



Medical Management Centrum

Chef: Professor Mats Brommels

Perustuslakivaliokunta

Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Keskityn tässä lausunnossa ensisijaisesti käsittelemään asiakkaan valinnanvapautta koskevaa lakiesitystä. Toimin valinnanvapauden toteuttamistapaa käsitelleen selvityshenkilöryhmän puheenjohtajana ja perehdyin sen työn yhteydessä laajasti muiden maiden kokemuksiin valinnanvapausjärjestelmistä. Olen myös tutkinut valinnanvapauden toteuttamistapoja ja rahoitusmalleja Tukholman läänin maakäräjäalueella. Sivuutan yleisemmin sote- ja maakuntauudistusta lähinnä pohtiessani valiokunnan lausuntopyynnössä esitettyihin kansalaisten perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumista koskeviin kysymyksiin.

Julkinen keskustelu sote- ja maakuntauudistukseen sisältyvästä valinnanvapausjärjestelmästä on etupäässä koskenut sen yksityiskohtia ja niihin liittyviä oletettuja riskejä. Väheksymättä valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiseen liittyviä haasteita on kuitenkin paikallaan korostaa, että sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettava laaja valinnanvapaus tarkoittaa ennen kaikkea kansalaisten perusoikeuksien, etenkin itsemääräämisoikeuden, vahvistamista.

Uudistuksessa korostetaan kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisen tärkeyttä. Näin myös tapahtuu kun sosiologi Alfred Hirschmanin terminologiaa käyttäen kansalainen voi kannanoton ilmaisemisen lisäksi ("voice") myös vaihtaa palvelujen tuottajan sellaiseen, joka paremmin vastaa hänen tarpeitaan ("exit").

Tämä kansalaisten voimaannuttaminen ja osallistumisen laajentaminen on ensiarvoisen tärkeää. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus kohoaa tehokkaimmin kun kansalaiset ottavat entistä suuremman vastuun terveytensä edistämisestä, omahoidon osuus lisääntyy ja kansalainen huolehtii myös tarvitsemansa terveystalouden tuottamisesta yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattilaisten kanssa. Tämä palvelujen yhteinen tuottaminen ("patient co-production") on erityisen luonnollinen elinikäisten kroonisten sairauksien hoidossa. Suuria odotuksia liitetään myös biolääketieteen tutkimuksen mahdollisuuksiin kehittää entistä yksilöllisempiä täsmähoidon muotoja ("personalised medicine").

Vaikka sote- ja maakuntauudistus on ensisijaisesti julkista hallintoa muokkaava reformi, on varmistettava, että suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto jatkossakin voi täysmääräisesti hyödyntää alan tieteen ja teknologian edistysaskeleita, ja myös kehittyä sopusoinnussa yhteiskunnan yleisen mielipideilmaston kanssa. Tämän tavoitteen pitäisi ohjata valtion ja tulevien maakuntien yhteistoimintaa.

Vastaavasti on myös sote- ja maakuntauudistus nähtävä jatkuvana kehittämisprosessina, joka edellyttää seurantaa, arviointia ja valmiutta tehdä muutoksia lainsäädäntöön, rakenteisiin ja toimintatapoihin.

Pohdin seuraavaksi kahta valinnanvapausjärjestelmää koskevassa keskustelussa esille nostettua asiakokonaisuutta, joihin olen omassa tutkimustoiminnassani paneutunut.

Palvelujen integraatio

Julkisessa keskustelussa näytetään painottavan, että ”rakenteellinen integraatio” (palvelujen tuottaminen samassa organisaatiossa) on tehokkain tapa varmistaa saumattomat palveluketjut. Tutkimus kuitenkin osoittaa, että ”toiminnallinen integraatio”, joka perustuu toimijoiden haluun tehdä yhteistyötä yhteisen asiakasryhmän tarpeiden tyydyttämiseksi, voi luoda hyvät hoitokokonaisuudet. Samalla vältetään ison organisaation kankeus ja välttämättömän sisäisen yhteensovittamisen aiheuttamat kustannukset. Se seikka, että vastuu palvelujen integraatiosta on säädetty maakuntien tehtäväksi, ja että maakunnat voivat käyttää sopimusohjausta ja taloudellisia insentivejä yhteistoiminnan edistämiseksi, luo hyvät edellytykset palvelujen integraatiolle myös ns. monituottajamallissa. Maakunnan yksiselitteinen vastuu palvelujen yhteensovittamisesta on tärkeää myös kansalaisten yhdenvertaisen palvelujen saatavuuden kannalta, semminkin kuin heikoimmassa asemassa olevilla ihmisillä on muita useammin sosiaali- ja terveystalouden samanaikainen tarve.

On myös otettava huomioon, että monimuotoisia tarpeita omaavat ja siten integroiduista palveluista hyötyvät kuitenkin ovat vähemmistö kansalaisista (10-20 %). On kustannustehokkaampaa luoda heidän tarvitsemansa palvelukokonaisuudet toiminnallisin perustein kuin raskain rakenneratkaisuin, joista valtaosa kansalaisista ei hyödy.

Rahoitusjärjestelmät

Koska (kvasi)markkinaratkaisuihin on laajasti kokemuksia eri maiden sosiaali- ja terveydenhuollosta, tunnetaan niihin liittyvät hyödyt ja riskit varsin yksityiskohtaisesti. Tämä koskee myös palvelujen tuottajien rahoitus- tai korvausmalleja. Lakiehdotukseen sisältyvät tuottajien korvauksia koskevat periaatteet ovat yksityiskohtaisempia kuin monessa vertailumaassa ja myös omiaan vähentämään tunnettuja riskejä.

Rahoitusjärjestelyjä tulee kuitenkin aktiivisesti seurata, arvioida ja muokata uudistuksen toteuduttua. Suomelle tarjoutuu mahdollisuus sekä hyödyntää muiden maiden kokemuksia että myös kokeilla ja kehittää rahoitusmalleja entistä paremmin toteuttamaan terveys- ja hyvinvointipoliittisia sekä kustannusvaikuttavuutta koskevia tavoitteita. Seuranta-, arviointi- ja kehittämistoimintaan tulee suunnata riittävästi voimavaroja osana uudistuksen toteutusta.

Toistan, mitä selvityshenkilöt laajan valinnanvapauden toteuttamistapaa koskevassa ehdotuksessaan korostivat. Kaikissa maissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on voittopuolisesti julkista, kehitetään aktiivisesti ohjaus- ja rahoitusmuotoja samoin perustein kuin nyt tapahtuu sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä. Haasteet ovat kaikkialla samat: demograafinen kehitys ja teknologian murros aiheuttavat julkiselle rahoitukselle entistä suurempia paineita. Vaikka valinnanvapautta ei Suomessa laajennettaisi nykyisen esityksen mukaisesti, ohjaus- ja rahoitusjärjestelmiä (sekä niitä tukevia tietojärjestelmäratkaisuja) olisi joka tapauksessa toteutettava.

Kansalaisten perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutuminen

Pohdin seuraavaksi valiokunnan lausuntopyynnössä esitettyjä kysymyksiä koskien valinnanvapausjärjestelmän vaikutuksia kansalaisten perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen.

Valiokunta täsmentää kannanottopyyntöään seuraavasti: ”[miten] ehdotettava lainsäädäntö turvaa valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja luo puitteet sille, että väestö on maan eri osissa yhdenvertaisella tavalla hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimenpiteiden piirissä”. Edelleen tulisi arvioida myös lakiehdotuksen vaikutuksia heikoimmassa asemassa olevien ihmisten ja ryhmien tilanteeseen.

Johdannoksi on todettava, että terveyden tasa-arvo viimeisten vuosikymmenten aikana on kehittynyt epäsuotuisasti siitä huolimatta, että kansalaisten terveydentila keskimäärin on kohentunut. Terveydentilassa ja hyvinvoinnissa on eriarvoisuutta sekä kansalaisten, kansalaisryhmien, miesten ja naisten sekä maan eri alueiden välillä. Sosioekonominen asema ja koulutustaso ovat tärkeimmät epätasa-arvoa selittävät tekijät. Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudessa on myös väestöryhmien ja alueiden välisiä eroja. Hyvin toimeentulevat ja korkeamman koulutustason omaavat käyttävät enemmän terveyspalveluja kuin huonomassa asemassa olevat. Nämä erot eivät ole ongelma vain Suomessa vaan samanlaisia havaintoja tehdään yleisesti myös muissa maissa. On siis korostettava, että nykyinen tapa järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa Suomessa ei ole kyennyt poistamaan näitä eroja, vaan ne ovat pikemmin kasvaneet viime vuosikymmenten aikana. Kansalaisten perusoikeuksien toteutumisen kannalta on siis enemmän kuin perusteltua ryhtyä uudistamaan suomalaista sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Valinnanvapautta koskevan lakiesityksen vaikutuksia kansalaisten perusoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen pohditaan lain perusteluissa vaikutusarvioinnin ja Kilpailu- ja kuluttajaviraston laatiman selvityksen pohjalta (esityksen ss. 250-255). Katson, että pohdinta on kriittistä ja monipuolista, ja että sekä myönteisiä vaikutuksia että riskejä on esitetty tasapuolisesti. Yhdyn hallituksen esityksen kannanottoihin näiltä osin. Niitä tukevat myös tutkimustulokset Tukholman maakäräjäalueelta ja eräät havainnot Englannista.

Ruotsin maakäräjille säädettiin velvollisuus toteuttaa valinnanvapausjärjestelmä perusterveydenhuollossa vuoden 2010 alusta. Tutkimuskeskuksessani arvioitiin uudistuksen vaikutuksia kahden ja viiden vuoden jälkeen Tukholman maakäräjäalueella. Uusia yksityisiä terveyskeskuksia perustettiin myös alueille, joiden väestön sosioekonominen asema oli läänin keskiarvoja alhaisemmat. Näillä alueilla oli ollut ennen uudistusta myös vähäisempi palvelujen tarjonta ja käyttö, vaikkakin palvelujen tarve oli oletettavasti keskiarvoa korkeampi. Terveyskeskusten omistusten keskittymistä ei tapahtunut. Epäsuotuisia terveyden tasa-arvoa koskevia vaikutuksia ei voitu todeta. Kaikki väestöryhmät lisäsivät palvelujen käyttöä paremman palvelujen saatavuuden ansiosta. Vanhemmat ikäluokat lisäsivät palvelujen käyttöä enemmän kuin nuoret. Läänin osa-alueet poikkeavat väestönsä sosioekonomisen aseman osalta, mutta niiden rahoituksessa tai palvelujen käytössä ei voitu osoittaa eroja. Parhaiten toimeentulevat lisäsivät palvelujen käyttöä suhteellisesti enemmän kuin huonosti toimeentulevat, mutta myös jälkimmäisessä ryhmässä palvelujen käyttö kasvoi. Sen sijaan korkeasti koulutetut eivät lisänneet palvelujen käyttöä enemmän kuin alhaisen koulutustason omaavat.

Englannissa kansalaisten sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva valinnanvapaus on nähty keinona vahvistaa kansalaisten oikeuksia ja parantaa palvelujen laatua. Valinnanvapaus on mm. ollut osa ”Citizen’s charter” –periaatekokoelmaa, joka on verrattavissa hallituksen esi-

tyksessä mainittua palvelulupausta. Ideologiset painotukset ovat olleet selvästi vähäisemmät kuin suomalaisessa poliittisessa keskustelussa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on viime vuonna julkaistussa katsauksessaan todennut, että valinnanvapautta ovat Englannissa eniten arvostaneet ja myös käyttäneet ne ryhmät, joita on Suomessa epäilty hyötyvän vähiten laajasta valinnanvapaudesta. Ne ovat vanhemman ikäluokan kansalaiset, maaseudulla asuvat, työttömät, alemman koulutustason omaavat sekä valtaväestöstä etniseltä taustaltaan poikkeavat ihmiset.

Nämä havainnot osoittavat, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan toteuttaa siten, että eri väestöryhmien yhdenvertaiset oikeudet riittäviin palveluihin taataan. Heikommassa asemassa olevat ihmiset ja ryhmät voivat hyötyä valinnanvapausjärjestelmästä. Näin on erityisesti, mikäli valinnanvapaus edistää varsinkin hyvässä asemassa olevien ihmisten vastuuta ja valmiutta huolehtia omasta terveydestään ja osallistua sairautsiensa hoitoon, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiltä vapautuu työpanosta suunnattavaksi paljon ja monimuotoisia palveluja tarvitsevien hyödyksi.

Kansalaisten valinnanvapaus voi toteutua vain, mikäli on vaihtoehtoja eli useita palveluja tarjoavia. Uusien yksityisten tai kolmannen sektorin palvelujen tuottajien perustaminen on todennäköisempää alueilla, joissa on suuri väestöpohja. Suurissa asutuskeskuksissa on todennäköistä, että todellinen mahdollisuus valita useiden palvelujen tuottajien kesken toteutuu. Sen sijaan ns. syrjäseuduilla tämä ei ole yhtä todennäköistä. Puuttuva valinnanvapaus on tietenkin ongelmallista, mutta maakuntien lakisääteinen velvollisuus taata tarpeelliset sosiaali- ja terveyspalvelut varmistaa, että alueellista eriarvoisuutta palvelujen saatavuudessa ei synny. Eri alueiden väestöjen yhdenvertaisuuden kannalta on keskeistä, että sote- ja maakuntauudistus siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen valtion vastuulle. Valtio voi varmistaa, että alueiden erot taloudellisen kantakyvyn suhteen eivät aiheuta väestöjen välistä eriarvoisuutta.

Vastuu hyvinvointia ja terveyttä edistävästä toimenpiteistä säilyy kunnilla. Näin ollen sote- ja maakuntauudistuksella ei ole suoranaista vaikutusta siihen, kuinka hyvin alueellinen yhdenvertaisuus tältä osin toteutuu. Maakunnat voivat kuitenkin merkittäväällä tavalla tukea kuntia p.o. vastuun kantamisessa, mm. asettamalla asiantuntemusta kuntien käyttöön. On toivottavaa, että nyt käsiteltävinä olevien lakiesitysten yhteistyövelvoitteet toteutuvat niin, että hyvinvointia ja terveyttä edistävä toiminta voisi toteutua mahdollisimman hyvin kaikissa maan osissa.

Mats Brommels
professori