

*Keskustan puoluehallitus
26.9.2013*

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta

Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuoltomme perusta valettiin 1970-luvun alussa. Kansanterveyslakia säädettäessä asetettiin kansalliset tavoitteet, joiden mukaisesti luotiin senaikaiset maailman parhaat toimintatavat. Nämä päätökset ja niiden toimeenpano ovat olleet menestystarina, jota vieläkin ihailaan ja arvostetaan.

Hyvin toimineet sosiaali- ja terveydenhuoltomme palvelut ovat kuitenkin nopeasti eriytyvässä ja ainakin perusterveydenhoidon osalta myös rapautumassa. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa huolestuttavalla tasolla. Suuri osa työnantajista on järjestänyt työntekijöilleen laadukkaan työterveyshuollon. Osa kansalaisista valitsee terveysasemien jonojen sijaan yksityisen lääkäriaseman, koska luottamus julkiseen terveydenhuoltoon on mennyt. Kaikilla näitä valinnanmahdollisuuksia ei ole. Pienituloisimpien ja sairaimpien ainoa turva on julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen on välttämätöntä. Väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen muutos, palveluihin kohdistuvien odotusten ja vaatimusten kasvu, lääketieteen nopea kehittyminen sekä ennen kaikkea haasteet saada riittävästi ammattitaitoista työvoimaa ja käytettävissä olevien eurojen niukkuus tekevät uudistuksista välttämättömiä. Myös EU:sta tulevat paineet, esimerkiksi potilasdirektiivin voimaantulo, ovat omiaan vauhdittamaan uudistamista.

Tavoitteet

Tarvitsemme kokonaisuudistuksen, jonka näköala on vähintään 2020-luvulla. Päätökset rahoitusuudistuksesta tulee tehdä samanaikaisesti sote-järjestämiselainsäädäntötyön kanssa. Ratkaisut tulee tehdä viimeistään seuraavan vaalikauden alussa 2015-2016.

Kansallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden asettaminen on välttämätöntä. Pirstaleisuudesta, osittaisten hyötyjen tavoittelusta ja vastuun siirtelystä on päästävä ihmisen hyvinvointia ja terveyttä aidosti tukevaan toimintaan.

Muutosten lähtökohtana on oltava ihmisten palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden turvaaminen kaikkialla maassamme. Sairauksien ennaltaehkäisy ja ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi on oltava muutosten keskiössä.

Päätösten on tuettava tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa koko Suomessa.

Ihmisillä on oltava aito valinnanvapaus, silloin kun hän palveluja tarvitsee.

Hallinnollisten uudistusten rinnalla on luotava myös uusi rahoitusmalli. Nykyinen monikanavainen rahoitusjärjestelmä on uudelleenarvioitava ja remontoitava. Nyt hoidon kustannuksiin osallistuvat kunnat, valtio ja Kela sekä asiakas itse. Lisäksi terveydenhuollon kustannuksista osansa maksavat työntekijät ja työnantajat. Nykyjärjestelmässä liian usein asiakkaan hoitovastuuta ja hänestä aiheutuvia kustannuksia pompotellaan toimijalta toiselle. Millään toimijalla ei ole kokonaisvastuuta kansalaisen terveydenhuollon toimivuudesta. Käytössämme olevien eurojen nykyistä tehokkaampi

käyttäminen on mahdollista. Nykyisessä järjestelmässä ei kyetä seuraamaan riittävästi myöskään julkisen rahoituksen alueellista kohdentumista.

Rahoituksen osalta on arvioitava nykyistä kokonaisvaltaisemmin sairastumisen aiheuttamat kulut, hoitoon pääsyyn kulunut aika, sairauslomat ja kuntoutus.

Palvelujen järjestämisen ja rahoituksen vastuu on oltava samalla toimijalla.

Koko maan kattavaan, alueelliset erityispiirteet huomioivaan ratkaisuun edetään laaja-alaisen ja perusteellisen valmistelun sekä kokeilujen kautta.

Esitykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja rahoitukseen tehdään kokonaisuudistus.

Uudistuksen perusta rakennetaan kotikunta – maakuntamallin pohjalta tukeutuen pääsääntöisesti nykyisiin sairaanhoitopiireihin. Keskustan ratkaisu perustuu kuntien tiivistyvälle yhteistyölle, jossa maakunta kuntayhtymänä on vastuussa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja ohjauksesta alueellaan. Kansallinen ohjausvalta on ministeriöllä. Työnjakoa alueiden välillä tehdään lähtökohtaisesti neuvottelen. Kuntien ja kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksia ja ohjauskeinoja parannetaan.

Palveluja tuotetaan kolmella tasolla. Niitä on saatavilla paikallisesti, maakunnallisesti ja valtakunnallisesti. Säädetään lähipalvelulaki, jossa palveluiden saavutettavuudelle asetetaan ajalliset tavoitteet. Näiden tavoitteiden puitteissa on järjestettävä palvelut niitä tarvitsevalle. Lähipalvelulain säätämisen yhteydessä määritellään sosiaalipalvelujen osalta työnjako kotikunnan ja maakunnan välillä. Lähipalvelulaki yhteen sovitetaan kuntien tehtävien uudelleen arvioinnin kanssa. Avohoidon ja laitoshoidon raja on määriteltävä.

Ihmisen hyvinvoinnista ja terveydestä kannetaan kokonaisvastuu ennaltaehkäisevästä työstä sairauksien hoitoon ja kuntoutukseen. Sosiaali- ja terveystaloudet muodostavat kokonaisuuden. Perustason ja erityistason palvelut - terveydenhuollon osalta perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito - tuotetaan nykyistä tiiviimmässä yhteistyössä keskeisenä tavoitteena oikean tasoinen hoito ja hoiva oikeaan aikaan.

Toimintojen kehittämistyö on saatava uudelle tasolle. Erityisesti perusterveydenhuollon toimivuuden parantamiseen on panostettava. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät on saatava yhteensopiviksi. Lisäksi eri toimijoiden työnjakoa on ajantasaistettava, jotta koulutettu henkilöstö voisi keskittyä nykyistä paremmin omaa ammattitaitoaan vastaavaan työhön. Kyse on mahdollisuudesta kohdentaa satoja miljoonia euroja kaikkein tärkeimpään - ihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja parantamiseen.

Järjestäjä ja tuottaja erotetaan toisistaan. Järjestämisvastuu on maakunnalla. Maakunta siis vastaa siitä, että ihmisille lain mukaan kuuluvat sote-palvelut ovat laadukkaita sekä mahdollisimman yhdenvertaisesti saatavissa ja saavutettavissa. Maakunnalla on myös viimekätinen vastuu näiden palvelujen rahoituksesta. Maakunta päättää palvelujen laatuksista, tuotantotavoista ja niiden tuottajista sekä osaltaan vastaa palvelujen laadun valvonnasta.

Palvelujen konkreettisine tuottajina toimivat julkiset toimijat (esimerkiksi kotikunnat) sekä yksityinen ja kolmas sektori. Tämän toteuttamiseksi voidaan laajentaa palvelusetelijärjestelmää.

Julkisen raha seuraa ihmistä (potilasta) siihen hoito- tai hoivayksikköön, jonka asiakas valitsee. Jokainen tekee määräaikaisen valinnan perusterveydenhuollon siitä yksiköstä (julkinen, yksityinen,

kolmas sektori), josta palveluja hakee. Tämä perustason yksikkö on kokonaisvastuussa hoidosta ja hoivasta. Siirrytään esimerkiksi omalääkäri- tai perhelääkärimalliin, jolla luodaan kokonaisvaltainen ote hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämiseen.

Työterveyshuolto jätetään kokonaisuudistuksen ulkopuolelle. Työterveyshuollon toimintaa kehitetään alkuperäisen toiminta-ajatuksensa mukaisesti painottaen sen ennaltaehkäisevää roolia.

Esitykset rahoitusmallista

Siirrytään monikanavaisesta yksikanavaiseen rahoitusmalliin.

Järjestämisvastuussa olevalle toimijalle eli maakunnalle kootaan varat:

- nykyisistä kuntien valtionosuuksista
- kuntaosuudesta (väestöpohja, sairastavuus ja muut olosuhdetekijät)
- asiakasmaksuista
- sairausvakuutuskorvauksia, jotka muodostuvat nykyisistä lääkäripalkkioista, tukipalvelujen palkkioista sekä matkakorvauksista. (huom: asiakkaalle maksettavat matkakorvaukset säilyvät)

Sairausvakuutuksen päivärahojen (joilla on suora yhteys tutkimusten ja hoitojen oikea-aikaisuuteen) sekä lääkekorvausten maksamisen on oltava osana rahoitusuudistuksen valmistelutyötä. Valmistelu tehdään yhteistoiminnassa valtion, kuntien ja Kelan kanssa.

Rahoitusmallin tulee olla niin palvelujen tuottajaa kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita kannustava. Palvelujen tarjoajan tulee kantaa kokonaisvastuu ihmisestä.