

Medical Management Centrum

Talousvaliokunta

Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (HE 16/2018 vp)

Kyseinen hallituksen esitys on pitkälti samankaltainen kuin keväällä 2017 eduskunnan käsittelyssä ollut valinnanvapautta koskenut lakiesitys. Keskeisimmät muutokset ovat seurauksia perustuslakivaliokunnan ko. esityksestä antamasta lausunnosta (PeVL 26/2017 vp) ja hallituksen uudesta lakiesityksestä syksyllä 2017 kerätyistä laajaan sidosryhmäjoukon lausunnoista.

Korostin 6.6.2017 talousvaliokunnalle jättämässäni lausunnossa koskien hallituksen esitystä HE 26/2017 vp seuraavia asiakokonaisuuksia:

- Valinnanvapaus synnyttää palvelujen tuottajien kesken kilpailua, joka edistää toiminnan tehokkuutta ja asiakaskeskeisyyttä – tämä havainto on todettavissa myös sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla
- Valinnanvapaus on tapa vahvistaa kansalaisten perusoikeuksia, mikä johtaa kansalaisen voimaannuttamisen ja osallistumisen laajentumiseen, edistäen hänen valmiutensa ottaa entistä suurempi vastuu terveytensä edistämisestä, omahoidosta ja hänen tarvitsemansa terveyspalvelun tuottamisesta yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattilaisten kanssa – tämä on omiaan hillitsemään ammattihenkilöiden antamien palvelujen tarvetta
- Kokemukset mm. Ruotsista ja Englannista osoittavat, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan toteuttaa siten, että eri väestöryhmien yhdenvertaiset oikeudet riittäviin palveluihin taataan
- Eri alueiden väestöjen yhdenvertaisuuden kannalta on keskeistä, että sote- ja maakuntauudistus siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen valtion vastuulle
- Sote-uudistuksessa tavoiteltava sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio ja saumattomien palveluketjujen luominen on mahdollista saavuttaa myös ns. monituottajamallissa, mikäli järjestämisvastuussa oleva viranomainen sopimusohjauksen keinoin luo kannustimet eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön eli *toiminnalliseen* integraatioon

Liitän kyseisen lausunnon tämän asiakirjan liitteeksi.

Käsittelen tässä lausunnossa valinnanvapauslakia osana sote-uudistuksen kokonaisuutta ja erityisesti uudistusta talouden näkökulmasta. Kommentoin paitsi lakiesitystä myös asian tiimoilta käytyä julkista keskustelua.

Esityksen tavoitteet tiivistetään esityksen yleisperusteluissa (s. 89) viitaten hallitusohjelmaan seuraavasti: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus”. Kustannusten hillintää koskeva tavoite tarkennettiin myöhemmin koskemaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun rajoittamista 0,9:ään % vuodessa. Tavoite on kunnianhimoinen ottaen huomioon väestön ikärakenteen muutos, joka kasvattaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarvetta.

Julkisessa keskustelussa on yleisesti kyseenalaistettu kyseistä kustannusten kasvun hillintää koskevaa tavoitetta sekä ennen kaikkea esitetty epäilyjä, että valinnanvapauden laajentaminen sekä kilpailullisten elementtien lisääminen pikemmin kasvattaisi kustannuksia.

Ensinnä on todettava, että Suomen terveydenhuollon kustannukset ovat kansainvälisesti katsottuna maltilliset – esimerkiksi BKT-osuus ja kustannukset asukasta kohti ovat OECD-maiden keskitasoa. Terveydenhuollon vaikuttavuus on myös keskimääräisesti hyvä, vaikka terveyden lisääntyneen epätasa-arvon todellinen huolenaihe.

Kansalaisten ja väestöryhmien väliset terveyserot (”health inequities”) liittyvät kuitenkin, kuten Maailman terveysjärjestö on korostanut, ennen kaikkea ihmisten sosioekonomiseen taustaan ja elinolosuhteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuolto ja miten se on organisoitu ei synnyttä terveyseroja. Terveyserojen seuraukset voivat kuitenkin pahentua, mikäli palvelujen saatavuus on huono, ja palvelujen tarpeenmukainen kohdistuminen sen johdosta ei riittävässä määrin toteudu. Sote-uudistuksella pyritäänkin parantamaan palvelujen yleistä saatavuutta ja sitä kautta vaikuttamaan terveyseroihin. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä joutuu kuitenkin kantamaan terveyden epätasa-arvosta johtuvat vältettävissä olevat lisäkustannukset. Niiden karsiminen edellyttää ensisijaisesti *talous- ja sosiaalipoliittisten keinojen käyttöä*.

Vaikka esimerkiksi erikoissairaanhoidon tuottavuus verrattuna muihin Pohjoismaihin ja joukkoon Euroopan maita on korkea, on suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä. Myös perusterveydenhuollon kustannukset asukasta kohti vaihtelevat maan eri osien välillä. Voimavarojen puute kuitenkin vääristää viimeksi mainittua toimintasektoria koskevia vertailuja. Erot joka tapauksessa kielivät siitä, että mikäli tehokkaat toimintakäytännöt saadaan toteutettua suurimmassa osassa maata, on valtakunnan tasolla saavutettavissa kustannussäästöjä. Tämä edellyttää nykyistä vahvempaa valtakunnallista ohjausta ja kuntia suuremman väestöpohjan omaavia järjestämisvastuussa olevia organisaatioita. *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen siirtyminen valtion hoidettavaksi ja järjestämisvastuun luovuttaminen 18 maakunnalle ovat omiaan edesauttamaan toimintakäytäntöjen virtaviivaistamista ja sitä kautta kustannussäästöjä*.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden kohottaminen ja siten kustannusten kasvun hillintä tapahtuu ensisijaisesti tietämyksen lisääntymisen ja uuden

teknologian mahdollistamien toimintakäytäntöjen muutosten avulla. Varsinkin ”teknologialoikkien” vaikutukset voivat olla hyvin merkittäviä. (Eräs esimerkki 1970-luvulta on mahahaavan hoitoon kehitetty lääkehoito, joka kokonaisuudessaan korvasi leikkaushoidon). Myös potilaiden ja omaisten nykyistä suurempi vastuu terveyden edistämisessä ja sairauksien hoidossa voi merkittävästi vähentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden panostusten tarvetta. Tästä on jo olemassa näyttö monien pitkäaikaissairauksien hoidossa. Valinnanvapauden lisääminen on omiaan tukemaan tätä kehitystä. – Tämän sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan luontaista kehittymistä kohti kustannusvaikuttavampaa ja tuottavampaa toimintaa voidaan parhaiten tukea *määrätietoisella panostuksella sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan, mikä olisi syytä toteuttaa rinnan sote-uudistuksen kanssa.*

EU:n komission nimeämä asiantuntijajaneeli (Barros ym. 2015) toteaa, että mikäli hinnat on säännelty ja toiminnan laatu voidaan mitata ja se vaikuttaa kuluttajien valintoihin, talousteoriat ennustaa, että *kilpailu johtaa parempilaatuisiin terveyspalveluihin*. Useat kirjallisuuskatsaukset ja empiiriset tutkimukset terveydenhuollon alueelta päätyvät samaan. Valinnanvapautta koskeva lakiesitys tähtää juuri sen kaltaiseen järjestelyyn, jossa *järjestämisvastuussa oleva maakunta määrää palvelujen sisällöt ja hinnat valtakunnallisten kriteerien ja käytäntöjen mukaisesti*. Kokemukset Ruotsista osoittavat, että toimijat kilpailutilanteessa kiinnittävät huomiota paitsi palvelujen laatuun – ennustettavasti – myös mahdollisimman tehokkaiseen toimintatapaan. Tuotantokustannusten alentuessa järjestäjä ja rahoittaja voi laskea tuotajien korvauksia ja siten alentaa kyseisen toiminnan kustannustasoa.

Kilpailun taloudellisia vaikutuksia pohdittaessa esitetään usein huoli monituottajamallin ja sen vaatiman sopimusjärjestelmän synnyttämistä transaktiokustannuksista. Kotimaiset kokemukset palveluseleiden käytöstä ja muista maista saadut tiedot sopimusohjauksen kustannuksista viittaavat siihen, että transaktiokustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen rahoituksen varassa toimivilla säädellyillä markkinoilla voivat vaihdella 2 ja 20 % välillä. On kuitenkin syytä korostaa, että mikäli kilpailumekanismien käyttöä haluttaisiin välttää, olisi julkisen järjestelmän sisällä kehitettävä muita ohjauksen keinoja, joiden avulla kustannusten kasvujen hillintää koskeva tavoite voitaisiin saavuttaa. Tällöin tarvitaan ohjausta toteutettava hallinto. Ei ole takeita siitä, että näin aiheutuvat kustannukset olisivat alhaisemmat kuin edellä mainitut transaktiokustannukset.

Mikäli hallintokustannusten vähentäminen olisi ensisijainen tavoite, tarkoituksenmukaisin ratkaisu olisi – maan rajallinen väestömäärä huomioon ottaen – yhden valtakunnallisen järjestäjän (valtio) malli. Tämän mallin heikkous on kuitenkin ”demokratiavaje” ja paikallisia ja alueellisia erityispiirteitä edustavien voimavarojen puutteellinen hyödyntäminen.

Aiheellista huolta on esitetty siitä, aiheuttaako valinnanvapauspalvelujen sääntely, yksityiskohtainen rekisteröinti- ja hyväksymismenettely, tiedonantovelvollisuus sekä velvollisuus liittyä valtakunnallisiin tietojärjestelmiin liian raskasta taakkaa pien- ja mikroyrityksille sekä ammatinharjoittajille, antaen näin kilpailuedun suurille toimijoille. Tämä voisi haitata palveluverkoston ulottamista myös alhaisemman väestötiheyden alueille sekä vähentää kilpailua sellaisilla palvelualoilla, joilla pienyritystäjyys muuten olisi toiminnan luonteen mukaan mah-

dollista. Lakiesitys sallii kuitenkin alihankintajärjestelyt suoran valinnan palveluissa, ja myös asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin käyttöä lakiesitys on ulottamassa sellaisiin sosiaali- ja terveystalouteihin, jotka hyvin soveltuvat pienten ja mikroyritysten sekä ammattinharjoittajien hoidettaviksi.

Julkisessa keskustelussa on kutakuinkin yksinomaan keskitytty väittelemään sote-uudistuksen kustannusten kasvun hillintää koskevan tavoitteen realistisuudesta. Epäilyjä esitetään, ettei tavoiteltuihin ”kustannussäästöihin” päästä. Sote-uudistuksen muiden tavoitteiden saavuttamisen kannalta (mm. koskien palvelujen saatavuuden parantamista) tärkeämmäksi muodostuu fyysisten ja osaamisvoimavarojen riittävyys ja maassa olevan sote-palvelujen koko tuotantokapasiteetin hyödyntäminen. Tästä näkökulmasta on järkevää, että *julkinen valta nojautuu osittain myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoihin vastatesa*an perustuslain sille määräämästä velvollisuudesta taata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalout.

Lopuksi totean, että lakiesitystä asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa on pitkän ja huolellisen valmistelun tulos. Siihen on osallistunut laaja asiantuntijajoukko, jonka työ on järjestetty mittavan ja hyvin järjestäytyneen projektiorganisaation muodossa rinnan lainvalmistelutyön. Valinnanvapaus toteutetaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon laajuutta ajatellen tarkasti rajoitetuissa muodoissa, niin että syntyvät markkinat ovat tarkasti julkisen vallan sääntelemiä. Lakiesityksen sisältämät palvelujen ja palvelujen tuottajien rahoitusmuodot ovat hyvin harkittuja, ja niitä voidaan käyttää kilpailun mahdollisten vääristymien tai palvelujen tuottajien epätarkoituksenmukaisen toiminnan ehkäisemiseksi.

Lakiesitykseen sisältyy laaja ja yksityiskohtainen vaikutusarviointi. Siinä todetaan erittäin perustellusti, ettei tarkkoja arvioita lakiesityksen eri osien taloudellisista vaikutuksista ole mahdollista tai syytä tehdä. Sen sijaan tuodaan esille ehdotettuihin ratkaisuvaihtoehtoihin liittyvät riskit ja miten niitä voidaan hallita. Edelleen esityksessä valmistaudutaan uudistuksen vaikutusten seurantaan, jälkikäteisarviointiin sekä tutkimukselliseen arviointiin. Kansallista seurantarajajärjestelmää ja mittaristoa kehitetään paraikaa. Keskeiset toimijat, joiden vastuulla on seuranta, arviointi ja tutkimus, on nimetty.

Sote-uudistuksen tarpeellisuutta ei aseteta julkisessa keskustelussa kyseenalaiseksi. Katson, että toteutus voi hyvin tapahtua eduskunnalle jätettyjen lakiesitysten mukaisesti.



Mats Brommels
professori

Liite:

Talousvaliokunnalle 06.06.2017 osoitettu lausunto