

Kommentteja ja huomioita kansanedustajatapaamisiin hallituksen esitysluonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa (Yleisperustelut 31.1.2017)

(Kaikki tekstit ovat suoria lainauksia hallituksen esitysluonnoksesta. Lihavoidut otsikot, joidenkin lainausten yhteyteen lisätyt esitysluonnoksen sivunumerot ja kursiiviteksti allekirjoittaneilta.)

Valinnanvapaus maksu- ja asiakassetelillä – riittääkö setelin arvo vai tarvitaanko sittenkin lisäksi omaa rahaa?

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 terveyspalveluiden jakautuminen vähävaraisten käyttämiin julkisiin ja hyvätuloisten käyttämiin yksityisiin palveluihin on lisännyt väestöryhmien eriarvoisuutta.

Suoran valinnan palvelun tuottaja vastaisi myöntämänsä maksusetelin perusteella annettujen palvelujen kustannuksista. Korvaus maksettaisiin enintään suoran valinnan palvelun tuottajan maksusetelille määräämän arvon mukaisesti eikä maksusetelipalvelun tuottajalla olisi oikeutta periä asiakkaalta maksuja maksusetelillä annetuista palveluista. Maksusetelin arvo olisi määriteltävä siten, että asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus saada sillä tarpeensa mukainen palvelu.

Maakunta määrittäisi asiakkaalle myönnettävän asiakassetelin arvon ja maakunta korvaisi tuottajalle kustannukset asiakassetelillä annetuista palveluista maakunnan ennalta määräämään arvoon asti. Asiakassetelipalvelun tuottaja ei saisi periä asiakkaalta maksuja asiakassetelillä annetuista palveluista. Maakunta korvaisi myös henkilökohtaisella budjetilla annettujen asiakassuunnitelmaan sisältyvien palvelujen kustannukset palvelun tuottajalle maakunnan ennalta määräämään arvoon asti. Palvelun tuottaja ei saisi periä asiakkaalta maksuja henkilökohtaisen budjetin perusteella antamistaan palveluista.

Maksuseteli on instrumentti, jonka suoran valinnan tuottaja on veloitettu tarjoamaan asiakkaalleen erinäisiin soveltuviin palveluihin. Tästä aiheutuu haasteita, koska sosiaali- ja terveyskeskustuottaja on vastuussa palveluketjussa tapahtuneista virheistä ja toimija ei



SUPER

esimerkiksi voi kieltää asiakasta käyttämästä alihankkijaa, jonka laatu on sen mielestä huonoa. Maksusetelistä voi myös aiheutua ylimääräisiä kustannuksia siinä muodossa, että sosiaali- ja terveyskeskuksella on vapaata kapasiteettia itselleen, mutta asiakas kuitenkin maksusetelin saatuaan valitsee jonkin toisen tuottajan, josta aiheutuneista kustannuksista sosiaali- ja terveyskeskus vastaa.

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 houkutella asiakkaitaan vain henkilöitä, jotka kykenevät ostamaan lisäpalveluja ja ohjata palvelujen käyttäjiä tarjoamiinsa maksullisiin lisäpalveluihin tai tuottamiinsa työterveydenhuollon palveluihin.

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. Tämä voi avata eriarvoistumisen uudenlaisen polun ja johtaa siihen, että asiakkaan maksukyky voi muodostua tärkeämmäksi palvelun saamisen periaatteeksi kuin tarve. 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 jopa yrityksen tärkein tuote. s.82

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. Esimerkiksi asiakassetelin osalta riskinä on kuitenkin tilanne, jossa omavastuut kasvavat pienituloisille liian suuriksi. Pienituloisten ihmisten asema heikkenee ja toimeentulotukimenot lisääntyvät, jos asiakasmaksut nousevat nykyisestä. Tämä lisäisi entisestään eriarvoisuutta ja kasvattaisi hyvinvointi- ja terveyseroja.

Valinnan toteutuminen edellyttää tuekseen myös toimivaa julkista liikennettä ja matkakustannusten korvaamista siten, että vaihtoehtoiset palvelut ovat aidosti asiakkaiden saatavilla. s.83

- ⇒ *Tarjoaako yhteiskunta näkkärin ja asiakas halutessaan itse ostaa voin?*
- ⇒ *Jos kaikille annetaan täysimääräisen palvelun kattava palveluseteli eikä omaa rahaa saa tässä yhteydessä käyttää, niin tämä järjestelmä lopettaa välittömästi mm. vanhusten tehostetussa palveluasumisessa ne paikat, missä asiakkaan oma rahoitusosuus on nyt merkittävä*
- ⇒ *Jos syrjäseutujen asukkaille tarjotaan tasa-arvoinen valinnanvapaus, niin maksetaanko hänelle maakunnan varoista myös 100 km pituinen edestakainen taksimatka terveysasemalle ilman nykykäytännön mukaista omavastuuosuutta? Jos taksimatkoja ei makseta maakunnasta eikä Kelan tai kunnan toimeentulotukena, niin onko järjestelmä tasa-arvoinen?*
- ⇒ *Jos palvelujen taso on asiakkaan varallisuudesta riippuva, niin miten tähän sovitetaan perustuslain 6§, jonka mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä?*



SUPER

⇒ *Saako omalla lisärahalalla paremmat palvelut ja vastaako setelin arvo koko palvelusta vai tulevatko alimitoitettut setelit?*

Ovatko palvelut rikkaille ja köyhille erilaiset?

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 voi kuitenkin olla liian pitkälle menevä erilaistuminen siten, että palvelujärjestelmä polarisoituu hyvin ja huonosti pärjäävien palveluihin.

Paljon palveluja tarvitsevien kokonaishuolenpitovastuun siirtäminen suoran valinnan palveluista maakunnan liikelaitoksen vastuulle lisää riskiä näiden muutenkin syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten syrjäytymiseen normaalipalveluissa. Keskeiseksi muodostuu maakuntien järjestämisosaaaminen ja se, miten ja millaisia ehtoja ne kykenevät asettamaan palvelujen tuottajille ja miten näitä ehtoja kyetään valvomaan. s.83

⇒ *Perustuslaki 6§ taas puntarissa.*

Menettääkö valvonta merkityksen ja miten käy laadulle?

Valinnanvapauslainsäädännössä korostuu maakunnan velvollisuus varmistaa asukkaiden valinnanmahdollisuuksien monipuolisuus. Uudistuksen myötä palvelujärjestelmän luonne ja asiakkaiden asema muuttuvat perustavanlaatuisesti. Hallinnollisen ohjauksen ja kontrollin sijaan palveluja ohjaillaan sopimuksin ja rahoituksella ja rahoitusjärjestelmään mahdollisesti liitettävien kannusteiden.

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädön rinnalla joudutaan ottamaan huomioon yrityslainsäädännön asettamat vaatimukset. On myös huomattava, että osa palveluntuottajista (maksu- ja asiakassetelipalvelujen tuottajat, henkilökohtaisella budjetilla toteutettavien palvelujen tuottajat) jäävät kokonaan maakunnan välittömän ohjauksen tavoittamattomiin. Maakunta ei solmi niiden kanssa sopimuksia eikä niihin sovelleta hyväksymismenettelyä, jossa maakunta voisi asettaa niiden toimintaa koskevia ehtoja.

Lähtökohtaoletuksena on, että palvelujen tuottajat toimivat 'oikein' ilman maakunnan välitöntä ohjaustakin. Tästä seuraa huomattavia vaatimuksia palvelujen käyttäjien vastuulle ja valppaudelle ja kyvylle reagoida oikea-aikaisesti palveluissa esiintyviin ongelmiin. s.60

Haasteeksi muodostuu käytettävissä olevan ohjausvälineistön toimivuus monituottajamallissa ja etenkin se, että verkostomaisessa rakenteessa ja maksu- ja asiakaseteleitä sekä henkilökohtaista budjettia käytettäessä maakunnan ja kaikkien



SUPER

tuottajien välille ei lainkaan synny välitöntä sopimus- tai muuta ohjaussuhdetta tai se jää välilliseksi.

Ohjauksen toteuttamista vaikeuttaa se, että valinnanvapausjärjestelmä joudutaan käynnistämään ilman suunnittelun ja toiminnan seurannan edellyttämää riittävää tietopohjaa. Tästä voi aiheutua ongelmia, joita on myöhemmin vaikeaa tai työlästä korjata.

Maakunta voi ennen palveluntuottajaksi hyväksymistä tarkastaa palvelun tuottajan toiminnan ja toimitilat. Maakunta myös vastaa osaltaan palvelujen tuottajien toiminnan valvonnasta. Näihin tehtäviin liittyy hallinnollista työtä, johon vaikuttaa myös valvottavien tuottajien määrä ja koko. Valvontaa ja muita hallinnollisia tehtäviä voi helpottaa, jos maakunta edellyttää suoran valinnan palvelujen tuottajilta ulkopuolisen tahon toteuttamaa hyväksymismenettelyä (akkreditointia), kuten valinnanvapauslakiehdotus mahdollistaa. Tämä kuitenkin riippuu hyväksymismenettelyn yksityiskohdista, joita ei vielä ole määritelty.

Maakunnan oikeudelliset ja tosiasialliset mahdollisuudet toteuttaa järjestämistä vastuuta monituottajamallissa ja esimerkiksi varmistaa, että kaikki julkisesti rahoitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavat palveluntuottajat toteuttavat maakunnan asettamia velvoitteita, ovat rajalliset. Maakunnan järjestämistä vastuun toteuttamisen kannalta on keskeistä, että sillä olisi riittävät välineet ohjata yhtiömuotoisia ja myös verkostomuodossa toimivia palveluntuottajia velvoittavasti. Siitä, täyttävätkö lakiin sisältyvät sopimus- ja muun ohjauksen välineet tämän vaatimuksen, ei ole varmuutta.

Oikeudellista vastuuta selkeyttää kuitenkin osaltaan se, että suoran valinnan palvelun tuottajalla on kokonaisvastuu asiakkaan palvelukokonaisuudesta sekä palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta. Kokonaisvastuu kattaa myös tilanteet, joissa palvelut tuotetaan verkostomaisesti tai asiakas on valinnut maksusetelin palvelukokonaisuuden osan toteuttamiseksi. Epäselväksi kuitenkin jää, millä keinoilla suoran palvelun tuottaja voi toteuttaa vastuutaan suhteessa siitä organisatorisesti irralliseen, asiakkaan itsensä valitsemaan maksusetelipalveluja tuottavaan toimijaan.

Maakuntien mahdollisuudet vastata järjestämistehtävästä ja valinnanvapausmallin hallinnoinnista eroavat toisistaan huomattavasti ja siksi uudistuksen vaikutukset tulevat vaihtelevaan maakuntien välillä ja myös maakuntien sisällä sen eri alueilla. Vaarana on, että kaikkiin maakuntiin ei saada riittävässä määrin järjestelmän hallinnoinnin edellyttämää erityistä osaamista ja resursseja 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.

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 ja hallintaan. Mitä sairaampi ja toimintakyvyltään heikentyneempi henkilö on, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivä, sitä huonommin hän kykenee tekemään valintoja. Mieli-ohjelman 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. s.83



SUPER

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 liittää niihin ennaltaehkäiseviä toimia ja interventioita, joilla hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa. Palveluintegraatiosta on säännöksiä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa, että valinnanvapauslaissa. s.84

Integraation toteuttaminen on monituottajamallissa haastavaa, koska palvelutuotanto ei ole suoraan maakunnan hallinnollisen ohjauksen piirissä. Haastavuutta lisää se, että maakunnan ja kaikkien tuottajien (maksu- ja asiakassetelituottajat ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen tuottajat) välille ei synny edes sopimussuhdetta, jossa toiminnan ehtoja voitaisiin täsmentää. Asiakaskeskeisen integraation toteutuminen hoitokokonaisuuksissa ja palveluketjuissa edellyttääkin maakunnalta niiden huolellista määrittelyä, kehittämissyhteistyötä tuottajien kanssa sekä sopimusohjausta ja seurantaa ja eri toimijoiden välistä tiivistä yhteistyötä. s.85

- ⇒ *Islannissa terveydenhuollossa valinnanvapaus on suuri ja siellä yritysten määrä kasvoi, valvonnalla ja ohjeilla ei ole enää merkitystä ja lisäksi yhteiskunnan kustannukset vielä kasvoivat (tämän esityksen lopussa laajempi selvitys Islannin tilanteesta)*
- ⇒ *Jos poistetaan liikenteen nopeusvalvonta ja luotetaan autoilijoiden vapaaehtoisesti maksavan valtiolle itselleen määräämänsä ylinopeussakot. Olisiko tällainen valvonta toimiva? vrt. esitysluonnoksen teksti: ”Lähtökohtaoletuksena on, että palvelujen tuottajat toimivat ’oikein’ ilman maakunnan välitöntä ohjaustakin.”*

Syrjäseutujen palvelutuotannon turvaaminen – miten varmistetaan?

Valinnanvapausmalli muuttaa terveystalouden tuotannon rakennetta.

Markkinaehtoisessa kilpailussa tiheämmin asutut asutuskeskukset todennäköisesti houkuttelevat tuottajia harvemmin asuttu- ja syrjäseutuja paremmin. Näin asiakkaiden valinnanvapaus asutuskeskuksissa voi muodostua syrjäseutuja laajemmaksi. Toisaalta harvaan asutuille alueille mahtuvien tuottajien määrä kapasiteettinäkökulmasta on myös rajallinen: harvaan asutuille alueille ei toiminnan luonteesta johtuen mahdu kovin montaa toimijaa, ja jotkut alueet voivat asukasmääränsä puolesta muistuttaa luonnolliselle monopolille luontevaa aluetta. s.75

Muutos tuo todennäköisesti ainakin väestötiheille alueille lisää palvelutarjontaa ja parantaa siten palvelujen saatavuutta. Harvaan asutuille alueille ei lisätarjontaa kuitenkaan 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. s. 82

Maakunnan tulee varautua eri keinoin varmistamaan palvelujen saatavuus väestölleen. Riskinä kuitenkin on, että maakunnassa on harvaan asututtuja alueita, joilla palvelutuotanto ei ole liiketaloudellisesti kannattavaa, jolloin maakunnan yhtiö tuottaa



SUPER

palvelut. Subventoiminen on maakuntalakiluonnoksen 116 § mukaan määräaikaisesti mahdollista.

Valinnanvapausmalli voi sen toteuttamistavasta 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. Myös maakunnan päätösvallassa olevilla tuottajakorvauksilla on ratkaiseva merkitys palvelurakenteen muodostumiseen. Tuottajien rahoitus, joka oletettavasti pitää sisällään myös tilakustannukset, vaikuttaa siihen, kuinka liiketaloudellisesti toimivat tuottajat uskaltavat investoida esimerkiksi uusiin tiloihin ja teknologioihin ja myös syrjäisemmille seuduille. Tässä vaiheessa tilanteen arviointi ei vielä ole mahdollista. s.66

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). s.82

- ⇒ *Tukholman Östermalmilla on 10 terveyskeskusta, yksi julkinen ja yhdeksän yksityistä. Yksityisistä viisi on perustettu valinnanvapauden tultua voimaan. Rinkebyssä taas on yksi julkinen, nyttemmin sinne on perustettu myös yksi yksityinen. Aukkaita Östermalmilla on 37 000, Rinkebyssä 15 000. Mistä epäsuhta johtuu?*
- ⇒ *Rinkeby (15 km Tukholman keskustasta) on maahanmuuttajavaltainen lähiö, jossa asuu 15 000 ihmistä – lähes 90 prosenttia asukkaista on ensimmäisen polven maahanmuuttajia.*
- ⇒ *Jos Suomessa 100 000 asukkaan kaupungin lähellä, esim. 20 km päässä olevan asutuskeskuksen n. 20 000 asukkaan valinnanvapaus jakautuu niin, että heistä suuri osa valitsee suuremman kaupungin palvelut, mitä tapahtuu?*
- ⇒ *Pienemmän taajaman väestöpohja ei enää kiinnosta yrityksiä kuten ei syrjäseutujakaan ja sinne saadaan vain yksi julkinen sotekeskus, jonka toimintaa ei saa kannattavaksi kuin hyvin vaatimattomilla palveluilla. => Maakunnan omistama sote-yhtiö voi hallituksen esitysluonnoksen mukaan vain tilapäisesti subventoida heikkoa julkista yhtiötä. Kun kannattavista maakunnan yhtiöistä subventoidaan tappiota tuttavien yksikköjä, niin siinä samassa nämä kannattavatkin yksiköt menettävät tehonsa ja houkuttelevuutensa.*

Voidaanko kermankuorintaa estää, kun yritykset valikoivat asiakkaita?

Asiakkaan valinnanvapaus yhdistettynä kapitaatiokorvaukseen luo tuottajille kapitaatiokorvauksen koosta riippuvaisen kannustimen asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen (ks. Brown ym. 2014). Tällä ns. kermankuorinnalla pyritään saamaan asiakkaiksi ne, 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 terveyspalvelut 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. s.74

Kermankuorinnan kannustimien voidaan katsoa kasvavan kapitaatiokorvauksen kasvaessa, sillä suurempi kapitaatiokorvaus tarkoittaa euromääräisesti suurempaa kustannusten varianssia. Paremman informaation toimijoilla voi olla mahdollisuuksia valikoida asiakkaita haitallisella tavalla. Esimerkiksi työterveys- tai yksityisten sairaanhoitopalvelujen tuottajilla voi olla asiakasvalinnan kannalta relevanttia tietoa, kuten esimerkiksi tietoja asiakkaidensa elintavoista. Siirtymäsäännösten mukaan asiakkaat, jotka eivät itse markkinoiden avautumisvaiheessa valitse tuottajaa, laitetaan parhaimman saavutettavuuden tuottajan asiakkaiksi. Käytännössä tämä tarkoittanee usein lähintä tuottajaa. Tämä aiheuttaa tuottajille selkeän kannustimen pohtia toimipisteensä sijoittamista kermankuorinnan näkökulmasta.

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 pitkäaikaissairaita). Mikäli tuottajat kykenevät valikoimaan kokonaisuuden kannalta haitallisella tavalla asiakkaansa ja jäykistämään markkinat 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 asiakasryhmien 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. Siirtymäsäännösten mukainen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon osoittaminen asiakkaalle, joka ei tee valintaa, parhaiten asiakkaan saavutettavissa olevan yksikön



SUPER

perusteella voi mahdollistaa tuottajille asiakkaiden haitallisen valikoimisen esimerkiksi toimipisteen sijaintia manipuloimalla. s.74

Epävarmuus saattaa syntyä, mikäli tuottajan kapasiteettiraja tulee vastaan lisääntyneen kysynnän vuoksi. Tällöin tuottajalle ei välttämättä synny kannustinta parantaa laatua, sillä lisääntynyt asiakasmäärä aiheuttaa investointipaineita, jotka puolestaan lisäävät kustannuksia.

Paras asiakas on se, joka on listoilla (80%) hinnasta ja joka ei tarvitse yhtään palveluita.

Ehdotetussa valinnanvapausmallissa kilpailu tapahtuu ns. suoran valinnan palveluiden, asiakassetelin, maksusetelin, ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palveluiden kautta. Suoran valinnan palvelut (sosiaali- ja terveyskeskus ja suunhoidon yksiköt) ovat pääpainoltaan (vähintään 80 prosenttia) 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), jolla tuottaja sitoutuu hoitaman asiakkaan määritellyt palveluntarpeet. Korvaukset ovat kaikille tuottajille yhtäläiset samoista palveluista, joten kilpailun odotetaan tapahtuvan laadulla. Suoran valinnan palveluntuottajien markkinat ovat vuoden 2015 tasossa arvioituna noin 3,7 miljardia euroa. s. 69

Kiinteän hinnan palveluissa kaikki tuottajat saavat saman (joskin esimerkiksi asiakkaan ominaisuuksista riippuvan) korvauksen asiakkaalle tehtävistä toimenpiteistä eivätkä näin ollen voi suoraan vaikuttaa hintaan. Asiakassetelin luonnetta kiinteähintaisena välineenä muuttaa asiakkaiden mahdollisuus ostaa lisäpalveluja. Vähintään 15 prosenttia niistä palveluista, jotka eivät ole saatavilla suoran valinnan palveluina tai henkilökohtaisella budjetilla ja jotka eivät ole kiireisiä, julkisen vallan käyttöä, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain 11 §:n ja terveydenhuoltolain 45 §:n mukaan tehtävien harvinaisuuden, vaativuuden tai suurten kustannusten perusteella keskitettäviä palveluita, on oltava saatavilla asiakassetelillä. Asiakassetelin markkinoiden koko vuoden 2015 tasossa laskettuna on arviolta 2,8 miljardia euroa. s.70

- ⇒ *Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat, jotka eivät itse kykene tekemään valintaa, jäävät julkisten toimijoiden vastuulle, koska tehokkaat yritykset suojautuvat näiltä täyttämällä itse listansa hyvin kohdennetun markkinoinnin ja onnistuneen asiakasvalinnan avulla. Esim. hyvin kohdennettu markkinointi, asiakaslistautuminen nettiin ja koko lista täynnä parissa päivässä.*
- ⇒ *Työterveyspalveluja käyttävät asiakkaat kannattaa sitouttaa myös valinnanvapausjärjestelmän asiakkaaksi koska se avaa mahdollisuuden yritykselle tuplalaskutukseen.*
- ⇒ *Jos tuplalaskutus halutaan estää, niin yritykset mielellään luopuvat koko työterveydenhoidon rahoituksesta ja siirtävät senkin valtion rahoitusvastuulle. Samalla yritykset parantavat omaa tuottavuuttaan.*



SUPER

Onko säästöjen saaminen varmaa – entä jos säästöt ovatkin negatiiviset?

Tehokkuushyötyjen toteutuminen edellyttää valinnanvapausmallin suotuisaa toteutumista ja on riippuvaista markkinoiden ohjauksen onnistumisesta. Esitettyyn valinnanvapausmalliin liittyy useita tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa markkinoiden syntymiseen ja kehittymiseen negatiivisella tavalla. Näin tehokkuushyötyjen saavuttaminen on epävarmaa. Tämän lisäksi esimerkiksi henkilökohtaiseen budjettiin liittyvät kustannusriskit tarkoittavat, että valinnanvapauslain kokonaisvaikutus voi riskien toteutuessa ja markkinoiden ohjauksen ja syntymisen epäonnistuessa kääntyä negatiiviseksi. s.72

Esimerkiksi yhteensä 2 – 3 %:n tehokkuushyödyillä aikavälillä 2019 – 2029 arvioituna kustannustehokkuuden paraneminen tarkoittaisi nykyisellä kustannustasolla mitattuna noin 50 – 100 miljoonan eurojen 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. Asiakaseteliin liittyvät vaikutukset ovat hieman epävarmempia, mutta kymmenen vuoden aikavälillä 0,2 – 0,3 %:n vuotuisilla tehokkuushyödyillä näillä markkinoilla voitaisiin saavuttaa noin 50 – 80 miljoonan euron kustannuspaineiden heikentyminen. Kilpailulla mahdollisesti saavutettavat tehokkuushyödyt ovat kuitenkin tutkimusten mukaan melko maltillisia tavoitteisiin ja riskeihin nähden.

Valinnanvapausmalli tarjoaa mahdollisuuksia menokehityksen hillitsemiseen. Säästötavoitteet ovat kuitenkin huomattavat ja valinnanvapausjärjestelmän toteuttamiseen liittyy paljon kustannuskehitykseen vaikuttavia epävarmuustekijöitä. Tehokkuushyötyjen saavuttaminen kilpailun kautta on epävarmaa ja edellyttää markkinoiden käynnistymisen, muodostumisen, ja ohjaamisen onnistumista. Erityisiä riskejä tältä osin aiheuttavat maksuseteliin liittyvät säädökset, tuottajien kyky määrittää enimmäisasiakasmäärä yhdistettynä asiakkaiden haitalliseen valikoimiseen eli kermankuorintaan, sekä markkinoiden jakautumisriski valinnanvapausjärjestelmän käynnistyessä.

Valinnanvapausmalli sisältää mahdollisesti kustannuksia kasvattavia elementtejä: oppimis- ja järjestelmien perustamiskustannusten lisäksi henkilökohtaiseen budjettiin liittyvä huomattava kustannusriski. Myös suun terveydenhuoltoon voi liittyä paineita kustannusten noususta.

Sotokeskuksen portinvartija osoittautuukin sisäänheittäjäksi erikoissairaanhoidon?

Portinvartijuus säilyy nykyisen kaltaisena erikoissairaanhoidossa eli kustannusvastuunsiirto-ongelmalta ei täysin vältytä. Tuottajilla voi siis olla kannustin lähettää asiakkaitaan maakunnan liikelaitoksen hoidettaviksi, ja tältä osin pulma vastaa hieman nykyistä kuntien ja sairaanhoitopiirien muodostamaa ongelmaa. Tämä yhteismaan ongelmaa muistuttava tilanne voi käytännössä näkyä kasvavina erikoissairaanhoidon kustannuksina sellaisten asioiden osalta, jotka oltaisi voitu hoitaa halvemmalla perustasolla. s.74



SUPER

- ⇒ *Esitysluonnoksen johtopäätös on oikea siinä, että sotekeskukset tulevat varmasti lähettämään asiakkaita helposti eteenpäin erikoissairaanhoidon tai vaativampiin sosiaalihuollon palveluihin, koska yrityksen voitto on sitä suurempi mitä vähemmän asiakkaan kanssa tarvitsee tehdä töitä.*
- ⇒ *Johtopäätös on väärä nykymallista, koska nykyisin kunta joutuu kantamaan vastuun jokaisesta asiakkaasta mikä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon lähetetään.*
- ⇒ *Mitä enemmän perusterveydenhuollon lääkäri lähetteitä erikoissairaanhoidon kirjoittaa, niin sitä tuottavampi hän on yritykselle. Yritys tarvitsee vähemmän lääkäreitä, jos lähetemäärät pidetään korkeina. Jos rahoitus perustuu pääosin kapitaation, niin ei siinä toimenpiteiden kestolla ja laadulla ole niin väliä.*
- ⇒ *Asiakas kokee sen jopa hyvänä palveluna, jos lääkäri ottaa valitukset vakavasti ja lähettää heti sairaalaan tarkempiin tutkimuksiin.*

Voidaanko tietojärjestelmillä tehostaa toimintaa?

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yksi keskeisistä tavoitteista on mahdollisimman täydellinen tiedon integraatio, joka on välttämätön edellytys asiakaskeskeiselle palveluintegraatiolle. Sote- ja valinnanvapausuudistusten tavoitteiden toteutuminen edellyttää merkittäviä kansallisia panostuksia tietovarantojen ja -järjestelmien, ICT-infrastruktuurin ja ICT-kyvykkyyden kehittämiseen.

Sote-uudistuksessa tieto- ja viestintäteknikan hyödyntämisellä ja toiminnan kehittämisellä digitalisaation avulla odotetaan olevan positiivisia vaikutuksia kustannusten kasvun hillintään, mutta tämä edellyttää investointeja.

Kokemukset aiemmista uudistamishankkeista ovat osoittaneet, että tavoitellut vaikutukset toteutuvat vasta toiminnan ja sitä tukevien järjestelmien pitkäjänteisen kehittämisen tuloksena. Aiempien kokemusten perusteella on mahdollista arvioida, että ICT:n avulla saavutettavat toiminnan hyödyt toteutuvat vasta noin 5 – 10 vuoden kuluttua niiden käyttöön alkamisesta. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnan tulee siirtää suoran valinnan palvelut sosiaali- ja terveystieteiden tuotantovastuulle viimeistään 1 päivänä tammikuuta 2021 mennessä. Uusien tietojärjestelmien rakentaminen ei voi käynnistyä ennen kuin niitä koskevat säädökset on vahvistettu ja rakentaminen on rahoitettu, eli aikaisintaan loppuvuodesta 2017.

Vasta toimeenpanovaiheen aikana selviää, miten paljon kansallisilla yhtenäisillä ratkaisuilla voidaan tyydyttää maakuntien hallinnon tietojärjestelmäjärjestelmätarvetta. Kaikkia tarvittavia järjestelmiä ei tällä hetkellä ole olemassa eivätkä järjestelmät tule vielä olemaan valmiita maakuntien toiminnan käynnistyessä. Niiden rakentaminen ja käyttöönotto tulee viemään aikaa ja edellyttää investointeja joko maakunnissa ja kansallisesti. Maakunnan järjestämistehtävä edellyttää johtamiseen ja ohjaamiseen tarvittavien tietojärjestelmien käyttöönottoa. s.76



SUPER

Tällä hetkellä tulevissa maakunnissa on jo käytössä koko maakunnan kattavia alueellisia potilastietojärjestelmiä ja niiden kehittämiseen on panostettu merkittävästi. Mikäli lainsäädäntö ei mahdollista maakunnan ja valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelutuottajien välisiä yhteisiä alueellisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, aiheutuu tästä merkittäviä riskejä kokonaiskustannuksille. Yhtiötettävän toiminnan asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ”irrottamisen” kustannukset olisivat merkittävät. s. 79.

- ⇒ *Mistä rahat tietojärjestelmien rakentamiseen?*
- ⇒ *Miten varmistetaan tietoturva eli se, että asiakastietoja ei katsele kuka tahansa?*
- ⇒ *Uskotaanko tuhansien yritysten työntekijöiden moraaliin ja yritysten tietoturvakäytäntöihin?*
- ⇒ *Toiminnan hyötyjen arvioitu toteutuminen jossain kaukaisessa tulevaisuudessa?*

Onko henkilöstön asema turvattu ja onko yhtiöittämisspakko oikeasti olemassa?

Valinnanvapausmalli edellyttää valinnanvapauden piiriin kuuluvien maakunnan palvelujen yhtiöittämistä ja siltä osin maakunnan henkilöstön siirtoa perustettaviin yrityksiin. Työehdot (tai työ- ja virkaehtosopimus) pysyvät siirtymäsäännösten mukaan aluksi ennallaan, mutta muuttunevat uusien virka- ja työehtosopimusten myötä.

Työsuhteen pysyvyyteen vaikuttaa kuitenkin oleellisesti se, että myös maakuntien yhtiöiden toiminta tulee olla liiketaloudellisesti kannattavaa. Uudistus voi tarkoittaa henkilöstölle tehtävien ja toimenkuvien muutosta, ja myös työn tekopaikka saattaa muuttua.

Hallituksen esityksen mukaisessa valinnanvapausjärjestelmässä asiakkaiden valinnoilla on merkitystä sille, kuinka hyvin suoran valinnan palvelujen yhtiöt menestyvät markkinoilla. Markkinoiden muotoutuminen tarkoittaa myös työmarkkinoiden uudelleenmuotoutumista, erityisesti kun henkilöstöä rekrytoidaan perustettaviin suoran valinnan palveluyksiköihin. Mikäli kuntien sosiaali- ja terveystietojärjestelmien nykyisistä käyttäjistä iso osa siirtyy muiden kuin maakuntien omistamien yritysten asiakkaiksi, tarkoittaa se irtisanomisten tarpeen kasvua maakuntien tuotantoyhtiöissä. 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 valtioneuvoston päätöksen vuoksi yhtiöitään. Tästä johtuen uhkana on, että työsuhde ei jatku määrärajan jälkeen. s.105

Henkilökohtainen budjetin käyttöönotto tarkoittaa maakunnan liikelaitoksen tuottamien ja ostamien palvelujen korvautumista henkilökohtaisella budjetilla. Tämä tarkoittaa näiden toimintojen, kuten asumispalvelujen supistumista liikelaitoksessa, mikä johtaa henkilöstön vähenemiseen.



SUPER

- ⇒ *Henkilöstö siirtyy vanhoina työntekijöinä, mutta ei saa suojaa tuotannollisia- tai taloudellisia irtisanomisperusteita vastaan.*
- ⇒ *Henkilöstön työsuhteet ovat hyvin epävarmoja yritysten kilpailutilanteesta johtuen.*
- ⇒ *Henkilöstö hankkii entistä harvemmin omistusasunnon ja vuokra-asumisen tarve kasvaa.*
- ⇒ *Henkilöstön siirtyä palkkauksen ja muiden työsuhteen ehtojen osalta matalampitasoiseen työehtosopimukseen ja tämä tulee laskemaan heidän ostovoimaa, joka puolestaan vähentää kotimaista kysyntää.*
- ⇒ *Nyt määräaikaisissa työsuhteissa olevat sote-työntekijät sekä sote-tukipalvelutyöntekijät ovat työllistymisen suhteen vaikeassa tilanteessa.*
- ⇒ *Useille työntekijöille tulee osa-aikatyö ja ns. 0-tuntisopimukset*
- ⇒ *Maakunta- ja soteuudistus tulevat lisäämään työttömien määrää merkittävästi ja lisäämään valtion työttömyysturvamenoja. Samalla verotulot pienenevät.*
- ⇒ *Yritysten kilpailutilanteesta ja kilpavarustelusta johtuen tulee olemaan paljon virheinvestointeja ja hukkapasiteettia.*

- ⇒ *Vaatimukset yhtiöittämisestä eivät johtavien oikeusoppineidenkaan mukaan tule EU:n taholta, vaan ovat puhtaasti ideologisista lähtökohdista synnytettyjä. Jos yhtiöittämisspakko olisi olemassa, niin silloin nykyiset sairaanhoitopiirimme ja Ruotsin suuret maakunnat olisivat laittomia.*

Sotepalveluissa yksityiset ja julkiset yhtiöt?

Valinnanvapausuudistus tuo osan julkisesti tuotetuista palveluista markkinoille. Markkinat, joihin myös nykyiset yksityiset yritykset voivat osallistua, tulee olemaan vähimmäistasossa (laajennetun perustason voimaan tultua) arvoltaan 8 miljardia euroa. Edellä mainitut valinnanvapausmarkkinat sisältävät suoran valinnan palvelut (ml. maksuseteli), henkilökohtaisella budjetilla ja asiakassetelillä järjestettävät palvelut. Tämä kaksinkertaistaa reilusti nykyisen sosiaali- ja terveystalouden yritysten muodostaman liikevaihdon (5,6 miljardia euroa).

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, mutta niiden osuus koko yrityskannasta on alla 0.2 prosenttia. Käytännössä



SUPER

lähes kaikki vähintään 200 henkilöä ja monet 100 – 199 henkilöä työllistävät terveydenhuollon yritykset kuuluivat johonkin suurempaan yritysryhmään (TEM 34/2013). s.98

Jotkut kunnat ovat ulkoistaneet kaikki sosiaali- ja terveystalvvelunsa yksityiselle tuottajille. Valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisessa tämä on haaste monellakin tavalla. Miten näiden ulkoistettujen palvelujen ja yrityssopimusten kanssa menetellään, on vielä kokonaan ratkaisematta ja tämä edellyttää sopimuskohtaista arviointia. 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. s.98

Ruotsissa valinnanvapausuudistuksen jälkeen perustetut yksityiset terveyskeskukset aloittivat toimintansa ilman yhtäkään listautunutta potilasta ja ovat jääneet puolta pienemmäksi kuin ne, joilla oli asiakaspohjaa jo olemassa ennen uudistusta. (Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015).

Asiakkaiden vaihtoalukkuudella on 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.

Tilanne, jossa maakunnan osoittamaan aineistoon tutustuminen ei ole yhtä helppoa ja houkuttelevaa kuin yritysten oma markkinointiaineisto, saattaa tuottaa etua yrityksille, joilla on suurempi kapasiteetti panostaa omiin julkaisujärjestelmiin ja markkinointiin. Maakunnan on tiedotettava alueen asukkaille vähintään 2 kuukautta ennen tuotantovastuun siirtymistä. s.100

Uudistuksessa yritykselle syntyy kustannuksia, jotka voidaan jaotella kerran syntyviin sekä jatkuviin. Alkuinvestoinnit vaikuttavat uuden yritystoiminnan syntymiseen ja jatkuvat kustannukset myös yritystoiminnan kannattavuuteen pidemmällä tähtäimellä. Yksinkertaistettuna perustamiskustannuksia yritykselle syntyy henkilöstön rekrytoinnista, tiloista sekä hankittavista laitteista ja välineistä. Lisäksi on huomioitava tietojärjestelmävaatimukseen 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 liityttävä sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisestä käsittelystä annetun lain mukaisten valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen (kanta-palvelut) käyttäjäksi. Esimerkiksi e-reseptiin liittyminen maksaa noin 20 000 euroa ja järjestelmän kuukausittaiset käyttökustannukset ovat noin 2 000 euroa. s.102

⇒ *asiakkaat ovat seuranneet lääkäriä sekä Ruotsissa että Islannissa*



SUPER

- *Islannin esimerkki on ollut Suomessa vähän julkisuudessa ja seuraavat kommentit ovat Islannin yliopiston tutkijan tohtori Steinunn Hrafnisdóttir esittämät. (EPN-Konferenssi, Reykjavik 31.5.2016)*
 - *Islannissa terveystalvuuja on yksityistetty enemmän kuin muissa Pohjoismaissa.*
 - *Poliitikot ovat yksityistäneet palveluita vastoin kansalaisten tahtoa ja yksityistämistä on perusteltu korostamalla vapaata yrittäjyyttä.*
 - *Valinnanvapauden seurauksia Islannissa:*
 - *Islannissa erikoislääkärit ovat perustaneet omia yrityksiä ja asiakkaat ovat seuranneet heitä ja sairaaloiden toiminta on vaikeutunut ja kroonikkosairaiden asema on heikentynyt.*
 - *Yritykset haluavat ottaa itselleen helpoimmat asiakkaat ja vaikeimmat jäävät julkisen sektorin vastuulle.*
 - *Lääkkeiden käyttö on lisääntynyt.*
 - *Asiakkaiden omavastuuosuudet ja yhteiskunnan kustannukset ovat kasvaneet.*
 - *Tieto ei kulje.*
 - *Järjestelmä on pirstoutunut.*
 - *Viranomaiset ovat menettäneet valvonnan laadusta ja kustannuksista.*
 - *Yksityiset yritykset ovat ottaneet ohjauksen itselleen ja tulkitsevat ohjeita kuten haluavat.*
 - *Yritykset haluavat nyt maksimoida voittonsa ja haluavat jatkossa myös rahoittamaan rakennuksia.*

- ⇒ *"Raha virtaa nyt yksityisten yritysten kassoihin" (kansanedustaja ja entinen ministeri Ögmundur Jonasson, Reykjavik 31.5.2016).*
- ⇒ *Jos 320 000 asukkaan Islannissa valinnanvapaus ja yksityistäminen riistäytyivät hallitsemattomiksi, niin miten Suomessa kuvitellaan onnistuvan vielä laajemman palveluvalikoiman valinnanvapauden toteuttaminen yli 5 miljoonan asukkaan kanssa? Siihen ei riitä poliitikkojen esittämä vastaus: "Niin ei saa käydä."*

Yhteenveto ja johtopäätökset

- ⇒ *Hallituksen esitysluonnoksessa asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa mahdollisesti saavutettavat säästöt ovat täysin epävarmojen odotusten varassa ja niistä ei ole tehty mitään luotettavia arvioita.*
- ⇒ *Esityksen useat kohdat ovat täysin auki ja merkittävä osa vaadittavasta lainsäädännöstä on täysin hämärän peitossa.*

- ⇒ Kansanedustajat joutuvat hyväksymään maakuntauudistukseen liittyvät merkittävimmät lait ilman tietoa rahoituksista, kuntien tulevista valtionosuuksista ja todellisista lakien vaikutuksista. Eli päättäjät ostavat sian säkissä.
- ⇒ Vaatimukset yhtiöittämisestä eivät johtavien oikeusoppineidenkaan mukaan tule EU:n taholta, vaan ovat puhtaasti ideologisista lähtökohdista synnytettyjä. Jos yhtiöittämisspakko olisi olemassa, niin silloin nykyiset sairaanhoitopiirimme ja Ruotsin suuret maakunnat olisivat laittomia.
- ⇒ Sote-uudistus on mahdollista tehdä myös onnistuneesti suurten ja toimivien kuntayhtymien varaan rakennettavalla mallilla. Suurista kuntayhtymistä kunnilla on runsaasti kokemusta ja suurten kuntayhtymien tehokkuudesta on lisäksi myös tutkittua näyttöä kustannussäästöjen osalta. Varmemmat kustannussäästöt saadaan, mikäli maakuntauudistuksesta erotetaan sote. Se voidaan toteuttaa 18 maakunnan kuntayhtyminä tai suurempina alueina, joista osa on jo valmiina. Hallituksella on aikaa saada uudistus toteutettua vuoden 2019 alkuun mennessä ja tuore malli toteutukseen vuodelta 2016 löytyy esimerkiksi Päijät-Hämeestä.

Helsingissä 9.2.2017



Silja Paavola
puheenjohtaja



Jussi Salo
kehittämisjohtaja

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry

SuPeriin kuuluu noin 90 000 lähi- ja perushoitajaa sekä muita toisen asteen ammatillisen tutkinnon suorittaneita, jotka työskentelevät julkisella ja yksityisellä sektorilla.



SUPER

