

## Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon uudistaminen

### Mistä uudistuksessa on kyse?

Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystä ja sairaaloiden työnjakoa uudistetaan. Uudistuksen toimeenpano on osa sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntaudistusta. Se on tarkoitus toteuttaa asteittain vuosina 2017–2019.

Uudistuksen tavoitteena on varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä ja asiakas- ja potilasturvallisuus sekä hillitä kustannusten kasvua sairaala- ja päivystysverkon tiivistämisellä vastaamaan väestön tarpeeseen valtakunnallisesti koordinoitusti ja yhtenäisin perustein. Uudistuksen tavoitteena on lisäksi edistää sosiaalihuollon yhdenvertaista saatavuutta ja saavutettavuutta terveydenhuollon rinnalla turvaten tuen saantia ihmisten omassa arkiympäristössä.

Terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutokset on vahvistettu 29.12.2016 (1516/2016, 1517/2016) ja ne ovat astuneet voimaan 1.1.2017. Ympäri vuorokautisesti päivystävien sairaaloiden työnjako, leikkaustoiminnan kokoaminen sekä terveydenhuollon ja sosiaalipäivystyksen yhteispäivystyksen aloittaminen tapahtuu kuitenkin viimeistään 1.1.2018.

- Terveydenhuollon päivystystoiminnan uudistus. Helsingin ja Uudenmaan, Varsinais-Suomen, Satakunnan, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan, Pohjois-Karjalan, Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Pohjanmaan, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiirien on järjestettävä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikkö keskussairaalsaan yhteyteen. Näistä viisi on myös kaikkein vaativinta hoitoa antavia yliopistollisia sairaaloita. Ympäri vuorokautisen laajan päivystyksen yksikössä pitää olla vähintään noin kymmenen lääketieteen erikoisan päivystys ja sosiaalipäivystys. Kunkin viidestä erityisvastuualueesta tulee sopia keskussairaalsaan yksityiskohtaisesta työnjaosta. Tässä otetaan huomioon palvelujen saavutettavuus, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön kielellisten oikeuksien toteuttaminen.
- Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaanotto. Lähipalveluna terveyskeskuksessa toteutettavaa kiireellistä vastaanotto toimintaa vahvistetaan. Kiireellisiä vastaanottopalveluja saa lähipalveluna omasta terveyskeskuksesta myös iltaisin ja viikonloppuisin väestön tarpeiden mukaan.
- Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen sekä hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitojaksojen keston lyheneminen. Erikoissairaanhoidon kootaan suurempiin yksiköihin. Tiettyjä tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoja kootaan valtakunnallisesti ja alueellisesti potilasturvallisuuden osaamisen ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi.
- Ensihoidon uudistaminen. Ensihoitopalvelun järjestävät 18 maakuntaa. Viiden erityisvastuualueen ensihoitokeskukset tukevat maakuntien ensihoidon suunnittelua ja kehittämistä ja hoitavat maakuntien yhteisiä tietojärjestelmä- ja vastaavia palveluja. Erityisvastuualueiden ensihoitokeskusten ohjaustehtävien lisäämisellä, ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen koordinoinnilla sekä sosiaalipäivystysten kanssa tehtävän yhteistyön lisääntymisellä saadaan päällekkäisiä toimintoja puretuksi ja siten myös taloudellista säästöä.
- Sosiaalipäivystyksen uudistaminen. Sosiaalipäivystystä on järjestettävä sekä laajan ympärivuorokautisen terveydenhuollon päivystysyksikön yhteydessä että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suppeamman yhteispäivystyksen yhteydessä. Samalla velvollisuutta järjestää psykososiaalista tukea vahvistetaan. Mielenterveys- ja päihdetyön päivystystä toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollon päivystyksen yhteydessä.
- Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa.

## Uudistusten toimeenpano

Terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutokset tulivat siis voimaan 1.1.2017. Lakimuutosten toimeenpano tapahtuu kevätkaudella 2017 annettavilla asetuksilla. Valtioneuvoston asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta erikoissairaanhoidon sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista. Päivystyksen toteuttamisen edellytyksistä säädetään valtioneuvoston asetuksella. Ensihoitopalvelun toiminnasta säädetään sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Sosiaalipäivystyksestä ja vaativien sosiaalipalvelujen työnjaosta säädetään tarvittaessa valtioneuvoston asetuksella.

Asetusmuutosten pohjaksi STM on tilannut neljä erillisselvitystä sairaaloiden työnjaon uudistamisen erikoisaloja koskevista periaatteista. Raportit koskevat ortopedian ja traumatologian, syöpäkirurgian, eräiden konservatiivisten alojen ja suun terveydenhuollon työnjakoa. Asetuksilla voidaan määritellä kustannustehokkuuden<sup>1</sup> ja potilasturvallisuuden varmistava lonkan ja polven tekonivelleikkausten vuosittainen sairaalakohtainen määrä tekonivelkirurgiassa sekä selkäkirurgian ja reumapotilaiden leikkaushoidon keskittämisen periaatteet. Asetuksilla voidaan tiettyjen syöpätyyppien hoito keskittää keskussairaaloihin ja harvinaisempien syöpätyyppien hoito viiteen tai harvempaan yliopistosairaalaan. Jo hyväksytyt terveydenhuoltolain mukaisesti kirurgiset leikkaukset siirtyvät sairaanhoitopiirien keskussairaaloihin aluesairaaloista vuoden 2018 alkuun mennessä yliopistollisia sairaanhoitopiirejä luukuun ottamatta.

Alkusuksyllä 2017 STM kartoittaa toimeenpanon etenemistä ja mahdollisia ongelmakohtia. Esimerkiksi tarvittaessa huomioidaan Länsi-Pohjan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirit. Päivystyksen poikkeuslupien tarpeen kartoitukseen kiinnitetään erityistä huomiota. Asetuksella keskitettävistä erikoissairaanhoidon nimikkeistä laaditaan yhtenäiset hoidon perusteet.

Terveydenhuoltolain 43 § mukaan erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien on tehtävä erikoissairaanhoidon järjestämissopimus kunnallisvaltuustokausittain. Erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. Valtioneuvoston asetuksella 337/2011 on annettu tarkempia säännöksiä asioista, joista on sovittava erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, mm. yhteistyöstä ja työnjaosta erikoissairaanhoidossa ja sen erityistason sairaanhoidossa sekä lääkinnällisessä kuntoutuksessa, erikoissairaanhoidon erikoisalakohtaisista päivystyspisteistä sekä ensihoitokeskuksen toiminnasta ja tehtävistä erityisvastuualueella. Jos kuntayhtymät eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos järjestämissopimus ei täytä laissa tarkoitettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi määrätä sopimuksen sisällöstä. Tämä vahvistaa valtakunnallista ohjausta toimeenpanossa.

Myös rakennusinvestointien ohjauksella tuetaan uudistuksen toimeenpanoa ja voidaan tehostaa sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin tehtyjen muutoksen vaikutuksia. Sote-investointeja rajoittava väliaikainen laki tuli voimaan 1.7.2016 ja se on voimassa 31.12.2019 saakka. Lain tarkoituksena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen eteneminen hallituksen tavoitteiden mukaisesti. Sen jälkeen investointeja ohjataan järjestämislain perusteella.

---

<sup>1</sup> Laskelmat ovat osoittaneet, että pelkästään taloudellisesta näkökulmasta optimaalinen tekonivelleikkauksia tekevien yksiköiden määrä Suomessa olisi 7-10. Tällöin saavutettaisiin 16 % pienempi kustannus potilasta kohden nykyiseen järjestelmään nähden matkakustannukset huomioiden. Myös selkäkirurgiassa toiminnan keskittämisellä olisi saatavissa merkittävät taloudelliset ja laadulliset hyödyt.

Vanhentuneista menetelmistä luopumista edistetään terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla sekä Käypä hoito -organisaation Vältä viisaasti -suosituksilla, jotka kokoavat uusinta tieteellistä näyttöä vanhentuneista käytännöistä luopumisen tueksi.

Asetusten ja kansallisten suositusten lisäksi tarvitaan paikallista organisaatiossa tapahtuvaa muutosjohtamista kustannusvaikutusten varmistamiseksi.

### Arvioidut vaikutukset kuntien menoihin

Syksyllä 2016 hyväksytyjen päätösten arvioidaan vähentävän kuntien kustannuksia vuoteen 2020 mennessä seuraavasti (vos-% vuoden 2017 talousarvion mukainen 25,23):

1 000 €	2016	2017	2018	2019	2020
Kuntien kustannukset	-50 000	-50 000	-175 000	-260 000	-350 000
Valtionosuus	-12 860	-12 860	-44 153	-65 598	-88 305

### Laskelmat

#### Yleistä

Kustannusvaikutusten arvioinnissa on hyödynnetty kahden laajan TEAS-hankkeen tuloksia, minkä lisäksi on käytetty paikallisia esimerkkejä.

Suuri osa kustannusvaikutusten arvioinnista perustuu NHG:n tekemiin laskelmiin. NHG on tehnyt laskelmat osana TEAS-hanketta 6.1.1 ”Sote-uudistuksen ja itsehallintoalueiden muodostamisen tukemista koskevat selvitykset”, jossa on päivystysuudistuksen lisäksi arvioitu myös sote-uudistuksen säästöpotentiaalia. Hankkeen loppuraportti: ”Sote-palveluiden kehittämis- ja säästöpotentiaalinarviointi VNK:n selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016” <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=14401>.

Sosiaalipäivystyksen osalta tehtiin lisäksi toimeksianto THL:lle (CHESS).

VNK:N TEAS-hankkeessa ” Sosiaali- ja terveystalouden tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot; VNK:n selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016” on arvioitu terveydenhoitopalvelujen keskittämisen taloudellisia vaikutuksia, joita on analysoitu aluetasolla kansantalouden yleisen tasapainomalliin perusteella. Johtopäätöksenä todetaan mm., että terveystalouden keskittämisellä on mahdollista saavuttaa skaalaetuja, kun päällekkäisestä toiminnasta luovutaan, mutta tästä ei ole saatavilla tarkkoja arvioita. Tämä kertoo osaltaan taloudellisten vaikutusarvioiden haasteellisuudesta. Hankkeessa tehty aluetaloudellinen tarkastelu osoittaa, että sairaalatoimintojen keskittäminen toimii odotetulla tavalla eli laskee menojen kasvupainetta ja tuottaa tuottavuushyötyjä, mutta näistä ei esitetä laskelmia. Lisätietoja: [http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41\\_Sosiaali-+ja+terveystalouden+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1](http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41_Sosiaali-+ja+terveystalouden+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1)

Laskelmat sisältävät sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin tehtyjen muutosten arvioidut kustannusvaikutukset vuoteen 2020 saakka. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislailla ja maakuntalaille on mahdollista vuodesta 2019 lähtien tehostaa sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin tehtyjen muutosten vaikutuksia. Tämä säästövaikutus on rajattu pois päivystysuudistuksen kustannusvaikutuksista, sillä se sisältyy sote-uudistuksen säästövaikutuksiin.

Kaikkiaan kustannusvaikutukset syntyvät lähes kokonaan vähenevästä henkilöstötarpeesta ja pienenevistä henkilöstökustannuksista. Samaan aikaan väestö ikääntyy ja hoidon ja hoivan tarve väestössä kasvaa. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon vapautuvilla voimavaroilla voidaan vastata tähän kasvavaan tarpeeseen tarkoituksenmukaisella tavalla.

Investointien osalta ei oleteta tulevan merkittäviä kustannusvaikutuksia. Investoinnit olisi pääosin tehtävä joka tapauksessa ja uudistuksen myötä kapasiteetti saadaan täysimittaisesti käyttöön. Kaikkiaan keskittämisestä johtuva investointitarve on siten hyvin pieni.

### Laskelmien kuvaus

Yhteenveto kustannusvaikutuksista kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin:

	<i>Vuonna 2020</i>
<i>1. Terveystieteiden päivystystoiminnan uudistus</i>	<i>-35 milj. euroa</i>
<i>2. Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaanotto</i>	<i>+5 milj. euroa</i>
<i>3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen</i>	<i>-100 milj. euroa</i>
<i>4. Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitajaksojen keston lyheneminen</i>	<i>-185 milj. euroa</i>
<i>5. Ensihoidon uudistaminen</i>	<i>-5 milj. euroa</i>
<i>6. Sosiaalipäivystyksen uudistaminen</i>	<i>0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)</i>
<i>7. Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa</i>	<i>- 30 milj. euroa</i>
<i>8. Vaikutukset matkakustannuksiin</i>	<i>0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)</i>
<i>Yhteensä</i>	<i>- 350 milj. euroa</i>

#### 1. Terveystieteiden päivystystoiminnan uudistus: -35 milj. euroa

Vaativan päivystyshoidon tuottaminen suuremmissa sairaaloissa tuo suoria kustannussäästöjä. Uudistus tuo myös epäsuoria kustannussäästöjä vuodeosastotoiminnan vähenemisen myötä, mutta niitä on käsitelty erikseen. Säästöt syntyvät yöaikaisen päivystyksen vähenemisellä ja joillain erikoisaloilla päivystystoiminnan päättymisellä pienimmissä sairaaloissa. Vaativan ja monien erikoisalojen yhteistyötä edellyttävän erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan keskittäminen 12 laajan päivystyksen yksikköön tuottaa säästöjä henkilöstön työvuorojen tarpeen vähenemisestä (lääkärit ja hoitajat), muuttuvien kustannusten vähenemisestä ja osaamisen ja hoitokäytäntöjen kehittymisestä suurissa yksiköissä. Lisäksi yöleikkausten kustannukset vähenevät. Suuremmissa yksiköissä päivystysaikojen potilasvirta ja resurssien käyttö on tasaisempaa, mikä johtaa pienempiin kustannuksiin hoitokertaa kohti. NHG:n arvion mukaan mikäli päivystystoiminta keskitettäisiin kokonaan 12 yksikköön, tarvittaisiin päivystyspoliklinikoille 30 % vähemmän lääkäriresurssia verrattuna nykytilaan edellyttäen, että erikoissairaanhoidon tasoista päivystystä ei muissa sairaaloissa ole. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=14401>

Tietyn erikoisalan päivystyksen poistaminen pienemmästä sairaalasta vähentää henkilöstökustannuksia enemmän kuin korvaavan päivystyspalvelun tarjoavan suuremman sairaalan kustannukset kasvavat. Oikea potilaan ohjaus päivystyspalveluihin on keskeistä, jotta tavoitellut kustannushyödyt voidaan saavuttaa ja

päivystyksen epätarkoituksenmukainen käyttö minimoida. Tarjolla tulee olla väestölle myös erilaisia sähköisiä palveluita päivystykseen hakeutumisen tarpeen arvioimiseksi.

NHG:n laskelmien mukaan kustannussäästöt ovat (miljoonaa euroa)

Hoitajien henkilöstökustannukset päivystyksessä	7,5
Muuttuvat kustannukset päivystyksessä	11,6
Lääkärin henkilöstökustannukset päivystyksessä	15
Yöleikkausten kustannukset	13
yht.	47,1

Keskittämällä hoitoa suurempiin yksikköihin voidaan arvioida kustannusten vähenemisestä tulevien säästöjen potentiaalin olevan noin 35 miljoonaa euroa vuosina 2017–2020 (ja lisäksi 12,1 miljoonaa euroa sen jälkeen, kun päivystysuudistuksen säästövaikutukset vahvistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella vuodesta 2019 lähtien. )

Erikoissairaanhoidon kustannusten väheneminen tapahtuu pääosin päivystystoiminnan keskittämisestä saatavien tehokkuushyötyjen kautta. Selvityshenkilöiden raporteissa todetaan, että tämän lisäksi toteutettava erikoissairaanhoidon nimiketason toimintojen keskittäminen ei enää tuo olennaisia tehokkuushyötyjä, mutta hoidon laatu paranee. Pitkällä aikavälillä tämä merkitsee mm pienempiä potilasvahinkovastuita ja sekä tuottajalle että asiakkaalle koituneita lisäkustannuksia.

Hallitun muutoksen toteuttamiseksi lakiin on asetettu ja tullaan asetustasolla asettamaan siirtymäaikoja, jotta alueellisesti voitaisiin suunnitella toimiva ja tarkoituksenmukainen työnjako sairaaloiden kesken. Muutokset ajoittuvat samanaikaisesti sote-uudistuksen kanssa siten, että tarvittaessa voidaan suunnitella tarkoituksenmukainen toimintaprofiili niille sairaaloille, joista siirtyy toimintoja pois. Vuodeosastokapasiteetin vähentäminen on kuitenkin välttämätön edellytys sille, että tavoitteeksi asetetut säästöt saavutetaan.

## 2. Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaanotto: +5 milj. euroa

Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaanotto lisää suoria kustannuksia lisääntyvien henkilöstömenojen vuoksi. Samaan aikaan epäsuorien kustannusten määrä vähenisi, kun kiireellisten viikonloppu- ja iltavastaanottojen avulla kalliiden yhteispäivystyspalveluiden käyttö todennäköisesti vähenisi, mutta tästä erillisten laskelmien laatiminen ei ole mahdollista.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen loppuvuodesta 2015 toteuttaman terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyjä kartoittavan kyselyn mukaan virka-ajan ulkopuolisen vastaanoton käytännöt vaihtelevat kunnittain. Yli 50 000 ja yli 100 000 asukkaan terveyskeskuksista akuuttivastaanottoja tuotti vain pieni osa. Nämä ohjasivat potilaat virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystyksiin tai läheisen alue- tai keskussairaalan päivystykseen. Yhteispäivystyksiin ohjataan 59 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Lisätietoja: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-698-8>.

Virka-ajan ulkopuolinen vastaanotto toteutetaan väestön tarpeiden mukaisesti, eikä se siksi olisi samanlaista kaikilla 80 kunnalla tai yhteistoiminta-alueella, joilla ei toistaiseksi ole virka-ajan ulkopuolista vastaanottotoimintaa. Arki-iltoina virka-ajan ulkopuolinen vastaanotto toteutettaisiin pääosin klinisenä lisätyönä tai osavuorokautisena päivystyksenä, joista maksettaisiin erillinen korvaus lääkäreille. Toisaalta kiireellisten viikonloppu- ja iltavastaanottojen avulla kalliiden yhteispäivystyspalveluiden käyttö vähenisi. On kuitenkin odotettavissa, että ilta- ja viikonloppupalveluiden tarjonnan lisääminen saattaa lisätä kiireellisten vastaanottopalveluiden käyttöä. Tarkkojen ennakkolaskelmien laatiminen ei siksi ole mahdollista.

Kokonaisuutena kustannusten kasvun arvioidaan olevan noin 5 miljoonaa euroa, mikä vastaisi 20 lääkärin palkkaamista lisää suuriin kaupunkeihin (2 milj euroa), lääkäreiden kliinisenä lisätyönä tai osavuorokautisena päivystyksenä (2 milj euroa) sekä hoitohenkilökunnan lisätyönä (1 milj euroa).

### 3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon vähentyminen: -100 milj. euroa.

Uudistus tuo suoria kustannussäästöjä vuodeosastohoidon vähenemisen kautta. Uudistuksen myötä nykyisten aluesairaaloiden ja pienimpien keskussairaaloiden toiminta muuttuu huomattavasti, mutta säädösmuutokset tuskin johtavat sairaaloiden laajamittaiseen sulkemiseen. Sen sijaan sairaaloissa on suljettava kokonaisia osastoja kustannushyötyjen aikaansaamiseksi. Useiden aluesairaaloiden koko toimintakonsepti muuttuu kirurgisen toiminnan loppumisen myötä. Sairaalarakennuksia kuitenkin tarvitaan ”kuntouttavina lähisairaaloina”, jonne esimerkiksi lonkkamurtumapotilaita voidaan ohjata moniammatilliseen kuntoutukseen lähipalveluina. Tämä on myös kustannusten näkökulmasta tarkoituksenmukaista<sup>2</sup>.

Valtaosa sairaaloiden vuodeosastojen sisäänotosta tapahtuu päivystysten kautta. Konservatiivisista vuodeosastojaksoista jopa yli 80 prosenttia on päivystyksellisiä, joten pääosa kiireellisen hoidon kustannuksista muodostuu päivystyksen jälkeen vuodeosastoilla. Ensihoidolla ja muilla kentälle ja kotiin viedyllä palveluilla voidaan vähentää yhteispäivystysten käyttöä ja siten vaikuttaa vuodeosastohoitoon joutumiseen ja sen mukana tuomiin kustannuksiin. Työnjaolla laajan päivystyksen yksiköiden ja muiden ympärivuorokautisen yhteispäivystyksyksiköiden välillä on mahdollista jossain määrin vähentää päivystyksestä alkaneita vuodeosastojaksoja. Päivystyksestä alkaneiden vuodeosastohoitajien vähentämiseen tarvitaan kokonaisjärjestelmän toimivuutta, ja se edellyttää keskeisten hoidettavien sairauksien standardiprosesseja ja tehokasta kuntoutusta. Kustannushyötyjen toteutuminen edellyttää koko sosiaali- ja terveysjärjestelmän, kuten vanhuspalvelujen, parantunutta kykyä ottaa vastaan asiakkaita erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta.

NHG:n arvion mukaan keskeisintä alueellisen kustannusvaikuttavuuden kannalta on päivystyksen ohjausvaikutus: kuinka laadukkaasti ja tuottavasti ensivaiheen diagnostiikka ja hoidon ohjaus toimivat ja ohjautuvatko potilaat nopeasti oikeisiin hoitolinjoihin. Esimerkiksi yhteispäivystysjärjestelyissä päivystyksen kustannukset ja päivystyskäyntien hinnat ovat saattaneet nousta, mutta säästö on tullut siitä, kun potilaita on otettu vähemmän vuodeosastoille jatkotutkimukseen nopean vasteen diagnostiikan ja hoidon keinoin. Toisaalta päivystyksen yhteyteen kehitetyt nopean diagnostiikan ja hoidon päivystysosasto ovat vähentäneet vuodeosastojen käyttöä selvästi. Yhteispäivystysten kehittämisen ja käyttöönoton myötä on saavutettu joissakin sairaaloissa päivystyksellisten hoitajaksojen ja -päivien vähenemää. Laskelmista voidaan olettaa, että päivystyksen keskittäminen vähentäisi päivystyksellisiä hoitajaksoja n. 17 % kansallisella tasolla. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=14401>

---

<sup>2</sup> Esimerkiksi lonkkamurtumien ensimmäisen vuoden hoidosta aiheutuneet kokonaiskustannukset ilman avohoidon lääkekuluja olivat Suomessa vuonna 2013 n. 195 miljoonaa euroa ja potilasta kohden keskimäärin 30 906 euroa. Myöhempien vuosien kustannukset nostavat kokonaissumman moninkertaiseksi. Moniammatillinen kuntoutus parantaa hoitotuloksia ja vähentää käytettävissä olevan suomalaisen tutkimustiedon mukaan ensimmäisen vuoden laskennallisia kokonaishoitokustannuksia noin 5 000 euroa/henkilö. Osa kustannusvaikutuksista syntyy vaativassa erikoissairaanhoidossa tarvittavien laitteiden ja muun infran keskittämiseen. Lisätietoa: <http://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/3132621/Muistio+Lonkkamurtuman+leikkaushoidon+j%C3%A4lkeinen+kuntoutus.pdf/13262cea-b4ba-4b02-813b-a47a0b402601>

#### 4. Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitajaksojen keston lyheneminen: -185 milj. euroa

Uudistus tuo suoria kustannussäästöjä hoitajaksojen keston lyhenemisen kautta sekä toiminnan tehostumisen kautta erityisesti kirurgisessa toiminnassa (leikkaussaliprosessin nopeutuminen, leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu jne). <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=14401>

Lakimuutoksen edellyttämien säästöjen toteutuminen kuitenkin edellyttää, että operatiivista toimintoja lakkautetaan kokonaan pienemmistä yksiköistä, kuten aluesairaaloista. Tämä koskee niin kiireetöntä leikkaustoimintaa kuin operatiivista päivystystoimintaa. Aluesairaaloissa operatiivisen toiminnan kustannukset vaihtelevat tyypillisesti välillä 10—30 miljoonaa euroa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kuntaliiton kustannustietojen pohjalta arvioidun 16 aluesairaalan operatiivisen toiminnan kustannukset olivat yhteensä noin 200 miljoonaa euroa. Kustannuksista noin 80—85 prosenttia koostuu henkilöstö- ja materiaalikustannuksista, kun huomioidaan sisäiset ostot muita erikoisaloilta.

Leikkaustoiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 n. 2,5 miljardia euroa. Henkilöstökulujen osuus on n. 60 % ja materiaalikulujen osuus n. 25 % kustannuksista. NHG:n arvion mukaan korkea toimenpidevolyyymi mahdollistaa prosessien standardoinnin. Elektiiviset toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymin yksiköissä n. 15-20 % lyhyempiä kuin keskimäärin. Kustannussäätöihin vaikuttavat leikkausmäärät, vuodeosasto- ja jatkohoidon kesto, leikkaussaliprosessin nopeutuminen, leikkaustiimien käyttöasteiden kasvu sekä hoitotapahtumiin liittyvät käynnit. Parhaissa käytännöissä voidaan esimerkiksi päiväkirurgiassa kokonaisläpimenoaika ja -kustannuksia vähentää 20 prosenttia, elektiivisessä kirurgiassa hoitoaikoja lyhentää 15—25 prosenttia ja päivystyskirurgiassa lyhentää hoitoaikoja 40 prosenttia ja alentaa kustannuksia 15 prosenttia.

TEAS-hankkeen mukaan keskittämällä palveluja suurempiin yksiköihin voidaan parantaa hoidon tasoa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Suurin muutos kohdistuu aluesairaaloihin, erikoislääkärijohtoiseiin terveyskeskussairaaloihin ja terveyskeskusten vuodeosastoihin. Keskussairaaloiden välillä tapahtuu hoidon siirtymistä laajan päivystyksen sairaaloihin. Keskussairaaloiden ja yliopistosairaaloiden välillä tulee tapahtumaan myös lisääntyvästi eri hoitomuotojen keskittymistä. Esimerkiksi tekonivelkirurgian keskittäminen nykyistä merkittävästi harvempiin yksiköihin tulee muuttamaan leikkausyksiköiden profiileja sekä näitä toimenpiteitä jatkossa suorittavissa että niistä luopuvissa sairaaloissa. Hankkeessa ei ole tehty laskelmia. Lisätietoja: [http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41\\_Sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1](http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41_Sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1)

#### 5. Ensihoidon uudistaminen: -5 milj. euroa

Ensihoitopalvelun ja ambulansseilla tehtävien potilassiirtojen kustannuksista vastaavat suurelta osin sairaanhoitopiirien kuntayhtymät ja Kela. Terveystuolitoiminnassa on eroteltu ensihoitopalvelu (mukaan lukien ensihoitopalveluun kuuluvat potilassiirrot) ja muut potilassiirrot (joissa kuljetus tapahtuu suurelta osin ambulanssien lisäksi erilaisilla takseilla). Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen liittyen tullaan hallituksen linjausten mukaisesti valmistelemaan ensihoitopalvelua koskeva lainsäädäntö siten, että se on maakuntien järjestämää toimintaa ja tuotanto perustuu pääosin maakunnan omaan toimintaan, jota tarvittaessa täydennetään hankkimalla osakokonaisuutta kilpailuttamalla. Potilassiirrot sen sijaan maakunnan tulee hankkia kilpailuttamalla, ja maakunta on velvollinen tuottamaan palvelut itse vain siinä tapauksessa, että kilpailuttamalla ei saada tarkoituksenmukaisia palveluita.

Ensihoitopalvelun rooli tulee päivystysuudistuksen yhteydessä korostumaan. Ensihoitopalvelun tehtävämäärät ovat lisääntyneet viime vuosina muutaman prosentin vuosittain, eikä näköpiirissä ole

nopeaa tehtävämäärien oleellista laskua. Strateginen pääpaino on tehtävämäärien hallitussa muutoksessa. Tähän liittyy aivan oleellisina osana se toimintatapamuutos, että ensihoitojärjestelmä pystyy nykyisin aiempaa paremmin potilaan tilanarvioinnin ja ratkaisemaan palvelutarpeen useasti muulla tavoin kuin kuljettaa potilas terveydenhuollon päivystyspisteeseen lääkärin arviointia varten.

Hätäkeskuslaitos välitti ensihoitopalvelulle vuonna 2016 noin 728 000 ensihoidotehtävää. Tässä luvussa ei ole mukana ensihoitopalveluun kuulumattomat potilassiirrot, eikä siitä kokonaisuudesta ole saatavissa luotettavia valtakunnallisia toimintalukuja. Hätäkeskuslaitoksen ensihoitopalvelulle antamista tehtävistä nykyään 25 - 30 % johtaa siihen, että potilas hoidetaan kohteessa tai potilaan palvelutarve ratkaistaan muutoin kuin kuljettamalla potilas terveydenhuollon päivystykseen. Muun muassa Eksoten tekemissä laskelmissa on todettu, että kotona annettava ensihoito maksaa kolmanneksen siitä, mitä potilaan kuljettaminen päivystykseen ja hoitaminen siellä maksaa.

Kustannusten laskua oletetaan saavutettavan nykyistä paremmalla ensihoitopalvelun toiminnalla, että potilaita ei kuljeteta niin paljon kuin aiemmin ja että ensihoitopalvelun potilassiirrot koordinoidaan nykyistä paremmin maakuntia isommat toiminta-alueet huomioiden (viiden ensihoidokeskuksen verkottunut ohjausmalli). Sen sijaan muiden kuin ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen kokonaisvolyymi on hyvin suuri, ja näihin kohdistuen on odotettavissa kustannussäästöjä toiminnan nykyistä paremmalla järjestelyllä.

Sairaanhoitopiirit ovat ilmoittaneet Kuntaliiton vuonna 2014 tekemää ensihoidon selvitystä varten ensihoitopalvelun kustannuksiksi noin 20—90 € / asukas / vuosi. Luotettavaa tietoa kustannuksista on vaikea saada, pääasiassa ensihoidon monikanavarahoitukseen liittyvien tekijöiden vuoksi. Kela maksaa vuodessa näitä kuljetusten korvauksia noin 100 miljoonaa euroa vuodessa. Korvaukset sisältävät ambulansseilla tehtäviä kuljetuksia sekä ensihoitopalvelun että ensihoitopalveluun kuulumattomien kuljetusten osalta. Ensihoitopalvelun kokonaiskustannusten sairaanhoitopiireille ja Kelalle arvioidaan olevan yli kaksinkertainen Kelan osuuteen nähden.

Ensihoidon toteutustavalla on suuri merkitys kustannuksiin. Lainsäädännöllä yhteen sovitetaan ensihoitoa, pelastustointia ja viranomaisten yhteisiä tietojärjestelmiä koskevia uudistuksia siten, että kiireellisen hoidon kokonaisuus muodostaa maakunnittain, erityisvastuu/yhteistyöalueittain ja valtakunnallisesti toimivan kokonaisuuden asiakkaiden ja viranomaisyhteistyön näkökulmasta. Lisäksi ensihoitopalveluun kuulumattomien potilassiirtojen osalta saadaan säästöjä, kun käytetään aiempaa tarkemmin tarkoituksenmukaista kulkuneuvoa potilaiden siirtoihin, joissa ei ole tarvetta vaativalle hoidolle.

Vuoden 2017 alusta voimaan tulleilla terveydenhuoltolain muutoksilla annettiin erityisvastuualueiden ensihoidokeskuksille aikaisempaa laajempia ohjaustehtäviä ja niiden tehtäväksi säädettiin ensihoitopalveluun kuuluvien potilassiirtojen koordinointi. Näillä toimenpiteillä sekä sosiaalipäivystysten kanssa tehtävän yhteistyön lisääntymisellä saadaan päällekkäisiä toimintoja purkamalla myös taloudellista säästöä.

Ensihoidon uudistus ei vaikuta matkakustannuksiin. Ensihoito kuljettaa jo nyt potilaat pääosin niihin toimipisteisiin, jotka jatkossakin päivystävät. Siirtyvät potilasvolyymit ovat siten pieniä. Ensihoidolle mahdollistettu hoidon tarpeen arviointi ja ensihoidon toteuttaminen ilman kuljetusta voi levitessään olla merkittävä kuljettamista ylipäätään vähentävä tekijä.

Ensihoidon uudistamisen kautta saavutettavien säästöjen arvioidaan olevan suuruusluokaltaan muutama prosentin kokonaiskustannuksista luokkaa eli noin 5 miljoonaa euroa.



## 6. Sosiaalipäivystyksen uudistaminen: 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret).

Sosiaalipäivystyksen uudistaminen jossain määrin lisää resurssitarvetta lisähenkilöresurssien, koulutuksen ja ICT-hankintojen vuoksi. Toisaalta se vähentää resurssitarvetta asiakasprosessien tehostumisen ja yhteen sovittamisen kautta sekä potilaiden ja asiakkaiden saadessa tarpeensa kokonaisvaltaisesti arvioiduksi ja välittömät kiireelliset sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeensa tyydytettyä samassa yhteydessä paranevat. Oikea-aikaiset palvelut lisäävät osaltaan vaikuttavuutta. Vuoden 2017 alussa voimaan tulleessa lakimuutoksessa ja sen perusteluissa ei edellytetä sosiaalipäivystystä tehtäväksi kaikkialla aktiiviyönä ympäri vuorokauden, vaan perusteluissa todetaan, että mahdollisuus yhteyden saamiseen suoraan sosiaalipäivystykseen ympäri vuorokauden perustuu jo aiemmin voimassa olleeseen lainsäädäntöön. Samoin jo aiemmin voimassa ollut lainsäädäntö on edellyttänyt, että sosiaalityöntekijän tulee myös käytännössä vastata niiden päätösten tekemisestä, joissa laki edellyttää sosiaalityöntekijän tekemää päätöstä eli päivystyksen käytettävissä tulee olla kelpoisuuden osaava sosiaalityöntekijä. Näiden veloitteiden toteuttaminen niillä alueilla, joissa ne eivät vielä toteudu, ei ole sellainen uusi kustannus, joka oikeuttaisi valtionosuuden lisäykseen nyt tehdyn sosiaalihuoltolain muutoksen vuoksi.

Yhteistyö terveydenhuollon kanssa oli jo ennen lakimuutosta sosiaalipäivystyksen lakisääteinen velvollisuus. Sosiaalipäivystyksen sijoittuminen osin tai kokonaan terveydenhuollon päivystysten yhteyteen kohdentaa sosiaalipäivystyksen tehtäväksi niitä sosiaalihuollon vastuulle kuuluvia tehtäviä, joihin nyt ei terveydenhuollon päivystyksissä ole kyetty vastaamaan ja sen vuoksi yhteisessä päivystysyksikössä tapahtuva työskentely edellyttää joiltakin osin uutta resurssia:

- Yhteisessä päivystyksessä esiintyviin tarpeisiin vastaamisen arvioidaan edellyttävän noin 0,5 sosiaalityöntekijän vakanssin lisäämistä niissä päivystyksissä, joita velvoite koskee. Lisäyksen kustannus olisi noin 600 000 euroa.
- Työntekijöiden kouluttamisesta voidaan arvioida aiheutuvan kustannuksia alkuvaiheessa. Osaan koulutustarpeista voidaan vastata tavanomaisella täydennyskoulutuksella, mutta kriisityön osaamiseen voidaan tarvita lisäkoulutusta päivystystyöhön osallistuville. Siitä aiheutuvien lisäkustannusten arvioidaan olevan noin 100 000 euroa.
- ICT-hankintojen, kuten asiakastietojärjestelmiin pääsyn varmistamisen ja muiden terveydenhuollon päivystyksen toimipisteeseen tarvittavien tietojärjestelmäratkaisujen arvioidaan tuovan lisäkustannuksia noin 400 000 euroa.
- Yhteensä esityksestä aiheutuvat kustannukset olisivat siten noin 1,1 miljoonaa euroa, joista 500 000 euroa olisi kertaluonteisia.

### Sosiaalipäivystyksen uudistamisen säästöpotentiaali

Asiakasprosesseja tehostettaessa ja yhteen sovitettaessa, potilaiden ja asiakkaiden mahdollisuus saada tarpeensa kokonaisvaltaisesti arvioiduksi ja välittömät kiireelliset sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeensa tyydytettyä samassa yhteydessä paranevat. Oikea-aikaiset palvelut lisäävät osaltaan vaikuttavuutta.

Koko päivystysuudistuksen hyödyn julkiselle taloudelle arvioidaan olevan yhteensä 350 M euroa. Summaan ei ole sisällytetty arviota sosiaalipäivystysuudistuksen tuottamista säästöistä huolimatta siitä, että yksinomaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaita koskevan muutoksen säästöpotentiaalini arvioidaan olevan noin 42 miljoonaa euroa. Arvio perustuu Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä toteutetun uudistuksen todettuihin säästövaikutuksiin. Samansuuntaisiin arvioihin oli päädytty myös THL:ltä pyydettyssä vaikutusarvioinnissa. Säästövaikutuksia ei sisällytetty esitykseen, koska niiden suuruusluokkaa ei voitu todentaa riittäväällä tarkkuudella. Koska säästövaikutuksia oletetaan kuitenkin syntyvän, voidaan olettaa, että vähintään kattavat uudistuksen välittömät lisäkustannukset.

## 7. Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa: - 30 milj. euroa

Hallitusohjelman mukaisesta erikoissairaanhoidon kannustinjärjestelmästä on luovuttu, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysten ja sairaaloiden uudistamisen yhteydessä on syytä tehostaa vanhentuneista menetelmistä luopumista ja uuden teknologian hallittua käyttöönottoa erityisesti erikoissairaanhoidossa. Esimerkiksi polvikuluman tähyystykirurgisten toimenpiteiden on arvioitu aiheuttavan 22,6 miljoonan euron suorat kustannukset vuosittain. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston helmikuussa 2017 antaman suosituksen mukaan polvikuluman hoito tähyystykirurgisin toimenpitein ei kuulu Suomen terveydenhuollon julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan ([www.palveluvalikoimaneuvosto.fi](http://www.palveluvalikoimaneuvosto.fi)). Tähyystysten määrä on viime vuosina laskenut, kun tiedot toimenpiteen vaikuttamattomuudesta ovat lisääntyneet. Käypä hoito -organisaation Vältä viisaasti suosituksia on laadittu sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon käyttöön niistä tutkimuksista sekä hoito- ja kuntoutustoimenpiteistä, joita ei pitäisi tehdä lainkaan <http://www.kaypahoito.fi/en/web/kh/valta-viisaasti-suositukset1>.

## 8. Vaikutukset matkakustannuksiin: 0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)

Terveydenhuollon päivystysuudistuksen johdosta matkakustannukset voivat jossain määrin lisääntyä, sillä sairaankuljetusten keskipituus kasvaisi alueilla, joissa vaativia päivystyshoitoja tarjoavien laajojen yksiköiden määrä vähenee kahteentoista. Uudistus voi lisätä kotitalouksien kustannuksia muun muassa lisääntyvien matka- ja yöpymiskulujen kautta. Myös Kelan matkakorvausten määrä kasvaisi.

Toisaalta siirtokuljetuksen pienemmistä sairaaloista suurempiin vähenisivät, kun potilaat voidaan kuljettaa suoraan oikeaan hoitopaikkaan laajan päivystysyksikön sairaalaan. Ensihoitopalveluiden tehostuminen ja erilaiset neuvontapalvelut vähentävät keskitettyjen päivystyspalveluiden käyttöä. Lähipalveluna tarjottavat perustason ilta- ja viikonlopun päiväaikaiset palvelut vastaavasti vähentävät pitkiä matkoja.

Keskitettyjä palveluita tarvitaan hyvin harvoin, usein vain kerran elämässä. Täten niiden merkitys matkakustannusten näkökulmasta on pieni. Usein kiireettömään hoidon osalta hoitopaikkaan matkustetaan yleisellä kulkuneuvolla, joten matkakustannus potilaalle ja yhteiskunnalle on suhteellisen pieni.

Sosiaalihuollon palvelujen tarpeessa olevan potilaan osalta matkakustannusten ja matkustamisen tarpeen voi olettaa vähentyvän, kun tarvittavia kiireellisiä palveluja voisi saada sairaalassa käynnin yhteydessä. Terveydenhuollon ja sosiaalipäivystysten yhteistyön lisääntyminen parantaisi asiakkaan asioihin liittyvää tiedonkulkua ja voisi siten vähentää erillisissä palvelupisteissä asioinnin tarvetta ja siten matkakustannuksien syntyä.

Sähköinen asiointi ja etäkonsultaatiot koskevat myös kiireellistä hoitoa ja kääntävät matkakorvauksia laskuun. Erikoislääkäripoliklinikoiden jalkautuminen on seurausta muusta lainsäädännöstä ja vaikuttaa samaan suuntaan.

Arvio säästöjen ja lisäkustannusten suuruudesta kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin on yhtä suuri eli ne kompensoivat toisensa.

TEAS-hankkeen arvio matkakustannusten kasvusta oli suurempi, mutta pohdinta tuntui koskettavan lähinnä Kelan matkakustannuksia. [http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41\\_Sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1](http://vnk.fi/documents/10616/2009122/41_Sosiaali-+ja+terveyspalvelujen+tarpeen%2C+k%C3%A4yt%C3%B6n+ja+tuottamisen+alueelliset+muutokset+ja+tulevaisuuden+vaihtoehdot/2aac05d5-1734-44fd-8f59-2bfc31f2f10?version=1.1)

Lisätietoa uudistuksesta:

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistus (alueuudistus.fi)

<http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys>

Tiedote 29.12.2016

[http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/paivystysuudistus-kokoaa-palveluja-ja-vahvistaa-yhteistyota](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/paivystysuudistus-kokoaa-palveluja-ja-vahvistaa-yhteistyota)

Hallituksen esitys

<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2016/20160224>

Laki terveydenhuoltolain muuttamisesta (1516/2016)

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161516?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolain%20ja%20sosiaalihuoltolain%20muuttamisesta>

Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta (1517/2016)

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161517?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolain%20ja%20sosiaalihuoltolain%20muuttamisesta>

Selvityshenkilöiden raportit (1.2.2017):

[http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/1271139/selvityshenkilot-sairaaloiden-osaamista-on-koottava-laadun-takaamiseksi](http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/selvityshenkilot-sairaaloiden-osaamista-on-koottava-laadun-takaamiseksi)