



Pia Maria Jonsson

30.05.2017

Sosiaali- ja terveysvaliokunta
StV@eduskunta.fi

Asia:

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

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

HE 52/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta

Esitykset erityisesti pohjoismaisen ja kansainvälisen vertailun sekä uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi otsikon mainitsemassa erittäin laajassa lainsäädäntökokonaisuudessa erityisesti pohjoismaisen ja muun kansainvälisen vertailun sekä uudistuksen tavoitteiden näkökulmasta. – Tämä lausunto keskittyy joihinkin keskeisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä, tuottajakunnan ohjausta ja asiakkaan valinnanvapautta koskeviin kysymyksiin, joihin on Suomessa kiinnitetty huomiota ja joista löytyy kansainvälistä tietoa ja kokemusta, jota mielestäni voidaan hyödyntää Suomen sote-uudistuksen valmistelussa ja toimeenpanossa.

Maakuntien mahdollisuudet ohjata tuottajakunnan rakennetta ja toimintaa valinnanvapausmallissa

THL on aiemmissa raporteissa, ennakoarvioissa ja lausunnoissa todennut, että valinnanvapausmallin hallinnointi ja ohjaus edellyttävät järjestämisvastuussa olevalta maakunnalta vankkaa osaamista ja resursseja. Tästä näkökulmasta sote-uudistuksessa pulmallisiksi muodostuvat maakuntien varsin erilaiset lähtökohdat ja erot niiden välisissä ja sisäisissä olosuhteissa. Muun muassa Ruotsin hyvät seurantajärjestelmät ovat osoittaneet, että hajautetussa sosiaali- terveydenhuollossa syntyy säännönmukaisesti alueellista vaihtelua ja eriarvoisuutta niin palvelujen saatavuudessa, tarjonnassa, henkilövoimavaroissa, osaamisen tasossa kuin palveluihin käytettävissä taloudellisissa voimavaroissa. Eroja on havaittu myös palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa.

EU-maissa selkeänä suuntana onkin ollut pyrkimys vähentää terveydenhuollon rahoittajien määrää ja kasvattaa niiden kokoa. Vuonna 2009 muissa EU-maissa terveyspalveluista rahoitusvastuussa olevan toimijan väestöpohja on vähintäänkin noin 400 000 asukasta, mutta useimmiten reilusti yli miljoona asukasta. Samoin palvelujen järjestäjän väestöpohja oli muissa maissa monikymmenkertainen Suomen kuntiin verrattuna.

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

30.05.2017

Kokemukset Ruotsista ja Englannista osoittavat, että palvelujen järjestäjätaho tarvitsee leveitä osaamishartioita ja laajaa asiantuntemusta erityisesti siirryttäessä tilaaja-tuottajamalleihin ja/tai valinnanvapausjärjestelmien käyttöön. Sovellettaessa valinnanvapausmallia järjestäjätahojen on pystyttävä määrittelemään tarkoituksenmukaisesti ne palvelukokonaisuudet ja -ketjut, joiden tuottamiseen tuottajat sitoutuvat; päättämään tuottajien hyväksymiskriteerit; kehittämään ja ylläpitämään olosuhteisiin sopivat tuottajien korvausmallit; seuraamaan tuottajien toimintaa ja tarvittaessa puuttumaan epäkohtiin; informoimaan asukkaita heidän valinnan oikeuksistaan; sekä tuottamaan ajantasaista vertailutietoa palveluista ja niiden laadusta.

Kansallisen tason ohjaus hakee uusia muotoja

Vaikka tulevien maakuntien järjestämistehtävät ovat vaativia, niiden hoitamista voidaan helpottaa kansallisen tason toimin. Yleisesti ottaen suuremmat sote-uudistukset ovat eri maissa antaneet aihetta kansallisen tason viranomaisrakenteen uudelleen tarkasteluun. Huomiota on kiinnitetty kansalaisille suunnatun yhteneväisen vertailutiedon tuottamiseen ja levittämiseen sekä seurannan ja valvonnan uusiin muotoihin.

Tuottajakunnan laajetessa ja monipuolistuessa kilpailuviranomaisten rooli sosiaali- ja terveydenhuollossa on laajentunut. Ruotsissa tämä on tarkoittanut paitsi syntyvien markkinoiden, laatukilpailun edellytysten ja markkinainformaation valvontaa, myös esim. tuotantorakenteen ja palvelujen saatavuuden seuranta. Kilpailuvirasto on aktiivisesti ohjeistanut kuntia ja maakäräjäalueita valinnanvapauslainsäädännön soveltamisessa. Samanaikaisesti lainsäädäntöpohjaisen valinnanvapausuudistuksen voimaan tulon kanssa perustettiin myös uusi valtion rahoittama laitos, "Vårdanalys", joka on keskittynyt sote-palvelujen ja erityisesti valinnanvapausjärjestelmien vaikutusten seurantaan ja arviointiin asiakasnäkökulmasta.

Valinnanvapausmallin keskeiset elementit – tuottajakuntaan hyväksyminen ja dynaamiset korvausmallit

THL on julkaissut mm. verkkosivuillaan lyhyitä kuvauksia Euroopan eri maissa sovelletuista valinnanvapausmalleista. Pitempiä analyyseja, joissa on pyritty systemaattisesti päivittämään uudistuksista löytyviä seuranta- ja arviointitietoja, on tuotettu Englannin ja Ruotsin malleista. – Tuottajakuntaan pääsy voi eri maissa tapahtua kansallisen menettelyn (lisensiointi, auktorisointi) kautta, mutta Pohjoismaiden hajautetuissa järjestelmissä alueellisilla järjestäjätahoilla on lisäksi jossain määrin valtaa päättää siitä, millä ehdoin tuottajat hyväksytään julkisesti rahoitetun palvelutuotannon piiriin. Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmissä tuotettavien palvelukokonaisuuksien laajuus voi vaihdella maakäräjäalueittain, samoin niiden tietojen määrä ja laatu, joita tuottajien edellytetään raportoivan voidakseen saada mahdollisia laatubonuksia tuotannostaan.

Tuottajille maksettavien korvausten suhteen Norjassa ja Tanskassa sovelletaan kansallisia sekakorvausmalleja (kapitaatio – suorite – asiakasmaksut), Ruotsissa taas kukin maakäräjäalue päättää itse oman korvausmallinsa (kapitaatio – suorite (asiakasmaksu) – bonus). Tätä voidaan pitää loogisena ratkaisuna, koska Ruotsin

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

30.05.2017

maakäräjillä, päinvastoin kuin Tanskan ja Norjan alueilla on myös 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. Tämä voi ainakin joissakin maakunnissa edellyttää järjestämisosaamisen olennaista vahvistamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteet – päästiinkö niihin?

Suomen sote-uudistus on kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen laaja kokonaisuus ja sen luonnosvaiheeseen saattaminen on vaatinut aikaa. Rajatumpienkin uudistusten valmistelu on Pohjoismaissa ja Englannissa vienyt usein vuosia. Ennen kuin eurooppalainen lainsäätävä 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.

Vaikka hyvä taloudenpito ja kustannus-vaikeus ovat tavoitteita, jotka esiintyvät uudistusten valmistelussa kautta Euroopan, kustannuskehityksen jarruttaminen on sote-uudistuksen päätavoitteena 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 ja ammattihenkilöstöön (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.

Etenkin 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 yleisesti on laajemman seurannan kohteena kuin Suomessa, myös laadun jakautuminen on olennainen osa yhdenvertaisuuden käsitettä.

Yhdenvertaisuuden analyyseista onkin tullut aiempaa vaativampia ja monimutkaisempia. Hyvä esimerkki tästä on Ruotsissa jatkuva 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.

www.thl.fi



Pia Maria Jonsson

30.05.2017

Perinteisiä seurantamittauksia (esim. lääkärikäyntien lukumäärien seuranta) on kritisoitu liian yksipuoliseksi ja niiden tulosten tulkintoja liian yksioikoiseksi. 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 mittaustulokset arvioidaan ja; miten sote-järjestelmän eri ulottuvuuksia painotetaan arvioitaessa toisaalta uudistuksen eri komponenttien vaikuttavuutta, toisaalta syntyvien maakuntien toimintaa kokonaisuudessaan.

Pia Maria Jonsson

Johtava asiantuntija