

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle

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

<https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+16/2018>

Pyydetty teema: Yleiskuva muodostuvasta palvelujärjestelmästä ja tavoitteiden toteutumisesta

Lausuntona pyydetystä teemasta esitän kunnioittavasti seuraavan.

Esitys laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa on liitetty kiinteäksi osaksi maakunta- sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta, jolloin lain tulee tukea ja edistää myös sosiaali- ja terveysuudistukselle asetettuja perustavoitteita. Hallituksen esityksessä nämä perustavoitteet on kuvattu (HE s. 70):

- kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja,
- parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta,
- saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä
- hillitä kustannusten kasvua sekä
- keskeisenä vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja.

Valinnanvapauslaille asetetut tavoitteet (HE s. 89):

- edistää asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja
- varmistaa asiakkaan palvelujen toteutuminen yhteen sovitettuina kokonaisuuksina
- varmistaa palveluketjujen toimivuus
- parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua
- vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja
- jatkuvaan kehittämiseen.

Uudistuksen tarkoituksenmukaisuus toteutuu ainoastaan, mikäli syntyvä malli on olennaisesti eri kriteerien mukaan parempi ja toimivampi kuin lähtökohtana oleva järjestelmä.

Tarkastelen yleiskuvaa muodostuvasta palvelujärjestelmästä suhteessa keskeisten tavoitteiden toteutumiseen kolmeen taustalähtökohtaan liittyen: pitkä tutkijanura koskien asiakkaiden asemaa palvelujärjestelmässä, erityisesti sosiaalihuollon palveluiden toteutumisen näkökulma, ministeriön sote-asiantuntijaryhmän keskustelut. Sote-asiantuntijaryhmä on valmistelun eri vaiheissa arvioinut lakiesitystä ja esittänyt näkemyksensä sen ongelmakohtiin. Ryhmässä laadittu viimeisin, julkaistu lausunto on edelleen miltei kokonaisuudessaan ajankohtainen (myöhempiä muutoksia erikoissairaanhoidon asiakassetelin poistaminen sekä joitakin yksityiskohtia esim. asiakassuunnitelmassa; ks. Lehtonen ym. (2018) Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2018:55, 78-87. <https://journal.fi/sla/article/view/69227>

*Tavoitteet: Edistää mahdollisuuksia valita palveluntuottaja
sekä parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua*

Esitys laiksi asiakkaiden valinnanvapaudesta edistää sille erityisesti annettua tavoitetta asiakkaiden mahdollisuuksista *valita palveluntuottaja*. Tosin jo nykyisessä järjestelmässä on varsin laajat valintamahdollisuudet etenkin terveydenhuollossa, johon myöskin tämä lakiesitys selkeästi painottuu. Sosiaalihuollon peruspalvelujen tuottaja on mahdollista valita vain maakuntien

liikelaitosten kesken, ei sote-keskustasolla. Lisäksi laissa on asiakkaan itsemääräämisoikeutta kyseenalaistava mahdollisuus, että valintaa tiettyyn ajankohtaa tekemättömälle asiakkaalle määrätään ”parhaiten hänen tavoitettavissaan oleva sote-keskus”.

Laki voi parantaa myös *palvelujen saatavuutta* suuremmissa väestökeskuksissa, joissa tarjontaa on ollut jo nykyisin hyvin. Laatu on kuitenkin erittäin monien tekijöiden summa, joka ei rakennu ainoastaan järjestelmätekijöiden pohjalta. Valinnanvapaus ei ratkaise laadun toteutumista.

Näiden tavoitteiden (mahdollisuus valita palveluntuottaja sekä palvelujen saatavuus) toteutumisella on kuitenkin myös selkeät vastavaikutukset. Valinnanvapauden lähtökohdista eteneminen tekee palvelujärjestelmästä *aikaisempaa selkeästi monimutkaisemman*, se on sekä asiakkaalle että jopa asiantuntijoille vaikea hahmottaa. Järjestelmässä asioiminen vaatii runsaasti neuvontaa ja ohjausta, mikä vie paljon aikaa ammattilaisten varsinaisesta ihmisten auttamistyöstä. Palveluiden valinnassa onnistuvat parhaiten hyvin koulutetut, terveemmät, selkeän yhden palvelutarpeen omaavat ja paremmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevat. Sen sijaan heikompiosaiset, alemmalla koulutuksella olevat, sairaammat ja useampia palveluita tarvitsevat (esimerkiksi iäkkäät, vammaiset tai monisairaat) kohtaavat vaikeuksia toimia järjestelmän monimutkaisessa valintapaletissa. Kuitenkin juuri heidän tarpeisiinsa pitäisi vastata tehokkaasti, mikäli halutaan palveluiden keinoin kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, lisätä vaikuttavuutta ja hillitää kustannuksia. Parempi saatavuuskaan ei tuota tavoitteitaan, jos järjestelmä ei ole selkeä ja toimi tarkoituksenmukaisesti.

Tavoite: Yhdenvertaisuuden toteutuminen

Palveluiden yhdenvertaisuuden toteutuminen kohtaa *sekä alueellisia että yksilökohtaisia* ongelmia. Valinnanvapauden tarjontaa tulee todennäköisesti lisää isompiin väestökeskuksiin, mutta reuna-alueiden väestö jää heikomman tarjonnan piiriin palveluiden markkinakannattavuuden alhaisuuden vuoksi. *Eri alueilla asuvat ihmiset tulevat olemaan eriarvoisessa asemassa mahdollisuuksissaan tosiasiallisesti valita.*

Eriarvoisuutta lisää se, että eri maakunnat järjestäjinä sekä tuottajina ovat keskenään hyvin erilaisia ja niiden mahdollisuudet tasoittaa syntyvää rakenteellista eriarvoisuutta ovat hyvin rajalliset. Maakunnilla on todellisuudessa vähän liikkumavaraa järjestämisvastuunsa toteuttamiseen, sillä ne eivät esimerkiksi voi valita alueensa palveluntuottajia, vaan ainoastaan hyväksyä kriteerit täyttävät ilmoittautumismenettelyn pohjalta (45§), ja maakuntien on pakko ottaa asiakasseteli käyttöön ennalta määrätyissä palveluissa (24§) vailla omaa alueellista harkintaa. Maakunnat toimijoina ovat hyvin sidottuja, jolloin niiden autonomia jää kapeaksi.

Palveluiden käyttäjien *yksilötasoinen yhdenvertaisuus* kohtaa myös monia ongelmia. Edellä kuvasin erilaisessa asemassa olevien ihmisten eriarvoisuuden rakentumista valinnanvapaudessa. Kaikki eivät osaa tai kykene tai heillä ei ole voimavaroja valita yhtäläisesti tai valintojen tekeminen voi tuottaa muiden avun tarpeiden ohella kohtuutonta lisäpainetta jo muutenkin vaikeassa elämäntilanteessa. Tutkimusten mukaan ihmiset haluavat lähinnä valita heitä auttavan henkilön, esimerkiksi lääkärin, mutta heidän tavoitteenaan ei ole palveluntuottajaorganisaation valitseminen, mihin valinnanvapauslain esitykset ensisijaisesti perustuvat.

Merkittävä rakenteellinen ongelma lakiesityksessä on *sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja niiden asiakkaiden keskinäinen eriarvoisuus*. Esitetyt sosiaali- ja terveyskeskukset ovat käytännössä terveyskeskuksia, koska niissä sosiaalihuollon osalta on mahdollista saada ainoastaan neuvontaa ja ohjausta (18§). Vaikka maakunnan liikelaitoksia velvoitetaan jalkauttamaan sosiaalihuollon tiimejä sote-keskuksiin, niin lakiesityksen mukaan näidenkin tehtävänä on lähinnä konsultaatio ja tarvittaessa asiakkaiden palvelutarpeen arviointi ja ohjaaminen maakunnan liikelaitokseen (37§). Varsinainen sosiaalihuollon asiakkaiden auttaminen toteutuu vasta liikelaitoksessa, jolloin sote-keskukset ovat näitä palveluja tarvitsevien ihmisten osalta vain läpikulkupaikkoja. Jalkautuvat sosiaalihuollon työntekijät ovat kannatettava esitys, mutta heidän tulisi tehdä sote-keskuksissa perusasiakastyötä, jotta sosiaalihuollon palveluja tarvitsevat saisivat apua yhdenvertaisella tavalla terveydenhuollon asiakkaiden kanssa. Jalkautuvia työntekijöitä tulisi olla myös riittävästi palvelutarpeisiin nähden, nyt määrittelty viittaavat minimiin ”yksi tai useampi ryhmä”.

Tavoitteet: varmistaa asiakkaan palvelujen toteutuminen yhteen sovitettuina kokonaisuuksina ja varmistaa palveluketjujen toimivuus

Uudistuksen keskeinen lähtökohta on ollut alusta saakka asiakkaalle tarjolla olevien palvelujen yhteensovittaminen. Tavoitteeksi on asetettu horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio, joilla on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden keskinäistä sovittamista yhteen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota. Näiden on katsottu vaikuttavan voimakkaasti myös kustannusten hillintään. *Esitetty palvelujärjestelmän malli ei kuitenkaan tue rakenteellisesti näiden yhteensovittamisen mahdollisuuksia.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittaminen estyy, koska perustason sote-keskuksissa on tarjolla terveydenhuollon palveluita, mutta sosiaalihuollosta ainoastaan neuvontaa ja ohjausta. Sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus tai liikelaitoksesta jalkautuva sosiaalihuollon konsultoiva tiimi eivät riitä toteuttamaan palveluiden yhteensovittamista, koska sosiaalihuollon varsinaisia auttamispalveluja ei keskuksessa ole. Sosiaalihuollon peruspalvelut annetaan erikseen liikelaitoksessa. Vastaavasti perusterveydenhuolto sijoittuu sote-keskuksiin, mutta erikoissairaanhoidon toteutetaan laissa määrättyä kahta erikoisalaa ja maakunnan mahdollisesti päättämää laajempaa tarjontaa lukuun ottamatta maakunnan liikelaitoksessa. Lisäksi maakunnille pakollisiksi säädetyt asiakassetelit tuovat kokonaisuutta hajaannuttavan lisäelementin. Nämä rakenteelliset ratkaisut katkaisevat toiminnallisen integraatioyhteyden.

Yhteensovittamisen toteutumattomuus vaikeuttaa asiakkaiden saumattomien palveluketjujen rakentumista. Lakiesityksessä ongelma pyritään yltäältä ylittämään säätämällä eri toimijoiden yhteistyövelvoitteista. Yhteistyö ei kuitenkaan pysty kuroma järjestelmän rakenteellista erillisyyttä yhteen. Sen sijaan suuri hallinnollinen yhteistyön tarve sitoo ammattilaisten työaikaa eri vaiheissa tarvittavan asiakkaiden ohjauksen ja neuvonnan ohella ja vähentää asiakkaalle suoraan annettavaa palveluaikaa.

Toisaalta järjestelmän *rakenteellista palvelujen yhteensovittamisen ongelmaa pyritään ratkaisemaan toiminnallisesti yksilötasolla*. Saumattomia palveluketjuja suunnitellaan tuotettavan yksilötasoisilla asiakassuunnitelmilla. Tämä asettaa asiakassuunnitelmille perustarkoitustaan paljon suuremman tehtävän, ja suunnitelmia varten on tarvittu lakiesityksessä useita lain pykälää. Suunnitelmista vastaisivat osaltaan sekä sote-keskus että maakunnan liikelaitos ja ne edellyttävät paljon yhteistyötä, jotta ne saataisiin toimimaan. Asiakassuunnitelmien juridinen asema on

kuitenkin epäselvä. Toisaalta niiden ajatellaan velvoittavan palveluiden toteuttamista, mutta niiden sitovuuteen sisältyy ongelmia, kuten esimerkiksi niihin liittyvä asiakkaan tosiasiallisen oikeusturvan rakentuminen, suunnitelmien ajantasainen päivittyminen tilanteiden muutosten myötä, suunnitelmien suhde asiakkaan valinnanvapauteen ja mahdollisiin palveluvalintojen muutoksiin.

Palveluketjujen tosiasialliseen toteutumiseen vaikuttavat myös kustannusten korvaamiseen liittyvät kannusteet, mikäli ne mahdollistavat paljon toimenpiteitä tarvitsevien asiakkaiden siirtämisen sote-keskuksesta maakunnan liikelaitosten vastuulle (ns. kermankuorinta). Suurin ongelma palveluketjujen saumattomuudessa liittyykin erityisesti *paljon ja useammanlaisia palveluita tarvitsevien asiakkaiden auttamiseen*. Heillä on tyypillisesti myös sosiaalihuollon palvelutarpeita, mutta esitetystä mallissa he tulevat saamaan sote-keskuksessa ainoastaan terveyspalveluita ja hakemaan sosiaalihuollon palvelut maakunnan liikelaitoksesta, minkä lisäksi heille tarjotaan erillispalveluita asiakaseteleinä. Heidän palveluketjunsä saumattomuus on järjestelmässä lähes mahdotonta toteuttaa. Yhtenä esimerkkinä tästä asiakasryhmästä ovat sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat, joiden kuntoutuskokonaisuutta esitetään muutenkin monimutkaisessa järjestelmässä hajautettavaksi erillisillä asiakaseteleillä, vaikka kyseessä on usein erityisen haavoittuvassa asemassa olevat, kokonaisvaltaista palvelua tarvitsevat asiakkaat.

Kuitenkin *juuri paljon palveluita tarvitsevat ovat ryhmä, jonka palveluiden saumattomuuteen olisi välttämätöntä keskittyä*, mikäli tavoitteena on kaventaa sosiaali- ja terveyseroja. Lisäksi heidän tarpeisiinsa vastaaminen kuluttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyisistä kustannuksista valtaosan, esitettyjen arvioiden mukaan jopa 80%. Kysymys on siten inhimillisen tuen saumattomuuden ohella myös kustannuksista.

*Tavoitteet: vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja
ja jatkuva kehittäminen*

Valinnanvapautta koskeva lakiesitys keskittyy aiheensa mukaisesti asiakkaiden mahdollisuuksiin valita palveluntuottaja. Tyypillisenä yksiarvoteoriaan perustuvana esityksenä se tavoittaa heikosti laajempia sosiaali- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Silti sote-uudistuksen keskeinen lähtökohta on aiheellisesti ollut erityisesti peruspalveluiden vahvistaminen. Lakiesityksen mukaan perustason palveluista vastaavat sote-keskukset tulevat kuitenkin olemaan lähinnä terveyskeskuksia, jolloin ne kykenevät mahdollisesti vahvistamaan vain terveydenhuollon peruspalveluja. Sosiaalihuollon peruspalveluiden kehittämiseen valmistelussa ei ole kiinnitetty lainkaan huomiota.

Monituottajamallissa kehittäminen on haasteellista, koska tuottajan kehittämät laadukkaat palvelut ja uudet innovaatiot ovat kilpailutekijöitä. Tämä ei tue niiden levittämistä koko järjestelmän yhteiseksi pääomaksi.

Peruspalveluiden vahvistaminen on sidoksissa siihen, miten palveluiden kehittäminen tulee järjestelmässä toteutumaan. Se edellyttää sekä henkilöstön osaamisen/koulutuksen, tietoperustan/tutkimuksen sekä kehittämistoiminnan olennaista vahvistamista sekä rakenteiden luomista näiden kehittämisen edellytysten saumattomalle yhteistyölle palvelujärjestelmässä. Nämä jäävät lakiesityksessä sivuun, vaikka tavoitteeksi asetetaan palveluiden laadun edistäminen. Näyttääkin siltä, että perus- ja myös erikoispalveluiden vahvistaminen näihin perustekijöihin panostamalla jää sote-järjestämislain varaan, jossa kehittämisen, koulutuksen ja tutkimuksen

yhteys on säädetty vaikuttavuutta tuottaakseen kovin yleisesti (järjestämislaki 35§) ja kaipaa täsmennyksiä.

Tavoitteet: hillitä kustannusten kasvua

ja vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan

Arviointia vaikeuttaa se, että rahoituksen monikanavaudistuksen toteutus ei ole vielä selvillä ja monet kustannusten realisoitumiseen vaikuttavat tekijät ovat keskeneräisiä. Yleisellä tasolla on kuitenkin nähtävissä, että *esitetyllä mallilla ei ole mahdollista hillitä kustannusten kasvua*. Päinvastoin ainakin alkuvaiheessa vaarana on kustannusten huomattava lisääntyminen, mitä aiheuttavat esimerkiksi järjestäjän ja tuottajan erottamisen hallinnolliset lisäkustannukset, monituottajajärjestelmässä rakentuvat transaktiokustannukset sekä tietojärjestelmien rakentamisen suuret kustannukset. Lisäksi järjestelmän integraatio-ongelmat eivät toteuta esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laajempaa integraatiota tai paljon palveluita tarvitsevien saumattomia palveluketjuja, mitkä parhaimmillaan voisivat vaikuttaa kustannusten hillitsemiseen.

Kustannusvaikuttavaan toimintaan kannustavat jatkossa käytettävissä olevat maakunnille osoitettavat rajalliset määrärahat. *Vaarana on kustannusten siirtyminen kasvaviin asiakasmaksuihin*, mikä puolestaan heikentää eri väestöryhmien mahdollisuuksia todellisuudessa käyttää yhdenvertaisesti palveluja ja vaikuttaa edelleen sosiaali- ja terveyserojen kasvuun.

Aikataulu

Uudistuksen tiukkaa aikataulua on siirretty vuodella eteenpäin ja tehty osittaista porrastusta. *Siirtymävaihe on edelleen liian lyhyt*, sillä käytettävissä oleva siirtymäaika on pitkälti kulunut valinnanvapauslain uuden version laatimiseen. Vaikka maakunnissa on jatkettu lainsäädännön epävarmuudesta huolimatta uudistuksen valmistelua, niin prosessi on erittäin laaja, monitahoinen ja vaativa tehtäväksi asetetussa aikaraamissa. Aikataulu asettaa vasta muodostumassa olevat maakunnat ja yksityiset tuottajat keskenään eriarvoiseen asemaan. Valinnanvapauslaki on alun perin hallitusohjelmassa suunniteltu uudistusprosessin loppuvaiheeseen, jolloin järjestelmä olisi vakiintunut ja uudistuksen vaikutukset olisivat paremmin ennakoitavissa ja hallittavissa. Olisi tarpeen palata alkuperäiseen suunnitelmaan ja *siirtää valinnanvapauden toteuttamista riittävästi eteenpäin*.

Yhteenvetona yleiskuva muodostuvasta palvelujärjestelmästä ja tavoitteiden toteutumisesta

Tiivistyksenä yleiskuvasta on, että kaksi tavoitetta (vapaus valita palveluntuottaja ja palvelujen saatavuus) yllä mainituista yhdeksästä (huomioitu saatavuus ja kustannukset päällekkäisinä) toteutuvat - ainakin jonkin asteisesti, sillä niillä on myös vastavaikutuksensa. Muissa tavoitteissa esitetyssä mallissa on suuria ongelmia tai niiden toteutuminen ei näyttäisi mahdollistuvan.

Kunnioittavasti

10.4.2018

Anneli Pohjola

Sosiaalityön professori emerita