

Eduskunnan hallintovaliokunta
9.6.2017

Lausunto hallituksen esitykseen

HE 47/2017 vp (Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta)

A-klinikkasäätiö arvioi valinnanvapauslakia erityisesti sosiaalipalvelujen ja psykososiaalisten ongelmien hoidon edellytysten kannalta. Säätiöllä ei ole lausuttavaa hallituksen esitykseen valtiontalouden tarkastusvirastoa koskevan lain muuttamisesta.

Lakiesitysten tavoitteet ovat sinänsä kannatettavia. Palvelujen saatavuuden kannalta on kuitenkin ongelmallista, että sosiaalipalvelut ja etenkin kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien kansalaisten tarvitsemat erityispalvelut saattavat olla aikaisempaakin vaikeammin tavoitettavissa. Samoin palveluintegraatio saattaa käytännössä jäädä toteutumatta.

Valinnanvapauslain 2 ja 15 §:t määrittelevät ensi valinnan palveluvalikkoja hyvin yleisellä ja ohuella tasolla (neuvonta ja ohjaus), mikä ei palveluiden saatavuuden tai toimivuuden kannalta ole riittävää. Usein välittömissä palvelutarpeissa olevat asiakkaat ohjautuvat liian helposti maakunnan liikelaitokseen, missä lähdetään (uudelleen) palvelutarpeen arviointiin ja mahdolliseen palvelun myöntämiseen (hallintopäätös). Lain 13 § velvoittaa puolestaan maakunnan tunnistamaan moniongelmaiset asiakkaat ja huolehtimaan palveluketjujen ja -kokonaisuuksien toimivuudesta.

Taustalla on ajatus, että paljon palveluita käyttävät tai tarvitsevat asiakkaat olisivat helposti tunnistettava ryhmä, jolle voidaan kerralla rakentaa toimiva kuntoutussuunnitelma. Näin ei kuitenkaan ole: käytännössä diagnoosit ja palvelutarpeen arviot muuttuvat ja täsmentyvät vasta palveluprosesseissa. Palvelujen vaikuttavuudesta on tilastollista tutkimustietoa, mutta mitään sellaista tutkimukseen perustuvaa tietoa ei ole, jonka perusteella voitaisiin yksilö- tai perhetasolla sanoa, kuka hyötyy kuntoutuksesta, kuka ei.

Ongelmat eivät ole selvärajaisia. Päihteiden käytön, riskikäytön ja ongelmakäytön rajat ovat sekä sosiaalisilla että terveydellisillä mittareilla häilyviä. Päihdehuoltolaki (8 §) lähtee siitä, että päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Hoidon on perustuttava luottamuksellisuuteen. Toiminnassa on ensisijaisesti otettava huomioon päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen omaistensa etu. Vastaava sisältö on mielenterveyslaissa.

Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat luontevimpia ja kansalaisten kannalta helpoimmin lähestyttäviä yksiköitä, joiden asiakkaiksi asiakkaat myös jäävät silloinkin, kun

tarvitsevat ajoittaisia tai jatkuvampia erityispalveluita. Esityksessä sosiaalisiin ongelmiin tuodaan terveydenhuollon porrastuksen rakenne, joka ei sovellu psykososiaalisen kuntoutuksen käytäntöihin.

Tutkimuksista tiedetään, että juuri vaikeimmin päihderiippuvaiset tarvitsevat eniten myös perustason (ensi valinnan) palveluja. Kuntoutuksen suunnittelu- ja toteutusvastuuta ei tulisi eriyttää maakuntiin, etenkin, kun esityksestä ei ole luettavissa, miten ja mistä näitä maakuntien tuottamia palveluita on saatavissa.

A-klinikkasäätiön kanta on, että myös sosiaalipalvelut ja etenkin päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palvelut tulisi tuottaa ensi sijassa ensi valinnan palveluiden yhteydessä, esimerkiksi asiakassetelin tai muun ostopalvelun avulla. Niissä on käytännössä parhaat edellytykset arvioida ja tukea asiakkaiden ja heidän perheidensä arkisia selviytymisedellytyksiä. Toimiva päihde- ja mielenterveyskuntoutus rakentuu arjessa selviytymiselle.

Päihdeasiakkaat eivät ole homogeeninen tai selvärajainen ryhmä. Vaikka esityksessä on arvioitu (nykyisin erityispalveluja saavien asiakkaiden lukumäärän perusteella), että palveluissa vastataan 50 000 – 60 000 kansalaisen palvelutarpeisiin, riskikuluttajien osuus väestössä on noin kymmenen kertaa tätä suurempi, ja heidän lähipiirinsä edelleen kokoluokkaa laajempi. Ryhmät eivät kuitenkaan ole toisiaan poissulkevia.

Päihde- ja mielenterveyskuntoutusta ei tulisi porrastaa ja eriyttää työnjaollisesti ensi linjan palveluista, eikä se ole perusteltua myöskään muiden sosiaalisten ongelmien hoidon kannalta. Ensi valinnan palveluiden tulisi ensisijaisesti edelleen vastata myös sosiaali- ja terveystarpeisiin. Tämä ehkäisee parhaiten palveluidean ali- ja ylikäyttöä ja varmentaa palveluiden jatkuvuuden ja tarvittavan integraation. Se antaisi myös aidomman valinnanvapausmahdollisuuden kuntoutettaville itselleen.

Ensi valinnan palveluita koskevan 15 §:n 2 momentin 7 – 12 kohtia pitäisi siis täsmentää siten, että sosiaali- ja terveyskeskus ei ainoastaan ohjaisi, vaan myös tuottaisi tarvittaessa yhteistyössä muiden palveluiden tuottajien kanssa tarpeen mukaisia kuntoutuspalveluja. Tämä edellyttäisi asiakassetelin käyttöä ja niin muodoin hallintopäätöksiä, kuten lakiesityksessä (23 §) on esitettykin eräiden sosiaalipalvelujen myöntämisen osalta enintään kolmen kuukauden kuntoutusjakson ajan. Hallintopäätökseen liittyvät oikeusturvakeinot olisi otettava huomioon 32 §:n edellyttämällä tavalla.

Kannatettavana olisi pidettävä 36 §:ssä esitettyä käytäntöä, jossa maakunnan toimivaltainen viranomaisen toimisi suoraan sosiaali- ja terveyskeskuksessa tekemässä tarvittavia hallintopäätöksiä. Tämän pitäisi olla pääasiallinen käytäntö, ja siitä pitäisi säätää 15 §:n yhteydessä, osana ensi valinnan palvelujen mahdollista palveluvalikkoa.

Suoran valinnan palvelujen tuottajalla olisi siten riittävän laajat mahdollisuudet verkostoitua sopimuksin tarpeen mukaisten ja toimivien palveluiden tuottamiseksi lakiesityksen 53 §:n mukaisesti.

A-klinikkasäätiön näkemyksen mukaan maakunnan tulisi olla ensi sijaisesti palveluiden järjestäjä. Esitetystä muodosta maakunta olisi myös keskeisin sosiaalipalvelujen tuottaja. Asiakassetelin kautta maakunnan tulisi hankkia minimissään 15 % palveluista muilta kuin yhtiöiltään. Esitetyn

hankintalakitulkinnan mukaan maakunnan liikelaitos tai maakunnan omat tuotantoyhtiöt olisivat in-house -yksiköitä, jotka antavat mahdollisuuden hyvin laajoihin suoramankintoihin (22 ja 24 §:t).

Tämä rajaisi oleellisesti kuntoutettavien valinnanvapautta. On syytä olettaa, että järjestelmästä muodostuisi myös tarpeettoman heikosti läpäisevä. Esimerkiksi päihdehuollon erityispalveluista noin 60 % tuotetaan järjestöjen voimin. 15 % hankinnoista kuluisi nopeasti pelkästään laajenevan palveluasumisen järjestelyihin.

Maakunta voisi esityksen mukaan käyttää suoramankintojen lisäksi myös asiakasseteliä kuntoutuspalvelujen hankkimiseen omasta yhtiöstään (24 §). Järjestöiltäkin niitä voisi hankkia, mutta käytännössä selvästi vähemmän kuin nykyisessä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä.

Tuottajalakesityksen mukaan järjestöt voisivat vapaasti rekisteröityä tuottajiksi, jolloin niiden tulisi pitää yllä rekisteröinnin edellyttämää palveluvarustusta, mutta niillä ei olisi esitetyssä järjestelmässä mitään mahdollisuuksia arvioida edes vuositasolla toimintansa taloudellisia edellytyksiä. Tilanne olisi palveluntuottajajärjestöjen kannalta selvästi huonompi kuin nykyinen ja johtaisi todennäköisesti nopeaan palveluvalikoiman supistumiseen. Niin sanottu liiketoimintariski siirtyisi kokonaan pienille sosiaalipalveluiden tuottajille.

A-klinikkasäätiö esittää, että maakunnan tulisi hankkia vähintään 50 % kaikista järjestämisveloitteensa piirissä olevien kuntoutuspalveluista asiakassetelillä. Kustannusten kurissa pitämiseksi olisi tervettä, että maakunnan omistamia yhtiöitä ei kohdeltaisi hankintalain in-house -periaatteen mukaisesti, vaan niiden kustannusrakenne otettaisiin huomioon palveluhankinnoissa ja hinnoittelussa samoin periaattein kuin muidenkin sosiaalipalvelujen tuottajien. Kustannustehokkuuden lisäksi ehdotukset lisäisivät kuntoutettavien mahdollisuuksia määritellä palvelutarpeitaan ja laajentaisivat rekisteröityjen palveluntuottajien valikkoa, mikä on ollut lain tarkoitus.

A-klinikkasäätiö pitää kannatettavana esitystä, että vain maakunnalla on oikeus periä lain mukaiset asiakasmaksut ja toivoo, että meneillään olevassa STM:n työryhmätyössä asiakasmaksulakia korjataan niin, että maksut eivät tulevaisuudessa aiheuttaisi hoitoon ja kuntoutukseen hakeutuville asiakkaille kohtuuttomia tilanteita ja velkakierteen syvenemistä. **Päihdehuoltolain mukainen laituskuntoutus pitäisi säätää kokonaan asiakkaalle maksuttomaksi**, kuten avokuntoutus nykyisin jo on. Laituskuntoutuksen tarpeessa olevat asiakkaat ovat keskimäärin sosiaalisesti ja taloudellisesti avohoitoasiakkaita huono-osaisempia ja heidän päihderiippuvuutensa on poikkeuksetta vakavaa. Järjestelmän tulisi kokonaisuutena kannustaa hoitoon hakeutumiseen.

Olavi Kaukonen
toimitusjohtaja, VTT
A-klinikkasäätiö