



**Medical Management Centrum**

Chef: Professor Mats Brommels

Talousvaliokunta

**Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Kansainvälisessä kirjallisuudessa perustellaan kansalaisten valinnanvapauden lisäämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa seuraavilla argumenteilla:

Valinnan mahdollisuus syntyy, mikäli palveluja tarjoaa enemmän kuin yksi tuottaja. Näiden tuottajien kesken syntyy kilpailua, joka edistää toiminnan tehokkuutta ja asiakaskeskeisyyttä. Lisäksi valinnanvapaus on tapa vahvistaa kansalaisten perusoikeuksia, etenkin itsemääräämisoikeutta. Valinnanvapaus lisää kansalaisten tasa-arvoa, mikäli kilpailu edistää voimavarojen parempaa kohdistumista kansalaisten tarpeiden mukaan. Koska kansalaisten edellytykset suorittaa aktiivisia valintoja vaihtelevat, voi kilpailu suosia hyväosaisia, ja näin ollen olla uhkana terveyden tasa-arvolle.

Keskityn lausunnossani pohtimaan lakiesitystä ensinnäkin perusoikeuksien ja tasa-arvon näkökulmasta, koska niiden vahvistaminen on tärkeä osa uudistuksen tavoitteita. Tarkastan sen jälkeen missä määrin lakiesitys turvaa edellytykset tehokkaalle ja ”rehdille” kilpailulle. Lopuksi kommentoin kahta erityiskysymystä, joita on käsitelty laajasti julkisessa keskustelussa: valinnanvapausjärjestelmän vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon sekä suunnitellut rahoitusjärjestelmät.

Valinnanvapaus kansalaisten perusoikeuksien kannalta

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettava laaja valinnanvapaus tarkoittaa ennen kaikkea kansalaisten perusoikeuksien, etenkin itsemääräämisoikeuden, vahvistamista. Sosiologi Alfred Hirschmanin terminologiaa käyttäen valinnanvapaus takaa, että 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”).

*Näiden kehitystrendien aktiivinen hyödyntäminen on keskeisimpiä tapoja hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden mukaisesti.*

## Valinnanvapaus ja terveyden tasa-arvo

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 esityksessä mainittua palvelulupausta. Ideologiset painotukset ovat olleet selvästi vähäisemmät kuin suomalaisessa poliittisessä 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.*

Myös 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 ilmaantuminen on todennäköisempää alueilla, joissa on suuri väestöpohja. Isoissa 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.*

#### Valinnanvapaus ja kilpailu

Julkinen keskustelu on yksinomaan keskittynyt ns. suoravalinnan palveluihin, jotka valinnanvapauslainsäädännön myötä siirtyvät markkinaehtoisiksi, ja siitä johtuvasta maakunnan vastaavien palvelujen yhtiöittämispakeroon. Vähemmälle huomiolle on jäänyt että *kaikki julkisesti rahoitetut terveyspalvelut tosiasiallisesti EU-oikeuden johdosta toimivat markkinoilla*. Hallitus on 1.6.2017 jättänyt eduskunnalle lakiesityksen, jonka mukaan toisesta EU-maasta hankittavaan terveyspalveluun sovelletaan samoja menettelytapoja kuin muussa julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suoran valinnan palveluissa ei viranomaisten ennakkohyväksyntää vaadittaisi. Muiden terveyspalvelujen osalta edellytetään tarpeen arviointia ja lähetettä. Viimeksimainittu käytäntö voi olla tarkoituksenmukainen, mutta ns. potilasliikkuvuusdirektiivi asettaa kuitenkin varsin ahtaat rajat sille, millä perusteella ennakkohyväksyntä voidaan evätä. Mikäli suomalaiset terveyspalveluyritykset käynnistävät ”off-shore” –toimintaa muussa EU-maassa, myös ne terveyspalvelut jotka lakiesityksen perusteella annetaan maakunnan liikelaitoksessa, joutuvat kilpailutilanteeseen.

Valinnanvapausmallia esittänyt selvityshenkilöryhmä ehdotti, että pienten toimijoiden yhteistyö ja verkostomainen toiminta sallittaisiin niin varmistaen niille oikeudenmukaiset toimintaedellytykset. Lakiesitys myös mahdollistaa tämän. Sosiaali- ja terveyskeskus voi hankkia 40 % toiminnastaan muilta yrityksiltä. Useampi toimija voi perustaa yhteenliittymän tai osuuskunnan sosiaali- ja terveyskeskuksen ylläpitämiseksi. Sosiaali- ja terveyskeskus voi myös osoittaa asiakkaalleen asiakassetelin tai henkilökohtaisen budjetin suoran valinnan palvelujen hankintaan. Tämä lisää pienten palvelujen tuottajien toimintamahdollisuuksia.

#### 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 sisä-

sen 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 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 terveyspalvelujen 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 antamaan välineet hallita tunnetut riskit kuten alihoidon, ylihoito, ns. kermankuorinnan ja kustannusten vyöryttämisen muun tuottajan (ja viime kädessä maakunnan) kannettavaksi. Esimerkkinä olkoon sosiaali- ja terveyskeskuksen rahoitus, jossa kiinteän rahoitusosuuden määrittelyssä otetaan huomioon asiakkaiksi ilmoittautuneiden asukkaiden aikaisempi terveyshistoria ja palvelujen tarve. Sosiaali- ja terveyskeskus ei voi kieltäytyä vastaanottamasta listautuvaa asukasta. Koska todennäköinen palvelujen tarve heijastuu rahoitusosuuteen, ei sosiaali- ja terveyskeskuksella ole myöskään taloudellisia syitä yrittää valikoida asiakkaitaan.

Rahoitusjärjestelyjä tulee kuitenkin aktiivisesti seurata, arvioida ja muokata uudistuksen toteututtua. 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 voittoaikaisesti 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.



Mats Brommels  
professori