



HPär

13.10.2014

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO
kirjaamo.stm@stm.fi

STM 090:00/2013

LUONNOKSESTA HALLITUKSEN ESITYKSEKSI SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISLAIKSI

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua asiassa. Esitysluonnoksessa selvästi kannatettavaa on järjestämisoikeuden kehittäminen keskittämällä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä viidelle sosiaali- ja terveysalueelle, kansallisen tason ohjauksen vahvistaminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäintegraation edistäminen.

Esitysluonnoksessa on lain tavoitteiksi todettu seuraavat:

- edistää ja ylläpitää väestön hyvinvointia ja terveyttä;
- edistää sosiaali- ja terveydenhuollon laatua;
- varmistaa asiakkaan ja potilaan oikeus hyvään sosiaali- ja terveydenhuoltoon;
- luoda edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävälle ja yhdenvertaiselle saatavuudelle koko maassa;
- varmistaa eheä ja toimiva sekä vaikuttava ja kustannustehokas sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne;
- toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio sekä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja alueellisesti ja valtakunnallisesti.

Lääkäriliiton näkemyksen mukaan edellä todetut lakiuudistuksen tavoitteet ovat hyvät ja kannatettavat. Haluamme niistä erityisesti korostaa potilaiden oikeutta laadukkaiden ja kustannusvaikuttavien, terveystarpeensa mukaisen palvelujen saamiseen yhdenvertaisesti, riippumatta asuinpaikastaan, sosiaalisesta asemastaan tai tulotasostaan. Tämä edellyttää myös kansallisen palveluvalikoiman riittävän yksityiskohtaista ja kattavaa määrittämistä, ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen aikaansaamista.

Terveyspalvelujärjestelmämme suurimmat ongelmat ovat jo vuosien ajan olleet perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa, joten uudistusta toteuttaessa erityistä huomiota on kiinnitettävä perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja peruspalvelujen saatavuuteen lähipalveluna.

Keskeinen kysymys lausuntokierroksella olevan ehdotuksen osalta onkin, ovatko edellä mainitut tavoitteet saavutettavissa arvioitavana olevan kaltaisella lakiesityksellä. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan tavoitteiden saavuttaminen edellyttää lakiesityksen merkittävää kehittämistä. Valmisteltavan uudistuksen tulee tähdätä tulevaisuuden tarpeisiin.

Lääkäriliitto on lakivalmistelun aikana linjannut ja toistuvasti tuonut esille näkemyksensä keskeisistä keinoista lakiuudistuksen tavoitteiden toteuttamiseksi: järjestämisoasaamisen vahvistaminen; järjestäjän ja tuottajan erottaminen; palvelutuotannon monipuolistaminen; potilaan valinnanvapauden lisääminen ja käyttäminen järjestelmän ohjauskeinona. Valitettavasti lakiluonnoksesta hahmottuvassa mallissa nämä keinot eivät vaikuta olevan käytössä.

Järjestämisoasaamisen vahvistaminen ja järjestäjän ja tuottajan erottaminen

Lakiluonnoksessa esitetään viiden sosiaali- ja terveysalueen perustamista kuntayhtymämuotoisena (lakiesityksen 10 §). Näillä alueilla on järjestämisoasavastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista (11 §), ja ne toteuttavat tätä vastuuta lähinnä neljän vuoden välein tehtävällä järjestämispäätöksellä (12 §).

Järjestämisen keskittäminen viidelle alueelliselle toimijalle mahdollistaisi järjestämisoasaamisen kehittämisen ja vahvistamisen taaten myös järjestäjän riittävän suuren väestöpohjan. Alueellinen järjestämisoasavastuu on perusteltua laajan maamme alueellisesti kovin erilaisten olosuhteiden vuoksi. Ehdotettu ratkaisu vastaa tältä osin myös Lääkäriliiton näkemystä.

Järjestämisoasavastuun keskittämisellä pystyttäisiin aiempaa paremmin turvaamaan palvelut yhdenvertaisesti koko maassa. Nykyisin yhdenvertaisuutta heikentää asuinpaikan vaikutus palveluiden saatavuuteen. Vuoden 2014 alusta voimaantulleella terveydenhuoltolain muutoksella perustettiin palveluvalikoimaneuvosto, jonka tehtävänä on määrittää kansallinen palveluvalikoimamme ja parantaa siten yhdenvertaisuuden toteutumista. Yhdenvertaisuuden varmistamisen kannalta keskeisessä roolissa ovat palveluvalikoimaneuvoston lisäksi järjestämisoasavastuulliset toimijat. Sosiaali- ja terveysalueet tuleekin kytkeä kiinteästi mukaan palveluvalikoimaneuvoston toimintaan.

Lakiesityksessä ehdotetaan kuitenkin järjestämisoasavastuullisten sosiaali- ja terveysalueiden lisäksi myös aivan uutta vastuuta ja toimintoa esittämällä (14 §) tuottamisoasavastuullisten toimijoiden (kunnat ja kuntayhtymät) muodostamista. Sosiaali- ja terveysalueet päättäisivät kuntien ja kuntayhtymien ilmoittautumisten perusteella sosiaali- ja terveyspalvelujen kattavan alueellisen tuottamisoasavastuun antamisesta näille toimijoille.

Ehdotettu rakenne tulee käytännössä tarkoittamaan sitä, että järjestämisoasavastuu ei todellisuudessa tule olemaan sosiaali- ja terveysalueilla, vaan se vähintäänkin pirstoutuu kahdelle tasolle: sosiaali- ja terveysalueille ja tuottamisoasavastuullisille kunnille ja kuntayhtymille. Ehdotettu malli heikentää sosiaali- ja terveysalueiden järjestämisoasavastuuta ja korostaa tuottamisoasavastuuta, eivätkä järjestäminen ja tuottaminen eroa toisistaan.

Pahimmillaan asetelma voi johtaa siihen, että sosiaali- ja terveysalueen päätöksenteossa enemmistönä olevat kunnat ollessaan huomattavasti kiinnostuneempia tuotannosta ja tuotantokoneistosta kuin järjestämisestä, sopivat keskenään muutaman vahvan tuottamisoasavastuullisen toimijan muodostamisesta sosiaali- ja terveysalueella. Tällöin ne käyttävät tosiasiallista järjestämisoasavaltaa tuottamisoasavalueillaan – ja sosiaali- ja terveysalue jäisi hyvin muodolliseksi ja heikoksi toimijaksi.

Lääkäriliitto pitää kuvattua kehitystä lakiesitykseen kirjatun valossa hyvin mahdollisena, ja hyvin ongelmallisena. Käytännössähän se johtaisi vain yhden uuden hallintokerroksen muodostamiseen ilman tosiasiallista palvelujärjestelmämme uudistamisen mahdollisuutta, ja saattaisi jopa lisätä palvelujärjestelmämme pirstaleisuutta erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen osalta.

Sosiaali- ja terveysalueiden vahva järjestämisvastuu tulisikin lakiesityksessä taata. Luonnollisimmin se toteutuisi jättämällä säätämättä tuottamisvastuusta kunnallisena toimintana. Laissa ei tulisi asettaa sosiaali- ja terveysalueelle tarpeettomia esteitä rakentaa ja kehittää alueellensa tehokkaasti toimivaa tuotantoverkostoa. Näin saataisiin aikaan vahva järjestäjä ja järjestäjän ja tuottajan erottaminen. Käytännössä tämä ilmeisestikin edellyttäisi sosiaali- ja terveyspalvelujen jättämistä julkisia hankintoja koskevan, nyt uudistettavana olevan lain ulkopuolelle, mikä kyllä olisi mahdollista EU:n uudenkin hankintadirektiivin mukaan.

Mikäli tuottamisvastuusta kunnallisena toimintana säätämisestä (14 §) ei haluta tai nähdä mahdolliseksi luopua, sosiaali- ja terveysalueiden roolia vahvana järjestäjänä on tuettava muilla keinoin. Tällaisia ovat mm. valtionosuuksien maksaminen suoraan sosiaali- ja terveysalueille kierrättämättä niitä kuntien kautta; järjestämissopimuksen sisällön tarkka säätely valtioneuvoston asetuksella; sosiaali- ja terveysministeriön roolin vahvistaminen järjestämissopimusten hyväksymisessä, sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuullisten toimijoiden tulohajauksessa noudatettavista menettelytavoista (29 §).

Kunnat ovat päättäjiä sekä järjestämisvastuussa olevan sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymässä että tuottamisvastuullisissa kuntayhtymissä. Sosiaali- ja terveysalueiden itsenäistä roolia voidaan vahvistaa myös huolehtimalla siitä, että samat henkilöt eivät voi olla päättävissä asemassa sosiaali- ja terveysalueen ja tuottamisvastuullisen kuntayhtymän hallinnossa tai peruskuntien päättävissä elimissä.

Terveydenhuoltolain 43 §:n säätämässä erityisvastuualueen sairaanhoitopiirejä koskevan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen hyväksymismenettelyssä on edellytetty sairaanhoitopiirien yksimielisyyttä. Mainitun terveydenhuoltolain pykälän mukaan, jos sairaanhoitopiirien kuntayhtymät eivät pääse sopimukseen erikoissairaanhoidon järjestämisestä tai jos järjestämissopimus ei täytä sille lainsäädännössä asetettuja edellytyksiä, valtioneuvosto voi yksipuolisesti määrätä ko. sopimuksen sisällöstä. Tulisikin harkita, pitäisikö sosiaali- ja terveysalueen järjestämissopimuksen osalta säätää vastaaventyypisestä valtioneuvoston toimivallasta.

Palvelutuotannon monipuolistaminen

Lakiesityksen 14 §:ssä todetaan, että tuottamisvastuuseen on kuuluttava ehkäisevät, korjaavat ja hoitavat, kuntouttavat sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhtenäisenä kokonaisuutena. Tätä perustellaan sillä, että erityisesti paljon palveluja käyttävien näkökulmasta (10 % väestöstä aiheuttaa 80 % sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista) palvelujen tuottaminen yhtenä kokonaisuutena on tärkeää.

Vaikka ehdotuksen 16 §:ssä todetaan nykyisin voimassa olevan lainsäädännön kaltaisesti erilaisista tuotannon toteuttamisen vaihtoehdoista, sekä

14 §:n että sen perustelujen tekstit antavat ymmärtää tuottamisvastuullisten toimijoiden muodostuvan käytännössä ainakin lähestulkoon monopolituottajiksi alueellaan.

Näin käytännössä tapahtuneekin siten, että perustettavat alueelliset tuotannolliset kuntayhtymät tai kunnat tuottavat jatkossa alueellaan tuottamisvastuullaan olevat julkiset sosiaali- ja terveystalvet nykyisistä kuntien sosiaalipalveluista ja perusterveydenhuollon palveluista alkaen aina keskussairaalan erikoissairaanhoidon palveluihin ja sosiaalihuollon erityispalveluihin. Syntyy siis erittäin suuria tuottajia, joiden tuotantokokonaisuuteen kuuluu hyvin erilaisia, erilaista osaamista vaativia, eri väestöryhmiä koskevia ja erilaista tuotantologiikkaa edellyttäviä palveluja.

Mainitun kaltaisen tuotantorakenteen muodostumista ei voi pitää millään tavalla tarkoituksenmukaisena. Järjestämistä vastuun integraatiolla voidaan varmistaa palveluketjun saumattomuus, joten tuotannon keskittäminen ja ”integraatio tuotannon tasolla” ei esitetyllä tavalla ole tarpeellista, vaan suorastaan haitallista. Perustason sosiaali- ja terveystalvet keskittämisellä ei saada mitään mittakaavahyötyjä vaan se päinvastoin johtaisi tarpeettoman raskaaseen ja jäykkään hallintoon ja olettavasti lähitalvet keskittämiseen.

Esitetty ajatus, että tuotantotason laajalla integraatiolla olisi kustannuksia merkittävästi vähentävä vaikutus, onkin mielestämme vailla perusteita. Ainakin suurin osa kalliista potilaista ja asiakkaista on asianmukaisesti ohjautunut vaikuttavaan hoitoon ja palveluihin. Jos hoitoprosesseja yritetään kehittää vain suurikäyttäjien tarpeisiin, heikentyy palveluprosessien tehokkuus ja asiakaspalvelun laatu. Potilasprosessit pitääkin kehittää sairauden hoidon vaikuttavuuden maksimoimiseksi, kun taas sosiaali- ja terveystalvet suurikäyttäjien kohdalla kysymys on usein loppuelämän mittaisesta projektista. Näiden potilaiden kannalta keskeinen vaikuttava toiminto on asiakasohjaus.

Lääkäriliitto haluaakin huomauttaa, että vaikka 10 % väestöstä on palvelujen suurikäyttäjiä ja aiheuttaa huomattavan osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista, myös loput 90 % väestöstä käyttää ajoittain ainakin terveydenhuollon palveluja. Lisäksi erityisesti työikäisen väestön terveystalvet saatuusongelmista koituu huomattavia seurannaiskustannuksia, jotka eivät kuitenkaan näy terveydenhuollon kuluissa (työpanoksen menetyt, sairauspoissaolo- ja eläkemenot).

Palvelutuotantoa tulisikin pyrkiä monipuolistamaan niin, että tuotantokoneisto pystyisi joustavasti vastaamaan eri väestöryhmien erilaisiin palvelutarpeisiin. Perustuslakimme takaa ”jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet”. Sosiaali- ja terveystalveilla tulisikin järjestäjinä olla mahdollisuus päättää tarkoituksenmukaisista palvelukokonaisuuksista ja antaa eri palvelukokonaisuudet julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin tuottajien tuotettavaksi tarkoituksenmukaisin menettelytavoin.

Yksi palvelukokonaisuus, josta lakiesityksessä erikseen todetaan, on ympärivuorokautiset päivistalvet. Erikoissairaanhoidon talvet ovat monelta osin muutenkin keskittettäviä palveluja. Vastaavasti kuntien perustason sosiaali- ja terveystalvet ovat hajautettavia palveluja, joiden saatavuus lähellä käyttäjiä on ensiarvoisen tärkeää. Lääkäriliitto toivookin, että lähitalvet

velujen sisältö ja niiden saavutettavuuden kriteerit määriteltäisiin konkreettisemmin joko laadittavassa järjestämislaissa tai sen perusteella annettavassa asetuksessa.

Lääkäriliiton mielestä suurin osa perusterveydenhuollon nykyisistä palveluista, mukaan lukien ennaltaehkäisevän työn ja avosairaanhoidon vastaanottopalvelut, ovat terveydenhuollon lähipalveluja. Lähipalveluiden tulisi olla saavutettavissa kävelymatkan tai kohtuullisen julkisella kulkuneuvolla tehdyn matkan päässä, tai ne tulisi viedä palveluntarvitsijalle kotiin. On syytä todeta, että jo tällä hetkellä kehitetään aivan uudentyyppisiä sähköisiä ja virtuaalisia palveluja.

Lähipalveluiden säilyminen ja kehittyminen edellyttävät siihen kannustavien elementtien sisällyttämistä lakiesitykseen. Monipuolinen, käyttäjien tarpeisiin reagoimaan kykenevä ja halukas tuotantorakenne – monituottajamalli – ja potilaiden valinnanvapaus tukisivat tätä. Palvelut säilyisivät ja syntyisivät automaattisesti siellä ja sinne, missä niille on kysyntää.

Potilaan valinnanvapauden laajentaminen

Terveyspalvelujärjestelmämme suurin ongelma on perusterveydenhuollon palvelujen huono ja epätasa-arvoinen saatavuus. Työssäkäyvien perustason terveyspalveluista valtaosan tuottaa voittopuolisesti yksityisesti tuotettu työterveyshuolto. Korkeakouluopiskelijoiden vastaavat palvelut tuottaa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS). Lasten perustason avosairaanhoidon palveluista huomattava osa tuotetaan samoin yksityissektorilla. Yksityinen sairaanhoitovakuutus on noin miljoonalla suomalaisella.

Vaikka vanhusväestökin käyttää runsaasti myös yksityissektorin avosairaanhoidon palveluja, kuntien terveyskeskusten tyypillisintä asiakaskuntaa ovat vanhukset, vammaiset ja työelämästä eri tavoin syrjäytyneet, ilman että näillä ryhmillä olisi todellista valinnanvapautta palveluntuottajastaan.

Nyt lausuntokierroksella oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesityksen luonnos ei Lääkäriliiton mielestä tue palvelutuotannon monipuolistumista ja potilaiden valinnanvapauden lisäämistä. Kuten aiemmin on todettu, lakiesitys ehdotuksen mukaisena toteutuessaan todennäköisesti vain keskittäisi tuotantoa, suurentaisi tuottajien kokoa ja vähentäisi entisestäänkin palvelutuotannon moninaisuutta. Erityisesti perustason terveyspalveluissa palvelutuotannon monipuolistaminen vaikkapa muiden pohjoismaiden (Ruotsi, Norja, Tanska) esimerkin mukaisesti olisi mahdollista, ja tukisi siten potilaiden valinnanvapauden kehittämistä – ei voi olla valinnanvapautta, jos ei ole valinnanvaraa!

Järjestämislaki tulisikin säätää siten, että järjestämisestä vastaavilla sosiaali- ja terveysalueilla olisi mahdollisuus ja kannuste organisoida erityisesti perustason palvelutuotanto hyödyntäen laajasti olemassa olevaa tuotantokoneistoa, mukaan lukien yksityiset terveyspalvelujen tuottajat. Todettakoon, että perustason palveluja tarjoavien noin 5.500 lääkärin (laskennallinen kokoaikainen vuosityöpanos) määrästä vain noin 3.500 työskentelee julkisessa perusterveydenhuollossa terveyskeskuksissa.

Eräiden yksityiskohtien ja muu pykäläkohtainen tarkastelu

Terveydenhuoltolain 57 §:ssä säädetään terveydenhuollon toimintayksikön vastaavasta lääkäristä, jonka on johdettava ja valvottava toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Järjestämislailla luodaan järjestämisvastuulliset ja tuottamisvastuulliset toimijat, jotka ainakin osin ovat erillään varsinaisista tuotannollisista toimintayksiköistä, mutta valmistelevat, arvioivat, ohjaavat ja valvovat alueensa terveydenhuollon toimintayksikköjen toimintaa – siis niiden tuottamaa terveyden- ja sairaanhoitoa. Lääkäriliiton mielestä järjestämislaissa tulisi säätää riittävän lääketieteellisen osaamisen edellyttämisestä näiden uusien toimijoiden organisaatiossa.

Lakiehdotuksessa ei ole myöskään todettu mitään yliopistosairaaloitten asemasta. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan yliopistosairaaloitten asema ja rooli lääketieteellisen tutkimuksen ja koulutuksen yksikköinä tulee turvata uudenkin lainsäädännön luomassa rakenteessa, ja olisi sen vuoksi tarkoituksenmukaista järjestämislaissa todeta niiden erityisasemasta.

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus (5 §): Lähipalvelujen sisältö ja saavutettavuuden kriteerit tulisi määrittellä konkreettisemmin.

Sosiaali- ja terveysalue ja järjestämisvastuu (10–11 §): Lääkäriliitto pitää uudistuksessa hyvänä sosiaali- ja terveysalueiden perustamista ja järjestämisvastuun siirtämistä näille organisaatioille. Tämä mahdollistaa palveluiden järjestämisen yhtenä alueellisena saumattomana kokonaisuutena kattuen niin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon kuin sosiaalipalvelut. Järjestämisvastuun tulee kuitenkin olla vain sosiaali- ja terveysalueilla, eikä sitä tule lakiesityksen mukaisesti pilkkoa. Järjestäminen ja tuottaminen tulee erottaa toisistaan selkeästi.

Järjestämispäätös (12 §): Hyvin toimivalla terveydenhuollolla on suuri merkitys työurien pidentämisessä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja tarkoituksenmukainen työnjako työterveyshuollon kanssa työkyvyn tukemiseksi on erityisen tärkeää toistuvissa ja pitkittyvissä työkyvyttömyystapauksissa. Lääkäriliitto ehdottaakin, että neljän vuoden välein tehtävään järjestämispäätökseen otettaisiin yhdeksi määriteltäväksi asiaksi em. yhteistyötä koskeva maininta. Sanamuoto voisi olla esim.: ”*yhteistyö työ- ja toimintakyvyn edistämiseksi alueen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien, työterveyshuoltopalvelujen tuottajien, kuntoutus- ja sosiaalivakuutuksen sekä muiden asiaan liittyvien tahojen välillä;*”

Sosiaali- ja terveysalueen muut tehtävät (13 §): Pykälässä ehdotetaan (1mom., 6. kohta) sosiaali- ja terveysalueen tehtäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamista sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittelyä siten kuin julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta annetussa laissa (634/2011) säädetään. Ehdotetun säännöksen tulkinta jää epäselväksi. Lääkäriliiton mielestä laissa tulisi selkeästi edellyttää sosiaali- ja terveysalueen tasoisia ratkaisuja siten, että kaikissa sosiaali- ja terveysalueen järjestämisvastuun piiriin kuuluvissa tuotantoyksiköissä käytettäisiin samoja potilas- ja asiakastietojärjestelmiä. Nämä sisältävät toiminnanohjauksen kannalta välttämätöntä tietoa. Niinpä tehokas sosiaali- ja terveysalueen tasoinen toiminnanohjaus ei ole mahdollista, jos käytössä on rinnakkain erilaisia potilas- ja asiakastietojärjestelmiä.

Tuottamisvastuu kunnallisena toimintana (14 §): Pykälän mukaista tuottamisvastuun määrittelyä ei tarvita. Lainsäädäntö on rakennettavissa niin, että tuottamisvastuullisista toimijoista luopuminen ei edellytä kaiken palvelutuotannon kilpailuttamista.

Sote-alueen tuottamisvastuu (15 §): Lääkäriliitto pitää tarkoituksenmukaisena että sosiaali- ja terveysalueet eivät itse tuota varsinaisia sosiaali- ja terveystalvveluita muuta kuin poikkeustapauksissa.

Kansallisen tason ohjaus (25–28 §): Palvelujärjestelmän ohjausyksikön perustaminen ja tähän liittyvät muut ehdotetut kansallisen tason ohjauksen mekanismit ovat erittäin kannatettavia. Nykyisellään palvelujärjestelmän kansallisen tason ohjaus on ollut vaikeaa heikkojen ohjauksrakenteiden takia. Kansallisen ohjauksen voimistaminen on tarkoituksenmukaista mm. alueellisten erojen vähentämiseksi ja kansalaisten yhdenvertaisen palvelujen saannin turvaamiseksi.

Asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet (30 §): Asukkaiden kuulemista koskeva säätely on keinotekoista ja täytynyt sisällyttää lakiin vain siksi, että asiakkaille ja potilaille ei lainsäädännöllä mahdollisteta asoihinsa liittyvää suoraa vaikuttamisen mahdollisuutta, eli mahdollisuutta valita palveluntuottajansa.

Sosiaali- ja terveysalueen rahoitus (33 §): Järjestämisvastuussa olevien sosiaali- ja terveysalueiden kapitaatioperusteinen rahoitus on tarkoituksenmukaista parantaen kuntien menojen ennakoitavuutta. Valtionosuuksien kierrättäminen kuntien kautta on kuitenkin täysin epätarkoituksenmukaista, ja ne tulisikin maksaa suoraan sosiaali- ja terveysalueille koko alueen väestön osalta. Tämän lisäksi kunnilta tulisi periä asukasperusteinen maksu ilman tarvekorjausta. Kuntien rahoitusosuuteen tulisi pyrkiä luomaan kannusteita väestön hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtimiselle.

Terveydenhuollon osaoptimoinnin vähentämiseksi tulisi harkita myös matkakustannusten ja lääkekustannusten rahoitusvastuun siirtämistä sosiaali- ja terveysalueille.

Tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän rahoitus (34 §): Esitysluonnoksessa määritellään kovin löyhästi ja epämääräisesti periaatteet, joiden mukaan sosiaali- ja terveysalueet korvaavat palvelutuotannon kustannukset tuottamisvastuussa oleville toimijoille. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan korvauserusteet tulisi määritellä laissa tarkemmin, tai vaihtoehtoisesti tulisi sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voida periaatteista säätää järjestäjiä velvoittavasti.

Koulutuskorvaus yliopistolliselle sairaalalle (37 §): Lakiluonnoksen ehdotus yliopistollisten sairaaloiden koulutuskorvauksista vastaa voimassa olevaa lainsäädäntöä. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan olennaista on, että koulutuskorvaukset tosiasiallisestikin kohdentuvat koulutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin. Lääkäriliitto on vuonna 2010 uudistanut oman suosituksensa koulutuskorvauksien kohdentamisesta lääkäreiden erikoistumiskoulutuksessa ja perusterveydenhuollon lisäpätevytyksissä.

Koulutuskorvaus yliopistolle (38 §): Sosiaali- ja terveysministeriön erikoislääkärikoulutuksen ns. siirtotyöryhmä linjasi raportissaan, että erikoislääkärikoulutusta järjestäville yliopistoille tulisi voida maksaa koulutuskorvausta

koulutuksesta aiheutuneisiin kustannuksiin. Voimassa olevan lainsäädännön mukaan korvaus on sisällytetty yliopistojen perusrahoitukseen. Lääkäriliiton mielestä onkin ilahduttavaa, että järjestämislakiehdotukseen on otettu yliopistojen koulutuskorvausta koskeva säännös. Yliopistoille maksettava korvaus ei kuitenkaan saa vähentää terveydenhuollon toimintayksiköille maksettavia korvauksia erityisesti tilanteessa, jossa monilla erikoisaloilla erikoislääkärien koulutusmääriä olisi suunnitelmallisesti lisättävä pahenevan erikoislääkärivajeen vuoksi.

Koulutuskorvaus muulle terveydenhuollon toimintayksikölle (39 §): Lääkäriliiton mielestä tärkeä periaate on, että koulutuskorvausta maksetaan jatkossakin yksityisille ja kolmannen sektorin palveluntuottajille niiden osallistuessa lääkärin peruskoulutukseen tai erikoislääkärikoulutukseen. Koulutusta tulee voida järjestää siellä, missä se on tarkoituksenmukaista ja laadukasta, ja noudattaa tämän mukaisesti ”raha seuraa koulutettavaa/erikoistujaa” -periaatetta.

Valtion korvaus tutkimustoimintaan (40–42 §): Pykälien säännökset vastaavat voimassa olevaa lainsäädäntöä. Lääkäriliitto haluaa kuitenkin tuoda julki huolensa yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoituksen vuosi vuodelta tapahtuneesta vähentymisestä. Suomen tulevaisuuden menestyksen on todettu perustuvan tieteelliseen tutkimukseen ja sen pohjalta luotavaan yritystoimintaan. Yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitus on siten jatkossakin turvattava.

Terveyden tutkimuksen valtakunnallinen ohjaus sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa on tarkoituksenmukaista, ja Lääkäriliiton näkemyksen mukaan ministeriön asettaman arviointiryhmän tutkimusarviointi lakiesitykseen kirjatulla tavalla on tarkoituksenmukainen tapa toteuttaa ohjausta. Rahoituksen ohjaaminen erityisille painopistealueille ei kuitenkaan jatkossakaan saisi lisääntyä nykyisestä noin 15 %:n osuudesta tutkimuksen kokonaisrahoituksesta. Erikseen kohdentumattoman rahoituksen taso tulee turvata, koska kokemuksen ja näkemyksemme mukaan vapaa tieteellinen tutkimus turvaa pitkällä tähtäyksellä parhaiten merkittävimmät innovaatiot.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito (59 §): Rekisterinpitovelvoitteen säätäminen järjestämisvastuussa oleville sosiaali- ja terveysalueille on tarkoituksenmukaista. Lakiehdotuksen kirjauksen perusteella voi kuitenkin tulkita, että laki velvoittaisi toteuttamaan sosiaali- ja terveysalueen sisällä tapahtuvan tiedonkäytön Kanta-palveluiden kautta siinäkin tapauksessa, että alueella on käytössä yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä, jonka kautta tietojen yhteiskäyttö toteutuu. Tietojen yhteiskäytön toteuttaminen Kanta-palveluiden kautta myös näissä tapauksissa olisi toteutuksena erittäin hankala ja näkyisi yhteisten järjestelmien käyttäjille mm. huonona käytettävyytenä.

Henkilöstön ammattitaidon ylläpito (60 §): Vastaava säännös on voimassa olevassa lainsäädännössä, ja sisältää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksenantovaltuuden täydennyskoulutuksen tarkemmasta sisällöstä, laadusta, määrästä, järjestämisestä, seurannasta ja arvioinnista. Lääkäriliitto haluaa lausunnossaan tuoda esille Suomen Lääkäriliiton, Lääkäriseura Duodecimin ja Finska Läkaresällskapetin yhdessä perustaman Lääkärien ammatillisen kehittymisen tuki -yhdistyksen (Pro Medico), joka on luonut Taitoni.fi -palvelun.

Taitoni.fi -palvelu on toimivampi ja kattavampi vaihtoehto kuin työnantaja-kohtaiset tietokannat tai muut uudet ratkaisut. Sitä voi hyvin käyttää myös vuoden 2013 lopulla uudistetun EU:n ammattipätevyysdirektiivin (artikla 22) edellyttämään jäsenvaltioiden velvoitteeseen raportoida jatkossa komissiolle mm. lääkärien ammatillisen kehittymisen seurannasta. Lääkäriliitto ehdottaa palvelua otettavaksi systemaattisesti käyttöön lääkärien ammatillisen kehittymisen seurannassa.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaantulosta

Voimaantulolaissa esitetty aikataulu on erittäin kunnianhimoinen ja todennäköisesti epärealistinen. Tämä johtanee siihen, että nykyinen tuotantorakenne säilyy ennallaan sairaanhoitopiiripohjaisena kuitenkin niin, että kuntien sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon palvelutuotanto siirtyy sairaanhoitopiirien kuntayhtymiin.

On epätarkoituksenmukaista, että kuntien eri toiminnoissa työskenteleviä henkilöstöryhmiä kohdellaan eri tavoin (vrt. kuntarakennelain 29 §:n irtisanomissuoja). Tästäkään huolimatta Lääkäriliiton mielestä järjestämislain säätämisen yhteydessä henkilöstön irtisanomissuojasta ei tule säätää. Haluamme lisäksi huomauttaa, että palvelussuhteiden ehtojen välttämätön yhtenäistäminen mahdollisten henkilöstösiirtojen yhteydessä tulee aiheuttamaan huomattavia henkilöstökustannuksia kunnallisille palveluntuottajille. Asia tulee ottaa huomioon lain voimaantuloa valmisteltaessa.

Lopuksi

Nyt lausuntokierroksella oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesityksen luonnos on vain yksi osa vuosien ajan vireillä ollut sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöuudistusta. Sisältölakina säädetty terveydenhuoltolaki astui voimaan reilu kolme vuotta sitten – järjestämislain myötä siihen tulee väistämättä muutoksia. Tällä hetkellä on vireillä terveydenhuollon rahoitusta koskeva lainsäädäntöuudistus, joka toteutettaneen ensi vaalikaudella. Todennäköistä lienee, että tuolloin mahdollisesti tällä vaalikaudella vielä hyväksyttävää järjestämislakia on tarvetta muuttaa. Myös valtionhallinnon uudistustyö on vireillä.

Selvää onkin, että suuret muutokset on usein välttämätöntä toteuttaa asteittain. Näin käynee järjestämislain määrittämän palvelujärjestelmän rakenteenkin osalta.

Huolestuttavinta nyt lausuntokierroksella olevan järjestämislakiluonnoksen osalta olisikin, jos tässä vaiheessa tehtäisiin lainsäädäntöä, jonka edelleen kehittäminen olisi vaikeaa tiukasti lukittujen rakenneratkaisujen vuoksi. Tällaiseksi 'tiukaksi lukoksi' voi muodostua 14 §:n säätämä tuottamisvastuu. Lääkäriliitto pitääkin ko. pykälän sisällyttämistä lakiin riskinä myös lainsäädännön jatkokehittämistä ajatellen.

Lääkäriliiton mielestä järjestämislaki tulisikin tässä vaiheessa säätää suhteellisen väljänä puitelakina siten, että se mahdollistaisi alueellisesti toisistaan poikkeavien ratkaisujen aikaansaamisen – ja että sen jatkokehittäminen terveydenhuollon rahoitusuudistuksen yhteydessä olisi luontevasti mahdollista.

Keskeiseksi toimijaksi järjestämislailla ollaan hakemassa viittä alueellista – nykyisiä erityisvastuualueita vastaten – vahvaa järjestäjää. Jatkossa olisi pohdittava, tulisiko näiden toimijoiden olla osa valtion aluehallintoa, vai kenties erillisiä suuraluetoimijoita, joilla olisi verotusoikeus ja vaaleilla valittu poliittinen päätöksenteko-organisaatio.

Toinen keskeinen kysymys on valinnanvapauden kehittäminen edelleen. Suomeen tulisikin alkaa valmistella erillistä terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädäntöä, koska ehdotuksen mukainen järjestämislaki ei valinnanvapauden kehittämistä turvaa.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry



Tuula Rajaniemi
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja