

EDUSKUNNAN PERUSTUSLAKIVALIOKUNNALLE

Pyydettyinä lausuntona hallituksen esityksistä: HE 71/2017, HE 15/2018, HE 16/2018
HE 52/2017 totean seuraavaa:

Yhteenveto

Lakiesityksiin sisältyvä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistus ei toteuta julkisen vallan velvollisuutta turvata jokaiselle yhdenvertaisesti riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Lakikokonaisuuden ongelmat johtuvat asiakkaan valinnanvapautta koskevaan lakiesitykseen sisältyvästä markkinalähtöisestä monituottajamallista.

Järjestämisvastuun siirtäminen kunnilta maakunnille on oikea ratkaisu, mutta maakuntien lukumäärä esityksessä on liian suuri. Muilta osin minulla ei ole huomauttamista maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista koskevista esityksistä.

Järjestelmää uudistettaessa tulee huolehtia siitä, että sen hyvin toimivat osat eivät kärsi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet ovat peruspalveluiden vahvistaminen, perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantaminen (toiminnallinen integraatio), yhdenvertaisuuden lisääminen ja kustannusten hallitseminen. Hallintoa ja rahoitusjärjestelmää tulee kehittää ja tehostaa ja asiakkaan valinnanvapautta lisätä.

Suomen julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisten arvioiden perusteella sekä tehokas että vaikuttava. Järjestelmä kattaa koko väestön, hoidon vaikuttavuus (erityisesti erikoissairaanhoido) on huippuluokkaa ja kustannukset läntisen Euroopan pienimpiä. Asiakkaan valinnanvapautta on kunnallisessa järjestelmässä kehitetty voimakkaasti.

Lausuntopyynnön tarkoittama lakikokonaisuus ei korjaa Suomen sosiaali- ja terveysjärjestelmän ongelmia. Monet toiminnan kannalta kriittiset yksityiskohdat ovat auki ja/tai ristiriidassa asetettujen tavoitteiden kanssa. Kuten tässä lausunnossa myöhemmin todetaan, uudistus lisää järjestelmän kustannuksia ja vaikeuttaa yhteistyötä. Valinnanvapaus ei tosiasiallisesti parane. Yhdenvertaisuus ei toteudu.

Esityksen ongelmat johtuvat valitusta markkinaperusteisesta monituottajamallista.

Maakunta järjestäjänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen maakunnille korjaa yhden nykyjärjestelmän ongelman. Sama tavoite voitaisiin saavuttaa siirtämällä järjestämistehtävä vain sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaaville itsehallintoalueille tai aluekunnille. Maakuntien lukumäärä on esityksessä liian suuri: Ihannelukumäärä olisi 10–12.

Lakiesityksen ja sen perustelujen mukaan perinteinen hallinnollinen ohjaus korvataan palvelutuottajille asetetuilla ehdoilla, hyväksymismenettelyillä, sopimuksilla, korvausjärjestelmällä sekä tiedolla. Ohjauksessa ja valvonnassa tarvittavia tietojärjestelmiä ja tietopohjaa ei ole.

Järjestäjän ja tuottajan jyrkkä erottaminen lisää byrokratiaa ja aiheuttaa kustannuksia tuottamatta merkittävää lisähyötyä. Epäselvä työnjako maakunnan ja sen alaisten yksiköiden välillä on riski erityisesti toimeenpanovaiheessa, mutta myös pitemmällä aikavälillä.

Peruspalvelujen saatavuus. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset perustavat vastaanottopisteitä ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin kaupunkeihin ja niiden ympäryskuntiin. Haja-asutusalueilla ja pienissä kunnissa tulee olemaan tarjolla pääsääntöisesti vain maakunnan liikelaitoksen tarjoamia palveluja. Palvelujen saatavuus paranee siten taajama-alueille, mutta ei parane ja saattaa huonontua pienissä kunnissa.

Maakuntien välillä syntyy eroja palvelujen saatavuudessa: yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset perustavat vastaanottopisteitä ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin maakuntiin. Pienimmissä maakunnissa yhdellä yksityisellä palvelutuottajalla voi olla monopoli tai yksityistä palvelutarjontaa ei ole.

Merkittävä osa yksityisten sotekeskusten palvelutuotannosta tapahtuu uudessa järjestelmässä nykyisillä lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Järjestely säästää yksityisten sotekeskusten kustannuksia ja antaa niille merkittävän kilpailuedun, mutta merkitsee samalla luopumista perinteisestä suomalaisesta terveyskeskuskonseptista.

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

Saumaton yhteistyö (integraatio). Eri toimijoiden saumaton yhteistyö (integraatio) on yksi soteuudistuksen keskeisistä periaatteista. Tavoitteena on, että perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut ja erikoissairaanhoido tekevät tiivistä yhteistyötä, potilasta/asiakasta ei pompotella luukulta toiselle eikä hän putoa eri toimijoiden väliin. Alueellisten palvelukäytäntöjen, hoito-ohjelmien ja palveluketjujen tulee olla näyttöön perustuvia, laadukkaita ja yhdenmukaisia. Prosessien ja käytäntöjen tulee edistää eri toimijoiden yhteistyötä sekä yksittäisen asiakkaan että asiakasryhmän tasolla.

Ajankohtainen lakiesitys ei tue integraatiota. Organisaatio on sirpaleinen ja vaikea johtaa. Osa sotekeskuksista tulee olemaan niin pieniä, että keskuksen sisällä ei ole mahdollista järjestää toimivaa yhteistyötä ja työnjakoa. Sotekeskus ei pysty valvomaan toiselta palvelutuottajalta hankkimiansa eikä maakunnan liikelaitos asiakassetelipalvelujen tuottajilta hankitun työnsisältöä ja laatua.

Maakunnan ja maakunnan liikelaitoksen työnjako järjestelmän johtamisessa on epäselvä. Maakunnalla ja maakunnan liikelaitoksella ei ole hallinnollista valtaa yksityisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Tämä tekee kattavien hoito-ohjelmien, katkeamattomien palveluketjujen,

konsultaatioiden, koulutuksen ja laatu järjestelmien suunnittelun, toteuttamisen ja ylläpidon vaikeaksi.

Rajapintaongelmia on runsaasti. Sosiaalipalveluiden siirtyminen maakunnan liikelaitokseen pilkkoo palvelujärjestelmän. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitovastuu on epäselvä, mutta jakautunee usean toimijan vastuulle. Sotokeskuksista tulee käytännössä terveyskeskuksia, kun sotekeskusten sosiaalipalvelut rajoittuvat ohjaukseen ja neuvontaan. Sotokeskuksia konsultoivat liikelaitoksen sosiaalipalveluasiantuntijat eivät korjaa syntynyttä ongelmaa.

Sote-keskuksen ja liikelaitoksen toiminnallinen rajapinta vanhusten sairaanhoidon, kotisairaanhoidon ja kotihoidon palveluissa pirstoo palvelukokonaisuuden epätarkoituksenmukaisella ja asiakkaan edun vastaisella tavalla. Kuntoutusvastuiden jakautuminen ja kuntoutustoiminnan järjestäminen ovat auki.

Jos rajapinnat ja vastuunjako liikelaitoksen, sotekeskusten ja asiakassetelillä palveluja tuottavien toimijoiden välillä jäävät epäselviksi, ovat uhkana vastuun siirrot toiselle toimijalle oman toiminnan kustannusten minimoimiseksi. Lakiesitykseen sisältyvä sotekeskusten korvausjärjestelmä (ks. alla) kannustaa tällaiseen menettelyyn: sotekeskuksen kannattaa lähettää potilas liikelaitoksen erikoissairaanhoitoon, vaikka siihen ei olisi lääketieteellisiä perusteita.

Liikelaitoksen vastuulla oleva palvelusuunnittelu ja asiakassuunnitelma ovat lakiesityksen perustelujen mukaan tärkein yksittäinen väline integraation toteuttamisessa asiakastasolla. Uudessa lakiesityksessä asiakassuunnitelma ei velvoita palvelutuottajia ja tulee koskemaan vain osaa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjiä.

Integraation toteuttaminen on monituottajamallin suurin yksittäinen ongelma. Monimutkainen ja vaikeasti johdettava organisaatio haittaa yhteistyötä, lisää kustannuksia ja vaikeuttaa johtamista senkin jälkeen, kun tietojärjestelmät ovat olemassa ja kokemusta järjestelmän toiminnasta on kertynyt.

Suoran valinnan palvelujen palvelukokonaisuus. Erikoislääkäripalvelujen sisällyttäminen suoran valinnan palvelukokonaisuuteen aiheuttaa lukuisia ongelmia. Säännölliset konsultaatiokäynnit ja sähköisten välineiden laajamittainen käyttö olisivat tehokkaampi ja taloudellisempi tapa toiminnan tehostamiseksi.

Sote-keskusten palveluvalikko ja siihen sisältyvä velvoite tuottaa valikoituja erikoisalapalveluja merkitsee käytännössä sitä, että vain 4-5 suurinta yksityistä tuottajaa tulee tarjoamaan sotekeskuspalveluja valinnanvapauslainsäädännön puitteissa. Pienissä maakunnissa tulee yksityisiä palvelutuottajia olemaan vain 1-2.

Suoran valinnan palvelujen tuottajille maksettavat korvaukset. Suoran valinnan palvelujen tuottajalle maksettavien korvausten tulee lakiesityksen mukaan kannustaa tehokkaisiin 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 ongelmia, jotka eivät ole vähäisiä. 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 kannustaa sotekeskusta alihoitoon. Mitä vähemmän potilasta tutkitaan ja hoidetaan, sen enemmän jää palvelutuottajalle voittoa. Toisaalta palvelutuottajalle on edullista lähettää potilas liikelaitokseen (erikoissairaanhoido, sosiaalipalvelut) omien kustannusten minimoimiseksi. Suoriteperusteisten korvausten vaarana on suoritteiden tuottaminen hoidontarpeesta riippumatta.

Korvausjärjestelmä kannustaa ”kerman kuorintaan”. Taloudellisen tuloksen parantamiseksi sotekeskukset pyrkivät hankkimaan listoilleen potilaita, jotka ovat mahdollisimman terveitä ja jotka aiheuttavat valitsemalleen palvelutuottajalle mahdollisimman vähän kustannuksia. Tarvetekijöiden huomioiminen korvauksissa ei riitä korjaamaan syntyvää vinoutumaa.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen valinta. Valinnanvapaus ei uudistuksessa tosiasiallisesti lisäännä: sotekeskuksen asiakas voi uudessa järjestelmässä valita yksityisen palvelutuottajan, mutta oikeus lääkärin tai hoitotiimin valintaan ei muutu. Sotekeskuksen yleislääkäri toimii edelleen portinvartijana ja erikoislääkärin vastaanotolle pääsee vain portinvartijana toimivan lääkärin läheteellä.

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

Peruspalveluiden laatua on lähes mahdotonta mitata luotettavasti asiakas/potilasaineiston heterogeenisyyden takia. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu mm. seuraamalla koko hoitoyksikön kolesterolit-, verensokeri- ja verenpaine-tiloja, mutta ne mittaavat vain yhtä kapeaa osaa hoidon laadusta.

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

Seurauksena on merkittävä yhdenvertaisuusongelma. Maakunnan liikelaitosten iäkkäämpi ja sairauskirjoltaan ja sosiaalisilta ongelmiltaan vaativampi asiakaskunta tekee työn maakunnallisissa yksiköissä vaativaksi ja raskaaksi, vaikeuttaa henkilökunnan rekrytointia ja toimintaa.

Kustannukset kasvavat ja seurauksena on noidankehä, joka voi johtaa maakunnallisen sotekeskusten toiminnan kriisiytymiseen.

Kustannussäästöt. Uudistuksella on tarkoitus vähentää palvelujärjestelmän kustannuksia. Asetetut tavoitteet ovat epärealistisia, kun otetaan huomioon, että terveyspalvelujen kustannukset ovat kansainvälisten vertailujen perusteella hyvin kohtuulliset ja laatu kansainvälistä huippua.

Monituottajamalli lisää peruspalvelujen tarjontaa ja 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.

Kustannuksia lisäävät uuden järjestelmän pirstaleisuus, monimutkainen organisaatio, tietojärjestelmien puuttuminen sekä sotekeskusten korvausjärjestelmä. Säästöjen kannalta kriittinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä ei toteudu. Monituottajamallin ohjaaminen ja valvonta sitovat runsaasti voimavaroja.

Yhdenvertaisuus. Hyvinvointierojen kaventaminen on yksi uudistuksen keskeisistä tavoitteista. Hallituksen esitys ei varmista resurssien yhdenvertaista kohdentumista. Valinnanvapaus tässä muodossa parantaa niiden sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien henkilöiden asemaa, jotka kykenevät hahmottamaan järjestelmän tuomat mahdollisuudet ja hyödyntämään niitä.

Valinnanvapauslaki voi parantaa perustason terveyspalvelujen saatavuutta, mutta alueellisesti vaikutukset ovat erilaisia ja haja-asutusalueille ja pienissä kunnissa jopa palvelujen saatavuutta huonontavia. Palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa tulee olemaan suuria eroja maakuntien välillä.

Työterveyshuollon asiakkaat listautuvat pitkäaikaisen asiakassuhteen ja aktiivisen markkinoinnin ansiosta todennäköisesti työterveysyhtiönsä asiakkaiksi. Nykyisten terveyskeskusten asiakkaat ja haja-asutusalueen asukkaat listautuvat pääosin maakunnallisten yhtiöiden asiakkaiksi. Konkreettisenä vaarana on, että sosiaali- ja terveydenhuolto jakautuu kahteen osaan, joiden asiakas-, sairaus- ja sosiaalisten ongelmien kirjo ja kustannukset eroavat toisistaan.

Työssäkäyvä väestö on sekä työterveyshuollon että maakunnallisen terveydenhuollon piirissä, muu väestö vain maakunnallisen terveydenhuollon piirissä.

Helsingissä, 30.11 2018

Jussi Huttunen

Professori, pääjohtaja emeritus