

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

Asiantuntijapyyntöne 28.3.2018

HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt allekirjoittaneelta asiantuntijalausuntoa otsikossa mainitusta, valinnanvapauslakia koskevasta hallituksen esityksestä. Esitystä on pyydetty tarkastelemaan yleisesti kokonaisuutena, sekä erityisesti muodostuvan järjestelmän johtamisen ja maakunnan ohjauskeinojen näkökulmasta:

1. Yleistä valinnanvapauslakiesityksestä

Valinnanvapauslakiesityksen (HE 16/2018) tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja, varmistaa asiakkaan palveluiden toteutuminen yhteen sovitettuna kokonaisuutena, varmistaa palveluketjujen toimivuus, sekä parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua. Lisäksi esityksen tavoitteena on vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvastaavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen.

Edellä esitetyillä tavoitteilla tulee olla kiinteä yhteys maakunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen kunta ja yksilötasolla. Tämän varmistamiseksi maakuntien erityispiirteet tulee voida ottaa päätöksenteossa huomioon. Keskushallinnon ohjausmekanismien ei tule rajoittaa maakuntien päätöksentekoa niin, että tämän tavoitteen toteutuminen vaarantuu.

Esitetyn uudistuksen myötä yksilöön kohdistuvissa palveluissa asiakkaan valinnanmahdollisuudet lisääntyvät pohjoismaisten mallien tapaan koko väestölle. Kehitys on tältä osin vääjäämätön kaikissa kehittyneissä länsimaissa. Asiakas voi esityksessä valita palveluntuottajan: sosiaali- ja terveyskeskuksen, suunhoidon yksikön ja maakunnan liikelaitoksen. Lisäksi henkilökohtainen budjetti ja asiakasseteli vahvistavat asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Lakiesitys lisää yhdenvertaisuuden edellytyksiä sikäli, että niillä työikäisillä, joille sisältyvät työterveyshuollon osana sairaanhoidolliset palvelut (1,8 miljoonaa ihmistä), tai jotka ovat hankkineet yksityisen terveystakuun (1,1 miljoonaa ihmistä), tai kustantavat yksityisiä palveluja Kelan korvausten tu-

kemana itse, vapaus valita hoitava yksikkö ja ammattilainen on ollut koko ajan.

Maakuntien välillä ja sisällä on kuitenkin merkittäviä eroja siinä missä laajuudessa ja kattavuudella vaihtoehtoisia palveluja tosiasiallisesti on tarjolla. Suurten ja keskisuurten kaupunkien seutukunnille vaihtoehtoja syntyy. Sen sijaan haja-asutusalueilla, pistemäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta, palvelujen tarjonta säilynee tulevaisuudessakin pääosin julkisen (liikelaitoksen tai yhtiön) palvelutuotannon varassa.

Myös yksilötasolla ihmisten edellytykset hyödyntää valinnanvapautta poikkeavat toisistaan. Keksiluokkaiset ja koulutetut sekä kaupunkimaista elämäntapaa harjoittavat kykenevät siihen parhaiten. Asiakkaan kyky arvioida omaa palvelutarvettaan, verrata sitä tarjolla oleviin vaihtoehtoihin, hakeutua tarvitsemiinsa palveluihin, ja arvioida saamansa palvelun laatua eivät ole itsestään selviä kenellekään. Samoin luotettavan vertailutiedon puutteet palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta vaikeuttavat harkittua valintaa. Näin ollen asiakkaan neuvonnan ja ohjauksen rooli korostuvat, mitä lakiesityksen pohjalta onkin maakunnan velvoitettu järjestämään.

Kansainvälisten esimerkkien mukainen ja EU:n kuluttaja ja kilpailulainsäädännön alainen monituottajamalli (welfare mixed) ja valinnanvapaus eivät kaikilta osin tue yhtenä uudistuksen tavoitteena olevaa integraatiota, palveluiden yhteensovittamista ja palveluketjujen toimivuutta. Yhteisesti hyväksytyistä tavoitteista, normeista ja säädöspohjasta huolimatta ja tuottajien hyväksymiskriteerien täyttymisestä eri toimijoiden toimintatavat ja kulttuurit poikkeavat merkittävästi. On epävarmaa, saavatko asiakkaat (jatkossakaan) palvelunsa oikeaan aikaan ja saumattomasti. Sosiaali- ja terveysongelmien perusluonne ylläpitää tiedollista epäsymmetriaa asiakkaan ja ammattilaisten välillä (ns. agenttisuhde) ja tosiasiallinen päätösvalta säilyy ammattilaisilla niin sosiaalihuollon kuin terveystalouden palveluissa. Erikoissairaanhoidon osalta olemme parhaillaan todistamassa pikemminkin ”suostumisen vapautta”, kun liiketaloudellisin kriteerein yksityiset ja julkisesti omistettut toimijat lähettävät potilaita hoidettavaksi omiin yksiköihinsä eri puolelle maata.

Luotettavan tiedon puute ja asymmetria altistaa asiakkaat palveluntuottajien markkinointitoimenpiteille ja sitä kautta palveluihin ohjautumiseen. Sotemarkkinoin eettisyyteen tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitoksen tulee turvata asiakkaan lakisääteiset sosiaali- ja terveystalouden palvelut kaikissa tilanteissa. Maakunnan liikelaitoksen rooli korostuu erityisesti niissä tilanteissa, joissa esimerkiksi harvan asutuksen takia edellytykset kilpailun hyödyntämiseen ovat luonnollisesti heikot. Lainsäädännössä tulee varmistaa, että tämän kansalaisten kannalta keskeisen periaatteen toteuttaminen mahdollistuu myös silloin, kun suoran valinnan sote-keskukset on yhtiöitetty.

Lisääntyvän tarjonnan myötä palveluiden kysyntä ja käyttö lisääntyvät, ainakin lyhyellä aikavälillä. Kustannustehokkuus ja menojen kasvun hillintä ovat

tässä tilanteessa haastavia tavoitteita toteuttaa. Olennaista olisi luoda kannusteita, joilla palvelun kysyntää ja käyttöä voidaan ohjata suurimmassa tarpeessa oleviin ja vaikuttaviin tutkimus- ja hoitomuotoihin. Tässä kustannusvaikuttavuustiedon julkistaminen ja näyttöön perustuvien toimintaperiaatteiden noudattamisen kannusteet ja sanktiot tulee olla julkisia ja kaikkien saatavilla.

Kaikista edellä mainituista haasteista huolimatta on uudistus mielestäni perusteltu ja edistää nykyisen perustason palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden sekä yhdenvertaisuudessa esiintyvien ongelmien ratkaisua. Uudistuksen toimeenpanossa on kuitenkin huolehdittava, että paikalliset ja seudulliset toimivat ja kustannus-tehokkaat mallit turvataan. Uudistuksen tuomat mahdollisuudet ovat riskejä suuremmat, ja sen a siksi toteuttamisessa on perusteltua edetä.

2. Uudistuksen aikataulu

Sosiaali- ja terveydenhuollon kenttä on ollut viimeisten vuosien aikana voimistuvassa murroksessa. Pitkään jatkunut epätietoisuus reformin toteutumisesta on johtanut siihen, että yhä useampi kunta pohtii omista lähtökohdistaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluidensa järjestämistä ja tuottamista. Kunnan perustuslaillisista velvoitteista katsoen kehitys on ymmärrettävä ja perusteltu. Toteutuneita ratkaisuja koskevien arviointien ja tutkimusten valossa voi kuitenkin todeta, että päätöksenteossa huomio voitu kiinnittyä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ytimen näkökulmasta toissijaisiin tekijöihin, kuten kunnan työllisyystilanteeseen, kunnan omistamiin rakennuksiin, pyrki myksiin turvata kunnan tukipalvelut sekä säilyttää kunnan elinvoima ja imago. Nämä ovat myös tärkeitä kunnan elinvoimaisuuden kannalta, mutta ovat voineet peittää alleen hyvinkin poikkeavat palvelurakenteet (esim. hoidon ja hoivan laitospainotteisuus) tai kustannusrakenteet.

Toisaalta kuntia kalvaa huoli korkeasti koulutetun työvoiman saatavuudesta, erityisesti terveyskeskuslääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja erityistyöntekijöiden osalta. Nämä seikat voivat ohjata kuntia tekemään nykytilaa vakiinnuttavia tai kohtuuttoman kalliita ratkaisuja muun muassa 10 -15 vuoden sopimuskausiksi. Yksittäinen kunta voi siis ratkaisullaan pyrkiä turvaamaan sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon kuntakohtaiset palvelut jatkuvat koskemattomina mahdollisimman pitkään, riippumatta siitä kuinka kalliita tai rakenteeltaan vinoutuneita ne ovat.

Nähdäkseni on tärkeää, että Eduskunnan käsittelyssä olevat sote- ja maankuntauudistusta olevat lainsäädäntöpäätökset tehdään nyt, ja voidaan edetä vaiheittaiseen toimeenpanoon. Muussa tapauksessa päätöksenteko ja uudistuksen toimeenpano todennäköisesti viivästyvät realistisesti arvioiden ainakin kolmella (3) vuodella. Päätösten lykkääminen tuo jälleen uuden epätietoisuuden tulevan lainsäädännön perusteista ja näen siinä vakavia riskejä.

Kuntien ja alueiden väestö- ja aluekehitysanalyysit ja ennakkoinnit osoittavat kiistatta, että suurella osalla kuntia on kestäättömiksi muodostuvia ongel-

mia rahoittaa ja resursoida palveluitaan nykyisenkaltaisessa hajautetussa rakenteessa. Voimakkaan maan sisäisen muuttoliikkeen vuoksi ongelmat kärjistyvät niin menettävissä kuin vastaanottavissa kunnissa. Epävarmuus todennäköisesti johtaa siihen, että yhä useampi kunta voi ajautua ratkaisuun, joka ei tue sote-palvelujen hallittua alueellista kehitystä. Yksittäisen kunnan asema ja heikko rooli palveluiden järjestäjänä voi johtaa paikalliseen markkinamonopoliin. Tämä ei koske pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon ydintä, vaan myös siihen liittyviä välttämättömiä tuotannollisia tukipalveluja (esim. laboratorio, kuvantaminen, pesulatoiminta, ict –ratkaisut).

Markkinaehtoisuuden kehitys on jo pitkällä, ja ilman uudistusta se kiihtyy lähivuosien kuluessa. Nykyinen kunta – kuntayhtymä – valtio -järjestelmä on tehoton ohjaamaan sitä, ja se johtaa kärjistyviin eriarvoisuusongelmiin.

Tutkittuani asiaa useita vuosikymmeniä ja nykyisessä tehtävässäni kertyneen kokemuksen kautta olen vakuuttunut, että tarvitaan kuntia vahvempi, alueellinen järjestämistaho, jolla on riittävät ohjausmekanismit varmistamaan kuntarajoista riippumaton, asiakkaille yhdenvertainen palvelujen tarjonta ja saatavuus. Tämä koskee myös suuria kaupunkeja, sillä niiden esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja erityistason sosiaalipalvelujen ohjaaminen nykyisen omistajapolitiikan kautta on rajallinen.

3. Maakunnallinen hallinto- ja palvelujärjestelmä

Esitetyn uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyy nykyisiltä liki 300 kunnalta 18 maakunnalle. Vaikka maakunnat ovat kokonsa ja olosuhteidensa vuoksi varsin erilaisia, edellytykset alueellisen järjestämis- ja tuottamisvastuun ohjaamiselle ja organisoimiselle on nykyistä merkittävästi paremmat. Lainsäädännön kokonaisuus vaatii vielä kirkastamista siinä, miten maakunnan konsernihallinnon päätösvallan rakenteet ja vastuut (mm. henkilöstöpolitiikka) ja järjestämistoiminnot voidaan riittävän selvästi erottaa toisistaan. Tämä on välttämätöntä koko palvelutuotannon ohjaamiseksi kansalaisten todellisten tarpeiden mukaiseksi.

Jo toteutetut alueelliset, vapaaehtoiset, kuntayhtymäpohjaiset ratkaisut, kuten Siun sote, Essote, Soite, Eksote ja Kainuu ovat kannustavia esimerkkejä. Tämänkaltaisen vapaaehtoisuuteen perustuva järjestely ei kuitenkaan ole todennäköisesti toteutettavissa vahvojen kasvukeskusten maakunnissa. Alueen keskuskuntien ja perifeeristen kuntien polarisaatio on niin voimakas, että yhteistä tahtotilaa on vaikea löytää ilman velvoittavaa lainsäädäntöä.

4. Järjestelmän johtaminen ja maakunnan ohjauskeinot

Uudistuksen yhtenä tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen hillintä ja kustannustehokkuus. Uudistuksen euromääräisistä tavoiteluvuista voidaan kiistellä loputtomasti, mutta arvioni on, että uudistukseen sisältyy myös kustannusten kasvun hillintää ohjaavia mekanismeja. Ensinnäkin uudistuksessa kiinnitetään nykyistä painokkaammin huomiota paljon palveluita käyttäviin asiakkaisiin ja heidän palveluidensa suunnitelmalliseen järjestämiseen.

Henkilökohtainen budjetti tai maakunnan liikelaitoksen koordinoiva rooli hoito- ja hoivatarpeen arvioinnissa ja yhdenmukaisten palveluketjujen muodostamisessa ja seurannassa johtanee siihen hoito- ja hoivakäytäntöjen raikeimmät erot eri yksiköiden välillä tulevat uudistuksen myötä todennäköisesti tasoittumaan.

Toiseksi, hallitumpaa kustannuskehitystä voi edistää myös se, että maakunta palveluiden järjestäjänä suunnittelee ja ohjaa palveluverkkoa ja rakennetta ja myös toimintakäytäntöjä tarpeen mukaisesti ei kuntakohtaisesti ja menoperusteisesti. Eri yksiköiden (julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin) toimintoja tarkastelemalla voidaan pidemmällä aikavälillä saavuttaa tavoiteltu kustannustaso.

Kolmanneksi, keskushallinnon raamibudjetointiin perustuva talousohjaus parantaa edellytyksiä hillitä ja tuo keinoja puuttua epäedulliseen kustannuskehitykseen. Joskin väestön tarpeista ja odotuksista syntyvä paine ei katoa minnekään ja kansainväliset kokemukset eivät tue sitä, että kustannuskehityksen hidastumiseen olisi jotain yhtä keinoa.

Neljänneksi, ict –tekniikan kehityksen ja digitalisaation laajamittainen hyödyntäminen johtanee sosiaali- ja terveystaloudissa vastaavaan kehitykseen kuin muilla palvelualoilla. Sosiaali- ja terveystaloudien henkilötaloudista, yllättävän suuri osa on tiedonhallintaa ja –käsittelyä. Ammattilaisen ja asiakkaan kontaktit täydentyvät tai korvautuvat sähköisillä välineillä ja palveluilla, mikä olennaisesti vähentää face-to-face palvelukontaktien tarvetta. Tämä johtaa myös sosiaali- ja terveystaloudissa osin aika- ja paikkariippumattomuuteen palvelujen tarjonnassa ja käytössä.

Asiakkaan aseman vahvistuminen ja hänen tiedonsaantimahdollisuuksiensa laajeneminen häntä itseään koskevaan ammattilaistietoon avaa kokonaan uusia mahdollisuuksia toteuttaa palveluja. Toki muistaen koko ajan se, että sosiaalisten ja terveydellisten tarpeiden luonne ja olemus aina edellyttää myös suoraa ja inhimillistä kohtaamista.

Markkinoiden kautta tapahtuva ohjaus, sopimusohjaus ja omistajaohjaus edellyttävät maakunnalta riittävää osaamista ja resursseja. Osaamista tarvitaan maakunnassa sekä järjestäjän että tuottajan roolissa. Henkilöstön siirtyminen julkiselta puolelta yksityisen palvelukseen voi tuoda maakuntiin resurssipulan ja osaamisvajeen, erityisesti johtavien avainhenkilöiden ja erityisasiantuntijoiden osalta. Muutostuen tarve korostuukin maakunnissa uudistusta toimeen pantaessa.

5. Yksittäisiä huomioita lakiesityksestä

Alla vielä joitakin yksittäisiä huomioita lakiesityksestä:

- Lakiesityksissä olisi hyvä pyrkiä vielä täsmentämään, milloin tarkoitetaan maakuntaa järjestäjänä ja milloin tuottajana; järjestäjän ja liikelaitoksen rooleja olisi hyvä vielä tarkentaa niin, että järjestäjällä olisi mahdollisuus

huolehtia järjestäjän tehtävistä ja liikelaitos yms. tuottajat voisivat keskittyä tuotantoon (mm. asiakkuuden hallinnan osalta).

- Asiakassetelipykälään olisi hyvä tarkentaa, että järjestäjä määrittelee palveluiden sisällöt, ne palvelut joissa käytetään asiakaseteleitä, asiakasseteli hinnat yms. Liikelaitoksen roolina on toteuttaa järjestäjän määrittelyt yksilötasolla.
- Maakunnan omalle tuotannolle tulisi antaa mahdollisuus (suoran valinnan palveluiden tavoin) tuottaa myös asiakassetelipalveluja.
- Maakunnalle / järjestäjälle tulisi antaa välineitä markkinoiden ja saavutettavuuden (palveluverkoston) hallintaan (mahdollisuus esim. määritellä alueellisia kapitaatioita ja asiakasseteli hintoja niin, että ne mahdollistaisivat palvelutuotannon). Nykyinen kapitaation kannustinosuus ei ehkä ole riittävä.
- Päätöksenteossa yksipuolinen hallintopäätös ja molemminpuoliset sopimukset tuovat todennäköisesti prosessuaalisia ongelmia. Riitoja voidaan joutua ratkomaan sekä hallinto-oikeudellisessa valitusmenettelyssä, hallintoriita-asioina että yksityisoikeudellisina riita-asioina.
- Hankintalainsäädännön in house yhtiöiden toiminnan rajaukset markkinaehtoisessa toiminnassa aiheuttaa yhtiöitettävien sote-keskusten tuki palvelujen tuotantoon haasteellisia tilanteita ja riskejä. Siksi hankilain rajoja olisi tarkasteltava sote-palvelujen osalta uudelleen.

6. Lopuksi

Nähdäkseni maakunta- ja soteuudistusta ohjaava lainsäädäntö on esitetyssä muodossaan pääosiltaan sellainen, että se voidaan hyväksyä ja toimeenpanna vaiheittain myös Keski-Suomen alueella. Edellä yksilöidyllä tavalla arvioin riskit päätöksenteon siirtämisellä epävarmaan tulevaisuuteen ovat suuremmat kuin eteneminen kohden kattavaa alueellista järjestämisvastuuta ja –valtaa.

Haasteita toteutukseen toki tuovat mm. digitalisaation kehittämisen edellyttämät ict-ratkaisut sekä sote-kiinteistöihin kohdistuvat arvo- ja vuokratuotuspaineet. Järjestämistoiminnan muotoutumisen vaatimasta kehittämisestä johtuen valinnanvapauslainsäädännön vaiheistaminen on perusteltu. Siksi henkilökohtainen näkemykseni on, että valinnanvapaus pilotit tulisi suunnata rajatusti suunterveydenhuollon, asiakassetelipalveluihin ja henkilökohtaisen budjetin pilotointeihin ja muiden suoran valinnan palvelujen osalta hankkia lisää kokemuksia jo käynnissä olevista kokeiluista, ennen kuin suoranvalinnan markkinat avataan täydessä laajuudessa.

Kansalaisen kannalta esitys yksinkertaistaa palvelujen käyttämistä. Keskustelussa näyttää toistuvasti jäävään piiloon nykyisen järjestelmän monimutkaisuus esimerkiksi lausunto ja tulonsiirto mekanismeineen silloin kun on kyse

esimerkiksi omaishoidosta, vammaispalveluista tai lasten ja nuorten mielen-
terveys- ja päihdepalveluista. Palvelujen integraation puute, jonotusajat ja
sosiaaliturvalainsäädännön moninaisuus aiheuttaa usein kohtuuttomia epä-
jatkuvuuksia. Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti voi osaltaan yksinker-
taistaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta.



Juha Kinnunen
Sairaanhoitopiirin johtaja
Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä