

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Asia: HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Pyydettyinä asiantuntijalausuntona esitän kunnioittavasti seuraavaa:

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen neljä keskeistä tavoitetta ovat perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kehittäminen, perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantaminen (toiminnallinen integraatio), eriarvoisuuden vähentäminen ja kustannuskasvun hillitseminen. Välineitä tavoitteiden saavuttamisen kannalta ovat olleet järjestämisvastuussa olevan organisaation väestöpohjan suurentaminen ("leveämmät hartiat"), tietohuollon kehittäminen ja asiakkaan/potilaan valinnanvapauden lisääminen.

Uudistusta valmisteltaessa on tärkeä tiedostaa, että Suomen julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisten arvioiden perusteella sekä tehokas että vaikuttava. Järjestelmä kattaa koko väestön, hoidon vaikuttavuus (erityisesti erikoissairaanhoidon) on huippuluokkaa ja kustannukset OECD-maiden keskitasoa. Asiakkaan valinnanvapautta on kunnallisessa järjestelmässä kehitetty voimakkaasti. Kansainvälisissä arvioinneissa on toistuvasti kiinnitetty huomiota eriarvoisuuteen: työssäkäyvä väestö on sekä työterveyshuollon että kunnallisen terveydenhuollon piirissä, muu väestö vain kunnallisen terveyshuollon piirissä.

Yhdeksi tärkeimmistä palvelutuotannon ongelmista on tunnistettu terveystalouden palvelujen saatavuus. Terveystalouden jonot ja paikoin heikko laatu johtuvat ensi sijaisesti kokeneiden ja ammattitaitoisten yleislääkäreiden puutteesta. Ongelma on pääosin itse aiheutettu: koulutusta supistettiin rajusti 1990-luvun alussa, ja pääosa valmistuneista lääkäreistä sijoittui/siirtyi nopeasti laajenevaan työterveyshuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Merkittävä osa terveystalouden lääkäreistä on ollut kokemattomia orientoivan vaiheen lääkäreitä tai äsken muualta Suomeen muuttaneita lääkäreitä. Palvelujen saatavuus on nopeasti paranemassa, kun lääkärikoulutusta on lisätty.

Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollosta ei ratkaise suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän ongelmia ja saattaa joiltain osin viedä kehitystä taaksepäin. Monet toiminnan ja sen kehittämisen kannalta tärkeät yksityiskohdat ovat edelleen auki ja/tai ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Uudistus nyt esitetyssä muodossa merkitsee lakiesityksen keskeneräisyyden ja äärimmäisen tiukan aikataulun takia hyppyä tuntemattomaan.

Maakunta järjestäjänä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille on oikea ratkaisu ja korjaa yhden keskeisen järjestelmän ongelman. Maakuntien lukumäärä on kuitenkin liian suuri: hyvin toimivan maakunnan väestöpohja tulisi olla vähintään 200 000. Maakuntien ihannelukumäärä olisi 10-12.

Maakunnan järjestämistehtävän riittävä resursoiminen on palvelutuotannon organisoimisen ja valinnanvapauden käyttöön oton kannalta kriittinen kysymys. Tehtävä on sosiaali- ja terveydenhuollossa uusi. Se edellyttää johtamistaitoa, hallinnollista ja taloudellista osaamista ja palvelujen ja sisällön ymmärtämistä. Avainkysymyksiä ovat mm. hoitoketjujen kuvaaminen, palvelutuottajien kriteerien määrittäminen, asiakassetelijärjestelmän hallinnoiminen ja korvausperusteiden määrittäminen.

Lakiesityksen ja sen perustelujen mukaan perinteinen hallinnollinen ohjaus korvataan palvelutuottajille asetetuilla ehdoilla, hyväksymismenettelyillä, sopimuksilla, korvausjärjestelmällä sekä tiedolla. Ohjauksen edellyttämiä tietojärjestelmiä ja tietopohjaa ei ole. Puuttuva osaamispääoma, puuttuvat tietojärjestelmät ja tiukka aikataulu tekevät järjestämistehtävän vaikeaksi.

Potilas- ja asiakaskohtaisen integraation toteuttaminen monituottajamallissa vaatii yksityiskohtaista hoito- ja palveluketjujen kuvaamista. Jos riittävää osaamispääomaa ei ole, ei sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio toteudu, ehjät hoito- ja palveluketjut jäävät syntymättä ja kustannusten karkaavat. Etenkin pienten maakuntien mahdollisuudet suunnitella ja toteuttaa monimutkainen järjestelmä voi alkuvaiheessa kilpistyä osaavien johtajien ja toimivien tietojärjestelmien puuttumiseen. Tieto- ja laatuojärjestelmien kehittäminen kestää pienissä maakunnissa vuosia.

Kokemus- ja osaamispääoman puuttuminen on yksi uudistuksen alkuvaiheen suurimmista riskeistä. Jos toiminnan käynnistämisvaihe epäonnistuu, menettää uudistus uskottavuutensa. Uhka voidaan eliminoida porrastamalla uudistus: ensin perustetaan maakunnat ja uusi sosiaali- ja terveystalvetojärjestelmä käynnistetään vasta vuoden suunnittelu- ja valmisteluvaiheen jälkeen.

Palvelujärjestelmän organisaatio ja palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveyskeskusten yhtiöittäminen ja sosiaalipalveluiden jakaminen yhtiöitettyjen sosiaali- ja terveyskeskusten ja maakunnan liikelaitoksen välillä pilkkoo järjestelmää. Maakunnalla ja maakunnan liikelaitoksella ei ole hallinnollista valtaa yksityisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Tämä tekee alueellisten hoito-ohjelmien, katkeamattomien palveluketjujen, konsultaatioiden, koulutuksen ja laatuojärjestelmien suunnittelun ja toteuttamisen vaikeaksi.

Rajapintaongelmia on runsaasti. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitovastuu on epäselvä, mutta jakautuu usean toimijan vastuulle (sote-keskus, liikelaitoksen sote-yksikkö, palvelusuunnittelu). Kuntoutusvastuiden jakautuminen ja kuntoutustoiminnan koordinaatio ovat auki. Sote-keskuksen ja liikelaitoksen toiminnallinen rajapinta kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluissa uhkaa pirstaloita kotiin annettuja palveluita epätarkoituksenmukaisella ja asiakkaan edun vastaisella tavalla. Myös muiden sosiaalipalvelujen osalta palvelujen jakautuminen eri toimijoiden kesken aiheuttaa ongelmia.

Liikelaitoksen vastuulla olevaan palvelusuunnittelu ja asiakasohjaus ovat keskeisiä välineitä integraation toteuttamisessa. Lakiesitys määrittelee vain yleisellä tasolla, miten palvelusuunnittelu käytännössä toteutetaan, ketkä sitä antavat ja mitä rooleja eri toimijoilla on.

Jos rajapinnat ja vastuunjako liikelaitosten, sote-keskusten ja asiakassetelillä palveluja tuottavien toimijoiden välillä jäävät epäselviksi, on uhkana vastuun siirto palvelujärjestelmän toiselle toimijalle oman toiminnan kustannusten optimoimiseksi. Sote-keskuksen kannattaa lähettää potilas liikelaitoksen erikoissairaanhoidon, vaikka siihen ei olisi lääketieteellisiä perusteita.

Useilla alueilla on viime vuosina kehitetty integroituja sote-järjestelmiä nykyisen lainsäädännön puitteissa. Esimerkkejä ovat Etelä-Karjalan Eksote, Pohjois-Karjalan Siun sote, Keski-Pohjanmaan Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Samanlaisia malleja on ollut suunnitteilla myös muilla alueilla ja

kokemukset ovat olleet myönteisiä. Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Keskipohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä valinnanvapauslainsäätö johtaa palvelutuotannon integraation purkamiseen ja jo integroidun toiminnan hajoamiseen eri tahoille.

Toimivan integraation toteuttaminen lakiesityksen monituottajamallissa tulee olemaan vaikea tehtävä. Haasteet ovat erityisen suuria toiminnan alussa, kun tietojärjestelmiä, osaamista ja kokemusta ei vielä ole. Monimutkainen ja vaikeasti johdettava organisaatio haittaa yhteistyötä, lisää kustannuksia ja vaikeuttaa johtamista senkin jälkeen, kun tietojärjestelmät ovat olemassa ja kokemusta järjestelmän toiminnasta on kertynyt.

Palvelujen tuottajalle suoritettavat korvaukset

Suoran valinnan palvelujen tuottajalle maksettavien korvausten tulee lakiesityksen mukaan kannustaa tehokkaiisiin palveluihin sekä edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Korvaus koostuu kiinteästä korvauksesta ja kannuste- ja suoriteperusteisista korvauksista. Kiinteätä korvausta määritettäessä on tarkoitus ottaa huomioon kansallisia tarvetekijöitä ja henkilökohtainen hoidon tarve.

Korvausjärjestelmään liittyy joukko ongelmia. Kiinteän korvauksen yhtenä perusteena olevat todennetut sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen muuttuvat yksittäisen potilaan kohdalla jatkuvasti ja niiden päivittäminen vaatii runsaasti työtä ja tietojärjestelmiä, joita ei ole eikä tule olemaan valinnanvapauslain astuessa voimaan.

Korvausjärjestelmä voi kannustaa sote-keskusta alihoitoon. Mitä vähemmän potilasta tutkitaan ja hoidetaan, sen enemmän jää palvelutuottajalle voittoa. Toisaalta palvelutuottajalle on edullista lähettää potilas palvelukeskukseen (erikoissairaanhoido, vaativat sosiaalipalvelut) omien kustannusten minimoimiseksi. Suoriteperusteisten korvausten vaarana on ao. suoritteiden tuottaminen hoidontarpeesta riippumatta.

Korvausjärjestelmän yksi riski on ”kerman kuorinta”. Taloudellisen tuloksen parantamiseksi sote-keskukset pyrkivät saamaan listoilleen potilaita, jotka ovat mahdollisimman terveitä ja jotka aiheuttavat valitsemalleen palvelutuottajalle mahdollisimman vähän kustannuksia. Kerman kuorinnan vähentämiseksi korvauserusteissa otetaan huomioon kansallisia tarvetekijöitä, kuten työssäkäynti ja sosioekonominen asema ja henkilökohtainen hoidon tarve.

Asiakassetelijärjestelmä oikein toteutettuna on tarkoituksenmukainen ratkaisu. Sote-keskuksen ja palvelulaitoksen velvoittaminen antamaan asiakasseteli silloinkin, kun sillä on omaa vapaata kapasiteettiä, on huono ratkaisu ja lisää järjestelmän kustannuksia.

Lakiesityksessä on yksityiskohtia, jotka voivat vaikeuttaa ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen järjestämistä etenkin pienissä maakunnissa. Maakunnille esitetään velvollisuutta määritellä ne palvelut, joiden tuottamisessa ne käyttävät asiakaseteliä. Maakunta ei saa itse tuottaa näitä palveluita, mutta sen omistama yhtiö saa. Kun palvelut tuotetaan jossain muualla kuin maakunnan liikelaitoksessa, lähtevät myös osaajat ja erikoislääkäripäivystyksen järjestäminen vaarantuu. Samaan suuntaan vaikuttaa erikoislääkärien siirtyminen terveyskeskuksiin, jos uusiin sote-keskuksiin perustetaan erikoislääkärien virkoja.

Korvausjärjestelmä ja sen hallinnoiminen lisäävät merkittävästi järjestelmän kustannuksia. Järjestelmän toteuttamisessa tarvitaan uusia tietojärjestelmiä, joiden valmistuminen ennen lain voimaantuloa on epätodennäköistä.

Suoran valinnan palvelujen palvelukokonaisuus

Suoran valinnan palvelukokonaisuuteen sisältyvä palveluvalikko ehdotetaan laajaksi. Ratkaisua voidaan pitää hyvänä ratkaisuna palvelujen integraation näkökulmasta. Erikoislääkäripalvelujen (sisätaudit, yleiskirurgia, lastentaudit, gynekologia, psykiatria) sisällyttäminen palveluvalikkoon on myös oikea ratkaisu, joskin siihen sisältyy myös ongelmia. Käytännössä se merkitsee sotekeskusten yleislääkäreiden toimintasektorin kapenemista ja sote-keskusten kustannusten nousua. Hyvin toteutettuna se voi toisaalta vähentää erikoissairaanhoidotarvetta palvelulaitostasolla.

Sote-keskusten laaja palveluvalikko merkitsee käytännössä sitä, että vain 4-5 suurinta yksityistä tuottajaa tulee tarjoamaan sotekeskuspalveluja valinnanvapauslainsäädännön puitteissa. Pääosa palvelutuotannosta tapahtuu nykyisillä lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Järjestely säästää kustannuksia ja antaa merkittävän kilpailuedun yksityisille palvelutuottajille.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen valinta

Valinnanvapaudesta on potilaalle/asiakkaalle hyötyä vain, jos käytössä on palvelujen laatua seuraava tietojärjestelmä, laatumittareita ja tietoa toiminnan laadusta riittävän pitkältä seuranta-ajalta. Peruspalveluiden toiminnan vaikuttavuutta ja turvallisuutta mittaavat tietojärjestelmät puuttuvat ja niiden kehittäminen kestää vuosia.

Peruspalveluiden laatua on vaikea luotettavasti mitata asiakas/potilasaineiston heterogeenisyyden takia. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu mm. seuraamalla koko hoitoyksikön kolesteroli-, verensokeri- ja verenpainetasoja, mutta ne mittaavat vain yhtä kapeaa osaa hoidon laadusta. Käytännössä valinnat näyttävät perustuvan muutamaan tekijään, joista tärkeimmät ovat palvelujen saatavuus (jonotusaika), palvelujen saavutettavuus (etäisyys, parkkipaikka), asiakaskokemus (henkilökunnan ystävällisyys) ja muilta potilailta tulevat neuvot ja vihjeet.

Suomalaisten ja kansainvälisten kokemusten perusteella vain pieni osa potilaista vaihtaa vuoden aikana lääkäriä/palvelutuottajaa. Useimmiten syynä on kielteinen asiakaskokemus, harvemmin hoidon laatu. Tämä merkitsee sitä, että pääosa valinnoista, jotka tehdään valinnanvapauslainsäädännön astuessa voimaan jää pitkäaikaisiksi ja vaikuttaa pysyvästi palvelutuottajien potilas/asiakasvalikoimaan.

On todennäköistä, että työterveyshuollon asiakkaat listautuvat osin pitkäaikaisen asiakassuhteen ja aktiivisen markkinoinnin ansiosta työterveysyhtiönsä asiakkaiksi. Nykyisten terveyskeskusten asiakkaat ja haja-asutusalueen asukkaat listautuvat pääosin maakunnallisten yhtiöiden asiakkaiksi. Konkreettisenä uhkana on, että sosiaali- ja terveydenhuolto jakautuu kahdeksi eri järjestelmäksi, joiden asiakas-, sairaus- ja sosiaalisten ongelmien kirjo poikkeaa toisistaan.

Seurauksena on pahimmassa tapauksessa merkittävä eriarvoisuusongelma. Maakunnallisten yhtiöiden iäkkäämpi sairauskirjoltaan ja sosiaalisilta ongelmiltaan vaativampi asiakaskunta tekee työn maakunnallisissa yksiköissä vaativaksi ja raskaaksi, vaikeuttaa henkilökunnan rekrytointia ja huonontaa toiminnan laatua. Kustannukset kasvavat ja seurauksena on noidankehä, joka voi johtaa maakunnallisen sote-osakeyhtiön toiminnan kriisiytymiseen.

Kustannussäästöt

Uudistustyön yhtenä keskeisenä tavoitteena on palvelujärjestelmän kustannusten hallinta. Asetetut tavoitteet ovat kunnianhimoisia, kun otetaan huomioon, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmän

kustannukset ovat kansainvälisten vertailujen perusteella hyvin kohtuulliset ja kustannusvaikuttavuus Euroopan maiden kärkeä.

Monituottajamalli tulee lisäämään palvelutarjontaa ja peruspalvelujen kustannuksia kasvukeskuksissa ja suurimmissa kunnissa, mutta ei haja-asutusalueille eikä pienissä kunnissa. Vaikutukset erikoissairaanhoidon kustannuksiin ovat epävarmoja. Ruotsista kertyneiden kokemusten perusteella erikoissairaanhoidon kustannukset joko nousevat tai eivät muutu.

On epätodennäköistä, että lakiesitykseen sisältyvä uudistus toisi merkittäviä kokonaissäästöjä, ja pahimmassa tapauksessa kustannukset voivat kasvaa. Monimutkainen organisaatio ja toimivien tietojärjestelmien puuttuminen lisäävät kustannuksia. Palvelujärjestelmän pirstaloituminen ja kustannusten siirtoon kannustava korvausjärjestelmä vaikeuttavat yhteistyötä eikä integraatiohyötyjä synny. Kustannuksia lisäävät transaktiokustannukset, jotka etenkin toiminnan alkuvaiheessa tulevat olemaan huomattavia.

Aikataulu

Järjestelmän toteuttamisaikataulu on epärealistinen. Lyhyellä aikavälillä suurin uhka on järjestelmän ajautuminen sekasortoon keväällä 2019. Toteuttamisaikataulua tulisi hidastaa. Ensimmäisessä vaiheessa vuoden 2019 alussa tulisi perustaa maakunnat ja palkata niiden tarvitsema henkilökunta. Palvelutuotanto tulisi käynnistää huolellisen suunnittelun jälkeen aikaisintaan vuoden 2020 alussa.

Yhteenveto

Suomen sosiaali- ja terveystietojärjestelmä toimii tällä kansainvälisten vertailujen perusteella kohtuullisen hyvin. Ongelmia on, mutta ne voitaisiin korjata suhteellisen yksinkertaisin toimin. Peruspalvelujen saatavuutta ja laatua voitaisiin parantaa osoittamalla lisäresursseja perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin, parantamalla johtamista, edistämällä yhteistyötä (integraatiota) eri toimintasektoreiden välillä ja kehittämällä tietojärjestelmiä.

Ihanteellinen ja helposti toteutettava uudistus olisi ollut järjestämisvastuun siirtäminen maakunnille ja tuotantovastuun osoittaminen integroiduille maakunnallisille tuotanto-organisaatioille, mallina Eksote, Siun sote ja Soite. Monituottajamallia olisi voitu edistää laajentamalla asiakassetelin käyttöä ja ulkoistamalla sote-keskusten toimintaa yksityisille palveluntuottajille maakunnan ohjauksessa tapahtuvan kilpailutuksen kautta.

Helsingissä, 22.5. 2017

Jussi Huttunen

Professori, pääjohtaja emeritus