

LV/HPär

5.12.2014

Sote-järjestämislain arvioidut vaikutukset

Mitkä tulevat olemaan tänään Eduskunnalle annettavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesityksen vaikutukset toteutuessaan esityksen mukaisena – ja mikä olisi Lääkäriliiton vaihtoehtoinen ratkaisumalli?

Alla on lyhyesti listattuna järjestämislakiesityksen ja Lääkäriliiton oman ratkaisumallin keskeiset piirteet. Sen jälkeen olemme pyrkineet antamaan viiteen järjestämislakiesityksen mielestämme keskeiseen ongelmakohtaan Lääkäriliiton ratkaisun.

Järjestämislakiesitys

- viisi kuntayhtymämuotoista sote-järjestäjää
- enintään yhdeksäntoista, oletettavasti nykyisten sairaanhoitopiirien alueiden pohjalle rakentuvaa tuottamisvastuullista kuntayhtymää
- valtiosuudet kunnille, jotka pääasiallisesti samoilla perusteilla maksavat tuotannon järjestämisestä sote-alueille
- sote-alueet maksavat tuottamisvastuullisille kuntayhtymille pääosin samoin periaattein kuin kunnat rahoittavat sote-alueita
- tuottamisvastuullisilla kuntayhtymillä tulee olla kyky (henkilöstö ja voimavarat) tuottaa tuottamisvastuuseen kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät, korjaavat, hoitavat, kuntouttavat sekä muut palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena – yhtenäinen tuottamisvastuu
- tuottamisvastuulliset kuntayhtymät voivat tuottaa palvelut itse tai ostaa tuotantoa muilta

Lääkäriliiton malli

- viisi ensisijaisesti kuntayhtymämuotoista sote-järjestäjää
- sote-järjestäjät päättävät palvelutuotannon järjestämisestä alueellaan määrittäen tarkoituksenmukaiset palvelukokonaisuudet, niiden laatu- ja hintakriteerit, sekä hyväksyvät kriteerit täyttävät tuottajat tuottamaan julkisesti rahoitettuja ja järjestettyjä sosiaali- ja terveystalv palveluja
- valtiosuudet suoraan sote-alueille
- kunnat maksavat väestön määrään perustuvan maksuosuutensa ilman tarvekorjausta sote-alueille – kannustavia elementtejä kuntien maksuosuuteen pyrittävä saamaan mukaan niin, että vaikuttavien ennaltaehkäisevien toimien toteuttaminen huomioidaan kunnan maksuosuudessa
- sote-järjestäjät maksavat palvelutuotannosta tuottajille määrittämiensä kriteerien mukaan – perustason terveystalv palveluissa vahvasti kapitaa-tioperusteinen korvaus, erikoissairaanhoidon elektiivisessä toiminnassa enemmän suoriteperusteinen korvaus
- vaihtoehtoinen hallinto- ja rahoitusmalli: sote-alueet ovat aluehallinnollisia toimijoita, joilla on vaaleilla valitut päätöksentekijät ja verotusoikeus

Parantaako uudistus perusterveydenhuollon asemaa?

Lääkäriliiton näkemys: *Uudistus ei paranna perusterveydenhuollon asemaa ainakaan riittävästi.*

Nykyisin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on eriytetty toisistaan. Tämä on johtanut perusterveydenhuollon heikkoon asemaan suhteessa erikoissairaanhoidon. Järjestämisvastuun integraatiolla viidelle alueelliselle, vahvalle järjestäjälle tätä ongelmaa olisi voitu korjata.

Ehdotettu uudistus kokonaisuudessaan ei vahvistane perusterveydenhuollon asemaa, vaan saattaa jopa heikentää sitä. Terveyskeskusten osuus uusissa organisaatioissa jää pieneksi, eikä perusterveydenhuollolla siten ole riittäviä edellytyksiä vahvistaa asemaansa. Tuotannon keskittäminen 19 maakunnalliselle tuottajalle johtanee palveluiden tarpeettomaan keskittämiseen nykyistä isompiin toimintayksiköihin. Pienet, käytännön toimintaa tuntevat ja ketterästi kehittämään kykenevät toimintayksiköt vähenevät tai jopa katoavat.

Maakunnalliset tuottajat pyrkinevät mahdollisimman laajasti pitämään palvelutuotannon itsellään, jolloin yksityisen ostopalvelutoiminnan mahdollistama benchmarkkaus vähenee tai katoaa. Uusien tuottajaorganisaatioiden rakentaminen sairaanhoitopiirien pohjalta ei myöskään ole omiaan vahvistamaan perusterveydenhuollon asemaa.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Tuottamisvastuulliset maakunnalliset kuntayhtymät ovat tarpeettomia ja järjestämisvastuu on selkeästi vain viidellä sote-alueella. Niillä on valta organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto omalla alueellaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Kun järjestäminen on täysin erillään tuotannosta, järjestäjä ohjaa resurssit kokonaisuuden kannalta tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Uudistuksen alkuvaiheessa on tarkoituksenmukaista, että nykyiset julkiset palveluntuottajat (mukaan lukien kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskukset) jatkavat tuottajina sote-alueen ohjauksessa. Erityisesti perusterveydenhuollossa on jatkossa palvelutuotannon monipuolistamisen mahdollisuuksia sote-alueiden päätöksenteon mukaan. Muuallakin maailmalla perusterveydenhuolto on toteutettu lähipalveluna eikä suurissa sairaalalaisissa yksiköissä.

Säästääkö sote-uudistus rahaa?

Lääkäriliiton näkemys: *Uudistus säästää keskittämällä, mutta toiminnallisin uudistuksin marginaalisesti. Se ei toteuta asetettuja säästötavoitteita.*

Järjestämisvastuun integraatio lisäisi oletettavasti jonkin verran palvelujärjestelmän kustannustehokkuutta päällekkäisiä toimintoja karsimalla ja palveluja keskittämällä. THL:n Kainuun hallintokokeilun ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin muodostamisesta saatujen kokemusten perusteella tekemän arvion mukaan sote-integraatio saattaisi hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannusten kasvuvauhtia maltillisesti, arviolta 0-2,4 prosenttia. THL:n mukaan näihinkin arvioihin on syytä suhtautua varauksella lyhyen seuranta-ajan vuoksi.

Uudistus ei THL:n ennakoarvion mukaan sellaisenaan hillitse kustannusten kasvua, vaan ratkaisevaa on toteutus. Ehdotuksen mukainen uudistus merkitsee kuitenkin useiden vuosien aikana huomattavaa hallinnollista taakkaa, mikä toteuttamisvuosina lisää menoja ilman että palvelutuotanto ainakaan lisääntyy – palvelujärjestelmän kustannustehokkuus siis ainakin aluksi laskee.

Mikäli uudistuksella halutaan todella keventää Suomen julkisen talouden kestävyysvajetta, toimintaa tulee tehostaa huomattavasti enemmän kuin mitä ehdotettavalla mallilla on saavutettavissa. Uudistus ei mahdollista kilpailun tuomaa tehokkuuden lisääntymistä eikä uusien palveluinnovaatioiden syntymistä. Se ei myöskään mahdollista alueiden erilaisuuden huomiointamista, vaan pakottaa koko maassa yhteen ja samaan tuotantomalliin. Tämä heikentänee kustannustehokkuutta koko maan tasolla.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Kansallisella tasolla tulee ratkaista sitovasti ja riittävän yksityiskohtaisesti terveydenhuollon palveluvalikoima, jonka mukaiset terveydenhuollon palvelut sote-alueet ovat veloitettuja järjestämään – ei tuottamaan. Palveluvalikoiman laajuus riippuu sosiaali- ja terveydenhuoltoon käytettävissä olevista resursseista; varattavat resurssit on poliittinen päätös. Järjestämistä koskevat ratkaisut voivat poiketa eri alueilla tai jopa sote-alueen eri osissa toisistaan. Sote-alueen velvollisuutena on huolehtia vaikuttavien ja kustannustehokkaasti tuotettujen palvelujen olemassaolosta. Osa erityispalveluista tuotetaan valtakunnallisesti keskitettynä kuten nykyäänkin.

Lisääntykö potilaan valinnanvapaus?

***Lääkäriliiton näkemys:** Valinnanvapaus heikkenee.*

Potilaiden valinnanvapaus perusterveydenhuollon palvelutuottajista ei lisäännä, vaan kapenee merkittävästi tuottajien ja oletettavasti myös tuotantoyksiköiden vähentyessä ja palvelujen keskittyessä.

Nykyisellään perusterveydenhuollon tuottajia on potilaan valinnanvapauden piirissä noin 160. Jatkossa potilas voisi valita vain 19 tuottajan joukosta. Käytännössä halutessaan vaihtaa tuottajaa palveluita pitäisi siis mennä hakemaan toisesta maakunnasta. Erikoissairaanhoidon osalta tilanne säilynee pääosin nykyisellään. Uudistus ei myöskään laajenna valinnanvapautta yksityisesti tuotettuihin palveluihin.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Vaikka järjestäjien määrä vähenee, tuottajien määrä ja potilaan valinnanvapaus pysyy Lääkäriliiton mallissa alkuvaiheessa ennallaan. Jatkossa potilaan valinnanvapautta tulee laajentaa hyväksymällä järjestäjien määrittelemät kriteerit täyttävät yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajiksi. Tämä lisänee erityisesti perusterveydenhuollon ja hoivan palveluntuottajia, kuten Ruotsissa on tapahtunut. Valinnanvapautta koskeva lainsäädäntö voidaan toteuttaa osana järjestämislakia tai erillislainsäädäntönä.

Muuttuuko työntekijän asema?

Lääkäriliiton näkemys: Työntekijän asemaan kohdistuu uhkia, ja työvoimakustannukset kasvavat.

Työntekijät siirtyvät voima-anpanolain mukaan uusien tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien palvelukseen. Muutos katsotaan liikkeenluovutukseksi. Tämä tarkoittaa, että henkilöt siirtyvät entisillä palkka- ja muilla työsuhte-educilla. Muutos edellyttää eri työnantajilta siirtyvien työntekijöiden työsuhteen ehtojen yhtenäistämistä jollakin aikavälillä.

Käytännössä maakunnallisten tuottajien syntyminen tarkoittaa nimenomaan terveyskeskuksissa työskentelevien lääkäreiden työnantajien vaihtumista, koska uudet kuntayhtymät syntynevät sairaanhoitopiirien pohjalle. Varsinaiset työskentelypaikat säilynevät pääasiallisesti ja ainakin aluksi ennallaan, mutta organisaatorakenteiden muutosten myötä työskentelypaikat uuden työnantajan palveluksessa saattavat muuttua. Myös työntekijöiden matkustaminen työnantajan eri toimipisteiden välillä lisääntynee. Isossa organisaatiossa yksittäisen työntekijän asema ja vaikutusmahdollisuudet yleensä heikkenevät ja byrokraattisuus kasvaa.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Monituottajamalli säilyttäessään alkuvaiheessa nykyiset tuottajat ei muuta henkilöstön asemaa millään tavalla. Jatkossa ainakin perusterveydenhuollon ja mahdollisesti myös elektiivisiä, fokuoituja erikoissairaanhoidon palveluja tuottavien tuottajien määrä lisääntynee tarjoten työntekijöille enemmän valinnanmahdollisuuksia työnantajista. Palveluntuottajat kilpailevat osaavasta työvoimasta työolosuhteilla, työn mielekkyydellä ja osaamisen kehittämisen mahdollisuuksilla, ei pelkästään palkkaeducilla.

Paraneeko hallinto?

Lääkäriliiton näkemys: Hallinto selkiytyy jonkin verran, kun organisaatioiden määrä vähenee noin 180:stä 24:ään. Ehdotus luo kuitenkin tarpeettoman uuden hallintoportaan. Koko sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio tuotannon tasolla ei ole tarpeen.

Nykyistä selkeämpi hallinto mahdollistaisi järjestelmän paremman ohjattavuuden. Järjestämislakiehdotuksen mukaisessa mallissa hallinnolliset organisaatiot vähenevät nykyisestä huomattavasti, mutta toisaalta rakennetaan päällekkäistä järjestämisvastuuta. Nykyisellään perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavat noin 160 ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä 20 organisaatiota. Jatkossa järjestämisestä ja tuottamisesta vastaavia organisaatioita olisi enintään 24. Tällainen määrän väheneminen voisi mahdollistaa selkeämmän ja tehokkaamman hallinnon.

Mallissa on kuitenkin keinotekoisesti eriytetty järjestämisvastuusta tuottamisvastuu, ja täten järjestämisvastuu on hajautettu kahdelle eri tasolle. Ratkaisu on omiaan estämään tehokkaan ja selkeän hallintorakenteen syntymistä. Lisäksi kymmenien tuhansien työntekijöiden tuottamisvastuulliset kuntayhtymät tulevat olemaan erittäin raskaasti organisoituja, monikerroksisen hallintorakenteen omaavia toimijoita, jossa etäisyys asiakasrajapinnasta päätöksentekoon on monen portaan takana.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Sote-alueet järjestäjinä, kuntayhtymäpohjaltakin, ovat selkeä yksikerroksinen hallintorakenne. Tuotanto on Lääkäriliiton mallissa erotettu selkeästi järjestämisestä, joten järjestäjällä on mahdollisuus valvoa tuottajia. Tuottajien hallintorakenne kevenee, koska kyseessä on vain tuottamisen organisointi nykyisen ja ehdotuksen mukaisen järjestämistuottamiskokonaisuuden sijasta. Tuottajakunnan monipuolistuminen vähentänee hallinnon osuutta käytettävistä kokonaisresursseista. Järjestäminen on poliittisesti ohjattua, tuottaminen ammatillisesti.

Parantaako järjestämislaki palveluiden yhdenvertaista saatavuutta?

***Lääkäriliiton näkemys:** Yhdenvertaisuus ei lain myötä lisäännä, vaan terveyden sosioekonominen epätasa-arvo uhkaa kasvaa.*

Uudistus ei paranna kansalaisten yhdenvertaisuutta tai terveyden pahenevaa sosioekonomista epätasa-arvoa. Jatkossakin merkittävä osa avoterveydenhuollon palveluista – yksityisesti tuotetut terveyspalvelut – on suljettu julkisen rahoituksen ulkopuolelle ja ovat siten saavuttamattomissa osalle väestöstä. Työssä käyvillä on omansa, ylioppilailla omansa ja varakkaammalla väestönosalla on jatkossakin oma palvelulinjansa.

Entistä suuremmat tuottajaorganisaatiot ja entisestään keskittyvät lähipalvelut tuskin pystyvät halutessaankaan kohdentamaan palveluita vähäväkimmäisille. Päinvastoin palvelutuotannon keskittyminen tulee vaatimaan palveluja tarvitsevilta entistä enemmän kyvykkyyttä ja omaa aktiivisuutta palveluihin pääsemisessä, suosien aktiiviväestön tarpeita.

Lääkäriliiton ratkaisu:

Järjestäjä vastaa palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta ja edellyttää tuottajilta sen mukaista toimintaa, käyttäen tarvittaessa myös rahallisia kannustimia tuotannon sijoittumisessa. Alueellinen yhdenvertaisuus parane. Järjestäjä katsoo toimintaa kokonaisuutena ja syntyviä kustannuksia pitkällä tähtäimellä, suunnaten käytettävissä olevat resurssit kokonaisuutena tarkoituksenmukaisesti. Tämä johtanee huomion kiinnittämiseen enemmän ”tuleviin kalliisiin potilaisiin/asiakkaisiin”, ja siten toimiin syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja terveyden sosioekonomisen epätasa-arvon vähentämiseksi. Palvelutuotannon monipuolistuminen auttaa hyödyntämään koko olemassa olevaa palveluresursia. Eri tuottajat profiloituvat tuottamaan erilaisia ja eri asiakasryhmille suunnattuja palveluja, mikä parantanee palvelujen saatavuutta ja vaikuttavuutta.