

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Asia: HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

Pyydettyinä asiantuntijalausuntona esitän kunnioittavasti seuraavaa:

Suomen julkinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kansainvälisten arvioiden perusteella tehokas ja vaikuttava. Järjestelmä kattaa koko väestön, hoidon vaikuttavuus on kansainvälisten arvioiden mukaan huippuluokkaa ja kustannukset läntisen Euroopan pienimpiä. Asiakkaan valinnanvapautta on kunnallisessa järjestelmässä kehitetty voimakkaasti. Järjestelmää uudistettaessa tulee huolehtia siitä, järjestelmän hyvin toimivat osat eivät kärsi uudistuksesta.

Kansainvälisissä arvioinneissa on toistuvasti kiinnitetty huomiota eriarvoisuuteen: työssäkäyvä väestö on sekä työterveyshuollon että kunnallisen terveydenhuollon piirissä, muu väestö vain kunnallisen terveyshuollon piirissä. Yhdeksi tärkeimmistä kehittämistarpeista on sekä kansainvälisissä että kansainvälisissä arvioissa tunnistettu terveyskeskuspalvelujen saatavuus ja laatu.

Tärkein syy terveyskeskusten ongelmiin on ollut kokoneiden yleislääkäreiden puute. Syitä on useita. Lääkärikoulutusta supistettiin rajusti 1990-luvun alussa, ja pääosa valmistuneista lääkäreistä sijoittui nopeasti laajenevaan työterveyshuoltoon. Hoitotakuulainsäädäntö siirsi voimavaroja perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Huomattava osa terveyskeskuslääkäreistä on ollut kokemattomia orientoivan vaiheen lääkäreitä ja äsken muualta Suomeen muuttaneita lääkäreitä. Terveyskeskuslääkäripula on nopeasti korjautumassa

Hallituksen esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollosta ei tässä muodossa ratkaise suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän ongelmia. Monet toiminnan ja sen kehittämisen kannalta tärkeät yksityiskohdat ovat edelleen auki ja/tai ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Uudistus todennäköisesti lisää järjestelmän kustannuksia, vaikeuttaa yhteistyötä ja johtaa hoitoketjujen pirstoutumiseen.

Tässä lausunnossa kuvattuja ongelmia on vaikea korjata valiokuntakäsittelyn yhteydessä tai lain astuttua voimaan, koska muutostarpeet ovat suuria ja johtuvat uuden järjestelmän perusratkaisuista, erityisesti monituottajamallista.

Valinnanvapauslaki nyt esitetyssä muodossa merkitsee kustannusten kasvua ja toiminnallisesti hyppyä tuntemattomaan.

Maakunta järjestäjänä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtäminen kuntaa suuremmille yksiköille, maakunnille, korjaa yhden nykyjärjestelmän ongelman. Sama tavoite voitaisiin saavuttaa siirtämällä järjestämistehtävä valtiolle, vain sosiaali- ja terveydenhuollosta vastaaville itsehallintoalueille tai aluekunnille. Maakuntien lukumäärä lakiesityksessä on liian suuri: hyvin toimivan maakunnan väestöpohja tulisi olla vähintään 200 000.

Järjestämisvastuu on palvelutuotannon organisoimisen kannalta kriittinen tehtävä. Se edellyttää johtamisosaamista, hallinnollista ja taloudellista osaamista ja palvelujen ja niiden sisällön ymmärtämistä. Avaintehtäviä ovat alueellisten hoito-ohjelmien ja palveluketjujen suunnittelu ja toteuttaminen, tieto- ja laatu järjestelmien kehittäminen, palvelutuottajien kriteerien määrittäminen, asiakassetelijärjestelmän ja henkilökohtaisen budjetin kehittäminen ja valvonta ja yksityisten sotekeskusten korvausperusteiden määrittäminen ja korvausjärjestelmän valvonta.

Uudistuksen toteuttaminen edellyttää alueellisen hoitojärjestelmän, alueellisten hoito-ohjelmien ja palveluketjujen yksityiskohtaista kuvaamista ja toimeenpanoa. Jos riittävää osaamispääomaa ei ole, yhtenäiset hoito-ohjelmat ja palveluketjut jäävät syntymättä ja kustannukset karkaavat. Maakuntien mahdollisuuksia toimeenpanna uudistus heikentää etenkin alkuvaiheessa osaavien johtajien ja toimivien tietojärjestelmien puuttuminen. Osaamispääoman hankkiminen ja tieto- ja laatu järjestelmien rakentaminen kestää vuosia.

Uudistuksen yhtenä lähtökohtana on ollut järjestäjän ja tuottajan erottaminen. Mallia kokeilleet maat (esim. Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia) ovat siitä luopuneet tai luopumassa.

Asiantuntijaresurssien käyttö kaksinkertaiseen hallintoon, jossa osa asiantuntijoista tilaa ja osa asiantuntijoista tuottaa, vie vaikeasti korvattavan resurssin hukkakäyttöön. Nyt ehdotetussa mallissa asiantuntemus joudutaan rakentamaan sekä maakuntaan että liikelaitokseen. Malli lisää järjestämistason byrokratiaa ja kustannuksia ja vaikeuttaa yhteistyötä.

Lakiesityksen ja sen perustelujen mukaan perinteinen hallinnollinen ohjaus korvataan palvelutuottajille asetetuilla ehdoilla, hyväksymismenettelyillä, sopimuksilla, korvausjärjestelmällä sekä tiedolla. Ohjauksessa tarvittavia tietojärjestelmiä ja tietopohjaa ei ole. Osaamispääoman ja tietojärjestelmien puuttuminen ja edelleen tiukka aikataulu tekevät uudistuksen toimeenpanon erittäin vaikeaksi.

Maakunnan tosiasialliset mahdollisuudet valvoa ja ohjata sotekeskusten ja asiakassetelipalvelujen tuottajien toimintaa ja toiminnan laatua jäävät heikoiksi. Valtaosa tarvittavista järjestelmistä puuttuu ja kestää vuosia ennen kuin toiminnanohjauksen indikaattorit ja tietojärjestelmät on kehitetty ja rutiinikäytössä.

Kokemus- ja osaamispääoman ja tietojärjestelmien puuttuminen on uudistuksen alkuvaiheessa ja pienissä maakunnissa myös pitemmällä aikavälillä yksi uudistuksen suurimmista riskeistä.

Kokemus- ja osaamiserot johtavat eri maakunnissa erilaisiin ratkaisuihin ja ongelmiin

kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta. Maakuntien tosiasiallinen kyky ohjata ja valvoa monimutkaista järjestelmää on heikko.

Palvelujen saatavuus

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset tulevat perustamaan vastaanottopisteitä ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin kaupunkeihin ja niiden ympäryskuntiin. Haja-asutusalueilla ja pienissä kunnissa tulee olemaan tarjolla vain maakunnan liikelaitoksen tarjoamia palveluja. Palvelujen saatavuus paranee siten taajama-alueille, mutta ei parane ja saattaa huonontua pienemmissä kunnissa. Maakuntien välillä syntyy eroja palvelujen saatavuudessa: yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset perustavat vastaanottoaikoja ensisijaisesti suuriin ja keskisuuriin maakuntiin. Pienimmissä maakunnissa yhdellä yksityisellä palvelutuottajalla voi olla monopoli.

Merkittävä osa yksityisten sotekeskusten palvelutuotannosta tapahtunee uudessa järjestelmässä nykyisillä lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Järjestely säästää yksityisten palvelukeskusten kustannuksia ja antaa niille merkittävän kilpailuedun.

Avoterveydenhuollon palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa tulee olemaan suuria eroja toisaalta maakuntien ja toisaalta suurten kuntien ja pienten kuntien ja haja-asutusalueiden välillä. Haja-asutusalueilla ja pienissä kunnissa tulee olemaan tarjolla vain maakunnan liikelaitoksen tarjoamia palveluja.

Palvelujärjestelmän organisaatio ja palveluintegraatio

Maakunnalla ja maakunnan liikelaitoksella ei ole hallinnollista valtaa yksityisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Tämä tekee alueellisten hoito-ohjelmien, katkeamattomien palveluketjujen, konsultaatioiden, koulutuksen ja laatu järjestelmien suunnittelun ja toteuttamisen vaikeaksi.

Rajapintaongelmia on runsaasti ja monin liittyy vakavia ongelmia kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta. Monimutkainen ja vaikeasti ohjattava järjestelmä vaikeuttaa vähän koulutettujen, vähäosaisten ja syrjäytyneiden kansalaisten mahdollisuuksia päästä palvelujen piiriin.

Sosiaalipalveluiden siirtyminen maakunnan liikelaitokseen pilkkoo palvelujärjestelmän. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitovastuu on epäselvä, mutta jakautunee usean toimijan vastuulle (sotekeskus, liikelaitos, palvelusuunnittelu). Sotekeskuksista tulee käytännössä terveyskeskuksia, kun sotekeskusten sosiaalipalvelut rajoittuvat ohjaukseen ja neuvontaan. Sotekeskuksia konsultoivat liikelaitoksen sosiaalipalveluasiantuntijat eivät riitä korjaamaan syntyneitä ongelmia.

Kuntoutusvastuiden jakautuminen ja kuntoutustoiminnan koordinaatio ovat auki. Sote-keskuksen ja liikelaitoksen toiminnallinen rajapinta vanhusten sairaanhoidon, kotisairaanhoidon ja kotihoidon

palveluissa pirstoo palvelukokonaisuuden epätarkoituksenmukaisella ja asiakkaan edun vastaisella tavalla.

Liikelaitoksen vastuulla oleva palvelusuunnittelu ja asiakasohjaus ovat tärkeimmät välineet integraation toteuttamisessa. Lakiesitys määrittelee vain hyvin yleisellä tasolla, miten palvelusuunnittelu käytännössä toteutetaan, ketkä sitä antavat ja mitä rooleja eri toimijoilla on. Avoimeksi jää, miten palvelusuunnittelu käytännössä toteutetaan, mitä rooleja eri toimijoilla on ja mikä on palvelusuunnittelun suhde muihin järjestelmän toimijoihin ja mitkä ovat ao. toiminnan resurssit.

Jos rajapinnat ja vastuunjako liikelaitoksen, sotekeskusten ja asiakassetelillä palveluja tuottavien toimijoiden välillä jäävät epäselviksi, ovat uhkana vastuun siirrot palvelujärjestelmän toiselle toimijalle oman toiminnan kustannusten vähentämiseksi. Lakiesitykseen sisältyvä sotekeskusten korvausjärjestelmä kannustaa tällaiseen menettelyyn: sotekeskuksen kannattaa lähettää potilas liikelaitoksen erikoissairaanhoidon, vaikka siihen ei olisi lääketieteellisiä perusteita.

Useilla alueilla on viime vuosina kehitetty integroituja sotejärjestelmiä nykyisen lainsäädännön puitteissa. Tällaisia ovat Etelä-Karjalan Eksote, Pohjois-Karjalan Siun sote, Keski-Pohjanmaan Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Samanlaisia malleja on suunnitteilla myös muilla alueilla ja kokemukset niistä ovat olleet myönteisiä. Etelä-Karjalassa, Pohjois-Karjalassa, Keskipohjanmaalla ja Päijät-Hämeessä valinnanvapauslaki johtaa palvelutuotannon integraation osittaiseen purkamiseen.

Toimivan integraation toteuttaminen lakiesitykseen sisältyvässä monituottajamallissa on vaikea tehtävä. Haasteet ovat erityisen suuria toiminnan alussa, kun tietojärjestelmiä, osaamista ja kokemusta ei vielä ole. Monimutkainen ja vaikeasti johdettava organisaatio haittaa yhteistyötä, lisää kustannuksia ja vaikeuttaa johtamista senkin jälkeen, kun tietojärjestelmät ovat olemassa ja kokemusta järjestelmän toiminnasta on kertynyt. Järjestelmä vaikeuttaa erityisesti vähän koulutettujen, vähäosaisten ja syrjäytyneiden kansalaisten mahdollisuuksia saada asianmukaista hoitoa ja hoivaa.

Suoran valinnan palvelujen palveluvalikko

Suoran valinnan palvelukokonaisuuteen sisältyvä palveluvalikko ehdotetaan laajaksi. Ratkaisua voidaan pitää hyvänä palvelujen integraation näkökulmasta. Erikoisalapalvelujen sisällyttäminen palveluvalikkoon on myös oikea ratkaisu, joskin siihen liittyy myös ongelmia. Käytännössä se merkitsee sotekeskusten yleislääkäreiden toimintasektorin kapenemista ja sotekeskusten kustannusten nousua. Hyvin toteutettuna se voi toisaalta vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta liikelaitostasolla.

Sotekeskusten laaja palveluvalikko merkitsee käytännössä sitä, että vain 4-5 suurinta yksityistä tuottajaa pystyy tarjoamaan sotekeskuspalveluja. Pienissä maakunnissa tule yksityisiä palvelutuottajia olemaan vain 1-2. Pääosa yksityisestä palvelutuotannosta tapahtuu nykyisillä

lääkäriasemilla työterveyshuollon ja yksityisten potilaiden lomassa. Perhelääkärimalliin perustuva toiminta ei ole mahdollista.

Sotokeskuksen valinta

Potilaan/asiakkaan valinnanvapaus lisääntyy tosiasiallisesti vain vähän: asiakas voi valita maakunnan liikelaitoksen tai yksityisen palvelutuottajan, mutta oikeus lääkärin tai hoitotiimin valintaan ei muutu. Sotokeskuksen yleislääkäri toimii edelleen portinvartijana ja erikoislääkäriin vastaanotolle pääsee vain portinvartijana toimivan lääkärin läheteellä.

Valinnanvapaudesta on potilaalle/asiakkaalle hyötyä vain, jos käytössä on palvelujen laatua seuraava tietojärjestelmä, laatumittareita ja tietoa toiminnan laadusta riittävän pitkältä ajalta. Peruspalveluiden toiminnan vaikuttavuutta ja turvallisuutta mittaavat tietojärjestelmät puuttuvat kokonaan ja niiden kehittäminen kestää vuosia.

Peruspalveluiden laatua on vaikea luotettavasti mitata asiakas/potilasaineiston heterogeenisyyden takia. Hoidon vaikuttavuutta on arvioitu mm. seuraamalla koko hoitoyksikön kolesterolin-, verensokeri- ja verenpainetasoja, mutta ne mittaavat vain yhtä kapeaa osaa hoidon laadusta. Käytännössä valinnat näyttävät perustuvan muutamaan tekijään, joista tärkeimmät ovat palvelujen saatavuus (jonotusaika), palvelujen saavutettavuus (etäisyys, parkkipaikka), asiakaskokemus (henkilökunnan ystävällisyys) ja muilta potilailta tulevat neuvot ja vihjeet.

Suomalaisten ja kansainvälisten kokemusten perusteella vain pieni osa potilaista vaihtaa vuoden aikana lääkäriä/palvelutuottajaa. Useimmiten syynä on kielteinen asiakaskokemus, harvemmin hoidon laatu. Tämä merkitsee sitä, että pääosa valinnoista, jotka tehdään valinnanvapauslainsäädännön astuessa voimaan jää pitkäaikaisiksi ja vaikuttaa pysyvästi palvelutuottajien potilas/asiakasvalikoimaan.

On todennäköistä, että työterveyshuollon asiakkaat listautuvat pitkäaikaisen asiakassuhteen ja aktiivisen markkinoinnin ansiosta työterveysyhtiönsä asiakkaiksi. Nykyisten terveystieteiden asiakkaat ja haja-asutusalueen asukkaat listautuvat pääosin maakunnallisten sotokeskusten asiakkaiksi. Konkreettisena uhkana on, että sosiaali- ja terveydenhuolto jakautuu kahdeksi eri järjestelmäksi, joiden asiakas-, sairaus- ja sosiaalisten ongelmien kirjo poikkeaa toisistaan.

Työterveyshuollon asiakkaat listautuvat todennäköisesti ensisijaisesti yksityisten palvelutuottajien asiakkaiksi, maanyksien terveystieteiden potilaat maakunnallisten sotokeskusten asiakkaiksi. Maakunnallisten yhtiöiden iäkkäämpi sairauskirjoltaan ja sosiaalisilta ongelmiltaan vaativampi asiakaskunta tekee työn maakunnallisissa yksiköissä vaativaksi ja raskaaksi, vaikeuttaa henkilökunnan rekrytointia ja huonontaa toiminnan laatua. Kustannukset kasvavat ja seurauksena on noidankehä, joka voi johtaa maakunnallisten sotokeskusten toiminnan kriisiytymiseen.

Palvelujen tuottajalle maksettavat korvaukset

Suoran valinnan palvelujen tuottajalle maksettavien korvausten tulee lakisesityksen mukaan kannustaa tehokkaisiin palveluihin sekä edistää väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Korvaus koostuu kiinteästä korvauksesta ja kannuste- ja suoriteperusteisista korvauksista. Kiinteätä korvausta määritettäessä on tarkoitus ottaa huomioon kansallisia tarvetekijöitä ja henkilökohtainen hoidon tarve.

Korvausjärjestelmään liittyy joukko ongelmia. Kiinteän korvauksen yhtenä perusteena olevat todennetut sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen muuttuvat yksittäisen potilaan kohdalla jatkuvasti ja niiden päivittäminen vaatii runsaasti työtä ja tietojärjestelmiä, joita ei ole eikä tule olemaan valinnanvapauslain astuessa voimaan.

Korvausjärjestelmä kannustaa sotekeskusta alihoitoon. Mitä vähemmän potilasta tutkitaan ja hoidetaan, sen enemmän jää palvelutuottajalle voittoa. Toisaalta palvelutuottajalle on edullista lähettää potilas palvelukeskukseen (erikoissairaanhoido, vaativat sosiaalipalvelut) omien kustannusten minimoimiseksi. Suoriteperusteisten korvausten vaarana on suoritteiden tuottaminen hoidontarpeesta riippumatta.

Korvausjärjestelmän yksi riski on ”kerman kuorinta”. Taloudellisen tuloksen parantamiseksi sotekeskukset pyrkivät saamaan listoilleen potilaita, jotka ovat mahdollisimman terveitä ja jotka aiheuttavat palvelutuottajalle mahdollisimman vähän kustannuksia. Kerman kuorinnan vähentämiseksi korvausperusteissa on tarkoitus ottaa huomioon kansallisia tarvetekijöitä, kuten työssäkäynti ja sosioekonominen asema ja henkilökohtainen hoidon tarve.

Sotekeskusten korvausjärjestelmä ja sen hallinnoiminen lisäävät merkittävästi järjestelmän kustannuksia ja voivat johtaa sekä yli- että alihoitoon. Järjestelmän toteuttamisessa tarvitaan uusia tietojärjestelmiä (maakunta, Kela), joiden kehittäminen ja käyttöönotto kestää pitkään.

Kustannussäästöt

Uudistuksella on tarkoitus vähentää palvelujärjestelmän kustannuksia. Tavoite on kunnianhimoinen, kun otetaan huomioon, että terveyspalvelujen kustannukset ovat tällä hetkellä kansainvälisten vertailujen perusteella hyvin kohtuulliset ja kustannusvaikuttavuus Euroopan maiden kärkeä.

Monituottajamalli lisää peruspalvelujen tarjontaa ja kustannuksia kasvukeskuksissa ja suurimmissa kunnissa. Vaikutukset erikoissairaanhoidon kustannuksiin ovat epävarmoja. Ruotsista kertyneiden kokemusten perusteella erikoissairaanhoidon kustannukset joko nousevat tai eivät muutu.

Kustannuksia lisäävät uuden järjestelmän pirstaleisuus, monimutkainen organisaatio, tietojärjestelmien puuttuminen sekä sotekeskusten ja hammashoitoloiden korvausjärjestelmä, joka kannustaa ali- ja ylihoitoon. Säästöjen kannalta kriittinen yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä vaikeutuu. Järjestelmän

ohjaaminen ja valvonta sitovat voimavaroja, myynti ja markkinointi maksavat. Kustannuksia kasvattavat myös epämääräisiä vastuita koskevat valitukset sekä sijoitetun yksityisen pääoman tuottovaatimukset.

Palkkaharmonisaatio ja päällekkäiset palkkakustannukset (julkinen ja yksityinen palvelutuotanto) uudistuksen alussa lisää huomattavasti menoja. Jos asiakkaita siirtyy runsaasti ja muutos tapahtuu nopeasti, joutuu liikelaitos irtisanomaan henkilökuntaa. Tasapaino yksityisten ja maakunnan liikelaitoksen palvelutuottajien välillä löytyy hitaasti. Maakunnalla velvollisuutena on huolehtia siitä, että välttämätön palvelutarve pystytään kaikissa tapauksissa tyydyttämään. Tehtävä lisää kustannuksia.

Uudistuksen yhdeksi tavoitteeksi asetettu noin kolmen miljardin säästö ennakoituissa kustannuskasvussa on epärealistinen. Jos säästöt kaikesta huolimatta toteutetaan, heikkenee palvelujen saatavuus jyrkästi ja asiakasmaksuja joudutaan voimakkaasti kororottamaan, molemmat muutoksia, jotka lisäävät eriarvoisuutta.

On epätodennäköistä, että hallituksen esitykseen sisältyvät monituottaja- ja valinnanvapausmalli toisi kustannussäästöjä. Monimutkainen organisaatio ja tietojärjestelmien puuttuminen lisäävät kustannuksia. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja sotekeskusten kustannusten siirtoon kannustava korvausjärjestelmä vaikeuttavat yhteistyötä eikä integraatiohyötyä synny.

Kustannuksia lisäävät transaktiokustannukset, jotka etenkin alkuvaiheessa tulevat olemaan huomattavia. Jos valtion rahoitus ei joustaa, on uhkana palvelujen laadun ja saatavuuden heikkeneminen. Jos palvelutaso halutaan ylläpitää, vaihtoehdoksi jää asiakasmakujen kohottaminen, mikä lisää eriarvoisuutta.

Uudistuksen ensimmäisinä vuosina kustannukset erittäin todennäköisesti merkittävästi kasvavat. Uudistukselle asetettu säästötavoite on täysin epärealistinen. Toteutuessaan säästöt lisääisivät voimakkaasti eriarvoisuutta ja olisivat ristiriidassa perustuslain 19 § kanssa.

Terveyserot

Terveyserojen ja sosiaalisten hyvinvointierojen kaventaminen on yksi uudistuksen keskeisistä tavoitteista. Hallituksen esitys ei varmista resurssien yhdenvertaista kohdentumista ja saattaa joiltain osin lisätä eroja sosiaaliryhmien välillä. Kuten aikaisemmin tässä lausunnossa on todettu, valinnanvapaus tässä muodossa parantaa ensisijaisesti niiden sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien henkilöiden asemaa, jotka kykenevät hahmottamaan järjestelmän tuomat mahdollisuudet ja hyödyntämään niitä.

Monimutkainen ja vaikeasti ohjattava järjestelmä vaikeuttaa vähän koulutettujen, vähäosaisten ja syrjäytyneiden kansalaisten mahdollisuuksia päästä palvelujen piiriin. Uudistus ei toteudu sosiaali- ja terveydenhuollon integraation kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla.

Ehdotettu malli edellyttää laajaa ja runsaasti resursseja edellyttävää palveluohjauksen organisoimista, mikä todennäköisesti lisää menoja. Julkisista rahoista maksettujen palvelujen määrä ja laatu on sidottu potilaalle/asiakkaalle laadittavan asiakassuunnitelman sisältöön.

Asiakassuunnitelman osalta valinnanvapauslakiesityksen säännökset eivät anna riittäviä oikeusturvakeinoja eivätkä myöskään turvaa oikeutta hyvään hallintoon.

Osaamispääoman ja tietojärjestelmien puuttuminen on uudistuksen alkuvaiheessa ja pienissä maakunnissa myös pitemmällä aikavälillä on yksi uudistuksen suurimmista riskeistä. Kokemus- ja osaamiserot johtavat eri maakunnissa erilaisiin ratkaisuihin ja ongelmiin kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta. Maakuntien tosiasiallinen kyky ohjata järjestelmää on heikko.

Valinnanvapauslaki voi parantaa perustason terveystalvelujen saatavuutta, mutta alueellisesti vaikutukset voivat olla erilaisia ja jossain tapauksissa palvelujen saatavuutta huonontavia. Sama vaikutus voitaisiin saavuttaa ilman monituottajamallia lisäämällä terveyskeskusten resursseja.

Valinnanvapauslain ja sote-uudistuksen aikataulu on edelleen erittäin tiukka. Maakunnat eivät tällä aikataululla tule selviämään niille soitelainsäädännön mukaan määräytyistä tehtävistä.

Vaihtoehtoinen malli

Suomen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä toimii tällä kansainvälisten vertailujen perusteella vähintäänkin kohtuullisen hyvin. Ongelmia on, mutta ne voidaan korjata suhteellisen yksinkertaisin toimin. Perustalvelujen saatavuutta ja laatua voidaan parantaa osoittamalla lisäresursseja perusterveydenhuoltoon ja sosiaaltalveluihin, parantamalla johtamista ja edistämällä yhteistyötä eri toimintasektoreiden välillä ja kehittämällä tietojärjestelmiä.

lhanteellinen ja helposti ja nopeasti toteutettava uudistus olisi järjestämisvastuun siirtäminen maakunnille (tai vain sotesta vastaaville itsehallintoalueille tai aluekunnille) ja tuotantovastuun osoittaminen integroiduille tuotanto-organisaatioille mallina Eksote, Siun sote, Soite ja Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. Toisessa vaiheessa kehitettäisiin valinnanvapautta edistävä monituottajamalli huolellisen suunnittelun ja riittävien kokeilujen kautta.

Helsingissä, 6.4.2018

Jussi Huttunen

Professori, pääjohtaja emeritus