

Viite: Sosiaali- ja terveysvaliokunta keskiviikko 31.5.2017

Asia: Asiantuntijapyyntö/Heikki Hiilamo

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

## **Lausunto**

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainituista hallituksen esityksistä.

## **Nykytila**

Hyvinvointi on Suomessa polarisoitunut vahvasti viimeisen lähes 30 vuoden aikana. Talousongelmista huolimatta hyvinvointi on yleisesti lisääntynyt -- mitattiinpa sitä kulutusmahdollisuuksina, kokemuksina tai elinikänä. Ansiotasoindeksi on noussut katkeamatta viimeiset 20 vuotta. Kansainvälisten vertailuiden mukaan suomalaiset kuuluvat kokemuksensa perusteella maailman onnellisimpien ihmisten joukkoon. Tuoreen vertailun mukaan

suomalaiset ovat maailman viidenneksi onnellisinta kansaa.<sup>1</sup> Keskimääräinen eliniän odote on kohonnut ilman katkona viimeisen 20 vuoden aikana.<sup>2</sup> Ongelmat näkyvät väestöryhmien eroissa. 1990-luvun alun laman jälkeen työllisyysaste ei palannut enää lähellekään aikaisempaa tasoa. Työmarkkinoilta syrjäytyminen loi Suomeen köyhyysongelman, joka paitsi erottaa meidät muista pohjoismaista<sup>3</sup> korostaa sosiaali- ja terveystalouden uudistamisen tarvetta.

Hyvinvoinnin polarisaatio näkyy sekä sosiaalisissa että terveysongelmissa. Pitkäaikaisesta köyhyydestä kertoo se, että toimeentulotuen on tullut yhä useammille kotitalouksille pysyvä tulonlähde.<sup>4</sup> Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvun alusta.<sup>5</sup> Leipäjonoista on tullut pysyvä osa viimesijaista toimeentuloturva.<sup>6</sup> Koulutus- ja tuloryhmien sosioekonomiset erot elinajanodotteessa kasvoivat kaventamiseen pyrkivistä ponnisteluista huolimatta merkittävästi vuosina 1988–2007. Syynä oli ennen muuta alimman tuloviidenneksen heikosta kehityksestä. Erojen kasvu pysähtyi 2010-luvulla lukuun ottamatta naisten eroja koulutusryhmittäin.<sup>7</sup> Sosiaaliset ongelmat – pitkäaikaistyöttömyys, köyhyys, lasten pahoinvointi, yksinäisyys, syrjäytyminen – kietoutuvat yhteen terveysongelmien kanssa. Ongelmien kasaantuminen näkyy jo nuoruusiässä.<sup>8</sup>

---

<sup>1</sup> Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). World Happiness Report 2017, New York: Sustainable Development Solutions Network.

<sup>2</sup> Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 9:588-593.

<sup>3</sup> Nordic Social Statistical Committee Nososco (2015): Social Protection in the Nordic Countries 2013/2014 — Scope, expenditure and financing (Version 60:2015). Copenhagen, Denmark, sivu 29. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:882555/FULLTEXT01.pdf>

<sup>4</sup> THL (2016): Toimeentulotuki 2015. Helsinki.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131612/Tr19\\_16.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131612/Tr19_16.pdf?sequence=4)

<sup>5</sup> THL (2016): Lastensuojelu 2015. Helsinki.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20\\_16.pdf?sequence=4](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20_16.pdf?sequence=4)

<sup>6</sup> Ohisalo, Maria & Saari, Juho (2014): Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa. Kunnallissalan kehittämissätiö.

[http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk\\_83\\_net.pdf](http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_83_net.pdf)

<sup>7</sup> Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017):

Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 9:588-593.

<sup>8</sup> Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014): Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. THL, Tampere.

Berg, Noora & Huurre, Taina & Kiviruusu, Olli & Aro, Hillevi (2011): Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 168–181

Pyrkimykset vaikuttaa ennaltaehkäisevästi ongelmien taustalla olevaan käyttäytymiseen – tupakointiin, päihdeongelmiin, liikunnan puutteeseen, eristäytymiseen – ovat suurelta osin epäonnistuneet. Sosioekonomiset elintapaerot ovat edelleen huomattavia.<sup>9</sup> Huono-osaisuudessa on kysymys pirullisesta ongelmasta, jonka ratkaiseminen on vaikeaa ja hidasta.

Edellä kuvatut ongelmat johtuvat suurelta osin muista tekijöistä kuin sosiaali- ja terveyspalveluista (sote-palveluista). Muun muassa elintapaerot ja alhainen sosioekonominen asema itsenäisenä tekijänä selittävät hyvinvointieroja.<sup>10</sup> On kuitenkin perusteltua väittää, ettei sote-järjestelmä ole kyennyt täysin vastaamaan sille ulkopuolelta tulleisiin haasteisiin. Tämä johtuu yhtäältä resurssien vähäisyydestä ja toisaalta niiden väärästä kohdentamisesta.

Sote-uudistusta arvioitaessa on syytä muistaa, että erityisesti Suomen terveyspalvelujärjestelmä on kansainvälisen mittapuun mukaan poikkeuksellisen kustannustehokas: saamme suhteellisen vähällä rahalla suhteellisen paljon terveyttä. Suomi sijoittui ensimmäiseksi vuoden alussa julkaisussa 35 Euroopan maailman sairaanhoidon kustannustehokkuuden vertailussa.<sup>11</sup> Toisen tuoreen selvityksen mukaan hoitoon pääsyn ja hoidon laadun perusteella suomalaiset saavat maailman seitsemänneksi parasta sairaanhoitoa.<sup>12</sup>

Ongelmana on kuitenkin se, että palvelut – erityisesti avoterveydenhuolto -- kohdentuvat liiaksi jo etukäteen paremmassa asemassa oleville.<sup>13</sup> Tulevina vuosikymmeninä talouslamojen jäljiltä kertynyt julkisen talouden velka, matala työllisyysaste ja väestön ikääntyminen rajoittavat hyvinvointivaltion kykyä vastata sote-ongelmiin. Sote-uudistuksessa olisikin varottava tekemästä muutoksia, jotka rikkovat nykyistä järjestelmäämme niiltä osin kuin se toimii hyvin.

### Maakuntien järjestämisvastuu

Sote-uudistuksessa on kyse laajasta rakenteellisesta uudistuksesta, jossa vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä (jatkossa sote-palveluista) siirretään kunnilta 18:sta

<sup>9</sup> Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti (2013): Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. THL raportti 21/2013.

<sup>10</sup> Silvia Stringhini, Silvia et al. (2017): Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. The Lancet January 2017.

<sup>11</sup> Health Consumer Powerhouse (2017): Euro Health Consumer Index 2016 Report. [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2016/EHCI\\_2016\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf)

<sup>12</sup> Barber, Ryan M et al (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. Lancet. 18 May 2017 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

<sup>13</sup> Ks. tuore yhteenveto <http://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/>

maakunnalle. Uudistus ei muuta asiakkaiden ja potilaiden oikeuksia palveluihin. Sote-järjestäjien lukumäärä olisi voinut olla pienempi. Tästä kertoo sekin, että hallitus sopi kriisineuvotteluiden marraskuussa 2015 terveystalouden järjestämisestä vain 15 maakunnassa.<sup>14</sup> Päätös osoittautui perustustaillisesti mahdottomaksi ja se unohdettiin vähin äänin unohdettiin.

Kaikilla maakunnilla ei ole resurssien niukkuuden vuoksi tosiasiallisia mahdollisuuksia järjestää sote-palveluita kustannustehokkaasti. Esitetty 18:sta järjestäjän malli on kuitenkin selvä parannus nykytilanteeseen. Valtiovarainministeriön käynnistämä arviointimenettely voi antaa mahdollisuuden karsia maakuntien määrää tulevaisuudessa. Tämä perälauta voi toki hankaloittaa väestömäältään pienimpien maakuntien päätöksentekoa.

Maakunnat saavat tulonsa yksinomaan valtiolta ja valtakunnallisesti yhtenäisistä palvelumaksuista. Maakunnilla ei ole veronkanto-oikeutta, eikä mahdollisuutta rahoittaa palveluita velanotolla. Voidaankin sanoa, että tosiasiallisesti valtio järjestää sote-palvelut maakuntien kautta. Maakunnat ovat tiukassa valtion tulonohjauksessa, joka ajaa niitä kaavamaisiin päätöksiin väestön tarpeista ja olosuhteista riippumatta. Verotusoikeuden puuttumisen riskinä on se, ettei maakunta kykene tosiasiallisesti vaikuttamaan siihen, miten sote-palvelut kohdentuvat tarpeen mukaan sen asukkaille. Jatkossa tulisi myös pohtia verotusoikeuden antamista maakunnille, semminkin kun maakunnilla ei ole esityksessä mallissa edes todellista mahdollisuutta lainanottoon. Verotusoikeuden tulisi koskea sellaisia tehtäviä, jotka eivät ole sidottu valtion päätöksiin. Monissa Länsi-Euroopan maissa alueellisilla itsehallinnoilla on verotusoikeus.

Sote-uudistus antaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tarkastella yhdessä sosiaali- ja terveystalouden ja ratkaista pirullista ongelmaa, joka näkyy samojen yksiköiden ja perheiden sosiaalisina ja terveystalouden ongelmina. Maakunnalla on käytössään yksi rahapussi (sote-rahoituksen integraatio) palveluiden järjestämiseen ja se voisi periaatteessa kohdentaa resursseja sinne, missä niillä saadaan eniten tulosta aikaan. Rahoituksen integraatio ei kuitenkaan mene riittävän syväälle, sillä uudistus ei puutu eriarvoisuutta synnyttäneen työterveyshuollon asemaan eikä ensivaiheessa yksityisistä terveystalouksista maksettaviin Kela-korvauksiin.

Parhaimmillaan maakunnat voisivat edellä sanotuista rajoitteista huolimatta kohdeta resursseja uudelleen ja tarjota erityisesti paljon ja vaativia palveluita tarvitseville palvelupaketteja, joissa on mukana kaikki tarpeelliset sosiaali- ja terveystaloudelliset sekä perustasolla että erityistasolla. Tämä antaa mahdollisuuksia paitsi parantaa palveluita myös vähentää kustannuksia.

Säästöjä voi syntyä siitä, että vahvat perustason palvelut ehkäisevät ennalta erityistason palveluiden tarvetta. Kuumeileva vanhus pääsee nopeasti yleislääkärille, eikä joudu viivyttelyn vuoksi hoidattamaan keuhkokuumettaan sairaalassa. Vahvasti integroitu sote-järjestelmä voi

---

<sup>14</sup> VNK (2015): Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Valtioneuvoston viestintäosasto 9.11.2015. Tiedote 591/2015.

vähentää myös epätarkoituksenmukaista palveluiden käyttöä, jota kutsutaan myös ”pyörövi-  
ilmiöksi” tai ”luukuttamiseksi”. Eräissä maakunnissa on jo siirrytty tämänkaltaiseen malliin ja  
tulokset ovat olleet rohkaisevia. Vahvinta näyttöä integraation hyödyistä on saatu Etelä-  
Karjalan Eksote-mallista.<sup>15</sup> Logiikka toimii myös silloin, jos tuotanto on yksityistä. Parhaana  
esimerkkinä Pihlajalinnan ja alueen kuntien menesty yhdessä alueen kuntien kanssa Mänttä-  
Vilppulan sotien kokonaisulkoistuksessa.<sup>16</sup>

### Valinnanvapautta tarvitaan

Sote-uudistuksen valmistelun punainen lanka on ollut palveluiden integraatio. Tämä näkyi myös  
Sipilän hallituksen ohjelmassa, jossa sote-uudistusta koskevan kirjauksen kaksi ensimmäistä  
lausetta ovat: ”Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteena on terveyserojen  
kaventaminen ja kustannusten hallinta. Uudistus toteutetaan palveluiden täydellisellä  
horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä.”  
Marraskuun 2015 halluskriisin jälkeen hallitus päätti kuitenkin toteuttaa valinnanvapauden  
uudistuksen ensimmäisessä vaiheessa. Hallitusohjelmassa valinnanvapaus oli uudistuksen  
kolmas vaihe. Päätöksellä oli sote-valmistelulle dramaattisia seurauksia, jotka näkyvät nyt  
eduskunnan käsittelyssä olevissa lakiesityksissä, niiden kriittisissä vaikutusarvioissa ja esityksistä  
annetuissa varoitelevissa lausunnoissa ja muissa arvioissa.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapauden laajentamisella on hyvät perusteet.<sup>17</sup> Ne  
liittyvät ennen muuta hyvinvointivaltion legitimizeettiin ja rahoitukseen. Vaurastunut  
keskiluokka ja paremmin toimeen tulevat ovat periaatteessa tyytyväisiä hyvinvointivaltioon,  
mutta vierastetaan nykymallisiin palveluihin kuuluvia pakkovalintoja ja byrokratiaa. Kela-  
korvaukset ja palvelusetelit ovat vauhdittaneet yksityisiä sote-palveluita ja totuttaneet  
kansalaisia valinnanvapauteen. Huomattava osa suomalaisista käyttää yksityisiä palveluita ja on  
niihin pääosin tyytyväisiä. Myös sosiaalipalveluista jo kolmannes tuotetaan yksityisesti. Yhä  
useammat haluavat ”shoppailla” sote-palveluita.

Shoppailu ei ole sote-palveluihin liittyvän informaation epäsymmetrian<sup>18</sup> vuoksi ongelmatonta,  
mutta järjestelmän legitimizeetin kannalta jopa välttämätöntä. Julkisen sote-vakuutuksen  
tulevaisuus on maksajien varassa: ovatko hyvin toimeentulevat veronmaksajat valmiita  
edelleen panostamaan julkisiin sotepalveluihin? Jos sote-palvelut kohdennetaan vain  
köyhimmille, muut menettävät intonsa maksaa niistä ja köyhien palvelut muuttuvat kehoiksi.

<sup>15</sup> Erhola, Marina ym. (2014): SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Terveyden ja  
Hyvinvoinnin Laitos, Helsinki.

<sup>16</sup> Linna, Miika & Seppälä, Timo (2016): Voidaanko kokonaisulkoistuksilla säästää sote-  
menoissa? Teoksessa Mäklin, Suvi (toim.) Terveystaloustiede 2016. THL työpaperi 1/2016: 26-  
26.

<sup>17</sup> Hiilamo, Heikki (2015): Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö. Mistä sote-uudistuksessa on kysymys?  
Into.

<sup>18</sup> Arrow, Kenneth J. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American  
Economic Review*, 53 (5): 941–973.

Hyvinvoiva keskiluokka kysyy, miksi sen on maksettava kireitä veroja, jos lähimpään terveyskeskukseen ei saa aikoja, jos kiiretön leikkaus on ostettava yksityissairaalaalta, ja jos omille vanhemmille ei järjesty riittävän tasokasta laitoshoidoa.

Kyseessä on julkisten palveluiden kehittämisen paradoksi: jos hyvin toimeentulevat eivät koe julkisia sote-palveluita omakseen, ne muuttuvat lopulta kelvottomiksi myös niitä eniten tarvitseville huono-osaisille. Julkisesti järjestettyjen sote-palveluiden ”parhaita asiakkaita” ovat nämä hyväosaiset ja onnekkaat, jotka kustantavat paljon veroillaan palveluita mutta käyttävät niitä vähän. Kun nämä parhaat asiakkaat kerran tarvitsevat palveluita – esimerkiksi lääkärin vastaanottoa – palvelun täytyy olla kunnossa.

Sosiaalisesti tai terveydellisesti heikko asema tarkoittaa sitä, ettei yksilöllä ole tietoa eikä taloudellisia voimavaroja tehdä valintoja, eikä aina vaihtoehtojakaan. Paljon palveluita käyttävät arvostavat valinnanvapautta.<sup>19</sup> Valinnanvapaudesta hyötynevät kuitenkin eniten suhteellisen hyvässä asemassa olevat, mutta olisi virhe luopua siitä tästä syystä. Seurauksena voisi olla julkisen sote-vakuutuksen kannatuksen hiipuminen ja palveluiden rapautuminen (josta työterveyshuolto jo osittain todistaa). Heikoimmassa asemassa olevat tarvitsevat valinnanvapauden toteutumiseksi kattavaa palveluohjausta.

#### Palveluiden laatu ja saatavuus

Kuinka paljon valinnanvapaus todellisuudessa laajenee? Terveystieteiden tutkimuskeskus antaa potilaille jo mahdollisuuden tehdä valintoja julkisen järjestelmän sisällä. Potilas voi hakeutua minkä tahansa kunnan terveysasemalle. Kuntien ulkoistettua terveysasemiaan asukkaat ovat voineet toisinaan tehdä valintoja myös julkisten ja yksityisten palveluntuottajien välillä.

Valinnanvapautta on perusteltu myös sote-palveluiden laadun ja saatavuuden paranemisella. Lain nimeen on otettu sana ”valinnanvapaus”. Tähän viitataan myös lakiesityksen tarkoituspöytäkirjassa. Ajatuksena on, että parhaat tuottajat menestyvät kilpailussa asiakkaiden tekemien valintojen perusteella. Tutkimusnäyttö Englannista ja Yhdysvalloista kertoo, että tietyillä oletuksilla talousteoria toimii ainakin terveyspalveluissa: jos hinnat ovat kiinteitä, tuottajat kilpailevat asiakkaista laadulla.<sup>20</sup> Tutkimusten perusteella ihmiset pyrkivät tekemään valintoja laatutekijöiden perusteella, mutta on epäselvää, mitä laadulla tarkoitetaan.<sup>21</sup> Terveyspalveluiden kuluttajien kokemuksissa esimerkiksi sijainti ja tyylikkääts vastaanottotilat

<sup>19</sup> Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (toim.) (2016): Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 16/2016.

<sup>20</sup> Pitkänen, Visa & Pekola, Piia (2016): Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. Helsinki: Kela, Työpapereita 86/2016.

<sup>21</sup> Saastamoinen, Antti & Kortelainen, Mika & Saxell, Tanja (2017): Tuottajien ja asiakkaiden sote-valintoja voidaan ohjata laatumittareilla. VATT blogi. [http://vatt.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/tuottajien-ja-asiakkaiden-sote-valintoja-voidaan-ohjata-laatumittareilla](http://vatt.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tuottajien-ja-asiakkaiden-sote-valintoja-voidaan-ohjata-laatumittareilla)

voivat painottua enemmän kuin hoitotulokset (joita on muutoinkin vaikeaa ja hidasta arvioida). Myös alueelliset kilpailutekijät vaikuttavat laadun kokemukseen: jos toimijoita on vähän, lähellä oleva palvelu voi saada kuluttajilta enemmän ”laatupisteitä” kuin hoidon tulokset. Näyttöä laadun paranemisesta sosiaalipalveluissa ei tietääkseni ole olemassa. Terveyspalveluissakin kilpailu voi kuitenkin myös johtaa kustannusten lisääntymiseen, jos se aiheuttaa kilpavarustelua.

Suomeen ehdotetussa mallissa ongelma koskee sitä, ettei maakuntien asukkailla ole tietoa palveluntuottajien laadusta markkinoiden käynnistymisvaiheessa – ei ainakaan maakuntien omistamien yhtiöiden palveluista, koska nämä yhtiö aloittavat toimintansa vasta markkinoiden avautuessa. Valinnat pohjautuvat mielikuviin, joita voidaan manipuloida mainonnan ja markkinoinnin avulla. Samaan aikaan tiedetään kuitenkin myös se, että ihmiset eivät kovin usein vaihda palveluntuottajia.<sup>22</sup> Tämä korostaa lähtötilanteen ratkaisevaa merkitystä – ja varovaisuuden sekä yhtäläisten mahdollisuuksien turvaamisen tarvetta markkinoiden avaamisessa.

Valinnanvapaus voi parantaa palveluiden saatavuutta asutuskeskuksissa, mutta heikentää sitä niiden ulkopuolella. Näin on tapahtunut Ruotsissa, joskaan tulokset eivät ole täysin selviä etenkin oikeudenmukaisuuden näkökulmasta.<sup>23</sup> Ruotsin kokemuksia ei voi kuitenkaan yleistää koskemaan Suomea. Maakäräjien mallit poikkeavat toisistaan selvästi eivätkä sosiaalipalvelut ole mukana samalla tavalla kuin Suomessa on ehdotettu.

Kapitaatorahoituksen etuna voisi olla parhaassa tapauksessa se, että sote-keskusten kannattaisi panostaa sote-ongelmien ennaltaehkäisyyn – tarkoittipa tämä mahdollisimman tarkkaa ja nopeaa diagnoosin tekemistä, pienten ongelmien hoitamista tehokkaasti ennen niiden pahenemista suuriksi ongelmiksi tai perustason sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistämistä samaan palvelupakettiin. Optimaaltilanteessa sote-keskusten kannattaisi myös investoida matalan kynnyksen palveluihin ja palveluohjaukseen. Tämä tarkoittaa parhaimmillaan sitä, että maakuntien asukkaat saavat palvelunsa nopeasti ja laadukkaasti. Mainittujen tavoitteiden saavuttaminen on kuitenkin niin vaativaa, että sen toteuttaminen edellyttää kokeilujen kautta oppimista ja huolellista suunnittelua. Erityisen haastava on sosiaalipalveluiden yhdistäminen terveyspalveluihin, sillä tätä ei ole koskaan aikaisemmin kokeiltu kapitaatorahoitetuissa malleissa.

---

<sup>22</sup> Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (toim.) (2016): Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Raportti 16/2016.

<sup>23</sup> Tynkkynen, Liina-Kaisa (2017): Ruotsi, Ruotsi, Ruotsi – Debatti Ruotsin valinnanvapausuudistuksesta on kärjistettyä ja näkökulmiltaan valikoivaa. <http://alusta.uta.fi/artikkelit/2017/03/27/ruotsi-ruotsi-ruotsi-politiinen-debatti-ruotsin-valinnanvapausuudistuksesta-on-kaerjistettyae-ja-nos.html>

### Valinnanvapauden vaarat

Suomalainen keskustelu valinnanvapauden laajentamisesta liittyi aluksi kysymykseen ennen muuta avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottoihin ja usein käytettyjen erikoislääkäreiden – muun muassa gynekologien ja silmälääkäreiden sekä hammaslääkäreiden – vastaanottoihin.<sup>24</sup> Toisin kuin Suomessa potilaat voivat useimmissa Euroopan maissa valita omat yleislääkäriinsä.<sup>25</sup> Näin on myös Tanskassa ja Norjassa. Kyse ei ole kuitenkaan varsinaisista avoterveydenhuollon markkinoista, koska lääkärit yksityisinä ammatinharjoittajina eivätkä kilpaile ainakaan aggressiivisesti potilaista eikä valtion (sote-järjestäjän) vastapoolina ole isoja pörssiyrityksiä.

Suomalaiset ovat tyytyneet poikkeukselliseen ratkaisuun ilmeisesti sen vuoksi, että toisin kuin muualla meillä on laaja ja suurelta osin julkisesti rahoitettu työterveyshuolto ja perinne yksityisten palveluiden käytölle. Ruotsi on erottautunut muista Euroopan maista rakentamalla määrätietoisesti terveystalouden markkinoita. Ruotsissa terveystalouksyritykset tarjoavat avoterveydenhuollon palveluita ammatinharjoittajalääkäreiden sijaan (ammatinharjoittajia tuki vielä on). Ruotsissa ei ole kuitenkaan työterveyshuoltoa, eivätkä sosiaalipalveluja ole integroitu avoterveydenhuollon palveluihin.

Nyt esitettyä valinnanvapausmallia ei olekaan syytä verrata Ruotsin malliin muutoin kuin siinä, että se vie palvelumarkkinoiden rakentamisen vieläkin pidemmälle. Suomen malli on ainutlaatuinen Euroopassa. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikutusarviot eivät voi suoraan perustua kokemuksiin mistään muualta. Mallin omintakeisuus on myös tärkeä lisäperuste varovaisuudelle markkinoiden avaamisessa.

Kapitaatorahoituksen ongelmana on se, että tuottajien parhaat asiakkaat ovat niitä, jotka eivät käytä palveluita. Tämä ei olisi välttämättä ongelma, mutta se voi johtaa niin kutsuttuun kermankuorintaan eli siihen, ettei sote-keskusten kannata panostaa ennaltaehkäisyyn eikä perustason palveluiden kehittämiseen, koska vaikeat asiakkaat voidaan siirtää maakunnan vastuulle tai listalle hankitaan jo valmiiksi terveitä ja vähän palveluita käyttäviä.

Valinnanvapauden on esitetty lisäävän nyt työterveyshuollon ulkopuolella olevien ryhmien – lapsiperheiden, työttömien, pitkäaikaissairaiden ja eläkeläisten – palveluiden saatavuutta. Arviossa ei ole kuitenkaan pohdittu sitä, miten työterveyshuollon jääminen uudistuksen ulkopuolelle vaikuttaa tilanteeseen. Pelkkä mahdollisuus valita sote-keskusta ei vielä muuta sitä, että työterveyshuolto voi tarjota jatkossakin ohituskaistan avoterveydenhuoltoon ja läheteiden kautta sieltä erityispalveluihin. Jos asiakasmaksut nousevat – kuten voidaan odottaa ainakin avohoidon erikoislääkäripalveluissa – työterveyshuollon sairaanhoitopalveluiden merkitys korostuu entisestään. Sama koskee yksityisiä vakuutuksia.

<sup>24</sup> THL (2013): Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi 2013.

<sup>25</sup> Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Vehko, Tuulikki (toim.) (2016): Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016.



Vakuutusten avulla paremmin toimeentulevat voivat saada ohituskaistan palveluihin ja osin vapautua korkeiksi muodostuvista asiakasmaksuista.

Sote-keskuksilta edellytetään laajaa palveluvalikoimaa sekä suuria investointeja muun muassa tietojärjestelmiin. Tämä estää käytännössä muiden kuin suurten yhtiöiden toimimisen sote-keskuksina. Ainakin alueellisten monopolien syntymisen vaara on ilmeinen – varsinkin kun otetaan huomioon huomioon se, että vain jo nyt toimivilla yrityksillä on mahdollisuus hankkia nopeasti itselleen asiakkaita ja kantaa toimintaan liittyviä riskejä.

### Johtopäätökset

#### Järjestelmän ohjattavuus

Sote-uudistus tarkoittaa valtavia muutoksia palveluiden organisointiin. Ammatillaiset ja infra pysyvät suurelta osin muuttumattomina, mutta työnantajaorganisaatiot vaihtuvat. Tämä antaa mahdollisuuden organisoida työtä aikaisempaa tehokkaammin. Lisäksi murrosvaihe tarjoaa tilaisuuksia uuden teknologian – erityisesti aikaisempaa parempien tietojärjestelmien – käyttöön ottamiseksi. Sote-uudistuksessa on tärkeää kehittää mahdollisuuksia siihen, että sote-palveluiden uudet innovaatiot tapahtuvat julkisen rahoitetun järjestelmän sisällä. Tämä tarkoittaa sitä, että julkisesti rahoitettuihin sote-palveluihin tulee kuulua myös uusimpia ja parhaimpia hoitoja. Muutoin on vaarana, että julkinen järjestelmä rapautuu ja maksukykyiset asiakkaat siirtyvät käyttämään yksityisiä palveluita.

Edellä mainittujen tehtävien lisäksi maakunnilla on valtavan haastava rooli valinnanvapauden toteuttamisessa. Maakunnat eivät tule suoriutumaan näin vaativasta tehtävästä ottaen huomioon, että ne ovat vasta aloittamassa toimintaansa. Ruotsissa vuoden 1982 terveydenhuoltolaki (Hälso- och sjukvårdslag, HSL, 1982:763) antoi maakäräjille vastuun terveydenhuollosta, mutta valinnanvapaus laki tuli pakolliseksi vasta lähes 30 vuotta myöhemmin eli 2010. Valinnanvapauslain toimeenpano syö kohtalokkaalla tavalla resursseja, joita tarvittaisiin maakunnan yleisen sote-palveluiden järjestämistä vastuun toteuttamiseen (muun muassa uusien organisaatioiden perustaminen, johtaminen, henkilöstösiirrot, omaisuusjärjestelyt).

Lakiesitys valinnanvapaudesta antaa maakunnille joukon monimutkaisia vipuja ja säätönapuloita, joilla toivottu tulos voitaisiin saada aikaan. Näitä ovat sote-keskusten kapitaatiokorvauksen, toimenpidepalkkioiden ja muiden korvausten säätämisen lisäksi muassa palveluiden järjestämissuunnitelma, pilotit ja siirtymäajat, sote-keskusten palveluvalikoimasta päättäminen (esimerkiksi neuvolapalvelut, sosiaalipalvelut), palvelutuottajille asetettavat vaatimukset, syrjäseuduille hankittavat palvelut nk. markkinapuutetilanteissa. Erityisesti pienemmissä maakunnissa keskeinen kysymys koskee yhteistyötä naapurimaakuntien kanssa.

Vaikutusarviossa todetaan lukuisia kertoja, että uudistuksen tavoitteet voivat toteutua, jos maakunta onnistuu ohjaustehtävässään. Tehtävää voi verrata avaruusraketin laukaisuun. Jos kaikki menee hyvällä onnella kohdalleen, jopa ensimmäinen prototyyppi voi lentää halutulla

tavalla. Lakiesityksessä yleisperusteluissa puhutaan kuvaavasti "oikeanlaisista olosuhteista" (s. 77 ja s. 110). Kuitenkin vain uhkarohkeat insinöörit sallisivat astronauttien olla mukana ensimmäisen koeraketin sisällä. Kuvaavaa on myös se, ettei lakiesityksen vaikutusarviossa pohdita juurikaan maakuntien kykyä ohjaustehtävän hoitoon maakuntien väestöpohjan, maantieteellisen koon, palvelutarpeiden ja nykyisen palvelurakenteen näkökulmasta.

Myös rahoitus muodostaa haasteen sote-järjestelmän ohjattavuudelle. Mikäli maakunta onnistuisi panostamaan peruspalveluihin (kuten alla selvää en usko tämän olevan mahdollista) ja siten säästämään erityispalveluissa, säästöt toteutuisi vähintäänkin muutaman vuoden viiveellä. Toisin sanoen tämä vaatisi mahdollisuuden investoida peruspalveluihin sote-uudistuksen alkuvaiheessa. Maakunnat eivät kuitenkaan voi näin toimia, koska niillä ei ole verotusoikeutta eivätkä ne voi ottaa lainaa tähän tarkoitukseen.

### Integraatio

Valinnanvapauslaki hajottaa sote-palveluiden järjestämisen kahteen eri logiikalla toimivaan kokonaisuuteen. Maakunnat pakotetaan järjestämään peruspalvelut osakeyhtiömuotoisissa sote-keskuksissa. Maakunnan palvelulaitos tuottaa erityistason palvelut niiltä osin kuin niitä ei hankita asiakaseteileillä yksityisiltä tuottajilta. Sote-keskukset saavat rahoituksensa pääasiassa niiden listoilla olevien henkilöiden lukumäärän mukaan (kapitaatio), kun taas palvelulaitoksessa maakunta maksaa palveluista käytön perusteella.

Mallia voi kuvata siten, että maakunta joutuu ottamaan peruspalveluita (pieniä vahinkoja) varten asukkailleen vakuutuksen sote-keskuksista, mutta jos vahinko on suuri ja tarvitaan erityistason palveluita, maakunta kuitenkin vastaa kaikista kustannuksista. Tämä järjestely tuskin miellyttäisi yksityistä terveystakuutuksen ottajaa: korvatulehduksen hoito katettaisiin mutta syövän hoidon joutuisi maksamaan itse. Pulma on juuri siinä, että voittoa tavoittelevien (tai ainakin tappioita välttävien) sote-keskusten etujen mukaista on ohjata mahdollisimman moni asiakas ja potilas erityistason palveluiden piiriin eli toisin sanoen vyöryttää kustannuksia eteenpäin. Tämä muodostaa paitsi kustannusautomaatti myös integraation rakenteellisen ongelman. Lisäksi integraatiota vaikeuttaa vaatimukset asiakasetelien käytöstä ja henkilökohtaisista budjeteista.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden perustason integraation ongelmaa on yritetty korjata lopullisessa valinnanvapausmallissa laajentamalla sote-keskusten lakisääteisiä tehtäviä sosiaalipalveluihin. Sosiaalityön tuominen sote-keskuksiin tekee periaatteessa mahdolliseksi yksilöiden terveys- ja sosiaalisten ongelmien ratkaisemisen perustasolla (horisontaalinen integraatio). Toinen kysymys on kuitenkin se, onko tähän riittäviä kannustimia. Missään muualla maailmassa ei ole yritetty samalla tavalla saada sosiaali- ja terveyspalveluita kapitaatorahoituksen piiriin (lakiesityksestä ei selviä voitaisiinko sosiaali- ja terveyspalveluista maksaa korvauksia eri perustein).

Pulmaksi jää kuitenkin, etteivät perustason palvelut ole yhteydessä erityistason palveluihin. Tästä syystä yhtenäiset palveluketjut eivät toteudu ainakaan helposti. Esityksessä määrätään maakunta huolehtimaan yhtenäisistä palveluketjuista ja asiakasuunnitelman laatimisesta laatimisessa sekä palvelun tuottaja ohjaamaan asiakas palvelutarpeen arviointiin huolehtimaan asiakkaan edusta, mutta palveluohjauksessa ja yhteensovittamisen vaateissa kyse on enemmänkin hurskaista toiveista kuin tehokkaista säädöksistä. Tietojärjestelmien integraatio on myös iso kysymysmerkki ehdotetussa aikataulussa. Jos tie rakennetaan kiemuraiseksi, on turhaa vaatia ketään kulkemaan suoraan.

Sote-keskusten sosiaalipalvelut – erityisesti päihde-, mielenterveys- sekä kasvatus- ja perheneuvontapalvelut (sosiaalihuoltolain pykälät 24, 25 ja 26) – heikentävät lisäksi mahdollisuuksia ennaltaehkäisevään, rakenteelliseen ja integroituun peruspalveluiden vahvistamiseen. Valinnanvapauslain pykälä 15 tekee käytännössä mahdottomaksi perheiden integroitujen palveluiden kehittämisen, koska peruspalvelut pirstoutuvat markkinalogiikalla toimiviin sote-keskuksiin. Pulmallista on myös se, mitä maakuntien palveluksessa olevat sosiaalityöntekijät tekevät odotusaikana, mikäli maakunta päättää laajentaa sote-keskusten palveluvalikoimaa sosiaalipalveluissa vasta uudistuksen toisessa vaiheessa.

Lakivalmistelussa on ylipäättään pohdittu erityisen vähän huono-osaisten sosiaalipalveluiden käyttäjien asemaa uudessa palvelujärjestelmässä. Keskeinen kysymys koskee sitä, miten erilaiset toimintakykyä tukevat ja parantavat palvelut – päihde- ja mielenterveyspalvelut, vanhemmuutta tukevat (ml. Lastensuojelu) sekä osallisuutta ja työllistymistä tukevat palvelut - nivoutuvat yhteen. Esitetystä mallista palvelut ovat erillään sote-keskuksissa, maakunnan palvelulaitoksissa sekä asiakaseteleillä ja mahdollisesti henkilökohtaisella budjetilla toteutettavissa palveluissa. Kyse on kuitenkin ryhmästä, jossa nykyinen palvelujärjestelmä epäonnistuu pahiten. Erityisesti tässä ryhmässä olisi mahdollisuuksia saavuttaa suurta hyvinvointi- ja terveyshyötyä sekä kustannussäästöjä.

#### Markkinoiden toiminta

Kapitaatorahoituksessa keskustelu on aiheellisesti koskenut ennen muuta kermankuorinnan mahdollisuuksia eli sitä, että keskuksat voivat ottaa listoilleen jo valmiiksi terveitä ja vähän palveluita käyttäviä ja että ne siirtävät maakunnan palvelulaitoksen vastuulle paljon palveluita käyttäviä. Myös markkinoiden avaamiseen liittyy lukuisia ongelmia. Markkinat avataan samanaikaisesti – tai niin kutsuttujen pilottien (todellisuudessa varhennetun toimeenpanon) avulla jo ennen maakuntien toiminnan alkamista. Tämä johtaa kermankuorintaa ja estää integraation toteuttamista.

Työterveyshuollon jättäminen ennallaan kannustaa kermankuorintaan. Työterveyspalveluita tarjoavilla suurilla hoivapalveluyhtiöillä on yliverlainen mahdollisuus valita asiakkaitaan suhteessa muihin toimijoihin, erityisesti suhteessa maakunnan omistamaan sote-keskukseen. Mahdollisuus tarjota maksullisia lisäpalveluita sote-keskuksissa, asiakaseteleipalveluissa ja henkilökohtaisissa budjeteissa edistää kermankuorintaa. Yritysten kannattaa houkuttaa listoilleen henkilöitä, jotka käyttävät mahdollisimman paljon lisäpalveluita.

## Kustannusten hallinta

Valinnanvapauslaki vie pohjan ainoilta malleilta, jotka ovat osoittaneet sosiaali- ja terveyspalveluiden integraation tuottavan säästöjä. Kyse on maakuntien integroiduista tuotantomalleista (tunnetuimpana esimerkkinä Eksote) sekä kuntien toteuttamista kokonaisulkoistuksista.

Myös muut tekijät integraation haittaamisen lisäksi kasvattavat kustannuksia. Tällä hetkellä ihmiset ostavat omalla rahallaan yksityisiltä yrityksiltä sekä lääkäri- että hammaslääkäripalveluja. Mikäli nämä ihmiset siirtyvät sote- ja suunhoidon keskuksiin, lisää merkittävästi kustannuksia. Muita lisäkustannuksia aiheuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi sopimiseen, seurantaan, markkinointiin ja erimielisyyksien ratkomisen liittyvät kulut. Ruotsissa valinnanvapauden toteuttamisen tavoitteena oli päinvastoin parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta lisäämällä sen rahoitusta.

Sote-keskuksilla on periaatteessa kannustimia kustannusvaikuttavaan toimintaan. Tämä rajoittuu kuitenkin vain osaan palvelutuotannosta (sote-keskusten kannattavuuteen) ja voi toteutua tavalla, joka lisää kustannuksia järjestelmän muissa osissa (esimerkiksi potilaiden ja asiakkaiden siirto maakunnan palvelulaitoksen vastuulle). Asiakasetelien ja henkilökohtaisten budjettien käyttöön ottaminen lisäävät transaktio- ja muita hallintokustannuksia.

## Monimutkaisuus

Esitetty sote-uudistuksen malli on erittäin monimutkainen ja vaikea toteuttaa. Missään muualla ei ole aikaisemmin vastaavalla tavalla yhdistetty yleensä sosiaali- ja terveyspalveluita eikä erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluita kapitaatiopohjaisessa markkinaehtoisessa toiminnassa. Kyse on maailmanlaajuisesti ainutlaatuisesta kokeilusta, johon valinnanvapaus tuo ylimääräisen vaikeuskertoimen.

Yksi syy huono-osaisten tarpeeseen nähdä muita vähäisemmästä palveluiden käytöstä liittyy palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen. Esitetty malli lisää entisestään järjestelmän monimutkaisuutta ja on vaarassa heikentää erityisesti tämän väestöryhmän tilannetta. Ongelmaa voidaan lievittää vaiheittaisella etenemisessä valinnanvapauden toteuttamisesta. Tämä antaisi lisää aikaa kokeiluihin ja oppimiseen riittävän palveluohjauksen järjestämisessä (ml. rahoitusinstrumentit).

**Esitettyssä muodossaan laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa rikkoo integraation mahdollisuuden ja estää terveyserojen kaventamista ja kustannusten hallintaa.**

### Vaihtoehtoinen etenemistapa

Hallitusohjelmassa mainitut sote-uudistuksen tavoitteet – eriarvoisuuden vähentäminen ja kustannusten hallinta – toteutuvat paremmin, mikäli sote-uudistuksessa edetään alun perin suunnitellussa järjestyksessä. Tämä tarkoittaisi sitä, että laki valinnanvapaudesta valmisteltaisiin uudelleen ja sen toimeenpano alkaisi vasta sen jälkeen, kun maakunnat ovat vastanneet muutaman vuoden ajan sosiaali- ja terveystalvueluista. Tämä helpottaisi myös kiirettä tietojärjestelmien valmistelemissä. Jo aloitusvaiheessa maakunnat voisivat kokonaisulkoistusten avulla käyttää yksityisiä tuottajia ja näin tarjota asukkailleen nykyistä laajempaa vapautta valita tuottajaorganisaatio.

Oslossa 29. toukokuuta 2017

  
Heikki Hiilamo

