

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Sisällys

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Perusoikeudet

Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle

Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

Voimassa olevat säännökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

Voimassa olevat säännökset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista koskevan lainsäädännön uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Sosiaalipalvelut

Terveydenhuolto

Perusterveydenhuolto

Erikoissairaanhoito

Päivystys

Työterveyshuolto

Palveluintegraation toteutuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat

Perusterveydenhuollon asiakkaat

Erikoissairaanhoidon asiakkaat

Ikääntyneiden palveluja saavat asiakkaat

Muiden sosiaalihuollon palvelujen asiakkaat

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet

Hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyä koskevat tilastot

Sosiaalihuollon palveluihin pääsy

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Valinnanvapaus sosiaalihuollossa

Valinnanvapaus terveydenhuollossa

Rajat ylittävä terveydenhuolto

Valinnanvapauden tietopohja ja kansalaisille tarjottava tieto

Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kuntaliiton kysely palvelusetelin käytöstä

Henkilökohtainen budjetointi

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut

Järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittely

Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen muodostuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kohdentuminen palveluntuottajille

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Tuotteistus ja laskutusmenettelyt

2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa

2.3 Nykytilan arviointi

3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Yleistä

4.2 Vaikutukset hallintoon ja organisaatioihin

Yleistä

Vaikutukset viranomaisten tehtäviin

Vaikutukset maakuntien organisaatioihin ja toimintaan

Vaikutukset muihin viranomaisiin

Vaikutukset valtion ohjaustehtävään

Aluekehitysvaikutukset

4.3 Taloudelliset vaikutukset

Yleistä

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen

Vaikutukset maakuntien talouteen

Taloudelliset vaikutukset yrityksiin ja palvelujen tuottajiin

Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen

4.4 Tietoyhteiskuntavaikutukset

4.5 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin

Kielelliset oikeudet

Sukupuolivaikutukset

4.6 Vaikutukset palvelujen tuotantoon

Vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluihin

Yritys, kilpailu- ja markkinavaikutukset

4.7 Vaikutukset henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään

5 Asian valmistelu

5.1 Valmisteluvaiheet ja -aineisto

5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen

6 Riippuvuus muista esityksistä

YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT

1 Lakiehdotusten perustelut

2 Tarkemmat säännökset ja määräykset

3 Voimaantulo

4 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

LAKIEHDOTUKSET

Rinnakkaistekstit

1 Johdanto

Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen sisältyy valinnanvapauden laajentaminen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen. Hallitus on linjannut valinnanvapautta koskevia yleisiä periaatteita 7. marraskuuta 2015 ja tarkentanut näitä linjauksia 5. huhtikuuta ja 29. kesäkuuta 2016. Hallituksen linjausten mukaan asiakkaan valinnanvapaus olisi jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveystaluuksissa. Asiakas voisi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluja ja turvata ihmisten nykyistä nopeampi hoitoon pääsy ja palvelujen saanti. Tarkennuksissa linjataan varsinkin valinnanvapauden edellytyksenä oleva monituottajamalli.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilöryhmän tekemään oman ehdotuksensa siitä, millaisia valinnanvapausmallin ja monikanavarahoituksen toteutus voisivat olla. Ryhmän puheenjohtajana toimi professori Mats Brommels. Selvitysryhmä luovutti väliraporttinsa perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle 15. maaliskuuta 2016, ja loppuraportti julkaistiin 31. toukokuuta 2016 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37).

Loppuraportissaan selvityshenkilöt esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen rahoitus tapahtuisi jatkossa kahdessa vaiheessa: valtio rahoittaa järjestämisvastuussa olevia maakuntia ja maakunnat maksavat korvauksia järjestelmän piiriin hyväksytyille palveluntuottajille.

Selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakkaan vähintään puoleksi vuodeksi kerrallaan valitsema asiointipaikka olisi järjestelmään erikseen hyväksytty väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, jonka tulisi tarjota seuraavat palvelut: sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kasvatus- ja perheneuvonta, päihdetyö, mielenterveystyö, yleislääkärin vastaanotto (mukaan lukien diagnostiset tutkimukset), terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäisen vastaanotto, lasten- ja äitiysneuvola, sekä muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Muut peruspalvelut olisivat valinnanvapauden piirissä, mutta edellyttäisivät erillisen sosiaali- ja terveyskeskuksen eteenpäin ohjauksen.

Ehdotuksen mukaan maakunta päättäisi valtion vahvistamien periaatteiden mukaisesti, mitkä määritellyt osat erikoissairaanhoitosta ja sosiaalihuollon erityispalveluista ovat asiakkaan valintojen piirissä. Asiakas valitsisi palvelujen tuottajan saatuaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta lähetteen tai palveluohjauksen taikka viranomaisen etuuspäätöksen.

Valtio päättäisi selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakasmaksuista, jotka olisivat samoista palveluista yhteneväiset. Maakunta tekisi sopimuksen tuottajan kanssa ja päättäisi tuottajalle maksettavan korvauksen määrästä valtion vahvistamien periaatteiden perusteella. Sosiaali- ja terveyskeskus voisi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä. Maakunta maksaisi voittopuolisesti kapitaatioperusteisen korvauksen listautuneiden asiakkaiden peruspalvelujen järjestämisestä.

Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi sairaanhoitovakuutusta vastaava osuus kerättäisiin ehdotuksen mukaan osana valtionverotusta ja tämä osuus yhdistettäisiin maakunnille maksettavaan rahoitusosuuteen. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneista kustannuksista ei enää maksettaisi korvausta sairaanhoitovakuutuksesta. Työterveyshuoltoa, lääkehuoltoa, matkakustannuksia,

kuntoutusta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on tarkasteltu selvityshenkilöiden raportissa erikseen.

Hallitus sopi 29. kesäkuuta 2016 reformiministerityöryhmässä käytyjen neuvotteluiden jälkeen valinnanvapauslainsäädännön jatkovalmistelusta. Hallituksen linjausten mukaan suomalaisen valinnanvapausmallin lähtökohdaksi halutaan ihmisten erilaiset palvelutarpeet. Linjauksissa todetaan, että valinnanvapausmalliin harkitaan otettavaksi neljä erilaista valinnanvapauden keinoa: laajasti perustason palveluja tarjoava sosiaali- ja terveyskeskus, suppeamman palveluvalikoiman omatiimi tai sote-asema, palveluseteli ja henkilökohtainen budjetointi.

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Perusoikeudet

Suomen perustuslaki tuli voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2000. Perusoikeusuudistukseen johtaneen perusoikeussäännösten muuttamista koskevan hallituksen esityksen mukaan uudistuksella pyrittiin lähentämään sisällöllisesti toisiinsa kotimaista perusoikeusjärjestelmää ja kansainvälisiä ihmisoikeusvelvoitteita.

Perustuslain 1 §:ssä todetaan, että Suomen valtiosääntö on vahvistettu perustuslaissa. Valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana julkisen vallan velvollisuuksien sisällön arvioimiselle. Se vaikuttaa myös arvioitaessa perusoikeuksien rajoitusten sallittavuutta.

Perustuslain 2 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin. Kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa muihin nähden eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltö ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuusperiaate ulottuu myös alaikäisiin, sillä perustuslain 6 §:n 3 momentti velvoittaa kohtelemaan lapsia tasa-arvoisesti yksilöinä. Toisaalta lapset tarvitsevat vajaanvaltaisina ja aikuisia heikompana ryhmänä erityistä suojelua ja huolenpitoa.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon. Pykälän 1 momentti on muista perusoikeuksista poiketen kirjoitettu subjektiivisen oikeuden muotoon. Subjektiivisella oikeudella tarkoitetaan yleensä etuutta, jonka jokainen säädetty edellytykset täyttävä on oikeutettu saamaan. Viranomaisen ei siten voi itsenäisesti päättää velvoitteen toteuttamisesta, sisällöstä tai alasta. Subjektiivinen oikeus on periaatteessa suojattu taloudellisista suhdanteista johdetuilta tulkintojen heilahduksilta. Säännöksen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on viimesijainen vähimmäissuoja, joka yhteiskunnan on kaikissa olosuhteissa taattava. Säännös edellyttää myös ihmisarvoisen elämän edelly-

tykset turvaavien palvelujen järjestämisestä. Kyse on julkiseen valtaan kohdistuvasta, yksilöä koskevasta vastuusta.

Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistämään väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Perustuslain 21 § sisältää oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä ja hyvän hallinnon takeita koskevat perussäännökset. Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi asianmukaisesti ja ilman aiheutonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Jokaisella on myös oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. Pykälän 2 momentin mukaan käsittelyn julkisuus sekä oikeus tulla kuulluksi, saada perusteltu päätös ja hakea muutosta samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet tulee turvata lailla.

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan tehtävänä on turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkiselle vallalle asetettu turvaamisvelvollisuus korostaa perusoikeuksien tosiasiallisen toteutumisen merkitystä. Säännös suojaa yksilöä myös suhteessa kolmansiin.

Perustuslain 118 §:ään sisältyvät virkavastuuta koskevat säännökset. Säännökset täydentävät perustuslain 2 §:n 3 momenttia, jonka mukaan kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Perustuslain 118 §:n 1 momentissa säädetään virkamiehen vastuusta omien virkatoimiensa lainmukaisuudesta ja 2 momentissa esittelijän vastuusta. Perustuslakia koskevan hallituksen esityksen perustelujen mukaan säännösten tarkoittama virkamiesten ja esittelijöiden vastuu toteutuu muussa lainsäädännössä olevien säännösten kautta. Sovellettaviksi voivat tulla muun muassa rikoslain 40 luvun virkarikossäännökset. Perustuslain 118 §:n 3 momentissa säädetään rikosoikeudellisesta ja vahingonkorvausoikeudellisesta vastuusta julkista tehtävää hoidettaessa. Säännöksen mukaan jokaisella, joka on kärsinyt oikeudenloukkauksen tai vahinkoa virkamiehen tai muun julkista tehtävää hoitavan henkilön lainvastaisen toimenpiteen tai laiminlyönnin vuoksi, on oikeus vaatia tämän tuomitsemista rangaistukseen sekä vahingonkorvausta julkisyhteisöltä taikka virkamieheltä tai muulta julkista tehtävää hoitavalta sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Yksilön oikeus ei riipu siitä, onko tehtävää hoitanut virkamies tai viranomaiskoneiston ulkopuolinen. Rikosoikeudelliseen virkavastuuseen sovelletaan rikoslain 40 lukua. Vahingonkorvausvastuuseen ja sen jakaantumiseen toisaalta työnantajan ja julkisyhteisön ja toisaalta työntekijän ja virkamiehen välillä sovelletaan vahingonkorvauslakia (412/1974).

Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle

Perustuslain 124 §:ssä säädetään niistä edellytyksistä, joita on noudatettava, kun julkisia hallintotehtäviä luovutetaan muille kuin viranomaisille. Säännöksen mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Säännöksen sanamuodolla korostetaan sitä, että julkisten hallintotehtävien hoitamisen tulee pääsääntöisesti kuulua viranomaisille ja että tällaisia tehtäviä voidaan antaa muille kuin viranomaisille vain rajoitetusti. Hallintotehtävien uskominen viranomaiskoneiston ulkopuoliselle on toisin sanoen aina poikkeus pääsäännöstä. Perustuslakivaliokunta on eri yhteyksissä esittänyt näkemyksensä siitä, että perustuslain 124 §:n mukaisella järjestelyllä voi etenkin yksityisen oikeusasemaan olennaisesti vaikuttavissa tilanteissa olla vain viranomaistoimintaa täydentävä ja avustava luonne.

Julkisella hallintotehtävällä viitataan perustuslain 124 §:ssä verraten laajaan tehtävien kokonaisuuteen, johon kuuluu esimerkiksi lakien toimeenpanoon sekä yksityisten henkilöiden oikeuksia, velvollisuuksia ja etuja koskevaan päätöksentekoon liittyviä tehtäviä (HE 1/1998 vp). Lakisääteistä julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvelvollisuutta on pidettävä perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna julkisena hallintotehtävänä. Hyvinvointipalvelujen valtiosääntöinen perusta nojaa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Säännös ei edellytä, että julkisyhteisöt huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta. Julkisen vallan on kuitenkin turvattava sosiaali- ja terveystalvelujen riittävä saatavuus.

Sosiaalipalveluja tarjoavat viranomaisten ohella laajasti myös yksityiset palveluntuottajat. Sosiaalipalvelujen tuottamista on pidettävä julkisen hallintotehtävän hoitamisenä silloin, kun palvelu perustuu julkiselle vallalle asetettuun lakisääteiseen toimeksiantoon. Tällaiseen toimintaan sisältyy usein myös toimivaltuuksia käyttäjä julkista vastaa.

Etenkin terveydenhuollon alalla on keskenään kilpailevia julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia. Yksityinen lääkäritoimi ei muodosta perustuslain 124 §:ssä tarkoitettua julkista hallintotehtävää, ellei palvelun tarjoaminen perustu ostopalvelusopimuksen perusteella suoritettavaan julkisyhteisön lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen.

Hallituksen esitystä uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi käsitellessään perustuslakivaliokunta piti tärkeänä sitä, että kun hallintotehtävä uskotaan laissa tai lain nojalla muulle kuin viranomaiselle, tulee säännöspäruusteisesti taata oikeusturvan ja hyvän hallinnon vaatimusten noudattaminen tässä toiminnassa. Lisäksi valiokunta korosti, että siltä osin kuin tällainen hallintotehtävä saattaa pykälän rajoissa merkitä julkisen vallan käyttöä, on erityisesti varmistuttava siitä, että valtaa käyttävät ovat virkamiehiä rikoslain mielessä (HE 1/1998 vp - PeVM 10/1998 vp).

Hyvään hallintoon liitetty palveluperiaate edellyttää, että julkisten palveluiden tuottamista arvioidaan myös hallinnon asiakkaina olevien yksityisten henkilöiden näkökulmasta. Tämän periaatteen on katsottu saavan sisältönsä perustuslain 21 §:n 2 momentista ja se on kirjattu myös hallintolain 7 §:ään. Hallintolain esitöiden mukaan julkisia palveluja järjestettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivien valinnanvapauteen. Perustuslain 124 §:n esitöissä mainitun yksityisten henkilöiden ja yhteisöjen tarpeiden huomioon ottamisen on katsottava korostuvan etenkin yksilön perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkityksellisten palvelujen kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kohdalla.

Erityisesti tarkoituksenmukaisuusharkinta edellyttää hallinnonalakohtaista tuntemusta. Perusteluissa on kyettävä osoittamaan, miksi julkisen hallintotehtävän antamista ulkopuoliselle on pidettävä viranomaisorganisoimintaa tarkoituksenmukaisempana vaihtoehtona. Vaikka perustuslain 124 §:n mukaisessa tarkoituksenmukaisuusharkinnassa on kiinnitettävä huomiota myös taloudellisiin vaikutuk-

siin, eivät taloudelliset vaikutukset voi olla yksinomaisia perusteita tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa.

Perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna merkittävänä julkisen vallan käyttönä pidetään esimerkiksi itsenäiseen harkintaan perustuvaa oikeutta käyttää voimakeinoja tai puuttua muuten merkittävällä tavalla yksilön perusoikeuksiin. Tällaisia valtuuksia ei säännöksen mukaan saisi antaa muille kuin viranomaisille (HE 1/1998 vp).

Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto käsittää pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, kuten hoitoa ja hoitoa. Tähän sisältyy myös julkisen vallan käyttöä sekä merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä toimia. Esimerkiksi päätettäessä tahdosta riippumattomasta hoidosta tai huollosta tai muista perusoikeuksia merkittävästi rajoittavista toimenpiteistä käytetään merkittävää julkista valtaa. Perusoikeuksien rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa säädetään kehitysvammalaissa, mielenterveyslaissa, lastensuojelulaissa, päihdehuoltolaissa (41/1986) ja tartuntatautilaissa (583/1986).

Mielenterveyslain 2 luvussa säädetään henkilön tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta. Mielenterveyslain 4 a luvussa taas säädetään edellytyksistä, joiden perusteella mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otettuun taikka hoitoon tai tutkimukseen määrättyyn henkilöön voidaan kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Perusoikeuksien rajoittamisen yleisistä edellytyksistä on säädetty mielenterveyslain 22 a §:ssä.

Päihdehuoltolain 2 luku koskee hoitoa tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattomassa päihdehuollossa oleva henkilö voidaan eristää lain 26 §:n mukaisesti. Säännöstä tarkentaa päihdehuoltoasetuksen (653/1986) 14 §. Lain 27 §:n nojalla henkilöltä voidaan ottaa toimintayksikön haltuun päihteitä tai niiden käyttöön liittyviä välineitä taikka turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Erikseen määritellyin perustein on mahdollista suorittaa henkilöön käyvä tarkastus ja postin tai muun lähetyksen tarkastaminen.

Tartuntatautilaissa säädetään tartuntatautien vastustamistyöstä sekä siihen liittyvistä perusoikeuksia rajoittavista toimenpiteistä, kuten henkilön ja tavaran määräämisestä karanteeriin, henkilön määräämisestä olemaan poissa ansiotyöstä, päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta sekä henkilön eristämistä sairaanhoitolaitokseen. Eduskunnalle on annettu 25.2.2016 hallituksen esitys tartuntatautilain kokonaisuudistukseksi, jonka yhteydessä myös rajoitustoimenpiteiden käyttöä koskevia säännöksiä tullaan uudistamaan.

Lastensuojelulain 8 luvussa säädetään lapsen kiireellisestä sijoituksesta ja 9 luvussa huostaanotosta. Lastensuojelulain 40 §:ssä eritellään perusteet, joiden toteutuessa lapsi on otettava huostaan ja hänelle on järjestettävä sijaishuolto. Lapsi voidaan vastaavin perustein myös sijoittaa kiireellisesti lastensuojelulain 38 §:n mukaisesti.

Lastensuojelulain 10 luvussa säädetään sijaishuollon järjestämisestä ja 11 luvussa sijaishuollossa toteutettavasta perusoikeuksien rajoittamisesta. Lain 64 § sisältää rajoitustoimenpiteiden käytölle asetetut yleiset edellytykset. Sen mukaan laitoshuoltona järjestettävän sijaishuollon aikana lapseen saa 65—73 §:n nojalla kohdistaa rajoitustoimenpiteitä vain siinä määrin kuin sijaishuoltoon johta-

neen päätöksen tarkoituksen toteuttaminen, lapsen oma tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus taikka muun mainituissa säännöksissä säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii.

Kehitysvammalain 32 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä erityishuollon toimintayksikköön tahdostaan riippumatta, jos hän ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia, hän todennäköisesti vakavasti vaarantaa terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja hänen hoitoaan ja huolenpitoaan ei voida järjestää muulla tavoin. Laissa on nimenomaisesti lueteltuna ne rajoitustoimenpiteet, joita voidaan käyttää tahdosta riippumattomassa ja vapaaehtoisessa erityishuollossa.

Sosiaalihuollossa julkista vallankäyttöä sisältyy myös muun muassa sosiaalihuoltoon liittyvään päätöksentekoon, ilmoitusten vastaanottamiseen ja niistä seuraaviin toimiin, asiakasmaksuja koskevaan päätöksentekoon, lastenvalvojan tehtäviin sekä adoptioon liittyviin tehtäviin. Terveys- ja terveydenhuollossa julkista valtaa käytetään aiemmin esitetyn lisäksi esimerkiksi kuolemansyyn selvittämiseen liittyvissä tehtävissä sekä virka-apua pyydettyinä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

Voimassa olevat säännökset

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyn velvoitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuun käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuuta, oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välille sosiaali- ja terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuja tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla. Järjestämisvastuuseen kuuluu myös vastuu palvelujen järjestämisestä, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen. Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä.

Sosiaalihuollon järjestämisvastuusta säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa (710/1982). Uudella, pääosin 1 päivänä huhtikuuta 2015 voimaan tulleella sosiaalihuoltolalla (1301/2014), jäljempänä uusi sosiaalihuoltolaki, kumottiin suurin osa vuoden 1982 sosiaalihuoltolaista, mutta sosiaalihuollon hallintoa ja järjestämistä koskevat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 2 luvun säännökset jäivät kuitenkin muutamien muiden säännösten lisäksi voimaan uuden sosiaalihuoltolain rinnalla. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin sosiaalihuoltolaissa tai muutoin säädetään. Uuden sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään lisäksi, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilöllä on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut kotikuntalaisissa (201/1994) tarkoitettulta kotikunnaltaan tai siltä kuntayhtymältä, johon kotikunta kuuluu, ellei muualla laissa toisin säädetä

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n perusteella sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä sekä niistä tehtävistä, jotka muussa laissa säädetään sosiaalilautakunnan taikka muun vastaavan toimielimen tehtäväksi, huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Kuntayhtymän huolehtiessa kahden tai useamman kunnan koko sosiaalihuollosta sen on asetettava vastaava toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitetun toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää laissa tarkemmin säädettyin edellytyksin toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumatonta huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta. Sosiaalityöntekijällä, jonka toimielin on tehtävään määrännyt, on lain 12 §:n nojalla oikeus toimielimen vahvistamien perusteiden ja yleisten ohjeiden mukaisesti toimielimen puolesta päättää myös kiireellisissä tapauksissa tahdosta riippumattoman huollon antamisesta ja siihen liittyvistä muista toimenpiteistä ja näissä tapauksissa käyttää toimielimen puhevaltaa itse tai asiamiehen välityksellä.

Kunnalliseen sosiaalihuoltoon sovellettavassa uudessa sosiaalihuoltolaissa säädetään hyvinvoinnin edistämisestä, sosiaalipalveluista, sosiaalihuollon toteuttamisesta, palvelujen laadun varmistamisesta sekä muutoksenhausta sosiaalihuoltoa koskeviin päätöksiin. Lain tarkoituksena on siirtää painopistettä erityispalveluista yleispalveluihin, vahvistaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja tiivistää viranomaisten yhteistyötä. Asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi laissa määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Asiakkaalla on oikeus niihin palveluihin, joilla turvataan välttämätön huolenpito ja toimeentulo sekä lapsen terveys ja kehitys. Laissa määritellään lisäksi keskeisiä kunnissa jo käytössä olevia sosiaalipalveluja, kuten asumis- ja laitospalvelut. Sosiaalihuoltolain lisäksi osasta sosiaalipalveluja ja niiden saamisperusteista on omat väestö- tai asiakasryhmäkohtaiset erityislakinsa, jotka määrittävät sosiaalihuollon sisältöä oman erityisalueensa osalta huomattavasti yleislakina toimivaa sosiaalihuoltolakia laajemmin ja yksityiskohtaisemmin.

Lastensuojelulain (417/2007) 11 §:n nojalla kunnan on huolehdittava siitä, että ehkäisevä lastensuojelu sekä lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina sitä tarvitaan. Kunnassa lastensuojelun toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä vastaa sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki) säädetään palvelujen ja tukitoimien järjestämisen vastuusta, suunnittelusta ja rahoituksesta, elinolojen kehittamisestä, yhteistyöstä ja muutoksenhausta sekä vammaisille tarkoitetuista palveluista. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Kunnan velvollisuutena on huolehtia, että vammaisille tarkoitettut palvelut ja tukitoimet järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve.

Kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) säädetään erikseen kehitysvammaisten erityishuollon hallintorakenteista. Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisen osalta maa on jaettu kehitysvammalain perusteella erityishuoltopiireihin. Erityishuollon järjestämisvelvollisuus kuuluu lain 6 §:ssä tarkoitetuille erityishuoltopiirien kuntayhtymille, mutta myös yksittäiset kunnat voivat järjestää erityishuoltoa. Kunnan järjestäessä erityishuoltoa erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Toimeentulotuesta annetussa laissa (1412/1997) säädetään toimeentulotuesta, joka on sosiaalihuoltoon kuuluva viimesijainen taloudellinen tuki, jonka tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuen avulla turvataan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo. Vuoden 2017 alusta alkaen perustoimeentulotuen myöntämisestä vastaa Kansaneläkelaitos ja täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämisestä kunta.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Terveydenhuoltolakia (1326/2010) sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain mukaiset palvelut on eroteltu perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita.

Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiireihin. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on 20 kappaletta. Kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Erikoissairaanhoidossa kunta on velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiiriin hallintoon ja hoitamaan laissa säädetty erikoissairaanhoidon tehtävät sen kautta.

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård). Sosiaalihuollon puolestaan järjestävät Ahvenanmaalla kunnat. Kehitysvammaisten erityishuollon palvelut tuottaa kuntayhtymä, Ålands Omsorgsförbund, johon kaikki Ahvenanmaan kunnat kuuluvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelujen käyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevassa hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetaan säädettäväksi maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä niiden yhteinen voimaanpanolaki. Lisäksi esityksessä on maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen edel-

lyttämät muutokset muuhun lainsäädäntöön. Esityksessä on tämän mukaisesti ehdotus maakuntien rahoituslaiksi sekä ehdotukset kuntien rahoitusta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, maakuntien ja kuntien henkilöstöä koskevan lainsäädännön, vaalilainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi.

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa. Maakunnat olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Uudet maakunnat olisivat alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia eräin yksittäisiä kuntien koskevin poikkeuksin. Maakuntien ylin päättävä toimielin olisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Maakunnat hoitaisivat niille lailla säädettäviä tehtäviä. Keskeisiä tehtäviä olisivat sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi. Lisäksi erikseen valmistellaan eräiden ELY-keskusten, TE-toimistojen ja aluehallintovirastojen sekä maakuntien liittojen ja ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirtäminen maakuntien vastuulle. Maakuntalaissa olisi maakuntien toimintaa, taloutta ja hallintoa koskevat säännökset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu perustettaville maakunnille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi kuitenkin edelleen kuntien tehtäväksi, minkä lisäksi maakuntien pitäisi myös omassa toiminnassaan huolehtia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta. Yhteistyöalueeseen kuuluvat maakunnat laatisivat nelivuositain yhteistyösuunnitelman. Maakuntien toiminnassa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotettaisiin toisistaan. Palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustettaisiin maakunnan liikelaitos. Sen vastuulla olisi muun muassa merkittävää julkista valtaa sisältävien palvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuottaminen.

Tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa monipuolistetaan siten, että maakunnan omistamalla sekä yksityisillä ja kolmannen sektorin palvelun tuottajilla on tasapuoliset toimintaedellytykset tuottaa kaikkia markkinoilla olevia palveluja. Samalla toteutetaan asiakaskeinen palveluintegraatio. Siinä huolehditaan asiakkaiden palvelutarpeiden kokonaisarviointista ja tähän perustuen varmistetaan tarvittavien palvelujen joustava ja oikea-aikainen saatavuus ja toteutuminen. Maakunnat veloitettaisiin myös edistämään asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia.

Valtion mahdollisuutta ohjata maakuntien vastuulle kuuluvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ehdotetaan samalla vahvistettavaksi. Valtioneuvosto vahvistaisi joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuololle. Maakuntien pitäisi ottaa tavoitteet huomioon omassa toiminnassaan ja myös yhteistyösopimusten valmistelussa. Valtioneuvosto voisi antaa maakuntia sitovia hallintopäätöksiä palvelurakenteesta, laajakantoisista ja merkittävistä investoinneista sekä tietohallinto- ja tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisesta. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö neuvottelee vuosittain maakuntien kanssa niiden järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisesta.

Maakuntien toiminta rahoitetaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. Rahoituksesta säädettäisiin maakunnan rahoituslailla. Rahoitus määräytyisi laskennallisesti osin maakunnan asukasluvun ja osin palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella. Valtion rahoitus olisi maakunnille yleiskatteellista.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa oleva henkilöstö siirtyy ehdotuksen mukaan maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirien ja kehitysvammaisten erityishuoltopiirien kuntayhtymät ja maakuntien liitot sekä niiden omaisuus, vastuut ja velvoitteet siirtyvät maakunnille. Lisäksi kunnista siirtyisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämiseen liittyvä irtain omaisuus.

Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden erikseen säädettävien palvelujen ja tehtävien järjestämisvastuu siirtyisi kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille vuoden 2019 alusta lukien.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

Voimassa olevat säännökset

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksistä säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Kunnassa tulee vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaan olla sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus. Uuden sosiaalihuoltolain 41 § mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista.

Vastaavasti terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Terveydenhuoltolaissa edellytetään myös, että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on lisäksi vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Oikeudesta toimia sosiaalihuollon ammattihenkilönä säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), jossa on säännökset sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, ammatinharjoittamisoikeuden rekisteröinnistä, ammattihenkilöiden ohjauksesta ja valvonnasta sekä valvontaviranomaisten tehtävistä ja työnjaosta. Oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettussa laissa (559/1994). Mainitut lait sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koskevat sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintoja varten kunnalla on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymällä on terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksiä koskevat vaatimukset sisältyvät yksityisistä sosiaalipalveluista annettuun lakiin (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annettuun lakiin (152/1990). Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n mukaan toimintayksikössä tu-

lee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Toimitilojen tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivat. Henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Lain 5 §:n mukaan toimintayksiköllä tulee olla vastuhenkilö, joka vastaa siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 3 §:n mukaan terveydenhuollon palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asianmukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lain 5 §:n mukaan palvelujen tuottajalla tulee olla lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista koskevan lainsäädännön uudistus

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu hallituksen esitysluonnos laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta, jossa yhdistettäisiin yksityisiä ja julkisia sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista ja palvelun tuottajia koskeva lainsäädäntö samaan lakiin. Lailla kumottaisiin voimassa oleva yksityisistä sosiaaltalveluista annettu laki ja yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvia sosiaali- ja terveystalveluja sekä yksityisiä sosiaali- ja terveystalveluja. Palvelun tuottajalla tarkoitettaisiin ehdotetun maakuntalain mukaista maakunnan liikelaitosta, yksityistä henkilöä sekä yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä, säätiötä ja muuta yhteisöä, joka tuottaa laissa tarkoitettuja sosiaali- ja terveystalveluja.

Aluehallintovirastot ja Valvira ylläpitäisivät yhdessä palvelun tuottajien rekisteriä rekisteröinti-, valvonta ja tilastointitehtäviä varten. Kaikki sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat ja palvelut sisältyisivät samaan rekisteriin. Nykyisistä lupa- ja ilmoitusmenettelyistä olisi tarkoitus luopua ja säätää jatkossa kaikkia palvelun tuottajia koskevasta rekisteröintimenettelystä niiden oikeudellisesta muodosta riippumatta. Palvelua tuottava taho rekisteröitäisiin ensin ja tämä antaisi yleisen kelpoisuuden toimia yksityisenä palvelun tuottajana. Palvelun tuottaja ilmoittaisi tietyt perustiedot, kuten nimen ja yhteystiedot, ja muut tarvittavat tiedot viranomainen saisi viran puolesta ja maksutta muilta viranomaisilta. Palvelun tuottajan rekisteröinti ei siis olisi sidottu tuotettaviin palveluihin, vaan antaisi lähtökohtaisen kelpoisuuden tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erikseen säädettäisiin, että silloin kun palveluyksikön toiminta sitä sen laatuun tai laajuuteen nähden edellyttää, viranomainen voisi ennen palveluyksikön rekisteröintiä selvittää tarkemmin toimintaedellytysten täyttämisen eli pyytää tarkempia tietoja palvelun tuottajalta tai toteuttaa ennakkotarkastuksen palveluyksikössä. Rekisteriviranomaisen olisi tehtävä päätös palvelun tuottajan rekisteröimisestä, palveluyksikön rekisteröimisestä sekä sen muutoksesta tai hylkäämisestä.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin, että sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttamisessa käytettävien toimitilojen ja välineiden on oltava riittävät ja asianmukaiset. Toimitilan ja toiminnan olisi oltava terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle tai tutkimukselle sopiva ja turvallinen. Toimitilojen olisi tuettava asiakkaiden ja potilaiden sosiaalista vuorovaikutusta. Toimitilojen, toimintaympäristön ja välineiden suunnittelussa ja käytössä olisi otettava huomioon esteettömyys sekä asiakkaiden ja potilaiden yksilölliset tarpeet ja yksityisyyden suoja.

Sosiaali- ja terveystalvelun toteuttamisessa olisi ehdotuksen mukaan oltava palvelun tuottajan toiminnan edellyttämä henkilöstö. Henkilöstön määrän olisi oltava riittävä asiakkaiden ja potilaiden palvelujen tarpeeseen ja lukumäärään nähden. Henkilöstön määrää arvioitaessa olisi otettava huomioon asiakkaiden ja potilaiden hoivan ja hoidon tarve ja siinä tapahtuvat muutokset. Henkilöstöllä olisi oltava palvelun tuottajan toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kirjattu perustuslain 19 §:ään, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistettävä väestön terveyttä ja tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on määritelmänsä mukaisesti yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä (mm. STM Raportteja ja muistioita 2012:17). Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kattaa sairauksien, tapaturmien, syrjäytymisen ja muiden sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisyn sekä työ- ja toimintakyvyn parantamisen ja yhteisöllisyyden, osallisuuden ja turvallisuuden parantamisen. Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintalohkoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnan kaikille toimialoille ja edellyttää kunnissa toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä. Sosiaalihuoltoon kuuluvaa hyvinvoinnin edistämistä ovat eri toimijoiden tarjoaman tuen koordinointi, neuvonta, ohjaus ja muut matalan kynnyksen palvelut, rakenteellinen sosiaalityö sekä edellytykset sosiaalista hyvinvointia edistävälle toiminnalle. Lisäksi sosiaalitoimen tulee osallistua hyvinvointivaikutusten huomioon ottamiseen sekä kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien edistämiseen. Edistävän ja tukevan toiminnan lisäksi hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan myös hyvinvointiin kielteisesti vaikuttavien tekijöiden ja ilmiöiden ehkäisemistä ja torjuntaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen.

Kuntalain 1 § velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestää palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla. Lisäksi lain 37 § velvoittaa kuntia laatimaan kuntastrategian, jossa on otettu huomioon kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarviointiin päätöksenteossa ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee lain 12 §:n mukaan seurata asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmistettava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot kunnassa tulee määritellä. Sairaanhoidopiirin kuntayh-

tymä on velvoitettu tarjoamaan asiantuntemusta ja tukea terveyden toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämiseen alueellisesti (36 §). Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa.

Sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämisestä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Uuden sosiaalihuoltolain 8 ja 9 §:n mukaan kunnallisten viranomaisten on seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden ja lasten ja nuorten hyvinvointia, sekä poistettava epäkohtia ja ehkäistävä niiden syntymistä. Sosiaaliset näkökohdat on otettava huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoimissa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämässä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Kuntien on sosiaalihuoltolain 7 §:n mukaan huolehdittava rakenteellisella sosiaalityöllä sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittymisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu: 1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista; 2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi; 3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia säännöksiä on myös nuorisolaissa (72/2006), alkoholilaissa (1143/1994), tupakkalaissa (549/2016) ja asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) sekä työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämisestä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityislaeissa, kuten lastensuojelulaissa (417/2007), vammaispalvelulaissa (380/1987), vanhuspalvelulaissa (980/2012), . päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990).

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja siihen sisältyvä eriarvoisuuden vähentäminen, osallisuuden vahvistaminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ovat kunnan perustehtäviä. Kuntalain, sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain mukaan tehtävä kuuluu kunnassa kaikille hallinnonaloille, osana kunkin hallinnonalan omia perustehtäviä. Tehtävät sovitetaan yhteen kuntastrategiassa ja niiden toimeenpanosta ja rahoituksesta päätetään toiminnan ja talouden suunnitelmassa. Kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pitkäjänteinen työ tarvitsee kunnassa pysyvät, hallinnonalat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet. Ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten on suositeltu, että kunnat nimeävät eri toimialojen johtohenkilöistä koostuvan hyvinvointityöryhmän, jonka puheenjohtaja on kunnan johtoryhmän jäsen. Hyvinvointityöryhmän alaisuudessa sisältökysymysten valmistelussa ja toimeenpanossa toimii sisällöllisiä työryhmiä tai asiat valmistellaan sillä toimialalla, joka pääasiassa vastaa näistä asioista. Toiminnan ja talouden suunnittelua, johtamista, seuranta ja raportointia varten on kehitetty kuntajohdon työkaluksi sähköinen hyvinvointikertomus, joka toimii kunnassa johtamisen ja ohjauksen välineenä, myöhemmin myös kansallisen ohjauksen välineenä.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn kansallinen ohjaus on lainsäädännön ohella painottunut informaatio-ohjaukseen, johon ohjelmaohjauksen lisäksi luetaan kuntien kanssa tehtävä käytäntöjen, toimintamallien ja menetelmien kehittäminen, koulutus ja tutkimustiedon levittäminen viestin-

nän keinoin. Viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevia kansallisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisia yhteistyöohjelmia on ollut runsaasti, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001—2015), Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2008—2011), Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008—2011) sekä Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste (2008—2011, 2012—2015), jossa yhtenä läpikulkevana tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Näiden lisäksi kansallisia ohjausinstrumentteja ovat olleet laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat. Ohjelmaohjausta on kritisoitu ohjelmien runsaslukuisuudesta ja siitä, ettei ohjelmia tunneta kunnissa. Ohjelmien tavoitteet ovat kuitenkin sisältyneet melko hyvin kuntien tekemiin suunnitelmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjaa, käytäntöjä, menetelmiä ja työvälineitä yhdessä kuntien ja alueiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuutta kunnissa toimialakohtaisilla terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaavilla kuntakyselyillä. Lisäksi aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira, ympäristöterveydenhuollossa myös Evira ja Tukes, seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa.

Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluja järjestetään tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Uuden sosiaalihuoltolain 11 §:ssä määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Tarvetta vastaavan tuen tulee perustua henkilön omien kykyjen ja voimavarojen tunnistamiseen ja mahdollistaa henkilön mahdollisimman itsenäinen ja omaehtoinen toiminta.

Sosiaalihuoltolain 14 §:ssä on määritelty, mitä palveluja kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä asiakkaiden tuen tarpeisiin vastaamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, kotipalvelu ja asumispalvelut. Tuen tarpeisiin voidaan vastata sosiaalihuoltolaissa määriteltyjen palvelujen lisäksi muissa laeissa säädetyillä sosiaalipalveluilla. Kunnalla on myös mahdollisuus järjestää muita asiakkaan tuen tarpeisiin vastaavia, hyvinvoinnille välttämättömiä palveluja. Suurin osa sosiaalihuoltolain mukaisista sosiaalipalveluista on ns. määrärahasidonnaisia palveluja, joiden myöntämisessä kunta voi käyttää harkintaa. Myös näiden palvelujen myöntämisen pitää kuitenkin aina perustua yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin. Palveluja järjestettäessä on ensisijaisesti otettava huomioon, mitä sosiaalihuoltolain 12 ja 13 §:ssä säädetään välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon sekä lapsen terveyden ja kehityksen turvaamisesta. Lisäksi laissa on säädetty palvelukohtaisia oikeuksia tiettyjen palvelujen saamiseen.

Sosiaalityötä tehdään myös osana muita erityislainsäädännössä määriteltyjä palveluja kuten esimerkiksi lastensuojelu, vammaispalvelut ja iäkkäiden henkilöiden palvelut. Lastensuojelua on lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu, jota toteutetaan silloin kun lapsi ja perhe ovat lastensuojelun asiakkaina. Lastensuojelun lisäksi kunnan tulee järjestää lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ehkäisevää lastensuojelua, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana.

Vammaisten henkilöiden tarvitsemat sosiaalipalvelut järjestetään ensisijaisesti osana yleistä palvelujärjestelmää sosiaalihuoltolain mukaisesti. Jos vammaisen henkilö ei saa riittäviä ja hänelle sopivia palveluja tai etuuksia sosiaalihuoltolain tai muun lain nojalla, hänen tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet järjestetään vammaispalvelulain ja sitä täydentävän vammaisuuden perusteella järjestet-

tävistä palveluista ja tukitoimista annetun asetuksen (759/1987, vammaispalveluasetus) mukaisesti. Kehitysvammalain mukainen erityishuolto kuuluu lain 1 §:ssä rajatulle asiakasryhmälle eli henkilöille, joiden kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Erityishuollon palvelut on lueteltu kehitysvammalain 2 §:ssä. Niitä ovat muun muassa työtoiminnan ja asumisen järjestäminen sekä terveydenhuolto. Erityishuoltoon kuuluvista kuljetuksista säädetään 39 §:ssä. Vammaislainsäädännön uudistamistyö on parhaillaan meneillään. Tarkoituksena on, että uusi laki tulisi voimaan yhtä aikaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain kanssa vuoden 2019 alussa.

Iäkkäiden henkilöiden palveluita koskee vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012, vanhuspalvelulaki). Sosiaalihuoltolakiin taas on sisällytetty iäkkäiden palvelujen saantia edistävä ja turvaava subjektiivinen oikeus palvelutarpeen arviointiin. Terveydenhuoltolain 20 § säätelee iäkkäiden neuvontapalveluja.

Sosiaalipäivystyksellä tarkoitetaan välttämättömien ja kiireellisten sosiaalipalvelujen ja muiden tukitoimien järjestämistä siten, että henkilön tarvitsema välitön turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokaudenajasta riippumatta. Sosiaalipäivystyksen järjestämisestä säädetään sosiaalihuoltolain 29 §:ssä. Velvoitteita ympärivuorokautisen sosiaalipäivystyksen järjestämiseen sisältyy myös useisiin muihin voimassa oleviin säännöksiin.

Terveydenhuolto ja terveystalvelut

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Näistä terveyskeskus on ainoa kaikille avoin palvelukanava. Terveystalvelusten palveluihin kuuluvat lääkärivastaanoton lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotto, terveystalveluvonta, neuvolapalvelut, suun terveydenhuollon palvelut sekä päivystys. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, jotka järjestetään kouluissa ja oppilaitoksissa. Palveluiden lisäksi terveyskeskuksissa seurataan ja edistetään väestön terveyttä. Terveystalvelusten toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa ja terveyskeskusten toiminnan järjestämisestä säädetään kansanterveyslaissa. Perusterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja annetaan sairaaloissa. Vaativimmista hoidoista vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Yksityiset sairaalat täydentävät julkisia palveluita muun muassa tarjoamalla päiväkirurgisia leikkauksia. Sairaaloiden toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa, ja sairaaloiden toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoitolaissa. Erikoissairaanhoidon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

Päivystys

Päivystyksessä annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Ympäri vuorokautinen päivystys järjestetään suurten terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteydessä. Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään terveydenhuoltolaissa sekä päivystysasetuksessa (782/2014).

Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolain (1383/2001) ja Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten perusteella työnantajan velvollisuutena on järjestää kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- tai muita terveydenhuollon palveluita.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai yhdessä muiden työnantajien kanssa tai ostaa ne terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Työnantaja valitsee työterveyshuollon palveluntuottajan eikä työntekijällä itsellään ole oikeutta valita palveluntuottajaa.

Työterveyshuollon järjestämisen kustannuksista työnantajalla on oikeus työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään sidottuun korvaukseen, joka rahoitetaan sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta.

Palveluintegraation toteutuminen

Asiakaskeskeisyyden periaatteen mukaisesti integraatiota on tarpeen tarkastella erityisesti palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Palveluintegraatiolla palveluprosesseista muodostetaan sujuvia kokonaisuuksia. Integraatio tarkoittaa, että asiakkaan saama palvelu on eheä ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus, jossa erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja ja osaamisia joustavasti yhdistetään asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamiseksi mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Ihmisen näkökulmasta palvelu on tällöin oikea-aikaista ja siinä yhdistetään eri osaamisia ja palveluvalikoiman keinoja oikealla tavalla vaikuttavaksi kokonaisuudeksi ja ihminen pulmineen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena. Sujuvien kokonaisuuksien myötä asiakas ei joudu tai koe joutuvansa pompottelun kohteeksi.

Tällä hetkellä asiakas voi saada kunnan, kansanterveystyön kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä perusterveydenhuollon palveluita, kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä sosiaalihuollon palveluita, kuntayhtymän tuottamia erikoissairaanhoidon palveluita tai vammaispalveluita, palvelusetelillä tuotettavia palveluita, työterveyshuollon palveluita, Kelan korvaamia terveyspalveluita, asiakkaan kokonaan itse maksamia palveluita ja asiakkaan itse toteuttamia asioita (omahoito). Asiakasryhmätasolla sairaanhoitopiirit ovat laatineet diagnoosilähtöisiä hoitoketjuja. Jonkin verran on myös laadittu sosiaalihuollon palveluketjuja. Yksittäisen asiakkaan kohdalla on laadittu terveydenhuollon hoitosuunnitelmia ja sosiaalihuollon palvelusuunnitelmia sekä lukuisia muita sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön mukaisia suunnitelmia. Asiakkaan näkökulmasta palvelut eivät muodosta selkeää kokonaisuutta eikä palveluintegraatio toteudu. Erityisesti tilanteesta kärsi-

vät paljon eri palveluita käyttävät asiakkaat. Käytännössä lähes kaikki tarvitsevat jossain elämänvaiheessa integroituja palveluita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat

Perusterveydenhuollon asiakkaat

Vuonna 2014 terveyskeskuksen eri palveluja käytti noin 3,7 miljoonaa eri asiakasta. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon palveluja (lääkäri- ja hoitajavastaanotot) käytti 2 750 000 asiakasta. Lapset käyttivät eniten neuvolapalveluja, työikäisen väestön käynnit kohdistuvat avosairaanhoitoon, työterveyshuoltoon ja äitiysneuvolapalveluihin, ja vanhimmissa ikäryhmissä kotisairaanhoito oli merkittävin palvelumuoto.

Terveyskeskukset antoivat palveluja käytännössä jokaiselle maamme 0–6-vuotiaalle. 7–14 vuotiaistakin vain hyvin pieni osa oli sellaisia, joilla vuoden aikana ei ollut lainkaan kontaktia terveyskeskuksen palveluihin. Lääkäripalvelujenkin käyttö oli kattavinta alle vuoden ikäisillä. Myös 1–6-vuotiaista lapsista yli 70 prosenttia oli vuoden aikana käynyt lääkärin vastaanotolla. Lääkäripalveluja oli vielä 7-14-vuotiaistakin käyttänyt vajaat 60 prosenttia. Viidennes tästä ikäluokasta oli käynyt yksityissektorilla.

Työikäisistä (25–64-vuotiaat) noin 40 prosenttia käytti terveyskeskuspalveluja. 25–64-vuotiaat ovat usein asiakkaina muualla kuin terveyskeskuksissa. Työnantajat tarjosivat sairaanhoitopalveluja osana 1,7 miljoonan henkilön työterveyshuoltoa. Siitä, kuinka moni heistä vuoden aikana käytti työterveyshuollon palveluja, ei ole tilastotietoa.

Ikäryhmässä 65–74-vuotiaat oli terveyskeskuspalvelujen käyttäjiä hiukan yli 60 prosenttia, ja 85 vuotta täyttäneistä käyttäjiä oli 85 prosenttia. Yli kolmannes käytti Kelan korvaamia yksityislääkäripalveluja vielä 85 vuotta täytettyään. Sitä nuorempien, 75–84-vuotiaiden vastaava luku oli peräti 44 prosenttia.

Terveyskeskusten vuodeosastohoidossa oli vuonna 2014 yhteensä noin 143 300 potilasta. Potilaiden keskimääräinen ikä oli 77 vuotta.

Terveyskeskusten järjestämää suun terveydenhuoltoa sai vuoden 2014 aikana 1 825 652 asiakasta. Noin kaksi kolmasosaa heistä oli alaikäisiä. Yli 85-vuotiaista enää alle 20 prosenttia kävi suun terveydenhuollossa terveyskeskuksessa. Kelan tilastojen mukaan yli 85-vuotiaista hiukan yli 20 prosenttia oli yksityisten hammaslääkärien asiakkaita. Koko väestöstä yli kolmannes sai yksityisiä hammaslääkäripalveluja.

Erikoissairaanhoidon asiakkaat

Erikoissairaanhoidossa hoidettiin 1,8 miljoonaa eri potilasta (ilman psykiatrian palveluja). Vuodeosastolla hoidettiin 640 000 potilasta. Erikoissairaanhoidon avopalveluissa kävi 1,7 miljoonaa eri potilasta. Kaikki ikäluokat käyttävät erikoissairaanhoitoa melko tasaisesti. Erikoissairaanhoitoa tarvitsevat elämänsä aikana käytännössä kaikki, ja vajaa kolmannes väestöstä on sen asiakkaana vuoden kuluessa. Tilanne on pysynyt vuosien saatossa vakaana. Noin 40 prosenttia asiakkaista saapuu sairaaloiden vuodeosastohoitoon päivystyksen kautta.

Suomessa tuhannesta asukkaasta 30 on vuoden aikana saanut psykiatrian erikoisalan palveluja. Vuonna 2014 psykiatrisessa vuodeosastohoidossa oli 25 552 potilasta. Psykiatrisessa avohoidossa oli 160 615 potilasta ja käyntejä oli 1,9 miljoonaa. Vuodeosastohoidon hoitajaksoja oli keskimäärin 1,5 ja avohoidon käyntejä 11,6 potilasta kohti. Suurin osa psykiatrisen vuodeosastohoidon potilaista oli työikäisiä. Vuonna 2014 työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus oli 78 prosenttia. Yli 65-vuotiaita oli 15 prosenttia ja 0–14-vuotiaita 7 prosenttia kaikista vuodeosastohoidon potilaista.

Ikääntyneiden palveluja saavat asiakkaat

Vuoden 2014 lopussa ikääntyneiden palveluita sai 11 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä, 22 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja 44 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Näihin palveluihin luetaan säännöllinen kotihoito, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito. Kokonaisasiakasmäärä oli vuoden 2014 lopussa suurempi kuin 2000-luvun alussa, mutta palveluja käytti pienempi osuus ikääntyneistä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2015 marraskuussa kaikkiaan 73 300. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 56 500 oli 75 vuotta täyttäneitä. Tämä oli 11,8 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Asiakkaista alle 65-vuotiaita oli 6 401. Kotihoidon asiakkaiden osuus on vuodesta 2000 jälkeen vaihdellut tasaisesti 11–12 prosentin välillä ikääntyneistä.

Laitos- ja asumispalvelujen 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli vuonna 2014 noin 57 000. Tässä ikäryhmässä ympärivuorokautisen palveluasumisen eli tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä oli 37 130, ja tavallisen palveluasumisen asiakkaita 4 698. Vanhainkotihoitossa oli 11 159 asiakasta, ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa 2920.

Muiden sosiaalihuollon palvelujen asiakkaat

Toimeentulotuen asiakas on yleisin sosiaalihuollon palvelujen asiakas. Vuonna 2014 asiakkaita oli noin 390 000 henkilöä, eli 7 prosenttia väestöstä. Tämä koski 250 000 kotitaloutta. Perustoimeentulotukea sai 233 639 ja täydentävää toimeentulotukea 102 342 kotitaloutta. Vuonna 2014 toimeentulotukea saavien väestöosuus oli suurin nuorilla aikuisilla. Lainmukaisten määräaikojen noudattaminen toimeentulotukihakemusten käsittelyssä on vakiintunut niin, että vain noin 3 prosentissa tapauksista lakisääteiset käsittelyajat ylittyivät.

Vuonna 2014 lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli 90 269 lasta ja nuorta. Huostassa oli 10 675 lasta vuonna 2014. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli kaikkiaan 17 958 lasta ja nuorta. Kiireellisesti sijoitettiin 3 773 lasta. Lastensuojeluilmoitus tehtiin 63 707 lapsesta. Lastensuojeluasiana vireillä olleiden palvelutarpeen arvioinnin käsittely alkoi 98 prosenttisesti (39 459 kappaletta) lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa.

Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaaksi saattoi pääsääntöisesti hakeutua itse ilman lähetettä tai maksusitoumusta. Kasvatus- ja perheneuvolapalveluja oli kunnissa joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluna tai kokonaan erillisenä palveluna. Asiakkaita oli 48 500. Heistä 41 prosenttia oli kouluikäisiä. Aikuisia, 22 vuotta täyttäneitä, oli 35 prosenttia asiakkaista. Alle kouluikäisiä oli 19 prosenttia asiakkaista ja 16–21-vuotiaita 5 prosenttia.

Vuonna 2014 päihdehuollon avopalveluissa oli 8,5 asiakasta tuhatta asukasta kohden. A-klinikoilla kävi 41 133 asiakasta ja nuorisoasemilla 5 423 asiakasta. Kuntien kustantamissa päihdehuollon katkaisuhuoltopalveluissa asioi 11 675 asiakasta. Kuntouttavan päihdehoidon laitiasiakkaita oli 5 015. Päihdehuollon asumispalveluja käytti 4 008 asiakasta ja ensisuoja 2 228 asiakasta. Huumeiden käyttäjien matalan kynnyksen terveysneuvontapisteissä asioi 14 300 asiakasta vuonna 2014. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oli 2 400 asiakasta. Päihdehuollon huumeiasiakkaat olivat pääosin miehiä (67 prosenttia) ja valtaosin 20–39-vuotiaita (79 prosenttia). Asunnottomia heistä oli 9 prosenttia.

Kuljetuspalvelu on asiakasmäärältään suurin vammaispalvelulain mukainen palvelu. Vuonna 2013 kuljetuspalvelua sai noin 101 800 asiakasta. Henkilökohtaisen avun asiakkaita oli vuonna 2013 noin 15 000. Henkilökohtaisen avun yleisin järjestämistapa oli henkilökohtainen avustaja -järjestelmä, jossa asiakas toimii henkilökohtaisen avustajan työnantajana. Vammaispalvelulain mukaista päivätoimintaa sai yhteensä noin 1 500 asiakasta.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa oli vuoden 2014 lopussa noin 1 241 asiakasta. Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakasmäärä oli noin 7 145 henkilöä. Alle 65-vuotiaille tarkoitettua muuta palveluasumista sai vuoden lopussa 2 521 asiakasta. Asiakkaista 77 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa. Muu palveluasuminen tarkoittaa tässä ensisijaisesti vaikeavammaisille tarkoitettua palveluasumista.

Psykiatrian asumispalveluja sai vuoden 2014 lopussa 8 055 henkilöä. Asiakkaista 56 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa.

Kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2013 arviolta 24 200 henkilöä, joista 5200 oli alle 25-vuotiaita. Sosiaalisia luottoja myönnettiin vuonna 2013 kaikkiaan 1 053 henkilölle.

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet

Perustuslain itsemääräämisoikeuteen liittyvien perusoikeussäännösten lisäksi yksilön aseman ja kohtelun kannalta keskeisiä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jäljempänä potilaslaki ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki. Lait koskevat sekä julkista että yksityistä toimintaa.

Sosiaalihuollon asiakaslakia sovelletaan sosiaalihuollon kaikkiin palveluihin ja asiakasryhmiin ja niin julkisiin kuin yksityisiin palveluihin. Sosiaalihuollon asiakaslain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Laissa on myös säännöksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Asiakaslaki sääntelee myös tietojen antamista asiakkaalle. Lain mukaan sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Jos asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan palvelujensa suunnitteluun taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja, on asiakkaan tahtoa säännösten mukaan selvitettävä yhdessä hänen laillisen edustajansa tai omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Alaikäisen asiakkaan toivomukset ja mielipide on selvitettävä ja otettava huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon toimissa, jotka koskevat alaikäistä, on ensisijaisesti otettava huomioon alaikäisen etu.

Sosiaalihuollon järjestämisen tulee perustua viranomaisen tekemään päätökseen tai yksityistä sosiaalihuoltoa järjestettäessä sosiaalihuollon toteuttajan ja asiakkaan väliseen kirjalliseen sopimukseen. Laki velvoittaa laatimaan sosiaalihuollon asiakkaalle palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muun vastaavan suunnitelman, jollei kyse ole tilapäisestä neuvonnasta tai ohjauksesta tai jollei suunnitelman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeetonta.

Potilaslaissa säädetään potilaan kohtelusta ja itsemääräämisoikeudesta terveydenhuollossa. Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytävissä. Itsemääräämisoikeutta koskevat potilaslain säännökset ilmentävät tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaslaissa säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Hoitoon tulee tällöin saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Tämän henkilön tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa.

Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumuksesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Oikeuskirjalli-

suuden mukaan alaikäinen on kykenevä päättämään hoidostaan silloin, kun hänellä on asian laatuun nähden riittävä kypsyys, hänelle on annettu riittävä tieto eri hoitovaihtoehdoista ja niiden seurauksista, hän on harkinnut asiaa sen laatuun nähden huolellisesti ja hän on ilmaissut tahtonsa ilman pakkoa tai painostusta. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tällöinkin lasta on kuultava ja hänen mielipiteensä on otettava huomioon hänen kehitysasteensa ja asian laadun edellyttämällä tavalla. Alaikäisen huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei potilaslain 9 §:n 4 momentin mukaan ole oikeutta kieltää alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa.

Hoitoon pääsy

Hoitoon pääsystä ja hoidon saatavuudesta säädetään terveydenhuoltolaissa. Lain 47 §:n mukaan henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta. Edelleen lain 48 §:n mukaan henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman palvelujen saamiseksi. Lain 49 §:n mukaan potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Lain 50 §:ssä säädetään kiireellisestä hoidosta. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään lain 51 §:ssä. Potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoitoon pääsystä säädetään lain 52 §:ssä. Sen mukaan sekä kiireellisen että lähetetseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai ham-

maslääketieteellisin perustein. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttä.

Terveydenhuoltolain 55§:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein.

Hoitoon pääsyä koskevien säännösten lisäksi Suomessa on ollut käytössä valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet vuodesta 2005 alkaen. Niiden tarkoitus on ollut vahvistaa hoitoon pääsyä samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Pääosa yhtenäisistä hoitoon pääsyn perusteista on käsitelty lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Perusteita on täydennetty aika ajoin. Viimeisin sähköinen julkaisu on vuodelta 2010 (STM:n selvityksiä 2010:31). Perusteet eivät ole sisältäneet kiireellistä hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän uudistamaan yhtenäisiä hoidon perusteita ja hoitoon pääsyä. Tarkoituksena on ensivaiheessa toteuttaa säädösmuutokset siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä joustavoitetaan ja mahdollistetaan hoitoon pääsy myös sähköisen hoidon tarpeen arvion ja sähköisen ajanvarauksen kautta. Hoidon saatavuus -alatyöryhmän kokoamasta muistiosta on tehty lausuntoyhteenveto.

Hoitoon pääsyä koskevat tilastot

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä. THL:n vuoden 2015 lopussa julkaisemien perusterveydenhuollon tietojen mukaan lokakuussa 2015 lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa odotettiin vastaanotolle pääsyä yli kolme kuukautta. Lääkärin avosairaanhoidon kiireettömistä vastaanottokäynneistä 48 prosenttia toteutui viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Hoitajan kiireettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä. Saman tilaston mukaan perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 58 prosenttia tapahtui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Yli kuusi kuu-

kautta hoitoon pääsyä odotettiin noin viidessä prosentissa kaikista hammaslääkärikäyntitietonsa toimittaneista terveyskeskuksista. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Seitsemässä prosentissa käynneistä odotusaika oli yli 91 päivää.

Sosiaalihuollon palveluihin pääsy

Sosiaalihuollon palvelujen piiriin pääsystä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Lain 33 §:ssä säädetään, että yleiset kunnalliset sosiaalipalvelut on toteutettava siten, että ne soveltuvat kaikille asiakkaille. Tarvittaessa avun ja tuen tarpeessa oleva ihminen on ohjattava erityispalvelujen piiriin. Palvelut on lähtökohtaisesti toteutettava siten, että niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa.

Tiedot siitä, minkälaisia sosiaalipalveluja on mahdollista saada, miten niitä voi hakea ja mitkä ovat palvelujen saamisen perusteet, on julkaistava helposti saavutettavalla ja ymmärrettävällä tavalla.

Lain 29 §:ssä säädetään siitä, että sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välittömän avun turvaamiseksi. Sen mukaan päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden.

Lain 34 §:n mukaan sosiaalihuoltoasia tulee vireille hakemuksesta tai kun kunnan sosiaalityöntekijä on muutoin tehtävässään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeessa olevasta henkilöstä.

Oikeus sosiaalihuollon palveluihin perustuu lain 36 §:n mukaiseen palvelutarpeen arviointiin. Avun tarve on kiireellisissä tapauksissa arvioitava välittömästi. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta, jos henkilö on yli 75-vuotias tai henkilö saa vammaisuuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta.

Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla 39 §:n mukaisella asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnissa todettuihin ja asiakassuunnitelmaan palvelutarpeisiin vastaavista palveluista on asiakkaalle tehtävä kirjallinen päätös siten kuin lain 45 §:ssä säädetään. Asian käsittelemisestä ja päätöksenteosta säädetään lisäksi hallintolaissa. Myös erityislainsäädännössä on palvelun saamiseen liittyviä säädöksiä. Esimerkiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 7 §:ssä säädetään palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta siten, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kun kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on myös järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti.

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Valinnanvapaus sosiaalihuollossa

Valinnanvapaudella tarkoitetaan sosiaali- tai terveydenhuollon asiakkaan oikeutta vaikuttaa siihen, missä häntä tai hänen asioitaan hoidetaan.

Sosiaalipalveluja järjestetään asiakkaan kanssa yhteistyössä tehdyn palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti. Tuen tarpeet ja niihin vastaavat palvelut, jotka kunnan on järjestettävä, on määritelty sosiaalihuoltolaissa. Asiakkaan mahdollisuudesta osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen säädetään sosiaalihuollon asiakaslaissa. Sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä tehdään hallintopäätös. Asiakasta on muun muassa kuultava ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä hallintolain ja sosiaalihuollon asiakaslain mukaisesti. Sosiaalihuoltolain keskeisenä periaatteena on, että sosiaalihuoltoa koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu.

Sosiaalihuoltolaissa ei ole säännöksiä asiakkaan oikeudesta valita sosiaalihuollon toteuttajaa. Asiakkaalla on oikeus kuitenkin osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toisaalta lailla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä on lisätty asiakkaan valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli on nykyisin käytössä iäkkäiden, vammaisten sekä lasten ja perheiden palveluissa sekä omaishoidossa. Valinnanvapaus on lähtökohtana myös vammaispalvelulain mukaisen henkilökohtaisen avun järjestämisessä etenkin työnantajamallissa (asiakas on työnantaja, joka palkkaa valitsemansa avustajan ja käyttää direktio-oikeutta siinä avussa, jota saa) sekä palvelusetelillä järjestetyssä henkilökohtaisessa avussa.

Sosiaalihuoltolain 60 §:ssä säädetään toisen kunnan sosiaalipalvelujen ja hoitopaikan hakemisesta. Se, joka haluaa muuttaa toisen kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sellaisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä itsenäisesti, voi hakea tämän kunnan sosiaalipalveluja ja hoitopaikkaa samoin perustein kuin jos olisi kunnan asukas. Kunnan tulee käsitellä hakemus, arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä tämän kotikunnan kanssa ja tehdä asiassa päätös.

Lisäksi kotitalousvähennystä koskevat säännökset mahdollistavat asiakkaalle tietynlaisen valinnanvapauden. Asiakkaalla on mahdollisuus saada verovähennys tietyistä sosiaalihuoltolaissa sosiaalipalveluiksi määritellyistä palveluista, lähinnä kotipalveluista ja niihin sisältyvistä tukipalveluista. Verovähennykseen oikeuttavia palveluja ovat kotitaloustyön väliaikaisesta verotuesta annetun lain (728/1997) mukaan muun muassa tavanomainen kotitaloustyö ja tavanomainen hoiva- ja hoitotyö.

Valinnanvapaus terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa valinnanvapaus koostuu kansallisesta valinnanvapaudesta ja valinnanvapaudesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa, jota sääntelevät EU-säännökset ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Valinnanvapauden sisältö vaihtelee riippuen siitä, onko kyse julkisesta terveydenhuollosta, sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavasta yksityisestä terveydenhuollosta vai rajat ylittävästä terveydenhuollosta.

Terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus koskee kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa. Kiireellistä hoitoa on annettava potilaalle hänen asuinkunnastaan riippumatta.

Potilas voi valita kaikista Suomen julkisista terveysasemista terveysaseman, joka vastaa hänen perusterveydenhuollon palveluistaan. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein. Jos henkilö oleskelee pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella esimerkiksi kesämökillä, hän voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalta vastuun hoitosuunnitelman mukaisen hoidon toteutumisesta säilyessä valitulla terveysasemalla. Näissä tilanteissa potilaalla on oikeus käyttää myös väliaikaisen asuinkuntansa mukaisia erikoissairaanhoidon palveluita hoitosuunnitelman mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen .

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoidon oman alueensa ulkopuolella. Lisäksi poikkeuksen maanlaajuisesta valintaoikeudesta muodostavat koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä pitkäaikainen laitoshoidon (terveydenhoitolaki 48.1 §). Lapsen ja nuoren edun mukaisesti on katsottu koulunkäynnin fyysisen paikan ja opiskeluhuollon muodostama kokonaisuus siten, ettei koulu- tai opiskeluterveydenhuolto eriydy valinnan mahdollisuuden kautta opiskeluhuollon kokonaisuudesta. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva henkilö voi puolestaan hakea hoitopaikkaa toisen kunnan alueelta sosiaalihuoltolain 60 §:n perusteella.

Kiireettömän erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon hoitopaikka valitaan yhdessä lähteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Valintamahdollisuus koskee koko maan kunnallisia erikoissairaanhoidon toimintayksiköitä. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa potilaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö hoitopaikan toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Julkista terveydenhuoltoa täydentävät sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitovakuutuksesta maksettavat yksityisen terveydenhuollon korvaukset, joita maksetaan lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista. Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmässä asiakas voi itse valita hoitopaikan ja terveydenhuollon ammattihenkilön. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että kyse on tarpeellisesta sairaanhoidosta. Tarpeellisenä pidetään yleisesti hyväksytyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa. Lisäksi edellytetään, että hoidon antaneella tai tutkimuksen tehneellä lääkäriä tai hammaslääkäriä tai sairausvakuutuslain mukaisella muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksettavien sairaanhoitokorvausten korvaustaso on kuitenkin valtioneuvoston säästöjen vuoksi laskenut niin alhaiseksi (keskimäärin 15 prosenttia), etteivät korvaukset enää aidosti mahdollista valinnanvapauden toteutumista, jos potilas ei ole valmis itse maksamaan suurinta osaa kustannuksista.

Rajat ylittävä terveydenhuolto

Terveyspalvelujen valinnanvapaus ulottuu myös Suomen rajojen ulkopuolelle. Sairaanhoidon saamista toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä ja kustannusten korvaamisesta säännellään EU-asetuksissa sosiaaliturvan koordinoinnista, potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa annetussa direktiivissä (potilasdirektiivi) sekä laissa rajat ylittävästä terveydenhuollosta (ns. rajalaki).

EU-lainsäädäntö turvaa oikeuden saada toisessa EU- tai ETA- maassa tai Sveitsissä lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa tilapäisen oleskelun aikana sekä oikeuden hakeutua varta vasten hoitoon. Kansallisen lainsäädännön perusteella määräytyvä korvaus ulkomailla annetusta hoidosta vaihtelee sen mukaan, onko kyse äkillisestä sairastumisesta vai hoitoon hakeutumisesta. Tilapäisen oleskelun aikana annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon saa EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä kyseisen maan asiakasmaksuilla, jos käytössä on eurooppalainen sairausvakuutuskortti. Muussa tapauksessa hoito korvataan jälkikäteen joko kohdemaan lainsäädännön mukaisesti tai sen mukaan,

mitä vastaavan hoidon antaminen olisi maksanut Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Jos toiseen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsiin hakeudutaan varta vasten hoitoa hakemaan, hoidon kustannuksista voi jälkikäteen saada Suomessa sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

Valinnanvapauden tietopohja ja kansalaisille tarjottava tieto

Valinnanvapauden toteuttamiseksi tarvittavaa tietoa ei ole nykyisin saatavissa yhteneväisesti esimerkiksi terveysaseman valinnassa. Jotta valinta olisi informoitu ja palvelisi asiakkaan tarpeita parhaiten, tulisi asiakkaan saatavilla olla palvelun tuottajaan liittyvät perustiedot, palvelun sijainti, palvelujen saatavuus, hoidon laatuun liittyvät arviot ja käyttäjien antama palaute palvelun toimivuudesta.

Palveluyksiköitä ja näiden tarjoamia palveluja koskevia tietoja on kerätty lukuisiin palveluhakemistoihin. Näitä on syntynyt muun muassa palveluseteliin liittyvien tietojärjestelmien rakentamisen yhteydessä, kuntien tai kuntayhtymien kehittämishankkeissa sekä kansallisessa kehittämisessä esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen palveluhakemiston ja palveluvaa'an yhteydessä. Esimerkiksi hoidon saatavuutta koskevia tietoja on julkaistu ainoastaan terveysasemien osalta julkisessa tietoverkossa yksittäisten kuntien toimesta. Kansalaisten on käytännössä hankalaa vertailla lähialueen terveysasemia. Laatuun ja saatavuuteen liittyvää tietoa on kerätty myös kansallisesti, mutta tietoa ei ole julkaistu vielä kattavasti. Tulevaisuuden kehittämissuunnitelmissa on hoidon saatavuutta ja jonotusaikoja koskevien tietojen julkaiseminen tarkemmalla tasolla osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää palveluvaakaa.

Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Palvelusetelistä säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä, jota sovelletaan kuntien järjestämiin sosiaali- ja terveysterveystalouteihin.

Palveluseteli on yksi kuntien käytettävissä olevista palveluiden järjestämistavoista. Mikäli kunta järjestää palveluja palvelusetelillä, kunta osoittaa talousarviossa ja -suunnitelmassa voimavarat palvelusetelillä järjestettäviin palveluihin. Lisäksi kunta hyväksyy palvelusetelin toimintaperiaatteet kunnassa kuten, mihin palveluihin palveluseteliä käytetään, mikä on palvelusetelin arvo, missä laajuudessa ja mistä lukien palveluseteli otetaan käyttöön.

Kunta hyväksyy ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunta voi joko hyväksyä kaikki hyväksymisedellytykset täyttävät palveluntuottajat tai rajoittaa palveluntuottajien määrää kilpailuttamalla palveluntuottajat julkisista hankinnoista annetun lain mukaisesti esimerkiksi laadullisilla perusteilla. Käytettäessä palveluseteliä palvelujen järjestämistapana ei kunnan ja palveluntuottajan välille muodostu sopimussuhdetta.

Asiakkaan palvelun saannin edellytysten arvioinnin yhteistyössä asiakkaan kanssa suorittaa kunta, joka tekee myös päätöksen palvelun järjestämisestä. Palvelun järjestäminen perustuu sosiaali- ja terveydenhuollossa hallintopäätökseen ja terveydenhuollossa hoitopäätökseen. Asiakkaalle voidaan myöntää palveluseteli palveluissa, joissa se on käytössä. Palvelusetelin saatuaan asiakkaalla on oikeus palveluntuottajan valintaan kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta.

Kunnan tulee määrätä palvelusetelin arvo siten, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Koh- tuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksetta- vaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. Palvelusetelin arvo voi olla tasasuuruinen tai se voi olla riip- puvainen asiakkaan tuloista. Tulosidonnaisen palvelusetelin arvosta on annettava päätös asiakkaal- le. Ellei kyseessä ole asiakkaalle asiakasmaksulain mukaan maksuton palvelu, asiakas maksaa pal- velusetelillä saamastaan palvelusta omavastuuosuuden, eli palvelun hinnan ja palvelusetelin arvon erotuksen.

Asiakas voi kieltäytyä hänelle myönnetystä palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muil- la tavoin järjestettävien palvelujen piiriin. Asiakkaalla ei ole oikeutta vaatia palvelua järjestettäväksi palvelusetelillä.

Palvelusetelin saanut asiakas tekee palveluntuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta. Tätä sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

Kuntaliiton kysely palvelusetelin käytöstä

Suomen Kuntaliitto teki keväällä 2015 kyselyn palvelusetelin käytöstä sosiaali- ja terveystaloudis- sa ja päivähoitossa (Selvitys palvelusetelien käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystaloudissa sekä päivähoitossa - tilanne vuoden 2015 toukokuussa). Kyselyyn vastasi yh- teensä 167 kuntaa ja yhteistyöaluetta, joihin sisältyi yhteensä 230 kuntaa. Tämä kattaa 76 prosenttia kaikista kunnista ja 89 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Vastaajista kolmella neljäsosalla oli käytössään palveluseteli.

Sosiaalipalvelujen osalta palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotipalvelussa, omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa, kotipalveluiden tukipalveluissa sekä sosiaalihuoltolain mukaisessa tehoste- tussa palveluasumisessa. Palvelusetelien määrää suunniteltiin laajennettavan eniten juuri sosiaali- palveluissa. Terveystalouden osalta eniten palveluseteliä oli käytössä perusterveydenhuollossa. Siellä palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotisairaanhoidon palveluissa, terapiapalveluissa, lääkä- rin vastaanottotoiminnassa ja vähemmässä määrin apuvälineissä ja tutkimuksissa. Suuren terveystal- oudenhuollossa palveluseteliä käytettiin hammaslääkärin vastaanottotoiminnassa ja suuhygienistin vas- taanottotoiminnassa. Erikoissairaanhoidossa palvelusetelien käyttöalueet olivat erikoislääkärin vastaanottotoiminta, leikkaukset ja muut toimenpiteet, tutkimukset, terapiapalvelut ja apuvälineet. Kyselyyn vastanneet pitivät tärkeänä, että palveluseteli vaihtoehtona kilpailuttamiselle turvataan jatkossakin, eikä hyviä palvelusetelikäytäntöjä romuteta tulevassa soite-uudistuksessa.

Henkilökohtainen budjetointi

Henkilökohtaisella budjetoinnilla tarkoitetaan palvelujen järjestämisen tapaa, jossa palvelujen käyt- täjä on keskiössä suunnittelemassa oman elämänsä kannalta tarpeellisia, mielekkäitä ja tarkoituk- senmukaisia palveluja.

Henkilökohtaisessa budjetoinnissa palvelujen käyttäjälle muodostetaan hänen avun ja tuen tar- peidensa sekä tuen ja palvelujen kustannusten pohjalta määritetty henkilökohtainen budjetti. Henki-

lökohtainen budjetti on yksinkertaistettuna rahasumma, jolla henkilön palvelut on mahdollista järjestää yksilöllisesti, palvelujen käyttäjän toiveiden, tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti.

Määrittelemällä henkilökohtainen budjetti määritellään taloudellinen resurssi, joka on käytettävissä tietyn henkilön palvelujen järjestämiseen. Käytettävissä olevan resurssin puitteissa voidaan suunnitella, miten resurssi olisi mielekästä käyttää, jotta palvelut vastaisivat henkilön tarpeita sekä toteuttaisivat hänen valinnanvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan hänen oman näkemyksensä ja toiveidensa mukaisesti.

Eri maissa käytössä olevissa henkilökohtaisen budjetoinnin malleissa käyttäjä voi huolehtia budjetistaan eli palvelujen hankkimisesta ja budjetin hallinnoinnista itse, tai hän voi nimetä haluamansa henkilön tai muun toimijan huolehtimaan henkilökohtaisesta budjetistaan. Myös kunta tai muu palvelun järjestämisestä vastaava taho voi toimia henkilölle määritellyn henkilökohtaisen budjetin hallinnoijana. Eri hallinnointitapojen yhdistelmät ovat myös mahdollisia.

Henkilökohtaista budjetointia toteutetaan muun muassa Alankomaissa, Belgiassa, Saksassa, Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa. Suomessa henkilökohtaisesta budjetoinnista ei ole säädetty lainsäädännössä. Suomessa henkilökohtaista budjetointia on kokeiltu järjestöjen ja kuntien sekä kuntayhtymien (muun muassa Eksote) yhteisissä hankkeissa eräissä vammaispalveluissa, omaishoidon tuessa ja kotihoidossa. Vammaisjärjestöistä etenkin kehitysvamma-alan järjestöt ovat tuoneet mallia esiin muiden vammaisjärjestöjen ollessa pidettyväisempiä. Suomen hankkeissa ei ole kokeiltu rahan siirtämistä palvelujen käyttäjälle, koska tämä ei ole nykylainsäädännön pohjalta kunnille mahdollinen järjestämistapa eikä budjetin suhdetta verotukseen ole ratkaistu. Kuitenkin muutamille hengityslaittepotilaille on heidän hoidostaan vastaava sairaanhoitopiiri myöntänyt käyttöön asiakastilille hallinnoitavaksi rahasumman, jolla henkilö on palkannut henkilökuntaa kuten avustajia. Vastaavasti jotkut kunnat ovat järjestäneet paljon palveluja tarvitsevien vammaisten henkilöiden tai vammaisten lasten perheiden palvelut ja tuet räätälöidyillä ratkaisuilla. Perhe on esimerkiksi voinut itse palkata haluamansa hoitajat perheeseen.

Elementtejä, joilla pyritään samoihin tavoitteisiin kuin henkilökohtainen budjetointi, on nykyään mukana muun muassa sääntelyssä, joka koskee palvelu- ja asiakassuunnittelua, vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua sekä palveluasumista, omaishoitoa sekä Kelan vammaisetuuksia. Lähtökohtaisesti jo nykyinen vammaispalveluja koskeva lainsäädäntö sisältää säännökset, joiden mukaan vammaisen henkilö voi saada tarvitsemansa avun ja palvelut yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti.

Kansainvälisen kokemuksen mukaan henkilökohtaisen budjetoinnin järjestelmän luomisessa on olennaista se, miten ja millä reunaehdoilla järjestelmä rakennetaan. Keskeistä on myös huolehtia siitä, että asiakas saa riittävästi tukea budjetin käytössä sekä palvelujen hankinnassa sen avulla.

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet

Yksityisten palvelujen antajien rekisterissä oli vuoden 2015 lopussa luvanvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia 1 264 ja toimintayksiköitä 2 249. Ilmoituksenvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia oli 3 120 ja toimintayksiköitä 4 604. Luvanvaraisten terveydenhuollon palvelujen tuottajia oli 5 063 ja toimipaikkoja 12 331. Terveydenhuollon itsenäisiä ammatinharjoittajia oli rekisterissä 15 810 ja heillä 21 963 toimipaikkaa. On huomioitava, että lukuihin sisältyy myös sellaiset edelleen rekisterissä olevat palvelun tuottajat ja itsenäiset ammatinharjoittajat ja niiden toimipaikat, joiden toiminta

on jostakin syystä keskeytynyt tai joiden toiminta on päättynyt, mutta palvelun tuottaja ei ole ilmoittanut lopettamisesta.

Yksityisten palvelujen antajien rekisteristä saatavia tilastotietoja tulkittaessa on otettava huomioon, että ilmoituksenvaraisen toiminnan osalta edellä esitetyt lukumäärätiedot ovat suuntaa antavia. Lisäksi on otettava huomioon, että rekisterissä olevien toimipaikkojen ja toimintayksiköiden määrän kasvu pelkästään ei kerro toiminnan tai liikevaihdon määrästä tai kasvusta. Erityisesti yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajien lupahakemusten määrä on kasvanut sähköisen lääkemääräyksen käyttöön oton edellyttäessä rekisteröitymistä yksityisten palvelujen antajien rekisteriin.

Yksityissektorin osuus tuotetuista sosiaali- ja terveystalv palveluista on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Yksityisen toiminnan tuotos eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo oli 24,4 prosenttia terveydenhuollon kokonaistuotoksesta vuonna 2014. Sosiaalipalveluissa vastaava osuus oli 66 prosenttia. Yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon kasvu on painottunut yritystoimintaan. Myös sosiaalipalveluissa yritystoiminnan tuotososuus ohitti järjestöjen palvelutuotannon määrän vuonna 2014 (yksityisen osuus 18 prosenttia, järjestöjen 16 prosenttia).

Terveydenhuollossa suurin osa yksityisestä toiminnasta on ollut jo aiemmin yritystoimintaa. Järjestömuotoisella palvelutuotannolla on ollut merkitystä vain kuntoutuspalveluissa ja muussa laitoshoidossa. Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan terveystalv palveluja tuotti noin 15 740 yritystä vuonna 2011. Yksityinen toiminta on keskittynyt suuriin yrityksiin. Lääkäriasema- ja yksityislääkäritoiminnassa 13—14 suurimman yrityksen markkinaosuus oli 50—60 prosenttia. Hammaslääkäripalveluissa, laboratoriotutkimuksissa ja ensihoidon palveluissa 2—3 suurimman yrityksen markkinaosuus oli työllisyydellä mitattuna noin 30 prosenttia vuonna 2011. Sosiaalipalvelujen osalta yritystoiminta keskittyy asumispalveluihin.

Kunnat ostavat osan järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystalv palveluista yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Sosiaalipalvelujen osalta yksityisten asiakaspalvelujen arvo oli vuonna 2015 kunnissa ja kuntayhtymissä 2,3 miljardia euroa viiden prosentin piilevä arvonlisävero mukaan lukien. Summa oli noin 24 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista. Osuus oli laitoshoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asumispalveluissa 1 miljardi euroa ja muissa avohuollon palveluissa noin 1,2 miljoonaa euroa. Ostot kuvaavat yksityisille palveluntuottajille maksettua rahavirtaa sosiaalihuollon lopputuotepalveluista (asiakaspalvelut), eivätkä ne sisällä kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon hankittuja välituotepalveluja, palvelusetelimenoja tai maksusitoumuksia. Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMA:n tilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten sosiaalipalvelujen ennakoitu tai toteutunut arvo oli noin 1,5 miljardia euroa vuonna 2012. Summa ei sisällä suorahankintoja eikä julkisten hankintojen kansalliset kynnsarvot alittavia alle 100 000 euron hankintoja. Runsaat 50 prosenttia hankintojen arvosta kohdistui palveluasumiseen ja vajaa 40 prosenttia lastensuojelupalveluihin.

Kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä palvelujen tuottajilta olivat 516 miljoonaa euroa vuonna 2015 ilman piilevää viiden prosentin arvonlisäveroa. Summa oli viisi prosenttia kuntien terveydenhuollon käyttökustannuksista. Käyttökustannusosuus oli suurempi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Asiakaspalvelujen ostot eivät kuitenkaan kata terveydenhuollon välituotepalvelujen tai tutkimuspalvelujen ostoja kuntien omaan palvelutuotantoon tai palvelusetelimenoja. HILMA:n hankintatilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli terveystalv palveluissa 1,2 miljardia euroa vuonna 2012. Summa käsittää kuntayhteisöjen, Kelan ja Valtiokonttorin kilpailuttamat ostopal-

velut ja ulkoistukset sekä julkisten työnantajaorganisaatioiden työterveyshuollon ostopalvelut pois lukien suoramarkkinat ja kansalliset kynnysarvot alittavat alle 100 000 euron pienhankinnat.

Kuntien ja kuntayhtymien palvelusetelimenot vuonna 2015 olivat 208,5 milj. euroa. Tästä summasta hieman yli puolet on sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja loput lasten päivähoitoa. Kotihoidon palvelusetelimenot 19,1 milj. euroa, palveluasumisen palvelusetelimenot 66,1 milj. euroa, terveydenhuollon palvelusetelimenot 10,8 milj. euroa ja muut sosiaalihuollon palvelusetelimenot 25,0 milj. euroa.

Suomessa on useita kuntia, jotka ovat antaneet pääosan järjestämismääränsä piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveyspalveluista yksityisten palvelujen tuottajien tuotettaviksi. Kaikkia sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen liittyviä tehtäviä ei voida antaa yksityisen hoidettavaksi. Tällaisia ovat esimerkiksi tehtävät, joihin liittyy julkisen vallan käyttöä.

Järjestäjien tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut

Valviran rekisteritietojen mukaan järjestäjä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveyspalveluja joko suoraan itse tai omistamiensa yhtiöiden kautta, oli vuonna 2015 yhteensä 959. Palveluja suoraan itse tuottavia järjestäjiä oli 930. Näistä 822 järjestäjiä tuotti sosiaalipalveluja, 207 terveyspalveluja ja 98 molempia palveluja. Palvelutuotantoa yhtiöittäneitä järjestäjiä oli yhteensä 57, eli noin 6 prosenttia kaikista palveluja tuottavista järjestäjistä. Yhtiöitettyjä sosiaalipalveluja oli noin 45 järjestöllä ja yhtiöitettyjä terveyspalveluja 33 järjestöllä. Yhtiöistä alle miljoonan euron liikevaihdolla toimivia oli 28 prosenttia ja suuria, yli 50 miljoonan euron liikevaihdolla toimivia yhtiöitä oli 3 prosenttia.

Sosiaalipalveluista järjestöt tuottivat itse ja yhtiöitettynä yhteensä eniten ympärivuorokautisia asumispalveluja, päivätoimintapalveluja, ei-ympärivuorokautisia asumispalveluja, sekä sosiaalialan muut palvelut -luokkaan kuuluvia palveluja. Sosiaalialan muut palvelut -luokka sisältää muun muassa avomuotoista perhe- ja päihdekuntoutusta, perhetyötä sekä sosiaalityöntekijän palveluita. Kohderyhmittäin tarkasteltuna sosiaalipalveluja tuotettiin eniten vanhuksille (22 prosenttia), lapsille ja nuorille (17 prosenttia) ja kehitysvammaisille (13 prosenttia).

Terveyspalveluista järjestöt tuottivat suoraan itse ja yhtiöitettynä yhteensä eniten fysioterapiapalveluja, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja/tai kättilön palveluja, sekä muu terveydenhuollon toiminta -luokkaan kuuluvia palveluja. Muu terveydenhuollon toiminta -luokka sisältää muun muassa laboratorionäytteiden ottoa, psykologin toimintaa ja opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa.

Tilastokeskuksen vuoden 2015 toimipaikkarekisteritietojen mukaan koko maassa työskenteli järjestäjien suoraan itse tuottamissa sosiaalipalveluissa noin 26 200 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 5 600 henkilöä. Järjestäjien yhtiöissä työskenteli sosiaalipalveluissa noin 4 600 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 3 600 henkilöä. Ilman palvelualakohtaisia päällekkäisyyksiä järjestäjien sosiaali- ja terveyspalvelut työllistivät noin 37 500 työntekijää. Eniten palvelujen tuotanto työllisti Uudella maalla, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla, eli järjestys noudattaa eniten työllistävien maakuntien osalta jotakuinkin maakuntien väkiluvun suuruusjärjestystä.

Vuonna 2015 palveluja suoraan itse tuottavista 930 järjestäjästä 6 prosenttia (57 järjestäjiä) lopetti palvelujaan. Sosiaalipalveluja lopetti 39 järjestäjiä ja terveyspalveluja 20 järjestäjiä. Yksi palveluja lopettaneista järjestäjistä tuotti molempia palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ja asiakastietojen käsittely

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa ja käsittelyssä sovelletaan henkilötietolakia (523/1999), lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), lakia sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja terveydenhuoltolakia.

Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki koskee julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakastietojen sähköistä käsittelyä ja valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita. Lain perusteella rakennettu potilastiedon arkisto (Kanta) on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja omista tietojärjestelmistään tietoturvallisesti, ja josta tiedot ovat myös potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. Potilastiedon arkistoa on rakennettu vaiheistetuksi. Julkiset terveydenhuollon yksiköt ovat liittyneet palvelun käyttäjiksi ja myös osa yksityisistä organisaatioista on mukana. Tietosisällöt laajenevat vaiheittain. Jatkossa myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot arkistoidaan Kanta-palveluun.

Omakanta-palvelun avulla kansalaiset voivat nähdä tiettyjä laissa määriteltyjä itseään koskevia potilasasiakirjoja sekä lääkemääräyksiä. Palvelun kautta on myös mahdollista hallinnoida asiakirjoihin liittyviä suostumuksia ja kieltoja, tallettaa tahdonilmaisuja, kuten elinluovutus- tai hoitotahto, sekä pyytää lääkemääräysten uusimista.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt rekisteröidään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Terhikki) terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti. Lain 24 c §:ssä säädetään julkisesta tietopalvelusta (JulkiTerhikki), jonka avulla määrättyjä ammattihenkilöihin liittyviä tietoja voi hakea julkisen tietoverkon välityksellä. Vastaavasti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt rekisteröidään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Suosikki). Siihen liittyvästä julkisesta tietopalvelusta (JulkiSuosikki) säädetään lain 18 §:ssä.

Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tietojärjestelmäpalvelut on otettu laajamittaisesti käyttöön terveydenhuollossa. Kaikkiaan Kanta-palveluihin on liitetty noin 1500 eri tietojärjestelmäinstanssia ja kansalaisen käyttöliittymää (Omakanta) on käyttänyt 1 765 120 henkilöä eli noin kolmannes väestöstä. Julkinen sektori on ottanut palvelut kokonaisuudessaan käyttöön ja yksityisen sektorin osalta sähköisen lääkemääräyksen on ottanut käyttöön 389 yksikköä ja potilastiedon arkiston 68 yksikköä. Kanta-palveluiden tietosisältö kasvaa jatkuvasti sekä lukumääräisesti että myös sisällön laajuuden näkökulmasta. Reseptikeskuksessa on noin 350 miljoonaa lääkemääräystä, toimitusta ja muuta sähköisen lääkemääräyksen toimintaan liittyvää asiakirjaa. Potilastiedon arkistossa on noin 500 miljoonaa asiakirjaa. Sähköinen lääkemääräys on käytössä noin 99 prosentilla väestöstä ja potilastiedon arkistoon on tallennettu liittymisten jälkeen syntyneitä tietoja siten, että se kattaa 98 prosenttia väestöstä. Tallennettava tietosisältö on hyvin rakenteista, mikä mahdollistaa tietojen jatkokäsittelyn ja hyödyntämisen eri tavoilla. Tietosisältöjen laajentumisen suhteen aktiivista kehitystyötä

tehdään muun muassa ostopalvelujen, palvelusetelin, suun terveydenhuollon ja kuvantamisen toteutusten parissa.

Jatkossa Kanta-palveluihin viedään myös sosiaalihuollon asiakasasiakirjat. Palvelua ollaan rakentamassa parhaillaan ja käyttöönotot alkavat 2018 helmikuussa. Asiakkaat pääsevät jatkossa näkemään heistä laadittavat sosiaalipalveluiden asiakasasiakirjat Omakannasta. Sosiaalihuollon Kanta-palvelujen toteutuksissa huomioidaan mahdollisimman kattavasti sosiaalihuollossa valinnanvapauden piiriin tulevien palveluiden tiedot ja tietojen saatavuutta edistävät toiminnallisuudet.

Kanta-palveluun rakennetaan myös sote-integraatiota tukevia yhteisiä palveluita, esimerkiksi järjestäjän ja tuottajan yhteistyötä koordinoiva asiakassuunnitelma.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat säännökset

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden laillistamisen ja ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisen edellytyksistä, ammattihenkilöiden rekisteröinnistä, ohjauksesta ja valvonnasta säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa ja asetuksessa (559/1994, jäljempänä ammattihenkilölaki ja 564/1994, jäljempänä ammattihenkilöasetus). Lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja palvelujen laatua terveydenhuollossa. Laki koskee sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan henkilöä, joka on ammattihenkilölain nojalla saanut ammatinharjoittamisoikeuden (laillistettu ammattihenkilö) tai ammatinharjoittamisluvan (luvan saanut ammattihenkilö) sekä henkilöä, jolla ammattihenkilölain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (nimikesuojattu ammattihenkilö). Toimivaltainen viranomainen on Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Ammatinharjoittamisoikeuden saamiseen liittyvät vaatimukset riippuvat siitä onko henkilö suorittanut opinnot Suomessa, muussa Euroopan unioniin (EU) tai Euroopan talousalueeseen (ETA) kuuluvassa valtiossa vai EU- tai ETA -alueen ulkopuolella. Kun kyse on EU- tai ETA -valtiossa suoritetusta tutkinnosta, kansallinen lainsäädäntö perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviin 2005/36/EY, annettu 7 päivänä syyskuuta 2005, ammattipätevyys-tunnustamisesta.

Oikeudesta toimia sosiaalihuollon ammattihenkilönä säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), joka on tullut voimaan 1.3.2016. Lain tarkoituksena on edistää sosiaalihuollon asiakkaan oikeutta laadultaan hyvään sosiaalihooltoon. Laki koskee sekä julkista että yksityistä sosiaalihoiltoa. Laissa on säännökset sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, rekisteröinnistä, ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa sosiaalityöntekijän, sosionomin ja geronomin ammatteja laissa säädetyn tutkinnon suorittaneille henkilöille. Lähihoitaja on sosiaalihuollossa nimikesuojattu ammattinimike samoin kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun valtioneuvoston asetuksen (153/2016) mukaan nimikesuojattuja ammattinimikkeitä ovat myös lähihoitajan tutkintoa edeltäneen kouluasteisen tutkinnon suorittaneet kodinhoitaja ja kehitysvammaistenhoitaja. Sosiaalihuollon ammattihenkilölain myötä sosiaalihuollon ammattihenkilöt ovat rekisteröinnin ja valvonnan suhteen samassa asemassa terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri ylimpinä laillisuusvalvojina, sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), sekä aluehallintovirastot ja kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitoksina toimivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksien toteutumista turvaavat myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmät.

Perustuslain 108 ja 109 §:n mukaan valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisöjen työntekijät ja muutkin hoitaessaan julkista tehtävää noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa.

Muiden sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten toimivallasta säädetään useissa eri laeissa. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeät tai laajakantoiset asiat, usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat, tai asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään. Valviralle kuuluu myös useita muita erikseen säädettyjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä lupa- ja valvontatehtäviä.

Aluehallintovirastolle kuuluu julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Aluehallintovirastojen tehtävistä ja toimivallasta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa säädetään paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laeissa, myös aluehallintovirastoista annetussa laissa (896/2009) ja kuntalaissa.

Valviralle ja aluehallintovirastolle kuuluu myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden valvonta, josta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä.

Kunnalla on ensisijainen vastuu järjestämistänsä olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laillisuudesta, laadusta ja asianmukaisuudesta. Kunnanvaltuuston valitsema vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n 1 momentissa ja kansanterveyslain 6 §:n 1 momentissa tarkoitetut monijäseniset toimielimet valvovat alaistensa viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnan ja kuntayhtymän omat toimintayksiköt vastaavat ensisijaisesti itse tuottamiensa palvelujen asianmukaisuudesta. Uuden sosiaalihuoltolain 47§ mukaisesti sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta kunnalla ja kuntayhtymällä on velvollisuus varmistua siitä, että hankittavat palvelut vastaavat samaa tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnal-

liselta toiminnalta. Lisäksi yksityisillä palvelujen tuottajilla on vastuu antamiensa palvelujen laadusta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten ohella myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmillä sekä muistutusmenettelyllä on tärkeä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasiallisessa valvonnassa, jossa asiakkaan tai potilaan käytössä ei ole hallintopäätöstä muutoksenhakumahdollisuuksineen. Sosiaalihuollon asiakaslain 24 §:n mukaan jokaisen kunnan on nimettävä sosiaaliasiamies. Potilasasiamies taas nimetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992), jäljempänä potilaslaki, 11 §:n mukaan jokaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilas tai asiakas voi tehdä muistutuksen sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Terveydenhuollon osalta muistutus tehdään toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle ja sosiaalihuollon osalta toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

Muistutuksen ohella asiakas tai potilas voi tehdä hallintokantelun sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Sosiaalihuollon asiakaslain ja potilaslain säännösten mukaan kanteluun sovelletaan hallintolain 8 a lukua, joka sisältää hallintokantelun tekemistä ja käsittelyä sekä kantelun johdosta annettavaa hallinnollista ohjausta koskevat säännökset. Kantelun voi tehdä kaiken tyyppisestä viranomaistoiminnasta, mukaan lukien tosiasiallinen toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kanteluoikeus on ulotettu koskemaan myös yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden toimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen muodostuminen

Sosiaali- ja terveystalvueluja merkittävästi rahoittavia tahoja ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lisäksi Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ARA osallistuu erityistä tukea tarvitsevien asumisen, esimerkiksi kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, mielen-terveyskuntoutujien ja ikääntyneiden palveluasuntojen, rahoittamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kerätään Suomessa useilla tavoilla. Rahoitus muodostuu pääasiassa valtion ja kuntien verotuloista, lakisääteisistä ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantajien maksuista, asiakasmaksuista ja asiakkaiden omavastuuosuuksista.

Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen maksamalla kunnille valtionosuutta palvelujen järjestämiseen. Yleiskatteellisten peruspalvelujen sosiaali- ja terveystalvuelujen valtionosuuden määrä oli arviolta noin 5,4 miljardia euroa vuonna 2015. Tämän lisäksi valtio kohdentaa kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoon rahoitusta muiden talousarvion momenttien kautta. Näihin eriin kuuluu muun muassa valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä. Kunnat rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveystalvueluista pääosin kunnallisveron tuotolla.

Kuntien järjestämistävuuille kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon bruttokäyttökustannukset vuonna 2015 olivat 20,5 miljardia euroa, kun mukaan ei lasketa lasten päivähoidon kustannuksia. Hieman yli puolet sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista jakaantui erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Erikoissairaanhoido kattoi noin kolmanneksen ja perusterveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä noin viidennes sosiaali- ja terveystalvuelujen käyttökustannuksista. Vanhusten ja vammaisten palvelujen osuus käyttökustannuksista oli hieman alle neljännes, kotipalvelujen noin viisi prosenttia ja lastensuojelun sijaishuollon ja muiden lasten ja perheiden palvelujen osuus oli kuusi prosenttia käyttökustannuksista.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää julkinen sairausvakuutus ja erityisesti siihen kuuluvat sairaanhoitovakuutuksen korvaukset. Sairausvakuutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Lääkekorvaukset, matkakorvaukset ja yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvaukset eli lääkärinpalkkioiden, hammaslääkärinpalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon korvaukset sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman kuntoutuksen kustannukset rahoitetaan sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta. Muita sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavia kustannuksia ovat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavat korvaukset ja maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset. Sairanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut 55,1 prosentin rahoitusosuudella ja valtio 44,9 prosentin rahoitusosuudella. Valtio rahoittaa kuitenkin kokonaan Suomessa vakuutetun ulkomailla saaman hoidon johdosta EU-maihin maksettavat sairaanhoitokorvaukset ja ulkomailla asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuneet kustannukset. Sairanhoitovakuutuksen etuuksien ja korvausten rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken.

Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta rahoitetaan sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiset päivärahat, Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaiset kuntoutusrahat, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat päivärahat, työterveyshuollon korvaukset ja vuosilomakustannuskorvaukset. Työtulovakuutuksen kulut rahoitetaan työnantajien suorittaman sairausvakuutusmaksun sekä palkansaajilta ja yrittäjiltä perittävän sairausvakuutuksen päivärahamaksun tuotoilla, lukuun ottamatta eräitä valtion osuudella rahoitettavia kuluja ja yrittäjän lisärahoitusosuudella rahoitettavia kuluja. Työtulovakuutuksen rahoituksesta työnantajien sairausvakuutusmaksun osuus on 67 prosenttia, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksun osuus 27 prosenttia sekä valtion osuus 6 prosenttia.

Sairausvakuutusrahaston vuotuisia kuluja ovat edellä mainitut etuudet ja korvaukset. Lisäksi kuuluksi lasketaan etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakustannukset sekä muutokset rahoitusomaisuuden vähimmäismäärän saavuttamiseksi. Vähimmäismäärän tulee olla kunkin vuoden lopussa vähintään 8 prosenttia rahaston vuotuisista kokonaiskuluista. Kuluista vähennetään sairausvakuutusrahaston omaisuuden tuotot.

Valtioneuvosto vahvistaa sairausvakuutusmaksujen maksuprosentit vuosittain annettavalla asetuksella. Sairausvakuutuksen rahoittamiseksi perittävät maksut seuraavat etuusmenojen ja ansiotason kehitystä.

Vuonna 2015 yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten kustannukset olivat noin 237 miljoonaa euroa. Lääkekorvausten kustannukset olivat noin 1 378 miljoonaa euroa ja matkakorvausten kustannukset noin 293 miljoonaa euroa. Sairanhoitovakuutuksesta rahoitetut kuntoutusmenot olivat yhteensä noin 343 miljoonaa euroa, josta ammatillisen kuntoutuksen osuus oli noin 34 miljoonaa euroa.

Kotitaloudet rahoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa suoraan lähinnä asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien kautta. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakasmaksujen suuruus oli vuonna 2015 noin 1,5 miljardia euroa. Kotitalouksien asiakasmaksujen suuruus vastasi noin 7 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista. Vuonna 2015 kotitalouksien rahoitusosuus oli sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityisen

terveydenhuollon palvelujen osalta 822 miljoonaa euroa, korvattujen avohoidon lääkkeiden osalta 571 miljoonaa euroa ja korvattujen matkakustannusten osalta 42 miljoonaa euroa.

Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat sosiaali- ja terveystapaturma- ja tapaturmavakuutusten kautta kotitalouksien ja työnantajien maksamalla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Lisäksi sosiaali- ja terveystapaturma- ja tapaturmavakuutuksia rahoitetaan lakisääteisen tapaturma-, liikenne- ja potilasvakuutuksen kautta. Lakisääteinen työtapaturma- ja ammattitautivakuutus rahoitetaan työnantajien ja yrittäjien maksamalla tapaturmavakuutusmaksuilla ja lakisääteinen liikennevakuutus rahoitetaan vakuutusmaksuilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kohdentuminen palveluntuottajille

Palveluntuottajille rahoitus kohdentuu monin eri tavoin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista kunnat maksavat omille yksiköilleen yleisimmin budjettitalouden kautta suunnatun korvauksen. Kuntien välisessä yhteistoiminnassa tuotetuista perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa kunnat maksavat eri perustein ja laskentatavoin määritellyjä korvauksia. Kunnat maksavat erikoissairaanhoidon tuotetuista palveluista sairaanhoitopiireille pääsääntöisesti tuotettujen palvelujen määrän perusteella. Tilanteessa, jossa julkisen terveydenhuollon yksikössä hoidettava potilas ei ole yksikköä ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset. Korvaus perustuu tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Ulkoistetuista ja liikelaitostetuista palveluista kunnat maksavat sopimuksen mukaan määräytyvän korvauksen palvelut tuottavalle yritykselle tai liikelaitoksille.

Vakuutusyhtiöt maksavat sopimustensa mukaisesti korvauksia paitsi vakuutuksen ottajille myös suoraan hoitolaitoksille annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta. Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten ja työterveyshuoltolain mukaisten suoritteiden perusteella.

Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista terveystapaturma- ja tapaturmavakuutuksista korkeintaan laissa säädetyn asiakasmaksun ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta määräosan tuloistaan. Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton ylittyessä asiakasmaksua vastaava osa menoista siirtyy kunnan rahoitettavaksi. Kotona annettavan palvelun kuukausimaksut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakiin sekä asiakasmaksuasetukseen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu perheen henkilömäärän ja tulojen mukaan. Sairausvakuutuslain lääkekaton ylittävät korvattavat lääkekustannukset ja sairausvakuutuslain matkakaton ylittävät korvattavat matkakustannukset rahoitetaan lähes kokonaan sairaanhoitovakuutuksesta. Yksityisen sektorin palveluista kotitaloudet maksavat yleensä suoriteperusteisen palkkion.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) ja sen nojalla annetussa asetuksessa (912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus). Asiakasmaksulain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveystapaturma- ja tapaturmavakuutuksista voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Maksu voidaan periä henkilön maksukykyyn mukaan.

Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan. Suurimmalle osalle palveluja on asiakasmaksuasetuksessa säädetty palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä. Nämä enimmäismäärät ovat yleensä merkittävästi palvelun tuotantokustannuksia alempia. Koska asiakasmaksuasetuksessa säädetään ainoastaan maksun enimmäismäärä, kunnat ja kuntayhtymät voivat periä sosiaali- ja terveyspalveluista enimmäismaksuja pienempiä maksuja tai antaa palvelun maksutta. Maksuttomista sosiaalipalveluista säädetään asiakasmaksulain 4 §:ssä ja maksuttomista terveyspalveluista 5 §:ssä. Suurin osa alle 18-vuotiaiden palveluista on säädetty maksuttomiksi. Tasasuuruisia maksuja peritään pääsääntöisesti lyhytaikaisesti ja satunnaisesti käytettävistä palveluista, kuten esimerkiksi terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista. Tulosidonnaisia maksuja ovat pitkäkestoisista palveluista, kuten jatkuvasta ja säännöllisestä laitoshoidosta, palveluasumisesta ja kotiin annettavista palveluista perittävät maksut.

Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetään maksukatosta sen turvaamiseksi, ettei sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjän maksurasitus nousisi kohtuuttoman korkeaksi. Asiakasmaksulain 11 §:n mukaan kunnalla tai kuntayhtymällä on lisäksi mahdollisuus ja tietyissä tapauksissa velvollisuus jättää perimättä tai alentaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista määrättyä maksua silloin, kun maksun periminen vaarantaa henkilön toimeentulon. Asiakas voi myös saada sosiaali- ja terveyspalveluiden maksuihin toimeentulotukea.

Asiakasmaksulain 15 §:n mukaan maksua koskevaan päätökseen saa vaatia oikaisua siten kuin hallintolaissa (434/2003) säädetään. Oikaisuvaatimus tehdään sille toimielimelle, joka vastaa asianomaisen palvelun järjestämisestä kunnassa. Oikaisuvaatimukseen saa hakea muutosta valittamalla hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Hallinto-oikeuden päätökseen saa hakea muutosta valittamalla vain, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

Jos asiakas jättää sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksun maksamatta, siitä voidaan periä viivästyskorkoa ja se voidaan ulosottaa ilman oikeuden päätöstä (asiakasmaksulaki 16 § ja 17 §).

Tuotteistus ja laskutusmenettelyt

Tuotteistaminen ja siihen perustuva laskutus on yleistynyt julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa sitä mukaa kuin on siirrytty oman tuotannon ohella ostamaan palveluja ulkopuolelta ja viimeisen kymmenen vuoden aikana myös kuntien sisäisten tilaaja–tuottaja-mallien myötä.

Tuotteistamisessa yksikön tuottamat yksittäiset suoritteet jäsennetään asiakkaan saamaksi selkeäksi ja mielekkääksi palvelukokonaisuudeksi eli tuotteeksi, jonka sisältö ja käyttötarkoitus on määritelty. Tuotteistamisen nähdään edesauttavan tehokkuutta, koska se parantaa kustannustietoisuutta ja sen avulla toimintakäytännöt saadaan vakioitua ja myös hallinto- ja transaktiokustannukset alenevat vakioinnin myötä. Erilaisilla tuotteistustavoilla taloudellinen riski jakautuu eri tavoin sopimusosapuolten välillä. Kapitaatiomenetelmässä tuottaja kantaa riskiä enemmän kuin tuotteistetussa palvelukokonaisuuksiin perustuvassa laskutusmenettelyssä.

Erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksessa on käytössä kansainväliseen DRG-pohjaiseen ja omaan luokitteluun perustuvaa tuotteistusta sekä suoritepohjaisuutta (välisuoritetuotteistusta). Varsinaista kapitaatiota ei kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä laskutuksessa ole käytössä. Kiinteää laskutusta on jonkin verran. Sairaalapalvelujen osto perustuu useimmiten sopimiseen kokonaisbudjetista

vuositasolla, eikä käytössä ole yksilöityjä tuoteryhmäkohtaisia sopimuksia, sillä palvelujen tarve perustuu arvioon, joka saattaa olla varsinkin pienissä kunnissa epätarkka kokonaistasollakin. Näin ollen etukäteen ei sovita tuote- tai tuoteryhmäkohtaisesti määristä ja hinnoista, vaikka laskutus perustuisikin ainakin osin tuotteistukseen. Epäyhtenäisyyttä tuotteistukseen tuo erilaisten menetelmien lisäksi myös se, että diagnoosi- ja toimenpidetietiedot kirjataan eri tavoin ja kustannuslaskenta poikkeaa sairaaloiden välillä toisistaan. Tämän vuoksi kustannusten ja hintojen vertailu on vaikeaa.

Perusterveydenhuollon avotoiminnoissa tuotteistaminen on melko uusi ilmiö. Sitä on pyritty kehittämään muun muassa avohoidon potilasryhmittäytymisen (APR) ja perusterveydenhuollon potilasluokittelujärjestelmän (pDRG) pohjalta. Käyttöönotto on kuitenkin edennyt epätasaisesti. Avopalvelujen kirjo on kuitenkin laaja ja osassa toimenpiteitä kuten suun terveydenhuollossa tai yksittäisissä palveluissa tuotteistus on vakiintunutta. Tukipalveluiden ja välituotteiden, kuten laboratoriotointojen, tuotteistaminen on ollut yleisesti suoraviivaisempaa kuin hoitoa sisältävien palveluiden kohdalla.

Sosiaalihuollon palveluissa tuotteistaminen on ollut käytössä esimerkiksi vanhustenhuollon kotihoidon, palveluasumisen ja tukipalveluiden parissa. Tuotteistamistyötä on tehty paljon, mutta se on ollut kuntakohtaista ja hajanaista eikä yhtenäisiä käytäntöjä juurikaan ole. Käytössä on paljon suoritusterusteista, käynteihin, hoitopäiviin tai toimenpiteisiin perustuvaa laskutusta, jotka eivät välttämättä ole sisällöllisesti täysin vertailukelpoisia.

Avopalvelujen tuotantoalueella on myös sosiaalityön ja lastensuojelun palveluja, joiden tuotteistaminen on edistynyt hitaasti, koska se koetaan haasteelliseksi. Esimerkiksi useimmissa sosiaalihuollon palveluissa työhön liittyy työskentelyä paitsi asiakkaan, myös hänen perheensä tai muun elämäntilanteeseen vaikuttavan lähiyhteisön kanssa. Monien asiakkaiden kohdalla tarvitaan myös yhteistyötä monien toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollossa asiakkuus on usein hyvin pitkäkestoinen ja sisältää monia erilaisia toimenpiteitä, joiden arvioiminen ennakolta on vaativaa.

2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa

Ruotsi

Järjestelmän kuvaus

Ruotsalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa suomalaisesta järjestelmästä. Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella. Maakäräjäalueet vastaavat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Myös suun terveydenhoito kuuluu maakäräjäalueiden järjestämisvastuulle. Sosiaalipalveluista vastaavat kunnat, jotka järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät saa itsenäisesti järjestää lääkäripalveluja. Kuntien vastuulla on lisäksi muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

Vuonna 2009 voimaantullut lainsäädäntöuudistus mahdollisti maakäräjien ja kuntien palvelujen tuottajakunnan laajentamisen valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Uudistuksen tavoitteena oli tarjota asukkaille oikeus valita palvelutuottaja ja laajentaa tuottajakuntaa yksityisillä palvelutuottajilla. Lakiin on sisällytetty määräykset, joiden mukaan maakäräjien ja kuntien tulee solmia sopi-

mukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit. Hyväksytyihin tuottajiin on myös sovellettava yhtenäisiä korvausmenettelyjä, mikä tarkoittaa sitä, että tuottajien välisen kilpailun tulisi syntyä laadun perusteella.

Alkuvuodesta 2010 valinnanvapausjärjestelmän käyttö säädettiin pakolliseksi perusterveydenhuollossa. Maakäräjäalueet eivät ole velvoitettuja soveltamaan valinnanvapauslainsäädäntöä erikoissairaanhoidossa. Kunnat voivat päättää valinnanvapauden soveltamisesta järjestämisvastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa.

Ruotsalaisen järjestelmän vahvuutena voidaan pitää sitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat molemmat maakäräjien rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Tämän ansiosta järjestämistaholla on intressi seurata ja ohjata toimintaa kustannusvaikuttavuuden tavoittamiseksi. Järjestelmän heikkoutena voidaan puolestaan nähdä palvelujen puutteellinen integraatio sosiaali-toimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien järjestämän terveydenhuollon välillä.

Asiakkaan oikeudet

Palveluja tarvitseva kansalainen voi valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta. Lainsäädäntö ei aseta esteitä uudelle valinnalle, ja sen voi tehdä milloin tahansa. Käytännön tarkoituksena on muun muassa jatkuva palvelujärjestelmän kehittäminen.

Ruotsissa noudatetaan hoitotakuuta, joka kirjattiin vuonna 2015 voimaan tulleeseen potilaslakiin. Siihen on sisällytetty niin kutsuttu 0-7-90-90-sääntö (*Patientlag* 2014:821), jonka mukaan maakäräjien on tarjottava asukkaille perusterveydenhuollon kontakti hoitoon hakeutumisen päivänä, perusterveydenhuollon lääkärikäynti seitsemän päivän sisällä hoidon hakemisesta, avosairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä hoitoon hakeutumista tai lähetteen kirjoittamisesta sekä erikoissairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä todetusta hoidon tarpeesta.

Valinnanvapautta tuetaan erilaisilla verkkopalveluilla, joiden avulla on mahdollista hakea vertailutietoa esimerkiksi hoitopaikoista ja niiden laadusta. Tällä hetkellä Ruotsissa toimii yli sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Maakäräjähallinnon ennalta määrittämät korvaukset ovat samoista palveluista samansuuruiset kaikille tuottajille. Tuottajia koskevat lisäksi kuntien ja maakäräjien ennalta asettamat kriteerit. Kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät sähköisessä tietokannassa, jota seuraamalla tuottajat voivat ilmoittautua järjestäjätaholle. Kunnat ja maakäräjät hyväksyvät ja tekevät sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit.

Maakäräjien tulee muodostaa valinnanvapausjärjestelmät noudattaen tuottajien yhdenvertaista kohtelua, jollei muuhun ole erityistä syytä. Perusterveydenhuollossa lainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät halukkaat tuottajat – niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin tahot – neutraalilla hyväksymismenettelyllä.

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvausperusteet vaihtelevat maakäräjäalueittain. Kannusteiden luomiseksi maakäräjäalueet ovat ajan myötä kehittäneet ja muuttaneet korvausperusteitaan.

Kapitaatiopohjainen korvaus kattaa eri alueilla 45–86 prosenttia kokonaiskorvauksesta. Kapitaatiokorvauksen ohella osa korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti sekä laatubonusten tai vähennysten perusteella. Alueelliset lisät ovat mahdollisia erityisesti harvaan asutuilla seuduilla.

Norja

Järjestelmän kuvaus

Norjan potilas- ja asiakaslakiin sisällytetyt pykälät turvaavat asiakkaan oikeuden vapaaseen valintaan. Perusterveydenhuollon osalta asiakkaan valinnanvapautta vahvistettiin listalääkäriuudistuksella vuonna 2001. Kuntien velvollisuudeksi tuli järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on valtion neljällä alueella.

Asiakkaan oikeudet

Asiakkaalla on oikeus valita, mille lääkärille tämä listautuu. Edellytyksenä on, että lääkärin listalla on tilaa. Asiakas voi vaihtaa lääkäriä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Perusterveydenhuollossa lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa asiakas voi valita hoitopaikan kaikkien niiden yksityisten tuottajien keskuudesta, jotka ovat tehneet sopimuksen palveluja järjestävien neljän alueen kanssa. Vuodesta 2015 lähtien asiakkaalla on ollut erikoissairaanhoidon osalta oikeus valita hoitopaikka kaikista etukäteen hyväksytyistä sairaaloista – sekä julkisista että yksityisistä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Valtaosa, noin 95 prosenttia perusterveydenhuollon yleislääkäreistä toimii yksityisinä ammatinharjoittajina. Julkisen työnantajan palveluksessa toimivat lääkärit työskentelevät pääasiassa harvaan asutuilla seuduilla, missä palkkauksessa on otettu huomioon alueelliset lisät. Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu on jaettu kuntien ja valtion kesken. Kuntien rahoitus määräytyy listoilla olevien henkilöiden lukumäärän perusteella, ja se vastaa 30 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus on noin 35 prosenttia. Jäljelle jäävä osuus koostuu potilasmaksuista.

Tanska

Järjestelmän kuvaus

Tanskassa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi vuosina 2005–2007 toteutetun aluehallinnon uudistuksen myötä maakunnilta viidelle valtion rahoittamalle itsehallintoalueelle. Alueiden tehtävänä on vastata terveydenhuollosta, joka pitää sisällään niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, psykiatrisen hoidon, aikuisten hammashoidon kuin fysioterapian. Kuntien vastuulle kuuluvat ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

Asiakkaan oikeudet

Tanskassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käytössä on vakuutus pohjainen järjestelmä. Tanskalaisen terveysturvakuutuslainsäädännön mukaan

väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Ensimmäisen luokan ovat valinneet yli 98 prosenttia maan väestöstä. Sen perusteella asiakkailla ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon. Toisen luokan ovat valinneet vain alle kaksi prosenttia väestöstä. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetettä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkärille. Asiakas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Lakiin ei sisälly rajoituksia valinnan uusimiselle. Erikoissairaanhoidossa asiakas saa valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista, ottaen huomioon hoitojonot. Mikäli odotusaika ylittää Tanskassa määritellyn hoitotakuun, kaksi kuukautta, valintamahdollisuudet ulottuvat myös yksityisiin ja ulkomaisiin sairaaloihin, joiden kanssa alueilla on sopimus.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Alueellisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuoltoa tuottavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollossa sopimusosapuolina toimivat ammatinharjoittajalääkäri ja vakuutusjärjestelmä. Vastaanottojen tuloista noin 90 prosenttia koostuu kansallisesta vakuutuksesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottajille maksetaan korvausta tuotetuista palveluista ennalta sovitun korvausmenettelyn pohjalta.

Englanti

Järjestelmän kuvaus

Englannissa valinnanvapauden myötä kansalaiset voivat hankkia palveluja julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajilta. Terveydenhuollossa noudatetaan yhtenäisiä käytänteitä, ja palvelutuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit. Sosiaalihuollossa puolestaan valinnanvapautta toteutetaan pitkälti henkilökohtaisen budjetin avulla.

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, *National Health Service (NHS)* kattaa koko väestön palvelut verorahoitteisesti siten, että palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin voi liittyä asiakkaan varallisuuteen perustuvia maksuja. Lisämaksujen suhteen on kuitenkin asetettu koko väestöä koskeva yläraja.

Asiakkaan oikeudet

Asiakas voi valinnanvapauden puitteissa valita lääkäriaseman sekä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan. Lääkäriasema voi kieltäytyä uusista asiakkaista, mikäli se on julkisesti ilmoittanut, ettei se ota uusia asiakkaita tai jos asiakas ei asu sen maantieteellisellä alueella.

Sairaalahoitoon kohdalla asiakas tekee valintansa hoitopaikasta ensimmäisen poliklinikkakäyntinsä perusteella. Valinta-oikeuteen liittyy joitakin rajoitteita, kuten aiemmin aloitettu hoito. Valinta-oikeus

ei myöskään koske suljetulla osastolla hoidettavia potilaita. Mikäli potilas jättää saapumatta sovitulle poliklinikkakäynnille, tämä saattaa johtaa valintaoikeuden menettämiseen. Toisaalta potilas on oikeutettu valintaan myös myöhemmin, mikäli hoitoa ei voida tarjota hoitotakuun sallimissa rajoissa. Valintaoikeuteen sisältyy oikeus valita lähettäneen lääkärin määräämien erityistutkimuksien suorittajan.

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutetaan palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnettävän henkilökohtaisen budjetin avulla. Budjetin käytölle on kuitenkin asetettu rajoitteita. Se ei esimerkiksi sovellu pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Henkilökohtaisen budjetin käytön on todettu olevan kustannustehokas muoto myös terveydenhuollossa niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on jatkuva hoidon tarve.

Englannissa velvoite tiedottaa valinnanvapaudesta on kirjattu lakiin. Lainsäädännön mukaan ammattilaisilla on velvollisuus tukea asiakkaita valintojen tekemisessä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Perusterveydenhuollon kohdalla lähetteen saanut asiakas voi valita minkä tahansa alueellisesti hyväksytyyn palvelutuottajaan, sillä edellytyksellä, että tuottaja täyttää NHS:n asettamat kriteerit. Palvelutuottajan voi siis valita myös julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli tuottaja täyttää toimijoilta vaaditut laadulliset ja toiminnalliset rekisteröitymiskriteerit sekä hyväksyy NHS:n asettaman korvaustason suuruuden.

Kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, joten palvelusta saatava korvaus on kaikille palvelutuottajille sama. Palvelutuottajat eivät voi kohdistaa ylimääräisiä kustannuksia asiakkaille, mikä avulla turvataan koko väestön lähtökohtainen mahdollisuus hyödyntää valinnanvapautta koskevia oikeuksia. Kansallinen maksujärjestelmä kattaa noin 64 prosenttia NHS:n rahoituksesta.

Henkilökohtainen budjetti

Englannissa henkilökohtaisesta budjetista säädettiin vuonna 2015 voimaan tulleessa hoitolaissa (*The Care Act 2014*), joka turvaa oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin kaikille hoivaa ja turvaa tarvitseville aikuisille sekä tuen tarpeessa oleville omaishoitajille. Lapsi- ja perhelaki säätelee vammaiselle lapselle tai hänen perheelleen myönnettävästä henkilökohtaisesta budjetista. Henkilökohtaiset budjetit kuuluvat sosiaalihuollon toimialaan. Terveydenhuollossa on käytössä vastaavanlainen järjestelmä, *Health budget*.

Sosiaaliviranomaiset ovat velvoitettuja laatimaan palvelutarpeen arvioinnin. Laissa on määritetty kansalliset kelpoisuusehdot henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle. Asiakkaan tarpeiden vastatessa kansallisesti asetettuja kriteerejä, hänelle laaditaan arvioon perustuva hoivan ja tuen suunnitelma. Suunnitelman laatimisen yhteydessä asiakkaalle tulee kertoa oikeudesta saada henkilökohtainen budjetti palvelujen ostamista varten.

Henkilökohtaisen budjetin tulee vastata suuruudeltaan sitä rahamäärää, joka paikallisviranomaisella kuluisi maksaessaan asiakkaan palvelutarpeita. Henkilökohtaisen budjetin hallinnoimiseen on useita eri tapoja. Varat voidaan esimerkiksi maksaa suoraan asiakkaan tilille, ja asiakas ostaa itse tarvitsemansa palvelut.

Alankomaat

Järjestelmän kuvaus

Alankomaissa on käytössä sairausvakuutus pohjainen järjestelmä, johon sisältyy kahdenlaisia vakuutuksia. Palvelunkäyttäjä voi valita sekä vakuuttajan että vakuutuskokonaisuuden. Ensimmäisen vaihtoehdon mukaan vakuutuksenottaja valitsee vakuutuksen, jonka myötä hän voi käyttää ainoastaan vakuutuksenantajan listaamien palvelutuottajien palveluja, joista aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisenä. Toisen vaihtoehdon mukaisessa järjestelmässä asiakas voi valita palvelutuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidoista aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka. Asiakas vastaa kuluista ylimeneviltä osin.

Asiakkaan oikeudet

Asiakkaat valitsevat vakuutusohjelman omien tarpeidensa pohjalta. Maksessaan suuremman omavastuusuuden palvelun kustannuksista, asiakas voi valita vapaammin palvelujen tuottajan. Sen sijaan on mahdollista valita ohjelma, jossa ei ole omavastuumaksua, mutta valinnanvapaus palvelujen tuottajien suhteen on suppeampi. Jokaisen täytyy kuitenkin kuulua jonkin vakuutusyhtiön piiriin. Kansalaiset voivat vaihtaa vakuutusyhtiötä kerran vuodessa, kalenterivuoden alussa.

Tilanteissa, joissa asiakas on lähtökohtaisesti sidottu vakuutuksenantajan listaamiin palvelutuottajiin, hän voi silti valita listan ulkopuolisen tuottajan. Vakuutuksenantaja määrittää suorittamiensa korvausten enimmäismäärän. Pitkäaikaishoidossa asiakas voi valita palvelut vakuutuksenantajan listaamilta palvelutuottajilta, jolloin palvelut ovat hänelle maksuttomia. Vaihtoehtoisesti pitkäaikaishoitoon voidaan soveltaa myös henkilökohtaista budjettia.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Hinnaltaan ja laadultaan edukkaiden palvelujen takaamiseksi vakuutusyhtiöt neuvottelevat tuottajien kanssa palvelujen määrästä ja hinnasta. Alankomaissa käyttöön otettu perusterveyden rahoitusmalli koostuu potilaskohtaisesta maksusta ja konsultaatiomaksusta. Alankomaiden terveysturvallinen (Nederlandse Zorgautoreiteit) määrittää vuosittaisen korvauksen suuruuden. Korvaus kattaa 75 prosenttia perusterveydenhuollon kustannuksista.

Alankomaissa on käytössä niin kutsuttu portinvartijajärjestelmä, jonka mukaan lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Järjestelmä muistuttaa piirteiltään Suomen nykyistä järjestelmää, sillä myös Alankomaissa erikoislääkärin vastaanotolle voi hakeutua kahdella tapaa: kiireettömässä tapauksissa perusterveydenhuollosta saadun lähetteen avulla tai kiireellisissä tapauksissa ensiavun kautta.

Terveydenhuollon ostamista säädellään vakuutusta koskevalla lainsäädännöllä. Lisäksi Alankomaissa potilasjärjestöillä on merkittävä rooli markkinoiden valvonnassa. Terveyspalveluja tuottavilla tahoilla on lakisääteinen velvollisuus julkaista tietoa tuottamistaan palveluista.

Henkilökohtainen budjetti

Alankomaissa henkilökohtainen budjetti kuuluu osaksi vammaisten, kroonisesti sairaiden ja ikään-tyneiden pitkäaikaishoidon lainsäädännöllistä viitekehystä. Henkilökohtainen budjetti otettiin Alankomaissa käyttöön vuonna 1996. Henkilökohtaiset budjetit voidaan myöntää seuraavien lakien perusteella: pitkäaikaishoidonlaki (*Wet langdurige zorg*, Wlz 2015), sosiaalihuoltolaki (*Wet maatschaappelijke ondersteuning*, Wmo 2015), nuorisolaki (*Jeugwet* 2015) ja terveystakuutuslaki (*Zorgverzekeringswet*, Zvw 2006).

Asiakkaan, hänen hoitajansa tai läheisensä on pyydettävä palvelutarpeen arviointia, kun he haluavat selvittää asiakkaan oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin. Tarvearvioinnin keskus suorittaa standardisoidun selvityksen asiakkaan olosuhteista sekä arvioi hoidon määrän, johon asiakas on oikeutettu. Pitkäaikaishoidon lain mukaisen henkilökohtaisen budjetin tulee olla riittävä tarvittavan hoidon ja tuen ostamiseksi. Budjetti lasketaan Alankomaiden terveydenhuollon viraston asettaman hinnaston perusteella.

Saksa

Järjestelmän kuvaus

Saksalainen terveydenhuolto perustuu sosiaalivakuutukseen. Jokaisella kansalaisella tulee olla joko julkinen tai yksityinen vakuutus. Tällä hetkellä julkisen vakuutuksen piirissä on 85 prosenttia väestöstä. Yksityinen vakuutus on palveluiden suhteen kattavampi, mutta sen saamiseksi on asetettu joitakin edellytyksiä.

Julkiset vakuutusrahastot keräävät jäseniltään vakuutusmaksuja kansalliseen rahastoon. Rahastot maksavat terveystalvelujen tuottajille, suurimpien kuluerien kohdistuessa sairaaloihin ja perustason palveluihin. Asiakkaan maksettavaksi jää vain pienehkö osa. Rahastojen on turvattava kaikille vähintäänkin lakimääräiset palvelut, eivätkä ne saa valita vakuutettujaan. Vakuutusmaksut ovat tuloperusteisia.

Asiakkaan oikeudet

Vakuutetut voivat valita, mihin julkiseen vakuutusrahastoon he haluavat kuulua. Asiakkaalla on myös oikeus valita palvelun tuottaja. Julkisessa järjestelmässä tämä koskee järjestelmän akkreditoimia lääkäreitä ja sopimussairaaloiia. Asiakkaan valinnanvapauteen kuuluu oikeus valita yleislääkäri, mutta myös psykoterapeutti, hammaslääkäri, farmaseutti ja ensiapuyksikkö. Omalääkäriä voi vaihtaa enintään kerran kolmessa kuukaudessa. Saksassa omalääkäri ei toimi portinvartijana erikoissairaanhoidon, eikä lähetettä sairaalaan tarvita. Näin ollen useat asiakkaat valitsevat suoraan erikoislääkärin vastaanoton.

Sosiaalipalveluiden osalta pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille. Vakuutus sisältää vain peruspalvelut. Yksilöiden edellytetään joko kustantavan itse osan kuuluista taikka hakevan tarveperustaista sosiaalietuutta.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Lääkäreiden tulee olla jäseninä alueellisissa yhdistyksissä, jotka neuvottelevat paikallisesti sopimukset sairauskassojen kanssa. Valtion viranomainen (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS) toimii yhteistyössä sairauskassojen ja sairaaloiden kanssa esimerkiksi sopimuksentekoon liittyvissä asioissa. BQS julkaisee vuosittain vertailukelpoista tietoa sisältäviä raportteja sairaaloiden palvelujen laadusta. Vuodesta 2005 alkaen sairaalat ovat olleet velvoitettuja julkaisemaan itse vertailukelpoista tietoa toiminnastaan ja sen laadusta kahden vuoden välein.

Sosiaalipalvelujen tuottamisessa kolmannen sektorin tuottajat ovat keskeisessä asemassa, minkä lisäksi palveluja tarjoavat myös yksityiset yritykset. Asiakkaalla on oikeus valita itselleen parhaiten soveltuva palvelutuottaja. Sosiaalista tukea tarjotaan sekä palvelujen että rahallisten etuuksien muodossa. Annettuun tukeen on sisällytetty myös neuvontaa ja ohjausta.

Henkilökohtainen budjetti

Saksassa toteutettiin henkilökohtaisen budjetin pilottikokeiluja vuosina 2004–2008. Vuodesta 2008 lähtien monituottajuuteen perustuvat henkilökohtaiset budjetit ovat olleet lakisäätöinen oikeus. Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää asiakkaalle, joka tarvitsee vammaisuuden, fyysisen, psyykkisen tai mielenterveydellisen syyn vuoksi jatkuvia hoivapalveluja päivittäisten toimintojen hoitamiseen huomattavissa määrin tai vähintään kuuden kuukauden ajan. Henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle ei ole ikärajaa.

Henkilökohtaisen budjetin saamiseksi asiakkaan tulee ottaa yhteyttä johonkin viranomaistahoon, kuten esimerkiksi sairausvakuutuskassaan tai työvoimatoimistoon, joka puolestaan vastaa tämän jälkeen asiakkaan henkilökohtaisen budjetin järjestämisestä ja toteutuksesta. Valittu taho selvittää asiakkaalle, millaisiin palveluihin ja etuuksiin oikeus kohdistuu. Asiakkaan tilanteen kannalta olennaisilta palvelutuottajilta pyydetään budjettihakemusta koskeva lausunto, minkä jälkeen palvelutarpeesta keskustellaan asiakkaan kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakkaan kanssa laaditaan palvelusuunnitelma sekä sopimus, joka sisältää ne edut ja korvaukset, joihin asiakas on oikeutettu.

Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää suoramaksuna asiakkaalle itselleen. Toisen vaihtoehdon mukaan viranomainen järjestää palvelut asiakkaalle sovitulla tavalla. Vaihtoehdot on myös mahdollista yhdistää. Henkilökohtaisen budjetin suuruus määräytyy palvelutarpeen arvioinnin perusteella, ja sen tulisi vastata summaa, joka kuluu palvelujen järjestämiseen julkisen sektorin kautta.

2.3 Nykytilan arviointi

Sosiaali- ja terveystalouden laatu on maassamme hyvä, mutta ongelmia liittyy palveluiden saataavuuteen erityisesti perustasolla ja rajoitettuun mahdollisuuteen tehdä valintoja. Suomessa terveydenhuollon laatu on OECD-maiden huippua useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna. OECD mittaa perusterveydenhuollon toimintaa vältettävissä olevien erikoissairaanhoidon käyntien määrällä. Suomessa on astmaan ja keuhkohtaumatautiin liittyviä käyntejä vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (OECD: Health at a Glance 2015). Yksi laadun mittari on asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin. Suomalaiset ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään sekä hoidon laatuun ja turvallisuuteen (OECD Economic Surveys: Finland 2012). Vuonna 2014 kaupunkien terveysasemat saivat yleisarvosanan 4,30 asteikolla 1-5. Vastaava kaupunkien terveysasemien asiakas-

tyytyväisyyden yleisarvosana vuonna 2010 oli 4,09. Tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan ammattitaitoon, käytökseen, vuorovaikutustaitoihin ja tiedonsaantiin. Eniten parantamista arvioitiin olevan puhelinyhteyden saamisessa terveysasemalle. THL:n vuonna 2014 äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaiden tyytyväisyyttä kartoittavan koko maan laajuisen palautekyselyn mukaan suomalaiset perheet pitivät neuvoloista saamiensa palveluiden laatua erittäin hyvänä. Perusterveydenhuollon asiakkaiden tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin on viimeisimpien asiakastytyväisyyskyselyjen mukaan kasvanut. (Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa I ja II Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu – 9/2016). Vastavia vertailuja sosiaalihuollosta ei ole saatavilla.

Kuitenkin huomattava osa väestöstä ei saa tarvitsemiaan perustason palveluita tai joutuu odottamaan niitä kohtuuttoman kauan. Kodin ulkopuolelle sijoitetuksi tulleista lapsista vain 15 prosenttia on saanut riittävästi tarvitsemiaan avohuollon palveluja ennen sijoitusta. Niistä sijoitetuista nuorista, joiden taustalla oli vahvasti päihdeongelmat, vain 35 prosenttia on saanut apua päihdeongelmaan palveluista (Peruspalvelujen tila 2016). Säännöllisten iäkkäiden palvelujen piirissä on viidennes 75 vuotta täyttäneistä. Palveluiden järjestämisessä iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden mukaan on alueellisia eroja. Vammaispalveluja koskevan erityislainsäädännön tarkoituksena on vammaisten henkilöiden osallisuuden ja itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Kuitenkin palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnitelmien ja erityishuolto-ohjelmien tekemisessä on edelleen puutteita. Kaikille vammaisille henkilöille ei tehdä asianmukaisia suunnitelmia tai toteuteta palveluja suunnitteluprosessissa ilmenneiden tarpeiden mukaisena. Lakia sovelletaan keskittyen yksittäisiä palveluja koskeviin päätöksiin sen sijaan että arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti vammaisen henkilön tarpeita ja palvelujen kokonaisuutta. Puutteet kokonaisuuden arvioinnissa korostuvat etenkin silloin, kun vammaisella henkilöllä on vaativia ja monialaisia tuen ja avun tarpeita tai kun kyseessä on vammaisen lapsi, jolloin koko perheen tarvitsema tuki tulisi ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon.

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan osa väestöstä ei saa tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskusten tarjoamia palveluja. Vuonna 2015 kyselyyn vastanneista 28,8 prosenttia arvioi, etteivät olleet saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskuslääkäreiden palveluita (Peruspalveluiden tila 2016). Vuonna 2014 perusterveydenhuollon avohoidon käynnejä oli 67,6 prosentilla väestöstä yhteensä noin 23,9 miljoonaa ja asiakkaita 3,7 miljoonaa. Vuonna 2014 terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja käytti 33,4 prosenttia väestöstä ja käynnejä oli 4,9 miljoonaa ja asiakkaita 1,8 miljoonaa. Terveyskeskusten lisäksi Kelan korvaamia yksityishammashoitokäynnejä oli vuonna 2014 väestössä yhteensä noin 2,8 miljoonaa.

Hoidon saatavuutta arvioidaan terveyskeskuspalvelujen käytöllä ja pääsyllä perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kiirettömään hoitoon terveydenhuoltolain edellyttämällä kriteereillä. Maaliskuussa 2015 välitön yhteyden saanti toteutui terveyskeskusten johtavien lääkäreiden mukaan 72 prosentissa terveyskeskuksista. Lokakuussa 2015 48 prosenttia kiirettömistä lääkärin avosairaanhoidon käynneistä toteutui viikon kuluessa yhteydenotosta terveyskeskukseen. Lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa käynti toteutui yli kolmen kuukauden kuluttua yhteydenotosta. Keskimääräiset lääkärin avosairaanhoidon kiirettömän vastaanottokäynnin toteutumisaajat olivat kuitenkin korkeampia heijastaen osalla asiakkailla olleen varsin pitkiä odotusaikoja päästäkseen lääkärin avosairaanhoidon kiirettömälle vastaanottokäynnille. Hoitajan kiirettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä.

Lokakuussa 2015 yhteensä 87 prosenttia kiirettömistä hammaslääkärikäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Noin viisi prosenttia hammaslääkärikäynneistä oli sellaisia, jot-

ka toteutuivat yli kuusi kuukautta yhteydenotosta. Koko vuoden 2015 tilannetta tarkasteltaessa hoitoonpääsyä koskevan lainsäädännön mukaisen kiireettömän hammaslääkärin vastaanotokäynnin toteutuman mediaaniaika oli seitsemän päivää. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Keskimääräiset kiireettömän hammaslääkärikäyntien toteutuma-ajat olivat kuitenkin huomattavasti korkeampia, joka kertoo osalla asiakkaista olleen poikkeuksellisen pitkiä odotusaikoja päästäkseen hammaslääkärin kiireettömälle vastaanotolle (Peruspalveluiden tila 2016).

Erikoissairaanhoidossa hoidon saatavuus on parantunut kiireettömän hoidon osalta. Hoitoonpääsyn lainsäädännöllä ja sen toimeenpanon seurannalla on ollut suuri vaikutus tähän. Sairaanhoidopiirit ovat lyhentäneet kiireettömän hoidon jonoja organisoimalla työtä uudelleen ja lisäämällä esim. erillissopimuksilla iltatyönä, palvelujen ostolla ja palveluseteleillä. Edelleen kiireettömään hoitoon odotetaan keskimäärin 1–2 kuukautta. (Peruspalveluiden tila 2016).

Perusterveydenhuollon palvelujen kohdentuminen väestössä sisältää piirteitä, jotka viittaavat väestön eriarvoistumiseen. Tutkimusten mukaan terveyskeskusten asiakaskunnasta suurin osa on alimpiin tulo- ja koulutusluokkiin kuuluvaa väestöä kun taas suurituloiset käyttävät enemmän työterveys- huollon ja yksityisen sektorin lääkäripalveluja. Vuonna 2013 toteutetun Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) –kyselytutkimuksen mukaan alimmassa tuloluokassa (tuloviidenneksessä) terveyskeskuslääkärissä oli viimeisen vuoden aikana käynyt lähes joka toinen vastanneista (46 %); vastaava osuus ylimmässä tuloluokassa oli 25 prosenttia Alimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön suuntautuminen enemmän terveyskeskuksiin ja ylimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön painottuminen työterveyshuoltoon on tasavertaisuuden näkökulmasta ongelmallista. Suun terveydenhuollossa ikääntyvän väestön palvelujen käyttö on hoidon tarpeeseen nähden yhä liian vähäistä eikä terveyskeskuksissa pystytä tarjoamaan säännöllistä hammashoitoa sitä eniten tarvitseville potilasryhmille. (Peruspalveluiden tila 2016). Suomalaisista 4 prosenttia ilmoitti vuonna 2013, etteivät he ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa kustannusten, etäisyyden tai potilaskäyntien vuoksi. Tätä korkeammat osuudet olivat vain Italiassa, Virossa, Puolassa, Kreikassa ja Latviassa (OECD: Health at a Glance 2015).

Voimassa olevassa asiakasmaksulainsäädännössä on säännökset ainoastaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Yksityiset palvelunantajat ovat voineet hinnoitella palvelunsa omista lähtökohdistaan käsin. Asiakasmaksuilla on merkittävä ohjausvaikutus palvelujen käyttöön. Perustuslakivaliokunta on lausunnoissaan (PeVL 39/1996 ja 8/1999) todennut, että asiakkaan taloudellinen asema ei voi olla esteenä palveluiden saamiselle, eivätkä asiakasmaksut saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin. Erityisesti terveyspalveluiden jakautuminen vähävaraisten käyttämiin julkisiin ja hyvätuloisten käyttämiin yksityisiin palveluihin on lisännyt väestöryhmien eriarvoisuutta. 15 OECD maan vertailussa vain Virossa ja USA:ssa oli Suomea suurempaa eriarvoisuutta lääkäripalveluihin pääsyssä (OECD. Finland fit for the future. February 2013).

Valinnanvapaudesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta säädetään eri tavoin ja toteutetaan eri keinoin. Terveydenhuoltolaki takaa laajan valinnanvapauden julkisissa palveluissa. Valinnanvapaus julkisten ja yksityisten palveluiden välillä riippuu henkilön taloudellisesta asemasta. Erikoissairaanhoidossa palveluseteli on osoittautunut olevan toimiva järjestelmä esimerkiksi silloin, kun kyseessä on hyvin rajattu ja selkeä suhteellisen yksinkertainen hoitokokonaisuus. Tällaisesta esimerkkinä voidaan käyttää kaihileikkausta, jossa komplikaatoriski on pieni. OECD on toistuvasti ehdottanut valinnanvapauden lisäämistä terveydenhuollossa. Samaa päätyi suosittelemaan STM:n tilaama sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kansainvälien ennakoarviointi (STM 2016). Asiakastytyväisyyssmittauk-

sen yhteydessä on kysytty asiakkaiden näkemyksiä vapaudesta valita terveysasema. Asiakkaat pitivät valinnanvapautta tärkeänä. Kuitenkin huomattavasti pienempi osa asiakaskyselyyn vastanneista koki, että vaihtamiseen olisi todellista mahdollisuutta. Asiakkaat pitivät tietoa palvelujen laadusta ja saatavuudesta riittämättömänä. Terveysaseman keskeiset vaihtamisen syyt olivat palvelujen sijainti, laatu ja saatavuus. Terveysaseman vaihtajia oli hyvin vähän väestöön suhteutettuna (2–4 prosenttia), ja terveysaseman asiakkaista kahdeksan prosentti (Peruspalveluiden tila 2016)

Sosiaalihuollossa iäkkäiden palveluissa yksittäisten palvelujen, kuten asumispalvelujen, osalta käytetään jo nyt paljon ostopalveluja yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä, jolloin on jo olemassa vaihtoehtoja ja palveluvalikoimaa suuressa osassa maata. Vammaispalveluissa palveluseteli on nykyisin käytössä laissa säädettyinä yhtenä henkilökohtaisen avun toteuttamistapana. Palveluseteliä käytetään etenkin vakituisen avustajan sijaistamisesta huolehtimisessa. Vammaisten henkilöiden palvelujen keskeiset tavoitteet asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaan osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistamisesta puoltavat valinnanvapauden mahdollistamista laajasti myös vammaisten henkilöiden palveluissa. Samalla on kuitenkin huolehdittava riittävästä tuesta valinnanvapauden käyttöön ottaen huomioon vammaisten henkilöiden monimuotoiset tuen tarpeet kuten muidenkin asiakasryhmien kohdalla. Valinnanvapauden lähtökohta sisältyy myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen, jonka Suomi on ratifioinut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Hallituksen maakuntaudistusta ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisuudistusta koskevan lakiesityksen tarkoituksena on perustaa uudet maakunnat 1.7.2017 alkaen ja säätää niiden hallinnosta ja taloudesta. Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa. Maakunnat olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Lisäksi tarkoituksena on siirtää sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu kunnilta maakunnille 1.1.2019 alkaen sekä säätää maakuntien rahoituksesta, rahoituksen keräämisen veroperusteista, uudesta kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmästä, uudistuksen voimaantulusta, henkilöstön asemasta ja omaisuusjärjestelyistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja maakuntaudistuksen tavoitteena on toteuttaa maakunnalliseen itsehallintoon perustuva palvelu- ja hallintojärjestelmä. Maakuntaudistuksen tavoitteena on sovittaa yhteen valtion aluehallinto ja maakuntahallinto sekä luoda tarkoituksenmukainen työnjako valtion aluehallinnon, maakuntien ja kuntien välille. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillitää kustannusten kasvua. Uudistuksen keskeisenä tavoitteena on myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on, että vahvalla ohjauksella voidaan varmistaa nykyistä asiakaslähtöisempien, integroitujen ja vaikuttavien palvelujen toteutuminen kustannustehokkaalla tavalla. Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erityispalvelujen mahdollisimman laaja järjestäminen yhden vastuutahon toimesta, eli integraatio, perustuu siihen, että näin voidaan turvata parhaiten asiakkaiden ja potilaiden riittävät ja laadukkaat sekä oikea-aikaiset palvelut. Palvelujen järjestäminen yhden vastuutahon toimesta käsittää sekä horisontaalisen integraation (sosiaalihuollon palvelut ja terveydenhuollon palvelut) että vertikaalisen integraation (peruspalvelut ja erityispalvelut).

Integroidun palvelurakenteen tavoitteena on lisäksi mahdollistaa käytössä olevien voimavarojen vaikuttava ja kustannustehokas hyödyn täminen. Julkisen talouden kestävyysvaje edellyttää, että olemassa olevat voimavarat ovat täysimääräisesti käytössä ja ne saadaan jaetuksi mahdollisimman tasapainoisesti maan eri osiin.

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on maakunnilla. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan vastuuta lakisääteisten tehtävien järjestämisestä. Maakunta suunnittelee ja johtaa sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta alueellaan. Maakunta myös vastaa tehtäviensä rahoituksesta, vaikka järjestämisvastuu on siirretty toiselle maakunnalle tai tehtävän hoitamisesta vastaa lain perusteella toinen maakunta.

Maakuntalaissa on yleiset säännökset maakunnan hallinnon ja talouden järjestämisestä. Maakunta vastaa asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta. Maakunta vastaa myös siitä, että asukkaat saavat lakisääteiset palvelut yhdenvertaisesti ja että eri tuottajien tuottamista palveluista muodostuu sujuvat kokonaisuudet ja palvelu- ja hoitoketjut. Maakunta määrittelee palvelujen tarpeen, määrän ja laadun sekä niiden tuottamistavan, jollei muulla lailla toisin säädetä. Lisäksi se vastaa palvelujen tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä viranomaiselle kuuluvasta toimivallan käytöstä.

Lakiluonnoksessa säädetään siitä, miten maakunnan pitää järjestää asukkaiden lakisääteiset sosiaali- ja terveystaloudet. Sosiaali- ja terveystalouden sisällön, laajuuden ja laadun pitää olla asiakkaiden tarpeen mukaisia. Palvelujen pitää olla yhteen sovitettuja kokonaisuuksia ja ne pitää toteuttaa väestön tarpeiden mukaan lähellä asiakkaita. Palvelujen tuottamista voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman maakunnan laajuisesti silloin, kun niiden saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Näin voidaan tehdä myös silloin kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Palvelutuotannon ohjaus kuuluu järjestämisvastuussa olevalle maakunnalle. Maakuntalakiluonnoksen mukaan tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva maakunta vastaa asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden: 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta; 2) tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä; 3) tuottamistavasta; 4) tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta; 5) viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä, lukuun ottamatta maakunnan liikelaitokselle lailla säädettyä tai hallintosäännöllä siirrettyä toimivaltaa.

Sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen

Maakuntalaissa säädetään yleisesti maakunnan palvelujen tuottamisesta. Maakunta voi tuottaa palvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelun tuottajalta. Palvelun tuottajana voi toimia maakunnan liikelaitos, osakeyhtiö, yhteisö, yhdistys, osuuskunta, säätiö ja itsenäinen ammatinharjoittaja. Järjestämislaissa säädetään sosiaali- ja terveystalouden tuottamisen periaatteista. Maakuntalain ja järjestämislain lisäksi palvelujen tuottamisesta säädetään erillisessä laissa sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta.

Maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen. Maakunnan omasta palvelujen tuotannosta vastaa maakunnan liikelaitos. Liikelaitos on erillinen julkisoikeudellinen laitos, jota johtaa johtaja ja hallitus. Laitoksen palveluksessa on myös viranhaltijoita, jotka voivat tehdä viranomaispäätöksiä. Maakunnan liikelaitos tuottaa asukkaille julkiset sosiaali- ja terveystalvet myös silloin, jos niitä ei ole muuten saatavilla.

Maakunnan on annettava palvelujen tuottaminen maakunnan liikelaitoksen omistaman yhtiön tai yhteisön hoidettavaksi silloin, kun maakunta hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä kilpailutalanteessa markkinoilla tai talvet ovat asiakkaan valinnanvapauden piirissä (yhtiöittämisvelvollisuus).

Talvetun tuottajalla on monia velvoitteita. Tuottajan on esimerkiksi varmistettava, että palvelukonaisuudet toteutuvat ja palveluketjut toimivat sovitusti. Maakunta velvoitetaan laatimaan sopimus kaikkien palveluntuottajien kanssa. Maakunta päättää palvelustrategiassaan myös yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon talvetun tuottajilta hankittavien talvetun vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Lisäksi palvelustrategiassa on määriteltävä, mikä osa hankinnoista kilpailutetaan talvetun innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiassa on myös otettava huomioon asiakkaan valinnanvapauden piirissä olevien talvetun ja muiden sosiaali- ja terveystalvetun sovittaminen yhteen siten, että asiakkaiden tarvitsemat talvetun muodostavat tarpeen mukaisen kokonaisuuden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiluonnoksen mukaan maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja talvetun tuottaminen. Maakunnan omasta talvetun tuotannosta ja siinä talvetun yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvien talvetun muiden tuottajien kanssa vastaa maakunnan liikelaitos. Liikelaitoksen yhteensovitustehtävä tarkoittaa yksittäisten asiakkaiden talvetuketjutun yhteensovitusta ja on näin konkreettisemmalla tasolla kuin maakunnan järjestämistehtävään kuuluva yleinen yhteensovitus ja talvetun suunnittelu.

Laissa sosiaali- ja terveystalvetun tuottamisesta on tarkoitus säätää oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveystalvetun sekä yksityisiä sosiaali- ja terveystalvetun. Lain tavoitteena on turvata hyvät talvetun ja edistää yrittäjyyttä vähentämällä yrittäjien hallinnollista taakkaa. Lakiluonnoksen mukaan nykyisistä, talvetun tuottajan toimintamuodosta riippuvaisista lupa- ja ilmoituskäytännöistä luovutaan. Sen sijaan siirrytään kaikkia talvetun tuottajia yhtäläisesti koskevaan rekisteröintiin ja toimivaan omavalvontaan, joka perustuu talvetun tuottajan ja viranomaisen väliseen luottamukseen.

Talvetun tuottajan on rekisteröidyttävä sosiaali- ja terveystalvetun tuottajien rekisteriin. Rekisteriin sisältyy myös avoin julkinen tietopalvelu talvetun tuottajista. Rekisteri- ja valvontaviranomaisina toimivat sosiaali- ja terveystalvetun lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot. Talvetun tuottajien on täytettävä laissa määritellyt rekisteröintikriteerit. Valvontaviranomainen tekee päätöksen talvetun hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Ehdotuksen mukaan talvetun tuottajan on turvattava talvetun laatu, asiakaskeskeisyys, turvallisuus ja asianmukaisuus sekä valvottava niiden toteutumista. Talvetun tuottajalla pitää olla kattava omavalvontasuunnitelma.

Valtion lupa- ja valvontavirasto

Valtiovarainministeriössä valmistellaan kevään 2017 aikana hallituksen esitystä valtion lupa-, ja valvontavirastosta. Hallituksen linjauksen mukaan nykyisestä kuudesta aluehallintovirastosta muodostetaan yksi valtakunnallisen toimivallan omaava viranomainen, joka toimii alueellisissa toimipaikoissa. Päällekkäisyydet aluehallintoviraston ja keskushallinnon virastojen välillä on tarkoitus purkaa. Uudistuksessa henkilöstöä ei kuitenkaan keskitetä yhteen toimipisteeseen.

Tavoitteena on vastata hallinnon rakennemuutoksen tuomiin haasteisiin ja koota hallituksen linjauksia periaatteita noudattaen valtion aluehallinnossa ja keskushallinnossa hoidettuja valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtäviä siten, että jatkossa tehtävistä vastaavat valtakunnallisesti toimivat virastot. Tehtävien kokoamisella ja toimivallan valtakunnallisuudella tavoitellaan virastorakennetta, joka mahdollistaa nykyistä vaikuttavamman, asiakaskeskeisemmän, yhdenmukaisemman ja kustannustehokkaamman valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien toteuttamisen ja jossa viranomaisten keskinäiset työnjaot ovat selkeitä ja päällekkäiset tehtävät karsitaan. Tavoitteena on luoda virastorakenne, joka tehostaa viranomaisresurssien käyttöä ja tällä tavoin turvaa voimavarojen ja asiantuntemuksen riittävyyttä valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien hoitamisessa. Valtion valvontatoiminta ja läsnäolo koko maan alueella on tarkoitus turvata ja toteuttaa perusoikeuksien ja julkistalouden kannalta kestäväällä tavalla. Esityksen tavoitteena on myös mahdollistaa yhtenäisten toimintatapojen sekä ratkaisukäytännön varmistaminen toisaalta toiminnan valtakunnallisuuden kautta, toisaalta tarkastellen tehtävien kokoamista ja järjestämistä ennen kaikkea asiakaskeskeisesti.

3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1. Esityksen tavoitteet

Esityksen tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen.

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus. Ohjelman mukaan uudistus suunniteltiin toteutettavaksi kolmessa vaiheessa, jotka olivat sosiaali- ja terveystalouden integraatio ja rakenneuudistus, yksikanavainen rahoitusmalli huomioiden työterveyshuollon asema ja kolmantena valinnanvapauden toteuttaminen ja tuotannon monipuolistaminen.

Myöhemmissä linjauksissaan hallitus on korostanut palvelujen eri tuotantotapojen vertailtavuutta ja edellytyksiä innovaatioiden ja kokeilujen toteuttamiselle. Edellytykset tälle ja asiakaslähtöisesti integroiduille palveluille luodaan kattavalla potilas- ja asiakastiedon integraatiolla. Ihmisten valinnanmahdollisuuksia tuetaan palvelujen yhtenäisillä laatuksilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.

Kesäkuussa 2016 hallitus linjasi valinnanvapausjärjestelmän tavoitteita. Toteutettavan valinnanvapausmallin tavoitteena on vastata ihmisten erilaisiin tarpeisiin, antaa valinnanmahdollisuuksia ja parantaa palvelujen laatua, saatavuutta ja niiden yhteensovittamista. Mallin tulee myös kaventaa

ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta sekä tukea itsemääräämisoikeutta ja yksilöiden omaa vastuunottoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Tavoitteena on myös vahvistaa peruspalveluja ja mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatio tukemalla tätä tiedon integraatiolla. Lisäksi mallin tulee kannustaa asiakaskeskeiseen toimintaan. Tuottajia tulee kohdella yhdenvertaisesti varmistamalla, että markkinoille tulon kynns ja hallinnollinen taakka matala myös PK-yritysten näkökulmasta. Kilpailun markkinoilla tulee olla oikeudenmukaista ja markkinoilta poistumisen helppoa. Kustannuskehitystä hallitaan ja ohjataan niin, että 3 miljardin euron kustannusten hillintätavoite saavutetaan vuoteen 2029 mennessä. Palveluntuottajia kannustetaan palvelujärjestelmän jatkuvaan kehittämiseen ja uudistamiseen sekä tuottamaan palvelut vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti sekä kantamaan hyvinvointi- ja terveysriskiä.

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

Edellä 2.2 luvussa on kuvattu eräiden maiden valinnanvapausmalleja. Valinnanvapausmallit ovat kytkeytyneet kunkin maan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen erityispiirteisiin. Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen voidaan kuitenkin toteuttaa usealla kansallisestikin usealla eri tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilöryhmä ehdotti väliraportissaan neljä erilaista valinnanvapauden toteuttamisen tapaa: omatiimi, väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus ja integroitu sosiaali- ja terveyskeskus. Valinnanvapauden laajuus vaihtelee selvityshenkilöryhmän esittämien vaihtoehtojen välillä niin, että laajan valinnanvapaus on omatiimissä ja suppein integroidussa sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Valinnanvapaus on siten selvityshenkilöryhmän esittämissä malleissa laajempi, mitä vähemmän palveluita valittaman perusyksikön vastuulle kuuluu, koska perusyksikön tuottamien palveluiden ulkopuolella olevat palvelut olisivat laajan valinnanvapauden piirissä niin, että asiakas voisi valita ne miltä tahansa hyväksytyltä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajalta. Selvityshenkilöryhmän toimeksiantoon ei kuulunut valtiosääntöoikeudellisen arvion tai muiden juridisten reunaehtojen tarkastelu.

Selvityshenkilöiden esittämä omatiimi muodostuu omalääkäristä (yleislääkäri), terveydenhoitajasta tai sairaanhoitajasta sekä sosiaalityöntekijästä ja sosiaali- ja terveyskeskuksesta. Sen toiminta sisältää sosiaali- ja terveyskeskukseen, sosiaalityöntekijän, yleislääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajan itsenäiset vastaanotot. Omatiimi vastaa eräissä muissa Euroopan maissa käytettävää perhelääkärimallia, kuitenkin täydennettynä sosiaali- ja terveyskeskukseen ja -työn asiantuntijalla. Asiakas ilmoittautuu perustason palveluntuottajalle, joka toimii portinvartijana ja tekee ensimmäisen palvelutarpeen arvioinnin. Omatiimi hoitaa sekä portinvartijan roolia suhteessa muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin että asiakkaan palvelujen ohjausta. Muut kuin omatiimin tuottaman perustason palvelut ovat laajan valinnanvapauden piirissä.

Väestövastuisen sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluu omatiimin sisältyvien palvelujen lisäksi laajemmin sosiaali- ja terveyskeskukseen palveluita, perhetyö, kasvatus- ja perheneuvonta, päihde- ja mielenterveys- ja hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy, Monitoimisessa sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluu edellisten palvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä työterveys- ja työterveys- ja terveyskeskukseen vastuulle puolestaan kuuluisi kaikki perustason palvelut ja asiakkaan valinnanvapaus rajoittuisi sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan.

Selvityshenkilöryhmä päätyi ehdottamaan loppuraportissaan väestövastuista sosiaali- ja terveyskeskusta lasten- ja äitiysneuvolatoiminnalla täydennettynä suomalaisen valinnanvapausmallin pohjaksi.

Sosiaali- ja terveyskeskukset voivat hoitaa säädetyt tehtävänsä käyttämällä alihankkijoita ja verkostoitumalla keskenään esimerkiksi erikoisosaamista koskevissa toiminnoissa.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa valtio päättäisi niistä palveluista, joiden kohdalla asiakkaalla on vapaus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimenettely tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta valtio vahvistaisi tuottajille asetettavat vaatimukset. Lisäksi valtio päättäisi asiakkaalta palvelujen käytöstä perittävistä asiakasmaksuista ja niiden suuruudesta, jotka ovat samoista palveluista samansuuruisia tuottajasta riippumatta. Valtio päättäisi myös maksukatoista ja niiden suuruudesta.

Selvityshenkilöiden mallissa valtio osoittaisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka perustuisi suurimmaksi osaksi tarvevakioituun kapitaatioon. Lisäksi valtio voisi käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tukkevia kannustimia. Valtio myös määritteli tuottajien korvausperiaatteet, jotka määrittelevät rahoittajan ja järjestäjän välisen vastuunjaon sekä sen, miten paljon harkintavaltaa valtio maakunnille antaa. Korvausperiaatteiden määrittelyllä on myös yhteys taloudelliseen ohjaukseen sekä valtakunnallisen toiminnanohjauksen toteutumiseen. Korvausperiaatteet määrittelevät keskeisesti myös sitä, mitkä ovat palveluntuottajien velvollisuudet ja toisaalta asiakkaiden oikeudet ja oikeutetut odotukset järjestelmässä. Näin ollen korvausperiaatteet vaikuttavat osaltaan myös asiakkaiden oikeusturvan laajuuteen.

Selvityshenkilöiden esittämässä mallissa maakunta järjestäjänä vastaisi palvelujen tuottajien kanssa laadittavista sopimuksista ja niiden seurannasta (sopimusohjaus) sekä päättäisi tuottajille maksettavien korvausten määrästä valtion määrittelemien korvausperiaatteiden perusteella. Tuottajalle julkisista varoista maksettava korvaus olisi maakunnan tasolla samasta palvelusta kaikille julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille yhtenäinen. Maakunta suorittaisi palvelujen tuottajille sopimusten mukaiset valtion säättämien yleisten korvausperiaatteiden perusteella määritellyt korvaukset, valvoisi sopimusehtojen noudattamista ja tarvittaessa huolehtisi sopimukseen kirjattujen seuraamusten toteuttamisesta.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa asiakas valitsisi ensisijaiseksi asiointipaikakseen sosiaali- ja terveyskeskuksen, jonka tehtäviin kuuluu määriteltyjen peruspalvelujen tuottamisen lisäksi suorittaa muita palveluja koskeva ammatillinen tarpeen arviointi (ns. ”portinvartijan rooli”). Asiakas listautuisi valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen vähintään puolen vuoden ajaksi. Tänä aikana asiakas ei voi käyttää toisen sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluja. Maakunta maksaisi sopimuksen mukaisen korvauksen sosiaali- ja terveyskeskukselle listautuneista asiakkaista.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtäviin kuuluisi määriteltyjen peruspalvelujen tuottaminen. Muita julkisrahoitteisia valinnanvapauden piiriin kuuluvia peruspalveluja tuottaisivat sosiaali- ja terveyskeskuksen ulkopuoliset palveluntarjoajat. Näitä palveluja voisi saada sosiaali- ja terveyskeskuksen toteaman tarpeen mukaisesti lähetteen tai palveluohjauksen perusteella. Valinnanvapauden piirissä olisi myös sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden käyttöön oikeuttaa viranomaisen tekemä etuus- tai erityispalvelua koskeva päätös. Maakunta maksaisi korvauksen näistä muista valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista valtakunnallisesti hyväksytyille tuottajille sen mukaan, millainen korvausmalli kullekin palvelulle on määritetty.

Selvityshenkilöiden esittämän mallin lisäksi virkamiesvalmistelussa oli esillä väestövastuiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen sekä omatiimin pohjautuvat valinnanvapausmallit, joissa väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus tai omatiimi olisi julkisija toimijoita. Julkisen toimijan mallissa perusyk-

sikkö olisi julkinen toimija, ja muiden toimijoiden palveluita valitaan esimerkiksi henkilökohtaisen budjetoinnin tai palveluseteliratkaisujen avulla. Lisäksi virkamiesvalmistelussa oli esillä malli, jossa valinnanvapautta lisättäisiin nykyisen järjestelmän pohjalta vaiheittain kokeilujen kautta. Tavoitteena olisi laaja asiakkaan valinnanvapaus tuottajien suhteen ja tavoitetta kohti edettäisiin käytännöllisillä askeleilla. Palvelusetelikäytäntöjä, valinnanvapauskorvauksia ja henkilökohtaista budjetointia kehitetään ja valinnanvapausjärjestelmää laajennetaan asteittain säilyttäen nykyinen valinnanvapaus ja parantaen sen kattavuutta erilaisten tuottajien piiriin.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laissa säädettäisiin asiakkaan valinnanvapauden sisällöstä, palvelujen tuottajien hyväksymis- ja sopimusmenettelyistä, palvelujen tuottamisesta ja tuottajia koskevista velvoitteista, palvelun tuottajille suoritettavista korvauksista sekä tiedonhallinnasta ja valvonnasta. Lisäksi esityksessä ehdotetaan muutettavaksi potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia.

Ehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus koostuisi niin sanotuista suoran valinnan palveluista, joihin sisältyvät maksusetelillä annettavat palvelut, sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saatavista palveluista. Asiakas voisi valita suoran valinnan palveluja antavan sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön ilman maakunnan tekemää palvelutarpeen arviointia tai ohjausta. Lisäksi asiakkaalla olisi oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen toimipiste. Maakunnan liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakas saisi asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin, joiden perusteella hän voisi valita palvelun tuottajan. Lisäksi laissa säädettäisiin asiakkaan oikeudesta valita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Palveluiden yhteensovittaminen eli palvelunintegraatio toteutettaisiin palvelujen tuottajien verkostomaisella työtavalla sekä tiiviillä ja sujuvalla yhteistyöllä maakunnan liikelaitoksen kanssa.

Ehdotettavassa valinnanvapausmallissa valinnanvapautta olisi näin ollen kolmessa vaiheessa: (1) asiakkaan oikeus valita suoran valinnan palvelun tuottaja sekä erikseen suun terveydenhuollon palvelujen tuottaja sekä oikeus valita palveluntuottaja suoran valinnan palveluntuottajan myöntämän maksusetelin perusteella, (2) asiakkaan oikeus valita palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla kiireettömän hoidon palveluiden tuottaja tai sosiaalihuollon asiakassuunnitelman mukaisten palvelujen tuottaja ja (3) oikeus valita maakunnan liikelaitos ja palveluja antava toimipiste. Lisäksi terveydenhuoltolain mukainen oikeus ammattihenkilön valintaan laissa säädetyissä rajoissa säilyisi ja sosiaalihuollon osalta laajenisi.

Suoran valinnan palveluihin kuuluisi laissa tarkemmin määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudet. Suoran valinnan palvelut sisältäisivät perustason terveydenhuollon palveluja, suun terveydenhuollon palveluja sekä sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa. Lisäksi suoran valinnan palveluihin kuuluisi laajennetun perustason palveluja, joita ovat perustason suoran valinnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiot ja avovastaanottopalvelut, tilapäiset ja lyhytaikaiset sosiaalipalvelut sekä perustasoa vaivampiin suun terveydenhuollon palveluihin liittyvät terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiot ja avovastaanottopalvelut. Suoran valinnan palvelut sisältäisivät kiireettömät palvelut sekä sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön aukioloaikojen rajoissa kiireelliset palvelut eli kiirevastaanotot. Perustasaan ja laajennettuun perustasaan kuuluvat sosiaali- ja terveydenhuollon suoran valinnan palvelut olisi siirrettävä sosiaali- ja terveyskeskusten tuotantovastuulle siirtymäaikana viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2021.

Asiakas valitsisi suoran valinnan palveluntuottajan vuodeksi kerrallaan. Asiakkaan tulisi ilmoittaa sosiaali- ja terveyskeskuksen sekä suunhoidon yksikön valinnasta maakunnalle. Palvelun tuottajaa voisi vaihtaa aikaisintaan vuoden päästä edellisestä valinnasta. Jos asiakas ei valitse tuottajaa, maakunta osoittaisi asiakkaalle helpoimmin saavutettavissa olevan tuottajan.

Maakunta vastaisi suoran valinnan palveluihin sisältyvien palvelukokonaisuuksien ja asiakkaiden palveluketjujen yksityiskohtaisemmasta määrittelystä maakunnan ja sen asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Maakunta voisi lisäksi päättää, että suoran valinnan palveluihin kuuluu muitakin kuin laissa mainittuja palveluja. Maakunta ei voisi kuitenkaan siirtää suoran valinnan palvelujen piiriin tehtäviä, joihin liittyy julkisen vallan käyttöä, jollei tehtävän antamisesta muulle kuin viranomaiselle ole erikseen säädetty perustuslain 124 §:n mukaisesti. Suoran valinnan palvelujen piiriin ei voisi myöskään siirtää palveluja, jotka on erikseen säädetty valinnanvapauden ulkopuolelle tai säilytettäväksi maakunnan liikelaitoksen tehtävinä.

Suoran valinnan palvelujen tuottaja tuottaisi palvelut joko itse, sopimuksin yhdessä muun palveluntuottajan kanssa tai hankkimalla palveluja toiselta palveluntuottajalta. Lisäksi suoran valinnan palvelujen tuottajalla olisi velvollisuus antaa asiakkaalle maksuseteli yksittäisten toimenpiteiden hankkimiseksi muilta valvontaviranomaisen ylläpitämään palvelun tuottajarekisteriin rekisteröidyltä palveluntuottajilta. Suoran valinnan palvelun tuottajalla olisi kuitenkin kokonaisvastuu listautuneiden asiakkaiden hoidosta. Asiakkaan kieltäytyessä maksusetelistä suoran valinnan palveluntuottaja vastaisi palvelujen tuottamisesta asiakkaalle muilla tavoin. Sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön velvollisuutena olisi ohjata asiakas tarvittaessa palveluihin, kuten esimerkiksi maakunnan liikelaitoksen tuottamiin palveluihin.

Maakunnan liikelaitoksen toimipisteet tuottaisivat ne sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka eivät kuulu suoran valinnan palvelujen tai niihin sisältyvän maksusetelin piiriin tai asiakassetelin piiriin. Lisäksi maakunnan liikelaitos tekisi viranomaispäätöksiä. Asiakkaan valinnanvapaus koskisi myös maakunnan liikelaitoksen tuottamia palveluja. Asiakas voisi valita koko maan alueelta maakunnan tuottamisvastuulle kuuluvissa palveluissa toimipisteen.

Asiakkaan palvelutarpeesta riippuen asiakas saisi palvelun suoraan maakunnan liikelaitoksesta tai asiakkaalle myönnettäisiin asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti liikelaitoksen tekemän palvelutarpeen arvioinnin jälkeen. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla asiakas voisi valita palvelun tuottajan kaikista valvontaviranomaisen ylläpitämään palvelun tuottajarekisteriin rekisteröidyistä palvelun tuottajista koko Suomen alueelta.

Maakunta päättäisi asiakassetelin käyttöönotosta ja niistä palveluista, joissa asiakasseteliä voitaisiin käyttää. Nykyinen palveluseteli poistuisi käytöstä. Maakunnan liikelaitoksella olisi velvollisuus tarjota henkilökohtaista budjettia iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on pitkäaikaista, jatkuvaa ja laaja-alaista eli useita erilaisia palvelujen, tuen ja avun tarvetta ja jotka pystyvät joko itse tai tuettuna suunnittelemaan oman palvelukokonaisuutensa. Lisäksi maakunta voisi ottaa henkilökohtaisen budjetin käyttöön myös muiden asiakkaiden palveluissa. Asiakassuunnitelmaan pohjautuvaan budjettiin kuuluvissa palveluissa asiakas voisi itse päättää, mistä hankkii palvelut. Henkilökohtainen budjetti laadittaisiin joko määrääjäksi tai toistaiseksi voimassa olevaksi. Asiakkaalla olisi mahdollisuus kieltäytyä vastaanottamasta tarjottua asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Tällaisessa tilanteessa maakunnallinen tuottaja vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta muulla tavoin.

Valinnanvapausjärjestelmässä maakunnan liikelaitos vastaisi maakunnan omasta palvelutuotannosta ja palvelujen yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnassa toimivien muiden palve-

luntuottajien kanssa. Maakunta vastaisi siitä, että asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut, ja että eri tuottajien palvelut ovat sujuvasti ja tehokkaasti yhteen toimiva kokonaisuus. Maakunnan liikelaitos voisi tuottaa palveluja itse ja ostaa niitä yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. Jos maakunnan liikelaitos tarjoaa myös suoran valinnan palveluita tai asiakassetelillä annettavia palveluita, toiminta pitäisi siltä osin yhtiöittää.

Valinnanvapausjärjestelmään kuuluvien palveluntuottajien tulisi olla palvelujen tuottamisesta annetun lain mukaisessa rekisterissä ja olla liittyneinä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa tarkoituihin valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Suoran valinnan palvelujen tuottajan osalta maakunta voisi lisäksi asettaa palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteensovittamista koskevia ehtoja ja edellyttää palveluntuottajalta akkreditointia. Suoran valinnan palvelun tuottajaksi maakunta voisi hyväksyä suoran valinnan palveluntuottajan edellytykset täyttävän palvelun tuottajan tuottajan maakunnalle tekemän ilmoituksen perusteella. Lisäksi laissa säädettäisiin yleisesti valinnanvapausjärjestelmään kuuluvia palveluntuottajia koskevista velvollisuuksista sekä vastuista.

Maakunta tekisi sopimukset suoran valinnan palvelun tuottajien kanssa. Suoran valinnan palvelun tuottajan olisi tehtävä sopimus jokaisen maakunnan kanssa, jonka alueella palvelun tuottajalla on sosiaali- ja terveyskeskus tai suunhoidon yksikkö. Maakunta pitäisi julkista luettelo tuottajista ja valvoisi tuottajia. Maakunta olisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastiedon rekisterinpitäjä. Kaikkien tuottajien on oltava liittyneinä kanta-palveluihin. Kanta-palvelujen kautta asiakasta koskevat asiakas- ja potilastiedot ovat tuottajan saatavilla palvelun toteuttamisen edellyttämässä laajuudessa. Maakunta myös vastaisi siitä, että asukkailla on saatavissa riittävä tieto valintojen tekemiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Maakunnan velvollisuutena olisi tiedottaa asukkaiden oikeuksista ja etuuksista sekä neuvoa sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä.

Maakunta päättäisi suoran valinnan palvelujen tuottajille korvauksista lainsäädännössä määriteltyjen valtakunnallisten laissa säädettyjen yleisten rahoitusperiaatteiden perusteella. Suoran valinnan palveluja tuottavat sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt saisivat kiinteän korvauksen, joka perustuisi listautuneiden asiakkaiden määrään ja tarvittaessa asiakkaan hyvinvointiriskiin. Korvausta voitaisiin täydentää kannustinperusteisilla korvauksilla. Joissakin palveluissa voitaisiin käyttää myös osittain suoriteperusteisia korvauksia.

Suoran valinnan palvelun tuottaja vastaisi myöntämänsä maksusetelin perusteella annettujen palvelujen kustannuksista. Korvaus maksettaisiin enintään suoran valinnan palvelun tuottajan maksusetelille määräämän arvon mukaisesti eikä maksusetelipalvelun tuottajalla olisi oikeutta periä asiakkaalta maksuja maksusetelillä annetuista palveluista. Maksusetelin arvo olisi määriteltävä siten, että asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus saada sillä tarpeensa mukainen palvelu.

Maakunta määrittäisi asiakkaalle myönnettävän asiakassetelin arvon ja maakunta korvaisi tuottajalle kustannukset asiakassetelillä annetuista palveluista maakunnan ennalta määräämään arvoon asti. Asiakassetelipalvelun tuottaja ei saisi periä asiakkaalta maksuja asiakassetelillä annetuista palveluista. Maakunta korvaisi myös henkilökohtaisella budjetilla annettujen asiakassuunnitelmaan sisältyvien palvelujen kustannukset palvelun tuottajalle maakunnan ennalta määräämään arvoon asti. Palvelun tuottaja ei saisi periä asiakkaalta maksuja henkilökohtaisen budjetin perusteella antamistään palveluista.

Laissa säädettäisiin korvausten maksamisesta toisen maakunnan alueella toimivalle palvelun tuottajalle. Vastuu kustannusten korvaamisesta olisi sillä maakunnalla, jolla on vastuu sosiaali- ja ter-

veydenhuollon järjestämisestä kyseiselle asiakkaalle. Jos os asiakkaan palveluista järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla ei kuitenkaan olisi sopimusta suoran valinnan palvelunjen tuottajan kanssa, korvauksen maksaisi palveluntuottajan sijaintikunta ja asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaava maakunta olisi velvollinen korvaamaan kustannukset jälkikäteen korvauksen maksaneelle maakunnalle.

Kansaneläkelaitos vastaisi valinnanvapausjärjestelmään liittyvien korvausten valtakunnallisen maksuliikenteen hallinnoinnista sekä teknisestä toteutuksesta ja toimisi näiden tehtävien osalta sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ohjauksessa.

Valinnanvapauslainsäädännön myötä esitetään potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin lisättäväksi uusi luku päätöksenteosta tukemisesta (tuettu päätöksenteko). Tällä hetkellä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetään omassa laissaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista omassaan. Tämän vuoksi säännökset sijoitettaisiin kahteen eri lakiin. Uudet säännökset olisivat kuitenkin kummassakin laissa saman sisältöiset. Valinnanvapauslainsäädäntöön sisältyisi potilaille ja asiakkaille erilaisia valinnanmahdollisuuksia muun muassa suoran valinnan palvelut, maksuseteli, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti. Näissä erilaisissa valintatilanteissa asiakkaat voivat tarvita tukea valintoja tehtäessä. Tuettua päätöksentekoa koskevat säännökset sisällytettäisiin potilaslakiin ja sosiaalihuollon asiakaslakiin sen vuoksi, että myös muissa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa kuin valinnanvapautta koskevissa palveluissa asiakkaat voivat tarvita tukea, jos esimerkiksi asiakkaalle ei ole holhoustoimilain 29 §:n nojalla määrätty edunvalvojaa henkilöä koskeviin asioihin tai asiakkaalla ei ole potilaslain 6 §:n tai sosiaalihuollon asiakaslain 9 §:n mukaisia omaisia tai muita läheisiä henkilöitä.

4. Esityksen vaikutukset

4.1 Yleistä

Valinnanvapauslakiehdotuksen tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelujen tuottaja ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Tavoitteena on, että valinnanvapaus vahvistaisi myös palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan, jatkuvan kehittämiseen ja innovaatioihin.

Nyt valmisteilla olevan kokonaan uudenlaisen suomalaisen valinnanvapausmallin suunnittelu on käynnistynyt keväällä 2016 hallituksen linjausten mukaisesti ensin osana sote- ja maakuntahallinto-uudistusta ja kesästä 2016 lähtien erillisenä valinnanvapauslainsäädännön valmisteluna.

Uudistuksen vaikutukset riippuvat olennaisesti siitä miten itsehallinnolliset maakunnat omassa päätöksenteossa ja toiminnassaan toteuttavat valinnanvapauslainsäädäntöä sekä maakuntien erilaisista mahdollisuuksista toteuttaa sitä. Valinnanvapauden vaikutusarviointi on vielä tässä vaiheessa hankalaa, koska monet lakiehdotuksen linjaukset toteutuvat vasta maakuntien päätösten mukaan valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisvaiheessa, ja koska ei ole tietoa esim. siitä, miten sosiaalipalvelut ja vastuu yksilöä koskevista hallintopäätöksistä toteutetaan.

Vastaavaa valinnanvapausjärjestelmää ei ole toteutettu missään muussa maassa, joten vaikutusten arvioinnissa ei ole mahdollista suoraan käyttää muiden maiden kokemuksia. Tutkimustietoa Suomen terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisen valinnanvapauden toteuttamisesta on jonkin verran ja sitä on hyödynnetty arvioinnin eri osissa. Soveltuvien osien vaikutusarvioinnissa on käytetty myös

Ruotsin, Englannin ja muiden Euroopan maiden valinnanvapausjärjestelmästä julkaistuja tutkimuksia ja selvityksiä. Vaikutusarvioinnissa hyödynnetään myös Sosiaali- ja terveysministeriön keväällä 2016 European Observatory on Health Systems and Policies -organisaatiolta tilaamaa Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen ennakoarviointia Paneelin työskentely ajoittui ajankohtaan, jolloin lakiluonnokset sosiaali- ja terveydenhuollon- ja maakuntauudistuksesta lähtivät lausunnoille ja valmistelu sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädännöksi oli juuri käynnistynyt.

4.2 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset

Maakuntien järjestämistehtävä on haasteellinen

- Valinnanvapausjärjestelmä edellyttää uudenlaista johtamisosaamista (governance). Järjestäjän valta, vastuu ja tehtävät toteutuvat uudenaikaisessa järjestelmässä, jossa perinteisen hallinnollisen ohjaamisen sijaan sopimuksilla ja tiedolla ohjaaminen on keskeistä.
- Järjestäjän strategisten tavoitteiden, kuten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja integraation varmistaminen monimutkaistuu. Ne toteutuvat epäsuorasti sopimusohjauksen ja seurannan kautta.
- Tuottajien verkostoituminen, alihankinta ja maksusetelien käyttö aiheuttavat maakunnille uudenlaisia sopimusteknisiä haasteita ja hankaloittavat järjestämistä toteuttamista ohjaussuhteiden muuttuessa välillisiksi.
- Henkilökohtainen budjetti on järjestämistapana uusi ja aiheuttaa hallinnollista työtä mm. palvelutarpeen arviointiin, henkilökohtaisen budjetin laadintaan ja seurantaan sekä maksatukseen liittyen.

4.2.1 Yleistä

Maakuntalain mukaan maakunta määrittelee palvelustrategiassaan asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen, määrän, laadun ja niiden tuottamistavan sekä rahoituksen. Julkisella palvelulupauksella maakunta antaa asukkaille tietoa siitä, miten palvelut toteutetaan.

Maakunta voi tuottaa palvelut itse, tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia sopimuksen perusteella muulta palvelujen tuottajalta. Palvelujen tuottajana voi toimia maakunnan liikelaitos, osakeyhtiö, yhteisö, yhdistys, osuuskunta, säätiö ja itsenäinen ammatinharjoittaja. Maakunta vastaa myös siitä, että asukkaat saavat lakisäateiset palvelut yhdenvertaisesti ja että palvelu muodostavat asiakkaiden tarpeiden mukaisen kokonaisuuden.

Valinnanvapauslainsäädännössä korostuu maakunnan velvollisuus varmistaa asukkaiden valinnanmahdollisuuksien monipuolisuus. Uudistuksen myötä palvelujärjestelmän luonne ja asiakkaiden asema muuttuvat perustavanlaatuisesti. Hallinnollisen ohjauksen ja kontrollin sijaan palveluja ohjataan sopimuksin ja rahoituksella ja rahoitusjärjestelmään mahdollisesti liitettävien kannusteiden avulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön rinnalla joudutaan ottamaan huomioon yrityslainsäädännön asettamat vaatimukset. On myös huomattava, että osa palveluntuottajista (maksu- ja asiakas- palvelujen tuottajat, henkilökohtaisella budjetilla toteutettavien palvelujen tuottajat) jäävät kokonaan maakunnan välittömän ohjauksen tavoittamattomiin. Maakunta ei solmi niiden kanssa sopimuksia eikä niihin sovelleta hyväksymismenettelyä, jossa maakunta voisi asettaa niiden toimintaa koskevia ehtoja. Lähtökohtaoletuksena on, että palvelujen tuottajat toimivat 'oikein' ilman maakunnan välitöntä ohjaustakin. Tästä seuraa huomattavia vaatimuksia palvelujen käyttäjien vastuulle ja valppaudelle ja kyvylle reagoida oikea-aikaisesti palveluissa esiintyviin ongelmiin. Asiakkaiden valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden vahvistumisen lisäksi myös heidän vastuunsa korostuu. Asiakkailta edellytetään kykyä tehdä valintoja ja arvioida omaa asemaansa ja saamiensa palvelujen sisältöä ja vaikuttavuutta ja reagoida välittömästi havaitsemiinsa epäkohtiin. Asiakkaan tulee myös tuntea oikeutensa hakea muutosta ja kannella saamistaan päätöksistä ja palveluista ja näihin

liittyvät menettelyt. Maakunnan ja valinnanvapauden piirissä olevia palveluja tuottavien toimijoiden ohjaussuhteen muuttuessa sopimusperusteiseksi, välilliseksi tai jopa liudentuessa kokonaan, myös linkki kansanvaltaisen päätöksenteon ja palveluntuotannon ohjaamisen välillä hämärtyy.

4.2.2 Vaikutukset viranomaisten tehtäviin

Valinnanvapauden piirissä olevia sosiaali- ja terveystalvcluja koskeva hallinnollinen päätöksenteko sekä palvelumarkkinoiden sääntely, seuranta ja ohjaus edellyttävät uudentyyppistä toimintatapaa, välineitä ja osaamista sekä maakunnissa että kansallisesti. Valinnanvapaussjärjestelmässä maakunta ei palvelujen järjestäjänä johda toimintaa linjajohtamisella, vaan se korvautuu hallintotavalla, johon kuuluu mm. omistajaohjaus, kehittämisohjaus ja sopimusohjaus. Normeihin perustuvasta hierarkkisesta päätöksenteosta siirrytään enenevässä määrin sopimuksien, itsesääntelyn ja omavalvonnan sekä tiedon avulla ohjaamiseen. Haasteeksi uudessa rakenteessa muodostuu maakunnan oikeudelliset ja tosiasialliset mahdollisuudet toteuttaa tehokkaasti järjestämisvastuutaan. Uudenlaisella sopimus- ja seurantajärjestelmällä maakunnan tulee varmistaa palvelurakennetta, palvelujen yhdenvertaisuutta, kustannusten hallintaa ja palvelujen integraatiota ja muita seikkoja koskevien kansallisten ja maakunnan tekemien linjausten ulottuminen suoran valinnan palvelujen, henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelipalvelujen tuottajiin. Sopimuksissa tulee huomioida palvelun tuottajien mahdollisuus käyttää maksusetelipalveluntuottajia. Sopimuksilla tulee varmistaa myös yhteistyö ja keskinäiset suhteet eri toimijoiden, kuten maakunnan liikelaitoksen, maakunnan suoran valinnan palveluja tuottavien yhtiöiden sekä muiden palveluntuottajien välillä palvelujen integraation ja sujuvien hoitoketjujen varmistamiseksi. Haasteeksi muodostuu käytettävissä olevan ohjausvälineistön toimivuus monituottajamallissa ja etenkin se, että verkostomaisessa rakenteessa ja maksu- ja asiakaseteleitä sekä henkilökohtaista budjettia käytettäessä maakunnan ja kaikkien tuottajien välille ei lainkaan synny välitöntä sopimus- tai muuta ohjaussuhdetta tai se jää välilliseksi.

Ohjausmallissa keskeistä on toimijoiden kannusteiden, velvollisuuksien ja toimintamahdollisuuksien määrittäminen. Valinnanvapausmallissa johtaminen on strategisten sopimusten kimppu, joilla ohjataan palvelujen rahoitusta sekä koordinoidaan, ohjataan ja valvotaan palvelujen toteuttamista lainsäädännön, maakunnan palvelustrategian, palvelulupauksen sekä rahoitusmahdollisuuksien mukaisesti. Sosiaali- ja terveystalvclujen ydinosaamisen rinnalla korostuu strategisen johtamisen ja sopimusoikeuden osaamisen suuri tarve. Uudessa ohjaussjärjestelmässä valinnanvapauden piirissä olevia palveluntuottajia ohjataan tietojärjestelmien kautta generoituvan ohjaustiedon avulla. Ohjauksen toteuttamista vaikeuttaa se, että valinnanvapaussjärjestelmä joudutaan käynnistämään ilman suunnittelun ja toiminnan seurannan edellyttämää riittävää tietopohjaa. Tästä voi aiheutua ongelmia, joita on myöhemmin vaikeaa tai työlästä korjata. Uudistuksen toimeenpanoa varten tarvitaan suuri määrä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka vaikuttavat organisaatioihin, henkilöstöön ja infrastruktuuriin sekä kaikkeen toimintaan. Uuden ohjaus- ja seurantajärjestelmän sekä maksatusjärjestelmän muodostaminen vaati resursseja ja aikaa.

4.2.3 Vaikutukset maakuntien organisaatioihin ja toimintaan

Maakunnassa järjestäminen ja tuottaminen erotetaan toisistaan jo aiemmin annettujen lakiesitysten perusteella. Maakunnassa perustasoiset sosiaali- ja terveystalvclut tuotetaan suoran valinnan palveluina sosiaali- ja terveystalvclukeskuksissa ja muut palvelut tuottaa maakunnan liikelaitos joko omana toimintana tai ostopalveluna tai palvelujen käyttäjä hankkii ne henkilökohtaisella budjetilla tai asiakassetelillä.

Julkinen palvelujärjestelmä muuttuu kokonaisvaltaisesti, sillä vähintään 40 % nyt kuntien järjestämisvastuussa olevasta sosiaali- ja terveydenhuollosta siirtyy uusien valinnanvapausjärjestelmien, henkilökohtaisen budjetin, suoran valinnan sekä asiakassetelin piiriin. Näiden palvelujen kohdalla maakunnat joutuvat järjestämisvastuuta toteuttaessaan noudattamaan valinnanvapauslain säädösohjausta. Toisaalta järjestelmän ohjaaminen jatkossa riippuu huomattavasti asiakkaan ja tuottajien tekemistä valinnoista. Se mitä tuottajat tarjoavat, riippuu pitkälti lainsäädännössä määritellyistä ja maakuntien erikseen asettamista ehdoista ja erityisesti tuottajakorvauksista.

Maakunta ei voi tuottaa suoran valinnan palveluja tai niihin sisältyviä maksusetelipalveluja omana toimintanaan, joten se perustaa suoran valinnan palveluja varten yhtiön tai yhteisön (yhtiöittämisvelvollisuus). Aiemmin julkisena palveluna tuotetun sosiaali- ja terveystalouden palvelujen yhtiöittäminen on tehtävä, joka edellyttää monipuolista suunnittelua ja valmistelua toiminnan, henkilöstön ja tilasuunnittelun sekä rahoituksen varmistamisen näkökulmasta jo maakuntien perustamisen valmisteluvaiheessa. Yhtiöittämisen aiheuttaman hallinnollisen työn määrä riippuu jossain määrin siitä, päättääkö maakunta perustaa yhden vai useampia yhtiöitä. Väestöpohjaltaan pienempien alueiden ratkaisut voivat johtaa harvempien yhtiöiden perustamiseen. Valinnanvapausmalliin siirtymisen vaikutuksia henkilöstön asemaan käsitellään osiossa 4.7.

Valinnanvapausjärjestelmän myötä maakuntien vastuulle tulee runsaasti erilaisia uudenlaisia monituottajajärjestelmän hallinnointiin liittyviä tehtäviä, joiden hoitaminen edellyttää uudenlaista osaamista sekä uusia toimintatapoja ja organisatorisia ratkaisuja ja resursseja. Nämä tehtävät liittyvät mm. palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseen, palvelutarpeen, määrän ja laadun määrittelyyn, tuottamistavasta päättämiseen, tuottamisen ohjaamiseen ja valvontaan sekä tuottajien korvausjärjestelmään monituottajamallissa. Tehtävät ovat luonteeltaan uudenlaisia, koska ne koskevat maakunnan oman liikelaitoksen lisäksi valinnanvapausjärjestelmässä mukana olevia maakunnasta hallinnollisesti erillisiä itsenäisiä tuottajia.

Valinnanvapausjärjestelmään liittyvien hallinnollisten tehtävien määrä todennäköisesti vaihtelee suuresti eri maakuntien välillä ja siihen vaikuttaa maakuntien omien päätösten lisäksi mm. yksityisten ja kolmannen sektorin omistamien tuottajien tarjonnan määrä, joka todennäköisesti vaihtelee maan eri osissa.

Järjestämislain mukaan maakunnalle kuuluu vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi sekä toiminnan yhteensovittaminen kunnan, valtion ja maakunnan muiden palvelujen kanssa. Maakunta huolehtii lisäksi siitä, että palvelun tuottajat toimivat keskenään yhteistyössä siten, että asiakkaiden käytössä on yhteen sovitettuja palveluja. Maakunnan on huolehdittava laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluita tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Maakunnan on huolehdittava asiakkaan oikeuksista ja etuuksista tiedottamisesta, palvelujen käyttöön liittyvästä neuvonnasta, palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman laatimisesta sekä näihin liittyvästä ohjauksesta. Nämä maakunnan vastuulle kuuluvat tehtävät lisääntyvät valinnanvapausjärjestelmän myötä. Erityisesti lisääntyy palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yksityiskohtainen määrittelytyö, kun siihen on sisällytettävä myös valinnanvapausjärjestelmässä olevat tuottajat mahdollisine alihankkijoineen ja maksusetelituottajineen. Nämä tehtävät edellyttävät sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllistä osaamista, että juridista osaamista. Lisäksi kukin maakunta voi määritellä valinnanvapausjärjestelmässä olevien palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta koskevia vaatimuksia, joita maakunnan kanssa sopimuksen tekevien tuottajien on noudatettava. Järjestäjän strategisten tavoitteiden, kuten

palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja integraation varmistaminen monimutkaistuu, kun ne toteutuvat sopimusohjauksen ja seurannan kautta. Suoran valinnan palvelujen tuottajien verkostoituminen, alihankinta ja maksusetelien käyttö aiheuttavat maakunnille uudenlaisia sopimusteknisiä haasteita ja hankaloittavat järjestämisvastuun toteuttamista ohjaussuhteiden muuttuessa välillisiksi. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla hankittujen palvelujen ohjaukseen liittyy erityisiä ongelmia, sillä maakunnan ja palvelujen tuottajien välille ei näissä tilanteissa synny sopimussuhdetta.

Maakunta voi ennen palveluntuottajaksi hyväksymistä tarkastaa palvelun tuottajan toiminnan ja toimitilat. Maakunta myös vastaa osaltaan palvelujen tuottajien toiminnan valvonnasta. Näihin tehtäviin liittyy hallinnollista työtä, johon vaikuttaa myös valvottavien tuottajien määrä ja koko. Valvontaa ja muita hallinnollisia tehtäviä voi helpottaa, jos maakunta edellyttää suoran valinnan palvelujen tuottajilta ulkopuolisen tahon toteuttamaa hyväksymismenettelyä (akkreditointia), kuten valinnanvapauslakiehdotus mahdollistaa. Tämä kuitenkin riippuu hyväksymismenettelyn yksityiskohdista, joita ei vielä ole määritelty.

Maakunta ylläpitää julkisessa tietoverkossa olevaa luetteloa suoran valinnan palvelujen tuottajista ja asiakassetelillä palveluja tuottavista toimijoista. Maakuntien vastuulle kuuluu myös asiakkaiden tekemien palvelun tuottajan valintaa koskevien ilmoitusten vastaanottaminen, asiakkaan valinnasta ilmoittaminen palveluntuottajalle sekä asiakkuuden siirtymistä koskevan tiedon antaminen muille asiakkaan palveluista vastaaville tahoille. Tämä edellyttää uusien toimintikäytäntöjen ja toimivien tietoliikenneyhteyksien kehittämistä. Lisäksi asiakkaiden valinnan tueksi tulee tarjota erilaisia neuvontapalveluja ja julkaista tietoa esimerkiksi verkkopalvelussa. Myös nämä ovat uusia tehtäviä maakunnille.

Järjestämislain mukaan maakunta vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä alue- ja organisaatorajat ylittävästä kehittämisyhteistyöstä sekä koordinoi ja ohjaa tuottajatasolla tapahtuvaa, integroitua kehittämistyötä. Näiden kaikkien tehtävien laajuus ja niiden edellyttämät henkilö- ja muut resurssit riippuvat siitä, miten paljon maakunnan alueelle muodostuu suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalvelujen tuottajia. Velvollisuus ottaa käyttöön henkilökohtainen budjetti vanhuspalvelulain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain mukaisissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa aiheuttaa maakunnalle hallinnollista työtä erityisesti suunnitteluvaiheessa, koska sillä muutetaan nykyistä palvelujen järjestämis- ja rahoitustapaa.

Asiakkaiden mahdollisuus valita tarvitsemiaan palveluja kaikkialta Suomesta aiheuttaa maakunnille erilaista hallinnollista työtä kuin maakuntien sisällä toteutettava valinnanvapaus. Hallinnollinen työ liittyy esimerkiksi eri maakuntien erilaisiin hinnoitteluperusteisiin ja laskutuskäytäntöihin. Työn määrä ja kuormittavuus tulee riippumaan siitä, kuinka paljon valinnanvapautta käytetään.

Maakunta vastaa yllä kuvatusta tuottajien toiminnan ohjaamisesta ja yhteensovittamisesta ja muista tehtävistään palvelustrategiassaan ja palvelulupauksessaan määrittämällä tavalla. Maakuntalain mukaan maakunnan tulee ottaa liikelaitoksen ohjausinstrumentteihin ja muiden palveluntuottajien kanssa tehtäviin sopimukseen maakunnan järjestämisvastuun toteuttamiseksi tarvittavat määräykset. Valinnanvapausjärjestelmässä tämä tarkoittaa hyvinkin yksityiskohtaisia sopimusmääräyksiä ja hallintosäännön yksityiskohtia sekä niiden toteutumisen valvomista. Palvelujen tuottajien kanssa tehtävillä sopimuksilla ja niiden valvonnalla maakunta varmistaa muun muassa lakisääteisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, palvelujen laadun ja integraation. Järjestäjän strategisten tavoit-

teiden ja ohjauksen varmistaminen voi kuitenkin olla monimutkaista monituottajajärjestelmässä, jossa ohjaus toteutuu sopimusohjauksen ja seurannan kautta. Ohjauksen läpäisevyyttä hankaloittaa entisestään se, että verkostomaisessa rakenteessa ja maksu- ja asiakaseteleitä sekä henkilökohtaista budjettia käytettäessä maakunnan ja kaikkien tuottajien välille ei synny sopimus- tai muuta ohjaussuhdetta tai se toteutuu välillisesti.

Maakunnan oikeudelliset ja tosiasialliset mahdollisuudet toteuttaa järjestämisvastuuta monituottajamallissa ja esimerkiksi varmistaa, että kaikki julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveystalvveluja tuottavat palveluntuottajat toteuttavat maakunnan asettamia velvoitteita, ovat rajalliset. Maakunnan järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on keskeistä, että sillä olisi riittävät välineet ohjata yhtiömuotoisia ja myös verkostomuodossa toimivia palveluntuottajia velvoittavasti. Siitä, täyttävätkö lakiin sisältyvät sopimus- ja muun ohjauksen välineet tämän vaatimuksen, ei ole varmuutta.

Oikeudellista vastuuta selkeyttää kuitenkin osaltaan se, että suoran valinnan palvelun tuottajalla on kokonaisvastuu asiakkaan palvelukokonaisuudesta sekä palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta. Kokonaisvastuu kattaa myös tilanteet, joissa palvelut tuotetaan verkostomaisesti tai asiakas on valinnut maksusetelin palvelukokonaisuuden osan toteuttamiseksi. Epäselväksi kuitenkin jää, millä keinoilla suoran palvelun tuottaja voi toteuttaa vastuutaan suhteessa siitä organisatorisesti irralliseen, asiakkaan itsensä valitsemaan maksusetelipalveluja tuottavaan toimijaan.

Henkilökohtainen budjetin käyttöönotto tarkoittaa maakunnan liikelaitoksen tuottamien ja ostamien palvelujen korvautumista henkilökohtaisella budjetilla. Tämä tarkoittaa näiden toimintojen, kuten asumispalvelujen supistumista liikelaitoksessa, mikä johtaa henkilöstön vähenemiseen.

Maakunnan yhtiöt, jotka tarjoavat valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja, voivat osin käyttää maakuntien valtakunnallisten palvelukeskusten tarjoamia palveluja. Maakuntalain 124 §:n 4 momentissa säädetään, että ICT-palvelukeskus ylläpitää ja tarjoaa maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvia sosiaali- ja terveystalvveluja tuottaville yhteisöille, säätiöille ja itsenäisille ammatinharjoittajille asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ja integraation edellyttämiä sähköisiä palveluja, jos se on välttämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 58 §:n mukaisten veloitteiden toteuttamiseksi. Lainkohdan mukaan maakuntien yhtiöt ja kunnat voivat myös ostaa toimittila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskukselta tilapalveluja ja niihin välittömästi liittyviä muita palveluja silloin, kun ne tuottavat palveluja sijaitsevat samoissa tiloissa kun maakuntien sosiaali- ja terveystalvveluja tuottavat laitokset tai yhtiöt. Tässä momentissa mainittujen palvelujen myynti maakuntien yhtiöille ja kunnille ei saa olla enempää kuin 20 % palvelukeskusten kyseisiä palveluja koskevasta liikevaihdosta. Muilta osin sovelletaan julkisista hankinnoista annetun lain ja käyttöoikeussopimuksista säännöksiä.

Kapitaatiokorvaukset perustuvat jatkossa pääosin THL:n tarvekertoimiin perustuen. THL:n tarvekertoimet nousevat aikaisempaa suurempaan käyttöön ja tällä voi olla vaikutusta siihen, kuinka usein tarvekertoimia lasketaan ja päivitetään.

4.2.4 Vaikutukset muihin viranomaisiin

Hallitus on valmistele massassa sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottamislakia, jossa säädetään palveluntuottajien rekisteröinnistä ja valvonnasta. Lakiluonnoksen mukaan lakia sovelletaan kaikkiin yksityisiin ja julkisiin palveluntuottajiin. Lisäksi laki mahdollistaisi useiden palveluntuottajien yhteisen palveluyksikön, jonka vastuullinen tuottaja sovitaan keskinäisellä sopimuksella. Tuottajalain

soveltamisen yhtäläisesti kaikkiin erilaisiin palveluntuottajiin arvellaan lakiehdotuksen lausuntopäätteen mukaan vähentävän hallinnollista työtä ja parantavan valvontamahdollisuuksia. Toisaalta valinnanvapausjärjestelmä voi lisätä erityyppisten ja -kokoisten tuottajien määrää ja siten myös sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisten valvontatehtäviä.

Valvontaviranomaisten tehtävänä tulee uudistuksen jälkeen olemaan nykytilannetta vastaavasti sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien toiminnan valvominen. Valinnanvapausjärjestelmän myötä markkinoilla toimivien erilaisten palveluntuottajien määrän ennakoitaan kasvavan.

Valinnanvapauden piiriin kuuluva sosiaali- ja terveystalouden tuotanto on taloudellista toimintaa, johon soveltuu kilpailulainsäädäntö sekä antitrusti- että kilpailuneutraaliteettisääntöjen osalta. On todennäköistä, että julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalouden uusien markkinoiden ohjaamisessa tarvitaan myös erityisiä, vain tähän sektoriin sovellettavia säännöksiä. Näiden kehittämistä aiheuttaa uusia tehtäviä.

Kansaneläkelaitokselle tulisi valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan uusi tehtäviä, kun se vastaisi palvelun tuottajien korvauksiin liittyvän valtakunnallisen maksuliikenteen hallinnoinnista ja sen teknisestä toteutuksesta. Vastuu maksujen sisällöstä sekä kohdentumisesta on maakunnilla, jotka tuottavat Kansaneläkelaitokselle maksatuksen hallinnoimiseksi tarvittavat tiedot. Maksatusliikenteen kierrättäminen yhden kansallisen toimijan kautta herättää kysymyksiä, koska myös sairaanhoidopiireillä ja suurilla kunnilla on käytössään maksatuksen sopivia kehittyneitä järjestelmiä. Lisäksi valtionvarainministeriölle on luotu kansallinen palvelutietovaranto, jonka kautta julkisen hallinnon palveluja ja myös sote-palveluja on tarkoitus julkaista kansalaisille.

Kansaneläkelaitos toteuttaisi lakiehdotuksen mukaan myös asiakkaan valinnan mahdollistavan palvelun kansalaisen käyttöliittymän (omakanta) yhteydessä. Asiakkaan valinnan liittäminen osaksi kantapalveluja on yksi ratkaisu, koska se mahdollistaa kansalaisten käytössä olevan palvelun laajentamisen. Toisaalta THL:ssä on kehitetty viime hallituskauden SADe ohjelmassa kansallista palveluhakemistoa. Päällekkäistä työtä tulee joka tapauksessa siitä, että maakuntien tulee samanaikaisesti pitää julkista luetteloita alueensa palvelujen tuottajista.

Valinnanvapauslaissa säädetyissä tehtävissä eduskunnan alainen Kansaneläkelaitos toimii sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto hoitaa jo nykyisin myös sosiaali- ja terveystalouden markkinoiden toimivuuteen ja kilpailun edistämiseen liittyviä tehtäviä. Valinnanvapausjärjestelmään siirtyminen edellyttää kuitenkin jatkossa sosiaali- ja terveystalouden palveluja koskevan osaamisen syventämistä Kilpailu- ja kuluttajavirastossa. Yhteydenpito ja näkemysten vaihto valinnanvapauspalveluja tuottavien palveluntuottajien kanssa tulee olemaan tärkeä ja olennainen osa uutta valvontatoimintaa. Näin syvennetään KKV:n asiantuntemusta ja lisätään ennakoitavuutta julkisten sote-markkinoiden ohjauksen ja valvonnan ratkaisuihin.

Uusilla julkisten sosiaali- ja terveystalouden markkinoilla voi esiintyä myös sellaisia palvelujen puutteisiin ja virheisiin liittyviä ongelmia, joita muilla markkinoilla hoidetaan kuluttajansuojajoikeudellisin keinoin. Tällaisten ongelmien hoitaminen tulee tavalla tai toisella järjestää. Kuluttajansuojajoikeudelliset ratkaisut ovat yksi mahdollisuus, mutta asia edellyttää vielä jatkovalmistelua.

4.2.5 Vaikutukset valtion ohjaustehtävään

Järjestämislakiluonnoksen mukaan valtio ohjaa 18 palveluja järjestävää maakuntaa. Ohjauksella varmistetaan, että palvelut ovat kustannustehokkaalla tavalla vaikuttavia, asiakaslähtöisiä sekä integroituja. Valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan valtiolla on merkittäviä asetuksenantovaltuuksia esimerkiksi laatu- ja vaikuttavuusmittareiden sekä tuottajakorvauksiin liittyen. Tämä voi kaventaa maakuntien itsenäistä päätäntävaltaa. Valinnanvapausjärjestelmässä maakunnat eivät suoraan johda huomattavaa osaa palvelutuotannosta, vaan ne joutuvat yhdistelemään erilaisia tuotannon epäsuoria ohjauskeinoja. Tästä johtuen myös valtion on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevassa ohjauksessaan huomioitava maakuntien tuotannonohjaukseen liittyvät uudenlaiset haasteet.

Valinnanvapausuudistusta valmisteltaessa ja sen alkuvaiheessa on tarpeen, että asukkaille tarjottavien palveluiden ja niiden sisällön määrittelyä sekä palveluiden tuottamisessa käytettävien menetelmien ja käytäntöjen määrittelyä ohjataan ja yhtenäistetään kansallisesti. Riskinä on, että ilman kansallista koordinaatiota määrittelytyö moninkertaistuu kaikkien maakuntien tehdessä sen itse ja päädytään eriarvoistaviin ratkaisuihin. Säädösten, palveluvalikoiman määrittelyn ja yhtenäisten hoidon ja hoivan perusteiden täsmentämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon näyttöön perustuvien suositusten tueksi tarvitaan kansallisia laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien kansallista arviointia. Tämä edellyttää valtion ohjauksen osaamisen ja ohjausvälineiden kehittämistä ja ohjaavien tahojen tehtävien määrittelyä sekä työnjaon täsmentämistä.

4.2.6 Aluekehitysvaikutukset

Maakuntien mahdollisuudet vastata järjestämistehtävästä ja valinnanvapausmallin hallinnoinnista eroavat toisistaan huomattavasti ja siksi uudistuksen vaikutukset tulevat vaihtelemaan maakuntien välillä ja myös maakuntien sisällä sen eri alueilla. Vaarana on, että kaikkiin maakuntiin ei saada riittävässä määrin järjestelmän hallinnoinnin edellyttämää erityistä osaamista ja resursseja sekä maakuntahallintoon että liikelaitokseen kuin myös maakunnan omiin yhtiötettäviin palveluihin. Tämä voi muodostaa huomattavan haasteen lakia toimeenpantaessa ja johtaa valinnanvapausjärjestelmien hyvin eritahtiseen ja -suuntaiseen kehittymiseen eri maakunnissa ja jopa yhdenvertaisuusongelmiin.

Maakunnan tulee varautua eri keinoin varmistamaan palvelujen saatavuus väestölleen. Riskinä kuitenkin on, että maakunnassa on harvaan asututtuja alueita, joilla palveluntuotanto ei ole liiketaloudellisesti kannattavaa, jolloin maakunnan yhtiö tuottaa palvelut. Subventoiminen on maakuntalakiuonnoksen 116 § mukaan määräaikaisesti mahdollista.

Valinnanvapausmalli voi sen toteuttamistavasta riippuen joko vauhdittaa keskittymiskehitystä tai lisätä alueellista palveluntarjontaa ja siten työllisyyttä myös syrjäseuduilla. Jos palveluntuottajaksi pääsyn kriteerit ovat sellaiset, että pienten tuottajien on ne vaikea täyttää mm. palveluvalikoiman laajuuden vuoksi, voi tämä johtaa siihen, ettei syrjäseudulle synny uutta palvelutuotantoa. Myös maakunnan päätösvallassa olevilla tuottajakorvauksilla on ratkaiseva merkitys palvelurakenteen muodostumiseen. Tuottajien rahoitus, joka oletettavasti pitää sisällään myös tilakustannukset, vaikuttaa siihen, kuinka liiketaloudellisesti toimivat tuottajat uskaltavat investoida esimerkiksi uusiin tiloihin ja teknologioihin ja myös syrjäisemmille seuduille. Tässä vaiheessa tilanteen arviointi ei vielä ole mahdollista

Maakuntien välisten erojen lisäksi väestön alueellinen eriarvoisuus maakuntien sisällä on ilmeistä, koska yksityistä palveluntarjontaa syntyy oletettavasti erityisesti maakuntakeskuksiin ja niiden seutukuntiin.

Alueelliset vaihtelut ostopalveluissa ovat melko suuria. Vuonna 2014 yksityisiltä (järjestöt mukaan lukien) ostettujen sosiaali- ja terveystalvelujen osuus oli keskimäärin 10 prosenttia. Suurimmillaan prosenttiosuudet olivat Pohjois-Karjalassa (13,5 %) ja pienimmillään Etelä-Karjalassa (2,3%). Perusterveydenhuollon palveluista ostettiin huomattavasti vähemmän, vuonna 2014 keskimäärin 5,4 %. Eniten palveluja ostettiin Pohjois-Karjalassa (10,6%) ja vähiten Etelä-Karjalassa (2,5%).

4.3 Taloudelliset vaikutukset

Kannusteet ovat ratkaisevia

- Tuottajien kannusteet vaikuttavat kustannuskehityksen lisäksi merkittävästi valinnanvapausjärjestelmän laatu- ja uudistumistavoitteiden saavuttamiseen sekä palvelujen yhdenvertaisuuden toteutumiseen.
- Kannusteiden oikealle tasolle asettaminen on ratkaisevaa mm. sen kannalta, miten markkinoille saadaan tuottajia ja miten tuottajat toteuttavat palveluja. Kannusteiden pitää mm. varmistaa, että tuottajat toimivat yhteistyössä hoitoketjuissa, edistää kehittämistä ja innovaatioita palvelujen parantamiseksi sekä estää asiakkaiden haitallinen valikointi.
- Osaoptimoinnin kannustimet eivät välttämättä kokonaan poistu: mallin useissa kohdissa, kuten suoran valinnan palvelujen tuottajan sekä maakunnan liikelaitoksen rajapinnassa, on epäselvyyksiä tehtävänjaosta sekä toimijoiden tavoitteiden yhteneväisyydestä.

Säästöjen toteutuminen on epävarmaa

- Valinnanvapausmalli tarjoaa mahdollisuuksia menokehityksen hillitsemiseen. Säästötavoitteet ovat kuitenkin huomattavat ja valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiseen liittyy paljon kustannuskehitykseen vaikuttavia epävarmuustekijöitä.
- Tehokkuushyötyjen saavuttaminen kilpailun kautta on epävarmaa ja edellyttää markkinoiden käynnistymisen, muodostumisen, ja ohjaamisen onnistumista. Erityisiä riskejä tältä osin aiheuttavat maksuseteliin liittyvät säädökset, tuottajien kyky määrittää enimmäisasiakasmäärä yhdistettynä asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen eli kermankuorintaan, sekä markkinoiden jakautumisriski valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä.
- Valinnanvapausmalli sisältää mahdollisesti kustannuksia kasvattavia elementtejä: oppimis- ja järjestelmien perustamiskustannusten lisäksi henkilökohtaiseen budjettiin liittyy huomattava kustannusriski. Myös suun terveydenhuoltoon voi liittyä paineita kustannusten noususta.

Markkinoiden muodostumisessa käynnistymisvaihe kriittisin

- Muiden maiden kokemukset osoittavat tuottajan vaihtamisen olevan vähäistä, joten uudistuksen käynnistymisvaiheessa muodostuvat markkinaosuudet saattavat jäädä pitkäaikaisiksi. Asiakkaiden valikointi markkinoiden avaamisvaiheessa vaikuttaisi pitkäkestoisesti eri toimijoiden asemaan ja kokonaiskustannusten kehitykseen.
- On todennäköistä, että valinnanvapauspalveluja tuottavien yritysten asiakaskunta muodostuu osin aiemman asiakkuuden pohjalta. Suomen institutionaalinen asetelma voi tältä osin kärjistä kermankuorintaan liittyviä ongelmia.

4.3.1 Yleistä

Valinnanvapaus- ja monituottajamallilla tavoitellaan laatukilpailun kautta toteutuvia tehokkuushyötyjä. Markkinoiden avaamisen odotetaan johtavan tuottajien väliseen kilpailuun, jossa tuloksena on nykytilaan verrattuna sosiaali- ja terveystalveluiden tuotannon tehokkuuden nopeampi kehitys. Mallin keskeisenä piirteenä on, että kuka tahansa asetetut kriteerit täyttävä tuottaja voi osallistua määriteltyjen palveluiden julkisrahoitteiseen tuotantoon ja asiakkaat voivat valita vapaasti mieleisensä tuottajan. Kilpailun kautta ajatellaan syntyvän tehokkuusetuja, jotka hillitsevät sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitystä. Näiden tehokkuusetujen saavuttaminen edellyttää toisaalta myös huolellista markkinoiden sääntelyä sekä korvauseriaatteiden asettamista kustannustehokkuu-

teen kannustavalla tavalla. Huolellisesti toteutettuna ja säänneltynä valinnanvapausmallin voidaan katsoa sisältävän mahdollisuuksia, joiden toteutuminen tukee hallituksen tavoitteita. Valinnanvapausmalliin sisältyy kuitenkin markkinoiden syntymiseen ja tehokkaaseen toimintaan liittyviä riskejä sekä muita kustannuksia mahdollisesti kasvattavia tekijöitä.

Valinnanvapausmallin taloudellisten vaikutusten arviointia hankaloittaa maakuntien laaja vapaus soveltaa mallia eri tavoin. Maakuntien päätöksentekoa on erittäin vaikea ennakoida, jolloin vaikutusarvioinnissa on tehtävä oletuksia siitä, miten maakunnat ottavat valinnanvapausmallin käyttöön. Oletuksia joudutaan tekemään maakuntien soveltamista korvauseriaateista sekä maakuntien toteuttaman valinnanvapauden laajuudesta.

Maakuntien oletetaan soveltavan korvausjärjestelmiä hallituksen tavoitteita tukevalla tavalla, eikä esimerkiksi pyrkivän kokonaisuuden kannalta haitalliseen osaoptimointiin. Asiakassetelin käytön laajuuden oletetaan arvioinnissa noudattavan 15 prosentin minimivaatimusta. Henkilökohtaisen budjetin käytön odotetaan myös noudattavan lain vähimmäistasoa.

Haastavaksi vaikutusarvioinnin tekee myös suoran valinnan palvelujen sisällön laaja vaihteluväli: vähimmäistasoa soveltava maakunta ja hyvin laajaa palveluvalikoimaa soveltava maakunta muodostavat käytännössä kaksi hyvin erilaista valinnanvapausmallia, joissa esimerkiksi tuottajien kannustimet poikkeavat toisistaan. Tämän arvioinnin oletuksena on pidetty vähimmäispalveluvalikoimaa, ja poikkeamien merkitystä on pyritty luonnehtimaan arviossa.

4.3.2 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat poikkeavat normaaleista hyödykemarkkinoista, koska palveluilla on suuri vaikutus kuluttajien hyvinvointiin, tuottajilla on enemmän tietoa palvelusta kuin kuluttajilla, palvelun tarpeeseen ja käyttöön liittyy epävarmuutta, markkinoille tulo on säänneltyä ja toiminta on tiukasti professioon sidottua (mm. Sintonen ja Pekurinen, 2006; Folland ym. 2007; Virtanen, 2016.)

Terveyspalveluissa on monissa maissa otettu viimeisen kahden vuosikymmenen aikana käyttöön erilaisia markkinamekanismeja. Yksi keino lisätä kilpailua tuottajien välillä on laajentaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita tuottajansa omien mieltymystensä perusteella. Kilpailun onkin havaittu laskevan hintoja ja tehostavan tuotantoa mutta vaikutukset laatuun ovat epäselvempiä. Teoreettisen kirjallisuuden mukaan kilpailu nostaa laatua erityisesti silloin, kun hinta on kiinteä. Tällöin tuottajat kilpailevat asiakkaista laadulla ja yrityksiensä on mahdollista kasvattaa voittoja vain lisäämällä volyyymiä. Volyymin kasvattaminen puolestaan on mahdollista vain nostamalla laatua.

Edellä kuvatun järjestelmän laatuvaikutuksia on analysoitu erityisesti Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa. Empiiriset tutkimukset ovat keskittyneet erityisesti sairaalamarkkinoiden ja toisaalta tiettyjen sairausryhmien kuten infarktipotilaiden tarkasteluun. Empiiristen tutkimusten tulokset ovat vaihtelevia mutta kilpailun on havaittu nostavan laatua erityisesti Englannissa. Tutkimusten perusteella on selvää, että kilpailun laatuvaikutuksiin vaikuttaa toimintaympäristö ja erityisesti yritysten taloudelliset kannustimet (Gaynor & Town 2011; Brekke ym. 2014.) Esimerkiksi Cooper ym. (2011) tutkimuksen perusteella kilpailu nosti laatua erityisesti niissä sairaaloissa, jotka toimivat kilpailullisilla alueilla.

Vaikka yleinen talousteoria arvioi kilpailun nostavan laatua kiinteillä hinnoilla, taloudellisten mallien perusteella tiedetään, että toimiva laatukilpailu edellyttää mm. seuraavien seikkoja huomioimista:

- Valinnanvapauden myötä kysynnän tulee reagoida tuottajien laatueroihin
- Tuottajien pitää pyrkiä kasvattamaan voittojaan
- Tuottajien voittomarginaalin (säännelty hinta- rajakustannukset) tulee olla positiivinen
- Rajakustannusten (yhdestä lisääsiakkaasta syntyvät lisäkustannukset) tulee olla vakiot
- Tuottajat pystyvät vastaamaan kysyntään, jonka heidän tuottamansa laatu aiheuttaa

Edellä mainitut tekijät vaikuttavat yritysten kannustimiin reagoida kilpailuun ja voivat aiheuttaa epävarmuutta laatukilpailulle (Brekke ym. 2014.)

Esimerkiksi tuottajan altruismin (eli asiakkaan hyvinvoinnin korostamisen) on kirjallisuudessa osoitettu mutkistavan laatukilpailun syntymistä. Osittain altruistisesti toimiva tuottaja ottaa voittojen lisäksi huomioon asiakkaan hyvinvoinnin. Tällöin tuottaja toisaalta pyrkii nostamaan laatua valinnanvapauden vuoksi (ja potilaiden hyvinvoinnin näkökulmasta) mutta toisaalta sama tuottaja saattaa pyrkiä ohjaamaan kalliit potilaat toisille tuottajille. Se kumpi toiminta korostuu, vaikuttaa laatukilpailun lopputulokseen (Brekke ym. 2011.)

Epävarmuus saattaa syntyä, mikäli tuottajan kapasiteettiraja tulee vastaan lisääntyneen kysynnän vuoksi. Tällöin tuottajalle ei välttämättä synny kannustinta parantaa laatua, sillä lisääntynyt asiakasmäärä aiheuttaa investointipaineita, jotka puolestaan lisäävät kustannuksia.

Edellä mainitut tilanteet kuvastavat laatukilpailuun liittyvää epävarmuutta, jotka ovat yhteydessä tuottajien taloudellisiin kannustimiin, silloin kun hinnat ovat kiinteät.

Kun tuottajat voivat asettaa hinnan, sekä talousteoria että empiiriset tutkimustulokset osoittavan laatukilpailun tuottavan epäselviä ja vaihtelevia tuloksia. Yleisesti kuitenkin tiedetään, että kiihtynyt hintakilpailu laskee laatua (kts. esim. Forder & Allan 2014).

Talousteoria (ks. Dravonve 2011, Gaynor & Town 2011) ennakoi kiinteällä hinnalla tapahtuvan kilpailun tukevan terveydenhuollon laadun paranemista. Tutkimustulokset vaikuttaisivat vahvistavan tämän (esim. Gaynor 2006 ja Propper 2013). Näin kilpailun kiinteillä hinnoilla voidaan huolellisesti toteutettuna arvioida parantavan palvelujen laatua nykyiseen verrattuna, ja tätä kautta parantavan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotannon kustannustehokkuutta ja hillitsevän menokehitystä.

Valinnanvapausmalli vaikuttaa palvelujen rahoitustarpeeseen tehokkuusetujen kautta. Toiminnan tehostumisella nykyiseen verrattuna pyritään matalampaan kustannusten kasvu-uraan. Maakuntien rahoituslaki sisältää ns. perusuraa eli nyky muodossaan odotettuja kustannuksia matalamman rahoituksen kehityksen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua kolmen miljardin euron arvosta vuoteen 2029 mennessä. Valinnanvapausmalli on yksi osa uudistuksista, joilla tähän tavoitteeseen pyritään.

Ehdotetussa valinnanvapausmallissa kilpailu tapahtuu ns. suoran valinnan palveluiden, asiakassetelin, maksusetelin, ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palveluiden kautta. Suoran valinnan palvelut (sosiaali- ja terveyskeskus ja suunhoidon yksiköt) ovat pääpainoltaan (vähintään 80 prosenttia) kapitaatorahoituksella rahoitettuja palveluita, jotka käsittävät perustason sosiaali- ja ter-

veydenhuollon, mukaan lukien suun terveyden, palveluita. Kapitaatorahoituksella tarkoitetaan kustakin listautuneesta asiakkaasta maksettavaa tarveperusteista kiinteää maksua (esimerkiksi vuosimaksua), jolla tuottaja sitoutuu hoitaman asiakkaan määritellyt palveluntarpeet. Korvaukset ovat kaikille tuottajille yhtäläiset samoista palveluista, joten kilpailun odotetaan tapahtuvan laadulla. Suoran valinnan palveluntuottajien markkinat ovat vuoden 2015 tasossa arvioituna noin 3,7 miljardia euroa.

Suoran valinnan suun terveydenhuollon palvelun tuottajan tulee tarjota asiakkaille merkittävä osa kaikista suun terveydenhuollon palveluista. Hoitotakuurajojen pysyessä ennallaan, tämä saattaa lisätä julkisesti rahoitettujen palvelujen kysyntää. Käytettävissä olevien varojen säilyessä ennallaan kapitaatiomaksu voi jäädä alhaiseksi. Tällöin riskinä on, ettei palvelutarjontaa synny riittävästi, jolloin maakunnan on järjestettävä palvelut oman liikelaitoksen kautta. Vaihtoehtoisesti asiakasmaksusuoksia on korotettava, palveluvalikoimaa rajoitettava tai suun terveydenhuoltoon on kohdistettava varoja muusta toiminnasta.

Kiinteän hinnan palveluissa kaikki tuottajat saavat saman (joskin esimerkiksi asiakkaan ominaisuuksista riippuvan) korvauksen asiakkaalle tehtävistä toimenpiteistä eivätkä näin ollen voi suoraan vaikuttaa hintaan. Asiakassetelin luonnetta kiinteähintaisena välineenä muuttaa asiakkaiden mahdollisuus ostaa lisäpalveluja. Vähintään 15 prosenttia niistä palveluista, jotka eivät ole saatavilla suoran valinnan palveluina tai henkilökohtaisella budjetilla ja jotka eivät ole kiireisiä, julkisen valan käyttöä, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 11 §:n ja terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan tehtävien harvinaisuuden, vaativuuden tai suurten kustannusten perusteella keskitettäviä palveluita, on oltava saatavilla asiakassetelillä. Asiakassetelin markkinoiden koko vuoden 2015 tasossa laskettuna on arviolta 2,8 miljardia euroa.

Maakunnilla on velvollisuus tarjota henkilökohtaista budjettia iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on laaja-alaista useita erilaisia palveluiden, tuen ja avun tarvetta. Tällöin sen vaikutukset menokehitykseen ovat talousteorian ja empiirisen tutkimuksen näkökulmasta epäselvemmät. Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset riippuvat siitä, miten ja missä laajuudessa henkilökohtainen budjetointi toteutetaan ja miten saatavuuskriteerit asetetaan. Väljät kriteerit voivat synnyttää uusia palvelutarpeita ja kasvattaa näin ollen kustannuksia. Lain minimiedellytyksillä henkilökohtaisen budjetin piirissä arvioidaan tulevan noin 60 000 henkilöä. Kansainvälisten kokemusten mukaan henkilökohtaisen budjetin käyttö on usein johtanut kustannusten kasvuun, erityisesti oppimisvaiheen kustannusten johdosta. Henkilökohtaisen budjetin kautta avautuvat markkinat on vuoden 2015 tasossa arvioituna noin 1,5 miljardia euroa.

Henkilökohtaisen budjetin on tarkoitus olla menetelmä, jolla nykyisiä resursseja kohdennetaan uudelleen nykyisestä käytöstä asiakkaan henkilökohtaiseksi budjetiksi. Näin budjetin suuruus määräytyy lähtökohtaisesti asiakkaan julkisrahoitteisten palvelujen tarpeen mukaisten nettokustannusten mukaisesti: tuotantokustannukset asiakasmaksut huomioiden. Uusien asiakkaiden näkökulmasta epäselvää on kuitenkin, miten esimerkiksi omaishoidon tai laitoshoidon välinen pulma käytännössä ratkaistaan: saako asiakkaan omaishoidon tukea, vai lasketaanko asiakkaalle henkilökohtainen budjetti laitoshoidon kustannusten mukaisesti. Selvää on, että tällaisissa tapauksissa julkisesti tuotettujen palvelujen kustannukset ylittävät merkittävästi esimerkiksi omaishoidon korvaustason. Käytännön soveltamisratkaisuihin riippuen henkilökohtainen budjetti voi kasvattaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia huomattavasti. Koska henkilökohtaisen budjetin määrittelyyn liittyy huomattavan paljon yksilöllistä harkintaa, on syytä varautua oikaisuvaatimuksista aiheutuvaan hallinnollisten kustannusten kasvuun.

Maksuseteli on instrumentti, jonka suoran valinnan tuottaja on veloitettu tarjoamaan asiakkaalleen erinäisiin soveltuviin palveluihin. Tästä aiheutuu haasteita, koska sosiaali- ja terveystuottaja on vastuussa palveluketjussa tapahtuneista virheistä ja toimija ei esimerkiksi voi kieltää asiakasta käyttämästä alihankkijaa, jonka laatu on sen mielestä huonoa. Maksusetelistä voi myös aiheutua ylimääräisiä kustannuksia siinä muodossa, että sosiaali- ja terveystuottajalla on vapaata kapasiteettia itselleen, mutta asiakas kuitenkin maksusetelin saatuaan valitsee jonkin toisen tuottajan, josta aiheutuneista kustannuksista sosiaali- ja terveystuottaja vastaa.

Maksuseteli muodostaa suoran valinnan tuottajalle vaikean riskin: listautuneet asiakkaat voivat tiettyissä tapauksissa vaatia maksuseteliä saadakseen palvelun toiselta palvelun tuottajalta. Tämä voi aiheuttaa tuottajalle vaikean tilanteen erityisesti suun terveydenhuollon palveluissa, joissa hoito on toimenpidepainotteista ja toimenpiteiden voidaan ajatella muodostavan maksusetelille sopivia osia.

Kilpailun tuomien tehokkuusetujen suuruuden arvioinnin näkökulmasta on tärkeää arvioida, miten suuriksi kilpailulliset markkinat nykytilaan verrattuna muodostuvat. Maakunnille toiminnan käynnistyessä kohdennettava sosiaali- ja terveydenhuollon valtion rahoitus on 17,25 miljardia euroa vuoden 2016 tasossa ja maakuntien saamien asiakasmaksujen suuruus on arviolta 1,45 miljardia euroa. Maakuntien rahoituksen ja saamien asiakasmaksujen yhteensä noin 18,7 miljardin euron summasta valinnanvapauden piiriin kuuluvien palveluiden menojen suuruus edellä esitettyjen oletusten mukaisena olisi suoran valinnan terveyspalveluiden ja suun terveydenhuollon palveluiden osalta arviolta noin 3,7 miljardia euroa. Henkilökohtaisen budjetin menot voisivat vuoden 2015 tasossa arvioituna olla noin 1,5 miljardia euroa. Asiakassetelien kautta avautuvan valinnanvapauden markkinoiden koko olisi noin 2,8 miljardia euroa. Yhteensä kiinteiden hintojen eli suoran valinnan ja asiakassetelin puitteissa tapahtuvan markkinan koko olisi noin 6,5 miljardia euroa.

Euromääräistä arviota kilpailun positiivisista vaikutuksista on vaikea antaa; tutkimustulokset koskevat usein järjestelmiä, jotka eivät ole samanlaisia esitetyn valinnanvapausmallin ja sen kontekstin kanssa. Esimerkiksi Englannin ratkaisuja koskeva tutkimuskirjallisuus käsittelee usein sairaaloiden välistä kilpailua (Gaynor ym. 2011 havaitsevat yli 7 prosentin parannuksen asiakkaiden hyvinvoinnissa kilpailun seurauksena), eikä tulosten yleistäminen täsmällisellä tasolla esitettyyn malliin ole realistista. Tutkimuskirjallisuus keskittyy myös terveydenhuoltoon, eikä sosiaalipalveluista ole saatavilla yhtä kattavaa tutkimustietoa. Suomen kontekstiin yksiselitteisesti rinnastettavissa olevaa, laadukasta tutkimustietoa kilpailun vaikutusta sosiaali- ja terveyshuollon menokehitykseen ei ole saatavilla.

Esimerkiksi yhteensä 2 – 3 %:n tehokkuushyödyillä aikavälillä 2019 – 2029 arvioituna kustannustehokkuuden paraneminen tarkoittaisi nykyisellä kustannustasolla mitattuna noin 50 – 100 miljoonan eurojen säästöjä maakuntia velvoittavien suoran valinnan palveluiden joukossa. Luku on hyvin karkea arvio ja tarkoittaisi käytännössä kymmenen vuoden aikavälillä noin 0,2 – 0,3 %:n vuosittaisesta kustannuskehityksen hidastumista perusuraan verrattuna vuosittaisen menokehityksen näkökulmasta kilpailun piirissä oleville palveluille. Asiakasseteliin liittyvät vaikutukset ovat hieman epävarmempia, mutta kymmenen vuoden aikavälillä 0,2 – 0,3 %:n vuotuisilla tehokkuushyödyillä näillä markkinoilla voitaisiin saavuttaa noin 50 – 80 miljoonan euron kustannuspaineiden heikentyminen. Kilpailulla mahdollisesti saavutettavat tehokkuushyödyt ovat kuitenkin tutkimusten mukaan melko maltillisia tavoitteisiin ja riskeihin nähden.

Mikäli maakunnat ottavat käyttöön laajempia suoran valinnan tai asiakassetelin palveluvalikoiman määritelmiä, kasvaa kilpailun piirissä oleva menopohja ja sitä kautta vaikutus voimistuu. Esimerkiksi kykyä kilpailuttaa erikoistason palveluita on pidetty alan toimijoiden keskuudessa tärkeänä kustannuksia madaltavana tekijänä. Palveluvalikoiman laajentamiseen liittyy kuitenkin muita riskejä.

Tehokkuushyötyjen toteutuminen edellyttää valinnanvapausmallin suotuisaa toteutumista ja on riippuvaista markkinoiden ohjauksen onnistumisesta. Esitettyyn valinnanvapausmalliin liittyy useita tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa markkinoiden syntyymiseen ja kehittymiseen negatiivisella tavalla. Näin tehokkuushyötyjen saavuttaminen on epävarmaa. Tämän lisäksi esimerkiksi henkilökohtaiseen budjettiin liittyvät kustannusriskit tarkoittavat, että valinnanvapauslain kokonaisvaikutus voi riskien toteutuessa ja markkinoiden ohjauksen ja syntyymisen epäonnistuessa kääntyä negatiiviseksi.

Kilpailun vaikutukset eivät rajaudu ainoastaan suoraan kilpailun piirissä olevien tuottajien toimintaan. Tämän lisäksi kilpailulla voidaan katsoa olevan positiivisia ulkoisvaikutuksia myös sellaisten toimijoiden toimintaan, jotka eivät suoraan itse osallistu kilpailuun. Nämä heijastusvaikutukset näkyvät esimerkiksi kilpailullisilla markkinoilla voiton tavoittelussa kehitettyjen tuote- ja prosessinnovaatioiden leviämisen kautta. Nämä vaikutuskanavat voivat olla moninaisia: esimerkiksi Glaeser (1997) arvioi osaamisen leviävän kaupungeissa ihmisten välisen kanssakäymisen kautta; Gaynor & Town (2011) muodostavat myös teoreettisen kehikon, jonka puitteissa laadun näkökulmasta positiivisia heijastusvaikutuksia voi syntyä tilanteessa, jossa toimijat hoitavat sekä kilpailullisia että kilpailun ulkopuolisia asiakkaita. Myös Aalto-yliopiston työryhmä (2016) tukee näkemystä heijastusvaikutuksista. Empiiriset tutkimustulokset näistä heijastusvaikutuksista ovat harvinaisempia, mutta esimerkiksi Dechezleprête ym. (2016) löytävät tuotekehitykseen liittyvien verotukien osalta tällaisia vaikutuksia. Näitä vaikutuksia on kuitenkin erittäin vaikea arvioida erityisesti siksi, että juuri sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta ei parhaimman tiedon mukaan ole saatavilla.

4.3.3 Vaikutukset maakuntien talouteen

Valinnanvapausmallin piirissä olevien maakuntaa velvoittavien palveluiden osuus suhteessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta riippuu laskennan yksityiskohdista; lukuun vaikuttavat merkittävällä tapaa maakunnille vapaaehtoiset toimet, kuten suoran valinnan palvelujen vähimmäistasoa korkeampi laajuus sekä henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelin käyttöönoton laajuus.

Osuutta on vaikea ennakoida, sillä maakunnalle jää verrattain paljon itsemääräämisoikeutta esimerkiksi suoran valinnan palvelujen, asiakassetelillä saatavien palvelujen sekä maakunnan liikelaitoksen työnjaon määrittämisessä. Itsemääräämisoikeutta voidaan merkittävästi valinnanvapauslaissa olevien asetuksenantovaltuuksien avulla. Maakunta kykenee halutessaan esimerkiksi kasvattamaan perustason palveluiden saatavuutta ja panostusta. Mikäli perustason palveluihin panostaminen näkyisi erikoistason palveluiden tarpeen vähenemisenä, voisi maakunta tätä kautta saavuttaa kustannussäästöjä. Tämä edellyttää, että muiden sosiaali- ja terveystalouden palveluiden kapasiteettia sopeutetaan vastaavasti.

Valinnanvapausmalli heikentää maakunnan kykyä toteuttaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen integraatiota alueellaan. Tämä on seurausta siitä, että kaikki palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisen ohjauksen piirissä, vaikka portinvartijuus säilyykin maakunnalla. Integraation toteutta-

minen valinnanvapausmallin puitteissa edellyttää maakunnalta sopimus- ja korvausjärjestelmien osaamista.

4.3.4 Taloudelliset vaikutukset yrityksiin ja palvelun tuottajiin

Asiakas voi valita suoran valinnan palvelutuottajan erikseen sosiaali- ja terveystalouden sekä suun terveyden palveluissa. Tuottaja saa määritellyn riskipainotetun eli asiakkaan ominaisuuksien kuten iän perusteella muodostetun kapitaatiokorvauksen (jolloin korvaus on korkeampi esimerkiksi vanhuksille kuin työikäisille) kustakin asiakkaasta ja sitoutuu tuottamaan määritellyt palvelut asiakkaalleen. Näin tuottajat kilpailevat asiakkaista laadulla, eivät hinnalla. Kapitaatiokorvauksen voidaan nähdä lähtökohtaisesti kannustavan kustannustehokkaaseen toimintaan, joskin sen riskinä on kermankuorinta ja laadun heikentyminen erityisesti epätäydellisillä markkinoilla.

Vaikka suoran valinnan palveluiden pääasiallinen rahoitusperiaate on kapitaatio, jää maakunnille kyky vaikuttaa rahoituksen yksityiskohtiin, ainakin jos asetuksilla ei asiaa tiukasti säädellä. Esimerkiksi suoriteperusteisen korvauksen osuutta kasvattamalla tuottajat voidaan saada tuottamaan enemmän niitä palveluita, joista maksetaan suoriteperusteisesti, ja tätä kautta saatavuus parantuu. Tällaiseen toimintaan sisältyy kuitenkin kustannusriskejä, ja maakunnan itsemääräämisoikeuden laajuus asettaa maakunnille merkittävän roolin kustannustehokkaan toiminnan kannustimien toteutumisessa. Näiden kustannusriskien hallitseminen edellyttää maakunnalta hyvää suunnittelu- ja ennakointikykyä. Valtioneuvoston asetuksilla voidaan kuitenkin edelleen muuttaa muun muassa tuottajien rahoituksen yksityiskohtia valtion toimesta. Näin maakunnilla on kannustin toimia huolellisesti mahdollisimman laajan itsemääräämiskyvyn säilyttämiseksi.

Valinnanvapausmalli mahdollistaa suoran valinnan palveluissa julkisrahoitteisten palvelujen tuottamisen joukolle sellaisia yrityksiä sekä kolmannen sektorin toimijoita, joille tämä ei tällä hetkellä ole mahdollista. Koska tuottajille asetettu velvoittava palveluvalikoima ei sisällä vastuuta esimerkiksi kalliita laitteita edellyttävästä erikoissairaanhoidosta, kustannusriski ja tarvittavat investoinnit jäävät kohtuullisiksi. Palveluvalikoiman laajuus kuitenkin tarkoittaa, että suoran valinnan palvelujen tuottajiksi kykenevät lähinnä suuremmat toimijat; toisaalta pienemmät toimijat voivat pyrkiä markkinoille suoriteperusteisten asiakassetelien, maksusetelien tai henkilökohtaisen budjetin piirissä olevien palvelujen kautta, jotka korvausmuotoina ja palveluiden järjestämistapana soveltuvat paremmin pienille toimijoille (korvausjärjestelmien soveltuvuutta eri toimijoille on käsitelty täsmällisemmin esim. Conrad 2015).

Maakunnan päättäessä tarjota asukkailleen säädettyä laajempaa suoran valinnan palveluvalikoiman, kustannusriskin kasvu voi tarkoittaa sitä, että pienet toimijat tarvitsevat markkinoilla pärjätäkseen jälleenvakuutusjärjestelmän, tai muutoin markkinoille tulo voi olla pienille yrityksille erittäin vaikeaa. Samoin markkinoille tulo markkinoiden avautumisen jälkeen muodostuu kapitaatorahoitteisessa mallissa vaikeammaksi, sillä tuotannon kannattava toteuttaminen edellyttää laajempaa palveluvalikoiman johdosta paitsi investointeja myös laajempaa asiakaspohjan. Laajempaa palveluvalikoiman, ja sitä kautta taloudellisen vastuun, kantaminen edellyttää maakunnalta myös kykyä korvausmallien yksityiskohtaisempaan laadintaan.

Markkinoille tuloa markkinoiden avautumisvaiheen jälkeen vaikeuttaa myös asiakkaiden vähäinen liikkuvuus (esim. Kaikkonen ym. 2016). Kilpailun tehokkuushyötyjen näkökulmasta tämä ei välttämättä ole suuri ongelma, sillä jo kilpailun uhka voi saada markkinoilla jo olevat tuottajat tehosta-

maan toimintaansa. Markkinoiden keskittymisen ja alueellisen monopolisoitumisen uhan näkökulmasta markkinoiden avaamiseen liittyvät kysymykset ovat erittäin tärkeitä.

Portinvartijuus säilyy nykyisen kaltaisena erikoissairaanhoidossa eli kustannusvastuunsiirto-ongelmalta ei täysin vältytä. Tuottajilla voi siis olla kannustin lähettää asiakkaitaan maakunnan liikelaitoksen hoidettaviksi, ja tältä osin pulma vastaa hieman nykyistä kuntien ja sairaanhoitopiirien muodostamaa ongelmaa. Tämä yhteismaan ongelmaa muistuttava tilanne voi käytännössä näkyä kasvavina erikoissairaanhoidon kustannuksina sellaisten asioiden osalta, jotka oltaisi voitu hoitaa halvemmalla perustasolla. Suoran valinnan tuottajien palveluvalikoiman (ja sitä kautta kustannusvastuun) laajentaminen erikoistason palveluihin hillitsee ongelmaa, mutta korostaa edellä kuvatun mukaisesti esimerkiksi markkinoille tuloon ja kermankuorintaan liittyviä haasteita.

Asiakkaan valinnanvapaus yhdistettynä kapitaatiokorvaukseen luo tuottajille kapitaatiokorvauksen koosta riippuvaisen kannustimen asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen (ks. Brown ym. 2014). Tällä ns. kermankuorinnalla pyritään saamaan asiakkaiksi ne, jotka ovat keskimääräisiä ominaisuuksiin helppohoitoisempia: esimerkiksi terveet elämäntavat omaava henkilö voi keskimäärin halvempi asiakas, vaikka tätä ei välttämättä pystytä kapitaatiokorvauksessa täsmällisesti erittelemäänkään. Erityisesti Suomen institutionaalisisessa kontekstissa, jossa nykyisillä yksityisillä toimijoilla (kotitalouksien ostamat terveystalot ja työterveydenhuolto) on huomattava määrä informaatiota olemassa olevista asiakkaistaan, on tämä riski huomattava. Kermankuorinta on ongelma sellaisissa malleissa, joissa tuottaja kykenee mahdollisesti vaikuttamaan asiakaspopulaationsa koostumukseen.

Jos valinnanvapausmallin-suoran valinnan palveluntuottajien palveluvalikoima on suppea, kapitaatiokorvaus jää maltilliseksi. Asiakkaiden haitallisen valikoimisen eli kermankuorinnan kannustimet jäävät suppeilla palveluvalikoimilla melko vähäisiksi, mutta toisaalta tällöin yhteismaan ongelmat voivat olla suurempia. Suoran valinnan palveluntuottajien palveluvalikoiman laajentuessa kapitaatiotaso kasvaa. Tällöin kermankuorinnan kannustimet saattavat myös kasvaa, vaikka yhteismaan ongelmat lievenevätkin. Vaikka suoran valinnan palvelujen laajuus ei olisikaan merkittävä, voivat tuottajien kannustimet harjoittaa haitallista valikoimista kasvaa, mikäli tuottajat odottavat suoran valinnan palvelujen sisällön kasvavan.

Kermankuorinnan kannalta keskeistä on tarvekertoimien määrittelyssä sekä markkinoiden avaamisessa onnistuminen. Jos kuhunkin asiakkaaseen liittyy oikeudenmukainen korvaus, palveluntuottajien kannustin valikoida asiakkaita on alhainen. Käytännössä tarvekertoimien määrittelyllä kyetään kuitenkin selittämään hyvin alhainen määrä kustannusten vaihtelusta (esimerkiksi Vaalavuo ym. 2013). Lisäksi suun terveydenhuollossa esimerkiksi ikään liittyvät tarvekertoimet voivat poiketa merkittävästi muista tarvekertoimista. Oikeudenmukaisuuden ja haitallisen valikoimisen näkökulmasta olisi järkevää, että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos määritteli suun terveydenhuollossa erilaiset kansalliset painokertoimet.

Kermankuorinnan kannustimien voidaan katsoa kasvavan kapitaatiokorvauksen kasvaessa, sillä suurempi kapitaatiokorvaus tarkoittaa euromääräisesti suurempaa kustannusten varianssia. Paremman informaation toimijoilla voi olla mahdollisuuksia valikoida asiakkaita haitallisella tavalla. Esimerkiksi työterveys- tai yksityisten sairaanhoitopalvelujen tuottajilla voi olla asiakasvalinnan kannalta relevanttia tietoa, kuten esimerkiksi tietoja asiakkaidensa elintavoista. Siirtymäsäännösten mukaan asiakkaat, jotka eivät itse markkinoiden avautumisvaiheessa valitse tuottajaa, laitetaan parhaimman saavutettavuuden tuottajan asiakkaiksi. Käytännössä tämä tarkoittanee usein lähintä tuot-

tajaa. Tämä aiheuttaa tuottajille selkeän kannustimen pohtia toimipisteensä sijoittamista kermankuorinnan näkökulmasta.

Asiakkaiden haitallinen valikoiminen voi aiheuttaa erityisiä ongelmia yhteisvaikutuksessa muiden järjestelmän osien kanssa. Erityisesti tuottajien kyky ilmoittaa enimmäisasiakasmääränsä (ilman tuotannon sopeuttamisvaatimuksia) tarkoittaa, että hyvän asiakaspopulaation haalinut tuottaja kykenee käytännössä sulkemaan ovensa muilta asiakkailta, joka voi rajoittaa merkittävällä tavalla asiakkaiden valinnanvapautta. Tämän mekanismin kautta voi syntyä segregoituneet markkinat, jossa uusilla toimijoilla on helpommat asiakaspopulaatiot ja nykyisillä toimijoilla haastavimmat (ks. Vehko 2016 käsittelee terveyskeskusten asiakkaita, jotka ovat nykyisellään huomattavissa määrin pitkäaikaissairaita). Mikäli tuottajat kykenevät valikoimaan kokonaisuuden kannalta haitallisella tavalla asiakkaansa ja jäykistämään markkinat enimmäismäärärajoitusten kautta, voidaan kilpailun positiiviset vaikutukset menettää.

Pahimmassa tapauksessa markkinoiden segregoitumiseen liittyy merkittäviä kustannusriskejä. Kun vaativammille asiakkaille palveluita tuottavien toimijoiden kapitaatiokorvauksia joudutaan mahdollisesti haitallisen valikoitumisen seurauksena kasvattamaan, näkyy osa tästä vaikutuksesta myös helpompien asiakasryhmien tuottajien korvausten kasvuna. Asiakkaiden heikko liikkuvuus yhdistettynä tuottajien potentiaaliseen kykyyn vaikuttaa sekä rajata asiakaspopulaatiotaan tarkoittavat, että markkinoiden käynnistämävaiheella on erityisen painava merkitys markkinoiden kehittymisen kannalta. Siirtymäsäännösten mukainen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon osoittaminen asiakkaalle, joka ei tee valintaa, parhaiten asiakkaan saavutettavissa olevan yksikön perusteella voi mahdollistaa tuottajille asiakkaiden haitallisen valikoimisen esimerkiksi toimipisteen sijaintia manipuloimalla.

4.3.5 Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen

Valinnanvapausmalli vaikuttaa kahdella tavalla kotitalouksien asemaan: vaikutuksia liittyykäynnistämävaiheeseen, ja toisaalta valinnanvapausmalliin liittyy myös pidempiaikaisia vaikutuksia. Käynnistämävaiheessa voi tapahtua muutoksia kotitalouksien suhteellisessa asemassa. Työterveyshuollon palveluja tai yksityisiä palveluja käyttävät kotitaloudet osallistuvat verorahoituksen kautta myös nykymuotoisen perusterveydenhuollon palvelujen rahoitukseen. Valinnanvapausmallin myötä nämä henkilöt saattavat jatkaa nykyisen palveluntuottajansa asiakkaina, sillä erotuksella, että nykyinen tuottaja saattaa listautua suoran valinnan palvelun tuottajaksi ja saada näin kapitaatiokorvauksen näistä asiakkaista. Tällaisten tapahtumien sekä yksityisen hoidon korvausten poistumisen yhteisvaikutuksena hoivaresurseja voi siirtyä nykyisiltä julkisrahoitteisten palvelujen käyttäjiltä toisaalle. Tämä vaikutus riippuu markkinoiden avautumisen aikana tapahtuvasta asiakkaiden jakautumisesta, ja voi olla suunnaltaan terveyseroja kasvattava.

Valinnanvapausmalli muuttaa terveyspalvelujen tuotannon rakennetta. Markkinaehtoisessa kilpailussa tiheimmin asutetut asutuskeskukset todennäköisesti houkuttelevat tuottajia harvemmin asuttuja syrjäseutuja paremmin. Näin asiakkaiden valinnanvapaus asutuskeskuksissa voi muodostua syrjäseutuja laajemmaksi. Toisaalta harvaan asutuille alueille mahtuvien tuottajien määrä kapasiteetinäkökulmasta on myös rajallinen: harvaan asutuille alueille ei toiminnan luonteesta johtuen mahdunkovin montaa toimijaa, ja jotkut alueet voivat asukasmääränsä puolesta muistuttaa luonnolliselle monopolille luontevaa aluetta. Maakunnan kyky asettaa tuottajien rahoituksen kannustimet myös syrjäseuduille sopivalla tavalla vaikuttaa keskeisellä tavalla valinnanvapauspalvelujen tarjontaan syrjäseuduilla.

4.4 Tietoyhteiskuntavaikutukset

Tietopohjan puutteellisuus ja tietojärjestelmien laajat kehittämistarpeet muodostavat riskin valinnanvapaumallin nopealle toteuttamiselle

- Suuri haaste valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiselle on sen tarvitsemien tietojärjestelmien ja tietopohjan puutteellisuus ja hajanaisuus, etenkin uudistuksen käynnistymisvaiheessa.
- Tietojärjestelmien kehittäminen on synkronoitava yhteen valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisen aikatauluun
- Valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä asiakkaat tarvitsevat monipuolista tietoa valintojensa tueksi. Tietoa tarvitaan lisäksi kansallisella ja maakunnan tasolla järjestämisen, järjestelmän ohjaamisen ja seurannan sekä valvonnan tueksi. Tiedot tulee kyetä tarjoamaan erikseen kuhunkin käyttötarkoitukseen sovellettuna.
- Valinnanvapausjärjestelmän edellyttämien ICT-hankkeiden toteuttaminen vaatii kansallista ohjausta, toteutukseen liittyvien vastuiden selkeyttämistä sekä hallittua etenemistä.
- ICT-järjestelmien toteuttaminen ja tietopohjan vahvistaminen edellyttävät merkittävää rahoitusta.
- Lisäksi tulee varmistaa, että maakuntien järjestämävastuun piirissä olevassa palvelutuotannossa voidaan hyödyntää palveluintegraation edellyttämiä yhtenäisiä tietojärjestelmäratkaisuja eikä tietojärjestelmävaatimuksista muodostu esteitä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksiin tuottaa palveluita.

Yleistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksi keskeisistä tavoitteista on mahdollisimman täydellinen tiedon integraatio, joka on välttämätön edellytys asiakaskeskeiselle palveluintegraatiolle. Sote- ja valinnanvapausuudistusten tavoitteiden toteutuminen edellyttää merkittäviä kansallisia panostuksia tietovarantojen ja -järjestelmien, ICT-infrastruktuurin ja ICT-kyvykkyyden kehittämiseen. Näiden panostusten avulla tuetaan sosiaali- ja terveystietopalvelujen yhteentoimivuutta ja tietojen saatavuutta monituottajajärjestelmässä, kansalaisten valinnanvapauden toteuttamista sekä ajantasaisia toiminnan ohjausta ja digitaalisten asiakaspalvelujen kehittämistä sekä hyödyntämistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön sähköisen tiedonhallintastrategian (Sote-tieto hyötykäyttöön) mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmat säästöpotentiaalit ovat toimintaprosessien muutoksissa ja erityisesti sähköisten palvelujen hyväksikäytössä. Esimerkkinä tästä ovat jo nyt käytössä olevat toiminnanohjausjärjestelmät, mobiilipalvelut ja asiakkaiden omahoidon mahdollistavat portaalit. Sote-uudistuksessa tieto- ja viestintätekniiikan hyödyntämisellä ja toiminnan kehittämisellä digitalisaation avulla odotetaan olevan positiivisia vaikutuksia kustannusten kasvun hillintään, mutta tämä edellyttää investointeja.

Kokemukset aiemmista uudistamishankkeista ovat osoittaneet, että tavoitellut vaikutukset toteutuvat vasta toiminnan ja sitä tukevien järjestelmien pitkäjänteisen kehittämisen tuloksena. Aiempien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida, että ICT:n avulla saavutettavat toiminnan hyödyt toteutuvat vasta noin 5 – 10 vuoden kuluttua niiden käyttöön alkamisesta. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnan tulee siirtää suoran valinnan palvelut sosiaali- ja terveyskeskusten tuottavastuulle viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2021 mennessä. Uusien tietojärjestelmien rakentaminen ei voi käynnistyä ennen kuin niitä koskevat säädökset on vahvistettu ja rakentaminen on rahoitettu, eli aikaisintaan loppuvuodesta 2017. Jotta valinnanvapausuudistuksessa onnistutaan, tulee tietojärjestelmien kehittäminen ja nykyisten järjestelmien integraatio käynnistää välittömästi. Tämä edellyttää kansallista ohjausta, vastuunjaon nopeaa selkeyttämistä sekä tietojärjestelmätoteutusten hallittua etenemistä.

Vaikutukset maakunnan tietojärjestelmätarpeisiin

Maakunta on rekisterinpitäjä sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoille. Kansallisen tason tiedonhallinnan yhteentoimivuuden varmistamisen ja n.s. Kanta-lainsäädännön lisäksi maakunnan on sovittava asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittelystä yhteistyöalueella. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittaminen tapahtuu käytännössä lainsäädännön palveluntuottajille määrittämien kriteerien, kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden ja maakunnan palvelujen tuottajien kanssa tekemien sopimusten kautta. Lakiluonnos ei suoraan kerro, miten maakunta käytännössä ohjaa palvelujen tuottajia tietojärjestelmäasioissa.

Maakunta saa käyttöönsä toimintansa suunnittelua ja ohjausta varten tarvittavat tiedot palvelujen tuottajilta moderneja teknisiä yhteyksiä hyödyntäen vain, jos järjestelmät ovat yhteentoimivia. Lisäksi tietojen tuottamista varten tarvitaan valtakunnalliset, yhteisesti määritellyt kriteerit, Maakunta tarvitsee toimintaansa kuvaavan tiedon käsittelyä varten tietojärjestelmät ja riittävän suunnittelu- toiminnon. Toiminnan ohjauksen ja taloushallintoon liittyvien tietojen käsittely- ja myös tietojärjestelmien ja tietorakenteiden kehittämisen tarve on merkittävä. Vasta toimeenpanovaiheen aikana selviää, miten paljon kansallisilla yhtenäisillä ratkaisuilla voidaan tyydyttää maakuntien hallinnon tietojärjestelmäjärjestelmätarvetta. Kaikkia tarvittavia järjestelmiä ei tällä hetkellä ole olemassa eivätkä järjestelmät tule vielä olemaan valmiita maakuntien toiminnan käynnistyessä. Niiden rakentaminen ja käyttöönotto tulee viemään aikaa ja edellyttää investointeja joko maakunnissa ja kansallisesti. Maakunnan järjestämistehtävä edellyttää johtamiseen ja ohjaamiseen tarvittavien tietojärjestelmien käyttöönottoa. Nykyisin joissakin kunnissa on käytössä vastaavanlaisia järjestelmiä. Palvelutuotanto ja asiakastiedon käsittely palveluprosessissa voitaneen alkuvaiheessa toteuttaa nykyisillä järjestelmillä mutta myös niiden kehittäminen ja integraatio on varmistettava samalla epätarkoituksemukaista hajaantumista välttäen.

Valinnanvapausmalliin liittyvien korvausten maksatus palveluntuottajille

Valinnanvapausmalli aiheuttaa tietohallinnollisia lisätehtäviä esimerkiksi liittyen sopimuksen hallintaan, tuottajien seurantaan ja laadun arviointiin sekä tuottajakorvauksien maksamiseen. Lakiluonnoksessa Kansaneläkelaitokselle ehdotetaan tehtävää valinnanvapausmalliin liittyvien tuottajille maksettavien korvausten käsittelyyn. Toteutuessaan tämä merkitsee sitä, että Kansaneläkelaitokseen syntyisi tietovaranto, joka sisältää maakuntien tarvitsemää tietoa, jonka laaja hyödynnettävyys maakuntien toiminnassa tulisi varmistaa. Kansaneläkelaitoksen roolia on perusteltu, että sillä on sairausvakuutuskorvausjärjestelmän toteutusvastuidensa kautta toteutetut kansalliset maksatusjärjestelmät sekä kattavat yhteydet yksityisen sektorin palveluntuottajiin. Korvausten maksatusjärjestelmään liittyvää toteutusmallia ja vastuunjakoa arvioitaessa tulisi huomioida valinnanvapausmallin ja nykyisen sairausvakuutusjärjestelmän eroavaisuudet ja tästä aiheutuvat tietojärjestelmäratkaisujen kehittämisvaatimukset. Esimerkiksi suoran valinnan palveluissa tuottajille maksettava korvausmalli poikkeaa sairausvakuutusjärjestelmän nykyisestä mallista ja lisäksi maakunnille ollaan jättämässä mahdollisuus tuottajille maksettavien korvausten tason ja muodostumisen määrittelyyn lainsäädännön ja kansallisen ohjauksen asettamissa rajoissa. Toteutus poikkeaa tältä osin huomattavasti nykyisestä sairausvakuutusjärjestelmästä.

Kelan järjestelmien ohella tulisi toteutusvaihtoehtojen arvioinnissa huomioida myös kuntien ja kuntayhtymien nykytilassa hyödyntämien palvelusetelien ja ostopalveluiden hallinnointiin hyödynnettävien tietojärjestelmien hyödynnettävyys ja niihin liittyvät kehittämisvaatimukset erityisesti asia-

kassettiin ja henkilökohtaisen budjetin toteutuksissa. Maksatukseen tarvittavien tietojärjestelmien ja toteutukseen liittyvä vastuunjako Kelan, maakuntien ja muiden toimijoiden välillä tulisi arvioida pohjalta merkittävästi tarkentaa ennen toteutusten käynnistämistä.

Myös maakuntien talous- ja henkilöstöhallinnon palvelukeskuksen ja ICT-palvelukeskuksen rooli ja työnjako valinnanvapausmallin edellyttämässä ratkaisussa tulisi täsmentää.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely

Järjestämislaki antaa rekisterinpitäjän tehtävän ja vastuut maakunnalle. Voidaan kuitenkin arvioida, että rekisterinpitoon ja tiedon fyysiseen hallintaan ja käsittelyyn liittyvät kysymykset eivät ratkea vain rekisterinpitäjyyden antamisella maakunnille. Siirtyminen valinnanvapauslainsäädännön tuomaan malliin, jossa suuri joukko yhtiömuotoisia tuottajia on erilaisissa suhteissa toisiinsa ja maakunnan liikelaitoksen eri toimipisteisiin, tekee tilanteesta haastavan. Järjestäjä hallinnollisena rekisterinpitäjänä ja tuottajat, joiden toiminnassa asiakas- ja potilastiedot syntyvät ja niitä käytetään, ovat täysin erillisiä organisaatioita. Maakunta tarvitsee yksilötason tietoa potilaista ja asiakkaista mm. toiminnan seurantaan ja tuottajille maksettavia korvauksia varten. Tämän vuoksi maakuntien toimintaan pitää rakentaa tätä tarkoitusta palvelevat ratkaisut. Ratkaisua valinnanvapauden tiedonhallintapalvelun toteuttamistapaan ei ole vielä esitetty. Koska tietojen käsittely tapahtuu eri funktiona kuin potilastietojen käsittely, on tärkeää, että tiedon käsittelyn toteuttaminen on riittävän tarkasti säädelty ja yhteensopivuus tietosuojasäädöksiin on varmistettu.

Vaikutukset kansalaisten tai yritysten tietosuojaan tai tietoturvaan?

Sote-uudistuksesta riippumatta kansallisten sähköisten palveluiden (Kanta) käytön laajentuminen sosiaalihuoltoa koskeväksi sekä yksityisen sektorin asteittainen liittyminen palveluihin ja mm. suunnitteilla oleva PHR (personal health record) -kokonaisuus parantavat tietosuojaa ja -turvaa ja lisäävät integraatiota asiakastiedonhallinnan tasolla. Keväästä 2018 suoraan sovellettavaksi tuleva EU-tietosuojasetus asettaa vaatimuksia tietosuojalle ja tietoturvalle, mikä tukee näiltä osin valinnanvapauden toteuttamista. Tietosuojasetuksen vaikutuksia kansalliseen sääntelyyn pohtivan työryhmän (OM) työ on vielä kesken, mutta siihen liittyy uusia ja merkittäviä sanktioita asetusta rikokville, mikä luo kannustimia tietosuojan ja -turvan asianmukaiselle huomioon ottamiselle. Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisestä käsittelystä (159/2007) otettiin vuonna 2014 mukaan jo varsin kattavat säädökset sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon tietoturvallisesta käsittelystä. Ne koskevat tiedonkäsittelyä laajemminkin kuin vain Kanta-palveluihin liittyttäessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulee mm. aina olla tietosuojavastaava.

Organisaatiota koskevat vaatimukset

Monituottajarakenteessa tapahtuva hoito- ja palveluketjujen ohjaus ja seuranta sekä tuottajien välinen yhteistyö edellyttävät saumatonta tiedonkulkua sekä yhteistä näkymää asiakkaan kokonaistilanteesta. Tämä on edellytys sille, että maakunta voi vastata sille ehdotetusta asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisvastuusta (sote-järjestämislaki 7 §). Uudenlaiset työkalut, kuten esimerkiksi toimijoille yhteinen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma, tulevat olemaan tärkeitä, mutta niiden kehittäminen ja käyttöönotto vievät aikaa. Kansallisten tietojärjestelmäpalvelujen kuten Kantapalvelujen ja kansallisen palveluväylän rooli on keskeinen, mutta ne eivät yksistään riitä takaamaan kattavaa tiedonkulkua erityisesti järjestäjän tasolla.

Tällä hetkellä tulevissa maakunnissa on jo käytössä koko maakunnan kattavia alueellisia potilastietojärjestelmiä ja niiden kehittämiseen on panostettu merkittävästi. Mikäli lainsäädäntö ei mahdollista maakunnan ja valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelutuottajien välisiä yhteisiä alueellisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, aiheutuu tästä merkittäviä riskejä kokonaiskustannuksille. Yhtiöittävän toiminnan asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ”irrottamisen” kustannukset olisivat merkittävät. Mikäli maakunta ei voi tarjota suoran valinnan piiriin kuuluville tuottajille hyödynnettäväksi yhtenäisiä ratkaisuja edes niissä tapauksissa, joissa tuottajilla ei ole mahdollista näitä itsenäisesti ja kustannustehokkaasti järjestää, voi tämä lisäksi muodostua tuottajaksi pääsyn esteeksi erityisesti pienille ja keskisuurille yksityisen ja kolmannen sektorin tuottajille.

Asiakkaita koskevat vaikutukset

Valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan asiakas ilmoittaa sosiaali- ja terveyskeskuksen, suun hoidon yksikön ja maakunnan liikelaitoksen toimipisteen valinnasta maakunnalle valtakunnallista tiedonhallintapalvelua käyttäen, tai kirjallisesti. Ehdotuksen mukaan sähköinen ilmoitus tehdään kansalaisen käyttöliittymän (omakanta) yhteydessä, joita Kansaneläkelaitos ylläpitää. Tämä helpottaa valinnan tekemistä niiden kohdalla, jotka ovat tottuneet käyttämään omakanta-palveluja. Sähköisten palveluiden käyttö laajenee koko ajan ja tällä hetkellä omakantapalvelua käyttää yli 425.000 henkilöä kuukaudessa.

Valinnanvapauslakiluonnoksessa on ehdotettu myös toteutettavaksi nk. valinnanvapauden valtakunnallisia tiedonhallintapalveluja, joita käyttäen asiakas saa myös tiedot valittavissa olevista palvelujen tuottajista, annettavista palveluista ja palvelujen sisältöä koskevista yksityiskohdista sekä tietoa palveluihin pääsyn odotusajoista. Valinnanvapauden tietojärjestelmien tulisi olla toteutettu yhteentoimivasti siten, että ne muodostaisivat käyttäjän näkökulmasta yhtenäisen kokonaisuuden ilman että käyttäjän tarvitsee esimerkiksi tunnistautua tai syöttää valintoja koskevia tietojaan useaan eri järjestelmään. Lähtötilanteessa palvelutuottajien ja palveluiden rekisteröintiin sekä julkaisuun ja vertailuun liittyvien tietojärjestelmäpalveluiden toteutukset ovat hajautuneet mm. Valviran, Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen, Kelan ja väestörekisterikeskuksen vastuulle. Yhtenäisen tietojärjestelmäkokonaisuuden muodostaminen, kansalaisille tiedottaminen ja ohjaus uusien järjestelmien käyttöön valinnan tekemiseksi tulee olemaa haastavaa valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä mm. tietojärjestelmäratkaisujen hajanaisen nykytilan johdosta ja tämän johdosta niiden toteutusvastuut ja tavat tulisi nopeasti selkeyttää ja niiden toteutuksiin tulisi varattava riittävästi resursseja. Valinnanvapauslaksäädökset velvoittavat ottamaan vastaan ja antamaan tiedot myös muuta kautta asiakkaan niin toivoessa, mikä sekin sitoo henkilöstön aikaa.

Jotta kansalaisten valinnanvapaus voisi toteutua valinnanvapauslakiehdotuksen mukaisesti, tarvitaan valinnan tueksi tarjottavaan tietoon merkittävä parannus nykytilanteeseen verrattuna. Tarvitaan muun muassa palvelujen laatua ja sisältöä kuvaavia mittareita. Asiakkaan palvelukokemukseen perustuva palveluiden laadun mittaaminen, esim. asiakaspalauttein, on kompleksinen kokonaisuus. Palautteen kohdentaminen eri tavoin toteutuvissa palveluprosesseissa voi olla haastavaa ja saattaa edellyttää palveluiden käyttäjältä merkittävääkin valistuneisuutta.

Valinnanvapaus edistää digitaalisten palvelujen leviämistä, koska osa asiakkaista haluaisi itseään palveltavan sähköisten asiointipalvelujen avulla. Suomessa IT-sovellutusten käyttötaidot ja käyttöaktiivisuus on hyvällä tasolla. Valinnanvapauden tosiasiallinen toteutuminen edellyttää kuitenkin riittäviä kognitiivisia ym. taitoja, kykyä ja halua määritellä omia elämänstrategioitaan ja tavoitteitaan sekä arvioida palveluiden tuottajia ja tehdä päätöksiä.

Myös palvelujen monimuotoisuus voi muodostaa käytännön tasolla esteitä sille, kuinka kansalainen on todellisuudessa kykenevä hyödyntämään valinnanvapautta tukevaisi ajateltuja sähköisiä palveluita. Teknisesti mahdollinen ei ole yhtä kuin asiakkaan näkökulmasta käyttökelpoinen ja asiakkaan päätöksentekoa ja valintaa tukeva sähköinen palvelu.

Digitaaliset palvelut kansalaisille

Sosiaali- ja terveysministeriö tukema Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) -hanke tuottaa uudenlaisen digitaalisuutta hyödyntävän toimintamallin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Mallista tulee kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalveluiden runko. Samanlaisesti ODA-hankkeen kanssa toteutetaan myös muita asiaan liittyviä hankkeita, kuten kansallinen omien hyvinvointitietojen talletusmahdollisuus osaksi Kelan toteuttamaa Omakantapalvelua sekä yliopistosairaaloiden Virtuaalisairaalahanke. Hankkeet tuotetaan molemmilla kansalliskielillä sekä soveltuvien osin myös muilla Suomessa käytettävillä kielillä.

Arvioita tietohallinnon ja ICT:n kustannuksista sekä toteutusaikataulusta

Valinnanvapausmallin sekä siihen liittyvän palvelutuotannon yhtiöittämisen edellyttämistä tieto- ja viestintäteknologian uudistamisesta sekä digitalisaation toimeenpanosta aiheutuu merkittäviä kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollon julkisille ja yksityisille toimijoille, maakunnille ja valtiolle. Muutoksen alkuvaiheessa kustannuksia aiheutuu mm. hallinnon uudelleen organisoitumisesta, palkkojen harmonisoinnista ja tietojärjestelmien uudistumisesta. Näiden kustannusten on ajateltu ajoittuvan pääasiassa vuosille 2017-2020. Muutoksen toteuttamisen aiheuttamat tietohallinnon ja ICT-palvelujen kustannukset voidaan jakaa jatkuvuuden varmistamiseen liittyviin kustannuksiin sekä toiminnan kehittämistä tukevista investoinneista muodostuviin kustannuksiin. Välttämättömien muutoskustannusten hillitsemiseksi olisi tärkeää arvioida ennen uusien tietojärjestelmäratkaisujen toteutuspäätöksiä sitä missä laajuudessa lähtötilanteessa kansallisten toimijoiden, kuten Kelan sekä kuntien ja kuntayhtymien käytössä olevia tietojärjestelmäratkaisuja, kuten palvelusetelien hallinnointiin liittyviä tietojärjestelmäratkaisuja voitaisiin edelleen kehittää vastaamaan valinnanvapausmallin tuomia vaatimuksia.

Kustannuksien ohella tulee huomioida, että valinnanvapausjärjestelmän edellyttämien tietojärjestelmämuutosten toteuttamiseen (sekä käytössä oleviin tietojärjestelmiin, että uudistuksen yhteydessä tarvittaviin uusiin ratkaisuihin) tarvitaan vähintään 2-3 vuotta valinnanvapausmallia koskevien yksityiskohtien tarkennuttua. Tämän johdosta myös tietojärjestelmäratkaisujen hallitun toteuttamisen näkökulmasta olisi tärkeää, että toimeenpanolle varattaisiin riittävästi aikaa ja että tietojärjestelmäratkaisujen toimivuus ehdittäisiin todentaa rajatussa kohdeympäristössä ennen laajoja käyttöönottoja.

4.5 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset

4.5.1 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin

Asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy

- Asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy, kun koko maan kattava valinnanvapaus laajenee nykyisestä ja oikeus valita palveluntuottaja sekä tietyin ehdoin ammattihenkilö ulottuu myös sosiaalihuoltoon.

- Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto vahvistaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta, jos budjetin käyttöön on tarjolla riittävästi tukea.
- Palvelujen käyttäjien asema muuttuu palvelujen vastaanottajasta kuluttajaksi, jolta vaaditaan aktiivisuutta.
- Palvelujen saatavuus ja asiakaslähtöisyys voivat parantua tuottajille syntyvien kannusteiden kautta.
- Erityisesti alkuvaiheessa järjestelmä voi näyttää asiakkaalle monimutkaiselta eikä kaikilla asiakkailla ole tahtoa tai kykyä valita itselleen sopivaa palveluntuottajaa.
- Tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vasta aluillaan, joten tiedon saaminen tarjolla olevista vaihtoehdoista on erityisesti alkuvaiheessa puutteellista.
- Järjestelmän sisäänajo edellyttää mittavaa viestintää, asiakkaiden perehdyttämistä ja palveluohjausta.
- Asukkaiden yhdenvertaisuus voi kärsiä, kun kaikilla maakunnilla ei ole yhtäläisiä mahdollisuuksia turvata asiakkaiden valinnanvapautta.
- Monituottajamalli voi vaikeuttaa sote-palvelujen integraation toteutumista asiakkaan näkökulmasta.

Valinnanvapausmalliin siirtyminen merkitsee sekä palvelujärjestelmän että palvelujen käyttäjien aseman syvällistä muutosta. Asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen keskeisenä perusteena on pidetty järjestelmän asiakaslähtöisyyden lisäämistä: osallisuuden ja vastuun omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ajatellaan kasvavan ja itsemääräämisoikeuden vahvistuvan, kun asiakas voi itse valita tarvitsemiensa palvelujen tuottajan. Tämä voi lisätä asiakkaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista. Kaikki eivät kuitenkaan osaa tai halua valita palvelujaan, eivätkä valitsijat toimi välttämättä rationaalisesti. Järjestelmään tuleekin sisältyä tällaisten tilanteiden ratkaisemiseksi riittäviä välineitä, kuten tietoa ja tukea päätöksentekoon.

Uudistuksessa on merkittävää, että koko maan kattava valinnanvapaus (suoran valinnan palvelut, maakunnan liikelaitoksen toimipiste) laajenee erityisesti sosiaalipalvelujen osalta nykyiseen verrattuna. Myös asiakkaan mahdollisuus valita häntä palveleva ammattihenkilö laajenee mahdollisuuksien rajoissa myös sosiaalihuoltoon. Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto voi vahvistaa merkittäväällä tavalla asiakkaiden itsemääräämisoikeutta, koska sen avulla asiakas voi vaikuttaa palvelujen tuottajan valinnan lisäksi myös palvelujen sisältöön.

Tutkittua tietoa valinnanvapauden vaikutuksista ihmisten hyvinvointiin ja palvelujärjestelmän toimivuuteen on Suomessa vielä hyvin vähän. (Junnila ym. 2016.) Terveystieteiden ja palvelusetelin mahdollistaman valinnan lisäksi Suomessa on kokeiltu henkilökohtaisia budjetteja erityisesti vammais- ja vanhustenpalveluissa. Kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Henkilökohtaisten budjettien on nähty parantavan asiakkaan asemaa, erityisesti itsemääräämisoikeuden lisääntyessä (esim. Ahlström ym. 2014). Toisaalta on tutkimustuloksia siitä, että esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden heikko toimintakyky vaikuttaa sopivan huonosti valinnanvapausjärjestelmään (Kuusinen-James 2016). Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmä on parantanut hoitoon pääsyä ja lisännyt palveluiden käyttöä (Riksrevisionsverket 2014).

Yhdenvertaisuus

Peruspalvelujen saatavuus voi parantua, mutta alueellisia eroja esiintyy jatkossakin

- Asiakkaiden pääsy suoran valinnan palveluihin todennäköisesti nopeutuu.
- Maakuntien väestö- ja yhdyskuntarakenteen erilaisuus voi hankaloittaa yhdenvertaisuustavoitteen toteutumista. Palvelutarjonta lisääntyy todennäköisesti suurissa asutuskeskuksissa, mutta harvaan asutuille alueille ei lisätarjontaa välttämättä synny. Näin valinnanvapauden toteutuminen ja aiempaa nopeampi hoitoon pääsy perustason palveluihin ei toteudu yhdenvertaisesti.
- Eri väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta on ratkaisevaa, miten määritellään palveluntuottajien korvausperusteet sekä millaisia ovat asiakkaiden listautumista koskeva sääntely ja käytännöt, sillä ne ohjaavat palvelun tuottajien toimintaa. Järjestelmä ei saa kannustaa asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen.
- Heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden valintoja tulee tukea ja väestön saatavilla tulee olla riittävästi maksut-

tomia ja eri väestöryhmien tarpeet huomioivia neuvonta- ja ohjauspalveluja.

Palvelujen käyttäjän näkökulmasta on tärkeää saada usein tarvittavat palvelut läheltä ja helposti, mutta harvemmin tarvittavat palvelut voidaan hakea kauempaakin, etenkin jos keskittäminen varmistaa niiden laadun. Valinnanvapausmallilla pyritään parantamaan usein käytettävien peruspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Malliin siirryttäessä asiakkaiden pääsy suoran valinnan palveluihin todennäköisesti nopeutuu. Maakuntien väestö- ja yhdyskuntarakenteen erilaisuus voi kuitenkin hankaloittaa tämän tavoitteen yhdenvertaista toteutumista.

Muutos tuo todennäköisesti ainakin väestötiheille alueille lisää palvelutarjontaa ja parantaa siten palvelujen saatavuutta. Harvaan asutuille alueille ei lisätarjontaa kuitenkaan välttämättä synny. Uudistuksen vaikutukset asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien tosiasialliseen toteutumiseen voivat siis olla epätasaiset, ja siten uudistuksen hyödyt, kuten aiempaa nopeampi pääsy perustason palveluihin, jakautuvat alueellisesti jossain määrin epätasaisesti. Ruotsissa koko maassa n. 40 % valinnanvapausjärjestelmässä olevasta tuotannosta oli yksityistä. Tukholman seudulla yksityistä palvelutuotantoa oli n. 60 % ja pohjoisimpien maakäräjien alueilla 20 %.

Eri väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta ratkaisevaksi muodostuvat palveluntuottajille maksettavien korvausten periaatteet sekä asiakkaiden listautumista koskeva sääntely ja käytännöt. Tärkeää on, että järjestelmässä ei ole kannustimia haitalliseen asiakasvalikointiin (kermankuorinta). Etenkin mallin käynnistämävaiheessa ensimmäisiä listautumisia tehtäessä on vaarana käydä niin, että nopeilla ja osaaavilla henkilöillä on parhaat mahdollisuudet valita haluamansa palveluntuottaja. Tätä voidaan estää sisällyttämällä järjestelmään takeita myös heikommassa asemassa olevien henkilöiden valintojen tukemiseksi. Yksittäisen asiakkaiden valinnan lisäksi voi syntyä myös alueiden valintaa. Ruotsissa uutta tarjontaa syntyi erityisesti alueille, joissa väestötiheys oli suuri ja palveluiden tarve ja sairastavuus vähäistä sekä väestön sosioekonominen asema korkea (Riksrevisionsverket 2014). Tämän suuntaisia vaikutuksia voidaan estää, jos maakunta kykenee ohjaamaan palveluiden sijoittumista sopimusjärjestelyin.

Suoran valinnan palvelujen tuottajan mahdollisuus tarjota asiakkaalle eri maksusta lisäpalveluja voi johtaa eriarvoistumisen lisääntymiseen. Osalla palvelujen käyttäjistä on mahdollisuuksia ostaa lisäpalveluja, mutta kaikille tämä ei ole esimerkiksi taloudellisista syistä mahdollista. Palvelujen tuottajalle voi tällöin syntyä kannuste houkutella asiakkaikseen vain henkilöitä, jotka kykenevät ostamaan lisäpalveluja ja ohjata palvelujen käyttäjiä tarjoamiinsa maksullisiin lisäpalveluihin tai tuottamiinsa työterveydenhuollon palveluihin.

Lisäpalvelujen tarjontatilanteessa palveluntuottajan ja asiakkaan välinen tiedon epäsymmetria korostuu, sillä asiakkaan mahdollisuudet arvioida tarjottujen lisäpalvelujen todellista tarvetta ovat usein rajalliset. Vaarana on liiallisten palvelujen tarjoaminen. Tämä voi avata eriarvoistumisen uudenlaisen polun ja johtaa siihen, että asiakkaan maksukyky voi muodostua tärkeämmäksi palvelun saamisen periaatteeksi kuin tarve. Tällöin yhdenvertaisuus ja puolueettomuus eivät enää ohjaa julkisesti rahoitettujen palvelujen käyttöä ja palvelun tuottaja voi alkaa suosia maksavia asiakkaita. Jos palvelun piiriin pääsyä rajataan tai asiakasmaksuja korotetaan, voi lisäpalvelusta tulla jopa yrityksen tärkein tuote.

Järjestelmän toiminta edellyttää, että saatavilla on riittävästi valinnan tekemisen vaatimaa ymmärrettävää tietoa eri palveluntarjoajien palveluista ja tarjottavien palvelujen laadusta sekä tukea valintojen tekemiseen. Tarvittavaa tietoa ei kuitenkaan ole saatavilla ainakaan vielä valinnanvapauden

toteuttamisen alkuvaiheessa, koska tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vasta aluillaan. Jatkossakin tietopohjan kerääminen ja ylläpito tulee olemaan haastava tehtävä.

Kaikilla asiakkailla ei ole myöskään tahtoa tai kykyä valita itselleen parhaiten sopivaa palveluntuottajaa, joten tarjolla tulee olla riittävästi tukea valintojen tekemiselle. Yhdenvertaisten valintojen tekemisen mahdollistaminen edellyttää tehokasta asiakasohjausta, neuvontaa ja kattavaa sekä helposti ymmärrettävää tietoa eri vaihtoehdoista. Jotta myös heikossa asemassa olevat asiakasryhmät voisivat hyödyntää vapauttaan valita, on valintoja tehtäessä tärkeä varmistaa tuetun päätöksenteon tarpeen tunnistaminen ja tuen saatavuus. Palvelunohjaajan rooli ja osaaminen asiakkaan palvelutarpeesta neuvoteltaessa muodostuvat ratkaisevan tärkeäksi, sillä palvelunohjaajan tieto tarjolla olevista palveluista määrittää ja rajaa käytännössä asiakkaan tarpeita ja niihin vastaamista (Kuusinen-James 2016). Tämän vuoksi palvelunohjaajien koulutukseen, osaamiseen ja ohjaamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Valinnanvapautta voi käyttää parhaiten henkilö, joka terveydentilansa ja toimintakykynsä perusteella pystyy itse etsimään tietoa ja jonka voimavarat riittävät tämän tiedon pohjalta omien palvelujen kokonaisuuden pohdintaan ja hallintaan. Mitä sairaampi ja toimintakyvyltään heikentyneempi henkilö on, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivä, sitä huonommin hän kykenee tekemään valintoja. Mieli-ohjelman ohjausryhmä on tunnistanut päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asemaan liittyviä haasteita ja arvioinut, että palvelujen käyttäjien valinnanvapauden lisääntyessä tulisi ottaa käyttöön yhdenvertaisuutta lisääviä keinoja niiden henkilöiden tueksi, joiden oma kyky, halu tai mahdollisuus valita on heikko.

Ruotsin tulosten perusteella sekä korkeilla tuloilla että koulutuksella on positiivinen yhteys valinnanvapauden käyttöön. (Beckman and Anell 2013, Winblad et al 2012). Toisaalta myös korkealla iällä (yli 64 vuotta) havaittiin samanlainen yhteys (Beckman and Anell 2013). Vaikka Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmä kaikkiaan lisäsi sen piirissä olevien palvelujen käyttöä, käyttö lisääntyi kaikkein vähiten henkilöillä, joilla oli mielenterveysongelmia ja rajoittava pitkäaikaissairaus (Agerholm et al. 2015).

Yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää, että palveluntuottajien korvausjärjestelmä ohjaa toimintaa siten, että väestön saatavilla on riittävästi maksuttomia neuvonta- ja ohjauspalveluja ja että asiakasmaksut ovat kaikissa julkisesti rahoitetuissa palveluissa kohtuullisia. Esimerkiksi asiakasasetelin osalta riskinä on kuitenkin tilanne, jossa omavastuut kasvavat pienituloisille liian suuriksi. Pienituloisten ihmisten asema heikkenee ja toimeentulotukimenot lisääntyvät, jos asiakasmaksut nousevat nykyisestä. Tämä lisäisi entisestään eriarvoisuutta ja kasvattaisi hyvinvointi- ja terveyseroja.

Valinnan toteutuminen edellyttää tuekseen myös toimivaa julkista liikennettä ja matkakustannusten korvaamista siten, että vaihtoehtoiset palvelut ovat aidosti asiakkaiden saatavilla.

Valinnanvapausmalli voi kannustaa palvelujen tuottajia palvelujen erilaistamiseen palvelujen käyttäjien tarpeiden mukaan. Tämä voi tarjota mahdollisuuksia yhdenvertaisuuden lisääntymiseen esimerkiksi siten, että eri vähemmistöryhmien erilaiset kielelliset ja kulttuuriset tarpeet otetaan huomioon nykyistä paremmin. Vaarana voi kuitenkin olla liian pitkälle menevä erilaistuminen siten, että palvelujärjestelmä polarisoituu hyvin ja huonosti pärjäävien palveluihin. Paljon palveluja tarvitsevien kokonaisuudenpitovastuun siirtäminen suoran valinnan palveluista maakunnan liikelaitoksen vastuulle lisää riskiä näiden muutenkin syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten syrjäytymiseen nor-

maalipalveluissa. Keskeiseksi muodostuu maakuntien järjestämisosaaaminen ja se, miten ja millaisia ehtoja ne kykenevät asettamaan palvelujen tuottajille ja miten näitä ehtoja kyetään valvomaan.

Palveluintegraatio

Palveluintegraatio on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa yhtäältä palveluiden laatuun ja käyttäjien asemaan ja kokemukseen liittyvä tavoite sinänsä ja toisaalta keino saavuttaa uudistukselle asetettuja yleisempiä tavoitteita, erityisesti sote-menojen kasvun pienentämistä. Palveluintegraation tavoitteena on toteuttaa asiakkaiden palvelut eheinä kokonaisuuksina sekä liittää niihin ennaltaehkäiseviä toimia ja interventioita, joilla hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa. Palveluintegraatiosta on säännöksiä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa että valinnanvapauslaissa.

1) Yksittäisen asiakkaan palveluiden ja tiedon integraatio

Yksittäisen asiakkaan näkökulmasta keskeistä on se, miten maakunnan määrittelemät palvelukokonaisuudet, palveluketju ja palveluintegraatio toteutuvat hänen palveluissaan. Keskeistä tässä on palvelutarpeen arviointiin pohjautuva asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelman laatimiseen liittyy asiakkaan ohjaus, jolla myös edistetään asiakkaan omaa vastuun ottoa ja sitoutumista suunnitelmaan. Ohjauksella myös tarvittaessa autetaan asiakasta ”navigoimaan” palvelujärjestelmässä ja tekemään perusteltuja valintoja eri vaihtoehtojen välillä.

Asiakassuunnitelma laaditaan siellä missä on ensisijainen vastuu asiakkaan palveluista. Integraation toteuttamiseksi asiakas- ja potilastietoja koskeviin säännöksiin on parhaillaan valmisteilla muutoksia, jotka mahdollistavat teknisesti mm. asiakkaan yhden asiakassuunnitelman, johon asiakkaalla sekä kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajilla ja palveluiden järjestäjällä olisi yhtäläinen pääsy. Asiakassuunnitelman kansallisen rakenteen määrittelytyö on aloitettu ja tulee osaksi valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita ja KANTA-arkistoa. Niiden avulla varmistetaan se, että kaikki valinnanvapausjärjestelmässä olevat tuottajat käyttävät sitä toiminnassaan.

2) Asiakasryhmäkohtaisen palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen määrittely

Maakunnalla on järjestämislakiluonnoksen mukaan velvollisuus kuvata palvelukokonaisuudet ja palveluketjut. Tämä antaa järjestäjälle työvälineen integraation toteuttamiseen asiakasryhmätasolla. Palvelukokonaisuus on tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kokonaisuuden määrittely, jossa huomioidaan kaikki perustason ja erityistason julkiset ja yksityiset palvelut sekä rajapinnat mm. kunnan palveluihin. Palveluketju on tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi lonkkaproteesipotilaiden hoitoketju kotoa kotiin huomioiden kaikki perustason, laajennetun perustason ja erityistason julkiset ja yksityiset palvelut.

Maakunta voi suoran valinnan tuottajien kanssa tehtävillä sopimuksilla täsmentää palvelukokonaisuuksiin ja palveluketjuihin sekä palveluiden yhteensovittamiseen liittyviä ehtoja sekä irtisanoa tai purkaa sopimuksen tai peruuttaa sen hyväksymisen, jos ehtoja ei noudateta. Ratkaisevaksi muodostuu se, miten maakunta onnistuu käyttämään lain tarjoamia välineitä integraation varmistamiseksi. Integraation toteuttaminen on monituottajamallissa haastavaa, koska palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisen ohjauksen piirissä. Haastavuutta lisää se, että maakunnan ja kaikkien tuottajien (maksu- ja asiakassetelituottajat ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen tuottajat) välille ei synny edes sopimussuhdetta, jossa toiminnan ehtoja voitaisiin täsmentää. Asia-

kaskeksen integraation toteutuminen hoitokokonaisuuksissa ja palveluketjuissa edellyttääkin maakunnalta niiden huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä sopimusohjausta ja seurantaa ja eri toimijoiden välistä tiivistä yhteistyötä.

Integraation toteuttaminen voi olla haastavaa

- Asiakassuunnitelma on keskeinen palveluintegraation toteuttamisen väline, mutta sen toteutuminen jää paljolti eri toimijoiden yhteistyötahdon ja luotujen yhteistyökäytäntöjen varaan.
- Maakunnalle integraation toteuttaminen on monituottajamallissa haastavaa, koska palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisessa ohjauksessa. Integraation toteutuminen hoitokokonaisuuksissa ja palveluketjuissa edellyttää maakunnalta niiden huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä sopimusohjausta ja seurantaa.
- Epäselvää on, miten tiedon integraatio toteutuu järjestelmän käynnistämisvaiheessa.

Kannustaako malli asiakaskeskeiseen toimintaan?

Asiakaskeskeisyyden voidaan periaatteessa odottaa paranevan, kun asiakkaalle syntyy oikeus ”äänestää jaloillaan” ja vaihtaa palveluntuottajaa, joilta saa huonoa palvelua. Jos systeemi toimisi ideaalisesti, poistuisivat asiakkaan kannalta epätydyttävää palvelua tarjoavat ennen pitkää markkinoilta ja vain asiakaskeskeisesti toimivat jäisivät jäljelle. Käytännössä tämä riippuu siitä, onko alueella tosiasiallisesti palveluntarjontaa, josta asiakkaalla on mahdollisuus valita ja siitä, onko asiakkaalla riittävästi tietoa ja voimavaroja arvioida eri vaihtoehtoja ja vaihtaa epätydyttävää palveluntuottajaa. Lisäksi on huomattava, että asiakkaiden kyky ja halu arvioida palvelujen laatua ja tehdä valintoja sen perusteella voi olla rajallinen. Tutkimukset myös osoittavat, että asiakkaat usein perustavat valintansa muihin kuin laatuun liittyviin seikkoihin (Kuusinen-James 2016).

Suoran valinnan palveluissa painottuvat terveydenhuollon palvelut. Jos sosiaalihuollon palveluja ja sosiaalihuollon ammatillista osaamista ei toteuteta riittävästi suoran valinnan palveluissa, on vaarana, että niissä ei osata tunnistaa asiakkaan sosiaalista ongelmaa (esimerkiksi köyhyys, yksinäisyys ja osattomuus) eikä siten vastata siihen muilla kuin terveydenhuollon keinoilla. Sosiaalihuollon palvelujen ja ammatillisen osaamisen tiivis nivominen suoran valinnan terveydenhuollon palveluihin edistää ongelmien ennaltaehkäisemistä ja estää niiden syvenemistä ja vahvistaa varhaista tukea ja palveluihin ohjaamista. Tämä edellyttää asiakastarpeiden hyvää tunnistamista ja suoran palvelun pisteessä tehdyn työn nivomista maakunnan liikelaitoksen, 3. sektorin ja alueen muihin palveluihin sekä ylipäänsä hyvää yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

Vielä tässä vaiheessa on kuitenkin mahdotonta arvioida, millaiseksi sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluvalikoima muodostuu ja millaisia vaikutuksia tällä lopulta on asiakkaiden asemaan.

Vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin

Hoitoon pääsyn nopeutuminen suoran valinnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin voi ehkäistä ihmisten ongelmien kasautumista ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan sijoittuminen osaksi suoran valinnan palvelua mahdollistaa ihmisten ohjaamisen myös esimerkiksi järjestöjen vertaistuen ja matalan kynnyksen osallistavan toiminnan piiriin, jos varsinaisille sosiaali- tai terveyspalveluille ei ole (vielä) tarvetta tai asiakas tarvitsee palvelujen lisäksi muutakin tukea.

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta on tärkeää saada palvelujen tuottajat sitoutumaan ihmisten ja perheiden elämäntilanteiden kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Tätä voi hankaloittaa se, että perheet eivät aina ole saman palveluntuottajan palveluissa. Vaikka se, että jo 12 -vuotiaat lapset saisivat tehdä itsenäisen valinnan palveluntuottajastaan, vahvistaa heidän itsemääräämisoikeuttaan, voi perheiden kokonaistilanteen huomioiminen ja mahdollisen tuen tarpeen tunnistaminen olla tällöin hankalaa. Pulmia voi liittyä esimerkiksi lastensuojelun tarpeen, lähisuhdeväkivallan ja vastaavien ongelmien tunnistamiseen, kun perheenjäsenten kokonaistilannetta ei voida havainnoida.

Jos asiakkaan (ja hänen perheensä) kokonaishyvinvoinnin edistämistä ei kyetä ottamaan muutoksessa vahvasti huomioon, riskinä on, että mallilla parannetaan lähinnä niiden terveyttä ja hyvinvointia, jotka jo nyt ovat paremmassa asemassa. Vaikutukset ihmisten käyttäytymiseen, kansantautien riskitekijöihin ja hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiin riippuvat siitä, missä määrin maakunnat kykenevät ohjaamaan tuottajia ja velvoittamaan ne yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa.

Ruotsissa on havaittu valinnanvapausjärjestelmän käyttöönoton johtaneen vähäisiin terveysongelmiin liittyvien vastaanottokäyntien lisääntymiseen. Vakavammissa terveysongelmissa käyntien määrä on lisääntynyt vähemmän. (Myndigheten för vårdanalys 2013, Riksrevisionsverket 2014). Ilmiö voi selittyä sillä, että kohtalaisen terveiden on helpompi käyttää valinnanvapautta. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on kuitenkin ongelmallista, jos lisääntyvä käyttö suuntautuu sellaisiin ongelmiin, jotka eivät välttämättä edes edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla käyntiä. Tämä on erityisen ongelmallista, jos samaan aikaan esimerkiksi pitkäaikaissairauksien hoito kärsii tai moniongelmaisten henkilöiden tunnistaminen ja palveluihin ohjaus heikentyy. Maakuntien on kyettävä seuraamaan tilannetta ja ohjaamaan asukkaiden vastaanotoille hakeutumista sekä tuottajien toimintaa.

Hyvinvoinnin pitkäjänteinen edistäminen vaatii asiakastyössä syntyvän yhteisen tietopohjan. On olennaista, ettei jäädä vain yksilötasolle ratkaisemaan yksittäisiä ongelmia, vaan että järjestelmän toimijat sitoutuvat osaltaan myös sosiaali- ja terveystieteiden maa- ja valtakunnallisen kokonaisuuden kehittämiseen. Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu sekä maakunnalle että kunnille. Ei kuitenkaan ole yksinkertaista taata pitkäjänteistä yhteistyötä kuntien kanssa monituottajamallissa, jossa kaikkien, myös yksityisten toimijoiden, tulisi siihen sitoutua.

Tärkeä osa tätä pohdintaa ovat valinnanvapausmallin vaikutukset kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksiin yhteiskunnassa (kansanvaltaisuuden turvaaminen järjestelmän kehittämisessä, palvelunkäyttäjien mahdollisuudet vaikuttaa tuottajatasolla, laatu- ja avoimuus). Epäselvää on, minkälainen vaikutusmahdollisuus kansalaisella lopulta on, jos iso osa palveluista siirtyy yksityiselle sektorille. Maakuntalaki takaa asukkaiden vaikutusmahdollisuudet maakunnan toimintaan, mutta se ei ulotu yhtiöiden ja yhteisöjen toimintaan. Yhtiöittäminen rajaa julkisuusperiaatetta, vaikka hallintolakia ja julkisuuslakia sovelletaankin yritysten ja yhteisöjen toimintaan silloin kuin ne ovat valinnanvapauttuottajia.

4.5.2 Kielelliset oikeudet

Kielelliset oikeudet perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumisessa

Hallituksen esitystä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta on arvioitava erityisesti perustuslain 6 §, 17 § ja 19 §:ssä säädettyjen perusoikeuksien näkökulmasta. Esityksen arvioinnissa

keskeisiä kysymyksiä ovat myös perustuslain 22 §:n mukainen julkisen vallan velvoite turvata perus- ja ihmisoikeuksien toteuttaminen käytännössä.

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella. Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaisten, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla.

Kielilain (423/2003) mukaan viranomaisen tulee toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehtia siitä, että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Kaksikielisen viranomaisen tulee palvelulla yleisöä suomeksi ja ruotsiksi. Viranomaisen tulee sekä palvelussaan että muussa toiminnassaan osoittaa yleisölle käyttävänsä molempia kieliä.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 6 §:ssä, vanhuspalvelulain (980/2012) 8 §:ssä ja sosiaalihuoltolain (710/1982) 40 §:ssä säädetään kuntien ja sairaanhoitopiirien velvollisuudesta järjestää palvelut suomen ja ruotsin kielillä. Lisäksi potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaissa (423/2003). Myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992/785, jäljempänä potilaslaki) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812, jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki) annetussa laissa olevat säännökset täsmentävät velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveyspalveluja kielelliset oikeudet ja kulttuuritausta huomioiden.

Järjestämislakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestettävä siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi silloin, kun maakunnassa on erikielisiä kuntia tai vähintään yksi kaksikielinen kunta. Manner-Suomen 297 kunnasta 33 on kaksikielisiä, niistä 15 enemmistökielenä on ruotsi. Kaupungit, joissa on lukumääräisesti eniten ruotsinkielistä väestöä, ovat Helsinki, Espoo ja Raasepori. Muodostettavista maakunnista kaksikielisiä ovat Keski-Pohjanmaa, Kymenlaakso, Pohjanmaa, Uusimaa ja Varsinais-Suomi. Näistä vain Pohjanmaalla Ruotsi on enemmistökielenä. Vain Kymenlaaksossa on yksi ruotsinkielinen kunta (Pyhtää). Järjestämislain mukaisista viidestä yhteistyöalueesta kolmessa on kaksikielisiä maakuntia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiselvollisuuteen kuuluu, että saamenkielisille turvataan yhtä laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut kuin valtaväestölle. Terveydenhuoltolakiin sisältyy lisäksi viittaussäännös oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain (6 §) mukaisesti saamelaisten kotiseutualueella (Enontekiö, Inari, Sodankylä ja Utsjoki). Saamen kielilaissa (1086/2003) säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä sekä viranomaisten että yksityisten järjestämissä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Laki ei kuitenkaan velvoita nykyisiä kuntia tai kuntayhtymiä taikka ehdotuksen mukaisia maakuntia järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluja saamen kielellä, vaan kyseessä on oikeus käyttää saamen kieltä tietyin edellytyksin saamelaisten kotiseutualueen kunnissa ja tietyin edellytyksin myös kotiseutualueen ulkopuolella. Jos kunta tai kuntayhtymä ei pysty järjestämään omakielistä sosiaali- ja terveyspalvelua esimerkiksi sen vuoksi, ettei koulutettua ja saamenkieltä osaavaa ammattihenkilöä ole käytettävissä, asiakkaalla on oikeus saada tulkausta kaikille kolmelle saamen kielelle (inarinsaame, kolttasaame ja pohjoissaame). Tällaisia kuntayhtymiä ovat esimerkiksi Lapin sairaanhoitopiiri ja Lapin erityishuoltopiiri. Asiakkaalla ja potilaalla on

saamen kielilain mukaan oikeus saada hallintopäätökset omalla kielellään. Saamenkielisellä väestöllä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, jotta kielen lisäksi heidän perinteiset tapansa ja elinkeinonsa tuleva asianmukaisesti huomioon otetuksi.

Romaneilla ei ole omaa kielilakia, mutta oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kulttuuriaan sisältyy perustuslain 17 §:n 3 momenttiin. Tutkimustulosten mukaan romanikieltä käyttää noin 30 – 40 % romaneista. Eniten kieltä käytetään kotona sekä sukulaisten ja ystävien kanssa. Viranomaisten kanssa asioidessaan romaniväestö käyttää suomen kieltä. Romaniväestön tapakulttuuri poikkeaa valtaväestön käytännöistä esimerkiksi puhtauskäsitusten suhteen, joten kulttuurisen ymmärryksen tarve korostuu erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla. Jos sosiaali- tai terveydenhuollon asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta.

Palveluja järjestettäessä on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäessään tarvittaessa asioida omalla, joko suomen, islannin, norjan, ruotsin tai tanskan kielellä. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Kielellisten oikeuksien toteutuminen käytännön tilanteissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus laajentaa kielellisten oikeuksien maantieteellistä aluetta niissä maakunnissa, joista tulee kaksikielisiä. Nykyisin kaksikielisyyden alue määräytyy kunnan rajojen mukaan, mutta uudistuksessa kaksikielisyyden tulisi koskemaan maakuntia, joiden alueella on yksikin kaksikielinen kunta. Lisäksi nykyisin yksikielisen Etelä-Pohjanmaan on järjestettävä päivystyspalvelut kaksikielisesti.

Valinnanvapauslakiehdotuksessa (30 §) linjataan, että yksikielisessä kunnassa suoran valinnan palvelut on tuotettava kunnan kielellä ja kaksikielisessä kunnassa suomen ja ruotsin kielellä. Maakunta voi kuitenkin hakemuksesta myöntää suoran valinnan palvelun tuottajalle poikkeusluvan velvollisuudesta tuottaa kaksikielisessä kunnassa palveluja molemmilla kansalliskielillä, jos toimipisteen alueella on asiakkaiden yhdenvertaisesti saavutettavissa muita suoran valinnan palvelujen tuottajien toimipisteitä siten, että asiakas voi saada palvelut omalla kielellään ja käyttää valinnanvapautta. Tämä merkitsee, että suomen- ja ruotsinkieliset ihmiset ovat lakiehdotuksen mukaan yhdenvertaisessa asemassa, koska asiakkaalla olisi aina mahdollisuus valita palvelun tuottaja myös kieliperusteella. Lisäksi palveluja olisi saatavilla yhdenvertaisesti sekä suomen että ruotsin kielellä myös palvelujen pääsyn välimatkojen suhteen. Kuitenkin vasta valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen ratkaisee, miten palvelujen etäisyyksille tosiasiaassa tulee käymään.

Kielibarometri 2016 (Oikeusministeriö 14.9.2016) osoittaa, että kaksikielisissä kunnissa kieli-ilmapäärin koetaan huonontuneen aiemmin toteutettuihin kyselyihin verrattuna. Tämä on yksi syy, miksi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä valinnanvapausuudistuksessa kielellisiin oikeuksiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

Ruotsinkielisestä väestöstä suurimman ryhmän muodostavat Uudenmaan maakunnassa asuvat yli 130 000, Pohjanmaan maakunnassa noin 85 000, Varsinais-Suomen maakunnassa noin 30 000 ja

Keski-Pohjanmaan maakunnassa noin 12 000 henkilöä. Heidän osaltaan lakiesitys ei juurikaan vaikuttaisi mahdollisuuteen saada palveluja äidinkielellään. Kilpailun toteutuessa erityisesti kaupungeissa mahdollisuudet saada palveluja äidinkielellään saattaisivat parantua nykyisestä.

Lapin maakunnassa saamelaisilla on oikeus käyttää saamen kieltä kotiseutualueella tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä sellaisissa sosiaali- ja terveystalveuissa, joita ei kotiseutualueella tuoteta, esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluissa. Jos saamenkielisiä palveluja ei pystytä järjestämään koulutetun ja saamenkieltä osaavan henkilöstön puutteen vuoksi, saamenkielinen tulkkaus täyttää lain vaatimukset.

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse muita kuin suomen tai ruotsin kieliä tai asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. Asiakkaan valinnanvapauden toteuttaminen ei muuta näitä velvoitteita ja maakunnan on huomioitava asia tehdesään sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa tai tehdesään palveluiden hankintaan liittyviä sopimuksia.

Ruotsin ja kaksikielisen koulutetun henkilöstön saatavuus on avaintekijä kielellisten oikeuksien toteutumiselle. Kielitaitoista henkilöstöä on parhaiten saatavissa paikkakunnilla, jossa vähemmistökielisen väestön osuus on suuri. Poikkeuksena tästä on pääkaupunkiseutu, jossa ruotsin kielisiä on riittävästi, mutta siitä huolimatta ruotsinkielisten palvelujen järjestäminen on puutteellista. Kymenlaakson maakunnassa ruotsinkielisten määrä on hyvin pieni. Tällöin on syytä erityisesti varmistaa, että asiakkaat voivat hakea omankielisiä palveluja tarvittaessa myös maakunnan ulkopuolelta.

Asiakkaan valinnanvapaus saattaisi luoda uudenlaisia mahdollisuuksia valinnanvapausjärjestelmän piirissä oleville tuottajille luoda lainsäädäntöä laajempia kielellisiä palveluita erityisesti niille alueille, joilla on paljon tietyn kielisiä asiakkaita.

Kiireettömässä hoidossa potilas voi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Tällöin hänellä on mahdollisuus valita haluamansa toimipaikka myös kielellisin perustein. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus sisältää osaltaan myös lisääntyvän tietotuotannon muun muassa valinnanvapauden käytön arviointiin.

Ehdotuksen vaikutukset viranomaisten toimintaan

Ruotsinkielinen lääkärikoulutus on keskittynyt ainoastaan Helsingin yliopistoon ja erityisesti ruotsinkielisistä lääkäreistä on ollut valtakunnassa pula. Hoitohenkilökunnan koulutus on perinteisesti tapahtunut paikallisten oppilaitosten toimesta ja alueen kielitarpeeseen perustuva koulutus on täten voitu paremmin turvata.

Maakuntien on henkilöstönsä rekrytoinnissa noudatettava sitä, mitä laissa julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta (424/2003) säädetään. Suurin osa aiemmin kunnissa tuotetuista sosiaalipalveluista tarjotaan valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnissa. Riski siitä, ettei kaksikielisissä maakunnissa saada rekrytoitua riittävästi ruotsikieltä osaavia sosiaalityön ammattilaisia, tulee olemaan suuri, erityisesti koska sosiaalityön ammattilaisista on puutetta ilman kielellistä erityisvaatimustakin. Myös lääkäreiden kohdalla on pulaa kaksikielisestä henkilökunnasta.

Maakuntien tulee henkilöstösuunnittelulla tai muilla keinoin huolehtia siitä, että asiakkailla on tosiasiallinen mahdollisuus saada palvelua omalla kielellään maakunnan palveluissa. Valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa maakunnat voivat sopimuksilla varmistaa riittävän kielitaidon. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 18 a §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito, ja että ammattihenkilön työnantajan tulee varmistua tehtävien edellyttämästä riittävästä kielitaidosta. Erityisongelman tässä muodostavat ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitohenkilökunta, jotka osaavat yleensä englannin kielen lisäksi paikkakunnan kieltä, joko suomea tai ruotsia.

4.5.3 Sukupuolivaikutukset

Uudistuksen sukupuolivaikutukset kohdistuvat eri tavoin naisiin ja miehiin palvelujen käyttäjinä. Samoin uudistuksella on erilaisia vaikutuksia naisiin ja miehiin työntekijöinä, esimiehinä tai päättäjinä. Uudistuksessa olisi mahdollisuus saavuttaa merkittäviä ja moniulotteisia tasa-arvovaikutuksia, jos ne tunnustetaan ja otetaan huomioon jo suunnitteluvaiheessa esimerkiksi laadittaessa maakunnan palvelustrategiaa ja julkista palvelulupausta sekä myöhemmin niiden toteuttamisvaiheessa.

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sukupuolten välisten erojen lisäksi hyvinvointi- ja terveyseroja on myös eri väestöryhmien välillä. Merkittävimpiä ovat sosioekonomiseen asemaan liittyvät erot, jotka ovat Suomessa poikkeuksellisen suuria ja edelleen kasvussa. Sukupuoli on keskeinen erottava tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla.

On olemassa paljon tutkimustietoa siitä (esim. Nguyen & Seppälä 2014, Gay ym. 2011), että palvelujen käytössä on eroja sukupuolten välillä. Miehet käyttävät naisia vähemmän sekä avoterveydenhuollon että sairaalapalveluja ja väestötasolla heidän terveytensä on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään ja enemmistö ikääntyneistä on naisia, joten sukupuoliero kasvaa sitä mukaa, mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse. Näin ollen sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja naisten osuus palvelujen käyttäjinä lisääntyy iän myötä, joten valinnanvapauden laajentuminen koskettaa enemmän naisia kuin miehiä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut (THL Raportti 12/2016), että järjestäjien suuri koko oletettavasti lisää asukkaiden yhdenvertaisuutta. Toisaalta etu saatetaan menettää, jos palvelujen integraatiolla ei pystytä varmistamaan suoran valinnan palveluja ja liikelaitoksen tuottamia palveluja asiakkaan kannalta saumattomiksi kokonaisuuksiksi. Miesten terveys ja hyvinvointi ovat useilla mittareilla, esimerkiksi koetulla terveydellä, eliniänodotteella ja elintavoilla, mitattuna naisia heikompi (Martelin ym. 2014, Tarkiainen ym. 2011). Mikäli uudistuksella saadaan vahvistettua perustasoa ja integroitua palveluja siten, että erityisesti heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden palvelujen riittävä ja oikea-aikainen saanti paranee, voitaneen arvella, että uudistuksella voidaan tasoittaa naisten ja miesten hyvinvointieroja sekä parantaa erityisesti miesten hyvinvointia ja terveyttä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arvion mukaan uudistuksen yhdenvertaisuustavoitteiden saavuttaminen riippuu uudistuksen toimeenpanosta.

Palvelujen käyttöä voidaan tarkastella muun muassa palvelutarpeiden arvioinnin ja palveluohjauksen, tuotetun päätöksenteon sekä valinnanvapauden näkökulmasta. Erityisryhmien neuvonta- ja ohjaustehtävä korostuvat erityisesti valinnanvapausjärjestelmän suoran valinnan palveluissa. Miehet

hakeutuvat naisia harvemmin hoitoon, joten palveluohjauksella, neuvonnalla ja tuella valintatilanteessa on tärkeä rooli erityisesti miesten palvelujen käytössä. Toisaalta naisten miehiä aktiivisempi hakeutuminen palvelujen piiriin saattaa ennustaa sitä, että naiset hyödyntävät jatkossa myös laajentuneen valinnanvapauden suomia mahdollisuuksia miehiä aktiivisemmin. Tämä voi johtaa naisten ja miesten palvelukäytössä olevien erojen kasvamiseen, mikäli valinnanvapauden osalta tehdyt ratkaisut ja valintaa tarvittava tieto ja ohjaus eivät tue valintojen tekemistä riittävästi.

Esityksen mukaan henkilöstö siirtyisi maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntien ja kuntayhtymien palveluksesta maakuntien palvelukseen siirtyä yhteensä arviolta 215 000 työntekijää, joiden siirtymähetkellä voimassa olevat henkilöstön oikeudet ja velvollisuudet säilyvät. Siirtyvistä työntekijöistä suurin osa on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä. Henkilöstövaikutuksia käsitellään tarkemmin jaksossa 4.7.

Sosiaali- ja terveysala on huomattavan naisvaltainen ala. Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus tarkoittaa yhteiskunnallisella tasolla valtavaa uudistusta naisvaltaisen alan työmarkkinoilla. THL:n sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöä koskevien tilastojen mukaan kunnallisissa sosiaali- ja terveystalouksissa naisten osuus vuonna 2014 oli yli 90 prosenttia henkilöstöstä ja miesten osuus vastaavasti hieman alle 10 prosenttia.

Uudistus koskee myös hallinnon ja tukipalvelujen henkilöstöä. Uudistuksessa kaikkiaan arviolta yli 400 organisaation tehtävät siirtyvät 18 maakunnalle sekä näiden palvelulaitoksille ja neljälle maakuntien yhteisesti omistamalle palvelukeskukselle, eli noin 40 organisaatiolle. Tarve hallinnon ja tukipalvelujen henkilöstölle tulee vähenemään organisaatioiden koon kasvaessa, joten uudistuksesta voidaan arvioida aiheutuvan erityisen paljon epävarmuustekijöitä hallinto- ja tukihenkilöstölle. Vähennyksen voidaan arvioida koskevan erityisesti hallintohenkilöstön ja esimiestason työntekijöiden tarvetta.

Uudistuksesta syntyvät henkilöstövaikutukset kohdistuvat erityisesti naisiin. Merkittävin muutos on työnantajan vaihtuminen, mutta myös työtehtävät saattavat muuttua, kun palveluja uudistetaan. Koska siirrot toteutetaan liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti, ei työnantajan muutos vaikuta lyhyellä aikavälillä palvelussuhteen ehtoihin. On kuitenkin huomattava, että liikkeenluovutusperiaate koskee luonnollisesti vain siirtyvää, ei uutta palkattavaa henkilöstöä.

Henkilöstön asemaan ja palvelussuhteen ehtoihin voi kuitenkin vaikuttaa palvelutuotannon erottaminen järjestämistehtävästä sekä maakunnan oman palvelutuotannon osittainen yhtiöittäminen sekä erityisesti valinnanvapausjärjestelmän myötä lisääntyvä yksityisen palvelutuotannon osuus julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Henkilöstöön sovellettavat työehtosopimukset voivat myös maakunnan päätöksellä vaihtua ja silloin muutoksella on vaikutuksia palvelussuhteen ehtoihin. Muutosten suuruus riippuu sovellettavan työehtosopimuksen tasosta. Jos suuri joukko naisia siirtyisi Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen soveltamisalalta yksityisen puolen sopimusalan soveltamisalalle, sopimuksesta riippuen tällä voisi olla melko suuria vaikutuksia naisten palkkaukseen. Mahdollinen kilpailu työvoimasta saattaisi kuitenkin parantaa henkilöstön neuvotteluasemaa. Toisaalta on otettava huomioon työnantajia koskeva EU:n samapalkkaisuusdirektiivin ja tasa-arvolain kielto soveltaa palkka- tai muita palvelussuhteen ehtoja siten, että työntekijä tai työntekijät joutuvat sukupuolen perusteella epäedullisempaan asemaan kuin yksi tai useampi työnantajan samassa tai samanarvoisessa työssä oleva työntekijä. Myös muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osalta sovellettavan työehtosopimuksen vaihdosten palkkavaikutukset voivat olla merkittäviä.

Sukupuolivaikutuksia arvioitaessa merkittävää voi olla erityisesti se, että palvelurakenteen ja hallinnon uudistuminen voi johtaa muutoksiin työpaikkojen sijainnissa. Tällä voi samalla olla vaikutusta työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Suuremmat organisaatiot voivat tuoda henkilöstölle uusia mahdollisuuksia ammattitaidon ja osaamisen kehittämiseen sekä työtehtävien erikoistumiseen. Myös työtehtävien ja vastuiden laajentaminen voi lisääntyä. Suuremmissa organisaatioissa myös sijaisjärjestelyt voivat helpottua ja tällä voisi olla myönteisiä vaikutuksia työtyytyväisyyteen. Koska valtaosa henkilöstöstä on naisia, myös vaikutukset kohdistuvat pääosin naisiin.

Maakunnan ylintä päätösvaltaa käyttäisi maakuntavaltuusto, joka valittaisiin suorilla vaaleilla. Suomen vaalitutkimusportaalin mukaan naiset äänestävät nykyään hieman miehiä aktiivisemmin. Paras-ARTTU -ohjelmassa tutkittiin naisten edustusta kuntien johdossa kuntaliitoksissa. Tutkimuksessa selvitettiin myös äänestyskäyttäytymistä sekä muita eri sukupuolten edustukseen vaikuttavia seikkoja. Eri tutkimusten mukaan naisista hieman yli puolet äänestää naista, kun taas miehistä enemmistö äänestää miestä. Lisäksi naisia valitaan valtuustoihin vähemmän kuin ehdokasosuuden perusteella voisi odottaa. Tämän perusteella voitaneen olettaa, että naiset ovat aliedustettuina myös maakuntavaltuustoissa. Naisia on myös kunnallisten toimielinten puheenjohtajistossa vähemmän kuin kyseisten toimielinten jäsenistössä. Hallinnolliset organisaatiot tulevat olemaan nykyistä suurempia, jolloin myös esimiestehtävien määrä vähenee. Tällöin on ennakoitavissa, että vastaavasti kun kuntakoon kasvaessa kunnanjohtajille tapahtui, esimiestason tehtävissä tulee toimimaan suhteellisesti yhä vähemmän naisia. Yhtiöittäminen tarkoittaa, että uusiin yhtiöihin tarvitaan uusia hallitusosajia. Uudistuksessa myös yksityisellä sektorilla tulisi kiinnittää huomiota hallituskokoonpanon sukupuolijakaumaan.

Kielteisten sukupuolivaikutusten välttämiseksi on tärkeää, että tuottajakorvaukset ovat sellaisia, ettei tuottajille tule intressiä valikoida asiakkaita tuottajakorvauksiin perustuen. Suoran valinnan palvelujen tuottajakorvaukset perustuvat kansallisiin tarvetekijöihin, joista yksi on sukupuoli, joten tällainen sukupuoleen liittyvä valikointimahdollisuus on vähäinen.

4.6 Vaikutukset palvelujen tuotantoon

4.6.1 Vaikutukset sosiaali- ja terveystalouteen

Palvelujen saatavuus paranee, jos maakunnalla on riittävää järjestämisaikaa

- Palvelujen saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden parantuminen edellyttää, että maakunnalla on riittävää järjestämisaikaa ja sopimusaikaa.
- Perustason sosiaali- ja terveystalouden saatavuus todennäköisesti paranee väestötiheillä alueilla palvelutarjonnan lisääntyessä. Harvaan asutuilla alueilla palveluiden saatavuus saattaa heiketä, mikäli maakunta ei riittävästi kykene ohjaamaan palvelutuotantoa.
- Monituottajamallin toteuttaminen on haastavaa ja edellyttää maakunnalta palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä niiden varmistamista sopimuksilla.
- Integraation toteuttaminen edellyttää maakunnan ja markkinoilla toimivien suoran valinnan-, maksuseteli- asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelun tuottajien saumatonta yhteistyötä ja yhteistä tahtotilaa, joka pitää luoda kehittämissyhteistyössä.
- Suoran terveydenhuollon valinnanvapauden myötä muutokset palvelujen tuottamisessa ovat merkittäviä ja edellyttävät maakunnalta kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä toimivaa seurantajärjestelmää ja sopimusohjausta.

Lakiehdotuksen mukaan yhtiömuotoiset sosiaali- ja terveyskeskukset tuottavat asiakkaille suoran valinnan perustason sosiaali- ja terveystalvet. Perustason terveydenhuollon talvet vastaavat lakiehdotuksen mukaan nykyisiä terveyskeskustalvetla laajennettuna ammattihenkilöiden konsultaatio- ja avovastantoppalvetluilla. Sosiaalitalvetluista mukana ovat sosiaalihuoltolain ja vanhuspalvetlulain mukainen neuvonta ja ohjaus sekä asiakkaan tilapäisesti ja lyhytaikaisesti tarvitsemat sosiaalitalvet.

Valtaosa sosiaalihuollon talvetluista toteutettaisiin maakunnan liikelaitoksessa, joten nykyisestä poiketen sosiaalitalvetlut toteutettaisiin jatkossa kahdella tasolla. Talvetlujen eriyttäminen asettaisi uudenlaisia haasteita asiakasohjaukselle, tiedottamiselle ja ammat-tiosaamiselle.

Suun terveydenhuollon yhtiöiden talvetlut muodostaisivat oman, asiakkaan erikseen valitseman talvetluketlonaisuuden. Ehdotuksen mukaan kaikki nykyisinkin perustasolla tuotettavat suun terveydenhuollon talvetlut tulisivat valinnanvapauden piiriin lukuun ottamatta kouluterveydenhuollon ja opiskeluterveydenhuollon talvetluta.

Valinnanvapausmallissa maakunnan liikelaitos toteuttaisi sosiaali- ja terveystalvetlut siltä osin, kuin ne eivät ole vapaan valinnan piirissä. Liikelaitos tuottaisi sekä perustason että erityistason talvetluta. Maakunnan olisi viimesijaisesti turvattava sosiaali- ja terveystalvetlujen saatavuus kaikissa tilanteissa. Jos osoittautuisi, että valinnanvapauden piiriin kuuluvia talvetluta ei ole muutoin saatavilla, maakunnan tulee huolehtia järjestämistävastaustaan siten, että maakunnan liikelaitos tuottaisi tarvittavat talvetlut.

Monikanavaista sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmää on selvitetty sote- ja valinnanvapausuudistuksen yhteydessä, mutta rahoitusuudistuksen valmistelu on siirretty vuodelle 2017. Valinnanvapausuudistusta varten on kuitenkin linjattu, että maakuntien tulee huomioida työterveyshuollon piiriin kuuluvat asiakkaat suoran valinnan talvetlujen korvauksissa ja tuottajien tulee eriyttää nämä talvetlut kirjanpidossaan.

Opiskeluterveydenhuollon ja työterveyshuollon eriyttäminen suoran valinnan talvetluista sitoo myös merkittävän osan perustason lääkäreistä näihin kokonaisuuksiin ja tällä voi olla merkittäviä vaikutuksia talvetlujen saatavuudelle. THL on Jonottamatta hoitoon -aloitteessaan (Erhola ym. 2013) esittänyt, että työterveyshuollon keskittyminen ennaltaehkäisevään ja työelämää kehittävään perustehtäväänsä vapauttaisi osaamisvoimavaroja perusterveydenhuollon talvetlutaotantoon. Toimenpide parantaisi lääkäripulasta kärsivän perusterveydenhuollon talvetlujen saatavuutta.

Koska maakunta ei voisi tuottaa itse sellaisia talvetluketlonaisuuksia, joita on tarjolla suoran talvetlujen tarjonnassa, korostuisi talvetluohjauksen rooli asiakkaiden ohjautumisessa tarpeen mukaisiin talvetluihin ja saumattomien kokonaisuuksien rakentamisessa. Haasteena on huolehtia talvetlutaotantajien ja liikelaitoksen välisestä yhteistyöstä ja sopimusten laatimisesta niin, että ne velvoittavat monialaiseen yhteistyöhön. Uusi vaativa tehtävä maakunnille olisi talvetluketlujen ja talvetluketlonaisuuksien yksityiskohtainen määrittelytyö, koska siinä on huomioitava myös valinnanvapausjärjestelmässä olevat tuottajat mahdollisine alihankkijoineen ja maksusetelituottajineen sekä maakunnan liikelaitoksen henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelitalvetlujen tuottajat. Myös yhteys kuntaan jäävään talvetlutaotantoon mm. kouluterveydenhoitajat ja -kuraattorit tulisi varmistaa.

Vaikutukset palvelujen saatavuuteen

Peruspalvelut vahvistuvat ja hoitoon pääsy nopeutuu, jos ihmisten usein tarvitsemia peruspalveluja ja matalan kynnyksen palvelujen tarjonta ja saatavuus lisääntyvät. Palvelujen saatavuus ja asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa valinnoillaan palvelujen paranemiseen lisääntyisivät muutoksen myötä kuitenkin vain niillä alueilla, joissa palvelutuotanto on yrityksille kannattavaa.

Peruspalvelujen vahvistuminen voisi toteutua myös palveluntuottajien erikoistumisen myötä. On mahdollista, että asiakkaiden houkuttelemiseksi tuottajat osin erikoistuisivat tiettyjen asiakasryhmien palveluihin, mikä voisi edesauttaa sitä, että osaaminen eri asiakasryhmien palvelujen tuottamisessa paranee. Edellytyksenä on, että asiakkaiden tietoisuus tarjolla olevista vaihtoehdoista varmistetaan ja korvauskäytännöt tukevat tällaista toimintaa.

Peruspalvelujen vahvistuminen edellyttäisi, että resurssien kohdentaminen maakunnan liikelaitoksessa peruspalveluihin suhteessa erityispalveluihin on riittävä ja kokonaisuuden kannalta oikein mitoitettu. Oleellista on myös se, miten maakunnat kohdentaisivat voimavaroja suoran valinnan palveluihin ja maakunnan liikelaitoksen palveluihin.

Monituottajamalli voi tuottaa uudenlaisia haasteita koulutuksen, tutkimuksen ja osaamisen varmistamiseksi. Maakunta vastaisi järjestäjänä palvelujen saatavuudesta ja laadusta ja voisi mm. asettamalla reunaehdoja palvelujen tuottajien henkilöstökoulutukselle vaikuttaa palveluntuottajien osaamiseen. Erikoislääkärikoulutuksen järjestämisestä vastuullisten tulisi huolehtia siitä, ettei katvealu-eita lääketieteen erikoisalojen osaajista pääse muodostumaan.

Vaikutukset terveyspalveluihin

Valinnanvapauslainsäädännöllä on mahdollista lisätä saatavuutta ja parantaa laatua, mikäli maakuntiin saadaan riittävästi tuottajia. Uudessa järjestelmässä saatavuuteen vaikuttavat mm. maakunnan asettamat korvausperusteet, sopimusehdot ja muut mm. aukioloaikoihin liittyvät vaatimukset. Vaatimusten tulisi olla samanlaiset kaikille samanlaisia palveluja tuottaville yrityksille, yhteisöille ja ammatinharjoittajille.

Maakunta voi päättää mitä terveyspalveluja se siirtää suoran valinnan palveluihin ja kuinka laajasti se hyödyntää lainsäädännön mahdollistamia valinnan vapautta tukevia muita instrumentteja kuten henkilökohtaista budjettia ja asiakasseteliä. Tämä voi johtaa siihen, että terveydenhuollon palvelutarjonta vaihtelee maakunnittain.

Toisaalta erityisesti suoran valinnan palveluntuottajalle maksettavien 56 §:ssä esitettyjen muiden korvausten avulla on mahdollista huomioida alueelliset erityispiirteet kuten sairastavuus ja pitkät etäi-syydet tai kiire- ja iltavastanottojen tarve.

Lakiehdotuksen vaikutuksia terveyspalvelujen saatavuuteen on vielä vaikea ennakoida, koska palvelujen määrittelyssä ja sopimuksissa on paljon avoimeksi jääviä asioita. Maakuntien lähtötilanne palvelukokonaisuuksien määrittelyssä on erilainen, joten uudistuksen valmistelu etenisi todennäköisesti eritahtisesti. Lainsäädäntö antaisi kuitenkin vain kahden vuoden siirtymäajan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisosaamista sisältävien konsultaatioiden sisällyttäminen perustason palveluun eheyttäisi perustason palvelukokonaisuutta asiakkaan näkökulmasta. Samalla sillä on

vaikutuksia erikoissairaanhoidon toteuttamiseen ja henkilöstöresursseihin liikelaitoksessa. Eriytetyt asiakaseteileillä kustannettavat terveydenhuollon avovastaanottopalvelut edellyttävät niiden toimintojen yhtiöittämistä. Tämä siirtäisi erikoissairaanhoidon työvoimaa pois sairaaloista yksityisiin palveluihin. Henkilöstön siirtymisellä taas voi olla haitallisia vaikutuksia maakunnan sairaalan henkilöstön riittävyyteen erityisesti pienemmissä maakunnissa.

Asiakasetelillä tarjottavilla palveluilla voi olla heikentävä vaikutus maakunnan sairaaloiden henkilöstön riittävyyteen ja sairaaloiden palveluiden saatavuuteen. Maakunnalla olisi mahdollisuus päättää asiakasetelillä tarjottavat ei-kiireellisten terveydenhuollon palveluiden ja muiden soveltuvien erityistason palveluiden laajuus ja sisältö 15 % minimivaatimuksen puitteissa. Mikäli maakunnan liikelaitos pyrkii tuottamaan myös asiakasetelillä järjestettäviä palveluja, olisi sen perustettava yhtiöittämisvelvollisuuden mukaisesti yhtiö näiden palveluiden tuottamiseksi. Tämän seurauksena jo nykyiset haasteet tiettyjen erityisalojen lääkäreiden saatavuudesta pienemmissä maakunnissa tulevat kasvamaan, millä tulisi olemaan seurauksia myös maakunnan liikelaitoksen tuottamien palveluiden saatavuuteen.

Vaikutukset suun terveydenhuollon palveluihin

Muutokset suun terveydenhuollon palvelujen tuottamiseen olisivat isoja, koska merkittävä osa julkisesti rahoitetuista palveluista tulisi suoran valinnan palvelujen piiriin lukuun ottamatta sairaalolosuhteita edellyttäviä suun terveydenhuollon palveluja sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja. Erillinen suun terveydenhuollon suora valinta mahdollistaisi myös pienempien yksityisten vastaanottojen mahdollisuuden ryhtyä suoran valinnan palvelujen tuottajaksi, mikäli palvelutuotannon kustannusriskit eivät ole liian suuria pienille yksiköille. Riskinä voi olla, että suun terveydenhuollon palvelut voisivat erillisen valinnan myötä eriytyä muusta sote-palvelujen tuotannosta. Tämä voi lisätä hallinnollisia kustannuksia. Maakunnan tulisi varmistaa yhteistyön jatkuminen ja vahvistuminen sopimusohjauksella.

Yksityiset hammaslääkärivastaanotot ovat keskittyneet suurempiin kaupunkeihin ja erityisesti koulutuspaikkakuntien läheisyyteen. Useat yksityiset hammaslääkärivastaanotot ovat vastaanottoyksikkökooltaan pieniä ja muusta terveydenhuollosta erillään toimivia vastaanottoja. Suoran valinnan palvelujen tuotannon yhtiöittämisvaatimus johtaisi rakenteelliseen muutokseen, jonka seurauksena arvioidaan pienten suun terveydenhuollon vastaanottojen määrän vähenevän. Hammaslääkärivastaanottojen yhdistymisen myötä toimintaa voitaisiin kuitenkin kehittää kustannustehokkaaseen suuntaan ja hallinnollisia kustannuksia voitaisiin jakaa useamman hammaslääkärin vastaanoton kesken. Alueellisen palvelujen tasapainon saavuttamiseksi on tärkeää huolehtia myös tuotannon riittävästä volyyymistä eri puolilla Suomea.

Terveyskeskuksissa suun terveydenhuolto on nykyisin sosiaali- ja terveystalouden kiinteästi integroitu palvelujen osa. Tämä on mahdollistanut palvelujen moniammatillisen kehittämisen tasaisesti koko maassa. Uudistuksessa riskinä on, että mahdollisuus moniammatilliseen kehittämiseen häviäisi, jos yhtiötetyt suun terveydenhuollon yksiköt toimisivat erillään ja jos yhteistyötä ei varmisteta sopimuksilla. Tarvitaan myös moniammatillista työtä tukevia toimintamalleja. Suoran valinnan palvelujen toteutuminen edellyttäisi hyvää seurantajärjestelmää, jotta palvelujen käyttöä ja tarjontaa voitaisiin seurata esimerkiksi hoitoon pääsyn ruuhkautumisen osalta. Liittyminen suoran valinnan palvelujen tuottajaksi edellyttäisi mm. valtakunnallisen tiedonhallintapalvelujen käyttämistä. Tästä voi koitua erityisesti käynnistämävaiheessa merkittäviä hallinnollisia kustannuksia, jotka

rasittanevat suhteessa eniten pieniä suun terveydenhuollon yksiköitä. Myös tämä voi johtaa pienten suun terveydenhuollon vastaanottojen määrän vähenemiseen.

Vaikutukset sosiaalihuollon palveluihin

Maakunnan liikelaitos vastaisi maakunnan omasta sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tuotannosta siltä osin kuin palvelut eivät olisi suoran valinnan palvelujen piirissä tai niitä ei järjestettäisi asiakasasetelilla tai henkilökohtaisella budjetilla. Valtaosa sosiaalipalveluista tulisi todennäköisesti olemaan maakunnan liikelaitoksen omaa tuotantoa tai henkilökohtaisella budjetilla, asiakasasetelilla tai ostopalveluna yksityisten palveluntuottajien tuottamia palveluja. Suurin muutos nykytilaan verraten olisi se, että sosiaalipalveluja annettaisiin kahdessa hallinnollisesti erillisessä yksikössä maakunnan liikelaitoksessa ja suoran valinnan sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Maakunnan liikelaitoksen sosiaalihuollon tehtävät olisivat paljolti voimassaolevan lainsäädännön mukaisia, mutta lakiehdotuksen mukainen valinnanvapausjärjestelmä edellyttäisi uudenlaista työtä palvelujen yhteensovittamiseksi. Valinnanvapauden piirissä olevien palvelun tuottajien tulisi varautua uudensuun suunnitteluun, palveluntarpeen arviointiin liittyviin tehtäviin ja varmistaa henkilökunnan moniammatillinen sekä sosiaalihuollon ammatillinen osaaminen.

Jos suoran valinnan piiriin kuuluvista palveluista tehdään tulevaisuudessa hallinto-päätöksiä on sillä suuri merkitys asiakkaan oikeusturvan kannalta ja sillä voi olla vaikutuksia sosiaalihuollon palvelujen saatavuuteen. Muutoksenhausta on tarkoitus säätää erikseen substanssilaeissa, esm. sosiaalihuoltolaissa. Kirjallinen päätöksenteko sosiaalipalvelujen myöntämisestä tai epäämisestä tekee palvelutuotannon tai sen puutteet näkyvämmäksi ja voi tuottaa maakunnalle oleellista tietoa alueen asukkaiden sosiaalihuollon palvelujen tarpeesta ja kysynnästä. Toisaalta päätöksenteosta luopuminen ja suoran valinnan palvelun sosiaalihuollon toiminnan tulkitseminen tosiasialliseksi toiminnaksi terveydenhuollon tapaan yhdenmukaistaisi toimintakäytäntöjä terveydenhuollon kanssa ja vähentäisi hallinnollista työtä. Kummatkin vaihtoehdot edellyttävät ehdotetun lainsäädännön tarkentamista. Epäselväksi jää myös, miten käytännössä vastuu paljon palveluja samanaikaisesti käyttävän asiakkaan palveluista jakautuisi maakunnan liikelaitoksen ja suoran valinnan palvelujen tuottajien välillä. Epäselvä vastuunjako voi lisätä kustannuksia ja aiheuttaa haasteita asiakkaiden saumattomien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien toteuttamiselle.

Sosiaalihuollon palvelutuotannon ohjaus- ja neuvontatehtävän sisältyminen suoran valinnan sosiaali- ja terveyskeskusten palveluihin voisi parantaa sosiaalihuollon palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, jos asiakkaan tuen tarpeet osataan tunnistaa ja palveluohjaus maakunnan palveluihin toimisi asiakkaan palvelutarpeen edellyttämällä tavalla. Tämä edellyttäisi kuitenkin sitä, että sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa hoitavilla henkilöillä on riittävästi sosiaalihuollon osaamista. Lakiehdotus ei edellytä, että sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa olisi tekemässä sosiaalihuollon ammattihenkilö. Riskinä on, ettei suoran valinnan palvelujen sosiaalihuollon ohjaus- ja neuvontapalveluja onnistuta tuottamaan laadukkaasti olosuhteissa, jossa sosiaalihuollon ammatillinen osaaminen, valtaosa palvelutuotannosta ja niihin liittyvä päätöksenteko ovat maakunnan liikelaitoksessa. Valinnanvapauden tavoitteiden saavuttaminen tältä osin edellyttäisi sosiaalihuoltolain täsmenmistä, niin että sosiaalihuollon ammattihenkilön saatavuus varmistetaan myös suoran valinnan palvelujen perustason palveluissa.

Hyvin toimiessaan sosiaalihuollon tarpeessa olevan asiakkaan mahdollisuudet saada tarvittava, lyhytaikainen apu nopeasti suoran valinnan palvelujen tuottajalta voisi parantaa palvelujen saatavuutta, koska palveluihin pääsy olisi oletettavasti valinnanvapausmallissa nykyistä helpompaa ja nope-

ammin toteutuvaa. Toisaalta monissa sosiaalihuollon palveluissa (esimerkiksi perhetyössä tai sosiaalityössä) lyhytaikainenkaan tuen tarve ei useimmiten ole hoidettavissa vain muutaman päivän - kahden viikon mittaisella palvelujaksolla. Jotta asiakkaat saadaan nopeasti tarkoituksenmukaisten palvelujen piiriin, on tärkeää, että asiakasohjaus ja palvelu toimitsevat hyvin suoran valinnan palveluissa. Jos palvelujen saatavuus paranisi, voisi se myös kasvattaa lyhytaikaisten palvelujen kysyntää ja mahdollisesti vähentää pitkäkestoisten sosiaalipalvelujen tarvetta.

4.6.2 Yritys-, kilpailu ja markkinavaikutukset

Yritystoiminnan mahdollisuudet lisääntyvät

- Valinnanvapausjärjestelmä lisää yritystoiminnan mahdollisuuksia ja monipuolistaa tuottajakuntaa. Tuotantotavat monipuolistuvat verkostomaisen toimintatavan, alihankintaketjujen, maksuseleiden, asiakasseleiden ja henkilökohtaisen budjetin ansiosta.
- Suoran valinnan palvelujen tuottajilta edellyttämä palvelukokonaisuuden laajuus voi johtaa tuottajakunnan rajoittumiseen vain muutamiin yksityisiin toimijoihin ja maakuntien omistamiin yhtiöihin, joilla on kyky ja riittävästi voimavaroja toimia kokonaisvastuullisesti suoran valinnan palvelujen tuottajana.
- Maksuseteli ja henkilökohtainen budjetointi kuitenkin vahvistavat pienten yritysten mahdollisuuksia.
- Suurten yritysten määrä toimialalla kasvaa nykyisestä julkisten palvelujen yhtiöittämisen myötä. Pienten ja keskisuurten yritysten määrä pysyy ennallaan tai lisääntyy jonkin verran alihankintaketjujen, maksuseleiden, asiakasseleiden ja henkilökohtaisen budjetin ansiosta.
- Valinnanvapausjärjestelmässä on tärkeää ylläpitää tuottajien tasapuolisia toimintaedellytyksiä markkinoilla.
- Nykyinen julkinen tuotanto joutuu sopeutumaan hyvin nopealla aikataululla uudenlaiseen toimintaympäristöön. Yhtiöittämisprosessi voi virallisesti käynnistyä vasta maakuntien toiminnan käynnistyttyä.
- Julkisten palvelujen yhtiöittäminen on merkittävä haaste mm. käynnistämävaiheen rahoituksen näkökulmasta.

Yleistä

Valinnanvapausuudistus tuo osan julkisesti tuotetuista palveluista markkinoille. Markkinat, joihin myös nykyiset yksityiset yritykset voivat osallistua, tulee olemaan vähimmäistasossa (laajennetun perustason voimaan tultua) arvoltaan 8 miljardia euroa. Edellä mainitut valinnanvapausmarkkinat sisältävät suoran valinnan palvelut (ml. maksuseteli), henkilökohtaisella budjetilla ja asiakasetelillä järjestettävät palvelut. Tämä kaksinkertaistaa reilusti nykyisen sosiaali- ja terveystalouden yritysten muodostaman liikevaihdon (5,6 miljardia euroa).

Valinnanvapausmarkkinoiden lopullinen koko määräytyy kuitenkin sen perusteella, miten maakunnat päättävät laajentaa sosiaali- ja terveyskeskusten ja suunhoidon yksikön tuottamisvastuulle kuuluvaa palveluvalikoimaa vähimmäistasosta ja kuinka paljon maakunnat ottavat käyttöön asiakaspalvelusetelipalveluita yli vaaditun 15 prosentin tason ja hyödyntävät henkilökohtaista budjettia.

Jatkossa julkisomisteiset ja yksityiset yritykset voisivat tuottaa valinnan vapauden piiriin kuuluvia sosiaali- ja terveystalouksia kolmella erilaisella rahoitusratkaisulla. Yritykset voivat tuottaa suoran valinnan palveluita (3,7 miljardia euroa) sosiaali- ja terveyskeskuksissa sekä suunhoidon yksiköissä, asiakasetelipalveluita (2,8 miljardia euroa) sekä henkilökohtaisen budjetoinnin palveluita (1,5 miljardia euroa). Suoran valinnan vapauden palvelut kattaisivat näistä siten 46 prosenttia. Uudistuksen johdosta syntyvistä uusista yrityksistä suurin osa on todennäköisesti maakunnan omistamia yhtiöitä.

Valinnanvapausmarkkinoilla asiakasetelipalveluiden ja henkilökohtaisen budjetoinnin palveluiden tuottajaksi on pienille yrityksillä helpompi pääsy, joskin uudistuksessa on mahdollistettu myös pienille toimijoille suoran valinnan palveluiden markkinoista hyötyminen.

Yksityiset palvelut markkinoilla

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat ovat jossain määrin keskittyneet, joskin Suomessa on suurien konsernitoimijoiden lisäksi erittäin suuri määrä hyvin pieniä toimijoita.

Tilastokeskuksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden yksityisiä yrityksiä oli vuonna 2014 vajaa 18 700. Alan liikevaihto oli yhteensä 5,6 miljardia euroa ja alan yrityksissä työskenteli yhteensä yli 64 000 henkeä. Koko volyymista 82 prosenttia oli terveystalouden yrityksiä (näistä suuri osa esim. fysioterapia tai hammaslääkäripalveluja tuottavia mikroyrityksiä), jotka työllistivät 51 prosenttia koko sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöstä sekä tuottivat 66 prosenttia koko alan liikevaihdosta. Sosiaali- ja terveystalousta tuottavat myös järjestöt, joista suurin osa sisältyy tässä arvioissa käytettyihin yritystilastoihin.

TEM:n selvityksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden 22 suurinta, yli 250 henkeä työllistävää yritystä, tuottivat 29 prosenttia liikevaihdosta ja työllistivät melkein saman osuuden, mutta niiden osuus koko yrityskannasta on alla 0,2 prosenttia. Käytännössä lähes kaikki vähintään 200 henkilöä ja monet 100 – 199 henkilöä työllistävät terveydenhuollon yritykset kuuluivat johonkin suurempaan yritysryhmään (TEM 34/2013).

Järjestelmän käynnistyessä suoran valinnan palvelujen yksityisomisteisia yrityksiä olisi arvon mukaan vähintään 9 000 ja henkilöstöä noin 22 000. Eniten yrityksiä toimisi lääkäriasemina ja yksityislääkäreinä sekä hammaslääkäreinä (yli 70 %).

Terveydenhuollossa asiakasseteliä käytettäisiin maakunnan liikelaitoksen vastuulla olevissa kiireetömissä erityistason palveluissa, kuten kaihileikkauksissa, erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin vastaanottokäynneissä (mukaan lukien niihin liittyvät toimenpiteet ja diagnostiset tutkimukset), sekä kuntoutuspalveluissa, mukaan lukien apuvälinepalveluissa.

Sosiaalihuollossa asiakasseteliä käytettäisiin maakunnan liikelaitoksen vastuulla olevissa sosiaalihuollon perus- ja erityistason palveluissa (esimerkiksi asumispalveluissa, päivätoiminnassa, omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa, kotihoidossa ja kotipalvelussa sekä vammaispuolustajain mukaisessa henkilökohtaisessa avussa).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisulkoistukset

Jotkut kunnat ovat ulkoistaneet kaikki sosiaali- ja terveystalouksensa yksityiselle tuottajille. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisessa tämä on haaste monellakin tavalla. Miten näiden ulkoistettujen palvelujen ja yrityssovitusten kanssa menetellään, on vielä kokonaan ratkaisematta ja tämä edellyttää sopimuskohtaista arviointia.

Päätöksen kokonaisulkoistuksesta oli huhtikuun 2016 loppuun mennessä tehnyt 19 kuntaa. Kokonaisulkoistuksissa on mukana kuusi eri yhtiötä. Kaikki kokonaisulkoistuksen tehneet kunnat ovat pieniä ja sijainniltaan syrjäisiä.

Julkiset palvelut markkinoilla

Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut tulevat pääsääntöisesti kohdistumaan toimialoille, joilla on jo yksityisiä elinkeinonharjoittajia. Julkisten palvelujen yhtiöittämisvelvoitteen myötä palvelujen tuottajan roolista kilpailee siten yhä suurempi joukko toimijoita. Lisäksi maakunnan yhtiöitetty toimija voi kilpailla myös yksityisesti rahoitetusta sosiaali- ja terveydenpalvelutuotannosta ml. työterveyshuolto. Kuntakohtaisesti arvioituna maakunnan omistamia sosiaali- ja terveyskeskuksia voisi syntyä noin 300. Tämän lisäksi maakunnat voivat muodostaa yhtiöitä tuottamaan asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetoinnin palveluita.

Uudet julkiset yhtiöt tulevat olemaan alueen suurimpia toimijoita muun muassa sen vuoksi, että suoran valinnan palveluvalikoima on hyvin laaja. On epätodennäköistä, että maakunta perustaisi esimerkiksi kaupunkeihin useampia suoran valinnan palveluiden tuottajayhtiöitä, joten uudistuksen myötä keskisuurten ja isojen yritysten määrä toimialalla kasvaa. On hyvin mahdollista, että yhtiöityksessä syntyy yli 45 yli 250 hengen yksikköä, jolloin uudistus kolminkertaistaa toimialan suurten yritysten määrän.

Karkeasti arvioiden kilpailuilla markkinoilla toimivista toimijoista yli puolet olisi entisiä julkisia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden toimijoita. Maakunnista neljässä osuus olisi jo lähellä 70 prosenttia (Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa sekä Lappi).

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystalvelujen hankinta

Kunnat ostivat yksityisiltä toimijoilta asiakaspalvelujen 2,8 miljardilla eurolla. Merkittävimmät asiakaspalvelujen ostot tehtiin ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon asumispalveluissa (670 milj. euroa), lastensuojelussa (530 milj. euroa), vammaisten ympärivuorokautisen hoidon asumispalveluissa (350 milj. euroa), erikoissairaanhoidossa (300 milj. euroa) sekä perusterveydenhuollossa (220 milj. euroa).

Sosiaalipalveluyrityksistä 60 prosenttia eli 1800 yritystä myi koko palvelutuotantonsa kunnille ja kuntayhtymille. Alalla on siten paljon toimijoita, joiden asiakashankinta on perustunut julkiseen tarjouskilpailuun eikä kuluttajamarkkinointiin. Lisäksi toimijat ovat useimmiten olleet sidoksissa yhteen kuntaan tai kuntayhtymään. Uudistus tulee muuttamaan merkittävästi näiden yritysten toimintatapoja, koska julkisten hankintojen määrä tulee pienenevän huomattavasti.

Jatkossa ko. yrityksiltä vaaditaan uudenlaista osaamista, kun kilpailutuksiin osallistumisen sijasta liiketoiminta perustuu asiakkaiden tekemiin valintoihin. Asiakashankintaan saattaa vaikuttaa olemassa olevat asiakassuhteet ja se kuinka paljon alueella on ko. palveluiden tarjoajia ja käyttäjiä. Jatkossa yrityksen perustamiseen ei vaikuttaisi esimerkiksi hankintayksikön hankintasykli. Toisaalta joissakin sosiaalipalveluissa, kuten vanhusten asumispalveluissa, toiminnan käynnistäminen vaatii merkittäviä investointeja, eikä alueille näin synny välttämättä laatuun vaikuttavaa kilpailua.

Uusi yritystoiminta

Olemassa olevilla asiakas- ja potilassuhteilla ja sillä, miten heihin voi kohdistaa markkinointia jo nyt on todennäköisesti merkitystä siihen, miten kokonaan uutta yksityistä yritystoimintaa uudistuksen johdosta syntyy. Esimerkiksi työterveyspalveluita tuottavilla yrityksillä saattaa olla paremmat mahdollisuudet tulla asiakkaan valitsemaksi. Myös maakunnan yhtiöillä voi olla olemassa olevan

toimintansa vuoksi etua suhteessa kokonaan uusiin perustettaviin yrityksiin. Ruotsissa neljä vuotta valinnanvapausmallin toteutumisesta neljäsosa oli vaihtanut terveystalokseen ja näistä suurin osa asuinpaikkakunnan vaihtumisen vuoksi. Ruotsissa valinnanvapausuudistuksen jälkeen perustetut yksityiset terveystalokset aloittivat toimintansa ilman yhtäkään listautunutta potilasta ja ovat jääneet puolta pienemmäksi kuin ne, joilla oli asiakaspohjaa jo olemassa ennen uudistusta. (Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015)

Asiakkaiden vaihtohalukkuudella on merkitystä uuden yritystoiminnan onnistuneen käynnistymisen kannalta. Suoran valinnan palveluissa uusien yritysten listautuneiden asiakkaiden hankintaa voi edistää se, että asiakas esimerkiksi seuraa lääkäriä, johon hänelle on ennestään potilassuhde. Ruotsin kokemuksen mukaan yksityiset tuottajat ovat markkinointiorientoituneempia ja tälläkin saattaa olla merkitystä siihen, miten asiakkaat uudistuksen alussa listautuvat. (Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015)

Uusien ja pienten yritysten kannalta on myös sillä merkitystä, miten uudistuksesta tiedottaminen onnistuu, jotta asiakkailla on esimerkiksi tarpeeksi aikaa tehdä vertailuja valintaa tehdessään. Tällöin korostuu myös maakunnan tuottaman luettelon käyttäjävällyisyys. Tilanne, jossa maakunnan osoittamaan aineistoon tutustuminen ei ole yhtä helppoa ja houkuttelevaa kuin yritysten oma markkinointiaineisto, saattaa tuottaa etua yrityksille, joilla on suurempi kapasiteetti panostaa omiin julkaisujärjestelmiin ja markkinointiin. Maakunnan on tiedotettava alueen asukkaille vähintään 2 kuukautta ennen tuottantovastuun siirtymistä.

Kokonaan uuden yritystoiminnan syntymisen ja erityisesti PK-yrityksyyden kannalta ratkaisevaa on sillä, missä määrin suoran valinnan palveluissa asiakas päätyy hankkimaan palveluita maksusetelillä, hyödyntää 9 §:n mahdollisuutta ammattihenkilön valintaan, mitä maakunta päättää asiakasetelipalveluista, kuinka paljon palvelutuottajat käyttävät alihankintaa ja kuinka paljon hyödynnetään henkilökohtaista budjetointia. Näiden tekijöiden vaikutuksista toimialan yritysraakenteen muodostumiseen ei kuitenkaan voida lainvalmisteluvaiheessa antaa tarkempaa arviota kuin todeta, että ne mahdollistavat myös sellaisten yritysten hyötymisen markkinoiden avaamisesta, jotka eivät sisällyttäisi palveluihinsa sosiaali- ja terveystaloksen tai suunhoidon yksikön vähimmäistasoa.

Tuottaja voi irtisanoa sopimuksen haluamallaan perusteella kuuden kuukauden irtisanomisajalla. Tämä vähentää alalle tulon esteitä, koska sieltä poistuminen ei koituisi kohtuuttomaksi.

Se, että laki antaa asiakkaalle mahdollisuuden valita muun yrityksen tuottamista palveluista oman sosiaali- ja terveystaloksen tai suunhoidon yksikön myöntämää maksuseteliä käyttämällä, lieventää hieman uudistukseen liittyviä riskejä siitä, että avautuvia suoran valinnan markkinoita pääsisi pääsääntöisesti hyödyntämään vain suuret keskittyneet toimijat. Kyseisiä palveluita voisivat olla erikoistyöntekijöiden (muun muassa puheterapeutit, ravitsemusterapeutit, jalkojenhoitajat sekä psykologit) tarjoamat palvelut. Tässä vaiheessa ei voida arvioida, miten asiakkaat tulevat tätä mahdollisuutta hyödyntämään. Sosiaali- ja terveystaloksille sekä suunhoidon yksiköille on asetettu velvollisuus tiedottaa asiakkaitaan muista palvelun tuottajista.

Sen sijaan suoran valinnan palvelujen tuottajan velvollisuus myöntää maksuseteleitä ja kuitenkin olla vastuussa maksusetelillä muualla tuotetusta palvelusta, saattaa aiheuttaa kohtuutonta haittaa sille suoran valinnan palvelujen sosiaali- ja terveystalokselle tai suunhoidon yksikölle, jonne asiakas on listautunut. Yritys ei voi vaikuttaa, mistä asiakas palvelunsa hankkii, mutta on kuitenkin lo-

pullisessa vastuussa palvelun laadusta. Tämä voi vaikuttaa myös siihen, mitä sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikkö määrittelee asiakkaan palvelutarpeeksi.

Uudistuksen käynnistyttyä maakunnan tulee osoittaa niille asiakkaille, jotka eivät ole tehneet itse valintaa, se sosiaali- ja terveydenhuollon sekä suunhoidon yksikkö, joka on asiakkaan parhaiten saavutettavissa. Tämä tulee todennäköisesti hyödyttämään niitä yksiköitä, jotka sijaitsevat lähellä asutuskeskuksia. Se, mikä osuus asukkaista jättää valinnan tekemättä on hankala arvioida, mutta kyseessä saattavat olla esimerkiksi henkilöt, joilla ei ilmene listautumisaikana tarvetta palveluille.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksen (6/2015) mukaan Ruotsissa valinnanvapausuudistuksen jälkeen terveystuottajien monimuotoisuus ja määrä markkinoilla on lisääntynyt 55 prosenttia. Ruotsissa (74%) toimijoista ylläpitää vain yhtä terveyskeskusta ja eniten uusia toimijoita on tullut tiheään asutuille seuduille, joissa palveluille on paljon kysyntää.

Yritystoiminnan käynnistämiseen vaikuttaa myös se, minkälaiset ehdot maakunta asettaa suoran valinnan palvelun tuottajille. Ehdot voivat koskea palvelun laatua, palvelutuotannon voimavaroja ja palvelujen saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteensovittamista koskevia vaatimuksia. Palvelujen laatua ja saavutettavuutta koskevat vaatimukset voivat koskea muun muassa laatumittareiden käyttöä ja niiden perusteella määriteltyä vähimmäistasoa, palvelutoiminnan henkilöstömitoitusta ja vastaanottoaikoja. Ehtojen laajuudella on keskeinen merkitys yritystoiminnan käynnistämisen houkuttelevuudessa, ja siinä kuinka paljon kuluu aikaa ennen kuin toiminnan voi aidosti käynnistää. Tällä saattaa olla merkitystä toimijoiden yhdenvertaisuudelle, jos tuottamisen ehdot vaihtelevat voimakkaasti maakuntien välillä.

Koska maakunnat tulevat päättämään ko. ehdoista, ei tässä vaiheessa voida arvioida ehtojen asettamisen vaikutuksia syntyviin markkinoihin. Ehdot tulevat vaikuttamaan siihen, miten yritystoimintaa voidaan käynnistää, mutta tässä vaiheessa ei voida arvioida, saatetaanko ehdoilla hankaloittaa kooltaan pienen sosiaali- ja terveyskeskuksen tai suunhoidon yksikön perustamista kohtuuttomasti. Pääsääntönä voidaan todeta, että isomman yksikön on helpompi täyttää esimerkiksi henkilöstömitoituksen ja vastaanottoaikojen ehdot. Pienemmät yritykset voivat täyttää ehdot erilaisilla sopimusratkaisuilla ja verkostoilla.

Jos palveluiden ja hoidon ja laadun arviointiin asetetaan mittareita, on näillä ainakin kahdentyypisiä vaikutuksia. Mittareiden avulla myös pienemmät toimijat voivat markkinoida tehokkaasti toimintansa laatua. Toiminnan mittaaminen mittareilla voi kuitenkin lisätä hallinnon kustannuksia. Yritystentulee ehkä mukauttaa toimintaansa siten, että se on mitattavissa. Tämä voi tarkoittaa toiminnan tehokkuuden kannalta epätarkoituksenmukaisia prosesseja, investointeja raportointivälineistöön sekä hallinnollista työtä oman toimintansa mittaamisesta ja raportoinnista. Myös mahdolliset ulkopuolisen tekemät auditoinnit vievät myös auditoitavan yrityksen aikaa. Lisäksi käytössä voi olla myös maksulliset sertifikaatit, joka lisää myös suoria kustannuksia. Pienet yritykset hyötyvät selkeistä keinoista mainostaa palveluidensa laatua, mutta toisaalta mittareiden hallinnointi saattaa olla suhteellisesti kalliimpaa. Pienillä yrityksillä on myös heikommat edellytykset investoida mahdollisiin raportointia helpottaviin järjestelmiin.

Välillisesti uutta innovaatioihin pohjautuvaa elinkeinotoimintaa voi myös syntyä, kun valinnanvapaus palveluita tuottavat yritykset rajautuvat hankintalain soveltamisen piiristä, voiden näin toteuttaa liiketoimintalähtoisempää b to b kumppanuutta. Alihankintaketjuja voisi muodostua esimerkiksi laboratorio-, kuvantamis- ja terapiapalveluihin sekä työvoimanvuokraukseen. Brommelsin selvityk-

sen mukaan pienten palveluntuottajien on helpompaa vakiinnuttaa toimintansa markkinoille, joissa ei vaadita hankintalain mukaista tarjouskilpailuun osallistumista (Valinnanvapaus ja monikanavahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, selvitysryhmän väliraportti 15.3.2016). Yritystoiminta on myös jatkuvampaa ja ennakoitavampaa, kun se ei ole sidottu kilpailutussykleihin.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston raportin mukaan palvelusektorilla innovaatiot tapahtuvat tyypillisesti yhteistyössä asiakkaan kanssa (Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2016). Uudistuksella on potentiaalisia mahdollisuuksia prosessi-innovaatiolle, joissa uudet markkinat ja yksityisten toimijoiden mahdollisuudet osallistua kattavammin perusterveydenhuoltoon kannustavat löytämään uusia palvelumuotoja esimerkiksi asiakkaiden oireiden tunnistamiseen tai asiakaspalveluun. Sen sijaan uudistukseen sisältyvät säästötavoitteet voivat olla riski tuoteinnovaatioille, jotka ovat terveysalalla vaativat huomattavia panostuksia esimerkiksi lääkekehityksessä tai laitetoiminnassa.

Kilpailukeinot

Uudistuksessa luodaan hintasäännellyt markkinat, jossa palvelunjärjestäjä määrittelee asiakasmaksut ja palveluntuottajien saaman korvaustason. Koska hinnalla ei voi kilpailla, korostuu muun muassa palvelujen laadun, palveluvalikoiman, aukioloaikojen ja sijainnin merkitys. Ruotsissa uuden terveyskeskuksen valintaan vaikuttivat ensisijaisesti palveluntuottajan hyvä maine ja toimipaikan läheisyys (Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015). Suomessa syksyllä 2014 toteutetussa väestökyselyssä valintojen tekemisen kannalta tärkeimpinä asioina useimmat vastaajista pitivät hoidon laatua ja turvallisuutta, kohtuullisia jonotusaikoja sekä ajanvarauksen helppoutta. Oma aiempaa kokemusta ja hoitopaikan tai hoitohenkilökunnan mainetta pidettiin valintojen tekemisen kannalta erittäin tai melko tärkeinä. Sen sijaan verkkosivuilta tai lehdistä saatavaa tietoa pidettiin vähiten tärkeinä annetuista 15 vaihtoehdosta (Kaikkonen ym. 2016).

Yrityksille aiheutuvat kustannukset

Uudistuksessa yritykselle syntyy kustannuksia, jotka voidaan jaotella kerran syntyviin sekä jatkuviin. Alkuinvestoinnit vaikuttavat uuden yritystoiminnan syntymiseen ja jatkuvat kustannukset myös yritystoiminnan kannattavuuteen pidemmällä tähtäimellä.

Yksinkertaistettuna perustamiskustannuksia yritykselle syntyy henkilöstön rekrytoinnista, tiloista sekä hankittavista laitteista ja välineistä. Lisäksi on huomioitava tietojärjestelmävaatimuksiin liittyvät investointikulut. Tiloille ei olisi erityisiä vaatimuksia, eikä välineistöä välttämättä tarvita paljoa, koska esimerkiksi laboratoriot ja kuvantaminen voidaan suorittaa alihankintana.

Vaadittavat tietojärjestelmät voivat muodostua yritystoiminnan aloittamisen kynnykseksi, jos järjestelmään ja sen käyttöön liittyvät kustannukset nousevat kohtuuttomiksi suhteessa pienen yrityksen liikevaihtoon. Kustannus muodostuu lisenssimaksuista, auditoinneista ja henkilökunnan koulutuksesta. Palvelun tuottajan on liityttävä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisten valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen (kanta-palvelut) käyttäjäksi. Esimerkiksi e-reseptiin liittyminen maksaa noin 20 000 euroa ja järjestelmän kuukausittaiset käyttökustannukset ovat noin 2 000 euroa.

Tiedonhallintapalvelun kautta palvelun tuottaja toimittaa tiedot asiakkaiden saamista palveluista maakunnalle sekä asiakassetelin, henkilökohtaisen budjetin ja maksusetelin antajalle. Erityisesti pienille yrityksille tiedonhallintapalveluihin liittyminen on sekä osaamis- että kustannuskysymys.

Yritykselle syntyy kustannuksia myös sitä kautta, kuinka paljon yritykseltä kuluu aikaa hallinnon velvoitteiden täyttämiseen. Käynnistämisvaiheessa yritystä perustettaessa tulee yritykselle laatia liiketoimintasuunnitelma. Julkista toimintaa yhtiöittäessä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajaksi yritysmuoto on automaattisesti osakeyhtiö. Osakeyhtiöstä tulee tehdä perustamissopimus ja luoda yhtiöjärjestys sekä nimetä 1-5 henkilön hallitus. Osakeyhtiön vähimmäisosakepääoma on 2 500 euroa.

Osa hallinnollista kertakustannuksista syntyy yrityksen raportointi- ja ilmoitustyyppisiin tehtäviin käyttämästä ajasta. Valinnan vapaus palveluiden tuottajilla kuluu aikaa muun muassa rekisteröitymisestä tuottajarekisteriin ja liittymisestä valtakunnallisen kanta-palvelun käyttäjäksi.

Suoran valinnan palvelun tuottajille syntyy lisäksi hallinnollista taakkaa mahdollisesta akkreditoinnista, maakunnan asettamien ehtojen täyttymisen raportoinnista, ilmoittautumisesta suoran valinnan palvelun tuottajaksi sekä suoran valinnan palvelun tuottajasopimuksen tekemisestä. Maakunta voi edellyttää akkreditointia ja sen kustannukset saattavat olla huomattavat.

Yleisesti voidaan arvioida että suoran valinnan palveluntuottajatoiminnan käynnistämisen lakisääteisiin ilmoitusmenettelyihin menee alle 14 työpäivää, jos akkreditointimenettelyä ei oteta huomioon. Hallinnon palkkakustannuksiin mitoitettuna tämä tarkoittaisi alle 3000 euron hallinnollista taakkaa. Asiakassetelipalveluiden ja henkilökohtaisen budjetoinnin palveluiden tuottajien hallinnollinen taakka olisi huomattavasti pienempi.

Jatkuvaa hallinnollista kustannusta syntyy suoran valinnan palvelun tuottajille toiminnan seurannan tietojen toimittamisesta (45 § sekä 46 §), johon kuuluu muun muassa tietojen toimittaminen maakunnan asiakkaista ja asiakkaille annetuista palveluista kanta-järjestelmään. Säännöllisesti tehtävän toiminnan seurannan tietojen keräämisen ja toimittamisen hallinnollinen taakka ei välttämättä ole merkittävä, jos se on luonteva osa asiakkaan palveluprosessia. Hallinnollinen taakka ei muodostu pelkästään raportointiin käytettävästä ajasta vaan siitä, jos yrityksen tulee mukauttaa toimintaansa, jotta se pystyy muodostamaan maakunnan keräämän tiedon. Toiminnan mukauttaminen saattaa olla suhteellisesti kalliimpaa yksittäiselle pienelle toimijalle. Lähtökohtaisesti voidaan olettaa, että seurantatietojen toimittaminen mukautuu sosiaali- ja terveysalalla yritysten prosesseihin, koska kyseessä on tieto, jota tarvitaan asiakkaan hoitamiseen. Hallinnollinen taakka ei näin ollen ole merkittävä eikä velvoite muutenkaan vaadi yrityksiä mukautumaan toimintatapojaan epätarkoituksenmukaisesti.

Toiminnan seurannan tietojen toimittamiseen kuluva aikaa on hankala tarkemmin arvioida, koska se muodostuu useasta eri tilanteesta. Kuten siitä, miten asiakkaalta otetaan palvelun käynnistettyä tietoa ja mitä palvelutilanteessa tapahtuu. Hallinnollista taakkaa näissä tilanteissa ovat ne toimenpiteet, joka tehdään pelkästään sen vuoksi, että tieto voidaan toimittaa maakunnalle.

Toinen merkittävä hallinnollinen raportointivelvoite on 45 §:n asettama velvoite palvelun tuottajan pitää yllä tilinpäätös ja verotustietoja julkisessa tietoverkossa. Eniten hallinnollisia kustannuksia syntyy selvityksestä ohjaus- ja hallintojärjestelmästä sekä sisäisestä valvonnasta ja riskien hallinnosta ja tuottajan yhteiskuntavastuuta koskevista toimintaperiaatteista ja niiden toteutumisesta. Li-

säksi tulee julkaista yhteenvedotiedot sisältävä selvitys osallistumisesta tutkimukseen, koulutukseen ja kehittämistoimintaan ja tuottajan sitä koskevista toimintaperiaatteista sekä selvitys siitä, miten käyttäjien tarpeet on otettu huomioon palveluntuottajan toiminnassa.

Pääsääntöisesti yllä kuvatun veloitteen kohdat ovat sen tyyppisiä, että suurin hallinnollinen kustannus syntyy silloin, kun tiedot tuotetaan ensimmäisen kerran ja jatkossa kyseessä on olemassa olevien tietojen päivittäminen.

Lisäksi hallinnollista taakkaa aiheutuu yrityksille valvonnasta, mahdollisista auditointikäynneistä ja suoran valinnan palveluiden tuottajille 17 §:n 3 momentin

4.7 Vaikutukset henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään

Yleistä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan kuntien terveys- ja sosiaalipalveluissa (päähoito ja kuntien ostopalvelut pois lukien) työskenteli yhteensä 203 673 henkilöä vuonna 2014. Terveyspalveluissa työskenteli 132 387 ja sosiaalipalveluissa 71 286 henkilöä. Lisäksi näihin liittyvissä yhteisissä hallinnon palveluissa työskenteli 6 143 henkilöä. Kuntaliiton tilastojen mukaan sairaanhoitopiireillä oli 78 690 työntekijää vuoden 2015 lopussa. Täten sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävä työllistäjä valtakunnallisesti ja paikallisesti. Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen.

Kuntien tukipalveluissa työskentelee arviota noin 15 000 – 18 000 henkilöä, joista linjausten mukaan siirtyy maakuntien työntekijöiksi ne, joiden työpanoksesta vähintään 50 prosenttia kohdistuu sosiaali- ja terveystalouteen. Tällaista henkilöstöä ovat muun muassa kuntien yhteisten tukipalvelujen henkilöstö sekä hallintohenkilöstö, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yleisjohto.

Siirytvä henkilöstö tulee valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä jakautumaan maakuntien ja maakuntien perustamien suoran valinnan palveluja tuottavien yhtiöiden palvelukseen. Siirytvän henkilöstön lopullinen työnantaja riippuu siis siitä, työskenteleekö henkilöstö maakunnan liikelaitoksen toteuttamissa vai suoran valinnan piiriin kuuluvissa palveluissa.

Sote-uudistuksella on vaikutuksia henkilöstön asemaan, palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin sekä työolosuhteisiin. Vaikutuksia on myös määräaikaisiin palvelussuhteisiin ja perhepaalta palaaviin. Sosiaali- ja terveystaloutta ovat Suomen työmarkkinoiden naisvaltainen ala, jolla yksityiset palvelut mukaan lukien 88 % työntekijöistä on naisia. Koska sote-ala on naisvaltainen, uudistuksen henkilöstövaikutukset kohdistuvat valtaosin naisiin. Uudistuksen sukupuolivaikutukset käsitellään kappaleessa 4.5.3.

Vaikutukset työllisyyteen

Uusimman KT:n tekemän osaamis- ja työvoimatarvetiedustelun mukaan kunnissa on tarvetta palkata etenkin terveys-, sosiaali- ja opetusalan ammattilaisia. Eniten aiotaan palkata terveysalan ammattilaisia (5 900 henkilöä). Sosiaalialan ammattilaisia aiotaan palkata 2 200 henkilöä.^{1 2} Työllisyysti-

¹ <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet/2016/Sivut/osaamis-ja-tyovoimatarve-tiedustelu.aspx>

lanne terveys- ja sosiaalialalla on siis hyvä erityisesti suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen ja lisääntyneen palvelutarpeen johdosta.

Valinnanvapausmallin vaikutukset työllisyyteen liittyvät pääosin siihen, kenen palveluksessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on, ja siihen miten maakunta onnistuu toimillaan vaikuttamaan palvelujen rationalisointiin ja toiminnan uudistumiseen. Jos toiminta- ja järjestämistapa ei uudistu, niin riskinä on, että henkilöstötarpeen kasvu kiihtyy entisestään, koska ikääntymisen myötä palvelujen tarve kasvaa.

Käynnistymisvaiheen jälkeen päätösvalta henkilöstön asemaan liittyvissä kysymyksissä on maakunnalla. Uudistus johtaa maakuntalakiluonnoksen 118 §:n perusteella kuitenkin ainakin suoran valinnan valinnanvapauden piiriin kuuluvien maakunnan tuottamien palvelujen yhtiöittämiseen ja kenties myös joidenkin asiakaseteleiden avulla järjestettyjen palvelujen yhtiöittämiseen.

Koko sote-uudistuksella, valinnanvapaus mukaan lukien, tavoitellaan 3 miljardin euron kustannusten kasvun hillintää pitkällä aikavälillä. Henkilöstökustannukset ovat karkeasti arvioiden noin kaksi kolmannesta sosiaali- ja terveystalouden kustannuksista. Laskennallisesti se tarkoittaisi sitä, että kaksi miljardia kustannusten hillinnän tavoitteesta tulisi saavuttaa henkilöstökustannuksista, eli käytännössä siten, että henkilöstömäärän kasvua saataisiin hillittyä.

Vaikutukset työmarkkinoiden toimivuuteen tai rakenteellisiin tekijöihin

Kunnallisen palvelussuhdelainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaan laajennettavan koskemaan myös maakunnan, maakunnan liikelaitoksen yhtiön henkilöstöä, eikä henkilöstön asema tältä osin muuttuisi. Yksityisen palvelutuotannon lisääntymisen myötä kunnallisen virka- ja työehtosopimukseen kuuluvien työntekijöiden määrä, tai ainakin osuus, vähenisi, millä voi olla vaikutusta työsopimusehtoneuvotteluihin.

Sote-uudistuksen yhteydessä julkisen sektorin työmarkkinamalli muuttuu uuden KT-lain myötä, mikä on sinänsä valinnanvapaudesta riippumaton asia. Päätöksenteko organisoidaan uudelleen. Ylimpänä elimenä on hallitus, sen lisäksi KT:ssa on kutakin jäsenyhteisöryhmää edustava jaosto (kunta-, maakunta- ja yritysjaosto), jotka hyväksyvät jäsenyhteisöjään sitovat työ- ja virkaehtosopimukset. Työ- ja virkaehtosopimukset myös muuttuvat muutoksen yhteydessä.

Maakuntien omistamat yhtiöt voivat valita, liittyvätkö ne tulevan julkisoikeudellisen työnantajaorganisaation (Kunta- ja maakuntatyönantajat KT) jäsenyhteisöksi vai liikeytykö se yksityisen sektorin vastaavaan organisaatioon. On mahdollista, että julkisesti ja yksityisesti omistettujen yritysten välinen kilpailu vaikuttaa valintaan. Jos yhtiö valitsee yksityisen sektorin työntantajjärjestön edunvalvojaksi, silloin yhtiössä noudatetaan myös yksityisen puolen sopimuksia. Työehtosopimuksen vaihtumisella olisi vaikutuksia palvelussuhteen ehtoihin. Muutosten suuruus riippuu sovellettavan työehtosopimuksen tasosta.

Maakuntien omistamat yhtiöt voivat myös valita, liittyvätkö ne Kevan jäsenyhteisöiksi. Työnantajien säilyminen kunnallisen eläkejärjestelmän piirissä säilyttää maakuntiin siirtyvän henkilöstön elä-

² <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/ajankohtaista/muutostuki/vaikutukset-henkilostoon/Sivut/default.aspx>

keturvan ennallaan. Mikäli yhtiö ei liity Kevan jäsenyhteisöksi, säädetään sille laissa velvoite turvata henkilöstön lisäeläketurvan säilyminen yksityisellä eläkevakuutuksella.

Vaikutukset työntekijöiden asemaan ja työelämään

Valinnanvapausmalli edellyttää valinnanvapauden piiriin kuuluvien maakunnan palvelujen yhtiöittämistä ja siltä osin maakunnan henkilöstön siirtoa perustettaviin yrityksiin. Työehdot (tai työ- ja virkaehtosopimus) pysyvät siirtymäsäännösten mukaan aluksi ennallaan, mutta muuttunevat uusien virka- ja työehtosopimusten myötä.

Sote- ja maakuntalakiehdotuksen voimaantulon mukaan henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein eli siirtymähetkellä voimassa olevat henkilöstön oikeudet ja velvollisuudet säilyvät ja työntekijät jatkavat niin sanotusti vanhoina työntekijöinä uuden työnantajan palveluksessa. Siirtymäsäännösten mukaan henkilöstön jatkoiluovutus maakunnan yhtiöihin luetaan edelleen samaan liikkeenluovutukseen kuuluvaksi. Näin ollen valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa työskentelevä henkilöstö siirtyy toisella liikkeenluovutuksella maakunnista yhtiöihin. Liikkeenluovutus ei ole irtisanomisperuste eikä sellaisenaan peruste palvelussuhteen ehtojen muuttamiseen. Työsuhteen pysyvyyteen vaikuttaa kuitenkin oleellisesti se, että myös maakuntien yhtiöiden toiminta tulee olla liiketaloudellisesti kannattavaa.

Uudistuksen onnistuminen edellyttää tavoitteellista ja osaavaa johtamista ja sitoutunutta henkilöstöä maakunnassa, maakunnan liikelaitoksessa ja yrityksissä. Työntekijöiden tehtäväkuviin tulee muutoksia ja varsinainen palkka voi alentua uuden tehtävän tai viran työ - ja virkaehtosopimuksen mukaisen alemman vaatavuustason perusteella. Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää uudenlaista toimintakulttuuria (Junnila ym. 2014) ja verkostomaisia työmuotoja hoito- ja palveluketjujen toteuttamiseksi. Uudistus voi tarkoittaa henkilöstölle tehtävien ja toimenkuvien muutosta, ja myös työn tekopaikka saattaa muuttua.

Hallituksen esityksen mukaisessa valinnanvapausjärjestelmässä asiakkaiden valinnoilla on merkitystä sille, kuinka hyvin suoran valinnan palvelujen yhtiöt menestyvät markkinoilla. Markkinoiden muotoutuminen tarkoittaa myös työmarkkinoiden uudelleenmuotoutumista, erityisesti kun henkilöstöä rekrytoidaan perustettaviin suoran valinnan palveluyksiköihin. Mikäli kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden nykyisistä käyttäjistä iso osa siirtyy muiden kuin maakuntien omistamien yritysten asiakkaiksi, tarkoittaa se irtisanomisten tarpeen kasvua maakuntien tuotantoyhtiöissä. Tämä tuo kuntien nykyisen henkilöstön työsuhteisiin uudenlaisen epävarmuustekijän. Myös maakunnan valinnanvapautta toteuttavaan yhtiömuotoiseen toimintaan liittyy ainakin alkuvaiheessa epävarmuutta toiminnan liiketaloudellisesta kannattavuudesta. Kannattamatonta toimintaa joudutaan sopeuttamaan, koska maakunta ei pysty subventoimaan EU:n valtioneuvoston päätöksen vuoksi yhtiöitään. Tästä johtuen uhkana on, että työsuhde ei jatku määräajan jälkeen.