

Sosiaali- ja terveysministeriölle

LAUSUNTO ESITYSLUONNOKSESTA LAIKSI VALINNANVAPAUSTE SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti 13.1.2016 kolmentoista jäsenen muodostaman asiantuntijaryhmän (sote-asiantuntijaryhmä), jonka tehtävänä on tukea ja antaa asiantuntemustaan ja näkemyksiään sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen, itsehallintoalueiden perustamisen ja aluehallintouudistuksen virkamiesryhmälle ja projektiryhmälle sekä niiden alaisille valmisteluryhmille. Asiantuntijaryhmän tavoitteena on tuoda sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen edellyttämää monipuolista asiantuntemusta uudistuksen valmisteluun.

Työryhmää täydennettiin STM:n muutospäätöksellä 21.8.2017 seitsemällä jäsenellä.

Sote-asiantuntijaryhmä sai kokouksessaan 19.9.2017 käsiteltäväkseen 18.9.2017 päivätyn luottamuksellisen esitysluonnoksen laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (valinnanvapauslaki). Asiantuntijaryhmältä pyydettiin lausuntoa esitysluonnoksesta syyskuun 2017 loppuun mennessä. Lausunnon valmistelijaksi (rapporteur) valittiin prof. Lasse Lehtonen.

Tähän lausuntoon on koottu työryhmän keskeiset näkemykset sen käsiteltävänä olleesta esitysluonnoksesta. Koska esitysluonnos liittyy kiinteästi eduskunnan käsittelyssä olevaan hallituksen esitykseen maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskeväksi lainsäädännöksi (HE 15/2017 vp.), kiinnitetään lausunnossa huomioita eräisiin muihinkin sote-lakipakettiin liittyviin kysymyksiin, jotka ovat keskeisiä arvioitaessa valinnanvapauslakia ja sen vaikutuksia. Sote-asiantuntijaryhmä painottaa oheisessa lausunnossaan sote-lainsäädännön toimituutta sille asetettujen tavoitteiden valossa, mutta tuo esiin myös joitain valtiosääntöoikeudellisia ongelmia, joita ehdotettuun lainsäädäntöön voi liittyä. Lausunnossa ei käydä tarkemmin läpi vielä valmisteltavana olevan hallituksen esityksen lakitekniisiä epätarkkuuksia ja mahdollisia sisällöllisiä ristiriitoja.

Yleistä

Käsiteltävänä oleva esitysluonnos on sote-asiantuntijaryhmän käsityksen mukaan sisällöltään selkeästi parempi kuin aiempi hallituksen esitys 47/2017 vp. valinnanvapauslaiksi. Esitys on tosin sisällöltään edelleen monimutkainen ja monista toiminnallisista yksityiskohdista yritetään säätää varsin pikkutarkasti. Tämä sääntelytapa perustuu monelta osin valtiosääntöoikeudellisiin vaatimuksiin lainsäädännön tarkkarajaisuudesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden sekä asiakkaiden kannalta palvelujen kokonaisuus on edelleen vaarassa muodostua epäkäytännölliseksi ja vaikeasti hahmotettavaksi, mikä voi johtaa käytännön toiminnassa ongelmiin lainsäädännön toteuttamisessa ja heikentää asiakaslähtöistä toimintaa.

Sote-uudistuksen keskeisinä tavoitteina on sote-uudistusta koskevissa hallituksen esityksissä esitetty yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden turvaamista, hyvinvointi- ja terveyserojen vähentämistä, palvelujen asiakaslähtöisyyden lisäämistä sekä kustannusten kasvun hillintää. Nämä tavoitteet ovat kaikin puolin kannatettavia. Sote-asiantuntijaryhmä muistuttaa kuitenkin, että aikaisemmissa lainsäädäntöhankkeissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesityksessä (mm. vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki sekä järjestämislakiesitys) on lisäksi korostettu palvelujen vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta. Sosiaali- ja terveystalouden yleisenä yhteiskunnallisena tavoitteena on aina väestön terveyden parantaminen ja hyvinvoinnin lisääminen. Tämän tavoitteen on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä oltava ensisijainen muihin tavoitteisiin nähden. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tehokkuutta voidaan lisätä sekä parantamalla väestön hyvinvointia ja terveyttä annetulla kustannustasolla taikka alentamalla toiminnan kustannustasoa ilman, että väestön hyvinvointi ja terveys heikkenevät. Jos toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä ehdotettu kustannusten hillintä taikka asiakkaan toiveiden huomiointi heikentää käytettävissä olevan tutkimustiedon perusteella väestön terveyttä ja hyvinvointia, tulee ehdotuksia näiltä osin korjata. Hyvin toimivassa järjestelmässä on myös yhteiskunnan resurssit allokoitu mahdollisimman tehokkaalla tavalla.

Lainsäädännön vaikutusten arvioinnin tulee aina pohjautua olemassa olevaan ja tutkimukseen perustuvaan tietoon valittujen toimintamallien vaikutuksista. Siltä osin kun relevanttia tutkimustietoa ei ole saatavissa, on tarkoituksenmukaista pilotoida ehdotettuja toimintamalleja sekä arvioida niitä saadun tiedon perusteella ennen niiden laajamittaista käyttöönottoa.

Sosiaali- ja terveystalouden rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen pääasialliseksi rahoitusperusteeksi ehdotetaan hallituksen esityksessä 15/2017 vp. kunkin maakunnan väestömäärään perustuvaa valituilla riskitekijöillä vakiointua kapitaatiokorvausta. Samalla valtion ohjausvaltaa rahoituskehityksen noudattamisessa lisätään. Kehysbudjetointi on muiden valtioiden kokemusten valossa tehokas tapa rajata sosiaali- ja

terveydenhuollon kustannusten nousua. Sitä on käytetty mm. eurokriisin yhteydessä kriisivaltioiden sosiaali- ja terveydenhuollon budjettien tasapainottamisessa. Suomessa perustuslain perusoikeussäännökset turvaavat sosiaali- ja terveystalouden rahoituksen. Kehysbudjetointi saattaa johtaa siihen, että maakuntien talousarvioista muodostuu alijäämisiä.

Kapitaatiomallin haasteena on, että siinä on kannattavaa olla tuottamatta palvelusuoritteita. Suoriteperusteissa kustannuskorvausmallissa taas helposti kannustetaan tuottamaan liikaa suoritteita. Suomessa ei ole vielä kokemusta siitä, mikä kapitaatio- ja suoritepalkkioiden yhdistelmä tuottaisi parhaiten terveyttä ja hyvinvointia, vaikka jo 1980-90 lukujen omalääkärikokeiluissa tuottajille (lääkäri) maksettiin korvaus kapitaation ja suoritteiden yhdistelmällä yhdistettynä kiinteään peruskorvaukseen.

Yhdysvalloissa ja monissa Euroopan maissa ollaan terveydenhuollossa jo siirtymässä ns. arvo-perusteiseen tuotannon kustannusten korvauksen periaatteita (value-based healthcare, VBHC), jossa pyritään palkitsemaan tuottajia palvelujen tuottaman terveyshyödyn tai hyvinvoinnin perusteella pelkän hoitovastuulle otetun pääluvun taikka suoritemäärän sijasta. Lakiluonnoksen keskeinen ongelma on se, ettei maakunnille synny merkittäviä kannustimia säästää rahaa, kun valtio rahoittaa maakuntien toiminnan täysmääräisesti. Ehdotetussa järjestelmässä maakunnilla ei ole myöskään mahdollisuutta jakaa esimerkiksi tuotannon tehostamisen kautta syntyneitä säästöjä takaisin maakunnan äänestäjille alhaisemman veroprosentin kautta.

Yksi hallituksen esityksen 47/2017 vp. ja nyt lausuttavana olevan valinnanvapauslakia koskevan esitysluonnoksen tavoitteista on ollut lisätä yksityisen sektorin osuutta sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa. Järjestämisvastuussa olevat maakunnat suuntaavat valtiolta saamaansa rahoitusta sekä tuottajana toimivalle maakunnan liikelaitokselle että yksityisen sektorin (sisältäen yritysten lisäksi järjestösektorin) tuottajille. Jos kapitaatioperusteinen laskutusmalli siirretään suoraan myös tuottajien toiminnan korvausperusteeksi, on vaarana, että korvausjärjestelmä luo sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden tuottajille vahvan kannusteen siirtää potilas maakunnan vastuulla olevaan erityispalveluun (esimerkiksi sairaalaan, sosiaalihuollon laitoshoidon) tai olla ottamatta häntä lainkaan hoitovastuulle.

Nykyisin työterveyshuollon hoitamien potilaiden ottaminen kapitaatiokorvauksen piiriin lisää terveydenhuollon kustannuksia, muttei välttämättä tuo paljoo terveyshyötyjä. Sen valvominen, että tuottajat eivät syyllisty rahoituksen kannalta haitalliseen potilasvalintaan on paitsi vaikeaa, myös kallista. Yhtenä keinona tuottajien haitallisen potilasvalinnan välttämiseksi voisi olla, että työterveyshuollon hoitovastuulla olevat potilaat otetaan rajoitetusti tai ei lainkaan kapitaatiokorvauksen piiriin uudistuksen aloitusvaiheessa. Toinen vaihtoehto voisi olla se, että julkinen sektori tulisi nykyistä aktiivi-

semmin työterveyspalvelumarkkinoille omine palvelutarjouksineen. Tällöin työterveyspalvelut integroituisivat luonnollisella tavalla yhdeksi palvelukeskusten palvelumooideista. Tällaisista järjestelyistä on saatu myönteisiä kokemuksia mm. Keski-Suomesta.

Rahoitusjärjestelmän keskeneräisyys on edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeinen ongelma. Sote-asiantuntijaryhmä toteaaakin tältä osin, että kehysbudjetoinnin ja valtionohjauksen tuominen suomalaiseen järjestelmään on vaikeaa johtuen sosiaalisten perusoikeuksien ja tarveperusteisen rahoituksen keskeisestä asemasta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Kustannusvaikuttavan rahoitusmallin kehittäminen vaatii usean vuoden kokeiluja ja kehittämistyötä. Työ on aloitettava osin aivan alusta, sillä suomalaisella palvelujärjestelmällä ei ole edes yhteisiä sisäisen laskentatoimen sääntöjä. Maakuntien (rajattukin) verotusoikeus turvaisi tarveperusteisen sosiaali- ja terveyshuollon toteutumisen toimimalla samalla ainakin uudistuksen alkuvaiheissa uudistuksen toimintavarmuutta lisäten. Ilman verotusoikeutta maakunnat joutuvat paikkaamaan mahdollista rahoitusvajetta asiakasmaksuilla. Lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, etteivät asiakasmaksut kuitenkaan tuota terveyttä ja hyvinvointia eivätkä ohjaa terveyspalvelujen käyttöä vaikuttavampaan suuntaan. Ne sen sijaan luoda voivat vähävaraisille potilaille ja asiakkaille merkittävän kynnyksen tarpeellistenkin palvelujen käyttöön. Maan rahoitusjärjestelmä on jo nykyisellään regressiivinen (ns. Kakwani-indeksi < 0), eikä omavastuiden korottaminen korjaa tilannetta kohti rahoituksen neuraalisuutta. Pienet omavastuut hoidon kustannuksista yhdistettynä laajaan valinnanvapauteen lisäävät puolestaan merkittävästi palveluiden ylikäytön riskiä.

Terveyttä ja hyvinvointia tuovan ja yhteiskunnan kustannuksia säästävän sosiaali- ja terveydenhuollon edellytyksenä on, että sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajilla on kannustimia vaikuttavan hoidon ja hoivan toteuttamiseen. Tältä osin esitykset ovat keskeneräisiä sekä tuotteistuksen että kannustimien osalta. Eteneminen uudistuksessa ennen rahoituksellisten kannustimien luomista ja testaamista saattaa johtaa joko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintavolyymien ja kustannusten kasvuun ilman vaikutuksia väestön terveyteen tai hyvinvointiin taikka toisaalta rahoituksen leikkaukseen tavalla, joka heikentää väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Järjestäjän asema

Sote-uudistuksen kokonaisuus pyrkii järjestäjän (tilaajan) ja tuottajan erottamiseen. Useissa tällaista järjestelmää kokeilleista maista tilaajan ja tuottajan erottamisesta on luovuttu, koska malli ei pystynyt sen enempää kustannusten hallintaan kuin laadullisesti hyvän terveydenhuollon tuottamiseen. Hallituksen esityksessä liikelaitoksen muodostamista on perusteltu tilaajan ja tuottajan vahvalla eriyttämisellä. Pakkoliikelaitostaminen saattaa muodostua ongelmalliseksi joissakin maakunnissa. Tarkoituksenmukaisempaa olisi antaa maakuntien itse määrittää hallintosäännössään, miten

ne toteuttavat tilaajan ja tuottajan eriyttämisen sote-palvelujen tuotannon tehokkuutta heikentämättä.

Hallituksen esityksen perusteella maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon substanssiosaaminen on pääosin niiden liikelaitoksissa. Maakunnan pitää järjestäjänä/tilaajana pystyä määrittämään, mitä palveluja on järkevää tilata ja keneltä tuottajalta. Pelkkä palveluntuottajien hyväksymiskriteerien määrittely ei ole riittävä keino maakunnan tosiasialliseen alueensa palvelujen määrittämiseen. Maakunnan järjestämisvastuun toteutumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että järjestäjällä on vahvaa osaamista, jotta se voi suunnitella alueensa väestön palvelukokonaisuuden. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden hahmottaminen vaatii paitsi hyvää substanssiosaamista, myös erityisen vahvaa sopimusoikeudellista osaamista.

Järjestäjän tekemä tuottajien hyväksyminen edellyttää merkittävää perehtymistä kunkin tuotetun toiminnon sisällöllisiin vaatimuksiin ja niiden mittaamiseen. Kun valtakunnallisesti ei ole olemassa standardeja, suosituksia taikka tietokantoja, joiden perusteella palveluntuottajia voitaisiin kattavasti arvioida, ovat yksittäisen maakunnan mahdollisuudet tuottajien rationaaliseen hyväksymiseen samoin kuin liikelaitosten mahdollisuudet tietopohjaiseen alihankintaan rajalliset. Rajallisia ovat myös yksittäisen asiakkaan ja potilaan mahdollisuudet tehdä rationaalisia valintoja palveluyksiköiden välillä. Valinnat perustuvat helposti pelkkään palvelun saatavuuteen silloinkin, kun objektiivisesti kyseinen asiakas tai potilas ei ollenkaan tarvitsisi kyseistä palvelua.

Yksittäisen asiakkaan ja potilaan osalta asiakassuunnitelman laatiminen on esitysluonnoksessa määrätty maakunnan liikelaitoksen tehtäväksi. Käytännössä näin maakunnan liikelaitos määrittää, mitä palveluja yksittäiselle asiakkaalle ja potilaalle on järjestettävä. Asiakassuunnitelma velvoittavuus on tulkinnanvaraista, koska se ei ole luonteeltaan juridisesti sitova ja valituskelpoinen hallintopäätös. Siihen kirjataan ammattihenkilön ja asiakkaan näkemykset tarvittavista palveluista. Asiantuntijaryhmä katsoo, että asiakassuunnitelman käytännön toteutuksessa voi esiintyä runsaasti epäselvyyksiä jo siihen kohdistuvien erilaisten odotusten vuoksi.

Suomalainen julkinen terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisesti verraten ollut poikkeuksellisen tehokas ja vaikuttava. Sosiaalipalveluiden kustannukset eivät nekään ole Suomessa poikkeuksellisen korkeita. Vaikka sote-järjestelmä on kokonaisuutenaan toiminut hyvin, on meillä ollut kiistattua vaikeuksia perustason palvelujen saatavuudessa. Sote-uudistuksen nopeaa perustason palveluihin pääsyä korostava tavoite on sinänsä perusteltu. Riskinä voi kuitenkin olla terveydenhuoltojärjestelmän vaikuttavuuden heikkeneminen, jos järjestelmän resursseja käytetään liikaa itsestään paranevien tautitilojen hoitamiseen. Sosiaalihuollossa on puolestaan riskinä palveluiden sirpaloituminen ja puutteellinen integraatio terveydenhuollon palveluiden kanssa.

Maakuntien voimavarat

Eräs keskeinen muutos, joka lausunnon kohteena olevassa esitysluonnoksessa on tehty hallituksen esitykseen 47/2017 vp. verrattuna on, että maakuntien on oman tuotantonsa kautta jatkuvasti voitava varmistaa sosiaali- ja terveystalouden riittävä saatavuus alueensa väestölle taikka sinne valinnan vapauden kautta hoitoon hakeutuneelle väestölle. Terveystalouden osalta lainsäädäntöä on aiemmin muutettu niin, että päivystävien sairaaloiden määrää on rajoitettu, koska pienillä sairaanhoitopiireillä ole hallituksen terveystaloutta ja sosiaalihuoltolain muuttamista koskevan esityksen 224/2016 vp. perustelujen mukaan asiantuntemusta ja voimavaroja ns. laajan päivystystalouden järjestämiseen. Erityisesti erikoissairaanhoidon palvelut keskittyvät päivystävien sairaaloiden ympärille, koska samaa päivystävien erikoislääkäreiden työvoimaa käytetään myös kiireettömän hoidon antamiseen. Sosiaalipalveluissa suuri haaste on rakentaa nykyisellään vielä puuttuvia erityistason palveluita maakunnan tasolle osaamista ja integraatiomalleja kehittämällä.

Sote-asiantuntijaryhmä pitää hallituksen esityksessä 15/2017 vp. ehdotettua maakuntien määrää liian suurena, jotta voitaisiin varmistaa, että kaikki maakunnat pystyvät perustuslain edellyttämällä tavalla tuottamaan riittävät terveystaloutta (erityisesti erikoissairaanhoidon palvelut) väestölleen.

Sosiaali- ja terveystalouden integrointi

Sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuun integroiminen yhdelle toimijalle, maakunnalle, on esityksen ehdoton vahvuus. Tämä mahdollistaa voimavarojen aiempaa paremman allokoinnin sosiaali- ja terveystalouden eri palvelujen välillä. Sote-asiantuntijaryhmä pitää integrointimahdollisuuksien paranemista erittäin myönteisenä muutoksena

Palvelukokonaisuuksien integrointi ei kuitenkaan välttämättä tapahdu riittävästi perustason lähipalveluissa, sillä esitysluonnoksen mukaan sote-keskusten tehtäviin kuuluisi sosiaalihuollon osalta vain neuvontapalveluja. Toisaalta esitykseen on tuotu uutena elementtinä maakunnan liikelaitoksen palvelujen tuottaminen suoran valinnan palvelujen yhteydessä. Tämä on erityisen kannatettavaa sosiaalihuollon palvelujen kokonaisuuden osalta. Erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamista suoran valinnan palvelujen yhteydessä on kuitenkin syytä tarkastella kriittisesti, koska siitä aiheutuu helposti merkittäviä lisäkustannuksia maakunnille, mikäli vastaavaa resurssivähennystä liikelaitoksista ja sen henkilöstöstä ei voida tehdä. Yksityissektorin palvelukokonaisuuksien integroiminen maakunnan liikelaitoksen toimintaan ei ole helppoa. Yksityisten sote-keskusten ohjausvalta on pääosin maakunnalla sen tekemien sopimusten kautta, vaikka hoito- ja palveluketjut menevät sote-keskuksesta pääosin maakunnan liikelaitokseen. Maakuntien mahdollisuudet sopia palvelukokonaisuuksien integroimisesta asiakaslähtöisesti tullevat olemaan tosiasiallisesti varsin rajoitetut. Li-

kelaitosten vastuu asiakassuunnitelmien tekemisestä on ilmaistu esityksessä selkeästi, mutta asiakassuunnitelmat ovat hallinnolliselta ja juridiselta asemaltaan epäselviä ja muodostanevat useita käytännön ongelmia. Esitetyssä mallissa asiakkaiden palveluketjut eivät kuitenkaan toteudu saumattomasti. Integraation on tapahduttava asiakas/potilastasolla. Järjestäjällä on vastuu palveluiden integroiminen yhtenäisiksi ja kustannusvaikuttaviksi palveluketjuiksi, mutta vastuun käytännön toteuttaminen ehdotetussa mallissa on siis edellä kuvatusti hyvin hankalaa. Kustannustehokkuuden ja hoidon integraation kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että sote-keskuksen tuottaja on vastuussa kaikista kustannuksista, joita tuottajalle listautuneiden asiakkaiden sosiaali- ja terveysterveystoimista kertyy. Tällöin malli kannustaa tuottajia sekä toimivan integraation luomiseen että kustannustehokkuuteen toimintaan.

Nykyisin terveysterveystoimien integroiminen toteutetaan yhteisesti vuosien aikana luotujen hoitopolkujen avulla. Integroituminen ei siis tapahdu jonkin ulko- tai yläpuolisen toimijan toimesta vaan suoraan yleis- ja erityisosaajien välisinä toiminnallisina sopimuksina ja käytäntöinä, joita ollaan valmiita tarkistamaan voimavarojen, osaamisen ja tiedonsiirron kehittyessä. Juuri tämä joustavuus selittää osaltaan Suomen palvelujärjestelmän kustannustehokkuuden, jossa jokainen hoito toteutetaan sillä hoitohierarkkisella tasolla, jossa se on toteutettavissa pienimmin kustannuksin mutta turvallisuudesta tinkimättä.

Asiakassetelin antaminen yksittäisen palvelun osalta maakunnan liikelaitoksesta ei edistä palvelujen integroitumista tilanteessa, jossa asiakasseteliä ei voi käyttää liikelaitoksen palveluihin edes silloin, kun asiakas tai potilas niin haluaisi. Tosin asiakas voi aina kieltäytyä asiakassetelistä, jolloin hänen palvelunsa on liikelaitoksen vastuulla. Henkilökohtainen budjetti taas edellyttää palvelun käyttäjän (kehitysvammaisen, vammaisen, vanhuksen taikka mielenterveyspotilaan) itse integroivan hänen tarvitsemansa palvelut. Kansainväliset kokemukset näin laajasta henkilökohtaisesta budjetista ja sen vaikuttavuudesta puuttuvat kokonaan, eikä toimintamallin onnistumista useimmilla henkilökohtaisen budjetin käyttäjäksi ehdotetulla ryhmällä voi pitää kovin todennäköisenä. Asiantuntijaryhmä toteaa, että kun henkilökohtaisen budjetin kokeilut ovat vielä kesken, pitäisi toimintamallin käytön kirjaamiseen lainsäädäntöön suhtautua varoen.

Suoran valinnan palvelujen integroiminen yksittäisen asiakkaan ja potilaan tarvitsemiin palvelukonaisuuksiin edellyttää ajanmukaisen asiakassuunnitelman olemassaoloa. Asiakassuunnitelmaa on esityksessä kaavailtu keskeiseksi palvelujen integraation välineeksi, mutta sen hallinnollinen asema suhteessa asiakkaan ja potilaan subjektiivisiin oikeuksiin jää hyvin epäselväksi. Jo nykyisin voimassa oleva lainsäädäntö edellyttää niin asiakassuunnitelman, hoitosuunnitelman kuin kuntoutussuunnitelmankin laatimista. Niiden laatu jää helposti huonoksi ja niitä on vaikea pitää ajan tasalla asiakkaan ja potilaan tilanteen muuttuessa. Eduskunnan oikeusasiamies on toistuvasti huomauttanut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon eri viranomaisia näiden suunnitelmien puutteista.

Viranomaiset ovat omissa vastauksissaan melko säännönmukaisesti todenneet suunnitelmien laatimisen ja päivittämisen vaikeaksi joko johtuen resurssien taikka suunnitelmien vaatiman moniammatillisen osaamisen puutteista. Yksittäisten asiakassuunnitelmien antaminen maakuntien liikelaitoksen tehtäväksi johtaa todennäköisesti päällekkäiseen työhön perustasolla tapahtuvan asiakasyhteistyön kanssa ja maakuntien suureen kuormittumiseen asiakassuunnitelmien käsittelyssä. Hyviä tuloksia toimivasta palveluintegraatiosta yksittäisen asiakkaan tai potilaan tasolla on saatu käyttämällä palvelusuunnitteluun asiakasneuvojia/palveluohjaajia (case managers) taikka palvelutii-mejä. Näiden kapasiteetti on kuitenkin rajallinen ja päivittyvä palvelusuunnitelma onkin järkevää laatia vain hyvin runsaasti palveluja käyttäville asiakkaille tai potilaille. Lisäksi case-managereiden rooli voi olla korkeintaan neuvoa antava, jolloin hyvästä periaatteesta huolimatta heidän asemansa palvelujen ohjaajana voi jäädä toivottua heikommaksi. Haavoittuvien asiakasryhmien tarve case-managereille on kiistaton.

Sote-asiantuntijaryhmä toteaa, että toiminnallisen integraation toteuttaminen asettaa erityisiä vaatimuksia esitysluonnoksessa mainitulle asiakassuunnitelmalle. Vain maakunnan liikelaitoksessa on riittävää osaamista suunnitelman sisällölliseen laatimiseen. Liikelaitoksella ei nykyesityksen perusteella ole kannustimia ulkopuolisten tuottajien hyödyntämiseen. Jotta monituottajamalli olisi toimiva, tulee maakunnan järjestämistoimintojen/liikelaitosten käytössä olla asiakasneuvojia/palveluohjaajia, jotka voivat osaltaan huolehtia siitä, että merkittävässä määrin palveluja käyttävä suuraikas saa tarvitsemansa palvelut hyvin integroituna kokonaisuutena. Asiakassuunnitelman rooli palvelujen ohjaamisen välineenä on hallinnollisesti epäselvä.

Sote-keskuksen palveluvalikoima

Esitysluonnoksen mukaan sote-keskuksen palveluvalikoimaan kuuluisivat yleislääketieteen palvelut sekä sosiaalihuollon neuvonta. Rajanveto ”yleislääketieteen” erikoisalan ja muiden lääketieteen erikoisalojen välillä on häilyvä ja tulee aiheuttamaan vaikeuksia tulkinnassa. Monen eri alan erikoislääkärit (esim. sisätautilääkärit ja geriatrit) hoitavat ”yleislääketieteellisiä” potilaita, eikä ole potilaan kannalta mielekäästä jatkuvasti vaihtaa lääkäreitä. ”Yleislääketieteen” erilainen tulkinta eri maakunnissa tuo toisaalta mahdollisuuksia määrittää suoran valinnan palvelujen sisältöä ja laajuutta. Samalla se luo kuitenkin varsin kirjavan kansallisen tulkinnan mahdollisuuden, jolloin eri maakuntien suoran valinnan palvelujen vertaaminen on hyvin vaikeaa. Sosiaalihuollossa neuvonta on esityksessä kytketty hyvinvoinnin edistämiseen eikä asiakaskohtaisiin sosiaalipalveluihin, mikä niinkään aiheuttaa tulkintavaikeuksia. Sote-asiantuntijaryhmän mukaan kunkin sote-keskuksen palveluvalikoiman määrittely tulee pääosin jättää maakunnan päätettäväksi. Paikalliset tarpeet ja resurssit vaihtelevat esimerkiksi maakunnan sisällä eri alueilla niin merkittävästi, että vain sote-keskuksen palvelun sisällön minimivaatimukset tulee säätää laissa.

Sote-asiantuntijaryhmä kiinnittää huomiota siihen, että suun terveydenhoito on osa yleisterveyttä. Se on nykyisin integroitu terveyskeskuksissa osaksi hoitoketjua erityisesti riskiryhmien hoidossa. Kansanterveystyön näkökulmasta ei ole järkevää purkaa hyvin toimivaa rakennetta.

Jotta sote-uudistuksessa tavoiteltu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio toteutuisi jo lähipalveluissa, on maakunnan liikelaitoksessa tarpeellista luoda sosiaalihuollon asiantuntijatiimejä, jotka sijoitetaan sote-keskusten yhteyteen, kuten ehdotuksessa esitetään. Asiakkaille on perustalla tärkeä mahdollistaa myös sosiaalihuollon palveluiden monipuolinen saatavuus, missä esityksenä oleva yhteys maakuntaan on tarpeellinen palveluketjujen saumattomuuden toteutumiseksi. Tätä edellyttää myös voimassa oleva lainsäädäntö, jossa sosiaalihuollon palvelut perustuvat usein asiakkaan oikeusturvan takaaviin viranomaispäätöksiin (perustuslaki 124 §).

Kaiken kaikkiaan maakunnan liikelaitoksen ja sote-keskuksen toimintoja tulisi tarkastella pikemmin yhtenä kokonaisuutena kuin erikseen. Jo kerätyn tiedon perusteella on varmaa, että liikelaitos ja sote-keskus eivät toimi vain toistensa täydentäjinä, vaan myös toistensa korvikkeina. Asiakkaan koko hoitopolun kustannusten yhdistäminen (kuten Obamacaren ”bundling” Yhdysvalloissa) tavoittelee kokonaiskuvaan luomista hoidon synnyttämistä kustannuksista. Tämä on myös VBHC:n perusoivalluksia.

Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin käyttö

Yksityisen sektorin toimijoiden mukaan ottaminen muiden kuin sote-keskuksen palvelujen tuottamiseen perustuu esitysluonnoksessa pitkälti asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin käytön lisäämiseen. Palveluseteli/asiakasseteli on melko ainutlaatuinen suomalainen käytäntö, jonka tapaisten korvamerkittyjen maksusitoumusten käytöstä on muualla maailmasta jo pitkälti luovuttu joitain poikkeuksia lukuun ottamatta. Muiden maiden vakuutusperusteisissa järjestelmissä sairaanhoidon palvelut korvataan suorakorvausmenettelyllä korvaustaksojen mukaisesti. Sosiaalihuollon asiakkaan henkilökohtaisten tarpeiden vaatimia kuluja taas esim. muissa Pohjoismaissa katetaan pääosin riittävän korkeina rahamääräisinä etuuksina, jolloin vältetään monimutkaisilta ja paljon transaktiokustannuksia sisältäviltä erityisjärjestelmiltä. Suomessa politiikkana on viime vuosina ollut lisätä asiakassetelien käyttöä, pienentää sairausvakuutuksen kautta maksettuja korvauksia sekä pitää sosiaalihuollon rahamääräisten etuuksien kehitys kustannustason nousua hitaampana. Esim. vanhusten kotipalvelujen käyttöä on kuitenkin tuettu verovähennyksin (kotitalousvähennys), jolloin tuki on ennen kaikkea kohdistunut paljon veroja maksavaan väestöryhmään.

Palvelusetelin käytöstä saadut kokemukset ovat sosiaalipalveluissa (mm. vanhusten kotipalvelut) pääosin myönteiset. Tyypillistä palvelusetelillä sosiaalihuollossa tuotetuille palveluille on, että ne ovat sisällöltään yksinkertaisia ja helposti tuotteistettavissa. Terveystuollossa palvelujen tuot-

teistus ja valvonta on huomattavasti monimutkaisempaa ja kokemukset sekä hammashuollon palveluista että erikoissairaanhoidon palveluista ovat ristiriitaiset niin hoitovastuun ja hoitotulosten kuin järjestelmän kustannustehokkuuden osalta. Sote-asiantuntijaryhmän käsityksen mukaan asiakassetelillä tuotettujen palveluiden tuotteistuksen tulee olla valtakunnallista, vaikka kullekin maakunnalle jäisi päätösvalta sen osalta, missä palveluissa se asiakasseteliä hyödyntää.

Henkilökohtaisen budjetin käytön laajentamisen pitää perustua näyttöön tämän toimintamallin hyödyllisyydestä. On mahdollista, että henkilökohtaisen budjetin käyttäjäksi valikoituu ”etuoikeutettujen” pieni joukko eikä valtaosa esim. kehitysvammaisista, vanhuksista taikka mielenterveyspotilaista pysty tällaista välinettä hyödyntämään. Kun yhtenä sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, voidaan henkilökohtaisen budjetin ideologia perustellusti myös kyseenalaistaa. Henkilökohtaisen budjetin käyttäjä kun ”saa” valita palveluja ja muu asiakas ”joutuu” käyttämään hänelle osoitettuja palveluja. Henkilökohtaisen budjetin vaarana on myös, että sitä hyödynnetään ”mukavien”, muttei välttämättä vaikuttavien palvelujen käyttöön, kuten Englannin terveydenhuoltojärjestelmän NHS:n kokemukset osoittavat. Kun julkisella vallalla on lopulta vastuu riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista jokaiselle, ei henkilökohtaisella budjetilla pystytä rajaamaan palvelujen käyttöä tilanteessa, jossa henkilökohtaiseen budjettiin varatut rahat on jo käytetty.

Suomessa on sekä Ahvenanmaan maakunnan, kuntien että yliopistojen itsehallintoon vakiintuneesti katsottu kuuluvan, että vaikka valtiolta voi määrittää, mitä tehtäviä itsehallinnollinen yhteisö hoitaa, on itsehallinnollisella yhteisöllä oikeus itse päättää, miten se tehtävät hoitaa. Vaikka ehdotettu maakunnallinen ja olemassa oleva kunnallinen itsehallinto eivät ole sisällöltään identtisiä, on kyseenalaista, onko maakunnilla riittävää itsehallintoa, jos ne ovat rahoituksensa suhteen täysin riippuvaisia valtiosta ja valtiolta paitsi määrää niiden tehtävät, myös sen, miten lakisääteiset tehtävät tulee toteuttaa. Tässä valossa on epävarmaa, onko mahdollista loukkaamatta perustuslaissa turvattua alueellista itsehallintoa säätää maakunnille velvoitetta käyttää asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Tosin maakuntien itsehallintoa rajoittavia velvoitteita on hallituksen esityksessä 15/2017 vp. asetettu myös maakuntalain 114 §:ssä valtakunnallisten yhtiöiden käyttöpakon osalta. Yhtiöiden käyttöpakot ja kansalliset velvoitteet jonkun tuotantotavat käytön pakolliseen valintaan ovat kuitenkin hyvin ongelmallisia paitsi Suomen perustuslain, myös palvelujen vapaan liikkuvuuden turvaavien Euroopan unionin säännösten kannalta.

Sote-asiantuntijaryhmän näkemyksen mukaan sekä asiakassetelin että henkilökohtaisen budjetin käyttöön tulee suhtautua pragmaattisesti. Niiden käytön lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollossa ei voi olla itsetarkoitus, vaan käytön lisäämisen tulee perustua kunkin maakunnan toiminnallisiin tarpeisiin ja omaan poliittiseen päätöksentekoon. Valtiolta voi omin kannustimin huolehtia siitä,

että näitä instrumentteja käytetään silloin kun ne tuottavat vaikuttavaa ja kustannustehokasta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tämän arvioinnin tulee kuitenkin perustua tietoon ja tutkimukseen eikä pelkkiin olettamuksiin jonkun tuotantotavan vaikutuksista.

Asiakkaan ja potilaan valinnanvapauden lisääminen käytännössä

Esitysluonnoksen tarkoituksena on mm. lisätä potilaan ja asiakkaan valinnanvapautta.

Valinnanvapauden lisäämistä koskevassa keskustelussa on joissain kannanotoissa lähdetty siitä, että potilaan ja asiakkaan valinnanvapaus olisi Suomessa huono. Kansainvälisesti verraten tämä ei pidä paikkaansa. Julkisen terveydenhuollon osalta potilas voi jo nykyisin valita sekä häntä hoitavan terveyskeskuksen että sen erikoissairaanhoidon yksikön, jonne julkisen tai yksityisen sektorin lääkäri hänet lähettää. Myös päivystävän yksikön voi valita vapaasti, sillä kaikki terveydenhuollon yksiköt ovat velvollisia hoitamaan kiireellistä hoitoa tarvitsevaa potilasta. Perusterveydenhuollon palveluissa heikko palvelujen saatavuus on kuitenkin tosiasiallisesti heikentänyt valinnanvapautta työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella. Julkisen terveydenhuollon sisällä potilaalla on oikeus, tosin terveydenhuollon voimavarojen puitteissa, valita häntä hoitava lääkäri ja hänellä on Suomessa kansainvälisesti poikkeuksellisen vahvasti turvattu itsemääräämisoikeus omaa hoitoaan koskevissa toimenpiteissä. Onnistuessaan valinnanvapauslaki parantaa peruspalveluiden piiriin pääsemistä.

Sairasvakuutusjärjestelmän kautta Suomessa on perinteisesti korvattu sekä yleislääkärin että erikoislääkärin hoitokuluja, vaikka korvaustaksoja on viime vuosina jatkuvasti pienennetty. Toisin kuin monissa muissa Euroopan maissa Suomessa on voinut hakeutua sairausvakuutuksen korvaamaan hoitoon suoraan erikoislääkärille, millä on esim. naistentautien ja silmätautien hoidon osalta ollut suuri merkitys. Sairasvakuutuskorvauksen poistaminen voi heikentää valinnanvapautta tältä osin. Valinnanvapauden lisääminen sairausvakuutusjärjestelmän kautta olisi itse asiassa ollut sääntelyteknisesti huomattavasti helpompaa, kuin hallituksen esitykseen rakennettu valinnanvapausmalli.

Palvelujen vertailtavuus ja avoimuus

Valinnanvapauden rationaalinen toteuttaminen edellyttää, että sekä palvelujen järjestäjällä että palvelujen käyttäjällä on käytössään valinnan perusteeksi tarvittavat tiedot. Sote-asiantuntijaryhmä toteaa, että vertailuun tarvittavia tietoja ei toistaiseksi ole riittävästi saatavissa. Vaikka kansallinen työ on hyvin käynnistynyt, tulee kestämään vielä vuosia ennen kuin on kansallisesti määriteltä, mitä tietoja kerätään ja julkistetaan, ja ennen kuin ko. tiedot pystytään sosiaali- ja terveydenhuollon tie-

tojärjestelmistä luotettavasti poimimaan. Sote-uudistukseen liittyvät jo käynnistyneet hankkeet tietojärjestelmien uudistamiseksi eivät helpota tätä asiaa lyhyellä tähtämellä, koska valinnanvapauden perustaksi tarvittavan valtakunnallisen tietoaineiston määrittely ja maakuntien tietojärjestelmien kehittämistyö eivät etene samaa tahtia.

Hallituksen esitysluonnoksessa esitetään veloitetta sote-palveluja tarjoavien yritysten toiminnallisten ja verotietojen julkistamiseen. Tältä osin ehdotetut säännökset ovat ristiriidassa Euroopan unionin yritysten liikesalaisuuksia koskevan uuden lainsäädännön kanssa.

Uudistuksen vaiheistus ja valinnan vapauden käyttö uudistuksen alussa

Kuten perustuslakivaliokunta aiemmasta hallituksen esityksestä 15/2017 vp ja 47/2017 vp. antamassaan lausunnossaan toteaa, pitää myös sote-asiantuntijaryhmä erittäin tärkeänä, että suunniteltu laaja uudistus vaiheistetaan. Vaiheistuksen on oltava sellainen, että se mahdollistaa nyt ehdotettujen toimintamallien arvioinnin ja tarvittavan korjaamisen. Käytännössä tämä edellyttää riittävän laajoja ja riittävän pitkiä kokeiluja, uudistuksen tarvitsemien tietojärjestelmien ja laatu- ja tietojen käyttöönsä saamista jo uudistuksen alkuvaiheessa sekä niin palvelun tuottajien henkilöstön kuin palvelujen käyttäjien laajaa kouluttamista uudistuksen sisältöön ja toimintamalleihin. Vaiheistuksen tarpeesta huolimatta työryhmä katsoo, että sote-uudistuksen vieminen eteenpäin on hyvin tärkeää.

Mikäli ehdotettu valinnanvapausmalli otetaan käyttöön äkkirysäyksellä, voivat yhtäkkiset muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden asiakasmäärissä vaarantaa palvelujärjestelmän toiminnan jatkuvuuden. Vaarana voi olla mm. päivystävien lääkärien siirtyminen tehtäviin, joissa ei ole päivystysvelvollisuutta. Sote-asiantuntijaryhmän näkemyksen mukaan on tärkeää, ettei palvelujärjestelmän toiminta uudistuksen yhteydessä vaarannu. Koska vastuu 7/24 palveluista on käytännössä maakunnan liikelaitoksella, tulee potilaiden listautuminen eri palvelutuottajille toteuttaa ensivaiheessa niin, että vain ne potilaat, jotka haluavat vaihtaa liikelaitoksen sote-keskuksesta toiselle palvelutuottajalle, listataan tämän palvelutuottajan asiakkaiksi ja ne potilaat, jotka eivät ole ilmoittaneet haluaan palvelutuottajaa vaihtaa, jäävät maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi.

Uudistuksen toteuttaminen maakunnissa tulee olemaan hyvin vaikeaa ilman siirtymävaiheen rahoitusta, sillä valtaosa palvelujärjestelmän toimijoiden kustannuksista on sidottu henkilökustannuksiin. Henkilökunnan liikkuvuus esimerkiksi suoran valinnan palvelujen tuottajien ja maakunnan liikelaitoksen välillä on heikosti ennustettavissa ja vaatii huolellista suunnittelua.

Yhteenveto

Lausunnon kohteena oleva esitysluonnos on huomattavasti selvempi ja paremmin toimeenpantava, kuin aikaisempi hallituksen esitys valinnanvapauslaiksi. Koko reformikokonaisuuden erityisenä vahvuutena on järjestämisvastuun vahva integroiminen. Järjestämisvastuussa olevien maakuntien määrä on kuitenkin liian suuri, jotta niillä kaikilla olisi tosiasialliset mahdollisuudet yhdenvertaisten palvelujen tuottamiseen niitä tarvitseville.

Sote-uudistuksen merkittävät ongelmat liittyvät sen rahoitukseen. Ehdotettu kehysbudjetointi on ongelmallista perusoikeuksien toteutumisen sekä maakuntien itsehallinnon kannalta. Maakuntien verotusoikeus turvaisi hallituksen esityksiä paremmin tarveperusteisen sosiaaliturvan. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusmallin tulisi vaiheittain luoda ehdotettua paremmin kannustimia vaikuttavaan ja kustannustehokkaaseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Joltain osin ehdotettu sääntely on liian yksityiskohtaista. Liian tiukalla sääntelyllä rajataan maakuntien itsehallintoa ja vaikeutetaan niiden mahdollisuuksia suunnitella ja toteuttaa omalle alueelleen parhaiten sopivaa järjestelmää.

Esitysluonnoksessa palvelujen integraatio sote-keskuksissa jää puutteelliseksi. Perusterveydenhuollon palvelujen lisäksi sote-keskuksissa tulee paikalliset olosuhteet huomioiden olla mahdollista integroida rajoitetusti erikoissairaanhoidon ja erityisesti suun terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja eikä rajoittua vain sosiaalihuollon neuvonnalla vahvistettujen perusterveydenhuollon palvelujen tuottamiseen.

Asiakassuunnitelmalle asetettu tavoite toimia integraation välineenä vaikuttaa epäselvältä ja tullee tuottamaan runsaasti käytännön haasteita. Jos asiakassuunnitelman laatimista edellytetään suurelle osalle palvelujen käyttäjistä, on vaarana joko suunnitelmien laadun heikkeneminen taikka maakunnan liikelaitoksen toiminnan tukkeutuminen.

Palvelutuotannon ja -integroinnin välineiksi integroinnin esitettyjen asiakassuunnitelman, asiakasetelin ja henkilökohtaisen budjetin toimivuus selviää vasta riittävän laajojen ja tarpeeksi pitkien kokeilujen jälkeen. Näissä on syytä edetä jatkuvan kehittämisen kautta ilman ennalta määritellyn mallin käyttövelvoitetta.

Sote-uudistus on poikkeuksellisen monimutkainen kokonaisuus. Se ei tule kerralla valmiiksi, joten on tärkeää, että uudistuksessa on valmiutta tarvittaviin korjausliikkeisiin.

Helsingissä 2.10.2017

Pentti Arajärvi, professori

Mats Brommels, professori

Marina Erhola, ylijohtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Heikki Hiilamo, professori, Helsingin yliopisto

Jussi Huttunen, professori

Aulikki Kananoja, ylisosiaalineuvos

Martti Kekomäki, emeritusprofessori

Anne Knaapi, johtaja, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry

Anneli Pohjola, professori, Lapin yliopisto

Hanna Tainio, varatoimitusjohtaja, Suomen Kuntaliitto

Pekka Utriainen, liiketoiminnan johtaja, suunterveydenhoito, Pihlajalinna Terveys Oy

Lasse Lehtonen, professori, HY

Antti Koivula, pääjohtaja Työterveyslaitos

Toomas Kotkas, professori, Itä-Suomen yliopisto

Paul Lillrank, professori, Aalto-yliopisto

Tanja Saxell, erikoistutkija, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Katariina Silander, tutkimusjohtaja, Aalto-yliopisto

Pirkko Vartiainen, professori Vaasan yliopisto

Eriävät mielipiteet