

Medical Management Centrum

Perustuslakivaliokunta

Laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (HE 16/2018 vp)

Käsittelen tässä lausunnossa valinnanvapautta koskevaa lakiesitystä pääosin perusoikeussäännösten näkökulmasta. Sen taustaksi otan myös maakunta- ja sote-uudistuksen keskeiset tavoitteet, jotka on tiivistetysti kirjattu esityksen yleisperusteluissa (s. 89) viitaten hallitusohjelmaan: ”Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus”. Kustannusten hillintää koskeva tavoite tarkennettiin myöhemmin koskemaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun rajoittamista 0,9:ään % vuodessa.

Kansalaisten yhdenvertaisuus

Kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena ovat yksilöiden, väestöryhmien ja alueiden väliset terveys- ja hyvinvointierot. Niitä ei nykyjärjestelmässä ole pystytty ratkaisevasti kaventamaan, vaan ne ovat joiltakin osin jopa lisääntyneet.

Kansanterveys on kylläkin viime vuosikymmeninä tasaisesti parantunut, mutta eri tuloryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat säilyneet suurina ja eräiden tutkimusten mukaan kasvaneet (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 5.9.2017). Kansalaisten ja väestöryhmien terveys- ja hyvinvoinnissa todettu epätasa-arvo (”health inequities”) liittyy, kuten Maailman terveysjärjestö on korostanut, ennen kaikkea ihmisten sosioekonomiseen taustaan ja elinolosuhteisiin sekä elintapoihin. Riskitekijöiden kasaantuminen alemman tulotason ryhmiin kärjistää terveys- ja hyvinvointieroihin liittyvää epäoikeudenmukaisuutta. *On korostettava, että tähän yhteiskunnalliseen ongelmaan pitää ensisijaisesti puuttua talous- ja sosiaalipoliittisin keinoin.*

Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuudet vähentää terveys- ja hyvinvointieroja ovat rajalliset, mutta nämä erot lisäävät palvelujärjestelmän kuormitusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on kuitenkin suunnata ennaltaehkäiseviä, korjaavia, kuntouttavia ja ihmisten elämäntilannetta kohottavia toimenpiteitä etenkin niitä yksilöitä tukien, jotka terveyserojen johdosta ovat epäedullisessa asemassa. Terveys- ja hyvinvointierojen kielteisiä vaikutuksia voidaan osittain korjata parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuutta ja suunntaamalla niitä ongelmien vaikeusasteen ja toimenpiteiden vaikuttavuuden perusteella. *Valinnanvapautta lisäämällä uudistus ja nyt käsiteltävänä oleva lakiesitys tähtää palvelujen saa-*

tavuuden parantamiseen ja palvelujen tehokkaampaan allokaatioon ja sitä kautta vähentämään terveyserojen haitallisia vaikutuksia. Kokemukset muista maista – etenkin Ruotsista ja Englannista – osoittavat, että valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa parantaa palvelujen saatavuutta myös alemman tulotason väestöryhmissä.

Lakiesityksen vaikuttavuusarvioinnissa todetaan, että valinnanvapauspalvelujen osalta on todennäköistä, että yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita on enemmän väkirikkailla alueilla kuin syrjäseuduilla. Viimeksi mainituilla alueilla asuvilla on siten vähäisempiä valinnan mahdollisuuksia kuin asutuskeskuksissa. Yhdenvertaisuuden kannalta sitä voidaan pitää ongelmana. Tarpeen mukaisten palvelujen saatavuus on kuitenkin lakiesityksessä varmistettu korostamalla maakunnan velvollisuutta ja mahdollisuuksia tuottaa kyseiset valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut koko alueellaan.

Puutteet palvelujen saatavuudessa voivat pahimmillaan johtaa siihen, että tarpeellinen ja vaikuttava hoito viivästyy kielteisine vaikutuksineen yksilön terveydentilaan. Tämä on ongelma nykypäivänä erityisesti erikoissairaanhoidossa. On mm. todettu että sepelvaltimotaudin hoidossa on merkittäviä alueellisia eroja ja myös eroja sukupuolten välillä. Erikoissairaanhoito siirtyy maakunta- ja sote-uudistuksen osana maakuntien vastuulle (koskee sekä järjestämistä että pääosin myös tuottamisvastuuta). *Uudistuksen myötä vahvistuva valtion ja maakuntien ohjaus antaa välineitä edistää erikoissairaanhoidon hoitokäytäntöjen yhdenmukaistumista maakunnissa kyseisen ongelman korjaamiseksi.*

Julkisen vallan velvollisuus turvata tarpeelliset sosiaali- ja terveystalvet

Maakunta- ja sote-uudistus siirtää sosiaali- ja terveystalvet palvelujen järjestämistä vastuun nykyistä suuremmille itsehallintoalueilla eli 18 maakunnalle. Maakunta vastaa kaikkien julkisesti rahoitettujen palvelujen suunnittelusta, toiminnallisesta ja taloudellisesta ohjauksesta sekä päättää palvelujen tuottajille maksettavista korvauksista. *Uudistus vahvistaa tätä kautta julkisen vallan tosiasiallisia mahdollisuuksia vastata perustuslain 19 § mukaisesta velvollisuudesta.*

Lakiesitys asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa avaa mahdollisuuden yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille tarjota palveluja väestölle. Tätä kautta merkittävä osa näiden sektorien voimavaroista voidaan hyödyntää julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä osaltaan lisää julkisen vallan edellytyksiä vastata palvelujen turvaamista koskevasta velvoitteestaan. Kotimaisten ja ulkomaisten kokemusten perusteella voidaan yksiselitteisesti todeta, että valinnanvapaus parantaa palvelujen saatavuutta.

Keskeistä julkisen vallan tehtävän kannalta on julkisen talouden kestävä vartmistaminen jotta tarpeelliset sosiaali- ja terveystalvet pystytään turvaamaan demograafisten tekijöiden lisätessä palvelujen tarvetta. Tähän uudistus pyrkii rajoittamalla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun 0,9:ään % vuodessa. Tavoite on kunnianhimoinen.

Kustannusten kasvun hillintää tukevat kaksi strategiaa, joihin pitää tukeutua rinnan: ”tehokaimman tuottantorintaman” toteuttaminen kaikilla maantieteellisillä alueilla sekä ”teknologiaoikkien” järjestelmällinen hyödyntäminen.

Vaikka esimerkiksi erikoissairaanhoidon tuottavuus verrattuna muihin Pohjoismaihin ja joukkoon Euroopan maita on korkea, on suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä. Myös perusterveydenhuollon kustannukset asukasta kohti vaihtelevat maan eri osien välillä. Voimavarojen puute kuitenkin vääristää viimeksi mainittua toimintasektoria koskevia vertailuja. Erot joka tapauksessa kielivät siitä, että mikäli *tehokkaimmat toimintakäytännöt* saadaan toteutettua suurimmassa osassa maata, on valtakunnan tasolla saavutettavissa kustannussäästöjä. Tämä edellyttää nykyistä vahvempaa valtakunnallista ohjausta ja kuntia suuremman väestöpohjan omaavia järjestämisvastuussa olevia organisaatioita. *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen siirtyminen valtion hoidettavaksi ja järjestämisvastuun luovuttaminen 18 maakunnalle ovat omiaan edesauttamaan toimintakäytäntöjen virtaviivaistamista ja sitä kautta potentiaalisesti suuriakin kustannussäästöjä.*

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluyksiköiden kohdalla tulisi edistää pyrkimistä kustannustehokkaimpien toimintakäytäntöjen käyttöönottoon. *Palveluyksiköiden keskinäinen kilpailu luo tähän kannustimia.*

EU:n komission nimeämä asiantuntijajaneeli (Barros ym. 2015) toteaa, että mikäli hinnat on säännelty ja toiminnan laatu voidaan mitata ja se vaikuttaa kuluttajien valintoihin, talousteoriat ennustaa, että kilpailu johtaa parempilaatuisiin terveyspalveluihin. Useat kirjallisuuskatsaukset ja empiiriset tutkimukset terveydenhuollon alueelta päätyvät samaan. Valinnanvapautta koskeva lakiesitys tähtää juuri sen kaltaiseen järjestelyyn, jossa järjestämisvastuussa oleva maakunta määrää palvelujen sisällöt ja hinnat valtakunnallisten kriteerien ja käytäntöjen mukaisesti. Kokemukset Ruotsista osoittavat, että toimijat kilpailutilanteessa kiinnittävät huomiota paitsi palvelujen laatuun – ennustettavasti - myös mahdollisimman tehokkaaseen toimintatapaan. *Tuotantokustannusten alentuessa järjestäjä voi laskea tuottajien korvauksia ja siten alentaa kyseisen toiminnan kustannustasoa.*

Kilpailun taloudellisia vaikutuksia pohdittaessa esitetään usein huoli monituottajamallin ja sen vaatiman sopimusjärjestelmän synnyttämistä transaktiokustannuksista. Kotimaiset kokemukset palveluseteleiden käytöstä ja muista maista saadut tiedot sopimusohjauksen kustannuksista viittaavat siihen, että transaktiokustannukset sosiaali- ja terveydenhuollon julkisen rahoituksen varassa toimivilla säädellyillä markkinoilla voivat vaihdella 2 ja 20 % välillä. On kuitenkin syytä korostaa, että mikäli kilpailumekanismien käyttöä haluttaisiin välttää, olisi julkisen järjestelmän sisällä kehitettävä muita ohjauksen keinoja, joiden avulla kustannusten kasvujen hillintää koskeva tavoite voitaisiin saavuttaa. Tällöin tarvitaan ohjausta toteutettava hallinto. Ei ole takeita siitä, että näin aiheutuvat kustannukset olisivat alhaisemmat kuin edellä mainitut transaktiokustannukset.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa merkittävä kustannusvaikuttavuuden ja tuottavuuden kohottaminen ja siten kustannusten kasvun hillintä voidaan saavuttaa ensisijaisesti tietämyksen lisääntymisen ja uuden teknologian mahdollistamien toimintakäytäntöjen muutosten avulla. Varsinkin ”*teknologia*loikkien” vaikutukset voivat olla hyvin merkittäviä. (Eräs esimerkki 1970-luvulta on mahahaavan hoitoon kehitetty lääkehoito, joka kokonaisuudessaan korvasi leikkaushoidon). Myös potilaiden ja omaisten nykyistä suurempi vastuu terveyden edistämisessä ja sairauksien hoidossa voi vähentää terveydenhuollon ammattihenkilöiden panostus-

ten tarvetta. Tästä on jo olemassa näyttö monien pitkäaikaissairauksien hoidossa. Valinnanvapauden lisääminen on omiaan tukemaan tätä kehitystä. – Tämän sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan luontaista kehittymistä kohti kustannusvaikuttavampaa ja tuottavampaa toimintaa voidaan parhaiten tukea

- luomalla rahoitus- ja kannustinjärjestelmät sellaisiksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat voivat harjoittaa kokeilu- ja innovaatiotoimintaa ja siten kehittää kustannustehokkaita palveluja

- panostamalla määrätietoisesti sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan

Hallituksen asettama tavoite varmistaa ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus on myös omiaan tukemaan kustannusten hillintää ja parantaa ennen kaikkea palvelujen tarpeen mukaista kohdentamista paljon palveluja tarvitseville. Tarkastelen sen vuoksi tapaa jolla valinnanvapautta koskeva lakiesitys pyrkii varmistamaan toimivan palveluintegraation.

Hallitus on eräässä periaatepäätöksessään eritellyt ”integraation eri tasoja” ja edellytyksiä varmistaa tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus.

”Taloudellinen integraatio” toteutuu nyt kaavailussa uudistuksessa siten, että rahoituksesta vastaa valtio ja maakunnat järjestäjinä päättävät varojen suuntaamisesta kokonaisuudessaan kaikille julkisrahoitteisen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuuluville alueella toimiville palvelujen tuottajille strategiansa ja väestön palvelujen tarvetta koskevan tiedon ohjaamina.

”Tiedon integraatio” tapahtuu vahvistamalla ja kehittämällä valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietoinfrastruktuuria ja velvoittamalla toimijoita liittymään valtakunnallisiin järjestelmiin ja luovuttamaan toimintaansa koskevia tietoja.

Sen sijaan uudistus ei pyri ”järjestelmä-” tai ”organisatoriseen integraatioon”. Tämä on erityisesti uudistuksen kustannusten kasvun hillintää koskevan tavoitteen kannalta perusteltua. Sosiaali- ja terveydenhuollon ydinpalveluissa ei juuri ole saavutettavissa skaalaetuja. Päinvastoin tuottajaorganisaatioiden kasvaessa niiden monimutkaisuus kasvaa aiheuttajien jäykkyyttä, koordinaatiotarvetta, kustannuksia ja tehottomuutta.

Viime kädessä palveluketjujen saumaton kokonaisuus ratkeaa – ja sen merkitys materialisoi-
tuu – yksilön tasolla. Paljon ja monimuotoisia palveluja tarvitseviin ryhmiin kuuluu noin 10, korkeintaan 20 % väestöstä. Palveluorganisaation rakentaminen ensisijaisesti palvelemaan tätä ryhmää tarkoittaisi, että valtaosa väestöstä, jolla on vain satunnaista palvelujen tarvetta, saisi palvelunsa turhan ”raskaan koneiston” tuottamana. Tämän vuoksi *toiminnallinen integraatio* on kustannustehokkain tapa vastata palveluintegraatiosta riippuvaisten ihmisten tarpeisiin.

Valinnanvapautta koskeva lakiesitys luo hyvät puitteet toiminnallisen integraation toteutukseen sitä tarvitseville potilas- ja asiakasryhmille. Maakunnalla on vastuu ja keinot kan-

nustaa palvelujen tuottajia siihen yhteistyöhön ja yhteisvastuuseen, joka parhaiten takaa että näiden ryhmien tarpeiden mukaiset palvelut tuotetaan koordinoidusti.

Omat havaintoni Ruotsista tukevat tätä johtopäätöstä ja tuovat esille myös ei-taloudellisten kannustimien ja motiivien merkityksen.

Ruotsissa maakäräjät ovat järjestämisvastuussa väestönsä terveyspalveluista sekä palvelujen rahoittajina vahvoja tilaajia. Sen sijaan sosiaalipalveluista sekä vanhusten ja vajaakykyisten ihmisten asumis-, hoiva- ja tutkimuspalveluista vastaavat kunnat. Sen vuoksi moniongelmaisten ihmisten palvelujen yhteen sovittaminen on koettu ongelmalliseksi, ja viranomais-ten toiminnan koordinointiin on kiinnitetty runsaasti huomiota ja sitä yritetty eri keinoin edistää. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen perusterveydenhuollossa ei ole haastetta vähentänyt, mutta ei liioin lisännytkään. Maakäräjien tilaajaviranomaisten harjoittama valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tarjoajien ohjaaminen sitovin sopimuksin on sinänsä tehokkaampaa kuin aiemmin harjoitettu palvelujen koordinointi.

Oma tutkimuksemme Norrtäljen kunnasta, jossa yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuolto yhteiseen palvelujen tuottajaorganisaatioon, osoitti, että tilaajaviranomainen oli sisältänyt sopimukseen yhteistyövaatimuksia. Vertailu moniongelmaisten mielenterveyshäiriöitä potevien ihmisten saamiin palveluihin Norrtäljessä vapaaehtoiseen yhteistyöhön perustuvaan Södertäljen järjestelyyn toi esille, että sopimukseen sisältyvien vaatimusten rinnalla aineetomat kannustimet kuten ammatilliset tavoitteet ja ammattiyhteisö olivat tärkeitä yhteistyötä edistäviä tekijöitä. Päätelmämme oli, että toiminnallisen integraation avulla on mahdollista aikaansaada hyvin koordinoitu palvelukirjo myös niiden ihmisten kohdalla, jotka tarvitsevat laajasti eri sosiaali- ja terveyspalveluja.

Kansalaisen itsemääräämisoikeus

Maakunta- ja sote-uudistusta koskevassa keskustelussa on korostetusti keskitytty perustuslain 19 § julkiselle vallalle kohdistettuun velvoitteeseen turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Uudistusta arvioitaessa on kuitenkin syytä myös nostaa esille, että perustuslaki takaa jokaiselle kansalaiselle itsemääräämisoikeuden sekä henkilökohtaisen vapauden ja koskemattomuuden.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on tunnetuista syistä haasteellinen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tähän on Suomessa kuitenkin kiinnitetty enemmän huomiota kuin monessa muussa maassa. Suomi sai vuonna 1992 lajissaan ensimmäisen potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain, ja myöhemmin säädettiin vastaava laki koskemaan myös sosiaalihuoltoa.

Asenteet ja toimintakäytännöt muuttuvat kuitenkin hitaasti ammatillisessa toiminnassa. Sen vuoksi pyrkimys aidosti yhteiseen tai jaettuun päätöksentekoon (shared decision-making) ja potilaiden todelliset mahdollisuudet vastuuseen ja ”ratkaisuvaltaan” omasta elämästään ovat vielä vaillinaiset. Palvelujen tuottajien ja ammattihenkilön valintamahdollisuus lisää potilaan, asiakkaan ja omaisen valtaa – ja heidän edukseen.

Erityisesti haluan painottaa, miten tärkeä osa valinnanvapausuudistusta henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto on. Julkisessa keskustelussa korostetaan usein, että uudistus on kiel-

teinen niiden ihmisten kohdalla, jotka esimerkiksi toiminnanvajauksen vuoksi ovat kykene-mättömiä tekemään valintoja. Vaikka kannanotto on varmaan hyvää tarkoittava, se loukkaa näiden yksilöiden ihmisarvoa. Kehitysvammaisten erityishuollossa työskentelevät ammatti-henkilöt tuovat painokkaasti esille, että erityisesti kehitysvammaisille on ensiarvoisen tärke-ää, että hän saavat mahdollisimman samanarvoiset mahdollisuudet itsenäiseen elämään ja elämänsä hallintaan kuin muut kansalaiset.

Yhteenvedon totean, että sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus on tärkeä tapa vah-vistaa kansalaisten perusoikeuksia. Samalla se tukee myös muita uudistuksen tavoitteita kuten palvelujen integraatiota ja kustannusten kasvun hillintää. Olen käsitellyt tätä kirjoit-tamassani Duodecim-aikakauskirjan pääkirjoituksessa (numerossa 4/2017), jota lopuksi siteeraan:

”Pidän itsemääräämisoikeuden korostumista ja potilaan ja omaisten osallistumismahdolli-suuksien vahvistumista uudistuksen tärkeimpänä elementtinä. Se tapahtuu samanaikaisesti, kun lääketieteen kehitys luo mahdollisuudet entistä yksilöllisemmälle diagnostiikalle ja hoi-dolle, ja digitalisaatio antaa kansalaisille uusia kanavia tiedon lähteille sekä välineitä itsehoi-toon ja kimmokkeita terveytensä edistämiseen. Esimerkiksi Yhdysvaltain lääkevalvontavi-ranomainen on korostanut, että yksilöllinen ja täsmälääketiede luovat paineita myös hoito-järjestelmien yksilöllistymiseen.

Näiden kehitysvoimien ja jo käsillä olevientulevaisuusskenaarioiden merkittävimmät vaiku-tukset ovat potilaiden aseman vahvistuminen ja asiantuntijavallan väheneminen. Potilaat, jotka siihen kykenevät, ottavat entistä selkeämmin vastuuta oman terveytensä edistämisestä a sairauksiensa hoidosta. Tämä on jo nyt nähtävissä monissa kroonisten sairauksien potilas-ryhmissä. Tasa-arvoisemman potilaslääkärisuhteen muodostuminen ja lääkärin roolin muut-tuminen entistä enemmän potilaan kumppaniksi ja neuvonantajaksi voidaan kokea vaativa-na. Toisaalta muutoksen hyödyt ovat ilmeiset myös ammatillisten päämäärien (lisääntynyt terveyshyöty potilaalle) toteutumisen kannalta. Lisäksi on korostettu, viitaten suomalaiseen-kin palvelujen johtamista käsittelevään kirjallisuuteen, että palvelujen tuottaminen tapahtuu aina tuottajan ja kuluttajan yhteistoimintana. Tämä koskee myös terveyspalveluja. Terve-ydenhuollon ammattihenkilöt ovat toki aina asettaneet potilaan edun muun edelle. Uutta tässä ’kanssahoidossa’ (co-production, co-care) on, että potilaskeskeisyys turvataan muokkaamal-la organisaatiota ja toimintaprosesseja yhdessä potilaiden kanssa (co-design). Kanssahoidon ja omahoidon mahdollistaminen on myös kaikkein mielekkäin tapa tehostaa palvelutoimin-taa ja siten myötävaikuttaa sote-uudistuksen kansantaloudellisten tavoitteiden toteutumi-seen.”



Mats Brommels
professori