

Eduskunnan perustuslakivaliokunnalle

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 kustannusten kasvun hillitseminen.

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 kritisoitu lähinnä järjestelmän eriarvoisuutta: 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 siirtyi erikoistuttuaan nopeasti laajenevaan työterveyshuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Huomattava osa terveystalouden lääkäreistä on ollut kokemattomia orientoivan vaiheen lääkäreitä tai äsken muualta Suomeen muuttaneita lääkäreitä. Terveystalouden palvelujen saatavuus ja laatu ovat nopeasti paranemassa, kun lääkärinkoulutusta ja lääkärivirkoja perusterveydenhuollossa on lisätty.

Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollosta ei ratkaise suomalaisen sosiaali- ja terveystalouden 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 ei muuta tärkeintä yksittäistä eriarvoisuuden syytä: osa väestöstä on uudessa järjestelmässä edelleen sekä maakunnallisen terveydenhuollon että työterveyshuollon piirissä, osa vain maakunnallisen terveydenhuollon piirissä.

Uudistus lisää nyt esitetyssä muodossa eriarvoisuutta (myös valinnanvapauden eriarvoisuutta) ja saattaa lisätä kustannuksia ja heikentää sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuutta. Lakiesityksen keskeneräisyys ja uudistuksen kaavailtu aikataulu muodostavat ongelman palvelujärjestelmän yhdenvertaisuuden kannalta. Yhtenä vakavana uhkana on järjestelmän ajautuminen kaaokseen, kun uusi järjestelmä otetaan käyttöön vuoden 2019 alussa.

Maakunta järjestäjänä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille on korjaa järjestelmän yhden keskeisen ongelman. Maakuntien lukumäärä on kuitenkin liian suuri: hyvin toimivan maakunnan väestöpohja tulisi olla vähintään 200 000. Maakuntien ihannelukumäärä olisi siten 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. Avaintehtäviä ovat mm. hoitoketjujen kuvaaminen, eri toimijoiden yhteistyön varmistaminen, palvelutuottajien kriteerien määrittäminen, asiakassetelijärjestelmän hallinnoiminen ja sosiaali- ja terveystieteiden 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 osaamis pääoma, puuttuvat tietojärjestelmät ja tiukka aikataulu tekevät järjestämistehtävän vaikeaksi ja joiltain osin lähes mahdottomaksi.

Potilas- ja asiakaskohtaisen integraation toteuttaminen monituottajamallissa vaatii yksityiskohtaista hoito- ja palveluketjujen kuvaamista. Jos riittävää osaamis pääomaa 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 voivat etenkin alkuvaiheessa mutta myös pitemmällä aikavälillä kilpistyä osaavien johtajien ja toimivien tietojärjestelmien puuttumiseen.

Maakunnan tosiasialliset mahdollisuudet valvoa ja ohjata sote-keskusyhtiöiden ja asiakassetelipalvelujen tuottajien toimintaa ja toiminnan laatua jäävät heikoiksi. Valtaosa tarvittavista järjestelmistä puuttuu ja kestää vuosia ennen kuin toiminnanohjauksen indikaattorit ja tietojärjestelmät on kehitetty ja rutiinikäytössä.

Kokemus- ja osaamis pääoman puuttuminen on uudistuksen alkuvaiheessa ja pienissä maakunnissa myös pitemmällä aikavälillä yksi uudistuksen suurimmista riskeistä. Kokemus- ja osaamiserot johtavat eri maakunnissa erilaisiin ratkaisuihin ja suuriin ongelmiin kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta. Maakuntien tosiasiallinen kyky ohjata ja valvoa järjestelmää on heikko.

Palvelujärjestelmän organisaatio ja palveluintegraatio

Sosiaali- ja terveystieteiden yhtiöittäminen ja sosiaalipalveluiden jakaminen yhtiöitettyjen sosiaali- ja terveystieteiden ja maakunnan liikelaitoksen välillä pirstoo järjestelmän. Maakunnalla ja maakunnan liikelaitoksella ei ole hallinnollista valtaa yksityisiin sosiaali- ja terveystieteen keskuksiin. Tämä tekee alueellisten hoito-ohjelmien, katkeamattomien palveluketjujen, konsultaatioiden, koulutuksen ja laatujohtajien suunnittelun ja toteuttamisen vaikeaksi sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.

Rajapintaongelmia on runsaasti ja monin liittyy vakavia ongelmia kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta. Monimutkainen ja vaikeasti ohjattava järjestelmä vaikeuttaa etenkin vähän koulutettujen, vähäosaisten ja syrjäytyneiden kansalaisten mahdollisuuksia päästä palvelujen piiriin.

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 pirstoa 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 lakiesityksen mukaan keskeinen väline integraation toteuttamisessa. Lakiesitys määrittelee palvelusuunnittelun vain yleisellä tasolla. Avoimeksi jää, miten palvelusuunnittelu käytännössä toteutetaan, ketkä sitä antavat, mitä rooleja eri toimijoilla on ja mikä on palvelusuunnittelun suhde muihin järjestelmän toimijoihin.

Jos rajapinnat ja työnjako liikelaitoksen ja sen yksiköiden, sote-keskusten ja asiakassetelillä palveluja tuottavien toimijoiden välillä jäävät epäselviksi, on uhkana vastuun siirto palvelujärjestelmänyhdeltä toimijalta 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 ja kokemukset niistä ovat olleet myönteisiä. Esimerkkejä ovat Etelä-Karjalan Eksote, Pohjois-Karjalan Siun sote, Keski-Pohjanmaan Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Keskipohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä valinnanvapauslainsäätö johtaa palvelutuotannon integraation purkamiseen ja toiminnan hajoamiseen eri tahoille ja heikentää monin tavoin palvelujen laatua.

Toimivan integraation toteuttaminen lakiesityksen monituottajamallissa on vaikea tehtävä. Haasteet ovat erityisen suuria toiminnan alussa, kun tietojärjestelmiä, osaamista ja kokemusta ei vielä ole. Monimutkainen ja vaikeasti johdettava organisaatio haittaa palvelutuottajien yhteistyötä, lisää kustannuksia ja vaikeuttaa johtamista senkin jälkeen, kun tietojärjestelmät usean vuoden jälkeen ovat olemassa ja kokemusta järjestelmän toiminnasta on kertynyt. Yhteistyön ongelmat vaikeuttavat etenkin moniongelmaisten, vakavasti sairaiden ja vammaisten asiakkaiden/potilaiden hoitoa ja hoitoon pääsyä ja lisäävät eriarvoisuutta.

Palvelujen tuottajalle suoritettavat korvaukset

Suoran valinnan palvelujen tuottajalle maksettavien korvausten tulee lakiesityksen mukaan kannustaa tehokkaisuuteen 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 pitkään aikaan olemaan.

Korvausjärjestelmä kannustaa sote-keskusta alihoitoon. Mitä vähemmän potilasta tutkitaan ja hoidetaan, sen enemmän jää palvelutuottajalle voittoa. Toisaalta palvelutuottajalle on edullista lähettää potilas palvelukeskukseen (erikoissairaanhoidon, 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 korvausperusteissa otetaan huomioon kansallisia tarvetekijöitä, kuten työssäkäynti ja sosioekonominen asema ja henkilökohtainen hoidon tarve, mutta ne poistavat ongelman vain osittain.

Asiakasetelijärjestelmä oikein toteutettuna on toimiva ja tarkoituksenmukainen väline. Sote-keskuksen ja palvelulaitoksen velvoittaminen antamaan asiakaseteli silloinkin, kun sillä on omaa vapaata kapasiteettia, on huono ratkaisu ja lisää järjestelmän kustannuksia.

Lakiesityksessä on yksityiskohtia, jotka voivat vaikeuttaa ympärivuorokautisen yhteispäivystyksen järjestämistä etenkin pienissä maakunnissa ja siten vähentää alueellista yhdenvertaisuutta. 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 erikoislääkärin virkoja.

Korvausjärjestelmä ja sen hallinnoiminen lisäävät merkittävästi järjestelmän kustannuksia.

Korvausjärjestelmän hallinnoimisessa tarvitaan uusia tietojärjestelmiä (mm. potilaiden/asiakkaiden hoidon tarvetekijät, sosioekonominen asema), joiden kehittäminen vaatii useita vuosia. Niin kauan kuin näitä järjestelmiä ei ole, uhkana on kermankuorinta, joka heikentää kansalaisten yhdenvertaisuutta.

Suoran valinnan palvelujen palvelukokonaisuus

Suoran valinnan palvelukokonaisuuteen sisältyvä palveluvalikko ehdotetaan laajaksi. Mallia 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 erikoissairaanhoidon tarvetta palvelulaitostasolla.

Sote-keskusten laaja palveluvalikko merkitsee käytännössä sitä, että vain 4-5 suurinta yksityistä tuottajaa pystyy tarjoamaan valinnanvapauden piirissä olevia sotekeskuspalveluja.

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 ja laajan palveluvalikon takia. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu mm. seuraamalla koko hoitoyksikön kolesterolin, verensokerin 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.

Peruspalvelujen saatavuus

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset tulevat perustamaan vastaanottopisteitä ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin kaupunkeihin ja niiden ympäryskuntiin. Haja-asutusalueilla ja pienissä kunnissa tulee olemaan tarjolla vain maakunnan liikelaitoksen tarjoamia palveluja. Palvelujen saatavuus paranee siten taajama-alueille, mutta ei parane ja saattaa huonontua pienissä kunnissa. Myös maakuntien välillä syntyy eroja palvelujen saatavuudessa: yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset perustavat vastaanottoasteita ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin maakuntiin.

Pääosa yksityisten sotekeskusten palvelutuotannosta tapahtuu uudessa järjestelmässä nykyisillä lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Järjestely säästää yksityisten palvelukeskusten kustannuksia ja antaa merkittävän kilpailuedun yksityisille palvelutuottajille.

Peruspalvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa tulee olemaan suuria eroja toisaalta maakuntien ja toisaalta suurten kuntien ja niiden ympäryskuntien ja pienten kuntien ja haja-asutusalueiden välillä.

Kustannukset

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 kustannussäästöjä, 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 myös transaktiokustannukset, jotka etenkin toiminnan alkuvaiheessa tulevat olemaan huomattavia. Kustannusten kasvu voivat kasvattaa palvelumaksuihin ja tätä kautta lisätä eriarvoisuutta.

Aikataulu

Järjestelmän toteuttamisaikataulu on epärealistinen. Lyhyellä aikavälillä suurin uhka on järjestelmän ajautuminen kriisiin 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 terveystalvelujärjestelmä toimii tällä kansainvälisten vertailujen perusteella kohtuullisen hyvin. Ongelmia on, mutta ne voitaisiin korjata suhteellisen yksinkertaisin toimin. Perustalvelujen saatavuutta ja laatua voitaisiin parantaa osoittamalla lisäresursseja perustalveydenhuoltoon 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, 28.5. 2017

Jussi Huttunen

Professori, pääjohtaja emeritus