



Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus – kommentit selvityshenkilöille

Lääkäriliiton vastaukset selvityshenkilökyselyyn sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen kehittämistarpeista. Vastaukset on valmisteltu toimistotyönä eivätkö ne siten ole Lääkäriliiton virallisesti hyväksytyt linjat.

1. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllinen ja vuorovaikutteinen ohjaus tulisi organisoida kansallisella tasolla ja hallinnon eri tasojen välillä (yhteistoiminnan muodot)?

Hallituksen linjausten perusteella valtio ohjaa voimakkaasti itsehallintoalueiden toimintaa sote-järjestämisen osalta – ja näin tulee ollakin. Alueitten suuri lukumäärä, toisistaan poikkeava väestörakenne ja palvelutarve edellyttävät vahvaa kansallista ohjausta. Suuri lukumäärä edellyttää myös eri alueiden toimintojen vahvaa kansallista koordinaatiota niin ympärivuorokautisen päivystyksen järjestämisen kuin monenlaisten jopa vain yhteen yksikköön keskitettävien terveydenhuollon toimintojen osalta (vrt. nykyinen valtakunnallinen keskittämisasiasetus).

Valtiollista ohjausta ovat niin järjestämissäätös, valtion rahoitus itsehallintoalueille kuin ilmeisestikin osana järjestämissäätöstä tehtävä kansallinen palvelulupaus (josta lisää seuraavan kysymyksen kohdalla).

Linjauksissa ei ole tuotu konkreettisesti esille, kuinka usein järjestämissäätös tehdään, vaikka ”vähintäänkin 5 vuoden välein” -maininta esiintyy. Eduskuntavaalikausi olisi yksi johdonmukainen aikaväli. Kun järjestämissäätökseen kytkeytyy palvelulupaus ja sotebudjettirajoite, voi taloudellinen tilanne merkittävästikin muuttua vaalikauden (tai minkä tahansa muutaman vuoden ajanjakson) aikana, joten järjestämissäätöstä tulisi voida tarvittaessa muuttaa kesken sen voimassaoloajan. Erityisesti tästä näkökulmasta järjestämissäätöksen valituskelpoisuus on absurdi ajatus, ja siitä – ilmeisestikin lähinnä perustuslainmukaisuussyistä linjauksiin mukaan otettuna – tulisi luopua.

Järjestämissäätöksessä tulisi luoda tavoitteet itsehallintoalueiden toiminnalle (niiden eritasoisen toiminnan koordinaatio huomioon ottaen), konkreettiset mittarit tavoitteiden arvioimiseksi, kansallisesti noudatettavat laatukriteerit, vähintäänkin perustason linjat tuotannon hinnoittelusta, sekä linjat palvelutuotannon monipuolisuudesta, yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien käyttämisestä ja potilaan/asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisesta. Itsehallintoalueiden tehtäväksi jää järjestämissäätöksen ainakin joiltakin osin yleisluontoisten linjausten soveltaminen käytäntöön järjestämissään sote-palvelut oman, ja joidenkin alueiden ja palvelujen kohdalla myös muiden alueiden väestölle.

Kansallisen tason ohjausta on myös linjausten mukainen itsehallintoalueiden omistama kansallinen yhteishankintayksikkö, jonka rooliksi ei kuitenkaan selvästikään ole ajateltu vain yhteisiä hankintoja, vaan myös toiminnan arviointiin, koordinaatioon ja ohjaukseen liittyviä tehtäviä. Pitäisikö miettiä, olisiko tarkoituksenmukaista eriyttää nämä kaksi teh-



täväkokonaisuutta toisistaan. Lisäksi on syytä välttää päällekkäisten toimintojen rakentamista niin uudessa organisaatiossa kuin suhteessa jo olemassa oleviin.

Kuntaliiton omistama KL Kuntahankinnat Oy on valtakunnallisesti toimiva yhteishankintayksikkö, kuten on myös valtion yhteishankintayksikkö Hansel Oy. Ei liene tarkoituksenmukaista rakentaa itsehallintoalueille omaa em. toimijoiden kanssa päällekkäistä ja kilpailevaa yhteishankintayksikköä, vaan tulisi miettiä olemassa olevien rakenteiden ja niissä olevan osaamisen hyväksikäyttämistä itsehallintoalueiden hankintayksikköä suunniteltaessa.

THL on STM-konsernin tutkimus- ja asiantuntijalaitos, joka toimii myös tilastoviranomaisena. Itsehallintoalueiden yhteisen hankintayksikön asiantuntija-, neuvonta- ja koordinaatiotehtävät ovat ainakin pääasiallisesti päällekkäisiä THL:n vastaavien toimintojen kanssa. Olisikin luontevaa antaa nämä hallituksen linjauksissa hankintayksikölle suunnitellut tehtävät THL:n hoidettavaksi, mikä myös vahvistaisi valtion ohjausta itsehallintoalueiden sote-toimintojen koordinaatiossa.

KELA:n rooli kansallisena toimijana jää pohdittavaksi osana rahoitusuudistusta. Luontevin sen rooli lienee erilaisen yksilötason maksatuksen hoitajana, kun taas itsehallintoalueiden sote-rahoitus tulee STM:n budjettimomentilta suoraan valtion rahoituksena.

Kunnille tulee jäädä uudessakin järjestelmässä lakisääteinen vastuu kuntalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toiminnasta. Tällä toiminnalle tulee luoda yleisluontoiset kriteerit jo lainsäädännön tasolla, samoin kuin velvoite yhteistoimintaan itsehallintoalueiden kanssa. Vaikka valtioneuvoston sote-järjestämispäätös ei koske kuntia, tulee siinä kuitenkin velvoittaa itsehallintoalueet tähän yhteistyöhön ja luoda toiminnalle ja sen vaikuttavuuden seurannalle tavoitteet ja kriteerit.

2. Miten sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen prosessi sovittaa yhteen väestön palvelutarpeen ja julkisen talouden tilanteen huomioon ottavan budjettirajoitteen?

Väestön ajan saatossa muuttuvan palvelutarpeen arvioinnissa keskeinen väline on ylläpidettävä väestötieto ja sen perusteella laadittavat väestökehitysennusteet, sekä epidemiologinen tutkimustieto väestön sairastavuudesta ja sen kehitysennusteista. Nämä kuuluvat luontevasti THL:n tehtäväkenttään, minkä vuoksi sen roolia tutkimus- ja asiantuntijalaitoksena myös uudessa palvelujärjestelmässä tulisi käyttää hyväksi, kuten edellisen kysymyksen kohdalla on tuotu esille.

Palveluvalikoimaneuvosto toimii STM:n alaisuudessa määritellen ja ylläpitäen kansallista palveluvalikoimaa. Tämä työ tulee saattaa aivan toiselle tasolle kuin mitä se tällä hetkellä on – palveluvalikoima tulee määritellä riittävän yksityiskohtaisesti. Lisäksi on muistettava, että palveluvalikoiman määrittely on jatkuvasti elävä dynaaminen prosessi, jonka tulee pohjautua muuttuvaan lääketieteelliseen tietoon, lääkäriprofession käsissä oleviin KäypäHoito -suosituksiin ja hoitojen kustannusvaikuttavuusarvioon. Koko tämän prosessiin tulee olla vahvasti STM:n ohjauksessa, ja luonteva toimijataho on



palveluvalikoimaneuvoston ohella THL. Olisikin aihetta miettiä palveluvalikoimaneuvoston uudelleenorganisointia siten, että sen ja THL:n yhteistyö olisi saumatonta – olisiko palveluvalikoimaneuvoston luontevinta olla osa STM-konsernin tutkimus- ja asiantuntijatoimintaa? Palveluvalikoimaneuvoston tulisi olla vahvasti asiantuntijavetoinen, sisältäen niin lääketieteellisen kuin terveystaloustieteellisen osaamisen.

Kansallisen tason palvelulupaus, joka vahvistetaan järjestämissä päätöksessä kansallisena ja ”jyvitetään” itsehallintoalueille järjestämissä velvoitteeksi, on vahvasti sidoksissa kantokykyymme – siis sote-budjettirajoitteeseen muutamaksi vuodeksi kerrallaan. KäypäHoito -suositukset elävät ajassa lääketieteellisen tiedon ja teknologian kehittyessä. Kansallinen palveluvalikoima muotoutuu samoin ajassa muuttuen, ottaen erityisesti hoitojen kustannusvaikuttavuuden kehittymisen huomioon. Sen tulisi kuitenkin muodostaa eräänlainen ”terveydenhuollon tarkoituksenmukaisen ja rahoitettavissa olevan kokonaisuuden raami”, jonka pohjalta rakentuu kulloinkin voimassa olevan järjestämissä päätöksen palvelulupaus budjettirajoitteen säätämässä rajoissa.

Kaikki edellä mainitut ovat osa priorisointiprosessia, mikä on välttämätöntä toimintaa palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi.

Em. lisäksi nykyisessä järjestelmässämme on – ainakin osittain päällekkäisenä toimintana – STM:n ylläpitämät hoitopääsyn kriteerit, joita yo-sairaanhoitopiirit ovat määrätyn työnjaon puitteissa valmistelleet. Nykyisiin kriteereihin liittyy ainakin kaksi ongelmaa: niitä ei toisaalta noudateta kattavasti, ja toisaalta on ainakin väitetty niiden kovin kategorisina ja yksityiskohtaisina jättävän ottamatta huomioon yksilöllisesti vaihtelevat olosuhteet. Joka tapauksessa tämä toiminta, joka lähinnä sijoittuu jonnekin KäypäHoito -suositusten ja palveluvalikoimamäärittelyn väliin, tulee nivoa osaksi kokonaisuutta – luontevimmin palveluvalikoimaneuvoston tai vastaavan vastuulle.

Nykyinen hoitotakuulainsäädäntömme tulee nivoa osaksi laadittavaa valinnanvapauslainsäädäntöömme. Koska jonottaminen ei loppujen lopuksi kustannuksia säästä, ei hoitotakuulainsäädännön hoitopääsyaikaa koskevilla määräyksillä ole relevanssia budjettirajoitetta ajatellen.

Em. lisäksi sote-kustannusraamissa pitäisi erottaa erillinen ”potti” uuden teknologian hallittuun käyttöönottoon – ainakin aluksi rajoitetusti ja esim. vain joillakin alueilla (yliopistosairaalat tai joku/jotkut niistä), vastaavalla tavalla kuin lääkekorvausmenoissa on Lääkkeiden hintalautakunnalla vahvistettuna erillinen vuosittainen rahasumma uusien erityiskorvattavien lääkkeiden osalta.

3. Millaiset hyvät toimintatavat ohjaavat kustannusvaikuttavuuteen, mukaan lukien eri ammattikuntien toimintakäytänteiden vaikuttavuustiedon käytön edistäminen?

Lähtökohtana tulee terveydenhuollossa jatkossakin olla, että lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt toimivat eettisesti korkeatasoisesti ja korkealla moraalilla potilaansa parhaaksi yksittäisissä hoitotilanteissa. Lääkäriliitto ylläpitää omaa eettistä



ohjeistoaan, samoin kuin lukuisia muita omia ohjeitaan ja suosituksiaan, joiden tarkoituksena on ohjata liiton jäsenkuntaa em. tavalla toimimaan.

KäypäHoito -suositukset ovat keskeinen osa lääkäriprofession toiminnan itsesääätelyä. Ohjeet perustuvat tutkittuun lääketieteelliseen tietoon, ja niitä päivitetään jatkuvasti. Lääkärikunta sekä luottaa niiden oikeellisuuteen, että on oppinut käyttämään niitä työssään mm. Terveysportin kautta. Tätä toimintaa on välttämätöntä ylläpitää ja kehittää, kuitenkin niin, että se pysyy profession omissa käsissä. Toiminta vaatii lisää resursseja niin kattavuuden parantamiseksi (uudet KäypäHoito -suositukset) kuin jo olemassa olevien ajan tasalla pitämiseksi. Lisäksi ohjeissa tulisi jatkossa pyrkiä lisääntyvästi arvottamaan eri hoitovaihtoehtojen kustannusvaikuttavuutta, että ne voisivat toimia hyvänä pohjana kansallisen palveluvalikoiman määrittelylle. Lisäksi ohjeisiin olisi hyvä saada uutena elementtinä arviota sairauksien aiheuttamasta toimintakyvyn rajoituksesta tueksi lääkärin sairauspoissaoloarviolle.

On kuitenkin muistettava, että vaikka KäypäHoito -suositukset parhaimmillaan ovat 'kultainen standardi', yksittäisellä lääkärillä on vastuu niiden tarkoituksenmukaisesta soveltamisesta yksittäisten potilaiden kohdalla. Suositukset eivät siten voi muodostua lääkäriä ehdottomasti sitovaksi – lääkärin kliininen autonomia potilastyössään tulee sallia jatkossakin. Suositusten hyödynnettävyyttä voidaan kuitenkin parantaa niiden kattavuudesta ja ajantasaisuudesta huolehtimalla.

Lääkärien ja terveydenhuollon toimintaa yleisemminkin voidaan lisäksi ohjata kansallisella palveluvalikoimalla, helposti saatavalla tiedolla muuten yhdenvertaisten hoitovaihtoehtojen kustannusvaikuttavuudesta, sekä tarkoituksenmukaisella laatuksiteeristöllä ja ajantasaisella tiedolla toiminnan laadusta (vrt. seuraava kysymys).

4. Minkälaisia tietoja ohjausmallissa tarvitaan, että ne mahdollistaisivat ohjauksen toimivuuden seurannan ja arvioinnin?

Suomessa tuotetaan runsaasti erilaista tilastotietoa niin THL:n kuin KELA:nkin toiminnassa. Kerätty tieto on suurelta osin tarkoituksenmukaista ja arvokasta, mutta niiden ohjausvaikutus käytännön toimintaan on olematon. Ne antavat hyvää pohjaa tieteelliselle tutkimustyölle, sekä pitkän aikavälin trendien havaitsemiseen ja ennustamiseen – mutta toimintayksikköjen ohjauksessa syksyllä 2015 saatava tieto vuoden 2013 toiminnasta ei ole mitään tekoa!

Jatkossa terveydenhuollon toimintayksiköissä tarvitaan ainakin lähes reaaliaikaista tietoa tuotannon määrästä, sisällöstä, laadusta ja kustannuksista. Tällaisen käytännön toimintaa ohjaavan tiedon ei tarvitse täyttää tieteellisessä työssä edellytettäviä oikeellisuusvaatimuksia – sen oleellisin piirre on, että se on ajantasaista ja oikeansuuntaista. Tällaisen tiedon systemaattiseen keräämiseen on panostettava.

Yksi käytännön esimerkki on potilastietojärjestelmien ja potilastiedon arkiston (KANTA-arkisto) hyödyntäminen terveydenhuoltojärjestelmämme toiminnan seuraamisessa. Tämän esteenä on tarpeettomia lainsäädännöllisiä, mutta myös muita, esimerkiksi tie-



toteknisiä, esteitä/rajoitteita. Nämä tulisi ehdottomasti purkaa. Henkilötunnisteet poistamalla tiedolla olisi monenlaista käyttöä niin tutkimuksessa, epidemiologisessa seurannassa, resurssien käyttöarvioissa yms. Tieto potilastietojärjestelmissä ja potilastiedon arkistossa on kuitenkin käytännössä ajantasaista. Tällä hetkellä potilastiedon toisijaista käytettävyyttä selvittää STM:n työryhmä Hannu Hämäläisen vetämänä. Tämän hankkeen tulokset on otettava huomioon luotaessa jatkossa reaaliaikaista toimintaa ohjaavaa tietoa terveydenhuollon toimintayksikköjen ja viranomaistahojen käyttöön.

Sosioekonomiset terveyserot ovat vain kasvaneet. Syyt ovat moninaiset, ja syrjäytymisen tai siihen johtava kehitys alkaa usein jo varhain: merkkejä siitä on nähtävissä usein koulussa, varhaiskasvatuksessa – tai terveydenhuollon toiminnassa neuvolatyössä. Tulisi pystyä luomaan indikaattoreita yhteiskunnan eri toimintojen, toimijoiden ja viranomaisten käyttöön syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden ja ryhmien tunnistamiseksi niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kannalta tuhoisaan kehitykseen pystyttäisiin puuttumaan varhaisessa vaiheessa.

5. Muuta huomioitavaa?

Hallituksen aluehallinto- ja sote-uudistusta koskevien linjausten perusteella sote-palveluiden järjestämisfunktio jakautuu itse asiassa selvästi kahdelle tasolle. Valtion rooli järjestämisvastuullisena toimijana on erittäin suuri, ja itsehallintoalueiden rooli jää tältä osin melkein täysin toissijaiseksi järjestelijäksi. Tämä on kuitenkin välttämätöntä hyväksyä itsehallintoalueiden suuren lukumäärän ja maamme väestöllisen hajanaisuuden vuoksi.

Asiaan mahdollisesti liittyvät perustuslailliset ongelmat on välttämätöntä ratkaista, koska sote-uudistuksen toteuttaminen suunnitellussa aikataulussa on aivan välttämätöntä. Jos järjestelmää uudistamalla ei päästä tavoiteltuihin tehokkuushyötyihin, johtaa se väistämättä välttämättömien säästöjen toteuttamiseen leikkaamalla kansallista palvelulupaustamme entistä rajummalla kädelle – kuten tehdyn linjauksen taustapapereissa todetaan, tulevaisuuden palvelulupaus ei ole nykyisen suuruinen!

Uudistus tulisikin toteuttaa siten, että 18 maakunnallista itsehallintoaluetta olisivat aidon itsehallinnollisia muiden kuin sote-tehtävien osalta. Tältä osin niillä olisi vahva itsehallinnollinen asema, myös mahdollisesti omalla verotuksella kerättävän rahoituksen osalta. Sote-palveluiden osalta ensisijaisen järjestäjä-rahoittajan tulee olla valtio, joka koordinoi eri itsehallintoalueiden toimintaa. Kuten hallituksen 7.11. tekemässä linjauksessakin todetaan, vain 15 aluetta järjestää sote-palvelut itsenäisesti; vain 12 aluetta järjestää laajan tason ympärivuorokautisen päivystyksen; vain viisi aluetta vastaa yliopistosairaalan tasoisesta toiminnasta – ja varmasti jää edelleenkin nykyisen kaltaisesti valtakunnallisesti keskitettäviä sote-palveluja.

Heikki Pärnänen
johtaja