

Päijät-Hämeen kuntajakoselvitys

Sosiaali- ja terveydenhuolto uuden kunnan tehtävänä

Markku Lehto 1.6.2010

Sosiaali- ja terveydenhuolto uuden kunnan tehtävänä	2
1. Taustaa	2
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä kehityspiirteitä	2
2.1 Kunta järjestäjänä, tilaajana ja tuottajana	3
2.1.1 Tilaajan osaamisen edellytykset.....	4
2.1.2 Palvelujen erilaistuminen tuotannon lähtökohtana	4
2.2 Asiakaslähtöisyys	4
2.2.1 Asiakkaiden odotukset lisäävät valinnanmahdollisuuksia	5
2.3 Kunta sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajana.....	5
2.3.1 Tuotannolle asetettavat ehdot	5
2.3.2 Kunnallinen taseyksikkö tai liikelaitos tuottajana	6
2.3.3 Kunnallinen liikelaitos mallina palvelutoiminnassa.....	6
2.3.4 Korvauskäytäntö	7
3. Uusi kunta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijana	8
3.1 Nykytilanne	8
3.1.1 Peruspalvelut ja lähipalvelut järjestämissuunnitelmassa	9
3.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö	9
3.2 Uusikunta sosiaali- ja terveystoimen johtajana	10
3.2.1 Johtamismalli	11
3.2.2 Lähtökohtana asukas	12
3.2.3 Ehdotus toimintamalliksi.....	13
3.2.4 Vaihtoehtoinen malli.....	14
3.3 Peruspalvelujen toteuttaminen	14
3.3.1 Asukkailla vapaa hakeutuminen	14
3.3.2 Palvelujen tarjoaminen muuttuvien tilanteiden mukaan	14
3.3.3 Vertailukelpoiset tuotteet.....	15
3.4 Erikoispalvelujen toteuttaminen	15
3.4.1 Erikoissairaanhoidon toteuttaminen.....	16
3.4.2 Sosiaalihuollon erityispalvelujen toteuttaminen	16
3.5 Yhteistyö	16
4. Mitä hyötyä järjestelystä on	17
4.1 Keskitetty versus hajautettu tuotanto.....	17
5. Siirtymävaihe	18

Sosiaali- ja terveydenhuolto uuden kunnan tehtävänä

Tässä muistiossa on kuvattu ja arvioitu mahdollisuuksia järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto uudessa kunnassa. Muistio on laadittu sosiaali- ja terveystoimikunnassa ja muissa asiantuntijakuulemisissa käytyjen keskustelujen pohjalta ja on tarkoitettu lopullisen yhdistymissopimuksen taustaksi kirjoitettavan muistion lähdemateriaaliksi. Aluksi on esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä kehityspiirteitä, sen jälkeen alueen väestön ja palvelujen ominaisuuksia ja kolmannessa vaiheessa uuden kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistavan suuntaviivat ja niiden perustelu.

1. Taustaa

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvien odotusten ymmärtämiseksi on syytä lyhyesti tarkastella tämän toiminnan kehityshistoriaa. Juuret lähtevät niukasta köyhäinhoidosta. Ongelmiin etsittiin paikallisiin oloihin soveltuvia ratkaisuja, jolloin olosuhteiden tunteminen oli tärkeää. Luottamushenkilöillä oli oma aluevastuunsa. Näissä oloissa kunnan pieni koko oli etu. Tilanne muuttui kun kunnan tehtäviä laajennettiin toisen maailmansodan jälkeen. Lainsäädäntöä muutettiin siten, että kuntainliitot ryhtyivät vastaamaan ylikunnallisista tehtävistä. Siitä huolimatta kävi ilmeiseksi, että kunnan pienuus oli muodostunut haitaksi.

Uusi vaihe sosiaali- ja terveydenhuollossa käynnistyi 1970-luvulla, jolloin palveluja ryhdyttiin suunnitelmallisesti laajentamaan. Ensimmäiseksi se koski terveyskeskusverkostoa, joka laajeni riipeästi koko maahan. Kuntien halukkuus palvelujen laajentamiseen perustui valtionosuuteen, joka kattoi kustannuksista merkittävän osan, varsinkin kantokyvyltään heikommassa kunnissa nettokustannukset jäivät pieneksi.

1990-luvun alussa valtionosuus muuttui laskennalliseksi ja samalla vähennettiin valtion ohjausta radikaalilla tavalla. Taloudelliset vaikeudet ja uusi taloudellisuuteen kannustava valtionosuus johtivat aluksi henkilöstön määrän alenemiseen. Lisäksi palveluja ryhdyttiin toteuttamaan uusilla tavoilla. Ostopalvelut, kilpailuttaminen sekä tilaaja-tuottaja-malli yleistyivät.

Paras-hankkeen nimissä on pyritty siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista vastaavat kunnat olisivat riittävän suuria palvelujen turvaamiseksi tai että ne sitoutuvat sellaisiin yhteistyömuotoihin, jotka takaavat riittävän väestöpohjan. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa sekä perus- ja erikoissairaanhoitoa ja sosiaalihuoltoa koskevaa lainsäädäntöä ollaan muuttamassa. Yhtenä tavoitteena on perus- ja erikoissairaanhoitojen toimintojen saumattomampi yhteistyö.

2. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä kehityspiirteitä

Sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erityishoito ovat molemmat kunnan järjestämisvastuun piirissä, mutta lainsäädännöllisesti ja hallinnollisesti tehtävät ovat eriytyneet toisistaan. Terveys-

huollon kentällä on syntynyt sekaannusta kuntien ja sairaanhoitopiirin vastuita määriteltäessä. Sosiaalihuollon ongelmana on erityisosaamista vaativan palvelutoiminnan aukollisuus ja puutteellisuus. Monissa kunnissa joudutaan tyytymään yleisosaamiseen perustuvaan palveluun silloinkin, kun erityispalvelun tarve on ilmeinen.

Väestön ikääntyessä palveluketjujen ja –prosessien toimivuus vaikuttaa entistä enemmän sekä asiakkaan saaman hoidon asianmukaisuuteen että siitä syntyviin kustannuksiin. Ikääntyneiden henkilöiden hoidon tarpeet edellyttävät usein huolellista kokonaisarviota perustasolla ja sen jälkeen palvelujen kitkatonta yhteistyötä. Peruspalvelujen puutteellisuus johtaa tarpeettomiin ja vain osan ongelmista hoitaviin erikoispalveluihin. Erikoispalvelujen eriytyminen omaksi kokonaisuudekseen vaikeuttaa toimivien palveluketjujen rakentamista.

Sosiaali- ja varsinkin terveydenhuollon **tehokkuutta koskevasta tutkimuksesta** voi päätellä, että perus- ja erikoishoidon onnistunut yhdistäminen tuottaa säästöjä ja parantaa hoitotulosta enemmän kuin monet muut toimenpiteet. Terveyskeskuksen tai sairaalan tuottavuustarkasteluissa optimikoosta ei ole selvää näyttöä, sen sijaan on ilmeistä, että näiden yhteistyö vaikuttaa hoitotulokseen.

Terveydenhuollon lainsäädännön uudistuksessa korostetaan perus- ja erikoissairaanhoidon kokonaisuunnittelua ja saumatonta yhteistyötä. Kysymys ei ole vain potilaan liikkumisesta palvelusta toiseen, vaan erikoissairaanhoidon asiantuntemuksen tarjoamisesta tehokkaalla tavalla perusterveydenhuollon käyttöön. Menettelytapoja on useita. Suurella terveysasemalla voi yleislääkärien lisäksi työskennellä erikoislääkäreitä, pienelle terveysasemalle erityisasiantuntijatuki on järjestettävä muulla tavalla. Sama koskee sosiaalitointa. Paikallisten toimipisteiden monipuolisuudessa voi olla eroja. Palvelujen läheisyyden turvaaminen johtaa myös pieniin toimipisteisiin. Yhteistoiminta on organisoitava niin, että silloinkin riittävä konsultointimahdollisuus on varmistettu.

Tehokas ja vaikuttava **hoitokonsepti edellyttää selviä sopimuksia** siitä, mitä missäkin tehdään. Sopimukset voivat koskea tautikohtaisia hoito-ohjelmia, hoitoprosessien toteuttamista sovitulla tavalla, näytteiden logistiikkaa, lääkehuoltoa tai lähetekäytäntöä. Nykyinen käytäntö, jossa monet toimijat voivat tehdä toisistaan riippumatta päätöksiä asiasta, jossa kokonaisuus on kuitenkin ratkaisevan tärkeä, johtaa lopulta tehottomuuteen.

Kunta järjestäjänä, tilaajana ja tuottajana

Suomessa lainsäädäntö edellyttää, että kunnat järjestävät palvelut, **tuotantotapa on jätetty vapaasti kuntien harkittavaksi**. Tämä mahdollisuus on ollut olemassa jo vuosikausia ja siihen nähden mahdollisuutta on käytetty pidättyvästi. Syitä siihen on useita. Osa liittyy yleisiin yhteiskunnallisiin näkemyksiin, osa markkinoiden pienuuteen ja kehittymättömyyteen sekä niihin teknishallinnollisiin vaikeuksiin, joita sopimusten laadintaan ja valvontaan liittyy.

Joissakin kunnissa on tehty selvä ero **tilaajan ja tuottajan roolin** välillä siinäkin tapauksessa, että kunta on myös tuottajana. Tätä on perusteltu muun muassa sillä, että näin kunta keskittyy ydintehäväänsä, palvelun järjestämiseen, josta se on poliittisesti vastuussa. Toimeenpano eli tuotanto siirtyy ammattimaisesti hoidetuksi ja samalla sen tulokset ja kustannukset tulevat läpinäkyvämmiksi.

2.1.1 Tilaaajan osaamisen edellytykset

Tilaaajan tehtävänä on määrittellä **palvelujen tarve, rakenne, alueellinen jakautuma ja laatu**. Tilauksen laatiminen on vaativa tehtävä, koska siinä on ennakoitava tulevat kustannukset ja niillä saatavan hoidon riittävyys ja laatu. Riski voidaan jakaa monin eri tavoin tilaaajan ja tuottajan kesken. Mitä suuremmasta väestömäärästä on kysymys sitä paremmin tapauskohtaiset vaihtelut ovat hallittavissa.

Sopimuksen onnistumisen tai epäonnistumisen mahdollisuus riippuu aivan olennaisesti siitä, kuinka monitahoisesta kokonaisuudesta puhutaan. Mitä kompleksisempi kokonaisuus, sitä suuremmat vaatimukset asetetaan sopimuksille. Tukipalvelujen ostaminen on yleensä helpommin järjestettävissä kuin kattavien ja monimuotoisten hoitotoimintojen ostaminen.

Silloin kun laajoja sosiaali- ja terveystalouksien kokonaisuuksia hankitaan ostamalla, olennaista on, että osapuolet voivat luottaa toistensa neuvotteluhaluun ja yhteisymmärryksen hakemiseen eteen mahdollisesti nousevissa ongelmatilanteissa. Tämä on tarpeellista erityisesti sen takia, että ongelmiin on reagoitava nopeasti. Ihmisen terveyteen ja turvallisuuteen liittyvät seikat ovat herkkiä asioita ja myös asioita, joissa tehtyjä virheitä on vaikea tai mahdoton jälkeinpäin korjata.

Useissa tapauksissa kunnan oman toiminnan jäykkyys on johtanut palvelujen tai niiden osien ulkoistamiseen. Se on vaikeuttanut työvoimansaantia tai estänyt sellaisten tuottavuutta ja taloudellisuutta koskevien ratkaisujen tekemisen, joilla toiminnan tuloksellisuutta olisi voitu parantaa. Palvelujen ostaminen on siten osoittautunut kehittämistoimintaan rinnastettavaksi operaatioksi, joka on auttanut muokkaamaan kunnan omia työmuotoja tuloksellisemmiksi.

2.1.2 Palvelujen erilaistuminen tuotannon lähtökohtana

Eri maista saadut tutkimustulokset poikkeavat toisistaan. Erilaisista kokemuksista huolimatta kehityskulku näyttää kuitenkin suhteellisen selkeältä. **Ikärakenteen muutos** johtaa palvelujen lisääntymiseen ja myös erilaistumiseen. Vanhimpien ikäluokkien palvelutarpeeseen tullaan vastaamaan nykyistä paljon monimuotoisemmilla tavoilla. Palvelujen kehittämiselle on pelkästään tästä syystä tarjottava kannustava alusta eikä asialle ole eduksi, jos kuntaa pidetään ainoana palvelujen kehittäjänä ja tuottajana.

Samoin **alueellinen erilaistuminen** johtaa siihen, etteivät palvelut voi toimia samalla perusmallilla. Suurelle väestöpohjalle voidaan tarjota samassa pisteessä pidemmälle erikoistuneita palveluja. Harvaan asutulla alueellakin voidaan tarjota monia peruspalveluja, jos palvelun tuottaja onnistuu yhdistelemään toimintoja ja käyttämään työpanosta joustavasti. Sellaiset toiminnalliset innovaatiot on usein helpompi toteuttaa yksityisen tuottajan kuin kunnan toimesta.

Asiakaslähtöisyys

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö velvoittaa kuntaa järjestämään palvelut. Lainsäädäntö jättää kunnalle verraten väljän mahdollisuuden tulkita, miten ja missä laajuudessa palveluja järjestetään. Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki mainitsee tavoitteena asiakasläh-

töisyyden. Se samoin kuin potilaan oikeuksia koskeva lainsäädäntö kirjaa lähinnä niitä eettisiä ohjeita, joita asiakkaan kohtelussa on noudatettava.

Sosiaali- ja terveystalvelulainsäädäntöä 1970- luvulla laadittaessa sisäänrakennettuna ajatuksena oli, että julkisen palvelun tuottaja toimii asiakkaan aidon edun mukaisesti. Pulmaksi on tullut se, ettei rakennelmaan sisälly kannusteita, jotka johtaisivat tähän lopputulokseen. Jos perinteinen tuotannon logiikka ja henkilökunnan etu puoltavat tiettyä toimintatapaa, ei synny kilvoittelua, joka tarjoaisi asiakkaalle muita vaihtoehtoja.

2.2.1 Asiakkaiden odotukset lisäävät valinnanmahdollisuuksia

Tavallisin kannuste on kilvoittelu asiakkaista. Jos toiminta ei vastaa asiakkaan odotuksia, hän hakeutuu muualle ja se näkyy tuottajan tulonmuodostuksessa. Tämän mallin soveltamisen perusehtona on asiakkaalle annettu mahdollisuus valita palvelu. Oikeus palvelun valintaan merkitsee **mahdollisuutta kysynnän avulla vaikuttaa palvelurakenteeseen ja palvelujen toteuttamistapaan**. Sellaiset palvelun tarjoajat, joiden toimintatapa tai –malli ei vastaa asiakkaiden odotuksia, joutuvat muuttamaan toimintaansa.

Asiakkaan valinnanmahdollisuuksia on laajennettu muun muassa ottamalla käyttöön palvelusetelit ja hoitotuki, jotka kattavat muista kuin kunnan tarjoamista palveluista aiheutuvia kustannuksia. Lainsäädäntöä ollaan lisäksi muuttamassa siten, että asiakas voi valita kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvat palvelut toisenkin kunnan alueelta.

Asiakkaan mahdollisuus valita palvelunsa auttaa lähinnä niitä henkilöitä, joiden työ- tai asiointimatkat suuntautuvat muualle. Silloin muodollisesti lähimpänä oleva palvelu saattaa olla epäkäytännöllinen. Lisäksi peruspalvelutkin voivat erikoistua, jolloin tiettyä erikoisosaamista saadakseen on palvelu haettava etäämpää.

2.3 Kunta sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajana

2.3.1 Tuotannolle asetettavat ehdot

Kun palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin ja kun asiakkaiden mahdollisuus arvioida palvelujen laatua ja henkilöstön pätevyyttä on puutteellinen, palvelujen tuotannolle on asetettava ehtoja. Periaatteessa valinnanvapaus toteutuu turvallisesti, jos kunta asettaa etukäteen ehdot, jotka on täytettävä ja varmistuu, että tuottaja todella täyttää ne. Silloin voidaan ajatella, ettei tarvita varsinaista kilpailutusta, vaan kaikki asetetut ehdot täyttävät tuottajat voivat tarjota palvelujaan ja asiakkaat valitsevat niistä haluamansa.

Monien palvelujen osalta kunnan viranomaisen tai valtuuttaman henkilön on ratkaistava se, onko henkilöllä oikeus palveluun. Valinnan vapaus toteutuisi siten, että sen jälkeen kun oikeus on todettu, tuottajan valinta jäisi asiakkaalle. Terveystalveluollossa voitaisiin menetellä esimerkiksi siten, että henkilö voi valita ns. listalääkärin ja erikoislääkärille ohjaututaan tätä kautta. Lähetete oikeuttaisiin valitsemaan erikoistason hoidon. Muun muassa Hollannissa muutama vuosi sitten käyttöön otettu toimintamalli korostaa yleislääkärin (general practitioner) roolia portinvartijana. Ruotsissa tämän

vuoden alussa käyttöön otettu menettely avaa myös entistä vapaamman mahdollisuuden valita lääkäri.

Menettelytapa on syytä punnita huolellisesti, koska se voi vaikuttaa paitsi järjestelmän tehokkuuteen, myös palvelujen alueelliseen saatavuuteen. Pitkälle viety valinnanvapaus saattaa johtaa ajanoloon alueelliseen keskittymiseen. Kun palvelut ovat monipuolisempia suurissa väestökeskittymissä, asiakasvirta ohjautuu sinne. Silloin tarvitaan erityisjärjestelyjä palvelujen turvaamiseksi niille, joiden liikkumismahdollisuudet ovat heikoimmat. Tähän on erilaisia ratkaisuja, esimerkiksi palvelun tuottajille voidaan asettaa ehdoksi palvelujen tuottaminen myös haja-asutusalueella. Toinen tapa on hyväksyä korkeammat tuotantokustannukset joillakin alueilla.

2.3.2 Kunnallinen taseyksikkö tai liikelaitos tuottajana

Palvelujen laatua ja kustannuksia tulisi voida vertailla asianmukaisesti. Hallinnollisia malleja toimintojen profiilin selkeyttämiseksi ovat **kunnan liikelaitos, muu taseyksikkö ja laskennallinen eriyttäminen**.

Liikelaitosta tai muu taseyksikkö -mallia voidaan soveltaa silloin, kun kysymyksessä on tilaaja-tuottajamalli. Liiketoiminnan eriyttäminen kirjanpidossa vaikuttaa myös sen käsittelyyn kunnan talousarviossa. Kunnan liikelaitoksella on muuta toimintaa itsenäisempi asema talousarviossa. Muussa taseyksikössä ja laskennallisessa eriytyksessä liiketoiminnan menot ja tulot otetaan kunnan talousarvioon. Sitovuus käyttötaloudessa ja investoinneissa voidaan määritellä myös tulojen ja menojen erotuksena.

2.3.3 Kunnallinen liikelaitos mallina palvelutoiminnassa

Liikelaitoksenkin osalta kunta säilyttää puhevaltansa ja voi tarvittaessa palauttaa toiminnan suhteellisen yksinkertaisesti itselleen. Kunnallisen liikelaitoksen etuna kunnan omaan toimintaan on selkeämpi identiteetti palvelujen tuottajana. Käytännössä se tarkoittaa johdon selkeämpää vastuuta ja toiminnan parempaa läpinäkyvyyttä, joka antaa pontta tuloksellisuuden tavoittelulle. Kunta on järjestäjänä vastuussa sopimuksen asettamien velvoitteiden riittävydestä ja liikelaitos sopimuksen toteutuksesta.

Kunnallisen liikelaitoksen toimintamallia on sovellettu ensi sijassa suhteellisen selkeästi rajattaviin teknisiin tehtäviin, joihin ei liity painavia poliittisia arvostelmia. Tällaisia ovat muun muassa pesulat ja laboratoriot. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoimintaa on totuttu pitämään sellaisena toimintana, joka vaatii enemmän ohjausta. Tällainen ajattelutapa on ominaista maissa, joissa julkinen valta on vastannut palveluista. Niissä maissa, joissa terveydenhuollon tuottajat ovat yksityisiä ja kustannukset korvataan sairausvakuutuksen avulla, tuotannon seuranta ja valvonta toteutetaan muilla tavoilla.

Tilaajan ja tuottajan roolien eriyttäminen korostaa **tuotannon läpinäkyvyyden** tärkeyttä. Sen jälkeen tiedetään, mitä tilattiin ja millä hinnalla se saatiin. Yksityisten ja julkisen palvelujen vertailtavuuden parantaminen edellyttää sekin nykyistä parempaa kustannusten valaisua.

Kunnallisen liikelaitoksen on tehtävässään toimittava poliittisen johdon asettamien periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti. Johtamisvälineenä sopimus voi sisältää tarvittaessa hyvinkin täsmällisen

viestin kunnan poliittiselta johdolta liikelaitoksen johdolle. Kunnan asettaman johtokunnan tehtävänä on valvoa, että omistajan tahto myös toteutuu.

Toisinaan kunnallinen liikelaitos on vain välivaihe siirryttäessä osakeyhtiöön. Liikelaitos ei ole alunperinkään oikea ratkaisu, jos tarkoitus on kilpailla markkinoilla yksityisten tuottajien kanssa. Kun tässä muistiossa myöhemmissä vaiheissa viitataan mahdollisuuteen soveltaa kunnallisen liikelaitoksen toimintamallia sosiaali- ja terveydenhuoltoon, tarkoituksena ei ole käyttää sitä siltana pidemmälle menevään yksityistämiseen. Päijät-Hämeen alueella liikelaitosmallia on jo sovellettu käytäntöön sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen tuottajana ja siitä on saatu myönteisiä kokemuksia. Tähän on todennäköisesti ollut vaikuttamassa toisaalta liikelaitoksen mukana tuleva tehokkuustavoitteen korostuminen ja toisaalta kunnallisen laitoksen vastuullisuus palvelujen järjestämistavoitteen toteuttajana.

2.3.4 Palkkio- ja korvauskäytäntö

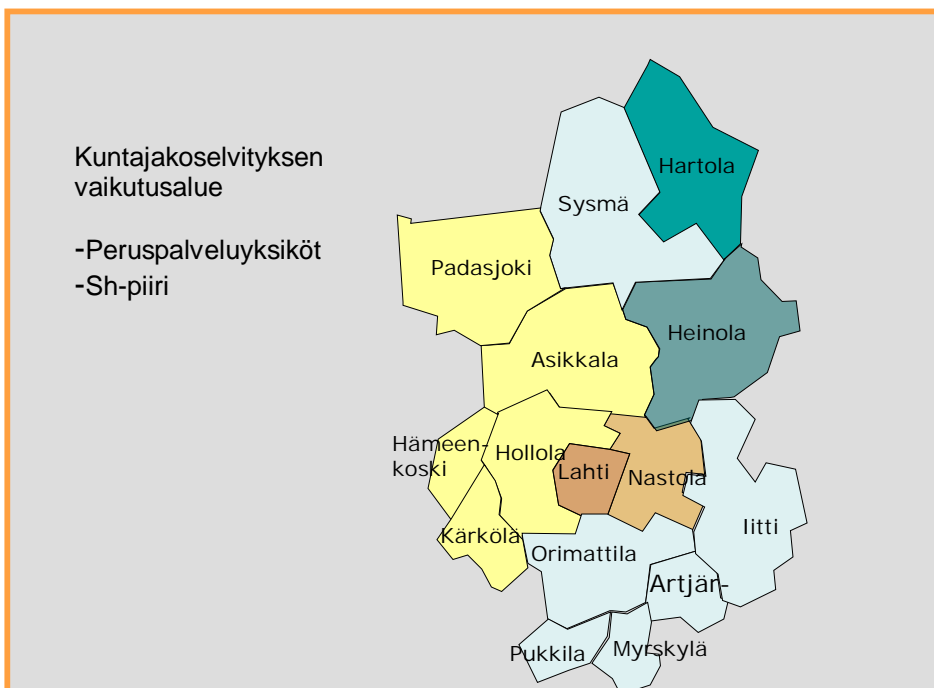
Palkkio- ja korvauskäytäntö vaikuttaa palvelujen rakenteeseen ja toimivuuteen. Rahoittaja voi maksaa tuottajalle korvauksen todellisten jälkikäteen todettujen kustannusten mukaan tai etukäteen tehdyn arvion mukaan (ns. urakkakorvaus) taikka erilaisten laskennallisten kriteereiden mukaan (kuten väestön ikärakenne). Kokonaiskustannuksiin perustuvaan korvauskäytäntöön ei liity tehokkuuskannustinta, jos ei toimita kilpailuilla markkinoilla. Kustannukset voi siirtää rahoittajan kannettavaksi. Jos korvaus perustuu suoritteisiin, tuotteiden määrä todennäköisesti kasvaa, mutta samalla syntyy kannuste tuottaa vähemmän tarpeellisia tuotteita. Toisena mahdollisuutena on väestöpohjainen korvaus. Rahoittaja kuten työnantaja tai kunta voi ostaa terveystalouden tietyille henkilöstömäärälle etukäteen määriteltynä asiakaskuntaa kuvaavien kriteereiden mukaan. Korvaus ei perustu todelliseen palvelujen käyttöön. Kysynnän vaihtelusta johtuva riski jää tällöin kokonaan tuottajalle, mutta vastaavasti taloudellisesta ja tehokkaasta toiminnasta koitua hyöty siirtyy myös tuottajalle. Käytännön sovellutuksena tästä ajatusmallista on myös omalääkärin palkkaustapa. Listauskäytäntö ja korvauksen painottaminen listalla olevien mukaan karsii tarpeettomia toimenpiteitä. Tässäkin tapauksessa tuottajat kilpailevat asiakkaista, mutta tarpeettomia suoritteita ei kannata tuottaa. Kilpailu perustuu listalle tulevien henkilöiden lukumäärään, ei heille tehtyihin tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. Näistä syistä on usein päädytty korvauskriteereiden yhdistelyyn siten, että osa korvauksesta määritellään väestöpohjan mukaan, osa toimenpiteiden mukaan.

Kun kaikki tuottajat toimivat saman kunnan sisällä, voi peruspalvelujen tuottajilla syntyä kiusaus siirtää asiakkaita erityispalvelujen piiriin. Konsultointimahdollisuuksia parantamalla voidaan vähentää tarpeettomia läheteitä, jos niiden perusteena on tieto-aidon puutteita. Taloudellisiin kannusteisiin päästään käsiksi, jos jokaisesta läheteestä peritään lähettävältä taholta korvaus erityispalvelujen käytöstä.

3. Uusi kunta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijana

3.1 Nykytilanne

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuoltoa on viime vuosina organisoitu uudelleen. Alun perin tavoitteena oli muodostaa sairaanhoitopiirin kattava sosiaali- ja terveystyöpiiri, mutta suunnitelma ei toteutunut sellaisenaan.



Alueen kunnat ovat muodostaneet kaksi peruspalvelukeskusta, Aavan ja Oivan. Aava on osa sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymää, joka vastaa myös erikoissairaanhoitosta ja ympäristöterveydenhuollosta. Oivaan kuuluvat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki ja Aavaan kahdeksan muuta sairaanhoitopiirin kuntaa Lahtea ja Heinolaa lukuun ottamatta, jotka hoitavat itse peruspalvelut. Aavaan kuuluvista kunnista kaksi, Nastola ja Hartola ovat mukana Uusi Kunta-hankkeessa. Ympäristöterveydenhuollon osalta yhteistyö on toteutettu muista jaoista poiketen. Terveystyösuojelusta Lahti vastaa omalta osaltaan, Heinola ja Hartola toimivat yhteistyössä, mutta tältä osin tilanne on muuttumassa Hartolan siirtyessä yhtymän ympäristöterveydenhuoltoon. Iitti suunnitetaan Kouvolaan ja muut kunnat yhtymän ympäristöterveyskeskukseen. Tämän lisäksi maakunnan alueella on paljon muuta yhteistyötä, jossa ovat kuntien lisäksi mukana sosiaali- ja terveysyhtymä ja alan järjestöt.

Asukkaat jakautuvat siten, että Lahdessa on 100 000, Aavassa 50 000, Oivassa 40 000 ja Heinolassa 20 000 asukasta. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kunnista hankkeen ulkopuolelle ovat jättäytyneet Artjärvi, Iitti, Orimattila, Myrskylä, Pukkila ja Sysmä. Jos kaikki selvityksessä mukana olevat kunnat yhdistyisivät, uuden kunnan asukasluku olisi noin 180 000. Asukasmäärä riittää hyvin kattavan erityispalveluvalikoiman tuottamiseen peruspalvelujen lisäksi. Hankkeen ulkopuolelle jääneet kunnat kuuluvat peruspalvelukeskus Aavan piiriin ja niissä on asukkaita noin 30 000, mikä sellaisenaan

edelleen riittää monipuolisten peruspalvelujen väestöpohjaksi. Näin katsottuna ratkaisu täyttää ne palvelujen kokoamista koskevat tavoitteet, joita valtio on asettanut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamiselle.

3.1.1 Peruspalvelut ja lähipalvelut järjestämissuunnitelmassa

Käsitteenä peruspalvelut ja lähipalvelut kattavat tässä muistiossa saman kokonaisuuden. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden järjestämissuunnitelmassa lähipalveluiksi on luokiteltu merkittävä osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Terveystieteiden palveluista näitä ovat muun muassa lääkärin, hammaslääkärin ja hoitajan päiväaikainen vastaanotto, neuvolat, kouluterveydenhuolto, mielenterveyden peruspalvelut, kotihoito, pitkäaikaissairaiden hoiva, fysioterapia, apuvälinepalvelut sekä näytteenotto. Sosiaalipalveluista lähipalveluiksi on määritelty sosiaalityö, toimeentulotuki, päivähoito, lastensuojelun avo- ja jälkihoito, vammaisten palveluohjaus ja tuettu asuminen, päihde- ja mielenterveysasiakkaiden työ- ja päivätoiminta sekä kuntouttava työtoiminta. Koko piirin alueella keskitettävien palvelujen lisäksi on luokiteltu alueellisia palveluja, joita tarjotaan osassa kuntia.

Lähipalveluita tuotetaan kaikissa Uusi Kunta-hankkeessa mukana olevissa kunnissa. Terveystieteiden toiminnan kattavuudessa on eroja, mutta vastaanottopalvelut on toteutettu kaikissa kunnissa. Vanhustenhuollon ja vammaishuollon palvelujen organisoinnissa on kuntakohtaisia eroja, mutta tältäkin osin palveluverkko on alueellisesti kattava. Sosiaalityö- ja lastensuojelutoimintaa on kaikissa kunnissa. Palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden turvaamiseksi jotkut palveluista on pyritty keskittämään pääasemille ja sivuasemilla toiminta on jo nyt osa-aikaista. Suunnitelmissa on porrastuksen voimistaminen asutuksen keskittyessä.

Peruspalvelujen tuottajien kesken sekä niiden ja keskussairaalan ja muiden keskitettyjen palvelujen tuottajien kesken on organisoitu yhteistyötä, jonka tavoitteena on parantaa palvelujen toimivuutta. Yhtenä esimerkkinä tästä on palveluprosessien uudistamiseen tähdännyt hanke, jossa työskentelyyn osallistui näistä tahoista yhteensä yli 300 henkilöä. Vaikka toimintojen uudelleen organisointi ei 2000-luvun alkupuolella johtanutkaan yhteiseen palvelupiiriin, on kuitenkin onnistuttu rakentamaan kuntarajat ylittävää yhteistyötä. Toimintaa tehostaisi, jos hallintorakenne olisi yksinkertaisempi.

3.1.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö

Alueen sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat ongelmat ovat pääosin samoja kuin maassa yleensä, **väestö vanhenee ja kuntien talous** on tiukalla. Ikääntyneiden osuus on koko maan tasoa korkeampi ja kohoaa koko maata nopeammin. Kahdenkymmenen vuoden kuluttua ennakoitaan yli 65-vuotiaiden osuuden olevan 35 % uuden kunnan alueella, kun koko maan luku on 26 %. Yli 75 -vuotiaiden osuus kaksinkertaistuu, joissakin kunnissa jopa kolminkertaistuu, seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana.

Kun sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat vähintään puolet kuntien menoista, on syytä selvittää voitaisiinko toimintoja järjehtämällä päästä pienempiin menoihin. Valtion peruspalveluohjelman sisältämän laskelman mukaan kuntien ja kuntayhtymien talous kääntyy negatiiviseksi, mikä edellyttää kunnilta kustannusten kasvun määrätietoista hillintää. Kuntatalouden myönteinen taloudellinen tulos vuonna 2009 ei anna oikeaa kuvaa lähivuosien sopeuttamistarpeesta. Tämä sama koskee uu-

den kunnan alueen kuntia. Lisäksi on huomattava, että alueen kuntien ylijäämä on viime vuosina ollut koko maan tason alapuolella, mikä lisää sopeuttamispainetta tulevana vuosina.

Väestön **sosioekonomisista** piirteistä voidaan lisäksi todeta, että osallisuutta ja sosiaalista syrjäytymistä kuvaavilla mittareilla tarkasteltuna tilanne on Päijät-Hämeessä huonompi kuin koko maassa keskimäärin. Terveyttä ja sairastavuutta koskevat tulokset eivät poikkea koko maan tilanteesta, mutta kuntien väliset erot ovat suuria. Samoin palvelujen peittävyudessa on huomattavia kuntakohtaisia eroja. Palvelurakenteessa korostuu edelleen laitoshoido. Ikääntyneiden saamat avopalvelut jäävät tuntuvasti valtakunnallisten suositusten alapuolelle.

Kuntien **sosiaali- ja terveydenhuollon menot** vaihtelevat huomattavasti. Tätä kuvaa se, että viiden kunnan menot perusterveydenhuoltoon jäivät vuonna 2008 alle 500 euroa/asukas kun menot korkeimmillaan nousivat 1100 euroon/ asukas. Erikoissairaanhoidon vaihtelu liikkui 700-1000 euron skaalalla. Tuottajakohtaisesti ero Aavan ja Oivan välillä oli pieni, Lahden erikoissairaanhoidon menot olivat näiden kanssa samalla tasolla, mutta perusterveydenhuollon menot jonkin verran suuremmat. Heinola poikkesi näistä kolmesta korkeampien erikoissairaanhoidon kustannusten takia.

Kustannuserojen taustalla ovat **palvelutarjonnan erot ja erilaiset tuotantokustannukset** suoritetta kohti. Samoilla kustannuksilla ei saada samoja palveluja. Kustannustietojen vertailukelpoisuutta vähentää myös se, että työterveyshuollon ja yksityisen hoidon kustannukset ja korvaukset eivät näy näissä luvuissa. Niissä kunnissa, joissa nämä menot ovat korkeat, terveyskeskuksiin suuntautuu vähemmän kysyntää. Ero heijastuu myös läheteisiin. Lahden kaupungin asukkaista tulee keskussairaalaan terveyskeskuksen läheteellä suhteellisesti selvästi vähemmän asiakkaita kuin muista kunnista ja vastaavasti yksityisen sektorin ja työterveyshuollon osuus on korkeampi.

Kuntakohtaisia lukuja arvioitaessa on otettava huomioon **ikä rakenne**. Terveys- ja vanhus- terveydenhuollon menot asukasta kohti olivat Päijät-Hämeen kunnissa tarvevakioituna koko maan tason alapuolella Hollolaa ja Kärkölää lukuun ottamatta. Esimerkiksi Padasjoen menot absoluuttisina olivat alueen korkeimmat, mutta tarvevakioituna ne ovat 75 % koko maan tasosta. Lahden ja Heinalankin tarvevakioituneet menot ovat koko maan tason alapuolella. VATT:n tutkimuksen perusteella näyttää, että terveyskeskusten tuottavuus on ollut koko maan tasoa vastaava tai sitä edullisempi lukuun ottamatta Padasjokea ja erityisesti Lahden terveyskeskusta.

Päijät-Hämeen **erikoissairaanhoidon menot** ovat maan alhaisimpia ja **perusterveydenhuollon menot** sairaanhoitopiireittäin verrattuna korkeimmasta päästä. Kokonaisuudessaan menot olivat suunnilleen koko maan keskiarvon tasolla. Tuottavuustarkastelussa sairaanhoitopiiri menestyi hyvin. Palvelujen käyttö poikkeaa lievästi alaspäin. Kustannusten suunta on näin katsottuna melko myönteinen ja tulosten paraneminen edellyttää uusien mahdollisuuksien avaamista.

3.2 Uusikunta sosiaali- ja terveystoimen johtajana

Selvitettävät kysymykset liittyvät siihen, miten voidaan kehittää palvelukokonaisuus, joka parhaiten palvelisi alueen tarpeita. Tämä kysymys jakautuu kolmeen osaan. Ensimmäinen koskee **paikallista kansalaistoimintaa**, sen laatu ja määrä vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeeseen. Toinen koskee **peruspalvelujen organisointia** ja kolmas **erikoissairaanhoidon ja muiden erityispalvelujen ja keskitettävien palvelujen asemaa**.

Hankkeen onnistunut toteutus edellyttää, että paikallista aktiivisuutta vahvistetaan niissä asioissa, jotka on hoidettava paikallisesti ja keskitettyjen ratkaisujen hyödyt käytetään niissä toiminnoissa, joissa keskittäminen on perusteltua.

Lähipalvelujen turvaaminen ja niiden monimuotoisuuden varmistaminen edellyttävät tehokasta keskitettyä toimintaa, ei keskitetyn toiminnan purkamista. Palveluketjut, yhteishankinnat, yhteiset tukipalvelut, toimintakonseptien kehittäminen, konsultointi, sähköinen tiedonsiirto ja asiointi sekä omahoidon tukeminen ovat esimerkkejä toiminnoista, joista on saatavissa hyötyä, jos tehdään kaikkia yhteisesti sitova päätös. Keskitetty osaaminen on tarpeen myös sopimuksia laadittaessa, laskutuskäytäntöjä kehitettäessä, henkilöstöpolitiikkaa suunniteltaessa ja rahoitusta mitoitettaessa.

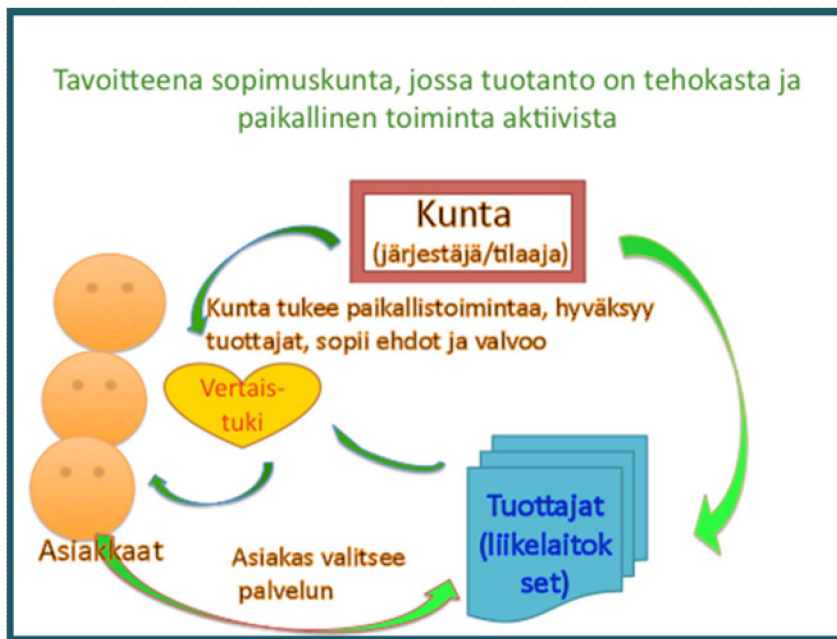
3.2.1 Johtamismalli

Uuden kunnan etuna on se, että se voi järjestää kunnan johtamistavat tyhjältä pöydältä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteita ajatellen lähtökohtana tulisi olla kunnan asukas, jonka hyvinvoinnin turvaamista tavoitellaan muutenkin kuin palveluja tarjoamalla. Johtamismallia kehitettäessä on erikseen paneuduttava siihen, miten **kunnan toiminta kokonaisuudessaan edistää terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia**. Toimialajako ei saisi muodostaa raja-aitaa, joka estää alueella jo virinneen yhteistyön.

Vaikka uuden kunnan johtamistapojen valinnassa on poikkeuksellisen paljon vapausasteita, toisaalta on otettava huomioon vallitseva palveluverkosto. Päijät-Hämeessä on toimintoja vastikään organisoitu uudelleen ja uuden kunnan alueella on harvalukuinen määrä tuottajia ja näiden toimintaperiaatteet poikkeavat toisistaan. Silloin on tarkoituksenmukaista, että uuden kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon johto keskittyy ensimmäisessä vaiheessa niiden nopeiden hyötyjen tavoitteluun, joita voimien yhdistämisestä on saatavissa eikä pyri yhdenmukaistamaan toimintoja monella rintamalla. On pelättävissä, että laaja-alainen uudelleen organisointi aiheuttaa usean vuoden ajan tuottavuustappiota ja värittää koko hanketta kielteisesti kansalaisten silmissä.

Ongelmanratkaisua korostavaa johtamista palveleva väline on **sopimus- tai tulosjohtaminen**. Olennaista ei ole nimi, vaan se että johtamisväline soveltuu sellaiseen tilanteeseen, jossa samaa tehtävää suorittavia, mutta erilaisessa kehitysvaiheessa olevia yksiköitä on johdettava pyrkimättä toiminnan homogenisointiin. Johtamisessa puututaan kulloinkin keskeiseksi koettuun asiaan, josta sovitaan asian vaatimalla tarkkuudella. Taustalla on kokonaiskuva tavoitellusta suunnasta ja tuloksista, jolla vältetään asioiden liiallinen pilkkoutuminen ja suhteellisuuden häviäminen. Näin meneteltäessä vältetään operatiivisen toiminnan häirintä tarpeettomalla suunnittelulla siellä, missä ei ole tarkoitus tehdä muutoksia.

Tällaiseen johtamistapaan liittyy tuotannosta vastaavien yksiköiden suhteellisen suuri autonomia operatiivisissa tehtävissä. Siihen tarkoitukseen sopii hyvin **kunnallinen liikelaitos tai taseyksikkö**. Kunnan ja taseyksikön/liikelaitoksen välinen sopimus määrittelee kunnan odotukset ja vaatimukset, joiden toteuttamisesta vastaavat taseyksikön osalta toimialajohtaja ja liikelaitoksen osalta johtokunta ja toimiva johto.



3.2.2 Lähtökohtana asukas

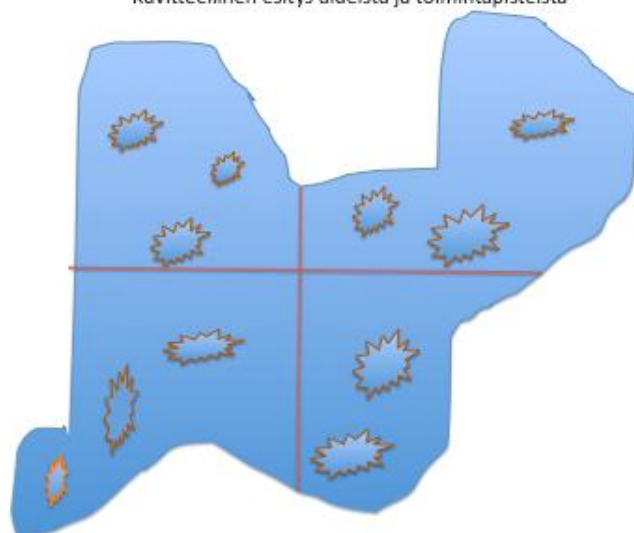
Väestön terveydentilasta terveydenhuolto selittää vain 20-30 %. Suurin merkitys on elintavoilla ja –oloilla. Samoin monien sosiaalisten ongelmien juuret liittyvät ihmisten elämänhallintaan, johon voidaan tehokkaimmin vaikuttaa lähiyhteisössä. Nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn sekä vanhusten saaman läheisavun muotoihin on etsittävä paikallisia ratkaisuja. **Kunnalla on monia keinoja laajentaa ja tehostaa kansalaistoiminnan ja vertaistuen toimintatapoja.** Toisaalta kansalaistoiminnalle on tarjottava myös vaikuttamiskanavia kunnan suuntaan.

Uuden kunnan yhtenä keskeisenä tavoitteena on vahvistaa alueellista vaikuttamismahdollisuutta luomalla sitä varten oma alueverkosto. Jos kunta tulee tässä tarkoituksessa jaetuksi 4-6 alueeseen, ne vastaisivat paikallistoiminnan toimintaedellytyksistä. **Sosiaali- ja terveystoimet ovat paikallisen toiminnan tukena.** Neuvonta ja ohjaus toteutuu sekä asiakastapaamisen osana että erillisenä toimenpiteenä.

Vertaistuen ja vapaaehtoistoiminnan sekä ylipäättänsä kansalaistoiminnan vahvistaminen edellyttää lisäksi **pienemmällä väestöpohjalla toimivien asukas-yhteisöjen** toiminnan vahvistamista. Alue voi tarvittaessa jakautua toiminnallisesti pienempiin kylä- ja kaupunginosapohjaisiin toiminta-alueisiin. Näitä varten ei tarvita erillistä hallintoa eikä niillä liioin ole tarkkoja maantieteellisiä rajoja. Ne syntyvät pesäkkeinä aktiivisten yhdistysten ja ihmisten ympärille ja tarjoavat mahdollisuuden muille tulla mukaan. Erilaiset epäviralliset ja viralliset yhteisöt kuten eläkeläisyhdistykset, potilasjärjestöt, urheiluseurat, kotitalousjärjestöt, seurakunnat ja kansalaisopistojen harrastuspiirit vaikuttavat paikalliseen tapaan kantaa yhteisvastuuta.

Uuden kunnan toimintoihin tulisi alusta pitäen kuulua tuki tällaiselle paikallistoiminnalle. Kysymys ei ole suurista rahamääristä, vaan ennen kaikkea toimintaedellytysten turvaamisesta. Kuntarajojen poistuttua kansalaistoiminta saa väljemmät puitteet. **Toiminnallinen aluejako ei seuraa kiinteästi vanhaa kuntajakoa.** Kansalaistoiminta voi saada uusia muotoja seuraamalla tosiasiallista asutusta siten, että **toiminnallisesti yhtenäiset alueet muodostavat paikallisverkoston solmukohdat.**

Kuvitteellinen esitys alueista ja toimintapisteistä



3.2.3 Ehdotus toimintamalliksi

Tässä tapauksessa **peruspalvelukeskus Oiva** on jo liikelaitos. Jos Lahden ja Heinolan sosiaaliturvayksiköt halutaan asettaa samaan toimintamalliin, niistäkin voitaisiin tehdä liikelaitoksia. **Lahden ja Nastolan** toiminnallinen läheisyys puoltaa näiden alueiden palvelujen tuottamisen yhdistämistä ja vastaavasti voidaan yhdistää **Heinolan ja Hartolan** alueen palvelujen tuotanto. Aluevastuu voidaan toteuttaa nykyisestä kuntajaosta poikkeavasti, jolloin yksikköjen koko olisi lähempänä toisiinsa.

Tuotantoyksiköiden hallinnollisen aseman yhdenmukaisuus ei ole kynnyksikysymys perustavoitteen saavuttamiseksi. Oivan toiminnan tuloksellisuus ja jäsenkuntien siihen tuntema luottamus puoltaa siltä osin hallintomallin säilyttämistä. **Lahden ja Heinolan yksiköt voisivat olla myös taseyksiköjä, jos siirtyminen liikelaitokseksi ei onnistu** uuden kunnan aloittaessa toimintaansa. Sekin selventää niiden taloudellista asemaa ja helpottaa vertailtavuutta muihin toimijoihin.

Keskussairaala muodostaisi oman liikelaitoksensa, ellei katsota, että sairaanhoidollisista tukipalveluista ja muista vastaavista palveluista on muodostettava erillinen liikelaitos. Ainakin on syytä harkita ympäristöterveyskeskuksen muodostamista liikelaitokseksi. Terveysturvajelu ja eläinlääkintähuolto on tarkoituksenmukaista keskittää siten, että **ympäristöterveyskeskus vastaisi koko uuden kunnan palveluista**. Perusteltua on myös se, että keskus jatkaisi palvelujen tarjoamista sairaanhoitopiirin kunnille aikaisemman käytännön mukaisesti.

Uuden kunnan tehtävänä on sopimuksilla varmistaa se, että kokonaisuus toimii tehokkaasti ja päällekkäisyydet puretaan. Peruspalveluyksikköjen **vertailu luo alueen toimijoiden välille luonnollisen vertailu- ja kilvoittelusetelman** ja nopeuttaa hyväksi havaittujen käytäntöjen leviämistä. Keskushallinnon kasvu voidaan välttää käyttämällä sopimuskumppaneiden asiantuntemusta. Kaikkiaan ratkaisu keventää hallinnollisia rakenteita ja mahdollistaa perus- ja erikoishoidon saattamisen saman johdon alaisuuteen. Se korostaa uuden kunnan kokonaisvastuuta sosiaali- ja terveydenhuollosta omalla alueellaan.

Peruspalveluyksikkö Aavan asukasluku olisi näiden järjestelyjen jälkeen edelleen riittävä peruspalvelujen tuottamiseksi. Nastolan ja Hartolan siirtyessä uuteen kuntaan, on erityisesti Sysmän ja Iitin osalta arvioitava uudelleen, mikä on sopiva tapa tuottaa palvelut. Uuden kunnan ja ulkopuolelle jääneiden kuntien on keskenään sovittava tähän liittyvistä käytännön kysymyksistä ja erityisesti erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Samoin on ratkaistava yhteisen omaisuuden käyttöä koskevat kysymykset.

3.2.4 Vaihtoehtoinen malli

Esillä on ollut myös sellainen vaihtoehto, että perus- ja erikoishoidon järjestämisvastuu olisi uuden kunnan ja muiden sairaanhoitopiirin alueella olevien **kuntien yhteisen sosiaali- ja terveyslautakunnan tehtävänä**. Palvelujen tuotannosta vastaisivat uuden kunnan edellä kuvatut yksiköt, joihin niiden lisäksi tulisi kuulumaan **Aava-yksikkö**. Ratkaisu muistuttaisi Oiva-mallia, jossa Hollola on isäntäkuntana ja muut kunnat ovat mukana tilaajalautakunnassa. Tämän vaihtoehdon etuna olisi koko sairaanhoitopiirin alueen perus- ja erikoispalvelujen järjestäminen yhtenä kokonaisuutena.

Molemmat vaihtoehdot edellyttävät lainsäädännön muutoksia. Yhdistymissopimus mahdollistaa neuvottelut kuntien kesken ja valtion kanssa sopivan yhteistyömallin rakentamiseksi.

3.3 Peruspalvelujen toteuttaminen

Edellä kuvattu tuottajaverkosto muodostuu **kolmesta sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen tuottajasta, joita ovat Oiva läntisellä alueella, Lahden-Nastolan yksikkö keskellä ja Heino-la-Hartolan yksikkö koillisella alueella**. Nämä voivat käyttää ulkopuolisia palveluja sekä kunnan keskitettyjä palveluja. Ulkopuolisiin palveluihin turvauduttaessa on varmistettava siitä, että ne toimivat asianmukaisilla toimintatavoilla eivätkä turvaudu osaoptimointiin säästääkseen omia kustannuksiaan.

3.3.1 Asukkailla vapaa hakeutuminen

Uuden kunnan alueella on tarkoituksenmukaista menetellä siten, että asukkaat **saavat valita itse mitä palvelupistettä käyttävät**. Näin ollen aluejako ei sido asukkaita, jotka voivat hakeutua lähimpään palvelupisteeseen tai muutoin haluamaansa paikkaan. Käytännön syistä valinnalle on joissakin tapauksissa asetettava aikarajoja siten, että joitakin valintoja voi muuttaa vain määrävälein, ellei asuinpaikan vaihdoksen tai muun perustellun syyn nojalla nopeampi vaihto ole katsottava kohtuulliseksi. Muuttuva lainsäädäntö asettaa tässä tapauksessa puitteet, joiden mukaan on toimittava.

3.3.2 Palvelujen tarjoaminen muuttuvien tilanteiden mukaan

Peruspalvelukonseptia kehitetään siten, että se vastaa toisaalta kaupunkimaisen asutuksen tarpeisiin ja toisaalta sopii myös harvan asutuksen alueelle. Se edellyttää muun muassa paikallista aktiivisuutta tukevien sopimusmallien laatimista. Lähipalvelut voidaan toteuttaa ammattitaidosta tinkimättä eri tavoin sen mukaan, millaisia palvelun tuottajia on tarjolla. Suurelle väestöpohjalle voidaan rakentaa pidemmälle vietyä erikoistumista myös peruspalvelujen sisällä.

Nopeasti muuttuva ikärakenne ja väestön muuttoliike edellyttävät palveluverkostoa, joka joustaa muuttuvien tilanteiden mukaan. Uuden kunnan sosiaali- ja terveysjohdon on huolehdittava siitä, että esimerkiksi liikkuvien palvelujen mahdollisuus sekä lähipalveluja tukevat konsultaatiot otetaan käyttöön. Keskusjohdon tehtävänä on varmistaa, että tuottajien yhteistyöllä päästään välineiden tehokkaaseen käyttöön ja nopeaan tiedonsiirtoon.

Palvelutoimintaa voidaan muokata siten, että suurin osa sosiaali- ja terveystieteiden **järjestämissuunnitelmassa lähipalveluiksi luokitelluista palveluista** voidaan turvata jokaisen nykyisen kunnan alueella. Tällaisia ovat muun muassa lääkärin vastaanotto, lasten päivähoito, kotihoito, neuvolotoiminta, kouluterveydenhuolto, sosiaalityö, toimeentulotuki ja tuettu asuminen. Poliittisessa sopimuksessa on mahdollista sitoutua myös pitkällä tähtäyksellä siihen, että tällainen verkosto säilyy, ellei väestöpohjan merkittävästä heikkenemisestä muuta johdu. Se ei tarkoita, että palvelut tuotettaisiin juuri nykyisessä muodossa, vaan sitoutumista siihen, että lähipalvelut muodossa tai toisessa turvataan nykyisten kuntien alueella ellei se väestöpohjan ohenemisen takia käy mahdottomaksi. Toisin sanoen sanottuna tämä tarkoittaa sitä, ettei verkoston keskittämisen perusteeksi tulisi riittämään yleinen tehostamispyrkimys.

3.3.3 Vertailukelpoiset tuotteet

Asteittain on syytä pyrkiä läpivalaisemaan tuotanto siten, että uusia palvelun tuottajia voi tulla joustavasti mukaan. Se edellyttää, että tuotteet ovat niin selkeästi määriteltyjä, että omaa tuotantoa voidaan verrata ulkopuolisiin ja laatukselliset ovat riittäviä palvelujen tason turvaamiseksi. Samalla on varmistuttava siitä, että kaikki toimijat noudattavat samoja yhteistoimintasääntöjä. Se koskee esimerkiksi lähetekäytäntöä. Mitä monitahoisemmasta palvelusta on kysymys, sitä enemmän on käytettävä tapauskohtaista harkintaa.

3.4 Erikoispalvelujen toteuttaminen

Pääpiirteissään erikoispalvelujen tuotantovastuu säilyy nykyisenä. Suurimmat kunnalliset peruspalvelupisteet ovat tarjonneet myös sosiaali- ja terveydenhuollon erikoisosaamista. Myös tulevaisuudessa erikoishoitoa voidaan toteuttaa peruspalvelujen yhteydessä silloin, kun se osoittautuu taloudellisesti perustelluksi. Uuden kunnan sisällä vanhat kuntarajat eivät enää ole palvelujen käytön rajoina. Uuden kunnan on huolehdittava siitä, että **erikoisosaaminen on tasaveroisesti kuntalaisien saatavilla**. Silloin kun erikoishenkilöstön sijoittuminen hajautetusti ei ole perusteltua, osaaminen on keskitettävä. Se ei estä toimimasta hajautetusti siten, että ongelmat käsitellään paikallisesti silloin, kun paikalliset olosuhteet vaikuttavat ratkaisuihin.

3.4.1 Erikoissairaanhoidon toteuttaminen

Tavoitteena on turvata **erikoissairaanhoidon korkea taso**. Erikoissairaanhoidosta vastaisi edelleen keskussairaala. Väestöpohja on riittävä taloudellisten riskien tasaamiseksi ja erikoisosaamisen monipuolisuuden ja korkean tason takaamiseksi. Organisatorisilla järjestelyillä varmistetaan edellytykset toimia tehokkaasti .

Erikoissairaanhoitolaissa todetaan, että maa jaetaan erikoissairaanhoidon toteuttamista varten sairaanhoitopiireihin. Sairaanhoitopiirejä on 20 ja pienimmässä asukasluku on alle 60 000. Uusi kunta olisi asukasluvultaan niin suuri, että se voisi yksin muodostaa sairaanhoitopiirin. Laissa todetaan lisäksi, että jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluu kuusi kuntaa, jotka eivät ole mukana uusi kunta-hankkeessa.

Lainsäädäntö ei aseta esteitä sille, että yksi kunta, tässä tapauksessa uusi kunta, muodostaisi sairaanhoitopiirin. Sisällöllinen muutos lainsäädäntöön tarvittaisiin sen takia, että osa kunnista jäisi sairaanhoitopiirin ulkopuolelle. Se on lainsäädännöllisesti hoidettavissa edellyttämällä, että uusi kunta järjestää erikoissairaanhoidon palvelut myös ulkopuolelle jääville kunnille. Menettely turvaisi kaikille kunnille erikoissairaanhoidon palvelu. Etuna on vastuun selkeytyminen ja kevyt hallintomalli, koska tapauksessa ei tarvittaisi erillistä erikoissairaanhoidon hallintoa.

Edellä on mainittu myös vaihtoehto, jossa yhteinen lautakunta vastaisi sairaanhoitopiirin alueen perus- ja erikoispalvelujen järjestämisestä. Siinäkin tapauksessa hallintorakenne pysyisi suhteellisen yksinkertaisena ja järjestämis- ja tuottamisvastuu olisivat selvästi määriteltyjä.

Strateginen johtaminen kuuluu uuden kunnan sosiaali- ja terveysjohdon tehtäviin, erikoissairaanhoidon toimintaperiaatteiden vahvistaminen kuuluvat keskussairaalan tehtäviin ja käytännön johtamistehtävät kunkin toimintayksikön päätösvaltaan.

3.4.2 Sosiaalihuollon erityispalvelujen toteuttaminen

Sosiaalihuollon erityispalveluja varten ei ole luotu samanlaisia hallinnollisia järjestelyjä kuin terveydenhuoltoon. Nyt niiden taso vaihtelee kunnasta toiseen. Oivan ja Aavan perustaminen on tarjonnut aikaisempaa parempia mahdollisuuksia asiantuntija-apuun. Uuden kunnan sisällä asiantuntijatuki on organisoitava uudella tavalla. Esimerkiksi vaikeissa huostaanottotilanteissa tarvitaan erityisosaamista, joka on nopeasti saatavissa päätöksenteon tueksi tai päätöstä tekemään.

3.5 Yhteistyö

Alueella toteutetut järjestelyt ovat jo osittain parantaneet perus- ja erikoispalvelujen yhteistyötä. Peruspalvelujen tuotantovastuun jakautuminen usean tuottajan kesken edellyttää, että uuden kunnan sosiaali- ja terveysjohto ottaa perus- ja erikoispalvelujen yhteistyön järjestämisen yhdeksi keskeisimmäksi tehtäväkseen.

Uuden kunnan sopimusohjauksen ja neuvottelumenettelyn avulla huolehditaan siitä, että toiminnat sovitaan yhteen. Yksi kiireellisimmistä tehtävistä on tietojärjestelmien yhteensopivuuden varmistaminen. Erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollolle tarjoama tuki on tarpeellista hyvän ja te-

hokkaan hoidon lisäksi perusterveydenhuollon ammatillisen houkuttelevuuden lisäämiseksi. Peruserikoissairaanhoidtoa voidaan alueella hajauttaa silloin, kun se osoittautuu toiminnallisesti ja taloudellisesti perustelluksi.

4. Mitä hyötyä järjestelystä on

Organisatoristen ratkaisujen hyöty jää viime kädessä riippumaan siitä, miten tarjolla olevat mahdollisuuden käytetään. Uusi kunta-mallia onkin tarkasteltava nimenomaan siinä valossa, mitä uusia toimintaedellytyksiä se luo. Tällaisia ovat ainakin seuraavat:

1. Asukas- ja kansalaistoiminnalle tarjoutuu mahdollisuus toimia paikallisesti luontevalla tavalla hallinnollisten rajojen estämättä. Paikallistoiminnan aktivoimiseen löytyy todennäköisesti uutta halukkuutta.
2. Palvelujen käyttäjien valinnanmahdollisuudet lisääntyvät, mikä parantaa mahdollisuuksia sovittaa palvelujen käyttö päivittäiseen liikkumiseen
3. Valinnanmahdollisuus luo kilvoittelua palvelujen tuottajien välille, mikä todennäköisesti parantaa palvelujen laatua ja synnyttää monipuolisia palveluja.
4. Tilaaja (kunta) voi vertailla tuottajia keskenään, mikä lisää kustannustietoisuutta
5. Keskitettävien hankintojen ja muiden vastaavien toimien mukana tulevat säästöt koituvat kuntalaisten eduksi
6. Suuri väestöpohja tasaa satunnaisriskejä kuten kalliiden hoitojen kustannuksia ja tarjoaa pohjan tehokkaalle tiedonvälitykselle
7. Palveluketjujen ja hoito-ohjelmien sekä konsultaatioiden avulla varmistetaan oikea porrastus ja erikoispalvelujen saatavuus
8. Välineteknologinen osaaminen paranee, samoin hallittu soveltaminen
9. Palvelukonseptia voidaan tietoisesti kehittää siten, että se tarjoaa sopivan vaihtoehdon tiheään ja harvan asutuksen alueille
10. Henkilöstön saatavuus paranee, samoin mahdollisuus osaamisen kehittämiseen ja saatavuutta tukeviin joustaviin järjestelyihin

4.1 Keskitetty versus hajautettu tuotanto

Peruspalvelujen tuottamisvastuun jakautuminen kolmen alueellisen yksikön kesken synnyttää myös kysymyksen olisiko tuotantoa koskevaa päätöksentekoa keskitettävä edellä ehdotettua voimakkaammin. Voidaan epäillä, että usealle tuottajalle jaettu palvelukenttä aiheuttaa kustannuksia, joita voitaisiin välttää, jos tuotanto olisi keskitetty perinteisen kunnallishallinnollisen mallin mukaisesti. Niin ikään voidaan epäillä ohjauksen tehokkuutta ja pelätä liikelaitosten liiallista itsenäisyyttä ja siihen liittyvää talouskriteereiden korostamista. Tähän **hajautettuun ratkaisuun sisältyy kuitenkin merkittäviä etuja:**

1. Perus- ja erikoispalvelujen yhteistyön toteuttamiselle on eduksi, että molemmat osapuolet voivat säilyttää identiteettinsä eikä kumpikaan koe jäävänsä toiseen nähden alisteiseen asemaan, koska uusi kunta uutena toimijana huolehtii yhteistyön toteutumisesta
2. Peruspalvelujen tuotantovastuun jakaminen alueellisesti synnyttää tuottajien välistä kilvoittelua, mikä koituu asiakkaiden eduksi.
3. Kolmen alueellisen toimijan väestörakenteet poikkeavat toisistaan, jolloin tuotannon eriytyminen antaa paremmat mahdollisuudet vastata asutusmuodon eroihin.
4. Kaikkien olemassa olevien toimintamallien pakottaminen samaan muottiin runsaan vuoden aikana aiheuttaisi todennäköisesti suuren määrän sekaannuksia ja vaikeasti hallittavia muutosprosesseja
5. Siirtymävaiheessa muutosjohtamiseen olisi puutteellinen organisaatio ja vastuu jäisi henkilöille, jotka eivät myöhemmin olisi muutosta jalkauttamassa
6. Muutosvaiheessa on tavoiteltava niitä hyötyjä, joita toiminnan integroinnista on suhteellisen nopeasti saatavissa. Siihen tämä organisaatiomalli tarjoaa hyvät edellytykset.

5. Siirtymävaihe

Tämä lähestymistapa edellyttää monia muutoksia nykyiseen toimintaan lainsäädännön muutoksia myöten. Silti voi herätä kysymys, toteutuvatko tarvittavat rakenteelliset muutokset, jos organisaatioon ja menorakenteeseen ei tehdä jyrkempiä muutoksia jo perustamisvaiheessa. Tätä huolta vähentää poliittinen julistus, jossa edellytetään yhdistymishallituksen ryhtyvän toimenpiteisiin siten, että uudistukset käynnistyvät uuden kunnan aloittaessa toimintansa.