

**Medical Management Centrum**

## Sosiaali- ja terveysvaliokunta

**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.

Valinnanvapautta koskeva lakiesitys on osa laajempaa maakunta- ja sote-uudistusta, jonka 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.

Käsittelen seuraavassa miten uudistuksen tavoitteet voivat toteutua ja sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapautta koskevien ehdotusten vaikutuksia tältä osin.

**Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen**

Kansanterveys on viime vuosikymmeninä tasaisesti parantunut, mutta eri tuloryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat säilyneet suurina ja eräiden tutkimusten mukaan jopa kasvaneet (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 5.9.2017). Kansalaisten ja väestöryhmien terveys- ja hyvinvoinnissa todettu epätasa-arvo (”health inequities”) liittyykin, kuten Maailman terveysjärjestö on korostanut, ennen kaikkea ihmisten sosioekonomiseen taustaan ja elinolosuhteisiin sekä elintapoihin. Riskitekijöiden kasaantuminen alemman tulotason ryhmiin kärjistää terveys- ja hyvinvointieroihin liittyvää epäoikeudenmukaisuutta. *On korostettava, että tähän yhteiskunnalliseen ongelmaan pitää ensisijaisesti puuttua talous- ja sosiaalipoliittisin keinoin.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuudet vähentää terveys- ja hyvinvointieroja ovat rajalliset, mutta nämä erot lisäävät palvelujärjestelmän kuormitusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on kuitenkin suunnata ennaltaehkäiseviä, korjaavia, kuntouttavia ja ihmis-

ten elämäntilannetta kohottavia toimenpiteitä etenkin niitä yksilöitä tukien, jotka terveyserojen johdosta ovat epäedullisessa asemassa. Terveys- ja hyvinvointierojen kielteisiä vaikutuksia voidaan osittain korjata parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja suunntaamalla niitä ongelmien vaikeusasteen ja toimenpiteiden vaikuttavuuden perusteella. *Valinnanvapautta lisäämällä uudistus ja nyt käsiteltävänä oleva lakiesitys tähtää palvelujen saatavuuden parantamiseen ja palvelujen tehokkaampaan allokaatioon ja sitä kautta vähentämään terveyserojen haitallisia vaikutuksia.* Kokemukset muista maista – etenkin Ruotsista ja Englannista – osoittavat, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa parantaa palvelujen saatavuutta myös alemman tulotason väestöryhmissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillintä

Kustannuskasvun hillintä 0,9:ään % vuodessa on kunnianhimoinen tavoite ottaen huomioon väestön vanhempien ikäluokkien määrällinen kasvu, joka kasvattaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta. Kustannusten hillintää tukevat kaksi strategiaa, joihin pitää tukeutua rinnan: ”tehokkaimman tuotantorintaman” toteuttaminen kaikilla maantieteellisillä alueilla sekä ”teknologialoikkien” järjestelmällinen hyödyntäminen.

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 *tehokkaimmat 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 potentiaalisesti suuriakin kustannussäästöjä.*

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluysiköiden kohdalla tulisi edistää pyrkimistä kustannustehokkaimpien toimintakäytäntöjen käyttöönottoa. *Palveluysiköiden keskinäinen kilpailu luo tähän kannustimia.*

EU:n komission nimeämä asiantuntijajaneeli (Barros ym. 2015) toteaa, että mikäli hinnat on säännelty ja toiminnan laatu voidaan mitata ja se vaikuttaa kuluttajien valintoihin, talousteorია 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 tehokkaaseen toimintatapaan. *Tuotantokustannusten alentuessa järjestäjä voi laskea tuottajien korvauksia ja siten alentaa kyseisen toiminnan kustannustasoa.*

Kilpailun taloudellisia vaikutuksia pohdittaessa esitetään usein huoli monituottajamallin ja sen vaatiman sopimusjärjestelmän synnyttämisestä 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 kasvun hillintää koskeva tavoite voitaisiin saavuttaa. Tällöin tarvitaan ohjausta toteutettava hallinto. Ei ole takeita siitä, että näin aiheutuvat kustannukset olisivat alhaisemmat kuin edellä mainitut transaktiokustannukset.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävä kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden kohottaminen ja siten kustannusten kasvun hillintä voidaan saavuttaa 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 edistämässä ja sairauksien hoidossa voi 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

- luomalla rahoitus- ja kannustinjärjestelmät sellaisiksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat voivat harjoittaa kokeilu- ja innovaatiotoimintaa ja siten kehittää kustannustehokkaita palveluja

- panostamalla määrätietoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan

#### Sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio

Hallitus on eräässä periaatepäätöksessään eritellyt ”integraation eri tasoja” ja edellytyksiä varmistaa ”tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus”.

”Taloudellinen integraatio” toteutuu nyt kaavailussa uudistuksessa siten, että rahoituksesta vastaa valtio ja maakunnat järjestäjinä päättävät varojen suuntaamisesta kokonaisuudessaan kaikille julkisrahoitteisen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuuluville alueella toimiville palvelujen tuottajille strategiansa ja väestön palvelujen tarvetta koskevan tiedon ohjaamina.

”Tiedon integraatio” tapahtuu vahvistamalla ja kehittämällä valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoinfrastruktuuria ja velvoittamalla toimijoita liittymään valtakunnallisiin järjestelmiin ja luovuttamaan toimintaansa koskevia tietoja.

Sen sijaan uudistus ei pyri ”järjestelmä-” tai ”organisatoriseen integraatioon”. Tämä on erityisesti uudistuksen kustannusten kasvun hillintää koskevan tavoitteen kannalta perusteltua. Sosiaali- ja terveydenhuollon ydinpalveluissa ei juuri ole saavutettavissa skaalaetuja. Päin-

vastoin tuottajaorganisaatioiden kasvaessa niiden monimutkaisuus kasvaa aiheuttajien jäykkyyttä, koordinaatiotarvetta, kustannuksia ja tehottomuutta.

Viime kädessä palveluketjujen saumaton kokonaisuus ratkeaa – ja sen merkitys materialisoi-  
tuu – yksilön tasolla. Paljon ja monimuotoisia palveluja tarvitseviin ryhmiin kuuluu noin 10,  
korkeintaan 20 % väestöstä. Palveluorganisaation rakentaminen ensisijaisesti palvelemaan  
tätä ryhmää tarkoittaisi, että valtaosa väestöstä, jolla on vain satunnaista palvelujen tarvetta,  
saisi palvelunsa turhan ”raskaan koneiston” tuottamana. Tämän vuoksi *toiminnallinen integ-  
raatio* on kustannustehokkain tapa vastata ”palveluintegraatiosta” riippuvaisten ihmisten  
tarpeisiin.

*Valinnanvapautta koskeva lakiesitys luo hyvät puitteet toiminnallisen integraation toteutu-  
miseen sitä tarvitseville potilas- ja asiakasryhmille.* Maakunnalla on vastuu ja keinot kan-  
nustaa palvelujen tuottajia siihen yhteistyöhön ja yhteisvastuuseen, joka parhaiten takaa että  
näiden ryhmien tarpeiden mukaiset palvelut tuotetaan.

Omat havaintoni Ruotsista tukevat tätä johtopäätöstä ja tuovat esille myös ei-taloudellisten  
kannustimien ja motiivien merkityksen.

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

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

Valinnanvapaus tapana vahvistaa kansalaisten perusoikeuksia

Maakunta- ja sote-uudistusta koskevassa keskustelussa on korostetusti keskitytty perustus-  
lain 19 § julkiselle vallalle kohdistettuun velvoitteeseen turvata jokaiselle riittävät sosiaali-  
ja terveyspalvelut. Hallitus toteaa valinnanvapausesityksen yleisperusteluissa, että perustus-  
lain 19 § mukainen oikeus sosiaaliturvaan ja huolenpitoon on luonteeltaan subjektiivinen  
oikeus. Uudistusta arvioitaessa on kuitenkin syytä myös nostaa esille perustuslain 7 §, joka

takaa jokaiselle kansalaiselle itsemääräämisoikeuden sekä henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on tunnetuista syistä haasteellinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tähän on Suomessa kuitenkin kiinnitetty enemmän huomiota kuin monessa muussa maassa. Suomi sai vuonna 1992 lajissaan ensimmäisen potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain, ja myöhemmin säädettiin vastaava laki koskemaan myös sosiaalihuoltoa.

Asenteet ja toimintakäytännöt muuttuvat kuitenkin hitaasti ammatillisessa toiminnassa. Sen vuoksi pyrkimys aidosti yhteiseen tai jaettuun päätöksentekoon (shared decision-making) ja potilaiden todelliset mahdollisuudet vastuuseen ja ”ratkaisuvaltaan” omasta elämästään ovat vielä vaillinaiset. Palvelujen tuottajien ja ammattihenkilön valintamahdollisuus lisää potilaan, asiakkaan ja omaisen valtaa – ja heidän edukseen.

Erityisesti haluan painottaa, miten tärkeä osa valinnanvapaisuudistusta henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto on. Julkisessa keskustelussa korostetaan usein, että uudistus on kielteinen niiden ihmisten kohdalla, jotka esimerkiksi toiminnanvajauksen vuoksi ovat kykenevät tekemään valintoja. Vaikka kannanotto on varmaan hyvää tarkoittava, se loukkaa näiden yksilöiden ihmisarvoa. Kehitysvammaisten erityishuollossa työskentelevät ammattihenkilöt tuovat painokkaasti esille, että erityisesti kehitysvammaisille on ensiarvoisen tärkeää, että hän saavat mahdollisimman samanarvoiset mahdollisuudet itsenäiseen elämään ja elämänsä hallintaan kuin muut kansalaiset.

Yhteenvetona totean, että sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus on tärkeä tapa vahvistaa kansalaisten perusoikeuksia. Samalla se tukee myös muita uudistuksen tavoitteita kuten palvelujen integraatiota ja kustannusten kasvun hillintää. Olen käsitellyt tätä kirjoittamassani Duodecim-aikakauskirjan pääkirjoituksessa (numerossa 4/2017), jota lopuksi siteeraan:

”Pidän itsemääräämisoikeuden korostumista ja potilaan ja omaisten osallistumismahdollisuuksien vahvistumista uudistuksen tärkeimpänä elementtinä. Se tapahtuu samanaikaisesti, kun lääketieteen kehitys luo mahdollisuudet entistä yksilöllisemmälle diagnostiikalle ja hoidolle, ja digitalisaatio antaa kansalaisille uusia kanavia tiedon lähteille sekä välineitä itsehoitoon ja kimmokkeita terveytensä edistämiseen. Esimerkiksi Yhdysvaltain lääkevalvontaviranomainen on korostanut, että yksilöllinen ja täsmälääketiede luovat paineita myös hoitojärjestelmien yksilöllistymiseen.

Näiden kehitysvoimien ja jo käsillä olevientulevaisuusskenaarioiden merkittävimmät vaikutukset ovat potilaiden aseman vahvistuminen ja asiantuntijavallan väheneminen. Potilaat, jotka siihen kykenevät, ottavat entistä selkeämmin vastuuta oman terveytensä edistämisestä ja sairautsiensa hoidosta. Tämä on jo nyt nähtävissä monissa kroonisten sairauksien potilasryhmissä. Tasa-arvoisemman potilaslääkärisuhteen muodostuminen ja lääkärin roolin muuttuminen entistä enemmän potilaan kumppaniksi ja neuvonantajaksi voidaan kokea vaativana. Toisaalta muutoksen hyödyt ovat ilmeiset myös ammatillisten päämäärien (lisääntynyt terveyshyöty potilaalle) toteutumisen kannalta. Lisäksi on korostettu, viitaten suomalaiseenkin palvelujen johtamista käsittelevään kirjallisuuteen, että palvelujen tuottaminen tapahtuu

aina tuottajan ja kuluttajan yhteistoimintana. Tämä koskee myös terveyspalveluja. Terveystenhuollon ammattihenkilöt ovat toki aina asettaneet potilaan edun muun edelle. Uutta tässä 'kanssahoidossa' (co-production, co-care) on, että potilaskeskeisyys turvataan muokkaamalla organisaatiota ja toimintaprosesseja yhdessä potilaiden kanssa (co-design). Kanssahoidon ja omahoidon mahdollistaminen on myös kaikkein mielekkäin tapa tehostaa palvelutoimintaa ja siten myötävaikuttaa sote-uudistuksen kansantaloudellisten tavoitteiden toteutumiseen."



Mats Brommels  
professori