

Asiantuntijalausunto SOTE- uudistukseen liittyvistä kysymyksistä

Laura Hartman

2016-06-30

1 Asiantuntijalausunnon lähtökohdat

Asiantuntijalausunnon toimeksiantona oli arvioida sosiaali- ja terveysministeriön asettaman, asiakkaan valinnanvapautta ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamista pohtineen selvityshenkilöryhmän 31.5.2016 jättämää loppuraporttia¹ seuraavien kysymysten osalta:

Miten vaikuttavat:

a) palvelujen järjestämisen ja tuottamisen erottaminen eri oikeushenkilöihin

b) monituottajamalli ja maakuntien velvollisuus yhtiöittää

c) valinnanvapausmalli kokonaisuutena sekä

d) selvitysryhmän ehdotus järjestäjien rahoitukseksi ja tuottajien korvausjärjestelmän yleispiirteiksi

1) toimivan kilpailun edellytyksiin, järjestelmän taloudelliseen ohjattavuuteen sekä taloudellisiin tavoitteisiin (3 miljardin säästöt ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen); erityisesti millaisia taloudellisia riskejä malliin sisältyy ja millaisia tarkentavia reunaehtoja rahoitusmalliin tarvittaisiin näiden hallitsemiseksi

2) palvelujärjestelmän ohjattavuuteen sekä

3) asiakkaan asemaan ja palvelujen saatavuuteen; erityisesti integroitujen palvelujen näkökulmasta?

Tämän lisäksi voi toimeksisaaja arvioida myös valitsemiaan muita asioita.

Oheinen asiantuntijalausunto perustuu pääasiassa allekirjoittaneen tietoon Ruotsin kokemuksista ja olemassa olevaan taloustieteelliseen sekä teoreettiseen että empiiriseen tutkimukseen. Toimeksisaajan mahdollisuus perehtyä nykyisen järjestelmän yksityiskohtiin on ollut rajoitettu, mistä johtuen kyseinen lausunto perustuu ennen kaikkea selvityshenkilöryhmän raportin antamaan kuvaan nykytilasta. Tämä on tärkeä huomata, koska vaikutusten arvio on riippuvainen siitä mihin lähtötilaan muutoksia verrataan.

¹ <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75091>.

2 Lausunnon johtopäätökset

- Kyseessä on monesta osasta koostuva iso uudistus, jonka vaikutukset riippuvat siitä, kuinka sen yksityiskohdat toteutetaan. Selvityshenkilöiden ehdotus on monelta osalta vielä epäselvä, mutta varmaa on, että *selvitettävää lainsäädäntöä on paljon*. Nykytilassa ja selvityshenkilöiden raportin pohjalta uudistuksen vaikutuksia voidaan ennustaa vain hyvin päällisin puolin.
- *Epätodennäköistä on, että kaikki uudistuksen osatavoitteet* – niin kustannuksiin, laatuun, tasa-arvoisuuteen, valinnanvapauteen kuin PK-yrityksiin liittyen – *saavutetaan*. Tavoitteiden välillä on konflikteja, ja kokemukset ulkomailta, ennen kaikkea Ruotsista, puhuvat sen puolesta, että kaikkia osatavoitteita on vaikea saavuttaa.
- Tiedetyt uudistuksen osat, ennen kaikkea rahoituksen keskittäminen ja valtionosuuden allokoiminen puhtaalla kapitaatioperiaatteella, luovat edellytyksiä kustannuskontrollille, mutta *järjestelmän poliittinen kestävyys ja täten kustannusten pieneneminen on epävarmaa*. Tämä johtopäätös perustuu ennen kaikkea kolmelle seikalle. Ensinnäkin, sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lakisääteisiä. On olemassa riski siitä, että (suunniteltuja säästöjä luovat) resurssit eivät tule riittämään lakisääteisen sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamiseen. Mutta myös tilanteessa, jossa resurssit eivät ole yhtä tiukalla, saattaa tiukka kustannuskontrolli ja siitä johtuvat priorisoinnit ja pitkät jonotusajat johtaa kansalaisten kokemukseen palvelujen riittämättömyydestä. Tämä puolestaan vaikeuttaa palveluiden laatua koskevien tavoitteiden saavuttamista johtaen poliittisiin paineisiin. Saatavuus, eli lyhyet jonot, on yksi tärkeä laatumittari. Toisekseen, valinnanvapausmalli sinällään on ennemmin kustannuspaineita kuin -säästöjä luova. Ruotsin (ja muidenkin maiden) kokemusten mukaan valinnanvapausmalli on parantanut palveluiden saatavuutta, kasvattanut niiden tarjontaa ja kulutusta, sekä johtanut tuottajien väliseen laatukilpailuun, mutta ei kustannusten laskuun. Erikoissairaanhoidon puolella on pikemminkin nähty kustannusten voimakas kasvu. Kolmas kustannuspaineita lisäävä tekijä on infrastruktuurin kehitystarpeet, kuten digitalisoitujen palvelujen kehitys, laaturekistereiden ja muun valinnanvapausmalliin liittyvät informaatiotarpeet jne. Ennen kaikkea kahden ensimmäisen tekijän vaikutuksia arvioitaessa valtion luomien, maakuntia koskevien korvausperiaatteiden yksityispiirteet ovat keskeisessä asemassa. Niistä riippuvat maakuntien mahdollisuudet ohjata palvelujen tarjontaa. Mutta myös maakuntien mahdollisuuksia, tai esteitä, luoda lisärahoitusta (muilta vastuualueilta tai asiakasmaksuja nostamalla) on selvitettävä, jotta voidaan arvioida kustannuskontrollin kestävyyttä. Joka tapauksessa arvioin, että poliittiset paineet välttää sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannussäästöjä ovat merkittävät esitetystä järjestelmässä.
- *Korvausmallien yksityiskohtia tulee hioa huolella ja kehittää vaiheittain vaikutus seurannan antamien tulosten pohjalta*. Ruotsissa ensimmäiset, lähes puhtaasti kapitaatioperusteiset korvausjärjestelmät joutuivat kritiikin kohteeksi ennen kaikkea eriarvoisuutta lisäävinä. Kritiikki perustui pelkoon siitä, että järjestelmät johtavat paljon hoitoa tarvitsevien potilaiden syrjintään (koska tarvesopeuttaminen perustui alussa vain potilaiden ikään, ei muihin sosioekonomisiin ominaisuuksiin) sekä siihen, että järjestelmät eivät luo tarpeeksi hyviä edellytyksiä uusien terveyskeskusten avaamiseen harvasti asutuilla seuduilla. Alkuaikojen

kritiikki oli osittain liioiteltua, osittain ansaittua. Tämän jälkeen korvausjärjestelmiä on kehitetty monimuotoisemmiksi, ja kannustimia tulos- ja vaikutustavoitteiden saavuttamiseen on yritetty vahvistaa. Ruotsin malli, jossa valinnanvapausmalleja on otettu käyttöön asteittain, maakunta kerrallaan, on luonut hyvät edellytykset järjestelmien asteittaiseen kehittämiseen. Systemaattinen tutkimus järjestelmien kokonaisvaikutuksista on kuitenkin edelleen sen verran puutteellinen, että niiden perusteella varmojen ohjeiden antaminen toiseen maahan on vaikeaa. Sosiaali- ja terveysjärjestelmien erot maiden välillä lisäävät myös suositusten epävarmuutta. Parasta Suomelle olisi asennoitua siihen, että tehokkaan ja eri tavoitteita ”sopivasti” yhdistävien ja saavuttavien korvausjärjestelmien luominen tulee viemään aikaa ja vaatii jatkuvaa seurausta ja kalibrointia.

- *Integroitu palvelumalli on teoriassa monessa suhteessa toivottava, mutta luultavasti monimutkainen toteuttaa.* Selvityshenkilöjen ehdotuksen perusteella sisällytettävien palvelujen määrä on laaja, ja palvelut eroavat toisistaan monessa mielessä. Näen integroidussa mallissa ennen kaikkea kaksi haastetta. Ensinnäkin, palvelujen välisistä eroista johtuen niihin sopivat korvausperiaatteet eroavat myös toisistaan. Koko palveluyhdistelmän kattava korvausjärjestelmä on haasteellista määrittää. Toisekseen, haasteena on myös luoda toimiva käytäntö, jossa SOTE-keskukset toimivat tehokkaina palveluohjaajina ilman, että syntyy raskasta byrokratiaa. Ruotsissa integroitujen palvelujen tarve on tunnistettu, mutta tähän mennessä sitä on ennen kaikkea ratkottu ohjaus- ja korvausmalleja kehittäen, ei keskitettyjä SOTE-keskuksia luoden. Tämän päivän keskustelu Ruotsissa keskittyy myös pitkälti professioiden asiantuntemuksen parempaan hyödyntämiseen (”tillitstyrning”), niin laadun kuin toimivan integraation suhteen. Ruotsissa eri päämiehet sosiaali- ja terveydenhuollolle – maakunnat ja kunnat – on keskeinen syy sille, että yhdistettyjä SOTE-keskuksia muistuttavia ratkaisuja ei ole laajemmin sovellettu. Kahdesta olemassa olevasta kokeilusta yhdistää vanhustenhoito- ja terveydenhuoltopalveluja voi mahdollisesti hakea esimerkkiä, mutta tutkimusta niistä ei ole saatavilla.
- *Odotettua vaikutusta laadun kasvulle on vaikea arvioida* esitetyn ehdotuksen pohjalta, koska monet yksityiskohdat ovat vielä auki. Sekä laadun kasvun että säästöjen tavoittaminen yhdessä edellyttää merkittävää tehokkuuden kasvua, mistä Ruotsin kokemusten perusteella ei ole näyttöä. Laatu on moniulotteinen käsite, johon sisältyy sekä saatavuus (jonojen lyheneminen), ”pehmeät” arvot kuten asiakkaiden kokema kohtelu, sekä lääketieteelliset aspektit kuten terveyden paraneminen. Näistä ennen kaikkea kaksi ensimmäistä ovat Ruotsissa kasvaneet, viimeksi mainitusta ei ole systemaattisia tutkimustuloksia. Valinnanvapauden kasvu ja markkinoiden avaaminen luo edellytyksiä kansalaisten kokeman laadun kasvulle, mutta sisältää myös riskin eriarvoisuuden kasvuun ja kustannuspaineisiin. Ruotsin kokemukset osoittavat ennen kaikkea saatavuuden kasvua ja kustannuskontrollin säilymistä perusterveydenhuollossa, mutta ei kustannussäästöjä. Tuottavuus, mitattuna terveyskeskuskäynneillä per päivä ja työpanos, on kasvanut, mutta systemaattista tutkimusta siitä johtaako käyntikertojen määrän kasvu parempaan (lääketieteelliseen) tulokseen ei ole saatavilla. Eriarvoisuuden kasvua ei ole empiirisesti voitu uskottavasti tutkia ennen kaikkea johtuen tarpeeksi yksityiskohtaisen hoitovaikutustiedon puutteesta. Huolenaiheena on se, että valinnanvapautta käyttävät selvästi enemmän sosioekonomisesti vahvat ryhmät, jotka myös ”kerääntyvät” yksityisten terveyskeskusten asiakkaisiksi ja täten mahdollistavat sen, että

nämä keskuksat voivat tarjota parempaa hoidonlaatua ja saatavuutta (jos korvausjärjestelmät eivät tarpeeksi vahvasti allokoisi resursseja pois vahvoilta potilasryhmiltä heikommille). Lääkärikäyntien määrä on tutkitusti kasvanut, ja ennen kaikkea lisännyt hoitoa paljon jo ennen uudistuksia käyttäneiden ryhmien keskuudessa. Mutta se ei välttämättä merkitse terveyden tasa-arvoisuuden kasvua; ennen kaikkea lääkärikäyntien määrään perustuva korvausjärjestelmä (ennen kaikkea Tukholmassa) on oletettavasti johtanut hoito- ja diagnostisointiepisodeiden jakamiseen useampaan käyntikertaan. Näyttöä on myös tietystä alueellisesta eriarvoisuudesta; uusia terveyskeskuksia on ennen kaikkea syntynyt tiiviisti asutuille alueille.

- Esitettyssä mallissa on *haasteita palvelujen tarjonnan tasa-arvoisuuden suhteen*. Ensinnäkin tasa-arvoisuuden kasvu tavoitteena tarkoittanee käytännössä sitä, että palvelut paranevat niin saatavuudeltaan kuin muilta laatumittareiltaan huonompiosaisten kannalta, ilman että ne huononevat kenellekään. Tämä tarkoittaa keskimääräistä laadun kasvua, mikä on haastavaa esitettyjen kustannussäästöjen valossa. Toiseksi selvityshenkilöiden ehdotus ei määritä asiakasmaksujen suuruutta. Mahdolliset, yllä kuvaillut kustannuspaineet luovat paineita asiakasmaksujen korottamiselle, mikä puolestaan on haaste tasa-arvoisuuden tavoitteille. Maakuntien mahdollisuudet määrätä asiakasmaksuja, joiden suuruus on epäselvää selvityshenkilöiden raportin perusteella, synnyttää myös eriarvoisuuden riskiä eri alueiden välillä. Kolmanneksi, korvausjärjestelmän lopullisesta muodosta riippuen riskinä järjestelmän tasa-arvoisuudelle voi olla myös taloudellisten kannustimien vaikutukset uusien tuottajien määrään ja täten todellisen valinnanvapauden eriarvoisuus maan eri osien välillä. Ruotsin kokemuksen perusteella uusia tuottajia syntyi ennen kaikkea tiiviisti asutetuille alueille. Tähän voi vaikuttaa korvausjärjestelmän periaatteiden ohella myös määrittämällä periaatteita sille, miten asiakkaat ohjataan uusiin SOTE-keskuksiin järjestelmän ensivaiheessa. Jos tavoitteena on vahvistaa uusien – tai tietyn sektorin – palveluntarjoajien asemaa kannattaa ohjata potilaita aktiivisesti näihin keskuksiin heti uudistuksen alussa ”default” vaihtoehtona. Jatkossa voi passiivisia uusia asiakkaita, toisin sanoen niitä, jotka eivät tee aktiivista listautumispäätöstä, ohjata samoilla periaatteilla. Tämän käytännön merkityksestä on näyttöä Ruotsista. Terveyskeskukset, joissa oli kriittinen määrä asiakkaita heti valinnanvapausuudistuksen alussa, ovat kasvattaneet asiakasmääräänsä keskimääräistä enemmän. Neljänneksi, valinnanvapausmallin positiiviset, laatua kasvattavat vaikutukset perustuvat pitkälti sille, että asiakkaat käyttävät aktiivisesti valinnanvapausvaltaa. Tässä on havaittu suuria eroja Ruotsissa, jossa aktiivisia valintoja tekevät ennen kaikkea korkeammin koulutetut ja vahvan sosioekonomisen aseman omaavat. Sitä miten aktiivista valinnantekoa voidaan edistää koko kansan keskuudessa sekä sitä miten palvelujen taso turvataan niille kansalaisille, jotka edistämistoimista huolimatta eivät tee aktiivisia valintoja, täytyy selvittää.
- Järjestelmän seurannan ja arvioinnin mahdollistamiseksi ja toisaalta kansalaisten aktiivisten ja faktaan perustuvien valintojen takaamiseksi laaturekistereitä tulee kiireellisesti kehittää. Kehitystyössä tulee ottaa huomioon se, että laaturekistereiden merkitys ja mekanismit, joilla ne vaikuttavat laatuun, ovat jossain määrin epäselviä. Ruotsin kokemukset osoittavat, että aktiiviset valinnat (yllättävän) harvoin perustuvat juuri laaturekistereihin, pikemminkin tutuilta kuultuihin suosituksiin ja ”maineeseen” yleensä myös korkeasti koulutettujen keskuudessa. Mutta toisaalta laaturekistereitä käyttävät ennen kaikkea palvelujen tuottajat

vertaillakseen itseään kilpailijoihin. Tällä voi toki olla laatua parantava vaikutus, vaikeivät kansalaiset rekistereitä käyttäisikään. Tuottajien "maine" saattaa myös toki perustua laaturekistereiden tietoon, jolloin rekisterit vaikuttavat kansalaisten valintoihin - joskin epäsuorasti. Laaturekistereiden sisällön ohella tulee kehitystyössä ottaa erityisesti huomioon se, miten hyviä edellytyksiä rekistereiden käyttävyydelle voidaan luoda.

- Reunaehdot sille, mitkä palvelut kuuluvat valinnanvapausmallin piiriin, on selvitettävä tarkemmin. Kapitaatioperiaate on harvoin sopiva erityissairaanhoidolle, joka on luonteeltaan huomattavasti enemmän ad hoc kuin perushoito. Mutta mitä isompi merkitys on esim. hoitokertoihin perustuvalla korvausjärjestelmällä, sitä suuremmat ovat kustannuspaineet. Tästä on Ruotsissa tuoretta näyttöä. Esimerkiksi Tukholman maakunnan erityissairaanhoidon kulut ovat kasvaneet räjähdysmäisesti valinnanvapausmallien tultua käyttöön.
- Eriyttämisen ja ennen kaikkea yhtiöittämisen vaikutuksia arvioitaessa on ennen kaikkea tärkeä määrittää, missä määrin julkisia hallintotehtäviä ja viranomaisille tänä päivänä kuuluvia tehtäviä voi antaa muille kuin viranomaisille. Tämä on erityisen tärkeä kysymys moneen sosiaalihuollon palveluun liittyen. Ne ovat usein pitkään jatkuvia, jatkuvaa seurantaa ja uusia viranomaispäätöksiä vaativia. Erityisen tärkeää on myös miettiä, miten malli toimii niiden sosiaalitoimen palveluiden, esim. päihdehuollon, suhteen, jotka sisältävät jossain määrin pakkoa ja asiakkaan osalta vastustusta. Ruotsissa maakuntien omat terveyskeskukset on eriytetty itsenäisiksi tuottajiksi irti järjestäjästä/tilaajasta, mutta niitä ei ole yhtiötetty, eikä asiasta ole ymmärtääkseni edes vakavasti keskusteltu. Tämän vuoksi on Ruotsin esimerkin perusteella vaikea arvioida, luoko yhtiöittäminen pelkkään eriyttämiseen verrattuna paremmat edellytykset uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseen. Arvioni on, että monet muut tekijät, kuten korvausjärjestelmän yksityiskohdat ja toimintaa koskevat muut reunaehdot, määräävät tavoitteiden saavuttamisen, ei niinkään itse yhtiöittämisperiaate. On myös tärkeää taata koko ketjun, niin rahoittaja kuin järjestäjä- ja tuottajapuolen, toimiva yhteistyö ja yhteiset visiot ja tavoitteet. Näiden "pehmeiden" johtajuuteen ja asiantuntijatyöyhteisöön liittyvien arvojen merkitystä ei tule aliarvioida.
- Yhtiöiden toimintaa koskeva lainsäädäntö täytyy laatia niin, *etteivät liikesalaisuudet muodostu esteeksi systemaattiselle seurannalle, valvonnalle ja kansalaisten tiedonsaannille*. Ruotsissa näitä tiedonantoon sekä työntekijöiden oikeuksiin (anonyymi oikeus raportoida epäkohdista medialle) on selvitetty 2010-luvulla ja mm. uusi potilaslaki (2015) on laadittu vahvistamaan potilaiden asemaa systemaattisen informaation pohjalta. Yksityisten ja julkisten hoidontuottajien asemaa on pyritty yhtenäistämään juuri potilaan näkökulmasta.
- Pienten ja keskisuurten yritysten asemaa selvityshenkilöiden ehdotuksessa on vaikea arvioida, koska korvausjärjestelmän yksityiskohdat ovat vielä määrittelemättä. Ne eivät ymmärtääkseni saa suoraa rahoitusta maakunnilta, vaan osallistuvat kilpailuun isompien tuottajien kumppaneina. *Korvausjärjestelmän yksityiskohdat määrittävät tämän kilpailun toimivuutta*. Yleisenä johtopäätöksenä voi kuitenkin todeta, että mitä vahvemmin kapitaatioperiaate ohjaa korvausjärjestelmää sitä enemmän järjestelmä luultavasti suosii suuria tuottajia, jotka voivat jakaa riskiä eri "hoitoraskaiden" kansalaisten kesken.

Kaikki nämä johtopäätökset johtavat seuraavaan neljään suositukseen:

- Uudistukseen asettuminen kohdilleen tulee luultavasti kestäväksi monta vuotta, senkin jälkeen kun yllämainitut yksityiskohdat ja reunaehdot ovat ensimmäistä kertaa selvitetty. Ruotsin kokemusten perusteella järjestelmän monia yksityiskohtia tulee kalibroida useampaan otteeseen ennen kuin järjestelmä on asettunut kohdalleen ja ilmiselvät epäkohdat on korjattu. Ruotsin malli, jossa valinnanvapausmalleja alettiin soveltaa asteittain maakunta kerrallaan, mahdollisti myös tämän asteittaisen kalibroinnin. Tästä syystä suosittelisin Suomellekin *järjestelmän asteittaista toteuttamista, jossa sen eri osia ehditään arvioida ja säätää*. Hyvä lähtökohta on, että lopullista tehokasta muotoa järjestelmälle on vaikea luoda virkamiehen työpöydällä, sen saavuttaminen vaatii aktiivista dialogia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kanssa ja käytännön kokeilussa. Uudistuksen eri osat – rahoituksen yhdistäminen valtiolle, palveluvastuun siirtäminen maakunnille ja integroitujen palvelujen luominen; ja valinnanvapausmalli ja markkinoiden avaus kilpailijoille – kannattaisi siis implementoida yksi kerrallaan. Se, missä järjestyksessä ne toteutetaan, on sopiva kysymys uudistuksen jatkotarkastelulle syksyn 2016 aikana.
- *Systemaattinen seuranta ja arviointi tulee suunnitella alusta asti ja sen tekijät ja rahoitus osoittaa*. Ei tule odottaa, että tutkijayhteisö ”vapaaehtoisesti” seuraa kaikkia niitä vaikutuksia, jotka ovat poliittiselle päätöksenteolle tärkeitä. Tämä on yksi keskeisimmistä johtopäätöksistä liittyen Ruotsin uudistuksiin, jotka alkoivat jo 1990-luvulla ja joiden seuranta ei koskaan systemaattisesti taattu.
- Digitalisoituja ratkaisuja luotaessa täytyy pitää huolta siitä että maakunnat eivät lähde rakentamaan omia tietojärjestelmiä, jotka eivät ”keskustele” keskenään. *Yhtenäiset tietojärjestelmät ja täten vertailtavat aineistot ovat tärkeä edellytys niin tehokkaaseen ohjaukseen kuin kansallisen seurannan toteuttamiseen*. Tämä, kuten laaturekistereiden luominen, tulee viemään aikaa, mikä puolestaan motivoi asteittaista ja maltillista toteuttamisaikataulua.
- Sosiaali- ja terveyshuollon laatua ja toimivuutta ohjaa moni muu tekijä kuin korvausjärjestelmät ja organisaatiokaaviot. Tulos syntyy viime kädessä potilaan/käyttäjän ja sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän kohtaamisessa. Tästä syystä on tärkeää, että *sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät otetaan mukaan uuden järjestelmän suunnitteluun ja toteuttamiseen* ja että suunnitelman keskeiset kannustimet ja periaatteet kommunikoidaan kautta koko linjan. On myös tärkeää, että korvausjärjestelmään liittyvä tiedonkeräys suunnitellaan huolella niin, että työntekijät eivät koe sitä rasitteena vaan näkevät sen tarpeellisuuden ja hyödyn. On siis alusta asti mietittävä, miten kerättävä tieto saadaan parhaalla mahdollisella tavalla ”palautettua” työntekijöiden käytettäväksi ja nähtäväksi. Toimiva tiedonkäyttö luo edellytykset palvelujen jatkuvaan kehittämiseen ja korvausjärjestelmän kalibroimiseen.

3 Järjestämisen ja tuottamisen eriytyksen vaikutukset

Järjestämisen ja tuottamisen eriyttämisen pääargumenttina on yleisesti ottaen selkeämmän eron luominen yhtäältä poliittisten motiivien ohjaamalle päätöksenteolle ja toiminnalle ja toisaalta taloudellisen toiminnan itsenäisyyden ja taloudellisten kannustimien vahvistaminen. Odotettuna seurauksena on tehokkuuden kasvu. Teoreettinen oletus on, että järjestäjän ja tilaajan mahdollisuudet ohjata toimintaa tiettyjen valittujen tavoitteiden saavuttamiseksi kasvaa, kun tuottajan rooli on selvästi eriytetty ja perustuu puhtaammin taloudellisiin periaatteisiin. Lopulliset, empiiriset vaikutukset riippuvat monesta tekijästä, muun muassa järjestäjän ja tuottajan kyvystä ohjata toimintaa ja toimivien tulostittareiden valinnasta, mutta myös siitä avataanko tuotantoa kilpailulle ja millä säännöillä näitä markkinoita ohjataan. Useimmiten eriyttäminen on toteutettu ensimmäisenä askeleena prosessissa, jossa toimintaa joko yhtiöitetään ja/tai markkinoita avataan useammalle (yksityiselle) tuottajalle. Yksistään erityyksen vaikutuksia, riippumatta yhtiöittämisestä ja kilpailun avaamisesta muille tuottajille, on tästä syystä vaikea arvioida.

Tästä huolimatta alla on lyhyt selonteko järjestämisen ja tuottamisen eriyttämisen luomista mahdollisuuksista ja uhista.

3.1 kilpailuun, ohjattavuuteen ja taloudellisiin tavoitteisiin

Pääsyyinä palveluiden järjestämisen ja tuottamisen eriyttämiseen täytyy olla sen luomat mahdollisuudet avata markkinoita muille tuottajille ja mahdollisuus yhtiöittää toimintaa. Toki eriyttämisellä sinälläänkin voi teoreettisesti olla positiivista vaikutusta tuottajien toimiessa itsenäisesti oman budjetin voimin, mikä luo edellytyksiä yksittäisten tuottajien parempaan kustannus- ja laatusurantaan, ja sitä kautta huonosti toimivien tuottajien poistumiseen markkinoilta. Yhdistetyssä järjestelmässä, jossa järjestäjä ja tuottaja ovat samat, on mahdollista ”piilottaa” tappiota tekevien terveyskeskusten tappiot järjestäjän kokonaisbudjettiin.

Eriyttäminen luo edellytyksiä *toimivaan kilpailuun*, mutta vaikutukset syntyvät vasta markkinoiden avaamisen myötä.

Eriyttäminen voi parantaa järjestelmän *taloudellista ohjattavuutta*, jos se selkeyttää tuottajiin koskevia taloudellisia tavoitteita ja toiminnan taloudellista seurantaan. Mutta jos vertailun kohteena on puhdas yhdistetty malli ja eritetty malli ilman markkinoiden avaamista ja yhtiöittämistä, on ero luultavasti pieni. Maakunnalla järjestäjänä JA tuottajana on toki valta ja mahdollisuus ohjata järjestelmää tehokkaasti jo yhdistettynäkin. Kannustimet tehokkaampaan ohjaamiseen eivät syntyne pelkästä tuottamisen ja järjestämisen erottamisesta vaan ennen kaikkea niiden markkinoille avaamisesta. Tästä johtuen on eriyttämisen vaikutuksia *taloudellisten säästöjen saavuttamiseen* vaikea arvioida. Lopulliseen tulokseen vaikuttavat pitkälti ne pelisäännöt, jotka määrittävät järjestäjän ja tuottajan välisen tehtävänjaon ja yhteistyön.

3.2 Palvelujärjestelmän ohjattavuuteen

Keskeistä on määrittää, minkä tahon ohjaamiskykyä tarkastellaan. Eriytetyssä järjestelmässä luodaan yksi lisäporras, mikä voi heikentää niin valtion kuin maakunnan mahdollisuuksia ohjata tuotettuja

palveluja SOTE-keskuksen ollessa palvelujen tuottajana ja tuottajakumppaneilta tilaajana, jos verrataan sitä tilanteeseen, jossa maakunta on sekä järjestäjä että tuottaja. Toisaalta eriyttäminen voi parantaa taloudellista ohjattavuutta, taata selkeitä tehokkuusmittareita, ja tätä kautta paremman informaation myötä luoda mahdollisuuksia selkeämpään palvelujärjestelmän ohjaukseen.

Arvioisin kuitenkin, että tehokkuuden ja ohjattavuuden paraneminen riippuu käytännössä järjestäjän ja tuottajan välistä suhdetta määrittävistä pelisäännöistä, joissa korvausjärjestelmä on keskeisessä osassa. Integroidun palvelujärjestelmän luominen on oletettavasti sen verran monimutkainen prosessi, että järjestäjän ja tuottajan välistä suhdetta ja ideaalisia kannustimia luovan korvausjärjestelmän ja muiden pelisääntöjen luominen on haasteellista. Selvityshenkilöiden ehdotus on monilta osiltaan vielä epäselvä, ja tämän takia lopullisten vaikutusten arviointi järjestelmän ohjattavuuteen ei ole mahdollista.

3.3 Vaikutukset asiakkaan asemaan ja palvelujen saatavuuteen; erityisesti integroitujen palvelujen näkökulmasta

Kuten edellä on jo mainittu, riippuu eriyttämisen vaikutus niin säästöihin, ohjattavuuteen kuin myös asiakkaan asemaan monesta tekijästä, joista korvausjärjestelmän yksityiskohtat, pelisäännöt ylipäänsä sekä reunaehdot sille, mitkä palvelut kuuluvat integroitujen palvelujen ja täten valinnanvapausmallin piiriin, ovat keskeisimpiä. Mikäli tuotantoyksikköjen itsenäisyyden ja selkeämmän työnjaon myötä ohjattavuus ja tehokkuus paranevat, voi toki myös asiakkaan asema ja palveluiden saatavuus parantua. Lopullisia vaikutuksia on selvityshenkilöiden ehdotuksen perusteella mahdotonta sen tarkemmin arvioida.

3.4 Johtopäätös – myös Ruotsin kokemuksiin perustuen

Pääsyynä tuottamisen ja järjestämisen eriyttämiseen täytyy olla sen luomat mahdollisuudet avata markkinoita muille tekijöille ja yhtiöittää toimintaa. Eriyttämisen vaikutuksia on vaikea arvioida selvityshenkilöiden ehdotuksen perusteella, koska niin moni yksityiskohta on määrittelemättä – liittyen ennen kaikkea korvausjärjestelmään ja muihin ohjausperiaatteisiin sekä niihin reunaehtoihin, jotka määrittävät sen, mitkä palvelut kuuluvat integroitujen palvelujen ja täten valinnanvapausmallin piiriin.

Pelkkä eriyttäminen säilyttäneen tuottajan roolin viranomaisena. Jos eriyttämistä seuraa yhtiöittäminen, on selvitettävä viranomaistehtävien siirtämisen sopivuus muiden kuin viranomaisten hoidettavaksi. Tätä pohditaan enemmän seuraavassa luvussa.

Ruotsissa eriyttäminen on käytännössä yhdistetty markkinamalliin sekä perusterveydenhuollon että useampien sosiaalihuollon palvelujen osalta. Tosin ei yhdistettynä, vaan kukin palvelu erikseen, omine järjestäjinään ja tuotantoyksikköineen. Eriyttämisen vaikutuksia sinällään, erillään markkinamallin muista osista, ei käsittääkseni ole arvioitu. Mutta on syytä mainita, että viime aikojen keskustelu on nostanut esille järjestelmän haittapuolia liittyen liian yksityiskohtaisiin ohjausmittareihin. Esimerkiksi vanhusten kotipalvelujen osalta kunta järjestäjänä on ostanut palveluja yksityiskohtaisella minuuttiperiaatteella (esimerkiksi 7 min per suihku, kolme suihkua viikossa). Työntekijöiden mahdollisuus vaikuttaa oman työn sisältöön, tulokseen ja sen kehittämiseen

kokonaisnäkökulmasta on lähes olematon, ja tämä on nostettu esille uhkana palvelunlaadulle. Nykyisin kehitys kulkee vapaampaan suuntaan, ja tuottajan mahdollisuuksia – työntekijän ja kansalaisen yhteistyöllä – määrätä hoidon sisällöstä ja laadusta yritetään parantaa. Tätä kehitystä tukemaan on juuri äskettäin perustettu ns. ”Tillitsdelegationen”, jossa allekirjoittanut toimensaaja on puheenjohtajana.

4 Monituottajamallin ja maakuntien yhtiöittämisvelvollisuuden vaikutukset

4.1 Yhtiöittämisen vaikutukset taloudellisiin tavoitteisiin, palvelujärjestelmän ohjattavuuteen ja asiakkaan asemaan

Kunnallisen toiminnan yhtiöittämisen pääasiallisena motiivina on yleensä taloudellisen ohjattavuuden ja tehokkuuden kasvattaminen sitä kautta, että poliittisten intressien valtaa vähennetään puhtaitten taloudellisten periaatteiden tieltä. Haasteena kyseisissä uudistuksissa on demokratiavaje ja läpinäkyvyyden heikkeneminen, etenkin jos sitä ei erityisesti suojata. Viranomaistehtävien ja päätösten sopivuus muiden kuin viranomaisten vastuulle on selvitettävä huolella. Miten taataan työntekijöiden oikeus raportoida anonyymina toiminnan epäkohdista medialle? Miten taataan yhtiöiltä saatavan palveluiden laatua koskevan tiedon saatavuus, suhteessa liiketoimintaan liittyviin liikesalaisuuksiin ja muihin periaatteisiin? Mitkä vaatimukset uudistus asettaa (kustannus)tehokkaalle valvonnalle?

Yhtiöittäminen luo haasteita järjestäjälle luovia tavoitekonfliktien välillä: toisaalta ”hoivata” markkinoita, jotta ne toimivat niin hyvin ja markkinaperiaatteiden mukaisesti kuin mahdollista, toisaalta pitää huolta siitä, että poliittiset tavoitteet esim. tasa-arvon suhteen toteutuvat. Tämä on käytännössä usein vaikea yhtälö. Hyvä lopputulos edellyttää aktiivista organisoimista; näkymätön käsi ei yksin pelaa markkinoilla, jotka eriyttämisestä ja yhtiöittämisestä huolimatta ovat yhä ns. ”kvasimarkkinat”. Kvasimarkkinoita karakterisoi voimakas poliittinen ohjaus ja vapaan hintamekanismin puute – hinnat määritellään korvausjärjestelmän eli poliittinen päätöksenteon kautta.

Taloudellisen ohjattavuuden paraneminen saattaa käytännössä olla myös heikompi kuin puhtaassa teoreettisessa mallissa. Käytännössä monia kunnallisia yhtiöitä on yhdistetty konserneihin ja täten heikennetty yksikköjen läpinäkyvää ohjattavuutta (ja valtion voittoverotuloja), koska voittoja ja tappioita on voitu tasata konsernin sisällä.

4.2 Monituottajamallin vaikutukset taloudellisiin tavoitteisiin, palvelujärjestelmän ohjattavuuteen ja asiakkaan asemaan

Integroidun monituottajamallin suhteen selvityshenkilöiden ehdotuksessa on monta avointa kysymystä ja määrittelemätöntä reunaehto, ja täten vaikutusten arviointi on vaikeaa. Ennen kaikkea epävarmuus liittyy korvausjärjestelmän yksityiskohtiin.

Kansalaisten, eli palvelujen käyttäjien näkökulmasta, integroidussa palvelumallissa on selvästi monta hyvää puolta. Hyvin toimiessaan se tehostaa palveluja yksilön näkökulmasta, poistaa päällikkyyksiä, samojen tietojen raportoimista eri palvelutuottajille ja niin edelleen, sekä täten kohottaa palvelun laatua. Kansalaiset kohtaavat ”yhtenäisen julkisen vallan” monilla eri periaatteilla ja pelisäännöillä pelaavan toimijan sijasta. Pitää silti kysyä, kuinka helposti tämä ideaalitila on saavutettavissa käytännössä ja onko integroitu SOTE-keskus ainoa ja oikea tapa saavuttaa se.

Selvityshenkilöjen ehdotuksen perusteella integroituun malliin sisällytettävien palvelujen määrä on laaja, ja palvelut eroavat toisistaan monessa mielessä. Näen integroidussa mallissa ennen kaikkea kaksi haastetta. Ensinnäkin, palvelujen välisistä eroista johtuen niihin sopivat korvauseriaaatteet eroavat myös toisistaan. Koko palveluyhdistelmän kattava korvausjärjestelmä on haasteellista määrittää. Etenkin sosiaalihuollon puolella hoidon kokonaistarvetta on mitä luultavimmin vaikeampi etukäteen arvioida kuin perusterveydenhuollon palvelujen tarvetta sekä puutteellisten aineistojen ja seurantatutkimusten että palvelujen luonteen eroavaisuuksien vuoksi. Moni sosiaalihuollon palvelu rakentuu pitkäaikaiselle kontaktille, toistuville viranomaispäätöksille ja vajaalle yksilön vapaalle tahdolle (esim. päihdehuolto ja osa vanhustenhuollosta).

Toiseksi, haasteena on myös luoda toimiva käytäntö, jossa SOTE-keskukset toimivat tehokkaina palveluohjaajina ilman, että syntyy raskasta byrokratiaa. Tärkeää on myös, että taataan eri toimijoiden - maakunta järjestäjänä, SOTE-keskus palveluohjaajana ja tuottajat alihankkijoina – hyvä yhteistyö samoihin tavoitteisiin ja seurantamittareineen perustuen. Tuore eri tutkimustuloksia yhdistävä raportti Myndigheten för vårdanalys tiivistää edellytykset tehokkaalle integroidulle sosiaali- ja terveydenhoidolle seuraavasti:

1. Potilas- ja käyttäjäkeskeinen organisaatiokulttuuri, joka perustuu yhteiseen integroidun sosiaali- ja terveydenhuollon visioon.
2. Eri järjestelmät kattavat menettely-/toimintatavat (policyt), lait ja suositukset, jotka luovat edellytyksiä yhteistyölle.
3. Eri organisaation välinen yhteistyö, joka luo edellytyksiä palvelujen integroimiseen organisaatorajojen yli.
4. Hallinnolliset järjestelmät, jotka sopivat yhteen, ”keskustelevat” saumattomasti toistensa kanssa ja mahdollistavat täten integroinnin.

Ruotsissa integroitujen palvelujen tarve on tunnistettu, mutta tähän mennessä sitä on ratkottu ennen kaikkea ohjaus- ja korvausmalleja kehittämällä, ei keskitettyjä SOTE-keskuksia luomalla. Tämän päivän keskustelu Ruotsissa keskittyy myös pitkälti professioiden asiantuntemuksen parempaan hyödyntämiseen (”tillitstyrning”), niin laadun kuin toimivan integraation suhteen. Ruotsissa terveys- ja sosiaalihuollon erilliset vastuutahot – maakunnat ja kunnat – on keskeinen syy siihen, että yhdistettyjä SOTE-keskuksia muistuttavia ratkaisuja ei ole laajemmin sovellettu.

Käsittääkseni 1970-luvulla, kun terveyskeskuksia luotiin, keskusteltiin myös mahdollisuudesta luoda yhdistetty sosiaali- ja terveyspalveluja tarjoava keskus, mutta tätä ei koskaan realisoitu. Tänä päivänä keskustelun alla on ennen kaikkea yhdistetty perusterveydenhuolto ja kunnalliset vanhusten palvelut. Kunnat tarjoavat hoitokoteja, jotka saavat palkata sairaanhoitajia, mutta ei lääkäreitä. Norrtäljen ja Ängelholmin kunnissa on kokeiluja tällaisesta integroidusta mallista, mutta tutkimusta niistä en ole löytänyt.

5 Valinnanvapausmallin vaikutukset

Valinnanvapautta hyvinvointipalveluissa on perusteltu monin eri argumentein. Yksi keskeinen perustelu on demokratia ja siihen liittyvä kansalaisten vaikutusvalta ja oikeudenmukaisuus. Valinnanvapausmalli vahvistaa kansalaisten asemaa ja kaventaa etäisyyttä päätöksentekijöihin heikentämällä ”väliportaan” eli virkamiesten asemaa ja päätösvaltaa. Toinen keskeisistä argumenteista on tehokkuuden parantaminen, niin ulkoisen kuin sisäisen. Ulkoinen tehokkuus viittaa siihen, että toiminta on tarkoituksenmukaista ja tuotanto vastaa kysynnän luomia tarpeita, sisäisellä tehokkuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että resursseja allokoidaan tehokkaasti toiminnan sisäisissä priorisoinneissa. Valinnanvapausuudistuksia on myös perusteltu segregatiota vähentävänä, (naisten) yrittämiseen kannustavana, laatukilpailua edistävänä ja ylipäänsä laatua, monipuolisuutta ja innovaatiota luovana.

5.1 Vaikutukset kilpailuun, ohjattavuuteen ja taloudellisiin tavoitteisiin

Valinnanvapausjärjestelmän edellytykset vahvistaa tuottajien välistä kilpailua ovat oletettavasti hyvät, sen sijaan edellytykset luoda sen avulla säästöjä ovat oletettavasti heikot. Pikemminkin arvioisin, että odotettavissa on päinvastaiset vaikutukset. Asiakkaiden vallankasvu kasvattaa laatuvaatimuksia ja luo täten kustannuspaineita. Erityisen riskin kustannusten nousuun luo se - jos ja kun - erityissairaanhoidopalvelut sisällytetään valinnanvapausmalliin. Tästä on tuoretta kokemusta Ruotsista.

5.2 Vaikutukset palvelujärjestelmän ohjattavuuteen

Yksinkertaistaen voi todeta, että koko mallin perusajatus on vahvistaa kansalaisen valtaa ohjata palveluja valtion ja maakunnan ohjauksella kustannuksella. Lopputulos riippuu täysin korvausjärjestelmän yksityiskohdista ja muista markkinoita määrävistä reunaehdoista.

5.3 Vaikutukset asiakkaan asemaan ja palvelujen saatavuuteen; erityisesti integroitujen palvelujen näkökulmasta

Asiakkaan asema vahvistunee, toki riippuen lopullisen korvausjärjestelmän yksityiskohdista ja muista markkinoita määrävistä reunaehdoista. Integroitujen palvelujen toimivuus riippuu myös korvausjärjestelmän yksityiskohdista, mitä selvityshenkilöiden ehdotuksen perusteella on mahdoton tarkemmin arvioida.

5.4 Johtopäätökset

Valinnanvapausmalli kasvattaa asiakkaan, kansalaisen, valtaa samalla kun niin rahoittajan, järjestäjän kuin tuottajankin valta pienenee. Sekä Ruotsin että myös muiden maiden empiirisen kokemuksen perusteella valinnanvapausmalli luo parhaat edellytykset laadun parantamiselle, erityisesti saatavuudelle, kun taas muiden uudistukselle asetettujen tavoitteiden (taloudellinen ohjattavuus ja säästöt, tasa-arvoisuuden vahvistuminen) saavuttaminen ovat selvästi epävarmempaa.

Liiketaloudelliset tavoitteet, ennen kaikkea PK-yritysten edistäminen, on sekin epävarmaa, ja riippuu pitkälti siitä miten korvausjärjestelmän yksityiskohdat määritellään. Lopullisten vaikutusten arviointi selvityshenkilöiden ehdotuksen perusteella on mahdotonta, koska niin monet, ennen kaikkea korvausjärjestelmään liittyvät yksityiskohdat, ovat vielä määrittelemättä.

Ruotsin kokemuksen perusteella voi kuitenkin todeta sen, että kansalaiset keskimäärin arvostavat valinnanvapautta. He, jotka ovat aktiivisesti valinneet, ovat keskimäärin tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Korkeakoulutetut valitsevat hoitopaikkansa muita useammin.

Valinta perustuu hyvin harvoin informaatioon lääketieteellisen hoidon laadusta. Maine, läheisyys ja palveluntarjoajan saatavuus, jatkuvuus ja henkilökunnan kompetenssi ovat ruotsalaisen selvityksen mukaan huomattavasti tärkeämpiä tekijöitä valinnassa (Winblad et al., 2012).

Asiakastyytyväisyys on kasvanut. Etäisyys terveyskeskukseen on pienentynyt sitä mukaa kun uusia toimipaikkoja on avattu. Terveyskeskusten käyttöaste ja tuottavuus on kasvanut, eli ne ottavat vastaan aikaisempaa enemmän potilaskäyntejä.

Kustannusten hallinta on säilynyt (ainakin 2012 asti ulottuvan tutkimuksen mukaan), tosin mitään säästöjä ei ole saatu aikaan vaan kustannuskontrolli tarkoittaa kustannusten kasvun estoa. Tutkimusta tehokkuusvaikutuksista on hyvin vähän.

Vuonna 2015 tehdyssä tutkimuksessa (MyVA, 2015) selvitettiin sairaus- ja terveydenhuollon tasa-arvoisuutta kolmessa maakunnassa. Raportin keskeiset tulokset olivat seuraavat:

Hoitojen käyttö on kasvanut kaikissa sosiaaliryhmissä, selvimmin paljon hoitoa tarvitsevien, alhaisesti koulutettujen ryhmien keskuudessa. E erityisen selvää on hoitokäyntien määrän kasvu vanhusten keskuudessa. Tämä tulos ei siis viittaa selkeään eriarvoisuuden kasvuun hoitomäärän suhteen.

Hoitokäyntien määrän kehitys on odotettu siinä mielessä, että se vastaa korvausjärjestelmien luomia kannustimia. Tukholman maakunnassa nykyinen korvausjärjestelmä painottaa hoitokertoja kapitaatioperiaatteen ohella verrattuna muiden maakuntien pitkälti puhtaan kapitaatioperiaatteen järjestelmiin, mikä näkyy voimakkaampana hoitokertojen kasvuna Tukholmassa. Myös ikäperusteinen kapitaatiojärjestelmä on johtanut siihen, että hoitokäyntien määrä vanhusten keskuudessa on yleisesti kasvanut muita ikäryhmiä enemmän.

Eriarvoisuuden riski syntyy muun muassa siitä, että suhteellisen terveet ja täten vähän hoitoa tarvitsevat ja kysyvät asiakkaat ovat suuremmissa määrin listautuneet yksityisiin terveyskeskuksiin. Tämä voi johtaa siihen, että nämä terveyskeskukset voivat tarjota parempaa hoidon saatavuutta ja laatua. Konkreettista näyttöä tällaisesta eriarvoisuudesta ei kyseisen raportin mukaan vielä ole.

Sivulauseena voi kuitenkin todeta, että koulumarkkinoilla valinnanvapausmalli on tutkitusti johtanut eriarvoisuuden kasvuun lahjakkaiden ja hyvin menestyvien oppilaiden valitessa aktiivisesti hyvät koulut, mikä vahvistaa koulujen mainetta ja helpottaa hyvien opettajien rekrytointia ja tätä myötä johtaa niiden entistä vahvempaan asemaan ja parempaan oppilaskuntaan.

6 Rahoitus- ja korvausjärjestelmän vaikutukset

Ymmärtääkseni selvityshenkilöjen ehdotus rahoitusjärjestelmälle perustuu puhtaasti valtion rahoitukselle; maakunnilla ei ole verotusoikeutta ja täten niillä ei ole ”omaa rahaa”. Mitä kuntien verotukselle tapahtuu, kun niiden rahoitusvelvollisuus katoaa, ei käy ehdotuksesta selville, mutta oletettavasti verotuksen painopiste siirtyy kunnilta valtiolle. Tämän muutoksen odotettuja vaikutuksia en ole arvioinut. Joka tapauksessa maakuntien mahdollisuudet lisärahoitukseen valtionosuuden lisäksi ovat olemattomat/pienet, ja täten korvaustaso tulee olemaan keskimäärin sama kaikissa maakunnissa (väestösopeutettuna).

Korvausjärjestelmän pääperiaate on kapitaatio. Valtionosuudet määritellään puhtaasti (väestösopeutetun) kapitaation mukaan. Valtio asettaa periaatteita maakuntien tuottajille suunnattuun korvausjärjestelmään. Mitkä nämä periaatteet ovat, ja mikä valta maakunnilla on lopullisen korvausjärjestelmän suhteen, on yhä epäselvää, kuten myös se miten väestösopeuttaminen käytännössä tullaan tekemään, toisin sanoen, mitkä väestön ominaisuudet otetaan huomioon. Korvausjärjestelmän vaikutukset riippuvat täysin siitä, miten eri periaatteita yhdistellään, mutta tietenkin myös siitä, miten niitä sovelletaan tuotantolinjassa. Liian monimutkainen järjestelmä voi olla vaikea ymmärtää ja täten soveltaa.

6.1 Vaikutukset taloudellisiin tavoitteisiin, palvelujärjestelmän ohjattavuuteen ja asiakkaan asemaan

Mikä on rahoitusjärjestelmän vaikutus toimivan kilpailun edellytyksiin? Uudistus muuttaa täysin yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välistä kilpailua verrattuna tämän päivän malliin, jossa yksityisiltä saatavasta hoidosta saa (pienen) korvauksen. Eri tuottajat siirtyvät tietystä mielessä samalle linjalle, ja täten kilpailun edellytykset parantunevat. Toisaalta, puhtaasti yksityiset palvelut säilyvät luultavasti myös (jossain määrin) myös tulevaisuudessa, mikä tarkoittaa sitä, että markkinoilla on jatkossakin eri pelisääntöjä. Sekä työterveyshuolto että YTHS säilynevät myös. Kaikkia näitä reunaehtoja tulee selvittää tarkemmin, jotta päällekkäisyyksistä ja eriarvoisuudesta vältytään niin pitkälti kuin mahdollista. Minun on selvityshenkilöiden raportin perusteella mahdotonta arvioida tarkemmin uudistuksen vaikutuksia eri markkinatoimijoihin.

Keskitetyn rahoituksen ja valtion maakunnille puhtaasti (väestösopeutetulla) kapitaatioperiaatteella maksetut korvaukset luovat edellytyksiä järjestelmän taloudellisen ohjattavuuden parantumiseen ja täten myös taloudellisten tavoitteiden saavuttamiseen. Mutta näen silti mahdollisena sen, *että järjestelmän poliittinen kestävyys ja täten kustannusten pieneminen on epävarmaa*. Tämä johtopäätös perustuu ennen kaikkea kolmelle seikalle.

Ensinnäkin, sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lakisääteisiä. On olemassa riski siitä, että resurssit eivät tule riittämään lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarjoamiseen. Mutta myös tilanteessa, jossa resurssit eivät ole yhtä tiukalla, saattaa tiukka kustannuskontrolli ja siitä johtuvat priorisoinnit ja pitkät jonotusajat johtaa kansalaisten kokemukseen palvelujen riittämättömyydestä, mikä sinällään vaikeuttaa laadun parantamisen kasvua saatavuuden ollessa yksi tärkeistä laatumittareista.

Toiseksi, valinnanvapausmalli sinällään lisää näitä paineita – Ruotsin ja muiden maiden kokemusten mukaan valinnanvapaus parantaa palveluiden saatavuutta ja kasvattaa niiden kysyntää, mutta ei ole johtanut kustannusten laskuun.

Kolmas tekijä kustannuspaineille on infrastruktuurin kehitystarpeet – digitalisoitujen palvelujen ja laaturekistereiden kehittäminen, ja muut valinnanvapausmalliin liittyvät informaatiotarpeet jne. Ennen kaikkea kahden ensimmäisen tekijän vaikutuksia arvioitaessa valtion luomien, maakuntia koskevien korvausperiaatteiden yksityispiirteet ovat keskeisessä asemassa. Niistä riippuvat maakuntien mahdollisuudet ohjata palvelujen tarjontaa. Mutta myös maakuntien mahdollisuuksia – tai esteitä – luoda lisärahoitusta (muilta vastuualueilta tai asiakasmaksuja nostamalla) on selvitettävä, jotta voidaan arvioida kustannuskontrollin kestävyyttä. Joka tapauksessa arvioin, että poliittiset paineet välttää sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannussäästöjä ovat merkittävät esitettyssä järjestelmässä.

6.2 Johtopäätökset

Ruotsissa maakuntien korvausjärjestelmissä on suhteellisen isoja eroja sekä järjestelmän piiriin kuuluvien palveluiden että korvaustasojen välillä ja sen suhteen, mitkä kustannukset korvauksen tulee kattaa. Vuonna 2012 tehdyn kartoituksen mukaan (yhtä lukuun ottamatta) kaikissa 21 maakunnassa sovellettiin yhdistelmää vakiokorvaus per listattu potilas (kapitaatioperiaate), muuttuva käynti- tai hoitomäärään perustuva korvaus sekä tavoitteisiin perustuva korvaus, jonka perustana on laatu ja tehokkuus. Korvausjärjestelmiä on kehitetty ajan myötä lähtien ensimmäisistä Hallandissa, Tukholmassa ja Västmanlandissa 2007 - 2008 alkaneista hoitovalintajärjestelmistä, jossa ikä oli ainoa tekijä kiinteän korvauksen tasaamiseen potilaiden välillä. Ensimmäiset järjestelmät saivat kritiikkiä niiden heikompia ryhmiä syrjivistä ominaisuuksista ja siitä että ne eivät luo tarpeeksi voimakkaita kannustimia avata terveyskeskuksia harvoin asutuille seuduille. Tästä johtuen korvausjärjestelmät ovat kehittyneet monimutkaisempaan suuntaan, kun korvausjärjestelmiin on sisällytetty aiempaa useampia tavoitteita. Maakuntien väliset erot ovat pysyneet, ja niitä voi perustella asukaspuhjan ja täten tarpeiden välisillä eroilla, mutta toki myös poliittisilla eroilla. Korvausjärjestelmien yleispiirteet ovat voimakkaasti poliittinen kysymys. Mutta merkittävä osa eroista, esimerkiksi kustannusvastuun ja itse hoitovalintajärjestelmään sisältyvän palvelutarjonnan suhteen, olivat olemassa jo ennen valinnanvapausuudistusta, maakuntien vastatessa palvelujen tarjonnan sekä järjestämisestä että tuotannosta. Maakuntien perinteet ja olemassa olevat priorisoinnit siirtyivät pitkälti osaksi valinnanvapausjärjestelmää.

Palvelutarjonnan kattavuuteen liittyvät vaatimukset ohjaavat pitkälti sitä, minne uusia tuottajia syntyy, ja täten palvelujen saatavuutta eri ryhmien näkökulmasta. Mitä laajemmat palvelutarjontavaatimukset, sitä enemmän järjestelmä suosii sekä isoja yksiköitä että etabloitumista tiheään asutuille seuduille. Ruotsissa ensimmäisten vuosien kokemukset osoittivat, että maakuntien strategia oli ennemminkin päinvastainen – laatutarjontavaatimukset olivat kattavimmat harvaanasutuilla seuduilla.

Vuonna 2016 keskustelua käydään ennen kaikkea siitä, kuinka korvausjärjestelmät tulisi luoda, jotta ne tuottaisivat potilaalle todellista, palvelujen saatavuutta laajempaa, hyötyä. Tästä alkaa olla jonkin verran selvityksiä olemassa, vaikkakin tutkimuspohja on yhä aika heikko.

Tärkeää kilpailun ja uusien tuottajien kannustimien kannalta on myös miettiä sitä, millä periaatteilla potilaat listataan heti järjestelmän alkuvaiheessa. Aktiivinen valinta suosii uusia tuottajia, mutta vielä paremmat edellytykset uusien tuottajien markkinoille tulemiselle luo periaate, jossa ne saavat potilaita passiivisen listauksen myötä. Tämä tarkoittaa sitä, että ne potilaat, jotka eivät tee aktiivista valintaa, jaetaan neutraalilla periaatteella siten, että ketään tuottajaa ei suosita.

Tuottajille suunnattua korvaustasoa asetettaessa on syytä miettiä perimmäistä tavoitetta – onko se kustannussäästöt, pyrkimys mahdollisimman moneen tuottajaan ja täten kilpailun edistäminen, laatu vai ennen kaikkea eriarvoisuuden esto. Ruotsin kokemukset ovat osoittaneet, että maakuntien kokonaiskustannukset korreloivat tuottajien määrän kanssa – mitä korkeammat korvaukset sitä enemmän palveluntarjoajia. Taustalla olevia mekanismeja eikä niiden korrelaatiota laatuun ei ole Ruotsissa tutkittu, mutta kansainvälinen tutkimus indikoi että korkeammat korvaukset houkuttelevat tuottajia markkinoille, mikä puolestaan johtaa laatukilpailuun ja täten laadun kasvuun.

Englannin kokemukset laajan tuottajavalikoiman luomisesta ovat osoittaneet, että kolmannen sektorin on ollut vaikea päästä markkinoille. Osittain tämä voi johtua vaikeuksista pärjätä suurille yrityksille, jotka voivat hyödyntää synergiaetuja. Mutta kokemukset ovat myös osoittaneet, että palvelutarjonnan kirjo on kasvanut. Yritykset ovat panostaneet tehokkaaseen standardisoituun hoitoon, kun taas kolmannen sektorin tarjontaa leimaa holistinen näkökulma ja tiiviimpi yhteys paikallisyhteisöön. Osoitusta on myös siitä, että julkiset tuottajat ovat kokeneet paineita tarjonnan kirjon lisäämiseen kilpailun myötä. Ruotsissa vastaavasta palvelutarjonnan kirjon kasvusta ei ole selvää näyttöä. Selkein tulos on tarjonnan ja täten saatavuuden kasvu ennen kaikkea tiiviisti asutuilla alueilla.

Ruotsissa ainakin vuoteen 2012 asti kustannuskontrolli perusterveydenhuollon järjestelmässä on säilynyt. Ei ole muodostunut edes lyhyellä tähtämellä kustannuspiikkiä, kuten epäiltiin. Epäilyä herätti se, että maakunnilla ei ehkä olisi ollut kykyä nopeasti sopeuttaa (kutistaa) omaa toimintaansa sitä mukaa kun uusia terveyskeskuksia avataan ja ne vievät potilaita.

Sen sijaan erityissairaanhoidon siirryttyä (osittain, yhä kasvavassa määrin) valinnanvapauden piiriin sen kustannukset ovat kasvaneet huomattavasti! Tämä on odotettavaa, koska erityissairaanhoidon korvausjärjestelmää ei voi perustaa samassa määrin kapitaatioon kuin perusterveydenhuollon. Erityissairaanhoido on luonteeltaan huomattavasti enemmän ad hoc toimintaa.

Reunaehtoja sille, miten palveluntuottajat voivat tarjota lisäpalveluja sekä sitä miten SOTE-keskukset voivat ohjata asiakkaita erityissairaanhoidon ja muuhun korvausjärjestelmän ulkopuoliseen hoitoon, tulee myös miettiä, jotta valinnanvapausjärjestelmän ulkopuolisen hoidon kustannukset pidetään aisoissa. Riskinä on muuten että SOTE-keskukset pyrkivät siirtämään kustannuksia toimintansa ulkopuolelle.

7 Muita kysymyksiä

Digitalisoidut ratkaisut ovat tärkeitä sekä potentiaalisten pitkän tähtäimen säästöjen luojana, mutta myös laadun kohottamisessa ja laadunseurannassa. Tuore Ruotsia koskeva tutkimus arvioi terveydenhuoltopalvelujen digitalisoinnista syntyvien säästöjen olevan ideaalisesti toteutettuna jopa 180 miljardia kruunua vuoteen 2025 mennessä, mikä vastaa neljäsosaa kokonaiskustannuksista. Digitaalisia ratkaisuja luotaessa täytyy pitää huolta siitä, että maakunnat eivät lähde rakentamaan omia tietojärjestelmiä, jotka eivät ”keskustele” keskenään. *Yhtenäiset tietojärjestelmät ja täten vertailtavat aineistot ovat tärkeä edellytys kansallisen seurannan toteuttamiseen.* Tämä, kuten laaturekistereiden luominen, tulee viemään aikaa, mikä puolestaan motivoi asteittaista ja maltillista toteuttamisaikataulua.

Systemaattinen seuranta ja arviointi tulee suunnitella alusta asti, ja sen tekijät ja rahoitus osoittaa. Ei tule odottaa, että tutkijayhteisö ”vapaaehtoisesti” seuraa kaikkia niitä vaikutuksia, jotka ovat poliittiselle päätöksenteolle tärkeitä. Tämä on yksi keskeisimmistä johtopäätöksistä liittyen Ruotsin uudistuksiin, jotka alkoivat jo 1990-luvulla ja joiden seurantaa ei koskaan systemaattisesti taattu.

Valinnanvapauden vaikutus sairauspoissaoloihin tulisi liittää seurantaan. Ruotsissa keskustellaan lääkärin puutteellisista kannustimista edistää töihin paluuta ja estää (turhia mutta asiakkaiden toivomia) sairauspoissaoloja. Valinnanvapausjärjestelmän on todettu kasvattavan sairauspoissaoloja (asiakas menee seuraavan tohtorin puheille, jos ei ensimmäiseltä saa haluamaansa sairaustodistusta). Näitä reunaehtoja kannattaa miettiä jo alusta alkaen, ja selvittää miten sairauspoissaolojärjestelmä voitaisiin yhdistää integroituun ketjuun. Tätä asiaa selvitetään parhaimmillaan Ruotsissa osana ”värdebaserad vård” eli hoitoprosessijärjestelmien kehitystyötä. Joka tapauksessa sairauspoissaolojen seuranta kannattaa ottaa mukaan seurantajärjestelmään.

Ei tule aliarvioida johtajuuden ja ”pehmeiden” arvojen merkitystä muutoksessa. Johtajien kyvyttömyys esimerkiksi kannustaa yhteistyötä on usean ongelman takana, johon ei välttämättä pelkästään rakenteelliset ja kannustimia koskevat muutokset auta. Ruotsissa muutos kulkee kohti ”luottamusohjausta”, jossa korostetaan profession mahdollisuuksia ohjata ja kehittää työnsä tuloksia oman asiantuntemuksen perusteella. Yritetään päästä pois liian yksityiskohtaisesta top-down ohjauksesta ja antaa profession suurempi liikkumatila tehdä päätöksiä.

Tärkein johtopäätös koskee uudistuksen implementointia. Uudistukseen asettuminen kohdilleen tulee luultavasti kestämään monta vuotta, senkin jälkeen kun yllämainitut yksityiskohdat ja reunaehdot ovat ensimmäistä kertaa selvitetty. Ruotsin kokemusten perusteella monia yksityiskohtia tulee kalibroida useampaan otteeseen ennen kuin järjestelmä on asettunut kohdalleen, ja ilmiselvät epäkohdat on korjattu. Ruotsin malli, jossa valinnanvapausmalleja alettiin soveltaa asteittain maakunta kerrallaan, mahdollisti myös tämän asteittaisen kalibroinnin. Tästä syystä suosittelisin Suomellekin *asteittaista toteuttamista, jossa eri osia ehditään arvioida ja säätää.* Hyvä lähtökohta on, että lopullista tehokasta muotoa järjestelmälle on vaikea luoda virkamiehen työpöydällä, sen saavuttaminen vaatii aktiivista dialogia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden kanssa ja käytännön kokeilussa. Uudistuksen eri osat – rahoituksen yhdistäminen valtiolle, palveluvastuun siirtäminen maakunnille ja integroitujen palvelujen luominen; ja valinnanvapausmalli ja markkinoiden avaus kilpailijoille – kannattaisi siis implementoida yksi kerrallaan. Se missä järjestyksessä ne toteutetaan, on sopiva kysymys uudistuksen jatkotarkastelulle syksyn 2016 aikana.