

## LAUSUNTO HALLITUKSEN ESITYSLUONNOKSESTA LAIKSI ASIAKKAAN VALINNANVAPAUESTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on 9.11.2017 pyytänyt sote-asiantuntijaryhmän jäseniltä kirjallista arviota 3.11.2017 päivätystä hallituksen esitysluonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (valinnanvapauslaki).

Sosiaali- ja terveysministeriö on erityisesti pyytänyt arvioimaan esitysluonnosta seuraavien kysymysten osalta:

1. voidaanko ehdotetulla valinnanvapauslailla osaltaan kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta;
2. antaako lakiluonnos asiakkaalle riittävät mahdollisuudet hakeutua asiakkaan omaan tilanteeseen sopivaan palveluun;
3. jos asiakkaalla on laaja-alaisia palvelutarpeita, toteutuuko lakiluonnoksen perusteella asiakkaan mahdollisuus saada tarpeen mukaisella tavalla yhteen sovitettuja palveluja sekä
4. antaako esitys maakunnille riittävät edellytykset järjestämisvastuun toteuttamiseen.

STM:n sote-asiantuntijaryhmä on 3.10.2017 antanut lausuntonsa 18.9.2017 päivätystä esitysluonnoksesta valinnanvapauslaiksi. Tuossa lausunnossa on jo otettu kantaa mm. palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen ja riittävyteen sekä asiakassetelin velvoittavuuteen ja maakunnan päätösvaltaan asiakassetelin käytöstä.

Hyvinvointi on Suomessa polarisoitunut vahvasti viimeisen lähes 30 vuoden aikana. Talousongelmista huolimatta hyvinvointi on yleisesti lisääntynyt - mitattiinpa sitä kulutusmahdollisuuksina, onnellisuuden kokemuksina<sup>1</sup> tai elinikänä. Pitkäaikaisesta köyhyydestä kertoo se, että toimeentulotuen on tullut yhä useammille kotitalouksille pysyvä tulonlähde.<sup>2</sup> Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvun alusta.<sup>3</sup> Leipäjonoista on tullut pysyvä osa viimesijaista toimeentuloturva.<sup>4</sup> Koulutus- ja tulo-ryhmien sosioekonomiset erot elinajanodotteessa kasvoivat kaventamiseen pyrkivistä ponnisteluista huolimatta merkittävästi vuosina 1988–2007. Erojen kasvu pysähtyi 2010-luvulla lukuun ottamatta naisten eroja koulutusryhmittäin.<sup>5</sup> Sosiaaliset ongelmat – pitkäikaistyöttömyys, köyhyys, lasten pahoinvointi, yksinäisyys, syrjäytyminen – kietoutuvat yhteen terveysongelmien kanssa. Ongelmien kasaantuminen näkyy jo nuoruusiässä.<sup>6</sup> Ongelmat näkyvät väestöryhmien eroissa 1990-luvun alun laman jälkeen työmarkkinoilta

<sup>1</sup> Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). World Happiness Report 2017, New York: Sustainable Development Solutions Network.

<sup>2</sup> THL (2016): Toimeentulotuki 2015. Helsinki. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131612/Tr19\\_16.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131612/Tr19_16.pdf?sequence=4)

<sup>3</sup> THL (2016): Lastensuojelu 2015. Helsinki. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20\\_16.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20_16.pdf?sequence=4)

<sup>4</sup> Ohisalo, Maria & Saari, Juho (2014): Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa. Kunnallisan kehittämissäätiö. [http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk\\_83\\_net.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_83_net.pdf)

<sup>5</sup> Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): Sosiaaliryhmien elinajanodoterojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 9:588-593.

<sup>6</sup> Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014): Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. THL, Tampere.

syrytyminen loi Suomeen köyhyysongelman, joka paitsi erottaa meidät muista Pohjoismaista<sup>7</sup>, korostaa tarvetta uudistaa sosiaali- ja terveystalouden väestön terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi.

STM:n 9.11.2017 esittämien kysymysten osalta totean seuraavaa:

1. Voidaanko ehdotetulla valinnanvapauslailla osaltaan kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta

Sote-uudistusta arvioitaessa on syytä muistaa, että erityisesti Suomen terveystalouden järjestelmä on kansainvälisen mittapuun mukaan poikkeuksellisen kustannustehokas: saamme suhteellisen vähällä rahalla suhteellisen paljon terveyttä ja hyvinvointia. Ongelmana on kuitenkin se, että palvelut – erityisesti avoterveydenhuolto - kohdentuvat liiaksi jo etukäteen paremmissa asemassa oleville.<sup>8</sup>

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla tulee olla sekä riittävät taloudelliset voimavarat että riittävä tuotantokapasiteetti (henkilöstö, tilat, laitteet, tietojärjestelmät) tarvittavien palvelujen tuottamiseen. Lainsäädännön tulee lisäksi pystyä varmistamaan sekä palvelujen tarveperusteinen saatavuus että palvelujen kohdistuminen niin, että väestön terveys- ja hyvinvointierot kaventuvat. Tämä tarkoittaa käytännössä resurssien suuntaamista nykyistä selvemmin pienituloisimmille, vähemmän koulutetuille ja huono-osaisille. Erityisesti matalaan sosioekonomiseen asemaan usein liittyvät moninaiset palvelutarpeet tulisi huomioida ja resursseja suunnata enenevästi niille alueille, missä kuolleisuuden taso ja tuloryhmien välinen eriarvoisuus on suurinta.<sup>9</sup> Näiden tavoitteiden tulee toteutua paitsi kunkin maakunnan sisällä myös koko valtakunnan tasolla. Vaarana on, että erityisesti esitysluonnoksessa ehdotettu asiakassetelin käyttö ja jossain määrin myös henkilökohtainen budjetti suuntaavat sote-voimavaroja jo etukäteen paremmissa asemassa oleville, mikä estää maakuntien pyrkimyksiä ohjata resurssien käyttöä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi.

Palveluiden uudistamisessa alueellisen ja väestöryhmien välisen eriarvoisuuden kaventaminen edellyttää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta huolehditaan. Paljon palveluita käyttävien ryhmään kuuluu jo etukäteen heikossa asemassa olevista muun muassa lastensuojelun, päihdepalveluiden, vammaispalveluiden ja kehitysvammaispalveluiden sekä psykiatrian erikoissairaanhoidon asiakkaita.<sup>10</sup> Valinnanvapauslaki vaikeuttaa palveluintegraation toteuttamista erityisesti asiakassetelimallin takia, jossa palveluketju pirstoutuu.

Yksi sote-uudistuksen lähtötavoitteista on ollut kaventaa terveys- ja hyvinvointieroja parantamalla palvelujen saatavuutta. Valinnanvapaus voi Ruotsin kokemusten perusteella vahvistaa perusterveydenhuollon palveluita. Muissa Pohjoismaissa (Ruotsi ja Norja) valinnanvapaus perustason palveluiden osalta on kuitenkin johtanut palvelujen parantumiseen nimenomaan kasvukeskuksissa, mutta parantumista ei ole samassa määrin tapahtunut haja-asutusalueilla. Resurssien (esim. perusterveydenhuollon lääkäreiden) kohdentumista on Suomeen ehdotetussa järjestelmässä hyvin vaikea ohjata. Ruotsissa valinnanvapaus on lisännyt suhteellisen terveiden potilaiden palveluiden käyttöä, mikä

Berg, Noora & Huurre, Taina & Kiviruusu, Olli & Aro, Hillevi (2011): Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 168–181

<sup>7</sup> Nordic Social Statistical Committee Nososco (2015): Social Protection in the Nordic Countries 2013/2014 — Scope, expenditure and financing (Version 60:2015). Copenhagen, Denmark, sivu 29. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:882555/FULLTEXT01.pdf>

<sup>8</sup> Ks. tuore yhteenvedo <http://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/>

<sup>9</sup> Kainuun ja Savon pienituloisilla eniten enenaikaisen kuoleman vuoksi menetettyjä elinvuosia.

THL Tiedote 9.3.2017 tutkimusprofessori Seppo Koskinen.

<sup>10</sup> Leskelä, Riitta-Leena ym. (2013): Paljon sosiaali- ja terveystalouden palveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Lääkärilehti, 68(48): 3163–3169.

viittaa siihen, ettei valinnanvapaus ole ainakaan kaventanut terveyseroja Ruotsissa. Valinnanvapaudella voi olla muita terveyspalvelujärjestelmän kannalta myönteisiä vaikutuksia<sup>11</sup>, mutta saatavilla ei ole näyttöä siitä, että se auttaisi terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisessa.

Työterveyshuolto on edelleen jokseenkin kokonaan reformin ulkopuolella, mikä on selkeä ongelma palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden sekä terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen kannalta. Tällä hetkellä 1,8 miljoona suomalaista saa perusterveydenhuollon palvelunsa työterveyshuollon kautta, joten sen jättäminen reformikokonaisuuden ulkopuolelle vähentää selvästi yhdenvertaisen ja kokonaisuudessaan kustannustehokkaan sekä toimintavarmen palvelujärjestelmän kehittymistä. Työterveyshuolto on lisäksi integroimatta sosiaalipalveluihin.

Palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden kannalta on keskeistä, että hoitokäytännöt, sekä hoito- ja palveluketjut ovat eri alueilla yhdenmukaisia ja tuottavat suositusten mukaisia laadukkaita palveluja. Monituottajamallissa - ja potilaiden ja asiakkaiden käyttäessä omaa harkintaansa palvelujen suhteen - on hyvin vaikea varmistaa, että eri alueilla ja eri asiakkaille/potilaille tarjotut palvelut muodostavat vaikuttavan kokonaisuuden. Tämä aiheuttaa riskin sille, että merkittävä joukko asiakkaita tai potilaita ei saa asianmukaisia palveluja, mikä kasvattaa helposti terveys- ja hyvinvointieroja.

Tarveperusteisten palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden kannalta kriittistä on se, miten valinnanvapaus ohjaa palveluiden käyttöä. Vaarana on, että sellaisten asiakkaiden ja potilaiden, jotka eivät pysty valinnanvapautta käyttämään, palvelutarpeet eivät tule yhdenvertaisesti tyydytetyksi valinnanvapautta hyödyntävien henkilöiden kanssa. Tilanne on erityisen haastava, jos valinnanvapauden toteuttaminen priorisoidaan ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuluja kasvu samalla kontrolloidaan tiukalla kehysbudjetoinnilla. Vaarana on, että muiden palvelujen rahoitusta ja resursointia joudutaan leikkaamaan. Henkilönkyky ja taito käyttää palveluja ei voi eikä saa olla peruste palveluiden saannille.

Katson, että

- terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiselle on selvä tarve
- valinnanvapauslaki voi parantaa perustason terveyspalvelujen saatavuutta, mutta alueellisesti tämä voi käydä käydä epätodennäköisemmäksi
- valinnanvapauslaki voi parantaa niiden sosiaalipalveluja tarvitsevien henkilöiden asemaa joiden toimintakyky on riittävä uudistuvan järjestelmän tuomien mahdollisuuksien hahmottamiseksi
- valinnanvapauslaki ei varmista resurssien yhdenvertaista kohdentumista ja voi jopa lisätä terveyseroja
- valinnanvapauslaki voi heikentää sellaisten potilaiden/asiakkaiden palvelujen saatavuutta, jotka eivät pysty valinnanvapautta käyttämään
- valinnanvapauden kautta lisääntynyt resurssitarve voi heikentää sellaisten palvelujen voimavaroja ja sitä kautta myös näiden palveluiden saatavuutta, joita valinnanvapaus ei koske (päivystys, vaativa sairaanhoito) ja merkitä ”käänteistä priorisointia”. Tällöin yhteiskunnan resursseista kohdennetaan aiempaa suurempi osa kiireettömään hoitoon.

---

<sup>11</sup> Erhola, Marina & Jonsson, Pia Maria & Pekurinen, Markku & Teperi, Juha (2013): Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Terveiden ja Hyvinvoinnin Laitos, Helsinki.

## 2. Antaako lakiluonnos asiakkaalle riittävät mahdollisuudet hakeutua asiakkaan omaan tilanteeseen sopivaan palveluun

Palvelujen asiakaslähtöisyyden lisääminen on keskeinen tavoite eurooppalaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä. Ei kuitenkaan ole olemassa mitään yleisesti hyväksyttyä ja validoitua tapaa arvioida palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyyttä.<sup>12</sup> Valinnanvapauden ajatuksellisenä lähtökohtana on, että asiakas/potilas ymmärtää sekä oman palvelutarpeensa että tuottajien tarjonnan ja laadun ja osaa sen perusteella valita ”sopivat palvelut”. Historiallisesti tarkastellen tämä lähtökohta ei ole koskaan toiminut. Lääkärintamatin harjoittamisen rajoitusten perustana on ollut tarve varmistaa potilasturvallisuus ja suojata potilaita palveluun markkinoilta ”puoskareilta”. Lääkkeiden ja lääkintälaitteiden myyntilupasäännöksillä on taas rajoitettu näiden tuotteiden markkinointia suoraan kuluttajille. Terveystaloustieteessä terveydenhuollon markkinaehtoistamisen ongelmaksi onkin aina nähty tiedollinen epäsuhta palvelun käyttäjän sekä palvelun tarjoajan välillä.<sup>13</sup> Toisin sanoen palvelujen tarjoaja pystyy lisäämään palvelujen tarvetta ja käyttöä eikä palvelun käyttäjä osaa valita itselleen aidosti hyödyllisiä palveluja. Sama pätee erityisesti vaatimpiin sosiaalipalveluihin. Tätä tiedollista epäsuhtaa (information asymmetry) ei valinnanvapauslaki poista.

Keskeinen ongelma valinnanvapauden toteuttamisessa onkin, määrittykö ”sopiva palvelu” subjektiivisesti vai objektiivisesti. Potilaan ja asiakkaan kokemus saamastaan hoidosta/palvelusta on tärkeä esimerkiksi kroonisten sairauksien ehkäisemisen tai päihdehuollon hoitoon sitoutumisen kannalta. Terveydenhuollossa on kuitenkin erityisesti erikoissairaanhoidossa kokonaisuuksia, joissa potilaan kokemus ei ole niin määrittävä hoidon onnistumisen kannalta. Hyvän hoidon lopputulos voi määräytyä silloin helposti sellaisista ammattilaisen/tuottajan ominaisuuksista, joita asiakas ei lainkaan hahmota valintaa tehdessään. Sama pätee vaativiin sosiaalipalveluihin kuten päihdehoitoon ja lastensuojeluun. Kevyimmässä sosiaalipalveluissa kuten vanhusten kotipalveluissa on saatu hyviä kokemuksia palvelusetelillä toteutetusta valinnanvapaudesta.

Valinnanvapauslakiin sisältyy hallinnollisesti raskaita ja käytännössä monimutkaisesti toteutettavia säännöksiä palvelutarpeen arvioinnista. Toisaalta lakiin sisältyy runsaasti säännöksiä potilaan/asiakkaan toiveiden huomioimisesta, jotka mahdollistavat myös ns. palvelushoppailun. Ei ole näyttöön perustuvaa aineistoa sen suhteen, että valinnanvapauslaissa esitetty palvelutarpeen arvioinnin malli hyödyttäisi asiakasta tai edistäisi kansanterveyttä tai yleistä hyvinvointia. Valinnanvapauden käyttäminen vaatii joka tapauksessa runsaasti palveluohjausta, mikä myös kasvattaa kustannuksia. Lakiesityksen yhtenä lähtökohtana on luoda markkinoilta, joilla maakunnan asukkailla olisi mahdollisuus valita suoran valinnan, asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin palvelutuottajien välillä omaan tilanteeseensa sopiva palvelu. Jotta valinta olisi yleensä mahdollinen, maakunnan olisi varmistettava, että jokaista valinnan piirissä olevaa palvelua tarjoisi vähintään kaksi tuottajaa. Tuottajia olisi hyvä olla enemmänkin, jotta yksi tuottaja ei voisi saada määräävää markkina-asemaa. Määrävä markkina-asema voi vallita myös maakunnan jollakin osa-alueella. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtajilla ei ole kokemusta tällaisten markkinoiden luomisesta. Esimerkiksi Ruotsissa

<sup>12</sup> Ks EXPH: Draft opinion on Benchmarking access to healthcare in the EU “User experience is also a multidimensional construct. It is subject to numerous biases and is time dependent. Thus, a service perceived as unacceptable immediately after it was received may be reassessed more favourably later, and vice versa. It covers all aspects of the care provided, including both clinical interventions and what might be described as customer experience, such as the extent to which the patient is welcomed to the facility, the quality of the facility, encompassing such issues as ease of navigation around it, comfort, choice and quality of food, and facilities for friends and relatives. It also includes the extent to which patients’ preferences are taken into account. This is especially challenging. While there is a growing consensus that the decision to intervene should be taken jointly by the patient and their health provider, or increasingly, multidisciplinary team of providers, based on the provision of appropriate information, there are also some patients that would prefer that the choice be taken for them. Clearly, it is important that all those involved in such decisions find the right balance.

<sup>13</sup> Klassikkoviitteenä informaation asymmetrialle terveydenhuollossa: Arrow K: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963: 53, 941-973

maakäräjillä on lain perusteella vastuu vain perusterveydenhuollon markkinoiden ylläpitämisestä. Tämänkin tehtävä on osoittautunut vaikeaksi, eikä esimerkiksi terveyspoliittisia tavoitteiden mukaisten korvausmallien laatimisessa ole täysin onnistuttu.

Totean tältä osin, että:

- valinnanvapauslaissa esitetty palveluihin hakeutumisen malli on uusi eikä näyttöä sen vaikuttavuudesta ole sen paremmin kansanterveyden kuin yksilöiden edun kannalta
- palvelujen tarjoajan ja palvelujen käyttäjän välillä on tiedollinen epäsuhta, mikä helposti johtaa palvelun käyttäjän kannalta epätarkoituksenmukaisten ja vieraita intressejä toteuttavien palvelujen valintaan
- asiakastyytyväisyys on moniulotteisesti määrittyvä suure, eikä ole olemassa luotettavaa menetelmää sen mittaamiseen. Asiakastyytyvyyteen vaikuttaa myös hoitotulos eikä pelkkä lyhyt asiakaskokemus palvelutapahtumasta
- sosiaalihuollon palveluissa on palvelusetelijärjestelmää käytetty monin paikoin hyvin tuloksin. Sosiaalihuollon asiakasetelille kaavailut uudet käyttökohteet saattavat parantaa niiden asiakkaiden asemaa, jotka ovat riittävän vahvoja ja toimintakykyisiä valitsemaan eri palveluntuottajien välillä.

### 3. Jos asiakkaalla on laaja-alaisia palvelutarpeita, toteutuuko lakiluonnoksen perusteella asiakkaan mahdollisuus saada tarpeen mukaisella tavalla yhteen sovitettuja palveluja

Sote-uudistuksen alkuperäisenä tavoitteena oli parantaa palvelujen vaikuttavuutta integroimalla palvelukokonaisuuksia. Kuten tuoreessa Duodecim-lehden pääkirjoituksessa todetaan: *”...peruspalveluita koskeva valinnanvapaus rikkoo toiminnan integraatiotavoitteen mahdollisimman täydellisesti. Tuhoa täydennetään vielä pelkkiä peruspalveluita koskevalla kapitaatiolla, jossa korvaukset määräytyvät listautuneiden potilaiden tai asiakkaiden määrän mukaan, jolloin palveluntuottajien kannusteet vaihtuvat kesken hoitoketjun. Omien kustannusten välttely alkaa kukoistaa ennennäkemättömällä tavalla, kun toimijat alkavat siirrellä hoitovastuita toisilleen omaa taloudellista hyötyään tavoitellen. Suurin hyötyjäryhmä ovat riitoja ja vastuita selvittävät juristit. Potilaat joutuvat pahenevan pallottelun kohteeksi, ja Suomen kansantalous kantaa suurimmat tappiot...”*<sup>14</sup>

Valinnanvapauslakiin esitetty asiakassuunnitelma voi joltain osin ja erillisryhmien osalta parantaa palvelujen yhteen sovittamista. Asiakassuunnitelman laatiminen on annettu pääosin maakunnan liikelaitoksen ja sote-keskuksen tehtäväksi. Jotta potilaan hoito toteutuisi asianmukaisesti, tulee hoitoa toteuttavan sote-keskuksen olla hoidon edetessä jatkuvasti yhteydessä liikelaitokseen, jotta asiakassuunnitelma päivittyy vastaamaan potilaan hoidon ja huollon tarvetta.

Valinnanvapaus voisi periaatteessa edistää integraatiota, jos markkinoille syntyy integroitujen palvelukokonaisuuksia ja jos potilaat ja asiakkaat suosivat niitä valinnoissaan. Esitetty asiakasetelimalli tekee kuitenkin tyhjäksi nämä mahdollisuudet, sillä se pilkkoo palvelut erillisiin tuotteisiin. Asiakasetelin perusteella palveluja tuottava toimija joutuu todennäköisesti toistuvasti neuvottelemaan asiakasetelin myöntäjän kanssa esimerkiksi potilaan tarvitsemista tutkimuksista ja/tai hoidon intensiteetistä. Menettely on byrokraattinen, tuottaa lisäkustannuksia ja on käytännöllä vieras terveydenhuollossa, jossa asiantuntijat ovat kiireisiä ja usein vaikeasti tavoitettavissa. Myös asiakassuunnitelman juridinen velvoittavuus on hyvin epäselvä, koska terveydenhuollossa tilanteet muuttuvat nopeasti.

<sup>14</sup> Heikinheimo M et al: Duodecim 2017;133(21):1975-6.

Paljon palveluja tarvitsevilla asiakasryhmällä, erityisesti ikääntyneillä, on samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Asiakassuunnitelmalla pyritään korvaamaan puuttuvaa integraatiota eri palveluntuottajien välillä, mutta asetetut tavoitteet vaikuttavat epärealistisen suurilta.

Integraation mahdollisuuksia estää myös se, että sosiaalihuollon asiantuntijatyöntekijöiden ratkaisut sosiaalipalvelujen antamisesta asukkaille on tulkittu hallintopäätöksiksi. Nämä päätökset ovat irrallaan sote-keskusten toiminnasta.

Henkilökohtainen budjetti voi periaatteessa luoda mahdollisuuksia palveluintegraatioon. Malli käytöstä on kuitenkin melko vähän kokemusta. Malli on tarkoitus säätää subjektiiviseksi oikeudeksi, jolloin siihen liittyy samoja edellä kuvattuja ongelmia kuin asiakasseteliin. On epäselvää, voivatko maakunnat kohdentaa resursseja niitä eniten tarvitseville, jotka eivät välttämättä osaa vaatia ja räätälöidä itselleen henkilökohtaisia budjetteja. Henkilökohtaisen budjetin käyttö edellyttää runsasta palveluohjausta.

Käsitykseni mukaan:

- asiakkaan mahdollisuus saada tarpeen mukaisella tavalla yhteen sovitettuja palveluja toteutuu ehdotetussa mallissa pääosin huonosti
- eri palveluntuottajien omat intressit ajavat helposti potilaan ja asiakkaan kokonaisedun ohi
- lakiesitykseen sisältyvä velvoite asiakassuunnitelman laatimiseen on hallinnollisesti raskas menettely ja asiakassuunnitelmaa on käytännössä hyvin vaikea pitää ajan tasalla
- peruspalvelujen puutteellinen integrointi aiheuttaa paljon palveluja tarvitsevalle haasteita selvitä tuottajaviidakkossa
- mielenterveys- ja päihdepalvelujen puute suoran valinnan palveluissa on merkittävä ongelma asiakkaan palvelujen yhteensovittamisen kannalta

#### 4. Antaako esitys maakunnille riittävät edellytykset järjestämisvastuun toteuttamiseen

Jotta maakunta voisi hallita taloudellisia resurssejaan eli tuottaa järjestämisvelvollisuuteen kuuluvat palvelut valtion siihen osoittaman määrärahan puitteissa, tulee sillä olla tieto alueensa väestön sairastavuudesta ja hyvinvoinnin tilasta sekä väestön tarvitsemista palveluista ja niiden kustannuksista. Jos suoran valinnan palveluista maksettava kapitaatiokorvaus jää liian alhaiseksi, ei palveluille löydy tuottajia. Jos suoriteperusteisesti korvattujen tuotteiden (esim. asiakassetelituotteet) määrä tai korvaus nousee suureksi, ylittyvät maakunnan käyttöön osoitetut määrärahat. Oikean tasapainon löytyminen kapitaatiokorvauksen ja suoriteperusteisten korvausten välille sekä asiakassetelien käytölle edellyttää usean vuoden talousarviosyklin läpikäymistä. Muussa tapauksessa rahoituksen yhdenvertainen kohdistuminen väestön palvelutarpeisiin ja rahoituksen riittävyys on arpapeliä. Liitteessä 1 arvioin esitetyn kapitaatiomallin soveltuvuutta valinnanvapauslain rahoitusperustaksi.

Riskinä järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on myös uudistuksen aiheuttama hallitsematon henkilöstön liikkuvuus maakunnan liikelaitoksen ja yksityisten tuottajien välillä. Jos yksityisten toimijoiden palvelukseen siirtyy merkittävä määrä esim. erikoissairaanhoidon päivystystä varten tarvittavaa henkilöstöä, vaarantuu päivystyspalvelujen saatavuus varsinkin pienemmissä maakunnissa. Erityisen varovainen pitäisikin olla nopeissa muutoksissa sellaisten palvelujen osalta, joissa yhteiskunnan sisäinen turvallisuus edellyttää 7/24 -palveluja ja joihin liittyy viranomaistoimintaa (mm. erikoissairaanhoidon päivystys, lastensuojelu). Hallitsematon henkilöstön siirtyminen yksityisten tuottajien palvelukseen voi myös vaarantaa sote-henkilöstön koulutusta ja siten palveluiden laatua pidemmällä aikavälillä.

Maakunnan ohjaus eri palvelutuottajiin tapahtuisi esityksen perusteella monimutkaisena näyttäytyvänä liikelaitoksen sopimusohjauksena ja tuottajien valintana sekä heidän korvausten määrittämisenä. On toistaiseksi erittäin epäselvää, miten tällainen malli tosiasiallisesti toimii. Maakuntien velvoite asiakassetelin laajamittaiseen käyttöön hankaloittaa alueellisesti tarkoituksenmukaisten ratkaisujen hakemista. Pykälän 24 yksityiskohtaisiin perusteluihin vedoten maakunta ja sen liikelaitos voi rajoittaa setelin käyttöönottoa useaan lueteltuun perusteeseen vedoten. Kieltäytyminen asiakassetelin antamisesta ratkaistaisiin kuitenkin lopulta hallintoriitana hallintotuomioistuimessa.

Sote-kokonaisuudesta muodostuu esityksen perusteella hyvin hajanainen ja vaikeasti johdettava. Parhaimmillaankin vaatii useita vuosia ennen kuin alueellisesti on muodostunut riittävä kokemus järjestelmän ohjauksesta. Markkinat muodostuvat kuitenkin nopeasti ja markkinoilla toimiville valinnanvapauden palvelujen tuottajille muodostuu helposti oma agendansa, jonka ytimessä ei välttämättä ole alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen.

Lakiesityksen yleisperusteluissa eikä sen vaikutusarvioissa ei ole riittävästi arvioitu sitä, miten paljon resursseja toimivien markkinoiden aikaansaaminen ja ylläpitäminen sekä tuottajamonopoliin syntyminen ehkäiseminen edellyttävät investointien, valvonnan ja tuottajakorvausten muodossa. Lisäksi on otettava huomioon, että markkinoiden jakautuminen jopa satoihin tuotesegmentteihin, seutukunta-kohtaisiin osamarkkinoihin ja moniin erilaisiin tuottajien rahoitus-, ohjaus-, sääntely- ja valvontamekanismeihin sekä tieto-, oikeusturva- ym. järjestelmiin nostaa erityisesti maakunnan transaktiokustannuksia merkittävästi.<sup>15</sup>

Vielä on pidettävä mielessä, että maan hyvinvointisektorin laskentatoimi on kehittymätön. Jos järjestelmässä tavoitellaan kustannusperusteista hinnoittelua, tulisi sisäisen laskentatoimen kyetä seuraamaan tuotteiden kustannusrakennetta huomattavan tarkasti. Koska kustannuslaskennan valtakunnalliset määrittelyt (kuten kohdentaminen, vyörytyssäännöt, laskennallinen korko, poistoaikataulut) puuttuvat, myös palveluiden hinnoittelu on toistaiseksi lähes mielivaltaista.,

Katson että:

- sopimusohjauksen toimivuudesta Suomessa järjestäjän ja tuottajan välillä ei ole näyttöä nyt kaavailussa mittakaavassa eivätkä aikaisemmat kokemukset tällaisesta mallista tue oletusta ohjauksellisen tehokkuudesta
- taloudellisesti kestävä tuotantotavan hakemiseen menee kussakin maakunnassa useita budjetti-kausia
- merkittävät siirrot henkilöstöresursseissa uudistuksen alussa voivat vaarantaa keskeisten toimintojen (kuten päivystyspalvelut) järjestämisen
- maakunnan järjestämistä vastuu kannalta on oleellista että niille annetaan riittävä, tosiasiallinen toimivalta alueensa palvelujärjestelmän rakentamisessa, minkä liian yksityiskohtainen säätäminen voi estää

Kohteliaimmin,

Martti Kekomäki

Asiantuntijaryhmän jäsen

Liite 1: Liite 1: Kapitaatio ns. suoran valinnan palveluiden korvausmuotona on kömpelö ja missään testatun ratkaisu

<sup>15</sup> Lehto J. Sote-markkinat julkisen sääntelyn haasteena. Yhteiskuntapolitiikka. E-julkaisu 16.11.2017.

Lüfel

Kapitaatio ns. suoran valinnan palveluiden korvausmuotona on kömpelö ja missään testaamaton ratkaisu

Terveysthuollon kustannusten kasvun hallinnassa kapitaatiokorvauksella on keskeinen asema.

Kapitaatio toimii toivotulla tavalla, kun rahoitetaan riittävän suuren asiakasjoukon palveluita. Kapitaation perusajatuksena on taloudellisen riskin siirtäminen maksajalta tuottajalle (ns. inverted incentives): kaikki kannusteet ylihoitoon hävitetään. Ekonomisessa teoriassa tuottajan tulisi silloin pyrkiä annetun kapitaatioraamin puitteissa kaikkien toimiensa tuottaman terveydellisen rajahyödyn tasoittamiseen (balancing the margins), jolloin tuotetun terveyshyödyn määrä maksimoituu. Analyysivälineiden puutteiden takia tavoite on toistaiseksi mielikuvatasolla, mutta jo sellaisenaan arvokas kliinisen päätöksenteon ohjaaja.

Valinnanvapauslakiluonnoksessa kapitaatiota ajatellaan sovellettavan yksilötasolla ja ns. suoran valinnan palveluihin. Ajatus on epäkypsä. Sitä tulisi tarkastella ainakin seuraavista näkökulmista:

### **Hyvinvointipalveluiden tuotannon tiivistäminen, ”integraatio”, on tärkeä uudistustavoite**

Rajoittamalla ns. suoran valinnan palvelut koskemaan ”peruspalveluita” valinnanvapauslaki sementoi ns. peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon välisen muurin. Tämä on lain suurin rakenteellinen heikkous. Hoitointegraatio tarkoittaa sitä, että asiakkaan ongelmat ratkaistaan sillä organisaatiotasolla, jossa ne ovat ratkaistavissa kustannustehokkaimmin, turvallisuudesta tinkimättä. Lain kirjoittaja pelkää ilmeisesti sairaaloihin suuntautuvaa potilastulvaa, jos erikoissairaanhoidon rohkauttaa jalkauttaa nykyistä voimakkaammin. Oikein toteutettuna erikoisosaamisen hallittu siirtäminen etulinjan läheisyyteen vähentää byrokratiaa, potilaiden pompottelua ja pienentää kustannuksia. Tämä käy hyvin esiin yhdysvaltalaisista Managed Care –ratkaisuista.

### **Yksilön vs. yhteisön kapitointi ja latauskustannukset**

Kansainväliset kokemukset kapitaatiosta perustuvat lähes kokonaan suurehkojen asiakasryhmien (>> 10 000 asiakasta) terveystalouden rahoittamiseen (Brent CJ, Poulson GP: The case for capitation. Harvard Business Review 94:102-111; 2016). Jos riskipooli pienenee, ns. latauskustannukset (loading costs) kasvavat jyrkästi. Noin kymmenen henkilön riskinarviointiin lisätään jo 40 % erilaisia riskin arviointiin perustuvia lisäkustannuksia. Jos siirrytään yksilön riskin arviointiin, kuten lakiluonnoksessa ehdotetaan, latauskustannukset kasvavat vielä tätäkin suuremmiksi. Kaikki latauskustannuksiin käytetyt voimavarat ovat poissa varsinaisesta palvelutoiminnasta.

### **Yksilön riskin arviointi**

Laissa (vvl § 65) mainitaan riskin tarvetekijöiksi ”asiakkaiden ikä, sukupuoli, sairastavuus, työssäkäynti ja muut sosio-ekonomiset tekijät.” Näistä yksilön kroonisten diagnoosien lukumäärän itsenäinen selitysosuus on silti verrattomasti suurempi kuin pelkän kalenteri-ään. Nykytietomme yksilön terveysriskin rahassa arvioidusta suuruudesta perustuu etenkin Johns Hopkins –yliopiston Adjusted Care Groups –ohjelmaan. Iso-Britanniassa Sollis Ltd on analysoinut mm. Sloughin piirikunnan asukkaiden terveysriskiä. Tulos on sama kuin USAssa: kroonisten diagnoosien lukumäärä selittää **yksilötason** terveystalouden kustannukset paljon osuvammin kuin mikään muu yksittäinen riippumaton muuttuja.



## Perustason eli ns. suoran valinnan palveluiden riskinarviointi

Sote-hankkeen kannalta asiaa mutkistaa vielä se, että kapitaatiokorvaus koskee vain suoran valinnan palveluita. Lainlaatija sotkee toisiinsa suomalaisen terveyskeskuksen palveluvalikoiman ja yleislääkärin toiminnan (vvl § 18: ”yleislääketieteen alaan kuuluva, terveydenhuollon ammattihenkilön suorittama, vastaanotolla, kotikäynneillä tai etäyhteyksien avulla toteutettava asiakkaiden oireiden, toimintakyvyn ja sairauksien tutkimus, toteaminen ja hoito”). Harha juontuu luultavasti siitä, että lainlaatija on rinnastanut suomalaisen terveyskeskuksen keski-eurooppalaiseen, usein yhden tai parin lääkäriammattinharjoittajan vastaanottoon, parhaassa tapauksessakin brittiläiseen ”surgeryyn”. Brittiläisen ammatinharjoittajalääkärin vastaanottotiloissa toimii vielä 2016 keskimäärin alle kolme (sic!) lääkäriä. Diagnostiset ja hoidolliset mahdollisuudet eivät ole mitenkään rinnastettavissa suomalaiseen terveyskeskukseen. Jos suomalaiset terveyskeskukset pakotetaan kömpelöllä kapitaatiokorvauksella pienentämään tutkimus- ja hoitomahdollisuuksiaan keskieuropalaiselle tasolle, merkitsee se jo pitkälti integroidulle järjestelmällemme vuosikymmenien mittaista taka-askelta.

## Sosiaali- ja terveyskeskus ei ole pelkkä terveyskeskus

Kapitaatiota ei ole sovellettu yhdessäkään valtakunnassa eikä milloinkaan horisontaalisesti integroituun palvelujärjestelmään, jossa sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan siis samassa hallintorakenteessa, rinta rinnan. **Tämän integraation onnistuminen määrää silti koko sote-ratkaisun onnistumisen.** Sote-keskuksen palveluiden tulee kattaa vankalla ammattiosaamisella nimenomaan päihde- ja mielenterveyspalvelut, samoin suurin osa geriatrisista palveluista, muuten hanke jää pahasti tavoitteistaan. **Tällainen integraatio toimii parhaiten alueellisella pohjalla eikä satunnaisissa, vapaaseen valintaan perustuvissa riskipoleissa** (Ham C, Alderwick H.: Place-based systems of care. A way forward for the NHS in England. The King’s Fund, 2015).

## Sote-keskusten palvelutarjoomat vaihtelevat alueellisesti

Kapitaatiokorvauksen tulisi olla sovellettavissa sujuvasti terveyskeskusten palvelutarjoamaan. Taajamien ulkopuolella kehittynyt terveyskeskus voi vastata mm. sydäntahdistimien huollosta, gastro- ja sigmoidoskopiaista, ihobiopsioista, COPD-hoidosta, uniapneahoidosta, kroonisista hemodialyysistä ja laajasta kuntoutusohjelmasta. Laki ei ota huomioon sitä, että ”tavallisilla yleislääkärin tutkimus- ja hoitotoimenpiteillä” ei tarkoiteta oikeastaan mitään.

## Palvelutarjooma muuttuu ajassa tavoitteellisesti

Laissa varaudutaan kyllä siihen, että suomalainen terveyskeskus muuttuu ajan oloon entistä tehokkaammaksi ”multi-specialty group practiceksi”. Maan harva asutus (18 henkiä /km<sup>2</sup>) tukee osaltaan tätä muutosta: osaaminen ja tieto liikkuvat, potilaat liikkuvat suhteellisesti yhä vähemmän, asiakkaiden ”pompottelu” vähenee. Miten tämän muutoksen on ajateltu vaikuttavan kapitaatiokorvaukseen? Tähän ei laissa oteta kantaa, vaan sysätään koko yksilökohtaisen kapitaatiokorvauksen mitoitus Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi. Tehtävä on kauniisti ilmaisten haastava, rehellisesti sanoen mahdoton. Suomalaisten sairaaloiden poliklinikat tulevat vastaavasti supistamaan volyymiaan terveyskeskusten vahvistuessa ja niiden tarjoaman monipuolistuessa. **Sen vuoksi eri sairauksien asiakaskohtaisen kustannusanalyysin on perustuttava yhä enemmän tuotetun hoidon kokonaiskustannuksiin (bundling) kuin eri palvelupisteissä syntyviin yksikkökustannuksiin.**

## Lähipalveluidenkin kapitaatio voi toimia riittävän suurissa väestökokonaisuuksissa

Oman maan ulkoistushankkeet tukevat sitä käsitystä, että riittävän suurien alueiden väestön peruspalveluiden kustannustehokas kapitointi on mahdollista aivan siitä riippumatta, onko tuottaja yksityinen vai julkinen. Mittareitakaan ei tarvita kovin monta, lähetefrekvenssi erikoissairaanhoidon,

peruspalveluihin jonottavien potilaiden määrä, kustannukset ja asiakastyytyväisyys. ***Oleellista on silti painottaa kapitaatiosopimuksen alueellisuutta ja sen kattamaa väestöpohjaa. Nämä ovat aivan eri asioita kuin yksilölliseen valintaan perustuva riskipoolimuodostus.***

### **Kaikki kattava kapitaatio toimii riittävässä väestöpohjassa**

Suomessa on saatu myönteisiltä vaikuttavia kokemuksia myös kokonaisulkoistuksista. On silti painotettava, että alueen asukkaiden vapaa valintaoikeus on puristunut vähiin. Oma surullinen lukunsa on Meri-Lapin ulkoistaminen ulkomaisen pääomasijoittajan vastuulle: ensi näkemältä tähän hanke näyttää oikein toteutetulta kokonaisvastuun siirroilta. Vasta sopimusteksti (kohta 4.2) paljastaa, ettei kysymyksessä olekaan kokonaisvastuun siirto, sillä päihde- ja mielenterveyspalveluiden tuottaminen jätetään julkiselle toimijalle. Koska juuri näiden asiakkaiden tapauksessa palveluintegraatio voisi osoittaa voimansa ja koska juuri näiden asiakkaiden kapitaatiosumman määrittely on kaikkein haastavinta, näemme ulkoistuksessa vain yhden uuden ja häikäilemättömän tavan käyttää julkisen päättäjän osamaattomuutta omien tulojen kartuttamiseen.

(Olisi hyvä vihdoin huomata, että asiakkaan omat valintamahdollisuudet ovat olemattomat myös suomalaisessa työterveyshuollossa, jossa työnantaja tekee sopimuksen palveluntuottajan kanssa. Analogisesti maakunta voisi siis asukkaitaan kuulematta määrätä, missä he saavat hoitoa. Maakunnallinen tuottaja sentään toimii alueellisessa demokraattisessa ohjauksessa, mikä erottaa sen for-profit tuottajasta.)

### **Kapitaatiomallin väärät houkuttimet**

Koska sote-keskuksen alueellisesti ja ajassa muuttuvan tarjoaman huomioon ottaminen on vaativa tehtävä, palvelun rahoittajalla on hyvä syy alihinnoitella kapitaatio. Tuottajan kannalta tämä merkitsee puolestaan vahvaa kannustetta tinkiä oman hoidon kustannuksista mahdollisimman paljon. Syntyy ilmiö nimeltä kustannusten siirtely (cost shifting). Käytännössä tämän on nähty johtavan lähetetulvaan (mm. Stockholms Läns Landstinget 2016) ja erikoissairaanhoidon vuosibudjetin tuntuvaan (> 1 mrd SEK) ylittämiseen. Lähetetulvan rajoittaminen hallintotoimenpitein (esim. Yhdysvaltojen soveltama preauthorization) kasvattaa puolestaan vaihdannan kustannuksia. Ellei kapitaatiokorvauksen saava yksityinen palveluntuottaja kehtaa lähettää potilasta sairaalaan, hän voi tyytyä siirtämään asiakkaan julkisen sektorin perusterveydenhuollon päivystyspisteeseen. Kummassakin tapauksessa toiminnan tehostamis- ja yhden luokun palvelutavoitteet etäännyvät: kapitaatorahat kyllä otetaan, mutta asiakkaan hoitaminen sysätään toisten vastuulle.

### **Kapitaatiokorvauksen määrittelyssä on otettava huomioon muu samanaikainen rahoitus**

Tunnettuun oululaiseen aineistoon perustuva tutkimus osoitti, että hyvinvointisektorin käyttö jakautuu väestössä erittäin epätasaisesti. Kun samat numerot siirretään koko valtakunnan tasolle ja jaetaan neljännesmiljoonan asukkaan kohortteihin, ääripäiden kapitaatoriskien suhde on 1:400 (sic!). Tuore, samalta alueelta kerätty aineisto osoittaa, että yli puolet väestöstä ei käytä vuositasolla mitään hyvinvointipalveluita. Samalla havaitaan, että pelkästään työterveyshuollon osuuden huomioon ottaminen puolittaa peruspalveluiden keskimääräiset kustannukset. Ellei tätä oteta kapitaatiosummaa määriteltäessä huomioon, ***tuottajalle tullaan maksamaan saman riskin kantamisesta kaksi kertaa.*** Tällä on erityisen suuri merkitys Suomessa, jossa työterveyshuolto on suurelta osin niiden samojen yksityisten palveluntuottajien hallussa, jotka ovat osoittaneet suurinta kiinnostusta ns. suoran valinnan palveluiden tuottamiseen.

## Mitä tulisi nyt tehdä?

- 1) arvioida kaikki meneillään olevat suoran valinnan kokeilut hyvin seikkaperäisesti
- 2) antaa etusija käynnissä oleville kokonaiskapitaatoratkaisuille pelkkien peruspalveluiden kapitaation asemesta
- 3) seurata vuoden 2017 alussa aloitettuja maakunnallisia integraatiohankkeita (Soite ja Siun sote) ja kiinnittää erityinen huomio näiden maakuntien sote-palveluiden kokonaiskustannusten kehittymiseen ja palveluiden alueelliseen saatavuuteen (odotusaikoihin ja hoitojonoihin)
- 4) luoda mahdollisuudet luotettavien vertaiskehittymis- (l. benchmarking-) järjestelmien toteuttamiseen (esimerkkinä suomalaisten teho-osastojen kaiken kattava Intensium Consortium)
- 5) edellisen tukemiseksi antaa sitovat määräykset julkisen palvelujärjestelmän sisäiselle laskentatoimelle sen läpinäkyvyyden ja vertailtavuuden parantamiseksi (tilikartat ml. kustannusten vyörytyssäännöt, sisäisen koron asettaminen, poistoaikataulut)
- 6) höllentää henkilö- ja hoitotietojen yhdistelyrajoituksia toiminnan pitkän aikavälin kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi
- 7) tarkistaa valinnanvapauslain tekstiä ainakin niin, että valinnanvapauden vaiheistaminen käy mahdolliseksi
- 8) kouluttaa juridiikan, terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja talouden asiantuntijoita maakunnallisiin järjestäjäorganisaatioihin

*Martti Kekomäki*

11.12.2017 Martti Kekomäki, sosiaali- ja terveysministeriön asettaman asiantuntijaryhmän jäsen