

Pia Maria Jonsson

12.6.2017

Työelämä- ja tasa-arvovaliokunta
TyV@eduskunta.fi

Asia:

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

Hallituksen esitys suhteessa Ruotsin valinnanvapausmalliin ja siitä kertyneisiin kokemuksiin

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi otsikon mainitsemissa asiassa. – Lausuntoni käsittelee järjestämisvastuussa olevien maakuntien mahdollisuuksia ohjata tuottajakuntaa ja syntyvää järjestelmäkokonaisuutta, maakuntien kansallisen tuen tarvetta sekä asiakkaan valinnanvapauden odotettavissa olevia seurannaisvaikutuksia.

Ruotsin maakäräjäalueet ja Suomen maakunnat

Ruotsissa terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella, ja päävastuun sosiaalipalveluiden rahoituksesta ja järjestämisestä kantavat 290 kuntaa. Sekä maakäräjillä että kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Ruotsiin verrattuna Suomen sote-uudistuksessa pulmalliseksi muodostuu maakuntien suhteellisen suuri lukumäärä ja tämän seurauksena pieni koko sekä erot niiden välisissä olosuhteissa. Maakuntien päätöksenteon itsenäisyyttä ja samalla niiden käsissä olevan järjestelmäkokonaisuuden ohjausta voi lisäksi vaikeuttaa verotusoikeuden puuttuminen.

Valinnanvapauslainsäädännön peruseriaatteen

Ruotsin maakäräjäalueilla on laajaa kokemusta jo 1980-luvun loppupuolelta palvelujen ulkoistamisesta yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille. Ulkoistamisessa noudatettiin aiemmin pääsääntöisesti julkisista hankinnoista annettua lakia ja sen kuvaamia hankintamenettelyjä. Vuoden 2009 alussa tuli voimaan laki valinnanvapausjärjestelmästä, joka antoi Ruotsin maakäräjille ja kunnille hankintamenettelyjen rinnalle vaihtoehdoisen mahdollisuuden laajentaa palvelujen tuottajakuntaa.

Valinnanvapausjärjestelmässä maakäräjät tai kunta määrittelee järjestelmän piirissä olevan palvelukokonaisuuden (esim. perusterveydenhuollon peruspaketti, kaihileikkaus jne.), kyseisen palvelun tuottajiin sovellettavat hyväksymiskriteerit sekä palvelun tuottamisesta tuottajille maksettavan korvauksen. Korvaussumma seuraa asiakasta hänen valitsemalleen tuottajalle. Asiakkaan maksu palvelusta on aina sama. Kullakin maakäräjäalueella ja kunnalla voi siis olla useita valinnanvapausjärjestelmiä, joiden puitteissa eri palveluja ja palvelukokonaisuuksia järjestetään ja tuotetaan.

Tammikuussa 2010 valinnanvapausjärjestelmien käyttö tuli pakolliseksi maakäräjien järjestämässä perusterveydenhuollossa. Maakäräjien tulee hyväksyä halukkaat perus-

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

12.6.2017

terveydenhuollon tuottajat – julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot – neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Laki ei edellytä julkisen tuotannon yhtiöittämistä. Vaikka koko perusterveydenhuolto on järjestettävä valinnanvapausjärjestelmien puitteissa, kaikkien palvelujen ei edellytetä olevan yhden ja saman järjestelmän piirissä, vaan esimerkiksi neuvolapalvelut voivat muodostaa muusta perusterveydenhuollosta erillisen kokonaisuuden. Menettely on helpottanut pienien ja erikoistuneiden tuottajien pääsyä järjestelmien piiriin. Samalla järjestämisvastuussa olevan maakäräjäalueen ja pientenkin tuottajien välillä on suora sopimussuhde, mikä helpottaa järjestelmän ohjattavuutta verrattuna Suomen monitahoiseen ja useille eri menettelyille rakentuvaan malliin.

Perusterveydenhuollon ohella maakäräjäalueet voivat, mutta niiden ei ole pakko, soveltaa valinnanvapausjärjestelmiä myös erikoissairaanhoidossa. Kunnat taas voivat päättää soveltavatko ne valinnanvapauslainsäädäntöä vanhusten palveluissa ja muissa sosiaalipalveluissa. Erikoissairaanhoidon valinnanvapausjärjestelmiä esiintyy erityisesti suurilla maakäräjäalueilla, kuntien toiminnassa erityisesti vanhusten asumispalveluissa.

Alueellisten järjestäjätahojen vaihtelevat edellytykset ja kansallisen tuen tarve

Ruotsissa maakäräjäalueilla on valta päättää siitä, millä ehdoin tuottajat hyväksytään niiden rahoittaman palvelutuotannon piiriin. Valinnanvapausjärjestelmissä tuotettavien palvelukokonaisuuksien laajuus voi vaihdella eri maakäräjäalueilla, samoin niiden tietojen määrä ja laatu, joita tuottajien edellytetään raportoivan voidakseen saada laatubonuksia tuotannostaan. Hyväksymiskriteerien määrittely vaatii paljon työtä ja osaamista, ja niihin on sisällytetty runsaasti esim. päivystyksiä, varautumista, seurantaa, tutkimusta ja koulutusta koskevia vaatimuksia. Hyväksymiskriteerien maakunnallista modifiointia on pidetty hyödyllisenä maakuntien erilaisuuden takia, mutta esimerkiksi suuret tuottajat ovat kritisoineet niitä kansallisen yhtenäisyyden puutteesta, mikä vaikeuttaa tuottajien toiminnan aloitusta ja laajentamista eri puolille maata.

Ruotsissa kukin maakäräjäalue päättää itse myös oman korvausmallinsa rakenteesta, (kapitaatio – suorite – mahdoll. asiakasmaksu – bonus) ja korvaustasoista. Tätä voidaan pitää loogisena, koska maakäräjillä on itsenäinen verotusoikeus. Korvausmallin säätäminen voidaan kuitenkin nähdä myös keinona ohjata alueellista palvelutuotantoa toivottuun suuntaan rahoituslähteestä riippumatta. Tässä mielessä korvausmalli voi Suomessakin toimia dynaamisena ohjausinstrumenttina, joka osaltaan mahdollistaa esimerkiksi resurssien uudelleen kohdentamisen toimintoihin, missä niitä eniten tarvitaan tai kokonaiskustannusten leikkaamisen.

Suomen osalta korvausjärjestelmän joustava käyttö maakunnissa voi ainakin uudistuksen alkuvaiheissa olla haastavaa. Sitä voidaan Ruotsin tapaan tukea kansallisin toimin, järjestäjätahojen verkostoitumisen ja keskinäisen kokemusten vaihdon keinoin. Valtiovallan päätettäväksi jää, mikä on optimaalinen tasapaino kansallisesti yhtenäisten korvausperiaatteiden ja maakuntakohtaisten korvausmallien välillä. Kansallisesti yhtenäinen malli on luonnollisesti helpompi hallita tilanteessa, jossa kansalaiset käyttävät runsaasti palveluja eri maakuntien alueilla. Alueelliset erot väestön tarpeissa ja palvelujen tuotantoedellytyksissä kuitenkin puoltavat vapautta modifioida kansallista

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

12.6.2017

korvausmallia. Ruotsissa kuitenkin esim. Valtion tarkastusvirasto on herättänyt kysymyksiä siitä, onko mallien epäyhtenäisyys itsessään epätasa-arvoistavaa.

Valinnanvapausuudistus antaa aihetta kansallisen tason viranomaisrakenteen ja toiminnan uudelleen tarkasteluun. Ruotsissa maan sosiaalihuolto on merkittävin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa normittava, ohjaava ja seuraava viranomaistaho, jolle ei Suomessa löydy täysin vastaavaa toimijaa. Sosiaalihuolto on saanut runsaasti tehtäviä myös valinnanvapausuudistuksen seurannassa. Samanaikaisesti uudistuksen voimaan tulon kanssa perustettiin lisäksi aivan uusi valtion rahoittama laitos, ”Vårdanalys”, joka on keskittynyt sote-palvelujen ja erityisesti valinnanvapausjärjestelmien vaikutusten seurantaan ja arviointiin asiakasnäkökulmasta. Erityistä huomiota on kiinnitetty kansalaisille suunnatun yhtenäisen vertailutiedon tuottamiseen sekä seurannan ja valvonnan uusiin muotoihin. Tuottajakunnan laajetessa ja monipuolistuessa kilpailuviranomaisten rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa on laajentunut. Tämä on tarkoittanut paitsi syntyvien markkinoiden, laatukilpailun edellytysten ja markkinainformaation valvontaa, myös esim. tuotantorakenteen ja palvelujen saatavuuden seurantaa. Kilpailuvirasto on myös aktiivisesti ohjeistanut kuntia ja maakäräjäalueita valinnanvapauslainsäädännön soveltamisessa.

Päästäänkö sote-uudistuksen tavoitteisiin?

Ennen kuin lainsäätävä Ruotsissa ryhtyy toimeen, uudistusehdotuksia on tapana valmistella varsin pitkälle enemmän tai vähemmän riippumattomissa komiteoissa, komissioissa tai työryhmissä. Uudistusten tavoitteista on yleensä löydettävissä tekstiä jo komiteoiden saamista ohjausdokumenteista (direktiiveistä) ja toisaalta niiden väli- ja loppuraporteista. Ruotsin lakiuudistuksen tarkoituksena oli antaa terveystaloukselta vastaaville maakäräjille ja sosiaalipalveluista vastaaville kunnille mahdollisuus tarjota asukkailleen oikeus valita palvelutuottaja ja samalla laajentaa tuottajakuntaa tarjoutuvilla yksityisillä palvelutuottajilla. Laajempina tavoitteina mainittiin asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistaminen, palvelujen saatavuuden ja laadun lisääminen sekä yhdenvertaisuusnäkökohdat.

Hyvä taloudenpito ja kustannus-vaikuttavuus ovat tavoitteita, jotka esiintyvät uudistusten valmistelussa kautta Euroopan. Kustannuskehityksen jarruttaminen on sote-uudistuksen päätavoitteena kuitenkin harvinaisempi tai ainakin sen rinnalla alleviivataan vahvasti suunniteltujen uudistusten kansalaisille tuomia muita etuja. Valinnanvapausuudistusten tavoitteina on yleensä nostettu esiin potilaan /asiakkaan aseman vahvistaminen suhteessa palvelujärjestelmään (patient empowerment) sekä palvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen ja niissä esiintyvien erojen tasoittaminen. Ruotsissa valinnanvapauden onnistumisen mittapuuna ei niinkään ole käytetty talouskehitystä, vaan ensisijaisesti on seurattu tuotantorakenteen kehitystä, palvelukapasiteettia, palvelujen saatavuutta ja laatua sekä asiakkaiden valintoja ja kokemuksia.

Vaikka Ruotsin terveydenhuollon menokehityksessä ei ole nähty merkittäviä trendimuutoksia valinnanvapausuudistuksen seurauksena, joissain erikoissairaanhoidon valinnanvapausjärjestelmissä (esim. ihotautien avosairaanhoito) menot ovat lisääntyneet Tukholmassa dramaattisesti. Taustalla on useita selittäviä tekijöitä, joista ehkä

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

12.6.2017

merkittävimpänä se, että valinnanvapausjärjestelmiä on luotu nimenomaan palveluihin, joiden saatavuudessa on ollut ongelmia. Tarjonnan lisääntyessä piilevät tarpeet voivat tulla ilmi ja palvelujen käyttö lisääntyä ja johtaa merkittäviin kustannuksiin. Tilanne on tarvittaessa hallittavissa korvausmenettelyä muuntamalla ja mahdollisella lähetepakolla (jota Ruotsissa ei pääsääntöisesti ole käytetty). Suomessa voidaan odottaa samankaltaisia haasteita siellä, missä julkinen palvelutarjonta ei ole riittänyt vastaamaan väestön tarpeita, esim. suun terveydenhuollossa.

Pohjoismaissa kansalaisten yhdenvertaisuus on lainsäädäntöön kirjattu keskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite ja uudistuksia seurataan usein tutkien sitä, miten ne vaikuttavat palvelujen jakautumiseen väestössä. Suomessa keskustellaan paljon saatavuuden alueellisesta yhdenvertaisuudesta, naapurimaissamme lisäksi yhdenvertaisuudesta sosioekonomisten ryhmien välillä. Myös ikä, sukupuoli, etninen tausta sekä kieli- ja kulttuurivähemmistöjen ja seksuaalivähemmistöjen oikeudet ovat vahvasti esillä. Koska palvelujen laatu on Ruotsissa jo vuosikausia ollut laajemman järjestelmällisen seurannan kohteena kuin Suomessa, myös laadun oikeudenmukainen jakautuminen ymmärretään osaksi yhdenvertaisuuden käsitettä.

Yhdenvertaisuuden analyyseista onkin tullut aiempaa vaativampia ja monimutkaisempia. Esimerkki tästä on Ruotsin keskustelu siitä, onko valinnanvapausuudistuksella ollut palvelujen saatavuuden ja laadun paranemisen kautta kansalaisten oikeuksia vahvistava merkitys – vai onko palvelujen siirtyminen harvaan asutuilta alueilta väestökeskuksiin tulkittava epätasa-arvoistavaksi kehitykseksi, joka tosin on edennyt jo vuosikymmeniä, mutta jota valinnanvapausuudistus mahdollisesti on vauhdittanut. Perinteisiä seuranta-mittauksia (esim. lääkärikäyntien lukumäärien seuranta) on kritisoitu liian yksipuolisiksi ja niiden tulosten tulkintoja liian yksioikoisiksi. Palvelujen monimuotoisuuden lisääntyminen, sähköisten palvelujen tulo markkinoille, eri ammattiryhmien välisen työnjaon muutokset ja palvelutuotannon entistä tarkempi räätälöinti yksittäisten asiakkaiden ja potilaiden tarpeista ja toiveista käsin edellyttävät uusien seurantakäytäntöjen luomista.

Suomen järjestelmässä tärkeältä vaikuttaa nyt se, että jo ennen uudistuksen toimeenpanoa ja sen seurannan ja arvioinnin aloittamista haetaan konsensusta siitä, mitkä ovat niitä keskeisimpiä tavoitteita, joiden toteutumista tulisi ennen kaikkea seurata ja analysoida; miten saadut mittaukselliset tulokset arvioidaan ja; miten sote-järjestelmän eri ulottuvuuksia painotetaan arvioitaessa toisaalta valinnanvapausuudistuksen vaikuttavuutta, toisaalta syntyvien maakuntien toimintaa kokonaisuudessaan.



Pia Maria Jonsson

Johtava asiantuntija

www.thl.fi