



Medical Management Centrum

Sosiaali- ja terveysministeriö

Viite: STM 104:00/2017

Lausunto esityksestä valinnanvapauslaiksi

Keskityn tässä lausunnossa ottamaan kantaa lausuntopyynnössä esitettyihin kysymyksiin Ruotsissa saatujen kokemusten valossa. Ruotsin järjestelmä, historia ja kulttuuri tekevät vertailun Suomen olosuhteisiin ja suunniteltuihin uudistuksiin mielekkääksi.

Hanken Centre for Corporate Governance on hiljattain julkaissut ansiokkaan katsauksen¹ Ruotsin valinnanvapausjärjestelmästä. Katsauksessa viitataan tärkeimpiin valinnanvapausjärjestelmien vaikutuksia selvittäneisiin tutkimuksiin ja selvityksiin. Yhdyn suurilta osin katsauksessa esitettyihin kannanottoihin.

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

Kokemukset Ruotsista osoittavat varsin yksiselitteisesti, että kaikki väestöryhmät ovat lisänneet perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisen jälkeen. Monessa tutkimusraportissa todetaan, että hyvätuloiset ja korkeasti koulutetut ovat lisänneet palvelujen käyttöä huonotuloisia ja alhaisen koulutustason omaavia enemmän. Varhaiset havainnot Tukholmasta kuitenkin osoittavat päinvastoin, että palvelujen käyttö lisääntyi eniten alhaisen tulotason alueilla sekä niiden keskuudessa, joilla oli suuret hoitotarpeet².

Päätelmänä on että valinnanvapausjärjestelmä on parantanut palvelujen yhdenvertaista saatavuutta Ruotsissa. On täysi syy olettaa, että kaavailulla valinnanvapauslailla voidaan saavuttaa samankaltainen vaikutus Suomessa.

Vaikutukset eri väestöryhmien välisiin terveyseroihin ovat vaikeammin arvioitavissa. Terveyserot johtuvat laajasta kirjosta sosioekonomisia tekijöitä, joihin varsinkin terveydenhuol-

¹ Luotonen N. Valinnanvapaus asukkaan ehdoilla – Suomen edellytykset Ruotsin kokemusten ja kansainvälisen tutkimustiedon valossa. Tutkimusraportti. Helsinki: Hanken Centre for Corporate Governance, 2017.

² Rehnberg C, Janlöv N, Khan J, Lundgren J. Uppföljning av hushälsosystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska Institutets Folkhälsoakademi: Rapport 2010:12.

lon keinoin on vaikea vaikuttaa. Hyvinvointi- ja terveyserojen tasaamiseen tarvitaan ensisijaisesti talous- ja sosiaalipoliittisia toimia. On huomionarvoista, että ne Ruotsia koskevat julkaisut, jotka ilmoitetaan arvioivan valinnanvapauden vaikutuksia terveyden tasa-arvoon, käyttävät ”tulosuuttajana” palvelujen käyttöä. Oikeasti tutkimukset siis koskevat palvelujen saatavuutta – tätä vaikutusalueita käsittelevän edellisessä kappaleessa.

Hanken Centre for Corporate Governance-keskuksen katsaus otsikoi sivulla 51 ”B. Paljon hoitoa tarvitsevien asema näyttäisi hieman heikentyneen”. Kannanotto perustuu lähinnä Burström y.m. artikkeliin vuodelta 2017³. Artikkelin tarkastelu osoittaa, että esitetty huoli suuremman hoidon tarpeessa olevien potilaiden jäämisestä vähemmälle huomiolle perustuu kahteen haastattelututkimukseen, joihin osallistui 24 terveyskeskuksen johtajaa ja 6 terveyskeskuslääkäriä, sekä sosiaaliministeriön selvityshenkilön kannanottoon. Kuten Sveriges kommuner och landsting –järjestön vuonna 2012 laatima kysely (lähetetty 360 terveyskeskuksen johtajalle) osoittaa, mahdolliset epätoivotut vaikutukset liittyvät *korvausjärjestelmään* eikä niinkään valinnanvapausjärjestelmään. Oma (julkaisematon) tutkimuksemme Tukholmasta osoittikin, että terveyskeskusten johtajat pitivät alhaista kapitaatorahoituksen osuutta haasteena (tämä osuus oli 40 % ja käyntikohtaiset korvaukset muodostuivat 60:ksi % kokonaisrahoituksesta). Korkeampi kapitaatiokorvaus loisi enemmän liikkumavaraa terveyskeskuksille tehdä omia ammatillisia painotuksia toiminnan järjestämisessä. Mainittakoon, että kyseisen tutkimuksen jälkeen kapitaatorahoituksen osuus nostettiin Tukholmassa 60:ksi %. - Kannattaa korostaa, että lakiesityksen mukaan tulevien sote-keskuksen rahoituksesta vähintään 2/3 on kapitaatiopohjainen.

Antaako lakiluonnos riittävät mahdollisuudet asiakkaille hakeutua asiakkaan omaan tilanteeseen sopivaan palveluun?

Asiakkaalle on tarjolla ne suoravalinnan palvelut, jotka yksilöidään lakiluonnoksessa, sekä lisäksi ne palvelut, joiden kohdalla maakunta käyttää asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Tämän palvelukirjon puitteissa asiakas voi valita vapaasti palvelujen tuottajan. Ruotsista saatujen kokemusten mukaan valintaperusteina ovat palvelujen läheisyys ja käsitys palvelujen laadusta. Vaikka uusia terveyskeskuksia on eri tutkimusten mukaan perustettu ennen kaikkea alueille, joissa on suuri väestötiheys, Rehnbergin y.m. yllä siteerattu tutkimus totesi, että terveyskeskuksia oli käynnistetty myös alueille, jossa kysyntä oli suurta ja tarjonta aiemmin puutteellista. Esimerkkinä mainittiin alueet, joilla maahanmuuttajat ovat yllä esitettyinä.

Lakiluonnos mahdollistaa valinnan mahdollisuuden, mutta markkinat viime kädessä ratkaisevat, kuinka hyvin valinnanvapaus asiakkaan näkökulmasta toteutuu.

³ Burström B, Burström K, Nilsson G et al. Equity aspects of the primary care choice reform in Sweden – a scoping review. Int J Equity in Health 2017;16:29.

Jos asiakkaalla on laajoja palvelujen tarpeita, toteutuuko lakiluonnoksen perusteella asiakkaan mahdollisuus saada asianmukaisella tavalla yhteen sovittuja palveluja?

Ruotsissa maakäräjät ovat järjestämisvastuussa väestönsä terveyspalveluista sekä palvelujen rahoittajina vahvoja tilaajia. Sen sijaan sosiaalipalveluista sekä vanhusten ja vajaakkyisten ihmisten asumis-, hoiva- ja tutkimuspalveluista vastaavat kunnat. Sen vuoksi moniongelmaisten ihmisten palvelujen yhteen sovittaminen on koettu ongelmalliseksi, ja viranomaisen toiminnan koordinointiin on kiinnitetty runsaasti huomiota ja sitä yritetty eri keinoin edistää. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen perusterveydenhuollossa ei ole haastetta vähentänyt, mutta ei liioin lisännytäkään. Maakäräjien tilaajaviranomaisten harjoittama valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tarjoajien ohjaaminen sitovin sopimuksin on sinänsä tehokkaampaa kuin aiemmin harjoitettu palvelujen koordinointi.

Oma tutkimuksemme Norrtäljen kunnasta, jossa yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuolto yhteiseen palvelujen tuottajaorganisaatioon, osoitti, että tilaajaviranomainen oli sisältänyt sopimukseen yhteistyövaatimuksia⁴. Vertailu moniongelmaisten mielenterveyshäiriöitä potevien ihmisten saamiin palveluihin Norrtäljessä vapaaehtoiseen yhteistyöhön perustuvaan Södertäljen järjestelyyn toi esille, että sopimukseen sisältyvien vaatimusten rinnalla aineetomat kannusteet kuten ammatilliset tavoitteet olivat tärkeitä yhteistyötä edistäviä tekijöitä⁵. Päätelmämme on, että *toiminnallisen* integraation avulla on mahdollista aikaansaada hyvin koordinoitu palvelukirjo myös niiden ihmisten kohdalla, jotka tarvitsevat laajasti eri sosiaali- ja terveyspalveluja.

Lakiluonnos antaa maakunnilla vahvat ohjausinstrumentit edistää moniongelmaisten ihmisten yhteen sovitettujen palvelujen aikaansaamisen. Maakunnat voivat käyttää sopimusohjausta. Lisäksi lakiluonnos sisältää selkeät velvoitteet palvelujen tuottajille harjoittaa yhteistyötä kun niiden vastuulla ovat moniongelmaiset asiakkaat.

Antaako esitys maakunnille riittävät edellytykset järjestämisvastuun toteuttamiseen?

Kuten aiemmin totesin, Ruotsissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu jakautuu maakäräjien ja kuntien välille. Lainsäädäntö perustuu ”raamilakeihin”, ja päämiehet voivat varsin vapaasti päättää miten ne järjestävät palvelunsa. Suunniteltuun sote- ja maakuntauudistukseen liittyvät lait sen sijaan määrittelevät tarkasti maakuntien järjestämisvastuun ja myös ne valtuudet ja keinot, joiden avulla maakunnat ohjaavat palvelujen tuottajia, sekä oman liikelaitoksensa yksiköitä että yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita.

Esityksessä valinnanvapauslaiksi säädettäisiin, että maakunnan on 12 eri palvelun kohdalla tarjottava asiakkaalle asiakasseteliä, eli mahdollistaa että asiakas voi hankkia palvelut muun

⁴ Brommels M, Andreen Sachs M, Larsson H m.fl. Från Två till Tiohundra. Utvärdering av Norrtälje-projektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall. Stockholm: Medical Management Centrum, Karolinska Institutet, 2011.

⁵ Øvretveit J, Andreen Sachs M, Larsson H, Hansson J, Klinga C, Brommels M. Structural versus Functional Integration: Two Approaches to Creating Additional Value for Patients. Case Studies of Mental Health Services in Norrtälje and Södertälje, Stockholm County. Stockholm: Medical Management Centre, Karolinska Institutet, 2014.

tuottajan kuin maakunnan liikelaitoksen piiristä. Kuitenkin lain 24 § 3 momentin perusteella maakunta vapautuu kyseisestä velvoitteesta, ”jos se on välttämätöntä palvelujen kustannus-
tehokkaan järjestämisen perusteella” tai ”jos asiakas- tai potilasturvallisuus voi vaarantua”. Näin ollen maakunnalle jää viime kädessä mahdollisuus itse tuottaa kaikki järjestelmän toimivuuden kannalta kriittiset palvelut ja varmistua, että sillä on tähän tarvittavat voimavarat.



Mats Brommels
professori