

Lausuntopyyntö STM 2015

1. Vastaajatahon virallinen nimi

Vastaajien määrä: 1

Nimi

- Terveyspalvelualan Liitto

2. Vastauksen kirjanneen henkilön nimi

Vastaajien määrä: 1

Nimi

- Eveliina Vigelius

3. Vastauksen vastuuhenkilön yhteystiedot

Vastaajien määrä: 1

Nimi	Asema organisaatiossa	Matkapuhelin	Sähköposti
Hanna-Kaisa Järvi	toimitusjohtaja	0407547728	hanna-kaisa.jarvi@terveyspalvelut.fi

4. Lausuntopyyntöä käsittelevä päivämäärä toimitelimestä

Vastaajien määrä: 1

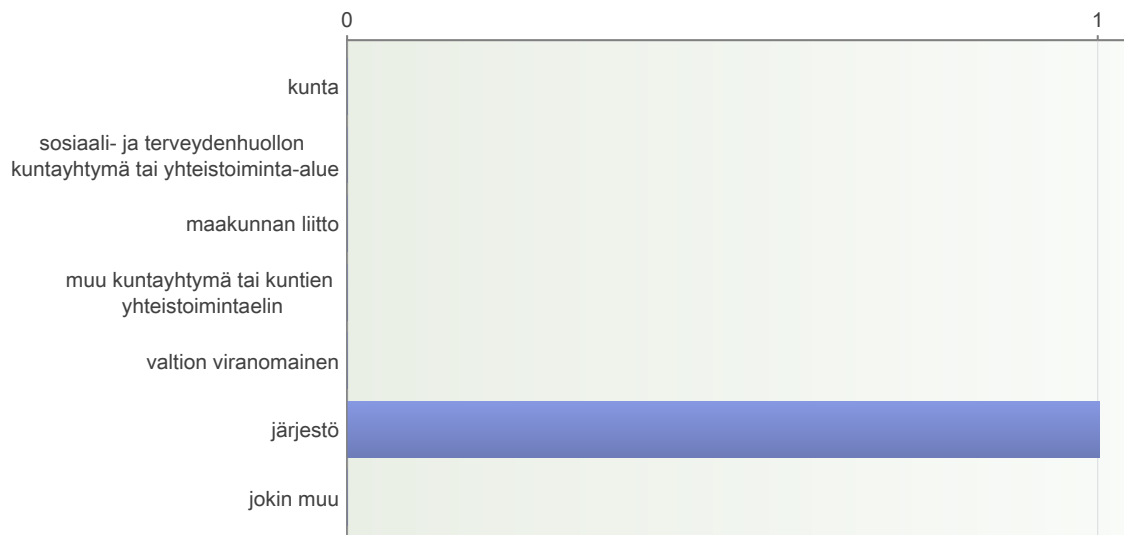
09.02.2016

5. Toimielimen nimi

Ei vastauksia.

6. Onko vastaaja

Vastaajien määrä: 1



7. Kunta numero tilastokeskuksen luokituksessa

Ei vastauksia.

8. 1. Hallituksen aluejakolinjauksen mukaan perustettavat itsehallintoalueet muodostetaan maakuntajaon pohjalta. Onko nykyinen maakuntajako oikea peruste itsehallintoalueiden muodostamiselle?

Vastaajien määrä: 1



9. 2. Voitte perustella edellistä vastaustanne.

Vastaajien määrä: 1

- Valmistelussa päätettiin ensin maakuntien ja siten myös järjestämisvastuussa olevien tahojen lukumäärä, ja vasta sitten mitä vastuita ja toimintoja näille alueille siirretään. Valmistelussa olisi ollut perusteltua lähteä alueille siirtyvien toimintojen, vastuiden ja esimerkiksi rahoitusratkaisun parhaasta organisoimistavasta, ja vasta sitten päättää sopiva järjestämisvastuussa olevien alueiden lukumäärä.

Näkemyksemme mukaan 18 järjestäjäaluetta sosiaali- ja terveyspalveluissa on liian suuri määrä turvatakseen riittävän väestöpohjan, infrastruktuurin ja taloudellisen kantokyvyn siten, että ne pystyvät järjestämään alueensa asukkaille kattavat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Samaan suositukseen päätyi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallintoalueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelun selvityshenkilöhankkeen loppuraportti (Pöysti et al.). Sen mukaan perusteltu määrä itsehallintoalueille on 9-12. Järjestämisosaaaminen myös onnistuu riittävän hyvin vain riittävän suurilla alueilla. Järjestämisosaaamista on muun muassa kyky määritellä väestön palvelutarpeet, sekä suunnitella alueelle paras mahdollinen palveluntuotantokokonaisuus, sekä toteuttaa sen 7.11. linjattu monipuolistaminen, vertailu ja kilpailun lisääminen. Mitä pienempi yksi alue on, sitä läheisempi oma tuotanto sille on. Mitä suurempi alue sen sijaan on, sitä objektiivisempänä se voi pystyä pysymään tuottajien vertailun suhteen.

Rakenne, johon 7.11. saavutetuissa sote-linjauksissa päädyttiin, on myös parhaan mahdollisen toimivuuden kannalta liian sekava. Itsehallintoalueita on 18, joista ainakin joidenkin lähteiden mukaan kaikilla on järjestämisvastuu sosiaali- ja terveyspalveluista. Kuitenkin kolme niistä jakaa järjestämisvastuun jonkun toisen alueen kanssa, joten sote-palvelut järjestetään 15 alueen puitteissa. Laaja ympärivuorokautinen päivystys jää 12 alueelle ja sote-rahoitus kerättäneen yhden alueen, eli valtion puitteissa. Rakenteiden selkeyttä ja alueiden itsehallinnon vahvuutta hämmentää se, että itsehallintoalueita on 18, mutta valtaa valuu muille tasoille (15 sote- aluetta ja 12 päivystysaluetta).

Linjaus on keinotekoinen. Nyt tehty aluejakolinjaus tulee käsityksemme mukaan vaatimaan muunmuassa

vahvaa valtion ohjausta, mittavaa tulonsiirtojärjestelmää alueiden välillä, ns. isännättömän rahan säilymistä järjestelmässä ja haasteita tasa-arvoisen palvelujärjestelmän toteuttamisessa. Useampien palvelujen osalta joudumme miettimään, mille järjestämisvastuullisille alueille toimintaa keskitetään. Tai jos keskittämistä ei tehdä ja kukin maakunta vastaa palvelujen järjestämisestä ja haluaa tuottaa palvelut omana toimintana, ylläpidämme ylimääräistä kapasiteettia.

18 järjestämisvastuullisen alueen välille syntyy helposti epätarkoituksenmukaista resursointikiilpailua. Tämä näkyy jo nyt esimerkiksi uusien tilojen rakentamisessa. Tästäkin näkökulmasta on tärkeää, että valinnanvapaus, monituottajuus ja kilpailuneutraliteetti saadaan vahvana järjestelmään. Tärkeää on päästä myös tilanteeseen, jossa alueelliset vaihtelut viranomaistoiminnassa ovat korkeintaan vähäisiä.

Linjakkainta ja tehokkainta on muodostaa maakuntia vähempi, ja kaikkien tehtävien hoidon kannalta yhtenäinen määrä itsehallintoalueita, esimerkiksi päivystysalueiden määrä 12.

Kaikkein tärkeintä kuitenkin on tässä vaiheessa päästä uudistuksen konkreettisessa valmistelussa ja toteutuksessa eteenpäin.

10. 3. Tämä kysymys vain kuntien valtuustoille: Hallituksen aluejakolinjauksen mukaan perustettavat itsehallintoalueet muodostetaan maakuntajaon pohjalta. Minkä nykyisen maakunnan pohjalta muodostettavaan itsehallintoalueeseen kuntanne katsoo perustelluksi kuulua? (liite: Manner-Suomen maakunnat)

Ei vastauksia.

11. 4. Voitte perustella edellistä vastaustanne.

Ei vastauksia.

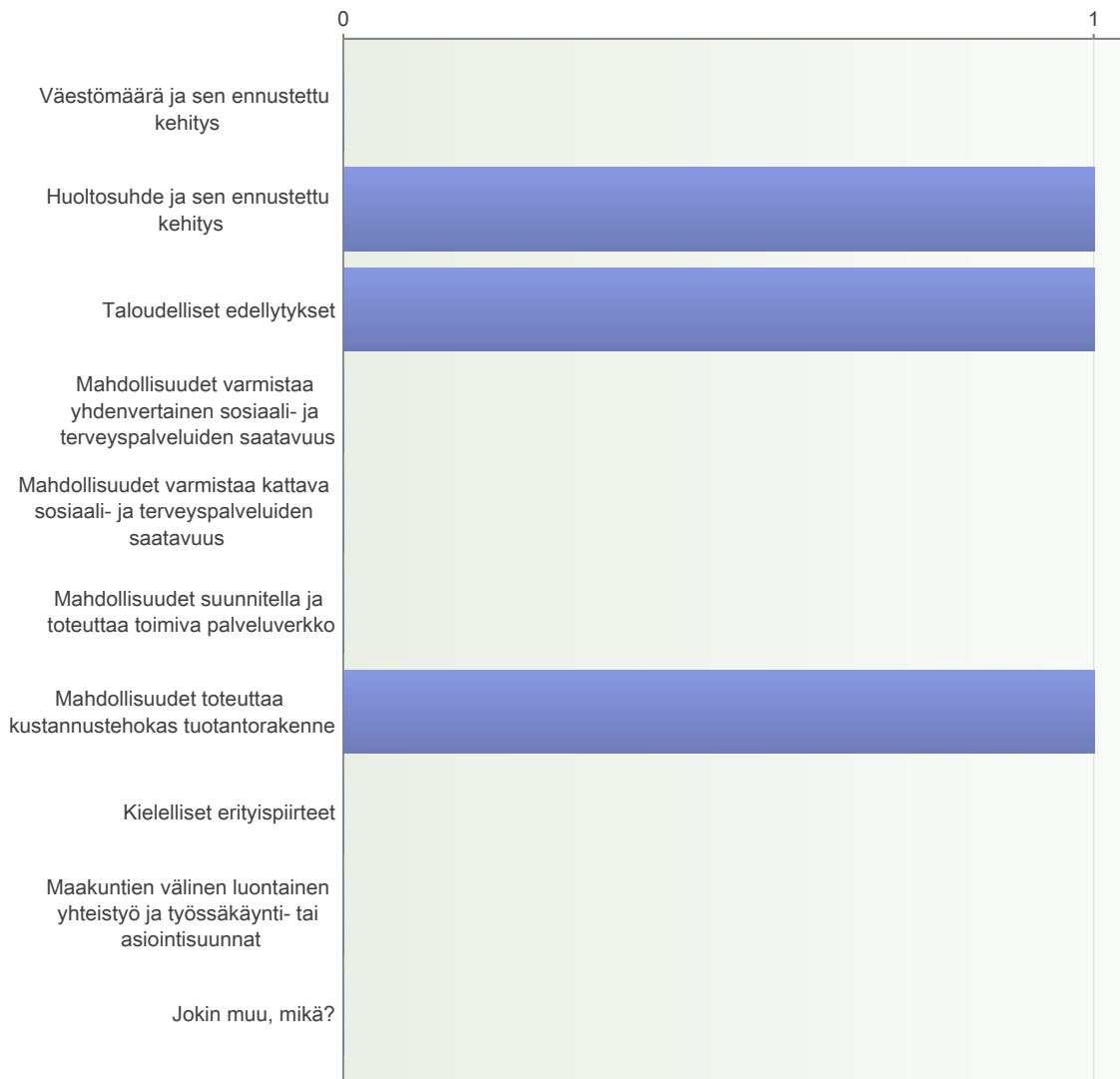
12. 5. Itsehallintoalueet järjestävät sote-palvelut joko yksin tai lailla säädettyjen kolmen itsehallintoalueen täytyy järjestää palvelut yhdessä sopimalla toisen itsehallintoalueen kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on jatkossa maassa 15 selkeää alueellista kokonaisuutta, joilla sote-palvelut järjestetään. Miten arvioitte tehtyä ratkaisua?

Vastaajien määrä: 1

- Kohdan 2. vastaukseen viitaten, ratkaisu ei ole selkeä, vaan lisää monimutkaisuutta. Alueiden määrä on kolmen alueen yhteistyöstä riippumatta silti liian suuri. Järjestäjän tulee jokaisella alueella olla riittävän vahva ja kyvykäs hoitamaan järjestämistehtäväänsä tuotannosta objektiivisena. Kolmella yhteisjärjestämisalueella järjestäjän vahvuus kyseenalaistuu myös kahden alueen valtasuhteiden väistämättä ollessa epätasapainossa.

13. 6. Minkä kriteerien perusteella tulisi päättää siitä, mitkä kolme itsehallintoaluetta järjestävät sosiaali- ja terveysterveystoimet muiden itsehallintoalueiden kanssa? Voit valita yhden tai useampia

Vastaajien määrä: 1



14. 7. Itsehallintoalueet tulevat tarvitsemaan yhteistyökumppaneita palveluiden järjestämisessä. Mikä tai mitkä ovat alueellenne luontaiset yhteistyösuunnat?

Ei vastauksia.

15. 8. Jos se itsehallintoalue, johon katsotte kuntanne kuuluvan, osoittautuu myöhemmin tehtävän päätöksen johdosta sellaiseksi itsehallintoalueeksi, joka ei vastaa itsenäisesti sote-palvelujen järjestämisestä, onko sillä vaikutusta kunnan kantaan siitä, mihin itsehallintoalueeseen kunnan tulisi kuulua?

Ei vastauksia.

16. 9. Voitte perustella edellistä vastaustanne.

Ei vastauksia.

17. 10. Hallituksen linjauksen mukaan itsehallintoalueille osoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi 1.1.2019 lähtien seuraavat tehtävät: pelastustoimen tehtävät, maakuntien liittojen tehtävät ja ELY-keskusten alueellisen kehittämisen tehtävät sekä lisäksi mahdollisesti ympäristöterveydenhuolto. Mitä muita tehtäviä olisi mielestänne tarkoituksenmukaista siirtää itsehallintoalueille?

Vastaajien määrä: 1

- Itsehallintoalueen / maakunnan monialaisuus on osittain perusteltua. Sen tulee kuitenkin ensisijaisesti keskittyä sosiaali- ja terveystalouden järjestämistehtävään tämän laajuuden ja merkittävyyden vuoksi.

Pelastustoimen tehtävien siirtäminen uusille itsehallintoalueille nykyisiltä 22 alueellisilta pelastuslaitoksilta on myös osa sisäministeriön pelastustoimen uudistamishanketta. Uudistushankkeen tavoitteeksi on asetettu pelastuslaitostoiminnan tehostamisen lisäksi ”varmistaa pelastustoimen ja sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöhyödyt ensihoitopalveluissa”. On kuitenkin varmistettava, että pelastuslaitosten siirron myötä ensihoitopalvelujen suhteen lainsäädännössä ei aseteta itsehallintoalueille mahdollisuutta pelkkään omaan tuotantoon tai sidosryhmähankintoihin siinä tilanteessa, että hankintalaki tämän sallisi. Ensihoito kannattaa kilpailuttaa.

Yksityinen yritys tuottaa Suomen Sairaankuljetusliiton NHG:llä teettämän tutkimuksen (2015) mukaan ensihoidon palvelut noin 20% edullisemmin kuin julkinen taho. Yrityksen on myös aina pitäydyttävä sopimuksen rajoissa, esimerkiksi 100% valmiudessa. Yritys kuitenkin sopeutuu sopimusten muutoksiin hyvin joustavasti.

Terveydenhuoltolaki siirsi ensihoidon järjestämisvastuun kunnilta sairaanhoitopiireille 1.1.2013 alkaen. Lain myötä sairaanhoitopiirit voivat järjestää ensihoidon omana tuotantonaan, hankkia ensihoidon yhteistoimintasopimuksilla pelastuslaitoksilta tai kilpailuttaa ensihoidon. Oman tuotannon ja suorahankinnan sallimisen seurauksena alan yrityksistä kaatui kolme neljästä ja sairaanhoitopiirien ensihoidon kustannukset ovat nousseet.

Ensihoito ei ole pelastuslaitosten lakisääteistä tehtävää, eikä sitä siis uudistuksen myötä ole syytä sellaiseksi säätää. Ensihoito kannattaa laadun ja kustannustehokkuuden vuoksi kilpailuttaa. Turvaverkkosynergiaa eli esimerkiksi pelastuslaitosten, poliisin ja rajaviranomaisten yhteistyötä on perusteltua vahvistaa. Kuitenkaan ensihoidon osalta kilpailuttamatta omaksi toiminnaksi otetun ensihoidon synergiaetuja ei voida osoittaa: esimerkiksi hyvin harvinaisissa suuronnettomuustilanteissa kilpailutettu yksityinen ensihoito toimii vähintään yhtä tehokkaasti kuin julkinen ensihoito.

Maan hallituksen sote-uudistuksen linjauksissa kilpailua ja tuottajien vertailua lisätään, eikä ensihoidon ei ole syytä olla poikkeus. Terveydenhoitolain seuraukset ovat siitä hyvä esimerkki.

18. 11. Millä keinoin tulisi varmistaa itsehallintoalueiden ja kuntiin jäävien tehtävien välinen yhteys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä?

Vastaajien määrä: 1

- Yhteys on tärkeää varmistaa, mutta keinot tulevat olemaan haastavia. Tarvinnemme jonkinlaisen seuranta ja sanktiojärjestelmän, joka varmistaa kuntien panostukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Tieto, sen välittyminen järjestämisvastuussa olevien tahojen välillä sekä vuoropuhelu on erityisen tärkeää.

Haasteita voi syntyä esimerkiksi siitä, että peruskoulutus on kuntien vastuulla mutta neuvolat ja kouluterveydenhuolto maakuntien vastuulla.

19. 12. Vapamuotoisia huomioita hallituksen aluelinjauksesta.

Vastaajien määrä: 1

- Hallituksen linjauksen mukaan ”Itsehallintoalueen tulee ennen palveluiden tuottamista itse vertailla oman palvelutuotannon tehokkuutta ja mahdollisuuksia hyödyntää yksityisen ja kolmannen sektorin tuotantoa sekä mahdollisuuksia järjestää palvelutuotanto yhteistyössä muiden itsehallintoalueiden kanssa” ja ”Itsehallintoalueet arvioivat myös säännöllisesti itsehallintoalueen oman tuotannon tarkoituksenmukaisuutta suhteessa yksityisiltä ja kolmannen sektorin tuottajilta saatavissa oleviin palveluihin valtakunnallisten arviointikriteerien mukaisesti”.

Kirjausten lähtökohta on erinomainen, ja tukee koko sote-uudistuksen tavoitteita lisäämällä vertailun kautta monituottajuutta. Kirjausten tavoitteisiin pääsemisessä ratkaisevaa kuitenkin on se, minkä tahon käsissä itsehallintoalueen oman tuotannon arvioinnin ja vertailun tekeminen on.

Hallituksen aluelinjausten mukaan ”itsehallintoalueet erottavat sisäisessä valmisteluprosessissaan ja –organisaatiossaan sote- järjestämistehtävien valmistelun itsehallintoalueen oman tuotannon johtamisesta”, mikä tarkoittaa ammattijohtajien tason perustamista. Ammattijohtotaso asetetaan kuitenkin itsehallintoalueen omalle tuotannolle. Se ei siis ole objektiivinen tekemään vertailua.

Itsehallintoalueiden yhteinen yhteishankintayksikkö laatii linjauksen mukaan asiantuntija-arvioita ja valmistelee itsehallintoalueen päätöksentekoa, mutta ei tee päätöksentekoa.

Näyttääkin siltä, että arvion itsehallintoalueen omasta tuotannosta suhteessa yksityisen ja kolmannen sektorin tuotantoon tekee itsehallintoalue itse. Vaikka ammattijohtotason erottaminen järjestämistehtävästä on askel oikeaan suuntaan, voi vähintäänkin kyseenalaistaa pystyykö alue arvioimaan itse itseään ja omistamaansa tuotantokokonaisuutta objektiivisesti. Myös kirjaus ”Itsehallintoalueille osoitetaan hyvin merkittävää omaa päätösvaltaa sote-palveluiden järjestämisestä ja tuotannosta” lisää tätä huolta.

Ratkaisu olisi järjestämisen ja tuottamisen tosiasiallinen erottaminen, jossa kaikki tuottajat tämänhetkisestä omistuspohjasta riippumatta toimisivat yhtiöinä, säätiöinä, järjestöinä tai osuuskuntina, jolloin itsehallintoalueella on parempi mahdollisuus objektiivisuuteen vertailua ja arviointia tehdessään.

Sosiaali- ja terveyspalveluntuottajien valvonta tulee järjestää valtakunnallisen toimijan kautta kansallisesti määriteltyihin kriteereihin perustuen. Jos valvonta siirrettäisiin aluehallintovirastojen vastuulle, se edesauttaisi alueellisesti eriävien linjausten syntymistä ja kilpailuneutraliteetin vaarantumista. Yhtenäinen valvonta mahdollistaa markkinoiden toimimisen kaikkialla maassa samoilla säännöillä. Saman valvonnan alla samoin kriteerein on oltava niin yksityiset kuin julkisetkin tuottajat. Nykyisellään valvonta kohdistuu vain yksityisiin toimijoihin.

20. 13. Vapaamuotoisia huomioita hallituksen rahoituslinjauksesta.

Vastaajien määrä: 1

- Sote-uudistuksen rahoitusuudistus on nähtävästi varsin kesken, ja hallituksen linjaukset ovat tässä vaiheessa varsin yleisellä tasolla. Tiedossa on, että ”sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan ja yksilön valinnanvapautta lisätään.”

Erittäin hyvä asia on ensinnäkin se, että valinnanvapaudesta säädetään lailla, ja toiseksi se, että sitä on alettu valmistella heti uudistuksen alkuvaiheilla toisin kuin hallitusohjelman suunnitelma portaittaisesta valmistelusta oli.

Sote-rahoitus ja samalla sen uudistukset voidaan jakaa karkeasti kahteen osaan: rahoituksen keräämiseen ja jakamiseen. Rahoituksen kerääminen on linjattu ensisijaisesti valtion vastuun pohjalle. Pidämme tätä parempana vaihtoehtona kuin maakuntaveroa, joka loisi kolmannen portaan verotukseen.

Yksikanavaisuudella pyritään järjestelmän yksinkertaistamiseen ja osaoptimoinnin vähentämiseen, mikä on tavoitteena oikea. Yksikanavaisuuteen pyrittäessä on kuitenkin huomioitava erilaisten rahoituslähteiden tarpeellisuus järjestelmässä sekä niiden erilaiset luonteet.

Yksikanavaisuus voi toteutua vain julkisrahoitteisten rahoituslähteiden ja –kanavien suhteen. Erityisesti kaksi lähdettä on otettava huomioon: työterveyshuollon ja yksityisten käyttäjien sote-palveluihin käyttämää rahaa ei lähtökohtaisesti voi siirtää yhteen ja samaan kanavaan julkisen rahoituksen kanssa. Myös hallitusohjelmassa kirjataan siirtyminen ”yksikanavaiseen rahoitukseen huomioiden työterveyshuollon asema.”

Työterveyshuolto on pidettävä uudistuksesta erillään. Työterveyshuollon rahoitus ei ole julkista, eikä sitä sellaiseksi voi siirtää. Työterveyshuollon kustannukset ovat 819 miljoonaa euroa (2013). Summa on 6% terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaismenoista.

Työterveyshuoltoa ei makseta verovaroista. Työnantajien osuus työtulovakuutuksen rahoituksesta on 67%, palkansaajien sekä yrittäjien 27% ja valtion 6% (2013). Kaikkiaan työnantajat maksavat työterveyshuollon kustannuksista noin 84%. Noin 60% työnantajat maksavat suoraan palvelujen tuottajille ja noin 40% he saavat palautuksena työtulovakuutuksesta, josta ovat maksaneet suurimman osan edellä kuvatusti.

Työtulovakuutus on työterveyshuoltoon korvamerkitty rahoitusmekanismi: käyttö-tarkeitussidonnaisuudesta johtuen sitä ei voi siirtää osaksi julkista rahoitusta. Työn-antajat maksavat tällä hetkellä lisäksi noin 400 miljoonaa euroa vuodessa vapaaehtoisista sairaanhoidon palveluista työntekijöilleen. Nykyisen työterveyshuollon purkaminen olisi yhteiskunnalle fiskaalisesti kestävä ratkaisu.

Korvamerkitty rahoitus takaa sen, että työterveyshuollon palvelut voidaan toteuttaa kaikilla työpaikoilla, eikä ainoastaan niillä työpaikoilla, joilla on hyvät resurssit. Mikäli yhtenäinen työterveyshuolto lakkautettaisiin, tilalle todennäköisesti tulisi erilaisia vakuutusratkaisuja, joiden kautta jotkut työnantajat tarjoaisivat sairaanhoitoa.

Yksityisen rahan osuus (vakuutusmaksut ja asiakkaiden suoraan maksamat maksut) terveyspalveluista on noin 1,4 miljardia euroa (2013). Tämä rahoituslähde on säilytettävä.

Toinen puoli rahoituksen uudistamisessa on rahoituksen jakaminen. Rahoitusta uudistettaessa mitään hyvää olemassa olevaa järjestelmää ei saa purkaa ennen kuin vähintään yhtä hyväksi tai paremmin toimivaksi todettu järjestelmä on tilalla. Tämä tarkoittaa muun muassa sairausvakuutuksesta korvattavia yksityislääkärikäyntien korvauksia.

Julkisten lääkäripalvelujen kustannuksista yhteiskunta maksaa keskimäärin yli 90 % ja palvelunkäyttäjä alle 10 %, kun Kelan rahoittama osuus yksityislääkärikäynnin kustannuksista on noin 21 % ja

yksityishammaslääkärikäynnin kustannuksista noin 25 %.

Vuonna 2014 yksityislääkärikuluista maksettiin kansalaisille korvauksia 72,6 miljoonaa euroa. Summa on noin 0,4 % kaikista Suomen terveydenhuollon menoista. Sairausvakuutus-korvausten myötä tehtiin 3,7 miljoonaa yksityislääkärikäyntiä. Vuonna 2013 julkisten terveystieteiden lääkärikäyntejä oli 6,8 miljoonaa. Yksityisiä hammaslääkärikuluja korvattiin 123 miljoonaa euroa vuonna 2014, käyntejä summalla tehtiin 2,8 miljoonaa, ja kulut koko terveydenhuoltokuluista olivat 0,6 %. Sairausvakuutusjärjestelmä yksityislääkäri- ja hammaslääkäripalveluista on siis yhteiskunnalle äärimmäisen kustannustehokas.

Yksityislääkäripalkkiokorvaukset ovat tällä hetkellä ainoa järjestelmä, joka edes hieman tukee asiakkaan valinnan mahdollisuutta.

Kelan roolin suhteen huomioon on otettava myös sen järjestäjän rooli. Moni Kelan järjestämistä olevista palveluista on sellaisia, joista kunnilla tai kuntayhtymillä ei ole järjestämistä vastuuta ja sitä kautta ei myöskään kokemusta tuotannosta. Kelan merkittävä rooli palvelujen järjestäjänä ja rahoittajana on perusteltu esimerkiksi välittömään sairaanhoitoon liittymättömissä kuntoutuspalveluissa: Kela järjestää kuntoutuspalvelut valtakunnallisesti yhtenäisin ja siksi kuntoutujia tasapuolisesti kohtelevin kriteerein, sillä on mittava määrä tietoa suomalaisista, kehittyneet tiedonhallinnan järjestelmät, sekä laaja hankintaosaaminen kuntoutuspalveluista.

Tietyt kuntoutuspalvelut kuten vaativa lääkinällinen kuntoutus on tarkoituksenmukaista järjestää valtakunnallisesti, integroituna lähipalveluihin. Nämä ovat palveluja, jotka vaativat intensiivistä kuntouttamista moniammatillisten tiimien toteuttamina. Keskittäminen takaa riittävän osaamisen kuntoutusyksiköihin. Näiden palvelujen osalta järjestämis- ja rahoitusvastuu on perusteltua antaa Kelalle. Kela kilpailuttaisi näiden palvelujen tuottajat ja hyödyntäisi valinnanvapauden periaatteita mahdollisimman laajasti. Kilpailutuksiin voisivat osallistua kaikki markkinakelpoiset (myös julkisomisteiset) palvelujen tuottajat, mikä osaltaan varmistaa tasapuolista kilpailua.

Tuottajille maksettava korvaus on valinnanvapauden piiriin tulevissa sote-palveluissa oltava yhdenmukainen kaikkien tuottajien, niin yksityisten kuin julkistenkin välillä. Palvelulupaus ja valittavissa olevat palvelut on määriteltävä ja palvelujen hinnoista ja niiden perusteista on sovittava kansallisesti. Korvaus on maksettava tuottajille pääosin kapitaatioperusteisesti, mahdollisella suoriteperustaisella korvauksella tuettuna.

Perusterveydenhuollon palveluissa rahan tulee seurata asiakasta suoraan asiakkaan itsensä tekemän valinnan kautta, erikoissairaanhoidossa ja kuntoutuksessa portinvartijan tekemän tarvearvioinnin jälkeen tehdyn asiakkaan oman valinnan mukana.