

# **Hankesuunnitelma metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseksi**

Pohjautuu aiesopimukseen valtion (sosiaali- ja terveysministeriö) sekä Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten ja Keravan kaupunkien ja Kirkkonummen kunnan välillä

9.2.2011

## SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO.....	1
2 TOIMEKSIANTO .....	1
3 METROPOLIALUE SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ .....	2
4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HAASTEITA METROPOLIALUEELLA .....	7
5 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET .....	13
6 EHDOTETUT HANKKEET .....	14
6.1 Perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon integraatio perustasoa vahvistaen .....	14
6.2 Kehittäminen ja tutkimus.....	16
6.3 EVO-rahoitus .....	17
6.4 HUS:n omistajaohjauksen, ohjausrakenteiden, rahoituksen ja laskutusperiaatteiden selkiinnyttäminen .....	19
6.5 Uusien rahoitusmallien selvittäminen metropolialueelle.....	22
7 ESITYKSET LAINSÄÄDÄNTÖÖN.....	24
8 ESITYKSET HALLITUSOHJELMAAN.....	24
9 HANKEOHJELMAN JOHTAMINEN JA KOORDINOINTI.....	24
Kirjallisuusviitteet.....	25

## 1 JOHDANTO

Valtio, jota edustaa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) sekä Helsingin, Espoon, Vantaan, Kauniaisten ja Keravan kaupungit ja Kirkkonummen kunta solmivat 22.12.2010 aiesopimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä. Aiesopimuksen tarkoituksena on turvata metropolialueen asukkaille ehyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus ja vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Lisäksi tarkoituksena on sopia hankkeista, joissa mallinnetaan sosiaali- ja terveydenhuollon uusia omistajaohjauksen ratkaisuja. Uusilla malleilla tavoitellaan erityisesti peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon nykyistä parempaa integraatiota.

Aiesopimuksen lähtökohtana ovat nykyisen hallitusohjelman kirjaukset metropolipolitiikan käynnistämisestä, pääkaupunkiseudun erityiskysymyksistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eheydestä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamisesta, yhteistyön lisäämisestä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä terveydenhuoltolaista.

Tässä suunnitelmassa kuvataan aiesopimukseen pohjautuva ehdotus metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiksi. Päämääränä on alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Tavoitteena on luoda järjestelmä, jossa tuotetaan laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kustannustehokkaasti. Tämä edellyttää nykyistä ehyempää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta toteuttamista sekä erikoissairaanhoidon omistajaohjauksen terävöittämistä.

## 2 TOIMEKSIANTO

Aiesopimuksen osapuolet perustivat kokouksessaan 22.10.2010 ryhmän hankesuunnitelman laatimista varten. Suunnitteluryhmän puheenjohtajaksi nimettiin kehittämisjohtaja Riitta Simoila Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta ja jäseniksi terveystoimien johtaja Timo Aronkytö Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta, terveystoimien johtaja Tuula Heinänen Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta, sosiaali- ja terveystoimien johtaja Ulla Tikkanen Kauniaisten kaupungista, terveydenhuollon johtaja Minna Helenius Keravan kaupungista, perusturvajohtaja Liisa Stähle Kirkkonummen kunnasta, sairaanhoitoalueen johtaja Raimo Kekkonen HUS-konsernihallinnon edustajana, Hyks-sairaanhoitoalueen johtaja Jorma Lauharanta HUS:sta, professori Matti J. Tikkanen Helsingin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta sekä lääkintöneuvos Jukka Mattila ja neuvotteleva virkamies Päivi Voutilainen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Työryhmän sihteeriksi nimettiin projektipäällikkö Annikki Thodén Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta. Lisäksi puheenjohtaja kutsui suunnitteluryhmän pysyviksi asiantuntijoiksi sosiaalitoimen edustajina vs. hallinto- ja kehittämisjohtaja Helena Ylisipolan Helsingin kaupungin sosiaalivirastosta ja peruspalvelujen johtaja Maritta Pesosen Vantaan sosiaali- ja terveystoimesta.

Edellä mainitun ryhmän tehtävänä oli laatia aiesopimuksen pohjalta tarkempi hankesuunnitelma. Aiesopimuksen mukaan hankkeessa mallinnetaan sosiaali-

ja terveydenhuollon uusia omistajaohjauksen ratkaisuja. Uusilla malleilla tavoitellaan erityisesti peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon nykyistä parempaa integraatiota.

Uusien ratkaisumallien tavoitteena tulee olla:

- perustason ja erityistason palvelujen nykyistä tiiviimpi integraatio perustason asemaa vahvistaen,
- kunnan, kuntayhtymien ja erityisvastuualueen ohjausrakenteiden yhteensovittaminen,
- yhtenäistä ohjausta tukevan kustannusjakomallin luominen,
- palveluverkkojen sovittaminen yli kuntarajojen sekä tarpeettomien investointien estäminen,
- erityisvastuualueen vahva koordinaatiovastuu niissä erityistason palveluissa, jotka edellyttävät erityisosaamista, kalliita investointeja ja raskaita valmiusratkaisuja ja
- yliopiston roolin määrittely ohjausjärjestelmässä, ml. opetuksessa, tutkimuksessa ja koulutuksessa sekä niiden rahoituksessa.

Uusien ratkaisumallien yhteisenä päämääränä on vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja kustannusvaikuttavuutta. Hankkeissa kartoitetaan samanaikaisesti hallintomallin toteutukseen liittyviä lainsäädäntötarpeita, joita sosiaali- ja terveysministeriö voi hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön laatimisessa. Määräaika hankesuunnitelman laatimiselle oli 31.1.2011.

Työryhmä on kokoontunut yhdeksän kertaa ja se on kuullut seuraavia asiantuntijoita: ylläkäri Ari Aimolahtea Helsingin kaupungin terveyskeskuksesta, professori Mats Brommelsia Karolinska Institutetista, emeritusprofessori Martti Kekomäkeä, rahoitusjohtaja Tapio Korhosta Helsingin kaupungilta, johtaja Pirjo Marjamäkeä Sosiaalialan osaamiskeskus Soccasta ja yleislääketieteen professori Kaisu Pitkälää HUS:n yleislääketieteen yksiköstä.

### **3 METROPOLIALUE SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ**

#### **Väestön erityispiirteitä**

Metropolihallinta-selvitysraportissa (Tolkki ym. 2010) todetaan, että metropolialueet, niiden määritelmät ja rakenteet ovat epäselviä ja moninaisia. Rajoiltaan metropolit ovat sumeita ja muuttuvia. Hallitsemattomuus, jopa kaoottisuus, antaa metropoleille niiden erityispiirteet ja omaleimaisen luonteen. Metropoleissa tarvitaan kuitenkin keskustelualustoja ja päätöksentekofoorumeita, joilla olennaisten toimijoiden välinen vuorovaikutus on mahdollista. Niiden avulla metropolialueen eri toimijat voivat olla yhteydessä keskenään ja ratkaista alueen kehittymisen kannalta tärkeitä kysymyksiä. Metropolien hallintarakenteet muuttuvat hitaasti suhteessa strategiaan tarpeisiin, mutta niiden hallintajärjestelmän rakenteita on kuitenkin jatkuvasti uudistettava.

Aiesopimuksessa mukana olevat kuusi kuntaa muodostavat tässä hankesuunnitelmassa tarkoitettua metropolialueen. Kunnat ovat sekä kooltaan että sosiaali- ja terveystalouden tuottamistavaltaan erilaisia. Väestön määrä oli näissä kunnissa 1.1.2010 yhteensä yli 1,1 miljoonaa. Suurimman kunnan eli Helsingin väestömäärä oli lähes 590 000 ja pienimmässä kunnassa Kauniaisissa asukkaita oli 8 600, mikä sekin on yli suomalaisen mediaanikunnan koon. Espoossa oli asukkaita 244 330, Vantaalla 197 636, Kirkkonummella 36 509 ja Keravalla 33 833. Yhdistävänä tekijänä näillä kuudella kunnalla on kuuluminen Hyks-sairaanhoitoalueeseen, jonka ne yhdessä muodostavat. Hyks-sairaanhoitoalue on puolestaan yksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) viidestä sairaanhoitoalueesta kattaen 74 prosenttia koko HUS-kuntayhtymän väestömäärästä.

Metropolialueen väestön määrä on kasvanut viime vuosina erityisesti sekä ulkomailta että kotimaasta saadun muuttovoiton ansiosta. Suhteellinen väestönkasvu on 2000-luvulla ollut hitaampaa Helsingissä ja Kauniaisissa (1,1 %), keskimääräistä nopeampaa Espoossa, Vantaalla ja Keravalla (1,1 - 1,9 %) ja nopeinta Kirkkonummella (2,1 - 2,5 %).

Taulukko 1. Pääkaupunkiseudun kuntien väestö ikäryhmittäin 1.1.2010

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Kauniainen	Kirkkonummi	Kerava	Yhteensä
<b>Väestö yhteensä</b>	<b>583350</b>	<b>244330</b>	<b>197636</b>	<b>8617</b>	<b>36509</b>	<b>33833</b>	<b>1104275</b>
0-6-vuotiaat	39170	23878	17940	645	4075	2831	88539
7-15-vuotiaat	45678	27163	20795	1134	4887	3538	103195
16-29-vuotiaat	127115	46746	37021	1412	4980	6251	223525
30-64-vuotiaat	286596	119921	99133	3835	18859	16966	545310
65-74-vuotiaat	45478	15997	14329	847	2372	2633	81656
75-84-vuotiaat	28134	8137	6767	552	1047	1246	45883
65+-vuotiaat	84791	26622	22747	1591	3708	4247	143706
75+-vuotiaat	39313	10625	8418	744	1336	1614	62050
85+-vuotiaat	11179	2488	1651	192	289	368	16167

Metropolialueella ja erityisesti Helsingissä nuorten aikuisten osuus on selvästi keskimääräistä suurempi ja lasten osuus pienempi kuin muualla Suomessa. Päivähoitoikäisiä lapsia, 0-6-vuotiaita, ennustetaan kuitenkin olevan vuoteen 2030 mennessä noin 15 prosenttia enemmän kuin nyt. Myös työikäisten ikäluokkien osuudet ovat kokonaisuudessaan suuremmat kuin koko maassa. Työmarkkinoiden kannalta merkittävät 25-44-vuotiaiden ikäryhmät ovat suurimpia ikäluokkia. Väestörakenteen ero koko maahan verrattuna perustuu pitkäaikaiseen muuttovoittoon, joka painottuu nuoriin aikuisiin. Myös vieraskielisen väestön kasvu vaikuttaa merkittävästi väestön ikärakenteeseen, sillä heistä suurin osa on nuoria aikuisia.

Yli 65-vuotiaiden määrä alkaa kasvaa nopeasti 2010-luvulla ja vuonna 2020 metropolialueella on tämänikäisiä jo 50 prosenttia nykyistä enemmän. Kasvu jatkuu, ja vuonna 2030 määrä on jo lähes kaksinkertainen. Tällä vuosikymmenellä suhteellinen kasvu yli 65-vuotiaiden määrässä on nopeinta Kirkkonummella (82 %) ja Keravalla (79 %) ja hitainta Helsingissä ja Kauniaisissa (alle 40 %). Väestön ikääntyminen vaikuttaa voimakkaasti mm. työvoiman saantiin sekä sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen.

Kaikissa metropolialueen kunnissa enemmistön äidinkieli on suomi. Alueen asukkaista 86 prosenttia on suomenkielisiä, 6 prosenttia ruotsinkielisiä ja 8 prosentilla on jokin muu äidinkieli. Vieraskielisten määrä on kasvanut Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla 9 - 10 prosenttiin väestöstä ulkomaalaisväestön keskittyessä metropolialueen suuriin kaupunkiin. Maahanmuuttajat muodostavat heterogeenisen ryhmän paitsi äidinkielen myös maassa asumisen keston, suomen tai ruotsin kielen taidon, työmarkkina-aseman, kulttuuritaustan, uskonnon, koulutustason sekä maahanmuuton alkuperäisen syyn suhteen. Vieraskielinen väestö sijoittuu epätasaisesti eri kaupunginosaan. EU- ja OECD-maiden ulkopuolelta tuleva väestö on sijoittunut pääkaupunkiseudulla vuokratulovaltaisille alueille Helsingin ja Vantaan itä- ja pohjoisosiin sekä Espoon keskukseen, joilla alueilla tulo- ja koulutustaso ovat olleet jo ennestään keskimääräistä alhaisempia.

Metropolialueelta löytyvät suomalaisen yhteiskunnan hyvinvoinnin ääripäät, jotka eivät tule ilmi tarkasteltaessa alueen väestön hyvinvointia ja terveyttä keskiarvoina. Kelan sairastavuusindeksin (kuolleisuus, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus työkäisistä ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus) mukaan väestö on tällä alueella muuta maata terveempää, mutta terveys- ja hyvinvointierot ovat kasvaneet ja ne ovat huomattavan suuria myös saman kunnan sisällä.

Alueen väestö on muuta maata koulutetumpaa, mutta koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus on samanikäisen väestön määrään suhteutettuna suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Koulutuksen ulkopuolelle jääneiden osuus koskettaa erityisesti maahanmuuttajia ja nuoria miehiä ja tällä ongelmalla on selvä yhteys syrjäytymiseen työelämästä. Metropolialueella nuorten työttömien määrä on kasvanut vuonna 2009 alkaneen taloudellisen taantuman myötä erityisen nopeasti.

Myös yksinhuoltajuus on metropolialueella muuta maata yleisempää. Yksinhuoltajaperheiden ja yksinhuoltajaperheissä asuvien lasten määrä erityisesti Helsingissä, Vantaalla ja Keravalla on muuta maata yleisempää.

Sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta on huolestuttavaa metropolialueen väestön segregoituminen selviytyjiin ja syrjäytyjiin, terveys- ja hyvinvointierojen kasvu, maahanmuuttajataustaisen väestön keskittymät, päihde- ja mielenterveysongelmien yleisyys, nuorten työttömyys ja koulutuksen puute sekä metropolialueelle tyypilliset muut marginaali-ilmiöt. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei ole yksittäinen tehtävä, vaan se on monitasoista ja monialaista toimintaa, joka vaatii useiden toimijoiden yhteistyötä, verkostoitumista ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Kuntien sosiaali- ja terveystoimilla on tärkeä tehtävä toimia terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveyserojen kaventamisessa asiantuntijoina ja nostaa hyvinvointi- ja terveysnäkökohtia esiin päätöksentekoaarenoille.

## Terveyspalvelujen järjestäminen

Terveys- ja sosiaalipalvelujen tuotantotavat eroavat metropolialueen kunnissa. Perustason terveydenhuollon palvelut ovat lähipalveluja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio on viety pisimmälle Helsingissä, jossa kaupunki tuottaa omana toimintanaan sisätautien poliklinikkapalveluista 56 prosenttia ja psykiatriasta 80 prosenttia. Lisäksi Helsinki tuottaa itse fysiatrian, geriatrian ja neurologian palveluja. Helsingillä on myös koko metropolialuetta palveleva suun terveydenhuollon erikoishoidon yksikkö. Muissa kunnissa lähes kaikki erikoissairaanhoidon palvelut ovat HUS:n tuottamia.

Helsingin kaupungilla on kaksi omaa ympärivuorokautista aikuisten päivystyssairaalaa: Haartman ja Mariassa tällä hetkellä sijaitseva Malmin päivystys. Helsingiläisten lasten päivystys sijaitsee Lasten ja Nuorten sairaalassa. HUS tuottaa Espoole ja Kauniaisille päivystyspalvelut Jorvin sairaalassa. Vantaa ostaa Peijaksen sairaalassa sijaitsevat terveyskeskuspäivystyspalvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Keravalla ja Kirkkonummella on edelleen oma terveyskeskuspäivystys iltaisin ja viikonloppuisin, yöpäivystys hoidetaan Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa.

Päivystysyksiköiden toimintaa on viime vuosina yhtenäistetty ja 1.4.2010 alkaen metropolialueen asukkaat ovat voineet asioida virka-ajan ulkopuolisessa perusterveydenhuollon päivystyksessä yli kuntarajojen. Asiasta on tehty kuntien ja HUS:n välinen yhteistyösopimus. Yhteiskäyttö koskee seuraavia päivystyksiä: Helsingissä Haartmanin sairaalan ja Marian sairaalan terveyskeskuspäivystystä sekä Lasten ja nuorten sairaalan terveyskeskuspäivystystä, Espoossa Jorvin sairaalan terveyskeskuspäivystystä ja Vantaalla Peijaksen sairaalan terveyskeskuspäivystystä.

Edellä mainitut päivystykset ovat hallinnollisesti eri tavoin järjestettyjä, mutta toimintaperiaatteiltaan samanlaisia. HUS:illa on lisäksi erikseen vaativan erikoissairaanhoidon päivystystä Meilahdessa, Töölössä, Silmä- ja korvasairaalassa, Naistenklinikalla ja Kätilöopiston sairaalassa.

Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla toimii selviämishoitoasemat, joissa periaatteessa otetaan vastaan avun tarvitsijat kotikunnasta riippumatta. Espoolla on lisäksi yhteistyösopimus Kirkkonummen ja Kauniaisten kanssa. Sopimuksen mukaan nämä kunnat voivat aktiivisesti ohjata asiakkaita omista palveluistaan Espoon selviämishoitoasemalle.

Kansallinen päivystyshanke on vuonna 2010 linjannut päivystysten tulevaisuutta ja linjaukset on huomioitu myös uudessa terveydenhuoltolaissa. Pääkaupunkiseudun nykyiset järjestelyt ovat uuden lain mukaisia. Tulevaisuudessa päivystys palvelee vain kiireellisen hoidon tarpeessa olevia potilaita. Raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee hämärtyämään ja potilaan hoidon tarve ratkaisee, kuka ammattilainen hänen asiansa hoitaa. Joidenkin asiantuntijoiden mukaan päivystysten keskittyessä kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden hoitoon, pääkaupunkiseudun terveysasemilla olisi syytä laajentaa aukioloaikoja ilta-aikaan.

Suun terveydenhuollon palveluissa Vantaa eroaa muista metropolialueen kunnista. Se on perustanut vuonna 2010 suun terveydenhuoltoon kunnallisen liikelaitoksen, muut alueen kunnat ovat järjestäneet palvelut omissa suun terveydenhuollon yksiköissään. Noin puolet alueen väestöstä käyttää yksityisiä suun terveydenhuollon palveluja saaden niistä Kela -korvauksen. Helsingin terveystieteiden keskuksella on suun terveydenhuollon peruspalveluissa monituottajamalli. Terveystieteiden keskus tuottaa palveluja itse, hankkii ostopalveluina sekä kiireellistä että kiireetöntä hammashoitoa palvelusetelimäisillä maksusitoumuksilla, kilpailutettuna yksityiseltä tuottajalta sekä päivystykseen vuokratyönä.

Ns. Paras-puitelain myötä pääkaupunkiseudulla (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen ja Kirkkonummi) aloitti kaksi suun terveydenhuollon yhteishaketta: virka-ajan ulkopuolinen päivystys ja suun erikoishoidon yksikkö. Molemmissa yhteishankkeissa Helsinki toimii ns. isäntäkuntana laskuttaen muilta kunnilta toteutuneiden käyntimäärien mukaiset kulut jälkikäteen. Virka-ajan ulkopuolinen pääkaupunkiseudun yhteinen päivystystoiminta on järjestetty Haartmanin sairaalassa. Tämä päivystystoiminta kilpailutettiin ja sen tuottaa ulkopuolinen palveluntuottaja.

Pääkaupunkiseudun Suun erikoishoidon yksikkö (PKS-Sehyk) vastaa pääosin metropolialueen terveystieteiden erikoishammaslääkäripalvelujen tuottamisesta Keravaa lukuun ottamatta. Oikomishoidon palveluista vastaa jokainen kunta itse. Yksikössä on erikoishammaslääkäreitä kaikilta kliinisiltä aloilta ja se toimii myös erikoistuvien hammaslääkäreiden koulutuspaikkana.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävistä prosesseista asiakasmäärältään laajin on vanhustenhuollon kokonaisuus ja sen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon eheys on vanhusasiakkaan arjessa selviytymisen ja toimintakyvyn säilymisen ja ylläpidon kannalta keskeistä. Myös päihde- ja mielenterveysasiakkaat tarvitsevat usein sekä sosiaali- että terveystieteiden palveluja joko samanaikaisesti tai peräkkäisinä. Mieli 2009-ohjelman mukaisesti palveluketjujen tulee olla saumattomia ja asiakaskohtaisen palvelun eheää.

### **Sosiaalipalvelujen järjestäminen**

Perustason sosiaalipalvelut ovat lähipalveluja. Sosiaalipalveluja ei ole porrastettu samalla tavalla palvelutarpeen esiintyvyyden ja hoidon vaatavuuden mukaan kuin terveydenhuollossa. Kuntaa laajemmalla pohjalla, kuntayhtymäratkaisuin, on organisoitu kehitysvammahuollon ja päihdehuollon laitoshoidon palveluja.

Paras-puitelain mukainen 20 000 asukkaan väestöpohja sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämiselle on metropolialueella toteutunut, sillä kunnat ovat väestöpohjaltaan suurempia Kauniaista lukuun ottamatta. Paras-lainsäädäntö ei ole tuottanut sosiaalipalvelujen järjestämisen organisointiin muutoksia.

Metropolialueen kunnat järjestävät kuntalaisilleen pääosin itse sosiaalipalvelut, kuten lapsiperheiden palvelut ja lastensuojelun, aikuissosiaalityön, vanhustenhuollon, päihdehuollon, vammaispalvelut ja kehitysvammahuollon. Ostopalveluja käytetään eniten lastensuojelun sijaishuollossa, päihdehuollossa, vanhusten laitoshoidossa ja asumispalveluissa.



Toimialan hallinnollinen organisointi poikkeaa jonkin verran kunnittain. Helsingissä sosiaalivirasto ja terveyskeskus toimivat omina hallintokuntinaan sosiaali- ja terveystointia johtavan apulaiskaupunginjohtajan alaisuudessa. Muissa kunnissa sosiaali- ja terveystoimi toimivat samassa hallintokunnassa. Lasten päivähoito sijaitsee Helsingissä sosiaalivirastossa ja Kauniaisissa sosiaali- ja terveystoimessa. Espoossa, Keravalla, Kirkkonummella ja Vantaalla päivähoito ja varhaiskasvatus ovat sivistystoimen toimialalla.

Metropolialueella on selvitetty myös muuta sosiaali- ja kriisipäivystysyhteistyötä, mutta toistaiseksi Helsinki, Vantaa ja Espoo hoitavat ne itse. Espoo myy palvelut myös Kauniaisiin ja Kirkkonummelle. Kerava tekee yhteistyötä sosiaalipäivystyspalveluissa Vantaan ja KUUMA-kuntien kanssa. Alan toimijat ovat kuitenkin tiiviisti yhteistyössä erityisesti suuronnettomuustilanteissa ja niihin varautumisessa.

Kuntarajat ylittävää yhteistyötä tehdään sosiaalipalveluissa jonkin verran erityispalveluissa ja pienten erityisryhmien palveluissa. Systemaattinen ja strateginen yhteistyö toteutuu pääkaupunkiseudun kuntien kesken päihdehuollossa. Lisäksi joitakin sosiaalipalvelujen, kuten päihdehuollon, sijaishuollon ja mielen-terveyskuntoutujien asumispalvelujen ostoja on kilpailutettu metropolialueen kuntien yhteistyönä.

Varhaiskasvatuksessa on Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten kesken sovittu, että vuodesta 2012 lähtien pääkaupunkiseudulla kuntalaiset voivat vapaasti valita, minkä kunnan varhaiskasvatuksen palveluja he hakevat.

Sosiaalityötä tehdään myös metropolialueen terveyskeskuksissa ja Hyks:ssä, joissa työskentelee yhteensä yli 300 sosiaalityöntekijää.

## **4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON HAASTEITA METROPOLIALUEELLA**

### **Palvelujen organisaatiolähtöisyys ja pirstoutuneisuus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen organisointi, järjestäminen ja tuottaminen ovat olleet organisaatiolähtöisiä ja terveydenhuollossa eri lääketieteen klinisiin erikoisaloihin perustuvia. Asiakkaiden ja potilaiden hoito on ollut pirstoutuneena monin eri hallinnollisin rakentein järjestettyihin palvelu- ja hoitokokonaisuuksiin. Myös sosiaalipalveluissa merkittävä osa erityisesti laitoshoidon ja asumisen palveluista on ostettu yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi yksittäisiä hoito- ja palvelutehtäviä tai hoito- ja palvelukokonaisuuksia on siirretty viranomaiselta toiselle erilaisten organisaatiomuutosten seurauksena. Kaikki edellä mainitut asiat ovat vaikuttaneet kokonaisuuden hahmottamisen vaikeuteen ja hoito- ja palveluketjujen koordinoinnin monimutkaistumiseen.

Vaikka asiakaskeskeisyys on ollut jo pitkään keskeinen strateginen tavoite sosiaali- ja terveystoimissa, hallinnolliset rakenteet eivät ole tukeneet hoito- ja palveluketjun sujuvuutta eivätkä asiakkaan kokonaishoitoa ja palvelua. Vastuu eri potilaiden ja potilasryhmien hoidosta ja palveluista sekä hoitoprosessin ko-

konaisuudesta on ollut hajallaan. Samoin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuut ovat olleet pirstoutuneina ja etusijalla erityisesti aiemmin on ollut sairauksien hoito eikä niiden ehkäisy.

Metropolialueelle ovat keskittyneet henkilöstömäärillä, asiakas- ja potilasmäärillä sekä tuotettujen palvelujen lukumäärillä mitattuina Suomen suurimmat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot. Helsingin sosiaalivirasto on maan suurin sosiaalialan toimija, Helsingin terveyskeskus Suomen suurin terveyskeskus ja HUS Suomen suurin sairaanhoitopiiri. Hoito- ja palvelukokonaisuuksien hallinnalle tämä asettaa erityisen suuria haasteita, jotta asiakas- ja potilaskeskeinen hyvä ja sujuva hoito onnistuu volyymiltään suurissa yksiköissä ja monimuotoisissa palvelurakenteissa.

### **Terveydenhuollon omistajaohjauksen ongelmia**

Omistajaohjaus-käsitettä käytetään kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyvän Corporate governance -termin suomennoksena. Käsite on liittynyt alun perin pörssiyrityksiin, niiden omistusrakenteisiin ja periaatteisiin, miten yhtiötä johdetaan ja valvotaan. Corporate governance -käsitettä on määritelty myös prosessiksi, jonka puitteissa yrityksille saatetaan tietoon sidosryhmien oikeudet ja toivomukset (Demb & Neubauer 1992). OECD:n määritelmän mukaan Corporate governance on kokoelma suhteita yhtiön johdon, sen hallituksen, sen osakkeenomistajien ja muiden sidosryhmien välillä. Se sisältää myös rakenteen, jonka avulla saavutetaan yhtiön tavoitteet sekä määritellään keinot niiden saavuttamiseksi ja suorituksen valvomiseksi.

Tässä hankesuunnitelmassa omistajaohjauksella tarkoitetaan järjestelmää, jolla metropolialueen kunnat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin omistajina osaltaan ohjaavat ja valvovat HUS:n toimintaa. Metropolialueen kuntien omistajapolitiikassa on yhtäältä kyse omistajastrategian valinnasta ja sen onnistuneisuuden arvioinnista ja toisaalta konserniohjauksesta, joka perustuu omistukseen liittyvään määräysvaltaan. Kunnat määrittelevät omistajapolitiittiset linjaukset sekä kunnan palvelujen kehittämistavoitteet toimintaympäristöä arvioiden taloudellisten mahdollisuuksien asettamissa rajoissa. Kuntien yhteistyö kuntayhtymän omistajaohjauksessa on toistaiseksi ollut vähäistä.

HUS:n ja Helsingin kaupungin tilintarkastajat selvittivät jäsenkuntien pyynnöstä vuonna 2009 HUS:n talouden ohjauksen toimivuutta. Selvityksessä on arvioitu HUS:n johtamisjärjestelmää, investointeja, tutkimuksen ja koulutuksen erityisvaltionosuutta ja kustannuslaskentaa sekä hinnoittelua. Selvityksen mukaan metropolialueen kuntien palvelusuunnitelmat eivät ole toteutuneet asetettujen ja vahvistettujen tavoitteiden ja talousarvioiden mukaisesti vaan HUS:n kustannukset ovat ylittyneet toistuvasti. Toisaalta valtakunnalliset tilastotiedot osoittavat, että kustannusten kasvu on ollut HUS:ssa viimeisen vuosikymmenen ajan selkeästi vähäisempää kuin maan muissa sairaanhoitopiireissä keskimäärin.

Tilintarkastajien raportin mukaan palvelusuunnitelmat eivät ole tukeneet yhteistä tavoiteasetantaa. Taloutta ja toimintaa tehokkaasti ohjaavat kannustin- ja sanktiomekanismit puuttuvat, palvelun hintaa, määrää ja laatua ei ole kuvattu selke-

ästi eikä sopimuksia tehdä kirjallisesti. Moniportainen, raskas ja poliittisesti korostunut hallintomalli ei tue HUS konsernin toiminnan tehokasta johtamista erikoissairaanhoidon ja sitä tukevien tehtävien hoitamiseksi. Johtamista vaikeuttavat myös heikko konserniohjaus, riittämätön seuranta ja ennustaminen sekä puutteet resurssien käytön tehokkuuden mittaamisessa. (Selvitys HUS:n talouden ohjauksen toimivuudesta. 2009)

### **Monikanavainen rahoitus**

Suomen terveydenhuollon monikanavainen rahoitusjärjestelmä on todettu monissa koti- ja ulkomaisissa asiantuntija-arvioinneissa ongelmalliseksi. Keskustelu rahoitusjärjestelmän uudistamistarpeesta on vilkastunut Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkistettua marraskuussa 2010 sosiaali- ja terveysministeriön tilaaman raportin sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen eduista, haitoista ja kehittämistarpeista (Pekurinen ym. 2010).

Suomessa keskeisiä rahoittajatahoja on kuusi: kunnat, valtio, kotitaloudet, kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Useissa EU-maissa rahoittajia on vain yksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän on todettu synnyttävän tehottomuutta ja kustannusvastuun siirtämistä organisaatiolta ja rahoittajalta toiselle. Rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia erilaisissa tutkimus- ja hoitopalveluissa, aiheuttaa päällekkäisiä investointeja ja synnyttää henkilöstön saatavuusongelmia. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä myös ylläpitää sekä väestöryhmien välistä että alueellista eriarvoisuutta. Maksukykyisille asiakkaille nykyjärjestelmästä on hyötyä valinnanvapauden lisääntymisenä. Moni työikäinen voi käyttää työterveyshuollon, terveyskeskuksen ja yksityisen terveydenhuollon palveluja rinnakkain.

THL:n selvityksestä käy ilmi, että nykyisestä rahoitusjärjestelmästä luopumisen edut olisivat suuremmat kuin nykyisellä järjestelmällä jatkaminen. Rahoitusjärjestelmän uudistaminen yksikanavaiseksi tapahtuisi kokoamalla yhteen veroilla kerätyt varat, sosiaalivakuutukset ja työnantajien maksamat maksut alueelliselle toimijalle, terveystalolle, jolla olisi taloudellinen ja toiminnallinen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Eteneminen kohti yksikanavaista rahoitusjärjestelmää olisi THL:n mukaan turvallista asteittain, alueellisten kokeilujen kautta.

### **Lainsäädäntöuudistukset**

Uusi terveydenhuoltolaki astuu voimaan 1.5.2011. Terveydenhuoltolaki on yhteinen sisältölahti perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja ensimmäinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon vaiheittaista uudistamista. Käynnissä on lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja järjestämistä koskevan lainsäädännön valmistelu sekä sosiaalihuollon lainsäädäntöuudistus.

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on

1. edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta,
2. kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja,
3. toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta,
4. vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä,
5. vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

Terveydenhuoltolaki korostaa erityisesti perusterveydenhuollon aseman vahvistamista, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saumatonta kokonaisuutta sekä asiakaskeskeisyyttä. Lakiin sisältyy uudistuksia, joiden toteuttaminen metropolialueella ei välttämättä merkitse perusterveydenhuollon aseman vahvistamista. Tästä johtuen metropolialueen erityispiirteet tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia laadittaessa metropolialuetta koskevin mahdollisin erillissääöksin.

### **Tietojen käyttöön liittyvät rajoitukset sekä tietojärjestelmien yhteensopimattomuus**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuotetaan enenevässä määrin eri tahojen yhteistyönä: kuntien välisenä yhteistyönä, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä, julkisen palvelun järjestäjän ja yksityisen palvelun tuottajan välisenä yhteistyönä. Tämän kehityksen seurauksena riippuvuus toisen viranomaisen ja rekisterinpitäjän tiedoista on kasvanut ja tiedon sujuvasta siirtämisestä viranomaisten välillä on tullut asiakkaan saaman kokonaishoidon ja palvelun sekä palvelujen tehokkuuden edellytys. Ajantasaisten asiakas- tai potilastietojen käyttö on palveluketjujen ja palvelujen integroinnin kannalta keskeinen asia. Nykylainsäädännön rekisterinpitovelvollisuudet ja salassapitosäännökset ovat kuitenkin johtaneet siihen, ettei tietoja voida järkevällä tavalla käyttää, mikä puolestaan aiheuttaa tehottomuutta palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä pahimmillaan vaarantaa jopa potilasturvallisuuden.

Asiakkaan ja potilaan parhaaksi sekä tehokkaiden ja taloudellisten palveluprosessien mahdollistamiseksi kaikkien potilas- ja asiakastietojen tulisi olla ilman kulloinkin erikseen annettavaa suostumusta käytettävissä niin perusterveydenhuollossa, sosiaalihuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien asiakas- ja potilastietojärjestelmien hankinta ja järjestelmien tietorakenteiden toteuttaminen on tapahtunut ilman kansallista koordinaatiota ja valvontaa. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa käytössä olevat tietojärjestelmät eivät keskustele keskenään eikä tieto liiku sähköisesti. Nykyinen tietosuojalainsäädäntö ja tietojärjestelmätilanne rajaa ajantasaisen tiedon käytön tiettyyn organisaatioon tai toimialaan.

## **Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnan hajanaisuus**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkimus- ja kehittämistoiminta on hajallaan ja pirstaleinen. Metropolialueella erityisesti isojen kaupunkien sosiaali- ja terveys-toimet tekevät merkittävää tutkimus- ja kehittämistyötä lähellä asiakkaita ja käytännön toimintaa. Lääketieteellisen tiedekunnan yleislääketieteen laitos osallistuu huomattavalla panoksella tutkimus- ja kehittämistoimintaan yleislääketieteen alalla. Sosiaalialan osaamiskeskusten tehtävänä on turvata mm. sosiaalialan tutkimus-, kokeilu- ja kehittämistoiminnan toteuttaminen toimialueellaan. Lisäksi valtiovallan erilaiset tutkimus- ja kehittämishankkeet ovat eri tahojen hallinnoitavaa ilman koko tutkimus- ja kehittämistoiminnan selkeää koordinaatiota ja vastuutahoa. Hoitotieteen yliopistokoulutuksen puuttuminen metropolialueelta näkyy alan tutkimuksen ja kehittämisen vähäisyytenä ja laatuongelmina.

## **Koulutus ja opetus**

Metropolialueella sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan koulutus on järjestetty tiedekorkeakouluissa (Helsingin yliopisto), alueen monipuolisissa ammattikorkeakouluissa (Metropolia, Laurea, Diak, Arcada) sekä alueen toisen asteen ammattioppilaitoksissa (Hesote, Practicum, Omnia, Diakoniaopisto). Kaikkia koulutussuuntia ja opetusta on kehitetty viime vuosina. Helsingin yliopiston yleislääketieteen laitos on luonut pysyvät yhteydet metropolialueen terveyskeskuksiin ja kiinnostus yleislääketieteeseen ja perusterveydenhuoltoon on lisääntynyt. Metropolialueen terveyskeskukset ovat aktiivisesti mukana opetus-terveyskeskustoiminnassa ja toiminta on organisoitu paikallisiin terveyskeskuksiin mahdollistamalla tutorlääkärijärjestelmällä opetusmyönteinen ja toimiva kokonaisuus lääketieteen opiskelijoille ja perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheen lääkäreille. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan peruskoulutettavien lääkäreiden määrän riittämättömyys on tullut esille lääketieteen koulutuksen arvioinnin yhteydessä. Samoin tiettyjen alojen erikoislääkäripula ja nykyisen erikoislääkärikoulutuksen riittämättömyys kompensoida lähitulevaisuuden eläkepoistumaa on muodostunut ongelmaksi, joka kaipaava tarkempaa selvitystä.

Helsingin kaupungin yliopistohammasklinikka vastaa kaupungin, Helsingin yliopiston ja HUS:n kanssa tehtyyn sopimukseen perustuen hammaslääkärikoulutuksen kliinisen vaiheen opetuksesta. Opiskelijat hoitavat viisi vuotta kestävästä hammaslääketieteen lisensiaattikoulutuksensa kolmen viimeisen vuoden aikana helsinkiläisiä potilaita yliopistoklinikalla. Terveyskeskus on vuokrannut tarvittavat tilat, varustanut ne 69:llä hammaslääkäriin hoitotuolilla ja palkannut tarvittavan henkilökunnan, mm. kliinisiä opettajia sekä sivuvirkaisia yliopiston professoreita ja lehtoreita.

Metropolialueen kunnissa ei ole tällä hetkellä riittävästi päteviä sosiaalityöntekijöitä vaan paikoin jopa puolet on epäpäteviä. Lähivuosina sosiaalityöntekijöitä siirtyy eläkkeelle yhä enemmän ja kuntien on yhä vaikeampi saada rekrytoiduksi kelpoisuuden omaavia sosiaalityöntekijöitä. Helsingin yliopiston sosiaalityön opintoihin otetaan vuosittain 25 sosiaalityön opiskelijaa. Määrä on vähäinen ver-

rattuna metropolialueen kuntien nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin. Kuitenkin sosiaalityön opiskelusta kiinnostuneita on vuosittain ollut runsaasti.

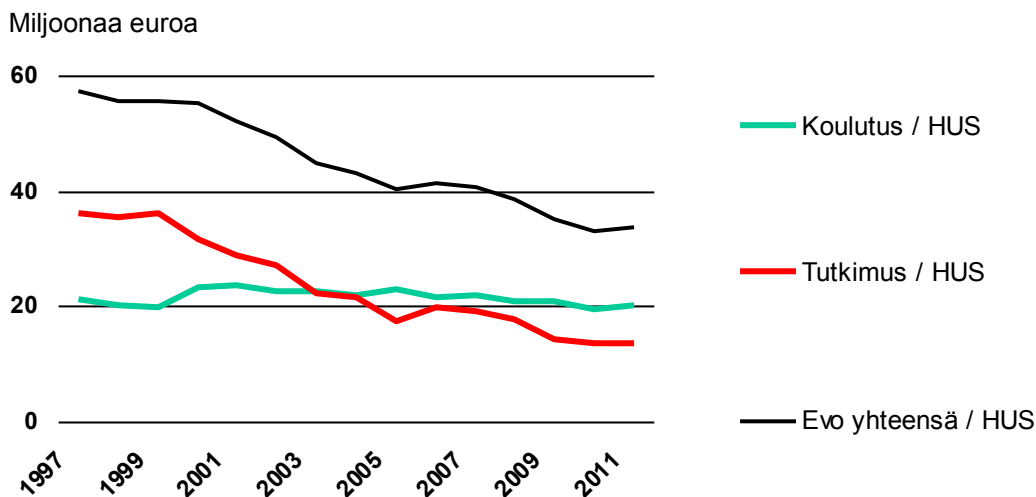
Sosiaali- ja terveysministeriön ja opetus- ja kulttuuriministeriön olisi kiinnitettävä vakava huomio sosiaalityön korkeakouluopiskelun määrään yleensä ja erityisesti Helsingin yliopistossa, josta valmistuvat hakeutuvat metropolialueen työpaikoihin.

Ammattikorkeakoulut ja ammattioppilaitokset ovat uusineet opetussuunnitelmiin työelämälähtöisesti, jolloin opetuksen sisältö ja vastaavuus käytäntöön on paranemassa. Terveystieteiden maisterikoulutuksen puuttuminen Helsingin yliopistosta aiheuttaa erittäin merkittävän ongelman hoitotyön johtajien rekrytointiin. Vaikutukset ulottuvat negatiivisina sairaanhoitajakoulutukseen ja sairaanhoitajien urakehitykseen laajemminkin alan jatkokoulutusmahdollisuuksien puuttuessa metropolialueelta. Alueella työskentelee noin 25 000 hoitohenkilöstöön kuuluvaa eli noin neljännes maan koko hoitohenkilöstöstä. Yli kymmenen vuoden ajan metropolialueelta on jouduttu hakeutumaan opiskelemaan terveystieteitä pääkaupunkiseudun ulkopuolelle. Opiskelu Kuopiossa, Oulussa, Tampereella tai Turussa merkitsee yksilötasolla huomattavia hankaluuksia, etenkin kun valtaosa terveystieteitä opiskelevista on perheellisiä ja pääkaupunkiseudun terveydenhuollon yksiköihin työsuhteessa olevia.

### **EVO-rahoituksen jälkeensäneisyys**

Valtion yliopistosairaaloiden opetus- ja tutkimustoimintaa varten maksama valtioapujärjestelmä muuttui vuoden 1994 alusta erillisvaltionosuusrahoitukseksi (EVO). Tämän jälkeen tutkimukseen ja opetukseen saatu valtionapu on pienentynyt merkittävästi. Opiskelijamäärän kasvaessa on korvaus kuitenkin jäämässä pienemmäksi kuin toteutuneet kustannukset. HUS:n opetukseen saama EVO-korvaus ei ole kasvanut opiskelijamäärän kasvun suhteessa, koska korvaussumma opiskelijaa kohden on samaan aikaan pienentynyt. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutus on näin siirtynyt merkittävältä osiltaan metropolialueen kuntien kustannettavaksi. Tilanne on poikkeuksellinen, sillä kaikkien muiden alojen yliopistotasaisen koulutuksen maksaa maassamme valtio.

Myös Helsingin kaupungin yliopistohammaslinikka saa HUS:lta EVO-korvauksia kattamaan opetuksesta johtuvia ylimääräisiä kuluja.



Kuvio 1. HUS:n sairaalakustannusindeksillä korjattu erityisvaltionosuuden kehitys vuoteen 2010 ja ennuste vuodelle 2011

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Metropolialue toimintaympäristönä asettaa sosiaali- ja terveystalouden hyvälle toimivuudelle erityiset haasteet. Palveluja järjestävät organisaatiot ovat suuria, palvelujen tuottajia on runsaasti julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla, henkilökuntaa on kymmeniä tuhansia ja palveluja tarjotaan useissa sadoissa eri osoitteissa. Myös väestöä ja palvelujen käyttäjiä on paljon ja he poikkeavat muun Suomen väestöstä mm. tulo- ja koulutustason, monikulttuurisuuden ja sosiaalisen monimuotoisuuden osalta. Asiakas- ja potilaskeskeinen hyvä hoito ja hoiva tarvitsevat toteutuakseen paitsi osaavaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa, myös rakenteet ja prosessit, joilla varmistetaan hoidon ja hoivan toteutuminen laadukkaasti ja kustannustehokkaasti ilman suurta hoidon antajakohtaista vaihtelua. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan metropolialueelle sopivalla organisoinnilla varmistetaan tähän tarkoitukseen suunnattujen voimavarojen mahdollisimman hyvä hyödyntäminen.

Aiesopimuksen pohjalta tehtävän kehittämistyön tavoitteena on turvata metropolialueen asukkaille ehyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus ja vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Lisäksi tavoitteena on sopia hankkeista, joissa mallinnetaan sosiaali- ja terveydenhuollon uusia omistajaohjauksen ratkaisuja. Uusilla malleilla tavoitellaan erityisesti peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon nykyistä parempaa integraatiota.

Kehittämistyön päämääränä on:

1. Tukea metropolialueen kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon eheää, laadukasta ja sujuvaa potilashoidon kokonaisuutta luomalla yhtenäinen rakenne eri potilas- ja asiakasprosesseille.
2. Selkiyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnan rakenteet metropolialueella.

3. Korjata EVO-rahoituksen jälkeenjääneisyys.
4. Tehostaa HUS:n omistajaohjausta ja selkeyttää HUS:n ohjausrakennetta sekä selvittää mahdollisuudet HUS:n rahoituksen (ml. investoinnit) ja las-  
kutusperiaatteiden selkiyttämiseksi.
5. Selvittää mahdollisuudet uusien rahoitusmallien kokeiluun metropolialueella.

Tavoitteiden saavuttamiseksi perustetaan viisi eri hanketta, jotka tarkemmin esitellään seuraavassa luvussa. Hankkeissa tulee kartoittaa myös lainsäädäntötarpeita, joita sosiaali- ja terveysministeriö voi hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lainsäädännön laatimisessa.

## **6 EHDOTETUT HANKKEET**

### **6.1 Perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon integraatio perustasoa vahvistaen**

#### **Nykytilasta ja sen ongelmista**

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa on useita keskeisiä alueita, joissa asiakkaan hoitoprosessi tai palveluketju ylittää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erikoissairaanhoidon rajoja toistuvasti. Näitä alueita ovat mm. vanhustenhuolto, päihdetyö, mielenterveystyö, kuntoutus, vammaispalvelut ja lastensuojelu.

Asiakkaan kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien toimivuus, palvelujen tarpeen mukainen saatavuus ja palveluketjujen saumattomuus ovat keskeisiä vaatimuksia. Yhteiskunnan kannalta olennaista on edellä mainitun lisäksi palveluprosessien sujuvuus ja tehokkuus sekä laadukkaat ja taloudellisesti toteutetut palvelut.

Tällä hetkellä palvelujärjestelmä on pirstoutunut ja useat hallinnolliset raja-aidat sekä tietojen käyttöä ja tietosuojaa koskeva lainsäädäntö sekä nykyisenkaltainen järjestämistapa hankaloittavat palvelujen sujuvaa järjestämistä, kustannusten kasvun hallintaa ja myös tuottavuuden lisäämistä. Tilanne on omiaan synnyttämään myös päällekkäistä toimintaa ja hallinnointia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon perustason palvelujärjestelmät on Helsinkiä lukuun ottamatta yhdistetty hallinnollisesti sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiksi. Tämä ei kuitenkaan vielä ole taannut sitä, että asiakkaan kannalta palvelut olisivat integroituneita ja asiakkaan tilannetta parhaiten palvelevia ja edistäviä.

Useat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat tarvitsevat samanaikaisesti sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja ja lisäksi terveydenhuollossa perus- ja erikoissairaanhoidon palveluja. Apua, tukea, hoitoa ja palveluja tarvitsevan asi-



akkaan kannalta palvelujärjestelmää on vaikea hallita ja hahmottaa ja asiakas joutuu asioimaan useissa yksiköissä.

Seurauksena on esimerkiksi, että

- asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen tarkastelu onnistuu huonosti
- kukin työntekijä tarkastelee asiakkaan tilannetta ja suunnittelee ja toteuttaa siihen tarvittavia palveluja vain oman professionsa näkökulmasta
- asiakasta voidaan "pallotella" organisaatioiden välillä ja kukin tarkastelee asiaa oman organisaation optimoinnin näkökulmasta
- asiakkaan hoidon ja palvelun kokonaiskustannukset eivät ole kenenkään hallinnassa.

### **Esitys hankesuunnitelmaksi**

Tavoitteena on saada asiakkaalle ja potilaalle tarpeen mukaiset peruspalvelut ja ehkäistä ympärivuorokautisen hoidon tarvetta sekä saada hoito ja palvelut mahdollisimman tehokkaasti yhteen toimiviksi.

Konkreettiset tavoitteet:

1. Selvittää, miten moniammatillinen työote ja toimintamalli saadaan toimimaan käytännön työssä riippumatta siitä, mitkä hallinnolliset organisaatorakenteet asiakkaan tarvitsemien palvelujen tuottamiseksi ovat olemassa.
2. Luoda rakenne kuntien ja Hyks:n välisten hoitoketjujen ja hoitokäytäntöjen kehittämiseksi ja niiden tulosten arvioinnille. Rakenne tulee olla tiiviisti kytköksissä sekä kuntien että sairaanhoitopiirin strategiseen johtamiseen ja talousarviosuunnitteluun.
3. Mallintaa alustavasti 5-10 tärkeimmän potilasryhmän hoitoprosessi
  - a) Kuvaus sisältää mm.: potilasryhmän koon ja määritelmän, omistajuuden, prosessin kuvauksen, tavoitteet, mittarit, vastuut ja työnjaon, potilaan ja omaisten roolit, kustannukset.
  - b) Mukaan tulee valita
    - suhteellisen rajattuja ja selkeitä kokonaisuuksia (esim. kaihi / glaukooma, uniapnea)
    - taloudellisesti ja toimintakyvyn kannalta oleellisia (esim. tekonivelkirurgia, psykoosi, diabetes, reuma, depressio, kaksoisdiagnoosipotilaat, muistisairaudet, aivohalvaus),
    - joku sellainen asiakas- /potilasryhmä, jonka hoitoprosessi on monimutkainen ja vaikeammin standardoitavissa (esim. mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut, erityistuen tarpeessa oleva lapsi, saattohoito, haavahoito, kuntoutus)
4. Selkiyttää lähete-palautte -järjestelmän pelisääntöjä ja seurantaa. Tavoitteena on potilaan nopeampi hoitoon pääsy, nopea kuntoutus, parempia lähetteitä, lyhyemmät sairaalajaksot, laadukkaat ja jatkohoitoa tukevat palautteet.

Samassa yhteydessä tarkistetaan ja luodaan rakenne myös yksityissektorilta ja työterveyshuollosta tulevien läheteiden käsittelyyn. Lähtökohtana on, että kriteerit ja käsittelyprosessi ovat samat kaikilla läheteillä.

5. Luoda toimiva erikoissairaanhoidon konsultaatiomalli perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yksiköille.
6. Tehdä ehdotukset siitä, miten rekisterinpitoa, tiedon käyttöä ja tietojärjestelmiä tulee kehittää, jotta ne tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon eheyttä ja integraatiota, sujuvaa hoitoa ja tulosten seuranta.

Edellä olevat rakenteet ja toimintamallit ja niiden edelleen kehittäminen liitetään osaksi terveydenhuollon järjestämisuunnitelmaa.

Hankkeen vetovastuu on erikseen tähän hankkeeseen valittavalla pienryhmällä, jossa on moniammatillinen edustus metropolialueen kuntien terveystoimesta sekä Hyks:stä.

#### **Hankkeen aikataulu:**

- alustavat luonnokset 30.9.2011 mennessä
- pilotit käynnistyvät 30.11.2011 mennessä
- väliraportti 31.3.2012
- loppuraportti 30.9.2012

## **6.2 Kehittäminen ja tutkimus**

### **Nykytilasta ja sen ongelmista**

Metropolialueella on sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnassa useita toimijoita: Sosiaalialan osaamiskeskus Socca, Sosiaalitalo Oy ja Det Finlandssvenska kompetenscentret, HUS:n Yleislääketieteen yksikkö. Lisäksi kunnissa ja HUS:ssa on omaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Helsingissä on lisäksi kaupungin oma tietokeskus, joka tekee kaupunkitutkimusta ja myös sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvia tutkimuksia ja selvityksiä. Kehittämistyö ei aina ole parhaalla mahdollisella tavalla tukenut eri toimijoiden ja koko sosiaali- ja terveydenhuollon strategisten tavoitteiden toteuttamista.

Uuden terveydenhuoltolain myötä perusterveydenhuollon kehittämistä ja tutkimusta vahvistetaan valtakunnallisesti. Terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiireihin perustetaan perusterveydenhuollon yksikkö. Perusterveydenhuollon yksiköllä on samansuuntaiset tehtävät kuin sosiaalialan osaamiskeskuksilla ja edellä mainitun pykälän perusteluihin onkin kirjattu velvoite toimia yhteistyössä sosiaalialan osaamiskeskusten kanssa. Tämä on perusteltua ottaen huomioon terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laaja yhteinen asiakaskunta sekä edellytykset sosiaali- ja terveydenhuollon eheydestä. Perusterveydenhuollon yksikössä tulee olla moniammatillinen terveystoimen asiantuntemus.

Lisäksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on perustettava yliopistotasoinen terveyden tutkimuksen tutkimustoimikunta, jossa on monitieteinen edustus erityisvastuualueen terveydenhuollon toimintayksiköistä. Tutkimustoimikunta päättää tutkimusrahoituksen myöntämisestä alueellaan hakemusten perusteella.

Perusterveydenhuollon yksikkö tulee olemaan uusi toimija jo ennestään monien metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistahojen joukossa. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan osaamis pääoma ja rajalliset resurssit tulisi saada järkevällä tavalla muodostetuiksi ja koordinoituiksi. Tästä johtuen on tarkasteltava tutkimus- ja kehittämistoimintaa kokonaisuutena. Moniammatillisen terveysalan asiantuntemuksen omaavan perusterveydenhuollon yksikön tulee mm. tukea alueen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laatimista. Lisäksi se antaa asiantuntemusta ja sovittaa yhteen alueellaan perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimusta, kehittämistä, hoito- ja kuntoutusketjujen laatimista, täydennyskoulutusta ja huolehtii henkilöstötarpeen ennakoinnista sekä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja soveltuvin osin sosiaalitoimen yhteensovittamisesta.

### **Esitys kehittämis- ja tutkimustoiminnan organisointia koskevasi hankkeeksi**

Tehtävänä on valmistella metropolialueelle soveltuva perusterveydenhuollon ja sosiaalialan monitieteinen kehittämis- ja tutkimustoiminnan organisointimalli, joka kokoaa kehittämisresurssit mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Hankesuunnitteluvaiheessa tulee käydä läpi useampia kuin yksi vaihtoehtoinen malli. Mallin tulee sisältää visio siitä, miten yhteydet rakennetaan yliopistojen yleislääketieteeseen, hoitotieteeseen, sosiaalitieteisiin, käyttäytymistieteisiin ja ammattikorkeakouluihin. Ehdotuksissa tulee esittää metropolialueen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen kehittämistyön strategiset painopisteet sekä millainen kehittämistyö parhaalla mahdollisella tavalla tukee tavoitteiden toteuttamista.

Hankkeen valmistelua varten nimetään selvityshenkilöpari ja heille taustaryhmä, jossa ovat edustettuina metropolialueen kunnat, sosiaalialan osaamiskeskukset Socca ja Sosiaalitaito - Socialkompetens, Helsingin yliopiston yleislääketieteen laitos ja sosiaalitieteen laitos, Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitos sekä HUS.

### **Hankkeen aikataulu**

1.3.2011 – 31.5.2011

## **6.3 EVO-rahoitus**

### **Nykytilasta ja sen ongelmista**

Valtio on vuodesta 1957 lähtien tukenut yliopistosairaaloiden opetus- ja tutkimustoimintaa maksamalla niille suurempaa valtionosuutta tai erilliskorvausta

opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamiin kustannuksiin. Vuosina 1972 - 1990 tämä korvaus oli 10 % käyttökustannuksista, mutta määrää ei pidetty riittävänä ja korvaus nostettiin 12 %:ksi vuosiksi 1991 - 1992. Vuonna 1993 valtionosuusjärjestelmää muutettiin ja samalla luovuttiin käyttökustannuksiin perustuvista valtionavusta sairaaloille. Vuoden 1994 alusta erityisvaltionosuusrahoitus (EVO) tuli laskennalliseksi siten, että se määräytyi yliopistossa suoritettujen tutkintojen ja yliopistosairaaloissa tehtyjen tieteellisten artikkeleiden ja julkaistujen väitöskirjojen perusteella laskettujen pisteiden mukaisesti. HUS:n vuoden 2009 tilinpäätöksestä sen osuus oli enää 2,3 % kustannuksista. Vuosina 1997 - 2009 EVO-kokonaisrahoitus on reaalisesti (kuluttajahintaindeksillä korjattuna) vähentynyt. Erityisen selvä on ollut tutkimus-EVO:n vähennys, mutta koulutus-EVO sen sijaan on näinä vuosina valtakunnallisesti reaalisesti hieman kasvanut mutta pysynyt HUS:ssa aiempien vuosien tasolla.

Suuri osa opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamista kuluista on epäsuoria, joten todellista kustannusrasitusta on käytännössä mahdoton erottaa kustannuslaskennan keinoin sairaanhoidon kuluista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen laskelmien mukaan HUS:n suorat ja epäsuorat tutkimuskulut olivat vuonna 2008 yhteensä noin 45 milj. euroa. Tutkimukseen saatu EVO oli 17 milj. euroa, joten muulla tavalla katettavaksi jäi 28 milj. euroa. Vastaavasti opetuksen kustannukset olivat noin 80 milj. euroa. Opetukseen saatu EVO oli 20 milj. euroa, joten sairaanhoitopiirin ja sen kuntien kannettavaksi jäi 60 milj. euroa. Kyseisissä kustannuslaskelmissa on otettu jo huomioon opiskelijoitten tuottama työpanos ja sen kustannus.

Helsingin yliopiston lääkäri- ja hammaslääkärikoulutus onkin siirtynyt merkittävil-  
tä osiltaan metropolialueen kuntien kustannettavaksi, mikä vaatii koulutus- ja tutkimusrahoituksen korjaamista.

### **Esitys EVO-rahoituksen ajantasaistamisen hankesuunnitelman laatimiseksi**

Tehtävänä on valmistella tutkimus-EVO:n käyttöä ohjaava toimintamalli siten, että omistajakunnat voivat seurata sen käyttöä.

Koulutus EVO-rahojen kannalta on ensin luotava yhteinen käsitys koulutuksen yliopistosairaalalle ja muille yksiköille aiheuttamista ylimääräisistä kustannuksista ja tämän jälkeen tehdä ehdotus niiden täysimääräisestä korvaamisesta.

Hankkeen valmistelua varten nimetään selvitysryhmä, jossa ovat edustettuina HUS, sosiaali- ja terveysministeriö, Helsingin yliopisto sekä jäsen metropolialueen kunnista.

### **Hankkeen aikataulu**

1.3.2011 – 31.12.2011

## 6.4 HUS:n omistajaohjauksen, ohjausrakenteiden, rahoituksen ja laskutusperiaatteiden selkiinnyttäminen

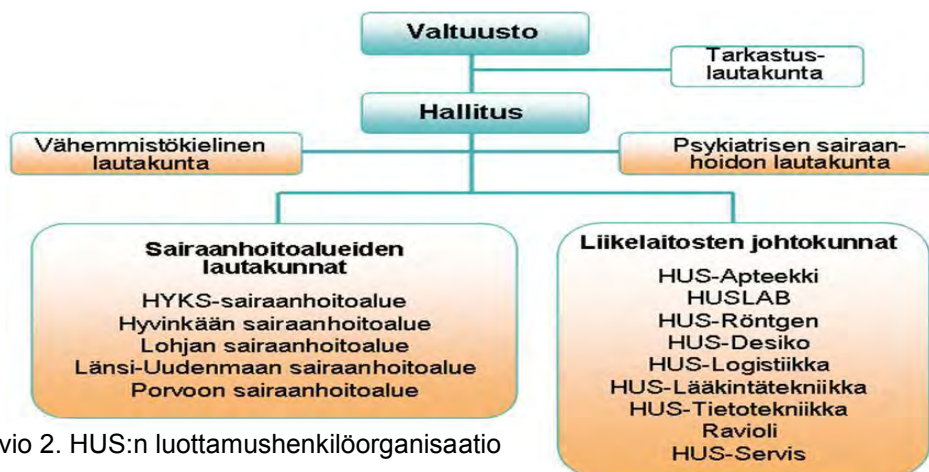
### Nykytilasta ja sen ongelmista

HUS on Suomen suurin sairaanhoitopiiri ja se järjestää erikoissairaanhoidon palveluja 26 jäsenkunnalle sekä vastaa monista valtakunnallisesti keskitetyistä erityistason palveluista. HUS on myös yliopistollinen sairaanhoitopiiri, jossa annetaan noin kolmasosa maamme lääkäreiden ja hammaslääkäreiden opetuksesta. Lähes puolet terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta tehdään HUS:ssa. HUS-konsernin muodostavat HUS-kuntayhtymä ja juridisesti itsenäiset tytär- ja kiinteistöyhtiöt.

HUS:n hallinto- ja päätöksentekojärjestelmästä määrätään HUS:n perussopimuksessa, jota voidaan muuttaa, mikäli 2/3 jäsenkunnista sitä kannattaa ja niiden asukasluku on vähintään puolet kaikkien jäsenkuntien yhteenlasketusta asukasluvusta. Ylintä päätösvaltaa käyttää valtuusto, johon jäsenkuntien valtuustot valitsevat suuruutensa mukaan kukin 2 – 5 jäsentä ja heille henkilökohtaiset varajäsenet. Lisäksi Helsingin yliopistolla on oikeus nimetä valtuustoon kaksi jäsentä ja heille henkilökohtaiset varajäsenet. Valtuustossa on 59 jäsentä.

HUS-sairaanhoitopiiriä johtaa valtuuston alaisena hallitus, johon valtuusto valitsee toimikaudekseen 15 jäsentä ja heille henkilökohtaiset varajäsenet. Helsingin yliopistolla on oikeus valita myös hallitukseen kaksi jäsentä ja heille henkilökohtaiset varajäsenet. Hallituksen alaisena toimii liiketoimintajaosto.

HUS jakaantuu viiteen sairaanhoitoalueeseen, jotka ovat Hyks-sairaanhoitoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue ja Porvoon sairaanhoitoalue. Kullakin viidellä sairaanhoitoalueella toimii valtuuston asettama, hallituksen alainen lautakunta. Lisäksi hallituksen alaisena toimivat vähemmistökielinen lautakunta ja psykiatrisen sairaanhoidon lautakunta. Kullakin HUS:n liikelaitoksella on oma johtokunta.



Kuvio 2. HUS:n luottamushenkilöorganisaatio

HUS:n omistajaohjaus on moniportainen kokonaisuus. HUS:n poliittinen ohjaus koostuu epäsuorasti, poliittisin voimasuhtein valitusta valtuustosta, hallituksesta, lautakunnista ja johtokunnista, joissa metropolialueen kunnilla on enemmistö.

Kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnat tai perusturvalautakunnat määrittelevät kuntien sosiaali- ja terveystoimen strategiset linjaukset kaupunkien ja kuntien valtuustojen yleisistä strategioista johdettuina. Kuntien yleisjohto (kaupungin- ja kunnanjohtajat) sekä kuntien sosiaali- ja terveysjohto (apulaiskaupunginjohtajat ja perusturvajohtajat) toimivat ylimpänä virkamiesjohtona ja kumppanina palvelusopimusneuvotteluissa. Ns. HUSTRA-ryhmä koostuu kuntien talous- ja rahoitusjohtajista, jotka arvioivat HUS:n toimintaa erityisesti talouden ja omistajaohjauksen näkökulmasta. HUS:n operatiivinen toiminta muodostaa konsernin, jota johtaa toimitusjohtaja alaisenaan HUS:n sairaanhoitoalueet ja liikelaitokset. Hyks:n neljä tulosyksikköä koordinoivat eri sairaanhoitoalueiden kliinistä toimintaa. HUS:n liikelaitokset tuottavat tukipalvelut kaikille sairaanhoitoalueille.

HUS:n kokonaisuuden hallinnan haasteellisuutta lisää se, että HUS on osa Helsingin yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualuetta (Erva), johon HUS:n lisäksi kuuluu Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien erityistason sairaanhoito. Erityisvastuualue perustuu asetukseen ja erityisvastuualueita on Suomessa kaikkiaan viisi jakautuen kunkin viiden yliopistosairaalan vastuulle. Erityisvastuualue ei ole juridinen elin vaan eräänlainen yhteistoiminta-alue, jonka sisällä koordinoidaan ja tarvittaessa keskitetään erikoissairaanhoitoa sairaanhoitopiirien yhteisesti sopimalla tavalla. Valtakunnallisesti viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät tautiryhmät ja hoidot perustuvat asetukseen. Hyks-yliopistosairaalan sairaalat ovat Hyks/Helsingin sairaalat, Jorvi ja Peijas. Muut HUS:n sairaalat edustavat peruserikoissairaanhoitoa ja alla olevassa listassa kohtaa 1.

Erityisvastuualueella ei ole omaa hallintoa, vaan sen tehtäviä hoitavat esimerkiksi HUS:ssa osin HUS-keskushallinnon toimitusjohtaja, johtajaylilääkäri ja osin Hyks-sairaanhoitoalueen johtaja ja tulosyksiköiden johtajat.

HUS:ssa Hyks:llä on nelinkertainen rooli:

1. Pääkaupunkiseudun kuntien "aluesairaala", jonka tyyppisiä ns. peruserikoissairaanhoidon taseisia toimintoja on osin kuntien omassa organisaatiossa ja erityisesti Helsingin kaupungilla.
2. HUS-kuntayhtymän kuntien keskussairaala ja yliopistollinen keskussairaala
3. Erva-alueensa vaativan erityistason sairaala
4. Valtakunnallisesti vain Hyks:in keskitettävien hoitojen toteuttaja

Arviolta n. 80 % Hyks:n kokonaiskustannuksista kohdistuu metropolialueen kunnille ja alueen väestön hoitoon. Erikoissairaanhoidon, yliopistosairaalan ja Erva-alueen limittyvä kokonaisuus on eräs keskeinen tekijä myös omistajaohjauksen ja ohjausrakenteiden kannalta. Kunkin osion kustannukset nivoutuvat toisiinsa, joten niitä ei ole pystytty täysin erottamaan eikä jakamaan oikeudenmukaisesti aiheuttamisperiaatteen mukaisesti käyttäjille. Samoin Hyks-sairaanhoitoalueen päätöksenteko metropolialueen kannalta on ongelmallinen, koska päätöksentekoon osallistuvat myös muut tahot.

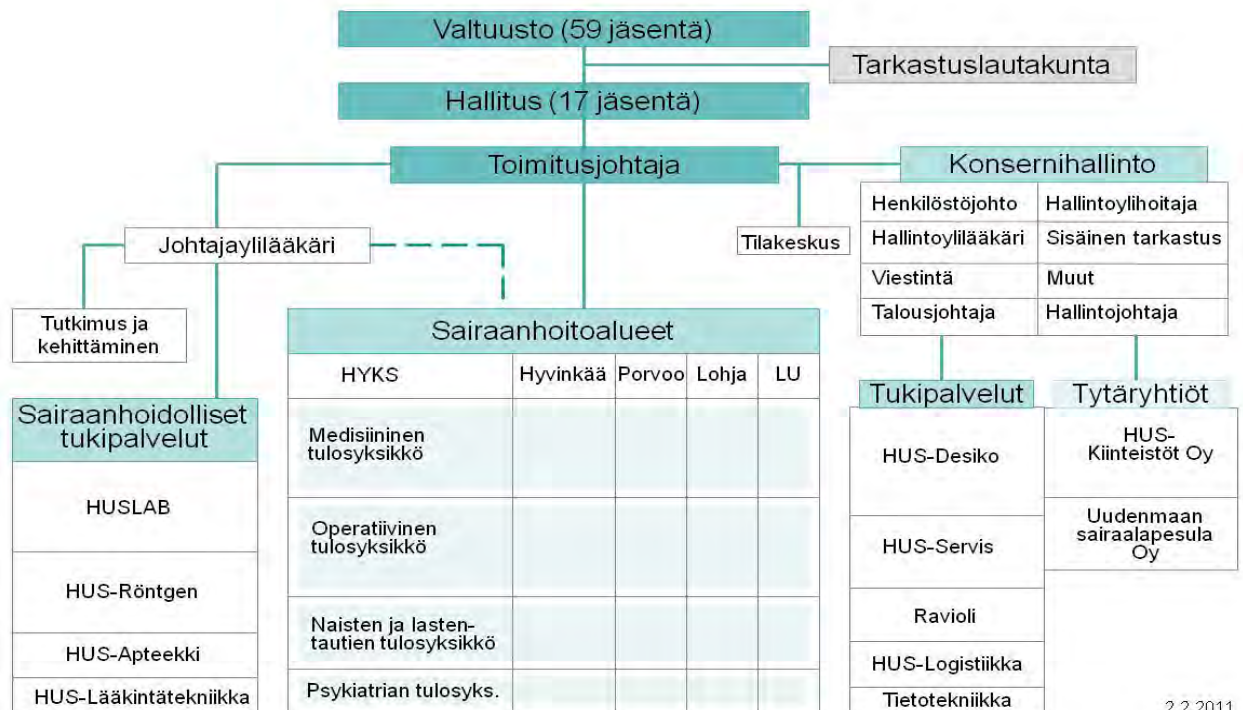
HUS:n rahoitus ja laskutusjärjestelmä eivät ole kaikilta osin riittävän läpinäkyviä ja yhteisiin sitoviin sopimuksiin perustuvia. Erityisenä ongelmana on ollut talousarvioiden jatkuva ylittyminen. Nämä vaativat korjaamista ja uudenlaisia toimintamalleja yhteisten tavoitteitten saavuttamiseksi myös talouden osalta. Myös

suunniteltujen investointien vaikutus palvelujen kustannuksiin edellyttää investointitason kriittistä uudelleen arviointia.

HUS:ia on uudistettu ja kehitetty koko sen kymmenvuotisen olemassaolon ajan. HUS vastaa kooltaan suurta yritystä, sen henkilöstömäärä on 21 000. HUS:n hallituksen suuri koko perustuu mm. HUS:n syntyyn liittyviin sopimuksiin ja perussopimuksen nojalla sen kaikkien sairaanhoitoalueiden ja Helsingin yliopiston edustukseen hallituksessa. Kuntayhtymän hallituksen koko ja valintakriteerit ovat olleet kritiikin kohteina. Ne perustuvat nykyisellä kokoonpanollaan kunta-vaalien poliittisiin voimasuhteisiin ja mm. tasa-arvosäännöksiin kuten muissakin kuntayhtymissä. Perussopimuksessa määritellään tarkoin, miten kuntayhtymän kunnat saavat äänimääriä vastaavan osuuden valtuustopaikoista. Joidenkin näkemysten mukaan toisentyypinen rakenne mahdollistaisi tehokkaamman päätöksenteon. On myös esitetty valtuuston tilalle yhtymäkokousta ja hallintorakenteen keventämistä muutenkin.

HUS:n luottamushenkilöorganisaatio on moniportainen: valtuusto, tarkastuslautakunta, hallitus, sairaanhoitoalueiden lautakunnat, liikelaitosten johtokunnat, vähemmistökielinen ja psykiatrian lautakunta. HUS:n hallituksessa on menneillään selvitystyö, joka koskee tukipalvelujen organisaation kehittämistä. Tämä tarkoittaa mm. liikelaitosten lukumäärää, asemaa ja tulevaa hallinnollista rakennetta.

### HUS:n toiminnallinen organisaatio 2011



Kuvio 3. HUS:n toiminnallinen organisaatio 2011

## Hanke-ehdotus ja tavoitteet

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin nykyinen hallintomalli vaatii metropolialueen kuntien näkökulmasta omistajaohjauksen, vastuiden ja työnjaon selkiyttämistä.

Tavoitteet:

1. Selkiyttää HUS:n rahoitus ja laskutusperiaatteet.
2. Etsiä mahdollisuuksia keventää HUS:n hallintorakennetta ja lisätä hallintoelinten liiketoimintaosaamista.
3. Selkiyttää poliittisen johdon ja virkamiesjohdon vastuita ja työnjakoa
4. Tehdä näkyväksi Erva-alueen hallintorakenne (HUS, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri ja Kymenlaakson sairaanhoitopiiri).
5. Luoda järjestelmä valtakunnallisten ja Erva-aluetta koskevien veloitteiden ja kustannusten erottamiseksi metropolialueen Hyks-käytön kustannuksista.

Hankkeeseen nimetään selvityshenkilöpari, joista toinen henkilö HUS:n sisältä ja toinen ulkopuolelta.

## Hankkeen aikataulu

1.3.2011 - 31.12.2011

## 6.5 Uusien rahoitusmallien selvittäminen metropolialueelle

### Nykytilasta ja sen ongelmista

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusmallin ongelmat ovat näkyvissä myös pääkaupunkiseudulla. Metropolialue erottuu muusta Suomesta poikkeuksellisen monipuolisella sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajakirjolla. Julkisen sektorin tuottamien palvelujen lisäksi alueella on laaja yksityisten lääkäriasemien palvelutarjonta, jossa suurin osa mm. yritysten työterveyshuoltopalveluista tuotetaan. Isoilla yrityksillä ja organisaatioilla, kuten Helsingin kaupungilla, on myös omia työterveyshuoltoyksiköitä. Yksityisiä hammaslääkäripalveluja on myös tarjolla runsaasti ja väestö myös käyttää niitä. Julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto ja yksityiset lääkäriasemat kilpailevat erityisesti lääkäriresursseista. Metropolialueen terveyskeskukset ovat menettäneet henkilökuntaa työterveyshuoltoon ja yksityisille asemille.

Terveydenhuollon rahoituksesta on tehty selvityksiä ja esitetty useita malleja. Valmisteilla olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin tarvitaan kirjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen selkiyttämistä. Muun muassa THL:n tuottaman selvityksen mukaan monikanavaisen rahoituksen ongelmat ovat poistettavissa vain uudistamalla koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä. Rahoitus- ja järjestämisvastuun tulee uudistua samanaikaisesti. THL:n raportissa esitetyn näkemyksen mukaan järjestelmän uudistaminen olisi luontevaa erilaisten alueellisten kokeilujen kautta sen jälkeen, kun rahoitus- ja järjestämisvastuun peruslinjauksista on päätetty. Metropolialueen osallistumi-



nen alueelliseen kokeiluun tulisi varmistaa jo sen vuoksi, koska alueen palvelutuotanto eroaa merkittävästi Suomen muista alueista yksityisten terveyspalvelujen laajuuden ja työterveyshuoltopalvelujen organisoinnin osalta.

### **Hanke-ehdotus**

Käynnistetään hanke, jossa selvitetään mahdollisuudet uusien rahoitusmallien kokeiluun metropolialueella.

Hankkeelle nimetään selvityshenkilöpari ja heille tukiryhmä, jossa on metropolialueen kuntien ja HUS:n edustus.

### **Hankkeen aikataulu**

1.3.2011 - 30.11.2013

## **7 ESITYKSET LAINSÄÄDÄNTÖÖN**

Luvussa 6 esitetyt hankkeet tuottavat ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin.

## **8 ESITYKSET HALLITUSOHJELMAAN**

EVO-rahoituksen jälkeenjääneisyyden korjaaminen yliopistosairaalan opetus- ja tutkimustoiminnassa.

Terveystieteiden maisterikoulutuksen aloittaminen Helsingin yliopistossa.

Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen sosiaalityön aloituspaikkojen määrän lisääminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen käytön mahdollistaminen rekisterinpitäjältä riippumatta ja salassapitosäännösten uusiminen.

Työterveyshuollon tilastoinnin kehittäminen siten, että kunnan asukaskohtainen työterveyshuollon käytön seuranta on mahdollista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen selkiyttäminen.

## **9 HANKEOHJELMAN JOHTAMINEN JA KOORDINOINTI**

Hankeohjelmaa johtaa aiesopimusryhmä toimien sen ohjausryhmänä. Aiesopimusryhmässä ovat edustettuina sopimuksen allekirjoittaneet osapuolet sekä HUS ja Helsingin yliopisto. Aiesopimusryhmä nimeää hankkeiden selvityshenkilöt ja tukiryhmät. Lisäksi aiesopimusryhmä nimeää hankeryhmän, jossa ovat edustettuina osahankkeiden selvityshenkilöt tai selvityshenkilöparit. Hankeryhmä koordinoi hankekokonaisuutta ja ohjaa osahankkeiden etenemistä raportoiden ohjausryhmälle. Aiesopimusryhmä nimeää hankeryhmälle puheenjohtajan ja sihteerin.

Aiesopimusryhmän hyväksyttyä hankesuunnitelman se vieään kaupunginjohdajien kokoukseen ja sieltä pääkaupunkiseudun koordinaatioryhmään, jossa hankesuunnitelma hyväksytään toimeenpanoa varten.

## Kirjallisuusviitteet

Demb, A. & Neubauer, F. 1992. The Corporate Board. Confronting the paradoxes. Oxford University Press. New York.

Helsinki-Vantaa selvitys, Sosiaali- ja terveystalot, Loppuraportti, teemaryhmä 2. 2010. Helsinki.

Hirvonen, A., Niskakangas, H. & Steiner, M-L. 2003. Corporate governance. Hyvä omistajaohjaus ja hallitustyöskentely. WSOY. Helsinki.

Kaksiportaisen seutuhallinnon selvitys. Loppuraportti. 21.12.2010. [http://www.hel2.fi/Helsinginseutu/seutuselvitykset/KP-selvitys/Seha\\_raportti\\_2010.pdf](http://www.hel2.fi/Helsinginseutu/seutuselvitykset/KP-selvitys/Seha_raportti_2010.pdf)

Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, PM., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E., Vuorenkoski, L. 2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL. Helsinki.

Selvitys HUS:n talouden ohjauksen toimivuudesta. 2009. Ernst & Young Julkispalvelut Oy ja KPMG Kunta Oy.

Terveystalotlaki, 30.12.2010. [Eduskunta - valtiopäiväasiakirjat](#)

Tolkki, H., Airaksinen, J. & Haveri, A. 2010. Metropolihallinta. Neljä mallia maailmalta ja niiden sovellettavuus Suomessa. Ympäristöministeriö. Helsinki.