



Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto

pirjo.west@stm.fi
kirjaamo@stm.fi

STM 121:00/2015 – kuulemistilaisuus 4.4.2016

ASIAKKAAN VALINNANVAPAUTTA JA MONIKANAVARAHOITUKSEN YKSINKERTAISTAMISTA SELVITTÄVÄN SELVITYSHENKILÖTYÖRYHMÄN VÄLIRAPORTISTA

Suomen Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta tulla kuulluksi selvityshenkilötyöryhmän väliraportin kuulemistilaisuudessa 4.4.2016, ja jättää suullisen kuulemisen lisäksi oheisen kuulemiskirjeen väliraportin linjauksista painottaen kuulemistilaisuuskutsussa esittyjä kysymyksiä.

Yleistä

Pääministeri Sipilän hallituksen hallitusohjelmassa sote-uudistusta on linjattu mm. seuraavasti:

- Uudistus toteutetaan palveluiden täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla, sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä.
- Enintään 19 sote-alueita vastaavat sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämisestä.
- Sote-alueet tuottavat alueensa palvelut tai voivat käyttää palveluiden tuottamiseen yksityisiä tai kolmannen sektorin palveluntuottajia.
- Yksikanavaisen rahoitusmalliin siirryttäessä huomioidaan työterveyshuollon asema.

Hallituksen sote-linjauksia tarkennettiin 7.11.2015, jolloin kirjattiin mm. seuraavaa:

- ”Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntönä perustasolla ja soveltuvin osin erikoistason sote-palveluissa.”
- ”Valmistelussa luodaan menettelyt ja edellytykset, joilla turvataan uusien toimijoiden sekä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuudet tarjota palveluja.”

Haluan todeta, että hallituksen edellä mainitut marraskuun linjaukset vastaavat hyvin Lääkäriliiton näkemystä siitä, kuinka sote-uudistus tulisi toteuttaa. Lääkäriliitto on vuosia jatkuneen uudistuksen valmistelun aikana tuonut näkemyksensä esille, että

- sote-palvelujen rahoitus tulee siirtää kuntatasolta laajemmille harteille, joko alueelliseksi tai valtion rahoitukseksi;
- järjestäjän koko on kasvatettava ja samalla järjestämisaamasta on vahvistettava;

- järjestäminen ja tuottaminen on erotettava mahdollisimman täydellisesti toisistaan – silloinkin, kun alueellinen järjestäjä toimii itse myös tuottajana;
- julkisesti rahoitettuun palvelujärjestelmään on luotava monituottajamalli, jossa eri tuottajat ovat samalla viivalla tuottaessaan järjestäjän määrittelemien kriteerien mukaisia palveluja, ja
- palvelunkäyttäjän valinnanvapaus on laajennettava koskemaan myös yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia, jotka tuottavat julkisesti rahoitettuja terveyspalveluja.

Selvityshenkilöryhmän väliraportin luvussa ”Työn lähtökohdat” kiinnittää huomiota ja ansaitsee kommentointia kaksi asiaa. Osiossa on ansiokkaasti tuotu esille, kuinka sosiaalihuollon tehtävät ja palvelut monin tavoin poikkeavat terveydenhuollon vastaavista – ja Lääkäriliitto on tästä aivan samaan mieltä. Senpä vuoksi tuntuukin varsin keinotekoiselta puhua pitkälle viedystä tai jopa ”täydellisestä” sote-integraatiosta, kuten esimerkiksi hallitusohjelmassa on uudistuksen osalta linjattu.

Samassa luvussa onkin kuvattu hyvin integraation käsitteen moninaisuutta. Integraation ei tarvitse olla vain rakenteellista, organisatorista integraatiota, vaan integraatio voi toteutua myös toiminnallisena integraationa. Lääkäriliiton näkemys on, että tuotannon tasolla integraation on oltava nimenomaan toiminnallista, ei rakenteellista. Sitä vastoin järjestämisen tasolla ainakin terveydenhuollon palvelut on integroitava rakenteellisesti – so. yksi järjestäjä vastaa terveydenhuollon kokonaisuuden järjestämisestä.

Emme myöskään näe estettä sote-integraatiolle rahoituksen ja järjestämisen tasolla. Tuotannon tasolla rakenteellinen integraatio toimintojen erilaisuuden vuoksi ei ole tarkoituksenmukaista, vaikka selvää onkin, että sote-integraatiosta hyötyvien asiakkaiden/potilaiden kohdalla on huolehdittava palveluintegraation ja ennen kaikkea tiedonkulun toteutumisesta eri palveluntuottajien välillä.

Laajan valinnanvapauden toteuttaminen integroidussa sotessa (kysymys 1)

Valinnanvapauden on siis hallituksen linjauksissa todettu olevan pääsääntö perustason palveluissa. Että hallituksen linjaus uusien toimijoiden ja PK-yritysten mukaantulosta palveluita tuottamaan voisi toteutua, edellyttää se nykyisen laajan kuntien perusterveydenhuollosta ja sosiaalitoimesta muodostuvan kokonaisuuden pirstomista pienemmiksi osakokonaisuuksiksi. Keskeinen kysymys onkin, kuinka tuo pirstominen tehdään.

Oulun kaupungin noin 200.000 asukkaan palvelujenkäytöstä ja kustannuksista on tehty kattavaa selvitystä vuoden 2013 osalta. Viimeisin raportti, joka ottaa huomioon myös Kelan kustannukset, on julkaistu reilu pari viikkoa sitten 18.3.2016 Lääkärilehden numerossa 11/2016.

Artikkelista on luettavissa, että väestön kallein 10 % aiheuttaa 73 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Tästä 10 %:n potista vajaa 2/3 (63 %) muodostuu vähintäänkin yhtä sosiaalihuollon palvelua käyttävistä henkilöistä. Kun vain kuusi prosenttia näistä sosiaalihuollon palveluita käyttävistä henkilöistä ei käytä mitään terveydenhuollon palvelua, voidaan vähän yksinkertaistaen todeta, että tämä 63 %:n kustannuksia kalleimmasta kymmenyksestä edustava joukko on sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisasiakkaita ja mahdollisesti sote-integraatiosta erityisesti hyötyviä kaupunkilaisia. Samalla näiden yhteisasiakkuuksien kustannukset muodosta-

vatkin enää 46 % kaupungin kaikista sote-menoista, ja edustavat arviolta noin 6 %:a väestöstä.

Tästä kunnan sote-kustannusten kannalta keskeisessä yhteisiasiakkuusryhmässä kuitenkin on kovin erilaisten palvelujen käyttäjiä. Selkeitä ryhmiä ovat – kustannusten suuruusjärjestyksessä – vanhuspalvelujen asiakkaat, vammaispalvelujen asiakkaat ja lastensuojelun asiakkaat. Nämä kolme ryhmää muodostavat valtaosan yhteisiasiakkuusryhmän menoista, yhteensä 56 %/63 %.

Sote-integraation kannalta mielenkiintoisin ja ehkä keskeisin ryhmä on päihde- ja mielenterveyspotilaiden ryhmä, jossa lienee suurin päällekkäisyys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käytön osalta. Tämän ryhmän osuus kalleimman kymmenyksen sote-menoista oli vain 6 %/73 %, siis nelisen prosenttia Oulun kaupungin kaikista sote-kustannuksista vuonna 2013.

On selvää, että eniten kustannuksia aiheuttavat sote-asiakkaat ovat erityisen huomion kohteina. Yhtä selvää on, että erityisesti tässä ryhmässä on laajasta sote-integraatiosta hyötyviä kuntalaisia, ja heidän palveluintegraatioon tulee huolehtia kustannusten säästämisenkin vuoksi.

Palvelujärjestelmää ei kuitenkaan voida rakentaa pelkästään paljon palveluja käyttävien ja ”kalliiden” kuntalaisten tai heidän palvelutarpeensa näkökulmasta: vähän yksinkertaistaen ja yleistäen Oulun kaupungin väestöä koskevaa tutkimusta – 6 %:n väestöstä ja 46 %:n sote-menoista koskevan väestönosan tarpeiden pohjalta. Myös se 94 % väestöstä (ja reilu puolet sote-kustannuksista) tulee ottaa huomioon palvelujärjestelmää rakennettaessa, jos ei muusta syystä, niin maksuhalukkuuden säilyttämiseksi.

Työryhmä on väliraportissaan esitellyt neljä vaihtoehtoista mallia, joista hallitus valinnee mielestään tarkoituksenmukaisimman. Valitettavasti mikään esitetyistä malleista ei vastaa Lääkäriliiton ensisijaista näkemystä. Jos niistä jokin kuitenkin pitää valita, on se lähinnä Omatiiimi -malli. Tässäkin mallissa on kuitenkin rakenteellisesti integroitu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut siten, että tuottajayksikössä edellytetään olevan mukana sosiaali-neuvoja ja sosiaalityöntekijä, ja näiden itsenäiset vastaanotot.

Seuraavassa mallissa (väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus) tuottajan palvelukirjo laajenee, mutta lähes pelkästään sosiaalitoimen palveluilla – vain mielenterveystyön palvelut ovat edelliseen malliin nähden tulleista lisäpalveluista terveydenhuollon palveluja. Sitä vastoin perinteisesti suomalaisen perusterveydenhuollon vahvuutena pidetty hoitavien/korjaavien ja ennaltaehkäisevien (neuvolat, kouluterveydenhuolto) palvelujen integraatio toteutuisi vasta kolmannessa mallissa (monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus), joka sitten mallina vastaakin nykyistä terveyskeskusta täydennettynä kattavasti kaikilla kuntien sosiaalitoimen palveluilla.

YTHS:n toimitusjohtaja Katariina Poskiparta totesi keskustellessamme muutama viikko takaperin: ”Ei kukaan meidän asiakkaistamme tule hakemaan meiltä ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja – me myymme niitä samalla kun meiltä tullaan hakemaan hoitavia palveluja.” Vaikka kommentti varmasti on tarkoituksellisen kärjistetty, sisältää se tärkeän viestin: terveydenhuollon ennaltaehkäiseviä ja hoitavia/korjaavia palveluja ei kannattane erottaa tiukasti toisistaan. Asia koskee opiskelijaterveydenhuollon ohella erityi-

sesti työterveyshuoltoa, jossa oltaneen nykyistä lakisääteistä työterveyshuoltoa erottamassa työterveyshuollossa tarjottavista hoitavista palveluista.

Lääkäriliiton mielestä tulisikin mieltä valinnanvapauden piiriin kuuluvan perustason palvelukokonaisuuden palastelua jotenkin muuten kuin työryhmän esittämissä malleissa on tehty. Yksi jakoperuste voisi olla ikäryhmittäinen jako. Eri ikäryhmien (lapset ja nuoret, aikuistuvat nuoret ja nuoret aikuiset, työikäiset ja ikääntyvät, vanhukset) palvelutarve sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuudessa eroaa huomattavasti toisistaan, ja lisäksi nykyinen palvelujärjestelmämme on paljolti muotoutunut siten, että eri ikäryhmiä palvelevat eri palveluntuottajat.

Tärkeää järjestelmäuudistuksessa joka tapauksessa on olemassa olevan osaamisen säilyttäminen ja hyödyntäminen, samoin kuin kaikkien perustason palveluissa olemassa olevien resurssien hyödyntäminen jatkossakin. Lisäksi on syytä mieltä, onko todellakaan tarkoituksenmukaista pyrkiä toteuttamaan samaa mallia koko Suomessa – maamme eri alueet ja maakunnat kun poikkeavat niin väestörakenteen kuin asukastiheyden suhteen huomattavasti toisistaan – vai pitäisikö järjestämistä vastaavalla alueella antaa suurempi päätösvalta palveluiden järjestämistä vastaavalla alueella.

Monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen (kysymys 2)

Monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen keskeinen tavoite on vähentää tai jopa poistaa sen luomat osaoptimoinnin mahdollisuudet. Lääkäriliitossa tällaisiksi on nähty seuraavat:

- palvelutuotannon sijoittuminen vs. matkakustannukset;
- hoidon toteuttaminen vs. hoidon odottamisen kulut (sairauspäivärahat);
- lääkehoidon toteuttaminen avohoidossa (Kela) vs. sairaalassa (palveluntuottaja), ja
- kuntoutuksen eri palveluntuottajat.

Em. johtuen väliraportin asiaa koskeva käsittely on vähän yllättävää ja pinnalliselta vaikuttavaa. Sairauspäivärahoja, jotka lienevät rahallisesti suurin mahdollinen osaoptimoinnin kohde, ei ole käsitelty raportissa ollenkaan. Matkakustannustenkin osalta on käsitelty lähinnä ensihoidon kustannuksia – kun kuitenkin palvelujärjestelmämme tälläkin hetkellä toimii aika lailla ”automarkettien logiikalla”, siirtäen kustannuksia palveluntuottajalta asiakkaiden (tai tällä hetkellä lähinnä Kelan) maksettavaksi. Mainittujen osaoptimoinnin kohteiden perusteellisempi käsittely työryhmätyötä jatkettaessa on mielestämme välttämätöntä.

Kuntoutuksen osalta on työryhmän linjaus tarkoituksenmukainen - hallitusohjelmassahan on erikseen linjattu kuntoutuksen kokonaisuudistuksen valmistelusta hallituskauden aikana.

Työterveyshuollon osalta viittaa edellisen kysymyksen vastaukseen. Mikäli työterveyshuollon palvelukokonaisuutta ollaan merkittävästi muuttamassa, on se tarkoituksenmukaisinta tehdä kuitenkin vasta uudistuksen ”seuraavassa vaiheessa”.

Muut tärkeät valinnanvapautta ja monikanavarahoitusta koskevat asiat (kysymys 3)

Väliraportti on varmastikin jouduttu työstämään kovalla kiireellä sote-uudistuksen valmisteluajataulun kireyden vuoksi. Selvää on, että työryhmällä on kuulemisessakin saamiensa kommenttien perusteella vielä runsaasti työstettävää.

Lääkäriliitolla ei tässä vaiheessa ole muita teemoja kommentoitavana, mutta haluan vielä tiivistää keskeiset asiaa koskevat viestimme seuraavasti:

- terveydenhuollon sisäinen integraatio – vertikaalinen integraatio – on uudistuksessa turvattava rahoituksen ja järjestämisen tasolla;
- tuotannon tasolla rakenteellinen integraatio ei ole välttämätöntä terveydenhuollon palveluidenkaan osalta, mutta palveluiden toiminnallisesta integraatiosta on huolehdittava;
- erikoissairaanhoidon toimintalogiikka on suurelta osin keskitettävien palveluiden logiikkaa, ja sitä määrittää tarve järjestää terveydenhuollon kattava ympärivuorokautinen päivystys;
- perustason palveluiden toimintalogiikka taas on hajautettavien palveluiden logiikkaa, ja nämä palvelut on turvattava lähipalveluina - hyödyntäen jatkossa lisääntyvästi liikkuvia palveluja harvaanasutuilla alueilla, ja myös virtuaalipalveluja soveltuvin osin;
- aito valinnanvapaus on turvattava – ja tämä edellyttää valinnanvaraa, siis todellisen monituottajamallin toteuttamista.

Ystävällisin terveisin



Heikki Pärnänen
johtaja, politiikkatoimiala
Suomen Lääkäriliitto
PL 49 (Mäkelänkatu 2)
00501 HELSINKI
Puh (09) 393 0734, GSM 040 546 5316
Fax (09) 393 0794
heikki.parnanen@laakariliitto.fi
www.laakariliitto.fi