Viite: Perustuslakivaltiokunta torstai 1.6.2017

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

Lausunto

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni siitä, miten edellä mainituista hallituksen esityksistä. Tarkastelen pyynnöstä, miten ehdotettava lainsäädäntö turvaa valtakunnallisesti yhdenvertaisella tavalla oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja luo puitteet sille, että väestö on maan eri osissa yhdenvertaisella tavalla hyvinvointia ja terveyttä edistävien toimenpiteiden piirissä. Yksinkertaisesti sanottuna kyse on siitä, miten lakiesitykset onnistuvat yhdistämään yhdenvertaisuuden parantamisen ja kustannusten hallinnan tavoitteet.

Tarkastelen aluksi haavoittavassa asemassa olevien ihmisten palveluntarpeita lyhyen tutkimuskatsauksen avulla. Tavoitteenani on identifioida ne ryhmät, joiden palveluiden parantamiselle on suurin tarve. Kuvaan tämän jälkeen palvelujärjestelmän nykytilaa korostaen sen vahvuuksia ja haasteita. Kolmannessa vaiheessa syvennyn hallituksen esityksien rakenteellisiin ongelmiin. Perustelen lopuksi käsitykseni siitä, miksi ehdotetut lait ovat nykytilanteeseen verrattuna – päinvastoin kuin esitetään – heikentämässä palveluiden yhdenvertaisuuden toteutumista.

Haavoittuvassa asemassa olevien palveluntarpeet

Perustuslain tulkinnassa on syytä erottaa yhdenvertaisuus juridisena ja empiirisenä käsitteenä. Perustuslain 6. pykälän mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Empiirisesti yhdenvertaisuus voidaan havaita siinä, miten sosiaalinen hyvinvointi ja terveys vaihtelevat tulojen ja koulutuksen eli sosioekonomisen aseman mukaan.

Hyvinvointi on Suomessa polarisoitunut vahvasti sosioekonomisen aseman mukaan viimeisen lähes 30 vuoden aikana: niillä joille menee hyvin, menee paremmin kuin koskaan ja päinvastoin. Talousongelmista huolimatta hyvinvointi on yleisesti lisääntynyt – mitattiinpa sitä kulutusmahdollisuuksina, kokemuksina tai elinikänä. Ansiotasoindeksi on noussut katkeamatta viimeiset 20 vuotta. Tuoreen vertailun mukaan suomalaiset ovat maailman viidenneksi onnellisinta kansaa.[1] Keskimääräinen eliniän odote on kohonnut ilman katkona viimeisen 20 vuoden aikana.[2] Yhdenvertaisuuden toteutumisen kannalta ongelma muodostuu väestöryhmien välisissä eroissa. 1990-luvun alun laman jälkeen työllisyysaste ei palannut enää lähellekään aikaisempaa tasoa. Työmarkkinoilta syrjäytyminen loi Suomeen köyhyysongelman, joka paitsi erottaa meidät muista pohjoismaista,[3] korostaa sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tarvetta. Lisää resursseja on kohdennettava niille, joilla on suurimmat palveluntarpeet.

Hyvinvoinnin polarisaatio näkyy sekä sosiaalisissa että terveysongelmissa. Pitkäaikaisesta köyhyydestä kertoo se, että toimeentulotuen on tullut yhä useammille kotitalouksille pysyvä tulonlähde.[4] Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten määrä on kaksinkertaistunut 1990-luvun alusta.[5] Leipäjonoista on tullut pysyvä osa viimesijaista toimeentuloturvaa.[6] 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.[7] Kuolleisuuserot ovat kuitenkin edelleen huomattavia.

---

[1] Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). World Happiness Report 2017, New York: Sustainable Development Solutions Network.

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

[3] 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

[4] THL (2016): Toimeentulotuki 2015. Helsinki.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131612/Tr19_16.pdf?sequence=4

[5] THL (2016): Lastensuojelu 2015. Helsinki.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131625/Tr20_16.pdf?sequence=4

[6] Ohisalo, Maria & Saari, Juho (2014): Kuka seisoo leipäjonossa? Ruoka-apu 2010-luvun Suomessa. Kunnallisalan kehittämissäätiö.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_83_net.pdf
Ohisalo, Maria (2017): Murusia hyvinvointivaltion pohjalla. Leipäjonot, koettu hyvinvointi ja huono-osaisuus (15.6. Itä-Suomen yliopistossa tarkastettava väitöskirja).

[7] Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 9:588–593.

Hyvässä asemassa olevat miehet elävät keskimäärin 82-vuotiaksi, kun heikossa asemassa olevat miehet kuolevat noin 73-vuoden iässä. Länsi- ja Etelä-Suomessa hyvätuloiset miehet elävät 12 vuotta pidempään kuin pienituloiset miehet Itä-Suomessa.[8] Sosiaaliset ongelmat – pitkäaikaistyöttömyys, köyhyys, lasten pahoinvointi, yksinäisyys, syrjäytyminen – kietoutuvat yhteen terveysongelmien kanssa. Ongelmien kasaantuminen näkyy jo nuoruusiässä[9] ja siirtyy taakkana seuraavilla sukupolville[10].

Pyrkimykset vaikuttaa ennaltaehkäisevästi ongelmien taustalla olevaan käyttäytymiseen – tupakointiin, päihdeongelmiin, liikunnan puutteeseen, eristäytymiseen – ovat suurelta osin epäonnistuneet. [11] Sosioekonomiset elintapaerot ovat edelleen huomattavia.[12] Huono-osaisuudessa on kysymys pirullisesta ongelmasta, jonka ratkaiseminen on vaikeaa ja hidasta.

Tulevina vuosikymmeninä talouslamojen jäljiltä kertynyt julkisen talouden velka, matala työllisyysaste ja väestön ikääntyminen rajoittavat hyvinvointivaltion kykyä vastata sosiaalisiin ja terveysongelmiin sekä niiden yhteenkietoutumiseen. Sote-uudistuksessa olisikin varottava tekemästä muutoksia, jotka rikkovat nykyistä järjestelmäämme niiltä osin kuin se toimii tehokkaasti. Hyviä kokemuksia on saatu integroiduista palvelumalleista, esimerkiksi Etelä-Karjalan Eksote-mallista[13] sekä Mänttä-Vilppulan soten kokonaisulkoistuksessa.[14]

Ratkaistava ongelma

Haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien kasvaneet palvelutarpeet ovat aiheuttaneet ongelmia yhdenvertaisuuden toteutumisessa sote-palveluissa. Myös lakiesityksissä tunnustettu

---

[8] Parikka, Suvi ym. (2017): Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014.
[9] 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
[10] Vauhkonen, Teemu & Kallio, Johanna & Kauppinen, Timo M. & Erola, Jani (2017): Intergenerational accumulation of social disadvantages across generations in young adulthood. Research on Social Stratification and Mobility 48, 42-52.
[11] Parikka, Suvi ym. (2017): Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014.
[12] Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti (2013): Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. THL raportti 21/2013.
[13] Erhola, Marina ym. (2014): SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi. Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos, Helsinki.
[14] Linna, Miika & Seppälä, Timo (2016): Voidaanko kokonaisulkoistuksilla säästää sote-menoissa? Teoksessa Mäklin, Suvi (toim.) Terveystaloustiede 2016. THL työpaperi 1/2016: 26-26.

haaste johtuu yhtäältä resurssien vähäisyydestä ja toisaalta niiden väärästä kohdentamisesta. Suomen järjestelmän eriarvoisuus näkyy sekä kansainvälisissä vertailuissa että kotimaisissa seurantatutkimuksissa. Tutkimusten mukaan Suomen terveydenhoito on muihin länsimaihin verrattuna epätasa-arvoinen ja epäoikeudenmukainen. OECD:n vertailussa vuonna 2009 Suomen terveydenhuolto oli neljänneksi eriarvoisinta Puolan, Yhdysvaltojen ja Espanjan jälkeen.[15]

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.[16] Toisen tuoreen selvityksen mukaan hoitoon pääsyn ja hoidon laadun perusteella suomalaiset saavat maailman seitsemänneksi parasta sairaanhoitoa.[17] Edellä sanotusta seuraa, että odotukset kustannussäästöjen toteutumisesta järjestelmää uudistamalla voivat osoittautua ylimitoitetuiksi. Säästäminen ainakin terveydenhuollon kustannuksista on vaikeaa. Voidaan myös väittää, että sote-uudistuksen alkuperäinen tavoite kustannusten hillinnästä on huonosti yhteensovitettavissa palveluiden yhdenvertaisuuden parantamisen kanssa.

Yhdenvertaisuuden parantaminen on yksi sote-uudistuksen päätavoitteista. Sipilän hallituksen ohjelmassa sote-uudistusta koskevan kirjauksen ensimmäinen lause on: ”Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteena on terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hallinta”. Ratkaistava ongelma on siis se, miten samaan aikaan hallita kustannuksia ja parantaa yhdenvertaisuutta.

Yhdenvertaisuuden toteutumista voidaan sote-järjestelmän tasolla mitata yksinkertaisesti tarkastelemalla, kohdentuvatko sote-resurssit uudistuksen jälkeen suuremmassa määrin heikoimmassa asemassa oleville. Samaan aikaan on todettava, että toisen tavoitteen eli kustannusten hallinnan tulisi toteutua ilman, että se vaarantaa sote-resurssien painopisteen siirtämistä heikoimmassa asemassa oleville. Onnistuessaan uudistus matkustaisi siis kaksilla rattailla.

Sote-palveluiden epätasa-arvoisuudella ja epäoikeudenmukaisuudella on rakenteellisia syitä, joista selvimmät ovat työterveyshuolto ja korkeat asiakasmaksut. Palvelut – erityisesti

---

[15] Ks. tuore yhteenveto http://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/

[16] Health Consumer Powerhouse (2017): Euro Health Consumer Index 2016 Report. http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf

[17] 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

avoterveydenhuolto – kohdentuvat liiaksi jo etukäteen paremmassa asemassa oleville.[18] Köyhät ja muut huono-osaiset ja pienituloiset jäävät vaille tarvitsemiaan palveluja useammin kuin muissa Pohjoismaissa. Työssä käyvät voivat hyödyntää työterveyshuoltoa, joka monessa tapauksessa sisältää myös ilmaisia sairaanhoidon palveluita mukaan lukien laboratorio- ja röntgen tutkimuksia. Tämä johtaa eriarvoisuuteen myös erikoissairaanhoidossa sikäli, kun sen piiriin hakeudutaan avoterveydenhuollon lähetteiden avulla.

Rahoituksen riittävyys

Sote-uudistus koskee syvälle käyvällä tavalla palveluiden rahoitusta ja rakenteita, mutta ei muuta asiakkaiden ja potilaiden oikeuksia palveluihin. Tämä korostaa arviota siitä, miten sote-uudistus vaikuttaa resurssien kohdentumiseen.

Resurssien näkökulmasta keskeistä on myös se, että maakunnat saavat tulonsa yksinomaan valtiolta ja valtakunnallisesti yhtenäisistä palvelumaksuista. Maakunnilla ei ole veronkanto-oikeutta, eikä mahdollisuutta rahoittaa palveluita velanotolla. Voidaankin sanoa, että tosiasiassa valtio järjestää sote-palvelut maakuntien kautta. Verotusoikeuden puuttumisen riskinä on se, ettei maakunta kykene tosiallisesti vaikuttamaan siihen, miten sote-palvelut kohdentuvat tarpeen mukaan sen asukkaille.

Verotusoikeuden puuttuminen voi johtaa perustuslain vastaisen tilanteeseen: maakunta on vastuussa riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä, mutta sillä ei ole käytössään riittäviä resursseja tehtävän hoitamiseen. Jos rahat loppuvat, maakunta ei voi tosiasiallisesti huolehtia riittävien sote-palveluiden turvaamisesta.

Jatkossa tulisi myös pohtia verotusoikeuden antamista maakunnille, etenkin kun maakunnilla ei ole esityksessä mallissa edes todellista mahdollisuutta lainanottoon. Tällöin olisi varmistettava, että maakunnat voivat kohdentaa verotulot alueensa väestön ja tarpeiden mukaisesti ilman että tulojen käyttö on valtion päätösten sanelemaa. Monissa Länsi-Euroopan maissa alueellisilla itsehallinnoilla on verotusoikeus.

Järjestelmän ohjattavuus

Kuten valinnanvapauslain yleisperusteluissa todetaan yhdenvertaisuuden toteutumiseen vaikuttaa myös maakuntien järjestämisosaaminen ja kyky käyttää laissa säädettyjä ohjauskeinoja. Sote-uudistus tarkoittaa valtavia muutoksia palveluiden organisointiin. Ammattilaiset ja infra pysyvät suurelta osin muuttumattomina, mutta työnantajaorganisaatiot

[18] Ks. tuore yhteenveto http://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/

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 myös julkisesti rahoitetun järjestelmän sisällä ja tulevat sen käyttöön. 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, johon liittyen paitsi yhtiöiden perustaminen myös monimutkaisia neuvotteluita eri palveluntuottajien – ennen muuta suurten konsernien sote-keskusten -- kanssa. 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 järjestämisvastuun toteuttamiseen (muun muassa uusien organisaatioiden perustaminen, johtaminen, henkilöstösiirrot, omaisuusjärjestelyt).

Lakiesitys valinnanvapaudesta antaa maakunnille joukon monimutkaisia vipuja ja säätönappuloita, 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 kuvaavan epämääräisesti "oikeanlaisista olosuhteista" (s. 77 ja s. 110), jotka voisivat johtaa onnistumiseen. 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 toteutuisivat 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.

Alueellinen yhdenvertaisuus

Sote-uudistuksen yhdenvertaisuutta koskevan tavoitteen toteutuminen edellyttäisi myös alueellisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamista. Kuten valinnanvapauslain yleisperusteluissa huomautetaan, on ydinkysymys se, miten markkinoita hyödyntävä tuotantomalli turvaa asukkaiden yhdenvertaisen palveluiden saamisen. Järjestämisvastuussa oleva maakunta ei voi kovinkaan helposti vaikuttaa siihen, minne sote-keskukset sijoittuvat.

Ruotsissa valinnanvapaus paransi saatavuutta asutuskeskuksissa, mutta heikensi sitä jossain määrin niiden ulkopuolella, joskaan tulokset eivät ole täysin selviä.[19] Ruotsin kokemuksia ei voi kuitenkaan yleistää koskemaan Suomea. Maakäräjien mallit poikkeavat toisistaan selvästi eivätkä sosiaalipalvelut ole mukana samalla tavalla kuin Suomessa on ehdotettu. Lisäksi on otettava huomioon, että Ruotsissa valinnanvapauden toteuttamisen tavoitteena oli – päinvastoin kuin Suomessa – lisätä kustannuksia perusterveydenhuollossa, jotta sen saatavuus paranisi.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston (KKV) arvion mukaan tiiviisti asutetuissa ja väestöltään suurissa maakunnissa on markkinaperusteista tarjontaa, mutta muualla palvelutarjontaa ei välttämättä ole riittävästi, koska alueilla ei synny kilpailua eli useampien sote-keskusten tarjontaa. Kyse ei ole pelkästään vaihtoehtojen vaan myös mahdollisesti ainoan vaihtoehdon puutteesta. On syytä muistaa, ettei sote-keskuksilla ole väestövastuuta: yhtiömuotoisilla keskuksilla ei ole vastuuta siitä, että kaikki maakunnan tai sen osan asukkaat saisivat tarvitsemiaan sote-palveluita. Lakiesityksen perusteluissa todetaankin: ”Valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen osalta voi syntyä tilanteita, joissa osaan maata ei synny markkinoiden kautta palvelutuotantoa tai näitä palveluja esimerkiksi haja-asutusalueella ainoana tuottava palvelujen tuottaja menee konkurssiin”.

Lakiehdotus tarjoaa mahdollisuuden markkinapuutetilanteessa käyttää suorahankintaa tai maakunnan itse tuottamia palveluita. Markkinapuutteen määrittely ja osoittaminen on vaikeaa, koska vastakkain on yhtäältä väestön palveluiden tarve ja toisaalta kilpailuneutraliteetti. Lakiesityksessä myönnetään, että maakunnalle olisi helpompaa turvata palvelut toissijaisesti ilman yhtiöttämisvelvollisuutta. Juuri yhtiöittämisvelvollisuus voi tehdä markkinapuutearvioinnista vaikean tai jopa mahdottoman.

Lakiesityksessä todetaan suoraan, että yhtiöittämisvelvollisuudesta luopuminen ”edellyttäisi toisenlaista valinnanvapauden toteuttamismallia” (s. 255). Tämä esimerkiksi kokonaisulkoistukseen perustuva malli tarjoaisi kuitenkin tarjoaisi kuitenkin paremmat edellytykset yhdenvertaisuuden toteuttamiselle. Jos lakiesityksen alueellisen

[19] 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

yhteydenvertaisuuden arvioinnin vertailukohtana käytetään lakiesityksessä mainitulla tavalla nykytilannetta, voidaan todeta alueellisen yhteydenvertaisuuden heikkenevän olennaisesti.

Saatavuuden lisäksi toinen yhdenvertaisuuskysymys koskee valinnanvapauden toteutumista. Lakiesityksen mukaan ”sellaiset markkinat, jotka mahdollistavat valinnanvapauden yhtäläisen tosiasiallisen käyttämisen, eivät näyttäisi syntyvän tasaisesti koko maahan” (s. 255). Edelleen esityksessä todetaan, ettei lainsäädännöllä voida taata valinnanvapauden yhtenäistä toteutumista.

Väestöryhmien välinen yhdenvertaisuus

Väestöryhmien välinen yhdenvertaisuus sote-palveluissa koskee ennen muuta sitä, miten sote-palveluiden saatavuus, hinta ja laatu vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Tätä on arvioitu niukasti hallituksen esityksissä. Silmiinpistävää on se, ettei yhdenvertaisuutta ole arvioitu riittävästi edes juridisena käsitteenä eli sitä, miten ehdotettu lainsäädäntö vaikuttaa eri sukupuoliin (sukupuolivaikutusten arviointi), ikäryhmiin (erityisesti lapsivaikutusten arviointi) ja kieliryhmiin. Arviointi olisi erityisen tarpeellinen valinnanvapauslain osalta.

Lainsäädännön perusteella jokaisella sote-keskukseen listautuneella asukkaalla on periaatteessa samankaltainen oikeus palveluihin. Palveluiden saamisessa asukkaat ovat markkinapohjaisessakin järjestelmässä *de jure* yhdenvertaisia. Valinnanvapaus koskisi lähtökohtaisesti kaikkia Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin kuuluvia henkilöitä asuinpaikasta ja palvelutarpeesta riippumatta.

Todellisuudessa tilanne voi olla kuitenkin toinen, sillä sote-keskuksen näkökulmasta parhaita asiakkaita ovat yhtäältä ne, jotka eivät käytä palveluita ja toisaalta ne, jotka hankkivat maksullisia lisäpalveluita (Ruotsissa lisäpalveluiden tarjoaminen ei ole sallittua). Kyse ei ole ainoastaan siitä, että sote-keskukset yrittäisivät mainonnan, sijoittumisen, vanhojen asiakassuhteiden, lisäpalveluiden ja muiden markkinointikeinojen avulla. Keskukset saattavat pyrkiä hyljeksimään paljon palveluita käyttäviä asiakkaita esimerkiksi tarjoamalle heille huonoa kohtelua, jotta he vaihtaisivat palveluntarjoaja. Sote-keskuksilla on myös mahdollisuus sulkea listansa sen jälkeen, kun ne ovat täyttyneet. On todennäköistä, että sote-keskukset pyrkivät välttämään erityisesti huono-osaisia, paljon ohjausta ja muita palveluita käyttäviä henkilöitä kuten esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmaisia.

Valinnanvapauden on esitetty lisäävän nyt työterveyshuollon ulkopuolella olevien ryhmien – lapsiperheiden, työttömien, pitkäaikaissairaiden ja eläkeläisten – palveluiden saatavuutta. Poliittisen retoriikan mukaan nyt köyhätkin saavat valita yksityislääkärin. Arviossa ei ole kuitenkaan pohdittu sitä, miten työterveyshuollon jääminen uudistuksen ulkopuolelle vaikuttaa tilanteeseen tai miten Kela-korvauksilla subventoidut yksityiset sairaskuluvakuutukset vaikuttavat yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Pelkkä mahdollisuus valita sote-keskusta ei vielä muuta sitä, että työterveyshuolto tai yksityinen vakuutus voi tarjota jatkossakin ohituskaistan avoterveydenhuoltoon ja lähetteiden kautta sieltä erityispalveluihin. Jos asiakasmaksut

nousevat – kuten voidaan odottaa – työterveyshuollon ja yksityisten vakuutusten sairaanhoitopalveluiden merkitys korostuu entisestään.

Sote-keskukseen voi tulla kaksi ovea: toinen niille jotka maksavat (tai joiden puolesta maksetaan) ja toinen niille, jotka eivät maksa. Lakiesityksissä ei kielletä mahdollisuutta päästä rahalla jonojen ohi. Tämä on suuri uhka yhdenvertaisuudelle. Säästöpaineiden vuoksi myös asiakassetelit voivat olla liian matalla tasolla ja henkilökohtainen budjetti alibudjetoitu. Tämä ei välttämättä ole ongelma maksukykyisille asiakkaille ja potilaille, mutta voi estää pienituloisia käyttämästä asiakasseteleitä ja henkilökohtaista budjettia. Asiakasmaksujen nousu voi myös pönkittää yksityisten terveysvakuutusten markkinoita, jos niiden avulla voi välttää osittain tai kokonaan asiakasmaksuja ja päästä myös jonojen ohi.

Lakivalmistelussa on ylipäätään 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. Esitetyssä mallissa palvelut ovat erillään sote-keskuksissa, maakunnan palvelulaitoksissa sekä asiakasseteleillä ja mahdollisesti henkilökohtaisella budjetilla toteutettavissa palveluissa. Kyse on kuitenkin ryhmästä, jossa nykyinen palvelujärjestelmä epäonnistuu pahiten, mikä näkyy muun muassa lastensuojelun korjaavien palveluiden lisääntymisessä ja korkeassa pitkäaikaistyöttömyydessä. Erityisesti tässä ryhmässä olisi mahdollisuuksia saavuttaa suurta hyvinvointi- ja terveyshyötyä sekä kustannussäätöjä.

Yksi syy pienituloisten ja vähän koulutettujen tarpeeseen nähden muita vähäisemmästä palveluiden käytöstä liittyy palvelujärjestelmän monimutkaisuuteen. Esitetty malli lisää entisestään järjestelmän monimutkaisuutta ja on vaarassa heikentää erityisesti tämän väestöryhmän tilannetta. On todennäköistä, että jo etukäteen paremmassa asemassa olevat onnistuvat suunnistamaan monimutkaisessa järjestelmässä ja heidän palvelutasonsa entisestään paranee.

Ongelmaa voidaan lievittää vaiheittaisella etenemisessä valinnanvapauden toteuttamisesta. Tämä antaisi lisäaikaa kokeiluihin ja oppimiseen riittävän palveluohjauksen järjestämisessä (ml. rahoitusinstrumentit). Integroitu palvelumalli – kokonaisulkoistuksena tai maakunnan omana tuotantona – olisi kuitenkin selvästi parempi vaihtoehto kuin esitetty valinnanvapausmalli.

Palvelumaksut

Palveluiden hinta on tärkeä yhdenvertaisuuskysymys. Useissa Euroopan maissa perusterveydenhuolto on käyttäjälle ilmaista. Suomessa asiakasmaksut ovat jo nyt

poikkeuksellisen korkeita ja aiheuttavat tosiasiallisia esteitä terveyspalveluiden saamiselle. [20] Monet kunnat ovat pyrkineet ratkaisemaan ongelman päättämällä luopua esimerkiksi poliklinikkamaksuista. Tämä tuskin on enää mahdollista maakuntien tasolla, koska niiden rahoitustilanne tulee olemaan hyvin kireä.

Asiakasmaksujen nostamiseen on kova paine erityisesti hammashoidossa ja avoterveydenhuollon erikoislääkäripalveluissa. Tällä hetkellä omavastuuosuus on hammashoidossa lähes puolet kustannuksista ja erikoislääkäripalveluissa (esimerkiksi silmälääkärit ja gynekologit) noin neljä viidesosaa kustannuksista. Jos nykyiset omavastuut siirretään asiakasmaksuihin, niiden taso muodostuu kestämättömän korkeaksi pienituloisille. Jos näin ei menetellä, vastaava rahasumma on pois jostain muualta sote-järjestelmässä. Myös asiakassetelien lisämaksut voivat muodostaa esteen yhdenvertaisuuden toteutumiselle.

Asiakasmaksut ovat yleensä käyttömaksuja, jotka eivät ole sidottu tuloihin. Pienituloisille asiakasmaksut ovat suhteessa suurempi maksurasite kuin muille. Sote-uudistuksen molempien tavoitteiden – yhdenvertaisuuden ja kustannusten hallinnan – saavuttaminen edellyttää pienituloisten maksurasituksen pienentämistä. Yksi mahdollisuus ongelman ratkaisemiseksi olisi tuloperusteisten asiakasmaksujen käyttöönotto sote-palveluissa.

Johtopäätökset

Esitetyssä muodossaan laki asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa rikkoo integraation mahdollisuuden ja estää terveyserojen kaventamista ja kustannusten hallintaa. Uudistus ei ratkaise keskeistä eriarvoisuuden kysymystä, joka liittyy perusterveydenhuollon kanaviin ja työterveyden rooliin. Asiakasmaksujen väistämättömänä pidettävä nousu uhkaa yhdenvertaisuuden toteutumista. Päinvastoin on mahdollista, että uudistus lisää sote-menoja ja erityisesti paremmassa asemassa olevien palveluiden käyttöä. Kustannusten nousupaineet voivat johtaa julkisesti rahoitettujen sote-palveluiden yleiseen heikentämiseen. Seuraukset olisivat tuhoisia haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien sote-palveluille.

Mikäli palveluiden markkinoistamisessa halutaan edetä, vähimmäisvaatimus on uudistuksen vaiheistaminen. Hallitusohjelmassa mainitut sote-uudistuksen tavoitteet – eriarvoisuuden vähentäminen ja kustannusten hallinta – voivat edes jollain tavalla toteutua ainoastaan siten, että 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 terveyspalveluista. Tämä helpottaisi myös kiirettä tietojärjestelmien valmistelemisessa. Jo aloitusvaiheessa

[20] Ks. tuore yhteenveto http://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/

maakunnat voisivat kokonaisulkoistusten avulla käyttää yksityisiä tuottajia ja näin tarjota asukkailleen nykyistä laajempaa vapautta valita tuottajaorganisaatio.

Oslossa 31. toukokuuta 2017

Heikki Hiilamo