

Viite: Sosiaali- ja terveysvaliokunta keskiviikko 31.5.2017

Asia:

Asiantuntijapyyntö/Juhani Lehto

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 terveystalvelujen tuottamisesta
<https://www.eduskunta.fi/valtiopaivaasiakirjat/HE+52/2017>

Lausunto

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainituista hallituksen esityksistä. Käsittelen lausunnossa erittäin laajan lakiesityspaketin osia, jotka mielestäni keskeisimmin vaikuttavat

- sotejärjestelmän hallintoon,
- palvelutuottajien tasavertaisuuteen
- asiakkaiden valinnanmahdollisuuksiin ja siihen liittyvään järjestelmän markkinaohjaukseen
- palveluiden rahoitukseen
- toimijoiden ja toimintojen valvontaan ja asiakkaiden oikeusturvaan, ja
- toimeenpanon käynnistysvaiheen onnistumisedellytyksiin.

Lausunto sisältää kustakin pääkohdasta laajemman perusteluosan ja tiivistetyt johtopäätökset.

Hallinto

Sosiaali- ja terveydenhuollon eri osille ei ole yhteistä optimaalista **alueellisen hallinnon väestöpohjaa**. Sekä kansainvälisesti¹ että Suomen omassa sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnon historiassa tämä on johtanut toistuviin keskittämisen ja hajauttamisen pyrkimyksiin ja reformeihin. Esimerkiksi korkean teknologian akuuttisairaalahoitoon perspektiivistä sopiva alueyksiköiden määrä olisi Suomessa 5 tai vähemmän. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden hyvä ja tehokas yhteensovittaminen muiden peruspalveluiden ja kolmannen sektorin toiminnan kanssa hyötyisi seutukunnittaisesta ja lähipalvelujen osalta taajama- tai

¹ Costa-Font, J. & Greer, S. (2013). Federalism and Decentralization in European Health and Social Care. Palgrave MacMillan, Basingstroke.

lähiökohtaista koordinaatiota toteuttavasta kevyestä hallinnosta². Esitetty 18 maakunnan sote-hallinto ei perustu mihinkään sote-järjestelmäasiantuntijoiden ehdotukseen. Yleisemmän aluehallinnon ja sote-hallinnon asiantuntemusta yhdistänyt silloisen pääjohtaja Pöystin työryhmä³ esitti kompromissiksi eri näkemysten välillä 9 tai korkeintaan 12 maakunnan aluehallintoa. Tätä voi pitää toistaiseksi parhaiten perusteltuna ristiriitaiset näkökohdat realistisesti yhdistävänä asiantuntijamielipiteenä. Sekin kaipaisi täydennykseen seutukunnallista ja paikallista koordinoivaa peruspalvelujen hallintoa.

Maakuntien sisäinen sotehallinto on lakiesityksissä rakennettu niin kutsutun **tilaajan (tai ”järjestäjän”) ja tuottajan erottelulle**. Vastaava sote-hallinnon erottelu toteutettiin useissa pääkaupunkiseudun ulkopuolisissa suuremmissa suomalaisissa kaupungeissa 2000-luvun alussa. Sekä arviointitutkimusten kritiikki että kaupunkitoimijoiden omat huonot kokemukset ovat johtaneet lähes kauttaaltaan tästä epäonnistuneesta kokeilusta luopumiseen. Myös kansainvälisesti usko tilaajan ja tuottajan erottelun julkisessa hallinnossa on hiipunut^{4 56}. Maakuntien esitetystä sote-hallinnossa syntyisi itse asiassa kaksi tilaaja/järjestäjäyksikköä. Maakuntahallinto tilaisi palveluja maakunnan sote-liikelaitokselta ja niin kutsutuilta suoravalintapalvelutuottajilta (sote-keskuspalveluja ja hammashoitopalveluja). Sote-liikelaitos olisi puolestaan paitsi palvelutuotantolaitos myös laajamittaisesti asiakaseteleillä, henkilökohtaisilla budjeteilla ja ostopalveluina rahoitettavia sote-palveluja yksityisiltä ja yhtiötetyiltä tuotantoyksiköiltä tilaava/järjestävä yksikkö. Monituottajuus, palvelutuottajien kilpailuttaminen tai asukkaiden valinnanvapaus ei esitettyä monimutkaista ja maakuntavaltuuston ja –hallituksen ohjausehdellytyksiä heikentävää hallintomallia edellytä.

Lakiesitykset ehdottavat **valtion keskushallinnolle** laajaa lakeihin, asetuksenantovaltuuksiin, tulohajaukseen, hyväksymismenettelyihin ja rahoituksella ohjaamiseen perustuva valtaa suhteessa maakunnan päätöksentekoon. Yhdessä esitetyn maakunnan sisäisen hallinnon jakautuneisuuden ja virkamiesvaltaisuuden kanssa tämä rajaa maakuntavaaleissa valittujen elinten kautta tapahtuvaa itsehallintoa. Monet asiantuntijat ovat perustellusti kysyneet, voidaanko esityksen mukaista hallintoa ylipäättänsä luonnehtia itsehallinnolliseksi⁷.

² Lehto, J. (2015). Rakentuuko sotesta kartano vai harakanpesä. *Talous & yhteiskunta* 43:4:48-53.

³ STM (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja itsehallinto-alueiden perustamisen sekä aluehallintouudistuksen valmistelu. Selvityshenkilöiden raportti. STM, Raportteja ja muistioita 2015:36.

⁴ Junnila Maijaliisa, Aho Tuomas, Fredriksson Sami Keskimäki Ilmo, Lehto Juhani, Linna Miika, Miettinen Sari, Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.). (2012). Sitä saa mitä tilaa : Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystaloudessa. Helsinki. (Raportti 42/2012): Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

⁵ Rannisto, Pasi-Heikki (toim) 2015. Syytön, sankari vai konna? Tampereen toimintamallin arviointi. Acta 257, Helsinki, Kuntaliitto.

⁶ Lehtonen, I. (2017). Onko tilaajan ja tuottajan erottamisessa terveydenhuollossa järkeä? <http://lasselehtonen.puheenvuoro.uusisuomi.fi/237548-onko-tilaajan-ja-tuottajan-erottamisessa-terveydenhuollossa-jarkea>

⁷ Ryynänen, A. (2017) Maakuntaitsehallintoa koskevasta esityksestä puuttuu itsehallinto. Kuntalehti. <https://kuntalehti.fi/mielipide/maakuntaitsehallintoa-koskevasta-esityksesta-puuttuu-itsehallinto/>

Johtopäätökset:

- *Maakuntahallintoa tulee täydentää seutukunta- ja lähialuekohtaisilla peruspalvelujen integraatiota tukevilla koordinoivilla hallintoratkaisuilla*
- *Tilaajan ja tuottajan kaksinkertainen erottelu maakunnan sote-hallinnossa on syytä purkaa*
- *Maakunnista on tehtävä joko itsehallinnollisia tai valtionhallinnon toimeenpano-organisaatioita.*

Sote-palvelutuotannon organisaatiot

Lakiesityspaketti rajaa jyrkästi **julkisoikeudellisten organisaatioiden** mahdollisuuksia toimia sote-palvelujen tuottajana. Kansainvälisesti on varsin poikkeuksellista, että **kunnilla** ei olisi oikeutta tuottaa julkisrahoitteisia palveluja. Rahoitus- ja järjestämisvastuun poisto kunnilta ei mitenkään loogisesti edellytä, että niiltä poistettaisiin myös oikeus tuottaa palveluja. Sen sijaan se sulkee pois mahdollisuuksia rakentaa synergiaa esimerkiksi kunnallisen lasten päivähoidon ja koulutoimen ja maakunnan järjestämän kouluterveydenhuollon sekä kuntien asunto- ja työllisyystoimen ja maakunnan aikuissosiaalityön välillä⁸.

Poikkeuksellista on myös kieltää julkisoikeudellisilta organisaatioilta mahdollisuus olla kilpailemassa asukkaiden valinnoista suoravalinnan, asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin tarjoamien valinnan mahdollisuuksien piirissä. Useimmissa vertailukelpoisissa maissa on valinnanvapaus ja kilpailu säädetty tavalla, joka mahdollistaa myös julkisoikeudellisten organisaatioiden pääsyn mukaan ”samalle viivalle” yksityisoikeudellisten toimijoiden kanssa. Esimerkiksi Suomen sote-valmistelussa usein viitatuissa EU-jäsenmaassa Englannissa suurin osa terveydenhuollon valinnanvapaudesta ja yksikköjen välisestä kilpailuttamisesta tapahtuu julkisen National Health System –organisaation sisäisenä (internal market)⁹. Samoin Ruotsissa valinnanvapaus (vårdval) perusterveydenhuollossa on säädetty tavalla, joka ei sulje ulos julkisoikeudellisia organisaatioita¹⁰. Kaupunkien omistamat sairaalat ja muutkin terveys- ja hoivapalveluyksiköt ovat myös yleisiä monissa niissä eurooppalaisissa maissa, jotka rahoittavat ja järjestävät tuottajien välisen kilpailun vakuutusperusteisilla ratkaisuilla.

Suuret yksityisomisteiset yritykset voivat hyödyntää kilpailussa koko konsernin skaala- ja synergiaetuja yli eri rahoituskanaviin (maakunnan rahoituskanavat, työterveydenhuollon, pakollisten vakuutusten ja kokonaan yksityisesti maksavat asiakkaat) perustuvan toiminnan. Jos julkisesti omistettu konserni joudutaan pilkkomaan erillisiin yksiköihin hallituksen esitykseen sisältyvän kilpailuneutraaliteetin tulkinnan vuoksi, suosii linjaus yksityisiä konserneja eikä aseta julkista ja yksityistä konsernia ”samalle viivalle”.

Lakiesitysten perusteluissa on lähes täysin sivuutettu se, että julkisen sote-toiminnan yhtiöittämisvelvoite koskee muutakin kuin nk. suoravalintapalveluita. Yhtiöittämisellä

⁸ Lehto Juhani. (2015). Valtiojohtoisiin terveydenhuollon maksikuntayhtymiin "täydellisesti integroitu" sosiaalihuolto. Teoksessa Salonen-Soulie Ulla (toim.) Soteuudistus - kipupisteitä ja uusia avauksia sosiaalihuollolle. Helsinki: Huoltajasäätiö, 15-22.

⁹ United Kingdom, Health system review (2015). Health Systems in Transition 17:5.

¹⁰ Sweden, Health system review (2012). Health Systems in Transition 14: 5.

mahdollistetaan julkisen sektorin omistamalle tuottajalle myös asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla rahoitettavien palvelujen piiriin pääseminen. Lisäksi velvoite ulottuu suureen osaan suoravalinnan, asiakassetelien ja henkilökohtaisten budjettien piirissä olevien yksiköiden tukipalveluja, esimerkiksi kuvantamista ja laboratorioita. Tukipalvelut ovat nykyisin suurelta osin erikois- ja peruspalvelujen yhteisiä. Jotta niitä ei tarvitsisi jakaa tehokkuutta alentavalla tavalla kahtia liikelaitosta tukeviin ja yhtiöitä tukeviin yksiköihin, ainoa ratkaisu näyttää olevan niidenkin yhtiöittäminen avoimilla markkinoilla toimiviksi yhtiöiksi.

Johtopäätös:

- *Julkisoikeudellisten organisaatioiden sulkeminen pois tuottajien kilpailutuksen ja merkittävästä osasta asukkaiden valinnanvapauden piirissä olevaa toimintaa perustuu poliittiseen valintaan eikä oikeudelliseen tai EU-oikeudelliseen välttämättömyyteen. Koska se heikentää julkisen toimijan edellytyksiä kilpailla samoilla edellytyksillä kuin suuret yksityiset sote-konsernit kilpailevat, poissulkemisesta olisi syytä luopua.*

Valinnanvapaus

Valinnanvapaudella on pitkä perinne eurooppalaisissa ja suomalaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä¹¹. Kyse on ollut ennen muuta itsemääräämisoikeuteen perustuvasta oikeudesta valita asiantuntijan esittämistä hoitovaihtoehtoista itselleen soveltuvin ja oikeudesta valita omasta hoidostaan vastaava lääkäri. Suomessa oikeus valinnoillaan vaikuttaa omaan hoitoonsa on kirjattu lakiin potilaan oikeuksista. Oikeus valita lääkärinsä on sairausvakuutuskorvatus yksityisen terveydenhuollon periaate ja terveyskeskuksiin aika ajoin kehitettyjen omalääkärimallien tavoite.

Nykyisen Terveydenhuoltolain mukaan meillä on mahdollisuus hoitavan lääkärin tai muun ammattilaisen valintaan toimintayksikön käytännön mahdollisuuksien rajoissa, terveysaseman valintaan ja sairaalan valintaan yhteistyössä lähettävän lääkärin kanssa. Valinnan mahdollisuus koskee sekä julkisia että yksityisille ulkoistettuja palveluyksiköitä. Ulkoistettujen terveysasemien ja sairaalapalvelujen osalta ulkoistamissopimukset yleensä ovat myös sisältäneet ”raha seuraa potilasta” periaatteen – tuottajien rahoitus on ainakin karkeasti seurannut asiakasmäärien mahdollisia valinnoista johtuvia muutoksia¹².

Sosiaalihuollossa vastaavat valinnan mahdollisuudet eivät ole saaneet aiemmin lain voimaa, mutta sielläkin niitä on pidetty käytännössä tavoiteltavina, mahdollisuuksien mukaan. Sekä Suomessa että kansainvälisesti on viime aikoina lainvoimaisia valinnan mahdollisuuksia kehitetty osana palveluseteleihin ja henkilökohtaisiin budjetteihin perustuvia tuottajien rahoitusmuotoja.

¹¹ Lehto Juhani, Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa. (2016). Valinnanvapaus ja integraatio : terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 44 (1), 53-69.

¹² Sinervo Timo, Tynkkynen Liina-Kaisa, Vehko Tuulikki, Aalto Anna-Mari, Chydenius Miisa, Jolanki Outi, Keskimäki Ilmo, Lehto Juhani, Saloranta Anna, Syrjä Vesa. (2016). Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016).

Lakiesityspaketti ei tuota uusia valinnan oikeuksia asiakkaille verrattuna terveydenhuoltolain mukaisiin ja sosiaalihuollossa kehittymässä olleisiin oikeuksiin. Uutta on palveluyksikön valinnan sitominen tuottajien yhtiöittämisveloitteeseen sekä suoravalintapalveluyksiköiden irrottaminen muun sote-järjestelmän ohjauksesta oman markkinaohjauksensa alaiseksi.

Valinnanvapauden sitominen tuottajien yhtiöittämiseen supistaa valittavana olevien vaihtoehtojen moninaisuutta. Suoravalintapalvelujen markkinoistaminen esitetyllä tavalla uhkaa johtaa paikallisiin ja alueellisiin monopoleihin ja vaihtoehtottomuuteen, johon on esitetyn markkinaohjauksen keinoin vaikea puuttua. Kilpailu osaavasta henkilöstöstä voi taas johtaa asetelmaan, jossa hoitavan ammattilaisen valinta pysyvän omalääkärisuhteen periaattein voi tulla erittäin vaikeaksi¹³. Täten valinnanvapauslakiesitys sisältää merkittävän riskin tavoitellun valinnanvapauden alueellisesta ja yleisemmästäkin toteutumattomuudesta.

Johtopäätös:

- *Valinnanvapaus ei edellytä esitettyä palvelutuotannon yhtiöittämisveloitetta ja markkinoistamista vaan voi olla ilman niitä jopa laajempaa.*

Suoravalintapalveluyksiköiden ohjaus

Maakunnan edellytykset ohjata suoravalintaperiaatteella toimivia sote-keskuksia ja suun hoidon yksiköitä rakentuvat lakiesityksen mukaan ennen muuta suoravalikoimakeskuksen palveluvalikoiman määrittelylle ja asiakaskohtaisen korvauksen päättämiseksi. Molempien pitää kohdella kaikkia potentiaalisia tuottajaorganisaatioita yhdenvertaisesti. Ylipäättänsä mitään tuottajakohtaisia erityisvaatimuksia ei saa asettaa, vaikka esimerkiksi palveluverkon kattavuuden kannalta voisi olla mielekästä ohjata eri tuottajia sijoittumaan maakunnan eri osa-alueille.

Maakunta voi muodollisesti määritellä palveluvalikoiman ja korvausperusteet lain ja valtion ohjeiden rajaamalla edellytyksillä omalla päätöksellään. Käytännössä sen pitää kuitenkin ottaa huomioon potentiaalisten tuottajien näkemykset niiden kannalta hyväksyttävistä ehdoista, jotta riittävän moni tuottaja olisi valmis tarjoamaan palveluita maakunnan eri osien väestöille. Asetelma voidaan ymmärtää maakunnan ja potentiaalisten tuottajien neuvotteluksi, vaikka lakiesitys ei sisällä säädöksiä mistään neuvotteluprosessista. Edes lain perusteluissa ei kuvata suositeltavaa maakunnan ja tuottajien vuorovaikutusta palveluvalikoima- ja korvausperusteiden valmisteluvaiheessa. Suoravalintapalveluita tarjoavien tuottajien riittävyys maakunnassa ja sen osa-alueilla perustuu yhtäältä siihen, että asukkailla olisi erilaisia palvelutuottajia valittavanaan ja että palvelutuottajien välillä syntyisi todellinen kilpailu asukkaiden valinnoista. Muuten lain tarkoitus ei toteudu.

Suoravalintatuottajilta edellytettävän palveluvalikoiman määrittelylle oman haasteensa asettaa se, että lakiesityksen mukaan suoravalintatuottajille määritellyn palveluvalikoiman mukaisia palveluita ei saa aivan poikkeuksellisia tilanteita lukuun ottamatta tuottaa maakunnan liikelaitoksen toimesta, sen omana toimintana, ostopalveluna tai asiakassetelillä tai

¹³ Lehto, Juhani (2017). Sotemarkkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306_lehto_online.pdf?sequence=1

henkilökohtaisella budjetilla rahoitettuna. Tämä edellyttää valikoiman määrittelyä erittäin yksityiskohtaisesti. Esimerkiksi määrittelyksi ei riitä lakiluonnoksen tyyppiset ”sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus” tai jonkin lääketieteen ”erikoisalan lääkärin vastaanottopalvelut”, koska niitä tullaan antamaan myös muualla kuin suoravalintayksiköissä. Maakunnan pitää yksityiskohtaisesti täsmentää, mistä ohjauksesta ja neuvonnasta tai mihin tilanteisiin liittyvästä ja miten rajoittuvasta erikoislääkärin vastaanottoiminnasta on kysymys ja mistä ei. Palveluvalikoimamäärittelyt kirjattaneen maakunnan ja tuottajien välisiin sopimuksiin. Jos määrittelyt eivät ole yksityiskohtaiset ja yksiselitteiset, odotettavissa on tulkintakonfliktien ja oikeusjuttujen ruuhka¹⁴.

Suoravalintatuottajille maksettavien korvausten perusteet ovat lakiesityksen mukaan varsin moniosaiset (sotekeskusten osalta 9 perustetta ja suun hoidon keskusten osalta 7 perustetta). Kukin peruste edellyttää perusteen painoarvon määrittämisen suhteessa korvauksen kokonaisuuteen ja perusteen eri vaihtoehtojen (esim ikäperusteessa ikäluokat, palvelun laatu- ja laatuperusteissa laatumittariston eri mittausluokat) painoarvon määrittelyn. Yhteensä kyse on siis jopa 32 painoarvosta, joista vain harvat ovat ikäluokituksen tapaan selväpiirteisiä ja suurin osa edellyttää varsin vaativaa tietoperustaa ja mittaristoja. Suurta osaa edellytetystä tietopohjasta ei ole ainakaan esityksen mukaisen toimeenpanon ensimmäisenä 2-5 vuoden aikana saatavilla. Myöskään niiden soveltamisesta korvauksen määrittelyyn ei ole alkuvaiheessa kokemusta eikä useimmissa maakunnissa myöskään todennäköisesti tarvittavaa asiantuntijakuntaa. Merkittävää osaa lakiesityksen mukaisista korvausperusteista ei siis voida ainakaan käynnistysvaiheessa soveltaa eikä edes maakunnan sote-kokonaisuuden mitassa pilotoida.

Korvausperusteet on esitetty keskeiseksi välineeksi palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi ja ”kermankuorinnaksi” kutsutun asukkaiden eriarvoistavan kohtelun estämiseksi. Lakiesityksen mukaiset korvausperusteet tekevät maakunnalle mahdolliseksi tehdä paljon palveluita tarvitsevien asukkaiden valinnat suoravalintayksiköille houkutteleviksi. Lisäämällä perusteisiin korvausta alentavana tekijänä työterveydenhuollon sairaanhoitopalvelujen piirissä olemisen perusteet voitaisiin saada riittävät kannustimet valintavaiheen syrjinnän hillintään. Kun kuitenkin kyseessä on kapitaatiokorvauksesta eivät nämä korvausperusteet takaa tarvetta vastaavien tarjoamista asiakkaita valikoituneille. Päinvastoin: kapitaatiokorvaus kannustaa minimoimaan asiakkaasta yksiköille aiheutuvat kustannukset, muun muassa minimoimalla tarjottavat palvelut ja käyttämällä mahdollisuuksien mukaan mahdollisuuksia siirtää osa asiakkaan palveluista toisten (maakunnan liikelaitos, työterveydenhuolto, yksityinen tai pakollinen vakuutus, jne) vastuulle.

Korvauksesta korkeintaan 1/3 voi lakiesityksen mukaan olla ”kannustinperusteista”. Yksikköä voidaan palkita palvelun tarjoamisesta syrjäiselle seudulle, keskimääräistä paremmasta laadusta ja vaikuttavuudesta tai keskimääräistä pienemmistä asiakkaiden hoitoketjujen kokonaiskustannuksista. ”Syrjäseutulisan” tarjoaminen lienee välttämätöntä ja eräissä tapauksissa edes koko kolmasosan maksaminen tällä perusteella ei ehkä ole riittävää. Laatu- ja vaikuttavuus edellyttävät mittareita, jotka toistaiseksi ovat varsin kehittymättömiä ja helposti kannustavat vain siihen mitä mitataan laajemman laadun ja vaikuttavuuden kustannuksella. Suoravalintapalvelun osuus hoitoketjun kokonaiskustannuksista vaihtelee taudista ja muusta palvelutarpeesta toiseen ja

¹⁴ Kuntaliiton lakiasiaín johtaja Arto Sulosen haastettelu Yleisradiolle 29.5.2017
<http://yle.fi/uutiset/3-9628203>

on erittäin vaikea muuttaa sellaiseksi mittariksi ja siihen perustuvaksi kannusteeksi, jolla ei olisi myös asiakkaiden perustellusti tarvitsemien palveluiden saamista ehkäiseviä vaikutuksia¹⁵.

Johtopäätökset:

- *Valinnanvapauden eri elementtien mahdollistaminen ei edellytä palvelujärjestelmän markkinoistamista. Markkinoistaminen voi myös vaikeuttaa valinnanvapauden mahdollistamista.*
- *Suoravalintapalvelujen palveluvalikoiman ja korvauserusteiden määrittely muodostuu esitetyssä mallissa keskeiseksi ja erittäin vaativaksi prosessiksi. Sen edellyttämiä toimintamalleja ja toimintasääntöjä, tietojärjestelmiä ja maakuntahallinnon asiantuntemusta ei ole mahdollista luoda esitetyssä ja vielä ”pilotoinnilla” kiirehdytyssä aikataulussa.*

Rahoitus

Sote-uudistuksen tavoitteissa oli pitkään monikanavarahoituksen luomien epäkohtien korjaaminen. Lakiesityspaketti on tämän tavoitteen osalta vähintäänkin epämääräinen. Työterveydenhuollon ja kuntoutuksen erillisyyttä, lääkekorvausten asema tulevassa hallinnossa ja asiakasmaksujen korkean tason aiheuttamat ongelmat on jätetty lakipaketista sivuun tai myöhemmin käsiteltäväksi. Yhteensä nämä sivuun jätetyt asiat ovat erittäin keskeisiä sote-järjestelmän tasa-arvoisuuden ja integraation kannalta. Jos niitä ei ratkaista tasa-arvoa ja integraatiota edistävällä tavalla ja lakiesitykset hyväksytään esitetyssä muodossa, kasvaa riski sotejärjestelmän kokonaisuuden eriarvoisuuden kasvusta ja integraation heikentymisestä erittäin suureksi.

Monikanavarahoituksen ongelmat ovat myös kasvamassa maakunnan järjestämisvastuulla olevassa ja kokonaan valtiolliseen rahoitukseen siirtyvässä sote-järjestelmän osassa. Kapitaatorahoitteiset suoravalintapalvelut, suoritepainotteisesti rahoitettavat asiakasseteli- ja henkilökohtainen budjetti –palvelut ja liikelaitoksen itse tuottamat palvelut muodostavat periaatteessa myös ”kanavat”, joiden välille on taipumus syntyä päällekkäisyytenä tai kustannusten siirtona tunnettuja ja kunkin rahoitusmuodon omia kannustinongelmia. Vaikka kanavat yhtyvät maakunnan tasolla, maakunnalle ei ole annettu valtuuksia ja välineitä synnyttää asiakkaiden hoitoketjuihin tai palvelukokonaisuuksiin kohdistuvia laatua, tehokkuutta ja vaikuttavuutta edistäviä kannustimia ja vastuutahoa.

Johtopäätöksinä esitetty kokonaisuus johtaa kokonaiskustannusten hillinnän kannalta seuraaviin:

- *Antaa valtiolle mahdollisuudet tiukkaan julkisten kokonaismenojen sääntelyyn, mutta heikommat edellytykset maakunnallisen ja maakunnan ulkopuolelle jäävien sote-järjestelmien kokonaisuuden ohjaamiseen sote-uudistuksen tavoitteiden mukaiseen suuntaan*
- *Antaa maakunnalle tiukan velvollisuuden maakunnan kokonaismenojen hillintään, mutta vaillinaiset edellytykset palvelutuotannon kolmen kanavan kokonaisuuden ohjaamiseen sote-uudistuksen tavoitteiden mukaiseen suuntaan*

¹⁵ Lehto, Juhani (2017). Sotemarkkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka. http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP170306_lehto_online.pdf?sequence=1

- Synnyttää järjestelmän, jossa niin järjestäjille kuin tuottajille uhkaa muodostua huomattavan paljon transaktiokustannuksia järjestelmän vaatimien neuvottelujen, sopimisen, ristiriitojen ratkaisemisen, valvonnan, raportoinnin, markkinoinnin, riskeihin varautumisen ja erilaisten korjausliikkeiden valmistelun ja toteutuksen vuoksi. Tuskin päädytään sentään Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmässä arvioituun jopa 30 % kokonaiskustannuksista syövään transaktiokustannusten tasoon¹⁶. Sen sijaan ennakoitavissa on, että kustannukset nousevat nykyiseltä kansainvälisesti poikkeuksellisen alhaiselta¹⁷ hallintokustannusten tasolta.
- Synnyttää suuren riskin siitä, että kun nykyisin sairausvakuutuskorvausten korkeiden omavastuumaksujen muurin takana olevat palvelut, erityisesti hammashoidon ja erikoislääkäreiden avohoitopalvelujen, siirtyvät kaikille yhteisten asiakasmaksujen piiriin, paine kasvattaa kaikkien asiakasmaksuja on suurempi kuin pyrkimys poistaa asukkaiden tasa-arvon tiellä olevia esteitä.

Valvonta ja oikeusturva

Järjestelmän rakenteen varsin syvällinen muutos merkitsee myös palvelutuottajien toiminnan valvonnan vaatimusten ja edellytysten sekä asiakkaiden oikeusturvan vaatimusten ja edellytysten merkittävää muutosta. Erityisesti siirtymäkaudella tuottajien valvonta ja asiakkaiden oikeusturvan toteuttaminen on haastavaa, koska molempien suhteen toimeenpanovastuussa olevat tahot ja henkilöt vaihtuvat. Esimerkiksi jo pelkästään kaupunkien siirtyessä nk tilaaja-tuottamalleihin tuotti sekä valvontaan että oikeusturvaprosesseihin katkoksia, vastuiden määrittelemättömyyksiä ja pysyvämpiäkin ongelmia¹⁸.

Lakiesityspakettiin sisältyvässä nk. tuottajalaissa on määritelty nykyisestä merkittävästi poikkeava tuottajien valvonnan järjestely. Julkisten ja yksityisten tuottajien valvontaan sovelletaan esityksen mukaan samoja säästöjä. Painopiste siirretään (yksityisten) tuottajien ulkoisesta valvonnasta tuottajien omavalvontaan ja omavalvontasuunnitelmien edellyttämiseen tuottajana toimimisen ehtona.

Lakiesityspaketin lähtökohta asiakkaiden oikeusturvaan on taas se, että järjestelmämuutoksen rakenteellinen muutos ei edellytä olennaisia muutoksia oikeusturvaan liittyviin prosesseihin.

Yhdistelmänä on siis syntymässä tilanne, jossa tuottajien valvonnan peruseriaate muuttuu merkittävästi ja asiakkaan oikeusturvaperiaatteet säilyvät ennallaan samaan aikaan kun ympäröivät rakenteet muuttuvat merkittävästi. Voisi myös ajatella, että juuri muutosvaiheessa

¹⁶ Lehto J. (2010). Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia?. Yhteiskuntapolitiikka 75 (4), 411-421.

¹⁷ OECD Health Data 2017

¹⁸ Junnila Maijaliisa, Aho Tuomas, Fredriksson Sami Keskimäki Ilmo, Lehto Juhani, Linna Miika, Miettinen Sari, Tynkkynen Liina-Kaisa (toim.). (2012). Sitä saa mitä tilaa : Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystaloudessa. Helsinki. (Raportti 42/2012): Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

sekä valvontaan että oikeusturvan toteutumiseen tulisi panostaa poikkeuksellisen paljon sekä vanhoilla että tarvittavilla uusilla mekanismeilla.

Johtopäätös:

- *Jos suuri valinnanvapauslakiesitykseen perustuva rakennemuutos toteutetaan, olisi sen vaikutukset valvonnan vaatimuksiin siirtymäkaudella ja oikeusturvan toteuttamisedellytyksiin arvioitava kunnolla ennen lakiesityksen hyväksymistä.*

Yhteenveto

Jos valinnanvapauslakiesitys peruttaisiin uudelleen valmisteltavaksi, olisi järjestämislakia ja tuotantolakia mahdollisuus korjata edellä esitetyn kritiikin edellyttämällä tavalla suhteellisen nopealla aikataululla. Valinnanvapauslakiesityksen peruuttaminen mahdollistaisi uuteen hallinto- ja rahoitusmalliin siirtymisen suhteellisen nopealla aikataululla, koska uusien tietojärjestelmien, hallinnollisten käytäntöjen ja henkilöstöä koskevien moninkertaisten YT-neuvottelujen tarve olennaisesti helpottaisi.

Johtopäätös:

- *Valinnanvapauslakiesitys edellyttäisi niin paljon muutoksia ja niiden perusteellista valmistelua, että esitys olisi parasta vetää tässä vaiheessa pois eduskunnan käsittelystä. Sen sijaan muihin lakiesityksiin on mahdollista tehdä tarvittavat muutokset suhteellisen nopeasti ja siten, että toimeenpano voisi alkaa 1.1.2019*