

2.6.2017

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta
stv@eduskunta.fi

ASIA: Asiantuntijalausunto/kuulemistilaisuus 2.6.2017

HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtionalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta

HE 52/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta

HE 15/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Edustan pientä yksityistä lääkärikeskusyrittäjää kasvukeskusten ulkopuolelta. Toimimme n. 8600 asukkaan kunnassa Asikkalassa. Paikallista terveyspalvelua tarjoaa myös Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään kuuluva terveysasema, joka on avoinna arkipäivisin virka-aikaan.

Sijaintikunnastamme on n. 30 km lähimpään yhteispäivystyspisteeseen, joka sijaitsee keskussairaalan yhteydessä. Kuntamme pohjoisista osista ja edelleen pohjoisemmista alueen kunnista on tätä huomattavasti pidempi matka päivystysaikaisiin vastaanottopalveluihin.

Olemme onnistuneet vakiinnuttamaan pienen, mutta palveluhenkisen vastaanottotoimintamme kymmenessä vuodessa alueelle, missä ei ollut aiemmin yksityistä palvelutuotantoa. Olemme alusta asti toimineet yhden luukun periaatteella: hoidamme asiakkaan asiat myös siltä osin, mikä ei kuulu omiin valikoimiimme kaihtamatta kilpailijalle ohjaamista, jos oikea asiantuntemus olisi sieltä parhaiten löydettävissä. Olemme näin toteuttaneet palveluiden integraatiota jo vuosia sitten, mistä asiakkaatkin ovat pitäneet.

Lausuttavana olevien lakiesityksien eteen on tehty vuosia töitä, eikä täydellisiä, kaikkia osapuolia tyydyttäviä ratkaisuja liene mahdollista saavuttaakaan. Hallitus on kuitenkin asettanut päätavoitteet *(vahvistaa erityisesti perustason palveluja*

ja turvata ihmisten nykyistä nopeampi hoitoon pääsy ja palvelujen saatavuus), joihin näillä ehdotuksilla tähdätään, keinona on valinnanvapaus eri muodoissaan. Taloudelliset säästötavoitteet ovat myös vahvasti esillä. Esitettävissä ehdotuksissa on kuitenkin merkittäviä riskejä, joiden pohjalta tavoiteltavat asiat voivat tulla nykytilannetta hankalammaksi ja tavoitteet näin ollen jäädä saavuttamattakin.

Suunniteltavassa mallissa on kuitenkin paljon hyviä ajatuksia ja ominaisuuksia, minkä vuoksi tätä työtä ei tule heittää hukkaan. Valinnanvapaus itsessään on erittäin tärkeä tavoite ja johtaa sopivissa olosuhteissa palveluiden kilpailun kautta niiden paranemiseen. Subjektivistä käsitystä palveluista ja oikeasta hoidosta voi kuitenkin olla hankala tutkia.

Integraatio on jo nyt tavoitteena kaikessa toiminnassa. Varmasti jokainen ammattihenkilö kannattaa sen toteutumista hoitoketjuissa, mutta tähän asti rekistereitä koskeva lainsäädäntö ja toisaalta huonot tekniset ratkaisut järjestelmissä ovat olleet suurin este integraation toteuttamisessa. Iso osa säästöistä voidaan saavuttaa jo nyt, jos päällekkäiset toiminnat, tiedonkulun esteet ja turhat toimet jäävät pois. Tämä luultavasti vapauttaa resursseja yleisemminkin ja toisaalta potilaiden omien tietojen katselumahdollisuuksien myötä vastuuta potilaiden omasta hoidosta siirtyy hoito-ohjeiden kera heille itselleen. Innovatiivisten terveystietoa järjestelmiin siirtävien laitteiden avulla saavutetaan myös osa tavoitteista.

Malleja tulee ja pitää voida muokata kertyvien kokemusten (pilotit, alkuvuosien toiminta) myötä, mutta tällä välin pitää pyrkiä estämään toimintaedellytysten häviäminen nykyisiltä toimijoilta, jollei tähän ole tosiasiallista perustetta. Jo edellä mm. KanTa-palveluihin liittyviin vaatimuksien tullessa nähtiin palveluntuottajien toimintojen siirtymistä suuremmille toimijoille. Vastaava riski on nähtävissä nyt vielä suurempana.

Nyt esitettävien vähimmäispalveluiden laajuus sote-keskuksissa on huomattava. Se edellyttää pienimmilläänkin useiden mikroyrityskokoisten tilanteen uutta suunnittelua ja ylipäättään riskinarviointia, kannattaako tähän palvelutuotantoon edes lähteä. Vaadittavista vakuuksista ei ole vielä tarkempaa tietoa, mutta sekin voi esim. yhden hengen ammatinharjoittajayhtiössä vesittää mahdollisuudet ottaa osaa edes asiakassetelituottajana toimimiseen. Ehdotettujen sote-keskusten alihankintamallissakin on suuri riski siinä, miten neutraalisti palveluohjaus tapahtuisi, jos liiketoiminnassa on sote-keskuksen oma intressi mukana. Modulaarisessa toiminnassa on edelleen oma riskinsä vastuiden kantamisesta, joskin tämä parhaimmillaan toimiessaan voisi hyvin mahdollistaa mm. sisäisten ammatinharjoittajien toimintaedellytykset.

Sote-keskusten palveluvalikoimien osalta jää osin epäselväksi, miten laajoja tutkimuksia edellytetään tehtävän. Tätä voisi tarkentaa. Mikäli esim. kuvantamispalveluiden järjestäminen ei kuulu perustehtäviin, tulisi selvittää, tarjoaako maakunnan liikelaitos ne lähtökohtaisesti. Jos tämä vaatimus on, pitäisi selvittää, voiko palvelut ostaa myös maakunnan liikelaitokselta sekä onko näiden palvelujen hinta maakunnan määrittämä jokaisella sote-toimijalla.

Lakiesityksissä puhutaan henkilökunnasta ja sen pysyvyydestä. Yksityisellä terveydenhoitoalalla suuri osa toimijoista toimii ammatinharjoittajamuotoisena ja osa-aikaisena muun työn ohessa tai useammalla eri palveluntuottajalla. Tämä mahdollinen vaatimus hankaloittaisi etenkin kasvukeskusten ulkopuolella työvoiman saantia ja toisaalta asettaa palkkakustannusten myötä myös suuria haasteita kannattavuudelle, etenkin kun listautumisista ei ole mitään tietoa, eikä väestöpohjakaan välttämättä tue tätä. Riskinä on lähipalveluiden ajautuminen suurempiin keskuksiin.

Sote-keskukset kilpailevat periaatteessa alueellisesti samoista asiakkaista. Pienillä paikkakunnilla ei välttämättä ole riittävästi töitä kaikille kokoaikaiseen työhön. Työntekijä voisi kompensoida tätä tekemällä töitä useammalle eri palveluntuottajalle.

Työvoiman liikkuvuus ja etenkin sen rajoittuminen voi tuottaa ongelmia. Sitä ei varsinaisesti näissä lakiehdotuksissa ole otettu esiin, joskin sen perusteluosiossa asia tulee ilmi. Nyt esim. TES ja muut mahdollisesti työsopimukseen/muihin sopimuksiin sisältävät seikat asettavat rajoitteet eri työnantajilla toimimiseen.

Työvoiman ja etenkin tiettyjen erityisosaamisten saatavuus voi olla todellinen ongelma. Esityksessä oletetaan, että henkilökuntaa on saatavilla joka puolella Suomea, kun kapitaatiokannustimia on riittävästi. Jo tätä ennen syrjäseutujen ja jopa keskeisten kaupunkien on ollut vaikeuksia saada henkilökuntaa kannustimista riippumatta, eikä ongelma välttämättä ole näin yksioikoisesti ratkaistavissa. Toki vastuu henkilökuntaongelman järjestämisestä siirtyy sote-keskukselle, mikä ei välttämättä anna mahdollisuuksia saada palveluja kattavasti ja tasapuolisesti joka puolelle Suomea.

Toisaalta erityistason (esim. keskussairaalat, yliopistosairaalat) palveluntuottaja ei suoraan kilpaile perustason toimijan kanssa, mutta jo nyt eräissä sairaaloissa on tulkittu säännöksiä niin, ettei ole annettu mahdollisuutta vapaa-ajallaan toimia eri sektorin töissä. Tämä voi ajaa asiantuntijat hankalaan valintarooliin, missä lojaliteetti voi kääntyä miten vain. Tällöin riskinä on myös ammatinharjoittajien häviäminen sairaaloista.

Edelleenkin erityistason toimijoiden voidaan edellyttää jalkautuvan sote-keskuksiin konsultaatiovastaanotoille jne., jolloin kilpailuasetelma on taas olemassa muihin sote-keskuksiin nähden. Työpisteiden mahdollinen liikkuvuus/siirtymisvaatimukset voivat myös ajaa asiantuntijoita pois, jollei tilanne ole heidän mieleisensä/aikanaan tehdyn sopimuksen mukainen.

Nykyisten kuntien alueelle todennäköisesti muodostuvien maakuntien liikelaitosten kilpailuneutraliteetti on myös aavistuksen epäselvä, joskin teksteissä on selvä pyrkimys taata tasavertainen kilpailuasetelma. Tätä se ei toki tule lähtökohtaisesti olemaan, sillä varsinainen alkuinvestointi laitteisiin, kalusteisiin ja välineisiin siirtyy suorana liikkeenluovutuksena ja sen varainsiirtoverottomuudestakin ollaan säättämässä.

Arvonlisäverovähennysoikeuden osalta kunnilla nykyisin olevaa laskennallista vähennysoikeutta ollaan myös siirtämässä maakunnille, osin myös maakuntien liikelaitoksille. Tosin neutraliteettia tukee pyrkimys siitä, että mm. sote-keskusten kilpailevassa toiminnassa ALV-käytäntö olisi yhteneväinen kaikilla toimijoilla. Eli kun sote-palvelut ovat pääsääntöisesti myytynä verottomia, ei vähennysmahdollisuuksiakaan ostetuista palveluista/tavaroista olisi. Olisi huolehdittava, että käytäntö koskisi tosiasiallisesti sote-keskuksia, eikä esim. keskitetyin hankintatoimin kierretä vähennysoikeuden puuttumista. Jos se annetaan jollekin toimijalle, tulisi sen olla tasavertaisesti myös muilla toimijoilla.

Ehdotukset havaintojen pohjalta:

- Sote-tuotannossa olisi pidettävä mahdollisuus tässä esitettyjen muotojen lisäksi pienimuotoisempaan toimintaan luontevin kokonaisuuksin ja toisaalta integraatioajatus itsessään antaa mahdollisuuden vaihtaa saumatta tietoa eri toimijoiden välillä. Alkuperäinen omatiimi/sote-asema-malli tarjoaisi tähän kevyemmän vaihtoehdon. Tämän mahdollisuuden taustalla voisi olla myös toiminta-alueen väestöpohja (pienissä kunnissa mahdollisuus listautua vain rajallisiin palveluihin).

Tämä toki tuottaa kapitaation suhteen erilaisen laskentapohjan. Erilaisia kannustimia on jo nyt suunniteltu, jolloin erilaiset kapitaatiopainotukset ovat joka tapauksessa suunnitelmassa.

- Asiakasseteli antaa hyvän mahdollisuuden palveluiden vapaalle liikkuvuudelle. Tätä mahdollisuutta on käytetty kuitenkin häviävän vähän aiemmin, joten on hyvä, jos tässä esityksessä annettu vähimmäisehdotus täyttyy ja jopa ylittyisi.

- Edellytettävän henkilökunnan osalta tulisi sallia myös esim. ammatinharjoittajuussuhde (poislukien vastuuhenkilöt) sekä osa-aikainen työ riippuen sote-keskuksen koosta (riittävä henkilökunta asiakasmäärään nähden).
- Suunnitelluissa ICT-ratkaisuissa tulisi mahdollisimman pitkälle pyrkiä hyödyntämään jo suunniteltuja yhteisiä alustoja (KanTa-palvelut), eikä sekavoittaa jo nykyisin kirjavaa potilastietojärjestelmistää. Etenkin valinnanvapauden listautumismenettelyt, henkilötietojen ylläpito ja julkisen maksuliikenteen ohjautuminen, yms. tulisi kanavoida tätä kautta. ja lääkintälaitteilta (so. potilasjärjestelmät) tulisi edellyttää standardien mukainen suoraliittyminen näihin ilman kalliita rajapintaratkaisuja/lisäjärjestelmien ostoa.
- Julkisesti tarjottavien palveluiden laajuudesta riippuen tulisi suhteuttaa nykyinen sairaskorvausjärjestelmä ajan tasalle. Jos palveluvalikoiman ja julkisten palveluiden ulkopuolelle jää selvä palvelutyhjiö, tulisi sairaskorvauskorvauksin huolehtia näiden palveluiden tasapuolisesta saavutettavuudesta.
- Neutraliteetissa on oltava erityisen tarkka maakunnan liikelaitostenkin osalta, mikä sinänsä esityksissä on hyvin tuotu esiin. Tämän asian valvonta on ensisijaisesti kuitenkin maakunnalla itsellään, mikä koostuu pääosin nykyisistä virkamiehistä ja sittemmin sen ylin päätöksenteko maakuntavaltuustosta. Edelleen tätä valvotaan valtion taholta, mutta jos ongelmia ehtii neutraliteetin osalta tulla, ketju on kovin pitkä, jotta oikaisu ennättäisi estää toimintahankaluuksien muodostumisen. Lähtötilanteessa valtionohjaus sekä koulutus on varsin tärkeää.

Tiimikke Oy/Vääksyn Lääkärikeskus puolesta,

Tiina Wangel

Toimitusjohtaja/yrittäjä

P. 0400-487 992, tiina.wangel@tiimikke.fi