

Pääkirjoitus: Sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen kohtalo ratkeaa paikan päällä

Suomen sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä on hajautettu. Perustason palvelujen järjestäminen on ollut kuntien vastuulla. Erikoistason palvelujen järjestämisestä ovat vastanneet sairaanhoitopiirit ja kehitysvammaisten erikoishuoltopiirien kuntayhtymät.

Hajautettua järjestelmää on kritisoitu siitä, että pienet kunnat ovat liian pieniä taloudellisia yksiköitä kantamaan terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämiseen liittyvää taloudellista riskiä. Toiseksi, hajautetussa järjestelmässä suureen mittakaavaan liittyvät taloudelliset hyödyt eivät välttämättä toteudu. Hajautettu järjestelmä ei myöskään hyödynnä riittävästi horisontaalista ja vertikaalista integraatiota, millä käytännössä tarkoitetaan tiiviimpää ja keskitetympää yhteistyötä terveys- ja sosiaalipalvelujen (horisontaalinen) ja myös erikoistason ja perustason palvelujen (vertikaalinen) kesken. Siksi asiakkaita ei hoideta eikä auteta heidän koko tilanteensa huomioon ottaen. Myöskään palvelujärjestelmän resurssien käyttö ei ole optimaalista.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama valmisteluryhmä ehdotti joulukuussa 2013, että Suomeen muodostetaan aiempaa suurempia ja integroidumpia sosiaali- ja terveystalouden järjestäjätahoja. Esityksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu olisi pääsääntöisesti sosiaali- ja terveysalueilla, jotka on muodostettu maakuntien keskuskaupunkien ja yli 50 000 asukkaan kuntien pohjalle. Poikkeus pääsäännöstä olisivat 20 000 – 50 000 asukkaan kunnat, joilla olisi oikeus järjestää perustason palvelut. Sekä sosiaali- ja terveysalueiden että perustason alueiden järjestäminen perustuisi vastuukuntamallille, joskin sosiaali- ja terveysalueille myös kuntayhtymä olisi mahdollinen hallinnointitapa.

Keskeinen kysymys on, vahvistaako lakiesitys sosiaali- ja terveystalouden taloudellista pohjaa. Kysymykseen vastaaminen on vaikeaa. Siihen voi yrittää vastata arvioimalla Suomessa jo toteutettuja paikallisia järjestelyjä, jotka parhaimmillaan vastaavat esitystä sosiaali- ja terveys-alueista ja perustason alueista. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) on yksi tällainen esimerkki.

Eksote perustettiin 2010 vuoden alussa. Eksote on yhdeksän Etelä-Karjalan kunnan (Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolampi, Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Savitaipale ja Taipalsaari) muodostama kuntayhtymä. Imatra muodostaa perustason alueen; se tuottaa perustason palvelut itse ja hankkii Eksotesta vain erikoissairaanhoidon palvelut.

Eksoten muodostaminen on hillinnyt nettokustannusten nousua sosiaali- ja terveysalueella valmisteluryhmän loppuraportin mukaan. Tämä johtuu suuren järjestämisalueen mittakaavaetujen hyödyntämisestä. Eksoten muodostamisen jälkeen alueen kuntien tietojärjestelmät on integroitu yhteen, esimiesten määrää on vähennetty, päällekkäisiä investointeja on karsittu ja pitkäaikaisten vuodeosastopaikkojen määrää on vähennetty.

Lakiesitys antaa puitteet tehokkaammalle sosiaali- ja terveystalouden järjestämiselle, mutta esityksen lopulliset vaikutukset riippuvat pitkälti alueellisista ratkaisuista. Jotta taloudelliset hyödyt saataisiin aikaan, olisi syytä tehdä ratkaisuja, joissa järjestämisen ja tuotannon mittakaavaan, riskien hajauttamiseen ja integraatioon liittyvät taloudelliset hyödyt saadaan parhaiten hyödynnettyä.



Ismo Linnosmaa
tutkimusprofessori
CHESS-yksikkö
etunimi.sukunimi@thl.fi
(Kuvaaja: Maarit Kytöharju)

Lisää tietoa:

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45, Helsinki.
THL:n arviointiryhmä (2013). [SOTE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi](#). THL.