

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 16/2018 vp. eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossaTaustaa

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt lausunnossa arvioimaan hallituksen esitystä 16/2018 vp kokonaisuutena sekä erityisesti palvelujen saatavuutta, yhdenvertaisuutta, asiakassuunnitelmaa sekä integraatiota.

Toimin Euroopan komission asettamassa asiantuntijaryhmässä (EXPH), joka on ottanut osaltaan kantaa hyvin samankaltaisiin ongelmiin, joita sote-uudistuksella pyritään Suomessa ratkaisemaan. Erityisen merkittäviä valinnanvapauslakiesityksen vaikutusarvioinnin kannalta ovat EXPH:n seuraavat asiantuntijakannanotot, joita olen ollut laatimassa:

- Terveystenhuollon saatavuus Euroopan unionissa (3.5.2016), https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Terveystenhuollon tuottajien välinen kilpailu (12.6.2015), https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/007_competition_healthcare_providers_en.pdf
- Perusterveydenhuollon toimintakehyksen määrittely erityisesti huomioiden sen rahoitusmekanismi ja yhteistyön erikoissairaanhoidon kanssa (15.6.2014), https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf

Esitysluonnos valinnanvapauslaiksi on ollut arvioitavana myös STM:n nimittämässä sote-asiantuntijaryhmässä, jonka jäsen olen. Sote-asiantuntijaryhmän asiantuntijat ovat tuoneet valinnanvapauslain valmistelun aikana esiin useita lakiesityksessä olevia ongelmia. Esiin nostetuista ongelmakohdista erikoissairaanhoidon asiakasseteliä koskevat määräykset sekä jonkin verran myös asiakassuunnitelman laatimisvelvoitteeseen kohdistuvat määräykset ovat muuttuneet nyt lausuttavana olevaan hallituksen esitykseen nähden. Muilta osin Sosiaalilääketieteen aikakauslehdessä 1/2018 julkaistussa lausunnossamme esitetyt arviot valinnanvapauslakiesityksen ongelmista pitävät edelleen paikkansa, joten tältä osin viitataan liitteenä olevassa julkaisussa esittämäni aiempaan arvioni (liite 1). Arvioni mukaan sote-uudistuksen alkuperäiset tavoitteet (palvelujen yhdenvertainen saatavuus,

terveys- ja hyvinvointierojen pienentyminen, kustannuskasvun hillintä, palvelujen parempi asiakaslähtöisyys) toteutuvat esitetyn valinnanvapauslain avulla edelleenkin huonosti.

Valinnanvapauslakiesityksen keskeiset ongelmat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan kannalta liittyvät:

- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen puutteelliseen integraatioon
- sosiaali- ja terveystalouden riittämättömään rahoitukseen ennakoitua tarpeeseen nähden
- kustannusvaikuttavaa toimintaa edistävien rahoituskannustimien puuttumiseen taikka epäselvyyteen
- pienten maakuntien puuttuvaan kykyyn vaativien sote-palveluiden järjestämiseen asukkaalleen
- lisääntyvään hallintoon ja sen aiheuttamiin lisäkustannuksiin
- järjestelmän monimutkaisuuteen ja vaikeaan ohjattavuuteen
- asiakassuunnitelman laatimiseen ja ylläpitoon liittyviin ongelmiin

Tarkastelen jäljempänä yksityiskohtaisemmin näitä ongelma-alueita.

Palvelujen saatavuus ja erityisesti esitetyn rahoitusmekanismin riittävyys

Sote-palvelujen rahoitusmekanismi muodostuu n. 80 %:n osuudella valtion maakunnille ohjaamasta rahoituksesta sekä n. 20 % osalta asiakasmaksuista (lähtötilanteessa asiakasmaksujen määrä olisi n. 1,8 mrd euroa). Asiakasmaksut jo sinänsä luovat ja ylläpitävät terveys/hyvinvointieroja (ks. em. EXPH:n raportti Terveystalouden saatavuudesta Euroopan unionissa). On hyvin ongelmallista, että asiakasmaksulainsäädännön uudistusta koskeva esitys ei ole osana nyt arvioitavaa sote-lakipakettia.

Hallituksen tavoitteena on sote-kustannusten kasvun leikkaaminen. Tällä hetkellä ennakoidaan sotemenojen kasvuksi n. 3 % vuodessa seuraavan 10 vuoden aikana. Arvio perustuu mm. yli 75-vuotiaiden vanhusten määrän kasvuun. Hallitus on ilmoittanut, että sote-uudistuksella pyritään kustannusten kasvu painamaan 0,9 % "kasvu-uralle" eli alle sen, mitä tiedossa oleva tarve tällä hetkellä edellyttäisi. Seuraavan kymmenen vuoden aikana tämä merkitsisi n. 3 mrd euron eli n. 10 % vähennystä tällä hetkellä arvioituun soten rahoitustarpeeseen nähden. Hallitus on esityksissään tuonut esiin, että kustannuskasvun hillintä on mahdollista mm. tehostamalla palvelutuotantoa ja lisäämällä digitalisaatiota. Useat asiantuntijat, mm. Valtiontalouden tarkastusvirasto, ovat omissa arvioissaan pitäneet hallituksen odotuksia epärealistisina ottaen huomioon sen, että Suomessa terveystaloudet on järjestetty kansainvälisesti arvioiden erittäin kustannustehokkaasti ja että terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta (BKT) on jo nyt pienempi (so. n. 9,4 % vuonna 2015) kuin muissa Pohjoismaissa (joissa se on n. 11 %).

Hallituksen esityksessä 15/2017 vp todetaan tältä osin seuraavaan: *"Vuoden 2012 rahassa esitetyn tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi, että menojen kasvua leikattaisiin keskimäärin noin 1,5 prosenttiyksiköllä vuosittain vuosina 2020–2029. Tästä johtuen maakuntien rahoituslakiehdotuksen 6 pykälässä esitetään valtion rahoituksen vuotuisen tarkastamisen rajoittamista suhteessa maakuntaindeksiin toteutuneeseen muutokseen, jolloin saavutettaisiin vuoteen 2030 mennessä yhteensä 2,8 miljardin euron laskennallinen säästö. Tämän sääntelyn avulla pyritään osaltaan tukemaan edellä mainitun hallitusohjelmaan kirjatun säästötavoitteen saavuttamista. Rahoituksen tason rajaaminen säästöjen toteutumiseksi perusoikeuksien toteutumisen turvaavalla tavalla edellyttää kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tehostamista ja tuottavuushyötyjen realisoitumista sekä lakisääteisten palvelujen tarkempaa määrittelyä, arviointia ja tarvittaessa rajaamista."*

Rahoitusleikkausten perustana olevat arviot sote-kustannusten kasvun vähenemisestä ovat erityisen ongelmallisia, koska sote-uudistuksen mallissa on monia elementtejä, jotka mitä ilmeisimmin lisäävät kustannuksia. Näitä ovat erityisesti:

- uusien potilasryhmien siirtyminen ensisijaisesti julkisesti rahoitetun hoidon piiriin (työterveyshuollon potilaat, hammashoito)
- perustason palveluiden paremman saatavuuden aiheuttama palvelukäytön lisääntyminen. Perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon tehtävien läheteiden osuus on melko vakio perusterveydenhuollon resurssoinnista riippumatta – käytännössä noin joka kolmas toista käynti perusterveydenhuollossa aikaan saa lähetteen erikoissairaanhoidon palveluihin
- kustannuksia säästävät rakenteellisen integraation heikkous ehdotetussa sote-mallissa. Usein soten säästöpotentiaali on laskettu ns. parhaiden käytäntöjen varaan, joita esim. vanhuspalvelujen osalta Suomessa edustaa yleensä hyvinvointikuntayhtymämalli, kuten Eksote. Nämä mallit eivät sote-uudistuksessa nyt toteudu, eivätkä näin ollen myöskään mallin mahdolliset kustannushyödyt
- tilaaja- tuottajamalliin (so. järjestäjän erottamisen tuottajasta) liittyvät korkeat transaktio- ja hallintokustannukset, jotka kansainvälisen kokemuksen mukaan, ovat yleensä 10-15 % koko toiminnan budjetista
- uuteen hallintomalliin liittyvät merkittävät käyttöönottokulut (mm. tietojärjestelmäinvestoinnit)

Sote- ja maakuntauudistuksessa maakuntien rahoitus v. 2020 on tarkoitus perustaa vuosien 2018 ja 2019 kustannustasoon, johon em. uudet kustannukset eivät sisälly. Maakuntien rahoitus on siis jo lähtötilanteessa alimitoitettu. Esim. Uudenmaan maakunta on arvioinut rahoitusvajauksen osaltaan

olevan n. 5 % kustannuksista (eli 300 milj. euroa) vuonna 2020. Rahoitusvaje pahenee aikaa myöten, kun maakuntien rahoitus on sidottu laskennalliseen maakuntaindeksiin. Tilannetta pahentaa osaltaan se, että maakunnilla ei ole mahdollisuutta ottaa lainaa rahoituksensa turvaamiseksi.

Sote-uudistuksen rahoitusmallia koskevat säännökset on kirjattu maakuntien rahoituslakia koskevaan esitykseen, mutta palvelutuottajien rahoitus taas valinnanvapauslakiesitykseen. Rahoituslakia koskevan esityksen 6 §:ssä todetaan, että toteutuneet kustannukset otetaan huomioon siihen määrään asti, että käyttökustannusten vuosittainen kasvu vastaa enintään prosenttimäärää, joka on maakuntaindeksin toteutunut muutos lisättynä 0,5 prosenttiyksiköllä. Toteutuneet kustannukset voidaan ottaa huomioon em. tason ylittävältä osalta, jos se on välttämätöntä peruspalvelujen saatavuuden turvaamiseksi, valtion talousarviovalmisteluun liittyvässä erillisessä arviointimenettelyssä.

Maakunnan (so. järjestäjän) saama rahoitus vaikuttaa palveluntuottajilla maksettaviin korvauksiin, joista on säädetty valinnanvapauslakiesityksen 10. luvussa. Lakiesityksen 63 §:ssä todetaan mm, että korvausten on tuettava maakuntatalouden kestävyyttä. Käytännössä maakunnan mahdollisuuksia järjestää väestön tarvitsemia palveluja rajoittaa sen valtiolta käyttöön saama rahamäärä. Vaikka rahoituslakiesitykseen sisältyy mekanismeja, joilla voidaan maakunnan mahdolliseen rahoituskriisiin puuttua, ovat nämä mekanismit hyvin hitaita suhteessa siihen, että sosiaali- ja terveyspalveluissa on usein kyse kiireellisestä avuntarpeesta, jonka laiminlyönti voi johtaa jopa apua tarvitsevan henkilön kuolemaan tai vammautumiseen. Kaiken kaikkiaan voi todeta, että tarpeeseen nähden riittämätön palvelujen rahoitus johtaa siihen, palvelujen tarveperusteinen saatavuus ei ehdotetussa järjestelmässä toteudu.

Turvaako hallituksen esitys yhdenvertaiset palvelut eri väestöryhmille

Hallitus esittää sote- ja maakuntauudistuksessa, että palvelujen järjestäjänä toimisi 18 maakuntaa. Ne ovat kooltaan ja voimavaroiltaan hyvin eri kokoisia. Valinnanvapauslakiesityksen 22 § koskee maakunnan liikelaitoksen palveluysikön valintaa. Sen mukaan: *”Asiakas saa muut kuin suoran valinnan palvelut 21 §:n 1 momentissa tarkoitetun maakunnan liikelaitoksen palveluysiköistä sen mukaan kuin kyseinen liikelaitos on järjestänyt toimintansa.”*

Asiakkaan palvelujen kannalta on merkittävää huomata, että ko. säännös jättää melko lailla täysin maakunnan liikelaitoksen harkittavaksi, mitä palveluja se tarjoaa. Eräs järjestäjän ja tuottajan erotamiseen liittyvä ongelma on juuri se, että tuottajat (ml. maakunnan liikelaitos) voivat valita ne toiminnot, joita ne käytössä olevan rahoituksen puitteissa haluavat ylläpitää. Esim. Englannissa tämä malli johti siihen, että monet ns. yleissairaalat lopettivat ”kannattamattomat” palvelut ja keskittyivät tuottamaan vain joitain valittujen lääketieteen erikoisalojen palveluja.

Valinnanvapauslakiesityksen 8. luku käsittelee palvelutuottajan hyväksymistä. Hyväksymismenettely ei kuitenkaan koske maakunnan liikelaitosta sinänsä eli liikelaitos voi toimia, vaikka sen tarjoamat palvelut olisivat puutteellisia joko laadultaan taikka sisällöltään. Käytännössä maakunnan liikelaitos voi esitetyn sääntelyn perusteella vaikka jättää tuottamatta kaikki kirurgiset leikkauspalvelut ja ohjata alueen potilaat käyttämään asiakasseteliä taikka valinnanvapautta hakeutua jonkun toisen maakunnan liikelaitoksen hoidettavaksi. Näin täysin siitä riippumatta, että alueen väestö haluaisi käyttää oman maakunnan alueella tuotettuja palveluja.

Erityisesti erikoissairaanhoidon palveluja on parin viime vuoden aikana keskitetty. Terveystieteiden laitoksen 45 §:n mukaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Leikkaustoiminta, joka edellyttää leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa, tulee kokonaisuudessaan koota niihin sairaaloihin, joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.

Näiden keskittämistoimien perusteena on hallituksen esityksen 224/2016 mukaan se, että: *”Suurin ongelma laajan päivystyksen ylläpidossa on henkilöstön saatavuus. Yhden päivystysvakan sin hoidaminen omalla työvoimalla edellyttää 10—12 alan erikoislääkärin virkaa päivystyksen järjestävässä yksikössä. Raskaissa aktiivipäivystyksissä virkoja tarvitaan tätäkin enemmän. Henkilöstön saatavuuden ongelmat näkyvät erityisesti lastentautien ja neurologian päivystyksen järjestämisessä. Useassa pienemmässä keskussairaalassa on lastentautien erikoislääkärin virkoja vähän ja niiden täyttäminen on ollut vaikeaa. Vaikka akuutit neurologiset ongelmat kuten aivoverenkiertohäiriöt ovat tavallisia, eivät nykyisin edes suurempien keskussairaaloiden virkapohjat aina riitä neurologian päivystyksen järjestämiseen. Sairaalaverkon tiivistäminen mahdollistaa osaavan työvoiman saannin sekä päiväaikaiseen toimintaan että laadukkaaseen päivystystoimintaan.”*

Erikoislääkärien saatavuusongelmat eivät rajoitu vain päivystykseen. Kun päivystystyö muodostaa merkittävän osan lääkäreiden ansioista, ohjautuu erikoislääkäreitä nimenomaan niihin sairaaloihin, joissa voi tehdä myös päivystystyötä. Onkin ilmeistä, että erikoissairaanhoidon palvelujen osalta kaikkien maakuntien liikelaitoksiin ei riitä työvoimaa, jotta siellä pystyttäisiin tuottamaan väestön tarvitsemia kiireettömiä erikoissairaanhoidon palveluja. Tilannetta vaikeuttaa vielä järjestäjän ja tuottajan erottaminen, jonka takia osa erikoissairaanhoidon osaajista joudutaan irrottamaan potilastyöstä hallinnolliseen palvelun järjestämistyöhön. Käytännössä lopputuloksena voi olla tilanne, jossa erikoissairaanhoidon eri palvelujen saatavuus vaihtelee suuresti eri maakuntien välillä.

Paitsi että palvelujen saatavuus todennäköisesti vaihtelee alueellisesti, saattaa vaihtelua olla myös yhden maakunnan sisällä sen eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Terveystieteiden tasaamisen osalta näyttö valinnanvapausmallin hyödyllisyydestä puuttuu. Valinnanvapautta pystyvät esim. Ruotsin kokemusten perusteella käyttämään ennen kaikkea koulutetut, työkäiset henkilöt. Tämän ryhmän lisääntynyt palvelukäyttö voi itse asiassa viedä pois resursseja esimerkiksi muistisairailta tai

heikkokuntoisilta vanhuksilta taikka masennuksesta kärsiviltä mielenterveyspotilailta (joitain esimerkkejä mainitakseni).

Onko asiakassuunnitelman laatimisen menettely asianmukainen

Valinnanvapauslakiesityksen ehdotetussa toimintamallissa palvelujen rakenteellinen integraatio toteutuu vain osittain. Toiminnallisen integraation aikaansaamiseksi valinnanvapauslakiesityksessä edellytetään asiakassuunnitelman laatimista sote-palvelujen käyttäjille.

Asiakassuunnitelmaa koskeva perussäännös sisältyy valinnanvapauslakiesityksen 5 §:ään, jonka mukaan: *”Maakunnan on huolehdittava järjestämislain 13 §:n 1 momentin mukaisesti laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluja tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Tämän toteuttamiseksi asiakkaalle laaditaan palvelutarpeen arvioinnin perusteella asiakassuunnitelma siten kuin siitä erikseen säädetään. Asiakassuunnitelman on katettava kaikki asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotantovastuusta riippumatta. Jos asiakkaan palvelutarve muuttuu, asiakassuunnitelmaa on muutettava vastaavasti. Maakunnan liikelaitos, sosiaali- ja terveyskeskus ja suun hoidon yksikkö ovat kukin omalta osaltaan vastuussa suunnitelman laatimisesta.”*

Käytännössä asiakassuunnitelma on potilaan/asiakkaan kannalta hyvin merkittävä dokumentti, koska sen perusteella pitkälti määräytyy hänen oikeutensa julkisesti rahoitettuihin palveluihin. Potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeuden on katsottu sisältyvät perustuslain 7 §:n tarkoittamaan henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen. Valinnanvapauslailla ei ole tarkoitus muuttaa esimerkiksi potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:ssä turvattua potilaan itsemääräämisoikeutta. On kuitenkin ongelmallista, että samaan aikaan kun valinnanvapauslaissa lisätään potilaan/asiakkaan mahdollisuuksia valita palvelujen tuottaja, valinnanvapautta palvelun sisällöstä rajoitetaan asiakassuunnitelmaa koskevilla säännöksillä.

Erityisen ongelmalliseksi asiakassuunnitelman tekee se, ettei valinnanvapauslakiesityksen 83 §:ssä ole minkään laista muutoksenhakua asiakassuunnitelman sisältöä koskevaan ratkaisuun. Hallituksen esityksen yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan päinvastoin, että asiakassuunnitelma ei olisi muutoksenhakukelpoinen päätös, vaan suunnitelma, joka toimisi mm. palvelujen yhteensovittamisen työkaluna. Ottaen huomioon, että asiakassuunnitelma tosiasiallisesti määrittää oikeuden sekä asiakassetelipalvelujen (esim. palveluasunnon saamiseen) taikka yksityisten tuottajien tuottamien suoran valinnan palvelujen käyttöön, on suunnitelmaa kuitenkin vaikea pitää pelkkänä tosiasiallisena hallintotoimintana, johon ei tarvitsisi liittää oikeusturvakeinoja.

Paitsi potilaan/asiakkaan kannalta, asiakassuunnitelmaan liittyy oikeusturvaongelmia myös palvelua tarjoavan ammattihenkilön kannalta. Valinnanvapauslakiesityksessä tai sen perusteluissa ei ole mitenkään kuvattu, mitä vaikutuksia on sillä, jos ammattihenkilö poikkeaa hyväksytystä asiakassuunnitelmasta esimerkiksi potilaan toiveen takia tai koska potilas kieltäytyy jostain asiakassuunnitelmaan sisältyvästä toimenpiteestä.

Käytännön tasolla laadukkaan ja ajantasaisen asiakassuunnitelman laatiminen ja ylläpitäminen tulee olemaan hyvin haastavaa ja viemään paljon sosiaali- ja terveydenhuollon resursseja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatio

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio on tehokkain tapa huolehtia kustannustehokkaasti paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista/potilaista. Se on myös tehokas tapa ehkäistä riskihenkilöiden syrjäytymistä ja työkyvyttömyyttä. Sote-uudistuksessa integraatio tapahtuisi perustasolla hyvin puutteellisesti. Sote-keskukset toimisivat erillään maakunnan liikelaitoksesta, jonne suurin osa sosiaalityön ammattilaisista sijoittuisi.

Paljon palveluja tarvitsevien ryhmien osalta integraatiota vaikeuttaa palvelukokonaisuuksien pilkkominen pakollisilla asiakasaseteilla tuotettaviin osiin. On epätodennäköistä, että monisairaat potilaat taikka hoivaa tarvitsevat vanhukset olisivat kykeneviä itsenäisesti rakentamaan asiakasaseteista mielekkäitä palvelukokonaisuuksia. Ehdotettu järjestelmä sitookin merkittävästi resursseja asiakasohjaukseen ja asiakassuunnitelmien laatimiseen, mikä resurssi on sitten poissa varsinaisesta palvelutuotannosta.

Asiakassetelit eivät myöskään ole erityisen kustannustehokas tapa palvelujen tuottamiseen. Suomessa ei ole olemassa yhtenäistä asiakassetelien hallinnointiin käytettävää tietojärjestelmää. Erityisesti erikoissairaanhoidossa asiakassetelien hallinnointikustannukset ovat suuret, koska sekä asiakassetelin myöntäminen että setelillä tuotetun palvelun toteutumisen arviointi vaativat erikoislääkärin työpanosta. Myös tuottajien hintakilpailun kannalta asiakassetelit ovat ongelmallisia, koska asiakassetelin arvon määrittämiseen ei liity markkinamekanismia (kilpailuttamista). Näin on varsin mahdollista, että myönnetyn asiakassetelin arvo ei vastaa palvelun markkinahintaa.

Yhteenveto.

Sote-uudistus on erittäin monimutkainen kokonaisuus, jossa on hyvin vaikea hahmottaa eri säädösten lopullisia vaikutuksia. Siksi "kertarysäyksellä" toteutettuun lainsäädäntöpakettiin liittyy paljon riskejä. Hallituksen esityksessä 16/2018 vp. laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali ja terveydenhuollosta on korjattu useita aikaisempaan hallituksen esitykseen 15/2017 vp. sisältyneitä perustustaillisia puutteita. Valinnanvapauslakiesityksessä ehdotettu toimintamalli on kokonaisuutena kuitenkin sote-uudistuksen tavoitteiden kannalta varsin ongelmallinen:

- palvelujen saatavuuden parantamisen suurena uhkana on uudistuksen rahoitusmalli, jossa tosiasiallisesti leikataan palvelujen rahoitusta suhteessa ennakoituun tarpeeseen. Tämä tulee väistämättä heikentämään palvelujen saatavuutta. Mikäli ehdotettu kehysbudjetointi toteutuu, on vaarana myös, että rahoitus ohjautuu terveydenhuoltojärjestelmän kannalta huonosti vaikuttaviin palveluihin ja hallintoon, jolloin väestön terveys ja hyvinvointi heikkenevät nykytilanteeseen nähden.
- yhtenä uudistuksen ongelmana on, että palveluja järjestävät maakunnat ovat voimavaroiltaan varsin erilaisia. On epätodennäköistä, että pienet maakunnat pystyvät järjestämään vaativia palveluja asukkailleen yhdenvertaisesti suurten maakuntien kanssa. Uudistukseen sisältyvä tilaaja-tuottaja -malli aiheuttaa lisäksi resurssihukkaa. Ongelmia lisää, että maakunnan liikelaitoksella ei ole suoranaista palveluvelvoitetta. Valinnanvapaus suosii kaupunkien koulutettua väestöä ja voi johtaa paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden aseman heikkenemiseen erityisesti haja-asutusalueilla
- palvelujen integraation välineeksi esitetään uudistuksessa sitovaa asiakassuunnitelmaa. Siihen liittyy sekä käytännöllisiä että juridisia ongelmia. Käytännön ongelmana on, miten varmistetaan, että asiakassuunnitelmat pysyvät ajan tasalla ja potilaan/asiakkaan toiveet tulevat aidosti huomioiduiksi. Tämä vaatisi merkittävää uutta resursointia. Ongelmana on myös, miten varmistetaan sekä asiakkaan/potilaan että ammattihenkilön oikeusturva, jos asiakassuunnitelma sitoo palveluntuottajia palvelujen toteuttamisen suhteen
- Sote-uudistus toteuttaa huonosti tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integraatiosta. Ehdotettu uudistus itse asiassa rikkoisi monelta osin jo tällä hetkellä olevaa palveluintegraatiota. Näin tapahtuisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, koska sote-keskukset toimisivat erillään maakunnan liikelaitoksesta. Myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiotarve ei toteutuisi, sillä sote-keskukset antaisivat sosiaali- palvelujen osalta vai ohjausta ja neuvontaa.

Kokonaisuutena nyt ehdotettu sote-uudistus ei toteuta uudistuksen alkuperäisiä tavoitteita.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Liite 1: Lehtonen L et al: Valinnanvapaus SOTE-uudistuksessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakausi-lehti 2018:55,78-87.