Eeva Nykänen



**Sosiaali- ja terveysvaliokunta**
stv@eduskunta.fi

Asia: **HE 241/2020 vp**

**Täydennys Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausuntoon asiassa HE 241/2020 vp**

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta pyysi kuulemisessa 10.2.2021 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) täydennystä THL:n lausuntoon THL/616/4.00.02/2021 asiassa HE 241/2020. Valiokunta toivoi THL:n täsmentävän arviotaan siitä, miten uudistuksessa muodostettavien hyvinvointialueiden väliset erot heijastuvat niiden kykyyn suoriutua tehtävistään. Lisäksi valiokunta toivoi THL:ltä arviota asiakas- ja potilastietojen rekisterinpitoa Uudellamaalla koskevasta ratkaisusta.

*Hyvinvointialueiden väestömäärät ja järjestämisvastuun eriytyminen*

Ehdotetussa uudistuksessa perustetaan 21 hyvinvointialuetta. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetaan hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille. Kahdentoista hyvinvointialueen väestömäärä on niiden toiminnan alkaessa pienempi kuin 200 000 asukasta ja kolmen näistä pienempi kuin 100 000 asukasta.

Eri alueiden järjestämisvastuiden sisällöt muodostuvat jossain määrin erilaisiksi. Neljällä hyvinvointialueella ja Uudellamaalla toimii yliopistollinen sairaala, ja yhteensä 12 alueella on laajan päivystyksen sairaala. Näillä hyvinvointialueilla ja HUS-yhtymällä on järjestämisvastuu sairaaloiden tuottamista palveluista. Loput hyvinvointialueet turvautuvat näiden palvelujen osalta järjestämisvastuussa oleviin hyvinvointialueisiin. Tämä synnyttää tarpeen hyvinvointialueiden välisille koordinaatio-, sopimus- ja korvausjärjestelyille.

Eri alueiden asukkaiden vaikutusmahdollisuudet muodostuvat kuvattujen erojen vuoksi keskenään erilaisiksi. Vain järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen asukkaat voivat vaikuttaa järjestämisvastuun käyttämiseen alueensa demokraattisten elinten kautta. Tämän johdosta pienempien hyvinvointialueiden asukkaiden vaikutusmahdollisuudet palvelujen toteuttamiseen muodostuvat rajallisemmiksi verrattuna sellaisten alueiden väestöön, joissa on laajan päivystyksen sairaala tai yliopistosairaala tai jotka muutoin vastaavat keskitettävien palvelujen järjestämisestä.

*Hyvinvointialueiden mahdollisuudet johtaa ja hallinnoida alueellista palvelukokonaisuutta*

Osa hyvinvointialueista jää edellä kuvatulla tavalla väestöpohjaltaan varsin pieniksi. Kun jo lähtökohtaisesti pieneen väestömäärään yhdistyy muuttotappio ja lisäksi ikääntyneiden osuuden kasvu, kasvavat haasteet entisestään. Epäedullisen ikärakenteen vuoksi etenkin hoivapalvelujen tarve kasvaa ja muuttotappion vuoksi alueiden veropohja muuttuu epäedullisempaan suuntaan. Jos hyvinvointialueiden rahoitus pohjautuu alueiden keräämään verotuloon, pienempien alueiden kyky selviytyä talouden haasteista on muita heikompi. Tämän vuoksi valtionrahoituksen osuuden pitää olla huomattavan suuri tai alueiden rahoitukseen tulee liittyä tasausjärjestelmä myös, jos hyvinvointialueilla olisi verotusoikeus. Jos alueiden rahoitus puolestaan pohjautuu kokonaan tai valtaosin valtionrahoitukseen, alueelliset palvelutarpeet voidaan ottaa huomioon painotetussa kapitaatiossa, mikä osaltaan voi turvata palvelujen riittävyyttä myös alueilla, joilla on edellä kuvattuja riskejä.

Kaikilla suunnitelluilla hyvinvointialueilla on keskussairaalatoimintaa. THL:n toteuttamassa sosiaali- ja terveyspalvelujen arvioinnissa on käynyt ilmi, että pienen väestöpohjan alueilla sairaalahoitojen kustannukset muodostavat suuren osan koko sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Tämä heikentää muiden tehtäväkokonaisuuksien rahoituspohjaa. Sairaaloiden palvelutarjontaa supistamalla voidaan helpottaa taloudellista tilannetta, mutta se voi osaltaan heikentää mahdollisuuksia rekrytoida alueelle riittävää lääkäri- ja muuta ammattihenkilöstöä.

Pienemmillä hyvinvointialueilla myös henkilöstö- ja osaamisresurssia on vähemmän kuin suuremmilla alueilla. Tämän vuoksi hyvinvointialueiden mahdollisuudet hoitaa järjestämis- ja tuottamistehtäviään ja toteuttaa tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa tulevat olemaan keskenään erilaisia.

Kansainvälinen kokemus osoittaa, että järjestämisvastuun asianmukainen toteuttaminen edellyttää hyvinvointialueilta vankkaa osaamista ja resursseja. Esimerkiksi Ruotsin kokemus osoittaa, että hajautetut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät, joissa järjestämisvastuullisten toimijoiden koko ja resurssit vaihtelevat, tuottavat alueellista vaihtelua ja eriarvoisuutta niin palvelujen saatavuudessa, tarjonnassa, henkilövoimavaroissa, osaamisen tasossa kuin palveluihin käytettävissä taloudellisissa voimavaroissa. Eroja on havaittu myös palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa.[1] Lisäksi suuriin järjestäjiin liitetään hallinnon tehokkuus sekä parempi kyky neuvotella palvelujen tuottajien kanssa.[2]

EU-maissa näyttääkin pääsääntöisenä suuntana olleen pyrkimys vähentää terveydenhuollon järjestäjien ja rahoittajien määrää. Vuonna 2009 muissa EU-maissa terveyspalveluista järjestämisvastuussa olevan toimijan väestöpohja oli vähintään noin 800 000 asukasta, mutta useimmiten reilusti yli miljoona asukasta. Samoin

[1] Hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2011. Stockholm: SKL, 2012
[2] Thomson S, Foubister T, Mossialos E. 2009. Finan¬cing health care in the European Union. Challenges and policy responses. Euro¬pean Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17. EU 2009.

palvelujen rahoittajan väestöpohja oli muissa maissa monikymmenkertainen Suomen kuntiin verrattuna ja huomattavasti suurempi myös tuleviin hyvinvointialueisiin verrattuna.[3]

Sosiaalipalveluiden kohdalla tilanne on erilainen kuin terveyspalveluissa, sillä vertailu eri maiden välillä olisi mielekästä vain Pohjoismaissa, joissa järjestelmät vastaavat pääosin toisiaan. Muissa Pohjoismaissa sosiaalipalvelujen järjestämisvastuu on kuitenkin edelleen kunnilla.

Empiiristä näyttöä järjestäjän tietystä optimaalisesta koosta on olemassa vain vähän, ja sekin pääosin terveydenhuollosta. Tutkimus ja kokemus viittaavat kuitenkin vahvasti siihen, että väestöpohjaltaan ja resursseiltaan pienet järjestäjät eivät kykene ongelmitta suoriutumaan järjestämistehtävästä, ja erot järjestäjien koossa ja resursseissa voivat johtaa alueellisiin eroihin palvelujärjestelmässä.

THL kuitenkin korostaa, että lakiehdotuksen mukainen 22 hyvinvointialueen malli olisi huomattava parannus verrattuna nykyiseen kuntapohjaiseen malliin. Tällä hetkellä Suomessa on huomattavia eroja alueiden välillä eri palvelujen yhdenvertaisessa saatavuudessa.

*Potilas- ja asiakasrekisterinpito Uudellamaalla*

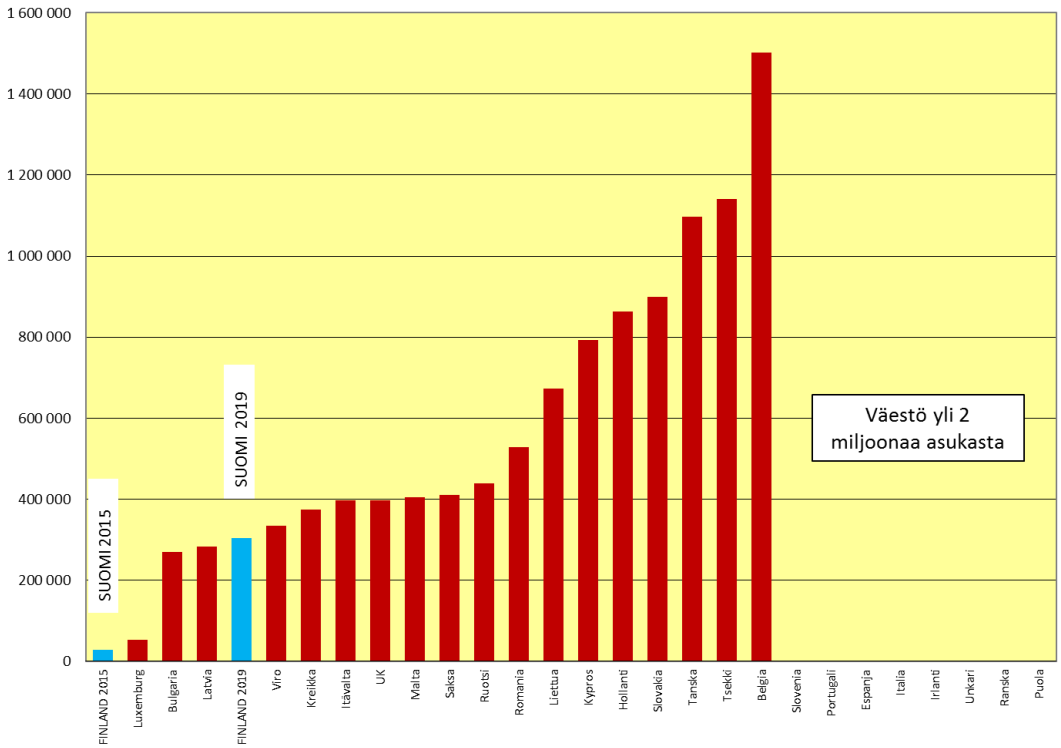
Nykyisin HUS-kuntayhtymän ja alueen kuntien järjestämän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat yhteisen potilastietorekisterin, jonka rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta (terveydenhuoltolaki 9 §). Uudistuksen yhteydessä osana nk. Sote100 -sääntelykokonaisuutta kyseistä pykälää esitetään kumottavaksi. Uudellamaalla ei näin ollen olisi uudistuksen jälkeen enää yhteistä potilastietorekisteriä. THL ei pidä ratkaisua ongelmattomana tiedon integraation näkökulmasta ja painottaa, että riittäviin mahdollisuuksiin käyttää asiakas- ja potilastietoa Uudenmaan alueella tulee kiinnittää erityistä huomiota jatkossa.

THL kiinnittää huomiota siihen, että niin kutusutun Sote100- sääntelykokonaisuuden yhteydessä tapahtuvan terveydenhuoltolain 9 § kumoamisen aiheuttamat muutokset rekisterinpitäjyyteen vaikuttavat valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin (Kanta-palvelut). Jotta asiakirjat olisivat luovutettavissa Kanta-palveluiden kautta tarvittaessa myös uudelle rekisterinpitäjälle, tulee asiakirjojen metatietoihin konvertoida aikaisemman rekisterinpitäjän lisäksi myös tiedot uudesta rekisterinpitäjästä. Tämä vaatii määrittely- ja toteutustyötä sekä testausta Kanta-palveluissa ja sosiaali- ja terveydenhuollossa käytössä olevissa asiakas- ja potilastietojärjestelmissä hyvissä ajoin ennen lain voimaantuloa. THL pitää tärkeänä, että lain voimaanastumisen ajankohta harkittaisiin tarkkaan huomioiden myös muut meneillään olevat lainsäädäntömuutokset, kuten asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevan lain uudistus sekä henkilötunnuksen muutoksen helpottamista koskeva lainsäädännön

[3] Ibid..

muutos, jotka edellyttävät suuria muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollossa käytössä oleviin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin sekä Kanta-palveluihin.

**Liitekuvio**. Terveydenhuollon järjestäjän keskimääräinen väestöpohja EU-maissa (Lähde: Thomson S, Foubister T, Mossialos E. 2009. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17. EU 2009.).




O