



TAMPEREEN
YLIOPISTO

Liina-Kaisa Tynkkynen, FT
Yliopistonlehtori (sosiaali- ja terveystieteet)

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Tampereen yliopisto

liina-kaisa.tynkkynen@uta.fi
+358 40 190 1675

LAUSUNTO
Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

Viite: Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta keskiviikko 4.7.2018

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

Teema: Kuullaan vastineesta, erityisesti asiakassuunnitelmaan, asiakasseteliin ja henkilökohtaiseen budjettiin esitetyjen muutosten osalta



LAUSUNTO

Kiitan valiokuntaa mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni hallituksen vastineesta sosiaali- ja terveystaloudelle (HE 16/2018 vp hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi sekä täydentävä vastine HE 15/2017 vp). Tarkastelen esitystä ennen kaikkea annettujen teemojen näkökulmasta.

Aluksi totean yleisesti että vastineessa on esitetty **kannatettavia muutoksia hallituksen esitykseen**. Esimerkiksi:

- **Aikataulun porrastaminen** niin, että se huomioi maakuntien eritahtisen etenemisen valmistelussa, on kannatettavaa. Hallituksen antaman vastineen jälkeen tullut tieto siitä, että maakuntien aloitus siirtyy vuoteen 2021, tarjonnee maakuntien valtuustoille paremmat mahdollisuudet vaikuttaa myös valinnanvapausmallin sisältöön jos valtuustot päästään valitsemaan vuoden 2019 aikana. Lisäksi siirtymäajan piteneminen antaa lisää aikaa esitetyn mallin näkökulmasta hyvin oleellisten ICT-järjestelmien kehittämiselle. Toimeenpanon siirtyessä lieneekin järkevää jatkaa ns. rajoituslain kesto vuoteen 2021, jotta mahdolliset yksittäisten kuntien irtiotot esimerkiksi kokonaisulkoistusten muodossa. Näin etenkin siksi, että sote-palveluiden siirtäminen nykyisiä kuntia suurempien järjestäjätahojen vastuulle on joka tapauksessa melko laajasti kannatettu suunta uudistukselle.
- **Pidempi siirtymäaika** mahdollistaa pilotoinnin huolellisemman valmistelun ja toteuttamisen verrattuna siihen, mitä aikaisemmassa HE:ssä linjattiin. Esimerkiksi asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin pilotointiin olisi hyvä varata aikaa ainakin esitetty kaksi vuotta, jotta pilotointi olisi mahdollista toteuttaa asiallisesti. Henkilökohtainen budjetti on palveluiden järjestämistapana uusi ja sen toimeenpanosta, arvonmäärityksestä ym. tiedetään vielä vähän. Siksi käyttöönoton porrastaminen kokeilujen avulla on kannatettavaa. Sama koskee 24 § mukaisiin asiakassetelipalveluihin lukeutuvia palveluja, kuten sosiaalista kuntoutusta, jonka soveltuvuudesta asiakassetelin avulla tuotettavaksi tiedetään vähän, jonka markkinat ovat monin paikoin kehittymättömät ja tuotteistus todennäköisesti haastavaa. Ylipäätään asiakassetelinkaltaisista järjestelyistä ei ole juuri kansallista tai kansainvälistä kokemusta ja siksi huolellinen pilotointi ja pilotin kokemusten arviointi ovat tärkeitä. Jotta keskenään hyvin erilaiset maakunnat voisivat hyötyä pilotoinnin tuloksista mahdollisimman hyvin, olisi syytä harkita tarvittaisiinko myös asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin osalta sote-keskusten kaltaista, maakuntakohtaista siirtymäajan pidentämismahdollisuutta.
- **Valvonnan vahvistamisen** osalta yksityisten palveluntuottajien käyttämien alihankkijoiden ottaminen vahvemmin mukaan maakunnan valvonnan alaisuuteen ja toisaalta niille asetettujen velvoitteiden selkeyttäminen on kannatettavaa.

Samaan aikaan esityksen peruskysymykset ovat pysyneet ennallaan ja suhtaudun niihin valiokunnalle antamani edellisen lausunnon (StV 24.4.2018) tapaan kriittisesti. Seuraavassa en toista aikaisemmassa lausunnossa esittämiäni huomioita vaan keskityn ennen kaikkea pyydettyjen teemojen kannalta keskeisiin seikkoihin.

Maakuntien rahoituksen osalta haluan todeta, että hallituksen esittämä budjettirajoite näyttäytyy edelleen hyvin tiukkana, etenkin kun otetaan huomioon esimerkiksi väestön ikärakenteen muutokset. Vaikka ihmiset elävät pidempään hyväkuntoisina, ei elämän viimeisten vuosien hoivantarve ole muuttunut vaan ainoastaan siirtynyt korkeampaan ikään¹. Valinnanvapausmallin kustannusvaikutukset ovat lisäksi epäselvät eikä mallin voi olemassa olevan tiedon perusteella olettaa olennaisesti kontribuoivan kustannuksia hillitsevästi. Lisäksi esitetyt arviot² esimerkiksi teknologian kehittymisen mukanaan tuomasta säästöpotentiaalista tuntuvat – ainakin tarjottuihin perusteisiin suhteutettuina – liioitelluilta. On myös hyvä verrata suomalaista suunnitelmaa kustannustason kasvusta muissa maissa esitettyihin suunnitelmiin ja arvioihin. Esimerkiksi englantilainen tutkimuslaitos Institute of Fiscal Studies arvioi, että Englannissa tarvitaan seuraavien 15 vuoden ajan joka vuosi reaalikasvua 3,3 % terveydenhuoltoon, jos toiminta halutaan pitää nykyisellä tasolla ja 3,9 % sosiaalipalveluihin, jotta voitaisiin vastata väestön kasvaviin palvelutarpeisiin³. Tiukka budjettirajoite yhdistettynä uudistuksen hyvin vaikeasti ennakoitaviin kokonaisvaikutuksiin antaakin edelleen aihetta epäillä maakuntien mahdollisuuksia selviytyä palveluiden järjestämistehtävästään. Tämän lisäksi erityisen huolen palveluiden riittävästä toteutumisesta tiukka budjettirajoite asettaa sellaisten hauraiden asiakasryhmien osalta, joille substanssilainsäädäntö ei luo palveluihin subjektiivisia oikeuksia. Esimerkiksi ympärivuorokautisia palveluja tarvitsevat vanhat ihmiset muodostavat potentiaalisesti tällaisen ihmisryhmän.

Hallituksen vastine on valmisteltu hyvin tiukassa aikataulussa ja se näkyy mielestäni esimerkiksi **asiakassuunnitelman** osalta tehdyissä ratkaisuissa. Ajatus sekä sosiaali- ja terveyspalveluita integroivasta asiakassuunnitelmasta on houkutteleva ja kannatettava. Tämän ajatuksen varaan on myös rakennettu argumentti siitä, että monituottajamallissa palveluiden yhteensovittaminen eli ”integraatio” varmistetaan tiedon integraation ja ihmisen kaikki palvelut yhteen kokoavan suunnitelman avulla. Käytännössä integroivan ohjausmekanismin rakentaminen monituottajamalliin on hyvin haastava tehtävä.

Käsitykseni on, että sosiaali- ja terveyspalveluita aidosti myös sääntelyn tasolla integroivan asiakassuunnitelman rakentaminen ei ole mahdollista asetetun aikataulun puitteissa. Ei ole myöskään varmuutta siitä, millä aikataululla tietojärjestelmät ovat sellaisessa asennossa, että ne mahdollistavat integraation asiakas- ja potilastietojen tasolla. Tietojärjestelmien olisi kuitenkin oltava valmiit ja toiminnassa kun valinnanvapausmallien toimeenpano alkaa, jotta palveluintegraatio ja asiakkaan palvelutarpeiden arvio eri tuottajien välillä voidaan tosiasiallisesti toteuttaa. Sen, millaisia vielä ratkaisemattomia tietosuojakysymyksiä tämän kaltaiseen arkaluontoisia potilas- ja asiakastietoja integroivaan suunnitelmaan liittyy ja onko näiden tietojen tarpeeksi tarkkatasoinen saaminen eri ammattilaisten nähtäväksi edes mahdollista, jätän ko. alan asiantuntijoiden arvioitavaksi. Pidän näiden kysymysten selvittämistä

¹ Forma L et al. Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. BMC Health Serv Res. 2017 Sep 19;17(1):668.

² Muistio eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle, sosiaali- ja terveysvaliokunnalle ja tarkastusvaliokunnalle 16.5.2018/Martti Hetemäki, valtiovarainministeriö https://vm.fi/documents/10623/6305483/Muistio_sote-uudistuksen_kustannusvaikutuksista/d359cd80-3198-4146-a55a-d2b62725c2a4/Muistio_sote-uudistuksen_kustannusvaikutuksista.pdf

³ <https://www.ifs.org.uk/uploads/publications/comms/R143.pdf>

kuitenkin hyvin olennaisena asiakassuunnitelman toimeenpanon näkökulmasta ja siksi niiden arviointi tulisi toteuttaa huolella.

Tulkitsen, että annetun valmisteluajan pituudesta (eli siis lyhydestä) johtuen on päädytty siihen, että asiakassuunnitelman asiakkaalle oikeuksia luova velvoittavuus tuottajien suuntaan on yksinkertaisesti poistettu. Asiakassuunnitelma ei siis olisi luonteeltaan asiakkaalle oikeuksia luova, muutoksenhakukelpoinen päätös, vaan suunnitelma, joka toimisi palvelujen suunnittelun ja yhteensovittamisen ”työkaluna”. Tällöin myös **asiakassuunnitelman mahdollisuus ohjata ihmisen palveluiden kokonaisuutta heikentyy ja muuttuu sattumanvaraisemmaksi.**

Asiakassuunnitelman koordinoivan luonteen heikentymistä lisännee myös se, että yksittäisillä palveluntuottajilla on mahdollisuus yksipuolisesti muuttaa asiakassuunnitelmaa (5 § 3 mom.). Palvelun joustavuuden näkökulmasta tämä on kannatettavaa, mutta epäselväksi jää, onko maakunnan liikelaitoksen keinoista puuttua muutokseen, jos se esimerkiksi vaarantaa asiakkaan palvelutarpeen kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden muodostumisen (5 § 4 mom.) säädetty tarpeeksi vahvasti. Suoranvalinnanpalveluiden (sote-keskukset), asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin osalta taloudelliset kannusteet suuntautuvat keskeisesti niin, että ne kannustavat siirtämään vastuuta asiakkaan palvelutarpeeseen vastaamisesta toisille saman asiakkaan palveluja tuottaville tahoille. Herääkin kysymys, voiko asiakassuunnitelma toimia myös vastuunsiirron välineenä yksittäisen asiakkaan palvelukokonaisuudessa.

Mahdollisuus siihen, että eri toimijoilla on keskenään ristiriitaisia tulkintoja ihmisen palvelutarpeesta ja tarpeeseen vastaamiseen tarvittavista palveluista ei ylipäättään nouse hallituksen esityksessä ja vastineessa selkeästi esille. Ajatus on ennemmin se, että kaikki tuottajat puhaltavat yhteen hiileen ja pyrkivät toimimaan asiakkaan koko palvelupaletin näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Sinänsä tämä on kummallista, koska, kuten jo yllä mainitsin, mallin kannustimet ohjaavat ennemmin vastuun siirtoihin kuin yhteistoimintaan. **Laissa olisikin syytä huomioida paremmin, miten erimielisyydet asiakassuunnitelman (5 §) sisällön, muuttamisen ja tulkinnan suhteen ratkaistaan ja kuka ne viimekädessä ratkaisee.**

Näkemykseni on, että nyt esitetty integroiva asiakassuunnitelma (5 §) luo lähinnä illuusion tai toiveen siitä, että sen avulla olisi mahdollista *varmistaa* ihmisen palveluiden kokonaisuuden integrointi toiminnan tasolla. Sinänsä asiakassuunnitelmien laatiminen sosiaali- ja terveyspalveluiden arjessa on ammattilaisille tuttua ja osa joka päiväistä työtä. Tiedämme kuitenkin, että esimerkiksi terveyskeskusasiakkaille laaditaan tällä hetkellä suunnitelmia melko sattumanvaraisesti ja iso osa asiakkaista ei edes tiedä, onko heillä suunnitelmaa vai ei⁴. Asiakassuunnitelmien laatimisen sattumanvaraisuutta voitaisiin ainakin jonkin verran taklata esimerkiksi seuraavilla tavoilla:

1. Vaikka asiakassuunnitelma ei luo asiakkaalle oikeutta palveluihin voisi asiakkaan oikeudesta saada 5 § mukainen asiakassuunnitelma tehdyksi säätää tarkemmin (vrt. säädökset asiakkaan oikeudesta henkilökohtaiseen budjettiin ja asiakasseteliin). Näin

⁴ Vehko T ym. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Suomen Lääkärilehti 38/2016 vsk 71.



voitaisiin vahvistaa ihmisen oikeutta palvelutarpeen arvioon ja integroitujen palveluiden suunnitteluun.

2. Säättämällä esimerkiksi pitkäaikaisten asiakassuhteiden tai paljon palveluita tarvitsevien ihmisten osalta tarkemmin siitä, kuinka usein 5 § mukaista asiakassuunnitelmaa on tarkasteltava sen ohella, että asiakassuunnitelmaa on päivitettävä, jos asiakkaan palvelutarve muuttuu (vrt. säädökset henkilökohtaisesta budjetista). Tämän osalta olisi toki valmistelussa otettava huomioon se, mitä tämän kaltainen uusi velvoite maakuntien näkökulmasta tarkoittaisi. Asiakassuunnitelmien säännöllinen tarkastelu vaatii melko mittavaa resursointia eikä ole lainkaan varmaa onko maakunnilla asetetun budjettirajoitteen maailmassa todellisia mahdollisuuksia siihen.

Käytännön tason palveluiden integraatiota mahdollisesti edistävä seikka voisi olla sen varmistaminen, että jokaisella laajoja ja pitkäaikaisia palvelutarpeita omaavalla ihmisellä olisi nimettynä **omatyöntekijä**, jonka vastuulla ihmisen palvelukokonaisuuden ja 5 § mukaisen asiakassuunnitelman hallinta olisi. Tämä on esimerkiksi lainsäädännössä vahvistettuja asiakkaan oikeuksia heikompi keino varmistaa integraation toteutuminen. Erilaisia omatyöntekijämalleja on kuitenkin jo pitkään edistetty kansallisella tasolla ja kehitetty sosiaali- ja terveyspalveluiden käytännön työssä. Valinnanvapausmallin myötä syntyy kuitenkin epävarmuutta sen suhteen, mihin organisaatioon omatyöntekijä nimitään ja mistä omatyöntekijä kannattaisi nimetä kunkin asiakkaan kohdalla. Esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin osalta, löytyisikö integraatiosta vastaava omatyöntekijä maakunnan liikelaitoksesta vai jonkin sellaisen palveluntuottajan palveluksesta, jonka palveluita asiakas käyttää päivittäin (esim. palveluasumisyksikkö)? Vai tuleeko ihmiselle itse asiassa monta omatyöntekijää, joilla on velvoite tarjota ohjausta ja neuvontaa niin, että erilaiset ohjeet ja neuvot saattavat olla keskenään jopa ristiriidassa (ks. kommenttini yllä toimijoiden välisistä ristiriidoista). Tässäkin suhteessa integraation käytännön toteutuminen jää epäselväksi.

Hallituksen valinnanvapauslakiesityksen ominaispiirre on, että se jakaa ihmisen palvelut monen toimijan tuottamiksi ja usean ohjausjärjestelmän piiriin. Tämä ei liene ongelma ihmisille joilla on vain yksittäisiä palvelutarpeita tai riittävä toimintakyky omien asioidensa hoitamiseen yksin tai yhteistyössä omaisten/läheisten kanssa. Ongelmat syntyvät tilanteesta jossa ihmisellä on toimintakyvyn rajoitteita, useita erilaisia palvelutarpeita tai esimerkiksi kognition tai ilmaisun ongelmia. Myös tässä valossa asiakassuunnitelman koordinoivan statuksen heikentäminen voi aiheuttaa pulmia. Esimerkiksi henkilökohtainen budjetti ja asiakasseteli ollaan velvoittavasti ottamassa käyttöön nimenomaan sellaisissa palveluissa joissa palveluita tarvitsevilla henkilöillä voidaan katsoa olevan todennäköisesti ongelmia joillakin edellä mainituista alueista. Esimerkiksi vanhojen ihmisten kohdalla palveluiden tarveharkinnan kriteerit ovat jo sen verran tiukat, että kun palveluiden saamisen kriteerit ympärivuorokautiseen hoitoon täyttyvät ei ihmisellä itsellään ole enää juurikaan mahdollisuutta tehdä päätöksiä omien palveluidensa suhteen⁵. Henkilökohtaisen budjetin taustalla olevat oletukset ihmisen mahdollisuuksista osallistua omien palveluidensa suunnitteluun ovatkin tiettyjen asiakasryhmien osalta rajalliset. Samaan aikaan on kuitenkin todettava hauraiden asiakasryhmien itsemääräämisoikeuden vahvistamisen olevan sinänsä kannatettava tavoite.

⁵Henk.koht.tiedonanto, Gerontologian professori Marja Jylhä

Koska asiakassuunnitelma (5 §) ei olisi tuottajia velvoittava (mutta sen jotkut osat voivat substanssilakien nojalla olla), henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelin osalta subjektiivinen oikeus muodostuu vain suhteessa palveluiden järjestämistapaan, ei itse palveluun tai sen sisältöön. Ihminen voisi siis vaatia palveluita järjestettäväksi asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla, jos kokee olevansa oikeutettu tämän kaltaiseen palveluiden järjestämistapaan. Sinänsä tämä oikeus, siinä missä mikä tahansa muu asiakkaan oikeuden vahvistuminen palveluissa, on kannatettava ja joidenkin asiakasryhmien kannalta varmasti myös tärkeä. Oikeus voi kuitenkin muodostua myös melko triviaaliksi tilanteessa, jossa ihmisellä on akuutti palveluntarve ja edellä esitetyjä toimintakyvyn rajoitteita.

Lakiesityksen esitöissä (HE s. 186) esitetään tulkinta, että asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin kautta palveluita tuottavilla tuottajilla on mahdollisuus asiakasvalikointiin. Tämän tulkinnan paikkaansa pitävyyttä lienee syytä arvioida vielä tarkemmin. Jos tulkinta pitää paikkansa nostaa se esiin useita palveluiden asiakasvalikointiin ja oikeudenmukaisuutteen liittyviä kysymyksiä. Olen käsitellyt koko valinnanvapausmallin sisältävää asiakasvalikoinnin riskiä aikaisemmassa lausunnossani (StV 24.4.) tarkemmin. Totean kuitenkin että asiakasvalikoinnin riskiä lisää myös se (ja näin myös suoran valinnanpalveluiden osalta), että asiakas voi ostaa myös lisäpalveluita tai korottaa palvelutasoaan. Jos HE esitöiden tulkinta pitää paikkansa, voisiko siis esimerkiksi olla mahdollista, että asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin tuottajat voisivat esim. kieltäytyä ottamasta vastaan muita kuin omalla rahalla lisäpalveluita hankkivia asiakkaita? Jos tuottajat voivat valikoida asiakkaitaan, lienee mahdollista, etenkin jos setelin tai budjetin arvonmäärityksessä epäonnistutaan tai maakunnalla on varaa vain minimipalvelutasoon, että erityisen vaativien ja hauraiden asiakasryhmien osalta palveluiden saatavuudessa tulee ongelmia. Tämä asettanee myös omat haasteensa asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin arvon määrittämiselle.

Maakunta- ja sote-uudistus on äärimmäisen vaativa kokonaisuus niin lainvalmistelijoille, poliitikoille kuin asiantuntijoille. Valinnanvapauslaki muodostaa ehkä kaikista ongelmallisimman ja eniten ennakoimattomia riskejä sekä auki olevia kysymyksiä sisältävän osakokonaisuuden. Iso osa valinnanvapausongelmista liittyy markkinoiden sääntelyyn ja ohjaamiseen liittyviin kysymyksiin ja epävarmuuksiin, joiden johdosta myös palveluiden integraation rakentaminen malliin on hyvin haastavaa. Mallin ominaispiirre kun on, että se ennemmin hajottaa kuin kokoaa yhteen palveluja.

Perustuslakivaliokunta antoi lausuntonsa kesäkuun alussa ja jo muutaman viikon päästä siitä hallitus antoi vastineensa mietintövaliokuntana toimivalle sosiaali- ja terveysvaliokunnalle. On ilmeistä että vastineen valmisteluun annettu aikataulu on ollut äärimmäisen tiukka poliittisesta paineesta johtuen. Siksi valinnanvapauslain uudelleen kirjoittamisessa on jouduttu tekemään esimerkiksi asiakassuunnitelman osalta ratkaisuja, jotka eivät kehitä lakiesitystä integraation suhteen eteenpäin vaan poistavat sieltä elementin, jonka piti olla palveluiden yhteensovittamisen ja asiakkaiden oikeuksien näkökulmasta keskeinen. Samaan aikaan tilalle ei tarjota uskottavia vaihtoehtoisia malleja edistää ihmisten palveluiden yhteensovittamista ja palvelukokonaisuuksien koordinaatiota. On valiokunnan tehtävä arvioida ovatko tehdyt ratkaisut hyväksyttäviä uudistuksen kokonaisuuden näkökulmasta.