

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Sisällys

YLEISPERUSTELUT

1 Johdanto

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Perusoikeudet

Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle

Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

Voimassa olevat säännökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

Voimassa olevat säännökset

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista koskevan lainsäädännön uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Sosiaalipalvelut

Terveydenhuolto

Perusterveydenhuolto

Erikoissairaanhoito

Päivystys

Työterveyshuolto

Palveluintegraation toteutuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat

Perusterveydenhuollon asiakkaat

Erikoissairaanhoidon asiakkaat

Ikäntyneiden palveluja saavat asiakkaat

Muiden sosiaalihuollon palvelujen asiakkaat

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet

Hoitoon pääsy

Hoitoon pääsyä koskevat tilastot

Sosiaalihuollon palveluihin pääsy

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Valinnanvapaus sosiaalihuollossa

Valinnanvapaus terveydenhuollossa

Rajat ylittävä terveydenhuolto

Valinnanvapauden tietopohja ja kansalaisille tarjottava tieto

Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Kuntaliiton kysely palvelusetelin käytöstä

Henkilökohtainen budjetointi

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut

Järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveyspalvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittely**Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut)****Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon kehittäminen****Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta****Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus****Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen muodostuminen****Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kohdentuminen palveluntuottajille****Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut****Tuotteistus ja laskutusmenettelyt****2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa****2.3 Nykytilan arviointi****3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset****4 Esityksen vaikutukset****4.1 Vaikutukset hallintoon ja organisaatioihin****4.2 Aluekehitysvaikutukset****4.3 Taloudelliset vaikutukset****4.4 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset****4.5 Kielelliset oikeudet****4.6 Sukupuolivaikutukset****4.7 Vaikutukset palveluiden tuotantoon****4.8 Vaikutukset henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään****4.10 Tietoyhteiskuntavaikutukset****5 Asian valmistelu****5.1 Valmisteluvaiheet ja -aineisto****5.2 Lausunnot ja niiden huomioon ottaminen****6 Riippuvuus muista esityksistä****YKSITYISKOHTAISET PERUSTELUT****1 Lakiehdotusten perustelut****2 Tarkemmat säännökset ja määräykset****3 Voimaantulo****4 Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys****LAKIEHDOTUKSET****Rinnakkaistekstit**

1 Johdanto

Hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen sisältyy valinnanvapauden laajentaminen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen. Hallitus on linjannut valinnanvapautta koskevia yleisiä periaatteita 7. marraskuuta 2015 ja tarkentanut näitä linjauksia 5. huhtikuuta ja 29. kesäkuuta 2016. Hallituksen linjausten mukaan asiakkaan valinnanvapaus olisi jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveystaluuksissa. Asiakas voisi valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluja ja turvata ihmisten nykyistä nopeampi hoitoon pääsy ja palvelujen saanti. Tarkennuksissa linjataan varsinkin valinnanvapauden edellytyksenä oleva monituottajamalli.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti selvityshenkilöryhmän tekemään oman ehdotuksensa siitä, millaisia valinnanvapausmallin ja monikanavarahoituksen toteutus voisivat olla. Ryhmän puheenjohtajana toimi professori Mats Brommels. Selvitysryhmä luovutti väliraporttinsa perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulalle 15. maaliskuuta 2016, ja loppuraportti julkaistiin 31. toukokuuta 2016 (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37).

Loppuraportissaan selvityshenkilöt esittävät, että sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen rahoitus tapahtuisi jatkossa kahdessa vaiheessa: valtio rahoittaa järjestämisvastuussa olevia maakuntia ja maakunnat maksavat korvauksia järjestelmän piiriin hyväksytyille palveluntuottajille.

Selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakkaan vähintään puoleksi vuodeksi kerrallaan valitsema asiointipaikka olisi järjestelmään erikseen hyväksytty väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, jonka tulisi tarjota seuraavat palvelut: sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kasvatusta- ja perheneuvonta, päihdetyö, mielenterveystyö, yleislääkärin vastaanotto (mukaan lukien diagnostiset tutkimukset), terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäisen vastaanotto, lasten- ja äitiysneuvola, sekä muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. Muut peruspalvelut olisivat valinnanvapauden piirissä, mutta edellyttäisivät erillisen sosiaali- ja terveyskeskuksen eteenpäin ohjauksen.

Ehdotuksen mukaan maakunta päättäisi valtion vahvistamien periaatteiden mukaisesti, mitkä määritellyt osat erikoissairaanhoidosta ja sosiaalihuollon erityispalveluista ovat asiakkaan valintojen piirissä. Asiakas valitsisi palvelujen tuottajan saatuaan sosiaali- ja terveyskeskuksesta lähetteen tai palveluohjauksen taikka viranomaisen etuuspäätöksen.

Valtio päättäisi selvityshenkilöiden ehdotuksen mukaan asiakasmaksuista, jotka olisivat samoista palveluista yhteneväiset. Maakunta tekisi sopimuksen tuottajan kanssa ja päättäisi tuottajalle maksettavan korvauksen määrästä valtion vahvistamien periaatteiden perusteella. Sosiaali- ja terveyskeskus voisi olla julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin toimijan ylläpitämä. Maakunta maksaisi voittopuolisesti kapitaatioperusteisen korvauksen listautuneiden asiakkaiden peruspalvelujen järjestämisestä.

Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi sairaanhoitovakuutusta vastaava osuus kerättäisiin ehdotuksen mukaan osana valtionverotusta ja tämä osuus yhdistettäisiin maakunnille maksettavaan rahoitusosuuteen. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä aiheutuneista kustannuksista ei enää maksettaisi korvausta sairaanhoitovakuutuksesta. Työterveyshuoltoa, lääkehuoltoa, matkakustannuksia,

kuntoutusta sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa on tarkasteltu selvityshenkilöiden raportissa erikseen.

Hallitus sopi 29. kesäkuuta 2016 reformiministerityöryhmässä käytyjen neuvotteluiden jälkeen valinnanvapauslainsäädännön jatkovalmistelusta. Hallituksen linjausten mukaan suomalaisen valinnanvapausmallin lähtökohdaksi halutaan ihmisten erilaiset palvelutarpeet. Linjauksissa todetaan, että valinnanvapausmalliin harkitaan otettavaksi neljä erilaista valinnanvapauden keinoa: laajasti perustason palveluja tarjoava sosiaali- ja terveystieteiden keskus, suppeamman palveluvalikoiman omatiimi tai sote-asema, palveluseteli ja henkilökohtainen budjetointi.

2 Nykytila

2.1 Lainsäädäntö ja käytäntö

Perusoikeudet

Suomen perustuslaki tuli voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2000. Perusoikeusuudistukseen johtaneen perusoikeussäännösten muuttamista koskevan hallituksen esityksen mukaan uudistuksella pyrittiin lähentämään sisällöllisesti toisiinsa kotimaista perusoikeusjärjestelmää ja kansainvälisiä ihmisoikeusvelvoitteita.

Perustuslain 1 §:ssä todetaan, että Suomen valtiosääntö on vahvistettu perustuslaissa. Valtiosääntö turvaa ihmisarvon loukkaamattomuuden ja yksilön vapauden ja oikeudet sekä edistää oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Säännöstä voidaan pitää lähtökohtana julkisen vallan velvollisuuksien sisällön arvioimiselle. Se vaikuttaa myös arvioitaessa perusoikeuksien rajoitusten sallittavuutta.

Perustuslain 2 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan käytön tulee perustua lakiin. Kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia.

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa muihin nähden eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Yhdenvertaisuusperiaatteeseen sisältyy mielivallan kieltä ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Yhdenvertaisuusperiaate ulottuu myös alaikäisiin, sillä perustuslain 6 §:n 3 momentti velvoittaa kohtelevaan lapsia tasa-arvoisesti yksilöinä. Toisaalta lapset tarvitsevat vajaanvaltaisina ja aikuisia heikompana ryhmänä erityistä suojelua ja huolenpitoa.

Perustuslain 19 §:ssä säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan ja välttämättömään huolenpitoon. Pykälän 1 momentti on muista perusoikeuksista poiketen kirjoitettu subjektiivisen oikeuden muotoon. Subjektiivisella oikeudella tarkoitetaan yleensä etuutta, jonka jokainen säädetty edellytykset täyttävä on oikeutettu saamaan. Viranomaisen ei siten voi itsenäisesti päättää velvoitteen toteuttamisesta, sisällöstä tai alasta. Subjektiivinen oikeus on periaatteessa suojattu taloudellisista suhdanteista johtuvilta tulkintojen heilahduksilta. Säännöksen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon on viimesijainen vähimmäissuoja, joka yhteiskunnan on kaikissa olosuhteissa taattava. Säännös edellyttää myös ihmisarvoisen elämän edellytykset turvaavien palvelujen järjestämistä. Kyse on julkiseen valtaan kohdistuvasta, yksilöä koskevasta vastuusta.

Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistämään väestön terveyttä. Julkisen vallan on myös tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.

Perustuslain 21 § sisältää oikeudenmukaista oikeudenkäyntiä ja hyvän hallinnon takeita koskevat perussäännökset. Pykälän 1 momentin mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa käsiteltyksi asianmukaisesti ja ilman aiheetonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa. Jokaisella on myös oikeus saada oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi. Pykälän 2 momentin mukaan käsittelyn julkisuus sekä oikeus tulla kuulluksi, saada perusteltu päätös ja hakea muutosta samoin kuin muut oikeudenmukaisen oikeudenkäynnin ja hyvän hallinnon takeet tulee turvata lailla.

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan tehtävänä on turvata perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Julkiselle vallalle asetettu turvaamisvelvollisuus korostaa perusoikeuksien tosiasiallisen toteutumisen merkitystä. Säännös suojaa yksilöä myös suhteessa kolmansiin.

Perustuslain 118 §:ään sisältyvät virkavastuuta koskevat säännökset. Säännökset täydentävät perustuslain 2 §:n 3 momenttia, jonka mukaan kaikessa julkisessa toiminnassa on noudatettava tarkoin lakia. Perustuslain 118 §:n 1 momentissa säädetään virkamiehen vastuusta omien virkatoimiensa lainmukaisuudesta ja 2 momentissa esittelijän vastuusta. Perustuslakia koskevan hallituksen esityksen perustelujen mukaan säännösten tarkoittama virkamiesten ja esittelijöiden vastuu toteutuu muussa lainsäädännössä olevien säännösten kautta. Sovellettaviksi voivat tulla muun muassa rikoslain 40 luvun virkarikossäännökset. Perustuslain 118 §:n 3 momentissa säädetään rikosoikeudellisesta ja vahingonkorvausoikeudellisesta vastuusta julkista tehtävää hoidettaessa. Säännöksen mukaan jokaisella, joka on kärsinyt oikeudenloukkauksen tai vahinkoa virkamiehen tai muun julkista tehtävää hoitavan henkilön lainvastaisen toimenpiteen tai laiminlyönnin vuoksi, on oikeus vaatia tämän tuomitsemista rangaistukseen sekä vahingonkorvausta julkisyhteisöltä taikka virkamieheltä tai muulta julkista tehtävää hoitavalta sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Yksilön oikeus ei riipu siitä, onko tehtävää hoitanut virkamies tai viranomaiskoneiston ulkopuolinen. Rikosoikeudelliseen virkavastuuseen sovelletaan rikoslain 40 lukua. Vahingonkorvausvastuuseen ja sen jakaantumiseen toisaalta työnantajan ja julkisyhteisön ja toisaalta työntekijän ja virkamiehen välillä sovelletaan vahingonkorvauslakia (412/1974).

Julkisen hallintotehtävän antaminen muulle kuin viranomaiselle

Perustuslain 124 §:ssä säädetään niistä edellytyksistä, joita on noudatettava, kun julkisia hallintotehtäviä luovutetaan muille kuin viranomaisille. Säännöksen mukaan julkinen hallintotehtävä voidaan antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla, jos se on tarpeen tehtävän tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa vain viranomaiselle.

Säännöksen sanamuodolla korostetaan sitä, että julkisten hallintotehtävien hoitamisen tulee pääsääntöisesti kuulua viranomaisille ja että tällaisia tehtäviä voidaan antaa muille kuin viranomaisille vain rajoitetusti. Hallintotehtävien uskominen viranomaiskoneiston ulkopuoliselle on toisin sanoen aina poikkeus pääsäännöstä. Perustuslakivaliokunta on eri yhteyksissä esittänyt näkemyksensä siitä, että perustuslain 124 §:n mukaisella järjestelyllä voi etenkin yksityisen oikeusasemaan olennaisesti vaikuttavissa tilanteissa olla vain viranomaistoimintaa täydentävä ja avustava luonne.

Julkisella hallintotehtävällä viitataan perustuslain 124 §:ssä verraten laajaan tehtävien kokonaisuuteen, johon kuuluu esimerkiksi lakien toimeenpanoon sekä yksityisten henkilöiden oikeuksia, velvollisuuksia ja etuja koskevaan päätöksentekoon liittyviä tehtäviä (HE 1/1998 vp). Lakisääteistä julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisvelvollisuutta on pidettävä perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna julkisena hallintotehtävänä. Hyvinvointipalvelujen valtiosääntöinen perusta nojaa perustuslain 19 §:n 3 momenttiin, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Säännös ei edellytä, että julkisyhteisöt huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta. Julkisen vallan on kuitenkin turvattava sosiaali- ja terveystalvelujen riittävä saatavuus.

Sosiaalipalveluja tarjoavat viranomaisten ohella laajasti myös yksityiset palveluntuottajat. Sosiaalipalvelujen tuottamista on pidettävä julkisen hallintotehtävän hoitamisenä silloin, kun palvelu perustuu julkiselle vallalle asetettuun lakisääteiseen toimeksiantoon. Tällaiseen toimintaan sisältyy usein myös toimivaltuuksia käyttäjä julkista vastaa.

Etenkin terveydenhuollon alalla on keskenään kilpailevia julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia. Yksityinen lääkäritoimi ei muodosta perustuslain 124 §:ssä tarkoitettua julkista hallintotehtävää, ellei palvelun tarjoaminen perustu ostopalvelusopimuksen perusteella suoritettavaan julkisyhteisön lakisääteiseen järjestämisvelvollisuuteen.

Hallituksen esitystä uudeksi Suomen Hallitusmuodoksi käsitellessään perustuslakivaliokunta piti tärkeänä sitä, että kun hallintotehtävä uskotaan laissa tai lain nojalla muulle kuin viranomaiselle, tulee säännöspäruusteisesti taata oikeusturvan ja hyvän hallinnon vaatimusten noudattaminen tässä toiminnassa. Lisäksi valiokunta korosti, että siltä osin kuin tällainen hallintotehtävä saattaa pykälän rajoissa merkitä julkisen vallan käyttöä, on erityisesti varmistuttava siitä, että valtaa käyttävät ovat virkamiehiä rikoslain mielessä (HE 1/1998 vp - PeVM 10/1998 vp).

Hyvään hallintoon liitetty palveluperiaate edellyttää, että julkisten palveluiden tuottamista arvioidaan myös hallinnon asiakkaina olevien yksityisten henkilöiden näkökulmasta. Tämän periaatteen on katsottu saavan sisältönsä perustuslain 21 §:n 2 momentista ja se on kirjattu myös hallintolain 7 §:ään. Hallintolain esitöiden mukaan julkisia palveluja järjestettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen riittävyteen ja saatavuuteen sekä hallinnossa asioivien valinnanvapauteen. Perustuslain 124 §:n esitöissä mainitun yksityisten henkilöiden ja yhteisöjen tarpeiden huomioon ottamisen on katsottava korostuvan etenkin yksilön perusoikeuksien toteutumisen kannalta merkityksellisten palvelujen kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kohdalla.

Erityisesti tarkoituksenmukaisuusharkinta edellyttää hallinnonalakohtaista tuntemusta. Perusteluissa on kyettävä osoittamaan, miksi julkisen hallintotehtävän antamista ulkopuoliselle on pidettävä viranomaisorganisoimintaa tarkoituksenmukaisempaan vaihtoehtona. Vaikka perustuslain 124 §:n mukaisessa tarkoituksenmukaisuusharkinnassa on kiinnitettävä huomiota myös taloudellisiin vaikutuksiin, eivät taloudelliset vaikutukset voi olla yksinomaisia perusteita tarkoituksenmukaisuutta arvioitaessa.

Perustuslain 124 §:ssä tarkoitettuna merkittävänä julkisen vallan käyttönä pidetään esimerkiksi itseenäiseen harkintaan perustuvaa oikeutta käyttää voimakeinoja tai puuttua muuten merkittävällä tavalla yksilön perusoikeuksiin. Tällaisia valtuuksia ei säännöksen mukaan saisi antaa muille kuin viranomaisille (HE 1/1998 vp).

Julkisen vallan käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto käsittää pääasiassa tosiasiallista hallintotoimintaa, kuten huoltoa ja hoitoa. Tähän sisältyy myös julkisen vallan käyttöä sekä merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä toimia. Esimerkiksi päätettäessä tahdosta riippumattomasta hoidosta tai huollosta tai muista perusoikeuksia merkittävästi rajoittavista toimenpiteistä käytetään merkittävää julkista valtaa. Perusoikeuksien rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa säädetään kehitysvammalaisissa, mielenterveyslaissa, lastensuojelulaisissa, päihdehuoltolaisissa (41/1986) ja tartuntatautilaisissa (583/1986).

Mielenterveyslain 2 luvussa säädetään henkilön tahdosta riippumattomasta psykiatrisesta hoidosta. Mielenterveyslain 4 a luvussa taas säädetään edellytyksistä, joiden perusteella mielenterveyslain nojalla tarkkailuun otettuun taikka hoitoon tai tutkimukseen määrättyyn henkilöön voidaan kohdistaa rajoitustoimenpiteitä. Perusoikeuksien rajoittamisen yleisistä edellytyksistä on säädetty mielenterveyslain 22 a §:ssä.

Päihdehuoltolain 2 luku koskee hoitoa tahdosta riippumatta. Tahdosta riippumattomassa päihdehuollossa oleva henkilö voidaan eristää lain 26 §:n mukaisesti. Säännöstä tarkentaa päihdehuoltoasetuksen (653/1986) 14 §. Lain 27 §:n nojalla henkilöltä voidaan ottaa toimintayksikön haltuun päihteitä tai niiden käyttöön liittyviä välineitä taikka turvallisuutta vaarantavia aineita tai esineitä. Erikseen määritellyin perustein on mahdollista suorittaa henkilöön käyvä tarkastus ja postin tai muun lähetyksen tarkastaminen.

Tartuntatautilaisissa säädetään tartuntatautien vastustamistyöstä sekä siihen liittyvistä perusoikeuksia rajoittavista toimenpiteistä, kuten henkilön ja tavarain määräämisestä karanteeriin, henkilön määräämisestä olemaan poissa ansiotyöstä, päivähoitopaikasta tai oppilaitoksesta sekä henkilön eristämistä sairaanhoitolaitokseen. Eduskunnalle on annettu 25.2.2016 hallituksen esitys tartuntatautilain kokonaisuudistukseksi, jonka yhteydessä myös rajoitustoimenpiteiden käyttöä koskevia säännöksiä tullaan uudistamaan.

Lastensuojelulain 8 luvussa säädetään lapsen kiireellisestä sijoituksesta ja 9 luvussa huostaanotosta. Lastensuojelulain 40 §:ssä eritellään perusteet, joiden toteutuessa lapsi on otettava huostaan ja hänelle on järjestettävä sijaishuolto. Lapsi voidaan vastaavin perustein myös sijoittaa kiireellisesti lastensuojelulain 38 §:n mukaisesti.

Lastensuojelulain 10 luvussa säädetään sijaishuollon järjestämisestä ja 11 luvussa sijaishuollossa toteutettavasta perusoikeuksien rajoittamisesta. Lain 64 § sisältää rajoitustoimenpiteiden käytölle asetetut yleiset edellytykset. Sen mukaan laitoshuoltona järjestettävän sijaishuollon aikana lapseen saa 65—73 §:n nojalla kohdistaa rajoitustoimenpiteitä vain siinä määrin kuin sijaishuoltoon johtaneen päätöksen tarkoituksen toteuttaminen, lapsen oma tai toisen henkilön terveys tai turvallisuus taikka muun mainituissa säännöksissä säädetyn edun turvaaminen välttämättä vaatii.

Kehitysvammalain 32 §:n mukaan henkilö voidaan määrätä erityishuollon toimintayksikköön tahdostaan riippumatta, jos hän ei kykene tekemään hoitoaan ja huolenpitoaan koskevia ratkaisuja eikä ymmärtämään käyttäytymisensä seurauksia, hän todennäköisesti vakavasti vaarantaa terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja hänen hoitoaan ja huolenpitoaan ei voida järjestää muulla tavoin. Laissa on nimenomaisesti lueteltuna ne rajoitustoimenpiteet, joita voidaan käyttää tahdosta riippumattomassa ja vapaaehtoisessa erityishuollossa.

Sosiaalihuollossa julkista vallankäyttöä sisältyy myös muun muassa sosiaalihuoltoon liittyvään päätöksentekoon, ilmoitusten vastaanottamiseen ja niistä seuraaviin toimiin, asiakasmaksuja koskevaan päätöksentekoon, lastenvalvojan tehtäviin sekä adoptioon liittyviin tehtäviin. Terveystieteiden huollossa julkista valtaa käytetään aiemmin esitetyn lisäksi esimerkiksi kuolemansyyn selvittämiseen liittyvissä tehtävissä sekä virka-apua pyydettyinä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja tuottaminen

Voimassa olevat säännökset

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on säädetty kuntien tehtäväksi, joten niillä on vastuu perustuslain 22 §:ssä julkiselle vallalle säädetyn velvoitteen toteuttamisesta käytännössä. Kunnallishallinnossa tehtävien hoidossa käytetään yleisesti käsitettä järjestämisvastuu. Järjestämisvastuun käsitteellä vastuun sisältö halutaan erottaa palvelujen tuottamisesta tai hoitamisesta. Järjestämisvastuuseen kuuluu, että väestön tarpeenmukaisia palveluja on saatavilla. Järjestämisvastuu on osin liian yleinen käsite kuvaamaan niitä erilaisia vastuuta, oikeuksia ja velvollisuuksia, joita kuntalaisen, kunnan ja kuntayhtymän välille sosiaali- ja terveydenhuollossa muodostuu. Järjestämisvastuuseen sisältyy kunnan vastuu kuntalaisille siitä, että laissa turvattuina tai muita palveluja on saatavilla ja että kuntalaiset saavat nämä palvelut lain turvaamalla tavalla. Järjestämisvastuuseen kuuluu myös vastuu palvelujen järjestämistavasta, joka voi toteutua omana tuotantona, yhteistoimintana tai ostopalveluina. Vastuuseen kuuluu lisäksi vastuu palvelujen rahoituksesta ja riittävien voimavarojen varaamisesta palvelujen järjestämiseen. Kunnan tehtäviä voi lain ja sopimuksen nojalla hoitaa myös kuntayhtymä.

Sosiaalihuollon järjestämisvastuusta säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa (710/1982). Uudella, pääosin 1 päivänä huhtikuuta 2015 voimaan tulleella sosiaalihuoltolailla (1301/2014), jäljempänä uusi sosiaalihuoltolaki, kumottiin suurin osa vuoden 1982 sosiaalihuoltolaista, mutta sosiaalihuollon hallintoa ja järjestämistä koskevat vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 2 luvun säännökset jäivät kuitenkin muutamien muiden säännösten lisäksi voimaan uuden sosiaalihuoltolain rinnalla. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 5 §:n mukaan kunnan on pidettävä huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan kuin sosiaalihuoltolaissa tai muutoin säädetään. Uuden sosiaalihuoltolain 12 §:ssä säädetään lisäksi, että jokaisella kunnassa oleskelevalla henkilöllä on oikeus saada kiireellisessä tapauksessa yksilölliseen tarpeeseensa perustuvat sosiaalipalvelut siten, ettei hänen oikeutensa välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu. Muussa kuin kiireellisessä tapauksessa henkilöllä on oikeus saada riittävät sosiaalihuollon palvelut kotikuntalaisissa (201/1994) tarkoitettulta kotikunnaltaan tai siltä kuntayhtymältä, johon kotikunta kuuluu, ellei muualla laissa toisin säädetä

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n perusteella sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvista tehtävistä sekä niistä tehtävistä, jotka muussa laissa säädetään sosiaalilautakunnan taikka muun vastaavan toimielimen tehtäväksi, huolehtii yksi tai useampi kunnan määräämä monijäseninen toimielin. Kuntayhtymän huolehtiessa kahden tai useamman kunnan koko sosiaalihuollosta sen on asetettava

vastaava toimielin yhteisesti jäsenkuntia varten. Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:ssä tarkoitetun toimielimen laissa säädettyä päätösvaltaa ja oikeutta puhevallan käyttämiseen voidaan johtosäännöllä siirtää laissa tarkemmin säädetyin edellytyksin toimielimen alaisille viranhaltijoille henkilön tahdosta riippumattomasti huoltoa koskevia päätöksiä lukuun ottamatta. Sosiaalityöntekijällä, jonka toimielin on tehtävään määrännyt, on lain 12 §:n nojalla oikeus toimielimen vahvistamien perusteiden ja yleisten ohjeiden mukaisesti toimielimen puolesta päättää myös kiireellisissä tapauksissa tahdosta riippumattoman huollon antamisesta ja siihen liittyvistä muista toimenpiteistä ja näissä tapauksissa käyttää toimielimen puhevaltaa itse tai asiamiehen välityksellä.

Kunnalliseen sosiaalihuoltoon sovellettavassa uudessa sosiaalihuoltolaissa säädetään hyvinvoinnin edistämistä, sosiaalipalveluista, sosiaalihuollon toteuttamisesta, palvelujen laadun varmistamisesta sekä muutoksenhausta sosiaalihuoltoa koskeviin päätöksiin. Lain tarkoituksena on siirtää painopistettä erityispalveluista yleispalveluihin, vahvistaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja tiivistää viranomaisten yhteistyötä. Asiakaskeskeisyyden vahvistamiseksi laissa määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Asiakkaalla on oikeus niihin palveluihin, joilla turvataan välttämätön huolenpito ja toimeentulo sekä lapsen terveys ja kehitys. Laissa määritellään lisäksi keskeisiä kunnissa jo käytössä olevia sosiaalipalveluja, kuten asumis- ja laitospalvelut. Sosiaalihuoltolain lisäksi osasta sosiaalipalveluja ja niiden saamisperusteista on omat väestö- tai asiakasryhmäkohtaiset erityislakinsa, jotka määrittävät sosiaalihuollon sisältöä oman erityisalueensa osalta huomattavasti yleislakina toimivaa sosiaalihuoltolakia laajemmin ja yksityiskohtaisemmin.

Lastensuojelulain (417/2007) 11 §:n nojalla kunnan on huolehdittava siitä, että ehkäisevä lastensuojelu sekä lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua on järjestettävä tarvittavassa laajuudessa niinä vuorokauden aikoina, joina sitä tarvitaan. Kunnassa lastensuojelun toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä vastaa sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Laissa vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987, jäljempänä vammaispalvelulaki) säädetään palvelujen ja tukitoimien järjestämisen vastuusta, suunnittelusta ja rahoituksesta, elinolojen kehittamisestä, yhteistyöstä ja muutoksenhausta sekä vammaisille tarkoitettuihin palveluihin. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. Kunnan velvollisuutena on huolehtia, että vammaisille tarkoitettujen palvelujen ja tukitoimien järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve.

Kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977, jäljempänä kehitysvammalaki) säädetään erikseen kehitysvammaisten erityishuollon hallintorakenteista. Kehitysvammaisten erityishuollon järjestämisen osalta maa on jaettu kehitysvammalain perusteella erityishuoltopiireihin. Erityishuollon järjestämisvelvollisuus kuuluu lain 6 §:ssä tarkoitetuille erityishuoltopiirien kuntayhtymille, mutta myös yksittäiset kunnat voivat järjestää erityishuoltoa. Kunnan järjestäessä erityishuoltoa erityishuoltoviranomaisena toimii sosiaalihuollosta vastaava toimielin.

Kuntien velvoitteesta järjestää terveydenhuollon palveluja säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) ja mielenterveyslaissa (1116/1990). Terveydenhuoltolakia (1326/2010) sovelletaan kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin

säädettä. Terveysthuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Käytännössä kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon mukaiset palvelut on eroteltu perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi. Kansanterveyslain mukaisia palveluja tai kunnan erikseen päättämiä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä varten kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava terveyskeskus. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kuntien lähinnä terveyskeskuksissa järjestämiä palveluja. Terveyskeskuksilla voi olla useita eri toimipaikkoja eli terveysasemia tai sairaaloita.

Kuntien vastuulla on huolehtia myös siitä, että asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten maa on jaettu sairaanhoitopiireihin. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairanhoitopiiriä on 20 kappaletta. Kunta voi itse päättää siitä, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua. Erikoissairaanhoidossa kunta on velvoitettu osallistumaan sairaanhoitopiiriin hallintoon ja hoitamaan laissa säädetyt erikoissairaanhoidon tehtävät sen kautta.

Ahvenanmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen kuuluu maakunnan lainsäädäntövaltaan. Sen perusteella sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Ahvenanmaan maakunnan hallituksen alainen Ahvenanmaan maakunnan terveys- ja sairaanhoitoviranomainen (Ålands hälso- och sjukvård). Sosiaalihuollon puolestaan järjestävät Ahvenanmaalla kunnat. Kehitysvammaisten erityishuollon palvelut tuottaa kuntayhtymä, Ålands Omsorgsförbund, johon kaikki Ahvenanmaan kunnat kuuluvat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) 4 §:n nojalla kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa sekä olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä. Tehtävien hoitamisessa tarvittavia palveluja kunta voi hankkia valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Lisäksi palvelujen käyttäjälle voidaan antaa palveluseteli, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevassa hallituksen esitysluonnoksessa ehdotetaan säädettäväksi maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä niiden yhteinen voimaannpanolaki. Lisäksi esityksessä on maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen edellyttämät muutokset muuhun lainsäädäntöön. Esityksessä on tämän mukaisesti ehdotus maakuntien rahoituslaiksi sekä ehdotukset kuntien rahoitusta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, maakuntien ja kuntien henkilöstöä koskevan lainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi.

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 18 maakuntaa. Maakunnat olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Uudet maakunnat olisivat alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia eräin yksittäisiä kuntien koskevin poikkeuksin. Maakuntien ylin päättävä toimielin olisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto. Maakunnat hoitaisivat niille laissa säädettäviä tehtäviä. Keskeisiä tehtäviä olisivat sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi. Lisäksi erikseen valmistellaan eräiden ELY-keskusten, TE-toimistojen ja aluehallintovirastojen sekä maakuntien liittojen ja ympäristöterveydenhuollon tehtävien siirtäminen maakuntien vastuulle. Maakuntalaissa säädettäisiin niiden toimintaa, taloutta ja hallintoa koskevat säännökset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu perustettaville maakunnille. Poikkeuksena tästä olisi kuitenkin ensihoito, jonka järjestämisvastuu siirtyisi yliopistosairaalaan ylläpitäville viidelle maakunnalle. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi kuntien tehtäväksi, minkä lisäksi maakuntien pitäisi myös omassa toiminnassaan huolehtia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta. Yhteistyöalueeseen kuuluvat maakunnat laatisivat nelivuositain yhteistyösuunnitelman. Maakuntien toiminnassa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen erotettaisiin toisistaan. Palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustettaisiin julkisoikeudellinen maakunnan liikelaitos. Sen vastuulla olisi merkittävää julkista valtaa sisältävien palvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuottaminen.

Tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa monipuolistetaan siten, että maakunnan omilla sekä yksityisillä ja kolmannen sektorin palvelun tuottajilla on tasapuoliset toimintaedellytykset tuottaa kaikkia markkinoilla olevia palveluja. Samalla toteutetaan asiakaskeksinen palveluintegraatio. Siinä huolehditaan asiakkaiden palvelutarpeiden kokonaisarviointista ja tähän perustuen varmistetaan tarvittavien palvelujen joustava ja oikea-aikainen saatavuus ja toteutuminen. Maakunnat veloitettaisiin myös edistämään asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia.

Valtion mahdollisuutta ohjata maakuntien vastuulle kuuluvaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ehdotetaan samalla vahvistettavaksi. Valtioneuvosto vahvistaisi joka neljäs vuosi strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollolle. Maakuntien pitäisi ottaa tavoitteet huomioon omassa toiminnassaan ja myös yhteistyösopimusten valmistelussa. Valtioneuvosto voisi antaa maakuntia sitovia hallintopäätöksiä palvelurakenteesta, laajakantoisista ja merkittävistä investoinneista sekä tietohallinto- ja tietojärjestelmäpalvelujen toteuttamisesta. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö neuvottelee vuosittain maakuntien kanssa niiden järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon toteutumisen.

Maakuntien toiminta rahoitetaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi palvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla. Rahoituksesta säädettäisiin maakunnan rahoituslailla. Rahoitus määräytyisi laskennallisesti osin maakunnan asukasluvun ja osin palvelujen tarpeen ja olosuhdetekijöiden perusteella. Valtion rahoitus olisi maakunnille yleiskatteellista.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa oleva henkilöstö siirtyy ehdotuksen mukaan maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti. Sairaanhoidopiirien ja kehitysvammaisten erityishuoltopiirien kuntayhtymät ja maakuntien liitot sekä niiden omaisuus, vastuut ja veloitteet siirtyvät maakunnille. Lisäksi kunnista siirtyisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämiseen liittyvä irtain omaisuus.

Ehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden erikseen säädettävien palvelujen ja tehtävien järjestämisvastuu siirtyisi maakunnille vuoden 2019 alusta lukien.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset

Voimassa olevat säännökset

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksistä säädetään vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa ja terveydenhuoltolaissa. Kunnassa tulee vuoden 1982 sosiaalihuoltolain mukaan olla sosiaalihuollon ammatillista henkilöstöä sosiaalihuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Jokaisen kunnan käytettävissä tulee olla sellaisen asiakastyöhön osallistuvan viranhaltijan palveluja, jolla on sosiaalityöntekijän ammatillinen kelpoisuus. Uuden sosiaalihuoltolain 41 § mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista.

Vastaavasti terveydenhuoltolaissa säädetään, että kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten. Terveydenhuoltolaissa edellytetään myös, että toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä. Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on lisäksi vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Oikeudesta toimia sosiaalihuollon ammattihenkilönä säädetään laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä (817/2015), jossa on säännökset sosiaalihuollon keskeisten ammattiryhmien ammatinharjoittamisoikeuden myöntämisestä, ammatinharjoittamisoikeuden rekisteröinnistä, ammattihenkilöiden ohjauksesta ja valvonnasta sekä valvontaviranomaisten tehtävistä ja työnjaosta. Oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994). Mainitut lait sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä koskevat sekä julkista että yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 11 §:n mukaan sosiaalihuollon toimintoja varten kunnalla on oltava riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. Vastaavasti terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on terveydenhuoltolain 4 §:n mukaan oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet.

Yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytyksiä koskevat vaatimukset sisältyvät yksityisistä sosiaalipalveluista annettuun lakiin (922/2011) ja yksityisestä terveydenhuollosta annettuun lakiin (152/1990). Yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain 4 §:n mukaan toimintayksikössä tulee olla riittävät ja asianmukaiset toimitilat ja varusteet sekä toiminnan edellyttämä henkilöstö. Toimitilojen tulee olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle sopivat. Henkilöstön lukumäärän tulee olla riittävä palvelujen tarpeeseen ja asiakkaiden lukumäärään nähden. Lain 5 §:n mukaan toimintayksiköllä tulee olla vastuhenkilö, joka vastaa siitä, että toimintayksikössä toteutettavat palvelut täyttävät niille asetetut vaatimukset.

Yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain 3 §:n mukaan terveydenhuollon palveluja annettaessa on oltava asianmukaiset tilat ja laitteet. Lisäksi palvelujen tuottajalla tulee olla toiminnan edellyttämä, asianmukaisen koulutuksen saanut henkilökunta. Toiminnan on oltava lääketieteellisesti asian-

mukaista ja siinä tulee ottaa huomioon potilasturvallisuus. Lain 5 §:n mukaan palvelujen tuottajalla tulee olla lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja.

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista koskevan lainsäädännön uudistus

Sosiaali- ja terveysministeriössä on valmisteltu hallituksen esitysluonnos laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta, jossa yhdistettäisiin yksityisiä ja julkisia sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamista ja palvelun tuottajia koskeva lainsäädäntö samaan lakiin. Lailla kumottaisiin voimassa oleva yksityisistä sosiaalitalveluista annettu laki ja yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvia sosiaali- ja terveystalveluja sekä yksityisiä sosiaali- ja terveystalveluja. Palvelun tuottajalla tarkoitettaisiin ehdotetun maakuntalain mukaista maakunnan liikelaitosta, yksityistä henkilöä sekä yhtiötä, osuuskuntaa, yhdistystä, säätiötä ja muuta yhteisöä, joka tuottaa laissa tarkoitettuja sosiaali- ja terveystalveluja.

Aluehallintovirastot ja Valvira ylläpitäisivät yhdessä palvelun tuottajien rekisteriä rekisteröinti-, valvonta ja tilastointitehtäviä varten. Kaikki sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajat ja palvelut sisältyisivät samaan rekisteriin. Nykyisistä lupa- ja ilmoitusmenettelyistä olisi tarkoitus luopua ja säätää jatkossa kaikkia palvelun tuottajia koskevasta rekisteröintimenettelystä niiden oikeudellisesta muodosta riippumatta. Palvelua tuottava taho rekisteröitäisiin ensin ja tämä antaisi yleisen kelpoisuuden toimia yksityisenä palvelun tuottajana. Palvelun tuottaja ilmoittaisi tietyt perustiedot, kuten nimen ja yhteystiedot, ja muut tarvittavat tiedot viranomaiselle saisi viran puolesta ja maksutta muilta viranomaisilta. Palvelun tuottajan rekisteröinti ei siis olisi sidottu tuotettaviin palveluihin, vaan antaisi lähtökohtaisen kelpoisuuden tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Erikseen säädettäisiin, että silloin kun palveluyksikön toiminta sitä sen laatuun tai laajuuteen nähden edellyttää, viranomaiselle voisi ennen palveluyksikön rekisteröintiä selvittää tarkemmin toimintaedellytysten täyttymisen eli pyytää tarkempia tietoja palvelun tuottajalta tai toteuttaa ennakkotarkastuksen palveluyksikössä. Rekisteriviranomaiselle olisi tehtävä päätös palvelun tuottajan rekisteröimisestä, palveluyksikön rekisteröimisestä sekä sen muutoksesta tai hylkäämisestä.

Ehdotettavassa laissa säädettäisiin, että sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttamisessa käytettävien toimitilojen ja välineiden on oltava riittävät ja asianmukaiset. Toimitilan ja toiminnan olisi oltava terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan annettavalle hoidolle, kasvatukselle ja muulle huolenpidolle tai tutkimukselle sopiva ja turvallinen. Toimitilojen olisi tuettava asiakkaiden ja potilaiden sosiaalista vuorovaikutusta. Toimitilojen, toimintaympäristön ja välineiden suunnittelussa ja käytössä olisi otettava huomioon esteettömyys sekä asiakkaiden ja potilaiden yksilölliset tarpeet ja yksityisyyden suoja.

Sosiaali- ja terveystalvelun toteuttamisessa olisi ehdotuksen mukaan oltava palvelun tuottajan toiminnan edellyttämä henkilöstö. Henkilöstön määrän olisi oltava riittävä asiakkaiden ja potilaiden palvelujen tarpeeseen ja lukumäärään nähden. Henkilöstön määrää arvioitaessa olisi otettava huomioon asiakkaiden ja potilaiden hoivan ja hoidon tarve ja siinä tapahtuvat muutokset. Henkilöstöllä olisi oltava palvelun tuottajan toiminnan edellyttämä, asianmukainen koulutus.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Väestön hyvinvoinnin turvaaminen on kirjattu perustuslain 19 §:ään, jonka mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä ja tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on määritelmänsä mukaisesti yksilöön, perheisiin, yhteisöihin, väestöön, elinoloihin ja elinympäristöön sekä palvelujen järjestämiseen kohdentuvaa toimintaa, jonka avulla parannetaan väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä vähennetään eroja väestöryhmien välillä (mm. STM Raportteja ja muistioita 2012:17). Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kattaa sairauksien, tapaturmien, syrjäytymisen ja muiden sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisyn sekä työ- ja toimintakyvyn parantamisen ja yhteisöllisyyden, osallisuuden ja turvallisuuden parantamisen. Kunnassa hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on eri toimialojen ja kunnassa ja alueella toimivien muiden organisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista hyvinvointia ja terveyttä edistävään työhön ja väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveysterojen kaventamiseen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin velvoite edistää väestön terveyttä viittaa yhtäältä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen julkisen vallan eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Hyvinvoinnin edistäminen kuuluu kunnan kaikille toimialoille ja edellyttää kunnissa toimivia rakenteita ja käytäntöjä sekä poikkihallinnollista yhteistyötä. Sosiaalihuoltoon kuuluvaa hyvinvoinnin edistämistä ovat eri toimijoiden tarjoaman tuen koordinointi, neuvonta, ohjaus ja muut matalan kynnyksen palvelut, rakenteellinen sosiaalityö sekä edellytykset sosiaalista hyvinvointia edistävälle toiminnalle. Lisäksi sosiaalitoimen tulee osallistua hyvinvointivaikutusten huomioon ottamiseen sekä kunnan asukkaiden vaikutusmahdollisuuksien edistämiseen. Edistävän ja tukevan toiminnan lisäksi hyvinvoinnin edistämällä tarkoitetaan myös hyvinvointiin kielteisesti vaikuttavien tekijöiden ja ilmiöiden ehkäisemistä ja torjuntaa. Erityistä huomiota tulee kiinnittää köyhyyden ja syrjäytymisen torjumiseen.

Kuntalain 1 § velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja alueensa elinvoimaa sekä järjestää palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestävällä tavalla. Lisäksi lain 37 § velvoittaa kuntia laatimaan kuntastrategian, jossa on otettu huomioon kuntien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kuntia ja kuntayhtymiä terveys- ja hyvinvointivaikutusten ennakoarviointiin päätöksenteossa ja ratkaisujen valmistelussa. Kuntien tulee lain 12 §:n mukaan seurata asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin, ja tätä varten on valmisteltava hyvinvointikertomus ja määriteltävä seurannan indikaattorit. Myös terveyden ja hyvinvoinnin vastuutahot kunnassa tulee määritellä. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä on velvoitettu tarjoamaan asiantuntemusta ja tukea terveyden toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden edistämiseen alueellisesti (36 §). Terveyden edistämisen toteutuksesta tulee sopia sairaanhoidopiiriin kuuluvien kuntien yhdessä laatimassa järjestämissuunnitelmassa.

Sosiaalisen turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämisestä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Uuden sosiaalihuoltolain 8 ja 9 §:n mukaan kunnallisten viranomaisten on seurattava ja edistettävä erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden ja lasten ja nuorten hyvinvointia, sekä poistettava epäkohtia ja eh-

käistävä niiden syntymistä. Sosiaaliset näkökohdat on otettava huomioon kunnan eri toiminnoissa, kuten terveydenhuollossa, koulutoimissa, maankäytössä ja rakentamisessa, asumisen järjestämisessä, työllistämässä, kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa sekä liikenne- ja muiden palvelujen järjestämisessä. Kuntien on sosiaalihuoltolain 7 §:n mukaan huolehdittava rakenteellisella sosiaalityöllä sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittämisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu: 1) sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista; 2) tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi; 3) sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittäen.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevia säännöksiä on myös nuorisolaissa (72/2006), alkoholilaissa (1143/1994), tupakkalaissa (549/2016) ja asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) sekä työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämistä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityislaeissa, kuten lastensuojelulaissa (417/2007), vammaispalvelulaissa (380/1987), vanhuspalvelulaissa (980/2012), . päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990).

Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja siihen sisältyvä eriarvoisuuden vähentäminen, osallisuuden vahvistaminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ovat kunnan perustehtäviä. Kuntalain, sosiaalihuoltolain ja terveydenhuoltolain mukaan tehtävä kuuluu kunnassa kaikille hallinnonaloille, osana kunkin hallinnonalan omia perustehtäviä. Tehtävät sovitetaan yhteen kuntastrategiassa ja niiden toimeenpanosta ja rahoituksesta päätetään toiminnan ja talouden suunnitelmassa. Kuntien ja kuntayhtymien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen pitkäjänteinen työ tarvitsee kunnassa pysyvät, hallinnonalat ylittävät yhteistyö- ja toimeenpanorakenteet. Ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuuluu kuntajohdolle. Hallinnonalat ylittävää operatiivista johtamista, asioiden valmistelua ja toimeenpanoa varten on suositeltu, että kunnat nimeävät eri toimialojen johtohenkilöistä koostuvan hyvinvointityöryhmän, jonka puheenjohtaja on kunnan johtoryhmän jäsen. Hyvinvointityöryhmän alaisuudessa sisältökysymysten valmistelussa ja toimeenpanossa toimii sisällöllisiä työryhmiä tai asiat valmistellaan sillä toimialalla, joka pääasiassa vastaa näistä asioista. Toiminnan ja talouden suunnittelua, johtamista, seurantaa ja raportointia varten on kehitetty kuntajohdon työkaluksi sähköinen hyvinvointikertomus, joka toimii kunnassa johtamisen ja ohjauksen välineenä, myöhemmin myös kansallisen ohjauksen välineenä.

Hyvinvointia ja terveyttä edistävän työn kansallinen ohjaus on lainsäädännön ohella painottunut informaatio-ohjaukseen, johon ohjelmaohjauksen lisäksi luetaan kuntien kanssa tehtävä käytäntöjen, toimintamallien ja menetelmien kehittäminen, koulutus ja tutkimustiedon levittäminen viestintäkeinoilla. Viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla olevia kansallisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen monialaisia yhteistyöohjelmia on ollut runsaasti, esimerkiksi Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (2001—2015), Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2008—2011), Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008—2011) sekä Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, Kaste (2008—2011, 2012—2015), jossa yhtenä läpikulkevana tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Näiden lisäksi kansallisia ohjausinstrumentteja ovat olleet laatusuositukset, valtioneuvoston periaatepäätökset, oppaat sekä teemakohtaiset ohjelmat. Ohjelmaohjaukselta on kritisoitu ohjelmien runsaslukuisuudesta ja siitä, ettei ohjelmia

tunnetta kunnissa. Ohjelmien tavoitteet ovat kuitenkin sisältyneet melko hyvin kuntien tekemiin suunnitelmiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittänyt hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tietopohjaa, käytäntöjä, menetelmiä ja työvälineitä yhdessä kuntien ja alueiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuutta kunnissa toimialakohtaisilla terveyden edistämisen aktiivisuutta kuvaavilla kuntakyselyillä. Lisäksi aluehallintovirastot ja valtakunnallisesti Valvira, ympäristöterveydenhuollossa myös Evira ja Tukes, seuraavat ja ohjaavat kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa.

Sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluja järjestetään tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Uuden sosiaalihuoltolain 11 §:ssä määritellään ne tuen tarpeet, joiden perusteella sosiaalipalveluja ja muuta sosiaalihuoltoa järjestetään. Tarvetta vastaavan tuen tulee perustua henkilön omien kykyjen ja voimavarojen tunnistamiseen ja mahdollistaa henkilön mahdollisimman itsenäinen ja omaehtoinen toiminta.

Sosiaalihuoltolain 14 §:ssä on määritelty, mitä palveluja kunnallisina sosiaalipalveluina on järjestettävä asiakkaiden tuen tarpeisiin vastaamiseksi. Näitä ovat esimerkiksi sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, kotipalvelu ja asumispalvelut. Tuen tarpeisiin voidaan vastata sosiaalihuoltolaissa määriteltyjen palvelujen lisäksi muissa laeissa säädetyillä sosiaalipalveluilla. Kunnalla on myös mahdollisuus järjestää muita asiakkaan tuen tarpeisiin vastaavia, hyvinvoinnille välttämättömiä palveluja. Suurin osa sosiaalihuoltolain mukaisista sosiaalipalveluista on ns. määrärahasidonnaisia palveluja, joiden myöntämisessä kunta voi käyttää harkintaa. Myös näiden palvelujen myöntämisen pitää kuitenkin aina perustua yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin. Palveluja järjestettäessä on ensisijaisesti otettava huomioon, mitä sosiaalihuoltolain 12 ja 13 §:ssä säädetään välttämättömän huolenpidon ja toimeentulon sekä lapsen terveyden ja kehityksen turvaamisesta. Lisäksi laissa on säädetty palvelukohtaisia oikeuksia tiettyjen palvelujen saamiseen.

Sosiaalityötä tehdään myös osana muita erityislainsäädännössä määriteltyjä palveluja kuten esimerkiksi lastensuojelu, vammaispalvelut ja iäkkäiden henkilöiden palvelut. Lastensuojelua on lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu, jota toteutetaan silloin kun lapsi ja perhe ovat lastensuojelun asiakkaina. Lastensuojelun lisäksi kunnan tulee järjestää lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ehkäisevää lastensuojelua, kun lapsi tai perhe ei ole lastensuojelun asiakkaana.

Vammaisten henkilöiden tarvitsemat sosiaalipalvelut järjestetään ensisijaisesti osana yleistä palvelujärjestelmää sosiaalihuoltolain mukaisesti. Jos vammaisen henkilö ei saa riittäviä ja hänelle sopivia palveluja tai etuuksia sosiaalihuoltolain tai muun lain nojalla, hänen tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet järjestetään vammaispalvelulain ja sitä täydentävän vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun asetuksen (759/1987, vammaispalveluasetus) mukaisesti. Kehitysvammalain mukainen erityishuolto kuuluu lain 1 §:ssä rajatulle asiakasryhmälle eli henkilöille, joiden kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi. Erityishuollon palvelut on lueteltu kehitysvammalain 2 §:ssä. Niitä ovat muun muassa työtoiminnan ja asumisen järjestäminen sekä terveydenhuolto. Erityishuoltoon kuuluvista kuljetuksista säädetään 39 §:ssä. Vammaislainsäädännön uudistamistyö on parhaillaan meneillään. Tarkoituksena on, että uusi laki tulisi voimaan yhtä aikaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain kanssa vuoden 2019 alussa.

Iäkkäiden henkilöiden palveluita koskee vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012, vanhuspalvelulaki). Sosiaalihuoltolakiin taas on sisällytetty iäkkäiden palvelujen saantia edistävä ja turvaava subjektiivinen oikeus palvelutarpeen arviointiin. Terveystalvveluolain 20 § säätelee iäkkäiden neuvontalvveluja.

Sosiaalipäivystyksellä tarkoitetaan välttämättömien ja kiireellisten sosiaali palvelujen ja muiden tukitoimien järjestämistä siten, että henkilön tarvitsema välitön turva ja huolenpito voidaan antaa erilaisissa sosiaalisissa hätä- ja kriisitilanteissa vuorokaudenajasta riippumatta. Sosiaali päivystyksen järjestämisestä säädetään sosiaali huoltolain 29 §:ssä. Velvoitteita ympärivuorokautisen sosiaali päivystyksen järjestämiseen sisältyy myös useisiin muihin voimassa oleviin säännöksiin.

Terveystalvveluhoito ja terveystalvvelut

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveystalvvelukeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Näistä terveystalvvelukeskus on ainoa kaikille avoin palvelukanava. Terveystalvvelukeskusten palveluihin kuuluvat lääkärivastaanoton lisäksi esimerkiksi sairaanhoitajan vastaanotto, terveystalvveluneuvonta, neuvolalvvelut, suun terveystalvveluhoollon palvelut sekä päivystys. Perusterveydenhuoltoon kuuluvat myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut, jotka järjestetään kouluissa ja oppilaitoksissa. Palveluiden lisäksi terveystalvvelukeskuksissa seurataan ja edistetään väestön terveystalvvelyä. Terveystalvvelukeskusten toiminnasta säädetään terveystalvveluhoollolaissa ja terveystalvvelukeskusten toiminnan järjestämisestä säädetään kansanterveystalvveluissa. Perusterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoitolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalujen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveystalvveluhoollon palveluja. Erikoissairaanhoitollon palveluja annetaan sairaaloissa. Vaativimmista hoidoista vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Yksityiset sairaalat täydentävät julkisia palveluita muun muassa tarjoamalla päiväkirurgisia leikkauksia. Sairaaloiden toiminnasta säädetään terveystalvveluhoollolaissa, ja sairaaloiden toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoitolaissa. Erikoissairaanhoitollon järjestämis- ja rahoitusvastuu ovat pääsääntöisesti kunnalla.

Päivystys

Päivystyksessä annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellillä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Ympäri vuorokautinen päivystys järjestetään suurten terveystalvvelukeskusten ja sairaaloiden yhteydessä. Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään terveystalvveluhoollolaissa sekä päivystysasetuksessa (782/2014).

Työterveyshuolto

Työterveyshuoltolain (1383/2001) ja Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten perusteella työnantajan velvollisuutena on järjestää kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen sairaanhoito- tai muita terveydenhuollon palveluita.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut itse tai yhdessä muiden työnantajien kanssa tai ostaa ne terveyskeskuksesta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Työnantaja valitsee työterveyshuollon palveluntuottajan eikä työntekijällä itsellään ole oikeutta valita palveluntuottajaa.

Työterveyshuollon järjestämisen kustannuksista työnantajalla on oikeus työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään sidottuun korvaukseen, joka rahoitetaan sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta.

Palveluintegraation toteutuminen

Asiakaskeskeisyyden periaatteen mukaisesti integraatiota on tarpeen tarkastella erityisesti palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Palveluintegraatiolla palveluprosesseista muodostetaan sujuvia kokonaisuuksia. Integraatio tarkoittaa, että asiakkaan saama palvelu on eheä ja saumattomasti toteutettu kokonaisuus, jossa erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon keinoja ja osaamisia joustavasti yhdistetään asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamiseksi mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Ihmisen näkökulmasta palvelu on tällöin oikea-aikaista ja siinä yhdistetään eri osaamisia ja palveluvalikoiman keinoja oikealla tavalla vaikuttavaksi kokonaisuudeksi ja ihminen pulmineen kohdataan yksilönä ja kokonaisuutena. Sujuvien kokonaisuuksien myötä asiakas ei joudu tai koe joutuvansa pompottelun kohteeksi.

Tällä hetkellä asiakas voi saada kunnan, kansanterveystyön kuntayhtymän tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä perusterveydenhuollon palveluita, kunnan tai yhteistoiminta-alueen järjestämiä sosiaalihuollon palveluita, kuntayhtymän tuottamia erikoissairaanhoidon palveluita tai vammaispalveluita, palvelusetelillä tuotettavia palveluita, työterveyshuollon palveluita, Kelan korvaamia terveyspalveluita, asiakkaan kokonaan itse maksamia palveluita ja asiakkaan itse toteuttamia asioita (omahoito). Asiakasryhmätasolla sairaanhoitopiirit ovat laatineet diagnoosilähtöisiä hoitoketjuja. Jonkin verran on myös laadittu sosiaalihuollon palveluketjuja. Yksittäisen asiakkaan kohdalla on laadittu terveydenhuollon hoitosuunnitelmia ja sosiaalihuollon palvelusuunnitelmia sekä lukuisia muita sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännön mukaisia suunnitelmia. Asiakkaan näkökulmasta palvelut eivät muodosta selkeää kokonaisuutta eikä palveluintegraatio toteudu. Erityisesti tilanteesta kärsivät paljon eri palveluita käyttävät asiakkaat. Käytännössä lähes kaikki tarvitsevat jossain elämänsä vaiheessa integroituja palveluita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat

Perusterveydenhuollon asiakkaat

Vuonna 2014 terveyskeskuksen eri palveluja käytti noin 3,7 miljoonaa eri asiakasta. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon palveluja (lääkäri- ja hoitajavastaanotot) käytti 2 750 000 asiakasta. Lapset käyttivät eniten neuvolapalveluja, työikäisen väestön käynnit kohdistuvat avosairaanhoitoon,

työterveyshuoltoon ja äitiysneuvolapalveluihin, ja vanhimmissa ikäryhmissä kotisairaanhoido oli merkittävin palvelumuoto.

Terveyskeskukset antoivat palveluja käytännössä jokaiselle maamme 0–6-vuotiaalle. 7–14 vuotiaistakin vain hyvin pieni osa oli sellaisia, joilla vuoden aikana ei ollut lainkaan kontaktia terveyskeskuksen palveluihin. Lääkäripalvelujenkin käyttö oli kattavinta alle vuoden ikäisillä. Myös 1–6-vuotiaista lapsista yli 70 prosenttia oli vuoden aikana käynyt lääkärin vastaanotolla. Lääkäripalveluja oli vielä 7–14-vuotiaistakin käyttänyt vajaat 60 prosenttia. Viidennes tästä ikäluokasta oli käynyt yksityissektorilla.

Työikäisistä (25–64-vuotiaat) noin 40 prosenttia käytti terveyskeskuspalveluja. 25–64-vuotiaat ovat usein asiakkaina muualla kuin terveyskeskuksissa. Työnantajat tarjosivat sairaanhoidopalveluja osana 1,7 miljoonan henkilön työterveyshuoltoa. Siitä, kuinka moni heistä vuoden aikana käytti työterveyshuollon palveluja, ei ole tilastotietoa.

Ikäryhmässä 65–74-vuotiaat oli terveyskeskuspalvelujen käyttäjiä hiukan yli 60 prosenttia, ja 85 vuotta täyttäneistä käyttäjiä oli 85 prosenttia. Yli kolmannes käytti Kelan korvaamia yksityislääkäripalveluja vielä 85 vuotta täytettyään. Sitä nuorempien, 75–84-vuotiaiden vastaava luku oli peräti 44 prosenttia.

Terveyskeskusten vuodeosastohoidossa oli vuonna 2014 yhteensä noin 143 300 potilasta. Potilaiden keskimääräinen ikä oli 77 vuotta.

Terveyskeskusten järjestämää suun terveydenhuoltoa sai vuoden 2014 aikana 1 825 652 asiakasta. Noin kaksi kolmasosaa heistä oli alaikäisiä. Yli 85-vuotiaista enää alle 20 prosenttia kävi suun terveydenhuollossa terveyskeskuksessa. Kelan tilastojen mukaan yli 85-vuotiaista hiukan yli 20 prosenttia oli yksityisten hammaslääkärin asiakkaita. Koko väestöstä yli kolmannes sai yksityisiä hammaslääkäripalveluja.

Erikoissairaanhoidon asiakkaat

Erikoissairaanhoidossa hoidettiin 1,8 miljoonaa eri potilasta (ilman psykiatrian palveluja). Vuodeosastolla hoidettiin 640 000 potilasta. Erikoissairaanhoidon avopalveluissa kävi 1,7 miljoonaa eri potilasta. Kaikki ikäluokat käyttivät erikoissairaanhoidoa melko tasaisesti. Erikoissairaanhoidoa tarvitsevat elämänsä aikana käytännössä kaikki, ja vajaa kolmannes väestöstä on sen asiakkaana vuoden kuluessa. Tilanne on pysynyt vuosien saatossa vakaana. Noin 40 prosenttia asiakkaista saapuu sairaaloiden vuodeosastohoitoon päivystyksen kautta.

Suomessa tuhannesta asukkaasta 30 on vuoden aikana saanut psykiatrian erikoisalan palveluja. Vuonna 2014 psykiatrisessa vuodeosastohoidossa oli 25 552 potilasta. Psykiatrisessa avohoidossa oli 160 615 potilasta ja käynnejä oli 1,9 miljoonaa. Vuodeosastohoidon hoitajaksoja oli keskimäärin 1,5 ja avohoidon käynnejä 11,6 potilasta kohti. Suurin osa psykiatrisen vuodeosastohoidon potilaista oli työikäisiä. Vuonna 2014 työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus oli 78 prosenttia. Yli 65-vuotiaita oli 15 prosenttia ja 0–14-vuotiaita 7 prosenttia kaikista vuodeosastohoidon potilaista.

Ikääntyneiden palveluja saavat asiakkaat

Vuoden 2014 lopussa ikääntyneiden palveluita sai 11 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä, 22 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ja 44 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä. Näihin palveluihin luetaan säännölli-

nen kotihoito, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkotihoito ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoito. Kokonaisasiakasmäärä oli vuoden 2014 lopussa suurempi kuin 2000-luvun alussa, mutta palveluja käytti pienempi osuus ikääntyneistä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli vuoden 2015 marraskuussa kaikkiaan 73 300. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista 56 500 oli 75 vuotta täyttäneitä. Tämä oli 11,8 prosenttia koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Asiakkaista alle 65-vuotiaita oli 6 401. Kotihoidon asiakkaiden osuus on vuodesta 2000 jälkeen vaihdellut tasaisesti 11–12 prosentin välillä ikääntyneistä.

Laitos- ja asumispalvelujen 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli vuonna 2014 noin 57 000. Tässä ikäryhmässä ympärivuorokautisen palveluasumisen eli tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä oli 37 130, ja tavallisen palveluasumisen asiakkaita 4 698. Vanhainkotihoitossa oli 11 159 asiakasta, ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa 2920.

Muiden sosiaalihuollon palvelujen asiakkaat

Toimeentulotuen asiakas on yleisin sosiaalihuollon palvelujen asiakas. Vuonna 2014 asiakkaita oli noin 390 000 henkilöä, eli 7 prosenttia väestöstä. Tämä koski 250 000 kotitaloutta. Perustoimeentulotukea sai 233 639 ja täydentävää toimeentulotukea 102 342 kotitaloutta. Vuonna 2014 toimeentulotukea saavien väestöosuus oli suurin nuorilla aikuisilla. Lainmukaisten määräaikojen noudattaminen toimeentulotukihakemusten käsittelyssä on vakiintunut niin, että vain noin 3 prosentissa tapauksista lakisääteiset käsittelyajat ylittyivät.

Vuonna 2014 lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli 90 269 lasta ja nuorta. Huostassa oli 10 675 lasta vuonna 2014. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli kaikkiaan 17 958 lasta ja nuorta. Kiireellisesti sijoitettiin 3 773 lasta. Lastensuojeluilmoitus tehtiin 63 707 lapsesta. Lastensuojeluasiaina vireillä olleiden palvelutarpeen arvioinnin käsittely alkoi 98 prosenttisesti (39 459 kappaletta) lakisääteisen seitsemän arkipäivän kuluessa.

Kasvatus- ja perheneuvolan asiakkaaksi saattoi pääsääntöisesti hakeutua itse ilman lähetettä tai maksusitoumusta. Kasvatus- ja perheneuvolapalveluja oli kunnissa joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluna tai kokonaan erillisenä palveluna. Asiakkaita oli 48 500. Heistä 41 prosenttia oli kouluikäisiä. Aikuisia, 22 vuotta täyttäneitä, oli 35 prosenttia asiakkaista. Alle kouluikäisiä oli 19 prosenttia asiakkaista ja 16–21-vuotiaita 5 prosenttia.

Vuonna 2014 päihdehuollon avopalveluissa oli 8,5 asiakasta tuhatta asukasta kohden. A-klinikoilla kävi 41 133 asiakasta ja nuorisosemilla 5 423 asiakasta. Kuntien kustantamissa päihdehuollon katkaisuhuoltopalveluissa asioi 11 675 asiakasta. Kuntouttavan päihdehoidon laitiasiakkaita oli 5 015. Päihdehuollon asumispalveluja käytti 4 008 asiakasta ja ensisuoja 2 228 asiakasta. Huumeiden käyttäjien matalan kynnyksen terveysneuvontapisteissä asioi 14 300 asiakasta vuonna 2014. Opioidiriippuvaisten korvaushoidossa oli 2 400 asiakasta. Päihdehuollon huumeiasiakkaat olivat pääosin miehiä (67 prosenttia) ja valtaosin 20–39-vuotiaita (79 prosenttia). Asunnottomia heistä oli 9 prosenttia.

Kuljetuspalvelu on asiakasmäärältään suurin vammaispalvelulain mukainen palvelu. Vuonna 2013 kuljetuspalvelua sai noin 101 800 asiakasta. Henkilökohtaisen avun asiakkaita oli vuonna 2013 noin 15 000. Henkilökohtaisen avun yleisin järjestämistapa oli henkilökohtainen avustaja -järjestelmä, jossa asiakas toimii henkilökohtaisen avustajan työnantajana. Vammaispalvelulain mukaista päivätoimintaa sai yhteensä noin 1 500 asiakasta.

Kehitysvammaisten laitoshoidossa oli vuoden 2014 lopussa noin 1 241 asiakasta. Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakasmäärä oli noin 7 145 henkilöä. Alle 65-vuotiaille tarkoitettua muuta palveluasumista sai vuoden lopussa 2 521 asiakasta. Asiakkaista 77 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa. Muu palveluasuminen tarkoittaa tässä ensisijaisesti vaikeavammaisille tarkoitettua palveluasumista.

Psykiatrian asumispalveluja sai vuoden 2014 lopussa 8 055 henkilöä. Asiakkaista 56 prosenttia sai ympärivuorokautista hoitoa.

Kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2013 arviolta 24 200 henkilöä, joista 5200 oli alle 25-vuotiaita. Sosiaalisia luottoja myönnettiin vuonna 2013 kaikkiaan 1 053 henkilölle.

Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet

Perustuslain itsemääräämisoikeuteen liittyvien perusoikeussäännösten lisäksi yksilön aseman ja kohtelun kannalta keskeisiä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jäljempänä potilaslaki ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki. Lait koskevat sekä julkista että yksityistä toimintaa.

Sosiaalihuollon asiakaslakia sovelletaan sosiaalihuollon kaikkiin palveluihin ja asiakasryhmiin ja niin julkisiin kuin yksityisiin palveluihin. Sosiaalihuollon asiakaslain mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Laissa on myös säännöksiä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu.

Asiakaslaki sääntelee myös tietojen antamista asiakkaalle. Lain mukaan sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen.

Jos asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan palvelujensa suunnitteluun taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja, on asiakkaan tahtoa säännösten mukaan selvitettävä yhdessä hänen laillisen edustajansa tai omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. Alaikäisen asiakkaan toivomukset ja mielipide on selvitettävä ja otettava huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon toimissa, jotka koskevat alaikäistä, on ensisijaisesti otettava huomioon alaikäisen etu.

Sosiaalihuollon järjestämisen tulee perustua viranomaisen tekemään päätökseen tai yksityistä sosiaalihuoltoa järjestettäessä sosiaalihuollon toteuttajan ja asiakkaan väliseen kirjalliseen sopimukseen. Laki velvoittaa laatimaan sosiaalihuollon asiakkaalle palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muun vastaavan suunnitelman, jollei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Potilaslaissa säädetään potilaan kohtelusta ja itsemääräämisoikeudesta terveydenhuollossa. Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat

terveydenhuollon käytettävissä. Itsemääräämisoikeutta koskevat potilaslain säännökset ilmentävät tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Potilaslaissa säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti. Hoitoon tulee tällöin saada potilaan laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Tämän henkilön tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon potilaan aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa.

Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumuksesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Alaikäisen potilaan mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Oikeuskirjallisuuden mukaan alaikäinen on kykenevä päättämään hoidostaan silloin, kun hänellä on asian laatuun nähden riittävä kypsyys, hänelle on annettu riittävä tieto eri hoitovaihtoehdoista ja niiden seurauksista, hän on harkinnut asiaa sen laatuun nähden huolellisesti ja hän on ilmaissut tahtonsa ilman pakkoa tai painostusta. Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa. Tällöinkin lasta on kuultava ja hänen mielipiteensä on otettava huomioon hänen kehitysasteensa ja asian laadun edellyttämällä tavalla. Alaikäisen huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei potilaslain 9 §:n 4 momentin mukaan ole oikeutta kieltää alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa.

Hoitoon pääsy

Hoitoon pääsystä ja hoidon saatavuudesta säädetään terveydenhuoltolaissa. Lain 47 §:n mukaan henkilö voi valita, mistä kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta.

Edelleen lain 48 §:n mukaan henkilö voi valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen terveysaseman palvelujen saamiseksi. Lain 49 §:n mukaan potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Lain 50 §:ssä säädetään kiireellisestä hoidosta. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä säädetään lain 51 §:ssä. Potilaan tulee voida saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Erikoissairaanhoitoon pääsystä säädetään lain 52 §:ssä. Sen mukaan sekä kiireellisen että lähetteen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolain 53 §:n mukaan aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön taikka perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavaan erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kuuden viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä alle 23-vuotiaille hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun

hoidon tarve on todettu, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellyttä.

Terveydenhuoltolain 55§:n mukaan kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot 51–53 §:n mukaisista odotusajoista neljän kuukauden välein.

Hoitoon pääsyä koskevien säännösten lisäksi Suomessa on ollut käytössä valtakunnalliset yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet vuodesta 2005 alkaen. Niiden tarkoitus on ollut vahvistaa hoitoon pääsyä samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Pääosa yhtenäisistä hoitoon pääsyn perusteista on käsitelty lähettämistä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Perusteita on täydennetty aika ajoin. Viimeisin sähköinen julkaisu on vuodelta 2010 (STM:n selvityksiä 2010:31). Perusteet eivät ole sisältäneet kiireellistä hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut työryhmän uudistamaan yhtenäisiä hoidon perusteita ja hoitoon pääsyä. Tarkoituksena on ensivaiheessa toteuttaa säädösmuutokset siten, että perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä joustavoitetaan ja mahdollistetaan hoitoon pääsy myös sähköisen hoidon tarpeen arvion ja sähköisen ajanvarauksen kautta. Hoidon saatavuus -alatyöryhmän kokoamasta muistiosta on tehty lausuntoyhteenveto.

Hoitoon pääsyä koskevat tilastot

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää tietoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoon pääsystä. THL:n vuoden 2015 lopussa julkaisemien perusterveydenhuollon tietojen mukaan lokakuussa 2015 lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa odotettiin vastaanotolle pääsyä yli kolme kuukautta. Lääkärin avosairaanhoidon kiireettömistä vastaanottokäynneistä 48 prosenttia toteutui viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Hoitajan kiireettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä. Saman tilaston mukaan perusterveydenhuollon hammaslääkärikäynneistä 58 prosenttia tapahtui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Yli kuusi kuukautta hoitoon pääsyä odotettiin noin viidessä prosentissa kaikista hammaslääkärikäyntitietonsa toimittaneista terveyskeskuksista. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Seitsemässä prosentissa käynneistä odotusaika oli yli 91 päivää.

Sosiaalihuollon palveluihin pääsy

Sosiaalihuollon palvelujen piiriin pääsystä säädetään sosiaalihuoltolaissa. Lain 33 §:ssä säädetään, että yleiset kunnalliset sosiaalipalvelut on toteutettava siten, että ne soveltuvat kaikille asiakkaille. Tarvittaessa avun ja tuen tarpeessa oleva ihminen on ohjattava erityispalvelujen piiriin. Palvelut on lähtökohtaisesti toteutettava siten, että niihin on mahdollista hakeutua oma-aloitteisesti riittävän aikaisessa vaiheessa.

Tiedot siitä, minkälaisia sosiaalipalveluja on mahdollista saada, miten niitä voi hakea ja mitkä ovat palvelujen saamisen perusteet, on julkaistava helposti saavutettavalla ja ymmärrettävällä tavalla.

Lain 29 §:ssä säädetään siitä, että sosiaalipäivystys on järjestettävä ympärivuorokautisesti kiireellisen ja välittömän avun turvaamiseksi. Sen mukaan päivystys on toteutettava siten, että palveluun voi saada yhteyden ympäri vuorokauden.

Lain 34 §:n mukaan sosiaalihuoltoasia tulee vireille hakemuksesta tai kun kunnan sosiaalityöntekijä on muutoin tehtävässään saanut tietää mahdollisesti sosiaalipalvelujen tarpeesta olevasta henkilöstä.

Oikeus sosiaalihuollon palveluihin perustuu lain 36 §:n mukaiseen palvelutarpeen arviointiin. Avun tarve on kiireellisissä tapauksissa arvioitava välittömästi. Arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhteydenotosta, jos henkilö on yli 75-vuotias tai henkilö saa vammaisuuksista annetun lain mukaista ylintä hoitotukea. Erityistä tukea tarvitsevan lapsen palvelutarpeen arviointi on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä asian vireille tulosta ja arvioinnin on valmistuttava viimeistään kolmen kuukauden kuluessa vireille tulosta.

Palvelutarpeen arviointia on täydennettävä asiakkaalle laadittavalla 39 §:n mukaisella asiakassuunnitelmalla, ellei sen laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Palvelutarpeen arvioinnissa todettuihin ja asiakassuunnitelmaan palvelutarpeisiin vastaavista palveluista on asiakkaalle tehtävä kirjallinen päätös siten kuin lain 45 §:ssä säädetään. Asian käsittelemisestä ja päätöksenteosta säädetään lisäksi hallintolaissa. Myös erityislainsäädännössä on palvelun saamiseen liittyviä säädöksiä. Esimerkiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 7 §:ssä säädetään palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta siten, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kun kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on myös järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti.

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa

Valinnanvapaus sosiaalihuollossa

Valinnanvapaudella tarkoitetaan sosiaali- tai terveydenhuollon asiakkaan oikeutta vaikuttaa siihen, missä häntä tai hänen asioitaan hoidetaan.

Sosiaalipalveluja järjestetään asiakkaan kanssa yhteistyössä tehdyn palvelutarpeen arvioinnin mukaisesti. Tuen tarpeet ja niihin vastaavat palvelut, jotka kunnan on järjestettävä, on määritelty sosiaalihuoltolaissa. Asiakkaan mahdollisuudesta osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen säädetään sosiaalihuollon asiakaslaisissa. Sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä tehdään hallintopäätös. Asiakasta on muun muassa kuultava ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä hallintolain ja sosiaalihuollon asiakaslain mukaisesti. Sosiaalihuoltolain keskeisenä periaatteena on, että sosiaalihuoltoon koskevia päätöksiä ja ratkaisuja tehtäessä ja sosiaalihuoltoon toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu.

Sosiaalihuoltolaissa ei ole säännöksiä asiakkaan oikeudesta valita sosiaalihuollon toteuttajaa. Asiakkaalla on oikeus kuitenkin osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toisaalta lailla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä on lisätty asiakkaan valinnan mahdollisuuksia. Palveluseteli on nykyisin käytössä iäkkäiden, vammaisten sekä lasten ja perheiden palveluissa sekä omaishoidossa. Valinnanvapaus on lähtökohtana myös vammaispalvelulain mukaisen henkilökohtaisen avun järjestämisessä etenkin työnantajamallissa (asiakas on työnantaja, joka palkkaa valitsemansa avustajan ja käyttää direktio-oikeutta siinä avussa, jota saa) sekä palvelusetelillä järjestetyssä henkilökohtaisessa avussa.

Sosiaalihuoltolain 60 §:ssä säädetään toisen kunnan sosiaalipalvelujen ja hoitopaikan hakemisesta. Se, joka haluaa muuttaa toisen kunnan asukkaaksi, mutta ei ikänsä, vammaisuutensa tai muun sel-

laisen syyn vuoksi kykene asumaan siellä itsenäisesti, voi hakea tämän kunnan sosiaalipalveluja ja hoitopaikkaa samoin perustein kuin jos olisi kunnan asukas. Kunnan tulee käsitellä hakemus, arvioida hakijan palvelutarve yhteistyössä tämän kotikunnan kanssa ja tehdä asiassa päätös.

Lisäksi kotitalousvähennystä koskevat säännökset mahdollistavat asiakkaalle tietynlaisen valinnanvapauden. Asiakkaalla on mahdollisuus saada verovähennys tietyistä sosiaalihuoltolaissa sosiaalipalveluiksi määritellyistä palveluista, lähinnä kotipalveluista ja niihin sisältyvistä tukipalveluista. Verovähennykseen oikeuttavia palveluja ovat kotitaloustyön väliaikaisesta verotuesta annetun lain (728/1997) mukaan muun muassa tavanomainen kotitaloustyö ja tavanomainen hoiva- ja hoitotyö.

Valinnanvapaus terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa valinnanvapaus koostuu kansallisesta valinnanvapaudesta ja valinnanvapaudesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa, jota sääntelevät EU-säännökset ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Valinnanvapauden sisältö vaihtelee riippuen siitä, onko kyse julkisesta terveydenhuollosta, sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavasta yksityisestä terveydenhuollosta vai rajat ylittävästä terveydenhuollosta.

Terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus koskee kiireettömän hoidon hoitopaikan valintaa. Kiireellistä hoitoa on annettava potilaalle hänen asuinkunnastaan riippumatta.

Potilas voi valita kaikista Suomen julkisista terveysasemista terveysaseman, joka vastaa hänen perusterveydenhuollon palveluistaan. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein. Jos henkilö oleskelee pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella esimerkiksi kesämökillä, hän voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalta vastuun hoitosuunnitelman mukaisen hoidon toteutumisesta säilyessä valitulla terveysasemalla. Näissä tilanteissa potilaalla on oikeus käyttää myös väliaikaisen asuinkuntansa mukaisia erikoissairaanhoidon palveluita hoitosuunnitelman mukaisen erikoissairaanhoidon toteuttamiseen .

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää kotisairaanhoitoa oman alueensa ulkopuolella. Lisäksi poikkeuksen maanlaajuisesta valinta-oikeudesta muodostavat koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä pitkäaikainen laitoshoido (terveydenhoitolaki 48.1 §). Lapsen ja nuoren edun mukaisesti on katsottu koulunkäynnin fyysisen paikan ja opiskeluhuollon muodostama kokonaisuus siten, ettei koulu- tai opiskeluterveydenhuolto eriydy valinnan mahdollisuuden kautta opiskeluhuollon kokonaisuudesta. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva henkilö voi puolestaan hakea hoitopaikkaa toisen kunnan alueelta sosiaalihuoltolain 60 §:n perusteella.

Kiireettömän erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon hoitopaikka valitaan yhdessä lähteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Valintamahdollisuus koskee koko maan kunnallisia erikoissairaanhoidon toimintayksiköitä. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa.

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa potilaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö hoitopaikan toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Julkista terveydenhuoltoa täydentävät sairausvakuutuslain perusteella sairaanhoitovakuutuksesta maksettavat yksityisen terveydenhuollon korvaukset, joita maksetaan lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista. Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestel-

mässä asiakas voi itse valita hoitopaikan ja terveydenhuollon ammattihenkilön. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että kyse on tarpeellisesta sairaanhoidosta. Tarpeellisena pidetään yleisesti hyväksytyyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa. Lisäksi edellytetään, että hoidon antaneella tai tutkimuksen tehneellä lääkäriellä tai hammaslääkäriellä tai sairausvakuutuslain mukaisella muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä. Yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksettavien sairaanhoitokorvausten korvaustaso on kuitenkin valtiontalouden säästöjen vuoksi laskenut niin alhaiseksi (keskimäärin 15 prosenttia), etteivät korvaukset enää aidosti mahdollista valinnanvapauden toteutumista, jos potilas ei ole valmis itse maksamaan suurinta osaa kustannuksista.

Rajat ylittävä terveydenhuolto

Terveyspalvelujen valinnanvapaus ulottuu myös Suomen rajojen ulkopuolelle. Sairaanhoidon saamista toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä ja kustannusten korvaamista säännellään EU-asetuksissa sosiaaliturvan koordinoinnista, potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa annetussa direktiivissä (potilasdirektiivi) sekä laissa rajat ylittävästä terveydenhuollosta (ns. rajalaki).

EU-lainsäädäntö turvaa oikeuden saada toisessa EU- tai ETA- maassa tai Sveitsissä lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa tilapäisen oleskelun aikana sekä oikeuden hakeutua varta vasten hoitoon. Kansallisen lainsäädännön perusteella määräytyvä korvaus ulkomailla annetusta hoidosta vaihtelee sen mukaan, onko kyse äkillisestä sairastumisesta vai hoitoon hakeutumisesta. Tilapäisen oleskelun aikana annetun lääketieteellisesti välttämättömän hoidon saa EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä kyseisen maan asiakasmaksuilla, jos käytössä on eurooppalainen sairausvakuutuskortti. Muussa tapauksessa hoito korvataan jälkikäteen joko kohdemaan lainsäädännön mukaisesti tai sen mukaan, mitä vastaavan hoidon antaminen olisi maksanut Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Jos toiseen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsiin hakeudutaan varta vasten hoitoa hakemaan, hoidon kustannuksista voi jälkikäteen saada Suomessa sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen.

Valinnanvapauden tietopohja ja kansalaisille tarjottava tieto

Valinnanvapauden toteuttamiseksi tarvittavaa tietoa ei ole nykyisin saatavissa yhteneväisesti esimerkiksi terveysaseman valinnassa. Jotta valinta olisi informoitu ja palvelisi asiakkaan tarpeita parhaiten, tulisi asiakkaan saatavilla olla palvelun tuottajaan liittyvät perustiedot, palvelun sijainti, palvelujen saatavuus, hoidon laatuun liittyvät arviot ja käyttäjien antama palaute palvelun toimivuudesta.

Palveluyksiköitä ja näiden tarjoamia palveluja koskevia tietoja on kerätty lukuisiin palveluhakemistoihin. Näitä on syntynyt muun muassa palveluseteliin liittyvien tietojärjestelmien rakentamisen yhteydessä, kuntien tai kuntayhtymien kehittämishankkeissa sekä kansallisessa kehittämisessä esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen palveluhakemiston ja palveluvaa'an yhteydessä. Esimerkiksi hoidon saatavuutta koskevia tietoja on julkaistu ainoastaan terveysasemien osalta julkisessa tietoverkossa yksittäisten kuntien toimesta. Kansalaisten on käytännössä hankalaa vertailla lähialueen terveysasemia. Laatuun ja saatavuuteen liittyvää tietoa on kerätty myös kansallisesti, mutta tietoa ei ole julkaistu vielä kattavasti. Tulevaisuuden kehittämissuunnitelmissa on hoidon saatavuutta ja jonotusaikoja koskevien tietojen julkaiseminen tarkemmalla tasolla osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämää palveluvaakaa.

Palveluseteli sosiaali- ja terveydenhuollossa

Palvelusetelistä säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä, jota sovelletaan kuntien järjestämiin sosiaali- ja terveystalouteihin.

Palveluseteli on yksi kuntien käytettävissä olevista palveluiden järjestämistavoista. Mikäli kunta järjestää palveluja palvelusetelillä, kunta osoittaa talousarviossa ja -suunnitelmassa voimavarat palvelusetelillä järjestettäviin palveluihin. Lisäksi kunta hyväksyy palvelusetelin toimintaperiaatteet kunnassa kuten, mihin palveluihin palveluseteliä käytetään, mikä on palvelusetelin arvo, missä laajuudessa ja mistä lukien palveluseteli otetaan käyttöön.

Kunta hyväksyy ne yksityiset palvelujen tuottajat, joiden palvelujen maksamiseen asiakas voi käyttää kunnan myöntämää palveluseteliä. Kunta voi joko hyväksyä kaikki hyväksymisedellytykset täyttävät palveluntuottajat tai rajoittaa palveluntuottajien määrää kilpailuttamalla palveluntuottajat julkisista hankinnoista annetun lain mukaisesti esimerkiksi laadullisilla perusteilla. Käytettäessä palveluseteliä palvelujen järjestämistapana ei kunnan ja palveluntuottajan välille muodostu sopimussuhdetta.

Asiakkaan palvelun saannin edellytysten arvioinnin yhteistyössä asiakkaan kanssa suorittaa kunta, joka tekee myös päätöksen palvelun järjestämisestä. Palvelun järjestäminen perustuu sosiaalihuollossa hallintopäätökseen ja terveydenhuollossa hoitopäätökseen. Asiakkaalle voidaan myöntää palveluseteli palveluissa, joissa se on käytössä. Palvelusetelin saatuaan asiakkaalla on oikeus palveluntuottajan valintaan kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta.

Kunnan tulee määrätä palvelusetelin arvo siten, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. Palvelusetelin arvo voi olla tasasuuruinen tai se voi olla riippuvainen asiakkaan tuloista. Tulosidonnaisen palvelusetelin arvosta on annettava päätös asiakkaalle. Ellei kyseessä ole asiakkaalle asiakasmaksulain mukaan maksuton palvelu, asiakas maksaa palvelusetelillä saamastaan palvelusta omavastuuosuuden, eli palvelun hinnan ja palvelusetelin arvon erotuksen.

Asiakas voi kieltäytyä hänelle myönnetystä palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet muulla tavoin järjestettävien palvelujen piiriin. Asiakkaalla ei ole oikeutta vaatia palvelua järjestettäväksi palvelusetelillä.

Palvelusetelin saanut asiakas tekee palveluntuottajan kanssa sopimuksen palvelun antamisesta. Tätä sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

Kuntaliiton kysely palvelusetelin käytöstä

Suomen Kuntaliitto teki keväällä 2015 kyselyn palvelusetelin käytöstä sosiaali- ja terveystalouteissa ja päivähoitossa (Selvitys palvelusetelien käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalouteissa sekä päivähoitossa - tilanne vuoden 2015 toukokuussa). Kyselyyn vastasi yhteensä 167 kuntaa ja yhteistyöaluetta, joihin sisältyi yhteensä 230 kuntaa. Tämä kattaa 76 prosenttia kaikista kunnista ja 89 prosenttia Manner-Suomen väestöstä. Vastaajista kolmella neljäsosalla oli käytössään palveluseteli.

Sosiaalipalvelujen osalta palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotipalvelussa, omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa, kotipalveluiden tukipalveluissa sekä sosiaalihuoltolain mukaisessa tehostetussa palveluasumisessa. Palveluseleiden määrää suunniteltiin laajennettavan eniten juuri sosiaalipalveluissa. Terveystieteiden osalta eniten palveluseleitä oli käytössä perusterveydenhuollossa. Siellä palveluseteliä käytettiin yleisimmin kotisairaanhoidon palveluissa, terapiapalveluissa, lääkärin vastaanotto toiminnassa ja vähemmässä määrin apuvälineissä ja tutkimuksissa. Suuren terveydenhuollossa palveluseteliä käytettiin hammaslääkärin vastaanotto toiminnassa ja suuhygienistin vastaanotto toiminnassa. Erikoissairaanhoidossa palveluseleiden käyttöalueet olivat erikoislääkärin vastaanotto toiminta, leikkaukset ja muut toimenpiteet, tutkimukset, terapiapalvelut ja apuvälineet. Kyselyyn vastanneet pitivät tärkeänä, että palveluseteli vaihtoehtona kilpailuttamiselle turvataan jatkossakin, eikä hyviä palvelusetelikäytäntöjä romuteta tulevassa sote-uudistuksessa.

Henkilökohtainen budjetointi

Henkilökohtaisella budjetoinnilla tarkoitetaan palvelujen järjestämisen tapaa, jossa palvelujen käyttäjä on keskiössä suunnittelemassa oman elämänsä kannalta tarpeellisia, mielekkäitä ja tarkoitukseenmukaisia palveluja.

Henkilökohtaisessa budjetoinnissa palvelujen käyttäjälle muodostetaan hänen avun ja tuen tarpeidensa sekä tuen ja palvelujen kustannusten pohjalta määritetty henkilökohtainen budjetti. Henkilökohtainen budjetti on yksinkertaistettuna rahasumma, jolla henkilön palvelut on mahdollista järjestää yksilöllisesti, palvelujen käyttäjän toiveiden, tarpeiden ja tavoitteiden mukaisesti.

Määrittelemällä henkilökohtainen budjetti määritellään taloudellinen resurssi, joka on käytettävissä tietyn henkilön palvelujen järjestämiseen. Käytettävissä olevan resurssin puitteissa voidaan suunnitella, miten resurssi olisi mielekästä käyttää, jotta palvelut vastaisivat henkilön tarpeita sekä toteuttaisivat hänen valinnanvapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan hänen oman näkemyksensä ja toiveidensa mukaisesti.

Eri maissa käytössä olevissa henkilökohtaisen budjetoinnin malleissa käyttäjä voi huolehtia budjetistaan eli palvelujen hankkimisesta ja budjetin hallinnoinnista itse, tai hän voi nimetä haluamansa henkilön tai muun toimijan huolehtimaan henkilökohtaisesta budjetistaan. Myös kunta tai muu palvelun järjestämisestä vastaava taho voi toimia henkilölle määritellyn henkilökohtaisen budjetin hallinnoijana. Eri hallinnointitapojen yhdistelmät ovat myös mahdollisia.

Henkilökohtaista budjetointia toteutetaan muun muassa Alankomaissa, Belgiassa, Saksassa, Iso-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Australiassa. Suomessa henkilökohtaisesta budjetoinnista ei ole säädetty lainsäädännössä. Suomessa henkilökohtaista budjetointia on kokeiltu järjestöjen ja kuntien sekä kuntayhtymien (muun muassa Eksote) yhteisissä hankkeissa eräissä vammaispalveluissa, omaishoidon tuessa ja kotihoidossa. Vammaisjärjestöistä etenkin kehitysvamma-alan järjestöt ovat tuoneet mallia esiin muiden vammaisjärjestöjen ollessa pidettyjä. Suomen hankkeissa ei ole kokeiltu rahan siirtämistä palvelujen käyttäjälle, koska tämä ei ole nyky-lainsäädännön pohjalta kunnille mahdollinen järjestämistapa eikä budjetin suhdetta verotukseen ole ratkaistu. Kuitenkin muutamille hengityslaittepotilaille on heidän hoidostaan vastaava sairaanhoitopiiri myöntänyt käyttöön asiakastilille hallinnoitavaksi rahasumman, jolla henkilö on palkannut henkilökuntaa kuten avustajia. Vastaavasti jotkut kunnat ovat järjestäneet paljon palveluja tarvitsevien vammaisten henkilöiden tai vammaisten lasten perheiden palvelut ja tuet räätälöidyillä ratkaisulla. Perhe on esimerkiksi voinut itse palkata haluamansa hoitajat perheeseen.

Elementtejä, joilla pyritään samoihin tavoitteisiin kuin henkilökohtainen budjetointi, on nykyään mukana muun muassa sääntelyssä, joka koskee palvelu- ja asiakassuunnittelua, vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua sekä palveluasumista, omaishoitoa sekä Kelan vammaisetuuksia. Lähtökohtaisesti jo nykyinen vammaispalveluja koskeva lainsäädäntö sisältää säännökset, joiden mukaan vammaisen henkilö voi saada tarvitsemansa avun ja palvelut yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti.

Kansainvälisen kokemuksen mukaan henkilökohtaisen budjetoinnin järjestelmän luomisessa on olennaista se, miten ja millä reunaehdoilla järjestelmä rakennetaan. Keskeistä on myös huolehtia siitä, että asiakas saa riittävästi tukea budjetin käytössä sekä palvelujen hankinnassa sen avulla.

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet

Yksityisten palvelujen antajien rekisterissä oli vuoden 2015 lopussa luvanvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia 1 264 ja toimintayksiköitä 2 249. Ilmoituksenvaraisten sosiaalipalvelujen tuottajia oli 3 120 ja toimintayksiköitä 4 604. Luvanvaraisten terveydenhuollon palvelujen tuottajia oli 5 063 ja toimipaikkoja 12 331. Terveydenhuollon itsenäisiä ammatinharjoittajia oli rekisterissä 15 810 ja heillä 21 963 toimipaikkaa. On huomioitava, että lukuihin sisältyy myös sellaiset edelleen rekisterissä olevat palvelun tuottajat ja itsenäiset ammatinharjoittajat ja niiden toimipaikat, joiden toiminta on jostakin syystä keskeytynyt tai joiden toiminta on päättynyt, mutta palvelun tuottaja ei ole ilmoittanut lopettamisesta.

Yksityisten palvelujen antajien rekisteristä saatavia tilastotietoja tulkittaessa on otettava huomioon, että ilmoituksenvaraisen toiminnan osalta edellä esitetyt lukumäärätiedot ovat suuntaa antavia. Lisäksi on otettava huomioon, että rekisterissä olevien toimipaikkojen ja toimintayksiköiden määrän kasvu pelkästään ei kerro toiminnan tai liikevaihdon määrästä tai kasvusta. Erityisesti yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajien lupahakemusten määrä on kasvanut sähköisen lääkemääräyksen käyttöön oton edellyttäessä rekisteröitymistä yksityisten palvelujen antajien rekisteriin.

Yksityissektorin osuus tuotetuista sosiaali- ja terveystalvetuista on kasvanut merkittävästi viime vuosina. Yksityisen toiminnan tuotos eli vuoden aikana tuotettujen palvelujen arvo oli 24,4 prosenttia terveydenhuollon kokonaistuotoksesta vuonna 2014. Sosiaalipalveluissa vastaava osuus oli 66 prosenttia. Yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon kasvu on painottunut yritystoimintaan. Myös sosiaalipalveluissa yritystoiminnan tuotososuus ohitti järjestöjen palvelutuotannon määrän vuonna 2014 (yksityisen osuus 18 prosenttia, järjestöjen 16 prosenttia).

Terveydenhuollossa suurin osa yksityisestä toiminnasta on ollut jo aiemmin yritystoimintaa. Järjestömuotoisella palvelutuotannolla on ollut merkitystä vain kuntoutuspalveluissa ja muussa laitoshoidossa. Tilastokeskuksen yritys- ja toimipaikkarekisteri YTR:n mukaan terveystalvetuista tuotti noin 15 740 yritystä vuonna 2011. Yksityinen toiminta on keskittynyt suuriin yrityksiin. Lääkärin- ja yksityislääkärin toiminnassa 13—14 suurimman yrityksen markkinaosuus oli 50—60 prosenttia. Hammaslääkärin palveluissa, laboratoriotutkimuksissa ja ensihoidon palveluissa 2—3 suurimman yrityksen markkinaosuus oli työllisyydellä mitattuna noin 30 prosenttia vuonna 2011. Sosiaalipalvelujen osalta yritystoiminta keskittyy asumispalveluihin.

Kunnat ostavat huomattavan osan järjestämistä vastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystalvetuista yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Sosiaalipalvelujen osalta yksityisten asiakaspalvelujen arvo oli vuonna 2014 kunnissa ja kuntayhtymissä 2,3 miljardia euroa viiden prosentin piilevä arvon-

lisävero mukaan lukien. Summa oli 18 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista. Osuus oli asumispalveluissa 1,8 miljardia euroa, mutta avohuollon palveluissa vain 254 miljoonaa euroa. Ostot kuvaavat yksityisille palveluntuottajille maksettua rahavirtaa sosiaalihuollon lopputuotepalveluista (asiakaspalvelut), eivätkä ne sisällä kuntayhteisöjen omaan palvelutuotantoon hankittuja välituotepalveluja, palvelusetelimenoja tai maksusitoumuksia. Julkisten hankintojen ilmoituskanava HILMA:n tilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten sosiaalipalvelujen ennakoitu tai toteutunut arvo oli noin 1,5 miljardia euroa vuonna 2012. Summa ei sisällä suorahankintoja eikä julkisten hankintojen kansalliset kynnyksarvot alittavia alle 100 000 euron hankintoja. Runsaat 50 prosenttia hankintojen arvosta kohdistui palveluasumiseen ja vajaa 40 prosenttia lastensuojelupalve-
luihin.

Kuntien ja kuntayhtymien terveydenhuollon asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä palvelujen tuottajilta olivat 500 miljoonaa euroa vuonna 2011 piilevän viiden prosentin arvonlisävero mukaan lukien. Summa oli viisi prosenttia kuntien terveydenhuollon käyttökustannuksista. Käyttökustannusosuus oli suurempi perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Asiakaspalvelujen ostot eivät kuitenkaan kata terveydenhuollon välituotepalvelujen tai tutkimuspalvelujen ostoja kuntien omaan palvelutuotantoon tai palvelusetelimenoja. HILMA:n hankintatilastojen mukaan hankintasäännösten alaisten julkisten hankintojen toteutunut tai ennakoitu arvo oli terveystalouksissa 1,2 miljardia euroa vuonna 2012. Summa käsittää kuntayhteisöjen, Kelan ja Valtiokonttorin kilpailuttamat ostopalvelut ja ulkoistukset sekä julkisten työnantajaorganisaatioiden työterveyshuollon ostopalvelut pois lukien suorahankinnat ja kansalliset kynnyksarvot alittavat alle 100 000 euron pienhankinnat.

Vuonna 2014 kuntien ja kuntayhtymien palvelusetelimenot olivat 148,6 miljoonaa euroa. Tästä määrästä noin puolet oli sosiaali- ja terveydenhuollon menoja, joista kotihoidon palvelusetelimenot olivat 16,6 miljoonaa euroa, palveluasumisen palvelusetelimenot 53,1 miljoonaa euroa, terveydenhuollon palvelusetelimenot 6,1 miljoonaa euroa ja muut palvelusetelimenot 72,8 miljoonaa euroa.

Suomessa on useita kuntia, jotka ovat antaneet pääosan järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista sosiaali- ja terveystalouksista yksityisten palvelujen tuottajien tuotettaviksi. Kaikkia sosiaali- ja terveystalouksien tuottamiseen liittyviä tehtäviä ei voida antaa yksityisen hoidettavaksi. Tällaisia ovat esimerkiksi tehtävät, joihin liittyy julkisen vallan käyttöä.

Järjestöjen tuottamat sosiaali- ja terveystaloukset

Valviran rekisteritietojen mukaan järjestöjä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveystalouksia joko suoraan itse tai omistamiensa yhtiöiden kautta, oli vuonna 2015 yhteensä 959. Palveluja suoraan itse tuottavia järjestöjä oli 930. Näistä 822 järjestöä tuotti sosiaalipalveluja, 207 terveystalouksia ja 98 molempia palveluja. Palvelutuotantoa yhtiöittäneitä järjestöjä oli yhteensä 57, eli noin 6 prosenttia kaikista palveluja tuottavista järjestöistä. Yhtiöitettyjä sosiaalipalveluja oli noin 45 järjestöllä ja yhtiöitettyjä terveystalouksia 33 järjestöllä. Yhtiöistä alle miljoonan euron liikevaihdolla toimivia oli 28 prosenttia ja suuria, yli 50 miljoonan euron liikevaihdolla toimivia yhtiöitä oli 3 prosenttia.

Sosiaalipalveluista järjestöt tuottivat itse ja yhtiöitettynä yhteensä eniten ympärivuorokautisia asumispalveluja, päivätoimintapalveluja, ei-ympärivuorokautisia asumispalveluja, sekä sosiaalialan muut palvelut -luokkaan kuuluvia palveluja. Sosiaalialan muut palvelut -luokka sisältää muun muassa avomuotoista perhe- ja päihdekuntoutusta, perhetyötä sekä sosiaalityöntekijän palveluita. Kohderyhmittäin tarkasteltuna sosiaalipalveluja tuotettiin eniten vanhuksille (22 prosenttia), lapsille ja nuorille (17 prosenttia) ja kehitysvammaisille (13 prosenttia).

Terveyspalveluista järjestöt tuottivat suoraan itse ja yhtiötettynä yhteensä eniten fysioterapiapalveluja, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja/tai kättilön palveluja, sekä muu terveydenhuollon toiminta -luokkaan kuuluvia palveluja. Muu terveydenhuollon toiminta -luokka sisältää muun muassa laboratorionäytteiden ottoa, psykologin toimintaa ja opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoitoa.

Tilastokeskuksen vuoden 2015 toimipaikkarekisteritietojen mukaan koko maassa työskenteli järjestöjen suoraan itse tuottamissa sosiaalipalveluissa noin 26 200 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 5 600 henkilöä. Järjestöjen yhtiöissä työskenteli sosiaalipalveluissa noin 4 600 henkilöä ja terveyspalveluissa noin 3 600 henkilöä. Ilman palvelualakohtaisia päällekkäisyyksiä järjestöjen sosiaali- ja terveyspalvelut työllistivät noin 37 500 työntekijää. Eniten palvelujen tuotanto työllisti Uudella maalla, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla, eli järjestys noudattaa eniten työllistävien maakuntien osalta jotakuinkin maakuntien väkiluvun suuruusjärjestystä.

Vuonna 2015 palveluja suoraan itse tuottavista 930 järjestöstä 6 prosenttia (57 järjestöä) lopetti palvelujaan. Sosiaalipalveluja lopetti 39 järjestöä ja sosiaalipalveluja 20 järjestöä. Yksi palveluja lopettaneista järjestöistä tuotti molempia palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ja asiakastietojen käsittely

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen hallinnassa ja käsittelyssä sovelletaan henkilötietolakia (523/1999), lakia potilaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), lakia sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) ja terveydenhuoltolakia.

Asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskeva laki koskee julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakastietojen sähköistä käsittelyä ja valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita. Lain perusteella rakennettu potilastiedon arkisto (Kanta) on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja omista tietojärjestelmistään tietoturvallisesti, ja josta tiedot ovat myös potilaan suostumuksella käytettävissä yli rekisterinpitäjärajojen. Potilastiedon arkistoa on rakennettu vaiheistetusti. Julkiset terveydenhuollon yksiköt ovat liittyneet palvelun käyttäjiksi ja myös osa yksityisistä organisaatioista on mukana. Tietosisällöt laajenevat vaiheittain. Jatkossa myös sosiaalihuollon asiakastiedot arkistoidaan Kanta-palveluun.

Omakanta-palvelun avulla kansalaiset voivat nähdä tiettyjä laissa määriteltyjä itseään koskevia potilasasiakirjoja sekä lääkemääräyksiä. Palvelun kautta on myös mahdollista hallinnoida asiakirjoihin liittyviä suostumuksia ja kieltoja, tallettaa tahdonilmaisuja, kuten elinluovutus- tai hoitotahto, sekä pyytää lääkemääräysten uusimista.

Terveydenhuollon ammattihenkilöt rekisteröidään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Terhikki) terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti. Lain 24 c §:ssä säädetään julkisesta tietopalvelusta (JulkiTerhikki), jonka avulla määrättyjä ammattihenkilöihin liittyviä tietoja voi hakea julkisen tietoverkon välityksellä. Vastaavasti sosiaalihuollon ammattihenkilöt rekisteröidään sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaisesti sosiaalihuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Suosikki). Siihen liittyvästä julkisesta tietopalvelusta (Julki-Suosikki) säädetään lain 18 §:ssä.

Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset tietojärjestelmäpalvelut on otettu laajamittaisesti käyttöön. Kaikkiaan Kanta-palveluihin on liitetty noin 1500 eri tietojärjestelmäinstanssia ja kansalaisen käyttöliittymää (Omakanta) on käyttänyt 1 765 120 henkilöä eli noin kolmannes väestöstä. Julkinen sektori on ottanut palvelut kokonaisuudessaan käyttöön ja yksityisen sektorin osalta sähköisen lääkemääräyksen on ottanut käyttöön 389 yksikköä ja potilastiedon arkiston 68 yksikköä. Kanta-palveluiden tietosisältö kasvaa jatkuvasti sekä lukumääräisesti että myös sisällön laajuuden näkökulmasta. Reseptikeskuksessa on noin 350 miljoonaa lääkemääräystä, toimitusta ja muuta sähköisen lääkemääräyksen toimintaan liittyvää asiakirjaa. Potilastiedon arkistossa on noin 500 miljoonaa asiakirjaa. Sähköinen lääkemääräys on käytössä noin 99 prosentilla väestöstä ja potilastiedon arkistoon on tallennettu liittymisten jälkeen syntyneitä tietoja siten, että se kattaa 98 prosenttia väestöstä. Tallennettava tietosisältö on hyvin rakenteista, mikä mahdollistaa tietojen jatkokäsittelyn ja hyödyntämisen eri tavoilla. Tietosisältöjen laajentumisen suhteen aktiivista kehitystyötä tehdään muun muassa ostopalvelujen, palvelusetelin, suun terveydenhuollon ja kuvantamisen toteutusten parissa. Jatkossa Kanta-palveluihin viedään myös sosiaalihuollon asiakasasiakirjat.

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjaon kehittäminen

Suomessa terveydenhuollon eri ammattiryhmien työnjaon kehittäminen käynnistyi valtioneuvoston vuonna 2002 asettamalla kansallisella projektilla terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projektissa kehitettiin terveydenhuollon eri ammattiryhmien työnjakoa perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja puhelinneuvonnassa. Tavoitteena oli turvata hoitoon pääsy ja henkilöstön saatavuus sekä uudistaa toimintatapoja

Henkilöstön työnjaon kehittämistä jatkettiin valtioneuvoston vuosille 2008–2011 ja 2012–2015 vahvistamissa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämisohjelmissa. Sairaanhoidajan avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan kehittäminen lääkärin ja sairaanhoidajan työnjakoon perustuen sisältyi myös Kaste-ohjelmaan perustuneeseen Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmaan (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009).

Sairaanhoidajan avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa on kehitetty ottamalla sairaanhoidajan tehtävänkuvaa mukaan hoidon äkillisten terveysongelmien ja yleisten pitkäaikaissairauksien hoidon tarpeen arviointi. Tehtävänkuvaa on laajennettu myös hoidon suunnitteluun, aloittamiseen, toteuttamiseen ja seurantaan. Avosairaanhoidon vastaanottotoiminta voidaan organisoida lääkärin ja sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan työparityöskentelynä, sekä sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan vastaanottona osana laajempaa moniammatillista toimintaa. Moniammatilliseen ryhmään voivat kuulua myös fysioterapeutti, psykologi, sosiaaliohjaaja sekä depression ja päihderiippuvuuden hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja. Sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan avosairaanhoidon vastaanottoja toteutetaan lähipalveluiden ohella lääkärin etäkonsultaation tukemina palveluina sivuterveysasemilla sekä liikkuvina palveluina.

Potilaiden hoitoon ohjaus ja kulku palveluissa tapahtuu toimintayksiköiden potilasryhmäkohtaisten hoitopolkujen ja -linjausten pohjalta. Niissä määritellään lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden välinen työnjako. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan päätöksenteon asianmukaisuutta tuetaan kansallisilla hoitosuosituksilla, niihin perustuvilla hoito-ohjeilla ja mahdollisuudella konsultoida lääkäriä tarvittaessa.

Työnjaon kehittämistä on tuettu myös lainsäädännöllä. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain 4 a luvussa säädetään julkisella sektorilla toimivan sairaanhoitajan rajatusta lääkkeenmääräämisosoikeudesta, sekä optikon ja suuhygienistin oikeudesta määrätä lääkkeitä. Luku tuli voimaan vuonna 2010. Lain 23 b §:n mukaan julkisella sektorilla toimivalla sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettyä lisäkoulutuksen, on rajattu oikeus määrätä apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä terveyskeskuksessa hoitamalleen potilaalle, kun kyseessä on ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen, kun lääkäri on tehnyt taudinmäärityksen tai kun lääkitys perustuu sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen (rajattu lääkkeenmäärääminen). Rajatun lääkkeenmääräämisen edellytyksenä on kirjallinen määräys, jossa todetaan ne lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä, ja mahdolliset lääkkeiden määräämiseen liittyvät rajoitukset.

Rajatun lääkkeenmääräämisen piirissä olevat lääkkeet, tautitilat ja lääkkeenmääräämisen rajaukset on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa lääkkeen määräämisestä (1088/2010). Asetuksessa vahvistetaan myös kirjallisen määräyksen kaava. Lisäkoulutuksesta säädetään valtioneuvoston asetuksessa lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta (1089/2010).

Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain 23 d §:n mukaan optikolla ja itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivalla suuhygienistillä on oikeus määrätä apteekista vastaanotto toiminnassaan tarvitsemiaan lääkkeitä (niin kutsuttu pro auctore -lääkemääräys). Heillä ei kuitenkaan ole oikeutta määrätä lääkkeitä potilaille. Vastaanotolla käytettävien, lääkemääräystä edellyttävien lääkkeiden hankkimiseen vaaditaan valtioneuvoston asetuksen määräämän lääkkeenmääräämisosoikeuden edellyttämän lisäkoulutuksen suorittaminen, sekä Valviralta haettava yksilöintitunnus.

Lääkkeet, joita voidaan määrätä pro auctore -lääkemääräyksellä, on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa lääkkeen määräämisestä. Optikon ja suuhygienistin lisäkoulutuksesta säädetään valtioneuvoston asetuksessa lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaisina toimivat eduskunnan oikeusasiamies ja valtioneuvoston oikeuskansleri ylimpinä laillisuusvalvojina, sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), sekä aluehallintovirastot ja kunnat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijalaitoksina toimivat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos ja Säteilyturvakeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden oikeuksien toteutumista turvaavat myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmät.

Perustuslain 108 ja 109 §:n mukaan valtioneuvoston oikeuskanslerin ja eduskunnan oikeusasiamiehen tehtävänä on valvoa, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet, julkisyhteisöjen työntekijät ja muutkin hoitaessaan julkista tehtävää noudattavat lakia ja täyttävät velvollisuutensa.

Muiden sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten toimivallasta säädetään useissa eri laeissa. Julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Valvira ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena keskusvirastona aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa. Lisäksi Valvira ohjaa ja valvoo julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa erityisesti silloin, kun kysymyksessä ovat periaatteellisesti tärkeitä tai laajakantoisia asioita.

usean aluehallintoviraston toimialuetta tai koko maata koskevat asiat, tai asiat, joita aluehallintovirasto on esteellinen käsittelemään. Valviralle kuuluu myös useita muita erikseen säädettyjä sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä lupa- ja valvontatehtäviä.

Aluehallintovirastolle kuuluu julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta toimialueellaan. Aluehallintovirastojen tehtävistä ja toimivallasta sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa ja valvonnassa säädetään paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa laeissa, myös aluehallintovirastoista annetussa laissa (896/2009) ja kuntalaissa.

Valviralle ja aluehallintovirastolle kuuluu myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilöiden valvonta, josta säädetään laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja laissa sosiaalihuollon ammattihenkilöistä.

Kunnalla on ensisijainen vastuu järjestämismääränsä olevien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laillisuudesta, laadusta ja asianmukaisuudesta. Kunnanvaltuuston valitsema vuoden 1982 sosiaalihuoltolain 6 §:n 1 momentissa ja kansanterveystyön lain 6 §:n 1 momentissa tarkoitettujen monijäseniset toimielimet valvovat alaistensa viranhaltijoiden ja muun kunnallisen henkilöstön toimintaa. Kunnan ja kuntayhtymän omat toimintayksiköt vastaavat ensisijaisesti itse tuottamiensa palvelujen asianmukaisuudesta. Uuden sosiaalihuoltolain 47 § mukaisesti sosiaalihuollon toimintayksikön tai muun toimintakokonaisuudesta vastaavan tahon on laadittava omavalvontasuunnitelma sosiaalihuollon laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi.

Hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta kunnalla ja kuntayhtymällä on velvollisuus varmistua siitä, että hankittavat palvelut vastaavat samaa tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Lisäksi yksityisillä palvelujen tuottajilla on vastuu antamiensa palvelujen laadusta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvovien viranomaisten ohella myös potilas- ja sosiaaliasiamiesjärjestelmillä sekä muistutusmenettelyllä on tärkeä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasiallisessa valvonnassa, jossa asiakkaan tai potilaan käytössä ei ole hallintopäätöstä muutoksenhakumahdollisuuksineen. Sosiaalihuollon asiakaslain 24 §:n mukaan jokaisen kunnan on nimettävä sosiaaliasiamies. Potilasasiemies taas nimetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992), jäljempänä potilaslaki, 11 §:n mukaan jokaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle. Potilas tai asiakas voi tehdä muistutuksen sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Terveydenhuollon osalta muistutus tehdään toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle ja sosiaalihuollon osalta toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

Muistutuksen ohella asiakas tai potilas voi tehdä hallintokantelun sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Sosiaalihuollon asiakaslain ja potilaslain säännösten mukaan kanteluun sovelletaan hallintolain 8 a lukua, joka sisältää hallintokantelun tekemistä ja käsittelyä sekä kantelun johdosta annettavaa hallinnollista ohjausta koskevat säännökset. Kantelun voi tehdä kaiken tyyppisestä viranomaistoiminnasta, mukaan lukien tosiasiallinen toiminta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kantelu-oikeus on ulotettu koskemaan myös yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden toimintaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen muodostuminen

Sosiaali- ja terveystalvaeluja merkittäväästi rahoittavia tahoja ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Lisäksi Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ARA osallistuu erityistä tukea tarvitsevien asumisen, esimerkiksi kehitysvammaisten, vaikeavammaisten, mielen-terveyskuntoutujien ja ikääntyneiden palveluasuntojen, rahoittamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kerätään Suomessa useilla tavoilla. Rahoitus muodostuu pääasiassa valtion ja kuntien verotuloista, lakisääteisistä ja vapaaehtoisista vakuutusmaksuista sekä työnantajien maksuista, asiakasmaksuista ja asiakkaiden omavastuuosuuksista.

Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen maksamalla kunnille valtionosuutta palvelujen järjestämiseen. Yleiskatteellisten peruspalvelujen sosiaali- ja terveystalvaelujen valtionosuuden määrä oli 6,2 miljardia euroa vuonna 2014. Tämän lisäksi valtio kohdentaa kuntasektorin sosiaali- ja terveydenhuoltoon rahoitusta muiden talousarvion momenttien kautta. Näihin eriin kuuluu muun muassa valtion korvaus kunnille kuntouttavan työtoiminnan järjestämisestä. Kunnat rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveystalvaeluista pääosin kunnallisveron tuotolla.

Kuntien järjestämistävastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon bruttokäyttökustannukset vuonna 2014 olivat 22,0 miljardia euroa, kun mukaan ei lasketa lasten päivähoidon kustannuksia. Hieman yli puolet sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista jakaantui erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken. Erikoissairaanhoido kattoi noin kolmanneksen ja perusterveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä noin viidennes sosiaali- ja terveystalvaelujen käyttökustannuksista. Vanhusten ja vammaisten palvelujen osuus käyttökustannuksista oli hieman alle neljännes, kotipalvelujen noin viisi prosenttia ja lastensuojelun sijaishuollon ja muiden lasten ja perheiden palvelujen osuus oli kuusi prosenttia käyttökustannuksista.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää julkinen sairausvakuutus ja erityisesti siihen kuuluvat sairaanhoidovakuutuksen korvaukset. Sairaustalvaeluutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoidovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Lääkekorvaukset, matkakorvaukset ja yksityisen terveydenhuollon sairaanhoidokorvaukset eli lääkäripalkkioiden, hammaslääkäripalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon korvaukset sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman kuntoutuksen kustannukset rahoitetaan sairaustalvaeluutuksen sairaanhoidovakuutuksesta. Muita sairaanhoidovakuutuksesta rahoitettavia kustannuksia ovat Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle maksettavat korvaukset ja maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoidokorvaukset. Sairaanhoidovakuutuksen rahoittavat vakuutetut 55,1 prosentin rahoitusosuudella ja valtio 44,9 prosentin rahoitusosuudella. Valtio rahoittaa kuitenkin kokonaan Suomessa vakuutetun ulkomailla saaman hoidon johdosta EU-maihin maksettavat sairaanhoidokorvaukset ja ulkomailla asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuneet kustannukset. Sairaanhoidovakuutuksen etuuksien ja korvausten rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään sairaustalvaeluutuksen sairaanhoidomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken.

Sairaustalvaeluutuksen työtulovakuutuksesta rahoitetaan sairaustalvaeluutuksen lain (1224/2004) mukaiset päivärahat, Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaiset kuntoutusrahat, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat päivärahat, työterveyshuollon korvaukset ja vuosilomakustannuskorvaukset. Työtulovakuutuksen kulut rahoitetaan työnantajien suorittaman sairaustalvaeluutuksen maksun sekä palkansaajilta ja yrittäjiltä perittävän sairaustalvaeluutuksen päivärahamaksun tuotoilla, lukuun ottamatta eräitä valtion

osuudella rahoitettavia kuluja ja yrittäjän lisärahoitusosuudella rahoitettavia kuluja. Työtulovakuutuksen rahoituksesta työnantajien sairausvakuutusmaksun osuus on 67 prosenttia, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksun osuus 27 prosenttia sekä valtion osuus 6 prosenttia.

Sairausvakuutusrahaston vuotuisia kuluja ovat edellä mainitut etuudet ja korvaukset. Lisäksi kuuluksi lasketaan etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakustannukset sekä muutokset rahoitusomaisuuden vähimmäismäärän saavuttamiseksi. Vähimmäismäärän tulee olla kunkin vuoden lopussa vähintään 8 prosenttia rahaston vuotuisista kokonaiskuluista. Kuluista vähennetään sairausvakuutusrahaston omaisuuden tuotot.

Valtioneuvosto vahvistaa sairausvakuutusmaksujen maksuprosentit vuosittain annettavalla asetuksella. Sairausvakuutuksen rahoittamiseksi perittävät maksut seuraavat etuusmenojen ja ansiotason kehitystä.

Vuonna 2015 yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten kustannukset olivat noin 237 miljoonaa euroa. Lääkekorvausten kustannukset olivat noin 1 378 miljoonaa euroa ja matkakorvausten kustannukset noin 293 miljoonaa euroa. Sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetut kuntoutusmenot olivat yhteensä noin 343 miljoonaa euroa, josta ammatillisen kuntoutuksen osuus oli noin 34 miljoonaa euroa.

Kotitaloudet rahoittavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa suoraan lähinnä asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien kautta. Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen asiakasmaksujen suuruus oli vuonna 2014 noin 1,3 miljardia euroa. Kotitalouksien asiakasmaksujen suuruus vastasi noin 7 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista. Vuonna 2015 kotitalouksien rahoitusosuus oli sairaanhoitovakuutuksesta korvattujen yksityisen terveydenhuollon palvelujen osalta 822 miljoonaa euroa, korvattujen avohoidon lääkkeiden osalta 571 miljoonaa euroa ja korvattujen matkakustannusten osalta 42 miljoonaa euroa.

Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat sosiaali- ja terveystalouksien vapaaehtoisten sairauskulu- ja tapaturmavakuutusten kautta kotitalouksien ja työnantajien maksamalla vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla. Lisäksi sosiaali- ja terveystalouksia rahoitetaan lakisääteisen tapaturma-, liikenne- ja potilasvakuutuksen kautta. Lakisääteinen työtapaturma- ja ammattitautivakuutus rahoitetaan työnantajien ja yrittäjien maksamalla tapaturmavakuutusmaksuilla ja lakisääteinen liikennevakuutus rahoitetaan vakuutusmaksuilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kohdentuminen palveluntuottajille

Palveluntuottajille rahoitus kohdentuu monin eri tavoin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista kunnat maksavat omille yksiköilleen yleisimmin budjettitalouden kautta suunnatun korvauksen. Kuntien välisessä yhteistoiminnassa tuotetuista perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluissa kunnat maksavat eri perustein ja laskentatavoin määriteltyjä korvauksia. Kunnat maksavat erikoissairaanhoidon tuotetuista palveluista sairaanhoitopiireille pääsääntöisesti tuotettujen palvelujen määrän perusteella. Tilanteessa, jossa terveydenhuollon yksikössä hoidettava potilas ei ole yksikköä ylläpitävän kunnan asukas, on sen kunnan tai kuntayhtymän, jolla on vastuu hoidon järjestämisestä, korvattava hoidosta aiheutuneet kustannukset. Korvaus perustuu tuotteistukseen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jolla kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Ulkoistetuista ja liikelaitostetuista palveluista kunnat maksavat sopimuksen mukaan määräytyvän korvauksen palvelut tuottavalle yritykselle tai liikelaitokselle.

Vakuutusyhtiöt maksavat sopimustensa mukaisesti korvauksia paitsi vakuutuksen ottajille myös suoraan hoitolaitoksille annetusta hoidosta ja kuntoutuksesta. Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten ja työterveyshuoltolain mukaisten suoritteiden perusteella.

Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista terveyspalveluista korkeintaan laissa säädetyn asiakasmaksun ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta määröosan tuloistaan. Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton ylittyessä asiakasmaksua vastaava osa menoista siirtyy kunnan rahoitettavaksi. Kotona annettavan palvelun kuukausimaksut perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakiin sekä asiakasmaksuasetukseen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu perheen henkilömäärän ja tulojen mukaan. Sairausvakuutuslain lääkekaton ylittävät korvattavat lääkekustannukset ja sairausvakuutuslain matkakaton ylittävät korvattavat matkakustannukset rahoitetaan lähes kokonaan sairaanhoitovakuutuksesta. Yksityisen sektorin palveluista kotitaloudet maksavat yleensä suoriteperusteisen palkkion.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, jäljempänä asiakasmaksulaki) ja sen nojalla annetussa asetuksessa (912/1992, jäljempänä asiakasmaksuasetus). Asiakasmaksulain 1 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Maksu voidaan periä henkilön maksukyvyyn mukaan.

Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyyn mukaan. Suurimmalle osalle palveluja on asiakasmaksuasetuksessa säädetty palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä. Nämä enimmäismäärät ovat yleensä merkittävästi palvelun tuotantokustannuksia alempia. Koska asiakasmaksuasetuksessa säädetään ainoastaan maksun enimmäismäärä, kunnat ja kuntayhtymät voivat periä sosiaali- ja terveyspalveluista enimmäismaksuja pienempiä maksuja tai antaa palvelun maksutta. Maksuttomista sosiaalipalveluista säädetään asiakasmaksulain 4 §:ssä ja maksuttomista terveyspalveluista 5 §:ssä. Suurin osa alle 18-vuotiaiden palveluista on säädetty maksuttomiksi. Tasasuuruisia maksuja peritään pääsääntöisesti lyhytaikaisesti ja satunnaisesti käytettävistä palveluista, kuten esimerkiksi terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääke-riipalveluista. Tulosidonnaisia maksuja ovat pitkäkestoista palveluista, kuten jatkuvasta ja säännöllisestä laitoshoidosta, palveluasumisesta ja kotiin annettavista palveluista perittävät maksut.

Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetään maksukatosta sen turvaamiseksi, ettei sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjän maksurasitus nousisi kohtuuttoman korkeaksi. Asiakasmaksulain 11 §:n mukaan kunnalla tai kuntayhtymällä on lisäksi mahdollisuus ja tietyissä tapauksissa velvollisuus jättää perimättä tai alentaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista määrättyä maksua silloin, kun maksun periminen vaarantaa henkilön toimeentulon. Asiakas voi myös saada sosiaali- ja terveyspalveluiden maksuihin toimeentulotukea.

Asiakasmaksulain 15 §:n mukaan maksua koskevaan päätökseen saa vaatia oikaisua siten kuin hallintolaissa (434/2003) säädetään. Oikaisuvaatimus tehdään sille toimielimelle, joka vastaa asianomaisen palvelun järjestämisestä kunnassa. Oikaisuvaatimukseen saa hakea muutosta valittamalla

hallinto-oikeuteen siten kuin hallintolainkäyttölaissa (586/1996) säädetään. Hallinto-oikeuden päätökseen saa hakea muutosta valittamalla vain, jos korkein hallinto-oikeus myöntää valitusluvan.

Jos asiakas jättää sosiaali- ja terveystalouden asiakasmaksun maksamatta, siitä voidaan periä viivästyskorkoa ja se voidaan ulosottaa ilman oikeuden päätöstä (asiakasmaksulaki 16 § ja 17 §).

Sairausvakuutuskorvaukset

Täydennetään myöhemmin

Tuotteistus ja laskutusmenettelyt

Tuotteistaminen ja siihen perustuva laskutus on yleistynyt julkisissa sosiaali- ja terveystalouksissa sitä mukaa kuin on siirrytty oman tuotannon ohella ostamaan palveluja ulkopuolelta ja viimeisen kymmenen vuoden aikana myös kuntien sisäisten tilaaja–tuottaja-mallien myötä.

Tuotteistamisessa yksikön tuottamat yksittäiset suoritteet jäsenetään asiakkaan saamaksi selkeäksi ja mielekkääksi palvelukokonaisuudeksi eli tuotteeksi, jonka sisältö ja käyttötarkoitus on määritelty. Tuotteistamisen nähdään edesauttavan tehokkuutta, koska sen avulla toimintakäytännöt saadaan vakioitua ja myös hallinto- ja transaktiokustannukset alenevat vakioinnin myötä. Erilaisilla tuotteistustavoilla taloudellinen riski jakautuu eri tavoin sopimusosapuolten välillä. Kapitaatiomenetelmässä tuottaja kantaa riskiä enemmän kuin tuotteistetussa palvelukokonaisuuksiin perustuvassa laskutusmenettelyssä.

Erikoissairaanhoidon kuntalaskutuksessa on käytössä kansainväliseen DRG-pohjaiseen ja omaan luokitteluun perustuvaa tuotteistusta sekä suoritepohjaisuutta (välisuoritetuotteistusta). Varsinaista kapitaatiota ei kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä laskutuksessa ole käytössä. Kiinteää laskutusta on jonkin verran, jolloin tuotteeksi voi lukea koko erikoissairaanhoidon kokonaisuuden. Sairaala- palvelujen osto perustuu useimmiten sopimiseen kokonaisbudjetista vuositasolla, eikä käytössä ole yksilöityjä tuoteryhmäkohtaisia sopimuksia, sillä palvelujen tarve perustuu arvioon, joka saattaa olla varsinkin pienissä kunnissa epätarkka kokonaistasollakin. Näin ollen etukäteen ei sovita tuotetai tuoteryhmäkohtaisesti määristä ja hinnoista, vaikka laskutus perustuisikin ainakin osin tuotteistukseen. Epäyhtenäisyyttä tuotteistukseen tuo erilaisten menetelmien lisäksi myös se, että diagnoosi- ja toimenpidetiedot kirjataan eri tavoin ja kustannuslaskenta poikkeaa sairaaloiden välillä toisistaan. Tämän vuoksi kustannusten ja hintojen vertailu on vaikeaa.

Perusterveydenhuollon avotoiminnoissa tuotteistaminen on melko uusi ilmiö. Sitä on pyritty kehittämään muun muassa avohoidon potilasryhmyksen (APR) ja perusterveydenhuollon potilasluokittelujärjestelmän (pDRG) pohjalta. Käyttöönotto on kuitenkin edennyt epätasaisesti. Avopalvelujen kirjo on kuitenkin laaja ja osassa toimenpidealoja kuten suun terveydenhuollossa tai yksittäisissä palveluissa tuotteistus on vakiintunutta. Tukipalveluiden ja välituotteiden, kuten laboratoriotoimintojen, tuotteistaminen on ollut yleisesti suoraviivaisempaa kuin hoitoa sisältävien palveluiden kohdalla.

Sosiaalihuollon palveluissa tuotteistaminen on ollut käytössä esimerkiksi vanhustenhuollon kotihoidon, palveluasumisen ja tukipalveluiden parissa. Tuotteistamistyötä on tehty paljon, mutta se on ollut kuntakohtaista ja hajanaista eikä yhtenäisiä käytäntöjä juurikaan ole. Käytössä on paljon suoritusperusteista, käynteihin, hoitopäiviin tai toimenpiteisiin perustuvaa laskutusta, jotka eivät välttämättä ole sisällöllisesti täysin vertailukelpoisia.

Avopalvelujen tuotantoalueella on myös sosiaalityön ja lastensuojelun palveluja, joiden tuotteistaminen on edistynyt hitaasti, koska se koetaan haasteelliseksi. Esimerkiksi useimmissa sosiaalihuollon palveluissa työhön liittyy työskentelyä paitsi asiakkaan, myös hänen perheensä tai muun elämäntilanteeseen vaikuttavan lähiyhteisön kanssa. Monien asiakkaiden kohdalla tarvitaan myös yhteistyötä monien toimijoiden kanssa. Sosiaalihuollossa asiakkuus on usein hyvin pitkäkestoinen ja sisältää monia erilaisia toimenpiteitä, joiden arvioiminen ennakolta on vaativaa.

2.2 Kansainvälinen kehitys sekä ulkomaiden lainsäädäntö: sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaus Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa

Ruotsi

Järjestelmän kuvaus

Ruotsalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa suomalaisesta järjestelmästä. Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella. Maakäräjäalueet vastaavat sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Myös suun terveydenhoito kuuluu maakäräjäalueiden järjestämisvastuulle. Sosiaalipalveluista vastaavat kunnat, jotka järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät saa itsenäisesti järjestää lääkäripalveluja. Kuntien vastuulla on lisäksi muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

Vuonna 2009 voimaantullut lainsäädäntöuudistus mahdollisti maakäräjien ja kuntien palvelujen tuottajakunnan laajentamisen valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Uudistuksen tavoitteena oli tarjota asukkaille oikeus valita palvelutuottaja ja laajentaa tuottajakuntaa yksityisillä palvelutuottajilla. Lakiin on sisällytetty määräykset, joiden mukaan maakäräjien ja kuntien tulee solmia sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit. Hyväksytyihin tuottajiin on myös sovellettava yhtenäisiä korvausmenettelyjä, mikä tarkoittaa sitä, että tuottajien välisen kilpailun tulisi syntyä laadun perusteella.

Alkuvuodesta 2010 valinnanvapausjärjestelmän käyttö säädettiin pakolliseksi perusterveydenhuollossa. Maakäräjäalueet eivät ole velvoitettuja soveltamaan valinnanvapauslainsäädäntöä erikoissairaanhoidossa. Kunnat voivat päättää valinnanvapauden soveltamisesta järjestämisvastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa.

Ruotsalaisen järjestelmän vahvuutena voidaan pitää sitä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat molemmat maakäräjien rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Tämän ansiosta järjestämistaholla on intressi seurata ja ohjata toimintaa kustannusvaikuttavuuden tavoittamiseksi. Järjestelmän heikkoutena voidaan puolestaan nähdä palvelujen puutteellinen integraatio sosiaalitoimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien järjestämän terveydenhuollon välillä.

Asiakkaan oikeudet

Palveluja tarvitseva kansalainen voi valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta. Lainsäädäntö ei aseta esteitä uudelle valinnalle, ja sen voi tehdä milloin tahansa. Käytännön tarkoituksena on muun muassa jatkuva palvelujärjestelmän kehittäminen.

Ruotsissa noudatetaan hoitotakuuta, joka kirjattiin vuonna 2015 voimaan tulleeseen potilaslakiin. Siihen on sisällytetty niin kutsuttu 0-7-90-90-sääntö (*Patientlag* 2014:821), jonka mukaan maakäräjien on tarjottava asukkaille perusterveydenhuollon kontakti hoitoon hakeutumisen päivänä, perusterveydenhuollon lääkärikäynti seitsemän päivän sisällä hoidon hakemisesta, avosairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä hoitoon hakeutumisesta tai lähetteen kirjoittamisesta sekä erikoissairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä todetusta hoidon tarpeesta.

Valinnanvapautta tuetaan erilaisilla verkkopalveluilla, joiden avulla on mahdollista hakea vertailutietoa esimerkiksi hoitopaikoista ja niiden laadusta. Tällä hetkellä Ruotsissa toimii yli sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Maakäräjähallinnon ennalta määrittämät korvaukset ovat samoista palveluista samansuuruiset kaikille tuottajille. Tuottajia koskevat lisäksi kuntien ja maakäräjien ennalta asettamat kriteerit. Kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät sähköisessä tietokannassa, jota seuraamalla tuottajat voivat ilmoittautua järjestäjätaholle. Kunnat ja maakäräjät hyväksyvät ja tekevät sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määritetyt kriteerit.

Maakäräjien tulee muodostaa valinnanvapausjärjestelmät noudattaen tuottajien yhdenvertaista kohtelua, jollei muuhun ole erityistä syytä. Perusterveydenhuollossa lainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät halukkaat tuottajat – niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin tahot – neutraalilla hyväksymismenettelyllä.

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvausperusteet vaihtelevat maakäräjäalueittain. Kannusteiden luomiseksi maakäräjäalueet ovat ajan myötä kehittäneet ja muuttaneet korvausperusteitaan. Kapitaatiopohjainen korvaus kattaa eri alueilla 45–86 prosenttia kokonaiskorvauksesta. Kapitaatiokorvauksen ohella osa korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti sekä laatubonusten tai vähennysten perusteella. Alueelliset lisät ovat mahdollisia erityisesti harvaan asutuilla seuduilla.

Norja

Järjestelmän kuvaus

Norjan potilas- ja asiakaslakiin sisällytetyt pykälät turvaavat asiakkaan oikeuden vapaaseen valintaan. Perusterveydenhuollon osalta asiakkaan valinnanvapautta vahvistettiin listalääkäriuudistuksella vuonna 2001. Kuntien velvollisuudeksi tuli järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu on valtion neljällä alueella.

Asiakkaan oikeudet

Asiakkaalla on oikeus valita, mille lääkärille tämä listautuu. Edellytyksenä on, että lääkärin listalla on tilaa. Asiakas voi vaihtaa lääkäriä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Perusterveydenhuollossa lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa asiakas voi valita hoitopaikan kaikkien niiden yksityisten tuottajien keskuudesta, jotka ovat tehneet sopimuksen palveluja järjestävien neljän alueen kanssa. Vuodesta 2015 lähtien asiakkaalla on ollut erikoissairaanhoidon osalta oikeus valita hoitopaikka kaikista etukäteen hyväksytyistä sairaaloista – sekä julkisista että yksityisistä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Valtaosa, noin 95 prosenttia perusterveydenhuollon yleislääkäreistä toimii yksityisinä ammatinharjoittajina. Julkisen työnantajan palveluksessa toimivat lääkärit työskentelevät pääasiassa harvaan asutuilla seuduilla, missä palkkauksessa on otettu huomioon alueelliset lisät. Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu on jaettu kuntien ja valtion kesken. Kuntien rahoitus määräytyy listoilla olevien henkilöiden lukumäärän perusteella, ja se vastaa 30 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus on noin 35 prosenttia. Jäljelle jäävä osuus koostuu potilasmaksuista.

Tanska

Järjestelmän kuvaus

Tanskassa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi vuosina 2005–2007 toteutetun aluehallinnon uudistuksen myötä maakunnilta viidelle valtion rahoittamalle itsehallintoalueelle. Alueiden tehtävänä on vastata terveydenhuollosta, joka pitää sisällään niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, psykiatrisen hoidon, aikuisten hammashoidon kuin fysioterapian. Kuntien vastuulle kuuluvat ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido.

Asiakkaan oikeudet

Tanskassa valinnanvapautta toteutetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Käytössä on vakuutus pohjainen järjestelmä. Tanskalaisen terveysturvakuutuslainsäädännön mukaan väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Ensimmäisen luokan ovat valinneet yli 98 prosenttia maan väestöstä. Sen perusteella asiakkailta ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkärille, joka puolestaan toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon. Toisen luokan ovat valinneet vain alle kaksi prosenttia väestöstä. He maksavat asiakasmaksuja perusterveydenhuoltoon, mutta voivat hakeutua erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetettä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus toteutuu potilaan listautuessa haluamalleen lääkärille. Asiakas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin, mikäli tämän listalla on tilaa. Lakiin ei sisälly rajoituksia valinnan uusimiselle. Erikoissairaanhoidossa asiakas saa valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista, ottaen huomioon hoitojonot. Mikäli odotusaika ylittää Tanskassa määritellyn hoitotakuun, kaksi kuukautta, valintamahdollisuudet ulottuvat myös yksityisiin ja ulkomaisiin sairaaloihin, joiden kanssa alueilla on sopimus.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Alueellisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuoltoa tuottavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat lääkärit ja muut terveydenhuollon ammattilaiset. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon.

Perusterveydenhuollossa sopimusosapuolina toimivat ammatinharjoittajalääkäri ja vakuutusjärjestelmä. Vastaanottojen tuloista noin 90 prosenttia koostuu kansallisesta vakuutuksesta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottajille maksetaan korvausta tuotetuista palveluista ennalta sovitun korvausmenettelyn pohjalta.

Englanti

Järjestelmän kuvaus

Englannissa valinnanvapauden myötä kansalaiset voivat hankkia palveluja julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajilta. Terveydenhuollossa noudatetaan yhtenäisiä käytänteitä, ja palvelutuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit. Sosiaalihuollossa puolestaan valinnanvapautta toteutetaan pitkälti henkilökohtaisen budjetin avulla.

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, *National Health Service (NHS)* kattaa koko väestön palvelut verorahoitteisesti siten, että palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin voi liittyä asiakkaan varallisuuteen perustuvia maksuja. Lisämaksujen suhteen on kuitenkin asetettu koko väestöä koskeva yläraja.

Asiakkaan oikeudet

Asiakas voi valinnanvapauden puitteissa valita lääkäriaseman sekä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan. Lääkäriasema voi kieltäytyä uusista asiakkaista, mikäli se on julkisesti ilmoittanut, ettei se ota uusia asiakkaita tai jos asiakas ei asu sen maantieteellisellä alueella.

Sairaalahoiton kohdalla asiakas tekee valintansa hoitopaikasta ensimmäisen poliklinikkakäyntinsä perusteella. Valintaoikeuteen liittyy joitakin rajoitteita, kuten aiemmin aloitettu hoito. Valintaoikeus ei myöskään koske suljetulla osastolla hoidettavia potilaita. Mikäli potilas jättää saapumatta sovitulle poliklinikkakäynnille, tämä saattaa johtaa valintaoikeuden menettämiseen. Toisaalta potilas on oikeutettu valintaan myös myöhemmin, mikäli hoitoa ei voida tarjota hoitotakuun sallimissa rajoissa. Valintaoikeuteen sisältyy oikeus valita lähettäneen lääkärin määräämien erityistutkimuksien suorittajan.

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutetaan palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnettävän henkilökohtaisen budjetin avulla. Budjetin käytölle on kuitenkin asetettu rajoitteita. Se ei esimerkiksi sovellu pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Henkilökohtaisen budjetin käytön on todettu olevan kustannustehokas muoto myös terveydenhuollossa niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on jatkuva hoidon tarve.

Englannissa velvoite tiedottaa valinnanvapaudesta on kirjattu lakiin. Lainsäädännön mukaan ammattilaisilla on velvollisuus tukea asiakkaita valintojen tekemisessä.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Perusterveydenhuollon kohdalla lähetteen saanut asiakas voi valita minkä tahansa alueellisesti hyväksytyt palvelutuottajan, sillä edellytyksellä, että tuottaja täyttää NHS:n asettamat kriteerit. Palvelutuottajan voi siis valita myös julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli tuottaja täyttää toimijoilta vaaditut laadulliset ja toiminnalliset rekisteröitymiskriteerit sekä hyväksyy NHS:n asettaman korvaustason suuruuden.

Kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, joten palvelusta saatava korvaus on kaikille palvelutuottajille sama. Palvelutuottajat eivät voi kohdistaa ylimääräisiä kustannuksia asiakkaille, minkä avulla

turvataan koko väestön lähtökohtainen mahdollisuus hyödyntää valinnanvapautta koskevia oikeuksia. Kansallinen maksujärjestelmä kattaa noin 64 prosenttia NHS:n rahoituksesta.

Henkilökohtainen budjetti

Englannissa henkilökohtaisesta budjetista säädettiin vuonna 2015 voimaan tullessa hoitolaissa (*The Care Act 2014*), joka turvaa oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin kaikille hoivaa ja turvaa tarvitseville aikuisille sekä tuen tarpeessa oleville omaishoitajille. Lapsi- ja perhelaki säättää vammaiselle lapselle tai hänen perheelleen myönnettävästä henkilökohtaisesta budjetista. Henkilökohtaiset budjetit kuuluvat sosiaalihuollon toimialaan. Terveystieteidenhuollossa on käytössä vastaavanlainen järjestelmä, *Health budget*.

Sosiaaliviranomaiset ovat velvoitettuja laatimaan palvelutarpeen arvioinnin. Laissa on määritetty kansalliset kelpoisuusehdot henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle. Asiakkaan tarpeiden vastatessa kansallisesti asetettuja kriteerejä, hänelle laaditaan arvioon perustuva hoivan ja tuen suunnitelma. Suunnitelman laatimisen yhteydessä asiakkaalle tulee kertoa oikeudesta saada henkilökohtainen budjetti palvelujen ostamista varten.

Henkilökohtaisen budjetin tulee vastata suuruudeltaan sitä rahamäärää, joka paikallisviranomaisella kuluu maksuissaan asiakkaan palvelutarpeita. Henkilökohtaisen budjetin hallinnoimiseen on useita eri tapoja. Varat voidaan esimerkiksi maksaa suoraan asiakkaan tilille, ja asiakas ostaa itse tarvitsemansa palvelut.

Alankomaat

Järjestelmän kuvaus

Alankomaissa on käytössä sairausvakuutus pohjainen järjestelmä, johon sisältyy kahdenlaisia vakuutuksia. Palvelunkäyttäjä voi valita sekä vakuuttajan että vakuutuskokonaisuuden. Ensimmäisen vaihtoehdon mukaan vakuutuksenottaja valitsee vakuutuksen, jonka myötä hän voi käyttää ainoastaan vakuutuksenantajan listaamien palvelutuottajien palveluja, joista aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisenä. Toisen vaihtoehdon mukaisessa järjestelmässä asiakas voi valita palvelutuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidoista aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka. Asiakas vastaa kuluista ylimeneviltä osin.

Asiakkaan oikeudet

Asiakkaat valitsevat vakuutusohjelman omien tarpeidensa pohjalta. Maksuissaan suuremman omavastuusuuden palvelun kustannuksista, asiakas voi valita vapaammin palvelujen tuottajan. Sen sijaan on mahdollista valita ohjelma, jossa ei ole omavastuumaksua, mutta valinnanvapaus palvelujen tuottajien suhteen on suppeampi. Jokaisen täytyy kuitenkin kuulua jonkin vakuutusyhtiön piiriin. Kansalaiset voivat vaihtaa vakuutusyhtiötä kerran vuodessa, kalenterivuoden alussa.

Tilanteissa, joissa asiakas on lähtökohtaisesti sidottu vakuutuksenantajan listaamiin palvelutuottajiin, hän voi silti valita listan ulkopuolisen tuottajan. Vakuutuksenantaja määrittää suorittamiensa korvausten enimmäismäärän. Pitkäaikaishoidossa asiakas voi valita palvelut vakuutuksenantajan listaamilta palvelutuottajilta, jolloin palvelut ovat hänelle maksuttomia. Vaihtoehtoisesti pitkäaikaishoitoon voidaan soveltaa myös henkilökohtaista budjettia.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Hinnaltaan ja laadultaan edukkaiden palvelujen takaamiseksi vakuutusyhtiöt neuvottelevat tuottajien kanssa palvelujen määrästä ja hinnasta. Alankomaissa käyttöön otettu perusterveyden rahoitusmalli koostuu potilaskohtaisesta maksusta ja konsultaatiomaksusta. Alankomaiden terveysturvallisuuden (Nederlandse Zorgautoreiteit) määrittää vuosittaisen korvauksen suuruuden. Korvaus kattaa 75 prosenttia perusterveydenhuollon kustannuksista.

Alankomaissa on käytössä niin kutsuttu portinvartijajärjestelmä, jonka mukaan lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Järjestelmä muistuttaa piirteiltään Suomen nykyistä järjestelmää, sillä myös Alankomaissa erikoislääkärin vastaanotolle voi hakeutua kahdella tapaa: kiireettömässä tapauksissa perusterveydenhuollosta saadun lähetteen avulla tai kiireellisissä tapauksissa ensiavun kautta.

Terveydenhuollon ostamista säädellään vakuutusta koskevalla lainsäädännöllä. Lisäksi Alankomaissa potilasjärjestöillä on merkittävä rooli markkinoiden valvonnassa. Terveyspalveluja tuottavilla tahoilla on lakisääteinen velvollisuus julkaista tietoa tuottamistaan palveluista.

Henkilökohtainen budjetti

Alankomaissa henkilökohtainen budjetti kuuluu osaksi vammaisten, kroonisesti sairaiden ja ikään tynneiden pitkäaikaishoidon lainsäädännöllistä viitekehystä. Henkilökohtainen budjetti otettiin Alankomaissa käyttöön vuonna 1996. Henkilökohtaiset budjetit voidaan myöntää seuraavien lakien perusteella: pitkäaikaishoidonlaki (*Wet langdurige zorg*, Wlz 2015), sosiaalihuoltolaki (*Wet maatschaappelijke ondersteuning*, Wmo 2015), nuorisolaki (*Jeugwet* 2015) ja terveysturvallisuuslaki (*Zorgverzekeringswet*, Zvw 2006).

Asiakkaan, hänen hoitajansa tai läheisensä on pyydettävä palvelutarpeen arviointia, kun he haluavat selvittää asiakkaan oikeuden henkilökohtaiseen budjettiin. Tarvearvioinnin keskus suorittaa standardisoidun selvityksen asiakkaan olosuhteista sekä arvioi hoidon määrän, johon asiakas on oikeutettu. Pitkäaikaishoidon lain mukaisen henkilökohtaisen budjetin tulee olla riittävä tarvittavan hoidon ja tuen ostamiseksi. Budjetti lasketaan Alankomaiden terveydenhuollon viraston asettaman hinnaston perusteella.

Saksa

Järjestelmän kuvaus

Saksalainen terveydenhuolto perustuu sosiaalivakuutukseen. Jokaisella kansalaisella tulee olla joko julkinen tai yksityinen vakuutus. Tällä hetkellä julkisen vakuutuksen piirissä on 85 prosenttia väestöstä. Yksityinen vakuutus on palveluiden suhteen kattavampi, mutta sen saamiseksi on asetettu joitakin edellytyksiä.

Julkiset vakuutusrahastot keräävät jäseniltään vakuutusmaksuja kansalliseen rahastoon. Rahastot maksavat terveysturvallisuuden tuottajille, suurimpien kuluerien kohdistuessa sairaaloihin ja perustason palveluihin. Asiakkaan maksettavaksi jää vain pienehkö osa. Rahastojen on turvattava kaikille vä-

hintäänsäkin lakimääräiset palvelut, eivätkä ne saa valita vakuutettujaan. Vakuutusmaksut ovat tuloperusteisia.

Asiakkaan oikeudet

Vakuutetut voivat valita, mihin julkiseen vakuutusrahastoon he haluavat kuulua. Asiakkaalla on myös oikeus valita palvelun tuottaja. Julkisessa järjestelmässä tämä koskee järjestelmän akkreditoimia lääkäreitä ja sopimussairaaloita. Asiakkaan valinnanvapauteen kuuluu oikeus valita yleislääkäri, mutta myös psykoterapeutti, hammaslääkäri, farmaseutti ja ensiapuyksikkö. Omalääkäriä voi vaihtaa enintään kerran kolmessa kuukaudessa. Saksassa omalääkäri ei toimi portinvartijana erikoissairaanhoidon, eikä lähetettä sairaalaan tarvita. Näin ollen useat asiakkaat valitsevat suoraan erikoislääkärin vastaanoton.

Sosiaalipalveluiden osalta pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille. Vakuutus sisältää vain peruspalvelut. Yksilöiden edellytetään joko kustantavan itse osan kuluista taikka hakevan tarveperustaista sosiaalietuutta.

Palvelun tuottajien velvollisuudet

Lääkäreiden tulee olla jäseninä alueellisissa yhdistyksissä, jotka neuvottelevat paikallisesti sopimukset sairauskassojen kanssa. Valtion viranomaisen (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS) toimii yhteistyössä sairauskassojen ja sairaaloiden kanssa esimerkiksi sopimuksentekoon liittyvissä asioissa. BQS julkaisee vuosittain vertailukelpoista tietoa sisältäviä raportteja sairaaloiden palvelujen laadusta. Vuodesta 2005 alkaen sairaalat ovat olleet velvoitettuja julkaisemaan itse vertailukelpoista tietoa toiminnastaan ja sen laadusta kahden vuoden välein.

Sosiaalipalvelujen tuottamisessa kolmannen sektorin tuottajat ovat keskeisessä asemassa, minkä lisäksi palveluja tarjoavat myös yksityiset yritykset. Asiakkaalla on oikeus valita itselleen parhaiten soveltuva palvelutuottaja. Sosiaalista tukea tarjotaan sekä palvelujen että rahallisten etuuksien muodossa. Annettuun tukeen on sisällytetty myös neuvontaa ja ohjausta.

Henkilökohtainen budjetti

Saksassa toteutettiin henkilökohtaisen budjetin pilottikokeiluja vuosina 2004–2008. Vuodesta 2008 lähtien monituottajuuteen perustuvat henkilökohtaiset budjetit ovat olleet lakisääteinen oikeus. Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää asiakkaalle, joka tarvitsee vammaisuuden, fyysisen, psyykkisen tai mielenterveydellisen syyn vuoksi jatkuvia hoivapalveluja päivittäisten toimintojen hoitamiseen huomattavissa määrin tai vähintään kuuden kuukauden ajan. Henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle ei ole ikärajaa.

Henkilökohtaisen budjetin saamiseksi asiakkaan tulee ottaa yhteyttä johonkin viranomaistahoon, kuten esimerkiksi sairausvakuutuskassaan tai työvoimatoimistoon, joka puolestaan vastaa tämän jälkeen asiakkaan henkilökohtaisen budjetin järjestämisestä ja toteutuksesta. Valittu taho selvittää asiakkaalle, millaisiin palveluihin ja etuuksiin oikeus kohdistuu. Asiakkaan tilanteen kannalta olennaisilta palvelutuottajilta pyydetään budjettihakemusta koskeva lausunto, minkä jälkeen palvelutarpeesta keskustellaan asiakkaan kanssa. Palvelutarpeen arvioinnin jälkeen asiakkaan kanssa laaditaan palvelusuunnitelma sekä sopimus, joka sisältää ne edut ja korvaukset, joihin asiakas on oikeutettu.

Henkilökohtainen budjetti voidaan myöntää suoramaksuna asiakkaalle itselleen. Toisen vaihtoehdon mukaan viranomaisen järjestää palvelut asiakkaalle sovitulla tavalla. Vaihtoehdot on myös mahdollista yhdistää. Henkilökohtaisen budjetin suuruus määräytyy palvelutarpeen arvioinnin perusteella, ja sen tulisi vastata summaa, joka kuluisi palvelujen järjestämiseen julkisen sektorin kautta.

2.3 Nykytilan arviointi

Nykytilan arviointi on kesken.

Sosiaali- ja terveystalouden laatu on maassamme hyvä, mutta ongelmia liittyy palveluiden saataavuuteen erityisesti perustasolla ja rajoitettuun mahdollisuuteen tehdä valintoja. Suomessa terveydenhuollon laatu on OECD-maiden huippua useilla hoidon mittareilla tarkasteltuna. OECD mittaa perusterveydenhuollon toimintaa vältettävissä olevien erikoissairaanhoidon käyntien määrällä. Suomessa on astmaan ja keuhkohtaumatautiin liittyviä käyntejä vähemmän kuin OECD-maissa keskimäärin (OECD: Health at a Glance 2015). Yksi laadun mittari on asiakkaiden tyytyväisyys palveluihin. Suomalaiset ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään sekä hoidon laatuun ja turvallisuuteen (OECD Economic Surveys: Finland 2012). Vuonna 2014 kaupunkien terveysasemat saivat yleisarvosanan 4,30 asteikolla 1-5. Vastaava kaupunkien terveysasemien asiakastyytyväisyyden yleisarvosana vuonna 2010 oli 4,09. Tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisimpiä henkilökunnan ammattitaitoon, käytökseen, vuorovaikutustaitoihin ja tiedonsaantiin. Eniten parantamista arvioitiin olevan puhelinyhteyden saamisessa terveysasemalle. THL:n vuonna 2014 äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaiden tyytyväisyyttä kartoittavan koko maan laajuisen palautekyselyn mukaan suomalaiset perheet pitivät neuvoloista saamiensa palveluiden laatua erittäin hyvänä. Perusterveydenhuollon asiakkaiden tyytyväisyys terveyskeskuspalveluihin on viimeisimpien asiakastyytyväisyyskyselyjen mukaan kasvanut. (Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa I ja II Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisu – 9/2016). Vastaavia vertailuja sosiaalihuollosta ei ole saatavilla.

Kuitenkin huomattava osa väestöstä ei saa tarvitsemiaan perustason palveluita tai joutuu odottamaan niitä kohtuuttoman kauan. Kodin ulkopuolelle sijoitetuksi tulleista lapsista vain 15 prosenttia on saanut riittävästi tarvitsemiaan avohuollon palveluja ennen sijoitusta. Niistä sijoitetuista nuorista, joiden taustalla oli vahvasti päihdeongelmat, vain 35 prosenttia on saanut apua päihdeongelmaan palveluista (Peruspalvelujen tila 2016). Säännöllisten iäkkäiden palvelujen piirissä on viidennes 75 vuotta täyttäneistä. Palveluiden järjestämisessä iäkkäiden asiakkaiden palvelutarpeiden mukaan on alueellisia eroja. Vammaispalveluja koskevan erityislainsäädännön tarkoituksena on vammaisten henkilöiden osallisuuden ja itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Kuitenkin palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelusuunnitelmien ja erityishuolto-ohjelmien tekemisessä on edelleen puutteita. Kaikille vammaisille henkilöille ei tehdä asianmukaisia suunnitelmia tai toteuteta palveluja suunnitteluprosessissa ilmenneiden tarpeiden mukaisena. Lakia sovelletaan keskittyen yksittäisiä palveluja koskeviin päätöksiin sen sijaan että arvioitaisiin kokonaisvaltaisesti vammaisen henkilön tarpeita ja palvelujen kokonaisuutta. Puutteet kokonaisuuden arvioinnissa korostuvat etenkin silloin, kun vammaisella henkilöllä on vaativia ja monialaisia tuen ja avun tarpeita tai kun kyseessä on vammaisen lapsi, jolloin koko perheen tarvitsema tuki tulisi ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon.

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan osa väestöstä ei saa tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskusten tarjoamia palveluja. Vuonna 2015 kyselyyn vastanneista 28,8 prosenttia arvioi, etteivät olleet saaneet tarpeeseensa nähden riittävästi terveyskeskuslääkäreiden palveluita (Peruspalveluiden tila 2016). Vuonna 2014 perusterveydenhuollon avohoidon käyntejä

oli 67,6 prosentilla väestöstä yhteensä noin 23,9 miljoonaa ja asiakkaita 3,7 miljoonaa. Vuonna 2014 terveystieteiden suun terveydenhuollon palveluja käytti 33,4 prosenttia väestöstä ja käyntejä oli 4,9 miljoonaa ja asiakkaita 1,8 miljoonaa. Terveystieteiden lisäksi Kelan korvaamia yksityishammashoitokäyntejä oli vuonna 2014 väestössä yhteensä noin 2,8 miljoonaa.

Hoidon saatavuutta arvioidaan terveystietokeskusten palvelujen käytöllä ja pääsillä perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kiirettömään hoitoon Terveystieteenhuoltolain edellyttämällä kriteerillä. Maaliskuussa 2015 välitön yhteyden saanti toteutui terveystieteiden johtavien lääkäreiden mukaan 72 prosentissa terveystietokeskuksista. Lokakuussa 2015 48 prosenttia kiirettömistä lääkärin avosairaanhoidon käynneistä toteutui viikon kuluessa yhteydenotosta terveystietokeskukseen. Lääkärin avosairaanhoidon käynneistä kahdessa prosentissa käynti toteutui yli kolmen kuukauden kuluttua yhteydenotosta. Keskimääräiset lääkärin avosairaanhoidon kiirettömän vastaanottokäynnin toteutumisaajat olivat kuitenkin korkeampia heijastaen osalla asiakkailla olleen varsin pitkiä odotusaikoja päästäkseen lääkärin avosairaanhoidon kiirettömälle vastaanottokäynnille. Hoitajan kiirettömälle avosairaanhoidon vastaanottokäynnille pääsyä odotettiin yli kolme vuorokautta 32 prosentissa käynneistä ja yli kolme kuukautta alle prosentissa käynneistä.

Lokakuussa 2015 yhteensä 87 prosenttia kiirettömistä hammaslääkärikäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä yhteydenotosta. Noin viisi prosenttia hammaslääkärikäynneistä oli sellaisia, jotka toteutuivat yli kuusi kuukautta yhteydenotosta. Koko vuoden 2015 tilannetta tarkasteltaessa hoitopääsylainsäädännön mukaisen kiirettömän hammaslääkärin vastaanottokäynnin toteutumisen mediaaniaika oli seitsemän päivää. Noin 50 prosenttia käynneistä suuhygienistin luona toteutui kolmen viikon sisällä yhteydenotosta. Keskimääräiset kiirettömän hammaslääkärikäyntien toteutumisaajat olivat kuitenkin huomattavasti korkeampia, joka kertoo osalla asiakkaista olleen poikkeuksellisen pitkiä odotusaikoja päästäkseen hammaslääkärin kiirettömälle vastaanotolle (Peruspalveluiden tila 2016).

Erikoissairaanhoidossa hoidon saatavuus on parantunut kiirettömän hoidon osalta. Hoitopääsyn lainsäädännöllä ja sen toimeenpanon seurannalla on ollut suuri vaikutus tähän. Sairaanhoidopiirit ovat lyhentäneet kiirettömän hoidon jonoja organisoimalla työtä uudelleen ja lisäämällä esim. erillissopimuksilla iltatyönä, palvelujen ostolla ja palveluseteleillä. Edelleen kiirettömään hoitoon odotetaan keskimäärin 1–2 kuukautta. (Peruspalveluiden tila 2016).

Perusterveydenhuollon palvelujen kohdentuminen väestössä sisältää piirteitä, jotka viittaavat väestön eriarvoistumiseen. Tutkimusten mukaan terveystieteiden asiakaskunnasta suurin osa on alimpiin tulo- ja koulutusluokkiin kuuluvaa väestöä kun taas suurituloiset käyttävät enemmän työterveyshuollon ja yksityisen sektorin lääkäripalveluja. Vuonna 2013 toteutetun Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) –kyselytutkimuksen mukaan alimmassa tuloluokassa (tuloviidenneksessä) terveystietokeskuslääkäriä oli viimeisen vuoden aikana käynyt lähes joka toinen vastanneista (46 %); vastaava osuus ylimmässä tuloluokassa oli 25 prosenttia Alimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön suuntautuminen enemmän terveystietokeskuksiin ja ylimpien sosioekonomisten ryhmien palvelujen käytön painottuminen työterveyshuoltoon on tasavertaisuuden näkökulmasta ongelmallista. Suun terveydenhuollossa ikääntyvän väestön palvelujen käyttö on hoidon tarpeeseen nähden yhä liian vähäistä eikä terveystietokeskuksissa pystytä tarjoamaan säännöllistä hammashoitoa sitä eniten tarvitseville potilasryhmille. (Peruspalveluiden tila 2016). Suomalaisista 4 prosenttia ilmoitti vuonna 2013, etteivät he ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa kustannusten, etäisyyden tai potilaskäyntien vuoksi. Tätä korkeammat osuudet olivat vain Italiassa, Virossa, Puolassa, Kreikassa ja Latviassa (OECD: Health at a Glance 2015). Voimassa olevassa asiakasmaksulainsäädännössä on säännökset ainoastaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Yksityiset palveluntarjoajat ovat voineet hinnoitella palvelunsa omista lähtökohdistaan käsin. Asiakasmaksuilla on

merkittävä ohjausvaikutus palvelujen käyttöön. Perustuslakivaliokunta on lausunnoissaan (PeVL 39/1996 ja 8/1999) todennut, että asiakkaan taloudellinen asema ei voi olla esteenä palveluiden saamiselle, eivätkä asiakasmaksut saa siirtää palveluja niitä tarvitsevien tavoittamattomiin. Erityisesti terveystalouden jakautuminen vähävaraisten käyttämiin julkisiin ja hyvätuloisten käyttämiin yksityisiin palveluihin on lisännyt väestöryhmien eriarvoisuutta. 15 OECD maan vertailussa vain Virossa ja USA:ssa oli Suomea suurempaa eriarvoisuutta lääkäripalveluihin pääsyssä (OECD. Finland fit for the future. February 2013).

Valinnanvapaudesta säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta säädetään eri tavoin ja toteutetaan eri keinoin. Terveystalouden laki takaa laajan valinnanvapauden julkisissa palveluissa. Valinnanvapaus julkisten ja yksityisten palveluiden välillä riippuu henkilön taloudellisesta asemasta. Erikoissairaanhoidossa palveluseteli on osoittautunut olevan toimiva järjestelmä esimerkiksi silloin, kun kyseessä on hyvin rajattu ja selkeä suhteellisen yksinkertainen hoitokokonaisuus. Tällaisesta esimerkkinä voidaan käyttää kaihileikkausta, jossa komplikaatoriski on pieni. OECD on toistuvasti ehdottanut valinnanvapauden lisäämistä terveydenhuollossa. Samanaikaisesti suosittelemme STM:n tilaama sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kansainvälisten ennakoarviointi (STM 2016). Asiakastytyväisyyssmittauksen yhteydessä on kysytty asiakkaiden näkemyksiä vapaudesta valita terveysasema. Asiakkaat pitivät valinnanvapautta tärkeänä. Kuitenkin huomattavasti pienempi osa asiakaskyselyyn vastanneista koki, että vaihtamiseen olisi todellista mahdollisuutta. Asiakkaat pitivät tietoa palvelujen laadusta ja saatavuudesta riittämättömänä. Terveystalouden keskeiset vaihtamisen syyt olivat palvelujen sijainti, laatu ja saatavuus. Terveystalouden vaihtajia oli hyvin vähän väestöön suhteutettuna (2–4 prosenttia), ja terveysaseman asiakkaista kahdeksan prosentti (Peruspalveluiden tila 2016)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa iäkkäiden palveluissa yksittäisten palvelujen, kuten asumispalvelujen, osalta käytetään jo nyt paljon ostopalveluja yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä, jolloin on jo olemassa vaihtoehtoja ja palveluvalikoimaa suuressa osassa maata. Vammaispalveluissa palveluseteli on nykyisin käytössä laissa säädettyä yhtenä henkilökohtaisen avun toteuttamistapana. Palveluseteliä käytetään etenkin vakituisen avustajan sijaistamisesta huolehtimisessa. Vammaisten henkilöiden palvelujen keskeiset tavoitteet asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaan osallisuuden, itsemääräämisoikeuden ja asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistamisesta puoltavat valinnanvapauden mahdollistamista laajasti myös vammaisten henkilöiden palveluissa. Samalla on kuitenkin huolehdittava riittävästä tuesta valinnanvapauden käyttöön ottaen huomioon vammaisten henkilöiden monimuotoiset tuen tarpeet kuten muidenkin asiakasryhmien kohdalla. Valinnanvapauden lähtökohta sisältyy myös YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksia koskevaan yleissopimukseen, jonka Suomi on ratifioinut.

Täydennetään sote-uudistuksen ja sen luoman uuden toimintaympäristön arvioinnilla

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus

Hallituksen sote- ja maakuntauudistusta koskevan lakiesityksen tarkoituksena on perustaa uudet maakunnat 1.7.2017 alkaen ja säätää niiden hallinnosta ja taloudesta. Lisäksi tarkoituksena on siirtää sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu kunnilta maakunnille 1.1.2019 alkaen sekä säätää maakuntien rahoituksesta, rahoituksen keräämisen veroperusteista, uudesta kuntien peruspalvelujen valtionosuus-järjestelmästä, uudistuksen voimaantulusta, henkilöstön asemasta ja omaisuusjärjestelyistä. Esitysluonnokseen sisältyvät myös alustavat kuntakohtaiset laskelmat uudistusten kuntatalousvaikutuksista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on maakunnilla. Järjestämisvastuulla tarkoitetaan vastuuta lakisääteisten tehtävien järjestämisestä.

Sote- ja maakuntauudistuksen tarkoituksena on nykyaikaistaa palveluja ja parantaa julkisen talouden kestävyttä. Uudistuksella luodaan edellytykset Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden mallille. Kaikki julkiset sosiaali- ja terveystalvet kootaan yhden vahvan johdon eli maakunnan alaisuuteen. Uusissa maakunnissa otetaan käyttöön tehokkaimmat ja vaikuttavimmat toimintatavat, jotta palvelut voitaisiin tuottaa vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Palvelut integroidaan asiakaskeskeisesti ihmisten tarpeiden mukaisesti. Tavoitteena on pienentää eroja ihmisten hyvinvoinnissa ja taittaa kustannusten kasvua.

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestäminen ja tuottaminen

Hallituksen lakiluonnosten mukaan maakunta järjestää julkisesti rahoitetut sosiaali- ja terveystalvelut. Se tarkoittaa, että maakunta suunnittelee, johtaa ja rahoittaa sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisuutta alueellaan. Ehdotuksen mukaan palveluja tuottaa maakunnan liikelaitos. Lisäksi palveluja voivat tuottaa muut julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat. Maakunta vastaa siitä, että palveluista muodostuu asiakkaille sujuvat kokonaisuudet ja palvelu- ja hoitoketjut.

Maakuntalaissa on yleiset säännökset maakunnan hallinnon ja talouden järjestämisestä. Maakunta vastaa laissa säädettyjen asukkaan oikeuksien toteutumisesta. Maakunta vastaa myös siitä, että asukkaat saavat lakisääteiset palvelut yhdenvertaisesti. Maakunta määrittelee palvelujen tarpeen, määrän ja laadun sekä niiden tuottamistavan, jollei muulla lailla toisin säädetä. Lisäksi se vastaa palvelujen tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta sekä viranomaiselle kuuluvasta toimivallan käytöstä.

Maakunta voi tuottaa palveluja itse tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muulta palvelun tuottajalta. Maakunta rahoittaa vastuulleen kuuluvien tehtävien hoidon ja palvelut pääosin valtiolta saamallaan rahoituksella ja pieneltä osalta keräämillään maksutuloilla.

Järjestämislaissa säädetään siitä, miten maakunnan pitää järjestää asukkaiden lakisääteiset sosiaali- ja terveystalvelut. Sosiaali- ja terveystalvelujen sisällön, laajuuden ja laadun pitää olla asiakkaiden tarpeen mukaisia. Palvelujen pitää olla yhteen sovitettuja kokonaisuuksia ja ne pitää toteuttaa väestön tarpeiden mukaan lähellä asiakkaita. Palvelujen tuottamista voidaan koota suurempiin kokonaisuuksiin yhden tai useamman maakunnan laajuisesti silloin, kun niiden saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja. Näin voidaan tehdä myös silloin kun palvelujen tarkoituksenmukainen, kustannusvaikuttava ja tehokas toteuttaminen edellyttävät sitä.

Palvelutuotannon ohjaus kuuluu järjestämisvastuussa olevalle maakunnalle. Maakuntalakiluonnoksen mukaan tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva maakunta vastaa asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden: 1) yhdenvertaisesta saatavuudesta; 2) tarpeen, määrän ja laadun määrittämisestä; 3) tuottamistavasta; 4) tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta; 5) viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä, lukuun ottamatta maakunnan liikelaitokselle lailla säädettyä tai hallintosäännöllä siirrettyä toimivaltaa.

Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottaminen

Maakuntalaissa säädetään yleisesti maakunnan palvelujen tuottamisesta. Maakunta voi tuottaa palvelut itse tai yhteistoiminnassa muiden maakuntien kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen

muulta palvelun tuottajalta. Palvelun tuottajana voi toimia maakunnan liikelaitos, osakeyhtiö, yhteisö, yhdistys, osuuskunta, säätiö ja itsenäinen ammatinharjoittaja.

Järjestämislaissa säädetään sosiaali- ja terveystalouden tuottamisen periaatteista. Maakuntalain ja järjestämislain lisäksi palvelujen tuottamisesta säädetään erillisessä laissa sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta.

Maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen. Maakunnan omasta palvelujen tuotannosta vastaa maakunnan palveluliikelaitos. Palveluliikelaitos on erillinen julkisoikeudellinen laitos, jota johtaa johtaja ja hallitus. Laitoksen palveluksessa on myös viranhaltijoita, jotka voivat tehdä viranomaispäätöksiä. Maakunnan liikelaitos tuottaa asukkaille julkiset sosiaali- ja terveystaloudet myös silloin, jos niitä ei ole muuten saatavilla. Esimerkiksi jos syrjäseudulla ei ole muita palveluntuottajia.

Maakunnan on annettava palvelujen tuottaminen maakunnan liikelaitoksen omistaman yhtiön tai yhteisön hoidettavaksi silloin, kun maakunta hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä kilpailutilanteessa markkinoilla tai palvelut ovat asiakkaan valinnanvapauden piirissä (yhtiöittämisvelvollisuus).

Palvelun tuottajalla on monia velvoitteita. Tuottajan on esimerkiksi varmistettava, että palvelukokonaisuudet toteutuvat ja palveluketjut toimivat sovitusti. Maakunta veloitetaan laatimaan sopimus kaikkien palveluntuottajien kanssa. Maakunta päättää palvelustrategiassaan myös yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Lisäksi palvelustrategiassa on määriteltävä, mikä osa hankinnoista kilpailutetaan palvelujen innovatiivisuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantavien uusien ratkaisujen kehittämiseksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiassa on lisäksi otettava huomioon asiakkaan valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen ja muiden sosiaali- ja terveystalouden palvelujen sovittaminen yhteen siten, että asiakkaiden tarvitsemat palvelut muodostavat tarpeen mukaisen kokonaisuuden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan lakiluonnoksen mukaan maakunnan on omassa toiminnassaan erotettava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja palvelujen tuottaminen. Maakunnan omasta palvelujen tuotannosta ja siinä palveluiden yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvien palveluiden muiden tuottajien kanssa vastaa maakunnan liikelaitos. Liikelaitoksen yhteensovitustehtävä tarkoittaa yksittäisten asiakkaiden palveluketjujen yhteensovitusta ja on näin konkreettisemmalla tasolla kuin maakunnan järjestämistehtävään kuuluva yleinen yhteensovitus ja palvelusuunnittelu.

Laissa sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta säädettäisiin oikeudesta tuottaa maakunnan järjestämisvastuulla olevia sosiaali- ja terveystaloudet sekä yksityisiä sosiaali- ja terveystaloudet. Lailla halutaan laadultaan hyvät palvelut. Lisäksi halutaan edistää yrittäjyyttä vähentämällä yrittäjien hallinnollista taakkaa.

Lakiluonnoksen mukaan nykyisistä, palvelun tuottajan toimintamuodosta riippuvaisista lupa- ja ilmoituskäytännöistä luovutaan. Sen sijaan siirrytään kaikkia palvelun tuottajia yhtäläisesti koskevaan rekisteröintiin ja toimivaan omavalvontaan, joka perustuu palvelun tuottajan ja viranomaisen väliseen luottamukseen.

Palvelun tuottajan on rekisteröidyttävä sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajien rekisteriin. Rekisteriin sisältyy myös avoin julkinen tietopalvelu palvelun tuottajista. Rekisteri- ja valvontaviranomaisina toimivat sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot.

Palvelujen tuottajien on täytettävä laissa määritellyt rekisteröintikriteerit. Valvontaviranomainen tekee päätöksen tuottajan hyväksymisestä tai hylkäämisestä. Nämä kriteerit täsmentyvät hallituksen linjattua valinnanvapautta.

Ehdotuksen mukaan palvelun tuottajan on turvattava palvelujen laatu, asiakaskesteisyys, turvallisuus ja asianmukaisuus sekä valvottava niiden toteutumista. Palvelun tuottajalla pitää olla kattava omavalvontasuunnitelma.

3 Esityksen tavoitteet ja keskeiset ehdotukset

3.1. Esityksen tavoitteet

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus. Ohjelman mukaan uudistus suunniteltiin toteutettavaksi kolmessa vaiheessa, jotka olivat sosiaali- ja terveystalvelujen integraatio ja rakenneuudistus, yksikanavainen rahoitusmalli huomioiden työterveyshuollon asema ja kolmantena valinnanvapauden toteuttaminen ja tuotannon monipuolistaminen.

Myöhemmissä linjauksissaan hallitus on korostanut palvelujen eri tuotantotapojen vertailtavuutta ja edellytyksiä innovaatioiden ja kokeilujen toteuttamiselle. Edellytykset tälle ja asiakaslähtöisesti integroiduille palveluille luodaan kattavalla potilas- ja asiakastiedon integraatiolla. Ihmisten valinnanmahdollisuuksia tuetaan palvelujen yhtenäisillä laatuksiteereillä ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.

Kesäkuussa 2016 hallitus linjasi valinnanvapausjärjestelmän valmistelua ja asetti tavoitteita, jotka ovat seuraavassa ryhmiteltyinä asiakkaan, palvelujen tuottamisen, tuottajien yhdenvertaisuuden ja kustannuskehityksen hallinnan ja ohjattavuuden näkökulmasta. Toteutettavan valinnanvapausmallin tavoitteena on vastata ihmisten erilaisiin tarpeisiin, antaa valinnanmahdollisuuksia ja parantaa palvelujen laatua, saatavuutta ja niiden yhteensovittamista. Mallin tulisi myös kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta sekä tukea itsemääräämisoikeutta ja yksilöiden omaa vastuunottoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Tavoitteena on myös vahvistaa perustalveluja ja mahdollistaa sote-palvelujen integraatio tukemalla tätä tiedon integraatiolla. Lisäksi mallin tulisi kannustaa asiakaskesteiseen toimintaan. Tuottajia tulee kohdella yhdenvertaisesti varmistamalla, että markkinoille tulon kynnyks ja hallinnollinen taakka matala myös PK-yritysten näkökulmasta. Kilpailun markkinoilla tulee olla oikeudenmukaista ja markkinoilta poistumisen helppoa. Kustannuskehitystä hallitaan ja ohjataan niin, että 3 miljardin euron kustannusten hillintätavoite saavutetaan vuoteen xx mennessä. Palveluntuottajia kannustetaan palvelujärjestelmän jatkuvaan kehittämiseen ja uudistamiseen sekä tuottamaan palvelut vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti sekä kantamaan hyvinvointi- ja terveysriskiä.

Ehdotettavan valinnanvapausmallin tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palvelun tuottaja, parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen.

3.2 Toteuttamisvaihtoehdot

Edellä 2.2 luvussa on kuvattu eräiden maiden valinnanvapausmalleja. Valinnanvapausmallit ovat kytkeytyneet kunkin maan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen erityispiirteisiin. Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen voidaan kuitenkin toteuttaa usealla kansallisestikin usealla eri tavalla.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilöryhmä ehdotti väliraportissaan neljä erilaista valinnanvapauden toteuttamisen tapaa: omatiimi, väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus, monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus ja integroitu sosiaali- ja terveyskeskus. Valinnanvapauden laajuus vaihtelee selvityshenkilöryhmän esittämien vaihtoehtojen välillä niin, että laajan valinnanvapaus on omatiimissä ja suppein integroidussa sosiaali- ja terveyskeskuksessa. Valinnanvapaus on siten selvityshenkilöryhmän esittämässä malleissa laajempi, mitä vähemmän palveluita valittaman perusyksikön vastuulle kuuluu, koska perusyksikön tuottamien palveluiden ulkopuolella olevat palvelut olisivat laajan valinnanvapauden piirissä niin, että asiakas voisi valita ne miltä tahansa hyväksytyltä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajalta. Selvityshenkilöryhmän toimeksiantoon ei kuulunut valtiosääntöoikeudellisen arvion tai muiden juridisten reunaehtojen tarkastelu.

Selvityshenkilöiden esittämä omatiimi muodostuu omalääkäristä (yleislääkäri), terveydenhoitajasta tai sairaanhoitajasta sekä sosiaalityöntekijästä ja sosiaaliohjaajasta. Sen toiminta sisältää sosiaaliohjauksen, sosiaalityöntekijän, yleislääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajan itsenäiset vastaanotot. Omatiimi vastaa eräissä muissa Euroopan maissa käytettävää perhelääkärimallia, kuitenkin täydennettynä sosiaalihuollon ja -työn asiantuntijalla. Asiakas ilmoittautuu perustason palveluntuottajalle, joka toimii portinvartijana ja tekee ensimmäisen palvelutarpeen arvioinnin. Omatiimi hoitaa sekä portinvartijan roolia suhteessa muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin että asiakkaan palvelujen ohjausta. Muut kuin omatiimin tuottaman perustason palvelut ovat laajan valinnanvapauden piirissä.

Väestövastuisen sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluisi omatiimin sisältyvien palvelujen lisäksi laajemmin sosiaalihuollon palveluita, perhetyö, kasvatus- ja perheneuvonta, päihde- ja mielenterveystyö ja hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy, Monitoimisessa sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle kuuluisi edellisten palvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle puolestaan kuuluisi kaikki perustason palvelut ja asiakkaan valinnanvapaus rajoittuisi sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan.

Selvityshenkilöryhmä päätyi ehdottamaan loppuraportissaan väestövastuista sosiaali- ja terveyskeskusta lasten- ja äitiysneuvolatoiminnalla täydennettynä suomalaisen valinnanvapausmallin pohjaksi. Sosiaali- ja terveyskeskukset voivat hoitaa säädetyt tehtävänsä käyttämällä alihankkijoita ja verkostoitumalla keskenään esimerkiksi erikoisosaamista koskevissa toiminnoissa.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa valtio päättäisi niistä palveluista, joiden kohdalla asiakkaalla on vapaus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimenettely tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta valtio vahvistaisi tuottajille asetettavat vaatimukset. Lisäksi valtio päättäisi asiakkaalta palvelujen käytöstä perittävistä asiakasmaksuista ja niiden suuruudesta, jotka ovat samoista palveluista samansuuruisia tuottajasta riippumatta. Valtio päättäisi myös maksukatoista ja niiden suuruudesta.

Selvityshenkilöiden mallissa valtio osoittaisi maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka perustuisi suurimmaksi osaksi tarvevakioituun kapitaatioon. Lisäksi valtio voisi käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tu-

kevia kannustimia. Valtio myös määritteli tuottajien korvausperiaatteet, jotka määrittelevät rahoittajan ja järjestäjän välisen vastuunjaon sekä sen, miten paljon harkintavaltaa valtio maakunnille antaa. Korvausperiaatteiden määrittelyllä on myös yhteys taloudelliseen ohjaukseen sekä valtakunnallisen toiminnanohjauksen toteutumiseen. Korvausperiaatteet määrittelevät keskeisesti myös sitä, mitkä ovat palveluntuottajien velvollisuudet ja toisaalta asiakkaiden oikeudet ja oikeutetut odotukset järjestelmässä. Näin ollen korvausperiaatteet vaikuttavat osaltaan myös asiakkaiden oikeusturvan laajuuteen.

Selvityshenkilöiden esittämässä mallissa maakunta järjestäjänä vastaisi palvelujen tuottajien kanssa laadittavista sopimuksista ja niiden seurannasta (sopimusohjaus) sekä päättäisi tuottajille maksettavien korvausten määrästä valtion määrittelemien korvausperiaatteiden perusteella. Tuottajalle julkisista varoista maksettava korvaus olisi maakunnan tasolla samasta palvelusta kaikille julkisille, yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille yhtenäinen. Maakunta suorittaisi palvelujen tuottajille sopimusten mukaiset valtion säätämien yleisten korvausperiaatteiden perusteella määritellyt korvaukset, valvoisi sopimusehtojen noudattamista ja tarvittaessa huolehtisi sopimukseen kirjattujen seuraamusten toteuttamisesta.

Selvityshenkilöiden ehdottomassa mallissa asiakas valitsisi ensisijaiseksi asiointipaikakseen sosiaali- ja terveyskeskuksen, jonka tehtäviin kuuluu määriteltyjen peruspalvelujen tuottamisen lisäksi suorittaa muita palveluja koskeva ammatillinen tarpeen arviointi (ns. ”portinvartijan rooli”). Asiakas listautuisi valitsemaansa sosiaali- ja terveyskeskukseen vähintään puolen vuoden ajaksi. Tänä aikana asiakas ei voi käyttää toisen sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluja. Maakunta maksaisi sopimuksen mukaisen korvauksen sosiaali- ja terveyskeskukselle listautuneista asiakkaista.

Sosiaali- ja terveyskeskuksen tehtäviin kuuluisi määriteltyjen peruspalvelujen tuottaminen. Muita julkisrahoitteisia valinnanvapauden piiriin kuuluvia peruspalveluja tuottaisivat sosiaali- ja terveyskeskuksen ulkopuoliset palveluntarjoajat. Näitä palveluja voisi saada sosiaali- ja terveyskeskuksen toteaman tarpeen mukaisesti lähetteen tai palveluohjauksen perusteella. Valinnanvapauden piirissä olisi myös sosiaali- ja terveyspalveluja, joiden käyttöön oikeuttaa viranomaisen tekemä etuus- tai erityispalvelua koskeva päätös. Maakunta maksaisi korvauksen näistä muista valinnanvapauden piiriin kuuluvista palveluista valtakunnallisesti hyväksytyille tuottajille sen mukaan, millainen korvausmalli kullekin palvelulle on määritetty.

Selvityshenkilöiden esittämän mallin lisäksi virkamiesvalmistelussa oli esillä väestövastuiseen sosiaali- ja terveyskeskukseen sekä omatiimin pohjautuvat valinnanvapausmallit, joissa väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus tai omatiimi olisivat julkisija toimijoita. Julkisen toimijan mallissa perusyksikkö olisi julkinen toimija, ja muiden toimijoiden palveluita valitaan esimerkiksi henkilökohtaisen budjetoinnin tai palveluseteliratkaisujen avulla. Lisäksi virkamiesvalmistelussa oli esillä malli, jossa valinnanvapautta lisättäisiin nykyisen järjestelmän pohjalta vaiheittain kokeilujen kautta. Tavoitteena olisi laaja asiakkaan valinnanvapaus tuottajien suhteen ja tavoitetta kohti edettäisiin käytännöllisillä askeleilla. Palvelusetelikäytäntöjä, valinnanvapauskorvauksia ja henkilökohtaista budjetointia kehitetään ja valinnanvapausjärjestelmää laajennetaan asteittain säilyttäen nykymuotoinen valinnanvapaus ja parantaen sen kattavuutta erilaisten tuottajien piiriin.

3.3 Keskeiset ehdotukset

Ehdotuksen mukaan asiakas voisi valita palvelujen tuottajan nykyistä monipuolisemmin. Asiakas voisi listautua valitsemansa sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaaksi ja valita lisäksi haluamansa suunhoidon yksikön. Sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt myöntäisivät asiakkailleen

maksuseteleitä asiakkaan valitsemalta palvelun tuottajilta hankittaviin yksittäisiin palveluihin. Lisäksi asiakas voisi myös valita maakunnan tuottamissa palveluissa palveluja antava toimipisteen, kuten sairaalan. Asiakaseteli ja henkilökohtainen budjetti olisivat käytössä maakunnan tekemän palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja niiden perusteella asiakas saisi valita palvelun tuottajan.

Palvelujen tuottajat toimivat verkostomaisesti ja yhteistyö maakunnan liikelaitoksen kanssa on sujuvaa. Tämän avulla valinnanvapausjärjestelmässä huolehditaan myös palveluiden yhteensovittamisesta (palveluintegraatiosta).

Ehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus koostuisi niin sanotuista suoran valinnan palveluista sekä asiakasetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla saatavista palveluista. Lisäksi asiakkaalla olisi oikeus valita maakunnan liikelaitos ja sen toimipiste sekä palveluja antava ammattihenkilö. Asiakas voisi valita palveluntuottajan maakunnan rajoista riippumatta. Ehdotettavassa valinnanvapausmallissa olisi näin valinnanvapautta kolmessa vaiheessa: (1) asiakkaan oikeus valita suoran valinnan palvelun tuottaja sekä erikseen suun terveydenhuollon palvelujen tuottaja, (2) asiakkaan oikeus valita palvelutarpeen arvioinnin jälkeen kiireettömän hoidon palveluiden tuottaja tai sosiaalihuollon asiakassuunnitelman mukaisten palveluiden tuottaja ja (3) oikeus valita julkisten tuottajien terveysasema ja kiireettömässä hoidossa erikoistason palveluiden tuottaja. Lisäksi terveydenhuoltolain mukainen oikeus ammattihenkilön valintaan laissa säädetyissä rajoissa säilyisi ja sosiaalihuollon osalta laajenisi.

Vuoden 2019 alusta valinnanvapaus laajenisi siten, että asiakas voisi valita ilman maakunnan palvelutarpeen arviointia tai osoitusta sosiaali- ja terveyskeskuksen, josta saa hoitajan ja lääkärin palveluita sekä sosiaalipalveluihin liittyvää neuvontaa. Sosiaali- ja terveyskeskuksiin on tarkoitus tuoda vaiheittain myös erikoislääkärien vastaanottoja ja lyhytaikaisesti tarvittavia sosiaalipalveluja. Lisäksi asiakas voisi valita erikseen suunhoidon yksikön, josta saat hammaslääkärin ja suuhygienistin palveluita, Toisessa vaiheessa vuosina 2021-2022 maakunnat laajentaisivat valinnanvapauden palveluvalikoimaa. Tällöin voitaisiin mahdollisesti perustaa laajan palveluvalikoiman sosiaali- ja terveyskeskuksia. Valinnanvapaus olisi täysimääräisenä käytössä 1.1.2023.

Suoran valinnan palvelun tuottajalla eli sosiaali- ja terveyskeskuksella olisi kokonaisvastuu listauksien asiakkaiden hoidosta. Suoran valinnan palveluihin kuuluisi laissa tarkemmin määritellyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Maakunta vastaisi suoran valinnan palveluihin sisältyvien palvelukokonaisuuksien ja asiakkaiden palveluketjujen yksityiskohtaisemmasta määrittelystä maakunnan ja sen asukkaiden tarpeiden mukaisesti.

Asiakkaan tulisi ilmoittaa sosiaali- ja terveyskeskuksen sekä suunhoidon yksikön valinnasta maakunnalle. Palvelun tuottajaa voisi vaihtaa aikaisintaan vuoden päästä edellisestä valinnasta. Jos asiakas ei valitse tuottajaa, maakunta osoittaisi asiakkaalle helpoimmin saavutettavissa olevan tuottajan.

Suoran valinnan palvelun tuottajina voisivat toimia palveluntuottajareksiteriin hyväksytyt yksityiset, julkisesti omistetut yritykset sekä säätiöiden omistamat yritykset. Tuottajaksi voivat ilmoittautua kaikki toimijat, jotka täyttävät kriteerit ja ovat rekisteröityneitä. Sairaalapalveluissa ja erityisen vaativissa sosiaalipalveluissa tuottajien pitää olla akkreditoituja kansainvälisten standardien mukaisesti. Maakunta hyväksyy tuottajat ilmoituksen perusteella ja tekee sopimukset palvelujen tuottajien kanssa. Maakunta vastaisi suoran valinnan palveluihin sisältyvien palvelukokonaisuuksien ja asiakkaiden palveluketjujen yksityiskohtaisemmasta määrittelystä maakunnan ja sen asukkaiden tarpeiden mukaisesti.

Suoran valinnan palvelun tuottaja vastaisi määriteltyjen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antamisesta asiakkaalle. Suoran valinnan palvelujen tuottaja (sosiaali- ja terveyskeskus) tuottaisi palvelut joko itse, sopimuksin yhdessä muun palveluntuottajan kanssa tai hankkimalla palveluja toiselta palveluntuottajalta. Lisäksi suoran valinnan palvelujen tuottajalla olisi velvollisuus antaa asiakkaalle maksuseteli yksittäisten toimenpiteiden hankkimiseksi muilta valvontaviranomaisen ylläpitämään palvelun tuottajarekisteriin rekisteröidyistä palveluntuottajilta. Suoran valinnan palvelun tuottajalla säilyisi aina kokonaisvastuu asiakkaan palvelukokonaisuudesta, jos asiakas valitsee maksusetelin. Asiakkaan kieltäytyessä maksusetelistä suoran valinnan palveluntuottaja vastaisi palveluiden tuottamisesta asiakkaalle muilla tavoin. Tarvittaessa sosiaali- ja terveyskeskus tai suunhoidon yksikkö ohjaisi asiakkaan muihin palveluihin, kuten esimerkiksi sosiaalitoimistoon tai sairaalaan.

Maakunnan liikelaitoksen toimipisteet tuottavat ne sosiaali- ja terveysterveystoimintat, jotka eivät kuulu suoran valinnan palveluista vastuussa oleville sote-keskuksille ja suunhoidon yksiköille. Lisäksi maakunnan liikelaitos tekisi viranomaispäätöksiä. Liikelaitos voisi tuottaa niitä itse tai kilpailuttaa ja hankkia ostopalveluina. Jos maakunnan liikelaitos tarjoaa myös valinnanvapauden piirissä olevia sosiaali- ja terveysterveystoimintat, toiminta pitää siltä osin yhtiöittää.

Asiakkaan valinnanvapaus koskee myös maakunnan liikelaitoksen tuottamia palveluja. Asiakas voisi valita koko maan alueelta maakunnan tuottamisvastuulle kuuluvissa palveluissa toimipisteen.

Asiakkaan palvelutarpeesta riippuen asiakas saisi palvelun suoraan maakunnan sairaalasta tai palvelukeskuksesta tai asiakkaalle myönnettäisiin asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla asiakas voisi valita palvelun tuottajan kaikista valvontaviranomaisen ylläpitämään palvelun tuottajarekisteriin rekisteröidyistä palvelun tuottajista koko Suomen alueelta.

Maakunta päättäisi asiakassetelin käyttöönotosta ja ne palvelut, joissa seteliä voitaisiin käyttää. Nykyinen palveluseteli poistuisi käytöstä. Maakunnan liikelaitoksella olisi velvollisuus tarjota henkilökohtaisia budjetteja iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on pitkäaikaista, jatkuvaa ja laaja-alaista eli useita erilaisia palvelujen, tuen ja avun tarvetta ja jotka pystyvät joko itse tai tuettuna suunnittelemaan oman palvelukokonaisuutensa. Asiakassuunnitelmaan pohjautuvaan budjettiin kuuluvissa palveluissa asiakas voi itse päättää, mistä hankit palvelut. Henkilökohtainen budjetti laaditaan joko määräjaksiksi tai toistaiseksi voimassa olevaksi.

Asiakkaalla on mahdollisuus kieltäytyä vastaanottamasta tarjottua asiakasseteliä tai henkilökohtaista budjettia. Tällaisessa tilanteessa maakunnallinen tuottaja vastaa sosiaali- ja terveysterveystoimintat tuottamisesta muulla tavoin.

Valinnanvapausjärjestelmässä maakunnan liikelaitos vastaisi maakunnan omasta palvelutuotannosta ja palvelujen yhteensovittamiseksi tarvittavasta yhteistyöstä maakunnassa toimivien muiden palveluntuottajien kanssa. Maakunta voi tuottaa palveluja itse ja ostaa niitä yksityisiltä yrityksiltä ja järjestöiltä. Maakunnan itse tuottamat palvelut on erotettava maakunnan liikelaitokseen ja maakunnan omistamiin tytäryhtiöihin. Suoran valinnan palveluja tuottavat yksityiset ja kolmannen sektorin tuottajat sekä maakunnan omistamat yhtiöt. Maakunta vastaa siitä, että asukkaat saavat tarvitsemansa palvelut, ja että eri tuottajien palvelut ovat sujuvasti ja tehokkaasti yhteen toimiva kokonaisuus.

Maakunta ei kilpailuta valinnanvapauden piirissä olevia palveluja. Maakunta asettaa kriteerit, jotka palvelun tuottajien on täytettävä. Maakunta tekee myös sopimukset palvelun tuottajien kanssa.

Maakunta pitää julkista luetteloa tuottajista ja valvoo tuottajia. Maakunta päättää palvelustrategiasaan yksityisiltä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tuottajilta hankittavien palvelujen vähimmäismäärää koskevat tavoitteet. Maakunta voi halutessaan tarjota asukkailleen laajempia valinnanvapauden palveluita kuin mitä laki edellyttää.

Maakunnan velvollisuutena on tiedottaa asukkaiden oikeuksista ja etuuksista sekä neuvoo sosiaali- ja terveystalvelujen käytössä. Maakunta vastaa siitä, että asukkailla on saatavissa riittävä tieto valintojen tekemiseen sosiaali- ja terveystalveluissa.

Maakunta päättäisi suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalveluntuottajille maksettavista korvauksista lainsäädännössä määriteltyjen valtakunnallisten yleisten rahoitusperiaatteiden perusteella. Suoran valinnan palveluja tuottavat sote-keskukset ja suunhoidon yksiköt saisivat kiinteän korvauksen, joka perustuisi listautuneiden asiakkaiden määrään ja tarvittaessa asiakkaan hyvinvointiriskiin. Korvausta täydennettäisiin hoidon ja palvelun onnistuneisuuden perusteella maksettavilla kannustimilla ja heikkoihin tuloksiin liittyvillä sanktioilla. Joissakin palveluissa voitaisiin käyttää myös osittain suoriteperusteisia korvauksia.

Maakunta on myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastiedon rekisterinpitäjä. Kaikkien tuottajien on oltava liittyneenä kanta-palveluihin. Kanta-palvelujen kautta asiakasta koskevat asiakas- ja potilastiedot ovat tuottajan saatavilla palvelun toteuttamisen edellyttämässä laajuudessa.

4.Esityksen vaikutukset

Vaikutusarviointi on kesken, koska useita keskeisiä vaikutusarviointiin vaikuttavia asioita on vielä ratkaisematta. Vielä on myös vaikea hahmottaa minkälainen palvelukokonaisuus uudesta järjestelmästä muodostuu. Arvioinnin epävarmuutta lisää maakuntien oikeus päättää mm. palvelutuotannosta ja korvausperiaatteista ja monista muista maakuntien kannalta keskeisistä asioista. Arviointia korjataan ja täydennetään sitä mukaan kun pykälät ja yksityiskohtaiset perustelut täsmeytyvät. Johinkin kohtiin on jo aloitettettu valinnanvapauslain ja järjestämislain yhteisvaikutusten pohdintaa ja tätä täydennetään. Täydentämisen lisäksi vaikutusarviointia tullaan myös tiivistämään ja kiteyttämään.

Nyt valmisteilla olevan kokonaan uudenlaisen suomalaisen valinnanvapausmallin suunnittelu on käynnistynyt keväällä 2016 hallituksen linjausten mukaisesti ensin osana sote- ja maakuntahallintouudistusta ja kesästä 2016 lähtien erillisenä valinnanvapauslainsäädännön valmisteluna. Vastaavaa valinnanvapausjärjestelmää ei ole toteutettu missään muussa maassa, joten vaikutusten arvioinnissa ei ole mahdollista suoraan käyttää muiden maiden kokemuksia. Tutkimustietoa Suomen terveydenhuoltolain (2011) mukaisen valinnanvapauden toteuttamisesta on jonkin verran ja sitä on hyödynnetty arvioinnin eri osissa. Soveltuvien osin vaikutusarvioinnissa on käytetty myös Ruotsin valinnanvapausjärjestelmästä julkaistuja tutkimuksia ja selvityksiä.

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi keväällä 2016 *European Observatory on Health Systems and Policies* -organisaatiolle tehtäväksi Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen ennakoarvioinnin. Tätä varten asetettiin kansainvälinen asiantuntijapaneeli, joka koostui korkean tason asiantuntijoista Observatorysta, WHO:n Euroopan toimistosta, OECD:sta ja alan tutkimuslaitoksista. Kansainvälinen paneeli haastatteli yli 50 suomalaista asiantuntijaa kahdessa työpajassa sekä analysoi asiakirjoja. Paneelin työskentely ajoittui ajankohtaan, jolloin lakiluonnokset sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta ja maakuntauudistuksesta julkaistiin ja lausuntokierros alkoi, ja sosiaali-

ja terveydenhuollon valinnanvapauslainsäädäntö oli valmisteilla. Paneelin huomioidot odotettavissa olevista vaikutuksista perustuvat paneelin asiantuntijanäkemykseen, kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen sekä ehdotetun uudistuksen ymmärrykseen.

Kansainvälisen sote-uudistuksen ennakoarvioinnin mukaan hyvin suunniteltuna valinnanvapauden ja kilpailun lisäämisellä on mahdollista kannustaa tuottajia, parantaa saatavuutta ja saavutettavuutta sekä asiakaskeskeisyyttä ja laatua. Ennakoarvioinnin mukaan on tärkeää täsmällisesti määritellä, missä kohdin asiakkaalla on valinnan mahdollisuus. Tutkimusnäyttö viittaa siihen, että eniten hyötyä valinnanvapaudesta ja kilpailusta on palveluissa, joita on suhteellisen helppo mitata. Tämä voisi tarkoittaa perusterveydenhuoltoa ja laajemmin vastaanottopalveluita, palveluasumista ja vastaavia palveluita. Joka tapauksessa onnistuminen edellyttää vahvaa ja osaavaa palveluiden järjestäjää sekä toimivia markkinoita. Julkisesti ja yksityisesti omistettuja tuottajia on pystyttävä kohtelemaan samalla tavalla sopimuksissa, seurannassa ja korvauskäytännöissä. Järjestäjän ei pidä pystyä suosimaan sen omistamaansa tuotantoa ja tätä on pystyttävä valvomaan kansallisesti. On tärkeää myös huolehtia siitä, että tuottajat eivät pysty valikoimaan asiakkaitaan tai palvelemaan väestöjä terveydentilan tai palveluiden tarpeen perusteella (kermankuorinta). Kermankuorinta voidaan estää kannusteilla ja rajoitteilla. Kannusteita voidaan esimerkiksi tarvita, jotta saadaan valinnanvapausjärjestelmässä olevaa tuotantoa myös syrjäseuduille.

On myös tärkeää, että käytetään kansallisesti sovittuja laatukriteereitä ja tietojärjestelmät tuottavat seurantatietoa järjestäjien, tuottajien, asukkaiden ja asiakkaiden käyttöön.

4.1 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset

Vaikutukset viranomaisten tehtäviin

Valinnanvapauden piirissä olevia sosiaali- ja terveystalvuuja koskeva hallinnollinen päätöksenteko sekä palvelujen markkinoiden sääntely, seuranta ja ohjaus edellyttävät uudentyyppistä toimintatapa, välineitä ja osaamista sekä maakunnissa että kansallisesti. Valinnanvapausjärjestelmässä maakunta ei palveluiden järjestäjänä johda toimintaa linjajohtamisella, vaan se korvautuu hallintotavalla, johon liittyvät mm. omistajaohjaus, kehittämisohjaus ja sopimusohjaus. Normien asettamisesta ja normeihin perustuvasta hierarkkisesta päätöksenteosta siirrytään enenevässä määrin sopimuksien, itsesäätelyn ja omavalvonnan sekä tiedon avulla ohjaamiseen. Haasteeksi uudessa rakenteessa tulee muodostumaan maakunnan oikeudelliset ja tosiasialliset mahdollisuudet järjestäjänä toteuttaa tehokkaasti järjestämisvastuutaan ja varmistaa palvelurakennetta, kustannusten hallintaa ja palvelujen integraatiota ja muita seikkoja koskevien kansallisten linjausten ulottuminen suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalvelujen tuottajiin sekä se, millaiseksi eri toimijoiden, kuten maakunnan, sen liikelaitoksen, liikelaitoksen tytäryhtiöiden ja muoden palveluntuottajien keskinäiset suhteet muotoutuvat.

Ohjausmallissa keskeistä on toimijoiden kannusteiden, velvollisuuksien ja toimintamahdollisuuksien määrittäminen. Valinnanvapausmallissa hallinto on strategisesti johdettu sopimusten kimppu, joilla koordinoitaan eri toimijoiden panoksen palvelujen toteuttamisessa lainsäädännön, maakunnan palvelustrategian, palvelulupauksen sekä rahoitusmahdollisuuksien mukaisesti. Palvelujen ydinosaamisen rinnalla korostuu strategisen johtamisen ja sopimusoikeuden osaamisen suuri tarve. Uudessa ohjausjärjestelmässä valinnanvapauden piirissä olevia palveluntuottajia ohjataan sopimusten hallinnan keinoin sekä tietojärjestelmien kautta generoituvan ohjaustiedon avulla. Uudistuksessa tarvitaan suuri määrä rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia, jotka vaikuttavat olennaisesti orga-

nisaatioihin, henkilöstöön, infrastruktuuriin ja toiminnan muihin osa-alueisiin. Uuden ohjausjärjestelmän muodostuminen vaati resursseja ja aikaa.

Kannusteet ovat ratkaisevia

- Tuottajien kannusteet vaikuttavat kustannuskehityksen lisäksi merkittävästi valinnanvapausjärjestelmän laatu- ja uudistumistavoitteiden saavuttamiseen sekä palvelujen yhdenvertaisuuden toteutumiseen.
- Kannusteiden oikealle tasolle asettaminen on ratkaisevaa mm. sen kannalta, miten markkinoille saadaan tuottajia ja miten tuottajat toteuttavat palveluja. Kannusteiden pitää mm. varmistaa että tuottajat toimivat yhteistyössä hoitoketjuissa, edistää kehittämistä ja innovaatioita palvelujen parantamiseksi sekä estää asiakkaiden haitallinen valikointi.

Vaikutukset maakuntiin

Maakunnan liikelaitos ei voi itse tuottaa suoran valinnan palveluja, joten se perustanee yhtiön tai yhteisön (*yhtiöittämisvelvollisuus*) suoran valinnan palvelujen tuottamista varten. Yhtiöittämisen aiheuttaman hallinnollisen työn määrä riippuu jossain määrin siitä, päättääkö maakunta perustaa yhden vai useampia yhtiöitä. Alueeltaan ja väestöpohjaltaan suuret maakunnat voivat mahdollisesti perustaa useita yhtiöitä, esimerkiksi yhden jokaiseen kaupunkikeskukseen. Väestöpohjaltaan pienempien alueiden ratkaisut voivat johtaa harvempien yritysten perustamiseen.

Yhtiöittämisestä ja siihen liittyvistä henkilöstön siirroista aiheutuu etenkin siirtymävaiheessa runsaasti hallinnollista työtä ja kuluja maakunnalle. Valinnanvapausmalliin siirtymisen ja sen myötä tapahtuvan yhtiöittämisen vaikutuksia henkilöstön asemaan käsitellään tässä arviossa xx osiossa. Maakunta vastaa toiminnan ohjaamisesta ja yhteensovittamisesta, mutta myösliikelaitokselle tulee jäämään käytännön tasolla tehtäviä sen oman tuotannon ja sen omistamien ja muiden yhtiöiden toiminnan yhteensovittamisessa etenkin tilanteissa, joissa suoran valinnan palveluista siirrytään liikelaitoksen palveluihin tai asiakkaan tilanne muuten edellyttää palvelujen laajaa yhteensovittamista. Nämä tehtävät edellyttävät liikelaitokselta uudenlaisen osaamisen ja uusien toimintakäytäntöjen kehittämistä ja aiheuttavat uusia resursseja vaativia tehtäviä. Haasteeksi rakenteessa muodostuu se, millaiseksi maakunnan, liikelaitoksen ja liikelaitoksen tytäryhtiöiden keskinäiset suhteet muotoutuvat ja miten toiminnan ohjaus niiden välillä toteutuu

Liikelaitoskonserniin kuuluvat yhtiöt, jotka tarjoavat valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja, eivät voi käyttää maakuntien valtakunnallisten palvelukeskusten tarjoamia palveluja, vaan valinnanvapausyhtiöiden tulee ratkaista esimerkiksi ICT-palvelujen toteuttaminen maakunnasta erillisenä huomioiden kuitenkin mm. maakunnan kanssa sovitut erilaiset raportointivelvoitteet. Tällä on vaikutuksia myös palvelukeskusten toimintaan, sillä niiden tarjoamien palvelujen käyttäjien määrä vähenee valinnanvapausmalliin siirtymisen myötä.

On myös mahdollista, että kilpailuttamisvelvoite edellyttää, että sairaanhoidolliset tukipalvelut, kuten laboratorio- ja kuvantamispalvelut joudutaan tuottamaan erikseen maakunnalle ja yhtiöitetuille palvelujentuottajille. Ratkaisua voi pitää kansallisesti kalliina, koska molemmat tukipalvelut ovat sellaisia, joiden edullisuus liittyy volyymiin ja ne voitaisiin tuottaa tarvittaessa kansallisesti yhtenä kokonaisuutena.

Valinnanvapausjärjestelmän myötä maakuntien vastuulle tulee runsaasti erilaisia valinnanvapausjärjestelmän hallinnointiin liittyviä uusia tehtäviä, joiden hoitaminen edellyttää uudenlaista osaamista sekä uusia toimintatapoja, organisatorisia ratkaisuja ja resursseja. (maakuntahallinnon tietojärjestelmä- ja henkilöstötarpeet käsitellään erikseen)

Maakuntalaki määrittelee maakunnan tehtävät palvelujen järjestämisessä ja muissa toimenpiteissä. Maakunnan järjestämiseen liittyvät tehtävät liittyen palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseen, tarpeen, määrän ja laadun määrittelyyn, tuottamistavasta päättämiseen sekä tuottamisen ohjaamiseen ja valvontaan lisääntyvät, kun ne koskevat maakunnan oman liikelaitoksen lisäksi valinnanvapausjärjestelmässä mukana olevia tuottajia. Järjestämisvastuun toteuttaminen muuttuu myös hankalammaksi, sillä maakunnan oikeudelliset ja tosiasialliset mahdollisuudet käyttää järjestämisvastuuta monituottajamallissa ja esimerkiksi varmistaa, että palveluntuottajat toteuttavat maakunnan asettamia velvoitteita ja tosiasiallisesti kykenevät suoriutumaan tuottamistehtävästä ovat rajalliset. Maakunnan järjestämisvastuun käyttäminen hankaloituu etenkin tilanteissa, joissa palveluntuottaja, jonka kanssa maakunnalla on sopimus suoran valinnan palvelujen tuottamisesta, käyttää runsaasti alihankintaa tai maksusetelituottajia. Tällöin maakunnan mahdollisuudet varmistaa järjestämisvastuunsa mukaisesti palvelujen laatu ovat hyvin rajalliset. Valinnanvapausjärjestelmä vaikuttaa myös maakunnan palvelustrategiaan ja palvelulupaukseen. Maakuntalain mukaan maakunnan tulee ottaa liikelaitoksen hallintosääntöön ja muiden palveluntuottajien kanssa tehtäviin sopimukseen maakunnan järjestämisvastuun toteuttamiseksi tarvittavat määräykset. Valinnanvapausjärjestelmässä tämä tarkoittaa hyvinkin yksityiskohtaisia sopimusmääräyksiä ja hallintosäännön yksityiskohtia sekä niiden toteutumisen valvomista.

Valinnanvapauslain mukaan maakunta mm. hyväksyy tuottajan suoran valinnan palvelujen tuottajaksi ilmoituksen perusteella, tekee suoran valinnan palvelun tuottajan kanssa sopimuksen palvelutuotannon aloittamisesta ja palvelujen toteuttamiseen liittyvistä asioista. Maakunta voi myös purkaa tai irtisanoa sopimuksen tai hyväksyä sen peruttamisen. Maakunta päättää suoran valinnan palveluntuottajalle maksettavasta korvauksesta. Maakunta voi myös asettaa palvelujen tuottajalle esimerkiksi palvelujen laatuun, onnistumiseen, kustannustehokkuuteen sekä vaikuttavuuteen liittyviä mittareita ja kriteereitä. Maakunta voi maksaa sen etukäteen määrittelemien kriteerien täytymisestä kannustinperusteisia korvauksia tai periä palvelujen tuottajalta sanktiomaksuja, mikäli kriteerit eivät täyty. Maakunta on rekisterinpitäjä sen järjestämisvastuulle kuuluvassa toiminnassa syntyneille sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjoille. Lisäksi maakunnalla on asiakasseteliin ja henkilökohtaiseen budjettiin liittyviä hallinnollisia tehtäviä. Näiden valinnanvapausjärjestelmään liittyvien tehtävien määrä todennäköisesti vaihtelee suuresti eri maakuntien välillä ja siihen vaikuttaa maakuntien omien päätösten lisäksi mm. yksityisten ja kolmannen sektorin omistamien tuottajien tarjonnan määrä, joka todennäköisesti vaihtelee maan eri osissa.

Järjestämislain mukaan maakunnalle kuuluu vastuu asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi sekä toiminnan yhteensovittaminen kunnan, valtion ja maakunnan muiden palvelujen kanssa. Maakunta huolehtii lisäksi siitä, että palvelun tuottajat toimivat keskenään yhteistyössä siten, että asiakkaiden käytössä on yhteen sovitettuja palveluja. Maakunnan on huolehdittava laaja-alaisesti yhteen sovitettuja palveluita tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Maakunnan on huolehdittava asiakkaan oikeuksista ja etuuksista tiedottamisesta, palvelujen käyttöön liittyvästä neuvonnasta, palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman laatimisesta sekä näihin liittyvästä ohjauksesta. Nämä maakunnan vastuulle kuuluvat tehtävät lisääntyvät valinnanvapausjärjestelmän myötä. Erityisesti lisääntyy palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yksityiskohtainen määrittelytyö, kun siihen on

sisällytettävä myös valinnanvapausjärjestelmässä olevat tuottajat mahdollisine alihankkijoineen ja maksusetelituottajineen. Nämä tehtävät edellyttävät sekä sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllistä osaamista, että juridista osaamista. Lisäksi kukin maakunta voi määritellä valinnanvapausjärjestelmässä olevien palveluiden palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta koskevia vaatimuksia, joita maakunnan kanssa sopimuksen tekevien tuottajien on noudatettava. Maakunta myös vastaa sen alueella toimivien suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelipalvelujen tuottajien hyväksymisestä ja tekee tuottajien kanssa sopimuksen palvelutuotannon aloittamisesta.

Asiakkaiden valinnanvapaus lisäänty

- Asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy merkittävästi nykyjärjestelmään verrattuna, kun koko maan kattava valinnanvapaus ja ammattihenkilön valinta tietyin ehdoin laajenee myös sosiaalihuoltoon.
- Palvelujen saatavuus ja asiakaslähtöisyys voi parantua tuottajille syntyvien kannusteiden kautta.
- Erityisesti alkuvaiheessa järjestelmä voi näyttää asiakkaalle monimutkaiselta, eikä kaikilla asiakkailla ole tahtoa tai kykyä valita itselleen sopivaa palveluntuottajaa.
- Tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vasta aluillaan, joten tiedon saaminen asiakkaan tarjolla olevista vaihtoehdoista on erityisesti alkuvaiheessa hankalaa. Järjestelmän sisäänajo edellyttää mittavaa viestintää, asiakkaiden perehdyttämistä ja palveluohjausta.
- Asukkaiden yhdenvertaisuus voi kärsiä, kun kaikilla maakunnilla ei ole yhtäläisiä mahdollisuuksia turvata asiakkaiden valinnanvapaus.
- Monituottajamalli voi vaikeuttaa sote-palvelujen integraation toteutumista asiakkaan näkökulmasta.

Maakunta myös vastaa osaltaan palvelujen tuottajien toiminnan valvonnasta. Myös tähän tehtävään vaikuttaa valvottavien tuottajien määrä ja koko sekä suoran valinnan tuottajien käyttämät alkihankinta- ja maksusetelijärjestelyt, jotka vaihtelevat maakuntien välillä. Maakunta ylläpitää julkisessa tietoverkossa olevaa luetteloa suoran valinnan palvelujen tuottajista ja asiakassetelillä palveluja tuottavista toimijoista.

Järjestämislain mukaan maakunta vastaa alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä sekä alue- ja organisaatorajat ylittävistä kehittämissyhteistyöstä sekä koordinoi ja ohjaa tuottajatasolla tapahtuvaa, integroitua kehittämistyötä. Myös tämä työ lisääntyy suoran valinnan palveluiden myötä. Näiden kaikkien tehtävien laajuus ja niiden edellyttämät henkilö- ja muut resurssit riippuvat siitä, miten paljon maakunnan alueelle muodostuu suoran valinnan palveluja ja asiakassetelipalveluja.

Maakunnille tulee uusia tehtäviä myös henkilökohtaiseen budjettiin liittyen. Maakunnat ovat velvollisia ottamaan henkilökohtainen budjetti käyttöön tietyissä palveluissa ja niiden tulee päättää, missä palveluissa henkilökohtaista budjettia voidaan käyttää. Näiden tehtävien laajuus riippuu siitä, millaiseksi maakunta määrittelee henkilökohtaisen budjetin käyttöalan.

Maakuntien vastuulle kuuluu myös asiakkaiden tekemien palvelun tuottajan valintaa koskevien ilmoitusten vastaanottaminen, asiakkaan valinnasta ilmoittaminen palveluntuottajalle sekä asiakkaiden siirtymistä koskevan tiedon antaminen muille asiakkaan palveluista vastaaville tahoille. Tämä edellyttää uusien toimintakäytäntöjen ja toimivien tietoliikenneyhteyksien kehittämistä. Lisäksi asiakkaiden valinnan tueksi tulee tarjota erilaisia neuvontapalveluja ja julkaista tietoa esimerkiksi verkkopalvelussa. Myös nämä ovat uusia tehtäviä maakunnille.

Asiakkaiden mahdollisuus valita tarvitsemiaan palveluja kaikkialta Suomesta aiheuttaa maakunnille erilaista hallinnollista työtä, kuin maakuntien sisällä toteutettava valinnanvapaus. Maakuntien välillä valinnanvapautta toteutetaan pääsääntöisesti kahdella tavalla. Ensinnäkin asiakas voi yksittäistapauksessa valita tietyn palvelun, kuten tietyn erikoissairaanhoidon toimenpiteen toisen maakunnan

alueella olevalta palveluntuottajalta. Toiseksi asiakkaalla on mahdollisuus saada väliaikaisesti palveluja sen maakunnan alueella, jossa henkilö asuu tai oleskelee työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hallinnollinen työ liittyy esimerkiksi eri maakuntien erilaisiin hinnoitteluperusteisiin ja laskutuskäytäntöihin. Vaikutukset voivat kohdistua eri tavoin maakuntiin riippuen esimerkiksi siitä, onko maakunnan alueella paljon kesäasutusta, jolloin tuottajat joutuvat sopeutumaan kausittaisiin vaihteluihin ja esimerkiksi varmistamaan lomaaikojen henkilöstön saatavuus. Maakunnan järjestäjänä pitää varautua raportoimaan valinnanvapauden toteutumiseen liittyvistä asioista.

Maakuntien olosuhteet eroavat toisistaan huomattavasti. Myös maakuntien resursseihin ja mahdollisuuksiin vastata järjestämistehtävästä ja edellä kuvatusta valinnanvapausmallin hallinnoinnista liittyy eroja. Vaarana on, että kaikkiin maakuntiin ei keskity riittävässä määrin järjestelmän hallinnoinnin edellyttämää erityistä osaamista ja resursseja. Tilannetta voi entisestään hankaloittaa se, että kussakin maakunnassa osaamista pitää riittää sekä maakuntahallintoon että liikelaitokseen kuin myös maakunnan omiin yhtiötettäviin palveluihin. Tämä voi muodostaa huomattavan haasteen lakia toimeenpantaessa ja johtaa valinnanvapausjärjestelmien hyvin eritahtiseen ja -suuntaiseen kehittymiseen eri maakunnissa ja jopa yhdenvertaisuusongelmiin.

Myös maakuntien oikeudellisiin ja tosiasiallisiin välineisiin ja mahdollisuuksiin ohjata valinnanvapausjärjestelmää liittyy epävarmuustekijöitä. Maakunnan järjestämisvastuun toteuttamisen kannalta on keskeistä, että sillä on riittävät välineet ohjata yhtiömuotoisia palveluntuottajia velvoittavasti, ja siitä, täyttävätkö lakiin sisältyvät sopimus- ja muun ohjauksen välineet tämän vaatimuksen, ei ole varmuutta.

Maakunnan liikelaitos vastaa maakunnan omasta sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta siltä osin kuin palvelut eivät ole suoran valinnan palvelujen piirissä tai niitä ei järjestetä asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla. Lisäksi asiakkaan laaja-alainen palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelman laatiminen sekä näihin liittyvä ohjaus tapahtuu usein käytännössä maakunnan liikelaitoksessa. Siellä tehdään myös kaikki sosiaalihuoltoa koskevat hallintopäätökset ja muut julkisen vallan käyttöä edellyttävät päätökset. Tehtävät itsessään ovat voimassaolevan lainsäädännön mukaisia, mutta valinnanvapausjärjestelmä saattaa lisätä niiden volyymia ja edellyttää uudenlaista palvelujen yhteensovittamiseksi tehtävää työtä. Vastaavasti valinnanvapauden piirissä olevien palveluja tuottavien toimijoiden tulee varautua uudennlaisiin, palvelutarpeen arviointiin liittyviin tehtäviin. Liikelaitoksen toimintaan ja vastuisiin vaikuttaa olennaisesti se, millä tavoin ja miten täsmällisesti maakunta ja valinnanvapausjärjestelmässä toimivat tuottajat sopivat esimerkiksi integraation toteuttamisen tavoista ja muista toiminnallisista seikoista, ja miten paljon asioita jää käytännön varaan.

Liikelaitos myös päättää asiakassetelin myöntämisestä sen saannin edellytykset täyttävälle asiakkaalle. Jos vastuuta palvelujen tarpeen arvioinnista ja siihen liittyvästä päätöksenteosta siirretään toisessa vaiheessa palveluntuottajille, vähentää se julkisia hallintomenoja siltä osin kun päällekkäinen palvelutarpeen arviointi vähenee.

Maakunta päättää asiakassetelien käyttöön ottamisesta ja myös niistä palveluista, joissa seteli on käytössä. Maakunta myös hyväksyy asiakassetelipalvelujen tuottajat ja tekee niiden kanssa sopimukset. Maakunta voi asettaa palvelusetelipalvelujen tuottajille vaatimuksia, jotka palvelevat maakunnan strategiaa ja asiakkaiden palvelutarpeita.

Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto olisi maakunnille pakollista ja ainakin aluksi se koskisi vammaisia ja iäkkäitä henkilöitä. Mallin periaatteista säädettäisiin kansallisesti, mutta yksityiskohdainen toteutus olisi maakunnan harkinnassa.

Koska asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käyttöön liittyy runsaasti maakuntakohtaista harkintaa, on niiden vaikutuksia tässä vaiheessa mahdoton arvioida. On mahdollista, että erityisesti asiakasseteliä tullaan käyttämään niukasti ja lähinnä oman palvelutuotannon täydentämiseen ja että nykyinen palveluseteli korvaantuu ainakin vammaisten ja iäkkäiden ihmisten palvelusetelipalveluisa henkilökohtaisella budjetilla ilman että nykyisin palveluseteliin käytetty osuus juuri muuttuu. Asiakkaan kannalta henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto on merkittävä väline itsemääräämiskeuden vahvistamiseen, koska sen kautta asiakas voi vaikuttaa palvelujen tuottajan valinnan lisäksi myös palvelujen sisältöön.

Liikelaitokset vastaavat henkilökohtaisen budjetin käyttöön liittyvästä palvelutarpeen arvioinnista sekä ohjauksesta ja tuesta palvelujen suunnittelussa. Liikelaitoksen tehtävänä on myös henkilökohtaisen budjetin toteutumisen arviointi vuosittain sekä tarvittavien muutosten tekeminen siihen.

Valinnanvapauslainsäädännöllä voi olla vaikutusta maakuntien keskinäiseen yhteistyöhön, kun asiakas voi valita palvelut kaikkialta Suomesta. Maakuntien hinnoittelu- ja laskutusperusteet voivat poiketa huomattavasti toisistaan. Tästä johtuen tarvitaan säädöksiä, miten tiedon vaihto ja laskutus toteutetaan maakuntien välillä.

Maakuntien järjestämistehtävä on haasteellinen

- Valinnanvapausjärjestelmä edellyttää uudenlaista johtamisosaamista (governance). Järjestäjän valta, vastuu ja tehtävät toteutuvat uudenlaisessa järjestelmässä, jossa sopimuksilla ja tiedolla ohjaaminen on keskeistä.
- Järjestäjän strategisten tavoitteiden, kuten esimerkiksi palvelujen saatavuuden ja integraation varmistaminen monimutkaistuu. Ne toteutuvat epäsuorasti sopimusohjauksen ja seurannan kautta.
- Tuottajien verkostoituminen, alihankinta ja maksusetelien käyttö aiheuttavat maakunnille uudenlaisia sopimusteknisiä haasteita.
- Maakuntien lähtökohdat ja voimavarat valinnanvapausjärjestelmän kehittäjinä ja ylläpitäjinä sekä markkinoiden kehittäjinä poikkeavat toisistaan.

Vaikutukset muihin viranomaisiin

Valinnanvapausjärjestelmän myötä palveluntuottajien määrän ennakoidaan kasvavan, mikä lisää palveluntuottajien rekisteröinnistä vastaavan viranomaisen tehtäviä. Valvontaviranomaisten tehtävänä tulee uudistuksen jälkeen olemaan nykytilannetta vastaavasti sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien toiminnan valvominen. Valvottavien määrän kasvu ja pienten yksikköjen runsaslukuisuus voivat kuitenkin jossain määrin lisätä viranomaisten työtaakkaa.

Valinnanvapauden piiriin kuuluva sosiaali- ja terveystalouden tuotanto on taloudellista toimintaa, johon soveltuu kilpailulainsäädäntö sekä antitrusti- että kilpailuneutraalisääntöjen osalta. On todennäköistä, että julkisten sosiaali- ja terveystalouden uusien markkinoiden ohjaamisessa tarvitaan myös erityisiä, vain tähän sektoriin sovellettavia säännöksiä.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto hoitaa jo nykyisin myös sosiaali- ja terveystalouden markkinoiden toimivuuteen ja kilpailun edistämiseen liittyviä tehtäviä. Valinnanvapausjärjestelmään siirtyminen edellyttää kuitenkin jatkossa sosiaali- ja terveystalouden koskevan osaamisen syventämistä ja henkilöstön koulutusohjelman laajentamista Kilpailu- ja kuluttajavirastossa. Yhteydenpito ja näkemysten vaihto uusien julkisten sote-markkinoiden palvelujen tuottajien kanssa tulee olemaan tärkeä ja olennainen osa uutta valvontatoimintaa. Näin syvennetään KKV:n asiantuntemusta ja lisätään ennakoitavuutta julkisten sote-markkinoiden ohjauksen ja valvonnan ratkaisuihin.

Uusilla julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen markkinoilla ei voida pois sulkea sellisten palvelujen puutteisiin ja virheisiin liittyvien ongelmien esiintymistä, joita muilla markkinoilla hoidetaan kuluttajansuojaoikeudellisin keinoin. Tällaisten ongelmien hoitaminen tulee tavalla tai toisella järjestää. Kuluttajansuojaoikeudelliset ratkaisut ovat yksi mahdollisuus.

Valinnanvapausjärjestelmä ei koske kuntien toimintaa, koska ne eivät maakunta- ja järjestämislakien perusteella toimi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjinä tai tuottajina.

Vaikutukset valtion ohjaustehtävään

Valtion ohjausrooli muuttuu valinnanvapausjärjestelmän myötä. Ensisijaisesti valtio ohjaa 18 palveluita järjestävää maakuntaa. Suunnitteilla olevassa valinnanvapausjärjestelmässä maakunnat eivät suoraan johda palvelutuotantoa, vaan ne joutuvat yhdistelemään erilaisia tuotannon epäsuoria ohjauskeinoja. Siksi on uudistettava myös valtion sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevaa ohjausta yhdenvertaisen palveluiden saatavuuden ja laadun (mukaan lukien potilas- ja asiakasturvallisuus) varmistamiseksi koko maassa.

Asukkaille tarjottavien palveluiden ja niiden sisällön määrittely valinnanvapausuudistuksen eri vaiheissa sekä palveluiden tuottamisessa käytettävien menetelmien ja käytäntöjen nykyistä täsmällisempi määrittely ja ohjaus on tarpeen. Säästösten, palveluvalikoiman määrittelyn ja yhtenäisten hoidon ja hoidon perusteiden täsmentämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon näyttöön perustuvien suositusten tueksi tarvitaan kansallisia laatu- ja vaikuttavuusindikaattoreita sekä sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien kansallista arviointia. Tämä edellyttää valtion ohjauksen osaamisen ja ohjausvälineiden kehittämistä ja ohjaavien tahojen työnjaon täsmentämistä.

4.2 Aluekehitysvaikutukset

Koska maakunnat ovat kooltaan, väestöpohjaltaan, voimavaroiltaan, palvelurakenteeltaan ja maakuntien väestö palveluntarpeilta toisiinsa nähden hyvin erilaisia, myös uudistuksen vaikutukset tulevat kohdistumaan eri maakuntiin ja maakuntien eri alueille jossain määrin eri tavoin. Kaikille alueille ei synny samassa määrin valinnanvapauden piirissä olevaa yhtiömuotoista palveluntuotantoa. Tällöin maakunnan tulee varautua eri keinoin varmistamaan palvelujen olemassaolo ja toisaalta valinnanvapausjärjestelmän hallinnointi voi aiheuttaa maakunnalle vähemmän työtä. Vastaavasti niillä alueilla, joilla markkinoita syntyy paljon, aiheuttaa järjestelmän hallinnointi suurempaa kuormitusta maakunnalle.

Sote-uudistus voi tuoda painetta joidenkin palvelujen keskittymiseen. Valinnanvapausmalli voi sen toteuttamistavasta ja erityisesti korvausjärjestelmästä riippuen joko vauhdittaa keskittymiskehitystä tai lisätä alueellista palveluntarjontaa ja siten työllisyyttä myös syrjäseuduilla. Jos palveluntuottajaksi pääsyn kriteerit ovat sellaiset, että pienten tuottajien on ne vaikea täyttää mm. palveluvalikoiman laajuuden vuoksi, voi tämä johtaa siihen, ettei syrjäseudulle synny uutta palvelutuotantoa. Palveluntuottajiksi pääsyn kriteerien lisäksi tuottajakorvauksien hinnoittelulla, joka on jäämässä pääosin maakuntien päätettäväksi, on ratkaiseva merkitys palvelurakenteen muodostumiseen. Tämän johdosta kehityksen suuntaa on vielä vaikea arvioida. Muutostilanne on haastava, sillä markkinat kehittyvät tyypillisesti hitaasti ja pienin askelin.

Palvelutarjontaa syntyy oletettavasti ainakin kaupunkiseuduille, mikä antaa edellytyksiä toimialan yleiselle kehittymiselle ja laadun paranemiselle, kun yritykset kilpailevat asiakkaista. Näillä alueilla

kehitys voi tukea myös asiakkaiden omalla kustannuksella tuotettavien terveystalouden palveluiden tarjontaa riippuen julkisten järjestämävastuulla olevien palvelujen laajuudesta ja asiakasmaksuista.

Valinnanvapauden alueellista toteutumista voidaan karkealla tavalla arvioida ostopalvelujen avulla. Se kuinka paljon alueella käytetään nykyisin ostopalveluja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, heijastelee sitä, kuinka paljon alueella olisi palvelutarjontaa kenties olemassa tulevaisuudessa, kun valinnanvapaus otetaan käyttöön. Vuonna 2014 yksityisiltä (järjestöt mukaan lukien) ostettujen lopputuotepalvelujen osuus oli keskimäärin 10 prosenttia, mutta alueellinen vaihtelu on melko suurta. Pohjois-Karjalan prosenttiosuus on suurin (13,5 %), seuraavina Kymenlaakso (12,5 %) ja Uusimaa (11,9 %). Huomattavasti keskiarvoa vähemmän lopputuotepalveluja ostettiin Etelä-Pohjanmaalla (5,4%), Pohjanmaalla (5,4%), Kainuussa (3,8 %) ja Etelä-Karjalassa (2,3%).

Perusterveydenhuollossa vastaava tarkastelu osoittaa, että lopputuotepalveluista ostettiin vuonna 2014 keskimäärin 5,4 %. Huomattavasti keskiarvoa enemmän palveluja ostettiin Pohjois-Karjalassa (10,6%), Pirkanmaalla (10,1%), Lapin maakunnassa (10,1%) ja Kymenlaaksossa (7,4%). Keskiarvoa alhaisempia lukemia oli Keski-Pohjanmaalla (4,0%) ja Kainuussa (3,9%), Etelä-Savossa (3,2%) sekä Etelä-Karjalassa (2,5%).

Maakunnittaisten välisen vertailun lisäksi alueellinen eriarvoisuus maakuntien sisällä on ilmeistä, koska yksityistä palvelutarjontaa syntyy oletettavasti erityisesti maakuntakeskuksiin ja niiden seutukuntiin.

Riskinä kuitenkin on, että on harvaan asututtuja alueita, joilla palveluntuotanto ei ole liiketaloudellisesti kannattavaa. Jos muita yhtiöitä ei ole, maakunnan yhtiö tuottaa palvelut. Subventoiminen on maakuntalakiluonnoksen 122 § mukaan määräaikaikaisesti mahdollista. Jos peruspalvelujen saatavuus harvaan asutuilla seuduilla heikkenee nykyisestä, valinnanvapausmalli vauhdittaa alueellisen keskittymisen kehitystä. Asia linkittyy tuottajien rahoitusratkaisuun, jota ei ole vielä täsmällisesti kuvattu.

Julkisen sektorin tekemät investoinnit esimerkiksi palveluverkkoon liittyviin toimitiloihin ovat merkityksellisiä alueellisen elinkeinon kannalta. Tuottajien rahoitus, joka oletettavasti pitää sisällään myös tilakustannukset, vaikuttaa siihen, kuinka tulevaisuuden liiketaloudellisesti toimivat tuottajat uskaltavat investoida esimerkiksi uusiin tiloihin ja teknologioihin ja myös syrjäisemmille seuduille. Tässä vaiheessa tilanteen arviointi ei vielä ole mahdollista.

4.3 Taloudelliset vaikutukset

KESKENERÄISET: ALUSTAVIA VAIKUTUKSIA

Valinnanvapaus- ja monituottajamallilla tavoitellaan laatukilpailun kautta toteutuvia tehokkuushyötyjä. Markkinoiden avaamisen odotetaan johtavan tuottajien väliseen kilpailuun, jossa tuloksena on nykytilaan verrattuna sosiaali- ja terveystalouden tuotannon tehokkuuden nopeampi kehitys. Mallin keskeisenä piirteenä on, että kuka tahansa asetetut kriteerit täyttävä tuottaja voi osallistua määriteltujen palveluiden julkisrahoitteeseen tuotantoon ja asiakkaat voivat valita vapaasti mieleisensä tuottajan. Kilpailun kautta ajatellaan syntyvän tehokkuusetuja, jotka hillitsevät sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitystä. Näiden tehokkuusetujen saavuttaminen edellyttää toisaalta myös huolellista markkinoiden sääntelyä sekä korvauseriaatteiden asettamista kustannustehokkuuteen kannustavalla tavalla. Huolellisesti toteutettuna ja säänneltynä valinnanvapausmallin voidaan katsoa sisältävän mahdollisuuksia, joiden toteutuminen tukee hallituksen tavoitteita.

Valinnanvapausmallin taloudellisten vaikutusten arviointia suhteessa hallituksen asettamiin tavoitteisiin hankaloittaa käytännössä maakuntien laaja vapaus soveltaa mallia eri tavoin. Maakuntien päätöksentekoa on tältä osin erittäin vaikea ennakoida, jolloin vaikutusarvioinnissa on tehtävä oletuksia siitä, miten maakunnat ottavat valinnanvapausmallin käyttöön. Näitä oletuksia joudutaan tekemään maakuntien soveltamista korvauseriaateista sekä maakuntien valinnoista valinnanvapauden laajuuteen liittyvien kysymysten osalta.

Maakuntien oletetaan soveltavan korvausjärjestelmiä hallituksen tavoitteita tukevalla tavalla, eikä esimerkiksi pyrkivän kokonaisuuden kannalta haitalliseen osaoptimointiin. Asiakassetelin käytön laajuuden oletetaan arvioinnissa noudattavan nykymuotoisen palvelusetelin käytön laajuutta, jolloin siitä ei seuraa merkittäviä muutoksia järjestelmään perusuraan verrattuna. Henkilökohtaisen budjetin käytön odotetaan myös jäävän lain vähimmäistason palveluihin.

Erityisen haastavaksi vaikutusarvioinnin tekee suoran valinnan palvelujen sisällön laaja vaihteluväli: vähimmäistasoa soveltava maakunta ja hyvin laajaa palveluvalikoimaa soveltuva maakunta muodostavat käytännössä kaksi hyvin erilaista valinnanvapausmallia, joissa esimerkiksi tuottajien kannustimet poikkeavat toisistaan. Tämän arvioinnin oletuksena on pidetty vähimmäispalveluvalikoimaa, ja poikkeamien merkitystä on pyritty luonnehtimaan arviossa.

Säästöjen toteutuminen on epävarmaa

- Valinnanvapausmalli tarjoaa mahdollisuuksia menokehityksen hillitsemiseen. Säästötavoitteet ovat kuitenkin huomattavat ja valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiseen liittyy paljon kustannuskehitykseen vaikuttavia epävarmuustekijöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi markkinoiden avaamiseen liittyvät riskit, kilpailuprosessin dynamiikka ja sen ohjaus sekä millaiseksi järjestelmän kokonaisuus muodostuu.
- Suun terveydenhuollon kustannusvaikutukset voivat olla mittavat riippuen korvaustasosta ja palvelujen laajuudesta.
- Suoran valinnan palvelujen laajuus, tuottajien kanssa tehdyt sopimukset sekä korvauskäytännöt määrittävät, miten merkittäviksi valinnanvapausjärjestelmästä saatavat potentiaaliset kustannussäästöt muodostuvat.

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat poikkeavat normaaleista hyödykemarkkinoista, koska palveluilla on suuri vaikutus kuluttajien hyvinvointiin, tuottajilla on enemmän tietoa palvelusta kuin kuluttajilla, palvelun tarpeeseen ja käyttöön liittyy epävarmuutta, markkinoille tulo on säänneltyä ja toiminta on tiukasti professioon sidottua (mm. Sintonen ja Pekurinen, 2006; Folland et al., 2007; Virtanen, 2016.)

Terveyspalveluissa on monissa maissa otettu viimeisen kahden vuosikymmenen aikana käyttöön erilaisia markkinamekanismeja. Yksi keino lisätä kilpailua tuottajien välillä on laajentaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita tuottajansa omien mieltymystensä perusteella. Kilpailun onkin havaittu laskevan hintoja ja tehostavan tuotantoa mutta vaikutukset laatuun ovat epäselvempiä. Teoreettisen kirjallisuuden mukaan kilpailu nostaa laatua erityisesti silloin, kun hinta on kiinteä. Tällöin tuottajat kilpailevat asiakkaista laadulla ja yrityksiä on mahdollista kasvattaa voittoja vain lisäämällä volyyymiä. Volyymin kasvattaminen puolestaan on mahdollista vain nostamalla laatua.

Edellä kuvatun järjestelmän laatuvaikutuksia on analysoitu erityisesti Yhdysvalloissa ja Isossa-Britannissa. Empiiriset tutkimukset ovat keskittyneet erityisesti sairaalamarkkinoiden ja toisaalta tiettyjen sairausryhmien kuten infarktipotilaiden tarkasteluun. Empiiristen tutkimusten tulokset ovat vaihtelevia mutta kilpailun on havaittu nostavan laatua erityisesti Englannissa. Tutkimusten perus-

teella on selvää, että kilpailun laatuvaikutuksiin vaikuttaa toimintaympäristö ja erityisesti yritysten taloudelliset kannustimet (Gaynor & Town, 2011; Brekke et al., 2014.) Esimerkiksi Cooper ym. (2011) tutkimuksen perusteella kilpailu nosti laatua erityisesti niissä sairaaloissa, jotka toimivat kilpailullisilla alueilla.

Vaikka yleinen talousteoria arvioi kilpailun nostavan laatua kiinteillä hinnoilla, taloudellisten mallien perusteella tiedetään, että toimiva laatukilpailu edellyttää mm. seuraavien seikkoja huomioimista:

- Valinnanvapauden myötä kysynnän tulee reagoida tuottajien laatueroihin
- Tuottajien pitää pyrkiä kasvattamaan voittojaan
- Tuottajien voittomarginaalin (säännelty hinta- rajakustannukset) tulee olla positiivinen
- Rajakustannukset (yhdestä lisääsiakkaasta syntyvät lisäkustannukset) tulee olla vakiot
- Tuottajat pystyvät vastaamaan kysyntään, jonka heidän tuottamansa laatu aiheuttaa

Em. tekijät vaikuttavat yritysten kannustimiin reagoida kilpailuun ja voivat aiheuttaa epävarmuutta laatukilpailulle (Brekke et al., 2014.)

Esimerkiksi tuottajan altruismin (eli asiakkaan hyvinvoinnin korostamisen) on kirjallisuudessa osoitettu mutkistavan laatukilpailun syntymistä. Osittain altruistisesti toimiva tuottaja ottaa voittojen lisäksi huomioon asiakkaan hyvinvoinnin. Tällöin tuottaja toisaalta pyrkii nostamaan laatua valinnanvapauden vuoksi (ja potilaiden hyvinvoinnin näkökulmasta) mutta toisaalta sama tuottaja saattaa pyrkiä ohjaamaan kalliit potilaat toisille tuottajille. Se kumpi toiminta korostuu, vaikuttaa laatukilpailun lopputulokseen (Brekke et al., 2011.)

Vastaava epävarmuus saattaa muodostua, mikäli tuottajan kapasiteettiraja tulee vastaan lisääntyneen kysynnän vuoksi. Tällöin tuottajalle ei välttämättä synny kannustinta nostaa laatua kilpailun johdosta, sillä lisääntynyt asiakasmäärä aiheuttaa investointipaineita, jotka puolestaan lisäävät kustannuksia.

Edellä mainitut tilanteet kuvastavat laatukilpailuun liittyvää epävarmuutta, jotka liittyvät tuottajien taloudellisiin insentiveihin, silloin kun hinnat ovat kiinteät.

Kun tuottajat voivat asettaa hinnan, sekä talousteoria että empiiriset tutkimustulokset osoittavan laatukilpailun tuottavan epäselviä ja vaihtelevia tuloksia. Yleisesti kuitenkin tiedetään, että kiihtynyt hintakilpailu laskee laatua (kts. esim. Forder & Allan, 2014).

Talousteorian sekä empiiristen tutkimusten perusteella voidaan olettaa, että hyvin toimivilla sekä huolellisesti säännellyillä markkinoilla kiinteän hinnan puitteissa tapahtuva kilpailu parantaa palveluiden laatua.

Valinnanvapausmalli vaikuttaa palvelujen rahoitustarpeeseen tehokkuusetujen kautta. Toiminnan tehostumisella nykyiseen verrattuna pyritään matalampaan kustannusten kasvu-uraan. Maakuntien rahoituslaki sisältää ns. perusura eli nyky muodossaan odotettuja kustannuksia matalamman rahoituksen kehityksen. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua kolmen miljardin euron arvosta vuoteen 2029 mennessä. Valinnanvapausmalli sekä monikanavarahoituksen purkamiseen liittyvät toimenpiteet ovat yksi osa uudistuksista, joilla tähän tavoitteeseen pyritään.

Ehdotetussa valinnanvapausmallissa kilpailu tapahtuu ns. suoran valinnan palveluiden, asiakasseteilin, ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palveluiden kautta. Suoran valinnan palvelut ovat

pääpainoltaan kapitaatorahoituksella rahoitettuja palveluita, jotka käsittävät perustason sosiaali- ja terveydenhuollon, mukaan lukien suun terveyden, palveluita. Kapitaatorahoituksella tarkoitetaan kustakin listautuneesta asiakkaasta maksettavaa tarveperusteista kiinteää maksua (esimerkiksi vuosimaksua), jonka puitteissa tuottaja sitoutuu hoitamaan asiakkaan määritellyt palveluntarpeet. Korvaukset ovat kaikille tuottajille yhtäläiset samoista palveluista, joten kilpailun odotetaan tapahtuvan laadulla.

Asiakassetelin ja suoran valinnan piirissä olevia palveluita voidaan pitää esimerkkinä kiinteän hinnan palveluista. Kaikki tuottajat saavat saman (joskin esimerkiksi asiakkaan ominaisuuksista riippuvan) korvauksen asiakkaalle tehtävistä toimenpiteistä eivätkä näin ollen voi suoraan vaikuttaa hintaan. Talusteoria (ks. Dravonve 2011, Gaynor & Town 2011) ennakoii tällaisissa terveydenhuollon palveluissa tapahtuvan kilpailun tukevan laadun paranemista. Tutkimustulokset vaikuttaisivat vahvistavan teoreettisen näkemyksen. Näin kilpailun kiinteillä hinnoilla voidaan huolellisesti toteutettuna arvioida parantavan palvelujen laatua nykyiseen verrattuna, ja tätä kautta parantavan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuotannon kustannustehokkuutta ja hillitsevän menokehitystä.

Asiakasseteli on maakunnille vapaaehtoinen työkalu, jonka käyttötarkoitus vastaa laajalti nykymuotoisen palvelusetelin luonnetta. Asiakassetelin ei näin ollen odoteta laajentavan kilpailun piirissä olevia markkinoita nykyisen palvelusetelin jo kattamaan osaan verrattuna.

Maakunnilla on velvollisuus tarjota henkilökohtaista budjettia iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on laaja-alaista useita erilaisia palveluiden, tuen ja avun tarvetta. Tällöin sen vaikutukset menokehitykseen ovat talusteorian ja empiirisen tutkimuksen näkökulmasta epäselvemmät. Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset riippuvat siitä, miten ja missä laajuudessa henkilökohtainen budjetointi toteutetaan ja miten saatavuuskriteerit asetetaan. Väljät kriteerit voivat synnyttää uusia palvelutarpeita ja kasvattaa näin ollen kustannuksia.

Maksuseteliä koskeva lainsäädäntö on niin keskeneräinen, että sitä on mahdotonta arvioida.

Kilpailun tuomien tehokkuusasetujen suuruuden arvioinnin näkökulmasta on tärkeää arvioida, miten suuriksi kilpailulliset markkinat nykytilaan verrattuna muodostuvat. Maakunnille toiminnan käynnistyessä kohdennettava sosiaali- ja terveydenhuollon valtion rahoitus on 17,25 miljardia euroa vuoden 2016 tasossa ja maakuntien saamien asiakasmaksujen suuruus on arviolta 1,45 miljardia euroa. Maakuntien rahoituksen ja saamien asiakasmaksujen yhteensä noin 18,7 miljardin euron summasta valinnanvapauden piiriin kuuluvien palveluiden menojen suuruus edellä esitettyjen oletusten mukaisena (vähimmäistasolla) olisi suoran valinnan terveyspalveluiden ja suun terveydenhuollon palveluiden osalta arviolta noin 1,8 miljardia euroa. Tämän lisäksi suoran valinnan palveluihin kuuluu sosiaalihuollon palvelukokonaisuus, jonka menojen suuruutta vähimmäistasolla ei ole vielä arvioitu. Henkilökohtaisen budjetin menot voisivat nykyisten menojen perusteella arvioituna olla noin 3,3 miljardia euroa.

Euromääräistä arviota kilpailun positiivisista vaikutuksista on vaikea antaa; tutkimustulokset koskevat usein järjestelmiä, jotka eivät ole samanlaisia esitetyn valinnanvapausmallin ja sen kontekstin kanssa. Esimerkiksi Englannin ratkaisuja koskeva tutkimuskirjallisuus käsittelee usein sairaaloiden välistä kilpailua (Gaynor ym. (2011) löytävät huomattavan yli 7 %:n parannuksen asiakkaiden hyvinvoinnissa kilpailun seurauksena), eikä tulosten yleistäminen täsmällisellä tasolla esitettyyn malliin ole realistista. Tutkimuskirjallisuus keskittyy myös terveydenhuoltoon, eikä sosiaalipalveluista ole saatavilla yhtä kattavaa tutkimustietoa. Suomen kontekstiin yksiselitteisesti rinnastettavissa olevaa, laadukasta tutkimustietoa kilpailun vaikutusta sosiaali- ja terveyshuollon menokehitykseen ei

ole saatavilla. Näin arviot edustavat hyvin epävarmoja lukuja kansainvälisen tutkimuksen perusteella.

Esimerkiksi 2-3 %:n tehokkuushyödyillä arvioituna kustannustehokkuuden paraneminen tarkoittaisi nykyisellä kustannustasolla mitattuna noin 35–55 miljoonan euron säästöjä maakuntia velvoittavien suoran valinnan palveluiden joukossa. Luku on hyvin karkea arvio ja tarkoittaisi käytännössä kymmenen vuoden aikavälillä noin 0,2-0,3 %:n vuosittaista kustannuskehityksen hidastumista perusuraan verrattuna vuosittaisen menokehityksen näkökulmasta kilpailun piirissä oleville palveluille. Vertailuna voidaan arvioida, että vaikka tehokkuushyötyjen toteutuminen olisi kustannustehokkuuden paranemisen näkökulmasta huomattavan korkea, esimerkiksi 7 %, seuraisi tästä noin 125 miljoonan euron menoja hillitsevä vaikutus nykyisellä kustannustasolla arvioituna (kymmenen vuoden aikavälillä noin 0,7 % vuotuinen menokehityksen hidastuminen).

Mikäli maakunnat ottavat käyttöön laajempia suoran valinnan tai asiakassetelin palveluvalikoiman määritelmiä, kasvaa kilpailun piirissä oleva menopohja ja sitä kautta vaikutus voimistuu. Esimerkiksi kykyä kilpailuttaa erikoistason palveluita on pidetty alan toimijoiden keskuudessa tärkeänä kustannuksia madaltavana tekijänä. Palveluvalikoiman laajentamiseen liittyy kuitenkin muita jäljempänä käsiteltäviä riskejä.

Kilpailun vaikutukset eivät rajaudu ainoastaan suoraan kilpailun piirissä olevien tuottajien toimintaan. Tämän lisäksi kilpailulla voidaan katsoa olevan positiivisia ulkoisvaikutuksia myös sellaisten toimijoiden toimintaan, jotka eivät suoraan itse osallistu kilpailuun. Nämä heijastusvaikutukset näkyvät esimerkiksi kilpailullisilla markkinoilla voiton tavoittelussa kehitettyjen tuote- ja prosessi-innovaatioiden leviämisen kautta. Nämä vaikutuskanavat voivat olla moninaisia: esimerkiksi Glaeser (1997) arvioi osaamisen leviävän kaupungeissa ihmisten välisen kanssakäymisen kautta; Gaynor & Town (2011) muodostavat myös teoreettisen kehikon, jonka puitteissa laadun näkökulmasta positiivisia heijastusvaikutuksia voi syntyä tilanteessa, jossa toimijat hoitavat sekä kilpailullisia että kilpailun ulkopuolisia asiakkaita. Myös Aalto-yliopiston työryhmä (2016) tukee näkemystä heijastusvaikutuksista. Empiiriset tutkimustulokset näistä heijastusvaikutuksista ovat harvinaisempia, mutta esimerkiksi Dechezleprête ym. (2016) löytävät tuotekehitykseen liittyvien verotukien osalta tällaisia vaikutuksia. Näitä vaikutuksia on kuitenkin erittäin vaikea arvioida euromääräisenä erityisesti siksi, että juuri sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevaa tutkimusta ei parhaimman tiedon mukaan ole saatavilla.

Markkinoiden muodostumisessa käynnistymisvaihe kriittisin

- Muiden maiden kokemukset osoittavat tuottajan vaihtamisen olevan vähäistä, joten uudistuksen käynnistymisvaiheessa muodostuvat markkinaosuudet saattavat jäädä pitkäaikaisiksi.
- Ensivaiheen listautumisen kannalta on ratkaisevaa, onko tuottajalle mahdollisuus ja kannustin valikoida asiakkaita haitallisella tavalla järjestelmän käynnistymisvaiheessa. Asiakkaiden valikointi markkinoiden avaamisvaiheessa vaikuttaisi pitkäkestoisesti eri toimijoiden asemaan ja kokonaiskustannusten kehitykseen.
- On todennäköistä, että valinnanvapauspalveluja tuottavien yritysten asiakaskunta muodostuu aiemman asiakkuuden pohjalta. Yksityisten yritysten nykyinen asiakaskunta koostuu pääosin työterveyshuollon ja yksityisesti palveluja käyttäneistä ”perusterveistä” asiakkaista. Maakunnan yhtiöiden (’vanha julkinen’) asiakaskunta koostuu pääosin työterveyshuollon ulkopuolella olevista, usein monisairaista ja iäkkäistä potilaista.
- Asiakkaiden valinta ja sitä seuraava rahoitus on keskeinen markkinoita ohjaava tekijä, kun tuottajien saama korvaus on kaikille sama. Julkisista tietoverkoista saatava kattava tieto suoran valinnan palveluntuottajien toiminnan sisällöstä, palvelujen saatavuudesta ja laadusta on olennaista asiakkaan valinnan kannalta jo valinnanvapausjärjestelmän käynnistymisvaiheessa.

Vaikutukset maakuntien talouteen

Valinnanvapausmallin piirissä olevien maakuntaa velvoittavien palveluiden osuus suhteessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitukseen jää valinnanvapauden toteuttamisen ensimmäisessä vaiheessa melko maltilliseksi (n. 10 – 30 % tasolle, riippuen laskennan yksityiskohdista; lukuun vaikuttavat merkittävällä tapaa maakunnille vapaaehtoiset toimet, kuten suoran valinnan palvelujen vähimmäistasoa korkeampi laajuus sekä henkilökohtaisen budjetin ja asiakassetelin käyttönoton laajuus). Osuutta on vaikea ennakoida, jos maakunnalle jää verrattain paljon itsemääräämisoikeutta esimerkiksi suoran valinnan palvelujen sekä maakunnan liikelaitoksen työnjaon määrittämisessä. Maakunta kykenee halutessaan esimerkiksi kasvattamaan perustason palveluiden saatavuutta ja panostusta. Mikäli perustason palveluihin panostaminen näkyisi erikoistason palveluiden tarpeen vähenemisenä, voisi maakunta tätä kautta saavuttaa kustannussäästöjä. Tämä edellyttää että erikoissairaanhoidon kapasiteettia sopeutetaan vastaavasti.

Valinnanvapausmalli heikentää maakunnan kykyä toteuttaa sosiaali- ja terveystalouden integraatiota alueellaan. Tämä on seurausta siitä, että kaikki palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisen ohjauksen piirissä, vaikka portinvartijusrooli säilyykin maakunnalla. Integraation toteuttaminen valinnanvapausmallin puitteissa edellyttää maakunnalta sopimus- ja korvausjärjestelmien osaamista. Todennäköistä on, että valinnanvapausmalli heikentää integraation toteutumista.

Taloudelliset vaikutukset yrityksiin ja palvelun tuottajiin

Asiakas voi valita suoran valinnan palvelutuottajan erikseen sosiaali- ja terveystalouden sekä suoran terveyden palveluissa. Tuottaja saa määritellyn riskipainotetun eli asiakkaan ominaisuuksien kuten iän perusteella muodostetun kapitaatiokorvauksen (jolloin korvaus on korkeampi esimerkiksi vanhuksille kuin työkäisille) kustakin asiakkaasta ja sitoutuu tuottamaan määritellyt palvelut määritellyissä puitteissa näille asiakkailleen. Näin tuottajat kilpailevat asiakkaista laadulla, eivät hinnalla. Kapitaatiokorvauksen voidaan nähdä lähtökohtaisesti kannustavan kustannustehokkaaseen toimintaan, joskin sen riskinä on kermankuorinta ja laadun heikentyminen erityisesti epätäydellisillä markkinoilla.

Vaikka suoran valinnan palveluiden pääasiallinen rahoitusperiaate on kapitaatio, jää maakunnille huomattava määrä kykyä vaikuttaa rahoituksen yksityiskohtiin. Esimerkiksi suoriteperusteisen korvauksen osuutta kasvattamalla tuottajat voidaan saada tuottamaan enemmän palveluita, ja tätä kautta saatavuus parantuu. Tällaiseen toimintaan sisältyy kuitenkin kustannusriskejä, ja maakunnan itsemääräämisoikeuden laajuus asettaa maakunnalle merkittävän roolin kustannustehokkaan toiminnan kannustimien toteutumisessa. Näiden kustannusriskien hallitseminen edellyttää maakunnalta hyvää suunnittelu- ja ennakointikykyä.

Valinnanvapausmalli mahdollistaa siis erityisesti suoran valinnan palvelujen tapauksessa julkisrahoitteisten palvelujen tuottamisen laajalle joukolle sellaisia yrityksiä sekä kolmannen sektorin toimijoita, joille tämä ei tällä hetkellä ole mahdollista. Mikäli valinnanvapauden ensimmäisessä vaiheessa tuottajille asetettu velvoittava palveluvalikoima ei sisällä vastuuta esimerkiksi erikoissairaanhoidosta, kustannusriski ja tarvittavat investoinnit voivat jäädä kohtuullisiksi, tehden järjestelmästä soveltuvan myös pienemmille toimijoille (korvausjärjestelmien soveltuvuutta eri toimijoille on käsitelty täsmällisemmin esim. Conrad 2015).

Maakunnan asettaessa laajemman suoran valinnan palveluvalikoiman kustannusriskin kasvu voi tarkoittaa sitä, että pienet toimijat tarvitsevat markkinoilla pärjätäkseen tehokkaan jälleenvakuutusjärjestelmän, tai muutoin markkinoille tulo voi olla pienille yrityksille erittäin vaikeaa. Samoin

markkinoille tulo markkinoiden avautumisen jälkeen muodostuu kapitaatorahoitteisessa mallissa vaikeammaksi, sillä tuotannon kannattava toteuttaminen edellyttää laajemman palveluvalikoiman puitteissa paitsi investointeja myös laajemman asiakaspohjan. Laajemman palveluvalikoiman, ja sitä kautta taloudellisen vastuun, kantaminen edellyttää maakunnalta myös kykyä korvausmallien yksityiskohtaisempaan laadintaan.

Markkinoille tuloa markkinoiden avautumisvaiheen jälkeen vaikeuttaa myös asiakkaiden vähäinen liikkuvuus (esim. Kaikkonen ym. 2016). Kilpailun tehokkuushyötyjen näkökulmasta tämä ei välttämättä ole suuri ongelma, sillä jo kilpailun uhka voi saada markkinoilla nykyään olevat tehostamaan toimintaansa (esim. Whellams 2016). Siitä kuitenkin seuraa, että markkinoiden monopolisoinnin uhan näkökulmasta markkinoiden avaamiseen liittyvät kysymykset ovat erittäin tärkeitä.

Portinvartijuus säilyy nykyisen kaltaisena erikoissairaanhoidossa eli kustannusvastuunsiirto-ongelmalta ei välttyä. Tuottajilla voi siis olla kannustin lähettää asiakkaitaan liikelaitoksen tai erikoissairaanhoidon hoidettaviksi, ja tältä osin pulma vastaa hieman nykyistä kuntien ja sairaanhoitopiirien muodostamaa ongelmaa. Tämä yhteismaan ongelmaa¹ muistuttava tilanne voi käytännössä näkyä kasvavina erikoissairaanhoidon kustannuksina sellaisten asioiden osalta, jotka oltaisiin voitu hoitaa halvemmalla perustasolla. Suoran valinnan tuottajien palveluvalikoiman (ja sitä kautta kustannusvastuun) laajentaminen erikoistason palveluihin hillitsee ongelmaa, mutta korostaa edellä kuvatun mukaisesti esimerkiksi markkinoille tuloon ja kermankuorintaan liittyviä haasteita.

Asiakkaan valinnanvapaus yhdistettynä kapitaatiomuotoiseen korvausratkaisuun luo tuottajille kapitaation koosta riippuvaisen kannustimen asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen (ks. Brown ym. 2014). Tällä ns. kermankuorinnalla pyritään saamaan asiakaspopulaatioon ne asiakkaat, jotka ovat keskimääräisiä ominaisuuksiaan helppohoitoisempia: esimerkiksi terveet elämäntavat omaava henkilö voi keskimäärin halvempi asiakas, vaikka tätä ei välttämättä pystytä kapitaatiokorvauksessa täsmällisesti erittelemäänkään. Erityisesti Suomen institutionaalisessa kontekstissa, jossa nykyisillä yksityisillä toimijoilla (kotitalouksien ostamat terveystalot ja työterveydenhuolto) on huomattava määrä informaatiota olemassa olevista asiakkaistaan, on tämä riski huomattava. Kermankuorinta on ongelma sellaisissa malleissa, joissa tuottaja kykenee mahdollisesti vaikuttamaan asiakaspopulaationsa koostumukseen: esimerkiksi väestövastuulliset mallit välttyvät tältä pulmalta.

Valinnanvapausmallin ensimmäisessä vaiheessa suoran valinnan palveluntuottajien vähimmäispalveluvalikoimalla kapitaatiokorvaus jää melko maltilliseksi. Näin asiakkaiden haitallisen valikoimisen eli kermankuorinnan kannustimet jäävät suppeilla palveluvalikoimilla melko vähäisiksi: mutta toisaalta tällöin yhteismaan ongelmat voivat olla suurempia. Maakuntien mahdollisesti laajentaessa suoran valinnan palveluntuottajien palveluvalikoimaa kapitaation taso kasvaa. Tällöin kermankuorinnan kannustimet saattavat myös kasvaa, vaikka yhteismaan ongelmat lievenevätkin. Vaikka suoran valinnan palvelujen laajuus ei ensimmäisessä vaiheessa olisikaan merkittävä, voivat tuottajien kannustimet harjoittaa haitallista valikoimista kasvaa mikäli tuottajat esimerkiksi odottavat suoran valinnan palvelujen sisällön kasvavan

Kermankuorinnan kannalta keskeistä on tarvekertoimien määrittelyssä sekä markkinoiden avaamisessa onnistuminen. Jos kuhunkin asiakkaaseen liittyy oikeudenmukainen korvaus, palveluntuottajien kannustin valikoida asiakkaita on alhainen. Käytännössä tarvekertoimien määrittelyllä kyetään kuitenkin selittämään hyvin maltillinen määrä kustannusten vaihtelusta (esimerkiksi Vaalavuo

¹ Yhteismaan ongelmalla tarkoitetaan tilannetta, jossa yhteistä resurssia käytetään liikaa osallistujien oman edun tavoittelussa: tässä yhteydessä asiaa voidaan luonnehtia niin, että tuottajilla on omia kustannuksiaan minimoidessa kannustin yrittää siirtää asiakkaita erikoissairaanhoidon huoleksi: tämä kasvattaa järjestelmän kokonaiskustannuksia, mutta parantaa suoran valinnan toimijoiden tulosta.

2013). Näin ollen kermankuorinnan kannustimien voidaan yleisesti ottaen katsoa kasvavan kapitaatiokorvauksen kasvaessa, sillä suurempi kapitaatiokorvaus tarkoittaa euromääräisesti suurempaa kustannusten varianssia, ja paremman informaation toimijoilla voi näin ollen olla mahdollisuuksia valikoida asiakkaita haitallisella tavalla. Esimerkiksi työterveys- tai yksityisiä sairaanhoitopalveluja nykyisellään myyvillä toimijoilla voi olla tarvekertoimien määrittämisessä käytettävää tietoa täsmällisempää tietoa relevanteista tekijöistä, kuten asiakkaiden elintavoista.

Asiakkaiden haitallinen valikoiminen voi aiheuttaa erityisiä ongelmia yhteisvaikutuksessa muiden järjestelmän osien kanssa. Erityisesti tuottajien kyky ilmoittaa enimmäisasiakasmääränsä (ilman tuotannon sopeuttamisvaatimuksia) tarkoittaa, että hyvän asiakaspopulaation haalinut tuottaja kykenee käytännössä sulkemaan ovensa muilta asiakkailta, joka voi rajoittaa merkittäväällä tavalla asiakkaiden valinnanvapautta. Tämän mekanismin kautta voi syntyä segregoituneet markkinat, jossa uusilla toimijoilla on helpommat asiakaspopulaatiot ja nykyisillä toimijoilla haastavimmat (ks. Vehko 2016 käsittelee terveyskeskusten asiakkaita, jotka ovat nykyisellään huomattavissa määrin pitkäaikaisairaita). Mikäli tuottajat kykenevät segregoimaan markkinat ja jäykistämään ne enimmäismäärärajoitusten kautta, voidaan kilpailun positiiviset vaikutukset menettää.

Pahimmassa tapauksessa markkinoiden segregoitumiseen liittyy merkittäviä kustannusriskejä. Kun vaativammille asiakkaille palveluita tuottavien toimijoiden kapitaatiokorvauksia joudutaan mahdollisesti haitallisen valikoitumisen seurauksena kasvattamaan, näkyy osa tästä vaikutuksesta myös helpompien asiakaspopulaatioiden tuottajien korvausten kasvuna. Asiakkaiden heikko liikkuvuus yhdistettynä tuottajien potentiaaliseen kykyyn vaikuttaa sekä rajata asiakaspopulaatiotaan tarkoittavat, että markkinoiden käynnistämävaiheella on erityisen painava merkitys markkinoiden kehittymisen kannalta.

Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen

Valinnanvapausmalliin liittyy kahdenlaisia vaikutuksia kotitalouksien asemaan: toisaalta siirtymävaiheeseen liittyviä vaikutuksia, ja toisaalta valinnanvapausmalliin liittyviä pidempiaikaisia vaikutuksia. Siirtymävaiheen yhteydessä voi tapahtua muutoksia kotitalouksien suhteellisissa asemassa. Nykyään työterveys- tai yksityisiä palveluita käyttävät kotitaloudet osallistuvat verorahojen kautta myös nykymuotoisen perusterveydenhuollon palveluiden rahoitukseen. Valinnanvapausmallin myötä nämä henkilöt saattavat jatkaa nykyisen palveluntuottajansa asiakkaina sillä erotuksella, että tämä nykyinen tuottaja saattaa listautua suoran valinnan palvelun tuottajaksi ja saada näin kapitaatiokorvauksen näistä asiakkaista. Tällaisten tapahtumien yhteismäärän sekä yksityisen hoidon korvausten poistumisen yhteisvaikutuksena hoivaresurseja voi siirtyä nykyisiltä julkisrahoitteisten palvelujen käyttäjiltä toisaalle. Tämä vaikutus on riippuvainen markkinoiden avautumisen aikana tapahtuvasta asiakkaiden jakautumisesta, ja voi olla suunnaltaan terveyseroja kasvattava.

Valinnanvapausmalli muuttaa terveystalouden rakennetta. Markkinaehtoisessa kilpailussa esimerkiksi tiheämmin asutetut asutuskeskukset todennäköisesti houkuttelevat tuottajia harvemmin asuttuja syrjäseutuja paremmin. Näin asiakkaiden valinnanvapaus asutuskeskuksissa voi muodostua syrjäseutuja laajemmaksi. Toisaalta harvaan asutuille seuduille mahtuvien tuottajien määrä kapasiteettinäkökulmasta on myös rajallinen: harvaan asutuille seuduille ei toiminnan luonteesta johtuen mahdu kovin montaa toimijaa, ja jotkut alueet voivat asukasmääränsä puolesta muistuttaa luonnolliselle monopolille luontevaa aluetta. Maakunnan kyky asettaa tuottajien rahoituksen kannustimet myös syrjäseuduille sopivalla tavalla vaikuttaa keskeisellä tavalla palvelujen muodostumiseen syrjäseuduilla.

4.4 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin

Valinnanvapausmalliin siirtyminen merkitsee palvelujärjestelmän syvällistä muutosta. Asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen keskeisenä perusteena on pidetty järjestelmän asiakaslähtöisyyden lisäämistä: osallisuuden ja vastuun omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ajatellaan kasvavan ja itsemääräämisoikeuden vahvistuvan, kun asiakas voi itse valita käyttämänsä palvelut. Tämä voi lisätä asiakkaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista. Uudistuksessa on merkittävää, että koko maan kattava valinnanvapaus (suoran valinnan palvelut, maakunnan liikelaitoksen toimipiste) laajenee erityisesti sosiaalipalvelujen osalta verrattuna nykyiseen. Myöä asiakkaan mahdollisuus valita häntä hoitava ammattihenkilö toimipaikan mahdollisuuksien rajoissa laajenee sosiaalihuoltoon.

Tutkittua tietoa valinnanvapauden vaikutuksista ihmisten hyvinvointiin ja palvelujärjestelmän toimivuuteen on Suomessa vielä hyvin vähän. (Junnila ym. 2016.) Terveystieteiden ja palvelusetelin mahdollistaman valinnan lisäksi Suomessa on kokeiltu myös henkilökohtaisia budjetteja erityisesti vammais- ja vanhustenpalveluissa. Kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Henkilökohtaisten budjettien on nähty parantavan asiakkaan asemaa, erityisesti itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen lisääntyessä (esim. Ahlström ym. 2014). Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmä on parantanut hoitoon pääsyä ja lisännyt palveluiden käyttöä (Riksrevisionsverket 2014). Kolme neljäsosaa väestöstä on ollut tyytyväisiä Ruotsin valinnanvapausjärjestelmään (Janlöv ym. 2013)

Yhdenvertaisuus

Eri väestöryhmien palvelujen saatavuus voi parantua

- Järjestäjien suuri koko saattaa parantaa valinnanvapauspalvelujen yhdenvertaista saatavuutta sekä eri väestöryhmien että miesten ja naisten välillä. Tässä palveluohjauksella, neuvonnalla ja tuella valintatilanteissa on tärkeä rooli.
- Maakuntien väestö- ja yhdyskuntarakenteen erilaisuus voi hankaloittaa yhdenvertaisuustavoitteen toteutumista. Palvelutarjonta lisääntyy todennäköisesti suurissa asutuskeskuksissa, mutta harvaan asutuille alueille ei lisätarjontaa välttämättä synny. Näin valinnanvapauden toteutuminen ja aiempaa nopeampi hoitoon pääsy perustason palveluihin toteutuu epätasa-arvoisesti.
- Eri väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta on ratkaisevaa, miten määritellään palveluntuottajien korvausperusteet sekä asiakkaiden listautumista koskeva sääntely ja käytännöt. Esimerkiksi järjestelmä ei saa kannustaa asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen, järjestelmän tulee varmistaa, että myös heikoimmassa asemassa olevien valintoja tuetaan ja väestön saatavilla tulee olla riittävästi maksuttomia ja eri väestöryhmien tarpeet huomioivia neuvonta- ja ohjauspalveluja.

Palvelujen käyttäjän näkökulmasta on tärkeää saada usein tarvittavat palvelut läheltä ja helposti, mutta harvemmin tarvittavat palvelut voidaan hakea kauempaakin, etenkin jos keskittäminen varmistaa niiden laadun. Valinnanvapausmallilla pyritään parantamaan usein käytettävien peruspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Malliin siirryttäessä asiakkaiden pääsy suoran valinnan palveluihin todennäköisesti nopeutuu eikä se ole riippuvainen asiakkaan tuloista.

Maakuntien väestö- ja yhdyskuntarakenteen erilaisuus voi kuitenkin hankaloittaa tämän tavoitteen yhdenvertaista toteutumista. Muutos tuo todennäköisesti ainakin väestöille alueille lisää palvelutarjontaa ja parantaa siten palvelujen saatavuutta. Harvaan asutuilla alueille ei lisätarjontaa kuiten-

kaan välttämättä synny. Uudistuksen vaikutukset asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien tosiasialliseen toteutumiseen voivat siis olla epätasaiset ja siten uudistuksen hyödyt, kuten aiempaa nopeampi pääsy perustason palveluihin, jakautuvat alueellisesti jossain määrin epätasaisesti. Ruotsissa koko maassa n. 40 % valinnanvapausjärjestelmässä olevasta tuotannosta oli yksityistä. Tukholman seudulla yksityistä palvelutuotantoa oli n. 60 % ja pohjoisimpien maakäräjien alueilla 20 %.

- Eri väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta ratkaisevaksi muodostuvat palveluntuottajille maksettavien korvausten periaatteet sekä asiakkaiden listautumista koskeva sääntely ja käytännöt. Tärkeää on, että järjestelmässä ei ole kannustimia asiakasvalikointiin. Esimerkiksi se, että tuottajalla on oikeus rajoittaa asiakkaiden enimmäismäärää, voi mahdollistaa asiakkaiden valinnan epäasianmukaisin perustein. Haitallisia vaikutuksia voidaan kuitenkin estää sillä, että maakunta hallinnoi listautumisjärjestelmiä. Etenkin mallin käynnistämisvaiheessa ensimmäisiä listautumisia tehtäessä on vaarana käydä niin, että nopeilla ja osaavilla henkilöillä on parhaat mahdollisuudet valita haluamansa palveluntuottaja. Tätä voidaan estää sisällyttämällä järjestelmään takeita myös heikommassa asemassa olevien henkilöiden valintojen tukemiseksi. Yksittäisen asiakkaiden valinnan lisäksi voi syntyä myös alueiden valintaa. Ruotsissa uutta tarjontaa syntyi erityisesti alueille, joissa väestötiheys oli suuri ja palveluiden tarve ja sairastavuus vähäistä sekä väestön sosioekonominen asema korkea (Riksrevisionsverket 2014). Tämän suuntaisia vaikutuksia voidaan estää, jos maakunta pystyy ohjaamaan palveluiden sijoittumista.

Suoran valinnan palvelujen tuottajan mahdollisuus tarjota asiakkaalle eri maksusta lisäpalveluja, voi johtaa eriarvoistumisen lisääntymiseen. Osalla palvelujen käyttäjistä on mahdollisuuksia ostaa lisäpalveluja, mutta kaikille tämä ei ole esimerkiksi taloudellisista syistä mahdollista. Palvelujen tuottajalle voi tällöin syntyä kannuste ohjata palvelujen käyttäjiä tarjoamiinsa maksullisiin lisäpalveluihin. Lisäpalvelujen tarjontatilanteessa palveluntuottajan ja asiakkaan välinen tiedon epäsymmetria korostuu, sillä asiakkaan mahdollisuudet arvioida tarjottujen lisäpalvelujen todellista tarvetta ovat usein rajalliset. Vaarana on liiallisten palvelujen tarjoaminen.

Suurena haasteena järjestelmässä tulee olemaan se, että saatavilla on riittävästi valinnan tekemisen edellyttämää ymmärrettävää tietoa eri palvelutarjoajien palveluista ja tarjottavien palvelujen laadusta sekä tukea valintojen tekemiseen. Ongelma on mittava erityisesti valinnanvapauden toteuttamisen alkuvaiheessa, koska tarvittavien tietojärjestelmien kehitystyö on vasta aluillaan. Kaikilla asiakkailla ei ole tahtoa tai kykyä valita itselleen parhaiten sopivaa palveluntuottajaa.

- Valinnanvapautta voi käyttää parhaiten henkilö, joka terveydentilansa ja toimintakykynsä perusteella pystyy itse etsimään tietoa ja jonka voimavarat riittävät tämän tiedon pohjalta omien palvelujen kokonaisuuden pohdintaan. Mitä sairaampi ja toimintakyvyltään heikentynempi henkilö on, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivä, sitä huonommin hän kykenee tekemään valintoja. Mieliohjelman ohjausryhmä on tunnistanut päihde- ja mielenterveyskuntoutujien asemaan liittyviä haasteita ja arvioinut, että palvelujen käyttäjien valinnanvapauden lisääntyessä tulisi ottaa käyttöön yhdenvertaisuutta lisääviä keinoja niiden henkilöiden tueksi, joiden oma kyky, halu tai mahdollisuus valita on heikko. Ruotsin tulosten perusteella sekä korkeilla tuloilla, että koulutuksella on positiivinen yhteys valinnanvapauden käyttöön. (Beckman and Anell 2013, Winblad et al 2012). Toisaalta myös korkealla iällä (yli 64 vuotta) havaittiin samanlainen yhteys valinnanvapauden käyttöön (Beckman and Anell 2013). Vaikka Ruotsissa valinnanvapausjärjestelmä lisäsi kaikkiaan sen piirissä olevien palvelujen käyttöä, käyttö lisääntyi vähiten henkilöillä, joilla oli mielenterveysongelmia ja rajoittava pitkäaikaissairaus (Agerholm et al. 2015).

Yhdenvertaisten valintojen tekemisen mahdollistaminen edellyttää tehokasta asiakasohjausta, neuvontaa ja kattavaa ja helposti ymmärrettävää tietoa eri vaihtoehtoista. Jotta myös heikossa asemassa olevat asiakasryhmät voisivat hyödyntää vapauttaan valita, on valintoja tehtäessä tärkeä varmistaa tuetun päätöksenteon tarpeen tunnistaminen ja tuen saatavuus.

Yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää, että palveluntuottajien korvausjärjestelmä ohjaa toimintaa siten, että väestön saatavilla on riittävästi maksuttomia neuvonta- ja ohjauspalveluja ja että asiakasmaksut ovat kaikissa julkisesti rahoitetuissa palveluissa kohtuullisia. Pienituloisten ihmisten asema heikkenee ja toimeentulotukimenot lisääntyvät, jos asiakasmaksut nousevat nykyisestä. Tämä lisäksi entisestään eriarvoisuutta ja kasvattaisi hyvinvointi- ja terveyseroja.

Valinnan toteutuminen edellyttää tuekseen toimivaa julkista liikennettä ja matkakustannusten korvaamista siten, että vaihtoehtoiset palvelut ovat aidosti asiakkaiden saatavilla.

Valinnanvapausmalli voi kannustaa palvelujen tuottajia palvelujen erilaistamiseen palvelujen käyttäjien tarpeiden mukaan. Tämä voi tarjota mahdollisuuksia yhdenvertaisuuden lisääntymiseen esimerkiksi siten, että eri vähemmistöryhmien erilaiset kielelliset ja kulttuuriset tarpeet otetaan huomioon nykyistä paremmin. Vaarana tällöin voi kuitenkin olla liian pitkälle menevä erilaistuminen. Keskeiseksi muodostuu maakuntien järjestämisosaaaminen ja, miten ja millaisia ehtoja ne kykenevät asettamaan palvelujen tuottajille ja miten näitä ehtoja kyetään valvomaan.

Asiakkaiden palveluiden integraatio

Palveluintegraatio on sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa yhtäältä palveluiden laatuun ja käyttäjien asemaan ja kokemukseen liittyvä tavoite sinänsä ja toisaalta keino saavuttaa uudistukselle asetettuja yleisempiä tavoitteita, erityisesti sote-menojen kasvun pienentämistä. Palveluintegraation tavoitteena on toteuttaa asiakkaiden palvelut eheinä kokonaisuuksina sekä liittyy niihin ennaltaehkäiseviä toimia ja interventioita, joilla hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa. Palveluintegraatiosta säädetään sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa että valinnanvapauslaissa. Vaikutusarviointiin on koottu molempien laikein yhteisvaikutuksia asiakkaiden palveluiden integraatioon.

Alla olevassa faktalaatikossa kuvataan lyhyesti palveluintegraation keskeiset asiat.

Palveluintegraatio sote-uudistuksen mukaisessa monituottajamallissa

Sosiaali- ja terveyden huollon palveluintegraatiossa yksittäisistä palveluprosesseista muodostetaan asiakkaan tarpeiden mukaisia sujuvia kokonaisuuksia. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollossa yhdistetään joustavasti eri palveluja, osaamista ja menetelmiä siten, että kokonaisuus toteutuu mahdollisimman kustannustehokkaalla, laadukkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Ihmisen näkökulmasta integraatio tarkoittaa että hänet kohdataan yksilönä ja palvelut toteutuvat oikea-aikaisena ja hyvin toimivana kokonaisuutena.

Sote-uudistuksessa kokonaisvastuu integraatiosta on maakunnalla, jonka tehtävänä sote-järjestämislain perusteella on määrittellä maakunnan asukkaiden tarvetta vastaavat palvelukokonaisuudet ja palveluketjut. Jos asiakas tarvitsee vain suoran valinnan palveluja, on vastuu integraation käytännön toteuttamisesta valinnanvapauspalvelujen tuottamisesta vastaavalla sote-keskuksella.

Asiakkaalle laaditaan tarvittavat palvelut ja hoidot määrittelevä asiakassuunnitelma. Suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Asiakkaan osallisuutta edistetään tarvittaessa tuetulla päätöksenteolla. Suunnitelma sitoo laissa olevien säännösten perus-

teella kaikkia asiakkaan palvelukokonaisuutta toteuttavia tuottajia. Asiakas voi vaikuttaa suunnitelman mukaisten palvelujen toteutukseen valitsemalla itse suunnitelmaa toteuttavat palvelun tuottajat. Käytössä voivat tällöin olla myös asiakasseteli, henkilökohtainen budjetti ja maksuseteli.

Palveluintegraation toteuttamisen edellyttämät säännökset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa ja valinnanvapauslaissa. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskeissa erityislajeissa oleviin useisiin erilaisiin säännöksiin hoito-, palvelu- ja asiakassuunnitelmista tehdään integraation varmistamisen edellyttämät muutokset.

1) Yksittäisen asiakkaan palveluiden integraatio ja tiedon integraatio

Yksittäisen asiakkaan näkökulmasta keskeistä on se, miten maakunnan määritelmät palvelukokonaisuudet, palveluketju ja palveluintegraatio toteutuvat hänen palveluissaan. Keskeistä tässä on palvelutarpeen arviointiin pohjautuvan asiakassuunnitelman laatiminen ja velvollisuus noudattaa sitä.

Järjestämislakiluonnoksen mukainen palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelman laatiminen sekä näihin liittyvä ohjaus muodostavat asiakastasolla ne työvälineet, joilla yksittäisen asiakkaan palveluiden integraatio varmistetaan. Näistä säädetään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä ja siksi ei ole perustelua tuoda asiaa koskevia yksityiskohtaisempia säännöksiä järjestämislakiin tai valinnanvapauslakiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on useita keskenään hieman erilaisia säännöksiä hoito-, palvelu-, kuntoutus- ja asiakassuunnitelmista. Ongelmana näissä on ollut se, että niistä ei muodostu yhtä selkeää kokonaisuutta. Tämä edellyttää, että erityislakien muotoiluja tarkennetaan nykyisestä.

Uudistuksessa tämä hajanainen kokonaisuus kootaan yhteen siten, että jatkossa asiakkaan suunnitelmaan kootaan kaikki hänen tarvitsemansa palvelut. Asiakassuunnitelman laatimiselle määritellään vastuutaho ja kaikki asiakkaalle palveluja järjestävät ja tuottavat tahot velvoitetaan noudattamaan tätä. Asiakassuunnitelman laatimiseen liittyy asiakkaan ohjaus, jolla myös edistetään asiakkaan omahoitoa/omaa vastuun ottoa ja sitoutumista asiakassuunnitelmaan. Ohjauksella myös tarvittaessa autetaan asiakasta ”navigoimaan” palvelujärjestelmässä ja tekemään perusteltuja valintoja eri vaihtoehtojen välillä.

Asiakassuunnitelma laaditaan siellä missä on ensisijainen vastuu asiakkaan palveluista. Silloin kun asiakas tarvitsee lähinnä sote-keskuksen vastuulla olevia (terveydenhuollon) palveluja, suunnitelma laaditaan sote-keskuksessa. Jos palvelujen kokonaisuus perustuu maakunnan liikelaitoksen vastuulla olevista palveluista, asiakassuunnitelma laaditaan liikelaitoksessa. Palvelutarpeiden muuttuessa ja ensisijaisen vastuun siirtyessä liikelaitoksesta sote-keskukseen tai päinvastoin, on näiden sovittava keskenään vastuun siirrosta ja asiakassuunnitelman päivittämisestä muuttuneita tarpeita vastaavaksi sekä ensisijaisesta vastuusta.

Edellä kuvattu malli edellyttää muutoksia asiakasasiakirjoja sekä palvelujen sisältöä koskeviin lakeihin, mm. terveydenhuoltolakiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon lakiin, siten että suunnitelmia koskevat säännökset mahdollistavat (ja edellyttävät) yhden kokonaisuuden huomioon ottavan suunnitelman laatimisen ja toteuttamisen.

- Integraation toteuttamiseksi asiakasasiatietosäädöksiin on parhaillaan valmisteilla muutoksia, jotka mahdollistavat teknisesti mm. asiakkaan yhden asiakassuunnitelman, johon asiakkaalla, kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajilla ja palveluiden järjestäjällä olisi yhtäläinen pääsy. Asiakassuunnitelman kansallisen rakenteen määrittelytyö on aloitettu ja tulee

osaksi valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita ja KANTA-arkistoa. Niiden avulla varmistetaan se, että kaikki valinnanvapausjärjestelmässä olevat tuottajat käyttävät sitä toiminnassaan.

Säädösten lisäksi tarvitaan kansallisesti valmisteltuja työvälineitä toimeenpanon tueksi. Kansallisia työvälineitä tarvitaan muun muassa:

- paljon palveluita käyttävien tai sellaiseksi tulevaisuudessa joutuvien tunnistamiseen
- palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelytyöhön yhteinen alusta/työkalu
- palvelutarpeen arvioinnin ja asiakassuunnitelman kansallinen rakenne
- asiakasohjauksen työvälineiden ja työtapojen kehittäminen.

Tätä työtä tehdään yhteistyössä maakuntien sote-vastuuvalmistelijoiden kanssa hyödyntäen hallituksen kärkihankkeiden kokeiluja ja niiden tuloksia sekä STM:n Kaste-hankkeiden ja VM:n kunta-kokeiluhankkeiden tuloksia. Lisäksi integraation käytännön keinoja kartoitetaan VNK:n TEAS-hankkeella.

2) Asiakasryhmäkohtaisen palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen määrittely

Maakunnalla on järjestämislakiluonnoksen mukaan velvollisuus kuvata palvelukokonaisuudet ja palveluketjut. Tämä antaa järjestäjälle työvälineen integraation toteuttamiseen asiakasryhmätasolla. Palvelukokonaisuus on tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kokonaisuuden määrittely, jossa huomioidaan kaikki perustason ja erityistason julkiset ja yksityiset palvelut sekä rajapinnat mm. kunnan palveluihin. Palveluketju on tietyn asiakasryhmän, esimerkiksi lonkkaproteesipotilaiden hoitoketju kotoa kotiin huomioiden kaikki perustason, laajennetun perustason ja erityistason julkiset ja yksityiset palvelut.

Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyllä järjestäjä määrittelee alueellisen palveluiden porrastuksen, liikelaitoksen ja suoran valinnan tuottajien työnjaon sekä lähete- ja konsultaatiokäytännöt hyödyntäen mm. kansallisia hoitosuosituksia ja yhtenäisiä hoidon ja hoivan perusteita. Lakiluonnoksen mukaan kaikkien tuottajien on noudatettava näitä määrittelyjä.

Maakunta voi suoran valinnan tuottajien kanssa tehtävillä sopimuksilla täsmentää palvelukokonaisuuksiin ja palveluketjuihin ja palveluiden yhteensovittamiseen liittyviä ehtoja sekä irtisanoa tai purkaa sopimuksen tai peruuttaa sen hyväksymisen, jos ehtoja ei noudateta. Kehittämisyhteistyön kautta maakunta pystyy kehittämään määrittelyjä ja sopimusehtoja yhteistyössä tuottajien kanssa. Lakiluonnosten ehdotuksia voidaan pitää riittävinä integraation varmistamiseen asiakasryhmätasolla. Tarvittaessa järjestämislain yksityiskohtaisissa perusteluissa voidaan avata asiakasryhmäkohtaisten palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyä nykyluonnosta tarkemmin.

Maakunnalle integraation toteuttaminen on monituottajamallissa haastavaa, koska palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisen ohjauksen piirissä. Integraation toteutuminen hoitokokonaisuuksissa ja palveluketjuissa edellyttää maakunnalta niiden huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä sopimusohjausta ja seuranta.

Integraation toteuttaminen voi olla haastavaa

- Asiakassuunnitelma on keskeinen palveluintegraation toteuttamisen väline, mutta sen toteutuminen jää paljolti eri toimijoiden yhteistyötahdon ja luotujen yhteistyökäytäntöjen varaan. Eri sisältölakien palvelu- ja asiakassuunnitelmia koskevat säädökset aiotaan yhtenäistää, jotta asiakassuunnitelmien teko KANTA-palveluun olisi yhtenäistä ja sieltä kaikkien palveluntuottajien käytössä.

- Maakunnalle integraation toteuttaminen on monituottajamallissa haastavaa, koska palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisessa ohjauksessa. Integraation toteutuminen hoitokokonaisuuksissa ja palveluketjuissa edellyttää maakunnalta niiden huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä sopimusohjausta ja seurantaa.
- Epäselvää on, miten tiedon integraatio toteutuu järjestelmän käynnistämisvaiheessa.

Kannustaako malli asiakaskeskeiseen toimintaan?

Asiakaskeskeisyyden voidaan periaatteessa odottaa paranevan, kun asiakkaalle syntyy oikeus ”äänestää jaloillaan” ja vaihtaa palveluntuottajaa, joilta saa huonoa palvelua. Jos systeemi toimisi ideaalisesti, poistuisivat asiakkaan kannalta epätydyttävää palvelua tarjoavat ennen pitkää markkinoilta ja asiakaskeskeisesti toimivat jäisivät jäljelle. Käytännössä tämä riippuu siitä, onko alueella tosi-asiallisesti palveluntarjontaa, josta asiakkaalla on mahdollisuus valita ja siitä, onko asiakkaalla riittävästi tietoa ja voimavaroja vaihtaa epätydyttävää palveluntuottajaa.

Toimintamalli voi kannustaa palvelujen tuottajia palvelujen erilaistamiseen palvelujen käyttäjien tarpeiden mukaan. On kuitenkin huolehdittava siitä, ettei erilaistaminen johda yhdenvertaisuuden vähenemiseen, vaan tapahtuu vahvasti asiakkaiden edun ja tasavertaisen kohtelun näkökulmasta.

Suurena riskinä on, että ”raha seuraa asiakasta” -mallin mukainen toiminta voi helposti johtaa siihen, että paljon apua tarvitsevia asiakkaita ei haluta palvella, paitsi jos heillä on rahaa. Järjestelmässä on mahdollista, että suoran valinnan palvelujen tuottajat tarjoavat asiakkaille mahdollisuutta hankkia omalla kustannuksellaan täydentäviä (ylimääräisiä) palveluja. Nämä lisäpalvelut voisivat olla julkisrahoitteisiin palveluihin nähden ylimääräisiä joko laadultaan tai määrältään. Tiedon epäsuhta voi johtaa siihen, ettei asiakas tiedä onko tällainen lisäpalvelu hänen kannaltaan tarpeellinen tai hyödyllinen. Asiakas ei myöskään voi tietää pitäisikö tarjotun lisäpalvelun kuulua hänen suoran valinnan palveluhinsa.

Tällainen mahdollisuus voi avata eriarvoistumisen uudenlaisen polun ja johtaa siihen, että asiakkaan maksukyky voi muodostua tärkeämmäksi palvelun saamisen periaatteeksi kuin tarve. Kaikki asiakkaat eivät voi ostaa lisäpalveluja, mikä voi vaikuttaa heidän saamansa palvelun tai hoidon määrään tai laatuun. Tällöin yhdenvertaisuus ja puolueettomuus eivät enää ohjaa julkisesti rahoitettujen palvelujen käyttöä ja palvelun tuottaja voi alkaa suosia maksavia asiakkaita. Jos palvelun piiriin pääsyä rajataan tai asiakasmaksuja korotetaan, voi lisäpalvelusta tulla yrityksen tärkein tuote.

Suoran valinnan palveluissa painottuvat terveydenhuollon palvelut. On vaarana, että suoran valinnan palveluissa ei osata tunnistaa asiakkaan sosiaalista ongelmaa (esimerkiksi yksinäisyys ja osattomuus) eikä siten osata hoitaa sitä muilla kuin terveydenhuollon keinoilla. Sosiaalihuollon palvelujen tai ammatillisen osaamisen nivominen suoran valinnan (terveydenhuollon) palveluihin voi onnistuessaan parantaa palvelujen tarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamista ja edistää varhaista tukea ja palveluihin ohjaamista. Tämä edellyttää kuitenkin asiakastarpeiden hyvää tunnistamista ja suoran palvelun pisteessä tehdyn työn ja ammatillisen osaamisen nivomista maakunnan ja 3. sektorin palveluihin.

Vahvoilla järjestäjillä on paremmat mahdollisuudet kehittää vaikeasti hoidettavien sairauksien ja erityisryhmien palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämää osaamista. Tulevaisuudessa tiettyjen erityisryhmien, esimerkiksi maahanmuuttajataustaisen väestön palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämän osaamisen tarve tulee korostumaan. Maakunnan liikelaitoksen on varmistettava, että valittu malli edistää palvelujen esteettömyyttä. Lisäksi tulee varmistaa palvelujen monipuolisuus mm. digitaalisten ja mobiilipalvelujen kehittäminen. Näin voidaan vastata eri ryhmien

ja erilaisessa asemassa olevien yksilöiden toisistaan poikkeaviin tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi käyttäjälähtöisten digitaalisten palvelujen tarjoaminen niille, joilla on valmiudet ja halu niitä käyttää, voi vapauttaa resursseja enemmän tukea tarvitsevien palveluihin.

Vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin

Hoitoon pääsyn nopeutuminen suoran valinnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin voi ehkäistä ihmisten terveysongelmien kasautumista ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Sosiaali- huollon ohjauksen ja neuvonnan sijoittuminen osaksi suoran valinnan palvelua mahdollistaa tuen tarpeessa olevan tunnistamisen ja ihmisten ohjaamisen liikelaitokseen tai esimerkiksi järjestöjen ver- taistuen ja matalan kynnyksen osallistavan toiminnan piiriin, jos varsinaisille sosiaali- tai terveys- palveluille ei ole tarvetta tai asiakas tarvitsee palvelujen lisäksi muutakin tukea.

Sote-uudistuksen tavoitteiden saavuttamisen kannalta tärkeää on saada palvelujen tuottajat sitoutu- maan kokonaisvaltaiseen ihmisten ja perheiden elämäntilanteiden huomioimisesta. Tätä voi hanka- loittaa se, että perheet eivät aina ole saman palveluntuottajan palveluissa. Vaikka se, että jo 12 - vuotiaat lapset saisivat tehdä itsenäisen valinnan palveluntuottajastaan, vahvistaa heidän itsemää- räämisoikeuttaan, voi perheiden kokonaistilanteen huomioiminen ja mahdollisen tuen tarpeen tun- nistaminen olla tällöin kuitenkin hankalaa. Pulmia voi liittyä esimerkiksi lastensuojelun tarpeen, lähisuhdeväkivallan tai vastaavien ongelmien tunnistamiseen, kun perheenjäsenten kokonaistilan- netta ei voida havainnoida.

Jos asiakkaan (ja hänen perheensä) kokonaishyvinvoinnin edistämistä ei kyetä ottamaan muutokses- sa vahvasti huomioon, riskinä on, että mallilla parannetaan lähinnä niiden terveyttä ja hyvinvointia, jotka jo nyt ovat paremmassa asemassa. Vaikutukset ihmisten terveyskäyttäytymiseen, kansantau- tien riskitekijöihin ja hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiin riippuvat siitä, missä määrin maakun- nat kykenevät ohjaamaan tuottajia.

Ruotsissa on myös havaittu valinnanvapausjärjestelmän käyttöönoton johtaneen vähäisiin terveys- ongelmiin liittyvien vastaanottokäyntien lisääntymiseen. Vakavammissa terveysongelmissa käyn- tien määrä lisääntyi vähemmän. (Myndigheten för vårdanalys 2013, Riksrevisionsverket 2014). Ilmiö voi selittyä sillä, että kohtalaisen terveiden on helpompi käyttää valinnanvapautta. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on kuitenkin ongelmallista, jos lisääntyvä käyttö suuntautuu sellaisiin ongelmiin, jotka eivät välttämättä edes edellytä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilai- sen vastaanotolla käyntiä. Tämä on erityisen ongelmallista, jos samaan aikaan esimerkiksi pitkäai- kaissairauksien hoito kärsii tai moniongelmaisten henkilöiden tunnistaminen ja palveluihin ohjaus heikentyy. Maakuntien on kyettävä seuraamaan tilannetta ja ohjaamaan asukkaiden vastaanotoille hakeutumista sekä tuottajien toimintaa.

Hyvinvoinnin pitkäjänteinen edistäminen vaatii asiakastyössä syntyvän yhteisen tietopohjan. On olennaista, ettei jäädä vain yksilötasolle ratkaisemaan yksittäisiä ongelmia, vaan että järjestelmän toimijat sitoutuvat osaltaan myös sosiaali- ja terveystalitiikan maa- ja valtakunnallisen kokonaisuus- den kehittämiseen.

Tärkeä osa tätä pohdintaa ovat valinnanvapausmallin vaikutukset kansalaisten osallistumis- ja vai- kuttamismahdollisuuksiin yhteiskunnassa (kansanvaltaisuuden turvaaminen järjestelmän kehittämi- sessä, palvelunkäyttäjien mahdollisuudet vaikuttaa tuottajatasolla, laatu- ja avoimuus). Epäselvää on, mikälainen vaikutusmahdollisuus kansalaisella on, jos iso osa palveluista siirtyy yksityiselle sektorille. Maakuntalaki varmistaa asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia maakunnan toimintaan, mutta se ei ulotu yhtiöiden ja yhteisöjen toimintaan. Yhtiöittäminen rajaa julkisuusperiaatetta, kui-

tenkin hallintolakia ja julkisuuslakia sovelletaan yritysten ja yhteisöjen toimintaan silloin kuin ne ovat valinnanvapautuottajia.

4.5 Kielelliset oikeudet

Ehdotuksen vaikutukset perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumiseen

Hallituksen esitystä on arvioitava erityisesti perustuslain 6 §, 17 § ja 19 §:ssä säädettyjen perusoikeuksien näkökulmasta. Esityksen arvioinnissa keskeisiä kysymyksiä ovat myös perustuslain 22 §:n mukaisten julkisen vallan velvoitteiden turvata perusoikeuksien toteuttaminen käytännön sisältö.

Perustuslain 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Pykälän 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa kielen perusteella.

Perustuslain 17 §:n mukaan suomi ja ruotsi ovat maamme kansalliskieliä. Lisäksi perustuslaissa säädetään saamelaisten, romanien ja viittomakielisten sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien kielellisistä oikeuksista. Perustuslain 17 §:n 1 momentin mukaan jokaisen oikeus käyttää tuomioistuimessa ja muussa viranomaisessa asiassaan omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia, sekä saada toimituskirjansa tällä kielellä turvataan lailla. Perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan saamelaisilla alkuperäiskansana sekä romaneilla ja muilla ryhmillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Saamelaisten oikeudesta käyttää saamen kieltä viranomaisessa säädetään lailla. Viittomakieltä käyttävien sekä vammaisuuden vuoksi tulkitsemis- ja käännösapua tarvitsevien oikeudet turvataan lailla.

Terveystieteiden lain 6 §:ssä, vanhusliikelain (980/2012) 8 §:ssä ja sosiaalihuoltolain (710/1982) 40 §:ssä säädetään kuntien ja sairaanhoitopiirien velvollisuudesta järjestää palvelut suomen ja ruotsin kielillä. Lisäksi potilaan ja asiakkaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilaisissa (423/2003). Kielilain mukaan viranomaisen tulee toiminnassaan oma-aloitteisesti huolehtia siitä, että yksityishenkilön kielelliset oikeudet toteutuvat käytännössä. Kaksikielisen viranomaisen tulee palvella yleisöä suomeksi ja ruotsiksi. Viranomaisen tulee sekä palvelussaan että muussa toiminnassaan osoittaa yleisölle käyttävänsä molempia kieliä. Myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992/785, jäljempänä potilaslaki) sekä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812, jäljempänä sosiaalihuollon asiakaslaki) annetussa laissa olevat säännökset täsmentävät velvollisuutta järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja kielelliset oikeudet huomioiden. Järjestämislakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi silloin, kun maakunnassa on erikielisiä kuntia tai vähintään yksi kaksikielinen kunta. Palvelut on järjestettävä siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi.

Oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä oikeudesta tulkkaukseen käytettäessä näitä kieliä viranomaisissa säädetään kielilaisissa (423/2003). Saamen kielilaisissa (1086/2003) säädetään oikeudesta käyttää saamen kieltä. Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse muita kuin suomen tai ruotsin kieliä tai asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisestä ja tulkin hankkimisesta.

Palveluja järjestettäessä on lisäksi huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset voivat 1 momentissa tarkoitettuja palveluja käyttäessään tarvittaessa käyttää omaa, joko suomen, islannin, nor-

jan, ruotsin tai tanskan kieltä. Tällöin on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava siitä, että Pohjoismaiden kansalaiset saavat tarvittavan tulkkaus- ja käännösavun.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvollisuuteen kuuluu, että saamenkielisille turvataan yhtä laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet kuin valtaväestölle. Potilaslaki ja sosiaalihuollon asiakaslaki velvoittavat ottamaan huomioon potilaan ja asiakkaan kulttuuritaustan ja kielen hoitoa ja palvelua annettaessa. Terveystalvotlakiin sisältyy lisäksi viittaussäännös oikeudesta käyttää saamen kieltä saamen kielilain mukaisesti saamelaisien kotiseutualueella (6 §). Lakeja sovelletaan sekä viranomaisten että yksityisten järjestämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

Kielellisten oikeuksien toteutuminen käytännön tilanteissa

Valinnanvapausjärjestelmä saattaa vaikuttaa potilaiden ja asiakkaiden kielellisten oikeuksien toteutumiseen käytännön tilanteissa. 18 maakunnasta X:ssä on ruotsin- tai kaksikielisiä kuntia. Näissä sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä sekä suomeksi että ruotsiksi siten, että asiakas saa ne valitsemallaan kielellä, joko suomeksi tai ruotsiksi. Lapin maakunnassa saamelaisilla on oikeus käyttää saamen kieltä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Maakunnalla ei kuitenkaan ole lainsäädäntöön perustuvaa velvollisuutta järjestää saamenkielisiä sosiaali- ja terveystalvot, vaan saamenkielinen tulkkaus täyttää lain vaatimukset. Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse muita kuin suomen tai ruotsin kieliä tai asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on talvot annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. Asiakkaan valinnanvapauden toteuttaminen ei muuta näitä velvoitteita ja maakunnan on huomioitava asia tehdessään sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa tai tehdessään talvotuiden hankintaan liittyviä sopimuksia.

Asiakkaan valinnanvapaus saattaisi luoda uudenlaisia mahdollisuuksia valinnanvapausjärjestelmän piirissä oleville tuottajille luoda lainsäädäntöä laajempia kielellisiä talvotuita erityisesti niille alueille, joilla on paljon tietyn kielisiä asiakkaita.

Ruotsinkielisestä väestöstä suurimman ryhmän muodostavat Uudellamaalla asuvat yli 130 000 henkilöä, Pohjanmaan maakunnassa n 85 000, Varsinais-Suomen maakunnassa 30 000 ja Keski-Pohjanmaalla noin 12 000. Kaupungit, joissa on lukumääräisesti eniten ruotsinkielistä väestöä, ovat Helsinki, Espoo ja Raasepori. Heidän osaltaan lakiesitys ei juurikaan vaikuttaisi mahdollisuuteen saada talvotuita äidinkielellään. Erityisesti kaupungeissa mahdollisuudet saattaisivat parantua nykyisestä.

Kiireettömässä hoidossa potilas voi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Tällöin hänellä on mahdollisuus valita haluamansa toimipaikka myös kielellisin perustein. Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus sisältää osaltaan myös lisääntyvän tietotuotannon muun muassa valinnanvapauden käytön arviointiin.

Ehdotuksen vaikutukset yhdenvertaisuuteen ja syrjimättömyyteen

Suomen- ja ruotsinkieliset ihmiset ovat ehdotuksen mukaan tosiasiallisesti yhdenvertaisessa asemassa. Asiakas voi talvotuiden valinnassa huomioida kielelliset talvotuit. Maakunnan hankkiessa talvotuita se voi ottaa huomioon eri tuottajien tarjoamat talvotuit eri kielillä ja hankintasopimuksissaan edellyttää niiden täyttymistä ja valvoa sitä.

Ehdotuksen vaikutukset viranomaisten toimintaan

Maakuntalakiluonnoksen mukaisista maakunnista todennäköisesti x, y ja z ovat kaksikielisiä. Lapin sairaanhoitopiiri on suomenkielinen ja siellä palvelua annetaan lisäksi kolmella saamen kielellä. Ruotsinkielinen lääkärikoulutus on keskittynyt ainoastaan Helsingin yliopistoon ja erityisesti ruotsinkielisistä lääkäreistä on ollut valtakunnassa pula. Hoitohenkilökunnan koulutus on perinteisesti tapahtunut paikallisten oppilaitosten toimesta ja alueen kielitarpeeseen perustuva koulutus on täten voitu paremmin turvata.

Maakuntien on henkilöstönsä rekrytoinnissa noudatettava sitä, mitä laissa julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta (424/2003) säädetään. Ne voivat päättää itse laissa vaadittua tuki- ja kielitaito- ja kielitaitovaatimuksista. Maakunnat voivat valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa tehtävillä sopimuksilla sekä hankintasopimuksilla varmistaa riittävän kielitaidon. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 18 a §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. Terveystieteiden ammattihenkilön työnantajan tulee varmistua siitä, että terveydenhuollon henkilöstöllä on tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. Lakiesityksellä ei ole vaikutusta suomen- tai ruotsinkielisen henkilöstön.

4.6 Sukupuolivaikutukset

Uudistuksen sukupuolivaikutukset kohdistuvat eri tavoin naisiin ja miehiin palvelujen käyttäjinä ja niiden tuottajina. Samoin uudistuksella on erilaisia vaikutuksia naisiin ja miehiin työntekijöinä, esimiehinä tai päättäjinä.

Sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sukupuolten välisten erojen lisäksi hyvinvointi- ja terveyseroja on myös eri väestöryhmien välillä. Merkittävimpiä ovat sosioekonomiseen asemaan liittyvät erot, jotka ovat Suomessa poikkeuksellisen suuria ja edelleen kasvussa. Sukupuoli on keskeinen tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla.

On olemassa paljon tutkimustietoa siitä, että palvelujen käytössä on eroja sukupuolten välillä. Miehet käyttävät naisia vähemmän terveyspalveluja ja väestötasolla heidän terveytensä on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Toisaalta naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään ja enemmistö ikääntyneistä on naisia. Iäkkäiden kohdalla sukupuoliero kasvaa sitä mukaa, mitä iäkkäämmistä henkilöistä on kyse, naiset ovat pitkään palvelujen käyttäjinä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä. Näin ollen valinnanvapauden laajentuminen koskettaa enemmän naisia kuin miehiä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on arvioinut, että järjestäjien suuri koko oletettavasti lisää asukkaiden yhdenvertaisuutta. Toisaalta etu saatetaan menettää, jos valinnanvapausjärjestelmän suoran valinnan palvelut pirstovat peruspalvelut nykyjärjestelmää pienemmiksi yksiköiksi. Miesten terveys ja hyvinvointi on useilla mittareilla, esimerkiksi koetulla terveydellä, eliniänodotteella ja elintavoilla, mitattuna naisia heikompaa. Mikäli uudistuksella saadaan vahvistettua perustasoa ja integroitua palveluja siten, että erityisesti heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden palvelujen riittävä ja oikea-aikainen saanti paranee, voitaneen arvella, että uudistuksella voidaan tasoittaa naisten ja miesten hyvinvointieroja sekä parantaa erityisesti miesten hyvinvointia ja terveyttä. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen arvion mukaan uudistuksen yhdenvertaisuustavoitteiden saavuttaminen riippuu uudistuksen siirtymävaiheen toimeenpanosta sekä ehdotetusta valinnanvapausmallista.

Palvelujen käyttöä voidaan tarkastella muun muassa palvelutarpeiden arvioinnin ja palveluohjauksen, tuotetun päätöksenteon sekä valinnanvapauden näkökulmasta. Miehet hakeutuvat naisia harvemmin hoitoon, joten palveluohjauksella, neuvonnalla ja tuella valintatilanteessa on tärkeä rooli erityisesti miesten palvelukäytössä. Toisaalta naisten miehiä aktiivisempi hakeutuminen palvelujen piiriin saattaa ennustaa sitä, että naiset hyödyntävät jatkossa myös laajentuneen valinnanvapauden suomia mahdollisuuksia miehiä aktiivisemmin. Tämä voi johtaa naisten ja miesten palvelukäytössä olevien erojen kasvamiseen, mikäli valinnanvapauden osalta tehdyt ratkaisut ja valintaa tarvittava tieto ja ohjaus eivät tue valintojen tekemistä riittävästi.

Esityksen mukaan henkilöstö siirtyisi maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntien ja kuntayhtymien palveluksesta maakuntien palvelukseen siirtyy yhteensä arviolta 213 000 työntekijää ja siirtymähetkellä voimassa olevat henkilöstön oikeudet ja velvollisuudet säilyvät. Siirtävistä työntekijöistä suurin osa on sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä. Henkilöstövaikutuksia käsitellään tarkemmin jaksossa xx.

Sosiaali- ja terveystala on huomattavan naisvaltainen ala. Sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus tarkoittaa yhteiskunnallisella tasolla valtavaa uudistusta naisvaltaisen alan työmarkkinoilla. THL:n sosiaali- ja terveystalujen henkilöstöä koskevien tilastojen mukaan kunnallisissa sosiaali- ja terveystaluuissa naisten osuus vuonna 2014 oli yli 90 prosenttia henkilöstöstä ja miesten osuus vastaavasti hieman alle 10 prosenttia. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi uudistus koskee hallinnon ja tukipalvelujen henkilöstöä. Tarve tälle henkilöstölle tulee vähenemään organisaatioiden koon kasvaessa, joten uudistuksesta voidaan arvioida aiheutuvan erityisen paljon epävarmuustekijöitä hallinto- ja tukihenkilöstölle. Uudistuksessa kaikkiaan arviolta yli 400 organisaation tehtävät siirtyvät 18 maakunnalle sekä näiden liikelaitoksille ja neljälle maakuntien yhteisesti omistamalle palvelukeskukselle, eli 40 organisaatiolle. Tämän voidaan arvioida vähentävän erityisesti hallintohenkilöstön ja esimiestason työntekijöiden tarvetta.

Uudistuksesta syntyvät henkilöstövaikutukset kohdistuvat erityisesti naisiin. Merkittävin muutos on työnantajan vaihtuminen, mutta myös työtehtävät saattavat muuttua, kun palveluja uudistetaan. Koska siirrot toteutetaan liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaisesti, ei työnantajan muutos vaikuta lyhyellä aikavälillä myöskään palvelussuhteen ehtoihin. Henkilöstön asemaan ja palvelussuhteen ehtoihin voi kuitenkin vaikuttaa palvelutuotannon erottaminen järjestämistehtävästä sekä maakunnan oman palvelutuotannon osittainen yhtiöittäminen sekä erityisesti valinnanvapausjärjestelmän myötä lisääntyvä yksityisen palvelutuotannon osuus julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Myös henkilöstöön sovellettavat työehtosopimukset voivat maakunnan päätöksellä vaihtua ja muutoksella on vaikutuksia palvelussuhteen ehtoihin. Muutosten suuruus riippuu sovellettavan työehtosopimuksen tasosta. Jos suuri joukko naisia siirtyisi Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen soveltamisalalta yksityisen puolen sopimusalan soveltamisalalle, sopimuksesta riippuen tällä voisi olla melko suuria vaikutuksia naisten palkkaukseen. Mahdollinen kilpailu työvoimasta saattaisi parantaa henkilöstön neuvotteluasemaa. Toisaalta on otettava huomioon työnantajia koskeva EU:n samapalkkaisuusdirektiivin ja tasa-arvolain kielto soveltaa palkka- tai muita palvelussuhteen ehtoja siten, että työntekijä tai työntekijät joutuvat sukupuolen perusteella epäedullisempaan asemaan kuin yksi tai useampi työnantajan samassa tai samantarvoisessa työssä oleva työntekijä. On myös huomattava, että liikkeenluovutusperiaate koskee luonnollisesti vain siirtyvää, ei uutta palkattavaa henkilöstöä. Myös muun kuin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osalta sovellettavan työehtosopimuksen vaihdosten palkkavaikutukset voivat olla merkittäviä.

Sukupuolivaikutuksia arvioitaessa merkittävää voi olla erityisesti se, että palvelurakenteen ja hallinnon uudistuminen voi johtaa muutoksiin työpaikkojen sijainnissa. Tällä voi samalla olla vaikutusta työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Suuremmat organisaatiot voivat tuoda henkilöstölle

uusia mahdollisuuksia ammattitaidon ja osaamisen kehittämiseen sekä työtehtävien erikoistumiseen. Myös työtehtävien ja vastuiden laajentaminen voi lisääntyä. Myös sijaisjärjestelyt voivat helpottua ja tällä voisi olla myönteisiä vaikutuksia työtyytyväisyyteen. Koska valtaosa henkilöstöstä on naisia, myös vaikutukset kohdistuvat pääosin naisiin.

Maakunnan ylintä päätösvaltaa käyttäisi maakuntavaltuusto, joka valittaisiin suorilla vaaleilla. Suomen vaalitutkimusportaalin mukaan naiset äänestävät nykyään hieman miehiä aktiivisemmin. Paras-ARTTU -ohjelmassa tutkittiin naisten edustusta kuntien johdossa kuntaliitoksissa. Tutkimuksessa selvitettiin myös äänestyskäyttäytymistä sekä muita eri sukupuolten edustukseen vaikuttavia seikkoja. Eri tutkimusten mukaan naisista hieman yli puolet äänestää naista kun taas miehistä enemmistö äänestää miestä. Naisia valitaan valtuustoihin vähemmän kuin ehdokasosuuden perusteella voisi odottaa. Tämän perusteella voitaneen olettaa, että naiset ovat aliedustettuina myös maakuntavaltuustoissa. Naisia on myös kunnallisten toimielinten puheenjohtajistossa vähemmän kuin kyseisten toimielinten jäsenistössä. Hallinnolliset organisaatiot tulevat olemaan nykyistä suurempia, jolloin myös esimiestehtävien määrä vähenee. Tällöin on ennakoitavissa, että vastaavasti kun kunnat kasvaessa kunnanjohtajille tapahtui, esimiestason tehtävissä tulee toimimaan suhteellisesti yhä vähemmän naisia.

Yhtiöittäminen tarkoittaa, että uusiin yhtiöihin tarvitaan uusia hallitusosajia. Hallitusten kokoonpanoissa tulisi tällöin myös yksityisellä sektorilla kiinnittää huomiota hallituskokoonpanon sukupuolijakaumaan.

udistuksella olisi mahdollisesti merkittäviä ja moniulotteisia tasa-arvovaikutuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 27 §:n 2 momentin 2 kohdan mukaisesti sukupuolten tasa-arvon edistämistavoitteet määriteltäisiin lainsäädäntöä täydentävissä strategisissa tavoitteissa, jotka ohjaisivat sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

4.7. Vaikutukset palveluden tuotantoon

Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin

Monituottajajärjestelmän pystyttäminen aiheuttaa kustannuksia

- Transaktiokustannukset ovat etenkin valinnanvapausjärjestelmän alkuvaiheessa merkittävät. Tämä johtuu hallinnon ja hallintatavan muutoksesta. Resursseja tarvitaan mm. sopimushallinnon kehittämiseen ja organisointiin sekä sopimusohjaamisen osaamisen varmistamiseen. Käynnistämisyksikkö edellyttää lisäksi huomattavia investointeja ICT-järjestelmiin.
- Resursseja ja osaamista tarvitaan palvelukokonaisuuksien ja palveluketjujen määrittelyyn, maakuntien yhtiöiden perustamiseen sekä henkilöstön siirtoon liittyvien työsuhdeasioiden hoitamiseen.
- Pysyviä hallinnollisia kustannuksia muodostuu mm. sopimushallinnosta, tuottajien seurannasta ja valvonnasta, palkkojen harmonisoinnista ja ICT-järjestelmien ylläpidosta.

Lakiehdotuksen mukaan asiakkaalla olisi valinnanvapaus suoran valinnan palveluissa sekä asiakasasetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla valittavissa palveluissa, joita tuottavat maakunnan yhtiö, yksityisten palvelujen tuottaja tai kolmannen sektorin toimija. Lisäksi suoran valinnan palvelujen tuottajien velvollisuus on tarjota maksuseteliä, jolla korvataan asiakkaan valitsema muu palvelu.

Esitettävän valinnanvapausmallin mukaisesti maakunnan liikelaitos tuottaisi sosiaali- ja terveystalvet siltä osin, kuin ne eivät ole vapaan valinnan piirissä. Maakunnan on viimesijaisesti turvattava sosiaali- ja terveystalvet järjestäminen kaikissa tilanteissa, jonka vuoksi osa valinnanvapauden

piiriin kuuluvista palveluista voi kuulua myös maakunnan liikelaitoksen tuottamiin palveluihin siitä huolimatta, että niitä tuotetaan myös yhtiötettyinä.

Valinnanvapausmalliin siirtyminen merkitsee palvelujärjestelmän syvällistä muutosta. Valinnanvapaudelle asetettujen tavoitteiden toteutuminen edellyttää, että asiakkailta, palvelujen tuottajilta ja järjestäjiltä on riittävät edellytykset toimia uudessa toimintaympäristössä.

Vahvistuvatko peruspalvelut?

Valinnanvapausmallin tavoitteena on siirtyä uudenlaiseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään, jossa asiakas saa laadukkaita palveluja oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti terveystensä ja hyvinvointinsa tukemiseksi. Peruspalvelujen vahvistamisella tarkoitetaan tässä yhteydessä sosiaalihuoltolain mukaisten palvelujen ja terveydenhuollon suoran valinnan piirissä olevien palvelujen tarjonnan, saatavuuden ja saavutettavuuden parantumista nykyiseen tilanteeseen verrattuna.

On perusteltua, että valinnanvapauden ensimmäisen vaiheen toteuttamisessa tartutaan kahteen keskeiseen sosiaali- ja terveystieteellisesti tärkeään tavoitteeseen parantamalla perustason hoitoon pääsyä suoraan valittavilla palveluilla, maksusetelillä, asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla. Tämä edistää peruspalveluja nyt jonossa odottavien pääsyä palveluihin.

Peruspalvelujen voidaan ajatella vahvistuvan, kun ihmisten usein tarvitsemia peruspalveluja ja matalan kynnyksen palvelujen *tarjontaa ja saatavuutta voidaan lisätä*. Myös jonotusaikojen oletettava lyheneminen suoran valinnan palveluihin edistäisi peruspalveluiden saatavuutta. Toimiva markkinamekanismi pitää huolen siitä, että kysyntään vastataan, jolloin merkittävien jonojen syntyminen on epätodennäköistä. Palvelujen saatavuus ja asiakkaan vaikutusmahdollisuudet lisääntyvät muutoksen myötä kuitenkin vain niillä alueilla, joissa palvelutuotanto on yrityksille kannattavaa. Seurauksena voi olla alueellisen palvelutarjonnan yhdenvertaisuuden heikkeneminen nykyisestä. Myös valinnanvapauden toteutuminen voi käytännössä vaarantua niillä alueilla, joille markkinaehtoista tuotantoa ei synny.

Vaikutukset palveluverkon kehittymiseen riippuu maakuntien kyvyistä ja mahdollisuuksista ohjata sen muodostumista toiminnan käynnistyttyä. Maakuntien mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon ovat huomattavan erilaisia, ja osalla maakunnista on heikot edellytykset turvata palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Resurssit ja asiantuntemus palvelujen kehittämiseen, tutkimukseen ja osaamisen varmistamiseen sekä ennakoimiseen vaihtelevat.

Yksityinen palvelutuotanto on keskittynyt ja tulee mahdollisesti myös tulevaisuudessa keskittymään kasvukeskuksiin väestötiheyden vuoksi. Osalla maakunnista on jo olemassa yksityisen tuotannon kapasiteettia ja toimivat markkinat, osa puolestaan joutuu luottamaan yritysten syntymiseen uudistuksen edetessä. Julkinen sektori ei voi luoda alueelle aitoon markkinamekanismiin nojaavaa yksityistä tuotantoa, vaan tuotannon lisääntyminen ja monipuolistuminen perustuu ensisijaisesti palvelujen kysyntään. THL:n sote:n vaikutusarvioinnin perusteella tosiasialliset edellytykset aidon monituottajamallin ja valinnanvapauden toteuttamiselle täyttyvät todennäköisesti eri aikoina eri puolilla Suomea.

Peruspalvelujen vahvistuminen voi toteutua myös *palveluntuottajien erikoistumisen* myötä. On oletettavaa, että asiakkaiden houkuttelemiseksi tuottajat osin erikoistuvat tiettyjen asiakas/potilasryhmän palveluihin, mikä voi edesauttaa sitä, että osaaminen ko. asiakasryhmän palvelujen tuottamisessa paranee ja asiakkaiden tietoisuus tarjolla olevista vaihtoehdoista paranisi.

Peruspalvelujen vahvistuminen edellyttää, että *resurssien allokointi peruspalveluihin suhteessa erityispalveluihin* on riittävä ja kokonaisuuden kannalta oikein mitoitettu. Oleellista on, miten maakunnat allokoivat voimavaroja suoran valinnan palveluihin ja liikelaitoksen palveluihin, ja miten voimavaroja jaetaan liikelaitoksen sisällä perus- ja erityispalveluihin.

Myös työvoiman saatavuus vaikuttaa peruspalveluihin. Jos työvoimaa palvelujen toteuttamiseen on riittävästi, voi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarjonta lisääntyä nykyisestä. Jos työterveys- huolto säilyy ennallaan valinnanvapausjärjestelmän rinnalla, on mahdollista, että valinnanvapaus- markkinoille tähtäävillä yrityksillä ei ole käytettävissään riittävästi henkilöstöresursseja toiminnan käynnistämiseen. Tämä saattaa johtaa joko siihen, että markkinoille ei muodostu koko väestön tarpeita vastaavaa määrää palveluntuottajia tai siihen, että tuottajat alimitoittavat henkilöstömäärän palveluja suunnitellessaan. Suoran valinnan palvelujen resursointi ja voimakas kasvaminen voi kuitenkin johtaa myös siihen, ettei liikelaitoksen tuottamiin sosiaalihuollon peruspalveluihin riitä tarpeeksi osaajia tai henkilökuntaa.

4.8 Yritys-, kilpailu ja markkinavaikutukset

Kilpailun lisäämisen vaikutukset markkinoden toimivuuteen

Toimivat kilpailulliset markkinat

Valinnanvapausmallissa kilpailu asiakkaista tapahtuu saatavuudella ja laadulla, koska palveluista maksettavat korvaukset ovat kaikille tuottajille yhtenäiset. Tällöin tulee kuitenkin huolehtia laatu- kilpailun asianmukaisista kannusteista.

Täydellisen kilpailun markkinat edellyttävät, että markkinoilla on riittävästi toimijoita, jotta yhden toimijan markkina-asema ei ole merkittävä, ja jotta yksittäinen tuottaja ei voi vaikuttaa hyödykkeen tarjontaehtoihin. Markkinoille tulee olla vapaa pääsy ja sieltä tulee voida poistua vapaasti. Lisäksi markkinoilla tarjottavien hyödykkeiden tulee olla toisiaan täydellisesti korvaavia. Kilpailluilla markkinoilla kuluttajan ja tarjoajan välillä vallitsee täydellinen informaatio hyödykkeen sisällöstä ja hinnasta.

Sosiaali- ja terveystalvumarkkinat eivät toimi täydellisten markkinoiden ehdoin johtuen esimerkiksi epätäydellisestä informaatiosta asiakkaan ja palvelun tuottajan välillä sekä alalle tulon esteistä. Epätäydellinen informaatio voi rajoittaa asiakkaan aitoa valintaa, joten valmistelussa tulee pyrkiä varmistamaan asiakkaan riittävä informaatio palvelun laadusta, hinnoista ja sen todellisista sisällöistä. Ehdotettu malli, jossa kilpaillaan tosiasiallisesti laadulla korostaa erityisesti asiakkaan tietoisuutta palvelun sisällöstä ja laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden aktiivisuus ja liikkuminen markkinoilla on keskeinen tekijä, jolla yrityksiä ohjataan kilpailuun laadulla. Myös sosiaali- ja terveystalvumarkkinoilla voidaan päästä toimivaan kilpailuun huolehtimalla toimitaympäristön mukaisista kilpailun edellytyksistä.

Yritysten näkökulmasta, sosiaali- ja terveystalvulle tulon tulee olla helppoa, eikä sieltä poistumisen saa olla liian vaikeaa. Luomalla selkeät ja ennakoitavat periaatteet siitä, miten hoidon ja palvelun jatkuvuudesta sekä asiakas- ja potilasturvallisuudesta huolehditaan yrityksen lopettamistilanteessa, edistetään myös alalle tulon houkuttelevuutta.

Sosiaali- ja terveystalvuluissa tulee luoda edellytykset myös erikokoisten toimijoiden halukkuudelle osallistua markkinoille. Järjestämismallilla voidaan myötävaikuttaa pienten yritysten alalle tuloon

ja niiden kasvuun. Markkinoiden keskittyminen voi johtaa heikentyneeseen tai passiiviseen kilpailuun. Tämä voi olla seurausta heikoista kilpailuedellytyksistä.²

Yksityiset palvelut markkinoilla

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat ovat jossain määrin keskittyneet, joskin Suomessa on suurien konsernitoimijoiden lisäksi erittäin suuri määrä hyvin pieniä toimijoita.

Tilastokeskuksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden yksityisiä yrityksiä oli vuonna 2014 vajaa 18 700. Alan liikevaihto oli yhteensä 5,6 miljardia euroa ja alan yrityksissä työskenteli yhteensä yli 64 000 henkeä. Koko volyymista 82 prosenttia oli terveystalouden yrityksiä (näistä suuri osa esim. fysioterapia tai hammaslääkäripalveluja tuottavia mikroyrityksiä), jotka työllistivät 51 prosenttia koko sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöstä sekä tuottivat 66 prosenttia koko alan liikevaihdosta. Sosiaali- ja terveystalouksia tuottavat myös järjestöt, joista suurin osa sisältyy tässä arvioissa käytettyihin yritystilastoihin.

TEM:n selvityksen mukaan sosiaali- ja terveystalouden 22 suurinta, yli 250 henkeä työllistävää yritystä, tuottivat 29 prosenttia liikevaihdosta ja työllistivät melkein saman osuuden. Käytännössä lähes kaikki vähintään 200 henkilöä ja monet 100 – 199 henkilöä työllistävät terveydenhuollon yritykset kuuluivat johonkin suurempaan yritysryhmään³.

Ensimmäisessä vaiheessa suoran valinnan palvelujen yksityisomisteisia yrityksiä olisi arvioitu vähintään 9 000 ja henkilöstöä noin 22 000. Eniten yrityksiä toimisi lääkäriasemina ja yksityislääkäreinä sekä hammaslääkäreinä (yli 70 %).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonais- ja osajärjestelmät

Jotkut kunnat ovat ulkoistaneet kaikki sosiaali- ja terveystalouksensa yksityiselle tuottajille. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisessa tämä on haaste monellakin tavalla. Miten näiden ulkoistettujen palvelujen ja yrityssopimusten kanssa menetellään, on vielä kokonaan ratkaisematta. Myös kansalaisten tasavertaisuuden näkökulmasta joudutaan pohtimaan mm. sulkeeko palvelujen ulkoistussopimus näiden kuntien asukkaat valinnanvapausjärjestelmän ulkopuolelle.

Päätöksen kokonaisulkoistuksesta oli huhtikuun 2016 loppuun mennessä tehnyt 19 kuntaa. Kokonaisulkoistuksissa on mukana kuusi eri yhtiötä. Kaikki kokonaisulkoistuksen tehneet kunnat ovat pieniä ja sijainniltaan syrjäisiä (tarkennetaan väestöpohja ja sijainnit maakunnittain).

Yhdellä yrityksellä on sopimukset yhdeksän kunnan kanssa. Sopimukset kestävät useimmiten vuoteen 2025 asti ja niihin liittyy yleensä 5 vuoden optio. Myös Suupohjan neljä kuntaa suunnittelevat tekensä sopimuksen kyseisen tuottajan kanssa.

Toisella yrityksellä on sopimukset seitsemän kunnan kanssa. Niistä Rääkkylä on siirtymässä Siun soteen, mutta on päättänyt käyttää option vuoteen 2020 saakka. Kärsämäellä on pisin sopimus vuoteen 2022 asti viiden vuoden optiolla.

Lisäksi eri yritykset ovat tehneet sopimuksen Rantasalmen kunnan kanssa vuoteen 2010, Posion kanssa vuoteen 2028 Siikalatvan kanssa vuoteen 2026.

² KKV:n raportista (6/2016): *Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa*

³ TEM raportteja 34/2013 yksityiset sosiaali- ja terveystaloudet

Julkiset palvelut markkinoilla

Valinnanvapausuudistus tuo osan julkisesti tuotetuista palveluista markkinoille. Markkinoiden koko tulee riippumaan siitä, miten laajaksi suoran valinnan palvelut määritellään, ja mitä asiakassetelillä tarjottavista palveluista ja henkilökohtaisen budjetin palveluiden vähimmäisvaatimuksista säädetään ja kuinka paljon maakunnalle jätetään päätäntävaltaa. Lähtökohtana on pidetty, että maakunnalle jäisi merkittävä valta päättää säädettyjä vähimmäispalveluita laajemmasta palveluvalikoimasta valinnanvapauden piirissä. Toisaalta markkinoiden koko määräytyy sen perusteella mitä lopulta säädetään valinnanvapausmallin etenemisestä.

Maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden yhtiöittämisvelvoite tulee kasvattamaan sosiaali- ja terveyspalvelualan markkinoita x miljardilla eurolla.

Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut tulevat pääsääntöisesti kohdistumaan toimialoille, joilla on jo yksityisiä elinkeinonharjoittajia. Julkisten palvelujen yhtiöittämisvelvoitteen myötä palvelujen tuottajan roolista kilpailee yhä suurempi joukko toimijoita. Lisäksi maakunnan yhtiöitetty toimija voi kilpailla myös yksityisesti rahoitetusta sosiaali- ja terveydenpalvelutuotannosta ml. työterveys-huolto.

Yhtiötettävien toimijoiden koko

Uudet julkiset yhtiöt saattavat olla alueen suurimpia toimijoita ja saada myös tällä näkyvyyttä ja tunnettavuutta. Lakiehdotuksen määrittely suoran valinnan palvelujen lajuudesta vaikuttaa siihen, minkä kokosiin yksiköihin valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut on tarkoituksenmukaista yhtiöittää ja luodaanko konsernirakenteita. Tähän taas vaikuttaa se, miten valinnanvapaus palveluiden tuottajia syntyy ja miten maakunta reagoi, jos yksityisiä suoran valinnan palvelutuottajia ei synny. Maakunnan ei välttämättä ole tarkoituksenmukaista perustaa useampia suoran valinnan palveluiden tuottajayhtiöitä, joten on todennäköistä, että uudistuksen myötä keskisuurten ja isojen yritysten määrä toimialalla kasvaa.

Jos suoran valinnan palveluiden tuottajien on mahdollista sisällyttää palveluvalikoimaansa kaikki valinnanvapauden (myös ns. asiakassetelipalvelut) piiriin tulevat palvelut, saattaa tämä tarkoittaa, että uudistuksessa syntyvät yhtiötetyt yksiköt ovat kooltaan vähintään keskisuuria.

Kilpailuasema maakunnissa

Valinnanvapauden toteuttamisessa voi olla kyse olemassa olevien asiakas- ja potilassuhteiden jatkumisesta ja siitä, miten heihin voi kohdistaa kilpailevaa markkinointia. Esimerkiksi Ruotsissa neljä vuotta valinnanvapausmallin toteutumisesta noin 75 prosenttia väestöstä on pysynyt terveyskeskuksessa, jota hän käytti ennen valinnanvapausuudistusta. Sillä, että olemassa olevat toimijat tulevat helpoimmin asiakkaan valitsemaksi, saattaa olla merkitystä uuden yritystoiminnan onnistuneen käynnistymisen kannalta. Suoran valinnan palveluissa uusien yritysten listautuneiden asiakkaiden hankintaa voi edistää se, että asiakas esimerkiksi seuraa lääkäriä, johon hänelle on ennestään potilassuhde. Ruotsin kokemuksen mukaan yksityiset tuottajat ovat markkinointiorientoituneempia ja tälläkin saattaa olla merkitystä siihen, miten asiakkaat uudistuksen alussa listautuvat.⁴

Uusien ja pienten yritysten kannalta on myös sillä merkitystä, miten uudistuksesta tiedotetaan, jotta asiakkailta on esimerkiksi tarpeeksi aikaa tehdä vertailuja valintaa tehdessään. Tällöin korostuu

⁴ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015, Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SOTE-uudistus

myös maakunnan tuottaman tietopalvelun käyttäjävällyisyys. Tilanne, jossa maakunnan osoittamaan aineistoon tutustuminen ei ole yhtä helppoa ja houkuttelevaa kuin yritysten oma markkinointiaineisto, saattaa tuottaa etua yrityksille, joilla on kapasiteettia panostaa omiin julkaisujärjestelmiin ja markkinointiin.

Kun otetaan huomioon maakunnissa nyt toimivien yritysten volyyymi ja verrataan sitä ensimmäisessä vaiheessa valinnanvapauspalveluiksi siirtyviin toimintoihin, voidaan karkeasti arvioida, että kilpailuilla markkinoilla toimivista yli puolet olisi entisiä julkisia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden toimijoita. Maakunnista neljässä osuus olisi jo lähellä 70 prosenttia (Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa sekä Lappi)^[2].

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystalvelujen hankinta

Sosiaalipalveluyrityksistä 60 prosenttia eli 1800 yritystä myi koko palvelutuotantonsa kunnille ja kuntayhtymille. Alalla on siten paljon toimijoita, joiden asiakashankinta on perustunut julkiseen tarjouskilpailuun eikä kuluttajamarkkinointiin. Lisäksi toimijat ovat useimmiten olleet sidoksissa yhteen kuntaan tai kuntayhtymään.

Jatkossa yrityksiä vaaditaan uudenlaista osaamista, kun kilpailutuksiin osallistumisen sijasta liiketoiminta perustuukin asiakkaiden tekemiin valintoihin. Asiakashankintaan saattaa vaikuttaa olemassa olevat asiakassuhteet ja se kuinka paljon alueella on ko. palveluiden tarjoajia ja käyttäjiä. Jatkossa yrityksen perustamiseen ei vaikuttaisi esimerkiksi hankintayksikön hankintasykli. Toisaalta joissakin sosiaalipalveluissa, kuten vanhusten asumispalveluissa, toiminnan käynnistäminen vaatii merkittäviä investointeja, eikä alueille näin synny välttämättä laatuun vaikuttavaa kilpailua.

Yritystoiminnan mahdollisuudet lisääntyvät

- Valinnanvapausjärjestelmä lisää yritystoiminnan mahdollisuuksia ja monipuolistaa tuottajakuntaa. Tuotantotavat monipuolistuvat verkostomaisen toimintatavan, alihankintaketjujen, maksuseteleiden, asiakaseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin ansiosta.
- Suoran valinnan palvelujen tuottajilta edellytetään nykyisiä sosiaali- ja terveyskeskuksia vastaavaa osaamista ja toiminnan laajuutta. Tämä voi johtaa tuottajakunnan rajoittumiseen vain muutamiin yksityisiin toimijoihin ja maakuntien omistamiin yhtiöihin, joilla on kyky ja riittävästi voimavaroja toimia kokonaisvastuullisesti suoran valinnan palvelujen tuottajana.
- On todennäköistä, että suurten yritysten määrä toimialalla kasvaa nykyisestä julkisten palvelujen yhtiöittämissä myötä. Pienten ja keskisuurten yritysten määrä pysyy ennallaan tai lisääntyy jonkin verran alihankintaketjujen, maksuseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin ansiosta.
- Asiakasetelin ei odoteta laajentavan kilpailun piirissä olevia markkinoita merkittävästi, koska se on maakunnille vapaaehtoinen työkalu ja koska sen käyttötarkoitus vastaa laajalti nykyistä palveluseteliä.
- Valinnanvapausjärjestelmässä on tärkeää ylläpitää tuottajien tasapuolisia toimintaedellytyksiä markkinoilla.
- Nykyinen julkinen tuotanto joutuu sopeutumaan hyvin nopealla aikataululla uudennlaiseen toimintaympäristöön. Yhtiöittämissäprosessi voi virallisesti käynnistyä vasta maakuntien toiminnan käynnistyttyä.
- Julkisten palvelujen yhtiöittäminen on merkittävä haaste mm. käynnistämävaiheen rahoituksen näkökulmasta.

^[2] Tästä maakuntakohtainen tarkastelu muistiossa xx (linkki)

Tuotantoyksiköt ja neutraliteetti

Uudistuksessa julkisen vallan omistamat tuotantoyksiköt kilpailevat yksityisten tuotantoyksikköjen kanssa järjestämismallin asettamassa laajuudessa ja sen asettamalla kilpailukeinoilla julkisesti rahoitettujen sote-palvelujen tuottamisesta. Julkisen vallan omistamien tuotantoyksiköiden ja niiden kanssa kilpailevien yksityisten tuotantoyksiköiden välisen kilpailun lähtökohtien tasapuolisuus eli kilpailuneutraliteetti on välttämätön edellytys monituottajamalliin perustuvan järjestämismallin menestykselle.

Kilpailuneutraliteettiperiaatteen lähtökohtana on, että julkinen omistus ei voi tuoda tuotantoyksiköille sellaisia etuja suhteessa yksityisiin tuotantoyksikköihin, jotka vääristävät kilpailua julkisten tuotantoyksikköjen eduksi niin, että kilpailun tehokkuuden ylläpitäminen vaarantuu ja markkinat monopolisoituvat julkisten tuotantoyksikköjen eduksi.

Yhtiöittäminen on kilpailusääntöjen pääsääntöisesti edellyttämä ratkaisu julkisen vallan omistamien tuotantoyksikköjen sopeuttamiselle markkinakilpailuun yksityisten tuotantoyksikköjen kanssa. Kilpailuneutraliteetin vaatimus kohdistuu myös siihen, minkälaiset taloudelliset lähtökohdat yhtiötetyille julkisen vallan omistamille tuotantoyksiköille annetaan markkinakilpailussa menestymiseen kilpailevien yksityisten tuotantoyksikköjen kanssa. Yhtiöiden resurssien tulisi vastata yksityisten tuotantoyksikköjen resursseja samankaltaisten kilpailuedellytysten turvaamiseksi. Julkisen vallan omistamien tuotantoyksikköjen tulisi myös voida itse tehdä ne päätökset, joita asianmukainen toiminta julkisilla sosiaali- ja terveystalouden markkinoilla edellyttää.

Yhtiötettävät julkisesti omistetut tuotantoyksiköt pääsääntöisesti eivät tule omistamaan tuotannossa tarvittavaa reaali-pääomaa (tilat, laitteet ja tarvikkeet), vaan tulevat vuokraamaan niitä. Sen sijaan monet yksityiset tuotantoyksiköt omistavat tuotannossa tarvittavaa reaali-pääomaa ja voivat sitä myös uudessa markkinatilanteessa kohdentaa haluamallaan tavalla. Kilpailuneutraliteetin kannalta on tällöin tärkeää, että vuokrausehdot olisivat samaa markkinaehtista tasoa kuin yksityisten tuotantoyksikköjen, jos ne toteuttaisivat vastaavan vuokrauksen. Ajan myötä saattaa kysymys yhtiötettyjen julkisten tuotantoyksikköjen reaali-pääoman omistuksesta aktualisoitua julkisten sote-palvelujen markkinoilla.

Ratkaistavaksi jää miten julkisesti omistettujen yhtiöideen käynnistämiseen tarvittava rahoitus tullaan hoitamaan. Alkupääomaa tarvitaan tilojen vuokraamisen lisäksi mm. henkilöstön palkkaukseen, uuden hallinnon, johtamisjärjestelmän ja tukipalvelujen rahoitukseen ja käynnistämiseen. Myös tältä osin tulisi päästä yksityisiä tuotantoyksiköitä vastaavaan markkinaehtoiseen tasoon.

Odotukset uudesta yritystoiminnasta

Uudistus lisäisi ensimmäisessä vaiheessa terveys- ja sosiaalipalvelualan kilpailtuja markkinoita X miljardilla. Yritysten määränä ämä voisi tarkoittaa vajaata 7 000 uutta yritystä, jos arvion suhteuttaa nykyiseen yritysten tuottamaan liikevaihtoon. Uusista yrityksistä suuri osa on todennäköisesti maakunnan omistamia yhtiöitä. On kuitenkin todennäköistä, että yhtiötettävät toimijat ovat pääsääntöisesti kooltaan nykyisiä yrityksiä suurempia ja siksi uusien syntyvien yritysten määrä jää todennäköisesti selkeästi pienemmäksi. Jos tarkastelussa ottaa huomioon kuntapohjan on todennäköisempää, että julkisesti rahoitettuja yrityksiä syntyy selkeästi alle tuhat. Uuden yritystoiminnan syntymisen ja PK-yrityksyyden kannalta ratkaisevaa on tällöin se, missä määrin suoran valinnan palvelutuottajat käyttävät alihankintaa tai liittävät PK-yrityksiä omaan palveluntuotantonsa ja miten kysyntä ohjaa alan rakennetta.

Välillisesti uutta innovaatioihin pohjautuvaa elinkeinotoimintaa voi myös syntyä, kun suoran valinnan palveluita tuottavat yritykset rajautuvat hankintalain soveltamisen piiristä, voidaan näin toteuttaa liiketoimintalähtöisempää b to b kumppanuutta. Osaltaan verkostoituminen ja alihankintaketjut mahdollistavat myös pienille yrityksille helpomman pääsyn markkinoille, siellä toimimisen ja yritystoiminnan kasvattamisen. Alihankintaketjuja voisi muodostua esimerkiksi laboratorio-, kuvantamis- ja terapiapalveluihin sekä työvoimanvuokraukseen.

Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksen mukaan Ruotsissa valinnanvapaisuudistuksen jälkeen terveystalvuelutuottajien monimuotoisuus ja määrä markkinoilla on lisääntynyt 55 prosenttia. Ruotsissa (74%) toimijoista ylläpitää vain yhtä terveystalvkeskusta ja eniten uusia toimijoita on tullut tiheään asutuille seuduille, joissa palveluille on paljon kysyntää.⁵

Kilpailu- ja kuluttajaviraston raportin mukaan palvelusektorilla innovaatiot tapahtuvat tyypillisesti yhteistyössä asiakkaan kanssa⁶. Uudistuksella on potentiaalisia mahdollisuuksia prosessi-innovaatiolle, joissa uudet markkinat ja yksityisten toimijoiden mahdollisuudet osallistua kattavammin perusterveydenhuoltoon kannustavat löytämään uusia palvelumuotoja esimerkiksi asiakaiden oireiden tunnistamiseen tai asiakaspalveluun. Sen sijaan uudistukseen sisältyvät säästötavoitteet voivat olla riski tuote-innovaatioille, jotka ovat terveystalvalla vaativat huomattavia panostuksia esimerkiksi lääkekehityksessä tai laite-toiminnassa.

Brommelsin selvityksen mukaan pienten palveluntuottajien on helpompaa vakiinnuttaa toimintansa markkinoille, joissa ei vaadita hankintalain mukaista tarjouskilpailuun osallistumista⁷. Yritystoiminta on myös jatkuvampaa ja ennakoitavampaa, kun se ei ole sidottu kilpailutussykleihin. TEM:n selvityksessä⁸ on arvioitu, että sosiaali- ja terveystalvhuollon hankintasäännösten alaisten hankintojen arvo oli vuonna 2012 noin 2,7 miljardia euroa, josta terveystalvhuollon hankintojen osuus oli 1,2 miljardia euroa. Karkeasti arvioiden ensimmäisen vaiheen valinnan vapauden palveluiden hankintojen osuus olisi reilu 300 miljoonaa euroa.

Yritystoiminnan käynnistäminen

Toiminnan käynnistämiseen tarvittavien investointien suuruus riippuu monesta tekijästä, mutta ennen kaikkea siitä mitkä ovat palveluntuottajalle asetettavat ehdot ja kuinka suuriksi yritykset muodostuvat. Yksinkertaistettuna perustamiskustannuksia syntyy henkilöstöstä, tiloista sekä hankittavista laitteista ja välineistä. Lisäksi on huomioitava tietojärjestelmävaatimuksiin liittyvät investointikulut. Tiloille ei olisi erityisiä vaatimuksia, eikä välineistöä välttämättä tarvita paljoa, koska esimerkiksi laboratoriot ja kuvantaminen voidaan suorittaa alihankintana.

Vaadittavat tietojärjestelmät voivat muodostua yritystoiminnan aloittamisen kynnykseksi, jos järjestelmään ja sen käyttöön liittyvät kustannukset nousevat kohtuuttomiksi suhteessa pienen yrityksen liikevaihtoon. Kustannus muodostuu lisenssimaksuista, auditoinneista ja henkilökunnan koulutuksesta. Palvelun tuottajan on liiyyttävä sosiaali- ja terveystalvhuollon sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisten valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen (kanta-palvelut) käyttäjäksi. Esimerkiksi e-reseptiin liiyytminen maksaa noin 20 000 euroa ja järjestelmän kuukausittaiset käyttökustannukset ovat noin 2 000 euroa.

⁵ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015, Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SOTE-uudistus

⁶ KKV:n raportista (6/2016): *Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa*

⁷ Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveystalvhuollossa, selvitysryhmän väliraportti 15.3.2016

⁸ TEM raportteja 34/2013 yksityiset sosiaali- ja terveystalvpalvelut

Yritystä perustettaessa tulee yritykselle laatia liiketoimintasuunnitelma. Julkista toimintaa yhtiöitetäessä sosiaali- ja terveystalvveluiden tuottajaksi yritysmuoto on automaattisesti osakeyhtiö. Osakeyhtiöstä tulee tehdä perustamissopimus ja luoda yhtiöjärjestys sekä nimetä 1-5 henkilön hallitus. Osakeyhtiön vähimmäisosakepääoma on 2 500 euroa. Perustettaessa yritystä tulee myös huolehtia tarvittavasta kirjanpitojärjestelmästä ja ottaa tarvittavat vakuutukset.

Toimiakseen valinnanvapausjärjestelmässä sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottajana, yrityksen tulee olla palveluntuottajalain mukaisessa rekisterissä. Palveluntuottajalaissa on säännökset siitä millaisin edellytyksin palvelun tuottaja voidaan ottaa rekisteriin. Maakunta voi lisäksi asettaa palveluntuottajille erillisiä, mutta kaikille samanlaista palvelua tuottaville yhdenmukaisia ehtoja, hyväksyessään yrityksiä palvelujen tuottajaksi.

Kilpailukeinot

Uudistuksessa luodaan hintasäänneltyt markkinat, jossa palvelunjärjestäjä määrittelee asiakasmaksut ja palveluntuottajien saaman korvaustason. Koska hinnalla ei voi kilpailla, korostuu muun muassa palvelujen laadun, palveluvalikoiman, aukioloaikojen ja sijainnin merkitys. Ruotsissa uuden terveystalvvelkeskuksen valintaan vaikuttivat ensisijaisesti palveluntuottajan hyvä maine ja toimipaikan läheisyys⁹.

Markkinoille pääsyyn vaikuttaa osaksi se, minkä kanavien kautta asiakaskontaktit syntyvät ja se, että asiakkaat ovat ylipäättän tietoisia kaikista alan palveluntuottajista. Ruotsissa neljäsosa oli vaihtanut terveystalvvelkeskustaan neljä vuotta uudistuksen jälkeen, ja näistä suurin osa asuinpaikkakunnan muuton vuoksi¹⁰. Uusien yritysten perustamiselle on tärkeää se, että tarpeeksi suuri massa asiakkaita on valmis vaihtamaan hoitopaikkaansa. Ruotsissa valinnanvapausuudistuksen jälkeen perustetut yksityiset terveystalvvelkeskukset aloittivat toimintansa ilman yhtäkään listautunutta potilasta ja ovat jääneet puolta pienemmäksi kuin ne, joilla oli asiakas pohjaa jo olemassa ennen uudistusta¹¹.

Suuremmilla toimijoilla on suhteessa paremmat mahdollisuudet investoida markkinointiin ja mainontaan ja pienillä yrityksillä saattaa olla heikommat mahdollisuudet panostaa varsinkin kuluttajille suunnattuihin markkinoihin. Myös sillä, miten palvelun järjestäjä ohjaa passiivisesti valintaa tekevää asukasta, saattaa olla vaikutusta kilpailutilanteeseen.

Sijainti

Kuluttajalle yksi keskeinen valintakriteeri on todennäköisesti palvelun sijainti. Esimerkiksi Ruotsissa suurin osa oli listautuneena asuinpaikkansa lähimpään terveystalvvelkeskukseen. Hyvä sijainti voi asiakkaalle tarkoittaa myös sijaintia työpaikalta, kotoa tai kauppamatkan varrelta. Sosiaali- ja terveystalvvelpalvelualan kiinteistöjen hinnanmuodostukseen voi vaikuttaa samat markkinamekanismit kuin muuhunkin yritystoimintaan. Suurten keskusten keskeisillä paikoilla olevan kiinteistön kustannukset ovat korkeammat kuin kauempana sijaitsevan. Kauppakeskuksilla saattaa olla halukkuutta saada esimerkiksi tunnettuja terveystalvvelalan yrityksiä liikekeskuksiinsa.

Kaikille sosiaali- ja terveystalvvelpalvelualan toimijoille sijainti ei luo kilpailuetua. Esimerkiksi avohoidossa saatetaan usein mennä asiakkaan kotiin. Asiakkaan oikeus valita palveluntuttaja voi aiheuttaa

⁹ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015, Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SOTE-uudistus

¹⁰ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015, Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SOTE-uudistus

¹¹ Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015, Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SOTE-uudistus

lisäkustannuksia tuottajalle, jos etäisyys asiakkaan kotiin muodostuu pitkäksi. Sijainnin merkitys myös saattaa muuttua radikaalisti mahdollisten etähoitoratkaisujen yleistyessä.

Laatu

Sosiaali- ja terveystalvissa asiakkaalle syntyy laatumielikuva toimijan maineen ja esimerkiksi potilaan kohtelun ja lääkärien määrän perusteella. Suomessa syksyllä 2014 toteutetussa väestökyselyssä valintojen tekemisen kannalta tärkeimpinä asioina useimmat vastaajista pitivät hoidon laatua ja turvallisuutta, kohtuullisia jonotusaikoja sekä ajanvarauksen helpoutta. Oma aiempaa kokemusta ja hoitopaikan tai hoitohenkilökunnan mainetta pidettiin valintojen tekemisen kannalta erittäin tai melko tärkeinä. Sen sijaan verkkosivuilta tai lehdistä saatavaa tietoa pidettiin vähiten tärkeinä annetuista 15 vaihtoehdosta¹².

Ajanvarausjärjestelmien toimivuus ja verkkosivujen ulkoasu saattavat osaltaan vaikuttavat asiakaiden mielikuvaan toimijasta. Laajat palveluvalikoimat saattavat myös muodostaa asiakkaalle mielikuvan ammattimaisesta toiminnasta. Palvelulle ja hoidolle voidaan myös asettaa laatumittareita, joiden avulla yritys voi viestiä tehokkaasti laadustaan.

Jos asiakkaalle on merkitystä sillä kuinka hyvin yksikkö on auki iltaisin ja viikonloppuisin, saattaa isoilla organisaatiolla olla paremmat edellytykset vastata tähän tarpeeseen.

Palvelun tuottajien rekisteröinti, hyväksyminen ja korvaukset

Nykyisistä yksityisiä palveluntuottajia koskevista lupa- ja ilmoitusmenettelyistä olisi tarkoitus luopua ja säätää jatkossa kaikkia palvelun tuottajia koskevasta rekisteröintimenettelystä niiden oikeudellisesta muodosta riippumatta. Palvelua tuottava tahon rekisteröityminen antaisi yleisen kelpoisuuden toimia palvelun tuottajana. Palvelun tuottajan rekisteröinti ei siis olisi sidottu tuotettaviin palveluihin, vaan antaisi lähtökohtaisen kelpoisuuden tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Kansallisen rekisteröintimenettelyn tuoman yleisen kelpoisuuden lisäksi palvelujen tuottajaksi tarjoutuvan tahon tulisi täyttää maakunnallisen hyväksymismenettelyn ehdot. Maakunta määrittäisi nämä ehdot palvelu- /palvelukokonaisuuskohtaisesti. Hyväksymisehdot muodostaisivat osan maakunnan ja palvelun tuottajan välistä sopimusta, ja niiden välityksellä tuottajat sitoutuisivat maakunnan alueella vallitseviin hallinnollisiin ja palvelutuotannon sisältöön ja sen seurantaan kohdistuviin vaatimuksiin. Sopimuksilla maakunta varmistaa että palvelujen tuottajat noudattavat maakunnan strategiaa ja palvelulupausta.

Lakiehdotuksen mukaan maakunta ylläpitää julkisessa tietoverkossa olevaa luetteloa suoran valinnan palvelun tuottajista ja tarjottavien palvelujen sisällöstä. Maakunnan liikelaitoksen on annettava asiakkaalle tietoa asiakaspalvelusetelin ja henkilökohtaisen budjetin palvelujen tuottajista, palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista.

Kaikkien valinnanvapausjärjestelmään liittyvien yritysten on tehtävä ilmoitus ja annettava tiedot tarjoamistaan palveluista valtakunnallisessa tiedonhallintapalvelussa. Tiedonhallintapalvelun kautta

¹² Kaikkonen, R., Hietapakka, L., Pentala, O., Whellams, A. & Junnila, M. (2016) Väestön kokemuksia valinnanvapaudesta. Teoksessa Junnila, M., Hietapakka, L. & Whellams, A. (toim.) (2016) Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. THL. Raportti 11/2016.

palvelun tuottaja toimittaa tiedot asiakkaiden saamista palveluista maakunnalle sekä asiakassetelin, henkilökohtaisen butjetin ja maksusetelin antajalle. Erityisesti pienille yrityksille tiedonhallintapalveluihin liittyminen on sekä osaamis että kustannuskykyä.

Markkinoille tulon vaikuttaa myös se minkälaiset vaatimukset asetetaan palveluntuottajan taloudelliselle asemalle ja suoriutumiselle. Liian laajat vaatimukset palveluvalikoimasta saattaa rajata pieniä toimijoita ulos markkinoilta. Toisaalta tarvittavan palveluvalikoiman rakentamisessa toimijat voivat mahdollisesti hyödyntää myös verkostomaista toimintatapaa ja alihankintaa. Lisäksi toimijoiden tulee voida luottaa valittujen menettelyjen pysyvyyteen, jottei toimintaa tarvitse jatkuvasti sopeuttaa sen vuoksi, että korvaus- tai hyväksymiskriteerejä muutetaan. Pysyvyys myös kannustaa yrityksiä investointeihin.

Myös kriteereillä, joilla asiakas listautetaan tietylle toimijalle, on merkitystä uusien toimijoiden kannalta, koska niistä lopulta muodostuu saatu korvaus. Esimerkiksi Ruotsissa pienten yritysten oman pääoman tuotto on jäänyt huonoksi. Myös liian monimutkaiset korvausjärjestelmät lisäävät toimijoiden raportointiin käyttämää aikaa. Raportointivelvoitteita määriteltäessä olisikin syytä arvioida niiden aiheuttama hallinnollinen taakka ja suhteuttaa se myös pieniin yrityksiin.

Alhaiset korvaustasot saattavat vaikuttaa varsinkin pienten toimijoiden kannattavuuteen, jotka eivät pysty uudistumaan tai saamaan samanlaista skaalaetua kuin isommat. Ruotsissa 60 prosenttia yrityksistä oli sitä mieltä, että niiden saamat korvaukset eivät riitä kattamaan kustannuksia. Ruotsin kilpailu- ja kuluttajaviraston (Konkurrensverket) selvityksen mukaan monilla, etenkin uusilla toimijoilla, on ollut vaikeuksia saada toimintansa kannattavaksi maksetuilla korvauksilla. Ongelman yhdeksi syyksi on nostettu vuokralääkäreistä aiheutuvat kustannukset.

Sosiaali- ja terveysalan yrityksille aiheutuvat hallinnolliset kustannukset

Rekisteröinti

Yritykset saivat yleisen kelpoisuuden tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita rekisteröitymällä. Viranomaisen voisi tarvittaessa pyytää tarkempia tietoja palvelun tuottajalta tai toteuttaa ennakkotarkastuksen palveluyksikössä. Se kuinka nopeasti uuden yritystoiminnan saisi käynnistettyä, on riippuvainen myös siitä kuinka kauan viranomaiselta kuluu päätöksen tekemiseen. Voidaan olettaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon yritystoiminnan rekisteröintimenettely on keskimääräistä vaativampi ja siten siihen kuuluu niin yritykseltä kuin viranomaiselta jonkin verran aikaa. Rekisteröinnin edellytyksiä asetetaan muun muassa toimitiloille, välineille ja henkilöstölle. Se, miten esimerkiksi toimitilojen ja välineiden asianmukaisuudesta, turvallisuudesta ja esteettömyydestä sekä henkilöstömäärän mitoituksista raportoidaan rekisteröintivaiheessa, vaikuttaa hallinnollisten kustannusten suuruuteen ja rekisteröintitoimenpiteisiin kuluvaan aikaan. Aiempien hallinnollista taakkaa arvioivien selvitysten perusteella voidaan arvioida, että yritykseltä kuluu rekisteröintiaineiston tuottamiseen vähintään kolme työpäivää. On todennäköistä, että viranomaispäätöksen saaminen tulee kestämään useamman viikon.

Maakunnan asettamat ehdot suoran valinnan palvelujen tuottajalle

Rekisteröintimenettelyn lisäksi suoran valinnan palvelun tuottajan tulee täyttää maakunnan asettamat ehdot, jotka maakunta määritteli palvelu- tai palvelukokonaisuuskohtaisesti. Ehdot voisivat koskea palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteen sovittamista. Ehdot koskevat myös suoran valinnan palveluntuottajan alihankintaa ja maksusetelipalvelu-

jen tuottajia. Ehtojen laajuudella on keskeinen merkitys, kun arvioidaan yritystoiminnan käynnistämisen hallinnollista taakkaa, ja sitä aikaa joka kestää, että toiminnan voi aidosti käynnistää. Tällä saattaa olla merkitystä, kun arvioidaan yritystoiminnan aloittamisen esteitä ja yhdenvertaisuutta varsinkin, jos tuottamisen ehdot vaihtelevat maakuntien välillä. Ehtojen toteutumisen raportointiin voidaan arvioida kuluvan huomattavasti aikaa. Lisäksi raportointiin saattaa liittyä sellaisia tietojärjestelmä- tai laatuajärjestelmävaatimuksia, joita yritykset eivät olisi tehneet pelkän liiketoimintalogiikan pohjalta.

Valtakunnalliseen tiedonhallintapalveluun liittyvä palvelutuotannon seurantapalvelu tuottaa hallinnollista taakkaa vaadittavista raportointitoimenpiteistä. Palvelutuotannon seurantapalvelu on väylä, jolla yritys todentaa laskutusperusteensa maakunnalle. Suurimmat kustannukset syntyvät kuitenkin raportoinnin mahdollistavista järjestelmistä tai rekistereistä ja niiden ylläpidosta. Lisäksi hallinnollista taakkaa aiheutuu yrityksille valvonnasta ja mahdollisista auditointikäynneistä.

Siinä vaiheessa, kun tiedetään esimerkiksi maakuntien korvaustasot, voidaan hallinnollisille kustannuksille muodostaa euromääräinen laskennallinen arvo esimerkiksi sen mukaan kuinka monta potilasta olisi ko ajalla voitu hoitaa.

Laatumittarit

Jos palveluiden ja hoidon ja laadun arviointiin asetetaan julkisia mittareita, on näillä ainakin kahdentyypisiä vaikutuksia. Mittareiden avulla myös pienemmät toimijat voivat markkinoida tehokkaasti toimintansa laatua. Toiminnan mittaaminen mittareilla voi kuitenkin lisätä hallinnon kustannuksia. Yritysten tulee ehkä mukauttaa toimintaansa siten, että se on mitattavissa. Tämä voi tarkoittaa toiminnan tehokkuuden kannalta epätarkoituksenmukaisia prosesseja, investointeja raportointivälineistöön sekä hallinnollista työtä oman toimintansa mittaamisesta ja raportoinnista. Myös mahdolliset ulkopuolisen tekemät auditoinnit vievät myös auditoitavan yrityksen aikaa. Lisäksi käytössä voi olla myös maksulliset sertifikaatit, joka lisää myös suoria kustannuksia. Pienet yritykset hyötyvät selkeistä keinoista mainostaa palveluidensa laatua, mutta toisaalta mittareiden hallinnointi saattaa olla suhteellisesti kalliimpaa. Pienillä yrityksillä on myös heikommat edellytykset investoida mahdollisiin raportointia helpottaviin järjestelmiin.

4.9 Vaikutukset henkilöstöön, työllisyyteen ja työelämään

Yleistä

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan kuntien terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli yhteensä 258 567 henkilöä vuonna 2014. Terveyspalveluissa työskenteli 132 387 ja sosiaalipalveluissa 126 180 henkilöä. Lisäksi näihin liittyvissä yhteisissä hallinnon palveluissa työskenteli 6 143 henkilöä. Kuntaliiton tilastojen mukaan sairaanhoitopiireillä oli 78 690 työntekijää vuoden 2015 lopussa. Täten sosiaali- ja terveydenhuolto on merkittävä työllistäjä valtakunnallisesti ja paikallisesti.

Sosiaali- ja terveystyö ovat Suomen työmarkkinoiden naisvaltaisin ala, jolla yksityiset palvelu mukaan lukien 88 % työntekijöistä on naisia (THL). Kuntien sosiaali- ja terveystyöpalveluissa naisten osuus oli vuonna 2014 yli 90 %. Naisten ja miesten keskiansioiden ero on 17 prosenttia koko työmarkkinoilla. Kunta-alalla naisten ansiot miesten ansioista ovat keskimäärin 86 prosenttia (Tilastokeskus, 2015).

Tukipalveluissa työstekitelee noin 15 000 – 18 000 henkilöä, joista linjausten mukaan siirtyy maakuntien työntekijöistä ne, joiden työpanoksesta vähintään 50 prosenttia kohdistuu sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tällaista henkilöstöä ovat muun muassa kuntien yhteisten tukipalvelujen henkilöstö sekä muu hallintohenkilöstö, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon yleisjohto.

Siirtyvä henkilöstö tulee jakautumaan maakuntien, maakuntien liikelaitosten sekä maakuntien liikelaitosten yhtiöiden palvelukseen. Ehdotettavalla valinnanvapausjärjestelmällä ja mm. suoran valinnan palvelujen palveluvalikoiman laajuudella tulee olemaan vaikutusta siihen, mikä kunkin siirtyvän henkilön lopullinen työnantaja on.

Sote-uudistuksella on vaikutuksia henkilöstön asemaan, palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin sekä työolosuhteisiin. Vaikutuksia on myös määräaikaisiin palvelussuhteisiin ja perhevalta palaaviin. Koska sote-ala on naisvaltainen, uudistuksen henkilöstövaikutukset kohdistuvat valtaosin naisiin.

Vaikutukset työllisyyteen

Uusimman KT:n tekemän osaamis- ja työvoimatarvetiedustelun mukaan kunnissa on tarvetta palkata etenkin terveys-, sosiaali- ja opetusalan ammattilaisia. Eniten aiotaan palkata terveysalan ammattilaisia (5 900 henkilöä). Sosiaalialan ammattilaisia aiotaan palkata 2 200 henkilöä.^{13 14} Työllisyystilanne terveys- ja sosiaalialalla on siis hyvä erityisesti suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen ja lisääntyneen palvelutarpeen johdosta.

Valinnanvapausmallin vaikutukset työllisyyteen liittyvät pääosin siihen, kenen palveluksessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on, ja siihen miten maakunta onnistuu toimillaan vaikuttamaan palvelujen rationalisointiin toiminnan uudistumiseen liittyen. Jos toiminta- ja järjestämistapa ei uudistu, niin riskinä on, että henkilöstötarpeen kasvu kiihtyy entisestään ~~kasvu~~, koska ikääntymisen myötä palvelujen tarve kasvaa.

Siirtymävaiheen jälkeen päätösvalta henkilöstön asemaan liittyvissä kysymyksissä on maakunnalla. Uudistus johtaa maakuntalakiluonnoksen 118 § perusteella kuitenkin ainakin suoran valinnan valinnanvapauden piiriin kuuluvien maakunnan tuottamien palvelujen yhtiöittämiseen ja kenties myös asiakaseteleiden avulla järjestettyjen palvelujen yhtiöittämiseen.

Koko sote-uudistuksella, valinnanvapaus mukaan lukien, tavoitellaan 3 miljardin euron kustannusten kasvun hillintää pitkällä aikavälillä. Henkilöstökustannukset ovat karkeasti arvioiden noin kaksi kolmannesta sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksista. Laskennallisesti se tarkoittaisi sitä, että kaksi miljardia säästötavoitteesta tulisi saavuttaa henkilöstökustannuksista. Säästötavoite ei kuitenkaan lähtökohtaisesti tarkoita henkilöstön irtisanomisia, vaan henkilöstömäärän kasvun hillitsemistä. Mikäli sosiaali- ja terveysalan henkilöstön tarpeen kasvu hidastuu tulevaisuudessa odotettua nopeammin esimerkiksi innovaatioiden ja toiminnan uusiutumisen myötä, voi sillä olla vaikutuksia myös henkilöstön työmarkkina-asemaan.

Vaikutukset työmarkkinoiden toimivuuteen tai rakenteellisiin tekijöihin

Kunnallisen palvelussuhdelainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaan laajennettavan koskemaan myös maakunnan, maakunnan liikelaitoksen ja maakunnan omistaman yhtiön henkilöstöä, eikä

¹³ <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet/2016/Sivut/osaamis-ja-tyovoimatarve-tiedustelu.aspx>

¹⁴ <http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/muutostuki/vaikutukset-henkilostoon/Sivut/default.aspx>

henkilöstön asema tältä osin muuttuisi. Yksityisen palvelutuotannon lisääntymisen myötä kunnallisen virka- ja työehtosopimukseen kuuluvien työntekijöiden määrä, tai ainakin osuus, vähenisi, millä voi olla vaikutusta työsopimusehtoneuvotteluihin.

Sote-uudistuksen yhteydessä julkisen sektorin työmarkkinamalli muuttuu uuden KT-lain myötä, mikä on sinänsä valinnanvapaudesta riippumaton asia. Päätöksenteko organisoidaan uudelleen. Ylimpänä elimenä on hallitus, sen lisäksi KT:ssa on kutakin jäsenyhteisöryhmää edustava jaosto: kunta-, maakunta- ja yritysjaosto. Jaostot hyväksyvät jäsenyhteisöjään sitovat työ- ja virkaehtosopimukset. Työ- ja virkaehtosopimukset myös muuttuvat muutoksen yhteydessä.

Maakunta voi yhtiön omistajana valita, liittykö se tulevan julkisoikeudellisen työnantajaorganisaation (Kunta- ja maakuntatyönantajat KT) jäsenyhteisöksi vai liittykö se yksityisen sektorin vastaavaan organisaatioon. Jos yhtiö valitsee yksityisen sektorin työntekijäjärjestön edunvalvojakseen, silloin yhtiössä noudatetaan myös yksityisen puolen sopimuksia. Työehtosopimuksen vaihtumisella olisi vaikutuksia palvelussuhteen ehtoihin. Muutosten suuruus riippuu sovellettavan työehtosopimuksen tasosta.

Maakuntien sekä maakuntien liikelaitosten omistamat yhtiöt voivat myös valita, liittyvätkö ne Kevan jäsenyhteisöiksi. Työnantajien säilyminen kunnallisen eläkejärjestelmän piirissä säilyttää maakuntiin siirtyvän henkilöstön eläketurvan ennallaan. Osalla kuntatyöntekijöistä on parempia eläke-etuja kuin yksityisten alojen työntekijöillä, ja eläke-edut säilyvät ennallaan, kun eläketurva säilyy kunnallisessa eläkejärjestelmässä. Tällöin yhtiöittäminen on mahdollista toteuttaa niin, ettei henkilöstön eläketurvassa tapahdu muutoksia.

Vaikutukset työntekijöiden asemaan ja työelämään

Valinnanvapausmalli edellyttää valinnanvapauden piiriin kuuluvien maakunnan palvelujen yhtiöittämistä ja siltä osin maakunnan henkilöstön siirtoa. Työehdot (tai työ- ja virkaehtosopimus) muuttuvat uusien virka- ja työehtosopimusten myötä. Valittavalla valinnanvapausmallilla ja sen myötä sillä, ovatko työnantajat pieniä, keskisuuria tai suuria, on myös merkitystä työntekijän asemaan.

Sote- ja maakuntalakiehdotuksen voimaantulon mukaan henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen liikkeenluovutuksen periaattein eli siirtymähetkellä voimassa olevat henkilöstön oikeudet ja velvollisuudet säilyvät ja työntekijät jatkavat niin sanotusti vanhoina työntekijöinä uuden työnantajan palveluksessa. Siirtymäsäännösten mukaan henkilöstön jatkuva luovutus maakunnan tai sen liikelaitoksen yhtiöihin luetaan edelleen samaan liikkeenluovutukseen kuuluvaksi. Näin ollen valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa työskentelevä henkilöstö siirtyy toisella liikkeenluovutuksella maakunnista yhtiöihin. Liikkeenluovutus ei ole irtisanomisperuste eikä sellaisenaan peruste palvelussuhteen ehtojen muuttamiseen. Työsuhteen pysyvyyteen vaikuttaa kuitenkin oleellisesti se, että myös maakuntien yhtiöiden toiminta tulee olla liiketaloudellisesti kannattavaa, maakunnan mahdollisuus määrääkäskestä subventoida kannattamatonta liiketoimintaa liittyy maakuntalakiuudistuksen 122 § mukaiseen julkisen palveluvelvoitteeseen.

Uudistuksen onnistuminen edellyttää tavoitteellista ja osaavaa johtamista ja sitoutunutta henkilöstöä maakunnassa, maakunnan liikelaitoksessa ja yrityksissä. Uudistuksessa maakunnan järjestämisvastuulle siirtyvät tehtävät yhdistetään uudella tavalla kokonaisuudeksi. Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää uudenlaista toimintakulttuuria ja verkostomaisia työmuotoja hoito- ja palveluketjujen toteuttamiseksi. Uudistus voi tarkoittaa henkilöstölle tehtävien ja toimenkuvien muutosta, ja myös työn tekopaikka saattaa muuttua. On tärkeää, että henkilöstö ymmärtää muutoksen tarpeen ja osallistuu sen suunnitteluun ja tekemiseen. Tutkimuksessa on havaittu, että ammattihenkilöstö tarvitsee

koulutusta, yhdessä luotuja ohjeita ja toimintamalleja asiakkaan valinnanvapauden edistämiseksi työssään (THL 2016). Koulutuksella ja osallistamalla voidaan varmistaa, että ratkaisut ovat tarkoituksenmukaisia ja arjessa toimivia.

Osalla kuntatyöntekijöistä on edelleen parempia eläke-etuja kuin yksityisten alojen työntekijöillä. Eläke-edut säilyvät ennallaan, jos eläketurva säilyy kunnallisessa eläke-järjestelmässä.

Työntekijöiden tehtäväkuviin tulee muutoksia ja varsinainen palkka voi alentua uuden tehtävän tai viran työ - ja virkaehtosopimuksen mukaisen alemman vaatavuustason perusteella.

Määräaikaisia työsopimuksia on sote-alalla 22,5 prosentilla henkilöstöstä (Työvoimatutkimus, Tilastokeskus, 2015). Koska kyseessä on naisvaltainen ala, henkilöstöä on melko runsaasti perhepäillä ja sijaisia on pääasiassa määräaikaisissa palvelussuhteissa.

Hallituksen esityksen mukaisessa valinnanvapausjärjestelmässä asiakkaiden valinnoilla on merkitystä kuinka hyvin maakuntien suoran valinnan palvelujen yhtiöt menestyvät markkinoilla. Mikäli kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden nykyisistä käyttäjistä iso osa siirtyy maakuntien yhtiöiden asiakkaista muiden yksityisten tuottajien asiakkaiksi, tarkoittaa se irtisanomisten tarpeen kasvua maakuntien tuottoyhtiöissä. Tämä tuo kuntien nykyisen henkilöstön työsuhteisiin uudenlaisen epävarmuustekijän. Myös maakunnan valinnanvapautta toteuttavaan yhtiömuotoiseen toimintaan liittyy ainakin alkuvaiheessa epävarmuutta toiminnan liiketaloudellisesta kannattavuudesta. Kannattamatonta toimintaa joudutaan sopeuttamaan, koska maakunta ei pysty subventoimaan eu:n valtiontukisääntelyn vuoksi yhtiöitä. Tästä johtuen uhkana on, että työsuhte ei jatku määrääjän jälkeen.

Vaikutukset julkisen sektorin työllisyyteen tai tuottavuuden edistämiseen

Julkiselta siirtyy henkilöstöä yksityisille, kun toimintoja yhtiötetään valinnanvapausmallin laajentuessa. Palvelutuotantoon liittyy useita tuottavuutta edistäviä ja tuottavuutta heikentäviä seikkoja, joita kuvataan luvussa taloudelliset vaikutukset.

4.10. Tietoyhteiskuntavaikutukset

ICT ja tiedolla johtaminen

- Suuri haaste valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiselle on sen tarvitseman tietopohjan puutteellisuus, etenkin järjestelmän käynnistymisvaiheessa.
- On vielä epäselvää, miten tietojärjestelmien kehittäminen synkronoidaan yhteen valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisen aikatauluun.
- Valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä asiakkaat tarvitsevat monipuolista tietoa valintojensa tueksi. Tietoa tarvitaan lisäksi kansallisella ja maakunnan tasolla järjestämisen, järjestelmän ohjaamisen ja seurannan sekä valvonnan tueksi.
- ICT-hankkeiden toteuttaminen vaatii vahvaa kansallista ohjausta (monien hankkeiden yhteen nivominen ja linjaavat päätökset) sekä merkittävää rahoitusta.

KESKEN täydennetään

Uudistuvan ohjausjärjestelmän tarvitsema tietojärjestelmätuki

Suomessa tällä hetkellä suhteellisen laaja valinnanvapaus, mutta valinnan tueksi tarvittavaa tietoa on tarjolla kansalaisille erittäin huonosti. esim. saatavuustietoja (hoitopäätösaika) ei ole saatavilla niin, että vertailu lähikuntien terveysasemien välillä olisi helppoa ja suoraviivaista. Samoin palveluiden laatuun ja asiakaskokemukseen liittyviä tietoja on saatavilla heikosti.

Jotta *kansalaisten* valinnanvapaus voisi toteutua, tarvitaan valinnan tueksi tarjottavaan tietoon merkittävä parannus nykytilanteeseen verrattuna. Nykyisten kirjaviiden palveluiden sijaan on määriteltävä perustiedot kansallisesti tarjoavalle yhteiselle palvelulle, jota kaikki maakuntien tuottajat veloitetaan käyttämään. Palvelun tieto tarjotaan avoimena datana ja eri toimijat voivat kehittää lisää palveluita valinnanvapauden tueksi. Palvelun kehittämiseen ja elinkaareen liittyvät kustannukset saadaan riittävän vakaalle pohjalle, kun tavoite määritellään lainsäädännössä.

Vaikutukset maakunnan tietojärjestelmätarpeisiin

Kansallisen tason tiedonhallinnan yhteentoimivuuden varmistamisen ja n.s. Kanta-lainsäädännön lisäksi maakunnan on sovittava asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittamisesta sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittelystä yhteistyöalueella. Maakunta tekee sopimukset valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen tuottajien kanssa. Lakiluonnoksen mukaan maakunnan liikelaitos tekee sopimuksen muiden palvelujen tuottajien kanssa. Asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittaminen tapahtuu käytännössä sopimusten kautta (maakunta-palvelujen tuottajat, maakunta-liikelaitos ja liikelaitos –palvelujen tuottajat). Lakiluonnos ei suoraan kerro miten maakunta käytännössä ohjaa palvelujen tuottajia tietojärjestelmäasioissa.

Maakunta saa käyttöönsä toimintansa suunnittelua ja ohjausta varten tarvittavat tiedot palvelujen tuottajilta moderneja teknisiä yhteyksiä hyödyntäen vain, jos järjestelmät ovat yhteentoimivia, mikä on sopimuksin varmistettava. Maakunta tarvitsee toimintaansa kuvaavan tiedon käsittelyä varten tietojärjestelmät ja riittävän suunnittelutoiminnon. Taloushallintoon liittyvien tietojen käsittelytarve on merkittävä. Vasta toimeenpanovaiheen aikana selviää, miten paljon kansallisilla yhtenäisillä ratkaisuilla voidaan tyydyttää maakuntien hallinnon tietojärjestelmäjärjestelmätarvetta. Tarvittavia järjestelmiä ei tällä hetkellä ole olemassa. Niiden rakentaminen ja käyttöönotto tulee viemään aikaa ja edellyttää investointeja joko maakunnissa tai kansallisesti. Maakuntien aloittaessa toimintansa tarvittavat järjestelmät eivät tule vielä olemaan valmiita. Maakunta tarvitsee erilaiset tietojärjestelmät kuin Liikelaitos, koska se ei käsittele asiakastietoa osana palveluprosessia.

Asiakas- ja potilastietojen rekisterinpito ja tietojen käsittely

Järjestämislaki antaa rekisterinpitäjän tehtävän maakunnalle. Voidaan arvioida, että rekisterinpitoon ja tiedon fyysiseen hallintaan ja käsittelyyn liittyvät kysymykset eivät ratkea vain rekisterinpitäjyyden antamisella maakunnille. Siirtyminen valinnanvapauslainsäädännön tuomaan malliin, jossa suuri joukko tuottajia on erilaisissa suhteissa toisiinsa ja liikelaitokseen ja niistä monet osakeyhtiöitä, tekee tilanteesta haastavan. Järjestäjä hallinnollisena rekisterinpitäjänä ja tuottajat, joiden toiminnassa asiakas- ja potilastiedot syntyvät ja niitä käytetään, ovat täysin erillisiä organisaatioita. Maakunta tarvitsee yksilötason tietoa potilaista ja asiakkaista omien tehtäviensä huolehtimiseen, minkä vuoksi maakuntien toimintaan pitää rakentaa kokonaan uusi ratkaisu, joka ei ole asiakas- tai potilas-asiakirjasäädösten mukainen osa palvelutuotantoa vaan on *järjestäjän oma erilainen funktio*.

Vaikutukset kansalaisten tai yritysten tietosuojaan tai tietoturvaan?

Sote-uudistuksesta riippumatta kansallisten sähköisten palveluiden (Kanta) käytön laajentuminen sosiaalihuoltoa koskevaksi sekä yksityisen sektorin asteittainen liittyminen palveluihin ja mm. suunnitteilla oleva PHR (patient health record) -kokonaisuus parantavat tietosuoja ja –turvaa ja lisäävät integraatiota asiakastiedonhallinnan tasolla. Keväästä 2018 suoraan sovellettavaksi tuleva EU-tietosuoja-asetus asettaa vaatimuksia tietosuojalle ja tietoturvalle, mikä tukee näiltä osin valinnanvapauden toteuttamista. Tietosuoja-asetuksen vaikutuksia kansalliseen sääntelyyn pohtivan työryhmän (OM) työ on vielä kesken, mutta siihen liittyy uusia ja merkittäviä sanktioita asetusta rik-

koville, mikä luo kannustimia tietosuojan ja -turvan asianmukaiselle huomioon ottamiselle. Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisestä käsittelystä (159/2007) otettiin vuonna 2014 mukaan jo varsin kattavat säädökset sosiaali- ja terveydenhuollon tiedon tietoturvallisesta käsittelystä. Ne koskevat tiedonkäsittelyä laajemminkin, kun vain Kanta-palveluihin liityttäessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa tulee mm. aina olla tietosuojavastaava.

Organisaatiota koskevat vaatimukset

Monituottajarakenteessa tapahtuva hoito- ja palveluketjujen ohjaus ja seuranta tuottajien välinen yhteistyö edellyttävät saumatonta tiedonkulkua sekä yhteistä näkymää asiakkaan kokonaistilanteeseen. Tämä on edellytys sille että maakunta voi vastata sille ehdotetusta asiakkaiden palveluiden yhteensovittamisvastuusta (sote-järjestämislaki 13 §). Kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden kuten Kanta-palveluiden ja kansallisen palveluäylyn rooli on keskeinen, mutta ne eivät yksistään riitä takaamaan kattavaa tiedonkulkua.

Mikäli lainsäädäntö ei mahdollista lainkaan maakunnan ja valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelutuottajien välisiä yhteisiä alueellisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, tästä aiheutuu kaksi merkittävää riskiä kokonaiskustannuksille.

Yhtiöitettävän toiminnan tietojärjestelmien ”irrottamisen” kustannukset olisivat merkittävät. 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä ICT:n yhtenäistämistä hyödyntämällä on viime vuosien aikana toteutettu monilla alueilla hyvin tuloksin. Riskinä on myös se, että julkisten sote-yhtiöiden on haastavaa itsenäisesti hankkia ja ylläpitää tietojärjestelmien kehittämistyön ohjauksessa ja hankinnoissa edellytettävää osaamista.

Asiakkaita koskevat vaikutukset

Valinnanvapaus edistää digitaalisten palvelujen leviämistä, koska osa asiakkaista haluaisi itseään palveltavan sähköisten asiointipalvelujen avulla. Suomessa IT-sovellutusten käyttötaidot ja käyttöaktiivisuus on hyvällä tasolla. Valinnanvapauden tosiasiallinen toteutuminen edellyttää kuitenkin kansalaisvaikutusten arvioinnissakin huomioitavien peruslähtökohtien toteutumista: riittäviä kognitiivisia ym. taitoja, kykyä ja halua määritellä omia elämänstrategioitaan ja tavoitteitaan sekä arvioida palveluiden tuottajia ja tehdä päätöksiä

Myös palvelujen monimuotoisuus voi muodostaa käytännön tasolla esteitä sille, kuinka kansalainen on todellisuudessa kykenevä hyödyntämään valinnanvapautta tukevaksi ajateltuja sähköisiä palveluita. Teknisesti mahdollinen ei ole yhtä kuin asiakkaan näkökulmasta käyttökelpoinen ja asiakkaan päätöksentekoa ja valintaa tukeva sähköinen palvelu.

Asiakas tarvitsee valinnanvapauden tueksi mittareita, joita työstetään kustannukset- ja vaikuttavuus valmisteluryhmässä. Ryhmä antaa esityksensä ensimmäisistä mittareista vuoden loppuun mennessä. Asiakkaan palvelukokemukseen perustuva palveluiden laadun mittaaminen, esim. asiakaspalauttein, on kompleksinen kokonaisuus. Palautteen kohdentaminen eri tavoin toteutuvissa palveluprosesseissa voi olla haastavaa ja saattaa edellyttää palveluiden käyttäjältä merkittäväkin valistuneisuutta.

Miten ehdotus vaikuttaako palvelujen helppokäyttöisyyteen ja saatavuuteen eri ihmisryhmien palvelutarpeet huomioiden?

Suoran valinnanvapauden ja muun valinnanvapauden piirissä asiakkaiden kyky valita itselleen parasta palveluntuottajaa vaihtelee. Voidaan kuitenkin arvioida, että suurimmalle osalle asiakkaista valinnanvapauden laajentaminen voi lisätä palvelujen helppokäyttöisyyttä, mikä voi parhaimmillaan

vapauttaa voimavaroja kokonaisvaltaisemmasta tuesta ja palveluiden koordinoinnista hyötyvien palvelulle

Riskinä kuitenkin on, että valinnanvapaus voi luoda myös palveluiden ylikysyntää ja vinouttaa tarjontaa niin, että entistä terveempiä hoidetaan ilman merkittävämpää (tai riittäväksi määriteltyä) terveysvaikuttavuutta yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnallisella tasolla

Hinnoittelumalleista riippuen riskinä on myös palveluiden tarpeessa olevien palveluihin ohjautumisen heikentyminen. Tähän liittyy esimerkiksi palveluntuottajan kannustin paneutua asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin laajemmin kuin vain ainoastaan kyseessä olevan (tyypillisesti terveydenhuollon) palvelun osalta. Jos palveluntuottajalla ei ole kannustimia perehtyä asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin, tasa-arvo kehittyy päinvastaiseen suuntaan kuin tavoiteltu.

Tietoyhteiskuntapalvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö tukema Omaha- ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) -hanke tuottaa uudenlaisen toimintamallin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin. Mallista tulee kansalaisille tarjottavien sähköisten hyvinvointipalveluiden runko. Samanaikaisesti ODA-hankkeen kanssa toteutetaan myös muita asiaan liittyviä hankkeita, kuten kansallinen omien hyvinvointitietojen tallentamismahdollisuus osaksi Kelan toteuttamaa Omakanta-palvelua. Hankkeet tuotetaan molemmilla kansalliskielillä sekä soveltuvin osin myös muilla Suomessa käytettävillä kielillä.