Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

HE 149/2024 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi

Kiitän eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta lausua HE 149/2024 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi. Käyn lausunnossa muutamia havaintoja sen yleisestä luonteesta ja esitän muutamien pykälien kohdalla ehdotuksia.

Terveydenhuoltolain tavoitteesta

Lain otsikko ”Terveydenhuoltolaki ”on hämäävä. Käytännössä lain ohjausvaikutukset ulottuvat pääosin julkisen terveydenhuollon alueelle, ei koko terveydenhuoltoon. Laki koskee Hyvinvointialueen avopalvelujen käyttäjiä, siis heitä, joilla ei ole muihin palveluihin (työterveyshuolto, YTHS, yksityinen) joko oikeutta hakeutua tai taloudellisia mahdollisuuksia hakeutumiseen (n. 3,9 miljoonaa suomalaista) sekä erikoissairaanhoidon potilaita koko väestössä. Se kattaa siis vain osan taloudellisesta kokonaispanoksesta, joka on noin 30,4 mrd. €. Lakimuutosten vaikutusten arviointi on tehty tämän väestönosan tai palvelujen käytön kannalta ja lähinnä palvelutuotannon näkökulmasta. Tämä on ongelmallista, jos terveydenhuoltoon sijoitettujen verovarojen tulisi tuottaa mahdollisimman tehokkaasti terveyttä, toimintakykyä ja pärjäämistä koko väestölle.

Terveysjärjestelmän uudistamisen tavoite tulisi olla strateginen, ei operatiivinen. Mikä on Suomen terveydenhuoltoa koskevan lainsäädännön strateginen tavoite? Lakitekniset muutokset keskittyvät operatiivisiin kysymyksiin eli miten asiat tehdään oikein, kun ensin olisi hyvä kysyä, teemmekö oikeita asioita. Terveydenhuollon tavoite on tuottaa mahdollisimman paljon ja oikeudenmukaisesti **kansanterveyttä**, joka on edellytys toimivalle yhteiskunnalle ja sen kehitykselle sekä **kansantaloudelle.** Tässä tavoitteessa Suomi on kansainvälisten arvioiden mukaan liukunut yhä kauemmas koko 2000-luvun ja meillä tulotasoon perustuva eriarvoisuus koetussa terveydessä on suhteellisen suurta Suomessa. Olemme luoneet eriarvoistavia rakenteita terveysjärjestelmäämme ja nyt se painaa kansataloutta raskaasti.

Lain 2§ yksi tavoitteista on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Suomessa hoitoon pääsy on eriarvoista, erityisesti lääketieteellisen hoitoarvion saamisessa Perustuslain 6§ mukainen yhdenvertaisuus ei toteudu. Kansalaiset, joita tämä laki koskee ovat Perustuslain 6 § mukaisesti yhdenvertaisia lain edessä, mutta Terveydenhuolto laki ei tässä muodossaan tuota yhdenvertaisuutta vaan ylläpitää eriarvoisuutta.

Ehdotus: Laki muutoksille muodostetaan 10–15 keskeistä KPI:tä (key performance indicator) väestöterveydestä, saatavuudesta koetusta terveydestä ja lain perusteluja ja

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

vaikutuksia pyritään arvioimaan jo nyt koko väestön ja väestöterveyden kannalta erityisesti seuraavien 5-10 vuoden jänteellä. Perustelutekstissä kirjoitetaan, ettei etenemistä voida arvioida, mutta tämä erikoinen ajatus Suomen kaltaisessa datan ja tilastollisen seurannan huippumaassa. Tätä tukee Valtiontalouden tarkastusviraston terveydenhuoltopalveluiden keskittämistä koskeva tarkastuskertomus (2024), joka toteaa, että edellisen keskittämisuudistuksen valtakunnallisesti yhtenäisen potilasturvallisuutta kuvaavan mittari- ja rekisteritiedon puutteiden takia potilasturvallisuuden kehittymistä ei ole kyetty arvioimaan eri yksiköiden välillä tai kansallisella tasolla. Tässä kohtaa uudistusta tähän pystyttävä vastaamaan paremmin.

Lähteitä

State of Health in the EU Suomi Maan terveysprofiili 2023 *https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_fi_finnish.pdf*
Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: Valtakunnallinen asiantuntija-arvio, syksy 2023. THL. https://thl.fi/fi/web/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestamisen-arviointi
Suomen perustuslaki, 11.6.1999/731 https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19

Kansallisen terveydenhuollon määrittäminen: mitä se on ja mitä se ei ole

Vuonna 2023 julkisen rahoituksen osuus oli 25,7 mrd.€, yksityisen 4,7 mrd. €, josta merkittävä osuus syntyy julkisen järjestäjän palvelujen tai ammattilaisen hankinnasta. Kansalaisten omarahoitus n., 2 mrd. € (EU:n korkein, 21 %). Perustason julkisesti tuotettuja terveydenhoidon avopalveluja ei voida kehittää erillisinä yksityisesti tuotetuista. Niin nyt edelleen yritetään tehdä ilman, että määrittelemme mitä terveyspalvelut ovat. Palvelutuotannon monipuolisuus turvataan pitkällä aikajänteellä yhdenmukaisella ohjauksella ja palvelujen tuottamisen yhdenmukaisin edellytyksin. Koko systeemiin on luotava kannusteita toimia vaikuttavasti ja kustannusvaikuttavasti

Jos emme määritä mitä kuuluu terveydenhuollon palveluihin, on niille vaikea asettaa palvelulupausta, vertailla vaikuttavuutta kustannusvaikuttavuutta eli niiden tuottamaa arvoa (value) ja toisaalta priorisoida eri palvelujen välillä. Palvelujärjestelmän tavoitteena tulisi olla maksimoida tuottamansa arvo. Tavoitteen saavuttaminen puolestaan edellyttää eri tavoin tuotetun rajahyödyn tasoittamista (balancing the margins). Tämä on ensimmäinen toimenpide, joka on tehtävä, jotta voidaan päästä kehittämään terveydenhuoltoa kokonaisuutena eikä osaoptimoiden. Priorisoinnin prosessi ja systeemitason toimija on sovittava ja roolitukset käytävä läpi. Terveydenhuolto on perattava ja päivitettävä kokonaisuutena. Me voimme lopettaa, vähentää tai muuttaa tuotantoa ja tuotantotapoja.

Ehdotus: Luodaan asetuksella Terveydenhuoltolain 45§ kuvaa yhteistoiminta-alueille koordinaatioon toimivaltuuksia alueen terveydenhuollon kokonaisuuden toimeenpanoon.

Lähteitä

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

Terveydenhuollon menot, THL verkkojulkaisu
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146539/TR18_23.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Torkki P, Patja K, Ignatius E, Kousa I, Vanhala A, Gehrmann K, Tikkinen KAO, Ojanen T, Tapanainen P, Pantzar M, Ranta J, Leskelä R-L. Terveydenhuollon palveluvalikoiman priorisointi (TERPPA), Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:53.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164298/VNTEAS_22_53.pdf
Torkki P, Leskelä RL, Mustonen P, Linna M, Lillrank P. How to extend value-based healthcare to population-based healthcare systems? Defining an outcome-based segmentation model for health authority. BMJ Open. 2023 Nov 15;13(11)

Terveydenhuollon kokonaisohjauksen rakenteen uudistaminen
Suomessa terveydenhuollon järjestelmätasonohjausta on toteutettu normiohjauksella ja informaatio-ohjauksen keinoin sekä julkisen terveydenhuollon osalta resurssiohjauksen keinoin. Terveydenhuollon mahdollisuudet, toiminta ja tulevaisuus on jatkuvassa muutoksessa ja lainsäätäjän tulisi uudistaa ohjauksen toimintatapoja. Strategisen ohjauksen rakenteiden ja toimintatapojen uudistamista voidaan luoda jo tämän lain puitteissa. Sen rinnalle tarvitaan esim. Ruotsin mallin mukainen koko systeemin läpileikkaava priorisointiprosessi. Meillä on erinomaisen hyviä tieteellisiä tutkimuksia, raportteja, selvityksiä ja toimenpidesuosituksia Teratavukaupalla. Niissä on ehdotuksia ennaltaehkäisyn uudistamiseksi (kouluterveystarkastusten vaikuttavuus), palvelujen vaikuttavuuden lisäämiseksi (terveyserojen kaventaminen), hoitojen vaikuttavuudesta (hoitosuositukset), hoivasta (laatusuositukset).

Kansalaisille on kerrottava, mitä Perustuslain 19§ mukaiset riittävät terveyspalvelut ovat. Kuvauksen tulee olla riittävän väljä, jotta varmistetaan, että kehittyvän lääketieteellisen tutkimuksen ja toiminnan kehittämisen tuotokset saadaan oikeudenmukaisesti kansalaisten saataville. Kansallinen palvelulupaus on se, mitä julkisella verorahalla voi odottaa saavansa ja mitä taas ei. Luottamus terveyspalveluihin on saatava paranemaan.

Ehdotus: Luodaan asetuksella Terveydenhuoltolain 45§ kuvaamille yhteistoiminta-alueille toimielin, joka neuvottelee, toimeenpanee ja seuraa alueensa kokonaisohjauksen toteutumista. Mallin pohjaksi soveltuu hyvin lain perustelutekstissä mainittu Ruotsin malli, jossa järjestämisvastuu on jaettu kolmelle eri tasolle. Vastuunjaosta säädetään terveydenhuoltolaissa (hälso- och sjukvårdslag, HSL 2017:30). Olennaista olisi lisätä alueiden autonomiaa, jos avopalvelujen järjestäminen ja toteuttaminen voisivat eri alueilla toisistaan. Järjestämislain 4 luvussa säädetään ohjauksesta. Lain mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Lähteitä
Torkki P ym. Sote-palveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalin arviointi Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/79727

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

Pennanen P ym. Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa
https://tietokayttoon.fi/julkaisut/raportti?pubid=URN:ISBN:978-952-383-059-2

Erikoissairaanhoidon keskittäminen
Terveydenhuoltolain erikoisairaanhoidon keskittäminen ja kolmiportaisuuden luominen sairaalahoidon toteuttamiseen on kannatettavaa. Suomen tulisi varautua väestön muutoksen ja alueellisen muuttoliikkeen takia 10–20 vuoden seuraaviin muutoksiin. Suomalaisista nyt 70 % asuu kaupungeissa ja puolet Rauma-Imatra-linjan eteläpuolella.

Yleisesti yliopistollisen sairaalan tehokas toiminta edellyttää väestöpohjaa, joka on vähintään 500 000–1 000 000 asukasta. Tämä mahdollistaa riittävän potilasvirran, joka tukee sekä kliinistä toimintaa että tutkimus- ja opetustoimintaa. Hyvin erikoistuneen sairaalan väestöpohja kasvaa jatkossa todennäköisesti 1,5 miljoonaan. Teknologian kehittyessä ja terveydenhuollon järjestelmien muuttuessa myös käsitykset optimaalisesta väestöpohjasta muuttuvat. Arvioinnin tulee olla jatkuvaa ja sitä tehdään STM:ssä aktiivisesti. Tässä tutkimusta tulisi hyödyntää kansallisesti ja kansainvälisesti. Tekijöitä, joita tulee arvioinnissa huomioida ovat:

1. Teknologian kehitys
2. Erikoistuminen ja keskittäminen
3. Väestömuutokset: Väestön ikääntyminen ja syntyvien kohorttien pieneneminen ja maahanmuutto
4. Ennaltaehkäisevä terveydenhuollon tuloksellisuus
5. Data-analytiikka ja tekoäly

<u>Ehdotus: Kannatan lakiluonnoksen erikoissairaanhoidon keskittämistä ja viiden yhteistyöalueen vahvistamista.</u>

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen: tutkimus, koulutus ja innovaatiot, TKI
Terveydenhuolto on asiantuntijoiden osaamiseen pohjautuvaa palvelutoimintaa, jossa vallitsee ammattilaisen ja kohteen välinen tiedon epätasapaino. Se ei ole suora asiakassuhde eikä lopputulemaa voi edes aina luvata saavutettavaksi. Ammattilaiset muodostavat siis keskeisen pääoman ja toimintaa ohjaavan rungon. Olisi tärkeää uudistaa osaamisen johtamisen välineitä sekä luoda tähän läpinäkyvyyttä.

Terveydenhuollon toiminta ja erityisesti lääketieteellinen hoito pohjautuu tieteelliseen tutkimukseen. Jo nyt näemme suomalaisen tieteellisen tutkimuksen vetovoiman laskun ja sitä kautta sen kansainvälisen laadun heikkenemisen. Se on kytköksissä koko järjestelmän toimivuuteen ja erityisesti yliopistosairaaloiden mahdollisuuteen tukea tutkimusta yhdessä yliopistojen kanssa. Se kytkeytyy palvelujen riittävyyteen myös erikoislääkärien koulutuksen kautta, joka on palvelujärjestelmässä tapahtuvaa kouluttautumista kokeneiden ohjauksessa. Sama koskee kaikkia ammattiryhmiä ja

erityisen tärkeää olisi turvata ammatillisen osaamisen jatkuva uudistuminen koko terveydenhuollossa.

Ehdotus: Annetaan yhteistyöalueille toimivaltuuksia selvittää, ohjata ja seurata miten terveydenhuollon tutkimus, koulutus ja jatkuva ammatillinen kehittyminen on turvattu alueilla. Osa organisaatioiden rahoituksesta sidotaan siihen, että se mahdollistaa nämä kolme asiaa. Samalla luovutaan tiukoista ammattirajoista aina, kun se on mahdollista.

Erikoislääkärikoulutuksen turvaaminen

Terveydenhuollossa lääketieteellisen hoidon toteuttamisessa erikoislääkäri on keskeinen ammattilainen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Suomessa on osalla aloja erikoislääkäri pula. Erikoislääkäreistä 52 % saavuttaa eläkeiän (65- v) vuoteen 2035 mennessä.26 Erikoislääkärien eläköityminen on suurimmillaan v. 2022–2028, jolloin n. 500 erikoislääkäriä jää vuosittain eläkkeelle. Monella erikoisalalla valmistuvien erikoislääkäreiden määrä ei 2020-luvulla riitä.

Yliopistojen lakisääteinen velvollisuus on määritellä asetuksessa mainittujen 55 erikoisalan osaamisen tavoitteet, jotka oppinut lääkäri tai hammaslääkäri toimii laadukkaasti, turvallisesti ja ammatillisesti terveydenhuollon tehtävissä. Yliopistot ovat panneet toimeen lainsäädännön tavoitteet käytännöiksi.

Erikoistumiskoulutus on perustutkinnon jälkeen suoritettavaa **ammatillista jatkokoulutusta** (STM 5/2020, 2§) ja **se tapahtuu terveyspalvelujärjestelmässä.** Erikoistuvat ovat yhtä aikaa lääkäreitä/hammaslääkäreitä, jotka työskentelevät terveyspalvelujärjestelmässä ja erityisosaamiseen syventyviä aikuisoppijoita. Yliopistollisen sairaalan ja hyvinvointialueiden terveydenhuollon yksiköiden opetus-tutkimustoiminnasta säädetään Terveydenhuoltolain seitsemännessä luvussa (2010/1326 sekä lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 32 §:ssä. Säädökset ovat hyvin yleisellä tasolla eivätkä ne tarjoa yliopistolle työkaluja huolehtia erikoislääkärikoulutuksen laadukkaasta toteuttamisesta.

Julkisessa terveydenhuollossa toteutuvan erikoistumiskoulutuksen veto- ja pitovoima on heikentynyt. Erikoistumiskoulutuksen toteuttaminen edellyttää kouluttajia, ohjausta ja osaamisen arviointeja. Työtehtävissä on varattu vain harvoin aikaa koulutukselle. Kuormittunut terveyspalvelujärjestelmä ei houkuttele erikoistumaan ja se saa koulutettavat ja kouluttajat hakeutumaan osa-aikatyöhön tai yksityissektorille. Osalla aloista erikoislääkärivakansseista on alle puolet täytetty ja kokeneiden erikoislääkärien kato on vakava. Kokeneita kouluttajia on vaikea saada pysymään tehtävässään, jos työolot ja omat kouluttautumisen ja ammattitaidon ylläpitämisen mahdollisuudet heikot. Ilmiö on laajenemassa nopeasti erikoissairaanhoidossa.

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

Erikoistumiskoulutus edellyttää resursseja palvelujärjestelmään, joilla turvataan mahdollisuus erikoistumiseen keskittymiseen, ja jotka ohjaavat, opettavat ja valvovat erikoistuvien lääkäreiden toimintaa erikoistumisaikana. Rahoituksen käytön tulee olla läpinäkyvää ja huomioida yliopistojen lisääntynyt työmäärä uudistuneessa erikoistumisessa.

Ehdotus: Käynnistetään valmistelut Terveydenhuoltolain seitsemännessä luvun (2010/1326 sekä lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 32 §:n uudistaminen, joka ohjaisi ja turvaisi erikoistumisen kaikilla yhteistoiminta-alueilla. Järjestämislain 35 §:n mukaan hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten on viisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöaluetta, joiden tehtäviin TKI-toiminta voidaan asetuksella myöhemmin lisätä.

Lähteitä:
Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta maksettavien koulutuskorvausten käytön selvitys ja ehdotuksia korvausjärjestelmän kehittämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:16 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164275
Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164401

Työvoiman riittävyys ja sen ohjauskeinot

Terveydenhuollon ammattilaisella on lakisääteinen velvoite jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen ja terveydenhuollon ohjeistuksen ajantasaisuuden seuraamiseen. Ammattitaidon ylläpitäminen perustuu usein ammattilaisen omiin mielenkiinnon kohteisiin **eikä sitä valvota kansallisesti lainkaan**. Ammattilaiset tarvitsevat uudenlaista osaamista, kun potilaat hankkivat tietoa internetissä ja sosiaalisessa mediassa sekä seuraavat omaa terveyttään digitaalisten sovellusten avulla. Käytännön työssä eri osaamisalueiden tärkeys on entisestään korostunut: yhteistyö – ja vuorovaikutustaitoja, johtamista, terveyden edistämistä, ammatillisuutta sekä oman osaamisen ylläpitämistä. Ne ovat edellytys tiedon soveltamiseksi potilaan hyvää hoitoon.

Huomioitavaa on, että lääkärin uran ensimmäiset vuodet ovat ammatillisuuden ja työyhteisöosaamisen kannalta olennaisia. Vuokratyövoiman käytön vähentämiseen liittyvät keinot on verkoston selvityksessä jaettu kolmeen kokonaisuuteen, jotka liittyvät hyvinvointialueiden omiin toimiin, ohjauksen keinoihin sekä lainsäädännön muuttamiseen. **Strategisella tasolla kannattaisi ohjata koko työvoimaa**. Työntekijöiden asettaminen eriasemaan palkanmaksajan perusteella ei ole oikeudenmukaista. Lisäksi se ei poista organisaatioiden pysyvän työvoiman kasvavaa metatyön määrää, palkkauksen eriarvoisuuden tuottamaa työyhteisöjen pirstoutumista.

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

Pakko tai aikarajat eivät ole keino, vaan niiden tulee tukea terveydenhuollon laatua, turvallisuutta ja vaikuttavuutta sekä huomioida tulevaisuuden osaamisen tarpeita. Erityisesti etälääketieteen kohdalla osaaminen tulee olla riittävä kokemus käytännön lähityöstä. Lääkärit tekevät päätöksiä, jotka ohjaavat terveydenhuollossa keskeisesti hoitoprosesseja ja sitä kautta resurssien käyttöä. Lisäksi lääketieteen opetus on kallista ja tällä hetkellä vuokralääkäritoiminta johtaa opetuksessa poissaoloihin ja opetushenkilöstön kuormitukseen. Erikoistumishalukkuuteen on nähtävissä vaikutuksia, kun osaamiseen panostaminen ei näy palkkauksessa.

Palkkausjärjestelmät tulisi uudistaa siten, että ne palkitsevat ammattilaista työn hyvästä laadusta, vaikuttavuudesta ja jatkuvasta ammatillisesta kehittymisestä. Se edellyttää osaamisen arviointia palvelujärjestelmässä. Tähän löytyy malleja muista EU-maista. Osa organisaatioiden rahoituksesta kannattaa sitoa näihin kolmeen tekijään. Samalla luovutaan tiukoista ammattirajoista aina, kun se on mahdollista. On kiinnostavaa, että Suomessa kansalaisella ei ole sosiaalista mediaa kummempaa lähdetä ammattilaisen osaamisen arviointiin. Osaamisen turvaamista tulisi tarkastella koko terveydenhuoltojärjestelmässä. Näin tekemällä voidaan ohjata paitsi vuokratyövoimaa koko järjestelmässä myös turvata tulevaisuuden ammattilaisten osaamisen jatkuva kehittyminen.

Ehdotus: Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjauskeinot sisällytetään Ammattihenkilölakiin ja Terveydenhuoltoalassa määritellään Hyvinvointialueiden oikeudet määritellä riittävä osaaminen esim. yhteistoiminta-alueella yhtenäisesti, jolloin esim. yhteinen kilpailuttaminen on helpompaa.

Lähteitä:
Wilson NW. Chaos in Western Medicine: how issues of social-professional status are undermining our health. Glob J Health Sci. 2012 Jul 25;4(6):1-16.
Kekomäki M. Terveydenhuollon laatu, lätinää vai lässytystä?. Duodecim. 2016;132(17):1610-1

Ympäristövaikutukset
Terveydenhuollon ympäristövaikutukset syntyvät infrastruktuurista ja niiden energian kulutuksesta (tilat, laitteet), materiaaleista ja lääkkeistä, liikkumisesta sekä terveydenhuollolle erityisistä jätteistä, jotka osin erittäin haitallisia ympäristölle. Tästä on saatavilla tuore julkaisu, josta käy ilmi, että alan osuus kansallisesta hiilijalanjäljestä on 5–6 % ja vertailuna voi käyttää lentoliikennettä, jonka osuus on 2 %. Kun tietoa olisi ollut käyttävissä ja sairaaloiden osuus päästöistä on 70 %, olisi ollut tärkeää arvioida myös lain ympäristövaikutukset. Keskittäminen mahdollistaa monia toimia, joilla suoria myönteisiä vaikutuksia. Digitaaliset palvelukanavat ja etähoito vähentävät hyvin toteutettuina turvallisesti kulkemista. Erityisesti ennaltaehkäisyn skaalaminen ja sen toteutuminen kaikilla tasoilla voi vähentää ympäristöhaittoja. Terveydenhuollon

Kristiina Patja, Dos, LT, el
Terveydenhuollon professori
Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto
22.11.2024

kestävyys niveltyy vastuullisuustoimintaa ja ESG-prosessien toimeenpano olisi syytä käynnistää kaikilla viidellä yhteistyöalueella.

Ehdotus: Terveydenhuoltolakiin tulisi sisällyttää yhdeksi tavoitteeksi terveydenhuollon kestävyyden parantaminen ja sille valtakunnallinen ja alueellinen ohjaus.

Lähde

Pulkki j. ym. Ekologisesti kestävä sosiaali- ja terveydenhuolto : Selvitys kansallisesta tavoitteesta ja ohjausmekanismeista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023:49
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165113