Dekaani Juha Teperi, Tampereen yliopisto

ASIANTUNTIJALAUSUNTO HALLITUKSEN ESITYKSISTÄ MAAKUNTIEN PERUSTAMISTA, SOTEN JÄRJESTÄMISTÄ JA ASIAKKAAN VALANNANVAPAUTTA KOSKEVAKSI LAINSÄÄDÄNNÖKSI (HE 15/2017 vp, HE 47/2017 vp)

Tiivistelmä: **Kansainväliset vertailutiedot viittaavat siihen, että Suomen nykyinen sote-järjestelmä toimii pääosin hyvin. Poikkeus tähän liittyy palvelujen epätasaiseen, suurituloisia suosivaan saatavuuteen. Suunnitellun uudistuksen suurin perustuslaillinen kysymys liittyy kiireessä toteutettavan valtavan mittaluokan uudistuksen riskianalyysiin: merkitseekö ehdotettu toteuttamismalli liian suurta uhkaa julkisen vallan kyvylle turvata riittävät sote-palvelut jokaiselle? Laadukas kansainvälinen ennakkoarviointi suosittaa vaiheistettua toteutusta, joka alkaa ohjaus- ja tietojärjestelmien rakentamisella ja etenee vasta tämän jälkeen palvelutuotannon uudistamiseen alueellisten kokeilujen kautta. Suurimmat yhdenvertaisuuden ongelmat näyttävät liittyvän pitkäkestoisesti ja monimuotoisia palveluja tarvitsevien asemaan. Riskianalyysin rajallinen painoarvo lakiesitysten sisältöä luotaessa herättää kysymyksen virkavastuulla tehdyn valmistelun ja sen poliittisen ohjauksen välisestä suhteesta.**

Kansainvälisessä vertailussa Suomen sote-järjestelmän erityinen heikkous on palvelujen saamisen vahva yhteys tulostasoon. Käytettävissä olevat kansainväliset vertailutiedot viittaavat siihen, että suomalaisen sote-palvelujärjestelmän

- tekninen tuottavuus (palvelusuoritteiden määrä suhteessa kustannuksiin) on hyvällä tasolla
- vaikuttavuus (palvelujen tuottama hyvinvointihyöty) vaihtelee huomattavasti mutta on pääsääntöisesti hyvää keskitasoa tai sitä parempaa
- kokonaiskustannustaso on keskimääräistä tasoa
- tuottama tyytyväisyys palveluihin yleensä on parhaiden joukossa
- tuottama tyytyväisyys terveyskeskuspalvelujen saatavuuteen on huonoimpien joukossa
- palvelujen kohdentuminen tarpeen mukaan, tulotasosta riippumatta on huonoimpien joukossa

Hyvinvointiongelmien määrällä on vahva kytkös tulotasoon. Tarpeen edellyttämää määrää pienempi palvelujen käyttö matalammilla tulotasoilla viittaa vahvasti siihen, että palvelujärjestelmä ei nykyisellään tavoita riittävästi heikoimmassa asemassa olevia. Tärkein selittävä tekijä on työterveyshuollon ja terveyskeskusten erilainen palvelukyky. Tiivistettyinä päätelminä voidaan todeta, että 1) terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen eri väestöryhmien välillä on hyvin perusteltu valinta uudistuksen perustavoitteeksi sekä 2) palvelujen epätasa-arvoista jakautumista lukuun ottamatta suomalainen sote-järjestelmä toimii pääsääntöisesti hyvin, eikä sen kehittäminen edellytä nopeita ja radikaaleja korjausliikkeitä.

Tämän muistion liitteenä on esimerkkejä kansainvälisistä vertailutiedoista sekä viitetietoja tärkeimpiin tietolähteisiin. Kansainvälistä luotettavaa vertailutietoa on olemassa vain osasta terveydenhuollon toimintaa. Sosiaalipalveluista (vanhustenhoitoa lukuun ottamatta) tiedot pääsääntöisesti puuttuvat. Siksi arvio soten kehittämistarpeista ei voi perustua pelkkään kansainväliseen vertailutietoon.

Uudistukseen liittyvät suuret riskit uhkaavat sen perustuslaillisuutta. Perustuslain mukaan julkisen vallan on taattava kaikille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Siksi uudistukset on suunniteltava tavalla, jotka eivät aiheuta todennäköisiä tai muuten tarpeettomia riskejä kansalaisten perusoikeuksien toteutumiselle.

Tiettävästi yhdessäkään kehittyneessä yhteiskunnassa ei ole toteutettu yhtä laajaa sote-palvelujen ohjauksen, rahoituksen ja tuotannon kokonaisuudistusta yhtä tiukassa aikataulussa kuin mitä nyt kaavailtu

lainsäädäntö tarkoittaa. Siirtyminen luottamukseen nojanneesta ja itseään säädelleestä järjestelmästä kilpailudynamiikkaa hyödyntävään monimuotoiseen palvelutuotantoon edellyttää vahvaa ohjausta ja valvontaa sekä näiden pohjaksi moniulotteista tietopohjaa tuotettujen palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta.

Lainvalmistelun logiikka näyttää lähteneen ajatuksesta, jonka mukaan ohjauksen ja seurantatietojen kehittämistä tehdään vuosien mittaan palvelutuotantouudistuksen jo tapahduttua. Tämä etenemistapa sisältää kohtuuttoman suuria riskejä ja on siksi kestämätön. Palvelutuotannon (suunniteltujen ja suunnittelemattomien) taloudellisten kannustimien vaikutus alkaa välittömästi säännösten tullessa voimaan. Nyt suunniteltu jako kilpailtuihin peruspalveluihin ja maakuntien vastuulle jääviin palveluihin on monilta osin epäselvä ja keinotekoinen. Pääosin kapitaatioperusteinen korvaus peruspalvelujen tuottajille tulee (jonkin suuruisesta aktiviteettiperusteisesta lisäkorvauksesta huolimatta) luomaan voimakkaan kannustimen osaoptimointiin siirtämällä asiakkaita maakunnan tuotantovastuulle. Yhdessä erikoissairaanhoidon pysyvän kasvupaineen kanssa uhkaa syntyä kallis, ohuen valikoiman laajenevien peruspalvelujen ja kasvavien palvelutarpeiden kanssa painivien erityispalvelujen malli. Ilman tarkkaa tietopohjaa sekä huomattavaa taloudellista ja osaamisinvestointia tuotannon ohjaukseen maakunnilla ei ole kykyä hallita tilannetta.

Jos huonosti ohjattavissa olevan järjestelmän tilanteessa pidetään kiinni suunnitelluista kustannusrajoitteista, ainakin osaa palveluista uhkaa kurjistuminen. Keskipitkällä aikavälillä tämä loisi painetta sellaisen rinnakkaisjärjestelmän synnylle, jossa sekä rahoitus että tuotanto olisivat aidosti yksityisiä. Kahden kerroksen järjestelmä ruokkisi entisestään julkisesti rahoitettujen palvelujen kurjistumista, josta kärsisivät eniten heikommassa asemassa olevat ja/tai pitkäaikaisista hyvinvointiongelmista kärsivät.

Sote-uudistuksen kansainvälinen arviointi (2016) suosittaa vaiheistettua toimeenpanoa. European Observatory on Health Systems and Policies (jatkossa Observatorio) laati vuonna 2016 kansainvälistä näyttöä hyödyntävän ennakkoarvion Suomen sote-uudistuksesta. Euroopan huipputason osaamisesta johtuen Observatorio kykeni tiukasta aikataulusta huolimatta laatimaan painavan puheenvuoron. Raporttia lukiessa on syytä huomata, että osaltaan Suomen hallituksen rahoittaman Observatorion raportissa ilmaisut ovat varovaisia ja usein ehdollisia. Arvioinnin perussanoma on kuitenkin selkeä. Uudistus tulee toteuttaa vaiheittain niin, että ensi vaiheessa luodaan riittävän vahva ohjauskapasiteetti (voimavarat, osaaminen, tietopohja, menettelytavat, työkalut) sekä kansalliselle että maakuntien tasolle. Samalla tulee luoda kansallisesti yhteen sovitut informaatioteknologiset ratkaisut palvelujen riittävän tarkalle seurannalle kustannusten lisäksi myös vaikuttavuuden ja laadun suhteen.

Vasta edellä mainittujen vaiheiden jälkeen on mahdollista käynnistää uudenlainen palvelutuotanto. Se tulisi tehdä alueellisina kokeiluina huolehtien siitä, että edelläkävijäalueita ei pakotettaisi kilpailun nimissä purkamaan jo luotuja erinomaisia palveluintegraation malleja. Observatorio olettaa etenkin tiukan talouskurin vallitessa syntyvän ei-toivottuja seurauksia, joiden vaikutuksia voitaisiin hallita edettäessä vaiheittain ja kokeiluittain. Nyt säädettäväksi esitetty rahoituslain 6§ 1 momentti luo juuri tällaiset tiukan talouden olosuhteet.

Suunnitellun uudistuksen suurimmat yhdenvertaisuusongelmat liittyvät paljon ja monimuotoisia palveluja tarvitsevien asemaan. On todennäköistä, että suunnitellun uudistuksen vaikutus lisääntyvänä yksityisten palvelujen tuotantona verovaroin painottuu suurten asukasmäärien paikkakunnille. Tämä ei kuitenkaan välttämättä aiheuta merkittävästi huonontuvaa palvelujen saantia harvemmin asutuilla seuduilla. Kunkin maakunnan tehtävä on varmistaa riittävät palvelut myös syrjäseuduilla.

Onnistuessaan nyt suunnitellulla uudistuksella on mahdollisuus vähentää merkittävällä tavalla nykyistä palvelujen kohdentumista tulotason mukaan. Jos peruspalvelujen saatavuus paranee, työterveyshuollon tai sen puuttumisen eriarvoistava vaikutus palvelujen käyttöön pienenee tai katoaa.

Kun verovaroin rahoitettu vapaan valinnan piirissä oleva sote-keskustoiminta laajenee kattamaan myös yksityisiä palveluita, sen kustannukset kasvavat. Silloin maakunnan vastuulla olevan palvelutuotannon taloudellinen liikkumavara pienenee. Kokemukset Suomessa ja ulkomailla viittaavat siihen, että korkeateknologisen ja muun intensiivisemmän erikoissairaanhoidon kustannustasoon on vaikeinta vaikuttaa. Tällöin taloudelliset reunaehdot pakottavat supistuksiin siinä maakunnan palvelutuotannossa, joka kohdentuu pitkäaikaisista ja monimutkaisista hyvinvointiongelmista kärsiville. On todennäköistä, että esimerkiksi hauraat vanhukset, mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät, eri vammaisryhmät ja lastensuojelun/lapsipsykiatrian asiakkaat joutuvat tyytymään entistä niukemmin voimavaroin tuotettuihin palveluihin.

Valmisteltujen lakiluonnosten sisältö herättää kysymyksen virkavastuulla tehtävän valmistelun ja poliittisen ohjauksen suhteesta. Virkamiesten vastuulla on varmistaa, että tehtävät lakiesitykset eivät sisällä tarpeettomia riskejä. Vaikka riskianalyysejä sanotaankin tehdyn, ne eivät vaikuta tunnistavan suunnitelmiin liittyvien riskien mittakaavaa. Ulkopuoliselle asiantuntijalle herää kysymys siitä, onko poliittinen ohjaus jättänyt virkamiehille riittävästi mahdollisuuksia riskien huomioimiseen. Eduskunnan tulisi muodostaa tästä kysymyksestä oma käsityksensä. Samoin eduskunnan tulee pitää huoli uudistuksen toimeenpanon laillisuusvalvonnan säilymisestä itsenäisenä.