

Lausunto sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädännöstä

Selostus

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt 31.1.2017 päivätyllä lausuntopyynnöllä siinä mainituilta tahoilta lausuntoa luonnoksesta sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädännöksi. Lausuntopyyntöaineisto on toimitettu heti sen saapumisen jälkeen hallituksen jäsenille sähköpostitse ja se on saatavissa myös Sote- ja maakuntauudistuksen verkkosivuilta osoitteesta <http://alueuudistus.fi/lausuntopyynto-31-1-2017> . Lausunnon antamiselle varattu määräaika päättyy 28.3.2017 klo 16.15.

HUS:n lausunnon näkökulmana ovat lain vaikutukset HUS:n nykyisin tuottaman erikoissairaanhoidon kannalta. Lausunnossa otetaan kantaa sekä siihen, miten kaavailtujen muutosten arvioidaan vaikuttavan palveluiden rahoitukseen että siihen, miten esitetyt tuottorakenteiden muutokset vaikuttavat HUS:n tuottamiin palveluihin sekä tutkimukseen ja opetukseen.

Varsinainen lausunto annetaan sähköisellä Webropol-lomakkeella. Ehdotus lausunnoksi on oheisena **liitteenä 1**. Keskeisten näkemysten ja painotusten selventämiseksi STM:lle on tarkoitus toimittaa lisäksi tässä oleva esittelyteksti otteena.

Ehdotuksena on, että hallitus esittää seuraavat seitsemän kohtaa kannanottonaan liitteenä olevan lausunnon lisäksi.

1. Valinnanvapaudella tarkoitetaan laissa sekä potilaan oikeutta valita palvelujen tuottaja että oikeutta valita häntä hoitava lääkäri. Jo nykyisessä lainsäädännössä on olemassa oikeus hoitavan lääkärin ja hoitopaikan valintaan laissa määritellyissä rajoissa. Uutena elementtinä lakiehdotuksessa potilaalle annetaan lisäksi oikeus määrätyissä tilanteissa myös tuottajan valintaan. Tämän seurauksena hoitavan lääkärin valinta voi kohdistua myös kokonaan yksityisellä sektorilla toimiviin lääkäreihin. Valittava tuottaja eli sote-keskus vastaa kaikista potilaalle tuotettavista perusterveydenhuollon palveluista lukuun ottamatta vuodeosastoja ja kouluterveydenhuoltoa. Tämä tarkoittaa lääkärin vastaanottotoiminnan lisäksi noin kolmeakymmentä eri toimintoa, joita suomalainen terveyskeskus nyt tuottaa. Sote-keskukselle kuuluu lisäksi sosiaalihuoltolain mukaisen toimintojen tuottaminen lukuun ottamatta viranomaispäätöksiä. Sote-keskuksien kautta on tarkoitus tuottaa myös sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka eivät edellytä sairaalaolosuhteita. Lakiehdotuksen kuvaama valinnanvapaus muuttaa suomalaisen terveydenhuollon palvelurakennetta merkittävästi.

Valinnanvapaus toimintatapana on lähtökohtaisesti myönteinen ja potilaan saamaa palvelukokemusta parantava tekijä. Valinnanvapaus toimii myös kannustimena palvelujen laadun parantamiseen ja asiakkaan kohtelusta huolehtimiseen. Valinnanvapauden edistäminen terveydenhuollossa on EU:n tasoinen linjaus, ja potilasdirektiivi käytännössä edellyttää valinnanvapauden lisäämistä. Valinnanvapauden tulee kuitenkin olla hallittua ja pysyä kaikissa olosuhteissa järjestäjätahon hallinnassa. Tätä kautta voidaan parantaa taloudellista tehokkuutta ja edistää laatua. Lisäksi lakiluonnos suosii voimakkaasti suuria tuottajia ja jättää pienet tuottajat (yksityiset ammatinharjoittajat) käytännössä syrjään. He voisivat kuitenkin olla avainasemassa parannettaessa palvelujen saatavuutta ja joustavuutta.

2. Keskeinen kysymys uudistuksen toimeenpanossa on sen rahoitus. Uudistuksen eräänä painopisteenä on ollut vahvistaa perustason palveluja, mikä on kannatettava tavoite. Jos palvelujärjestelmä ei uudistuksen myötä voimakkaasti uudista toimintakäytäntöjään, ei perustason palvelujen ja perustason hoitoon pääsyn vahvistaminen kuitenkaan johda erikoissairaanhoidon tarpeen vähenemiseen kuin joiltakin rajatuilta osin. Toisin sanoen perustason palvelujen saatavuudella ei ole vaikutusta kalliiden hoitojen (mm. eräät syöpähoidot, keskosten hoito jne.) kysyntään. Lisäksi vaikka erikoissairaanhoidon palveluja tuotettaisiin perustason yhteydessä, ei se vähennä niiden tuotantokustannuksia, vaikka sinänsä vähentää sairaalassa tuotettujen palveluiden määrää.

Valinnanvapaus tulee lisäämään koko julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kustannuksia aiemmin itsemaksaneiden potilaiden siirtyessä julkisen sektorin asiakasmaksujen piiriin. Myös saatavuuden paraneminen johtaa kustannusten lisääntymiseen (tarjonta luo kysyntää). Kansainväliset vertailut toisaalta osoittavat sen, että suomalainen erikoissairaanhoido on kustannustehokasta, joten erityisiä perusteita erikoissairaanhoidon rahoitusosuuden vähentämiseen nykyisestä ei ole tunnistettavissa, eikä se ole edes mahdollista hoidon tason laskematta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus Uudenmaan maakunnassa vähenee uuden rahoitusmallin ja sen tarvekriteeristön johdosta viimeisimpien, 22.12.2016 esitettyjen rahoituslaskelmien mukaan 140 M€. Rahoitusmallissa ei myöskään ole otettu huomioon HUS:lle ja tulevaisuudessa Uudenmaan maakunnalle kuuluvia tiettyjä kansallisia erityisvelvoitteita mm. lääkinnällisen valmiuden ylläpitämisessä. Kun tähän vähenevään kokonaisrahoitukseen lisätään edellä kuvattu rahoitustarpeen lisääntyminen ja rahoituksen siirtyminen perustasolle, on vaikea nähdä miten vaativien erikoissairaanhoidon palveluiden tuottaminen tulevaisuudessa rahoitetaan suunniteltujen rahoitusjärjestelyjen puitteissa.

Koska rahoitus siirtyy valtion vastuulle ja valtio muutoinkin vastaa viime kädessä perusoikeuksien (mm. riittävien terveystalviteiden) turvaamisesta, joutuu valtio tarvittaessa joka tapauksessa turvaamaan terveydenhuollon rahoituksen riittävyden.

3. Valinnanvapauslain eräänä keskeisimpänä haasteena on sen vaikutusten arviointi. Esityksen perusteluissa suoraan todetaan, että sen vaikutusten arviointi on hankalaa, koska monet sen yksityiskohdat ovat epäselviä ja täsmentyvät vasta jatkovalmistelun yhteydessä. Myöskään missään muualla maailmassa ei ole toteutettu vastaavaa uudistusta, mikä vaikeuttaa sen vaikutusten arviointia. Valmistelussa on tunnistettu HUS:n kannalta riskejä rahoituksen lisäksi kriittisissä palvelutehtävissä tarvittavan henkilökunnan riittävyyden sekä tutkimuksen ja opetuksen turvaamisen osalta, joita kuvataan tarkemmin seuraavassa kahdessa kohdassa. Lain perusteluissa olisi ehdottomasti tarpeen arvioida sen vaikutuksia käytännön tasolla (mm. edellä mainittujen kysymysten suhteen) ja kuvata, millä keinoin niihin sisältyvät riskit voidaan välttää.

Myös muuten lakia voi pitää varsin keskeneräisenä, ja monet sen peruskäsitteistä tulisi määritellä yksityiskohtaisemmin tulkintaongelmien välttämiseksi. Epäselväksi jää esim. lain 15 §:ään sisältyvät määritelmät perustasolle kuuluvista palveluista (esim. mikä on "yleinen sairaus"). Epätarkoituksenmukaisesta ratkaisusta esimerkkinä voidaan mainita maksuseteliä koskeva lainkohta, jossa sote-keskuksella on vastuu setelillä tuotetuista palveluista vailla mitään mahdollisuuksia valvoa palvelujen sisältöä. Lakiehdotus on näin selvästi jatkovalmistelun tarpeessa.

4. Mikäli maakunnan liikelaitos haluaa tuottaa palveluja uudistuksen mukaisella asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla, tulee liikelaitoksen yhtiöittää kyseiset palvelut. Uudistus tulee näin käytännössä edellyttämään osien eriyttämistä HUS:sta yhteen tai useampaan yhtiöön, jotka tuottaisivat asiakassetelin saaneiden potilaiden elektiivisiä palveluita kuten kaihi-, tyrä- ym. leikkauksia. Lisäksi nykyisestä toiminnasta pitää uudistuksen seurauksena eriyttää maakunnan sote-keskus-yhtiöihin osa ns. kevyemmästä erikoissairaanhoidosta.

Liikelaitoksen ja kilpaillun perustason tiukasta eriyttämisestä huolimatta tulee turvata se, että yhtiöissä työskentelevät lääkärit ja muu henkilö-kunta ovat myös maakunnan liikelaitoksen palveluksessa osalla työ-ajastaan. Tämä on välttämätöntä sairaalan päivistysvalmiuden turvaamiseksi. Lainsäädännön tulee myös tukea tällaisia ratkaisuja.

Uudistukseen sisällytetty yhtiöittäminen ja terveydenhuoltopalveluiden jako liikelaitoksen tuottamiin palveluihin ja yhtiöiden tuottamiin palveluihin on kuitenkin käytännössä hankala toteuttaa. Esimerkiksi Töölön sairaalan toimintaa pitäisi jakaa A) liikelaitoksen vaativiin elektiivisiin leikkauksiin, B) liikelaitoksen päivystysleikkauksiin, C) yhtiön elektiivisiin leikkauksiin, D) sote-keskus-yhtiötä tukevaan konsultaatiotoimintaan, joista kaksi ensin mainittua on liikelaitoksen toimintaa ja kaksi jäljempänä mainittua on yhtiöittämisen piiriin kuuluvaa toimintaa. Kaikkea tätä tekee kuitenkin pääosin sama henkilöstö samoissa tiloissa ja samoilla laitteilla.

Toinen esimerkki yhtiöittämisen vaikeudesta ja nykyisen toiminnan jakamisesta usealle toimijalle liittyy lääkehuollon toteuttamiseen. Lähtökohtaisesti nykyiset sairaala-apteekit voivat antaa palveluitaan vain julkisen terveydenhuollon toimijoille. Yksityiset, yhtiömuotoiset terveydenhuollon toimintayksiköt eivät näin voi käyttää sairaala-apteekkien palveluja. Sairaalarakennuksessa käytettävät kaasut katsotaan lääkkeiksi. Lisäksi yhdessä sairaalarakennuksessa olevaa kaasuverkkoa ei käytännössä voi edes jakaa kahteen erilliseen osaan. Edellä mainitusta seuraa, että Töölön sairaalassa toimiva yhtiömuotoinen toimija ei voi käyttää sairaalarakennuksen kaasuverkkoa, vaan sen tulee ratkaista sairaalakaasujen tarpeensa muilla tavoin. Lopputulos on epätarkoituksenmukainen.

Yhtiöittämisen jälkeen on epäselvää, missä määrin yhtiötetyt sote-keskukset voivat hyödyntää nykyisiä keskitettyjä sairaanhoidollisia ja muita tukipalveluja, jotka siirtyvät maakunnalle. Diagnostisten tukipalveluiden (laboratorio, kuvantaminen) osalta on saavutettu viimeisten kymmenen vuoden aikana merkittäviä taloudellisia ja toiminnallisia hyötyjä keskittämällä palveluja suuremmiksi kokonaisuuksiksi. HUS pitää välttämättömänä, että vähimmillään maakunnan liikelaitos ja maakunnan omistamat yhtiötetyt sote-keskukset voivat jatkaa keskitettyjen tukipalvelujen hyödyntämistä (mm. laboratorio, kuvantaminen, logistiikka, tekstinkäsittely, laitoshuolto, ravintohuolto).

Uudistuksessa olisi ollut tarpeettomien kustannusten välttämiseksi perusteltua harkita myös muita vaihtoehtoisia keinoja kilpailuneutraaliteetin toteuttamiseen. Käytännössä yksityisen tuottajankaan toiminnan ei voida sallia päättävän konkurssiin, jos se vaarantaa palvelujen saatavuuden tietyllä maantieteellisellä alueella, koska julkisen vallan on joka tapauksessa turvattava terveyspalvelujen saatavuus. Lain vaikutusarvioinneissa ja laista tehtävissä riskianalyyseissä pitäisi selvittää toimintatapoja tällaisessa tilanteessa.

5. Lääketieteellisen opetus- ja tutkimustoiminnan ylläpitäminen tulee jatkossakin säilymään valtion vastuulla ja sen jatkuvuudesta tulee huolehtia. Tämä näkökulma ei kuitenkaan valitettavasti näy nyt lausunnolla olevassa lakiehdotuksessa. Valtion opetus- ja tutkimustoiminnan rahoituksen supistuessa on käytännössä palvelujärjestelmän tullut kantaa jatkuvasti suureneva osuus opetus- ja tutkimustoiminnan kustannuksista. Yliopistosairaalat ovat tukeneet tutkimustoimintaa osin suoralla rahoituksella ja osin opetus- ja tutkimustoiminnan harjoittaminen on näkynyt palveluiden hintatasossa. Epäselvää on, miten kapitaatiopohjaisessa järjestelmässä voidaan huolehtia nykyisen tasoisesta tutkimus- ja opetustoiminnan toteuttamisesta. Huolestuttavaa on, että järjestelmään sisältyy rahoitusmallista ja kilpailutilanteesta seuraava insentiivi maakunnille opetus- ja tutkimustoiminnan rajoittamiseen. Vaikutusten arvioinnissa olisi ehdottoman tärkeää analysoida tätä kysymystä ja pohtia keinoja nykyisen tasoisen opetus- ja tutkimustoiminnan turvaamiseen. Opetuksen koordinointi ja kehittäminen kuuluvat kaikissa vaihtoehdoissa lääketieteellisen tiedekunnan vastuulle. Valinnanvapauslain antamisen yhteydessä tulisi erikseen säätää tutkimus- ja opetustoimintaan kohdennettavasta erillisrahoituksesta. Tämä olisi mahdollista toteuttaa nykyisiä erityisvaltionosuuslainsäädännön korvaustasoja tarkistamalla. HUS:n näkemyksen mukaan nykyinen opetuksen ja tutkimuksen rahoituksen taso tulee turvata. Oikean korvaustason määrityksessä pitää tällöin ottaa huomioon sekä HUS:n nykyisin suoraan tutkimukseen ohjaama 11 M€ määräraha että välillisesti tutkimus- ja opetustoiminnasta palveluhintoihin aiheutuva 5 % kustannusten nousu.
6. Lakiesitykseen sisältyy nykyisellään vaatimuksia ulkoistettavan toiminnan suhteellisesta osuudesta. Ehdotuksen perusteluissa todetaan, että ”vähintään 15 prosenttia niistä palveluista, jotka eivät ole saatavilla suoran valinnan palveluina tai henkilökohtaisella budjetilla ja jotka eivät ole kiireisiä, julkisen vallan käyttöä, [...] on oltava saatavilla asiakassetelillä.” 15 prosentin raja-arvoa ei sisälly itse lakitekstiin, joten sen sitovuus on epäselvää. Joka tapauksessa tällaisia numeerisesti sitovia määräyksiä erikoissairaanhoidon osalta ns. ulkoistettavan toiminnan volyymin tai suhteellisesta osuudesta ei tule sisällyttää lakiin, vaan nämä linjaukset tulee jättää maakunnan päätösvaltaan. Kiinteiden raja-arvojen määrittäminen ulkoistettavan toiminnan osalta ei ota huomioon erilaisia olosuhteita eri puolilla maata ja on omiaan johtamaan taloudellisesti huonoihin ratkaisuihin.
7. Lakiuudistuksen toimeenpano edellyttää välttämättä sen voimaantulon ja valinnanvapauden alkamisen välistä siirtymäaikaa jo pelkästään valinnanvapausjärjestelmän vaatiman hallinnollisen työmäärän osalta. Esimerkkeinä lain toimeenpanon edellyttämistä hallinnollisista tehtävistä voidaan mainita kapitaatiokorvauksen laskeminen, vapaan valinnan palvelutuottajien ilmoittautuminen ja

sopimusten tekeminen näiden kanssa, järjestäjätoiminnon perustaminen maakuntaan, tietojärjestelmien hankinta ja määrittely järjestäjän vastuulla olevien tehtävien hallinnointia varten (mm. henkilökohtaisen budjetin ylläpito), asukkaiden informointi ja rekisteröintimenettelyjen luominen jne. Lausunnolla olevan lakiehdotuksen sanamuotojen perusteella voisi päätellä, että ehdotukseen sisältyy siirtymäaika. STM:n edustajien taholta on kuitenkin viestitetty selvästi, että lain ja valinnanvapauden on tarkoitus tulla voimaan 2019 alusta ja valinnanvapautuottajien rekisteröinti aloitetaan marraskuussa 2018. Uudistuksen toimeenpano tällä aikataululla koko maassa ei ole edes teknisesti mahdollista, ja aiheuttaa todennäköisesti haittaa terveydenhuoltojärjestelmän toiminnalle. Yksi vaihtoehto olisi toimeenpanna uudistus erityisvastuualueittain vaiheistettuna, mikä mahdollistaisi tulevien ongelmien korjaamisen jo toimeenpanon aikana.

Lausunnossa esitetään, että lakiluonnoksen valmistelua jatketaan edellä mainittujen ongelmien pohjalta ja asianmukaisten vaikutusarviointien laatimiseksi. Lakiehdotukseen tulisi lisäksi ehdottomasti liittää kahden vuoden siirtymäaika, vaiheistaa uudistuksen toimeenpano erityisvastuualueittain tai sallia valmistautuminen uudistukseen jo kuluvan vuoden aikana. Jatkovalmisteluun varattavasta ajasta huolimatta lakiehdotus olisi mahdollista käsitellä siten, että se tulisi voimaan sote-uudistuksen yhteydessä 1.1.2019, jolloin voitaisiin käynnistää valmistelutoimet viimeistään 1.1.2021 käynnistyvää valinnanvapautta varten.

Jatkovalmistelussa olisi aiheellista tutkia vaihtoehtoisia tapoja lisätä nykykehikossa valinnanvapautta heti sote-uudistuksen voimaantullessa ja siten saada lisää valmistelu- ja toimeenpanoaikaa muille muutoksille. Vaihtoehtoinen tapa nyt esitetylle laille voisi esimerkiksi olla sairausvakuutustaksojen selkeä korottaminen, jolloin vältettäisiin kaikki edellä kuvatut ongelmat. Esimerkiksi osia julkisista toimijoista ei tarvitsisi tällöin yhtiöittää. Ehdotus sallisi myös hyvän integraatiokehityksen jatkumisen. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon polikliinisen toiminnan saumaton yhdistäminen on ratkaisevaa sekä säästöjen että hoitojonojen hallinnan kannalta. Julkinen tilaajataho voisi tällöin edelleen tilata palveluja myös yksityisiltä tuottajilta nykyistä toimintatapaa vastaavasti. Tällainen ratkaisu mahdollistaisi lisäksi pienten ja keskisuurten tuottajien toiminnan, eikä siinä olisi sellaisia siirtymäkauden ongelmia kuin ehdotuksessa. Uudistus tulisi tällä tavalla toteutettuna myös julkiselle taloudelle halvemmaksi, koska asiakkaat maksaisivat osan palvelun kustannuksista itse. Ratkaisu antaisi mahdollisuuden myöhemmin jatkossa arvioida tilannetta ja valinnanvapauden toteutumista uudelleen, koska se olisi hallinnollisesti varsin kevyt.

Hallitus

13.03.2017

32 §

Päätösesitys

Hallitus päättää antaa edellä olevan esittelytekstin sekä liitteenä olevan lausunnon sosiaali- ja terveysministeriölle.

Asian käsittely

Hallitus käsitteli edellä olevan esittelytekstin ja liitteenä olevan lausunnon ja teki niihin eräitä tarkistuksia, jotka hyväksyttiin yksimielisesti.

Päätös

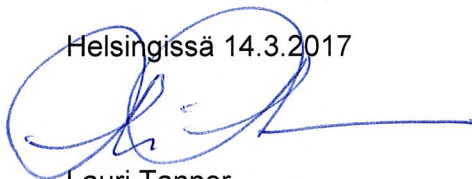
Päätösesitys hyväksyttiin.

Lisätiedot

Hallintojohtaja Lauri Tanner, p. (09) 471 71204
Yhteyspäällikkö Janne Aaltonen, p. 050 573 1300

Pöytäkirjanotteen oikeaksi todistaa

Helsingissä 14.3.2017



Lauri Tanner
hallintojohtaja, sihteeri