



Liina-Kaisa Tynkkynen, FT  
Tutkijatohtori

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Tampereen yliopisto

liina-kaisa.tynkkynen@uta.fi  
+358 44 521 7469, +358 40 190 1675  
Twitter: @liina\_kaisa

LAUSUNTO  
Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta

**Viite:** Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta keskiviikko 7.6.2017

**Asia:**

Asiantuntijajapyyntö/Tutkijatohtori Liina-Kaisa Tynkkynen

HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta  
<https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+47/2017>

HE 15/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi <https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+15/2017>

HE 52/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta  
<https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+52/2017>



## TIIVISTELMÄ

**YHDENVERTAISUUS:** Parhaimmassa tapauksessa uudistus onnistutaan toteuttamaan niin, että se parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta niin saatavuuden, saavutettavuuden kuin käytönkin suhteen. Valinnanvapauslakiin kirjatun henkilökohtaisen budjetin avulla on lisäksi mahdollista lisätä paljon palveluita tarvitsevien ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omiin palveluihinsa aivan uudella tavalla. Kaiken kaikkiaan uudistuksen onnistuminen on kuitenkin paljolti *hyvästä onnesta kiinni*. Järjestelmästä on tulossa monimutkainen ja vaikeasti hallittava. Ei ole lainkaan varmaa, että maakunnat onnistuvat palvelutuotannon ohjauksessa niin, että yhdenvertaisuus palveluiden suhteen paranee. Valinnanvapauslain myötä syntyvä palvelujärjestelmä sisältääkin *riskejä ennen kaikkea heikoimmassa asemassa olevien ihmisten palveluiden osalta*. Tämä ihmisjoukko ei määrällisesti ole suuri, mutta siihen kuuluvat ihmiset ovat juuri niitä, joiden kohdalla palvelujärjestelmä jo nyt monin paikoin epäonnistuu oikea-aikaisten ja riittävien palveluiden suhteen. Asiakasvalikoinnin mahdollisuutta ei voida sulkea lakiesityksen pohjalta pois ja sen ennaltaehkäisemiseen ja korjaamiseen on kiinnitettävä huomiota niin toimeenpanossa kuin sen arvioinnissa. Kriittinen ryhmä, josta maksettavien korvausten tasoon on ennen kaikkea kiinnitettävä huomiota, ovat työterveyshuollon asiakkaat.

**SAATAVUUS:** Saatavuuden parantuminen riippuu paljolti niistä resursseista, joita maakunnilla on osoittaa peruspalveluihin panostamiseen ja kannusteista, joita maakunnilla on hyödyntää saatavuutta mahdollisesti parantavia työkaluja, kuten asiakasseteliä. *Henkilöstön* saatavuus ja jaksaminen ovat avainasemassa sen suhteen, kuinka saatavuus eri alueilla ja palveluissa kehittyy. Yksi saatavuuteen vaikuttava tekijä yksilön näkökulmasta on myös se, onko hänen mahdollista vaihtaa pois sellaiselta tuottajalta, jonka palveluiden saatavuus on syystä tai toisesta huono, jo aikaisemmin kuin vuoden määräajan päätyttyä. Myös yhtiöittämisvelvoitteella voi olla vaikutusta saatavuuteen. Maakuntien on yhtiötettävä kaikki sellainen tuotanto, joka kilpailee markkinoilla yksityisten toimijoiden kanssa. Jos asiakasseteliä haluttaisiin käyttää esimerkiksi kaihileikkauksiin maakunnan liikelaitos ei voisi tarjota kyseistä palvelua omana toimintana. Päivystysvalmiuden ylläpito ja koulutus edellyttää tietyn määrän elektiiivistä toimintaa. Kyseisessä tilanteessa tätä ei ole mahdollista järjestää maakunnan omana toimintana. Tämä ei todennäköisesti kannusta maakuntaa asiakasetelin käyttöön sellaisilla toimialoilla, jossa sen soveltamisesta todennäköisesti olisi hyötyä.

**INTEGRAATIO:** Henkilökohtainen budjetti tarjoaa uusia hyviä mahdollisuuksia asiakaslähtöisen integraation toteuttamiseen. Paljon palveluja tarvitsevan kansalaisen palvelukokonaisuudesta on kuitenkin kokonaisuuden näkökulmasta vaarassa tulla pirstaleinen ja vaikeasti hallittava kaikkien osapuolten näkökulmasta. Lakiesityksen ajatus siitä, että palveluiden yhteensovittaminen tulisi tehdä asiakkaan yksilöllisistä lähtökohdista käsin, on hyvä. Uudistuksen keskeinen heikkous integraation näkökulmasta on kuitenkin siinä, että kustannukset ja vastuu palvelukokonaisuudesta jakautuvat eri toimijoiden välille eivätkä niin, että yksi toimija vastaisi asiakkaan kokonaihoidosta. Toinen uudistuksen heikkouksista integraation näkökulmasta on, että se ei mahdollista aikaisemman kehitystyön hyödyntämistä täysimääräisesti vaan pakottaa monin paikoin järjestelmän uudelleen rakentamiseen.

**LOPUKSI:** Se toteuttaako uudistus sille asetetut kokonaistavoitteet, on paljolti kiinni siitä, miten maakunnat ryhtyvät järjestämistehtäväänsä toteuttamaan ja millaiset taloudelliset ja osaamisen resurssit eri maakunnilla on käytössään järjestämistehtävän hoitamiseen. Palvelujärjestelmän ohjaus- ja hallintatehtävän vaatavuus on jätetty uudistusta suunniteltaessa vähälle huomiolle. Tällä on kuitenkin keskeinen rooli palvelujärjestelmän tuottamien tulosten näkökulmasta. Toimiakseen markkinat ja monituottajamalli vaativat vahvan ohjausjärjestelmän. Osa maakunnista on jäämässä hyvin pieniksi, mikä voi hankaloittaa niiden mahdollisuuksia toimia vahvoina järjestäjinä ja toteuttaa vaativaa monituottajamallin ohjaustehtävää. Lisäksi esitetty aikataulu asettaa uudistuksen toimeenpanolle isoja haasteita. Lakiluonnokset sisältävät paljon elementtejä, jotka sinällään ovat toteuttamiskelpoisia ja jopa kannatettavia. Usean erilaisen uudistuksen toimeenpano samanaikaisesti ilman, että todelliset edellytykset järjestelmän käynnistämiseksi ovat edes olemassa pitävät sisällään useita riskejä, jotka voivat estää uudistuksen onnistumisen.



## KONKREETTISET PARANNUSEHDOTUKSET

- EHDOTUS 1: Järjestelmästä on tulossa hyvin monimutkainen ja vaikeasti hallittava. Yksi vaihtoehto järjestelmän yksinkertaistamiseksi on luopua velvoitteesta, että sote-keskuksen on myönnettävä asiakasseteli asiakkaalle, silloinkin kun sote-keskuksen ylläpitäjällä itsellään on vastaavaa palvelua tarjolla. Sote-keskusta voitaisiin puolestaan velvoittaa asiakasetelin käyttöön tilanteessa, jossa se ei kykene tarjoamaan palvelua joko sopimukseen kirjatussa tai hoitotakuun määrittämässä määräajassa.
- EHDOTUS 2: Ehdotan, että yhtiöttämisvelvoitetta ei toteuteta ainakaan maakunnan vastuulle kuuluvien asiakasetelipalveluiden osalta. Tämä todennäköisesti kannustaisi erityisesti erikoissairaanhoidossa maakuntia hyödyntämään asiakasseteliä myös sellaisissa erikoissairaanhoidon toimenpiteissä, joissa se ei toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen kannalta yhtiöttämisvelvoitteen myötä olisi järkevää (esim. elektiivinen, lyhyt jälkihoitoinen kirurgia).
- EHDOTUS 3: Asiakkaan mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa pitäisi mahdollistaa useammin, esimerkiksi kolmen tai kuuden kuukauden välein vuoden sijaan.
- EHDOTUS 4: Vastuu ihmisen kaikista palveluista ja niiden kustannuksista pitäisi olla vain yhdellä taholla, joka voisi asiakkaan tarpeiden mukaan hyödyntää niin perus- ja erityispalveluja kuin yksityisiä ja julkisia palveluja. Tämä lisäisi edellytyksiä palveluiden asiakaslähtöiseen yhteensovittamiseen, peruspalveluiden vahvistamiseen ja kustannusten hillintään. Jos vastuun siirtäminen kokonaan yhdelle taholle ei ole mahdollista, tulisi erityispalveluiden rahoittamista osittain sote-keskusten budjetista harkita. Tämä voisi, ainakin teoriassa, kannustaa sote-keskuksia hoitamaan asiakkaat mahdollisimman pitkälle perustasolla.
- EHDOTUS 5: Esitetty aikataulu uudistuksen toteuttamiseen on erittäin haasteellinen. Ehdotankin, että valinnanvapauslainsäädäntö toimeenpannaan vasta, kun todelliset edellytykset järjestelmän hallintaan, markkinoiden ohjaamiseen ja tiedon kulkuun ovat olemassa.



## LAUSUNTO

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainituista hallituksen esityksistä. Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt minua tarkastelemaan kokonaisuutta ennen kaikkea palveluiden *yhdenvertaisuuden, integraation ja saatavuuden* näkökulmista.

## NYKYTILA

Suomalainen palvelujärjestelmä suoriutuu monilla mittareilla hyvin kansainvälisissä vertailuissa<sup>1</sup>. Sen *keskeisiä vahvuuksia*<sup>2</sup> ovat esimerkiksi erikoissairaanhoidon tuottavuus, kokonaiskustannusten maltillisuus suhteessa bruttokansantuotteeseen, laaja kannatus pohja ja pätevä, korkeasti koulutettu henkilöstö. On kuitenkin yleisesti tunnustettu<sup>2</sup>, että *palvelujärjestelmä on useilta osin uudistuksen tarpeessa*. Palvelujärjestelmä on monin paikoin epäoikeudenmukainen ja eriarvoistava, peruspalveluiden saatavuus ja resursointi on heikkoa, järjestelmä on pirstaleinen, ja asiakasprosesseista sekä koko järjestelmästä puuttuu kokonaisuuden hallinta ja ohjaus.

Melko laaja yhteisymmärrys vallitsee myös siitä, että erityisesti erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen nykyisessä kuntapohjaisessa järjestelmässä ei ole järkevää. Siksi onkin kannatettavaa, että hallitus esittää sosiaali- ja terveyspalveluiden (jatkossa sote-palveluiden) järjestämisvastuun siirtämistä 18 maakunnalle. Joskin, monet maakunnista ovat jäämässä melko pieniksi juuri erikoissairaanhoidon järjestämisen näkökulmasta. Myös verotusoikeuden puuttuminen voi joidenkin arvioiden mukaan rajoittaa maakuntien mahdollisuuksia toteuttaa palveluiden järjestämisvastuutaan.<sup>3</sup>

*Yhdenvertaisuuden näkökulmasta* suomalainen palvelujärjestelmä on rakenteiltaan eriarvoinen niin palveluiden saatavuuden, käytön kuin palveluiden käytöstä yksilölle aiheutuvien suorien kustannusten osalta. Työssäkäyvä väestö kuuluu suurelta osin kattavan työterveyshuoltojärjestelmän piiriin, jossa palveluiden saatavuus on monin paikoin hyvää. Samalla kun työntekijät ja työnantajat rahoittavat työterveyshuollon palveluita osana palkasta maksettavia maksuja, ei työterveyshuollon palveluista koidu käyttöhetkellä käyttäjälle kustannuksia. Asiakasmaksuilla voi kuitenkin olla vaikutusta siihen, millaiset ovat ennen kaikkea alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien ihmisten mahdollisuudet käyttää terveyspalveluja. Kunnallisessa terveydenhuollossa asiakasmaksukäytännöt ovat lainsallimissa puitteissa kirjavia<sup>4</sup>. Ne joilla on varaa voivat hankkia palveluita myös yksityiseltä sektorilta omalla rahalla pienen Kela-korvauksen ja mahdollisesti yksityisten vakuutusten turvin. Noin viidesosalla suomalaisista on yksityinen sairauskuluvakuutus<sup>5</sup>. Pääkaupunkiseudulla on myös jo iso joukko lapsia, jotka käyttävät ainoastaan yksityisesti rahoitettuja palveluja<sup>6</sup>. Kaiken kaikkiaan Suomessa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon kustannuksista on verrattain suuri. Suomessa taloudellisten syiden vuoksi jätetäänkin käyttämättä palveluja useammin kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa<sup>7</sup>.

Palvelujärjestelmän rakenteesta johtuen kunnallisten terveyspalveluiden käyttäjät ovat keskimääräistä jonkin verran vanhempia. Heillä on myös usein jokin pitkäaikaissairaus.<sup>8</sup> *Kuntatasolla onkin kehitetty palveluja ennen kaikkea*

<sup>1</sup> Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD ym. 2017. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. <http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2817%2930818-8.pdf>

<sup>2</sup> Esimerkiksi asiantuntijaryhmän SWOT-analyysi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän väliraportti. STM 2010.

<sup>3</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. THL:n arviointiryhmä. Raportti 12/2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016\\_012.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130798/Rap2016_012.pdf?sequence=1)

<sup>4</sup> Parhiala ym. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt. Kyselytutkimuksen tuloksia 3: Ostopalvelut, ulkoistukset ja asiakasmaksut. Tutkimuksesta tiiviisti 21. THL. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131304/URN\\_ISBN\\_978-952-302-730-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131304/URN_ISBN_978-952-302-730-5.pdf?sequence=1)

<sup>5</sup> Finanssiala. Sairauskuluvakuutuksen lukumäärätilasto 2009-2016: <http://www.finanssiala.fi/tilastot/FK-tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-062016.pdf>. Luettu 1.6.2017

<sup>6</sup> Järvelin J., Virta L. and Mikkola H. 2015. Hoitoon yksityiselle vai julkiselle sektorille? Alle 7-vuotiaiden lääkäriäkäynnit pääkaupunkiseudulla. Suomen Lääkärilehti, 70(47), 3199-3206.

<sup>7</sup> OECD Health at a Glance: Europe 2016. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

<sup>8</sup> Sinervo, T. & Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnan-vapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä, THL raportti 16/2016.

*palveluiden integraation lähtökohdista.* Esimerkiksi kroonisesti sairaiden hoidon kehittämisen “*terveyshyötymalli*” on ollut monessa paikassa keskeinen kehitystyön lähtökohta. Kunnissa onkin tehty jo paljon työtä integroitujen palvelujärjestelmien synnyttämiseksi puhumattakaan maakunnallisista järjestämisen integraatiota toteuttavista Eksoten ja SiunSoten kaltaisista malleista tai kuntien kokonaisulkoistuksista.

*Valinnanvapauden* osalta voidaan sanoa, että se ei nyky muodossaan ole näyttäytynyt keskeisenä painopistealueena<sup>9</sup>. Yksi syy tähän ovat olleet korvauserusteet, jotka eivät kannusta tuottajia ottamaan vastaan uusia asiakkaita ja resurssien joustamattomuus asiakasmäärän lisääntyessä. Terveysasemien asiakkaat pitävät valinnanvapautta kuitenkin tärkeänä ja haluavat valita niin hoitopaikkansa kuin hoitavan ammattilaisenkin<sup>8</sup>. Lisäksi ne, jotka käyttävät palveluita eniten ja joilla on eniten potentiaalisia palvelutarpeita arvostavat valinnanvapautta eniten<sup>10</sup>. Toisaalta väestötasolla tulos muodostuu hiukan erilaiseksi: kun vastaajan piti valita kolme tärkeintä terveydenhuollon kehittämisen kohdetta, valinnanvapaus ei ollut tärkeimpien joukossa<sup>11</sup>. Olennaisempaa oli, että palvelut ovat sujuvia, peruspalveluita vahvistetaan ja palveluiden saatavuus on tasa-arvoista.

*Valinnanvapaus on useimmissa Euroopan maissa ennemmin sääntö kuin poikkeus.* Käytännössä tämä tarkoittaa, että suuressa osassa maita asiakkaat saavat valita perusterveydenhuollon palveluita tuottavan yleislääkäriinsä.<sup>12</sup> Tämä lisää ihmisen mahdollisuutta muodostaa luottamuksellinen hoitosuhde hoitavaan lääkäriin. Hyvä suhde hoitavaan ammattilaiseen tukee hoidon onnistumista. *Kuitenkin vain harvassa maassa valinnanvapaus on kulkenut vahvasti rinnakkain radikaalien markkinauudistusten kanssa.* Itse asiassa monessa maassa palveluiden paremman yhteensovittamisen kehittäminen on tällä hetkellä palvelujärjestelmien kehittämisen polttopisteessä.

Kaiken kaikkiaan *markkinat tuottavat hyvin erilaisia tuloksia* riippuen siitä, millaisia palveluita markkinoilla tuotetaan, millaisessa markkinaympäristössä toimitaan, miten toimintaa säädellään ja kenen näkökulmasta toimintaa tarkastellaan. Empiirisestä tutkimuskirjallisuudesta löytyy näyttöä sille, että kilpailu terveydenhuollossa voi parantaa palveluiden saatavuutta, laskea yksikkökustannuksia ja parantaa laatua. Tutkimus ei kuitenkaan tarjoa näyttöä sille, että yksityinen tai julkinen tuotanto olisi aina selkeästi tehokkaampaa tai parempi laatuista.<sup>13</sup> Ruotsi ja Englanti nostetaan usein esimerkeiksi maista, joissa valinnanvapaus on sisältänyt myös ajatuksen yksityisten palveluntuottajien aseman parantamisesta ja markkinoiden edistämisestä. Kokemukset valinnanvapauden toteutuksesta esimerkiksi Ruotsin osalta ovat ristiriitaisia<sup>14</sup>.

Seuraavaksi arvioin hallituksen esityksiä ennen kaikkea integraation, saatavuuden ja yhdenvertaisuuden näkökulmista. Huomaatan kuitenkin aluksi, että *esitetyn uudistuksen vaikutusten arviointi ja ennakointi on hyvin vaikeaa esimerkiksi seuraavista syistä:*

- I. Suomalaisen palvelujärjestelmän erityispiirteiden vuoksi muiden maiden kokemuksia ei voida suoraan soveltaa arvioitaessa suomalaisen järjestelmän uudistamista ja sen vaikutuksia.
- II. Samankaltaista uudistusta ei ole toteutettu missään muualla edes sosiaali- ja terveystalouden integraation saati nyt esitettyssä laajuudessa esitetyn markkinamallin osalta.
- III. Kuten hallituksen omissakin arvioissa useaan kertaan mainitaan, paljon riippuu myös siitä, miten maakunnat ryhtyvät hoitamaan järjestämistehtäväänsä ja miten ne siinä onnistuvat.
- IV. Etenkin yhdenvertaisuuden näkökulmasta asiakasmaksulainsäädännöllä on merkitystä sen suhteen, millaiseksi eri ihmis- ja asiakasryhmien todelliset mahdollisuudet palveluiden käyttöön muodostuvat. Asiakasmaksulainsäädännön valmistelusta ei kuitenkaan tätä kirjoittaessa ole tarkempaa tietoa.

<sup>9</sup> Lehto J, Sinervo T, Tynkkynen L-K. 2016. Valinnanvapaus ja integraatio – terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 44(1) 53-69.

<sup>10</sup> Aalto A-M, Tynkkynen L-K, Elovainio M, Reissell E, Vehko T, Chydenius M, Sinervo T. 2016. Mitä terveystalouden palvelujen käyttäjät ajattelevat valinnanvapaudesta? Suomen Lääkärilehti, 71(47): 3021-3026

<sup>11</sup> Aalto, A-M. & Manderbacka, K. & Muuri, A. & Karvonen, S. & Junnila, M. & Pekurinen, M. (2016), Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalouden uudistamisesta? THL, Tutkimuksesta tiiviisti 2016.

<sup>12</sup> Quentin W. Raportti terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä Euroopassa. Ei julkaistu.

<sup>13</sup> Tynkkynen L-K & Vrangbaek K. Comparing public and private providers – A review on specialized healthcare services in Europe. Forthcoming.

<sup>14</sup> OECD Health at a Glance: Europe 2016. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>



## PALVELUIDEN YHDENVERTAISUUS

Parhaimmassa tapauksessa uudistus onnistutaan toteuttamaan niin, että se parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta niin saatavuuden, saavutettavuuden kuin käytönkin suhteen. Valinnanvapauslakiin kirjatun henkilökohtaisen budjetin avulla on lisäksi mahdollista lisätä paljon palveluita tarvitsevien ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omiin palveluihinsa aivan uudella tavalla. *Uudistuksen onnistuminen on kuitenkin paljolti hyvästä onnesta kiinni.* Järjestelmästä on tulossa monimutkainen ja vaikeasti hallittava. Ei ole lainkaan varmaa, että maakunnat onnistuvat monituottajamallin ohjauksessa ja resurssien kohdentamisessa niin, että yhdenvertaisuus paranee.

### ***Maantieteellinen yhdenvertaisuus ei todennäköisesti toteudu***

Uudistuksen mahdollisuudet parantaa palveluiden yhdenvertaista saatavuutta ovat suuremmat eteläisen Suomen maakunnissa. Suoran valinnan palveluntuottajat voisivat lakiluonnoksen mukaan sijoittua maantieteellisesti mihin tahansa, kun tähän asti kunta on päättänyt palveluverkosta, terveysasemien sijoittumisesta ja palveluiden sisällöstä. Tämä voi johtaa siihen, että palvelut keskittyvät vain kaupunkien keskustoihin tai keskustajamiin. Maaseutumaisempien ja harvaan asuttujen maakuntien alueella uudistuksen onnistuminen riippuu esimerkiksi niistä kannustimista, joita maakunnilla on käytössä palveluntuottajien houkuttelemiseksi alueelle<sup>15</sup>. Myös erilaiset digitaaliset palvelut, joiden avulla palvelukohtaaminen voi tapahtua verkon välityksellä voivat edistää yhdenvertaisuutta. Voi kuitenkin olla, että esimerkiksi vanhemmat väestöryhmät eivät (ainakaan tällä hetkellä) kykene näitä mahdollisuuksia hyödyntämään<sup>16</sup>. Tästä näkökulmasta *yksi iso yhdenvertaisuuteen vaikuttava tekijä on, kuinka matkakorvausjärjestelmä kykenee kattamaan matkustamisesta asiakkaalle aiheutuneita kuluja*, jotta palveluiden keskittyminen ei vaaranna niiden ihmisten palveluiden saamista, jotka asuvat kaukana palvelukeskittymistä.

### ***Järjestelmän monimutkaisuus voi heikentää heikoimmassa olevien mahdollisuuksia saavuttaa palveluja***

Valinnanvapauden hyödyntämisen ja palveluihin hakeutumisen mahdollisuudet vaihtelevat ihmis- ja asiakasryhmien välillä. Kyse ei ole pelkästään taloudellisista tekijöistä (esim. asiakasmaksut, matkakulut) vaan myös muista liikkumiseen, tiedonhankintaan ja tiedon omaksumiseen, motivaatioon ja yleiseen kiinnostukseen liittyvistä mahdollisuuksista toimia aktiivisena, palveluita valitsevana asiakkaana. Myös esimerkiksi kielitaito voi vaikuttaa siihen, kuinka hyvin ihmisen on mahdollista tehdä informoituja valintoja. Aikaisemmasta tutkimuksesta tiedetään, että enemmän palvelutarpeita omaavat ihmiset pitävät valinnanvapautta tärkeänä, mutta mahdollisuuksiaan toteuttaa valintoja heikompina kuin ihmiset, joilla palvelutarpeita oli vähemmän<sup>17</sup>. Mikäli esimerkiksi ihmisen liikkuminen on hankalaa, ei hän kovin helposti vaihda lähintä sote-keskusta kauempana sijaitsevaan toimipisteeseen. Jos sote-keskuksen palvelut on järjestetty useassa eri toimipisteessä voi tämäkin hankaloittaa ihmisen mahdollisuuksia käyttää palveluja. Matkustamisen kustannukset ja matkan järjestäminen viemät muut voimavarat, joita esimerkiksi köyhydessä elävällä ihmisellä jo valmiiksi on vähän, voivat rajoittaa niiden ihmisten palveluiden saantia joilla jo valmiiksi menee kaikista heikoimmin. *Yhdenvertaisuuden näkökulmasta tärkeää on pohtia, miten kotiin vietävien palveluiden kehittämistä edistetään ja ihmisen eri pisteissä asiointiin tarjottava tuki toteutetaan. Tuottajia voisi myös kannustaa toimimaan samassa toimipisteessä.*

Kokonaisvaltaisen palvelutarpeenarvioinnin eristäminen sote-keskuksista (eli ensilinjan palveluista) maakunnan liikelaitokseen eristää palvelutarpeen arvion perustason toiminnasta ja voi näyttäytyä vaikeassa asemassa olevalle ihmiselle pompotteluna paikasta toiseen ja näin heikentää luottamusta palvelujärjestelmään. Valinnanvapauslain seitsemänteen lukuun on kirjattu erilaisia säännöksiä, jotka velvoittavat eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön. Lisäksi todetaan että ohjausta ja tukea valintojen tueksi on tarjottava. Kyseessä on kuitenkin joukko toiveita ja mahdollisuuksia,

<sup>15</sup> Anell, A., Dackehag, M., Dietrichson, J. (2016) Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practice? Working Paper, Department of Economics, Lund University 2016:2.

<sup>16</sup> Valli ry. Ikäihmiset ja sähköinen asiointi – Miten saadaan kaikki mukaan?

[http://www.valli.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisut\\_pdf/Raportit\\_pdf/ikaihmiset\\_sahkoinen\\_asiointi\\_netti.pdf](http://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut_pdf/Raportit_pdf/ikaihmiset_sahkoinen_asiointi_netti.pdf)

<sup>17</sup> Aalto A-M, Tynkkynen L-K, Elovainio M, Reissell E, Vehko T, Chydenius M, Sinervo T. 2016. Mitä terveyskeskusten palvelujen käyttäjät ajattelevat valinnanvapaudesta? Suomen Lääkärilehti, 71(47): 3021-3026



jotka eivät poista valinnanvapauslain yhtä *perusongelmista*: vastuu palveluketjuista ja palvelukokonaisuuksista jakautuu sote-keskusten ja maakunnanliikelaitoksen sekä asiakassetelituottajien, alihankkijoiden, suunterveydenhuollon palveluntuottajien ja henkilökohtaisen budjetin perusteella palveluita tuottavien toimijoiden välille. Tämä on omiaan lisäämään riskiä asiakkaiden palvelukokonaisuuksien sekavuuteen ja katkeamiseen. Vastuun jakautuminen usealle eri taholle lisää riskiä lisääntyvistä tulkintakiistoista ja monimutkaisista oikeudellisista koukeroista<sup>18</sup>, jotka eivät ainakaan helpota asiakkaiden asioiden hoitamista uudessa järjestelmässä. Kaiken kaikkiaan järjestelmän monimutkaisuus voi vähentää ennen kaikkea heikoimmassa asemassa olevien ihmisten mahdollisuuksia palveluiden käyttöön saati valinnanvapauden hyödyntämiseen.

***EHDOTUS 1: Järjestelmän yksinkertaistamiseksi yksi vaihtoehto on luopua velvoitteesta, että sote-keskuksen on myönnettävä asiakasseteli asiakkaalle, silloinkin kun sote-keskuksen ylläpitäjällä itsellään on vastaavaa palvelua tarjolla. Sote-keskusta voitaisiin puolestaan velvoittaa asiakasetelin käyttöön tilanteessa, jossa se ei kykene tarjoamaan palvelua joko sopimukseen kirjatussa tai hoitotakuun määrittämässä määräjassa.***

#### **Asiakasvalikoinnin riski on olemassa**

Valinnanvapauslakiesityksen mukaan sote-keskuksille maksetaan pääosin ns. kapitaatiopohjaisesti. Tämä sisältää kannusteen minimoida ihmisen palveluista aiheutuneet kustannukset ja valikoimaan asiakkaita jotka ovat tuottajan näkökulmasta hyvin tuottavia. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta kapitaatiopohjaiseen malliin sisältyykin riski kerman kuorinnasta. Siis siitä, että tuottajat pyrkivät valikoimaan asiakkaikseen sellaisia asiakkaita, jotka tuovat mukanaan enemmän rahaa suhteessa niihin palveluihin joita heille on tarjottava.

Valinnanvapauslakiin on otettu mukaan elementtejä, jotka pyrkivät vähentämään riskiä siihen, että tuottajat valikoisivat vain terveitä ja vähän palveluja käyttäviä asiakkaita. Sote-keskuksille maksetuissa korvauksissa pyritään esimerkiksi ottamaan huomioon myös ihmisen palvelutarve, jonka avulla maakunnan on mahdollista ohjata palvelutuotantoa huomioimaan myös paljon palveluita käyttävät. Tuottajien on myös hyväksyttävä kaikki asiakkaat (jos tilaa on) ja asiakasmaksut - joiden tasoa tosin ei vielä tiedetä - ovat kaikille samat. *Laki ei kuitenkaan millään tavoin poissulje sitä, ettei asiakasvalikointia voisi tapahtua.* Paljon riippuu siitä, miten maakunnat onnistuvat korvauserusteiden määrittelyssä ja palvelutuotannon ohjauksessa. Asiakasvalikoinnin ehkäiseminen asiakasetelipalveluissa jää myös epäselväksi. Yksi iso tekijä korvauserusteiden kehittämisessä on se, miten tietojärjestelmät ja ohjausjärjestelmät saadaan kehitettyä asianmukaisesti palvelemaan tuotannon ohjausta.

***Kriittinen ryhmä, joiden korvauserusteiden oikealle tasolle asettaminen on erityisen tärkeää suoran valinnan palveluiden osalta, ovat työterveyshuollon asiakkaat.*** He muodostavat potentiaalisen hyväosaisten, vähän palveluita käyttävien joukon, joita työterveyshuollon palveluita tuottavat sote-keskukset voisivat houkutella asiakkaikseen. Heikommassa asemassa olevien ihmisten mahdollisuudet hakeutua näiden tuottajien asiakkaiksi voivat heiketä, jos asiakaslistat täyttyvät työterveyshuollon asiakkaista. Markkinoiden jako tehdään ennen kaikkea markkinoiden avaamisen alkuvaiheessa, koska niin Suomesta kuin kansainvälisestäkin tutkimuksesta tiedetään, että ihmiset eivät ole kovinkaan innokkaita vaihtamaan palveluiden tuottajaa. Onkin mahdollista että eri ihmis- ja asiakasryhmät jakautuvat hyvin epätasaisesti eri tuottajien kesken mikä taas lisää esimerkiksi kapitaatiorahoituksen tuottaman riskin suuruutta tietyille tuottajille.

Yksi asiakasvalikoinnin riskiä lisäävä tekijä on, että asiakkailla on mahdollista ostaa lisäpalveluja asiakasetelin tai henkilökohtaisen budjetin perusteella tuotettujen palveluiden oheen. Tämä voi johtaa siihen, että tuottajilla on kannuste valikoida asiakkaikseen ihmisiä, joilla on varaa ostaa näitä palveluja. Se, että asiakas voisi halutessaan käyttää omia varojaan ja maksaa asiakasetelin arvon lisäksi itse lisäpalveluita, voi, kuten lain vaikutusarviossakin todetaan (s. 84),

<sup>18</sup> Ylen uutinen 29.5.2017. Kuntaliiton pääjuristi: Maakunta- ja sote-uudistus on konsulttien kultakaivos. <http://yle.fi/uutiset/3-9628203>

luoda järjestelmään uusia eriarvoisuuden polkuja ja vahvistaa eriarvoisuuskehitystä, vaikka uudistuksen lähtökohtatavoite on päinvastainen. Asiakkaan mahdollisuudet arvioida lisäpalveluiden tarpeellisuutta ja vaikuttavuutta voivat myös olla etenkin terveyspalveluissa puutteelliset ja informaation epäsuhtaan vuoksi saattaa syntyä esimerkiksi terveyshyödyn näkökulmasta turhien palveluiden kysynnän luontia.

Toisaalta, vaikka lisäpalveluiden ostomahdollisuutta ei olisi, tuottajilla voi olla kannuste valikoida asiakkaikseen hyvin toimeentulevia asiakkaita. Suomessa noin 20 % väestöstä on yksityinen sairauskuluvakuutus. Jos sote-keskus tuottaa myös yksityisesti rahoitettuja palveluja, voivat sote-keskuspalvelut toimia ns. sisäänheittäjinä näihin, usein käyntihinnoiteltuihin yksityisiin palveluihin. ***Haitalliseen asiakasvalikointiin on kiinnitettävä uudistuksen seuranta- ja arviointityössä huomiota.***

## SAATAVUUS

### ***Henkilöstön saatavuus ja jaksaminen avainasemassa***

Uudistuksen yksi keskeinen mahdollisuus on, että julkisesti rahoitettujen peruspalveluiden saatavuus paranee ainakin suuremmissa asutuskeskuksissa. Saatavuuden kehittyminen riippuu kuitenkin siitä, miten maakunta onnistuu resurssien allokoinnissa peruspalveluiden ja erityispalveluiden välillä.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat työvoimavaltainen ala. Henkilöstön saatavuus vaikuttaa paljolti siihen kuinka palveluiden saatavuus kehittyy. Onkin hyvä huomata, että *samalla kun markkinat avataan palveluiden tuotannolle, avataan isot työvoimamarkkinat*. Yksityinen ja julkinen sektori kilpailevat jo nyt monin paikoin osaavasta henkilöstöstä ja esimerkiksi joidenkin erikoisalojen lääkäreistä on pulaa. Uudistuksen myötä kilpailu todennäköisesti kiivastuu entisestään.

Yksi merkittävä perustason palveluiden saatavuuteen vaikuttava tekijä on, miten sote-keskukset onnistuvat rekrytoimaan palvelukseensa nyt työterveyshuollossa työskentelevää työvoimaa (erityisesti lääkäreitä). Lisäksi palvelutuotannon johtoon ja palvelujärjestelmän ohjaamiseen rekrytoitavan henkilöstön saatavuus vaikuttaa palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja sen tuottamiin tuloksiin.

Jos sote-keskusten asiakasprofiilit poikkeavat toisistaan paljon, voi tällä olla merkitystä henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden näkökulmasta. Henkilöstön jaksamiseen onkin kiinnitettävä huomiota erityisesti sellaisissa yksiköissä, joissa asiakasjoukko on keskimääräistä haastavampaa<sup>19</sup>. On aivan turha tehdä uusia rakenteita, jos henkilöstö ei jaksa työssään.

### ***Yhtiöttämisvelvoite voi vaikuttaa saatavuuteen erikoispalveluissa***

Nyt annetussa lakipaketissa maakuntien on yhtiötettävä kaikki sellainen tuotanto, joka kilpailee markkinoilla yksityisten toimijoiden kanssa. Tämä tarkoittaa, että maakunta ei voi omana toimintanaan tuottaa mitään sellaista palveluja, joka kuuluu yhtiöttämisvelvoitteen piiriin. Tämä voi aiheuttaa ongelmia oikea-aikaisten palveluiden tarjoamisen, mutta myös tuotannon tarkoituksenmukaisen järjestämisenkin näkökulmasta.

Lainaan tässä Kuntaliiton johtava lakimies Sami Outisen esimerkkiä<sup>20</sup>: jos asiakasseteliä haluttaisiin käyttää esimerkiksi kaihileikkauksiin, maakunnan liikelaitos ei voisi tarjota kyseistä palvelua omana toimintana vaan tuotanto pitäisi järjestää erillisen yhtiön kautta. Maakunnan liikelaitoksella on kuitenkin laaja vastuu erikoissairaanhoidosta, päivystyksestä ja lääkärinkoulutuksesta. Päivystysvalmiuden ylläpitoon ja koulutukseen tarvitaan tietty määrä elekttiivistä toimintaa. Kyseisessä tilanteessa tätä ei ole mahdollista järjestää maakunnan liikelaitoksen omana toimintana. Tämä ei

<sup>19</sup> Vehko T, Sinervo T, Josefsson K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa kotihoidon kehitys huolestuttava. THL/Tutkimuksesta tiiviisti. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN\\_ISBN\\_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1)

<sup>20</sup> Sami Uotinen 22.5.2017. Palvelusetelistä asiakasseteliin – hyppy tuntemattomaan? <https://www.kuntaliitto.fi/blogi/2017/palvelusetelista-asiakasseteliin-hyppy-tuntemattomaan>





ole omiaan kannustamaan maakuntaa asiakasetelin käyttöön sellaisilla toimialoilla, jossa sen soveltamisesta todennäköisesti olisi hyötyä.

***EHDOTUS 2: Ehdotan, että yhtiöttämisvelvoitetta ei toteuteta ainakaan maakunnan vastuulle kuuluvien asiakassetelipalveluiden osalta. Tämä todennäköisesti kannustaisi erityisesti erikoissairaanhoidossa maakuntia hyödyntämään asiakaseteliä myös sellaisissa erikoissairaanhoidon toimenpiteissä, joissa se ei toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen kannalta yhtiöttämisvelvoitteen myötä olisi järkevää.***

### ***Yhden vuoden sitoutuminen tuottajaan hankaloittaa yksilöiden reagointia saatavuuden ongelmiin***

Yksi saatavuuteen liittyvä keskeinen asia on myös se, *kuinka usein ihminen voi vaihtaa palveluntuottajaa*. Nyt annetussa hallituksen esityksessä asiakkaan valinnanvapaudesta linjataan että ihminen voi vaihtaa sote-keskusta ja maakunnan liikelaitoksen toimipistettä yhden vuoden välein. Tämä voi aiheuttaa ongelmia palveluiden saatavuuden, mutta myös muiden tekijöiden, kuten asiakaslähtöisyyden toteutumisen suhteen. Nyt esitetyssä laissa puhutaan useaan otteeseen siitä, kuinka kilpailun uhka ja asiakkaiden menettämisen pelko kannustaa tuottajia parantamaan toimintaansa niin laadun kuin saatavuudenkin suhteen. Kilpailun uhka ei kuitenkaan ole kovinkaan kouriintuntuva jos asiakas ei tosiasiallisesti voi vaihtaa palveluntuottajaa kuin vasta vuoden päästä. Saatavuuden näkökulmasta tämä voi tarkoittaa, että vaikka ihmisen valitsemassa sote-keskuksessa saatavuus olisi hyvää vaihdon hetkellä, ei se ole sitä välttämättä enää muutaman kuukauden päästä.

***EHDOTUS 3: Jotta saatavuuden ja laadun jatkuva parantuminen olisi mahdollista, ehdotan, että vaihtofrekvenssiä lyhennetään esimerkiksi kolmeen tai kuuteen kuukauteen. Tutkimuskirjallisuuden mukaan ihmiset eivät ole kovinkaan aktiivisia vaihtamaan tuottajaa, joten isoa riskiä palveluiden suunnittelun näkökulmasta ei pitäisi koitua. Lisäksi palveluntuottajien velvoite ilmoittaa enimmäisasiakasmääränsä helpottaa palveluiden suunnittelemista.***

## **INTEGRAATIO**

Henkilökohtainen budjetti tarjoaa uusia hyviä mahdollisuuksia asiakaslähtöisen integraation toteuttamiseen. Paljon palveluja tarvitsevan kansalaisen palvelukokonaisuudesta on kuitenkin kokonaisuuden näkökulmasta vaarassa tulla pirstaleinen ja vaikeasti hallittava kaikkien osapuolten näkökulmasta.

Palvelut jakautuisivat usean eri toimijan tuotettavaksi. Teoreettisesti asiakkaalla voisi olla käytössään yhtä aikaa suoran valinnan palveluyksikön itse tuottamia palveluja, tämän alihankkimia palveluita ja/tai asiakassetelillä hankittuja palveluja, maakunnan liikelaitoksen itse tuottamia palveluja ja mahdollisesti maakunnan myöntämällä asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla hankittuja palveluja. Jos nykyisessä palvelujen järjestämismallissa tuottajien ja järjestäjän välinen, eri tuottajien välinen ja ammattilaisten välinen yhteistyö on haastavaa<sup>21</sup>, niin on monelta osin vaikea nähdä miten valinnanvapausjärjestelmä tukee tai helpottaa palveluiden nykyistä parempaa yhteensovittamista. Kun palvelujärjestelmään syntyy hallinnollinen, organisatorinen tai toiminnallinen raja, niin saumattomuus ja yhteistoiminta kohtaavat yleensä aina haasteita. Haastekertoimia lisää se, että yhteistoiminnan osapuolet toimivat ympäristöissä (markkinat, verkostot, hierarkinen ohjaus), joissa toimintaa ohjaavat erilaiset logiikat ja kannusteet. Luottamusta yhteen sovitettujen palvelujen toteutumiseen ei myöskään lisää tieto siitä, että monien tarvittavien tieto- ja ohjausjärjestelmien kehittäminen on vasta alkuvaiheessa.

Valinnanvapauslakiesityksen ajatus siitä, että, palveluiden yhteensovittaminen tulisi tehdä asiakkaan yksilöllisistä lähtökohdista käsin, on hyvä. Tämä ajatus on myös yleistynyt monissa palvelujärjestelmissä ja myös Suomessa<sup>22</sup>. Tästä

<sup>21</sup> Tynkkynen L-K. 2013. Towards Partnership? Studies on public-private collaboration in health and elderly care services in Finland. Tampere: Tampere University Press.

<sup>22</sup> Hujala ym. 2017. How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? European Observatory on Health Systems and Policies. Policy brief. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/337589/PB\\_26.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/337589/PB_26.pdf?ua=1)

näkökulmasta onkin kannatettavaa, että sote-keskuksen vastuulle kuuluu laaja valikoima erilaisia palveluja lääkärin vastaanottopalveluista, mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Ihminen voi asioida sote-keskuksessa, jonka koordinoimana tämä voisi joustavasti käyttää asiakassetelillä tuotettuja, alihankittuja ja sote-keskuksen itsensä tuottamia palveluja. Tämä kiiltokuvamainen visio särkyä kuitenkin siinä vaiheessa, kun ihminen tarvitseekin erityistason palveluja.

Jos ihminen tarvitsee palveluja, jotka eivät kuulu sote-keskuksen vastuulle, vastuu hänen palveluistaan jakautuu käytännössä sote-keskuksen ja maakunnan liikelaitoksen välille. Samalla hoidon koordinaatiovastuu siirtyy maakunnan liikelaitokselle. Asiakkaan asiointi hajautuu todennäköisesti useaan eri paikkaan, mikä voi, kuten edellä olen kuvannut, synnyttää ongelmia erityisesti niiden asiakasryhmien kohdalla, joilla jo valmiiksi on huonommat lähtökohdat aktiivisena asiakkaana toimimiseen. Tässä olennaista osaa näyttelee, kuten jo aikaisemmin mainitsin, se millaisiksi esimerkiksi matkakorvaukset, kotiin vietävät palvelut ja eri pisteissä asiointiin tarjottava tuki toteutetaan. Tuottajia voisi myös kannustaa toimimaan samassa toimipisteessä. Suuri merkitys on myös sillä, miten tietojärjestelmien kehittäminen käytännössä etenee ja toteutuu.

Hoidon yhteensovittamisen osalta maakunnan ja sote-keskuksen työnjako on sinänsä selkeä, mutta aiheuttaa aina esimerkiksi hoidon/palvelun kokonaisuudesta vastaavan henkilön vaihtumisen. Tällä voi olla iso merkitys juuri sellaiselle asiakkaalle, jolla on moninaisia ja vaikeita sote-palveluiden tarpeita. Asiakas sitoutuu aina suhteeseen jonkun ammattilaisen kanssa, ei esimerkiksi organisaatioon joka palveluita tuottaa.

Integraation osalta keskeistä on, miten perus- ja erityistason palvelut sovitetaan yhteen. Tällä on todennäköisesti merkittävimpiä vaikutuksia myös hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin. Jos ihminen palaa oikea-aikaisesti - eli ei liian aikaisin eikä liian myöhään - erityistason palveluista (esim. sairaalasta) takaisin perustason palveluiden piiriin, sitä todennäköisemmin voidaan säästää kustannuksissa. Silloin kun kustannusvastuu jakautuu yhdelle taholle peruspalveluissa ja toiselle erikoispalveluissa tämän rajapinnan yli tehtävä yhteistyö tuottaa useita epävarmuustekijöitä perus- ja erityispalveluiden yhteensovittamisen suhteen.

Nyt hahmoteltu rakenne luo järjestelmään sisäisen kannusteen siirrellä sote-keskuspalveluntuottajien näkökulmasta huonosti tuottavia asiakkaita maakunnan liikelaitoksen vastuulle, etenkin jo maakunnat eivät kykene toimimaan vahvoina palveluiden järjestäjinä. Tämä voi johtaa turhaan asiakkaiden pallotteluun eri toimijoiden välillä ja kiistoihin siitä kenen vastuulle asiakkaan asiat ja niistä syntyvät kustannukset kulloinkin kuuluvat. Uudistuksen yksi iso heikkous onkin siinä, että resurssit ja kustannukset jakautuvat eri toimijoiden välille eivätkä niin että yksi toimija vastaisi asiakkaan kokonaihoidosta ja kantaisi myös kustannusvastuun.

***EHDOTUS 4: Ehdotan, että vastuu ihmisen kaikista palveluista olisi vain yhdellä taholla, joka voisi asiakkaan tarpeiden mukaan hyödyntää niin perus- ja erityispalveluja kuin yksityisiä ja julkisia palveluja. Tämä lisäisi edellytyksiä palveluiden asiakaslähtöiseen yhteensovittamiseen. Toinen vaihtoehto on pohtia erityispalveluiden rahoittamista osittain sote-keskusten budjetista.***

Kuntatasolla on tehty paljon työtä paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hoitoprosessien ja palvelukokonaisuuksien kehittämiseksi<sup>23</sup>. Uudistuksen myötä syntyvä rakenne edellyttää kuitenkin organisaatorakenteiden purkamista vähintään siksi, että maakunnallinen toiminta on yhtiöitettävä. Nyt suunniteltu uudistus uhkaa myös niitä maakunnallisia toimintamalleja ja organisaatioita, jotka on rakennettu vastaamaan palveluiden yhteensovittamisen haasteisiin. On valitettavaa, että uudistus ei mahdollista aikaisemman kehitystyön hyödyntämistä täysimääräisesti, vaan pakottaa monin paikoin järjestelmän uudelleen rakentamiseen.

<sup>23</sup> Sinervo, T. & Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. 2016, Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnan-vapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä, THL raportti 16/2016.

## LOPUKSI

Lopuksi totean, että se, toteuttaako uudistus sille asetetut kokonaistavoitteet, on paljolti kiinni siitä, miten maakunnat ryhtyvät järjestämistehtäväänsä toteuttamaan ja millaiset taloudelliset ja osaamisen resurssit eri maakunnilla on käytössään järjestämistehtävän hoitamiseen. Maakunnat ovat paljon vartioina, mutta palvelujärjestelmän ohjaus- ja hallintatehtävän vaativuus on jätetty uudistusta suunniteltaessa vähälle huomiolle<sup>24</sup>. Tällä on kuitenkin keskeinen rooli palvelujärjestelmän tuottamien tulosten näkökulmasta.

Toimiakseen terveystaloudessa markkinat ja monituottajamalli vaativat vahvan ohjausjärjestelmän<sup>25</sup>. Osa maakunnista on jäämässä hyvin pieniksi, mikä voi hankaloittaa niiden mahdollisuuksia toimia vahvoina järjestäjinä ja toteuttaa vaativaa monituottajamallin ohjaustehtävää. Lisäksi esitetty aikataulu asettaa uudistuksen toimeenpanolle isoja haasteita. Lakiluonnokset sisältävät paljon elementtejä, jotka sinällään ovat toteuttamiskelpoisia ja jopa kannatettavia. Usean erilaisen uudistuksen toimeenpano samanaikaisesti ilman, että todelliset edellytykset järjestelmän käynnistämiseksi ovat olemassa muodostavat kuitenkin ison haasteen uudistuksen onnistumiselle.

***EHDOTUS 5: Ehdotan, että valinnanvapauslainsäädäntö toimeenpannaan vasta, kun todelliset edellytykset järjestelmän hallintaan ja tiedon kulkuun ovat olemassa.***

Tampereella 5.6.2017

Liina-Kaisa Tynkkynen

---

<sup>24</sup> Lehto, Juhani (2017). Sotemarkkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka. [http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306\\_lehto\\_online.pdf?sequence=1](http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306_lehto_online.pdf?sequence=1)

<sup>25</sup> Greer SL, Wismar M, Figueras J. 2016. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Maidenhead: Open University Press.