

Eduskunnan perustuslakivaliokunnalle

Asia: HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi

Pyydettyinä asiantuntijalausuntona esitän kunnioittavasti seuraavaa:

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 läntisen Euroopan pienimpiä. Asiakkaan valinnanvapautta on kunnallisessa järjestelmässä kehitetty voimakkaasti. **Järjestelmää uudistettaessa tulee huolehtia siitä, järjestelmän hyvin toimivat osat eivät kärsi.**

Kansainvälisissä arvioinneissa on toistuvasti kiinnitetty huomiota eriarvoisuuteen: työssäkäyvä väestö on sekä työterveyshuollon että kunnallisen terveydenhuollon piirissä, muu väestö vain kunnallisen terveyshuollon piirissä. Yhdeksi tärkeimmistä kehittämistarpeista on tunnistettu terveyskeskuspalvelujen saatavuus ja laatu.

Terveyskeskusten ongelmat ovat johtuneet pääosin kokeneiden yleislääkäreiden puutteesta. Ongelma on itse aiheutettu: lääkärikoulutusta supistettiin rajusti 1990-luvun alussa ja pääosa valmistuneista lääkäreistä sijoittui nopeasti laajenevaan työterveyshuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Hoitotakuulainsäädäntö siirsi voimavaroja erikoissairaanhoidon. Osa terveyskeskuslääkäreistä on ollut kokemattomia orientoivan vaiheen lääkäreitä ja äsken muualta Suomeen muuttaneita lääkäreitä. Palvelujen saatavuus ja laatu ovat nopeasti paranemassa, kun lääkärikoulutusta on lisätty.

Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollosta ei tässä muodossa ratkaise suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän ongelmia. Monet toiminnan ja sen kehittämisen kannalta tärkeät yksityiskohdat ovat edelleen auki ja/tai ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Uudistus saattaa (kuten lakiesityksen perusteluissa todetaan) lisätä järjestelmän kustannuksia, vaikeuttaa yhteistyötä ja johtaa hoitoketjujen pirstaloitumiseen ja katkeamiseen.

Uudistus nyt esitetyssä muodossa merkitsee hyppyä tuntemattomaan.

Maakunta järjestäjänä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen kuntaa suuremmille yksiköille, maakunnille, korjaa yhden nykyjärjestelmän keskeisen ongelman. Sama tavoite olisi voitu saavuttaa siirtämällä järjestämistehtävä vain sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaaville

itsehallintoalueille tai aluekunnille. Maakuntien lukumäärä on liian suuri: hyvin toimivan maakunnan väestöpohja tulisi olla vähintään 200 000. Ihannelukumäärä olisi 10-12.

Järjestämisvastuu on palvelutuotannon organisoimisen kannalta kriittinen tehtävä. Se edellyttää hallinnollista ja taloudellista osaamista ja palvelujen ja niiden sisällön ymmärtämistä. Jos riittävää osaamispääomaa ei ole, ei integraatio toteudu, ehjät hoito- ja palveluketjut jäävät syntymättä ja kustannukset karkaavat. Maakuntien mahdollisuudet suunnitella ja toteuttaa integraatio kilpistyvät etenkin uudistuksen alkuvaiheessa osaavien johtajien ja toimivien tietojärjestelmien puuttumiseen. Osaamispääoman hankkiminen ja tieto- ja laatujohtajien rakentaminen kestää vuosia.

Uudistuksen yhtenä lähtökohtana on ollut järjestäjän ja tuottajan erottaminen. Mallia kokeilleet maat (esim. Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia) ovat siitä luopuneet tai luopumassa.

Asiantuntijaresurssien käyttö kaksinkertaiseen hallintoon, jossa osa asiantuntijoista tilaa ja osa asiantuntijoista tuottaa, vie vaikeasti korvattavan resurssin hukkakäyttöön. Nyt ehdotetussa mallissa asiantuntemus joudutaan rakentamaan sekä maakuntaan että liikelaitokseen. Malli lisää järjestämistason byrokratiaa ja kustannuksia ja vaikeuttaa yhteistyötä ja työnjakoa.

Lakiesityksen ja sen perustelujen mukaan perinteinen hallinnollinen ohjaus korvataan palvelutuottajille asetetuilla ehdoilla, hyväksymismenettelyillä, sopimuksilla, korvausjärjestelmällä sekä tiedolla. Ohjauksessa tarvittavia tietojärjestelmiä ja tietopohjaa ei ole. Osaamispääoman ja tietojärjestelmien puuttuminen ja edelleen tiukka aikataulu tekevät uudistuksen toimeenpanon erittäin vaikeaksi.

Kokemus- ja osaamispääoman ja tietojärjestelmien puuttuminen ja epäselvä työnjako maakunnan ja sen alaisten yksiköiden välillä on suuri riski erityisesti toimeenpanovaiheessa, mutta myös pitemmällä aikavälillä. Tilaajan ja tuottajan jyrkkä erottaminen toisistaan lisää byrokratiaa ja kustannuksia tuottamatta merkittävää lisähyötyä.

Peruspalvelujen saatavuus

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset perustavat 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. 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.

Merkittävä osa yksityisten sotekeskusten palvelutuotannosta tapahtuu uudessa järjestelmässä nykyisillä lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Järjestely säästää yksityisten palvelukeskusten kustannuksia ja antaa niille merkittävän kilpailuedun.

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

Palvelujärjestelmän organisaatio ja integraatio

Maakunnalla ja maakunnan liikelaitoksella ei ole hallinnollista valtaa yksityisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Tämä tekee alueellisten hoito-ohjelmien, katkeamattomien palveluketjujen, konsultaatioiden, koulutuksen ja laatu järjestelmien suunnittelun ja toteuttamisen 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. Sotekeskuksia konsultoivat liikelaitoksen sosiaalipalveluasiantuntijat eivät riitä korjaamaan syntynyttä ongelmaa.

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

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

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

Useilla alueilla on viime vuosina kehitetty integroituja sotejärjestelmiä nykyisen lainsäädännön puitteissa. Esimerkkejä ovat Etelä-Karjalan Eksote, Pohjois-Karjalan Siun sote, Keski-Pohjanmaan Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Samanlaisia malleja on ollut suunnitteilla myös muilla alueilla ja kokemukset niistä ovat olleet myönteisiä. Näillä alueilla valinnanvapauslainsäädäntö johtaa integraation purkamiseen ja jo integroidun toiminnan hajoamiseen.

Integraation toteuttaminen lakiesitykseen sisältyvässä 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 maksettavat 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 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 palvelukeskukseen (erikoissairaanhoidon, vaativat sosiaalipalvelut) omien kustannusten minimoimiseksi. Suoriteperusteisten korvausten vaarana on suoritteiden tuottaminen hoidontarpeesta riippumatta.

Korvausjärjestelmän yksi riski on ”kerman kuorinta”. Taloudellisen tuloksen parantamiseksi sotekeskukset 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.

Sotekeskusten korvausjärjestelmä ja sen hallinnoiminen lisäävät merkittävästi järjestelmän kustannuksia ja voivat johtaa sekä yli- että alihoitoon. Järjestelmän toteuttamisessa tarvitaan uusia tietojärjestelmiä, joiden käyttöön saanti ennen lain voimaantuloa on epätodennäköistä.

Suoran valinnan palvelujen palvelukokonaisuus

Suoran valinnan palvelukokonaisuuteen sisältyvä palveluvalikko ehdotetaan laajaksi. Ratkaisua voidaan pitää hyvänä ratkaisuna palvelujen integraation näkökulmasta. Erikoialapalvelujen sisällyttäminen palveluvalikkoon on myös oikea ratkaisu, joskin siihen sisältyy myös ongelmia.

Sote-keskusten laaja palveluvalikko merkitsee käytännössä sitä, että vain 4-5 suurinta yksityistä tuottajaa tulee tarjoamaan sotekeskuspalveluja valinnanvapauslainsäädännön puitteissa. Pienissä maakunnissa tule yksityisiä palvelutuottajia olemaan vain 1-2. Perhelääkärimalliin perustuva toiminta ei ole mahdollista.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen valinta

Potilaan/asiakkaan valinnanvapaus ei uudistuksessa tosiasiallisesti lisäännä: sotekeskusten asiakas voi valita myös 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. Peruspalveluiden toiminnan vaikuttavuutta ja turvallisuutta mittaavat tietojärjestelmät puuttuvat kokonaan ja niiden kehittäminen kestää vuosia.

Peruspalveluiden laatua on vaikea mitata luotettavasti asiakas/potilasaineiston heterogeenisyyden takia. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu mm. seuraamalla koko hoitoyksikön kolesterolin, verenokerin- ja verenpaine- ja verensokeritasoja, 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 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 merkittävä eriarvoisuusongelma. 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.

Menoja lisäävät uuden järjestelmän pirstaleisuus, monimutkainen organisaatio, tietojärjestelmien puuttuminen sekä sotekeskusten korvausjärjestelmä, joka kannustaa ali- ja ylihoitoon. Säästöjen kannalta kriittinen yhteistyöt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä ei toteudu. Järjestelmän ohjaaminen ja valvonta sitovat tuntuvasti enemmän voimavaroja.

Valtio voi yksipuolisesti kiristää rahoitusta, mutta silloin palvelujen laatu ja saatavuus heikkenee. Valtion rahoitus ei joustu, jolloin vaihtoehtoiksi jäävät asiakasmaksujen kohottaminen ja palvelujen vähentäminen.

On epätodennäköistä, että monituottaja- ja valinnanvapausmalli toisi kustannussäästöjä. Monimutkainen organisaatio ja toimivien tietojärjestelmien puuttuminen lisäävät kustannuksia. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja sotekeskusten kustannusten siirtoon kannustava korvausjärjestelmä vaikeuttavat yhteistyötä eikä integraatiohyötyjä synny. Jos kustannukset kasvavat ja valtion rahoitus ei jousa, heikkenevät palvelujen saatavuus ja laatu. Palvelujen supistaminen olisi ristiriidassa perustuslain 19 § kanssa.

Yhdenvertaisuus

Terveyserojen ja sosiaalisten 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. Uudistus ei toteudu sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla.

Työterveyshuollon asiakkaat listautuvat pitkäaikaisen asiakassuhteen ja aktiivisen markkinoinnin ansiosta todennäköisesti työterveysyhtiönsä asiakkaiksi. Nykyisten terveyskeskusten asiakkaat ja haja-asutusalueen asukkaat listautuvat pääosin maakunnallisten yhtiöiden asiakkaiksi. Sosiaali- ja terveydenhuolto jakautuu kahdeksi eri järjestelmäksi, joiden asiakas-, sairaus- ja sosiaalisten ongelmien kirjo poikkeaa toisistaan.

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

Yhteenveto

Ehdotettu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ei kokonaisuutena arvioituna toteuta julkisen vallan velvollisuutta turvata jokaiselle yhdenvertaisesti riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Ongelmia ei ole mahdollista korjata valiokuntakäsittelyn yhteydessä tai lain astuttua voimaan, koska muutostarpeet ovat suuria ja liittyvät järjestelmän perusratkaisuihin.

Helsingissä, 11.4. 2018

Jussi Huttunen

Professori, pääjohtaja emeritus