista poiketa.

Esitetyt muutokset ovat tarkoituksenmukaisia myös lääkäreiden erikoistumiskoulutuksen tavoitteiden kannalta. Perehtyminen yleislääkärin työhön ja terveyskeskusten toimintaan on tärkeä osa erikoislääkärikoulutusta ja edistää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä. Työskentely erikoistumisaikana yliopistosairaalan lisäksi muissa keskussairaaloissa parantaa erikoislääkärin valmiuksia ja monipuolistaa koulutusta.

Valtio suorittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä ylläpitäville kunnille ja kuntayhtymille laskennallisin perustein korvausta yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimuksesta aiheutuviin kustannuksiin. Määrärahalla palkataan vuosittain tutkimustyöhön 200-400 lääkäriä. Vaikean lääkäripulan takia siirretään kolmena vuonna 8 miljoonaa € tutkimukseen käytetystä valtionkorvauksesta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta aiheutuvien kustannusten kattamiseen tarkoitettuun valtionkorvaukseen. Muutoksen arvioidaan lisäävän palvelujärjestelmässä työskentelevien määrää noin 50-100:lla. Nykyiseen käytäntöön palataan vuonna 2006.

Koulutuksesta aiheutuvien kustannusten kattamiseen tarkoitettua valtionkorvausta käytetään tukemaan terveyskeskuksissa työskentelevien nuorten lääkäreiden työolosuhteita ja koulutusta.

### Suositus 13

*Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta annetun asetuksen (1435/93) 4 § tarkistetaan vuonna 2002 siten, että lääkärin tulee palvella lääkärin tehtävissä terveyskeskuksessa vähintään kuuden kuukauden ajan. Erikoislääkärin tutkinnoista annetun asetuksen (678/98) 6 § tarkistetaan siten, että vähintään puoli vuotta koulutusajasta on suoritettava lääkärin tehtävissä terveyskeskuksessa. Tästä ajasta enintään kolme kuukautta voidaan korvata asetuksen 1435/93 4§ tarkoittamalla lääkärin palvelulla terveyskeskuksessa. Muutos ei pidennä koulutusaikaa.*

*Erikoislääkärin tutkinnoista annetun asetuksen (678/98) 6 § lisätään vuonna 2002 kohta, jossa todetaan, että koulutusajasta vähintään puolet, terveyskeskuspalvelu mukaan lukien, tulee suorittaa muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistosairaalassa. Opetusministeriö voi sosiaali- ja terveysministeriötä kuultuaan päättää niistä koulutusohjelmista, joissa em. ajasta on tarkoitukseenmukaista poiketa.*

*Vuosina 2003-2005 siirretään 8 miljoonaa € erikoissairaanhoidon lain 47 ja 47b § mukaiseen tutkimustoimintaan tarkoitettua valtion korvauksesta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen tarkoitettuun valtion korvaukseen. Nykyiseen käytäntöön palataan vuonna 2006.*

#### 3.4.5 Koulutuksen koordinointi

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksen mitoitusta ja sisältöä voidaan parhaiten koordinoita nimittämällä pysyvä neuvottelukunta, jonka tehtävänä on sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittäminen, koulutusyksikköjen yhteistyön edistäminen, koulutustarpeen arviointi ja ennakointi ja työmarkkinatilanteen seuranta. Neuvottelukunnassa tulee olla opetusministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön, työministeriön, valtiovainministeriön, yliopistojen, ammattikorkeakoulujen ja kuntatyönantajan edustajat ja sillä tulee olla pysyvä sihteeristö.

Kunkin yliopistosairaalan vastuualueella tarvitaan lisäksi alueellinen neuvottelukunta, jossa on jäseniä lääninhallituksesta, yliopistoista, ammattikorkeakouluista, kunnista, sairaanhoitopiireistä, perusterveydenhuollosta ja työvoima- ja elinkeinokeskuksista sekä yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta. Neuvottelukunnan tehtävänä on sosiaali- ja terveysalan alueellisen koulutustarpeen arviointi sekä perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen alueellinen kehittäminen.



Valtakunnallinen neuvottelukunta ja alueelliset neuvottelukunnat työskentelevät tiiviissä yhteistyössä. Valtakunnallinen neuvottelukunta sovittaa yhteen alueellisten neuvottelukuntien tarpeet ja laatii niiden perusteella suositukset mm. ammattikorkeakoulujen aloituspaikkajaosta.

#### **Suositus 14**

*Valtioneuvosto asettaa vuoden 2002 loppuun mennessä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusneuvottelukunnan, joka koordinoi sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen kehittämistä, edistää koulutusyksiköiden yhteistyötä sekä arvioi koulutuksen tarvetta ja sisältöä. Opetusministeriö asettaa kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueelle alueellisen sosiaali- ja terveystieteiden koulutusneuvottelukunnan alueellisen koulutustarpeen arviointia ja koulutuksen kehittämistä varten.*

### **3.4.6 Kannustavat palkkajärjestelmät**

Valtiontilintarkastajat ovat esittäneet, että sairaaloiden erikoismaksuluokasta tulisi luopua, koska se eriarvoistaa potilaita taloudellisesti ja voi muodostua hoidon oikeudenmukaisen toteutumisen esteeksi. Erikoismaksuluokka on osa lääkäreiden palkkausjärjestelmää, mutta se kohtelee myös lääkäreitä eri tavoin. Vain pienehkö osa lääkäreistä pysyy käyttämään ja vain pieni osa käyttää oikeutta. Lääkäreiden palkkausjärjestelmään sisältyy tällä hetkellä liian vähän kannustavia tekijöitä.

Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain. Luopuminen kompensoidaan kaikille sairaaloissa työskenteleville lääkäreille osana virkaehtosopimusta. Ne lääkärit, joilla on erikoismaksuluokkaoikeus, säilyttävät oikeuden työuransa loppuun. Uusia erikoismaksuluokkaoikeuksia ei myönnetä sen jälkeen, kun asiasta on virkaehtosopimuksen yhteydessä sovittu. Samalla, kun erikoismaksuluokasta luovutaan, kehitetään sairaaloissa työskentelevien lääkäreiden palkkauksen kannustavuutta.

Osana palkkauksen kannustavuuden kehittämistä otetaan käyttöön järjestelmä, jossa sairaaloissa työskentelevät lääkärit voivat tehdä lisätyötä (ensisijaisesti polikliininen ja päiväkirurginen toiminta) kunnallisen työnantajan palveluksessa varsinaisen työajan ulkopuolella. Kustannuksista voivat vastata kunnat, vakuutusyhtiöt, työnantajat tai asiakkaat itse. Lisätyöjärjestelmän käytön edellytyksenä on, että toiminta varsinaisena työaikana on tehokasta ja tuottavaa.

**Suositus 15**

*Sairaaloiden erikoismaksuluokasta luovutaan asteittain osana lääkäreiden virkaehtosopimusta ja sen tilalle kehitetään kannustava palkkausjärjestelmä, joka edistää toiminnan tehokkuus- ja tuottavuustavoitteiden toteutumista. Osana tätä työtä kehitetään järjestelmää, jossa sairaaloissa työskentelevät lääkärit voivat tehdä lisätyötä kunnallisen työnantajan palveluksessa varsinaisen työajan ulkopuolella.*

**3.5 ASIAKASMAKSUT**

Valtaosa julkisista terveystalouksista on Suomessa maksullisia. Asiakasmaksujen osuus julkisten terveystalouksien kokonaismenoista on noin 9 %. Asiakasmaksuilla on kahdenlaisia tavoitteita: rahoittaa palveluja ja ohjata niiden käyttöä. Maksutulon rahoitusmerkitys on pieni, mutta kustannusrasitus on osalle kotitalouksista suuri ja kohdistuu suhteellisesti eniten pienituloisiin. Asiakasmaksut ovat Suomessa korkeammat kuin useimmissa muissa Euroopan maissa.

Ohjausfunktion kannalta on olennaista asettaa ja mitoittaa asiakasmaksut palveluketjussa niin, että ne ohjaavat potilasta hakeutumaan tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan, mutta eivät estä palvelujen käyttöä. Tehokkaimmin asiakasmaksuilla pystytään vaikuttamaan ensikäynteihin, joissa potilaalla on aitoa päätäntävaltaa. Palveluketjun myöhemmissä vaiheissa lääkärin päätökset ovat palvelujen käytön kannalta ratkaisevia.

1990-luvun alussa maksupolitiikkatoimikunta linjasi asiakasmaksuille yleiset perusteet ja nämä kirjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin ja asetukseen. Maksuihin on sen jälkeen tehty lukuisia yksittäisiä muutoksia. Asiakasmaksukatto otettiin käyttöön vuonna 2000. Syntynyt normisto on muuttunut vaikeaselkoiseksi sekä asiakkaille että muille toimijoille.

Terveydenhuollossa on useita maksukattoja. Kuntien sosiaali- ja terveystalouksissa on varsinaisen perhekohtaisen maksukaton lisäksi välikatot terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Kelan kuntoutusmatkakustannuksissa ja sairausvakuutusjärjestelmän matka- ja lääkekustannuksissa on vuosikatto. Maksukattojen yhdistäminen olisi asiakkaan näkökulmasta perusteltua.

Maksupolitiikan tavoitteet arvioidaan perusteellisesti uudelleen. Maksupolitiikan suhdetta muuhun sosiaaliturvaan ja verotukseen täsmennetään, maksuja koskevia säädöksiä selkijetään ja maksujen läpinäkyvyyttä lisätään. Samassa yhteydessä selvitetään sairausvakuutuksen omavastuut ja niiden suhde kunnallisten sosiaali- ja terveystalouksien maksuihin. Kunnallisen terveydenhuollon erilliset maksukatot yhdistetään. Toisessa vaiheessa tutkitaan mahdollisuudet kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän maksukattojen yhdistämiseksi.

**Suositus 16**

*Sosiaali- ja terveysministeriö arvioi vuoden 2003 loppuun mennessä yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja valtiovarainministeriön kanssa, miten sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikalla voidaan tukea terveyspolitiikan tavoitteita ja täsmentää maksupolitiikan suhdetta muuhun sosiaaliturvaan. Maksujärjestelmä uudistetaan vuoteen 2005 mennessä siten, että se muodostaa yhden kokonaisuuden.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö käynnistää valmistelutyön kunnallisen terveydenhuollon maksukattojen yhdistämiseksi sekä selvitystyön kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutusjärjestelmän maksukattojen yhdistämisestä.*

**3.6 SAIRAUSSVAKUUTUS JA KUNTOUTUS**

Terveydenhuollon päärahoittajia ovat kunnat, valtio, työnantajat, Kansaneläkelaitos ja kotitaloudet. Raha-automaattiyhdistyksen tuotosta myönnetään lisäksi avustuksia kansanterveysjärjestöille ehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä on kattava ja monipuolinen. Toisaalta monikanavaisuus vaikeuttaa palvelujen ohjausta ja koordinoimista sekä voi aiheuttaa palvelutarjonnan vääristymiä. Rahoituksen kokonaisuus hämärtyy ja järjestelmä kannustaa siirtämään kustannuksia toisten maksettavaksi.

Monikanavainen rahoitusjärjestelmä johtaa osaoptimointiin: omissa menoissa säästetään kantamatta vastuuta kokonaiskustannuksista. Kunnat ja palvelutuottajat eivät ota huomioon hoidon viivästyisestä johtuvia päiväraha-kustannuksia. Leikkaus jätetään tekemättä, koska vaihtoehtoisesta lääkehoidosta koituvat kustannukset korvaa sairausvakuutus. Kunnat eivät järjestä laitos- ja avohoitoa tarkoituksenmukaisella tavalla pyrkiessään siirtämään kustannuksia Kelalle. Kukaan ei kannu vastuuta kuntoutuksen kokonaisuudesta.

Kelan hallinnoiman sairausvakuutusjärjestelmän osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta on viimeisen kymmenen vuoden aikana noussut runsaasta 10 %:sta 15 %:iin. Lääkekorvausten ennustetaan nousevan lähes miljardilla €:lla vuoteen 2006 mennessä. Myös työterveyshuollon, sairauspäivärahojen ja matkakorvausten kustannukset ovat kasvaneet. Lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset eivät ole muuttuneet, mutta hammaslääkäripalkkioiden korvaukset ovat kasvaneet uusien ikäluokkien tullessa korvattavan hoidon piiriin.

Sairausvakuutuskorvauksiin liittyy eräitä ongelmia. Järjestelmä luo sosiaaliryhmittäistä ja alueellista eriarvoisuutta. Kaikilla alueilla ei ole tarjolla yksityisiä lääkäri-, tutkimus- tai hoitopalveluja ja siksi näiden palvelujen korvaukset jakautuvat epätasaisesti maan eri

osien välillä. Sairausriskivakuutusjärjestelmillä voi olla epäsuoria negatiivisia vaikutuksia kunnalliseen terveydenhuoltoon. Lääkäripulan aikana yksityisen sektorin tukeminen voi ohjata lääkäreitä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille ja näin edelleen pahentaa kunnallista lääkäripulaa.

Tutkimus- ja hoitokorvaukset saattavat synnyttää päällekkäistä kapasiteettia ja pitää yllä epätarkoituksenmukaista tuotantorakennetta. Äskettäin tehty kustannusselvitys (Juva ja Linnakko 2001) viittaa siihen, että osa laboratoriotutkimusten korvauksista ylittää todelliset tuotantokustannukset. Laboratorio- ja muiden tutkimusten korvausten alentaminen vapauttaisi varoja, joilla muita korvauksia voitaisiin korottaa vastaamaan paremmin nykyistä kustannustasoa.

Kuntoutuspalvelujen kokonaismenot olivat vuonna 2000 noin 7.2 miljardia markkaa (1.2 miljardia €). Reaalikasvu vuodesta 1997 oli 9 %. Kuntoutuspalvelut ja niiden rahoitus ovat monen organisaation hallinnoimia sekä vailla selkeää koordinaatiota ja ohjausta. Tämän johdosta vastuu toimenpiteiden lopputavoitteista, oikeasta kohdentumisesta ja kustannusvaikuttavuudesta hämärtyvät. Terveydenhuollon sisäinen ohjaus on puutteellista, mikä lisää toiminnan tehottomuutta. Vastuuta kuntoutustoimenpiteiden toteutumisesta siirretään epätarkoituksenmukaisesti hallinnonalalta ja rahoittajalta toiselle.

### **Suositus 17**

*Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kela arvioivat sairausriskivakuutuskorvausten ja kuntoutusetuuksien vaikutukset julkisen ja yksityisen palvelutuotannon kannalta (mm. psykoterapia- ja silmälääkäripalvelut ja fysikaalinen hoito) ja ottavat ne huomioon järjestelmän kehittämistyössä.*

*Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sairausriskivakuutuskorvaukset alemmetaan vuoden 2002 loppuun mennessä tehokkaiden toimintayksiköiden kustannuksia vastaavalle tasolle.*

*Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kela kehittävät sairausriskivakuutusjärjestelmää siten, että kustannusvaikuttavat hoidot säilyvät korvattavina ja järjestelmä ei tarpeettomasti lisää kalliiden, mutta vähemmän tehokkaiden hoitojen ja tutkimusten käyttöä. Vähäisimpiä kustannuksia ei enää korvata.*

### 3.7 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat Suomessa vuonna 2000 51.8 miljardia markkaa. Julkisen terveydenhuollon nettomääräiset menot olivat 38.9 miljardia markkaa, josta vuodeosastohoidon osuus oli 19.0 miljardia ja avohoidon 12.0 miljardia, lääkkeiden 4.0 miljardia ja muiden menojen 3.9 miljardia. Valtio rahoitti terveydenhuollon kokonaisuudesta vuonna 2000 17.6 %, kunnat 42.2 %, Kansaneläkelaitos 15.4 % ja kotitaloudet 20.6 %. Muun yksityisen rahoituksen osuus oli 4.3 %.

Terveydenhuollon lähivuosien menokehitykseen vaikuttavat useat tekijät. Yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa vuoteen 2010 mennessä noin 15 % ja yli 80-vuotiaiden 24 %. Sisäisen muuttoliikkeen takia osia palvelujärjestelmästä joudutaan rakentamaan uudelleen ja muuttotappioalueille jäävää ylikapasiteettia on vaikea purkaa. Uuden teknologian avulla on mahdollista ehkäistä ja hoitaa sairauksia ja parantaa toimintakykyä. Osa teknologiasta on kuitenkin kallista ja lisää terveydenhuollon menoja. Palkkakustannusten nousu 5 % merkitsee noin 0.2 %-yksikön kasvua terveydenhuollon bkt-osuudessa.

Myös terveydenhuollon kustannuksia vähentäviä tekijöitä on useita. Väestön terveydentila ja toimintakyky paranevat. Elinolojen kehittyminen hidastaa palvelutarpeen kasvua. Laitoshoidon korvaavien ratkaisujen kehittäminen jatkuu. Osa uudesta teknologiasta säästää voimavaroja.

Terveydenhuollon menoihin vaikuttavat enemmän tekijät palvelujen tarjonnassa kuin kysynnässä. Kustannusten hallinnan avainasemassa ovat lääkärit. Valtaosa terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista päätöksistä tehdään lääkärin ja potilaan kohdatessa. Rationaaliset hoitokäytännöt ovat terveydenhuollon kustannuskehityksen avainkysymyksiä.

Laadukasta ja vaikuttavaa palvelujärjestelmää voidaan ylläpitää vain uudistamalla määrätietoisesti palvelurakenteita ja tehostamalla toimintaa jatkuvasti. Nopea talouskasvu tekee mahdolliseksi lisävoimavarojen osoittamisen terveydenhuoltoon, mutta pitkään kestävä taantuma tai lama pakottaa uusiin leikkauksiin.

#### 3.7.1 Terveydenhuollon kokonaisrahoitustarve 2003-2010

Tämän hankkeen yhteydessä on arvioitu palvelujärjestelmän välitöntä lisärahoitustarvetta ja rahoitustarpeen muutoksia vuoteen 2010 mennessä. Arviossa on otettu huomioon myös säästöt, jotka on mahdollista aikaansaada kehittämällä ja rationalisoimalla palvelujärjestelmää tässä ohjelmassa hahmotellulla tavalla.

Lisävoimavaroja tarvitaan välittömästi mielenterveyden avohoitoon, päihdehuoltoon, eräille erikoissairaanhoidon sektoreille (syöpäsairaudet, ortopedia, kardiologia ja silmätaudit) ja perusterveydenhuoltoon. Lisätarve on noin 175 miljoonaa €. Vanhustenhuollon välittömäksi lisätarpeeksi arvioidaan noin 170 miljoonaa €. Lisäksi tarvitaan voimavaroja palvelujärjestelmän kehittämishankkeisiin ja sairaala- ja terveyskeskuskiin-

teistöjen peruskorjaukseen. Ongelmat voidaan poistaa vain, jos sekä valtio että kunnat osoittavat terveydenhuoltoon merkittävästi lisäresursseja.

Ikärakenteen muutoksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin on erilaisia laskelmia. Tämän hankkeen yhteydessä on arvioitu väestön ikääntymisen aiheuttavan 2003-2010 vuosittain noin 95 milj. €:n lisäkustannukset. Tästä erikoissairaanhoidon osuus on noin 23 miljoonaa, perusterveydenhuollon 23 miljoonaa, vanhustenhuollon 26 miljoonaa, sairausvakuutuksen 14 miljoonaa ja muiden erien 10 miljoonaa €. Laskelmissa ei ole otettu huomioon työvoimakustannusten eikä tuottavuuden muutoksia.

Kehittämistoimilla on mahdollista toteuttaa 2-4 % säästöt julkisissa terveydenhuollossa. Rationalisointihyödyt voidaan saavuttaa asteittain 3-5 vuoden kuluessa. Lääkekustannusten kasvua voidaan hillitä edistämällä rationaalista lääkehoitoa ja hinnaltaan edullisimpien rinnakkaisvalmisteiden käyttöä sekä kehittämällä alueellista lääkehoitoa. Sekä laboratorio- että kuvantamiskustannuksissa voidaan säästää noin 100 milj. € siirtymällä alueellisiin tuotantoyksiköihin. Kansallisiin hoitosuosituksiin perustuvat alueelliset hoito-ohjelmat, toimintayksiköiden työnjaon ja yhteistyön kehittäminen, jatkuva koulutus, laatu järjestelmät ja sähköinen sairauskertomus vähentävät kaikki kustannuksia.

Kestävin tapa kustannusten kasvun hillitsemiseksi on sairastavuuden ja hoidon tarpeen vähentäminen. Toimintakyvyn ylläpitämisen merkitys korostuu voimakkaasti vanhusten lukumäärän kasvaessa. Väestön terveyden ja toimintakyvyn myönteisen kehityksen jatkuminen ei ole itsestään selvää. Erityisesti elintapasairauksien ehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen vaativat lisäpanostusta, jos hoidon ja hoivan tarpeen kasvu halutaan hallita.

Kuulu terveydenhuollon mahdollisuuksien ja käytössä olevien voimavarojen välillä kasvaa tulevaisuudessa. Kehitteillä olevan uuden ja ainakin aluksi kalliin teknologian avulla voidaan tulevaisuudessa parantaa lukuisia yleisiä sairauksia, joihin tällä hetkellä ei ole tehokasta hoitoa (mm. monet syöpämuodot). Jos veroastetta ei ole mahdollista nostaa, on julkisella terveydenhuollolla edessään vain kaksi vaihtoehtoa: priorisointi tai rahoitusrakenteen tai rahoitustapojen radikaali uudistaminen.

Priorisoinnissa käytettävistä periaatteista on sovitettava kansalaisten, poliittisten päättökentekijöiden ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken. Vain näin voivat palvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat ja terveydenhuollon ammattihenkilöt noudattaa samoja ja yhteisesti hyväksytyjä periaatteita valintoja tehdessään.

### **3.7.2 Kansallisen terveydenhuollon kehittämisprojektin ehdotusten vaikutukset valtion ja kuntien talouteen**

Kuntien rahoitus pohjan riittävyyden ja vakaan kehityksen turvaaminen on terveystalouden järjestämisen kannalta olennaista. Kuntatalouden tila on kokonaisuutena ollut viime vuosina kohtuullisen hyvä. Lisääntyvien menojen ja tulopohjaan liittyvän epävarmuuden takia kuntatalouden ennakoitaan kuitenkin lähivuosina kiristyvän. Kuntien talouskehitykseen vaikuttavat kuntien tulorahoituksen painottuminen valtionosuuksien

sijasta verotuloihin ja verotulojen kasvun siirtyminen kunnallisveroihin, jotka jakautuvat yhteisöveroa tasaisemmin.

Valtionosuusjärjestelmän tarkoituksena on turvata kuntien mahdollisuudet pitää yllä riittävän tasoiset kunnalliset palvelut eri osissa maata kohtuullisella veroasteella. Valtionosuus palvelujen yhteenlasketuista laskennallisista käyttömenoista on erilainen opetus-toimessa (57 %) ja sosiaali- ja terveystoimessa (25 %). Valtionosuusjärjestelmän kautta maksettava valtionosuus on kunnille yleiskatteellista korvamerkitsemätöntä rahaa, jonka käytöstä kunnan sisällä päättää kunta itse. Juridisesti valtionosuudet ovat kunnille samanlaista rahaa kuin kuntien verotulot.

Valtionosuuslainsäädännössä on säädetty valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon säilyttämisestä laissa säädettyjen prosenttiosuuksien mukaisena. Kustannustenjaon säilyminen selvitetään koko maan tasolla joka neljäs vuosi. Selvityksen perusteella tarkistetaan valtionosuuksia siten, että jako palautuu lain mukaiselle tasolle tarkistusvuotta seuraavan vuoden alusta. Seuraavan kerran nelivuotistarkistus tehdään vuonna 2005. Valtionosuuksia tarkistetaan lisäksi vuosittain kustannustason muutoksella.

Kunnallisen terveydenhuollon nettomenot olivat vuonna 2000 noin 5.0 miljardia €, josta vuodeosastohoidon osuus oli noin 3.1 miljardia ja avohoidon 2.0 miljardia €. Vuonna 2002 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet ovat 2.5 miljardia €, jossa on 34 milj. € lisäystä edellisen vuoden sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuuksiin. Hallituksen kehysneuvotteluissa on sovittu 104 milj. €:n lisäyksestä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksiin vuoden 2003 talousarviossa.

Kunnallisen terveydenhuollon välittömäksi lisävoimavaratarpeeksi on arvioitu noin 0.35 miljardia €. Tällä panostuksella voidaan olennaisesti lyhentää leikkaus- ja toimenpidejonoja ja syövän hoidon viiveitä, toteuttaa mielenterveystyön ja vanhustenhuollon laatusuosikset ja kehittää perusterveydenhuoltoa. Vuosina 2003-2007 tarvitaan joka vuosi lisää 50 milj. € ikärakenteen muutoksesta ja 50 milj. € uuden teknologian (mm. syövän hoito) käyttöönotosta johtuviin lisäkustannuksiin. Terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen kustannukset ovat vuodesta 2004 lähtien 40 milj. €/vuosi (kohta 2.2.3). Tämän ohjelman toteutuessa on jakson lopussa mahdollista saavuttaa noin 0.2 miljardin €:n rationalisointisäästöt vuodessa. Lisävoimavarojen kokonaistarve nykytilanteeseen verrattuna on siten tarkastelujakson lopussa 0.7 miljardia €.

Tämän hankkeen johtoryhmän käsityksen mukaan kunnalliseen terveydenhuoltoon on jaksolla 2003-2007 osoitettava niin paljon lisää voimavaroja, että suositusten mukainen palvelutarve tulee tyydytetyksi. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksin tarkoitettuja valtionosuuksia korotetaan portaittain ottaen huomioon edellä esitetty välitön lisävoimavaratarve ja palvelutarpeen kasvu. Muutos otetaan huomioon valtion ja kuntien välisessä kustannusjaossa korottamalla valtionosuusprosenttia. Valtionosuuksien korotuksen suuruudesta päätetään sen jälkeen, kun on arvioitu kuntien taloustilanne ja tässä ohjelmassa esitettyjen toimenpiteiden toteutuminen.

Yhteenvedo kansallisen terveydenhuollon kehittämisprojektin toimeenpanon vaikutuksista valtion talousarvioon on esitetty taulukossa 1. Palvelujärjestelmän rakenteelliseen

ja toiminnalliseen kehittämiseen tarkoitettua hankerahoitusta ja terveydenhuollon työyhteisöjen, kansallisten hoitosuosituksen, rationaaliseen lääkehoidon, teknologian arvioinnin, tietojärjestelmien ja sähköisen sairaskertomuksen kehittämiseen liittyviä määrärahoja on perusteltu tämän suunnitelman aikaisemmissa luvuissa.

**TAULUKKO 1** Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen toimeenpanoon liittyvien ehdotusten vaikutukset valtion talousarvioon (lisäykset vuoden 2003 kehityksen tasoon)\*

Määräraha (milj. €)	Vuosi				
	2003	2004	2005	2006	2007
Palvelujärjestelmän rakenteellinen ja toiminnallinen kehittäminen** - mm. alueelliset tietojärjestelmät, rakennemuutosten tukeminen, alueellisten hoito-ohjelmien laatiminen	8	30	30	30	30
Työyhteisön kehittäminen (TM)	-	2	2	2	-
Kansalliset hoitosuositukset (RAY)	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
Rationaalinen lääkehoito (Lääkelaitos)	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3
Teknologian arviointi (FinOH-TA)	-	0.5	1.0	1.5	2.5
Tietojärjestelmien ja sähköisen sairaskertomuksen kehittäminen (Stakes)	0.8	0.8	0.8	-	-
Ohjelman toteuttaminen (STM)	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8

\* Ei sisällä kuntien sosiaali- ja terveysalan valtionosuuksia koskevia esityksiä

\*\* Valtionavustus maksetaan palvelujärjestelmän rakenteellista ja toiminnallista kehittämistä tukevasta valtionavustuksesta



**Suositus 18**

*Kunnalliseen palvelujärjestelmään osoitetaan jaksolla 2003-2007 lisää voimavaroja niin paljon, että suosituksen mukainen palvelutarve tulee tyydytetyksi. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin tarkoitettuja valtionosuuksia korotetaan portaittain ottaen huomioon välitön lisävoimavaratarve ja palvelutarpeiden kasvu. Valtionosuuksista päätettäessä otetaan huomioon kuntien taloustilanne. Päätöksiä tehtäessä edellytetään, että tässä ohjelmassa esitetyt toimenpiteet on ryhdytty toteuttamaan.*

*Palvelujärjestelmän strategisten ja määräaikaisten rakenteellisten ja toiminnallisten kehittämishankkeiden tukemiseen osoitetaan 8 milj. € vuonna 2003 ja vuosittain 30 milj. € vuosina 2004-2007*

**3.8 OHJELMAN TOTEUTTAMINEN**

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi tämän ohjelman toteuttamista. Tätä varten sosiaali- ja terveysministeriö asettaa johtoryhmän, johon kutsutaan valtiovarainministeriön, opetusministeriön ja Suomen Kuntaliiton edustajat. Johtoryhmän tueksi kutsutaan seurantaryhmä, johon kuuluvat työmarkkina- ja ammattijärjestöjen, sairaanhoitopiirien, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen edustajat sekä terveyspalveluja tuottavan yksityissektorin ja kolmannen sektorin edustajat. Ohjelman koordinaatiota varten varataan vuosille 2003-2007 vuosittain 0.8 milj. €:n määräraha.

Ohjelman toteutumista arvioidaan vuosittain päätettäessä kuntien sosiaali- ja terveysalan käyttökustannuksiin tarkoitettujen valtionosuuksien lisäyksistä.

**4. YHTEENVETO**

Maamme terveydenhuollon perustana on kansalaisten perustuslakiin kirjattu oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Palvelujärjestelmän lähtökohdat ovat verorahoitus sekä valtion ohjaus- ja kuntien järjestämisvastuu. Järjestelmä on tähän asti toiminut hyvin. Kuntien järjestämä perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito kattaa koko maan. Henkilöstö on hyvin koulutettua ja työhön sitoutunutta. Palvelujen laatu on ollut hyvä ja saatavuus hyvä tai kohtalainen.

Terveydenhuollon tuottavuus parani 1990-luvulla merkittävästi ja on nyt keskimäärin korkealla tasolla. Toiminnan tehostuminen perustui korkeaan ammattitaitoon, talkoohenkeen ja erittäin motivoituneeseen henkilökuntaan. Osa henkilökunnasta työskentelee tällä hetkellä suorituskykynsä rajoilla.

Palvelujärjestelmään kohdistuu runsaasti paineita. Väestön vanheneminen lisää hoidon ja hoivan tarvetta. Nopean sisäisen muuttoliikkeen takia osia palvelujärjestelmästä joudutaan rakentamaan uudelleen. Suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle puutetta tulee olemaan kaikista henkilöstöryhmistä. Uuden teknologian avulla hoitoa ja hoivaa voidaan parantaa ja tehostaa. Osa teknologiasta on kuitenkin kallista, joten uuden teknologian hallittu käyttö on entistä tärkeämpää.

Tässä suunnitelmassa kuvatus kehittämissuunnitelman tavoitteena on turvata terveyspalvelut kaikille kansalaisille heidän tarpeitaan vastaavasti. Palvelujärjestelmää kehitetään kuntien ja valtion yhteistyönä huomioimalla yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Potilaalle taataan riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen häntä itseään koskevaan päätöksentekoon. Uudistusten avulla varmistetaan palveluiden jatkuvuus, oikea-aikaisuus, turvallisuus ja laatu, edistetään eri toimijoiden yhteistyötä ja kannustetaan kustannustehokkuuteen.

Kiireellinen hoito annetaan ilman viivettä. Muissa kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvio kolmen päivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta ja erikoissairaanhoidon lääkärin ensiarvio kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta.

Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai tarpeelliseen hoitotoimenpiteeseen tulee päästä kansallisen hoitosuosituksen määrittämässä tai muuten näyttöön perustuvassa kohtuullisessa ajassa, tavallisesti kolmessa ja viimeistään kuudessa kuukaudessa. Mikäli hoitoa ei määräajassa voida antaa asuinkunnan tai kuntayhtymän tuottamana, on niiden hankittava se muilta palveluntuottajilta potilaan maksusuuden muuttumatta.

Periaate siitä, että hoidon tarpeen tultua todetuksi hoitoon pääsy tapahtuu kohtuullisessa ajassa ja valtuus siitä, että valtioneuvoston asetuksella voidaan terveyspalvelujen yhdenvertaisen saatavuuden edistämiseksi antaa säännöksiä tutkimukseen ja hoitoon pääsyn enimmäisajoista, sisällytetään erikoissairaanhoidon-, kansanterveys- ja mielenterveyslakeihin.

Perusterveydenhuolto järjestetään seudullisina, toiminnallisina kokonaisuuksina niin, että väestöpohja on pääsääntöisesti 20 000-30 000 asukasta ja näin rakennetuissa yksiköissä toimii 12-18 lääkäriä. Toimipisteverkon muodostamisessa otetaan huomioon paikalliset olosuhteet, asukastiheys ja etäisyydet. Mielenterveystyön avopalvelut, psykososiaaliset palvelut ja päihdepalvelut sekä niihin liittyvä päivystys järjestetään seudullisena toiminnallisena kokonaisuutena yhteistyössä kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. Vanhustenhuolto järjestetään yhdessä sosiaalitoimen kanssa pääosin asumiseen liittyvänä lähipalveluna.

Erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö ja työnjako toteutetaan erityisvastuualueittain. Sairaanhoidopiirit laativat erityisvastuualueittain sosiaali- ja terveysministeriölle suunnitelman yhteistyön ja työnjaon kehittämiseksi. Yhteistyö voidaan toteuttaa joko yhdistämällä sairaanhoidopiirejä tai nykyisten sairaanhoidopiirien puitteissa. Sosiaali- ja terveysministeriö käsittelee suunnitelmat ja tarvittaessa myöntää niiden toteuttamiseen

hankerahoitusta. Aluesairaalat muodostavat terveydenhuoltoalueita alueidensa perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa tai toimivat osana alueensa keskussairaala.

Laboratorio- ja kuvantamistoiminnoissa siirrytään alueellisiin järjestelmiin, kunnallisten liikelaitosten hyväksikäyttöön ja hyödynnetään uusinta tietotekniikkaa. Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sairausvakuutuskorvaukset saatetaan todellisia tuotantokustannuksia vastaavalle tasolle. Sairausvakuutuskorvauskäytäntöä tarkistetaan myös niin, että se korvaa yhtäläisin perustein samoilla hoitoindikaatioilla toteutettavaa ja näyttöön perustuvaa potilaan tutkimusta ja hoitoa kuin kunnallisessa terveydenhuollossa.

Valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus otetaan käyttöön. Kansallisten hoitosuosituksen ja alueellisten hoito-ohjelmien laatimista jatketaan ja käytäntöön soveltamista tehostetaan. Olemassa olevaa vaikuttavuustietoa käytetään hyväksi myös kuntoutustoiminnassa.

Lisävoimavaroja suunnataan vanhustenhuoltoon, kotisairaanhoidon ja mielenterveys-työhön, perusterveydenhuoltoon ja eräille erikoissairaanhoidon osa-alueille. Kuntarahoituksen vakautta ja ennakoitavuutta parannetaan. Asiakasmaksuja sekä maksukatkoa koskevat säännökset uudistetaan.

Palvelujärjestelmää kehitetään ohjelmatyönä, johon osoitetaan valtion budjetissa hankerahoitusta. Uudistukset toteutetaan vuoden 2007 loppuun mennessä. Hankerahoitusta osoitetaan lähipalvelujen seudulliseen järjestämiseen, sairaanhoitopiirien välisen työnjaon kehittämiseen ja niiden toiminnallisesta ja hallinnollisesta yhdistymisestä seuraavien ratkaisujen tukemiseen. Kansallisen elektronisen sairauskertomuksen kehittämistä ja käyttöön ottoa sekä Käypä Hoito- ja Rohto-projekteja tuetaan.

Lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja lisätään vuodesta 2002 alkaen 550:sta 600:aan. Muun terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta lisätään terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakoitotoimikunnan ehdotusten mukaisesti, kuitenkin niin, että aloituspaikkojen määrissä ja jakautumisessa huomioidaan alueellisten koulutusneuvottelukuntien ehdotukset alueellisen tarpeen mukaisesti.

Henkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta, joka peruskoulutuksen pituudesta riippuen on keskimäärin 3-10 päivää vuodessa. Täydennyskoulutuksen kustannusvastuu on työnantajalla. Kuntien terveydenhuollon valtionosuuksia lisätään tätä varten 10 milj. € vuodessa. Terveydenhuollon johtamista kehitetään järjestämällä moniammatillinen terveydenhuollon johtamiskoulutusohjelma.

Valtio myötävaikuttaa siihen, että työmarkkinaosapuolet käynnistävät keskustelut tulospalkkauksen kehittämisestä tavoitteena tuloksekkaan työpanoksen huomioiminen terveydenhuoltoalan palkkaratkaisuissa. Erikoismaksuluokkajärjestelmästä luovutaan asteittain.

Lääkäripulan aiheuttamien ongelmien vähentämiseksi toteutetaan useita toimenpiteitä. Opetusministeriö tarkistaa lääkäreiden perusterveydenhuollon lisäkoulutusta ja erikoistumiskoulutusta koskevia asetuksia niin, että perustutkinnon jälkeiseen koulutukseen sijoitetaan vähintään 9 kuukauden jakso terveystieteiden keskeisillä toimimista. Peruster-

veydenhuollon lisäkoulutus suoritetaan kokonaisuudessaan terveyskeskuksessa. Lisäkoulutuksesta 3 kuukautta voidaan hyväksyä erikoistumiskoulutuksen osaksi. Erikoistumiskoulutuksesta vähintään puolet suoritetaan muualla kuin yliopistosairaalassa. Muutokset eivät pidennä koulutusaikaa. Vuosina 2003-2005 siirretään 8 milj. € erikoissairaanhoidon mukaiseen tutkimustoimintaan tarkoitettua valtion korvauksesta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen tarkoitettuun valtion korvaukseen.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin tarkoitettuja valtionosuuksia korotetaan portaittain ottaen huomioon välitön lisävoimavaratarve ja palvelutarpeen kasvu. Muutos otetaan huomioon valtion ja kuntien välisessä kustannusjaossa korottamalla valtionosuusprosenttia. Valtionosuuksien korotuksen suuruudesta päätetään sen jälkeen, kun on arvioitu kuntien taloustilanne ja tässä ohjelmassa esitettyjen toimenpiteiden toteutuminen.

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelman toteuttamista ja asettaa johtoryhmän seuraamaan hankkeen toimeenpanoa.