

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Sisällys

4 Esityksen vaikutukset.....	3
4.1 Yleistä	3
4.1.1 Valinnanvapauslain toimeenpanon muutostuki	5
4.1.2 Valinnanvapauslain toteuttamisen edellytykset eri maakunnissa	7
4.2 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset	10
4.2.1 Yleistä	10
4.2.2 Vaikutukset maakuntien tehtäviin.....	10
4.2.3 Vaikutukset maakuntien organisaatioihin ja toimintaan	13
4.2.4 Vaikutukset valvontaviranomaisiin ja muihin viranomaisiin	14
4.2.5 Vaikutukset valtion ohjaustehtävään	16
4.3 Taloudelliset vaikutukset	17
4.3.1 Yleistä	17
4.3.2 Vaikutukset julkiseen talouteen	19
4.3.3 Tietohallinnon ja ICT:n kustannukset.....	26
4.3.4 Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset	27
4.3.5 Asiakaseteleihin liittyvät taloudelliset vaikutukset	28
4.3.6 Yhteisöverotus ja tuloverotus.....	29
4.3.7 Vaikutukset maakuntatalouteen	30
4.3.8 Vaikutukset kuntatalouteen.....	30
4.3.9 Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen	30
4.4 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset	32
4.4.1 Yleistä	32
4.4.2 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin	32
4.4.3 Kielelliset oikeudet	38
4.4.4 Sukupuolivaikutukset.....	39
4.4.5 Lapsivaikutukset	40
4.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden tuotantoon.....	42
4.5.1 Yleistä	42
4.5.2 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen	42
4.5.3 Vaikutukset paljon palveluja käyttävien palveluihin ja palveluintegraatioon	43
4.5.4 Ammattihenkilön valinta ja palveluiden jatkuvuus	45
4.5.5 Vaikutukset palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen	45
4.5.6 TKI- ja kilpailukykyvaikutukset	46
4.6. Yritys-, kilpailu-, ja markkinavaikutukset	47
4.6.1 Yleistä	47
4.6.2 Tuottajaverkon muodostuminen ja alalle tulon kannusteet.....	47

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.6.3 Kilpailuvaikutukset	49
4.6.4 Valinnanvapausjärjestelmän riskien huomiointi	52
4.6.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluihin	54
4.7 Henkilöstövaikutukset.....	56
4.7.1 Yleistä	56
4.7.2 Vaikutukset henkilöstön siirtymään.....	56
4.7.3 Vaikutukset työllisyyteen.....	59
4.7.4 Muutoksen toteutus ja työhyvinvointi.....	60
4.8 Uudistuksen vaikutusten seuranta, jälkikäteisarviointi ja tutkimus	61

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Yleistä

Maakuntauudistuksessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa ehdotetaan perustettavaksi 18 uutta maakuntaa sekä uudistettavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne, palvelut ja rahoitus. Tämän myötä myös vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä siirtyisi maakunnille. Ehdotetun maakuntalain mukaan maakunnalla olisi oltava maakuntastrategia, jossa valtuusto päättäisi muun muassa asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen strategisista linjauksista, alueensa erityispiirteet huomioivalla tavalla. Esitys antaisi maakunnille monia erilaisia tapoja järjestää palvelut alueellaan. Maakunnalla olisi sosiaali- ja terveystalouden järjestämistehtävän lisäksi merkittävä vastuu palvelujen tuotannosta.

Asiakkaiden valinnanvapauden laajentamista koskeva lakiehdotus on yksi osa edellä kuvattua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Esityksessä ehdotetaan maakunnille mahdollisuutta vaikuttaa järjestämistehtävänsä puitteissa alueensa sosiaali- ja terveystalouden tuottajaverkon muodostumiseen ja sitä kautta valinnanvapauden toteutumiseen. Ehdotuksen mukaan maakunnan järjestämisvastuulla olevat suoran valinnan palvelut tuotettaisiin ns. monituottajamallilla, jossa maakunnan oman tuotannon lisäksi palveluja voisivat tuottaa yritykset ja yhteisöt. Esityksellä voitaisiin varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huoltovarmuus kaikkialla Suomessa, koska maakunnan liikelaitos voisi ja sen tulisi kaikissa tilanteissa tuottaa itse suoran valinnan sosiaali- ja terveyskeskuspalveluja, suoran valinnan suunhoidon palveluja sekä myös erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palveluja. Maakunnan liikelaitosten lisäksi yksityiset yritykset ja yhteisöt tuottaisivat suoran valinnan sosiaali- ja terveyskeskusten palveluja ja suunhoidon palveluja sekä henkilökohtaisen budjetin palveluja ja asiakassetelillä tuotettavia palveluja. Lisäksi maakunnilla olisi mahdollisuus hyödyntää nykyisiä ja uusia ostopalvelusopimuksia esimerkiksi syrjäseuduilla tai muutoin.

Suhteessa nykyjärjestelmään, valinnanvapauden laajentaminen lisäisi merkittävästi asiakkaiden mahdollisuutta käyttää valinnanvapautta ja vaikuttaa itselle tärkeisiin palveluihin. Suoran valinnan palvelujen valinnanvapauden lisäksi maakunnilla olisi velvollisuus käyttää myös muita asiakkaan valintaa tukevia instrumentteja palvelujen järjestämisessä, sillä ehdotus sisältää säännökset asiakasetelien ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotosta. Näin ollen valinnanvapaus laajenisi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lisäksi myös sosiaalihuoltoon. Lisäksi asiakkaalla olisi mahdollisuus valita maakunnan liikelaitos sen tuotantovastuulla olevissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa.

Ehdotus mahdollistaisi asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun sekä alueellisesti että yksilötasolla, koska oikeus valita koskisi pieniä rajoituksia lukuun ottamatta kaikkia asiakkaita. Toisaalta maakunta voisi aina omalla tuotannollaan varmistaa lakisääteisten sosiaali- ja terveystalouden toteutumisen. Tuottajaverkon monipuolisuus ja valinnanvapauden laajentaminen puolestaan voisivat myös tukea koko uudistuksen keskeiseksi tavoitteeksi asetettua kustannusten kasvun hillintää, mikäli maakunta pyrkisi tehokkaasti ohjaamaan tuottajaverkon ja palvelujen tuotannon kehitystä sekä toiminnan kustannustietoisuutta. Tämä tehtävä edellyttäisi huolellista arviointia ja toimia tuottajien tasapuolisten toimintamahdollisuuksien turvaamisessa.

Tuottajaverkon moninaisuus, valinnanvapauden laajentaminen ja siten kilpailullisten elementtien hyödyntäminen sosiaali- ja terveystalouksissa olisivat keinoja uudistuksen päätavoitteiden toteuttamiseksi. Esityksellä voitaisiin vahvistaa peruspalveluja, parantaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja palvelujen saatavuutta sekä kaventaa kansalaisten hyvinvointi- ja terveyseroja. Useisiin erilaisiin tuottajiin perustuva malli parantaisi palvelujen saatavuutta, niin peruspalveluissa kuin muissakin sosiaali- ja terveystalouksissa. Valinnanvapauden laajentaminen myös kasvattaisi eri väestöryhmien mahdollisuutta vaikuttaa itselleen tärkeisiin palveluihin, koska jatkossa myös sosiaalihuollon asiakkaat, palveluja paljon tarvitsevat ja toisaalta pienituloiset pääsisivät valitsemaan palveluntuottajansa. Tämä parantaisi lähtökohtaisesti asiakkaiden yhdenvertaisuutta verrattuna nykytilaan, jossa valinnanvapautta on käytännössä enemmän työterveyshuollon asiakkailla sekä parempituloisilla.

Ehdotetun valinnanvapauslain vaikutuksia on arvioitu eri näkökulmista. Uudistuksen välittömät vaikutukset kohdistuisivat laajalti sosiaali- ja terveystalouksia käyttäviin asiakkaisiin, sosiaali- ja terveystalouden tuotantoon, yrityksiin ja kilpailuun sekä valtion ja maakuntien talouteen. Järjestämistehtävä ja siihen kytkeytyvät moninaiset muut tehtävät, kuten tuottajaverkon ohjaus, aiheuttaisivat myös merkittäviä organisatorisia ja hallinnollisia vaikutuksia paitsi maakunnille myös muille viranomaisille.

Itsehallinnollisilla maakunnilla olisi useita erilaisia mahdollisuuksia toteuttaa käytännössä niille esityksessä mahdollistettuja tuottajaverkon rakentamiseen ja valinnanvapauden toteuttamiseen tähtäviä toimia. Tästä syystä uudistuksen vaikutusten kannalta on keskeistä, miten erilaiset maakunnat itsehallinnollisessa

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

päätöksenteossään toteuttaisivat valinnanvapauden alueensa erityispiirteet huomioivalla tavalla yhteisen lainsäädännön puitteissa. Varmaa tietoa siitä, miten ehdotuksen mukaiset tavoitteet yksityiskohtaisesti toteutuvat ja mitkä ovat uudistuksen vaikutukset, ei voida esittää. Täysin suomalaista uudistusta vastaavaa valinnanvapausjärjestelmää ei ole sellaisenaan toteutettu missään muussa maassa, joten vaikutusten arvioinnissa ei myöskään ole mahdollista suoraan käyttää muiden maiden kokemuksia uudistuksen kokonaisvaikutusten arvioimisessa. Arvioinnissa on kuitenkin hyödynnetty aihetta käsittelevää tutkimus- ym. kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa eri valinnanvapausinstrumenttien toimivuudesta käytännössä. Esimerkiksi terveydenhuoltolain mukaisen valinnanvapauden toteuttamisesta on jonkin verran tutkimustietoa ja sitä on hyödynnetty arvioinnin eri osissa. Myös vuoden 2017 alussa käynnistyneistä valinnanvapauskokeiluista on saatavilla jonkin verran tietoja. Soveltuvien osien vaikutusarvioinnissa on käytetty Ruotsin, Englannin ja muiden Euroopan maiden valinnanvapausjärjestelmästä ja merkittävistä reformeista julkaistuja tutkimuksia ja selvityksiä. Vaikutusarvioinnissa on hyödynnetty myös kansainvälisen arviointiraadin raporttia (STM raportteja 2016:16).

Oheisessa taulukossa on esitetty tiivistetty kokonaisarvio ehdotetun valinnanvapauslain tarkoituksen toteutumisesta.

Lain tavoite: parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja
<ul style="list-style-type: none">Lakiehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus laajenisi vaiheittain vuodesta 2020 lähtien. Lakiehdotus laajentaisi asukkaiden valinnanvapautta sekä lisäisi eri väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja maakunnan asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitos voisi tuottaa asiakkaan lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut kaikissa tilanteissa. Tämä turvaisi palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, riittävän saavutettavuuden ja kielellisten oikeuksien toteutumisen koko maassa.
<ul style="list-style-type: none">Lakiehdotuksella olisi edellytykset vahvistaa palveluintegraatiota, koska se tarjoaa uudenlaisia välineitä palveluintegraation toteuttamiseen sekä määrittää eri toimijoiden velvollisuudet integraation toteutumisen varmistamiseksi.Vertailutiedon saatavuus ja esityksessä ehdotettujen neuvonta- ja ohjauspalvelujen toteutumisen varmistaminen on tärkeää uudistuksen alkuvaiheesta lähtien lakiehdotuksen mukaisen valinnanvapauden toteutumiseksi.
Lain tavoite: parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua
<ul style="list-style-type: none">Lakiehdotuksen myötä palveluihin pääsy nopeutuisi, ihmisten tarvitsemien palvelujen tarjonnan lisääntyessä. Lakiehdotuksella olisi myös edellytykset lisätä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.Lakiehdotus antaisi maakunnille monia erilaisia välineitä ohjata palvelutuotannon alueellista kehittymistä uudenlaisessa toimintaympäristössä, alueelliset erityispiirteet huomioivalla tavalla.Lakiehdotus lisäisi erilaisia yritystoiminnan mahdollisuuksia erikokoisille yrityksille ja yhteisöille, koska asiakkaan valinnanvapaus toteutuisi monin eri tavoin.Lakiehdotus tukisi palveluinnovaatioiden syntymistä ja jatkuvaa kehittämistä, joista hyötyisivät kaikki asiakkaat.
<ul style="list-style-type: none">Lakiehdotuksella olisi vaikutuksia myös henkilöstöön. Vaikka se loisi sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoille epävarmuutta, se myös vahvistaisi kilpailua osaavasta työvoimasta.
Lain tavoite: vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen
<ul style="list-style-type: none">Lakiehdotuksen voimaantuloa koskeva vaiheistus toisi joustoa maakuntien valmistautumiseen ja antaisi aikaa maakunnan omalle tuotannolle sopeutua uuteen toimintaympäristöön. Esityksessä ehdotettu tehostettu muutostuki auttaisi maakuntia valmistautumaan uudenlaiseen järjestämistehtävään.Lakiehdotus loisi edellytyksiä kustannusten hillitsemiseen pidemmällä aikavälillä, mutta vaatisi investointeja valinnanvapauden rakentamiseen uudistuksen alkuvaiheessa.Lakiehdotuksen mukainen valinnanvapausjärjestelmä todennäköisesti lisäisi palveluntuottajien välistä kilpailua. Maakunnan tulisi varmistaa, että palveluntuottajille asetetut kannusteet olisivat linjassa asetettujen tavoitteiden kanssa ja maakunta käyttäisi esityksessä ehdotettuja ohjaus- ja puuttumiskeinoja tavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Täysin tasapuolisia toimintaedellytyksiä olisi haastavaa luoda maakunnan liikelaitoksen ja yritysmuotoisten toimijoiden välille, koska toimijoihin kohdistuvat säädöspohjaiset velvoitteet olisivat erilaisia. |
| <ul style="list-style-type: none">• Lakiehdotuksen mukaisen ohjauksen edellyttämän tietopohjan luominen ja tietojärjestelmien laajat kehittämistarpeet vaatisivat kansallista kehittämistyön koordinaatiota sekä yhteentoimivuuden varmistamista. |

4.1.1 Valinnanvapauslain toimeenpanon muutostuki

Esityksen tavoitteet toteutuvat viimekädessä maakuntien päätösten perusteella lainsäädäntöä toimeenpantaessa. Hallituksen esityksen vaikutukset riippuvat olennaisesti siitä, miten maakunnat omassa päätöksenteossään ja toiminnassään käyttävät lainsäädännön tarjoamia välineitä. Maakunnille tullaan antamaan kuitenkin tukea ja valinnanvapauden instrumentteja myös pilotoidaan, jotka osaltaan edesauttavat uuteen järjestelmään siirtymisessä.

Ministeriöiden maakunnille antama ohjaus ja tuki

Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö antavat tehtäväalojensa mukaista ohjausta ja tukea maakunnille valinnanvapauslain toimeenpanossa. Lakiehdotus sisältää myös säännöksen ehdotetun valinnanvapausmallin toimeenpanoa vauhdittavasta vahvennetusta kansallisesta muutostuesta, joka määräaikaaisesti täydentäisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksessa sosiaali- ja terveysministeriölle säädettyä yleistä ohjaustehtävää. Tehostetun muutostuen tarkoituksena on tukea valinnanvapautta lisäävän järjestelmän hallittua toteutumista kaikissa maakunnissa ja edesauttaa kokeilu- ja pilottihankkeiden toteutumista.

Tehostettu valinnanvapauslain muutostuki sisältää erilaista, käytännönläheistä muutoksen valmistelutukea, jonka avulla tuetaan uusia maakuntia valmistautumaan uuteen järjestämistehtävään. Tehostettu muutostuki pitää sisällään esimerkiksi palveluntuottajien ohjaamiseen käytettävien välineiden keskitettyä valmistelutyötä valinnanvapauden eri muotojen osalta, joita maakunnat voivat halutessaan hyödyntää oman toimintansa tukena. Työkokonaisuus kattaa asiakirjamallien valmistelua palveluntuottajille asetetuista ehdoista, palvelun sisällön kuvauksista ja palveluntuottajien kanssa laadittavista sopimuksista sekä mallilaskuja ja ohjeistusta liittyen palveluntuottajille maksettaviin korvauksiin. Valinnanvapauden vaiheistettu käyttöönotto ja valinnanvapauden eri muotojen pilotoinnit mahdollistavat asiakirjamallien sekä korvauksiin liittyvän ohjeistuksen kokeilun ennen valinnanvapauden täysimääräistä voimaantuloa. Palveluntuottajien ohjaamiseen käytettävien välineiden valmistelutyö on aloitettu vuoden 2017 aikana. Kehittämistyössä hyödynnetään laajamittaisesti eri sidosryhmien osaamista sekä kokemuksia jo käynnissä olevista valinnanvapauskokeiluista.

Edellisten lisäksi kansallinen tehostettu muutostuki sisältää kansallisia tietojärjestelmäratkaisuja ja maakuntien osaamisen kasvattamista. Kela toteuttaisi asiakkaan valinnan toteuttavan palvelun sekä toimisi myös valinnanvapausmalliin liittyvän valtakunnallisen maksuliikenteen hallinnoijana ja teknisenä toteuttajana.

Erityisesti palvelujen yhteensovittamista tuetaan integraation muutosohjelmalla, joka kokoaa eri toimijoiden tuen palveluiden järjestäjille ja tuottajille. Maakuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen muutosjohdon akatemian sisältämän valmennusohjelman avulla voidaan lisätä tulevien maakuntien henkilöstön osaamista. Syksyn 2017 aikana muutosjohtajien valmennus on kohdentunut mm. strategiseen johtamiseen, palveluiden kokonaishallintaan monituottajamallissa ja vaikuttaviin hankintoihin.

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) mukaan sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat tulevat neuvottelemaan vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. Neuvotteluilla ohjattaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä sekä edistettäisiin ministeriön ja maakunnan välistä yhteistyötä. Neuvottelumenettelyä on kehitetty syksyllä 2017 yhteistyössä maakuntien kanssa (simulaatioharjoitus) ja ensimmäinen neuvottelukierros toteutetaan syksyllä 2018. Neuvotteluissa käsitellään muun muassa maakunnan palvelujen kehitystä ja alueellisia kehittämistarpeita sekä toimintaympäristön ja palvelujen tarpeen muutoksia ja kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja mahdollisia muita toimenpiteitä. Neuvotteluissa voidaan käsitellä myös muita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita. Näissä neuvotteluissa on mahdollista ohjata maakuntia valinnanvapauden toteuttamisessa ja valinnanvapautta tukevien työvälineiden käytössä.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Tietopohja ja mittaristo

Tietopohjan vahvistaminen on yksi tärkeimmistä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tietotuotanto uudistetaan siten, että tietopohja laajenee ja se vastaa valtakunnallisen ohjauksen ja maakunnallisen johtamisen tarpeita sekä mahdollistaa asiakkaiden tietoon perustuvat valintapäätökset käytännössä. Muutosvaiheessa tietopohjan laajentaminen edellyttää lisäpanostusta osaavan henkilöstön rekrytointiin. Tätä edistetään THL:ta koskevan lainsäädännön, talousarvion ja tulosohjauksen ja siihen liittyvän muun ohjauksen kautta.

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmistellaan yhtenäistä mittaristoa ja indikaattoreita väestön hyvinvoinnin ja palvelutarpeiden arviointiin sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen (KUYVA-indikaattorit <http://alueuudistus.fi/tietojohdaminen>). Näissä huomioidaan myös integroidut palvelut ja terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Mittaristoa kehitetään vuoden 2018 loppuun asti KUYVA-toimeenpanoalaryhmässä. Ensimmäinen versio mittaristosta julkaistiin kesäkuussa 2017 ja versiot tulevat päivittymään kuukausittain. Mittaristossa olevia indikaattoreita on julkaistu numerotietona maakuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen suunnittelua ja pilotointia varten hallituksen esityksen mukaisella maakuntajaotuksella Sotkanet tietokantapalvelussa. Syksyn 2017 aikana KUYVA -mittareita on pilotoitu. KUYVA-indikaattorit sisältävät systeemitason tietoa, jota voidaan käyttää kansallisella ja maakuntatasolla toiminnan vertailuun ja kehittämiseen sekä ohjaukseen ja valvontaan. Jossain määrin sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva mittaristo voi toimia myös tuottajatasolla, jos tuottaja on riittävän suuri.

Tuen resursointi

Hallituksen esityksessä (HE 106/2017) valtion talousarvioksi vuodelle 2018 maakuntien esivalmisteluun ja väliaikaishallinnolle osoitetaan rahoitusta 40 miljoonaa euroa. Määräraha mahdollistetaan maakuntien perustaminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelun jatkuminen maakunnissa. Maakuntien väliaikaisten valmisteluelinten on tarkoitus käynnistää toimintansa maakuntalain tultua voimaan. Väliaikainen toimielin vastaisi maakunnan toiminnan ja hallinnon käynnistämisen valmistelusta siihen asti, kun maakuntavaltuusto on valittu ja sen toimikausi alkaa. Tämä sisältäisi myös valmistautumista valinnanvapauteen. Suurin osa rahoituksesta jaettaisiin kullekin maakunnalle samansuuruisena ja osa jaettaisiin maakunnan asukasluvun perusteella. Lisäksi maakuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tukimomentille sisältyy rahoitusta muun muassa maakuntien muutosvalmennukseen, valtakunnalliseen ohjaukseen ja koordinaatioon sekä rahoitettavaksi tietopohjan vahvistamista koskevaa valmistelua. Viimeksi mainittuun liittyy erityisesti maakuntatieto-ohjelman toteutusta, ml. sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuus- ja kustannustiedon mittareiden valmistelua ja toimeenpanoa.

Palvelusetelikokeilut ja valinnanvapauspilotit

Maakunnat saavat tietoa valinnanvapaudesta ja siihen liittyvistä hyväksi koetuista toimintamalleista ja niiden vaikutuksista jo käynnistyneistä sekä vuosien 2017–2018 aikana laajentuvista kansallisiin kärkihankkeisiin liittyvistä palvelusetelikokeiluista sekä uusista esityksessä ehdotetuista ja vuosina 2018–2021 toteutettaviksi tarkoitetuista pilotoinneista. Lakiehdotuksen mukaan pilotoinnit kattaisivat suoran valinnan palvelut, henkilökohtaisen budjetoinnin ja asiakassetelit. Siten pilotoinnit tukisivat valinnanvapausinstrumenttien käyttöön oton valmistelua ja varhaista käynnistämistä. Esityksen sisältäviin valinnanvapauspilotteihin on osoitettu 100 miljoonan euron määräraha vuodelle 2018. Lisäksi vuoden 2017 lisätalousarviossa pilotointiin on varattu 30 miljoonaa euroa. Määrärahasta suurin osa on tarkoitus suunnata alueellisille piloteille myönnettäviin valtionavustuksiin.

Nykyisin käynnissä olevissa palvelusetelikokeiluissa valinnanvapausmallia kokeillaan viidessä erilaisesti toteutetussa kokeilussa vuosina 2017–2018. Palvelusetelikokeilussa ovat tällä hetkellä mukana Hämeenlinna, Jyväskylä, Tampere, Keski-Uusimaa ja Ylä-Savo. Kokeiluhankkeiden kautta on pystytty jo jonkin verran keräämään tietoa erityisesti uudistuksen lähtötilanteen osalta. Hankkeista saatavien tietojen perusteella voidaan tehdä alustavia arvioita mm. palvelujen käytöstä, palveluntuottajien toiminnasta sekä korvausmallien toimivuudesta. Esimerkiksi hankkeista neljä on tarvinnut suppean kokeilun käynnistämiseen aikaa 9–12 kuukautta.

Toisaalta kokeilujen alkuvaiheessa on tullut esiin joitakin kysymyksiä, joihin on tähän mennessä löydetty vain osittaisia tai väliaikaisia ratkaisuja. Näitä ovat muun muassa korvausmallien yksityiskohdat, eri asiakasryhmien, erityisesti työterveyshuollon asiakkaiden palvelujen käyttö, asiakkaiden ohjaus ja neuvonta, sosiaaliohjauksen sisältö ja toimintamalli sekä asiakkaiden tarvitsemien palvelupakettien riittävä laajuus. ICT-toteutukset ovat myös olleet ennakoitua suuritöisempiä ja hitaampia. Tietojen ja tietojärjestelmien

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

käyttöön otossa on pitänyt osassa ratkaisusta tyytyä puolimanuaalisiin ratkaisuihin, mikä ei pysyvässä valinnanvapausmallissa ole mahdollista. Kokeiluhankkeista voidaan ja on tarkoitus saada oppia varsinaiseen valinnanvapausjärjestelmän toteutukseen. Kokeilut toimivat tiiviinä verkostona, mikä edesauttaa kokemusten välitöntä hyödyntämistä kaikkien osallistujien näkökulmasta. Erityisesti hankkeiden käynnistysvaiheen kokemukset antavat viitteitä, että valinnanvapausmalliin siirtymisen valmistelulle varattu aikataulu on haastava. Siksi esityksen siirtymäsäännökset, jotka tarjoavat erityyppisiä aikatauluja valinnanvapauden käyttöön ottoon, ovat erityisen tärkeitä.

Hallitus on syyskuussa 2017 tehnyt päätöksen jo käynnissä olevien palvelusetelikokeilujen laajentamisesta alueellisesti tai sisällöllisesti. Nykyiset alueet voivat laajentaa kokeiluja koskemaan laajempaa väestöryhmää ja useampia kuntia. Myös uudet alueet voivat hakea mukaan kokeiluun. Tavoitteena on luoda jatkumoa palvelusetelikokeiluista uuteen maakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Mahdollisuus kokeilla henkilökohtaista budjettia on sisällytetty osaksi kokeiluhankkeita.

Lakiehdotuksen mukaan myös henkilökohtaisen budjetin käyttöön ottoa valmisteltaisiin vuoden 2018 alkupuolella käynnistyvillä piloteilla, jotka toteutettaisiin suoran valinnan palvelujen pilotoinnista erillisenä. Myös asiakaseteleiden käyttöä pilotoitaisiin.

4.1.2 Valinnanvapauslain toteuttamisen edellytykset eri maakunnissa

Parhaimmat edellytykset esityksessä ehdotetun mukaisen valinnanvapauden toteuttamiselle olisi suurissa kaupungeissa. Haasteita valinnanvapauden toteuttamiselle olisi erityisesti harvaan asutuissa, pitkien välimatkojen maakunnissa. Myös maakunnan väestön koko ja ikärakenne saattavat itsessään vaikuttaa yritysten kiinnostukseen tarjota suoran valinnan ja muita valinnanvapauspalveluja. Henkilöstön saatavuus on keskeinen valinnanvapauden toteutumisen edellytyksiin vaikuttava asia. Jos jonkin maakunnan alueella on lähtötilanteessa vajetta julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä, edellytykset valinnanvapauden toteuttamiselle todennäköisesti olisivat huonommat. Henkilöstövajeeseen vaikuttaa muun muassa koulutusyksiköiden sijainti. Suomessa terveyskeskuslääkäreiden saatavuus vaihtelee huomattavasti maakunnittain. Muun terveydenhuoltohenkilöstön saatavuus vaihtelee paikallisemmin ja esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden vaje on suuri koko maassa.

Työ- ja elinkeinoministeriön tuoreessa selvityksessä sosiaali- ja terveysalan rekrytointivaikeudet olivat yleisiä, mutta maakuntien välillä oli selviä eroja (TEM julkaisuja 30/2017.) Pelkät alueelliset tekijät eivät näitä ongelmia selittäneet. Henkilöstön saatavuuteen vaikuttaa myös kielisyys: ruotsinkieliselle tai kaksikielisille alueille voi olla haastavampaa saada henkilökuntaa. Sosiaali- ja terveysalan yritysten sijoittuneisuus lähtötilanteessa saattaa ennustaa niiden kiinnostusta tarjota suoran valinnan palveluita ja muita valinnanvapauspalveluita. Odotusajat palveluihin pääsyssä lähtötilanteessa saattavat myös heijastaa henkilöstön saatavuutta. Toisaalta ne voivat kertoa uusille suoran valinnan palveluille otollisesta tilanteesta.

Jokaisen maakunnan tarkastelu kovin monesta eri näkökulmasta voisi johtaa kokonaisuuden pirstaloitumiseen, jolloin ei synny kokonaisnäkemystä siitä, millä maakunnilla on muita paremmat tai huonommat edellytykset toteuttaa valinnanvapautta. Kokonaisarvio kunkin maakunnan valinnanvapauden toteutuksen edellytyksistä mahdollistaa maakuntien luokittelun kolmeen luokkaan. Vaikka kunkin luokan sisällä eri maakuntien välillä ja toisaalta maakuntien sisällä on vaihtelua valinnanvapauden toteuttamisen edellytyksissä, maakuntien jako luokkiin auttaa kokonaiskuvan saamisessa.

Osa maakunnista tai maakuntiin kuuluvista kunnista on mukana vuonna 2017 alkaneissa palvelusetelikokeiluissa ja osa on mukana myöhemmin alkavissa piloteissa. Näissä maakunnissa voi olla muita maakuntia paremmat valmiudet valinnanvapauden käyttöön ottoon.

Maakunnat, joilla todennäköisesti olisi hyvät edellytykset valinnanvapausjärjestelmän edellyttämän monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiseen ja valinnanvapauden toteuttamiseen

- Uusimaa, josta Keski-Uusimaa on mukana palvelusetelikokeilussa
- Varsinais-Suomi
- Pirkanmaa, josta Tampere on mukana palvelusetelikokeilussa
- Pohjois-Savo, josta Ylä-Savo on mukana palvelusetelikokeilussa
- Pohjois-Pohjanmaa

Näissä maakunnissa on yksi tai useampia maan suurimmista kaupungeista ja harvaan asutulla maaseudulla asuvan väestön osuus on pieni. Näissä kaikissa sijaitsee lääketieteellinen tiedekunta ja useita muita

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

koulutusyksiköitä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa. Näidenkin maakuntien sisällä voi olla toiminnallisia alueita, joissa edellytykset valinnanvapauden toteuttamiseen olisivat korkeintaan kohtuulliset. Toisaalta näiden maakuntien väestömäärä on suuri ja siten haasteet valinnanvapauteen valmistautumisessa myös suuremmat.

Maakunnat, joilla todennäköisesti olisi haasteita valinnanvapausjärjestelmän edellyttämän monipuolisen tuottajaverkon muodostumisessa ja valinnanvapauden toteuttamisessa

Kokonaisarvion perustella maakuntia, joilla saattaisi olla haasteita valinnanvapauden toteuttamisessa ovat:

- Etelä-Savon maakunta
 - maakunnan väestön pieni koko, suuri osa väestöstä asuu harvaan asutulla alueella, terveyskeskuslääkärivaje
- Etelä-Pohjanmaan maakunta
 - pieni osa väestöstä asuu kaupunkialueella, pitkiä odotusaikoja terveyskeskukseen, sosiaali- ja terveystalouden yritystoiminnan vähyys, terveyskeskuslääkärivaje
- Pohjanmaan maakunta
 - julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, terveyskeskuslääkärivaje, sosiaali- ja terveystalouden yritystoiminnan vähyys, kaksikielisyys (ruotsinkieli enemmistökielenä)
- Keski-Pohjanmaan maakunta
 - maakunnan väestön pieni koko, julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, sosiaali- ja terveystalouden yritystoiminnan vähyys, terveyskeskuslääkärivaje
- Kainuun maakunta
 - maakunnan väestön pieni koko, suuri osa väestöstä asuu harvaan asutulla alueella, julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, sosiaali- ja terveystalouden yritystoiminnan vähyys, terveyskeskuslääkärivaje, pitkät välimatkat maakunnan sisällä
- Lapin maakunta
 - suuri osa väestöstä asuu harvaan asutulla alueella, pieni osa väestöstä asuu kaupunkialueella, julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, sosiaali- ja terveystalouden yritystoiminnan vähyys, pitkät välimatkat maakunnan sisällä

Myös näissä maakunnissa olisi todennäköistä, että maakunnan keskuskaupungeissa olisi vähintään kohtuulliset edellytykset valinnanvapauden toteuttamiseen. Mikäli tuottajaverkko kuitenkin jäisi esimerkiksi syrjäseuduille suppeammaksi, olisi maakunnan omalla toiminnalla merkittävä rooli, koska se takaisi kaikille asukkaille yhdenvertaiset palvelut.

Maakunnat, joilla todennäköisesti olisi kohtuulliset edellytykset valinnanvapausjärjestelmän edellyttämän monipuolisen tuottajaverkon muodostumisessa ja valinnanvapauden toteuttamisessa

Osalla maakunnista olisi todennäköisesti kohtuulliset edellytykset valinnanvapauden toteuttamiseen. Näissä maakunnissa on kohtuullisen hyvä henkilöstötilanne. Harvaan asutulla alueella asuvien osuus on melko pieni ja maakunnan alueella on kohtuullisesti sosiaali- ja terveystalouden yritystoimintaa.

- Etelä-Karjalan maakunta
- Satakunnan maakunta
- Kanta-Hämeen maakunta, josta Hämeenlinna on mukana palvelusetelikoikeudessa
- Päijät-Hämeen maakunta
- Kymenlaakson maakunta
- Pohjois-Karjalan maakunta
- Keski-Suomen maakunta, josta Jyväskylä on mukana palvelusetelikoikeudessa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Maakuntien nykyistä tilannetta on kuvattu tarkemmin yleisperusteluissa kohdassa 2.3.3.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.2 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset

4.2.1 Yleistä

Lakiehdotus lisäisi ja muokkaisi erityisesti maakuntien tehtäviä. Sillä olisi myös vaikutuksia valvontaviranomaisen ja useiden muiden organisaatioiden toimintaan. Merkittäviä välineitä tuottajaverkon hallinnan sekä valinnanvapauden käytännön toteuttamisen kannalta olisivat erilaiset ICT-ratkaisut ja digitalisaatio.

4.2.2 Vaikutukset maakuntien tehtäviin

Hallinnolliset tehtävät

Valinnanvapauslakiehdotuksella olisi vaikutuksia maakuntien tehtäviin, niiden edellyttämiin voimavaroihin ja osaamiseen. Toiminnan käynnistymiseen liittyisi paljon selvitettäviä ja maakunnan linjattavia asioita. Myöhemmässä vaiheessa korostuisivat valinnanvapauden ylläpito, seuranta ja edelleen kehittäminen. Maakunnan olisi ennen suoran valinnan palvelujen aloitusta päätettävä perustaako se erillisen liikelaitoksen tai liikelaitoksia suoran valinnan palvelujen tuottamiseksi. Maakunta voisi päättää, että se perustaa liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön lisäksi myös erillisen yhtiön tai yhtiöitä tuottamaan suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja ja/tai henkilökohtaisen budjetin palveluja..

Eri valinnanvapausinstrumenttien käyttöönotto edellyttäisi maakunnilta osaamista ja voimavaroja. Suoran valinnan palvelujen määrittelytyö, sekä asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin yksityiskohtainen määrittelytyö sekä näiden yhdistely vastaamaan maakunnan asukkaiden tarpeita, edellyttäisi maakunnalta merkittäviä hallinnollisia resursseja. Suoran valinnan palveluiden sisällöt (ml. muiden kuin yleislääketieteen alan vastaanotto- ja konsultaatiopalvelut) sekä tuottajien hyväksymis-, sopimus- ja korvauskäytännöt on valmisteltava ja määriteltävä tarkasti.

Asiakassetelin käyttöönoton vaatiman määrittelyn voi katsoa alkavan sen kriteeristön määrittämisellä, joiden perusteella kyseinen asiakasseteli myönnettäisiin. Tämän jälkeen on määritettävä riittävällä tarkkuudella palveluprosessi, siihen liittyvien vastuiden jakautuminen järjestäjän ja palveluntuottajan välillä sekä muut tarpeelliseksi nähdyt seikat. Määrittelylle asiakassetelille on tämän jälkeen asetettava hinta eri osioineen. Edellä kuvatuissa toimissa onnistuminen ratkaisevat sen, saako maakunta ko. palveluihin tuottajia. Tämä määrittelytyö olisi eräänlainen toiminnan käynnistymiseen liittyvä investointi, jota kuitenkin olisi ylläpidettävä jatkuvasti. Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto edellyttäisi samantyyppisen prosessin.

Edellä kuvatun prosessin hallinnollisen työn tarkkaa määrillistä vaikutusta on vaikea antaa. Asiakassetelin sekä henkilökohtaisen budjetin määrittelytyön osalta hallinnolliset vaikutukset kohdentuisivat ennen kaikkea maakuntien liikelaitoksiin, vaikka päätöksen ko. instrumenttien käytöstä tekisi maakunta. Koska päätöksenteko- ja määrittelytyö on jaettu, vaikeuttaisi se maakuntien eli järjestäjien päätöksentekoa tältä osin. Lisäksi menettely aiheuttaisi päällekkäistä työtä maakuntien ja maakuntien liikelaitosten välille ja siten lisäisi hallinnollisia kustannuksia.

Suunhoidossa yksityisten tuottajien määrä julkisesti rahoitettujen palvelujen toteuttajina todennäköisesti lisääntyisi selvästi. Maakunnan keskeisiä tehtäviä olisivat valmistautuminen suunhoidon uudistuksen vaiheistukseen ja rahoituksen riittävyyden edellyttämien toimintakäytäntöjen muutoksiin, suoran valinnan palvelujen tuottajien valmennus sekä toteutettavat hallinnolliset tehtävät. Vaiheistusvaiheen eli vuosien 2022–2023 aikana toiminnan seurannalle olisi asetettava erityinen paino. Suunhoidon suoran valinnan aloitus täydellisesti vasta vuonna 2024 mahdollistaisi varautumisen hoitokäytäntöjen seuraamiseen ja paremman kustannuskehityksen seurannan kuin nopea siirtyminen.

Lakiehdotus muokkaisi järjestämislakiehdotuksen (HE 15/2017 vp) mukaisia maakunnalle kuuluvia vastuita ja tehtäviä, kuten vastuuta asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi ja vastuuta huolehtia siitä, että palvelujen tuottajat toimivat keskenään yhteistyössä. Tämä yhteistyö olisi maakunnille uusi tehtävä ja vaatisi maakunnilta uudenlaista osaamista. Palvelujen ja palvelukokonaisuuksien yksityiskohtainen määrittely, sisällyttäen niihin myös suoran valinnan palvelut ja muut valinnanvapauden piirissä olevat palvelut sekä palveluiden muu yhteensovittaminen ja tiedonkulun varmistaminen, ovat maakunnan tärkeitä tehtäviä myös integraation varmistamiseksi.

Esityksen myötä asiakkaille tulisi huomattavasti nykyistä laajempi mahdollisuus valita tarvitsemiaan palveluja kaikkialta Suomesta yli maakuntarajojen. On oletettavaa, että tähän liittyy jonkin verran lisääntyvää hallinnollista työtä maakunnille. Hallinnollinen työ liittyy esimerkiksi eri maakuntien erilaisiin

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

korvauserusteisiin ja laskutuskäytäntöihin. Työn määrä ja kuormittavuus tulee riippumaan siitä, kuinka paljon valinnanvapautta käytettäisiin yli maakuntarajojen. Lisäksi maakunnan olisi lakiehdotuksen mukaan annettava asukkaille ja asiakkaille ohjausta ja neuvontaa sekä tukea valinnanvapauden käyttämiseen. Maakunnan velvollisuutena olisi myös varautua häiriö- ja poikkeustilanteisiin, jotta se pystyy varmistamaan palvelujen jatkuvuuden turvaamisen kaikissa tilanteissa. Maakunnan on varauduttava antamaan välttämättömiä määräyksiä yksityiselle palveluntuottajalle häiriö- ja poikkeustilanteissa.

Tilanteessa, jossa suoran valinnan palvelujen tuottamisesta vastaa sama liikelaitos kuin sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidon palveluista, olisi suoran valinnan palvelut eriytettävä kirjanpidossa. Tämä olisi lakiehdotuksen mukanaan tuoma uusi maakunnan tehtävä.

Lakiehdotuksen mukaan asiakkaan olisi tehtävä suoran valinnan palveluntuottajan sekä käyttämänsä sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön valinta tiedonhallintapalvelua käyttäen tai muuten kirjallisesti maakunnalle, jonka asukas hän on ja maakunnan olisi tällöin tallennettava tieto valinnasta viivytyksettä kansallisiin tiedonhallintapalveluihin. Hallituksen esityksessä ehdotetun aikataulutuksen kannalta on keskeistä, että asiakas- ja potilastietojen siirtoon liittyvä infrastruktuuri on kattava ja se saataisiin käyttöön ennen uudistuksen toimeenpanoa. Maakuntatasolla tämä edellyttäisi saumatonta viranomaisyhteistyötä jo valmisteluvaiheessa. Onnistumisen edellytyksiä tukisivat laaja-mittaiset valinnanvapauden pilotit, joissa kuntien ja maakuntien potilastietojärjestelmien ja ICT-infrastruktuurin yhteensovittamisesta saadaan käytännön kokemusta.

Tammikuussa 2017 käynnistyneistä palvelusetelikokeiluista on saatu loppuvuodesta 2017 kokemustietoa myös tietojärjestelmätyön jatkokehittämisen ja mahdollisen asiakashallintajärjestelmän jatkokehittämisen tueksi. Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut ja yhteistyö Kelan kanssa keventävät maakuntien tarvetta toteuttaa päällekkäisiä ratkaisuja ja täten vähentävät osin toimituskustannuksia. Suunhoidossa keskeisiä tehtäviä ovat suunhoidon vaiheistuksen edellyttämien toimintakäytäntöjen muutoksiin valmistautuminen ja suoran valinnan palveluntuottajien valmennus sekä hallinnolliset tehtävät. Vaiheistusvaiheen aikana toiminnan seurannalle on asetettava erityinen paino.

Valinnanvapauteen kuuluvien palvelujen tarkoituksenmukaisen toteutumisen jatkuvan seurannan lisäksi maakunnan olisi tarpeellista varautua myös mahdollisiin sopimuksiin liittyvien riita-asioiden käsittelyyn, palveluntuottajilta esiin nouseviin muutoksenhakupyntöihin sekä asiakkaiden puolelta esiin nousevien asioiden käsittelypyyntöihin.

Uusia tehtäviä arvioitaessa olisi huomioitava, että maakuntien välillä tulisi olemaan sekä maakunnan koon, organisoitumisen ja omien päätösten, että niiden olosuhteiden aiheuttamia eroja, joilla olisi vaikutuksia myös maakunnille aiheutuviin hallinnollisiin tehtäviin. Halutessaan maakunnat voisivat yhteistyösopimuksilla sopia joidenkin hallinnollisten tehtävien keskittämisestä yhteistyöalueella.

Ohjaus- ja valvontatehtävät

Valinnanvapauspalvelujen kautta muotoutuvan tuottajaverkon ohjaus olisi uusi tehtävä maakunnalle. Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen siten, että tuottamista ohjattaisiin palvelustrategialla ja -lupauksella, yhteistyöalueen yhteistyösopimuksella sekä hallintopäätöksen kautta palveluntuottajille asetetuilla ehdoilla edellyttäisi vahvaa järjestämisosaaamista, hyvää tiedolla johtamisen käytäntöä sekä markkinoiden tuntemusta. Valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuotannon ohjauksen tehtäviä ja välineitä maakunnille olisivat palveluntuottajille asetettavat ehdot, palveluntuottajien ilmoittautumis- ja hyväksymismenettelyt, palveluntuottajien ja maakunnan välillä laadittavat, sopimukset sekä kaikkien valinnanvapauden muotojen osalta korvausjärjestelmän rakentaminen, pitäen sisällään siihen mahdollisesti liittyvät kannusteet, sanktiot ja jatkuvan seurannan välineet.

Valinnanvapauden laajentaminen ja siihen liittyvän modulaarisen monituottajajärjestelmän ohjaus edellyttäisi kokonaan uudentyypistä toimintatapaa ja osaamista maakunnissa, koska maakunta ei palvelujen järjestäjänä johtaisi toimintaa linjajohtamisella, vaan se korvautuisi hallintotavalla, johon kuuluu mm. omistajaohjaus, kehittämisohjaus ja sopimusohjaus.

Operatiivisen johtamisen ja ohjauksen sijaan maakunnan järjestämisroolissa korostuisi sosiaali- ja terveyspalvelujen strateginen ohjaus sekä alueen asukkaiden tarpeiden syvälinen ymmärtäminen. Lisäksi maakunnan tehtävänä olisi käydä aktiivista vuoropuhelua sekä luoda edellytyksiä palvelutuotannon syntymiselle.

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) mukaan maakunnan tulisi varmistaa, että sen järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja tuottavalla liikelaitoksella sekä palveluja

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

tuottavilla yhteisöillä ja säätiöillä on riittävät ammatilliset, toiminnalliset ja taloudelliset edellytykset huolehtia palveluiden tuottamisesta. Maakunnan tulisi ohjata ja valvoa sen järjestämisvastuulle kuuluvaa palvelutuotantoa. Maakunnan olisi laadittava järjestämisvastuuseensa kuuluvista tehtävistä ja palveluista omavalvontaohjelma. Ohjelmassa tulisi määritellä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttaminen, saatavuus ja laatu sekä asiakkaiden ja potilaiden yhdenvertaisuus varmistetaan siitä riippumatta, tuottaako palvelun maakunta vai jokin muu palvelun tuottaja sekä todettava, miten palveluita seurataan ja miten havaitut puutteellisuudet korjataan. Maakunnan olisi valvottava niitä palveluntuottajia, jotka antavat suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja tai henkilökohtaisella budjetilla annettavia palveluja, puututtava mahdollisiin epäkohtiin ja tarvittaessa peruutettava hyväksyminen tai purettava tai irtisanottava sopimus. Mikäli maakunta ohjaus- ja valvontatehtävässään toteaisi puutteita esimerkiksi tuottajaverkon kattavuudessa, sen tulisi järjestäjänä ratkaista tilanne hyödyntämällä omaa toimintaa, ostopalveluja, ilmoittautumismenettelyä tai esim. SGEI -menettelyä. Esimerkiksi suoran valinnan palveluissa maakunta voisi vaikuttaa tuottajaverkkoon myös alueellisiin olosuhteisiin kytkettävillä korvauserusteilla ja muilla ehdoilla. Valinnanvapausjärjestelmän onnistumisen kannalta on kriittistä, että maakunnalla olisi riittävät resurssit ja osaaminen sekä yhdenmukaiset periaatteet tehokkaan ja ennakoivan omavalvonnan suorittamiseen.

Tehtävien edellyttämät voimavarat

Valinnanvapauden hallinnointiin sekä tuottajaverkon ohjaukseen ja valvontaan liittyvät tehtävät edellyttäisivät maakunnilta uudenlaista osaamista ja voimavaroja. Erityisesti valinnanvapauden valmistelu- ja pystytysvaiheessa voimavaratarve on huomattava. Edellä mainittujen tehtävien tarkka määrällinen arviointi on etukäteen vaikeaa, sillä maakuntien tarvitsema resurssitarve tarkentuu toimeenpanon tarkemman suunnittelun yhteydessä. Kansallisesti keskitetyn muutostuen onnistuminen voisi vähentää maakunnilta vaadittavia kehittämistyön voimavaroja. Joka tapauksessa maakunnan hallinnollinen tehtävä on työmäärällisesti merkittävä kokonaisuus kaikissa maakunnissa. Voidaan arvioida, että kaikissa maakunnissa tarvittaisiin valinnanvapauden liittyviin hallinnollisiin tehtäviin, ohjaukseen ja valvontaan vähintään kymmenien työntekijöiden työpanos. Suurimmissa maakunnissa ja erityisesti välikirkkailla alueilla tarvittava työpanos voisi olla yli sata henkilötyövuotta. Maakunnat tulisivat tarvitsemaan sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllisen osaamisen lisäksi vankkaa ja kokonaan uudenlaista mm. juridista, tuotantotaloudellista, liiketaloudellista sekä hankinnan osaamista, jota ne joutuvat oman työn lisäksi myös hankkimaan (kts. esim. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017). Tämän osaamisen hankinta voisi osoittautua merkittäväksi kustannukseksi.

Tarvittavien voimavarojen määrään vaikuttaa maakunnan koko, siihen syntyvän valinnanvapauden piirissä olevan tuotannon määrä sekä se kuinka paljon maakunta hyödyntää tehostetun muutostuen, valinnanvapauskokeilujen ja pilotoinnin kokemuksia sekä niiden perusteella tuotettua materiaalia.

Maakuntien mahdollisuudet turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen (HE 15/2017 vp) ja perustuslain (731/1999) mukaan maakunnan olisi turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Keskeinen kysymys on, miten, maakunta pystyisi tästä velvoitteesta huolehtimaan.

Maakunnan liikelaitoksen mahdollisuus tuottaa suoran valinnan palveluja antaisi maakunnille riittävät edellytykset varmistaa riittävät palvelut kaikissa tilanteissa, erityisesti tilanteessa, jossa yritysmuotoista suoran valinnan tarjontaa syntyy maakunnassa niukasti tai maakunnassa ilmenisi palvelutuotannon häiriötilanteita. Häiriötilanteita voisivat olla palveluntuottajan konkurssi ja muu vaikeus tuottaa riittävästi palveluita.

Lakiehdotuksella pyritään parantamaan erityisesti perustason palvelujen saatavuutta, mutta myös nykyisen erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus parantuisi, kun muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvia konsultaatiota ja vastaanottopalveluita tarjottaisiin suoran valinnan palveluissa. Lakiehdotuksen mukaan suoran valinnan palveluissa olisi oltava muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiota ja vastaanottopalveluja vähintään kahdelta lääketieteen erikoisalalta. Lakiehdotus voisi tältä osin johtaa henkilöstön siirtymiin julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä edellä mainituilla erikoisaloilla sekä hammasprotetiikassa. Näiden toimintojen osalta esitys kuitenkin sisältää siirtymäajan, joka antaisi maakunnille aikaa sopeutua uuteen toimintaympäristöön. Maakunnilla olisi mahdollisuus itse päättää minkä erikoisalan palveluja sosiaali- ja terveyskeskuksista saisi.

Kun osa erikoissairaanhoidon palveluista (erityisesti lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ja hammasprotetiikkaa mutta myös joitain muita erikoissairaanhoidon palveluita) tuotettaisiin lakiehdotuksen

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

mukaisesti asiakassetelimenettelyn puitteissa, myös näiden tarjonta voisi jonkin verran lisääntyä ja saatavuus parantua.

Jos yritysmuotoista suoran valinnan palvelua syntyisi maakunnan alueella runsaasti, siirtymä julkisesta palvelutuotannosta yksityiseen voisi olla merkittävää. Kuitenkin tällä hetkellä terveyskeskusten lääkäritilanne on suhteellisen hyvä (vaje 3,5 prosenttia) ja samoin hoitajatilanne, mutta hammaslääkäri-vaje on edelleen melko suuri (vaje 6 prosenttia). Edellä kuvatusta suoran valinnan palvelujen henkilöstön rekrytoinnissa maakunnan liikelaitokseen ja siten haasteellisia tilanteita riittävien palveluiden turvaamisessa maakunnan liikelaitoksessa. Suoran valinnan palveluihin esitetty listautumismalli kuitenkin hillitsee riskiä. Henkilöstövaikutuksia on tarkasteltu tarkemmin kohdassa 4.7.

Asiakassetelin käyttö erikoissairaanhoidossa olisi hyvin rajattua ja lisäksi maakunnalla olisi mahdollisuus itse vaikuttaa ja rajata asiakassetelin käyttöä tarpeen mukaan. Näin olleen asiakasseteli ei arvion mukaan vaarantaisi esimerkiksi maakunnan päivystysvalmiutta, heikentäisi palvelukokonaisuuksien toimivuutta tai häittäisi palvelujen kustannustehokasta järjestämistä. Maakunnan olisi tarjottava asiakasseteliä myös silloin, jos asiakas ei pääse hoitoon ns. hoitotakuurajan puitteissa. Tämä mahdollistaisi maakunnalle riittävien palveluiden varmistamisen asukkaille myös silloin, kun maakunnan oma palveluntuotanto ei pystyisi huolehtimaan hoitoon pääsystä määrääkojen puitteissa.

Riittävien palveluiden turvaamiseksi maakunnalla olisi mahdollisuus myös käyttää ostopalveluja tai ns. SGEI-menettelyä (services of general economic interest). SGEI on EU-valtiontukinäkökulmasta hyväksyttävä menettely, jos kilpailuttamalla ei saada tuottajia. SGEI:ssä tärkein elementti on ylikompensaation kieltö. Käytännössä se tarkoittaa, että korvaukset saavat kattaa syntyvät kustannukset sekä tietyn, toimialakohtaisen kohtuullisen voittomarginaalin. Käytännössä tämä esimerkiksi tarkoittaisi, että sosiaali- ja terveyskeskuksille maksettaisiin kustannukset esimerkiksi syntyneiden, todennettävien kustannusten perusteella, ja sen lisäksi tietty voittomarginaali olisi mahdollinen. Ostopalveluiden tai SGEI-menettelyn käytöstä voisi seurata maakunnalle kuitenkin lisäkustannuksia, jotka voivat olla huomattaviakin.

4.2.3 Vaikutukset maakuntien organisaatioihin ja toimintaan

Merkittävimmit lakiehdotuksen vaikutukset maakunnan organisaatioihin liittyisivät maakunnan liikelaitokseen. Muutoin maakunnan organisaatioista ja toiminnasta säädettäisiin maakuntalaissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (HE 15/2017). Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnalla olisi oltava liikelaitoksessa sosiaali- ja terveyskeskus ja suunhoidon yksikkö tai yksiköitä. Maakuntien olisi mahdollista myös perustaa liikelaitoksen ohella yhtiöitä, joiden tarkoituksena on tuottaa suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja ja henkilökohtaisesta budjetista rahoitettavia palveluja.

Valinnanvapauslakiehdotus todennäköisesti vähentäisi nykytilanteeseen verrattuna hankintalain mukaista hankintamenettelyä ja siihen liittyvää työtä, koska osa nykyisistä ostopalveluista korvautuisi lakiesityksen valinnanvapautta lisäävillä instrumenteilla, kuten asiakaseteleillä ja henkilökohtaisella budjetilla. Toisaalta laki lisääisi muita, erityisesti asiakasseteliin ja henkilökohtaiseen budjettiin liittyviä tehtäviä.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitokselle tulisi osittain uusia tehtäviä, kun se vastaisi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laidinnasta liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa sekä olisi kokonaisvastuussa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laidinnasta, kun asiakas saa suoran valinnan palvelujen lisäksi maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevia palveluja. Maakunnan liikelaitoksen olisi oltava palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelmaa laatiessaan yhteistyössä suoran valinnan palveluntuottajan ja muiden asiakkaan palveluja toteuttavien palveluntuottajien kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislakien mukaan palvelusuunnitelma, asiakassuunnitelma tai terveys- ja hoitosuunnitelma on tällä hetkelläkin laadittava tarvittaessa yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa, mutta kokonaisvastuu ja velvoite yhteisen asiakassuunnitelman laatimiseen olisi uusi tehtävä.

Suon terveydenhuollon osalta maakunnan liikelaitoksen osalle jäisi lasten ja nuorten suunhoidon palvelujen tuottaminen, samoin kuin muut liikelaitoksen tehtäviin kuuluvat kokonaisuudet. Näiden palvelujen tuottamisessa voitaisiin sopia yhteistyömuodoista eri tuottajien kanssa. Suoran valinnan suunhoidon palvelut järjestettäisiin aikuisille ja tuotanto hajautuisi. Erityisesti suoran valinnan suunhoidon yksiköiden suuri määrä lisääisi koordinaation haastetta.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitoksen olisi tarjottava asiakkaalle asiakasseteli esityksessä ehdotetuissa palveluissa sekä muissakin maakunnan päättämässä palveluissa. Maakunnan liikelaitos myös

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

vastaisi asiakassetelipalveluissa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnista ja sosiaalihuoltoa koskevan päätöksen teosta.

Lakiehdotuksen mukaan maakunta olisi velvollinen tarjoamaan asiakkaalle henkilökohtaista budjettia lakiehdotuksessa säädetyllä tavalla, kun sosiaali- tai terveyspalvelujen tarve on todettu. Lisäksi maakunnan liikelaitoksen olisi huolehdittava asiakkaan neuvonnasta ja ohjauksesta palvelujen suunnittelussa ja annettava asiakkaalle selvitys palvelujen saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista. Liikelaitos tekisi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin, asiakassuunnitelman ja henkilökohtaista budjettia koskevan päätöksen. Liikelaitos myös vastaisi henkilökohtaisen budjetin hallinnoinnista ja arvioinnista. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaiset uudet tehtävät edellyttäisivät maakunnan liikelaitoksilta uutta osaamista ja riittäviä voimavaroja. Maakunnan liikelaitoksen resurssitarpeiden arviointi on mahdollista vasta toimeenpanon suunnittelun edetessä.

Asiakastieto- ja -laskutusjärjestelmien yhteentoimivuudesta riippuu, kuinka paljon hallinnollista työtä aiheutuisi asiakasmaksujen perimisestä, tuottajakorvauksiin liittyvien laskujen oikeellisuuden tarkastamisesta ja maksatuksesta. Järjestelmien toimiessa hyvin on mahdollista, että kustannukset alenisivat nykytilanteeseen verrattuna. Mikäli tietojärjestelmät eivät ole valmiina lain voimaantullessa, on olemassa riski, että korvauksiin liittyy paljon manuaalista käsittelyä ja siten myös hallinnollisten kustannusten nousu on mahdollista.

Hallinnollisia kustannuksia syntyisi myös maakuntien välisestä valinnanvapauden käytöstä. Kullakin maakunnalla olisi oikeus määritellä omat ehtonsa palveluntuottajilleen ja esimerkiksi palvelujen sisältöjen eroavaisuuksiin liittyen syntyisi maakunnalle hallinnollista työtä kustannusten korvauksiin ja asiakasneuvontaan liittyen.

4.2.4 Vaikutukset valvontaviranomaisiin ja muihin viranomaisiin

Valmisteilla olevan lakiehdotuksen mukaan perustettaisiin valtion lupa- ja valvontavirasto, joka olisi valtakunnallinen ja monialainen valtion hallintoviranomainen. Se turvaisi perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista maakunnissa ja valvoisi yleistä etua hoitamalla lainsäädännön toimeenpano-, ohjaus-, lupa- rekisteröinti- ja valvontatehtäviä.

Valinnanvapausmalliin siirtymisen myötä valvontaviranomaisen olisi pystyttävä erityisesti valvomaan sitä, miten maakunnat järjestämisvastuutaan toteuttaen hallinnoivat ja ohjaavat tuottajaverkkoa, turvaavat väestön riittävät palvelut sekä mahdollistavat valinnanvapauden toteutumisen. Hallituksen esitys lisäisi erityyppisten ja -kokoisten tuottajien määrää ja siten myös valvontaviranomaisen rekisteröinti- ja valvontatehtäviä. Muutos edellyttäisi valvontaviranomaiselta sekä ennako- että jälkikäteisvalvonnan menetelmien kehittämistä, mihin yhtenäinen kansallinen tietopohja ja mittaristo tarjoavat nykytilanteeseen verrattuna uusia työvälineitä.

Viranomaisvalvonnan tehtävät muuttuvat merkittävästi ehdotetun lain myötä, ja valvontatehtävissä tullaan tarvitsemaan syvällistä osaamista palveluiden järjestämisestä, taloudesta ja rahoituksesta sekä markkinoiden toiminnasta. Vastaavasti valvonnassa tarvitaan uudenlaista analyysiosaamista ja palveluiden sekä valvonnan vaikuttavuuden mittaamisosaamista. Tämä edellyttää merkittäviä lisävoimavaroja nykyiseen nähden sekä uudenlaista osaamista. Valvontaviranomaisen tehtäviin liittyvä usean henkilötyövuoden lisäresurssitarve selviäisi vasta toimeenpanon suunnittelun tarkentuessa.

Kilpailu- ja kuluttajavirasto (KKV) hoitaa jo nykyisin myös sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoiden toimivuuteen ja kilpailun edistämiseen liittyviä tehtäviä. Uudistuksen myötä KKV:llä tulisi olemaan merkittävä asema maakuntien liikelaitosten ja yksityisen palvelutuotannon tasapuolisten toimintaedellytysten seurannassa ja valvonnassa.

Esityksessä ehdotettu valinnanvapaus ei toteudu täysimääräisesti, jos yksityisen palvelutuotannon alalle pääsyä, toimintaa alalla taikka alalta poistumista estetään tai rajoitetaan perusteettomasti tavalla, joka ei anna kannusteita toiminnan harjoittamiseen tai liittää toimintaan sellaisia epävarmuustekijöitä, jotka eivät kuulu normaaliin liiketoimintaan. Näistä syistä KKV:lle tehtäväksi tulisi tasapuolisten toimintaedellytysten varmistamisesta siinä tosiasiallisessa kilpailutilanteessa, joka valinnanvapausjärjestelmässä syntyisi yksityisen palveluntuottajan ja maakunnan, sen liikelaitokseen tai sosiaali- ja terveyskeskuksen välillä. Tehtävään liittyen KKV:llä olisi myös velvoite tehdä säännöllisesti selvityksiä ja arvioita valinnanvapausjärjestelmän toimivuudesta ja siihen liittyvästä valvonnasta.

Lisäksi KKV:lle voisi tulla muitakin alaan liittyviä uusia tehtäviä, kuten yrityskauppavalvonta, jota koskevassa työryhmäraportissa esitetään (TEM julkaisuja 30/2017) mm. sosiaali- ja terveysalan yrityskauppavalvonnan laajentamista laskemalla nykyisestä ilmoitusvelvollisuuden liikevaihtorajoja.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Valinnanvapauslaista johtuvat KKV:n valvontatehtävien arvioidaan aiheuttavan järjestelmän käynnistymisvaiheessa usean henkilötövuoden lisäresurssitarpeen. On todennäköistä, että erityisesti järjestelmän käynnistyminen johtaisi merkittävään määrään yksityisten toimijoiden tekemiä toimenpitepyyntöjä. Erityisesti alkuvaiheessa viranomaisella olisi myös tarve antaa asiaa koskevaa yleistä neuvontaa ja ohjeistusta markkinatoimijoille.

Uudeksi tehtäväksi valinnanvapauslakiehdotuksessa säädettäisiin THL:lle suoran valinnan palveluntuottajien korvausmalliin sisältyvien tarvetekijöiden painokertoimien ja henkilökohtaisen hoidon tarpeen perusteella määräytyvään osaan kuuluvien sairauksien määrittelyn valmistelu. THL osallistuisi asiakkaille suuntautuvan luotettavan ja ajantasaisen informaation ja sen tietopohjan kehittämiseen yhteistyössä valvontaviranomaisten ja Väestörekisterikeskuksen kanssa.

Esitys vaikuttaisi THL:lle järjestämislaissa määriteltyjen maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta- ja arviointitehtävien laajuuteen, sisältöön ja toteutukseen. Seurannan ja arvioinnin keskiöön nousisivat valinnanvapauslain perusteella mm. kysymykset hoito- ja palveluketjujen toimivuudesta ja palvelujen tuotantotason integraatiosta sekä palvelujen riittävästä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta muuttuvassa toimintaympäristössä. THL tulisi olemaan keskeisessä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tutkimuksellisen seurannan ja arvioinnin koordinoimisessa. Esitys laajentaisi tätä tehtävää ja toisi usean henkilötövuoden lisäresurssitarpeen. Tehtävien vaatimat resurssitarpeet tulisi määrittellä tehtävien täsmentymisen jälkeen.

Esityksen mukaan asiakkaan valinnanvapauden toteuttamiseksi luotaisiin valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut, joita kaikkien palveluntuottajien olisi käytettävä. Esityksessä asiakas- ja potilastiedon siirtymisen osalta hyödynnettäisiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) toteuttamia Kanta-palveluja. Palvelutuotannon hallinta ja seuranta, maksatus ja palveluntuottajan valintajärjestelmän ylläpito olisivat samoin Kelan vastuulla. Tietopalvelu määriteltäisiin yhteentoimivaksi tuottajan valintaa toteuttavan palvelun kanssa. Esityksessä ehdotettu valinnanvapaus edellyttäisi laaja-alaista ja saumatonta viranomaisyhteistyötä kansallisesti, sillä siihen liittyviä erilaisia tietojärjestelmävastuita olisi useilla viranomaistahoilla.

Kela toteuttaisi lakiehdotuksen mukaan asiakkaan valinnan toteuttavan palvelun kansalaisen käyttöliittymän (omakanta) yhteydessä, mistä sille aiheutuisi uusia tehtäviä. Lakiehdotuksen mukaan Kela toimisi myös valinnanvapausmalliin liittyvän valtakunnallisen maksuliikenteen hallinnoijana ja teknisenä toteuttajana. Lakiehdotus sisältäisi säännökset Kelan tehtävästä toteuttaa lakiesityksen edellyttämät kansalliset tietojärjestelmäpalvelut. Yllä mainittujen tehtävien osalta Kelan ohjaus olisi sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla. Kanta-palveluihin tarvittavien muutosten kustannusten on arvioitu olevan noin neljä miljoonaa euroa ja Kanta-palveluihin tarvittavat sosiaali- ja terveydenhuollon tietointegraation ja asiakassuunnitelman edellyttämät muutokustannukset ovat noin 1,5 miljoonaa euroa. Mahdollinen Kelan lisäresurssitarve selviää toimeenpanon suunnittelun tarkentuessa.

Väestörekisterikeskus toteuttaisi osaksi Suomi.fi -palvelunäkymää valinnanvapauden tietopalvelun, mikä loisi edellytyksiä palveluntuottajien vertailuun. Tämän kustannuksen on arvioitu olevan noin kaksi miljoonaa euroa.

Valinnanvapausmalli tulisi vaikuttamaan myös kansallisten tuomioistuinten työhön. Tämän lisäksi kansalliset tuomioistuimet voisivat pyytää myös EU-tuomioistuimen kantaa eräisiin asioihin. Valinnanvapausmallin vaikutuksia tuomioistuimin on vaikea ennakkoon tarkasti arvioida. Tekijöitä, jotka synnyttäisivät tulkintaa ja joiden suhteen tulisi tarve saada niihin myös oikeudellinen ratkaisu, on useita esim.:

- Lainsäädäntö eli valinnanvapauslaki olisi itsessään täysin uusi lainsäädäntö. Sen tulkinta tulitaisiin viime kädessä ratkaisemaan tuomioistuimissa
- Ohjausmekanismi olisi uusi. Suomessa ei ole aiemmin ohjattu terveydenhuollon tuotantoa nyt esitettävällä hallintopäätös-sopimus -mallilla
- Eri toimijoilla olisi muutoksenhakumahdollisuus useasta erityyppisestä maakunnan hallintopäätöksestä. Näissä asioissa volyymit ja se, miten moneen tuottajaan ko. päätös kohdistuisi, todennäköisesti eroaisi toisistaan huomattavasti.

Edellisen perusteella voi arvioida, että oikeusriitoja voisi syntyä eri perusteisesti ja ajoittuen eri vaiheisiin. Todennäköisesti kuitenkin tulkintaerimielisyyksiä, muutoksenhakuja ja oikeusriitoja toteutuisi uudistuksen alkuvuosina, kunnes käytännöt hioutuisivat ja vakiintuisivat. Suurin volyymi ja arviolta suurin osa tulevista oikeusriidoista tulisi todennäköisesti kohdistumaan sosiaali- ja terveyskeskusten toimintaan, sillä nämä

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

palvelut kattavat koko väestön. Tämän lisäksi asiakasseteliin ja henkilökohtaiseen budjetointiin liittyvät mahdolliset muutoksenhaut voisivat aiheuttaa oikeusriitoja. Näistä asiakasseteliin kohdistuisi todennäköisesti enemmän muutoksenhakuja kuin henkilökohtaiseen budjettiin.

4.2.5 Vaikutukset valtion ohjaustehtävään

Valtio ohjaisi sosiaali- ja terveyspalvelut järjestäviä maakuntia (HE 15/2017 vp). Ohjauksen viimekätinen tarkoitus on varmistaa perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen. Uudistuksen alkuvaiheessa valtion ohjauksella olisi merkittävä rooli maakunnille suunnatun tehostetun muutostuen toteutuksessa, uusien toimintakäytäntöjen kehittämiseksi. Järjestämislakiehdotuksen mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat neuvottelisivat vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. Tehtävää varten sosiaali- ja terveysministeriöön on perustettu ohjausosasto. Ohjausosastolle on osoitettu vuodesta 2018 lähtien kuuden henkilötyövuoden lisäresurssi. Tämä sisältää myös valinnanvapauden laajentamisesta muodostuvan resurssitarpeen.

Vastaavasti valtiovarainministeriön johdolla maakuntien kanssa käytävissä neuvotteluissa valtiovarainministeriö ohjaisi yleisesti maakuntien toimintaa ja työ- ja elinkeinoministeriö oman hallinnonalansa asioita, kuten kasvupalveluja. Valtiovarainministeriölle on osoitettu maakuntien ohjaukseen lisäresursseja 18 henkilötyövuotta. Hallituksen esityksessä erikseen määritellyissä tehtävissä Kela (tiedonhallintapalvelujen toteuttajana) toimisi sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa, mikä olisi ministeriölle uusi ohjaustehtävä.

Lakiehdotuksen mukaan valtioneuvostolle annettaisiin valtuus asetuksella antaa tarkempia säännöksiä tuottajakorvauksista. Tämä vahvistaisi valtion ohjausmahdollisuuksia. Valinnanvapausjärjestelmässä maakunnat joutuisivat yhdistelemään erilaisia tuotannon suoria ja epäsuoria ohjauskeinoja. Tästä johtuen myös valtion olisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevassa ohjauksessaan huomioitava maakuntien tuotannonohjaukseen liittyvät uudenlaiset piirteet ja toisaalta niihin liittyvät tuotannon ohjaamisen mahdollisuudet.

Valinnanvapausuudistusta valmisteltaessa ja sen toimeenpanon alkuvaiheessa olisi tarpeen, että asukkaille tarjottavien palvelujen ja niiden sisällön määrittelyä ohjataan ja yhtenäistetään kansallisesti. Riskinä on, että ilman kansallista koordinaatiota määrittelytyö moninkertaistuu kaikkien maakuntien tehdessä sen itse ja päädyttäisiin eriarvostaviin ratkaisuihin. Palveluvalikoiman ohjaus on määritelty yhdeksi sosiaali- ja terveysministeriön ohjausosaston tehtäväksi. Valtion vahvempi ohjausmahdollisuus vahvistaisi kustannusvaikuttavaa toimintaa ja tukisi jatkuvaa kehittämistä.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.3 Taloudelliset vaikutukset

4.3.1 Yleistä

Hallituksen esityksen keskeisimmät taloudelliset vaikutukset liittyvät menokehityksen hallintaan. Lakiehdotukseen sisältyy elementtejä, jotka tukevat kustannusten kasvun hillintää ja toisaalta elementtejä joiden voidaan arvioida lisäävän kustannuksia. Nämä vaikutukset realisoituisivat lyhyemmällä ja pidemmällä aikavälillä. Taloudellisten vaikutusten näkökulmasta keskeiset vaikutuksiin vaikuttavat seikat ovat maakuntien taloudelliseen ja toiminnalliseen sopeutumiskykyyn liittyviä kysymykset, ja kaksinkertaisten palvelukanavien (ns. päällekkäisten vakuutusten) ongelma. Erityisesti julkaisen talouden näkökulmasta, suun terveydenhuollon kustannuspaineisiin liittyvät kysymykset ovat merkittäviä. Arvion mukaan etenkin pidemmällä aikavälillä palvelujen saatavuuden paraneminen voi lisätä terveystalouden kysyntää, joskin esityksessä ehdotettu järjestelmä sisältää myös kustannustehokkuutta parantavia piirteitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen jakautuminen valinnanvapauspalveluihin ja maakunnan muuhun tuotantoon

Arvioinnin pääasiallisina lähteinä on käytetty Tilastokeskuksen tuottamaa Kuntatalous-tilastoa (2016) sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottamaa Terveydenhuollon menot ja rahoitus -tilastoa (2015). Valinnanvapauspalveluilla tarkoitetaan tässä yhteydessä suoran valinnan palveluja, maakunnan hallinnoimia asiakassetelillä järjestettyjä palveluja sekä henkilökohtaisella budjetilla järjestettyjä palveluja. Maakunnan omalla tuotannolla tarkoitetaan mm. suurta osaa erikoissairaanhoidon palveluista sekä sosiaalihuollon palveluja, joita maakunta tuottaa itse tai järjestää ne muulla tavoin (esim. ostopalvelut).

Maakuntien rahoituslain mukaisesti maakuntien rahoitus perustuisi kunnilta periytyvään rahoitukseen. Kuntien nykyiset nettokustannukset lisätyn asiakasmaksuilla muodostavat maakuntien käytettävissä olevat varat, joista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, mukaan lukien valinnanvapauspalvelut, on järjestettävä. Asiakasmaksujen tason on laskelmissa oletettu säilyvän laskelmissa käytetyn tason eli vuoden 2016 mukaisina.

Vuonna 2016 kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat noin 18,6 miljardia euroa. Tästä summasta asiakasmaksut kattoivat noin 1,5 miljardia euroa. Näistä sosiaali- ja terveydenhuollon menoista perusterveydenhuollon menot olivat noin 3,1 miljardia euroa, perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon menot olivat noin 595 miljoonaa euroa, erikoissairaanhoidon menot noin 6,9 miljardia euroa, sosiaalihuollon menot noin 7,9 miljardia euroa ja ympäristöterveydenhuollon menot noin 82 miljoonaa euroa.

Perusterveydenhuoltoon sisältyvän suun terveydenhuollon, muun perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon osalta kustannuksia on kutakin arvioitu erikseen ja eri elementit yhdistämällä on saatu arvio siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon rahavirrat jakautuisivat esityksen mukaisiin järjestämistapoihin eli suoraan valintaan, asiakasseteliin, henkilökohtaiseen budjettiin sekä maakunnan omaan tuotantoon.

Oheisessa taulukossa on maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen perusteella esitetty arvio siitä, miten menot jakautuisivat esityksen mukaisiin valinnanvapauspalveluihin sekä maakunnan omaa tuotantoon uudistuksen voimaantultua ja esitettyjen siirtymäaikojen jälkeen. Esitetyt luvut kuvaavat maakuntien ko. palveluihin ja/tai järjestämistapoihin budjetoitavia menoja koko maan tasolla. Järjestämiseen käytettävistä varoista osa todennäköisesti kuluisi maakunnan hallinnon kustannuksiin. Maakunnat saattaisivat muiden hallinnollisten tehtävien lisäksi ottaa vastuulleen joitain tuottamisen kustannuksia esimerkiksi tarjoamalla tietojärjestelmäratkaisuja tuottajilleen ja myös nämä kustannukset sisältyvät tällöin kuhunkin kokonaisuuteen budjetoitaviin menoihin. Näin ollen kaikkia valinnanvapauspalvelujen järjestämiseen käytettyjä varoja ei todennäköisesti maksettaisi korvauksina tuottajille.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Maakunnan liikelaitoksen kokonaisuutteen kuuluisivat myös pääosa lasten ja nuorten suunhoidon palveluista sekä lasten neuvolapalvelut suunhoidon osalta.

Asiakaseteleillä järjestettävään kokonaisuus sisältäisi noin puolet kuntien ja kuntayhtymien nykyisistä ostopalveluista, jolloin asiakaseteleiden osuus olisi tältä osin noin 21 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollon osalta asiakaseteleillä järjestettävät palvelut sisältäisivät arvion mukaan mm. aikuisten suunhoidossa tarpeellisia erikoishammaslääkärin palveluja, kuten hammasprotetiikkaa.

Sosiaalihuollon palvelut

Nykyisten kuntien ja kuntayhtymien sosiaalihuollon kustannukset vuonna 2016 olivat noin 7,9 miljardia euroa. Näistä kustannuksista noin 62 prosenttia sisältyisi maakuntien omaan tuotantoon, joista osa todennäköisesti toteutuisi ostopalveluina. Maakunnan omaa tuotantoa olisi arvion mukaan esim. lastensuojelu (pääosin), ikääntyneiden laitoshoido (pääosin), vammaisten laitoshoido, päihdehuollon erityispalvelut (pääosin), täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki ja sosiaalityö (pääosin). Sosiaalihuollon kustannuksista pieni osa (noin 50 miljoonaa euroa) sisältyisi aikaisemman mukaisesti sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin.

Sosiaalihuollon nykyisistä menoista noin 18 prosenttia kohdentuisi arvion mukaan asiakaseteletoimintaan ja noin 19 prosenttia henkilökohtaisella budjetilla järjestettäviin palveluihin. Sosiaalihuollon palvelujen osalta jako asiakaseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin välillä voisi pidemmällä aikavälillä jonkin verran muuttua. Esimerkiksi kotihoidossa asiakaseteleiden kysyntä todennäköisesti kasvaisi varsinkin lyhyemmällä aikavälillä nopeammin kuin henkilökohtaisen budjetin käyttö, koska palvelusetelisiin on jo totuttu ikäihmisten palveluissa. Painopiste voisi kuitenkin pidemmällä aikavälillä muuttua, kun henkilökohtaisen budjetin tunnettuus kasvaisi. Sen sijaan maakunnille jäisi todennäköisesti vaativimpien ja paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden kotihoito (ml. kotisairaanhoido).

Vaikutus yksityisten tuottajien tuotantoon

Sosiaalihuollon palveluja siirtyisi arvion mukaan valinnanvapauspalveluihin yhteensä noin 3,0 miljardilla eurolla. Tästä noin 1,5 miljardia euroa olisi arvion mukaan yksityisten palveluntuottajien osuus. Arvio perustuu oletukseen, että sosiaalihuollon palveluja tuottaisivat yksityisten yritysten lisäksi myös julkisomisteiset yhtiöt. Laskelmissa asiakaseteletoiminnan ja henkilökohtaisella budjetilla tuotettavien palveluiden tuotannon on arvioitu jakautuvan puoliksi maakunnan yhtiöiden ja muiden yhtiöiden kesken.

Vuonna 2016 kuntien sosiaalihuollon palveluissa käytettiin ostopalveluja noin 2,5 miljardin euron arvosta, ja valinnanvapauspalvelujen käyttöönoton jälkeen ostopalveluja käytettäisiin maakunnissa arvion mukaan edelleen noin 1,6 miljardin euron arvosta. Nykyiset (ml. palvelusetelit) ja tulevat ostopalvelut huomioiden valinnanvapauspalvelujen käyttöönotto kasvattaisi yksityisten palveluntuottajien liikevaihtoa sosiaalihuollon palveluissa noin 500–800 miljoonalla eurolla nykytilanteeseen verrattuna.

Terveydenhuollon palveluista siirtyisi eri valinnanvapausinstrumenttien piiriin palveluja noin 2,4 miljardilla eurolla. Tästä noin 1,1 miljardia euroa olisi arvion mukaan yksityisten palveluntuottajien osuus. Nykyisin terveyspalvelujen ostopalvelut ovat noin 600 miljoonaa euroa, eikä esityksellä arvioida olevan vaikutusta tähän. Ostopalvelut huomioiden esitys lisäisi arvion mukaan yksityisten palveluntuottajien liikevaihtoa terveydenhuollon palveluissa noin 0,8–1 miljardilla eurolla nykytilanteeseen verrattuna.

Ostopalveluja on käsitelty tarkemmin kohdissa 4.6.5 ja yleisperustelujen kohdassa 2.3.2.

4.3.2 Vaikutukset julkiseen talouteen

Esitys on osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kokonaisuutta, johon kuuluu mm. sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevat esitykset sekä monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistaminen ja palvelujen asiakasmaksu-uudistus, jotka ovat vielä valmistelussa. Näin ollen tässä esitetyt arviot valinnanvapauslainsäädännön vaikutuksista on tehty tilanteessa, jossa esimerkiksi sairausvakuutuksen lakkauttamisen vaikutukset ja ajankohdat eivät ole tiedossa. On selvää, että tämä osaltaan vaikuttaa kokonaisvaikutuksiin.

Yhtenä koko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen alkuperäisistä tavoitteista oli hillitä kustannusten kasvua 3 miljardilla eurolla vuoden 2029 loppuun mennessä. Osa tästä tavoitteesta koskee palveluita, jotka kuuluvat esityksen mukaisiin valinnanvapauspalveluihin. Esitykseen sisältyy elementtejä, jotka tukevat kustannusten kasvun hillintää ja toisaalta elementtejä joiden voidaan arvioida lisäävän kustannuksia. Tarkkojen numeeristen laskelmien esittäminen julkistaloudellisista vaikutuksista on haastavaa, koska

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

toteutuminen riippuu maakuntien päätöksistä, palvelutuottajien markkinoille tulosta ja lisäksi asiakkaiden valinnoista.

Edellä luvussa 4.3.1 olevan taulukon mukaan valinnanvapauspalvelut vastaavat noin kolmasosaa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Jos tavoitellut säästöt jaettaisiin suoraan tämän perusteella, tarkoittaisi se, että valinnanvapauspalveluihin kohdistuisi yhteensä noin miljardin euron säästötavoite 2029 loppuun mennessä. Tästä suoran valinnan palvelujen osuus olisi noin 400 miljoonaa euroa, henkilökohtaisen budjetin noin 200 ja asiakassetelin noin 300 miljoonaa euroa. Maakunnille jäävään tuotantoon kohdistuisi noin kahden miljardin euron säästötavoite. Kuten Nordic Healthcare Group (NHG) on arvioissaan tuonut ilmi, eivät sosiaali- ja terveydenhuollon säästöpotentiaalit jakaudu kuitenkaan tasaisesti, vaan kohdistuvat volyymiltaan suuriin sektoreihin ja toimintoihin, joissa löytyy suuria tehokkuuseroja. Potentiaalia löytyy erityisesti erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, ympärivuorokautisen hoidon ja laitoshoidon vähentämisestä, lastensuojelujen laitoshoidon vähentämisestä sekä kotihoidon tuottavuuden kasvattamisesta (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 42/2016.) Toisaalta nämä ovat arvioita, jotka perustuvat parhaiden tunnettujen käytäntöjen hyödyntämiseen, eivätkä näin ollen ota kantaa esimerkiksi valinnanvapaudella saavutettaviin kustannushyötyihin.

Lyhyemmän aikavälin vaikutukset:

1) Kustannusten hillinnän tavoitteeseen ja menokehityksen hallintaan vaikuttaa huomattavassa määrin esityksessä ehdotettu asiakkaiden listautumista koskeva sääntely. Tuottajaverkon monipuolistuessa sosiaali- ja terveyskeskustuotantoa siirtyisi julkiselta sektorilta yksityiselle. Kun ne asiakkaat, jotka eivät aktiivisesti valitse tuottajaansa, jäisivät aluksi maakunnille kahdeksi vuodeksi, yksityisten tuottajien osuus todennäköisesti kasvaisi vähitellen. Tämä johtuu siitä, että asiakkaat luultavasti vaihtaisivat maakunnan liikelaitoksesta yksityisen tuottajan asiakkaaksi pidemmän ajan kuluessa. Esimerkiksi Ruotsissa, jossa viimeisin valinnanvapausreformi tuli voimaan vuoden 2010 alusta, asiakkaiden siirtymä on toteutunut vaiheittain. Vuoden 2012 loppuun mennessä 23 prosenttia ruotsalaisista terveysasemista oli yksityisiä ja kolme vuotta myöhemmin (v. 2015) Ruotsissa oli 1 150 terveyskeskusta, joista 482 (42 %) oli yksityisessä omistuksessa.

Yksityisten tuottajien tuotannon osuuden kasvaminen aiheuttaisi maakunnille painetta sopeuttaa omaa toimintaansa sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen korvausten ja asiakkaiden siirtymistä ajatellen, joskin kahden vuoden siirtymäaika saavutettavuusallokaation toteutumiselle vähentäisi sopeutumisesta aiheutuvaa riskiä. Sopeutumistarve olisi lähinnä henkilöstössä, tiloissa ja laitteissa sekä tarvikkeissa. Perustettavat ja laajentuvat yksityiset tuottajat joutuisivat rekrytoimaan uutta henkilökuntaa pääasiassa maakuntien henkilöstöstä. Näin ollen henkilöstö voisi siirtyä mahdolliselle uudelle työnantajalle vapaaehtoisesti, jolloin maakuntien henkilöstökulut pienenisivät nopeasti. On mahdollista, että henkilöstömääriä jouduttaisiin myös sopeuttamaan yhteistoimintamenettelyjen kautta, jolloin henkilöstökulujen pieneminen realisoituisi vasta huomattavasti myöhemmin. Henkilöstökulujen osuus sosiaali- ja terveyspalveluissa on Kuntatalous-tilaston perusteella noin 55–60 prosenttia. Tilojen osalta kuluja syntyisi ainakin ensimmäiseltä kolmelta vuodelta (siirtymäkauden vuokrasopimus kunnilta). Tiloista syntyviä kustannuksia olisi mahdollista vähentää esimerkiksi edelleen vuokrauksella. Laitteisto on kuitenkin nykyisin useimmiten hankittu leasing-sopimuksilla, joiden päättäminen ennen aikaisesti voisi jonkin verran tuottaa kustannuksia. Esimerkiksi asiakkaiden näkökulmasta heikolla sijainnilla sijaitsevan tuotannon karsiutuminen pois olisi kuitenkin toisaalta osa uudistuksen keskeistä parannusmekanismia, joten tällaisten kustannusten syntyminen olisi osin väistämätöntä.

Edellä kuvattujen Ruotsin kokemusten, palvelut asiakaslähtöiseksi -kärkihankkeen ja nykyisen valinnanvapauden toteutumisen näkökulmista voidaan arvioida, että vuoden kuluttua valinnanvapauden laajentumisesta, yksityisen sosiaali- ja terveyskeskustuotannon osuus maakunnasta riippuen tulisi todennäköisesti olemaan noin 5–25 prosenttia. Tällöin yksityisen toiminnan arvo olisi noin 100–500 miljoonaa euroa, kun koko sosiaali- ja terveyskeskustoiminnan menojen on arvioitu olevan noin 1,9 miljardia euroa. Tällöin yksityisten tuottamiin palveluihin siirtyisi noin 270 000–1 350 000 asiakasta. Vastaavasti seuraavana vuonna yksityisen tuotannon osuuden voi arvioida olevan maakuntien erilaisista olosuhteista riippuen noin 7–35 prosenttia. Esimerkiksi 35 prosentin osuudella yksityisten sosiaali- ja terveyskeskusten toiminnan menot olisivat noin 700 miljoonaa euroa ja niihin kuuluisi noin 1,9 miljoonaa asiakasta. On mahdollista, että yksityisen tuotannon osuus kasvaisi tästä edelleen noin 40 prosenttiin, jonka jälkeen tilanne todennäköisesti vakiintuu. On kuitenkin todennäköistä, että maakunnat tulevat poikkeamaan toisistaan ja suuremmissa maakunnissa - kuten Uudellamaalla - yksityisen tuotannon osuus voisi olla koko maan keskimääräistä tasoa korkeampi.

Edellä kuvattu tuotannon siirtyminen tarkoittaisi vastaavaa sopeutumistarvetta maakunnan omalle toiminnalle. Koska yksityisen tuotannon arvioidaan kasvavan pidemmän ajan kuluessa, maakunnille jäisi

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

aikaa sopeutumiselle, etenkin kun asiakkaiden saavutettavuuden perusteella tehtävä allokointi toteutettaisiin vasta vuonna 2023.

Sote-keskusten toiminnan käynnistyminen

	Maakunta ilmoittaa palveluvalikoiden sekä ehdot ml. korvaukset	Sote-keskuksiksi pyrkivät ilmoittautuvat viimeistään	Tuottajien hyväksyminen	Asiakkaiden valinta käynnistyy	Markkinan käynnistämisen, "nollahetki"	Saavutettavuusallokaatio
Esitetty listautumismalli	-12 kk	-9 kk	-6kk	-3 kk	1.1.2021	+24 kk

Yksityisen tuotannon nopea kasvu aiheuttaisi maakunnille potentiaalisesti suuren taloudellisen riskin. Esitetty listautumismalli lisäisi yksityisen tuotannon osuutta vaiheittain, mikä mahdollistaisi julkiselle tuotannolle välineitä toiminnan ennakointiin ja ylimääräisen kapasiteetin optimointiin. Siten sopeuttamisesta aiheutuvat taloudelliset riskit pienentyisivät ja samalla saavutettavuusallokaatio todennäköisesti kannustaisi kaikkia toimijoita fokusoimaan huolellisemmin asiakkaiden preferensseihin. Tämä pienentäisi maakuntien sopeuttamistarvetta entisestään, sillä onnistuessaan systeemimuutos vähentäisi saavutettavuusallokaation piiriin tulevien asiakkaiden määrää. Saavutettavuusallokaation yksityiskohdat ovat myös ratkaisevia sen suhteen, miten asiakkaita lähinnä oleva tuottaja valikoituu. Myös tällä voi olla vaikutuksia siihen, miten asiakkaat allokoituvat eri tuottajille ja mikä sopeutustarve lopulta olisi.

2) Esityksessä ehdotetaan, että aikuisväestön suunhoidon palvelujen siirtymistä suoran valinnanvapauden piiriin vaiheistetaan, jotta hallittaisiin siihen liittyvä merkittävä kustannusten kasvun riski. Nykyisin yksityisten palvelujen käyttö alalla on merkittävää, yli puolet palvelutuotannosta. Näköpiirissä on, että nykymuotoisia yksityisiä tuottajia siirtyisi julkisrahoitteisiksi tuottajiksi, ja nykyisin yksityisiä palveluita käyttäviä asiakkaita siirtyisi julkisesti rahoitettujen palvelujen asiakkaiksi. Tuottajaksi ryhtymisen ehdot ja korvausten taso määrittävät osaltaan sitä kuinka suuri on kiinnostus ryhtyä suoran valinnan palvelujen tuottajaksi. Osa yksityisen sektorin palveluja käyttävistä voisi jatkaa myös näiden palvelujen käyttämistä eikä siirtyä suoran valinnan palvelujen käyttäjäksi.

Koska nykymuotoisissa julkisesti rahoitetuissa palveluissa asiakkaan osuus kustannuksista on (yksityisen hoidon sairaanhoitokorvaus huomioiden) matalampi, tästä aiheutuisi kustannuspaineita julkisrahoitteiseen tuotantoon, vaikka vaiheistuksella ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämällä pyrittäisiin hallittuun siirtymiseen. Yksityisessä tuotannossa hoitokäytännöt ja hoitovälit ovat olleet erilaiset kuin kuntien suunhoidon palveluissa, joissa hoitovälit on määritelty tarpeen mukaan. Yhtenäistämällä suoran valinnan palveluntuottajien tarjoamissa palveluissa näitä käytäntöjä vastaamaan kunnallisissa palveluissa käytössä olleita käytäntöjä, voitaisiin kustannusten kasvupaineita vähentää.

Asiakkaiden määrää tulevassa valinnanvapausjärjestelmässä on erittäin vaikea arvioida ennalta luotettavasti, mikä osaltaan lisää järjestelmän rahoitukseen liittyvää riskiä. Voidaan kuitenkin arvioida, että esitetyn kaltaisella vaiheistetulla järjestelmällä asiakkaiden määrä suunhoidon yksiköissä olisi vuonna 2022 noin 1,5 miljoonaa asiakasta ja tästä aiheutuneet kustannukset olisivat noin 390 miljoonaa euroa vuoden 2015 tasossa arvioituna. Arvio perustuu osittain kokemuksiin 2000-luvun alun uudistuksen jälkeisestä kuntien järjestämisen hoidon asiakasmäärien kasvusta. Vuonna 2023 suunhoidon yksiköiden asiakasmäärän odotetaan kasvavan 1,8 miljoonaan asiakkaaseen, josta aiheutuisi noin 460 miljoonan euron kustannukset. Tämä vastaisi kolmen vuoden hoitajaksolla noin 2,8 miljoonaa asiakasta. Huomioiden maakuntien rahoituksesta suunhoidon yksiköille kaavailun rahoituksen ja maksetut asiakasmaksut, olisi järjestelmään syntyvä rahoitusvaje noin 16 miljoonaa euroa vuonna 2022 ja 67 miljoonaa euroa vuonna 2023. Toisin sanoen maakuntien järjestämisen suunhoidon kustannusten odotetaan kasvavan uudistuksen seurauksena yli 100 miljoonaa euroa suhteessa nykytasoon, josta asiakasmaksuilla katettaisiin nykyisten asiakasmaksujen mukaan noin 1/3. Vuonna 2024 siirryttäisiin tuottajakorvauksissa samoihin yleisiin korvauserusteisiin kuin sosiaali- ja terveyskeskusten osalta.

Todennäköisesti syntyvän rahoitusvajeen kattamiseen on erilaisia rahoituskeinoja, mutta niiden osalta ei esitykseen sisälly ehdotuksia. Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen liittyen on kuitenkin suunniteltu,

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

että yksityisen terveydenhuollon korvauksista luovutaan samalla, kun vastaava palvelutuotanto toteutuu maakuntien sosiaali- ja terveyskeskuksissa tai suunhoidon yksiköissä. Tämä osaltaan pienentäisi syntyvää rahoitusvajetta merkittävästi.

Mahdollista on, että asiakasmäärä kasvaisi vielä odotettua enemmän, jolloin kustannukset ja edelleen rahoitusvaje kasvaisi entisestään. Toisaalta on mahdollista, että mm. hajaantuneessa tuottajakentässä ei kustannusrakenteessa päästäisi nykyiseen kuntien suun terveydenhuollon tasoon. Tämä voisi osaltaan nostaa kustannusarvioita, jos tuottajakorvauksia jouduttaisiin nostamaan. Tuottajakentän ohjauksessa onkin kiinnitettävä erityistä huomiota kustannustehokkuuteen. Tämä voisi osaltaan edellyttää suunhoidon käytäntöjen tarkentamista. Edelleen järjestelmään liittyy riski, joka koskee tuottajakorvauksia ja niiden tasoa. Jos rahoitus ei riitä riittäviin tuottajakorvauksiin, on mahdollista, että yritykset eivät kokisi ehtoja houkutteleviksi eivätkä ko. toimijat hakeutuisi tuottajiksi.

Esityksen mukaan asiakkaat siirtyisivät suunhoidon yksiköiden asiakkaiksi vaiheittain. Tuottajille maksetaan vuosina 2022 ja 2023 asiakasmäärään perustuva peruskorvaus ja lisäksi suorite, kannustin ja olosuhdeperusteista korvausta, niin että peruskorvauksen osuus olisi korkeintaan puolet määrärahasta. Vaikka asiakkaiden saamat palvelut perustuisivat aina tarpeen arvioitiin, tämä tarpeen arviointi tapahtuisi osin yksityisissä suunhoidon yksiköissä, jolloin korvausjärjestelmään sisältyisi selvä riski asiakasmäärien ja suoritteiden kasvusta ja edelleen kustannusten kasvusta. Toisaalta kannustinperusteisella rahoituksella voitaisiin tätä riskiä pienentää.

3) Jos maakunnan oman toiminnan sosiaali- ja terveyskeskuksen tuotantokustannukset ylittäisivät tuottajakorvauksista muodostuvan tuoton esimerkiksi olosuhdetekijöistä tai tehottomuudesta johtuen, maakunnille voisi muodostua tarve lisärahoittaa omaa tuotantoaan. Esimerkiksi Ruotsista on viitteitä siitä, että 75 prosentissa maakäräjistä omaa perusterveydenhuoltoa on jouduttu subventoimaan (Vårdföretagarna 2016). Mikäli maakunta joutuisi lisärahoittamaan sosiaali- ja terveyskeskuksiaan, tulisi se mahdollisuuksien mukaan korvata erilliskorvauksilla läpinäkyvyyden edistämiseksi. Siitäkin huolimatta mahdollinen lisärahoitustarve voisi muodostaa riskin kustannusten hillinnän tavoitteen näkökulmasta. Tästä syystä lakiehdotuksen läpinäkyvyyttä tukevat säännökset sekä rahoituslakiesityksessä säännelty budjettiohjauksen rooli korostuvat kustannusten hillinnän tavoitteiden saavuttamisessa.

Vaikka valinnanvapausmallissa on mm. edellä kuvattu pehmeän budjettirajoituksen ongelma, maakuntien rahoitus ei automaattisesti seuraisi palvelujen menokehitystä vaan olisi sidoksissa uuteen maakuntaindeksiin, jolla pyrittäisiin ohjaamaan kustannusten kasvua. Maakuntien olisi sopeutettava toimintansa rahoitusta vastaavaksi, mikä tarkoittaisi suoran valinnan palveluissa sitä, että palveluntuottajat olisi sitoutettava yhteisiin tavoitteisiin. Tämä osaltaan hillitsisi kustannusten kasvua. Maakunnalla olisi myös mahdollisuus päättää yleiskatteellisen rahoituksen kohdentamisesta eri sektoreiden välillä.

4) Lakiehdotus ja erityisesti toiminnan käynnistymiseen ja asiakkaiden listautumiseen liittyvät ratkaisut kannustaisivat maakuntia toiminnalliseen (ja ”ajattelutavan”) muutokseen, mikä olisi välttämätöntä, koska vain siten maakunta voisi luoda itselleen menestymisen edellytykset valinnanvapauden laajentuessa. Tämä muutos (mm. rakennettava johtamismalli, organisaatiomalli, toiminta-ajatus, visio, henkilöstökysymykset ml. resursointi sekä muut uudelleenorganisoiutumiseen vaikuttavat toiminatavat) ei toisi maakunnille kustannuksia, vaan voisi jopa pidemmällä aikavälillä hillitä kustannuksia.

5) Tuottajaverkon monipuolistuminen ja valinnanvapauden laajentuminen todennäköisesti aiheuttaisivat ainakin lyhyellä aikavälillä erilaisia oppimiskustannuksia eri toimijoille. Lisäksi järjestelmämuutos potentiaalisesti aiheuttaisi aluksi erilaisia hallinnon organisoinnista ja toimintatapojen uudelleen suuntaamisesta johtuvia kustannuksia. Nämä vaikutukset olisivat kuitenkin todennäköisesti verrattain lyhytaikaisia ja samaan aikaan moni muunlainen resursseja edellyttävä kehittämistoiminta vähenisi. Maakuntien olisi huomioitava erilaiset hallinnon kustannukset budjetoidessaan palvelujen rahoitusta ja suunnitellessaan eri järjestämistapojen (esim. asiakasseteli) käyttöönottoa.

Pidemmän aikavälin vaikutukset:

6) Kilpailusta saavutettavat tehokkuushyödyt voisivat ilmentyä käytännössä matalampien kustannusten lisäksi palveluiden parantuvana saatavuutena sekä laatuna. Tällöin julkisesti tuotettujen palvelujen houkuttelevuus suhteessa nykytilaan paranisi ja kysyntä kasvaisi. Asiaksmäärien mahdollinen kasvu vaikeuttaisi kustannusten kasvun hillintää ja tällä voisi koko järjestelmän näkökulmasta olla kustannuksia kasvattava vaikutus. Mikäli julkisrahoitteisten palvelujen resursointia ei lisääntyneen kysynnän johdosta parannettaisi, kysynnän kasvu voisi johtaa saatavuuden tai laadun heikentymiseen, kunnes uusi tasapainotila julkisrahoitteisen ja yksityisesti rahoitettujen palvelujen välillä saavutettaisiin. Saatavuuden väliaikainen paraneminen ei siis välttämättä yksiselitteisesti johtaisi kustannusten merkittävään kasvuun.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Yksittäisen tuottajan näkökulmasta asiakasmäärän kasvattaminen olisi perusteltu tavoite, kun palvelusta maksettava hinta olisi esityksen mukaan kiinteä ja tuottajan ansainta riippuisi asiakaskunnan suuruudesta. Julkisesti rahoitettuja palveluja ei olisi mahdollista tuottaa samalla saatavuudella, kuin nykyisiä yksityisesti rahoitettuja palveluja tuotetaan. Näin ollen moni asiakas saattaisi jäädä yksityisesti rahoitettujen palvelujen asiakkaaksi, ja tämä voisi olla myös tuottajalle mieluisa lopputulos varsinkin, jos kysynnän lisääntyessä tuottajan rajakustannus kasvaisi esimerkiksi investointipaineiden vuoksi.

Kilpailusta saatavat tehokkuushyödyt (saatavuus ja laatu) etenkin perustasolla voisivat myös vähentää kustannuksia erikoissairaanhoidossa. Nopeampi hoitoon pääsy perustasolla voisi estää asiakkaiden tilanteiden kroonistumista ja/tai monimutkaistumista ja siten vähentää asiakkaiden hoidontarvetta erikoistasolla. Tämä puolestaan voisi vähentää erikoissairaanhoidon kustannuksia ja siten hillitä kustannusten kasvua.

7) Esityksessä ehdotettu järjestelmä myös muuttaisi olennaisesti tuottajakorvauksia, sillä korvausjärjestelmä nojaisi ennen kaikkea kapitaatiokorvauksiin suoritteiden sijaan. Myös tämä olennaisesti pienentäisi riskiä kustannusten kasvulle, koska kapitaatioon perustuvassa korvausjärjestelmässä mahdollisimman korkean tuoton saavuttaminen edellyttäisi toiminnan tehostamista ja niukkojen resurssien järkevää allokaatiota. Hoitoja ei kannata tuottaa esimerkiksi vain asiakkaiden toiveiden vuoksi, vaan niillä kannattaa pyrkiä kustannusvaikuttavuuteen. Korvausmalli sisältäisi siten kannusteet vaikuttavan hoidon tuottamiseen yhden tuottajan sekä laajemmin tuottajaverkon osalta, koska koko palveluketjussa saavutetut kustannushyödyt jaettaisiin ketjun eri tuottajien ja maakunnan välillä. Kustannusten kasvun hillinnän tavoitteen saavuttamiseksi maakuntien tulisi ennalta huomioida tuottajakorvausten tason tarkistaminen huomioiden maakunnan oman rahoitusaseman kehitys.

Nykyisessä yksityisen sektorin suoriteperusteisuutta muistuttavassa järjestelmässä taas ansaintalogiikka on päinvastainen: maksua vastaan kannattaa tuottaa mahdollisimman suuri määrä katteellisia hoitoja, sillä jokainen niistä kasvattaa voittoa. Tässä valossa yksityiset toimijat pyrkivät avaamaan toimintaa julkisrahoitteisessa tuotannossa, mutta myös säilyttämään (ja mahdollisesti laajentamaan) nykymuotoista toimintaansa. Suoriteperusteisessa korvausmallissa on mahdollista tuottaa huomattavasti parempi saatavuus – ja näin ollen sille jatkossakin lienee kysyntää. Samaan aikaan esityksessä ehdotettu valinnanvapaus hyvin toimiessaan parantaisi julkisrahoitteisessa osassa pääsyä palvelujen piiriin. Järjestelmä voisi näin kaikista huolimatta koko kansantalouden tasolla pikemminkin lisätä terveyspalvelujen käyttöä kuin vähentää sitä.

8) Digitalisaation sekä erilaisten palvelutuotannon innovaatioiden laajempi hyödyntäminen eri toimijoiden välillä hillitsee kustannusten kasvua ja potentiaalisesti parantaa myös tuottavuutta. Monituottajamalli edesauttaa hyvien käytäntöjen leviämistä tuottajalta toiselle. Esityksessä ehdotettu järjestelmä voisi myös hyödyntää erityisesti yksityisen sektorin toiminnan luonteesta johtuvaa kustannusten ja hyötyjen jatkuvaa arviointia, joka potentiaalisesti parantaa toiminnan kustannustietoisuutta. Monituottajamalli myös todennäköisesti johtaisi henkilöstön tehtävien parempaan erikoistumiseen ja tilojen tehokkaampaan käyttöön. Myös nämä toimet hillitsisivät kustannusten kasvua.

9) Päällekkäisellä vakuutusuojalla tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilöiden terveydenhuollon palvelujen kustannuksista vastaa sekä maakunta että maakunnan lisäksi jokin muu toimijataho. Päällekkäisen vakuutusuojan piirissä ovat esimerkiksi asevelvolliset, rangaistusta suorittavat henkilöt, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palvelujen piiriin kuuluvat opiskelijat, työterveyshuollon sairaanhoidon piiriin kuuluvat henkilöt ja yksityisen sairauskuluvakuutuksen piirissä olevat henkilöt.

Kelan työterveyshuoltotilaston mukaan vuonna 2015 työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli Kelan korvaustietojen mukaan 1 813 000 työntekijää, joista sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palvelujen piirissä oli 1 713 000 henkilöä. Samana vuonna työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 782 miljoonaa euroa, josta Kelan työnantajille työterveyshuollosta maksamat korvaukset olivat 339 miljoonaa euroa. Työterveyshuollon palveluista maakunnan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvien palvelujen kanssa päällekkäisiä palveluja ovat korvausluokkaan II kuuluvat sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palvelut. Näiden palvelujen kustannukset vuonna 2015 olivat 440 miljoonaa euroa, josta Kela korvasi 180 miljoonaa euroa (Kelan työterveyshuoltotilasto 2015).

Kelan sairausvakuutuslaitoksen mukaan vuonna 2015 yksityislääkärin palkkioista sairaanhoitokorvauksen saaneita oli koko maassa noin 1,6 miljoonaa henkilöä. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015 -raportin perusteella nähdään, että yleislääkärillä käynneistä asiakkaat olivat maksaneet 51,7 miljoonaa euroa (sis. toimistomaksut) ja Kelan rahoittama osuus oli noin 9,4 miljoonaa euroa. Näin ollen päällekkäisiä kustannuksia ko. käynneistä muodostuu 61,1 miljoonaa euroa. Yksityisten erikoislääkärikäyntien osalta on vaikeampi tarkasti määrittellä, mitkä käynneistä ovat maakuntien järjestämisvastuulla olevien palvelujen kanssa päällekkäisiä. Vuonna 2015 erikoislääkärikäynneistä oli maksettu yhteensä 352,9 miljoonaa euroa,

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

josta Kelan osuus on ollut 63,2 miljoonaa euroa ja asiakkaiden maksuosuus on ollut 289,7 miljoonaa euroa (sis. toimistomaksut). Erikoislääkärikäynneistä ainakin osan voi arvioida olevan päällekkäistä toimintaa tulevien sosiaali- ja terveyskeskusten kanssa. Kahden potentiaalisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen sopivan erikoisalalan (sisätautien ja geriatrian) osalta arvioituna, päällekkäisen toiminnan arvo voisi olla noin 40–60 miljoonaa euroa. Lisäksi päällekkäisiin palveluihin on arvioitava suuri osa Kelan korvaamista laboratoriotutkimuksista (karkean arvion mukaan noin 60–70 prosenttia) ja kuvantamisesta (karkean arvion mukaan noin 30 prosenttia).

Yksityisiä sairaskuluvakuutuksia oli Finanssialan Keskusliiton mukaan vuoden 2016 lopussa yhteensä 1 156 808 henkilöllä. Edellä mainituista vakuutuksista noin 40 prosenttia oli lapsien vakuutuksia, noin 42 prosenttia aikuisten vakuutuksia ja 18,7 prosenttia työnantajien työntekijöilleen ottamia vakuutuksia. Edellä mainitut vakuutukset omaavat henkilöt ovat saaneet yksityisille lääkäreille toteutuneista käynneistään aiemmin kuvatun sairaanhoitokorvauksen.

Varusmiespalvelusta suorittavien määrä vaihtelee vuosittain mutta vuosina 2015 ja 2016 määrä on ollut hiukan alle 25 000 henkilöä. Rikosseuraamuslaitoksen mukaan vankiluku vuonna 2016 keskimäärin noin 3 100 henkilöä. Myös näille järjestettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen voidaan katsoa olevan päällekkäistä maakuntien järjestämien palvelujen kanssa.

Mikäli YTHS jatkossa palvelee sekä yliopisto- että ammattikorkeakouluopiskelijoita, saisi tätä kautta palveluja yhteensä noin 250 000 opiskelijaa. YTHS:n toimintamenot kasvavat tällöin noin 80 miljoonaa euroon ja tästä summasta maakuntien järjestämien palvelujen kanssa päällekkäistä voidaan karkean arvion mukaan olettaa olevan noin 40 miljoonaa euroa. YTHS:n toimintamenot eivät ole maakuntien järjestämien palvelujen kanssa täysin päällekkäisiä opiskeluterveydenhuollon erityistehtävien vuoksi.

Esityksen mukaisten sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamien palvelujen kokonaismenojen on arvioitu olevan noin 1,9 miljardia euroa. Vuosina 2015–2016 sosiaali- ja terveyskeskuspalveluja vastaavia (ns. päällekkäisiä) palveluja voidaan edellä mainituista tekijöistä muodostuen arvioida olevan noin 800 miljoonaa euroa. Näin olen sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamien palvelujen kokonaiskysynnän voi arvioida muodostavan noin 2,7 miljardin euron kokonaisuuden, josta maakunnan järjestämien palvelujen osuus olisi noin 70 prosenttia.

Aikuisten suunhoidon palveluiden vuosittainen käyttö on nykyisin jakautunut kuntien järjestämiin palveluihin sekä yksityisiin osin sairausvakuutuskorvauksen subventioimiin palveluihin. Kuntapalvelujen kustannukset olivat noin 350 miljoonaa euroa ja yksityisen sairausvakuutuksella osittain rahoitetun toiminnan kustannukset noin 350 miljoonaa euroa. Jos mukaan lasketaan kaikki sektorit, jotka tuottivat aikuisten suun terveydenhuollon peruspalveluita, olivat palvelujen kokonaismenot noin 750–800 miljoonaa euroa. Vuonna 2015 kuntien terveyskeskusten suunhoidon palveluita käytti noin 1,2 miljoonaa aikuista ja vuosina 2013–2015 yhteensä 1,9 miljoonaa aikuista. Vastaavasti sairausvakuutuksen korvaamia suunhoidon palveluita käytti vuonna 2015 1,1 miljoonaa aikuista ja vuosina 2013–2015 1,6 miljoonaa aikuista. Edellä kuvattuun tilanteeseen nähden, suoran valinnan suunhoidon palvelut muodostavat 44–47 prosenttia koko ko. palvelutuotannon kokonaismenoista.

Edellä on kuvattu arviot sosiaali- ja terveyskeskustuotannon sekä suunhoidon yksiköiden osuuksista koko ko. toimialasta. Mitä pienemmän osuuden suoran valinnan palvelut muodostavat koko toimialasta, sitä pienempi tosiasiallinen mahdollisuus tuottajilla on lähteä ko. palvelujen tuottajaksi, erityisesti mikäli muu liiketoiminta on kannattavaa sekä sitä suurempi on potentiaalinen lisärahoituksen tarve tuottajien mukaan saamiseksi näissä palveluissa, jos palveluja olisi tarkoitus tuottaa koko aikuisväestölle.

Lakiehdotuksen mukaisesti sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt tarjoaisivat lähtökohtaisesti palvelut kaikille asiakkaille. Valinnanvapauden näkökulmasta päällekkäiset vakuutusosuudet ovat hankalia erityisesti kahdesta syystä. Ensinnäkin tuottajalle maksettaisiin kapitaatiokorvausta vaikka asiakas ei samassa määrin tarvitsisi maakunnan järjestämiä terveyspalveluja. Jos päällekkäisten vakuutusten piirissä olevat henkilöt eivät jakautuisi tasaisesti kaikkien tuottajien kesken, toimintaa voisi vaikeuttaa ns. haitallinen valikoituminen. Haitallinen valikoituminen voisi entisestään lisääntyä yritysten strategisten toimien seurauksena, sillä päällekkäisen vakuutuksen omaavat asiakkaat voisivat olla houkuttelevampia asiakkaita kuin muut. Toisekseen, aikaisemmin palvelujen rahoittamiseen varatut varat on arvioitu nykyisen palvelujen käytön perusteella. Lakiehdotuksen myötä niistäkin henkilöistä, jotka eivät nykyisessä järjestelmässä ole samassa määrin käyttäneet julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja, tulisi maksamaan suoran valinnan palveluissa kapitaatiokorvaus. Tämä tarkoittaisi sitä, että nykyisin vain julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien henkilöiden palveluihin olisi tosiasiallisesti käytettävissä vähemmän resursseja.

Riskin hallinnan näkökulmasta merkittävää on kuitenkin se, että maakunnan olisi huomioitava korvaustasojen suuruudessa ennalta määritellyt sosio-ekonomiset tekijät kuten työssäkäynti ja asiakkaan ikä.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollon päällekkäinen käyttö olisi mahdollista ottaa huomioon korvausjärjestelmässä. Sen sijaan työterveyshuollon tuomaa ongelmaa voitaisiin ratkaista korvausmallin muotoilulla vain rajoitetusti, koska työterveyshuolto on eri työnantajilla laajuudeltaan erilaista eli asiakas ei välttämättä saa kaikkia tarvitsemaansa sairaanhoidollisia palveluja työterveydenhuollosta. Työterveyshuollon huomioimista korvausperusteissa vaikeuttaa yksilötason tilastotietojen puuttuminen.

Kaikkineen päällekkäisten vakuutusten vaikutuksista on vaikeaa tehdä tarkkaa määrällistä arviota, koska lopputulokseen vaikuttavat tulevien maakuntien päätökset sekä tuottajien ja asiakkaiden käyttäytyminen. Lisäksi erilaiset institutionaaliset ratkaisut (joista ei tehdä päätöksiä arvioitavan esityksen yhteydessä ja joista ei myöskään ole tiedossa kaikkia linjauksia) koskien esimerkiksi nykyisiä sairaanhoitokorvauksia vaikuttavat lopputulokseen myös.

Kilpailusta saatavat hyödyt ja menokehityksen hallinta

Kansainvälisen kirjallisuuden perusteella voidaan arvioida, että palvelujen hintojen ollessa kiinteät laadun voidaan odottaa paranevan (esim. Gaynor, M. & Town, R. J., 2011. Handbook of Health Economics). Tämä johtuu siitä, että tuottajan tulot riippuvat pääasiassa asiakkaiden määrästä, mikä kannustaa yrityksiä kilpailemaan laadulla. Tämä kuitenkin edellyttää, mm. että asiakkaiden käytössä on vertailun mahdollistavaa tietoa palvelujen laadullisista tekijöistä.

Esityksessä ehdotetulla valinnanvapausjärjestelmällä voitaisiin potentiaalisesti saavuttaa kilpailuhyötyjä, joskin euromääräistä arviota kilpailun positiivisista vaikutuksista on vaikea antaa. Kilpailulla voidaan odottaa olevan laatua ja tehokkuutta parantavia vaikutuksia, mikäli maakunnat tukisivat aidosti kilpailullisen toiminnan muodostumista ja menestyäkseen kilpailussa tuottajat pyrkisivät tehostamaan omaa toimintaansa.

Yllä kuvattu päällekkäisten vakuutusten ja palvelukäytön olemassaolo vaikeuttaa kilpailun laatuvaikutusten syntymistä. Jos muiden palvelutuotantokanavien toiminta säilyisi merkittävänä terveyspalvelujen tuotantomuotona suhteessa tuleviin sosiaali- ja terveyskeskuksiin, palveluntuottajilla voisi olla kannustin hankkia lisätuloja ohjaamalla asiakkaiden palvelujen käyttöä sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen sijaan tuottamiinsa päällekkäisiin palveluihin. Ongelmana on myös edellä (kohdassa 9) kuvattu kerman kuorinta, johon keskittyminen voi vähentää panostuksia sosiaali- ja terveyskeskusten laadun parantamiseksi, ml. saavutettavuus. Edellä kuvatut ongelmat olisi kuitenkin ennen kaikkea uhka palvelujen laadulle ja siten niiden vaikutukset julkiseen talouteen ovat välillisiä ja voisivat realisoitua pidemmällä aikavälillä. Kilpailusta saatavien laatu- ja tehostamisparannusten saavuttaminen voi lisäksi heikentyä, mikäli kaikilla samoja palveluja tuottavilla toimijoilla ei ole täysin (tai riittävän) yhdenvertainen toimintaympäristö. Tämä puolestaan voi vaikuttaa menokehityksen arviointiin. Esityksessä listautumis-, hyväksymis- ja sopimusmenettelyt koskisivat vain yksityisiä tuottajia. Myös verokohtelu olisi erilainen yksityisten ja maakunnallisten tuottajien kohdalla. Esimerkiksi tuloverotuksen osalta yksityinen toiminta olisi kokonaisuudessaan normaalilla yhteisöverokannalla verotettavaa toimintaa, kun taas sosiaali- ja terveyskeskuksen toimiessa osana maakunnan omaa toimintaa, se olisi verovelvollinen vain elinkeinotoiminnasta.

Myös maakunnalla olisi vain sitä koskevia velvoitteita. Maakunta esimerkiksi viime kädessä vastaisi palvelujen tuotannosta alueilla, joissa ei olisi muuta palvelutuotantoa. Myös kielellisten oikeuksien toteutuminen olisi viime sijassa maakuntien vastuulla, vaikka palvelujen tuotannon lähtökohta onkin sama ja perustuu kunnan kielelliseen tilanteeseen.

Tuottajakorvaukset olisivat kaikille suoran valinnan palveluntuottajille samat mutta konkurssiuhka voisi jatkossa realisoitua vain yksityisille tuottajille. Konkurssiuhkan puuttuminen vähentäisi merkittävästi toimijan kannustimia tehostaa toimintaansa kilpailun luontaisten mekanismien johdosta. Lisäksi koska maakunnan liikelaitoksen olisi turvattava asiakkaan palvelut kaikissa tilanteissa, täysin yhdenmukaisen toimintaympäristön realisoituminen ei olisi mahdollista. Esimerkiksi Ruotsissa on käsitelty useita kilpailuneutraliteettiin liittyviä kanteluita valinnanvapausjärjestelmän käyttöönoton jälkeen järjestelmässä, joka vastaa hallituksen esityksessä esitettyä mallia (OECD 2015, DAF/COMP/WD(2015)29.)

Kilpailu voisi kustannusten siirron kautta aiheuttaa myös riskin maakunnan taloudelle. Sosiaali- ja terveyskeskukset voisivat esimerkiksi pyrkiä kilpailemaan tarjoamalla asiakkaille maakuntien palveluvalikoimaan kuuluvia palveluja lähetekäytäntöjen kautta. Tähän epätoivottuun käyttäytymiseen ja menoriskiin maakunnat voisivat kuitenkin vaikuttaa esityksen sisältämällä tuottajakorvauksilla (esimerkiksi ns. shared savings -ratkaisut tai muut kannustinkorvaukset).

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.3.3 Tietohallinnon ja ICT:n kustannukset

Esityksessä ehdotetut valinnanvapauden tiedonhallintapalvelut ja niiden kehittäminen olisivat osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuutta. Hallitus on vuoden 2018 budjettiesityksessään päättänyt kohdentaa 130 miljoonaa euroa maakuntien ICT-palvelukeskuksen ja maakuntien tietohallinnon valmisteluun, alueellisiin tukitoimiin sekä yhteisiin investointeihin. Maakuntien yhteistä sote-ICT:n kehittämistoimintaa varten hallitus päätti perustaa Sotedigi-yhtiön, jota valtio on pääomittanut 90 miljoonalla eurolla Valtion kehitysyritys Vake Oy:n kautta.

Esityksen voimaantuloa, siirtymäsäännöksiä ja käyttöönottoaikataulua koskeva sääntely toisi uudistuksen toimeenpanoon aiempaa enemmän joustovaraa tietojärjestelmien näkökulmasta. Valinnanvapauden kokonaisarkkitehtuuriin ja Kanta-palveluihin liittyvien muutosten toimeenpano on jo käynnistynyt vuonna 2017 Kelalle vastuutettujen esityksessä ehdotettujen tiedonhallintapalveluiden osalta. Ensimmäiset versiot valinnanvapauden tiedonhallintapalveluista (asiakkaiden valinta, palveluntuottajien hallintapalvelu ja palveluntuotannon seurantalpalvelu) sekä maksatuksen tietojärjestelmäpalveluista olisivat valinnanvapauspilottien käytössä jo keväällä 2018. Hankkeen budjetin kokonaisarvio on noin 18,1 miljoonaa euroa vuosille 2017–2019. Rahoitus kattaa järjestelmän rakentamisen ja käyttöönoton. Kehittämävaiheen jälkeiset tuotanto- ja ylläpitokustannukset täsmentyvät myöhemmin, joten niiden osalta tarkkaa euromääräistä arviointia ei voida tässä vaiheessa tehdä. Karkean arvion mukaan ne tulisivat olemaan noin 20 prosenttia edellä kuvatuista kehittämiskuluista. Lopulliset kustannukset riippuvat myös siitä jäsikö toteutettavia ominaisuuksia jatkokehitykseen.

Oheisessa taulukossa on kuvattu esityksen tietojärjestelmävaikutukset kustannuksineen ja vastuutahoineen vuosille 2017–2020.

Hanke ja vastuuvalmistelijä	2017	2018	2019	2020	Yhteensä milj. €
Valinnanvapauden kokonaisarkkitehtuurin suunnitelma, STM	→	→	→	→	0,2
Kelan Valinnanvapauden tiedonhallintapalvelut -hanke, Kela	1,9	8,2	8	→	18,1
Kanta-palveluiden Sote-muutokset (SOUTU), THL ja Kela	1,2	3,6	4,6	2,1	11,6*
Suomi.fi ja Valinnanvapauden kansalaisille näkyvä tietopohja, Väestörekisterikeskus	→	2,877	1,7		3,9**
Palveluntuottajien organisaatiorekisteri (SOTERI), Valvira	→	→			1,4
Valinnanvapauspilotit, Maakunnat	→	→	→	→	110

*Kehysvarauksissa 1 miljoonaa euroa varattu myös vuodelle 2021. Ns. SOUTU sisältää muutakin kuin valinnanvapautta koskevaan esitykseen liittyvää kehittämistyötä.

** VRK:n suomi.fi -projekti sisältää myös esityksestä riippumattoman maakuntaportaalin rakentamisen

Tietojärjestelmänäkökulmasta uudistuksen sisältöjen muuttuminen valmistelun eri vaiheissa aiheuttaa riskin kokonaisarkkitehtuurisuunnittelun ja toimeenpanon valmistumiselle aikataulussa: järjestelmien puutteista voisi aiheutua manuaalista lisätyötä maakunnille, palveluntuottajille ja Kelalle, mikä puolestaan voisi kasvattaa kustannuksia ja vaikeuttaa uudistuksen toimeenpanoa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Esityksen edellyttämän tietojärjestelmäympäristön toteuttamisen kannalta on tärkeää, että se toteutettaisiin tiiviissä yhteistyössä maakuntien kanssa. Muuten riskinä olisi, että esimerkiksi maakuntien jo käytössä olevat tai kehitteillä olevat henkilökohtaisen budjetin ja asiakasseteliohjelmistot eivät olisi yhteensopivia kansallisen järjestelmäkokonaisuuden kanssa.

4.3.4 Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset

Esityksessä ehdotetun mukaisen henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset riippuvat erityisesti siitä, miten ja missä palveluissa maakunta sitä toteuttaisi ja millaisiksi henkilökohtaisen budjetin soveltamiskäytännöt muotoutuisivat. Esityksessä ehdotetun mallin mukaan asiakas lopulta kuitenkin päättää, ottaako henkilökohtaisen budjetin käyttöönsä vai ei. Kustannusriskiä hillitsisi se, että henkilökohtaiseen budjettiin asiakkaan tarpeen perusteella sisällytetyt palvelut perustuisivat maakuntien oman tuotannon kustannuksiin ja budjettiin sisältyvät palvelut olisivat siten kiinteähintaisia. Toisaalta henkilökohtaisella budjetilla palveluja tuottavat yritykset voisivat valita asiakkaansa, mikä voisi johtaa siihen, että eniten palveluja tarvitsevat ja/tai hoidollisesti vaikein asiakassegmentti jäisi lopulta maakunnan asiakkaaksi, jos hänelle ei löydy yksityistä palveluntuottajaa maakunnan asettamilla hinnoilla ja muilla ehdoilla. Edellä kuvattu tilanne voisi realisoitua, jos henkilökohtaisen budjetin hinnoittelu jostain syystä epäonnistuu (yli- tai alihinnoittelu).

Nordic Healthcare Groupin karkean laskennallisen arvion mukaan (NHG 2017, Uuden soten rahoitusvälineet: henkilökohtainen budjetti, palvelu-/asiakasseteli ja kapitaatorahoitus. Julkaisematon raportti 2017, STM:n palveluntuottajien korvaukset -työryhmän selvitystyö) Suomessa on noin 150 000 henkilöä, jotka saavat iäkkäille tai vammaisille henkilöille suunnattuja palveluja. Näistä asiakkaista todennäköisesti vain osa soveltuisi henkilökohtaisen budjetoinnin piiriin, sillä kaikki vammais- ja vanhuspalvelujen asiakkaat eivät tarvitse jatkuvaa ja laaja-alaista tukea tai kykene itse tai tuetusti suunnittelemaan ja hankkimaan omia palvelujaan. Lisäksi maakunnan käytännöissä viime kädessä määrittäisi se, mitä palvelutarpeen laaja-alaisuus tarkoittaa. Tästä määritelmästä riippuen henkilökohtaiseen budjettiin voisi soveltua 50 000–150 000 henkilöä. Esimerkiksi mikäli vaadittaisiin, että asiakas saisi vähintään kolmea erilaista sosiaali- ja/tai terveydenhuoltolain mukaista palvelua, tämä rajaisi henkilökohtaisen budjetin ulkopuolelle yli puolet vanhus- ja vammaispalvelujen asiakkaista. Mikäli laaja-alaisuus tarkoittaisi esimerkiksi vain kahta palvelua, voisi henkilökohtaisella budjetilla tuotettavien palvelujen arvo nousta jopa miljardilla eurolla.

Sosiaali- ja terveysministeriön alustavan arvion mukaan esityksessä ehdotetuilla vähimmäisedellytyksillä henkilökohtaisen budjetin piiriin arvioidaan tulevan asteittain noin 60 000 henkilöä. Henkilökohtaisen budjetin kautta avautuvien palvelujen tuotannon koon arvioidaan puolestaan olevan vähintään noin 1,4 miljardia euroa olettaen kaikkien vähimmäiskriteerien täyttävien ottavan vastaan henkilökohtaisen budjetin.

Lakiehdotuksen mukaisesti henkilökohtaisen budjetin suuruus perustuu siihen, mitä palvelujen tuottaminen maakunnan liikelaitoksen tuottamana maksaisi. Tästä budjetin taloudellisten vaikutusten arvioinnissa voidaan hyödyntää iäkkäiden ja vammaisten (ml. kehitysvammaiset) henkilöiden palvelujen nykycustannuksia.

Oulun kaupungin aineiston perusteella (NHG 2017, Uuden soten rahoitusvälineet: henkilökohtainen budjetti, palvelu-/asiakasseteli ja kapitaatorahoitus. Julkaisematon raportti 2017, STM:n palveluntuottajien korvaukset -työryhmän selvitystyö) iäkkään henkilön laitoshoidon aiheuttaa noin 50 000 euron kustannuksen vuodessa, tehostettu palveluasuminen noin 40 000 euroa vuodessa, säännöllinen kotihoito noin 15 000 euroa vuodessa ja omaishoito noin 6 000 euroa vuodessa. Kyseisiin laskelmiin on sisällytetty asumismuotoon liittyvien kustannusten lisäksi muitakin sosiaali- ja terveystalouden palveluja kuten avustaja-, kuljetus-, ateria-, päivätoiminta-, turva- ja kuntoutuspalveluja sekä Kelan etuuksia, jotka kasvattavat asiakkaan saamien palvelujen kustannuksia noin 4 000–13 000 euroa vuodessa. Tästä Kelan etuuksien osuus on noin 8–26 prosenttia. Näin ollen kyseisen laskutavan mukaisten iäkkäiden henkilöiden henkilökohtaiset budjetit olisivat asumismuodosta riippuen noin 10 000–60 000 euroa vuodessa. Koska yli puolet sosiaalihuollon vanhusasiakkaista on säännöllisen kotihoidon piirissä, vanhusasiakkaiden henkilökohtainen budjetti olisi laskennallisesti keskimäärin noin 25 000 euroa vuodessa. On kuitenkin huomioitava, että hajonta tulisi olemaan suurta, eikä varsinaista keskimääräistä edustajaa ole. THL:n kotihoidon laskennan perusteella, kotihoidon asiakaskohtainen kustannus vaihtelee asiakkaan hoitoisuudesta riippuen huomattavasti, kotikäyntien määrä vaihtelee yhdestä jopa yli 90 käyntiin kuukaudessa.

Edellä mainitun Oulun kaupungin aineiston perusteella vammaisten henkilöiden laitoshoidon aiheuttaa noin 125 000 euron kustannuksen vuodessa, ympärivuorokautinen palveluasuminen noin 50 000 euron kustannuksen vuodessa, osavuorokautisesti tuettu palveluasuminen ja kotihoito noin 20 000 euron kustannuksen vuodessa ja omaishoito noin 6 000 euron kustannuksen vuodessa. Omaishoidon osalta

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

kustannus voi kasvaa jopa puolella, kun mukaan lasketaan hoidettavan ja hoitajan palveluja (Laakoli, K, & Peiponen, A. 2012. Kunnallistieteellinen aikakauskirja).

Noin kolmasosalle vammaispalvelujen asiakkaista ei synny suoraan asumiseen liittyviä kustannuksia, vaan he asuvat itsenäisesti henkilökohtaisen avun tukemana (keskimäärin noin 12 500 euroa vuodessa). Kuten edellä, vammaispalvelujen asiakkaiden laskelmiin on sisällytetty asumismuotoon liittyvien kustannusten lisäksi muitakin sosiaali- ja terveyspalveluja sekä Kelan etuuksia. Tällöin henkilökohtaiset budjetit voisivat asiakkaan palvelutarpeista riippuen kasvaa ensisijaisen palvelun (esim. ympärivuorokautisen palveluasumisen) kustannusten lisäksi noin 4 000–25 000 euroa vuodessa, josta Kelan etuuksien osuus on noin 3–50 prosenttia. Erityisesti kotihoidon ja omaishoidon asiakkaille syntyy paljon muita palvelutarpeita kotihoidon lisäksi. Näiden laskelmien pohjalta vammaispalvelujen asiakkaiden henkilökohtaiset budjetit olisivat asumismuodosta riippuen tyypillisesti noin 10 000–130 000 euroa vuodessa. Koska kalleimmassa asumismuodossa eli laitoshoidossa asuu alle 1 prosentti asiakkaista ja osuus vähenee jatkuvasti, vammaispalvelujen myöntämä henkilökohtainen budjetti olisi laskennallisesti keskimäärin noin 30 000 euroa vuodessa.

Korkeimmat Kelan etuuksien osuudet sekä ikäihmisillä että vammaisilla olivat omaishoidon asiakkailla. Sen sijaan matalimmat osuudet olivat laitoshoidon vanhus- ja vammaisasiakkailla sekä tehostetun palveluasumisen asiakkailla (iäkkäät) ja osavuorokautisesti tuetun palveluasumisen asiakkailla (vammaiset). Jokaisen asiakasryhmän kohdalla keskimääräinen laskennallinen henkilökohtainen budjetti jäisi kuitenkin merkittävän suuruiseksi myös ilman Kelan etuuksien sisällyttämistä budjettiin.

Arvio henkilökohtaiseen budjettiin soveltuvien asiakkaiden määrästä palvelutarpeen laaja-alaisuudesta riippuen (NHG 2017, Uuden soten rahoitusvälineet: henkilökohtainen budjetti, palvelu-/asiakaseteli ja kapitaatorahoitus. Julkaisematon raportti)

	Soveltavuuskriteeri: Palvelutarpeen laaja-alaisuus			
	Esim. Asiakkaan tarvitsemien, sosiaali- ja/tai terveydenhuoltolain mukaisten palvelujen määrä			
	Vähintään 1	Vähintään 2	Vähintään 3	Vähintään 4
Vanhuspalvelujen asiakkaat	n. 100 000	n. 80 000	n. 50 000	n. 30 000
Vammaispalvelujen asiakkaat	n. 50 000	n. 40 000	n. 30 000	n. 15 000
Yhteensä	n. 150 000	n. 120 000	n. 80 000	n. 45 000

Käytännön soveltamisratkaisuista riippuen henkilökohtainen budjetti voisi kasvattaa tai pienentää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Yleisesti henkilökohtaisen budjetin vaikuttavuus ja sitä kautta myös kustannusvaikuttavuus perustuu siihen, että asiakas saa elämäntilannettaan tukevia palveluja, joihin hän voi itse vaikuttaa. Haasteellisen henkilökohtaisen budjetin systemaattisesta arvioinnista tekee se, että esityksessä ehdotettua ja sen kaltaista henkilökohtaista budjettia ei aikaisemmin ole ollut käytössä, joten etukäteen ei ole tietoa siitä, miten maakunnat päättäisivät henkilökohtaisen budjetin sääntelyä soveltaa. Etukäteen ei myöskään voida tietää, mikä on asiakkaiden halukkuus ottaa vastaan henkilökohtainen budjetti. Lisäksi on vaikea arvioida miten muutokset näkyisivät muualla palvelujärjestelmässä.

4.3.5 Asiakaseteleihin liittyvät taloudelliset vaikutukset

Koska esityksessä ehdotetun asiakasetelijärjestelmän käyttöönoton lopullinen laajuus olisi riippuvainen maakunnan päätöksenteosta ja alueellisista olosuhteista, on asiakaseteleihin liittyviä yksityiskohtaisia taloudellisia vaikutuksia vaikea arvioida tarkalla tasolla. Lain vähimmäisedellytykset huomioiden voidaan kuitenkin esittää karkea arvio, että asiakasetelin kautta avautuvien palvelujen tuotannon koko olisi noin 1,6 miljardia euroa. Edellä mainittu osuus sisältää sosiaalihuollon palveluja noin 1,4 miljardilla eurolla ja terveydenhoidon palveluja noin 100–150 miljoonalla eurolla. Laskelmassa kotisairaanhoidon sisältyy sosiaalihuollon osuuteen. Terveystieteiden osuuden tarkka arviointi on hankalaa, koska maakunnat voivat itse vaikuttaa hoitojonoihin eli hoitotakurajojen ylittymiseen ja siis asiakaseteleiden käyttöön tältä osin.

Maakunnalle ja sen asukkaille asiakaseteleiden käytöstä voisi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Vaikutukset olisivat positiivisia, mikäli asiakasetelit täydentäisivät julkista palvelutuotantoa ja siten esimerkiksi lyhentäisivät odotusaikoja muutoinkin kuin vain hoitotakurajojen ylittyessä. Lisäksi, mikäli asiakasetelien käyttö loisi kilpailua tuottajien välille, olisi järjestelmällä mahdollista saavuttaa kustannus- ja laatuhyötyjä.

Asiakasetelipalveluntuottajien (kuten myös henkilökohtaisella budjetilla palveluja tuottavien) mahdollisuus valita asiakkaansa, voisi johtaa vaikeimman asiakassegmentin valikoitumiseen maakunnan oman tuotannon asiakkaiksi, mikä puolestaan aiheuttaisi negatiivisia vaikutuksia maakunnalle esimerkiksi hinnoittelun epäonnistumisen vuoksi. Lisäksi negatiivisia vaikutuksia voisi syntyä, mikäli asiakas ensin valitsisi muun

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

kuin kotimaakuntansa liikelaitoksen ja tämän jälkeen ko. liikelaitoksen hyväksymän asiakassetelipalveluntuottajan ja sitoisi tällöin asiakkaan kotimaakunnan toisen maakunnan asettamiin ehtoihin. Nämä ehdot voisivat joissain tilanteissa olla kotimaakunnalle taloudellisesti epäedullisia verrattuna kotimaakunnan itse myöntämiin asiakaseteleihin. Sama tilanne voisi realisoitua, jos kotimaakunta ei olisi lainkaan ottanut asiakasseteliä käyttöön tietyissä palveluissa ja asiakas kuitenkin saisi valitsemastaan maakunnasta palvelut asiakassetelillä, jonka kotimaakunta lopulta maksaisi. Yleisesti samankaltaisia tilanteita kotimaakunnan näkökulmasta voisi muodostua myös silloin, kun asiakas valitsisi muun kuin kotimaakunnan liikelaitoksen, koska kukin järjestäjä joutuu ratkaisemaan kunkin palvelun järjestämistavan oman toimintaympäristönsä näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Todennäköisesti edellä kuvattujen tilanteiden realisoituminen koskisi vain rajattua asiakasjoukkoa, koska usein palvelujen valintaa ohjaa saavutettavuus. Asiakkaan näkökulmasta asiakassetelien laaja käyttö lisäisi valinnan mahdollisuuksia.

4.3.6 Yhteisöverotus ja tuloverotus

Yritysten palvelutuotannon kasvun arvioidaan kohdistuvan valtaosin osakeyhtiöiden ja muiden yhteisöjen suoran valinnan palveluihin ja asiakasetelillä tuotettuihin palveluihin. Yksityisten yritysten tuottamien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisääntyessä myös yrityssektorin voittojen arvioidaan jonkin verran lisääntyvän. Koska yksityiset yritykset ovat velvollisia maksamaan voitostaan veroja, esityksessä ehdotettuun valinnanvapausmalliin siirtymisen arvioidaan kasvattavan myös yksityisten yritysten maksamien verojen määrää. Yhteisömuotoiset yritykset maksavat voitostaan yhteisöveroa valtiolle ja kunnille. Liikkeen- ja ammatinharjoittajat sekä verotuksessa elinkeinoyhtymiksi katsottavat yritykset (mm. kommandiittiyhtiöt) puolestaan maksavat voitostaan tuloveroa, jonka veronsaajia ovat valtio, kunnat, seurakunnat sekä Kansaneläkelaitos.

Veronalaisen voiton määrän arvioimisen kannalta keskeistä on puolestaan pohtia, miten esityksessä ehdotetut valinnanvapauspalvelut (suora valinta, maakunnan liikelaitoksen myöntämä asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti) jakautuisivat erilaisten toimijoiden kesken ja millaisia tavoitteita, mahdollisuuksia ja kannusteita erilaisilla toimijoilla olisi. Näiden seikkojen arviointi on erittäin haastavaa, sillä nykymuotoiset sosiaali- ja terveyspalveluiden markkinat, joilla yksityiset yritykset toimivat, eivät liiketoimintaympäristönä vastaa lakiehdotuksen mukaisia valinnanvapauspalvelujen tuotantoa.

Mahdollisten maakunnan omistamien yhtiöiden ja yksityisomisteisten yhtiöiden tavoitteet sijoitetun pääoman tuoton kannalta voivat olla erilaisia. Yksityisomisteisten yhtiöiden voidaan otaksua toimivan tavanomaisten markkinoiden sääntöjen mukaisesti ja toimivan maakunnan palveluntuottajana ilmoittautumisperiaatteella ainoastaan, jos se on liiketaloudellisesti kannattavaa. Mahdollisten maakunnan omistamien yhtiöiden osalta sen sijaan on perusteita olettaa, että ne eivät tavoittelisi voittoa samassa määrin kuin yksityisomisteiset yhtiöt. Tämä johtuu siitä, että maakunnan omistamissa yhtiöissä palveluliiketoiminnan tuottamiseen voi liittyä maakunnan laatiman konserniohjeesta riippuen muita tavoitteita kuin tuottaa voittoa omistajilleen.

Edellä esitettyjen epävarmuustekijöiden takia esityksessä ehdotettuun valinnanvapausmalliin siirtymisen vaikutuksista voittoihin ja verotuloihin voidaan esittää vain suuntaa-antavia ja karkeita arvioita. Suuntaa-antavan laskelman perusteella voidaan arvioida, että valinnanvapausmalliin siirtymisen seurauksena yrityssektorin ja yhtiöitetyn maakunnallisen tuotannon liikevoitot kasvaisivat noin 100–200 miljoonalla eurolla vuositasolla, mikäli myös suoran valinnan palvelut toteutuisivat täydellä palveluvalikoimalla. Yhteisöveron ja tuloveron tuoton arvioidaan kasvavan tämän seurauksena noin 10–40 miljoonaa euroa vuositasolla verrattuna nykyiseen verotuottoon.

Laskelmat perustuvat 5–10 prosentin vaihteluväliin liikevoitossa maakunnan ulkopuolisilla tuottajilla ja 0–5 prosentin vaihteluväliin maakunnan yhtiöillä. Selvä valtaosa verotulojen lisäyksestä koostuisi yhteisöverotuottojen kasvusta. Valinnanvapausmallilla olisi kuitenkin vaikutuksia myös tuloveron tuottoon, sillä liikkeen- ja ammatinharjoittajien ja elinkeinoyhtymien voittojen ja verojen ennakoidaan kasvavan uudistuksen myötä hieman. Tämä vaikutus olisi kuitenkin pieni verrattuna yhteisöverovaikutukseen. Arviolta hieman alle 80 prosenttia 10–40 miljoonan euron verotuottovaikutuksesta kohdistuisi valtion verotuloihin ja hieman alle 20 prosenttia kuntien verotuloihin. Jäljelle jäävä osa kohdistuisi seurakuntien ja Kansaneläkelaitoksen verotuloihin.

Julkisella rahoituksella sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien yritysten velvoitteet verojalanjäljen avoimuudesta mahdollistavat vaikutusten seuraamisen. Tällä voi myös olla vaikutuksia tuottajien toimintaan kuten mainontaan.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Arvonlisävero

Esityksessä ehdotettu valinnanvapausmalli vaikuttaisi myös hankintojen arvonlisäverokustannusten kompensointiin. Arvonlisäverotukseen liittyvä sääntely valmistellaan erikseen. Lähtökohtana on hankintaneutraalisuus, siten että yksityisten palveluntuottajat ovat yhtäläisessä asemassa kuin julkiset palveluntuottajat.

4.3.7 Vaikutukset maakuntatalouteen

Maakunta- ja järjestämisalakia koskevan hallituksen esityksen mukaan maakunnat saavat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen osana maakuntien yleiskatteellista rahoitusta. Näin ollen maakunnat voisivat itsehallintonsa puitteissa kohdentaa rahoitusta eri sektoreille. Esityksessä ehdotetun valinnanvapauden vaikutukset julkistalouteen näkyisivät ensin maakuntien taloudessa, jolloin maakunnan olisi sopeutettava saamaansa rahoitusta eri sektoreiden välillä. Riippuen maakunnan edellytyksistä valinnanvapauteen ja monipuolisen tuotannon syntyminen, voisi hyötyjen ja haittojen alueelliset erot olla merkittäviä. Tällöin olisi mahdollista, että jotkut maakunnat joutuisivat rahoittamaan esimerkiksi suoran valinnan palveluja voimakkaammin. Tämä voisi osaltaan vaikuttaa rahoituksen jakautumiseen sektoreiden välillä ja maakuntien taloudelliseen asemaan.

Säännösten mukaan olisi mahdollista ja siten myös oletettavaa, että maakunnat tulisivat perustamaan liikelaitoksen ohella myös yhtiöitä, joiden tarkoituksena olisi tuottaa suoran valinnan palveluja, asiakassetelipalveluja ja henkilökohtaisella budjetilla tuotettavia palveluja. Samoin voidaan olettaa, että nämä yhtiöt tulisivat tuottamaan palveluja myös vakuutusyhtiöiden asiakkaille ja ns. itsemaksaville asiakkaille, esimerkiksi terveysturistit ja työterveyshuollon palveluita työnantajille, koska tuolloin yhtiö saisi tehokkuusetuja palvelutuotantoon samalla tavalla kuin yksityisessä omistuksessa olevat toimijat.

Näiden yhtiöiden tekemät voitot ja tappiot voisivat vaikuttaa maakunnan talouteen. Maakuntien rahoituslakiehdotuksen mukaan yhtiö voisi jakaa omistajilleen osinkoa osakeyhtiölain ja omistajien tahtotilan mukaisesti. Mahdollinen yhtiöiden pääomittaminen rasittaisi maakunnan taloutta, kun taas yhtiöiden jakamat osingot tulisivat maakunnan hyödyksi.

4.3.8 Vaikutukset kuntatalouteen

Lakiehdotuksen vaikutukset kuntatalouteen liittyvät lähinnä siihen, tapahtuisiko valinnanvapausmallin myötä työ- ja toimipaikkojen alueellisia muutoksia. Muutokset tarkoittaisivat muutoksia myös kuntien verotulokertymään. Kunnat saavat verotuloja lähinnä ansiotuloveroista ja lisäksi kiinteistöverotuloja alueella asuvilta kuntalaisiltaan. Samoin kuntien osuus yhteisöverotuotosta riippuu siitä, minkä verran kunnan alueella on yhteisövero maksavia yrityksiä tai yrityksen toimipisteitä. Yritystoiminnan sijoittuminen esityksessä ehdotetun valinnanvapausmallin myötä ympäri maakuntaa riippuisi pitkälti maakunnan palveluntuottajille asettamista ehdoista ja korvauserusteista sekä yritysten näiden perusteella tekemistä päätöksistä, joten vaikutuksia yksittäisten kuntien talouteen on vaikea arvioida.

Kuntien talouteen vaikuttaisi myös se, miten kuntien nykyisin eri sektoreille tuottamat tukipalvelut, esim. kiinteistönhoito, ateria- sekä siivouspalvelut organisoitaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja valinnanvapausmallin tultua käyttöön. Tukipalveluihin liittyvät synergiahyödyt pienenisivät, kun toiminta eriytyy sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja laajentuvan valinnanvapauden myötä. Kuntiin jäävien palvelujen osalta tukipalvelujen, esimerkiksi aterioiden, yksikkökustannukset tulisivat todennäköisesti nousemaan.

Valinnanvapauspalveluja tuottavat palveluntuottajat tekisivät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta yhteistyötä myös kuntien kanssa. Yhteistyö potentiaalisesti lisäisi eri osapuolien tietämystä asiakkaiden ja asukkaidensa terveydestä ja hyvinvoinnista entisestään. Koska terveemmät ja toimintakykyisemmät asukkaat muodostavat elinvoimaisen kunnan, olisi asukkaiden terveydellä ja hyvinvoinnilla kunnille suoria taloudellisia vaikutuksia mm. niille jäävien tehtävien kautta.

4.3.9 Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen

Esimerkiksi työterveyshuollon palveluja tai yksityisiä palveluja käyttävät kotitaloudet osallistuvat verorahoituksen kautta myös nykymuotoisen perusterveydenhuollon palvelujen rahoitukseen. Esityksessä ehdotetun valinnanvapausmallin myötä nämä henkilöt saattaisivat jatkaa nykyisen palveluntuottajansa asiakkaina sillä erotuksella, että nykyinen tuottaja saattaisi listautua suoran valinnan palveluntuottajaksi ja saada näin kapitaatiokorvauksen näistä asiakkaista.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Edellä mainittuja palveluja käyttäneillä asiakkailla voisi olla taloudellinen kannustin siirtyä julkisesti rahoitettujen palvelujen käyttäjäksi, sillä asiakkaan omavastuu yksityisten palvelujen käytöstä on huomattavan korkea suhteessa julkisesta palvelusta todennäköisesti maksettavaan asiakasmaksuun. Esimerkiksi yksityislääkärin palkkiosta asiakas (tai heidän yksityinen sairaskuluvakuutus) maksoi vuonna 2015 noin 80 prosenttia (Kela sairausvakuutusilasto 2015). Tämä ei kuitenkaan koske työterveyshuollon asiakkaita, koska näihin palveluihin ei sisälly asiakasmaksuja.

Mikäli palvelujen saatavuus esimerkiksi suoran valinnan palveluissa paranisi, asiakkaille voisi muodostua kannustin luopua yksityisistä sairaskuluvakuutuksista. Esimerkiksi vuonna 2016 noin 40 prosenttia yksityisistä sairaskuluvakuutuksista oli lapsien vakuutuksia. Jos jokin osa perheistä luopuisi näistä vakuutuksista, tällä olisi suora vaikutus kotitalouksien asemaan. On kuitenkin vaikea tarkkaan arvioida kuinka monet kotitaloudet yksityisestä vakuutuksesta luopuisivat, koska mm. vakuutusten sisällöt ja hinnat vaihtelevat eri asiakkailla ja maakuntien asettamat tuottajakorvaukset ja muut ehdot vaikuttavat tilanteeseen myös. Toisaalta julkisen sektorin säästöpainne, mikä voi ilmentyä esim. palveluihin pääsyssä tai laadussa (jonoissa tai tasossa), voi johtaa edelleen yksityisen sairaskuluvakuutusten kysyntään.

Lakiehdotuksen mukaan asiakassetelipalvelujen tuottaja ja henkilökohtaisen budjetin tuottaja voisivat myydä asiakkaille ylimääräisiä palveluja ja varsinkin alkuvaiheessa voisi tulla epäselvyyttä siitä, mikä palvelu kuuluu palvelukokonaisuuteen ja mistä palveluista palveluntuottaja voisi periä erikseen maksun. Näistä tilanteista voisi aiheutua kotitalouksille odottamattomia kustannuksia. Omarahoitteisten palvelujen korkea hinta voisi kuitenkin hillitä edellä kuvattua toimintaa, ellei asiakkaalla olisi jonkinlaista päällekkäistä vakuutusturvaa kulujen korvaamiseksi.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.4 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset

4.4.1 Yleistä

Asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyisi, kun koko maan kattava vapaus valita palvelujen tuottaja laajeneisi esityksen mukaisesti nykyisestä. Mahdollisuus valita suoran valinnan palveluntuottaja koskisi sosiaali- ja terveyskeskuksessa yleisimmin käytettyjä terveydenhuollon palveluja, joita täydentäisi sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus, sekä suunhoidon palveluja. Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön valinta tehtäisiin erikseen, mikä mahdollistaisi valinnanvapauden molemmissa palveluissa. Asiakkaiden valinnanvapautta lisäisi myös maakunnan liikelaitoksen asiakaseteleillä hankittujen palvelujen valintamahdollisuus sekä henkilökohtainen budjetti.

4.4.2 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin

Valinnanvapauden vaikutukset asiakkaan asemaan ja itsemääräämisoikeuteen

Hallituksen esitys edistäisi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja ja merkitsisi palvelujen käyttäjien aseman syvällistä muutosta. Valinnoillaan asiakkaat pystyisivät vaikuttamaan palvelujen toteuttamiseen. Tätä vahvistaisi mahdollisuus vaihtaa suoran valinnan palveluntuottaja kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta.

Valinnanvapaus on osa ihmisen itsemääräämisoikeutta, joka on useiden perusoikeuksien sekä viime kädessä ihmisarvon kunnioittamisen taustalla oleva valtiosääntöperiaate. Lakiehdotus vahvistaisi asiakkaiden itsemääräämisoikeutta laajentamalla asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia.

Asiakas voisi halutessaan itse valita tarvitsemiensa palvelujen palveluntuottajan, palveluntuottajan palveluyksikön ja palveluja antavan ammattihenkilön tai ammattihenkilöiden moniammatillisen ryhmän sekä henkilökohtaisen budjetin kohdalla myös vaikuttaa palvelujensa sisältöön. Nykytilanteeseen nähden lakiehdotus parantaisi erityisesti sosiaalihuollon palveluja tarvitsevan asiakkaan asemaa ja valinnanmahdollisuuksia, koska nykyisessä lainsäädännössä valinnanvapautta on pääsääntöisesti vain terveydenhuollon palveluissa.

Valinnanvapauden laajeneminen parantaisi asiakkaan mahdollisuuksia toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan myös ottamalla vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja terveydestään sekä vaikuttamalla ja osallistumalla omiin palveluihinsa. Asiakasosallisuuden tiedetään lisäävän asiakkaan sitoutumista tarvitsemiinsa palveluihin, mikä voi myös joututtaa toipumista ja vähentää hoidosta aiheutuneita kustannuksia sekä asiakkaalle itselleen että yhteiskunnalle. Valinnanvapauden laajentuessa, asiakkailla on mahdollisuus tehdä valintoja ja arvioida omaa asemaansa, saamiensa palvelujen sisältöä ja vaikuttavuutta sekä reagoida havaitsemiinsa epäkohtiin. Jos asiakkaiden ohjaus, tuki ja asiakkaaksi hakeutumisen käytännöt saadaan paranemaan, paljon tukea tarvitsevien asiakkaidenkin kohdalla muutos voisi johtaa hyvään suuntaan.

Asiakassuunnitelma on keskeinen palveluintegraation toteuttamisen väline, jonka merkitys korostuu paljon palveluja käyttävien kohdalla. Tätä on käsitelty tarkemmin luvussa 4.5.3.

Tutkittua tietoa valinnanvapauden vaikutuksista on Suomessa vielä vähän (Junnila M. ym. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016). Terveydenhuoltolain ja palvelusetelin mahdollistaman valinnan lisäksi Suomessa on kokeiltu henkilökohtaisen budjetin käyttöä erityisesti vammais- ja vanhustenpalveluissa. Kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä ja toimintamalli on lisännyt asiakkaan valinnanmahdollisuuksia palvelukokonaisuuksien yksilöllisen räätälöinnin kautta. Henkilökohtaisen budjetin on nähty parantavan asiakkaan asemaa erityisesti itsemääräämisoikeuden vahvistuessa (esim. Ahlsten M. ym 2014. Tiedän mitä tahdon. Kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalveluissa). Suomessa tehdyissä kokeiluissa henkilökohtaista budjettia on käytetty erityisesti tilanteissa, joissa asiakas ei ole ollut tyytyväinen saamansa aikaisempaan palvelukokonaisuuteen.

Valinnanvapaus ei kuitenkaan sovellu yhtäläisesti kaikille asiakasryhmille. On esimerkiksi näyttöä siitä, että valinnanvapausjärjestelmä sopii huonosti heikon toimintakyvyn omaavien kotihoidon asiakkaiden tarpeisiin vastaamiseen (Kuusinen-James, K. 2016. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2016:32). Asiakkaan näkökulmasta merkityksellistä on se, että esityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvat valinnat olisivat aina asiakkaalle vapaaehtoisia ja hän saisi valintojen tekemiseen tarvittaessa tukea. Mikäli asiakas ei haluaisi tai kykenisi käyttämään valinnanvapautteen liittyviä valintaoikeuksiaan, hän saisi palvelut maakunnan liikelaitoksen kautta. Lakiehdotuksen mukaan henkilökohtaisen budjetin käyttäminen tulisi myös aina olla asiakkaan edun mukaista.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Valinnanvapauden vaikutukset asukkaiden yhdenvertaisuuteen

Palveluiden saatavuutta, saavutettavuutta ja yhdenvertaisuutta on tarkasteltu myös luvussa 4.5.2

Yhdenvertaisuutta on tarkasteltava sekä alueellisen että väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Lakiehdotuksella on vaikutuksia palvelujen alueelliseen yhdenvertaisuuteen palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa maakuntien välillä sekä maakunnan sisällä. Esitys ei muuta julkisen vallan velvoitetta turvata jokaiselle yhdenvertaisesti riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Lakiehdotus lisää palvelutarjontaa ja sitä kautta parantaisi palvelujen saatavuutta. Vaikutus näkyisi eniten siellä, missä on eniten hoitopääsyn ongelmia, eli nykyisessä perusterveydenhuollossa. Palvelujen saavutettavuus tulisi jatkossakin vaihtelevaan maakuntien sisällä ja harvaan asutuille alueille muodostuisi todennäköisesti vähemmän saatavuutta parantavaa lisätarjontaa. Eri maakuntien edellytyksiä valinnanvapauden toteuttamisessa on käsitelty luvussa 4.1.2. Maakunnan liikelaitoksien tulisi kaikissa tilanteissa varmistaa riittävät palvelut ihmisille maakunnan eri osissa.

Ennen Ruotsin uudistuksen toteuttamista maassa tuotiin esiin pelkoja siitä, että valinnanvapausjärjestelmien luominen voisi johtaa palvelujen epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen eri väestöryhmien ja alueiden kesken. Tutkimustulokset ovat kuitenkin olleet ristiriitaisia (Dahlgren C. ym. Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting, 2013; Janlöv N ym. Myndigheten för vårdanalys, 2013). Englannissa asiakkaat ovat arvostaneet valinnanvapautta. Vaikka valinnanvapauden suorina vaikutuksia on vaikea todentaa, se ei ole Englannissa saanut aikaan pelättyjä uhkakuvia mm. tasa-arvon tai laadun heikkenemisen näkökulmista. Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset ovat kohdistuneet erityisesti jonotusaikojen lyhenemiseen kiireettömässä sairaanhoidossa (mm. Whellams ja Junnila 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016; Dixon ym 2010. The King's Fund, London).

Asukkailla on oikeus yhdenvertaisiin palveluihin, joka tarkoittaa ensisijaisesti sisällöltään ja laajuudeltaan yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen mukaisesti palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä 18 maakunnalle edellytykset yhdenvertaisten palveluiden saatavuuden toteuttamiseen koko maassa parantuivat nykytilanteeseen verrattuna. Maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia koskevassa esityksessä on lisäksi varmistettu valtion ohjaukseen suhteessa palvelujen järjestäjiin. Saatavuuden yhdenvertaisuutta on asukkaille tarjottavien palvelujen ja niissä käytettävien menetelmien yhdenvertaisuus eli valtakunnallinen palveluvalikoima. Tätä ohjattaisiin säädöksillä, ohjeilla ja suosituksilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriöön perustetulle ohjausyksikölle. Jatkovalmistelussa selvitetään, onko sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakeihin tarvetta tehdä muutoksia.

Väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden valinnan mahdollisuuksissa voidaan katsoa lisääntyvän valinnanvapauslakiehdotuksen myötä. Erityisesti tämä vaikuttaisi yli 600 000 pienituloiseen, joiden valinnanvapaus ei jatkossa olisi sidoksissa tulotasoon edellyttäen, että asiakasmaksut olisivat kohtuulliset. Lisäksi työterveyshuollon ulkopuolella olevien työttömien noin 200 000 henkilön ja eläkkeellä olevien noin 1 500 000 henkilön valinnanvapaus laajenisi uudistuksen myötä huomattavasti nykyiseen verrattuna. Nykyjärjestelmässämme työterveyspalvelujen piirissä olevien valinnanvapaus on ollut muita laajempi, sillä he laajemmin ovat voineet valita käyttävätkö julkisia palveluja vai työterveyspalveluja. Myös hyvätuloisilla on ollut parempi mahdollisuus valita julkisten tai yksityisten terveyspalvelujen välillä. Esityksessä ehdotetussa valinnanvapausjärjestelmässä mahdollisuus valintoihin ei olisi riippuvainen yksilön maksukyvyistä ja keskeiset valintaoikeudet koskisivat yhtä lailla koko väestöä. Uudistuksen myönteisten vaikutusten toteutuminen edellyttäisi kuitenkin sitä, että asiakasmaksuista tai matkakustannusten omavastuusuudesta ei muodostuisi valintoja rajoittavaa taloudellista tekijää. Koska esityksessä on linjattu, että mahdolliset asiakasmaksut olisivat yhtäläiset kaikkien palveluntuottajien osalta eivätkä tuottajat voisi periä asiakkaalta julkisesti rahoitettuun palveluun liittyviä lisämaksuja, niin lähtökohtaisesti yhdenvertaisuus kasvaisi nykytilanteeseen verrattuna. Kuitenkin esityksen riskinä saattaisi olla, että asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti kohdistuisivat paremmissa asemassa oleville, koska heillä voi olla paremmat valmiudet ja kyvyt tehdä valintoja. Tämä voisi vaikeuttaa maakunnan rajallisten voimavarojen ohjautumista pienituloisille, vähän koulutetuille, työttömille, ikääntyneille ja muille riskiryhmille.

Sosiaalipalvelujen kohdalla valinnanvapauden laajeneminen ehdotetulla tavalla muuttaisi asiakkaan asemaa olennaisesti nykyiseen verrattuna, sillä nykyjärjestelmässämme valinnanvapaus on toteutunut sosiaalihuollon palveluissa vain rajallisesti. Ehdotetussa mallissa sosiaalihuollon palveluissa asiakas saisi vaikuttaa asiaansa hoitavan ammattihenkilön valintaan sekä valita palveluista vastaavan maakunnan liikelaitoksen ja sen palveluyksikön sekä palveluntuottajan asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin sisältämissä palveluissa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Valtaosa asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluista koskisi nimenomaan sosiaalihuoltoa. Toisaalta sosiaalipalveluiden puuttuminen sosiaali- ja terveyskeskusten palvelutarjonnasta rajoittaisi valinnanvapautta sosiaalipalveluissa verrattuna terveyspalveluihin.

Asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto lisäisi yhdenvertaisuutta asiakkaiden välillä suhteessa nykyisiin palvelusetelisiin, koska nykyisiä palveluseteleitä koskevat päätökset ovat kuntakohtaisia ja palvelusetelien käytön laajuus vaihtelee merkittävästi eri puolilla Suomea. Jatkossa päätöksiä tehtäisiin maakuntakohtaisesti ja asiakas voisi hankkia tarvitsemansa asiakassetelipalvelun myös toisen maakunnan alueelta. Myös nykyisiin ostopalveluihin verrattuna asiakassetelit lisäisivät olennaisesti eri asiakasryhmien yhdenvertaisuutta, koska jatkossa asiakas voisi itse valita palveluntuottajan.

Yhdenvertaisuuden näkökulmasta merkittävin haaste olisi se, että työterveydenhuollon ja opiskelijaterveydenhuollon palvelut olisivat eriytetty suoran valinnan palveluista ja muodostavat nykymuodossaan rinnakkaisia palvelujärjestelmiä, joita osa asukkaista pystyisi käyttämään ja osa ei. Rinnakkaisia (ns. päällekkäisiä) palveluja on tarkasteltu tarkemmin kohdassa 4.3.2.

Eri väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden toteutumisen kannalta ratkaisevia olisivat yksityisten palveluntuottajien hyväksymisehdot, palveluntuottajille maksettavien korvausten periaatteet sekä asiakkaiden listautumista koskevat käytännöt. Näillä tavoin maakunta voisi varmistaa, että palveluntuottajille ei synny kannustinta pyrkiä valikoimaan asiakkaitaan ja että palveluntuottajien välille ei siten synny epätarkoituksenmukaisia asiakasrakenteiden eroja. Näistä mahdollisuuksista on säännökset lakiehdotuksessa, mutta niiden käytännön vaikutus riippuisi maakuntien päätöksistä.

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja suunhoidon yksikössä voitaisiin erikoistua tuottamaan palveluja erityisesti tietyille asiakasryhmälle tai tietyille asiakasryhmille. Tämä esitetty malli voisi kannustaa palveluntuottajia palvelujen erilaistamiseen. Tämä tarjoaisi mahdollisuuksia tosiasiallisen yhdenvertaisuuden lisääntymiseen esimerkiksi siten, että eri vähemmistöryhmien erilaiset kielelliset ja kulttuuriset tarpeet otettaisiin huomioon nykyistä paremmin.

Vaikutukset heikoimmassa asemassa olevien ihmisten ja ryhmien tilanteeseen

Kyky tehdä valintoja ja käyttää valinnanvapautta ei kaikilla asiakkailla ole samanlainen. Erityisen haastavaa valinnanvapauden hyödyntäminen on paljon palveluja käyttävillä, joita on ainakin 10 prosenttia väestöstä. Asiakkaan taidot ja tiedot sekä kyky arvioida omaa palvelutarvetta sekä tietoisuus omista oikeuksista ja mahdollisuuksista ovat erilaisia. Kyvyt ja mahdollisuudet tehdä asianmukainen valinta palveluntuottajasta ja palvelun toteutustavasta vaihtelevat. Virheelliset valinnat voivat johtaa epätarkoituksenmukaisiin palvelukokonaisuuksiin viivästyttäen palveluita ja heikentäen palvelujen vaikuttavuutta. Heidän kohdallaan korostuu riittävän tuen ja avun tarjoaminen. Lakiehdotuksen vaikutuksia paljon palveluita käyttävien palveluihin on käsitelty tarkemmin luvussa 4.5.3.

Osalla asiakkaista kyky ja halu arvioida palvelujen laatua ja tehdä valintoja sen perusteella voi olla rajallinen. Tutkimukset myös osoittavat, että asiakkaat usein perustavat valintansa muihin kuin laatuun liittyviin seikkoihin (Kuusinen-James K. 2016. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2016:3). Eriarvostavaa kehitystä voidaan estää lisäämällä väestön tietoisuutta valinnanvapautteen liittyvistä oikeuksista sekä tarjoamalla erityistä tukea heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden valintojen avuksi. Tällaista tukea voidaan arvioida tarvitsevan ainakin noin 55 000–65 000 mm. kehitysvammaista ja muistisairauksia sairastavaa henkilöä.

Esityksessä ehdotettu sosiaali- ja terveyskeskusten palvelutarjontaan sisältyvä sosiaalihuollon ammattihenkilön antama ohjaus- ja neuvontapalvelut tulisivat olemaan tärkeässä roolissa, kun pyritään tunnistamaan ja löytämään sosiaalihuollon tuen tarpeessa olevia asiakkaita ja ohjaamaan heitä tarvittavien palvelujen piiriin. Sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan ulottaminen kaikkiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin lisäisi asukkaiden tietoisuutta saatavilla olevista sosiaalihuollon palveluista ja voisi madaltaa kynnystä hakeutua tarvittaviin palveluihin. Riittävän varhain ja oikea-aikaisesti tunnistettu avun tarve ja oikein kohdennettu ohjaus ja neuvonta voisivat ennalta ehkäistä ongelmien kasautumista ja vaikeutumista.

Hyvin toimivissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa kyettäisiin tehokkaasti tunnistamaan ja hoitamaan esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä ja tarvittaessa konsultoimaan ajoissa psykiatrissa erikoissairaanhoidtoa. Sosiaalihuollon liikkuvien palvelujen avulla sosiaali- ja terveyskeskuksiin voitaisiin tuoda myös tarvittavaa sosiaalihuollon osaamista ja palveluja ja tarvittaessa joustavasti ohjata asiakas sosiaalihuollon palvelujen, esimerkiksi sosiaalisen kuntoutuksen piiriin. Asiakas voitaisiin tarvittaessa myös opastaa järjestöjen tarjoaman vertaistuen piiriin. Näin toimittaessa mielenterveyspotilaiden alkuvaiheen hoito ja tuki

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

tehostuisivat nykytilanteeseen verrattuna. Vaikeista tai keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien osuus on ainakin 5–6 prosenttia väestöstä. Järjestäjän eli maakuntien on myös huolehdittava sosiaali- ja terveyskeskuksissa tarjottavan terveydenhuollon ammattihenkilöiden toteuttaman perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen sekä maakunnan järjestämien ko. palvelujen yhteensovittamisesta esimerkiksi liikkuvan sosiaalihuollon yksikön avulla, jotta hoitoketjujen sujuvuus voidaan taata ja siten saavuttaa mm. uudistukselle asetetut terveyserojen kaventamisen tavoitteet. Myös riittävä tuki tämän kohderyhmän osalta mm. asiakaseteleiden käytössä (esim. psykoterapian osalta) on maakunnan järjestämistehtävässä keskeistä uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Esityksen mukaisella henkilökohtaisella budjetilla voitaisiin rakentaa asiakaslähtöisempiä palvelukokonaisuuksia pitkäaikaista tukea ja palveluita tarvitseville. Henkilökohtainen budjetti lisäisi valinnanvapautta ja vahvistaa vaikeassa asemassa olevien ja paljon sosiaalipalveluita tarvitsevien asiakkaiden itsemääräämisoikeutta.

Iäkkäät henkilöt ja valinnanvapaus

Suurin osa iäkkäistä henkilöistä käyttää samoja palveluja kuin muukin väestö ja kykenee tekemään palvelujaan koskevia valintoja. Todellisen valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että tuottajaverkko on riittävän laaja ja palvelut monipuolistuvat myös vanhuspalvelujen osalta. Hyvin toteutuessaan esityksessä ehdotettu valinnanvapausmalli voi vahvistaa iäkkäiden henkilöiden itsemääräämisoikeutta.

Jos iäkkään henkilön toimintakyky heikkenee ja palveluntarve lisääntyy, voi valintojen tekeminen ja palvelujen yhteensovittaminen aiheuttaa haasteita. Tällöin palveluohjauksen tarve korostuu. Myös omaisten rooli ja merkitys nousee entistäkin tärkeämmäksi. Käytännössä olisi tärkeää löytää myös keinoja mahdollisten ristiriitatilanteiden (esim. erimieliset asiakkaat, omaiset tai ammattilaiset) ratkomiseen, kun tuottajaverkko potentiaalisesti monipuolistuu.

Palvelujen saatavuus voisi parantua ja odotusajat lyhentyä myös iäkkäiden henkilöiden kohdalla, kun myös sosiaalipalveluja otettaisiin esityksen mukaan asiakasetelin piiriin ja tuottajaverkko monipuolistuisi. Asiakaseteli kotipalveluissa, kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa, asumispalveluissa sekä lääkinnällisessä kuntoutuksessa lisäisi valinnanvapautta ja palvelujen tosiasiallista saatavuutta ja vaihtoehtoja monissa iäkkäiden tarvitsemissa palveluissa ja vahvistaisivat siten itsemääräämisoikeutta. Parhaassa tapauksessa erilaiset yksilölliset tarpeet huomioivat ja myös iäkkäitä asiakkaita palvelevat innovaatiot lisääntyisivät (etäkonsultaatiot, sähköiset ja liikkuvat palvelut). Uudenlaisista ja helpommin saatavilla olevista palveluista hyötyisivät myös ne iäkkäät, joilla on hankaluuksia päästä palvelujen piiriin huonojen kulkuyhteyksien tai huonon toimintakyvyn takia.

Esityksen mukaan maakunnan olisi otettava henkilökohtainen budjetti käyttöön iäkkäiden henkilöiden palveluissa. Henkilökohtaisen budjetin tavoitteet ovat hyvin linjassa sosiaalihuoltolain (1301/2014) tavoitteiden kanssa ja tukisivat erityisesti iäkkäiden henkilöiden itsemääräämisoikeutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yksilöllisten tarpeiden mukaisessa toteutuksessa sekä aktiivisessa roolissa oman terveyden ja hyvinvoinnin parantamisessa.

Suomessa toteutetuissa kokeiluhankkeissa henkilökohtainen budjetti on sovelnut hyvin iäkkäiden ja vammaisten palveluihin ja henkilökohtaista budjettia on usein käytetty onnistuneesti tilanteissa, joissa asiakas ei ole ollut tyytyväinen aiemmin saamaansa palvelukokonaisuuteen.

Esitetty henkilökohtaisen budjetin malli ei kuitenkaan lisää iäkkään henkilön valinnanvapautta niissä tilanteissa, joissa henkilö ei kykene itse eikä tuettuna suunnittelemaan ja hallinnoimaan palvelukokonaisuuttaan. Tällöin henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle asetetut kriteerit eivät täyty ja budjettia ei lakiehdotuksen mukaan tule myöntää, vaan palvelut on järjestettävä muilla tavoin, esim. asiakasetelipalveluina tai maakunnan omana palvelutuotantona.

Ohjauksen ja neuvonnan sekä hoidontarpeen arvioinnin jakautuminen joissain tilanteissa sosiaali- ja terveyskeskukselle ja maakunnan liikelaitokselle saattaa hidastaa palvelujen saamista. Etenkin paljon palveluja tarvitsevien iäkkäiden henkilöiden kohdalla on varmistettava, että asiakas saa ymmärrettävää tietoa eri toimijoiden rooleista ja vastuista, jotta hän tietää mitä valitsee. Tämä edellyttää, että asiakkaalle on saatavissa riittävästi palveluohjausta yleisen ohjauksen ja neuvonnan lisäksi. On myös varmistettava, ettei päätöksenteko viivästyä palvelujen saamista.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Vammaiset henkilöt ja valinnanvapaus

Vammaispalvelujen avulla kompensoidaan vammaisuuden tai pitkäaikaisen sairauden aiheuttamia toimintarajoitteita, jotta henkilöt voisivat elää tavanomaista elämää yhdenvertaisesti muun väestön tavoin. Jo nykyisin vammaispalveluissa tulee toteuttaa asiakaslähtöistä tarpeiden arviointia ja palvelujen yksilöllistä suunnittelua. Palvelujen toteutuksessa on osin jo nyt valinnanvapautta mm. henkilökohtaisen avun työnantajamallissa ja palveluseleleissä.

Esityksen mukainen asiakasseteli asumispalveluissa, kotipalveluissa, työtoiminnassa, kotihoidossa ja kotisairaanhoidossa, lisäksi valinnanvapautta monissa vammaisten henkilöiden tarvitsemissa palveluissa ja vahvistaisivat heidän itsemääräämisoikeuttaan. Palveluntuottajille annettavat velvoitteet tietojen antamiseen toiminnastaan tukisivat asiakkaan valintoja edellyttäen, että tietoa esimerkiksi toimintatilojen esteettömyydestä olisi systemaattisesti saatavilla.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan olisi otettava henkilökohtainen budjetti käyttöön sääntelyn linjausten mukaisesti vammaisten henkilöiden palveluissa. Henkilökohtaista budjettia koskeva sääntely laajentaa vammaisten henkilöiden itsemääräämisoikeutta. Kuten iäkkäiden kohdalla, Suomessa toteutetut henkilökohtaisen budjetin kokeiluhankkeet ovat antaneet tukea henkilökohtaisen budjetin soveltuvuudelle vammaispalveluissa.

Myös vammaisten henkilöiden osalta olisi tärkeää huolehtia siitä, että asiakas saa tarvitsemansa tuen henkilökohtaisen budjetin suunnitteluun ja käyttöönottoon. Järjestäjänä maakunnan olisi esityksessä ehdotetun mukaan huolehdittava vammaisten asiakkaiden tosiasiallisista mahdollisuuksista käyttää valinnanvapautta myös niissä tilanteissa, joissa esimerkiksi kognitiivisen toimintakyvyn puutteet tai käytännön ongelmat kuten tietokoneen puute rajoittavat asiakkaan mahdollisuuksia valintoihin. Tutkimukseen mukaan vammaiset henkilöt arvostavat valinnanvapautta erittäin paljon ja valtaosa esimerkiksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapiaa saaneista asiakkaista pystyi tekemään tuottajan valinnan joko itsenäisesti tai yhdessä läheisten kanssa (Pitkänen V. ja Pekola P. 2016. Kela työpapereita 86.).

Henkilökohtaisen budjetin taloudellisia vaikutuksia on arvioitu kohdassa 4.3.4.

Yhdenvertaisuus maakuntien välillä

Lakiehdotuksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus laajenisi vaiheittain vuodesta 2020. Kukin vaihe toteutetaan samanaikaisesti koko maassa, millä varmistetaan alueellinen yhdenvertaisuus lain toimeenpanossa.

Kaikilla maakunnilla ei olisi samanlaisia mahdollisuuksia esityksessä ehdotetun valinnanvapausjärjestelmän edellyttämän monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiseen ja sitä kautta valinnanvapauden toteuttamiseen. Tästä näkökulmasta olisi mahdollista, ettei valinnanvapauden alueellinen yhdenvertaisuus täysin toteutuisi. Kaikilla asiakkailta olisi kuitenkin yhtäläiset valintaoikeudet, jotka mahdollistaisivat valinnat myös toisten maakuntien alueilla. Todennäköisesti parhaimmat edellytykset monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiseen olisi viidellä suurimmalla maakunnalla, joissa sijaitsevat myös suurimmat kaupungit. Lisäksi maakunnilla saattaisi olla haasteita valinnanvapauden toteuttamisessa maakunnan väestön pienen väestömäärän, harvan asutuksen, henkilöstövajeen tai sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan vähyiden vuoksi. Maakunnat voisivat kuitenkin aina varmistaa palvelut kansalaisille omalla tuotannollaan.

Maakuntien välisiä eroja on käsitelty tarkemmin luvussa 4.1.2.

Vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin

Lakiehdotuksen vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin syntyisivät useiden samanaikaisten mekanismien kautta. Tarjonnan lisääntyminen nopeuttaisi palveluihin pääsyä, ehkäisisi ongelmien kasautumista ja pitkittymistä ja vähentäisi erityistason palveluiden tarvetta. Suomessa yli puolessa kiireettömässä lääkärin vastaanottokäynnissä odotustaika hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen on ollut yli viikko ja erityisesti tätä lakiehdotus todennäköisesti lyhentäisi. Asiakassetelien avulla myös varhaisen tuen palvelujen (kuten kotipalvelun) saatavuus todennäköisesti parantuisi, mikä myös edistäisi väestön hyvinvointia.

Parantunut palvelujen saatavuus voisi myös lisätä palvelujen kysyntää suhteessa nykyiseen. Ruotsissa on havaittu valinnanvapausjärjestelmän käyttöönoton johtaneen vähäisiin terveysongelmiin liittyvien vastaanottokäyntien lisääntymiseen. Vakavammissa terveysongelmissa käyntien määrä on lisääntynyt

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

vähemmän (Myndigheten för vårdanalys 2013). Toisaalta korvauskäytännöllä on pystytty kasvattamaan yksityisten tuottajien määrää eniten niillä alueilla, joissa sairastavuus on korkea (Anell A. ym 2016. Lund University 2016:24).

Vaikutukset ihmisten hyvinvointikäyttäytymiseen, hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiin ja kansantautien riskitekijöihin riippuisivat siitä, missä määrin maakunnat kykenisivät ohjaamaan tuottajia toteuttamaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistehtävää ja velvoittamaan ne yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa.

Suomen erityinen ongelma ovat suuret ja jatkuvasti kasvavat väestöryhmien erot terveydessä ja hyvinvoinnissa. Väestön hyvinvointia ja terveyttä edistetään ja näihin liittyviä väestöryhmien eroja kavennetaan vaikuttamalla laaja-alaisesti väestön elinolosuhteisiin sekä terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin. Ehkäisevät terveyspalvelut kuten terveystarkastukset sekä avosairaanhoidon palvelut ovat keskeisessä roolissa hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa. Tarjonnan lisääntyminen ja hoitoon pääsyn nopeutuminen suoran valinnan palveluissa (ja toisaalta luvussa 4.4.2. tarkemmin käsitelty asiakkaiden yhdenvertaisuuden lisääntyminen) ja palveluun pääsy asiakassetelipalveluissa voisivat kaventaa väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja.

On arvioitu, että kansanterveysongelmia voitaisiin merkittävästi vähentää, jos ongelman yleisyys väestössä olisi sama kuin korkeasti koulutetuilla. THL:n arvion mukaan esimerkiksi työikäisten sepelvaltimotautikuolemia voidaan vähentää noin 50 prosenttia, alkoholikuolemia 60 prosenttia ja hengityselinsairauksista aiheutuvia kuolemia 75 prosenttia. Lisäksi on arvioitu, että voidaan vähentää diabeteksen esiintyvyyttä 30 prosenttia, selkäsairauksien esiintyvyyttä 30 prosenttia sekä toimintakyvyn rajoituksista johtuvaa päivittäisen avun tarvetta 50 prosenttia (Manderbacka, K. ym, 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017).

Suomen väestöstä ulkomaalaistaustaisia on yli kuusi prosenttia ja ulkomaalaistaustaisen väestön määrä kasvaa jatkuvasti. Alueellisen tarkastelun lisäksi tärkeää on huomioida eri ryhmien välillä ja sisällä vallitsevat hyvinvointi- ja terveyserot (Castaneda AE. ym. (toim.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Raportti 61/2012.) Ulkomaalaistaustaisten lisäksi Suomen väestöön kuuluu myös perinteisiä kieli- ja kulttuurivähemmistöjä kuten romanit ja saamelaiset, joilla voi olla koko väestöstä poikkeavia palvelutarpeita.

Kaikkiaan esityksellä voisi olla myönteisiä vaikutuksia hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumiseen ja palveluiden saatavuuteen silloin, kun maakunnalla on vahva järjestämistote palveluiden tuottamiseen, markkinoille syntyy riittävästi palveluntuottajia ja asiakkaalla on kyky ja mahdollisuudet käyttää valinnanvapautta.

Digitalisaation vaikutukset asiakkaisiin

Nykyisin asiakkailla ei ole käytännön mahdollisuutta koko maan kattavaan kuntien ja alueiden väliseen palveluntuottajien valintaan, koska tietojärjestelmien erilaisuus ja saatavilla olevan tiedon niukkuus tarjolla olevista palveluista rajoittavat valinnan mahdollisuuksia. Tietojärjestelmien näkökulmasta lakiehdotus siten parantaisi asiakkaiden valinnanvapauden edellytyksiä nykytilaan verrattuna. Nykyisen terveydenhuoltolain tarjoamat valinnanvapausmahdollisuudet eivät ole väestön tiedossa, valintaoikeuden käyttämisen helppous vaihtelee kuntakohtaisesti ja valinnan tueksi tarvittavaa vertailutietoa on yleisesti heikosti saatavilla.

Lakiehdotuksen mukaan asiakas ilmoittaisi sosiaali- ja terveyskeskuksen, suunhoidon yksikön ja maakunnan liikelaitoksen valinnasta maakunnalle valtakunnallista tiedonhallintapalvelua käyttäen, tai kirjallisesti. Lakiehdotuksen mukaan sähköinen ilmoitus tehtäisiin kansalaisen käyttöliittymän (Omakanta) yhteydessä, jota Kela ylläpitää. Tämä helpottaisi valinnan tekemistä etenkin niiden kohdalla, jotka ovat tottuneet käyttämään Omakanta-palveluja. Valinnanvapauden toteutumisen kannalta olisi merkittävää, missä määrin valinnan tekeminen onnistuisi niiden osalta, jotka eivät ole vielä koskaan käyttäneet Omakanta-palveluja. Sähköisten palvelujen käyttö kuitenkin laajenee koko ajan: omakanta-palvelua on Suomessa käyttänyt 2,17 miljoonaa henkilöä ja vuodessa yksittäisiä kirjautumisia tapahtuu noin 12 miljoonaa.

Valinnanvapauden laajentamisen esityksen mukaisesti voitaisiin katsoa edistävän digitaalisten palvelujen leviämistä. Suomessa digitaalisten palveluiden käyttötaidot ja käyttöaktiivisuus ovat eurooppalaisittain vertaillen hyvällä tasolla: yli yhdeksänkymmentä prosenttia suomalaisista käyttää Internetiä säännöllisesti. Valinnanvapauden tosiasiallinen toteutuminen digitaalisia välineitä hyödyntäen edellyttää kuitenkin riittäviä kognitiivisia taitoja, kykyä ja halua sekä riittävien selkeästi ja helposti ymmärrettävästi määriteltyjä tietosisältöjä. Valinnanvapauden kansalaisille näkyvä vertailutietopohja tarjottaisiin Suomi.fi - palvelussa. Jotta kansalaisten valinnanvapaus voisi toteutua lakiehdotuksen mukaisesti, tarvittaisiin valinnan tueksi

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

tarjottavaan tietoon myös merkittävä laadullinen parannus nykytilanteeseen verrattuna. Tarvittaisiin muun muassa palvelujen laatua ja sisältöä kuvaavia mittareita, joiden valmistelu on jo kansallisesti aloitettu.

Rajat ylittävä terveydenhuolto

Eduskunnan käsiteltävänä on hallituksen esitys rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain ja sairausvakuutuslain muuttamiseksi (HE 68/2017). Hallituksen on tarkoitus antaa täydentävä esitys, jossa tehdään kotimaisen valinnanvapauden toteuttamismallin muuttumisen johdosta tarpeelliset muutokset.

Hallituksen esityksessä HE 68/2017 on arvioitu rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevien säännösten muutoksen vaikutuksia (luku 4). Siltä osin kuin rajat ylittävän terveydenhuollon palveluiden käytön perusteena ovat olleet kotimaisen valinnanvapauden rajoitukset, valinnanvapauden laajentaminen todennäköisesti vähentäisi tarvetta käyttää ulkomaisia palveluita. Lukumääräisesti merkittävä osa rajat ylittävän terveydenhuollon palveluiden käytöstä kohdistuu hammashoittoon, jossa hoitopaikan valitsemisoikeutta merkittävämpi syy ulkomaisten palveluiden käyttöön on ulkomainen kustannustaso ja kotimainen yksityisen hoidon sairausvakuutuskorvausten taso. Mikäli julkisen hammashoidon saatavuus paranee, yhä harvemman asukkaan voidaan olettaa hakeutuvan ulkomaille hoitoon.

Esitys ei muuttaisi ulkomailta Suomeen terveyden- ja sairaanhoitoon hakeutuvan henkilön asemaa.

4.4.3 Kielelliset oikeudet

Ruotsinkielisen väestön määrä on laskenut hitaasti vuoden 2012 jälkeen. Alueilla, joilla kieliryhmät ovat samansuuruisia tai joilla pienemmän kieliryhmän suhteellinen osuus on kohtalaisen suuri, kielelliset oikeudet toteutuvat nykyisin pääosin hyvin. Tämä johtuu siitä että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö on usein kaksikielistä. Alueilla, jolla toista kansalliskieltä puhuvien osuus on pieni, kielellisten oikeuksien toteutumien käytännössä vaatii tälläkin hetkellä erityistä suunnittelua ja esityksen myötä vastaava tilanne todennäköisesti säilyisi ennallaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus laajentaisi kielellisten oikeuksien maantieteellistä aluetta niissä maakunnissa, joista tulisi kaksikielisiä. Nykyisin kaksikielisyyden alue määräytyy kunnan rajojen mukaan, mutta uudistuksessa kaksikielisyys tulisi koskemaan maakuntia, joiden alueella on yksikin kaksikielinen kunta. Lisäksi nykyisin yksikielisen Etelä-Pohjanmaan olisi järjestettävä päivystyspalvelut kaksikielisesti.

Yksityisen suoran valinnan palveluntuottajan olisi tuotettava palvelut kunnan kielellä yksikielisen kunnan palveluyksiköissä sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisisä kunnissa. Tämä merkitsisi, että suomen- ja ruotsinkieliset ihmiset olisivat lakiehdotuksen mukaan yhdenvertaisessa asemassa, koska asiakkaalla olisi kaksikielisessä kunnassa aina mahdollisuus valita palveluntuottaja myös kieliperusteella. Lisäksi kaksikielisessä maakunnassa maakunnan liikelaitoksen ylläpitämistä sosiaali- ja terveyskeskuksista ja suunhoidon yksiköistä palvelua pitäisi antaa sekä suomeksi että ruotsiksi.

Käytännön mahdollisuuksiin saada omakielisiä palveluja vaikuttaisi myös toimijoiden tosiasiallinen kyky järjestää palvelunsa sekä suomeksi että ruotsiksi tai siten että saamelaisella olisi mahdollisuus käyttää saamen kieltä tai viittomakielisellä viittomakieltä. Asiaan vaikuttaa muun muassa henkilökunnan käytännön kielivaranto, asiakkaan kielen tunnistaminen sekä kielellisten oikeuksien tuntemus. Hallituksen kertomuksessa kielilain soveltamisesta 2017 todetaan, että nykyisin muut kuin suomenkieliset ovat tyytymättömiä kielellisten oikeuksien toteutumiseen sosiaali- ja terveyshuollossa. Ruotsinkielisen paikallisen vähemmistön antama keskiarvosana sosiaali- ja terveyspalveluille on selvästi korkeampi alueilla, joissa ruotsinkielisten osuus on suuri kuin alueilla, joilla ruotsinkielisiä on lukumääräisesti paljon. Suurin yksittäinen syy on, että suomenkielisillä alueilla on rekrytointivaikeuksia. Tilanteen todennäköisesti jatkuisi ennallaan esityksen myötä. Toisaalta, kun asiakas voisi jatkossa valita nykyistä laajemmin palveluntuottajan perusterveydenhuollossa ja etsiä omakielisiä palveluja sosiaalihuollossa asiakassetelin tai joissakin tapauksissa henkilökohtaisen budjetin avulla, valinnanvapaus voisi myös parantaa tosiasiallisia mahdollisuuksia saada palveluja omalla kielellä. Näin todennäköisesti olisi ainakin alueilla, joilla ruotsinkielisen väestön suhteellinen osuus on suurin, kielitaitoista henkilöstöä on keskimääräistä paremmin saatavilla ja tuottajilla on mahdollisuus käyttää kielisyyttä myös vetoimatekijänä.

Edellä mainitun kielilain soveltamista koskevan kertomuksen perusteella ruotsinkieliset vaihtavat kieltä herkemmin kuin suomenkieliset, koska moni ruotsinkielinen puhuu myös suomea. Tästä huolimatta, on vaikea arvioida miten ruotsinkielinen väestö käyttäytyisi valinnanvapauden lisääntyessä. Voidaan kuitenkin olettaa, että erityisesti lapset, vanhuksat ja vammaiset henkilöt käyttäisivät jatkossakin ruotsinkielisiä palveluja.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Ruotsinkielisestä väestöstä suurimman ryhmän muodostavat Uudenmaan maakunnassa asuvat yli 130 000, Pohjanmaan maakunnassa noin 85 000, Varsinais-Suomen maakunnassa noin 30 000 ja Keski-Pohjanmaan maakunnassa noin 12 000 henkilöä. Heidän osaltaan lakiehdotus ei välttämättä muuttaisi nykyistä mahdollisuutta saada palveluja äidinkielellään. Kilpailun toteutuessa ja maakunnan sopimusohjauksen myötä erityisesti kaupungeissa mahdollisuudet saada palveluja äidinkielellään saattaisivat parantua nykyisestä. Kaupungit, joissa on lukumääräisesti eniten ruotsinkielistä väestöä, ovat Helsinki, Espoo ja Raasepori. Tilanteen paraneminen edellyttäisi toimenpiteitä myös maakunnilta järjestäjänä. Palvelu asiakkaan omalla kielellä tulisi nähdä osana laatua ja asiakastyytyvää ja edellä mainittuja tulisi seurata myös kielellisestä näkökulmasta. Maakunta voisi myös ottaa palvelukyvyn muilla kuin suomenkielellä osaksi tuottajan korvausta.

Lapin maakunnassa saamelaisilla on oikeus käyttää saamen kieltä kotiseutualueella tuotettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä sellaisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa, joita ei kotiseutualueella tuoteta, esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluissa. Jos saamenkielisiä palveluja ei pystytä järjestämään koulutetun ja saamenkieltä osaavan henkilöstön puutteen vuoksi, saamenkielinen tulkkaus täyttää lain vaatimukset. Saamenkielisen palvelun tosiasialliseen saantiin valinnanvapaudella olisi vain vähän vaikutusta, sillä ongelmana on puute saamenkielentaitoisesta ammattihenkilöstöstä.

Jos sosiaali- tai terveydenhuollon henkilöstö ei hallitse muita kuin suomen tai ruotsin kieliä tai asiakas ei aisti- tai puhevamman tai muun syyn vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on palveluja annettaessa mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta ja tulkin hankkimisesta. Asiakkaan valinnanvapauden toteuttaminen ei muuttaisi näitä velvoitteita ja maakunnan olisi huomioitava asia tehdessään sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien palveluntuottajien kanssa sekä muissa palvelujen hankinnoissaan. Maakunnalla olisi kuitenkin kuntia isompana palvelujen järjestäjänä paremmat mahdollisuudet myös kielellisten erityisryhmien huomioon ottamiseen. Se voisi isomman kokonsa ja resurssiensa vuoksi koota ja keskittää asiantuntemusta, tarjota etäpalveluja ja tukea palveluntuottajia. Uudistukseen liittyvä pyrkimys digitaalisten palvelujen lisäämiseen loisi myös mahdollisuuksia edellyttäen, että kehittämistyössä otettaisiin myös kielelliset ja kommunikaatiotapoihin liittyvät asiat huomioon.

Asiakkaan valinnanvapaus saattaisi luoda uudenlaisia mahdollisuuksia valinnanvapausjärjestelmän piirissä oleville palveluntuottajille luoda lainsäädäntöä laajempia kielellisiä palveluja erityisesti niille alueille, joilla on paljon tietyn kielisiä asiakkaita. Kiireettömässä hoidossa potilas voisi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Tällöin hänellä olisi mahdollisuus valita haluamansa toimipaikka myös kielellisin perustein. Oikeudesta käyttää muuta kieltä kuin suomea, ruotsia tai saamea hoitotilanteissa ei ole erikseen säädetty, mutta asiakkaan äidinkieli ja kulttuuri olisi mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon. Esitys parantaisi palveluntuottajien mahdollisuuksia halutessaan painottaa palveluissaan kielellisiä ja kulttuurisia asioita. Alueilla, joilla vähemmistökieliä puhuvien lukumäärä ja osuus on pieni, kielellisten oikeuksien toteutuminen vaatisi erityistä suunnittelua, mutta valinnanvapaudesta huolimatta erot eri alueiden välillä todennäköisesti pysyisivät suurina.

4.4.4 Sukupuolivaikutukset

Nykyisin sukupuolten välillä on eroja hyvinvoinnissa, sosiaalisessa osallisuudessa, terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Sukupuoli on keskeinen erottava tekijä myös väestöryhmittäisissä tarkasteluissa. Esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden vaikutus on miehillä huomattavasti suurempi kuin naisilla.

Tutkimusten mukaan miehet käyttävät naisia vähemmän terveyspalveluja vaikka väestötasolla heidän terveystensä on naisia huonompi esimerkiksi odotettavissa olevalla eliniällä mitattuna. Koska naiset elävät keskimäärin miehiä pidempään ja enemmistö ikääntyneistä on naisia, terveyden sukupuoliero kasvaa sitä mukaa, mitä iäkkäimmistä henkilöistä on kyse (OECD 55/2011; Nguyen, L. & Seppälä, T. (2014) ja Martelin, T. ym. (2014) teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014).

Esityksen sukupuolivaikutukset kohdistuisivat eri tavoin naisiin ja miehiin palvelujen käyttäjinä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja naisten osuus palvelujen käyttäjinä lisääntyy iän myötä, joten valinnanvapauden laajentuminen koskettaisi useammin naisia kuin miehiä. Uudistuksella olisi kuitenkin mahdollisuus saavuttaa merkittäviä ja moniulotteisia tasa-arvovaikutuksia, jos ne tunnistettaisiin ja otettaisiin huomioon jo suunnitteluvaiheessa, esimerkiksi laadittaessa maakunnan palvelustrategiaa ja julkista palvelulupausta.

Mikäli uudistuksella saataisiin vahvistettua perustasoa ja integroitua palveluja siten, että erityisesti heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden palvelujen riittävä ja oikea-aikainen saanti paranisi, voitaisiin uudistuksella todennäköisesti tasoittaa naisten ja miesten hyvinvointieroja sekä parantaa erityisesti miesten hyvinvointia ja terveyttä.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Miehet hakeutuvat naisia harvemmin hoitoon ja palveluihin, joten palveluohjauksella, neuvonnalla ja tuella tulisi olemaan valintatilanteessa tärkeä rooli erityisesti miesten palvelujen käytössä. Esitetyssä valinnanvapausmallissa erot palvelujen käytössä olisi huomioitu myös suoran valinnan palvelujen tuottajakorvauksissa, jotka perustuisivat kansallisiin tarvetekijöihin kuten ikään ja sukupuoleen. Näin tuottajakorvauksissa voitaisiin huomioida tuottajalle asiakkaasta potentiaalisesti muodostuvia kustannuksia, jotka voisivat vaihdella esim. sukupuolien välillä.

Esityksellä olisi sukupuolivaikutuksia myös henkilöstön näkökulmasta, koska sosiaali- ja terveydenhuolto on huomattavan naisvaltainen ala. Näin olleen esityksen vaikutukset koskettaisivat useammin naistyöntekijöitä. THL:n sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöä koskevien tilastojen mukaan kunnallisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa naisten osuus vuonna 2014 oli yli 90 prosenttia henkilöstöstä ja miesten osuus vastaavasti hieman alle 10 prosenttia. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tarkoittaa valtavaa uudistusta naisvaltaisen alan työmarkkinoilla.

Uudistuksesta syntyvät henkilöstövaikutukset kohdistuisivat erityisesti naisiin. Merkittävin muutos olisi työnantajan vaihtuminen ja etenkin siirtyminen julkiselta työnantajalta yksityisen yrityksen palvelukseen. Myös työtehtävät saattaisivat muuttua, kun palveluja uudistetaan.

Esityksellä voisi myös olla merkittäviä vaikutuksia pieniin sosiaali- ja terveysalan palveluja tarjoaviin yrityksiin, joista suurin osa on alle 10 hengen yrityksiä. Näistä valtaosa on naisten omistamia, ja usein kysymys on yksinyrittäjyydestä. Näiden (nais-)yrittäjien aseman turvaaminen palveluntuottajina olisi sukupuolinäkökulmasta tärkeää.

Muita henkilöstövaikutuksia on arvioitu kohdassa 4.7.

4.4.5 Lapsivaikutukset

Järjestämislakiehdotuksen mukainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun kokoaminen maakuntiin parantaisi mahdollisuuksia turvata lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus, laatu ja yhdenvertaisuus nykyistä paremmin. Järjestämislakiehdotukseen mukaan maakunta määritteli lasten ja nuorten sekä perheiden palvelukokonaisuuksien toteuttamisen. Maakunnan olisi myös tarpeen erikseen arvioida tekemiensä palveluratkaisujen vaikutusta lasten, nuorten ja perheiden palveluihin.

Esityksen mukaan neuvolapalvelut kuuluisivat liikelaitoksessa annettaviin palveluihin ja sisältäisivät myös suun terveydenhuollon neuvolapalvelut. Tämä vahvistaisi lasten, nuorten ja perheiden palvelujen integraatiota ja palvelukokonaisuuden toteutumista. Lakiehdotuksen mukaisella palveluintegraatiolla maakunnan liikelaitoksessa voitaisiin saavuttaa hyötyä erityisesti silloin, kun lapset, nuoret ja perheet tarvitsevat moniammatillisia palvelukokonaisuuksia, esimerkiksi silloin kun lapset tai nuoret ovat lastensuojelun asiakkaita. Lasten, nuorten ja perheiden palveluissa tärkeää on ennaltaehkäisy ja ongelmatilanteiden uhatessa varhain käynnistyvä tuki. Sosiaali- ja terveyskeskuksissa tätä voitaisiin tukea lakiehdotuksen mukaisella suoran valinnan palveluihin sisältyvällä sosiaalihuollon neuvonnalla ja ohjauksella. Lakiehdotuksessa esitetty liikelaitoksen palvelutuotanto, jonka organisointitapoihin maakunnalla on paljon päätäntävaltaa, mahdollistaisi vaihtoehtoja esimerkiksi lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelman mukaisen perhekeskusmallin toimeenpanoon.

Lakiehdotuksen mukaan alaikäisen asiakkaan puolesta palveluntuottajan valinnan tekisi huoltaja tai muu laillinen edustaja, mutta 15 vuotta täyttänyt lapsi voisi tehdä itse palveluntuottajan valinnan. Jos viisitoista vuotta täyttäneen alaikäisen ja laillisen edustajan näkemykset valinnasta eroavat toisistaan, alaikäisen mielipide on määrävä.

Lapsen ja nuoren kuuleminen ja osallisuuden vahvistaminen ovat hyviä keinoja vahvistaa lasten ja nuorten valinnanvapautta silloinkin, kun lapsi tai nuori ei itse voi valita palveluntuottajaa. Ikärajojen kategorinen ja järjestelmälähtöinen käyttäminen voi kuitenkin ajaa tilanteisiin, jotka eivät ole lapsen edun mukaisia, jos lapsen tai nuoren tosiasiallista kykyä tehdä tietoon perustuvaa päätöstä ei huomioida. Lastensuojelun palvelujen rajaaminen liikelaitoksen ja sen palvelupisteen valinnan ulkopuolelle turvaa mahdollisuuksia lapsen edun mukaiseen, pysyvään asiakkuussuhteen muodostumiseen lastensuojelupalveluissa. Valinnanvapauden rajoitukset lastensuojelussa eivät estä sitä, etteivät myös lastensuojelun asiakasperheet voisi yksikön toiminnan mahdollistamissa rajoissa vaikuttaa palveluja antavan ammattihenkilön valintaan. Myös tällä mahdollisuudella on merkittävä vaikutus luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiseen, joten mahdollisuus siihen olisi tärkeää järjestää mahdollisimman monelle.

Finanssialan Keskusliiton mukaan noin 40 prosenttia yksityisistä sairaskuluvakuutuksista oli lapsien vakuutuksia vuonna 2016. Valtonen ym. (2014) toteuttaman kyselytutkimuksen mukaan lähes puolella

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

miljoonalla lapsella ja 52 prosentilla suomalaisista lapsiperheistä oli vuonna 2014 yksityinen sairaskuluvakuutus ja ko. vakuutus näytti johtavan yksityisten palvelujen käyttöön ja erityisesti lasten lisääntyneeseen palvelukäyttöön (Valtonen H. ym. 2014. Kela, Working papers 65, 2014). Lakiehdotuksen mukainen valinnanvapauden laajentuminen todennäköisesti parantaisi lääkäripalveluihin pääsyä nykyisiin julkisiin terveyskeskuspalveluihin verrattuna ja voisi sitä kautta johtaa lapsille otettujen yksityisten terveysvakuutusten määrän vähenemiseen ja lasten terveyspalvelujen yhdenvertaisuuden parantumiseen. Mikäli valinnanvapaus vähentäisi lapsiperheiden kokemaa tarvetta hankkia yksityisiä terveysvakuutuksia, voisi se osaltaan parantaa julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen legitimitettä, kun aikaisempaa suurempi osa järjestelmää rahoittavista perheistä olisi julkisesti rahoitettujen palvelujen piirissä.

Lasten ja nuorten palveluista palveluntuottajan, palveluyksikön tai toimipisteen valinta ei koskisi lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun lisäksi myöskään kouluterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa, vaan nämä valikoituisivat opiskelupaikan perusteella. Näin koulunkäyntiin ja opiskeluun tiiviisti nivoutuvat palvelut toteutettaisiin jatkossakin matalan kynnyksen lähipalveluna koulu- ja opiskeluympäristöissä, mutta myös näissä palveluissa voisi lakiehdotuksen mukaan olla valinnanvapautta toiminnan tarkoituksenmukaisuuden sallimissa rajoissa esimerkiksi hoitavan henkilön tai hoitoa tai palvelua antavan moniammatillisen tiimin valinnassa. Myös alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten kouluterveydenhuollon piiriin kuuluvat suun terveydenhuollon palvelut toteutettaisiin jatkossakin osana koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa, jolloin palvelut säilyisivät yhtenä kokonaisuutena.

Lakiehdotuksen mukaan uuden valinnan voisi tehdä kuuden kuukauden kuluttua. Jos perheet päättäisivät tiheästi vaihtaa suoran valinnan palveluntuottajaa, tämä vähentäisi palvelujen jatkuvuutta. Perheiden elämäntilanteiden kokonaisvaltaista huomioimista voisi hankaloittaa se, että perheenjäsenet eivät aina olisi välttämättä saman palveluntuottajan asiakkaita. Pulmia voisi tällöin liittyä esimerkiksi lastensuojelun tarpeen, lähisuhdeväkivallan ja vastaavien ongelmien tunnistamiseen, kun perheenjäsenten kokonaistilannetta ei voitaisi riittävästi havainnoida. Tätä ongelmaa voitaisiin pyrkiä estämään toimijoiden välisellä tiedonkululla ja yhteistyöllä. Lakiehdotuksen mukaisen yhteisen asiakassuunnitelman avulla myös eri palveluntuottajien keräämää asiakas- ja potilastietoa voitaisiin koota eri toimijoiden käyttöön. Sosiaali- ja terveyskeskusten sosiaalihuollon ohjauksen ja neuvonnan henkilöstön ammatillinen osaaminen ja toimivat palveluprosessit ja asiakasohjaus maakunnan liikelaitokseen voisivat toimiessaan ennalta ehkäistä isoja ongelmia.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon

4.5.1 Yleistä

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

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitoksella olisi ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisesta, jota muut palveluntuottajat täydentävät. Lakiehdotus järjestämislakiehdotuksen ja palvelutuotantolakiehdotuksen kanssa loisivat raamit sosiaali- ja terveydenhuollon monituottajamallille, jota maakunta ohjaisi.

Palvelujärjestelmän näkökulmasta keskeistä on se, pystyttäisiinkö laajentuvalle valinnanvapaudelle luomaan myönteisiä vaikutuksia ja jatkuvaa kehittymistä tukevat toimintaedellytykset ja samalla turvaamaan tuottajien välinen saumaton yhteistyö palveluintegraation varmistamiseksi. Vaikka lakiehdotus antaisi puitteet toimintaedellytysten rakentamiseksi, tavoitteiden toteutuminen vaatisi maakunnilta uudenlaista ja vahvaa järjestämisosaaamista, jossa korostuu alueen palvelutarpeiden syvälinen ymmärtäminen sekä ohjaaminen yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

4.5.2 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen

Kansalaisilla on oikeus yhdenvertaisiin palveluihin, mikä tarkoittaa ensisijaisesti sisällöltään yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta. Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen mukaisesti palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä 18 maakunnalle, edellytykset yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden toteutumiseen parantuisivat nykytilanteeseen verrattuna. Edellä mainitussa hallituksen esityksessä on lisäksi varmistettu valtion ohjaukskeinot suhteessa palvelujen järjestäjiin. Asukkaiden yhdenvertaisuutta on tarkasteltu kohdassa 4.4.2.

Lakiehdotuksen mukaan maakunta voisi hallintopäätöksellään asettaa suoran valinnan palveluntuottajille sekä asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palvelun tuottajille palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteensovittamista koskevia ehtoja, joilla edistettäisiin väestön palvelutarpeita vastaavien riittävien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta maakunnassa. Ehdot olisivat yhdenmukaiset kaikille palveluntuottajille, jotka tuottaisivat samanlaisia palveluja. Tämä lisäksi sekä palvelujen että palveluntuottajien yhdenvertaisuutta. Esityksen mukaan maakunta voisi rajata asiakassetelin käyttöönoton laajuutta, jos se on välttämätöntä palvelukokonaisuuksien toimivuuden tai palvelujen kustannustehokkaan järjestämisen perusteella. Tämä lisäksi maakunnan mahdollisuuksia suunnitella ja ohjata palveluita alueelliset olosuhteet huomioiden. Toisaalta asiakasseteliä on käytettävä maakunnan liikelaitoksen tuottamisvastuulle kuuluvissa palveluissa silloin, kun asiakas ei pääse maakunnan liikelaitoksen terveydenhuollon palveluihin lainmukaisessa määräajassa. Tällä varmistettaisiin yhdenvertainen hoitoon pääsy määräajassa.

Lakiehdotuksen mukaan maakunta ja suoran valinnan palveluntuottaja voisivat sopia palveluntuottajalle maksettavista muista kuin kapitaatioperusteisista korvauksista, joiden avulla voitaisiin huomioida alueen erityispiirteitä sekä paikallisia olosuhteita ja näin lisätä tarpeenmukaisten palvelujen saatavuutta. Lakiehdotus todennäköisesti parantaisi palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta lisäämällä palvelujen tarpeeseen vastaavaa palvelutarjontaa suoran valinnan palvelujen, asiakasseteli palvelujen ja henkilökohtaisen budjetin avulla. Uudistus voisi lisätä ja monipuolistaa palvelutuotantoa, jolloin myös erityisryhmien palvelutarpeet voitaisiin ottaa nykyistä paremmin huomioon. Jos yksittäisten palveluntuottajien ei edellytettäisi tuottavan kovin laajoja palvelukokonaisuuksia, todennäköisesti myös pienten tuottajien palvelutarjonta lisääntyisi mm. asiakassetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa. Erillinen suun terveydenhuollon suora valinta mahdollistaisi myös pienempien yritysten mahdollisuuden toimia suoran valinnan palveluntuottajana ja voisi lisätä palvelutarjontaa haja-asutusalueilla.

Sosiaalihuollon ohjaus- ja neuvontatehtävän sisältyminen sosiaali- ja terveyskeskusten palveluihin voisi parantaa sosiaalihuollon palvelujen saavutettavuutta. Tämä edellyttäisi, että asiakkaan tuen tarpeet osataan tunnistaa, palveluohjaus liikelaitoksen palveluihin toimisi asiakkaan palvelutarpeen edellyttämällä tavalla ja että sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa hoitavilla henkilöillä on riittävästi sosiaalihuollon osaamista ja toiminnan tuntemusta. Riskinä olisi, ettei ohjausta ja neuvontaa onnistuta tuottamaan laadukkaasti olosuhteissa, jossa sosiaalihuollon muu ammatillinen osaaminen, palvelutuotanto ja niihin liittyvä arviointi, päätöksenteko ja kehittämistoiminta ovat maakunnan liikelaitoksessa. Yhteistyön vähäisyyden mukanaan tuomia riskejä voidaan vähentää liikelaitoksen liikkuvien sosiaalihuollon tiimien avulla. Myös sosiaali- ja terveyskeskusten fyysiseen ympäristöön tuodut liikelaitoksen sosiaalipalvelut voivat vahvistaa

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

sosiaalipalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta suoran valinnan palveluissa. Lakiehdotuksen perusteella maakunnalle jäisi paljon liikkumavaraa sosiaalihuollon liikkuvien palvelujen toteutuksessa. Tämä mahdollistaisi maakunnalle runsaasti päätäntä- ja harkintavaltaa tarkoituksenmukaisten ja alueellisiin tarpeisiin parhaiten vastaavien ratkaisujen kehittämisessä ja myös uudenlaisten toimintamallien innovointiin. Tämä voisi vaikuttaa merkittävästikin eri alueiden sosiaalihuollon palvelujen saavutettavuuteen, mutta myös lisätä alueellisia eroja. Toisaalta tiukemmin kansallisesti määritelty palvelutuotanto voisi kasvattaa kustannuksia, kangistaa palvelutuotantoa tarpeettomasti ja lisätä huolta sosiaalihuollon resurssien riittävydestä.

4.5.3 Vaikutukset paljon palveluja käyttävien palveluihin ja palveluintegraatioon

Monet paljon palveluita käyttävistä asiakkaista ovat erityisen heikossa asemassa. Heillä voi olla useita yhtäaikaista sosiaalisia ja terveysongelmia, jotka voivat tehdä haasteelliseksi valinnanvapauden käytön ja toisaalta valinnanvapaus voi tuoda lisähaasteita näiden asiakkaiden palveluiden integraatiolle.

Asiakkaan lähtökohdista tapahtuva sosiaali- ja terveydenhuollon toimiva palveluintegraatio voi saada aikaan merkittäviä hyötyjä niin yksittäisten asiakkaiden kuin palvelujärjestelmän ja siihen liittyvien kustannusten näkökulmasta. Palvelutuotannon näkökulmasta on keskeistä, ovatko integraation toteuttamiseen ja palvelun jatkuvuuteen liittyvät hallinnolliset ja henkilöstöön liittyvät kustannukset korkeampia kuin niiden kautta aikaansaadut hyödyt. Kohdassa 4.4. on tarkasteltu lakiehdotuksen vaikutuksia yleisesti asiakkaisiin ja potilaisiin sekä eräisiin erityisryhmiin.

Integraatio perus- ja erityistason sekä sosiaalihuollon- ja terveydenhuollon välillä toteutuisi nykytilannetta paremmin, koska maakunnilla olisi velvollisuus huolehtia palvelujen integraation toteutumisesta. Sosiaali- ja terveyspalvelut olisi integroitava maakunnissa siten, että ne muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden asiakkaan näkökulmasta. Integraation toteuttamiseen liikelaitoksen palvelujen, suoran valinnan palvelujen sekä asiakasseteli- ja henkilökohtaiseen budjettiin kuuluvien palvelujen välillä varmistettaisiin esityksen ja järjestämislakiehdotuksen säännöksillä. Esitys lisäisi erikois- ja perustason integraatiota erityisesti terveydenhuollossa, kun erikoistason palveluita tuotaisiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin osaksi hoidon tarpeen arviointia ja toteutusta. Maakunnalla on mahdollisuudet myös liikelaitoksen toiminnassa sovittaa liikelaitoksen vastuulla olevat terveyspalvelut ja sosiaalihuollon palvelut aikaisempaa paremmin integroituneeksi kokonaisuudeksi. Tämä tarjoaa uusia mahdollisuuksia esimerkiksi kaikkein vaativinta erityisosaamista edellyttävien palvelujen integroimisen osalta. Esimerkiksi lapsi- ja perhepalvelujen (LAPE) muutosohjelmassa kehitetään alueellisia osaamis- ja tukikeskuksia, jotka yhdistävät ja sovittavat yhteen lasten, nuorten ja perheiden vaativat terveys-, mielenterveys- ja päihdepalvelut, lastensuojelun vaatimat erityispalvelut ja esimerkiksi lasten ja nuorten oikeuspsykiatrisen asiantuntemuksen.

Asiakasryhmätasolla maakunta määrittäisi palveluketjut ja palvelukokonaisuudet (esim. kokonaisuus mielenterveys- ja päihdepalveluissa tai lasten ja nuorten ja perheiden palveluissa) ja kaikkien palveluntuottajien velvollisuus olisi noudattaa näitä. Määritellyt palveluketjut ja -kokonaisuudet ohjaisivat yksittäisen asiakkaan asiakassuunnitelman sisältöä ja toteutusta. Asiakassuunnitelma sisältäisi kaikki asiakkaan sosiaali- ja terveyspalvelut tuotantovastuusta riippumatta. Kanta-palvelun kautta suunnitelma olisi näkyvissä kaikille palveluntuottajille. Maakunnan liikelaitos vastaisi siitä, että asiakassuunnitelma muodostaa asiakkaan palvelutarpeen kannalta tarkoituksenmukaisen kokonaisuuden. Kaikkien tuottajien velvollisuus olisi noudattaa laadittua asiakassuunnitelmaa. Näin varmistuisi asiakastason palveluintegraatio. Siirtyminen yhteen asiakassuunnitelmaan sosiaali- ja terveyspalveluissa selkeyttäisi toimintamalleja erityisesti sosiaalihuollon puolella, jossa aikaisemmin asiakkaalle on ollut tavallista tehdä useita erillisiä, eri erityislakeihin liittyviä palvelukohtaisia asiakassuunnitelmia. Asiakassuunnitelma loisi edellytyksiä toimivalle palvelujen yhteensovittamiselle ja olisi selkeä parannus nykytilanteeseen. Yhteisen asiakassuunnitelman suunnitellun mukainen käyttöönotto edellyttäisi vielä useita ratkaistavia yksityiskohtia, muun muassa asiakas- ja potilastietojen käyttöön ja tietoturvaan sekä myös suunnitelman oikeudelliseen sitovuuteen liittyen.

Lakiehdotuksessa asetetaan selkeitä palveluohjauksen ja palvelujen yhteensovittamisen velvoitteita. Lisäksi lakiehdotuksessa esitetty suoran valinnan rahoitusmalli ohjaisi osaltaan entistä paremmin myös palveluntuottajia ottamaan huomioon enemmän palveluja käyttävien henkilöiden erityiset tarpeet.

Esityksen mukaan maakunnan olisi huolehdittava siitä, että asiakkaat saisivat lakiehdotuksen mukaisia palveluja, valinnanvapautta ja valinnanvapauden käyttämistä koskevaa ohjausta ja neuvontaa sekä tukea valinnanvapauden käyttämiseen. Myös suoran valinnan palveluntuottajan olisi annettava asiakkailleen ohjausta, neuvontaa ja tukea. Ohjausta, neuvontaa ja tukea annettaessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaisiin, jotka tarvitsevat laaja-alaisesti yhteen sovitettavia palveluja, paljon palveluja tai ovat erityisen tuen tarpeessa. Maakunnan liikelaitoksen olisi oltava palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakassuunnitelmaa

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

laatiessaan yhteistyössä suoran valinnan palveluntuottajan ja muiden asiakkaan palveluja toteuttavien palveluntuottajien kanssa.

Integraation toteutuminen vaatisi asiantuntevaa asiakasohjausta sekä toiminnanohjausjärjestelmää, jossa asiakasohjaus integroi eri paikoissa sijaitsevat palvelut. Esitys tarjoaa siihen nykytilannetta parempia mahdollisuuksia useimpien maakuntien alueella. Muutaman maakunnan alueella on vapaaehtoisilla kuntayhtymillä rakennettu yhden johdon alla oleva integraatiomalli ja näissä maakunnissa integraatio saattaa vaikeutua nykytilanteeseen verrattuna.

Esitys tukee ajatusta palvelujen modulaarisuudesta, jossa palvelutuotanto jaetaan pienemmiksi johdettaviksi kokonaisuuksiksi (Voss, C. A. & Hsuan, J. 2009. Decision Sciences, 40:3). Tällöin palveluntuottajat voisivat tarjota palvelujaan palveluketjun tai -kokonaisuuden osiksi. Tämä edellyttäisi palvelujen rajapintojen standardointia ja yhteisistä pelisäännöistä sopimista. Perusperiaatteena on, että pienempiä osakokonaisuuksia voidaan yhdistellä moduulien sisällä ennalta sovituin ehdoin (de Blok C. ym. 2014. Operations Management, Vol. 32:4; Silander, K. ym. 2017. International Journal of Operations & Production Management, 37:6). Modulaarisuutta koskeva tutkimus sosiaali- ja terveyspalveluissa on toistaiseksi niukkaa. Erikoistuneista tuottajista koostuva tuotantoverkosto on yleensä tehokkaampi monimutkaisten ja vaihtelevien palvelutarpeiden ratkaisemisessa. Modulaarisuuden riskinä voidaan nähdä palvelujen hajaantuminen. Palvelujärjestelmän näkökulmasta palveluintegraatioon liittyvien hyötyjen toteutuminen ei myöskään ole itsestäänselvyys. Englannissa on huomattu sekä sujuvan tiedon jakamisen ja kulun varmistaminen eri tuottajien välillä, että hyötyjen toteutumisen haastavuus erityisesti tilanteissa, joissa järjestelmään kohdistuu kustannussäästöpainetta ja kasvavaa kysyntää (National Audit Office 2017: Health and social care integration). Modulaarisessa rakenteessa haasteena on myös sujuva tiedon jakaminen ja kulku palveluntuottajien välillä.

Kaikkiaan lakiehdotus antaisi maakunnille useita työvälineitä palveluintegraation toteuttamiseen, mutta toteutuminen riippuisi pitkälti siitä, kuinka hyvin maakunta onnistuisi tehtävässään ohjata palvelujärjestelmän kehittymistä. Tämä edellyttäisi läpinäkyvää seurantatietoa ja sen hyödyntämistä sekä hyvää palveluohjausta ja sopimusten laatimista niin, että ne velvoittaisivat monialaiseen yhteistyöhön myös käytännössä. Englannin kokemukset ovat osoittaneet, että palveluintegraatioon liittyen keskeisiksi haasteiksi voivat muodostua vaikeudet linjata taloudelliset kannusteet tavoitteiden saavuttamiseksi, palveluntuottajien haluttomuus informaation jakamiseen sekä ongelmat työvoiman saatavuudessa ja vaihtuvuudessa (National Audit Office 2017: Health and social care integration). Toisaalta onnistunut integraatiota tukevien välineiden käyttö parantaa palvelujen yhteensovittamista sekä yksittäisiä palveluja käyttävien että paljon eri palveluita tarvitsevien kohdalla nykytilanteeseen verrattuna. Sosiaali- ja terveyskeskuksista ja maakunnan liikelaitoksesta syntyisi myös uusia yhdyspintoja useaan eri suuntaan, kuten kasvupalveluihin, varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen, nuoriso- ja kulttuurityöhön.

Uudistuksen kautta otettaisiin käyttöön myös uudenlaisia palvelujen tuottamisen tapoja, joista erityisesti henkilökohtainen budjetti koskettaisi paljon erilaisia palveluja käyttäviä iäkkäitä ja vammaisia henkilöitä. Henkilökohtainen budjetti vaikuttaisi etenkin sosiaalihuollon palveluihin ja niiden yhteydessä tehtävään palvelutarpeen arviointiin. Henkilökohtainen budjetti asettaisi asiakkaat muutoksen keskiöön ja haastaisi perinteiset toimintatavat, roolit ja kumppanuudet ja vahvistaisi siten asiakaslähtöistä ja -keskeistä toimintatapaa palvelutuotannossa.

Valinnanvapauden näkökulmasta henkilökohtainen budjetti antaisi asiakkaalle palveluntuottajan valinnan lisäksi oikeuden vaikuttaa palvelun sisällöllisiin kysymyksiin asiakassuunnitelmaa laadittaessa. Hyvin toimiessaan henkilökohtainen budjetti voisi vähentää palveluihin liittyviä kokonaiskustannuksia, sekä lisätä paljon palveluja saavien asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja mahdollisuutta vaikuttaa siihen, kuinka palveluilla parhaiten voidaan vastata heidän elämäntilanteensa asettamiin haasteisiin (Forder J. ym. 2012. Department of Health). Henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoon liittyisi myös riskejä kustannustason noususta (jonka vuoksi sen käyttöönotto on perusteltua tehdä hallitusti ja asiakkaan ja henkilöstön tarvitsema tuki turvaten). Suomen kokeiluissa suorien vaikutusten lisäksi on huomattu, että henkilökohtainen budjetti on vauhdittanut muiden asiakkaiden kohdalla yksilöllisten palveluratkaisujen räätälöintiä (Ahlstén, M. ym. 2014. Tiedän mitä tahdon. Kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalveluissa.).

Henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto edellyttäisi kuitenkin vielä paljon toiminnan täsmentämistä maakunnissa, esimerkiksi sen osalta miten sen suuruus määräytyisi ja miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen palvelutarpeen arviointi käytännössä toteutettaisiin.

Oletettavaa on, että erityisesti isoissa asutuskeskuksissa tulisi olemaan enemmän valinnanvapautta (tarkemmin luvussa 4.1.2). Maakunta voisi kuitenkin toimillaan ja oman liikelaitoksensa toiminnalla varmistaa palvelujen riittävän saatavuuden ja saavutettavuuden. Lakiehdotus ei itsessään kuitenkaan poistaisi

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

alueelliseen eriarvoisuuteen liittyviä riskejä. Riskeihin voitaisiin vaikuttaa erityisesti kehittämällä uusia palvelumuotoja ja tukemalla liikkuvien palvelujen sekä digitalisaation ja sähköisten palvelujen kehittymistä ja luomalla kannusteita palvelujen saavutettavuuden turvaamiseksi. Lakiehdotuksen myötä lisääntyvä vertailutiedon käyttö palvelujärjestelmän ohjaamisessa auttaisi kuitenkin lisäämään ymmärtämystä alueelliseen eriarvoisuuteen liittyvistä tekijöistä.

4.5.4 Ammattihenkilön valinta ja palveluiden jatkuvuus

Nykyllä sääntöjen mukaisista valintaoikeuksista asiakkaat pitävät oikeutta valita terveydenhuollon ammattihenkilö tärkeimpänä (Junnila M. ym. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016). Esityksen mukaan asiakkaalla olisi mahdollisuus valita asiakassuhteessa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä siinä laajuudessa, kun se olisi toiminnan tarkoituksenmukaisen toteuttamisen sallimissa rajoissa mahdollista. Merkittävä parannus suhteessa nykyjärjestelmään olisi se, että esitys laajentaisi asiakkaan oikeutta ammattihenkilön tai ammattihenkilöiden ryhmän valintaan myös sosiaalihuollossa. Asiakkaan mahdollisuus valita ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä lisäisi hoidon ja palveluiden jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus puolestaan vahvistaa asiakkaan ja ammattihenkilön välistä vuorovaikutussuhdetta ja asiakkaan luottamusta palveluihin. Palvelujärjestelmän näkökulmasta hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaisuuteen, yhteistyöhön, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen myönteisesti aiheuttava tekijä (Raivio, R. (2016): Tampereen yliopisto).

Englannissa on todennettu myös yhteys hoidon jatkuvuuden, palvelujärjestelmän tarkoituksenmukaisemman käytön ja siitä aiheutuvien kustannusten välillä (Deeny, S. ym. (2017). The Health Foundation February 2017 Briefing). Lakiehdotus antaisi järjestäjille keinoja tukea hoidon jatkuvuutta sitomalla esimerkiksi osan laatuun liittyvistä korvauksista siihen, onko asiakkaalle nimetty hoidosta vastaava lääkäri, hoitaja tai sosiaalityöntekijä.

4.5.5 Vaikutukset palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen

Lakiehdotuksen myötä peruspalvelut vahvistuisivat ja palveluihin pääsy nopeutuisi, jos ihmisten usein tarvitsemien palvelujen tarjonta lisääntyisi. Peruspalvelujen vahvistuminen voisi toteutua myös lakiehdotuksen mukaisen palveluntuottajien erikoistumisen myötä. On mahdollista, että palveluntuottajat osin erikoistuisivat tiettyjen asiakasryhmien palveluihin, mikä voisi edesauttaa osaamisen kehittymistä eri asiakasryhmien palveluissa. Edellytyksenä olisi, että asiakkaiden tietoisuus vaihtoehtoista varmistettaisiin ja korvauskäytännöt tukisivat tällaista toimintaa.

Viimekädessä peruspalvelujen vahvistuminen edellyttäisi, että resurssien kohdentaminen maakunnan liikelaitoksessa peruspalveluihin suhteessa erityispalveluihin on riittävä ja kokonaisuuden kannalta oikein mitoitettu. Oleellista on myös se, miten maakunnat kohdentavat voimavaroja suoran valinnan palveluihin ja maakunnan liikelaitoksen palveluihin.

Lakiehdotuksella olisi mahdollista parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta, mikäli maakuntiin syntyisi asiakkaille riittävästi todellista valinnanvaraa. Maakunta pystyisi asettamaan suoran valinnan palveluntuottajille sekä asiakasselillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palveluntuottajille palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteensovittamista koskevia ehtoja. Palveluntuottajan olisi täytettävä maakunnan asettamat ehdot. Valinnanvapausjärjestelmässä lisääntynyt tiedon läpinäkyvyys vaikuttaisi oleellisesti siihen, että mahdolliset ongelmat palvelujärjestelmän yhdenvertaisuudessa, laadussa, vaikuttavuudessa, palvelujen saatavuudessa tai saavutettavuudessa olisivat nopeammin havaittavissa. Tiedon läpinäkyvyys ja jo uhka siitä, että asiakkaat voisivat halutessaan tehdä valintoja, toimisivat jo itsessään palveluntuottajille kannusteena korjata havaittuja epäkohtia. Maakunta voisi asettaa suoran valinnan palveluntuottajalle korvausten perusteiksi palvelujen laatuun, kustannustehokkuuteen sekä vaikuttavuuteen liittyviä mittareita ja perusteita. Tällöin maakunta voisi maksaa etukäteen määrittelemien perusteiden täyttymisestä kannustinperusteisia korvauksia. Mikäli maakunnat ryhtyisivät käyttämään näitä mahdollisuuksia laajasti hyväkseen, tämä voisi todennäköisesti ohjata palveluntuottajia aikaansaamaan toivottuja hyötyjä myös käytännössä. Maakunta voisi käyttää myös kannustinjärjestelmää, jossa koko palveluketjussa saadut kustannushyödyt jaetaan ketjun eri tuottajien ja maakunnan välillä edellyttäen että laadulliset ja muut kriteerit täyttyvät.

Yllä kuvattujen vaikutusmekanismien kautta syntyviä vaikutuksia palveluiden laatuun voidaan tarkastella esimerkiksi seuraavasta neljästä näkökulmasta: kuinka vaikuttavaa palvelu on, kuinka hyvin potilasturvallisuus toteutuu sekä kuinka hyvin asiakkaan kokemus palvelun laadusta otetaan huomioon, ja mitkä ovat palveluita tarvitsevan henkilön mahdollisuudet vaikuttaa palvelun laatuun.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Tietojärjestelmien yhteentoimimattomuus ja suurten tiedonhallintahankkeiden viivästyminen voisivat osaltaan vaarantaa potilasturvallisuutta. Sekä niiden valmistumisen aikataulu että palvelujen yhteentoimivuuden puutokset saattaisivat muodostaa riskin laadulle ja turvallisuudelle varsinkin siirtymävaiheessa, ellei riskinhallintaa olisi suunniteltu. Kansallinen työ tietojärjestelmien kehittämiseksi on kuitenkin jo käynnistynyt ja siihen liittyvää kehittämistyötä on resursoitu merkittävällä tasolla.

4.5.6 TKI- ja kilpailukykyvaikutukset

Toteutuessaan tarkoituksenmukaisesti lakiehdotuksen mukaisesta valinnanvapaudesta voisi muodostua palvelujärjestelmää jatkuvasti kehittävä muutosvoima, jolla tuettaisiin laadukkaiden, kustannusvaikuttavien ja asiakaslähtöisten palvelujen tarkoituksenmukaista kehittymistä. Nykytilanteessa perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä on pääasiassa ohjannut asiakkailta saatu palaute, mutta kilpailun tuoma haaste kehittämiselle on puuttunut.

Tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan näkökulmasta lakiehdotus avaisi paljon uusia mahdollisuuksia. Modulaarinen tuotantotapa yhdistyneenä kuluttajien aktiiviseen valintaan loisi uudenlaisen ympäristön uusille toimintatavoille, yhteiskehittämiselle ja innovaatiotoiminnan tukemiselle osana sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluiden järjestämistä ja tuottamista. Näin ollen kilpailu edistäisi innovaatioita ja yritykset, jotka toimisivat kilpailupaineen alla, pyrkisivät tekemään taloudellisia ja teknologisia uudistuksia. Kilpailussa yrittäjät jatkuvasti etsivät uusia ja kannattavia tuotantomahdollisuuksia ja kilpailuetuja suhteessa kilpaileviin toimijoihin. Kilpailulle on tyypillistä jatkuva innovaatioiden ja niiden imitoinnin vuorottelu. Tällöin asiakkaat lopulta valinnoillaan palkitsisivat hyviä toimijoita ja rankaisivat huonoja.

Lakiehdotuksen mukaisessa valinnanvapausjärjestelmässä useat eri mekanismit tukisivat uusien innovaatioiden syntyä. Kuluttajien aktiivinen liikkuvuus loisi perustan kilpailulle ja sen myötä palvelujen kehittymiselle. Tätä vahvistaisi lakiehdotuksen mukainen mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa kuuden kuukauden välein. Lakiehdotuksen mukainen korvausmalli ohjaisi palveluntuottajat kilpailemaan laadulla hinnan sijaan. Pääosin kiinteään korvaukseen perustuva korvausmalli kannustaisi suoran valinnan palveluntuottajia kustannustehokkuuteen ja parempaan tuottavuuteen. Lakiehdotus loisi mahdollisuuksia erityisesti prosessi-innovaatiolle, joissa yksityisten toimijoiden osallistuminen perustason palvelujen tuottamiseen voisi kannustaa löytämään uusia palvelumuotoja esimerkiksi diagnostiikkaan, hoitoon tai asiakaspalvelun eri muotoihin. Harvaan asutuilla alueilla esimerkiksi digitalisaation tai uudenlaisten liikkuvien palveluiden hyödyntäminen saattaisi edesauttaa yritystoiminnan kannattavuutta ja palvelujen saatavuutta. Kustannus-, laatu- ja vaikuttavuustiedon läpinäkyvyys lisäisi painetta myös liikelaitoksen palvelutuotannossa tuottavuuden parantamiseen.

Innovatiivisen hankintaosaamisen tukeminen ja vahvistaminen maakunnissa olisi merkittävä osa lainsäädännön tehokasta toimeenpanoa. Välillisesti uutta innovaatioihin pohjautuvaa elinkeinotoimintaa voisi myös syntyä, kun valinnanvapauspalveluita tuottavat yritykset rajautuvat hankintalain soveltamisen piiristä, voiden näin toteuttaa liiketoimintalähtoisempää yritysten välistä kumppanuutta. Alihankintaketjuja voisi muodostua esimerkiksi laboratorio-, kuvantamis- ja terapiapalveluihin sekä työvoimanvuokraukseen.

Lakiehdotuksen mukaan yksityisen suoran valinnan palveluntuottajan ja asiakassetelipalveluntuottajan olisi annettava valinnanvapauslain mukaisesta toiminnastaan selvitys osallistumisestaan tutkimukseen, koulutukseen ja kehittämistoimintaan ja sitä koskevista toimintaperiaatteista. Siten maakunnan ohjaava ja koordinoiva rooli tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan näkökulmasta korostuisi.

Palvelujen kehittämisestä sekä koulutukseen osallistumisesta säädettäisiin järjestämislakiehdotuksessa. Se velvoittaisi myös valinnanvapauden piirissä palveluntuottajan ottamaan toimintayksikössä annettavaan koulutukseen ja siihen liittyvään harjoitteluun sosiaalihuollon ja terveydenhuollon opiskelijoita koulutuksesta vastaavan yliopiston ja maakunnan osoituksen mukaisesti. Tällä varmistettaisiin kaikkien tuottajien osallistuminen koulutukseen ja tuottajien yhdenvertaiset veloitteet, mutta myös yhteys tutkimukseen ja opetukseen. Kehittämistoimintaan kaikkien tuottajien olisi osallistuttava maakunnan määrittelemällä tavalla. Tämä parantaisi maakunnan mahdollisuuksia suunnata kehittämistyötä sen palvelustrategian mukaisesti.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.6. Yritys-, kilpailu-, ja markkinavaikutukset

4.6.1 Yleistä

Esityksen myötä yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille tarjoutuisi mahdollisuus tuottaa entistä suurempi osa julkisesti järjestetyistä sosiaali- ja terveystalouksista. Tämä tapahtuisi suoran valinnan palvelujen, asiakassetelipalvelujen ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen avulla, joista suuri osa on nykyisin tuotettu kuntien ja kuntayhtymien toimesta. Esitys loisi yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille mahdollisuuden liittyä vapaasti maakunnan tuottajaverkkoon kyseisissä palveluissa, ja päätöksen lopullisesta tuottajasta tekisi asiakas. Suoran valinnan palvelujen valinnanvapausmallit loisivat kilpailuasetelman asiakkaista julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa kilpailuasetelma syntyisi tuottajaverkkoon liittyneiden yksityisten palveluntuottajien välillä, joihin voisi lukeutua myös maakunnan yhtiö/yhtiöitä. Näiden asiakkaan valinnanvapauden kautta tuotettavien palvelujen lisäksi maakunnan vastuulla olevia palveluja hankittaisiin jatkossakin yksityisiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta ostopalveluina.

Tässä osiossa markkinoilla ei tarkoiteta valtiontukisääntelyn mukaisia markkinoita. Esityksen valinnanvapautta lisäävillä instrumenteilla on markkinatoimintaa muistuttavia ominaisuuksia kuten palveluntuottajien mukanaolon vapaaehtoisuus. Muodostuvat markkinat olisivat kuitenkin hyvin pitkälle säännellyt ja kilpailu tapahtuisi pääasiallisesti laatutekijöiden perusteella. Järjestelmän luonnetta suhteessa valtiontukisääntelyyn on käsitelty esityksen yleisperusteluissa kohdassa 2.3.4.

4.6.2 Tuottajaverkon muodostuminen ja alalle tulon kannusteet

Esitys asettaisi raamit maakuntien palveluntuottajaverkon hallinnalle, mutta jättäisi monet lopullisen toimeenpanon yksityiskohdat maakunnan päätettäväksi. Esityksen mukaan suoran valinnan, asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin piirissä olevissa palveluissa maakunnan olisi sallittava kaikkien edellytykset täyttävien yksityisten ja kolmannen sektorin yritysten liittyminen osaksi maakunnan palveluntuottajaverkkoa. Maakunnalle jäisi päätös palveluihin varattavasta määrärahasta ja suurelta osin päätös tämän määrärahan jakamisperusteet määrittävistä tuottajakorvauksista. Erityisesti päätös palveluihin varattavista määrärahoista vaikuttaisi maakunnan mahdollisuuteen luoda puitteet kannattavalle liiketoiminnalle ja ohjata tuottajaverkon muodostumista monipuolisempaan suuntaan. Tämän lisäksi esitys linjaisi useita yksityiskohtia, kuten palveluntuottajille asetettavia ehtoja, jotka vaikuttaisivat palveluntuottajien alalle tulon kannustimiin. Muodostuvat alalle tulon kannustimet kokonaisuudessaan vaikuttaisivat tuottajaverkon laajuuteen ja monipuolisuuteen. Tuottajaverkon laajuus ja monipuolisuus mahdollistaisivat asiakkaan valinnanvapauden tosiasiallisen toteutumisen. Laaja ja monipuolinen tuottajaverkko yhdistettynä asiakkaiden aktiivisuuteen loisi edellytykset parantaa palvelujen laatua.

Esityksessä ehdotettu valinnanvapausmalli voisi sen toteuttamistavasta riippuen lisätä alueellista palvelutarjontaa ja siten työllisyyttä myös syrjäseuduilla. Jos maakunnan asettamat ehdot ottaisivat syrjäisen sijainnin riittävän hyvin huomioon, myös syrjäseuduille voisi syntyä uutta palvelutuotantoa. Maakunnan päätösvallassa olevilla tuottajakorvauksilla olisi ratkaiseva merkitys palvelurakenteen muodostumiseen. Tuottajien rahoitus, joka pitäisi sisällään myös tilakustannukset, vaikuttaisi siihen, kuinka liiketaloudellisesti toimivat tuottajat uskaltaisivat investoida esimerkiksi uusiin tiloihin ja teknologioihin ja myös syrjäisemmille seuduille.

Henkilöstöön, tiloihin, tarvikkeisiin ja tukipalveluihin liittyvien veloitteiden lisäksi palveluntuottajiin kohdistuisi vaatimuksia hallinnollisiin ja palveluprosesseihin liittyen. Valinnanvapauden piirissä olevissa palveluissa maakunnan palveluntarjoajaverkko määrittäisi niin, että palveluntuottajat ilmoittautuisivat palveluntuottajiksi ja ilmoittautuessaan hyväksyisivät maakunnan asettamat ehdot. Palveluntuottajille asetettavat ehdot kuten tiedonantovelvoitteet, tietojärjestelmävaatimukset ja vastuu hoitokomplikaatioista vaatisivat palveluntuottajilta merkittävästi taloudellisia ja henkilöresursseja sekä riskinkantokykyä, joita mikroyrityksillä ja pienillä tuottajilla ei vaaditussa mittakaavassa usein ole. Mitä enemmän ehtoja on ja mitä tiukempia vaatimukset ovat, sitä enemmän ne loisivat kilpailuetua suuremmille palveluntuottajille, jotka voisivat hyödyntää toimintansa mittakaavaa vastatessaan ehtoihin ja vaatimuksiin.

Vaatimusten lisäksi palveluntuottajien ehdot, korvausmallit, sopimukset ja tietojärjestelmät pyrkisivät luomaan kannusteita kustannustehokkaille, asiakaslähtöisille, vaikuttaville ja yhdenvertaisille palveluille. Nämä kannusteet olisivat erilaisia eri maakunnissa alueellisista asiakastarpeista ja painopisteistä johtuen. Kannusteilla olisi merkittävä vaikutus siihen, miten erityyppiset palveluntuottajat tulisivat, menestyisivät tai poistuisivat valinnanvapausmarkkinoilla.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Alalle tulo ja tuotannon volyymin riittävä taso

Jotta palvelutoiminta on taloudellisesti kannattavaa ja tuotannollisesti tehokasta, palveluntuottajat tarvitsevat tuotannolleen riittävän volyymin. Esityksen mukaan suoran valinnan palvelujen tuotantoon liittyisi kiinteä korvaus, joka edellyttäisi palveluntuottajalta kykyä kantaa vastuuta tietyn väestön perustason tarpeista. Tämä tarkoittaa, että suoran valinnan palveluntuotannossa tulisi olemaan merkittäviä mittakaavaetuja, kun suuremman vastuuväestön myötä asiakaskohtainen riski tasoittuisi. Sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen osalta maakunnan liikelaitoksella olisi kilpailuetu tässä suhteessa, koska valintaa tekemättömät asiakkaat jäisivät siirtymäkauden ajaksi maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetin avulla tuotettaviin palveluihin ei liittyisi samankaltaista vastuuta kokonaisesta väestöstä, joten minimiasiakasmäärä voisi olla näissä palveluissa pienempi kuin suoran valinnan palveluissa. Näiden osalta kilpailuun voisi siis osallistua suuremmissa määrin mikroyrityksiä eli ammatinharjoittajia ja pieniä yrityksiä.

Erityisesti jo nykyisin terveyden- ja sosiaalihuollon alalla toimiville palveluntuottajille liittyminen mukaan maakunnan palveluntuottajaksi olisi helpompaa, jos maakunnan kautta rahoitettavat palvelut täydentäisivät nykyistä liiketoimintaa. Uusille palveluntuottajille ja niille, jotka pyrkivät luomaan maakunnan rahoittamasta toiminnasta pääsääntöisen liiketoiminnan, olisi kriittisintä saavuttaa riittävä toiminnan volyymi, jotta toiminnan kustannukset saataisiin katettua. Suoran valinnan palveluissa tämä tarkoittaisi lähinnä riittävän suurta vastuuväestöä. Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin kautta rahoitetuissa palveluissa kysymys olisi enemmän riittävän suuresta määrästä toimintoja.

Esitetty suoran valinnan palveluntuottajien mahdollisuus erikoistua tuottamaan palveluja erityisesti tietyille tai tietyille asiakasryhmille parantaisi erityisesti pienten tuottajien mahdollisuuksia ryhtyä suoran valinnan palveluntuottajaksi. Palveluntuottaja voisi kohdentaa tarjontansa tietyille asiakasryhmälle, ja luomalla lisäarvoa erityisesti näille asiakkaille saada toiminnan mahdollistavan tuotannon volyymin tästä asiakasryhmästä.

Sosiaali- ja terveyskeskuspalveluissa valintaa tekemättömien asiakkaiden osoittaminen uudistuksen käynnistysvaiheessa maakunnan liikelaitoksen vastuulle tekisi riittävän vastuuväestön hankkimisesta haasteen mukaan liittyville yksityisille palveluntuottajille. Uusille palveluntuottajille mukaan liittyminen tulisi olemaan rahoituksellinen haaste kunnes palveluntuottajat onnistuvat keräämään riittävän asiakasmäärän. Ruotsin vuoden 2010 toteutetussa terveyskeskusten valinnanvapausuudistuksessa useat maakäräjät käyttivät valintaa tekemättömien palveluntuottajan kriteerinä maantieteellistä sijaintia heti valinnanvapausmallin käynnistymisvaiheessa, joka mahdollisesti antoi monelle palveluntuottajalle palveluntuotannon kannalta riittävän vastuuväestön heti käynnistymisvaiheessa. On kuitenkin viitteitä, että joissakin Ruotsin maakäräjissä sovellettu menettely johti varsin pysyviin asiakassuhteisiin (Ahonen, A., ym. 2015. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015). Täten tämän kaltaisessa menettelyssä uudistuksen käynnistymisvaiheen jälkeinen alalle tulo olisi vähintäänkin yhtä haastavaa kuin tämän esityksen mukaisessa menettelyssä. Esityksen mukaan kaksi vuotta sosiaali- ja terveyskeskusten toiminnan aloittamisen jälkeen valintaa tekemättömät asiakkaat sijoitettaisiin parhaiten saavutettavissa olevaan sosiaali- ja terveyskeskukseen, joka voisi mahdollistaa asiakasmäärän kasvun riittävälle tasolle kyseisellä hetkellä yksityisinä palveluntuottajina toimiville.

Valinnan tehneet asiakkaat säilyisivät suoran valinnan palveluntuottajan asiakkaina vähintään puoli vuotta. Tämä antaisi palveluntuottajille turvaa vakaamman asiakasmäärän myötä ja siten helpottaisi palveluntuottajien alalle tuloa.

Palvelutuotannon resursointi ja kapasiteetin joustavuus

Palveluntuottajien olisi maakunnan tuottajaverkkoon liittymistä suunnitellessaan ennakoitava tarvittavia tuotannontekijöitä ja tuotannontekijöiden mahdollistamaa kapasiteettia. Palvelutoimintaa varten palveluntuottajan olisi hankittava tarvittavat tuotannontekijät ja sopeutettava niiden määrää tarpeen mukaan. Palvelutoimintaan varattavaan kapasiteettiin voisi syntyä merkittäviä epäjatkuvuuksia esimerkiksi tiloihin liittyen. Tuottajaverkkoon liittyminen olisi sitä helpompaa, mitä enemmän joustoa ja vapauksia palveluntuottajilla olisi tarvittavien tuotannontekijöiden hankkimisessa.

Esityksessä mahdollistetaan palvelujen tuotanto alihankintaa hyväksi käyttäen. Se mahdollistaisi palveluntuottajille keinon luoda kapasiteettiin joustavuutta. Esitys mahdollistaisi alihankinnan laajasti, mutta rajoittaisi suoran valinnan palveluntuottajien alihankintamahdollisuuden tosiasialliseen palvelutoimintaan. Esitys velvoittaisi suoran valinnan palveluntuottajan vastaamaan alihankkijan tuottaman palvelun laadusta, joka asettaisi haasteen alihankkijoiden käytölle. Suoran valinnan palveluntuottajan olisi myös ilmoitettava maakunnalle etukäteen, mikä osa palveluista tuotetaan itse ja mikä hankitaan muilta palveluntuottajilta. Tämä rajoittaisi suoran valinnan palveluntuottajien mahdollisuutta järjestää toimintaansa joustavasti.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Esityksen mukaan suoran valinnan palveluntuottajilla ei olisi mahdollisuutta asettaa enimmäisasiakasmäärää, jonka täytyttyä palveluntuottajalla olisi mahdollisuus kieltäytyä uusista asiakkaista. Tämä loisi palveluntuottajalle epävarmuuden kapasiteetin riittävydestä. Epävarmuus voisi kasvattaa palveluntuottajien rahoituskustannuksia, ja voisi toisaalta aiheuttaa ylimitoitettua kapasiteettia.

Ehdot, korvaukset, käytännön menettelyt

Suoran valinnan palveluntuottajien tulisi tuottaa palveluja sekä suomeksi että ruotsiksi, jos kyseinen suoran valinnan palveluyksikkö sijaitsee kaksikielisessä kunnassa. Palveluntuottajien olisi huomioitava tämä henkilöstöpolitiikassaan, ja ajoittain tämä voisi aiheuttaa lisäkustannuksia sekä jopa esteen alalle tuloon, jos sopivaa henkilöstöä ei olisi saatavilla. Maakunta voisi kuitenkin hakemuksesta myöntää yksityiselle yritykselle poikkeusluvan, jos kyseisellä alueella olisi muuten saatavilla palveluita asiakkaan omalla kielellä. Tämä poikkeuslupa edesauttaisi yksityisten palveluntuottajien toimintaedellytyksiä kaksikielisillä alueilla.

Esityksessä palveluntuottajille asetetut raportointivelvoitteet olisivat mittavat. Pienten yksityisten palveluntuottajien ja ammatinharjoittajien alalle tulolle tämä asettaisi merkittävän haasteen, jos palveluntuottajilla ei olisi käytössä toiminnanohjausjärjestelmiä raportoinnin suorittamiseksi.

Suoran valinnan tuottajille esitetty kuuden kuukauden irtisanoutumisaika maakunnan palveluntuottajaverkosta kasvattaa alalle tulon riskiä. Esimerkiksi tilanteessa, jossa palveluntuottaja irtisanoo taloudellisesti kannattamattoman suoran valinnan palvelujen palveluyksikön, joutuisi palveluntuottaja jatkamaan kannattamatonta toimintaa vielä kuuden kuukauden ajan.

Valinnanvapauden piirissä olevilta palveluntuottajilta edellytettäisiin vastuuta toiminnastaan johtuvista hoitokomplikaatioista. Varautuminen näihin vastuisiin tulisi kasvattamaan palveluntuottajien kustannuksia ja siten vaikeuttaisi palveluntuottajaksi liittymistä.

Esitys antaisi maakunnalle yksipuolisen oikeuden muuttaa palveluntuottajien ehtoja koskevaa hallintopäätöstään sekä suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelillä annettavien palvelujen kanssa tehtävää sopimustaan. Tämä mahdollisuus kasvattaisi palveluntuottajien epävarmuutta tulevaisuudesta, jonka voi olettaa heijastuvan palveluntuottajien rahoituskustannuksiin. Käytännössä maakunta voisi vähentää tätä epävarmuutta tiedottamalla suunnitelmistaan hyvissä ajoin etukäteen ja kirjaamalla osan tulevista muutoksista tai toteutettavien muutosten reunaehdoista hallintopäätökseensä tai palveluntuottajien kanssa tehtäviin sopimuksiin.

Yrityksille aiheutuvat hallinnolliset kustannukset

Esitys asettaisi palveluntuottajaksi ilmoittautuville tuottajille erinäisiä velvoitteita, joista aiheutuisi kustannuksia. Suoran valinnan palveluja ja asiakassetelipalveluja tarjoavan yksityisen palveluntuottajan velvollisuus tilinpäätös- ja verotustietojen sekä erinäisten palveluntuottajan konsernia koskevien tietojen antamiseen tulisi aiheuttamaan kustannuksia. Suurkonserniin kuuluvien suoran valinnan palveluntuottajille ja asiakassetelipalveluntuottajille esitetty vaatimus maakohtaisesta erittelystä joidenkin tietojen osalta voisi aiheuttaa hallinnollista taakkaa niille yksityisille palveluntuottajille, joiden konsernilla on mittavaa kansainvälistä liiketoimintaa.

Tietojärjestelmäpalveluihin liittymisen vaatimukset ja ajantasaisen tietojen toimittamisvelvollisuudet aiheuttaisivat palveluntuottajille hallinnollista taakkaa. Suoran valinnan palveluntuottajien olisi ilmoitettava julkisessa tietoverkossa ajantasaisesti palveluun pääsyn tosiasialliset odotusajat. Palveluntuottajien olisi annettava maakunnalle tiedot annetuista palveluista, palvelujen kustannuksista sekä annettujen palvelujen vaikutuksista. Tietojen hankkiminen palvelujen vaikutuksista voisi muodostua erittäin merkittäväksi hallinnolliseksi kustannukseksi.

4.6.3 Kilpailuvaikutukset

Kilpailuasetelma suoran valinnan palveluissa

Esitys loisi kilpailuasetelman suoran valinnan palveluntuottajina toimivien maakunnan liikelaitosten ja yksityisten palveluntuottajien sosiaali- ja terveyskeskusten ja suunhoidon yksiköiden välille. Eri toimijoiden yhdenmukainen asema vaikuttaa siihen, miten hyvin kilpailuasetelma onnistuu tuottamaan tavoiteltuja laatu- ja tehokkuusvaikutuksia.

Esityksessä suoran valinnan palveluja tuottavat maakunnan liikelaitokset ja muut palveluntuottajat olisivat monilta osin yhtäläisessä asemassa. Sekä maakunnan liikelaitoksen että yksityisten suoran valinnan palvelun

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

palveluntuottajilla olisi lähtökohtaisesti sama maakunnan määrittämä palveluvalikoima. Kaikki suoran valinnan palveluntuottajat noudattaisivat maakunnan hallintopäätöksessään suoran valinnan palveluntuottajille asettamia ehtoja, joihin lukeutuisivat tuottajille maksettavien korvausten perusteet. Yhtälailla kaikkien suoran valinnan palveluntuottajien olisi eriytettävä kirjanpidollisesti suoran valinnan palvelut muista toiminnoista. Kaikki suoran valinnan palveluntuottajat noudattaisivat samoja hallinnonalan yleislakeja. Koulutukseen ja harjoittelujaksoihin, muutos- ja ajantasaisilmoituksiin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyövelvoitteisiin liittyvät velvoitteet koskisivat kaikkia palveluntuottajia.

Esityksessä esitetään vain maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluntuottajia koskevaa sääntelyä, ja liikelaitoksen kuuluminen osaksi maakuntaa asettaisi liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksikölle joitain erityisvelvoitteita. Maakunnan liikelaitoksen myydessä palveluja liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköille, täytyisi palvelujen olla hinnoiteltu markkinaperusteisesti. Toisin kuin yksityinen suoran valinnan palveluntuottaja, kaksikielisen maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluntuottaja ei voisi saada poikkeusta tuottaa palveluja molemmilla kansalliskielillä. Maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksikkö osana maakuntaa olisi velvollinen noudattamaan hankintalainsäädäntöä. Maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköt eivät voisi toimia muualla kuin omassa maakunnassaan eivätkä ne voisi irtautua palveluntuotannon velvoitteistaan.

Toisaalta yksityiset suoran valinnan palveluntuottajat olisivat joiltain osin eri asemassa kuin maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköt. Yksityistä suoran valinnan palveluntuottajaa koskisi laajat erilliset tiedonantovelvoitteet, mukaan lukien suoran valinnan sekä työterveyshuollon palvelujen tuottamisen kirjanpidollinen eriyttäminen ja toimintokohtaisten kustannusten erottelu näiden palvelujen osalta. Lisäksi yksityisten palveluntuottajien tulisi antaa tietoja palveluntuottajan koko konsernista. Nämä lisävelvoitteet toisivat mukanaan kustannuksia yksityisille palveluntuottajille. Pien- ja mikroyrityksille on esityksessä annettu joitain helpotuksia laajoihin raportointivelvoitteisiin. Yksityinen suoran valinnan palveluntuottaja voitaisiin irtisanoa jos tuottaja ei noudattaisi esimerkiksi maakunnan asettamia ehtoja tai muita velvoitteita eikä korjaisi ilmenneitä puutteita määräaikaan mennessä. Toisaalta yksityisellä suoran valinnan palveluntuottajalla olisi mahdollisuus niin halutessaan myös tahtonsa mukaan lopettaa palveluntuotantonsa irtisanomisehtoja noudattaen. Toisin kuin maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköillä, yksityisillä palveluntuottajilla olisi aina konkurssiriski.

Kilpailu asiakkaista

Esityksen kilpailuasetelman luomien kannusteiden lisäksi myös asiakkaat ohjaisivat palvelutuotantoa kohti tavoiteltuja tuloksia. Päätöksen lopullisesta palveluntuottajasta tekisi esityksen mukaisessa valinnanvapausjärjestelmässä asiakas ja julkinen korvaus palvelusta eli raha seuraisi asiakasta. Englannin NHS:ssä on havaittu, että pelkkä uhka asiakkaiden valinnan mahdollisuuksista on toiminut voimakkaana tuottajien toimintaa ohjaavana tekijänä (esim. Dixon, A. ym. 2010. The King's Fund, London.).

Suomessa ja muissa maissa tehtyjen selvitysten perusteella asiakkaiden valintaan vaikuttavat asiakaskokemukseen liittyvät tekijät kuten toimipaikan sijainti ja aukioloajat, hoidon laatu ja turvallisuus, kohtuulliset jonotusajat, ajanvarauksen helppous, palveluntuottajan maine sekä käytännön mahdollisuudet valita toimipaikan lisäksi ammattihenkilö. Yrityksiltä, joiden liiketoiminta on tähän asti perustunut julkisiin hankintoihin osallistumiseen, vaadittaisiin esitetystä järjestelmässä uudenlaista osaamista ja ansaintalogiikkaa, kun kilpailutuksiin osallistumisen sijasta liiketoiminta perustuisi aikaisempaa enemmän asiakkaiden tekemiin valintoihin. Uuden yrityksen perustamiseen ei vaikuttaisi esimerkiksi hankintayksikön hankintasykli, vaan se miten taitavasti yritys pystyisi markkinoimaan palvelujaan ja kasvattamaan sekä ylläpitämään asiakastyytyvää asiakastytyvyyttä. Esityksen myötä asiakkaiden hankkimisesta ja säilyttämisestä tulisi entistä dynaamisempi ja jatkuvampi prosessi, koska asiakkuuden aikajänne olisi lähtökohtaisesti puoli vuotta perinteisten vuosia kestäneiden ostosopimuskausien sijaan ja koska asiakkaalla olisi perustelluista syistä mahdollisuus muuttaa listautumistaan myös tuon puolen vuoden aikana.

Valintansa tueksi asiakas tarvitsisi monipuolista tietoa eri tuottajien palvelujen laadusta, sisällöstä, saatavuudesta sekä toisten palvelun käyttäjien kokemuksista. Hintasäädelyillä markkinoilla tieto ohjaa kuluttajia valitsemaan laadukkaita palveluita, mikä taas johtaa hintakilpailun sijasta laatukilpailuun ja ennen pitkää palveluiden parempaan laatuun (Pitkänen, V. & Pekola, P. 2016. Kela työpaperiä 86.). Mikäli helposti ymmärrettävää ja vertailukelpoista tietoa ei järjestelmän käynnistyessä olisi saatavilla, uhkana on palveluntuottajien välisen kilpailun keskittyminen esimerkiksi mainontaan ja sillä luotaviin mielikuviin. Myös järjestäjän näkökulmasta läpinäkyvä vertailutieto toimii merkittävänä tekijänä markkinoiden tarkoituksenmukaisen toiminnan ohjaamisessa. Lakiehdotus antaisi edellytykset vertailutiedon saamiselle palveluntuottajille asetettujen tietotuotantovaatimusten kautta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Suoran valinnan palveluntuottajan erikoistuminen voisi luoda erityisiä markkinointi- ja kilpailuetuja, koska yksilöllisesti räätälöidyt palvelut voisivat houkutella valittuun kohderyhmään kuuluvia asiakkaita, joiden palvelutuotannosta voisi jopa saada tavallista korkeampia korvauksia tai erityiskorvauksia. Tämä voisi helpottaa uusien palveluntuottajien palveluntuottajaksi liittymistä. Maakunnalla olisi mahdollisuus esityksessä suoran valinnan palveluntuottajille tarkoitettujen muiden korvauksien avulla edesauttaa tätä kehitystä.

Maakuntien liikelaitosten merkittävimpiä kilpailuetuja valinnanvapausmarkkinoilla olisivat laaja palveluvalikoima ja tuotantovarmuus sekä näihin liittyvät taloudelliset tekijät. Muilla palveluntuottajilla olisi mahdollisuus tarjota valinnanvapauspalvelujen ulkopuolista tuotantoa, mutta maakunnan liikelaitos olisi ainoa palveluntuottaja, jonka palveluvalikoimaan voisi myös kuulua esimerkiksi yliopistosairaalatasoiset palvelut. Laaja palveluvalikoima voi monessa tapauksessa näyttäytyä asiakkaalle sujuvampina palvelupolkuina ja tiedon kulkuna ensimmäisen, toisen ja kolmannen tason hoidon välillä sekä kokonaisvaltaisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista ja palvelujen yhteensovittamista. Laajan palveluvalikoiman lisäksi julkinen palveluntuottaja pystyisi muita tuottajia paremmin turvaamaan toiminnan jatkuvuuden, mikä on tärkeää asiakkaan näkökulmasta.

Kilpailu henkilöstöstä

Kaikkien palveluntuottajien olisi täytettävä lakisääteiset ja maakunnan asettamat ehdot henkilöstön määrään, pätevyyteen, kokemukseen ja kielitaitoon liittyen. Kilpailu henkilöstöstä olisi erityisen kiivasta isoissa kaupungeissa, joissa potentiaalisia työnantajia olisi paljon sekä syrjäseuduilla, joissa kriteerit täyttyviä työntekijöitä olisi tarjolla vähän. Henkilöstön saatavuushaasteet voisivat tietyillä alueilla ja tietyissä palveluissa muodostua jopa markkinoille tulon esteeksi, koska palveluntuottaja ei voisi kilpailla markkinoilla ilman palvelun luonteeseen nähden riittävää henkilöstöä.

Yksityiset yritykset olisivat paremmassa asemassa kuin julkiset palveluntuottajat henkilöstön rekrytoinnin näkökulmasta. Yksityisten yritysten ei tarvitsisi noudattaa julkisen sektorin työehtosopimuksia, jolloin yksityiset yritykset voisivat joustavammin määrittää esimerkiksi työajat, palkat, lomakorvaukset, työolosuhteet ja työsuhte-edut. Yksityisten yritysten joustavuus olisi myös kustannustehokkuuden näkökulmasta kilpailuetu. Henkilöstökulut kattavat yleensä vähintään 50–60% sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusrakenteesta, joten henkilöstömitoituksen muuttaminen dynaamisesti asiakkaiden kysynnän mukaan eli kunkin työntekijän käyttöasteen maksimointi on tehokas tapa säästää kustannuksissa. Maakunnan liikelaitoksen etuja henkilöstön suhteen voisivat maakuntien tulevista henkilöstöpolitiikoista riippuen olla muun muassa henkilöstön joustavat urapolut perus- ja erityistason palvelujen välillä, erityistason työ esimerkiksi yliopistollisissa sairaaloissa, henkilöstön mahdollisuudet osallistua alan koulutus- ja tutkimustoimintaan sekä laadukkaampi täydennys- ja lisäkoulutustarjonta yhteistyössä esimerkiksi alueen oppilaitosten kanssa.

Kilpailu toimitiloista ja tonteista

Kaikkien palveluntuottajien on täytettävä lakisääteiset ja maakunnan asettamat ehdot toimitiloja koskien, joten saavutettavista ja toimintaan soveltuvista toimitiloista ja tonteista käydään kiivasta kilpailua. Kilpailun voi odottaa kiristyvän jatkossa, kun toimitiloja tarvitsevien palveluntuottajien määrä lisääntyisi ja kun vaatimuksiin liittyvä läpinäkyvyys ja valvonnan monimuotoisuus kasvaisi maakunnan julkisen tiedottamisen ja valinnanvapauden myötä. Kilpailu toimitiloista ja tonteista on erityisen kiivasta isoissa kaupungeissa, joissa vapaita tiloja ja tontteja on vähän ja joissa tilojen ja tonttien potentiaalisia ostajia tai vuokraajia on paljon.

Toimitiloihin liittyy muun muassa työsuojelulainsäädännön, pelastuslain, sähköturvallisuuslain, säteilylain sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevien lakien velvoitteita, joiden valvontaa toteuttavat alueelliset ja kansalliset valvontaviranomaiset. Lisäksi toimitiloissa tulisi huomioida alan uudistuneet toimintatavat, esteettömyys, hygienia, sosiaalisen vuorovaikutuksen mahdollisuudet, yksityisyyden suoja, ympäristöystävällisyys, asiakkaiden yksilölliset tarpeet sekä kustannustehokkuus. Koska valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon vanhoista tiloista ovat julkisomisteisia, toimintaan soveltumattomien toimitilojen historiallinen taakka voisi hankaloittaa erityisesti maakunnan liikelaitoksen kilpailua valinnanvapausmarkkinoilla. Epäedullista kilpailuasetelmaa voisi hiukan helpottaa, että sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien tilat (arviolta noin 2 miljoonaa neliötä) siirtyisivät Maakuntien tilakeskus Oy:n taseeseen ja että Maakuntien tilakeskus tulisi keräämään tuotot tuhansista vuokrasopimuksista kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tiloja koskien (arviolta noin 7 miljoonaa neliötä). Vanhojen toimitilojen remontoiminen tai uusien tilojen hankkiminen nykyvaatimusten mukaisesti vaatisi merkittäviä taloudellisia investointeja, joita isoimmilla yrityksillä, erityisesti pääomasijoittajien omistamilla yrityksillä, on usein paras valmius tehdä. Pienimmille yksityisille yrityksille ja järjestöille vanhoihin ja hankittaviin

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

toimitiloihin liittyvät riskit ja kustannukset voisivat olla kynnyskysymyksiä sekä markkinoille tulon että markkinoilla pysymisen näkökulmasta.

Kilpailu aineista, tarvikkeista ja tukipalveluista

Henkilöstön ja tilojen lisäksi palveluntuottajat tarvitsevat monipuolisesti eri aineita, tarvikkeita ja tavaroita kuten hoitovälineitä, lääkkeitä, terveydenhuollon laitteita ja erikoistason ohjelmistoja. Tarvittavia palveluja ovat mm. laboratorio- ja kuvantamispalvelut, sairaankuljetuspalvelut, välinehuolto, lääkehuolto, hankintapalvelut, rekrytointipalvelut, toimitilojen puhtaanapito, jätehuolto, tila- ja kiinteistöpalvelut, tietotekniikkapalvelut, vahtimestari- ja vartijapalvelut, posti- ja logistiikkapalvelut, asiakas- ja henkilöstöpysäköinti, työ- ja liinavaatehankinnat, pesulapalvelut.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa näihin aineisiin, tarvikkeisiin ja palveluihin kohdistuu monia muita toimialoja tiukempaa sääntelyä sekä alueellista ja kansallista ohjeistusta. Näin ollen kaikki vaatimukset täyttävien aineiden, tarvikkeiden ja palvelujen saatavuus, laatu ja hinta voi toimia kilpailuetuna tai jopa markkinoille tulon esteenä. Pienen volyymin palveluntuottajat olisivat heikoimmassa asemassa hankintojen osalta, koska niiden neuvotteluvoima ostajina ja taloudelliset edellytykset isoihin investointeihin esimerkiksi tietojärjestelmien osalta ovat hyvin rajallinen.

4.6.4 Valinnanvapausjärjestelmän riskien huomiointi

Esityksen mukaan maakunnan olisi asettamiensa ehtojen, sopimusohjauksen ja valvonnan keinoin pyrittävä ohjaamaan palveluntuottajia. Maakunnan olisi huomioitava toimeenpanossaan lukuisia riskejä, jotka syntyisivät muun muassa palveluntuottajien toimimisesta omien intressiensä pohjalta.

Suoran valinnan palveluissa merkittävimpiä riskejä olisivat kiinteän korvauksen kustannustehokkuuteen ohjaavien kannustimien aiheuttamat alihoito ja kustannusten siirto, sekä palveluntarpeeltaan eroavien asiakkaiden tekemän valinnan myötä tapahtuva asiakkaiden haitallinen valikoituminen ja kermankuorinta. Asiakasetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa suurimmat riskit arvioidaan olevan todennäköisesti kiinteähintaisen korvauksen aiheuttama alihoito sekä asiakkaiden eroavaisuuden mahdollistama kermankuorinta.

Alihoito

Suoran valinnan palveluissa sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin tarkoitetusta määrärahasta vähintään kaksi kolmasosaa ja suunhoidon yksiköiden palveluihin tarkoitetusta määrärahasta vähintään puolet olisi tarkoitus jakaa palveluntuottajille kiinteänä asiakaskohtaisena korvauksena. Asiakasetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin kautta järjestettävissä palveluissa maakunta maksaisi palveluntuottajalle ennalta määräämänsä summan kyseisen palvelun tuottamisesta. Näin palveluille luotaisiin käytännössä hintasäännellyt markkinat.

Kirjallisuudessa on todettu, että mitä suurempi osa korvauksesta perustuu suoritteisiin, sitä enemmän tuottajalla on kannustetta lisätä tuotettujen palvelujen määrää (ns. tarjoajien luoma kysyntä) (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 22/2016). Tässä tilanteessa tuottaja voi pyrkiä antamaan myös sellaisia palveluja ja toimenpiteitä, jotka eivät ole tarpeellisia hoidon vaikuttavuuden kannalta. Hallituksen kustannuskehityksen taittamisen tavoitteiden saavuttamiseksi olisi perusteltua, että suoran valinnan palveluntuottajien korvaus perustuisi pääosin kiinteään asiakaskohtaiseen korvaukseen eli kapitaatioon. Asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa palveluntarpeen määrittäjänä toimii maakunnan liikelaitos, joten palveluntuottajien luoma kysyntä ei olisi samassa määrin ongelma.

Hintasääntelyn johdosta palveluntuottajien olisi tehostettava toimintaansa. Ainoastaan niiden toimijoiden, joiden tuotantokustannukset olisivat alle säännellyn hintatason, olisi mahdollista toimia palveluntuottajina. Mikäli säännelty hinta olisi luonteeltaan kiinteä, sen voi olettaa kannustavan palveluntuottajia käyttämään vähemmän nykyisiä tai tehokkaampia vaihtoehtoisia tuotannontekijöitä esimerkiksi potilaiden hoitamisessa. Maakunnan olisi tällöin huolehdittava, ettei tuottajille synny tuotantokustannusten alentamisen kautta kannustinta alentaa laatua, alihoitaa potilaita tai valikoida potilaita. (Folland, S., Goodman, A.C. & Stano, M 2013. The Economics of Health and Health Care).

Kiinteillä hinnoilla tapahtuva kilpailu tapahtuu hinnan sijaan laadulla ja tavoitteena on markkinaosuuden eli asiakasmäärän kasvattaminen (Gaynor, M. & Town, R. J. 2011. Handbook of Health Economics, vol. 2). Kilpailu asiakkaista hillitsee osaltaan alihoitokannustimia, sillä palvelujen laadun heikentäminen voi saada asiakkaat vaihtamaan palveluntuottajaa. Siten maakunnan toimet kilpailullisuuden edistämiseksi toimisivat

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

alihoidon kannustimia vastaan. Palvelujen laadun varmistamiseksi maakunnan olisi joka tapauksessa huolehdittava riittävästä laadunvalvonnasta.

Lakiehdotus toisi kuitenkin mahdolliseksi useita muita keinoja, joilla liiallisten kustannustehokkuuskannustimien tuoma alihoidon riskiä voitaisiin hillitä. Suoran valinnan palveluissa maakunta voisi käyttää kyseisiin palveluihin varattua määrärahaa suoritekorvauksiin valitsemistaan palveluista tai palvelukokonaisuuksista. Tällä tavoin maakunta voisi rajoittaa kustannustehokkuuden kannustimia näissä palveluissa ja tehdä tuottajille kannattavammaksi kyseisten palvelujen tuottaminen kilpailutilanteesta riippumatta. Tämän lisäksi maakunnan olisi mahdollista käyttää kannustinperusteisia korvauksia alihoidon riskin pienentämiseksi sisällyttämällä riittävän laadun ja tarpeellisen hoidon kanssa korreloivia mittareita kannustinkorvausjärjestelmäänsä.

Asiakasetelipalveluissa maakunnan olisi myös mahdollista ottaa käyttöön kiinteähintaisen korvauksen rinnalle kannustinperusteisia korvauksia, joilla maakunta voisi hillitä kannustinta kulujen liialliseen pienentämiseen laadun kustannuksella.

Asiakasvalikoinnin ja haitallisen valikoitumisen ehkäisy

Sosiaali- ja terveystalpalveluissa asiakkaan valintaan perustuvaa kilpailun hyödyntämistä vaikeuttaa väistämättä se, että asiakkaat ovat palveluntarpeeltaan ja siten kustannusriskiltään yksilöitä.

Esityksen mukaan palveluntuottajien korvaus olisi luonteeltaan pääosin kiinteää ja etukäteen määritettyä. Kiinteä korvaus olisi aina jonkinasteinen isomman populaation kustannusriskiin perustuva arvio. Kunkin asiakkaan yksilöllinen kustannusriski suhteutuu tähän keskimääräiseen kustannusriskiin niin, että joidenkin asiakkaiden kustannusriski olisi matalampi ja joidenkin korkeampi kuin keskimääräinen kustannusriski. Tämä muodostaisi riskin koko järjestelmälle, jos asiakkaat jakautuvat palveluntuottajille kustannusriskin kannalta epätasaisesti. Kustannusriskiltään korkeamman asiakaspopulaation omaavien palveluntuottajien taloudelliset toimintaedellytykset heikkenisivät, sillä maksettu korvaus ei vastaisi muodostuvia kustannuksia. Tämänkaltaisessa tilanteessa maakunta voisi joutua nostamaan korvaustasoja kokonaisuudessaan turvatakseen palveluntuottajien toiminnan jatkuvuuden, joka muodostaa merkittävän kustannuksen koko järjestelmälle.

Tämä niin kutsuttu asiakkaiden haitallinen valikoituminen voisi johtua esimerkiksi systemaattisista alueittaisista eroista asiakkaiden kustannusriskissä maakunnan sisällä, joka voisi Suomen järjestelmässä johtua alueellisista eroista työterveyshuollon kautta sairaanhoitopalveluita saavassa väestössä. Tällöin haitallinen valikoituminen muodostuu ongelmaksi riippumatta asiakkaiden tai palveluntuottajien toimista. Kansainvälisessä kirjallisuudessa haitallinen valikoituminen liitetään usein asiakkaiden valintakäyttäytymiseen, jolloin jokin palveluntuottaja voi olla korkeariskisemmille asiakkaille houkuttelevampi, ja palvelun tuottaja voi saada tätä kautta vastuulleen keskimääräistä korkeariskisemmän asiakasjoukon. Myös palveluntuottajat voivat strategisilla toimillaan vaikuttaa asiakaspopulaation koostumukseen. Tämä asiakasvalikoitinta tai myös ”kermankuorintana” tunnettu ilmiö korostuu, jos palveluntuottajilla olisi maakuntaa enemmän tietoa asiakkaiden kustannusriskistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Suoran valinnan palveluissa maakunta antaisi palveluntuottajalle vastuun annetusta palveluvalikoimasta asiakkaan ilmoittautumisesta lähtien, ja palveluntuottaja vastaisi palvelujen tuottamisesta ja tuotannon kustannuksista kiinteän korvauksen kattaman osuuden verran niin kauan kuin asiakassuhde olisi voimassa. Suoran valinnan palveluissa maakunnan määrittämä palveluvalikoiman laajuus kasvattaisi palveluntuottajalle kiinteän korvauksen myötä siirtyvää kustannusvastuuta. Laajempi kustannusvastuu kasvattaisi samalla mahdollisen haitallisen valikoitumisen riskiä ja siitä koituvia kustannuksia. Asiakaseteleissä ja henkilökohtaisen budjetin kautta tarjottavissa palveluissa korvaus olisi myös valtaosin kiinteä, joten haitallisen valikoitumisen ilmiö olisi ongelma asiakkaiden erilaisuuden takia.

Lakiehdotuksessa on linjattu keinoja asiakasvalikoinnin ja haitallisen valikoitumisen ehkäisemiseksi suoran valinnan palveluissa. Maakunta määrittäisi palvelukokonaisuudet sekä tuottajakorvaukset, valinnan tekeminen olisi maksutonta ja asiakasmaksut palveluista olisivat asiakkaalle samat riippumatta valitusta palvelun tuottajasta. Täten tuottajat eivät voisi näiltä osin muokata palvelukokonaisuuttaan tiettyjen asiakassegmenttien houkuttelemiseksi. Suoran valinnan palveluissa palveluntuottajilla olisi aina velvollisuus hyväksyä ilmoittautuva asiakas, eikä palveluntuottajilla olisi siten kieltäytymällä mahdollista valikoida asiakkaitaan.

Suoran valinnan palveluntuottajien kiinteää asiakaskohtaista korvausta painotettaisiin yksilön ominaisuuksiin perustuvien tarvetekijöiden perusteella, jonka avulla voitaisiin tasoittaa asiakkaiden yksilöllisten

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

kustannusten ja maksettujen korvausten välistä eroa. Yksilöllisen kustannusriskin arvioiminen etukäteen olisi kuitenkin erittäin haasteellista ilmiön monimutkaisuuden takia. Edelleen korjatakseen tilannetta maakunta voisi käyttää suoriteperusteisia korvauksia tasaamaan muodostuvien korvausten ja kustannusten välistä eroa. Suoriteperusteisia korvauksia voitaisiin antaa asiakaskohtaisten toimenpidemäärien perusteella, jolloin niiden avulla voitaisiin luoda palveluntuottajalle suojaa korkeiden asiakaskohtaisten kustannusten varalle. Näiden korkeiden kustannusten asiakkaiden huomiointi olisi tärkeää tuottajien asiakasvalikoinnin kannustimen hillitsemiseksi.

Asiakassetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin kautta tarjottavissa palveluissa maakunta määrittäisi palvelukokonaisuudet sekä tuottajakorvaukset, ja asiakasmaksut olisivat kaikille asiakkaille samat valitusta palveluntuottajasta riippumatta. Asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa palveluntuottajan olisi mahdollista kieltäytyä asiakkaista, joka tulisi mahdollistamaan palveluntuottajille varsin suoraviivaisen keinon asiakasvalikointiin. Maakunnan olisi mahdollista luoda rinnakkaisia asiakaseteleitä tai henkilökohtaisen budjetin palvelujen tuotteistuksia eri asiakasryhmille, joissa odotettavissa olevat kustannukset olisi paremmin sovitettu kyseisen asiakasryhmän odotettavissa oleviin kustannuksiin kyseisestä palvelukokonaisuudesta.

Kustannusten siirto

Suoran valinnan palveluntuottajien korvausmallin kiinteästä korvauksesta syntyvä kustannustehokkuuden kannustin koskisi ainoastaan kiinteän korvauksen kattamia palveluita. Suoran valinnan palveluntuottaja vastaisi näiden palvelujen kustannuksista, ja toisaalta saisi itselleen näissä palveluissa tapahtuvan säästön. Suoran valinnan palveluille olisi usein olemassa jossain määrin sopivia korvaavia vaihtoehtoja, kuten maakunnan liikelaitoksen erikoistason palvelut tai lääkehoito, joiden kustannuksista suoran valinnan palveluntuottaja ei olisi vastuussa. Tämä asetelma synnyttää riskin, että suoran valinnan palveluntuottaja pyrkii vähentämään kustannuksiaan siirtämällä asiakkaidensa hoitoa näihin korvaaviin palveluihin. Riskiä lisää, jos asiakkaalla on vakuutusuojaa vaihtoehtoisten palveluiden kustannuksia varten, kuten tulevassa järjestelmässä tulisi olemaan maakunnan liikelaitosten palveluihin. Tämä riski korostuisi myös valinnanvapauden kilpailuvaikutuksen takia, sillä suoran valinnan palveluntuottaja palvelisi asiakastaan tarjotessaan tälle pääsyn erikoistason palveluihin tai esimerkiksi reseptilääkkeisiin.

Lakiehdotus antaisi mahdollisuuden maakunnalle sisällyttää suoran valinnan palveluntuottajien kannustinkorvausjärjestelmään muun palveluketjun kustannuksissa syntyviin säästöihin perustuvia elementtejä. Maakunta voisi näin tehdä suoran valinnan palveluntuottajasta välillisesti kustannusvastuullisen maakunnan liikelaitoksen palveluihin, jolloin kustannusten siirtämisen kannustimet pienenisivät. Tätä menettelyä vaikeuttaisi se, että syntyvien säästöjen määrittämiseksi tulisi maakunnan kyetä arvioimaan odotettavissa olevat kustannukset. Jos laskennallisten säästöjen osuus korvauskokonaisuudesta olisi merkittävä ja asiakaskohtaisen kustannusriskin arviointi epätarkkaa, muodostuisi myös tätä kautta asiakkaiden haitallisen valikoitumisen riski. Maakunnan olisi mahdollista käyttää myös muita lähete- ja hoitokäytäntöjen mittaamiseen perustuvia kannustinjärjestelyjä, joilla kustannusten siirtämisen kannustinta voitaisiin hillitä.

4.6.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluihin

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen mukaan ostopalvelusopimukset siirtyisivät maakunnalle ja niitä voitaisiin hyödyntää maakunnan järjestämisvastuulla olevassa sosiaali- ja terveyspalvelutuotannossa. Näissä tilanteissa voisi muodostua yhteensopivuusongelmia esimerkiksi tilanteessa, jossa kunta olisi ympärivuorokautisen hoidon sopimuksen sisältöä määritellessään määritellyt sairaanhoidon palvelujen sisältyvän palvelukokonaisuuteen, mutta uudessa tilanteessa sairaanhoito olisikin suoran valinnan palveluntuottajan vastuulla. Tyypillinen sopimuskausi ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on muutaman vuoden, mutta myös huomattavasti pidemmät sopimukset ovat mahdollisia. Pidemmässä sopimuksissa on yleensä joustavammat irtisanomismahdollisuudet.

Joissakin tehtävissä ristiriidat lakiehdotuksen kanssa ovat ilmeisiä, kokonaisulkoistusten lisäksi esimerkiksi terveydenhuollon ja suun terveydenhuollon vastaanottopalveluissa sekä kotihoidon osalta. Näiltä osin voisi olla odotettavissa sopimuksen purkuun liittyviä kustannuksia. Sopimuksen irtisanomisehdot ovat yksilöllisiä, joten kustannusvaikutuksia on hankala arvioida. Toisaalta lakiehdotus mahdollistaa suoran valinnan palvelujen osalta ulkoistussopimuksen saaneen palveluntuottajan toimimisen valinnanvapauserämarkkinoilla. Tämä vähentää sopimuksen purkuun liittyviä kustannuspaineita.

Maakunnan liikelaitokseen valinnanvapauseräpalvelujen ulkopuolelle jäisi palveluja arvioilta noin 13,3 miljardin euron arvosta vuoden 2016 tasossa. Tämän lisäksi maakunnan liikelaitos tuottaisi palveluja myös suoran valinnan palveluissa ilmoittautumisperiaatteella, sekä asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

palveluissa omana toimintanaan, mikäli asiakas haluaisi palvelut maakunnan liikelaitoksen tuottamana yksityisten palveluntuottajien sijaan. Tuottamissaan palveluissa maakunnan liikelaitoksen olisi mahdollista tuottaa palveluja ostopalveluina yhtäläillä kuin nykyisin. Jos oletetaan, että maakunnan liikelaitos käyttäisi ostopalveluja oman tuotantonsa järjestämiseen tulevaisuudessa suhteessa samassa määrin kuin kunnat nykyisin käyttävät, tulisi terveyspalveluiden ostopalvelujen arvo olemaan noin 600 miljoonaa euroa ja sosiaalipalvelujen ostopalvelujen arvo noin 1,6 miljardia euroa vuoden 2016 tasossa.

Ostopalveluja on käsitelty myös esityksen yleisperusteluissa kohdassa 2.3.2.

Innovatiiviset hankinnat

Lakiehdotuksella olisi vaikutuksia julkisten hankintojen näkökulmasta, kun valinnanvapauden palveluntuottajasopimukset tulisivat maakuntien vastuulle. Innovatiivinen hankintamenettely eli tulos- ja vaikuttavuusperustainen ostaminen, tulisi aikaisempaa ajankohtaisemmaksi esityksen myötä, kun maakunta tekisi myös uusia sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa, ja hankkisi välituotteita sekä lopputuotepalveluja eli ostopalveluja.

Yksinkertaisten innovatiivisilla julkisilla hankinnoilla tarkoitetaan sitä, että tarkkaan määriteltyjen ominaisuuksien sijaan julkisissa hankinnoissa ostetaan tuloksia ja vaikuttavuutta. Tämä tarkoittaa yritysten ja sidosryhmien mukaan ottamista hankinnan suunnitteluun. Ostajalta tämä edellyttää sitä, että tämän tulee pyrkiä kehittämään ostettavaa palvelua sekä olla valmis tekemään asioita eri tavalla kuin on aina ennen tehty. Innovatiivisten julkisten hankintojen taloudellisia vaikutuksia nimenomaan valinnanvapauden näkökulmasta ei ole laskettu. Kaikkien julkisten hankintojen yhteenlaskettu arvo on Suomessa vuosittain 35 miljardia euroa. Suhteutettuna valtiovarainministeriön hallituskaudelle 2015–2019 laskemaan 6 miljardin euron kestävyysvajeeseen summa on merkittävä. Arvioiden mukaan 10 prosentin tuottavuusloikalla kaikissa julkisissa hankinnoissa voidaan kuroa umpeen puolet Suomen kestävyysvajeesta yhdessä vuodessa (Kajala, J. 2015. Impulsseja, Syyskuu 2015)

Maakunnan näkökulmasta innovatiivisten julkisten hankintojen hyödyntäminen edellyttäisi vahvaa ja uudenlaista hankintaosaamista. Myös palveluntuottajasopimusten hallinnointiin, niiden uusimiseen ja uusien sopimusten neuvottelemiseen, laatiminen, seuranta ja hallinnointi edellyttäisivät resursointia.

Valinnanvapausjärjestelmässä innovatiivisiin julkisiin hankintoihin osallistuminen tarjoaisi yrityksille kaupallisia referenssejä sekä myös parempaa asiakastarpeen ymmärtämistä, millä voisi olla yritysten kilpailukykyä edistävä vaikutus.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.7 Henkilöstövaikutukset

4.7.1 Yleistä

Maakuntauudistus ja valinnanvapausjärjestelmä aiheuttaisivat muutoksen julkisen sektorin työmarkkinoihin, neuvottelu- ja sopimusjärjestelmään sekä konsernirakenteeseen ja useiden itsenäisten työnantajien toimintaan (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta 49/2017.)

Lakiehdotuksella ei itsessään olisi merkittäviä työllisyysvaikutuksia. Ehdotuksella ei olisi suoria vaikutuksia tarvittavan sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön määrään, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus kokonaisuudessaan johtaisi henkilöstötarpeen pienenemiseen toiminnan tehostumisen kautta. Lakiehdotuksen ei arvioida johtavan työttömyyden lisääntymiseen.

Lakiehdotuksen keskeisimmät henkilöstöön liittyvät vaikutukset muodostuvat tuottajaverkon monipuolistumisen kautta. Vaikka maakunnilla olisi aina myös omaa julkista tuotantoa, tuotettaisiin jatkossa nykyistä suurempi osa julkisesti rahoitetuista sosiaali- ja terveystalouksista myös yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien toimesta. Tällöin myös henkilöstön osalta tapahtuisi siirtymää sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan sisällä maakunnan palveluksesta yksityisen työnantajan palvelukseen. Siirtymät koskevat erityisesti naistyöntekijöitä alan naisvaltaisuuden vuoksi.

Mikäli maakunta päättäisi yhtiöittää osan omasta toiminnastaan (esimerkiksi sosiaali- ja terveyskeskus), tällöin henkilöstön siirtyminen työnantajalta toiselle voisi toteutua myös tätä kautta.

4.7.2 Vaikutukset henkilöstön siirtymään

Maakunta- ja järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen perusteella Manner-Suomen kunnista ja kuntayhtymistä siirtyisi maakuntien palvelukseen 1.1.2020 lukien (tilastopöytäkirjasta riippuen) arviolta noin 203 500 sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevää henkilöä. Ammattiluokituksen mukaisesti maakunnille siirtyvästä henkilöstöstä noin 20 prosenttia kuuluisi sairaanhoitajien ammattiluokkaan ja yhdeksän prosenttia sosiaalialan hoitajiin. Toimialoitteisen tarkastelun perusteella suurimmat toimialat ovat sairaalapalvelut sekä terveyskeskus ja vastaavat yleislääkäripalvelut. Lääkäreiden osuus (mukaan lukien yli- ja hammaslääkärit) siirtyvästä henkilöstä olisi noin kahdeksan prosenttia. Koska sosiaali- ja terveystalouksien palvelut ovat Suomen työmarkkinoiden naisvaltaisin ala (yksityiset palvelut mukaan lukien 88 prosenttia työntekijöistä on naisia), työnantajan vaihtuminen vaikuttaisi erityisesti naistyöntekijöihin.

Henkilöstömäärän siirtymistä työnantajalta toiselle on vaikeaa arvioida tarkasti, koska itsehallinnollisilla maakunnilla olisi mahdollisuus vaikuttaa alueensa tuottajaverkon muodostumiseen ja siten valinnanvapauden toteutumiseen. Toisaalta henkilöstövaikutukset riippuvat myös siitä, mihin palveluihin investoidaan ja/tai mitä supistetaan. Mikäli esimerkiksi uudistuksen toimeenpanon jälkeisenä vuotena yksityisten sosiaali- ja terveyskeskusten valtakunnallinen osuus palveluista olisi 5–25 prosenttia, niin tällöin myös asiakkaita siirtyisi vastaavasti maakunnilta yksityisten yritysten ja yhteisöjen asiakkaiksi. Koska valinnanvapauden toteutuminen ja muuttuvaan asiakasmäärään vastaaminen edellyttää myös tuotannon tekijöiden siirtymistä työnantajalta toiselle, on selvää, että myös henkilöstön siirtymistä tapahtuisi.

Riippuen toimintojen uudelleenjärjestelystä ja valinnanvapauden toteutumisesta, maakunnista yksityisten yritysten ja yhteisöjen omistamiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin siirtyvän terveydenhuollon henkilöstön määrän voi karkeasti arvioida olevan noin 6 000–25 000 henkilöä. Oletus perustuu yksityisen sektorin tuottamien palvelujen määrään (pl. muun kuin yleislääketieteen alaan kuuluvat konsultaatio- ja avovastaanotto- ja palvelut, jotka on arvioitu alempana osana erikoissairaanhoidon henkilöstöä) uudistuksen voimaantulon jälkeisenä vuotena, suoran valinnan palvelujen sisältöön sekä siinä työskentelevään henkilöstöön. Mikäli yksityisen sosiaali- ja terveyskeskusten osuus kasvaisi koko maan tasolla keskimäärin esimerkiksi 40 prosenttiin, voisi vaikutus henkilöstöön olla jopa kaksinkertainen. On todennäköistä, että tämän jälkeen tilanne vakiintuisi.

Esimerkiksi Ruotsissa lääkäreiden ja sairaanhoitajien julkisella työnantajalla työskentelevien osuus on pienentynyt vuodesta 2007 lähtien ja vastaavasti yksityisen työnantajan palveluksessa työskentelevien osuus on kasvanut. Toisaalta esimerkiksi lääkäreiden osalta tilanne näyttää vakiintuneen ja samoin sairaanhoitajien osalta muutos on hidastunut vuoteen 2014 mennessä. Tämä viittaa siihen, että yksityisten ja julkisten tuottajien osuus maakäräjien järjestämistä palveluista vakiintuu ajan kuluessa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Maakäräjien järjestämät terveystalvet: Henkilöstön osuus julkisella ja yksityisellä työnantajalla Ruotsissa									
Ammatti	Tuottaja	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Lääkäri	Julkinen	28 030	28 468	28 824	29 579	30 044	30 723	31 446	32 206
Lääkäri	Yksityinen	5 771	6 136	6 726	6 945	7 455	7 818	8 192	8 431
Lääkäri	Yhteensä	33 801	34 604	35 550	36 524	37 499	38 541	39 638	40 637
	Julkisella sektorilla työskentelevien % -osuus	82,9	82,3	81,1	81,0	80,1	79,7	79,3	79,3
	Julkisen sektorilla työskentelevien osuuden muutos		-0,6	-0,8	-0,1	-0,9	-0,4	-0,4	0
Sairaanhoitaja	Julkinen	88 056	88 324	87 668	88 472	88 903	89 342	90 040	90 276
Sairaanhoitaja	Yksityinen	12 465	13 296	14 766	15 506	16 106	16 724	17 100	17 712
Sairaanhoitaja	Yhteensä	100 521	101 620	102 434	103 978	105 009	106 066	107 140	107 988
	Julkisella sektorilla työskentelevien % -osuus	87,6	86,9	85,6	85,1	84,7	84,2	84,0	83,6
	Julkisen sektorilla työskentelevien osuuden muutos		-0,7	-0,7	-0,4	-0,4	-0,5	-0,2	-0,4

Lähde: Socialstyrelsens statistikdatabas 2017-09-27

Mikäli yksityisten sosiaali- ja terveyskeskusten osuus kasvaisi merkittävästi, sillä voisi olla huomattava vaikutus sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoihin koko maan tasolla. Samoin asiakkaiden mahdollisuus vaihtaa määrääjain palvelujen tuottajaa voisi luoda pysyvien työsuhteiden sijaan aiempaa enemmän epätyypillisiä työsuhteita. Yksityisten yritysten ja yhteisöjen mahdollinen runsas mukaantulo voisi vaikuttaa yleisesti naisten työmarkkina-asemaan ja palkkaukseen Suomessa. Selkeitä muutoksia voisi tapahtua työsuhteiden ehdossa ja määrässä, niiden pysyvyydessä ja työolosuhteissa. Toisaalta myös maakunnan liikelaitys tulisi jatkossakin tarvitsemaan uusia työntekijöitä mm. henkilöstön eläköitymisestä johtuen. Myös yksityiset tuottajat tarvitsisivat tuotannon kasvaessa henkilökuntaa ja rekrytointi kohdistuisi todennäköisesti pääasiassa maakuntien henkilöstöön. Tämä voisi osaltaan aiheuttaa äkillistä henkilöstövajausta maakunnissa, etenkin jos rekrytointi kohdistuisi ns. avainhenkilöihin.

Edellä kuvatusta johtuen, vaikutukset henkilöstöön voisivat olla joko myönteisiä tai kielteisiä. Uudistus voisi tuottaa sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoille uudenlaista epävarmuutta mutta myös kilpailua osaavasta työvoimasta ja työntekijöille uusia mahdollisuuksia laajentaa osaamistaan.

Henkilöstön siirtymistä työnantajalta toiselle tapahtuisi todennäköisesti eniten niissä maakunnissa, joihin on odotettavissa monipuolisin tuottajaverkko ja joissa toisaalta on suuret volyymit sekä asiakkaita että henkilöstöä. Esimerkiksi Uudenmaan osuus maakunnallisesta henkilöstöstä on neljännes. Pienimmän maakunnan eli Keski-Pohjanmaan osuus henkilöstä on 1,6 prosenttia. Muita maakuntia joihin todennäköisesti muodostuisi enemmän valinnanvapautta ja siten suurempia henkilöstövaikutuksia ovat Varsinais-Suomi, Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa. Arvio perustuu mm. alueiden väestö- ja julkisen henkilöstön määriin.

Todennäköisesti edellä kuvatut henkilöstövaikutukset kuitenkin todentuvat vasta pidemmän ajan kuluessa, koska yksityisten yritysten ja yhteisöjen osuus sosiaali- ja terveyskeskustuotannosta kasvaisi useamman vuoden aikana. Lisäksi kasvu hidastuisi ensimmäisten vuosien jälkeen (etenkin saavutettavuusallokaation jälkeen) ja lopulta todennäköisesti vakiintuu tietylle tasolle. Henkilöstön siirtyminen työnantajalta toiselta olisi pidempi prosessi myös siksi, että valinnanvapausmallissa asiakkaat jäisivät aluksi maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi, ellei aktiivista vaihtamispäätöstä tehdä tai kunnes asiakkaat listataan

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

saavutettavuuden perusteella. Myös maakunnan mahdollisuus sopeuttaa toimintaansa olisi verrattain hidasta mm. yhteistoimintaprosessiin kuluvan ajan vuoksi. Myös tämä hidastaisi henkilöstön siirtymistä maakunnista yksityisten yritysten ja yhteisöjen palvelukseen, joskin edellä kuvattu listaamisprosessi puolestaan voisi vauhdittaa kehitystä. Verrattain hitaasta prosessista huolimatta, valinnanvapaus voisi lisätä epävarmuutta henkilöstöresursoinnissa. Myös yli- ja aliresursoinnin riski voisi kasvaa nykytilaan verrattuna (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta 49/2017.)

Sosiaalihuollon henkilöstöön sosiaali- ja terveyskeskusten toiminta ei juuri vaikuttaisi, sillä sosiaalipalvelut kuuluisivat sosiaali- ja terveyskeskusten ohjaus- ja neuvontatehtäviä lukuun ottamatta maakuntien palveluvalikoimaan. Tällöin kuitenkin muiden valinnan vapautta tukevien instrumenttien, kuten asiakaseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin käyttöön ottoa myötä, myös sosiaalihuollon tehtäviä siirtyisi maakunnilta yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille. Sosiaalihuollossa on kuitenkin myös nykyisin paljon ostopalveluja, joten palveluja on toteutunut jo ennen valinnanvapauden laajentumista paljolti yksityisten tuottajien toimesta. Sosiaali- ja terveysalan nykyistä henkilöstöä ja työllisyyttä on kuvattu tarkemmin yleisperustelujen kohdassa 2.3.3.

Erikoissairaanhoidon henkilöstöön valinnanvapausuudistus voisi jonkin verran vaikuttaa asiakaseteleihin ja sosiaali- ja terveyskeskuksiin liittyvän sääntelyn vuoksi. Suoran valinnan palveluihin olisi esityksen mukaan sisällytettävä muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiota ja vastaanottopalveluja vähintään kahden eri erikoisalun osalta. Asiakaseteleitä tulisi puolestaan käyttää suunhoidon protetiikassa, lääkinnällisessä kuntoutuksessa sekä hoitotakuurajojen ylityksessä. Näiden lisäksi maakunta voisi tietyin rajauksin ottaa asiakaseteleiden käyttöön muissakin palveluissa. Koska erikoissairaanhoidon palvelujen osalta maakunnalla on huomattava määrä itsenäistä päätäntävaltaa, on tarkkaa arviota mahdollisen siirtyvän henkilöstön osalta vaikeaa antaa. Vaikutus olisi todennäköisesti muutaman prosentin luokkaa koko erikoissairaanhoidon henkilöstöstä. Toisaalta siirtymä ei välttämättä koske koko henkilökohtaa samassa suhteessa vaan voi kohdistua johonkin tai joihinkin professioihin tai erikoisaloihin enemmän. Samasta syystä on myös mahdollista, että kilpailu erityisasiantuntemusta omaavasta henkilöstöstä todennäköisesti kiristyy.

Myös sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstöön kohdistuvat vaikutukset todennäköisesti realisoituvat pidemmän ajan kuluessa. Tämä johtuu siitä, että hyvin todennäköisesti tuotteistaminen vaatii maakunnilta aikaa mutta myös kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen uudelleen järjestetyissä palveluissa vie aikaa.

Henkilöstösiirtymien vaikutukset työntekijöiden eläkkeisiin ja eläkejärjestelmien rahoitukseen

Maakuntiin jäävällä, ennen vuotta 1972 syntyneellä henkilöstöllä voi olla tavanomaista eläketurvaa kattavampi lisäeläketurva. Lisäeläke-etuuksien säilyminen on sidottu siihen, että henkilön palvelussuhde julkisella sektorilla jatkuu hänen eläkeikänsä tai työkyvyttömäksi tulon saakka. Ilman erillisiä toimenpiteitä henkilöstö, joka valinnanvapauden myötä siirtyy maakuntien palveluksesta yksityisten palveluntuottajien palvelukseen, menettäisi tämän lisäeläketurvan.

Työntekijöiden vaihtaessa työnantajaa maakuntien palveluksesta yksityisten yritysten palvelukseen, myös heidän työeläkevakuuttajansa todennäköisesti muuttuisi. Henkilöstön siirtyminen maakuntien palveluksesta yksityisten työnantajien palvelukseen johtaisi vakuutettujen määrän vähenemiseen kuntien ja maakuntien eläkejärjestelmässä ja vastaavasti yksityisten alojen eläkejärjestelmässä vakuutettujen työntekijöiden määrä kasvaisi. Edellä kuvattu siirtymä toisi muutoksia työeläkkeiden rahoitukseen. Ilman erillisiä toimenpiteitä kuvattu kehityssuunta aiheuttaisi riskin työeläkkeiden rahoitukselle erityisesti kuntien ja maakuntien työeläkejärjestelmässä.

Edellä kuvattuja asiakokonaisuuksia on selvittänyt STM:n vetämä Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja maakuntauudistuksen eläketyöryhmä, joka on ehdottanut määräaikaista lakia vuosille 2020–2026, jolloin eläkejärjestelmien välisiä siirtoja tasattaisiin siirtymämaksulla. Siirtymämaksun suuruudeksi on ehdotettu 4,6 prosenttia siirtyneiden henkilöiden palkkasummasta. Työryhmä on myös ehdottanut, että samalla siirtymäajalla työntekijöillä säilyisi oikeus kuntien ja maakuntien eläkejärjestelmän lakisääteiseen lisäeläketurvaan tilanteissa, joissa henkilö siirtyy Kevan jäsenyhteisön palveluksesta muun valinnanvapauden piiriin kuuluvan palveluntuottajan palvelukseen. Kokonaisuus edellyttäisi erillistä lainsäädäntöä eikä vaikutuksia voida siten arvioida tässä yhteydessä tarkemmin.

Vaikutukset palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin

Valinnanvapauteen liittyvät välilliset henkilöstövaikutukset liittyvät henkilöstön palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin, sillä työnantajan vaihtumisella voisi olla vaikutusta myös näihin. Palkkauksen

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

osalta ero julkisen ja yksityisen työnantajan välillä ei ole erityisen suuri. Esimerkiksi Tilastokeskuksen Palkat ja työvoimakustannukset -tilaston mukaan yksityisen työnantajan palveluksessa olevien keskipalkka oli vuonna 2015 noin 50 euroa kuukaudessa pienempi kuin kuntasektorilla nykyisin. Mediaanipalkassa eroa vain noin 25 euroa. Ero todennäköisesti johtuu siitä, että yksityisellä työnantajalla työskentelevillä ei juuri ole vuorolisiä. Yksilötasolla vaikutus palkkaan ja muihin etuuksiin riippuu mm. työuran pituudesta.

			Lukumäärä	Kokonaisansion keskiarvo, e/kk	Kokonaisansion mediaani, e/kk
322					
Sairaanhoitajat, kättilöt ym.	Yksityinen sektori	Sukupuolet yhteensä	6098	2987	2920
	Kuntasektori	Sukupuolet yhteensä	43219	3039	2945

Työehtosopimusten vaihtumisella julkisesta yksityiseen olisi merkitystä henkilöstön työsuhteen ehtoihin. Esimerkiksi kuntasektorin eläkemenot ovat useita prosentteja yksityistä työnantajaa korkeammat. Myös lomaedut ovat kattavat, sillä kuntasektorilla on vuosilomalaista poikkeavat määräykset vuosiloman pituudesta. Esimerkiksi kymmenen vuoden palveluksen jälkeen lomaa on kuusi viikkoa ja viidentoista vuoden jälkeen lomaa on noin 7,5 viikkoa vuositasolla. Kuntasektorin alin vuosilomakategoria on kolme päivää yli vuosilomalain minimimääräysten, vuositasolla mitattuna. Näin ollen työnantajan vaihtamisella voi olla vaikutusta myös näihin etuuksiin.

4.7.3 Vaikutukset työllisyyteen

Maakunnissa sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa tulisi tuottajaverkon monipuolistuessa ja valinnanvapauden laajentuessa tarkastelemaan uudelleen työvoiman ja toiminnan tehostamistarpeiden vuoksi. Valtaosa sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista on palkkakuluja ja siten sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukselle asetettu kustannusten kasvun hillinnän tavoite edellyttäisi säästöjä henkilöstökustannuksissa. Tästä syystä henkilöstön osaamista tulisi tuottajasta riippumatta todennäköisesti kohdistamaan entistä tarkemmin mm. päällekkäisyyksien välttämiseksi. Myös työtehtävien uudelleenarviointia ja tehtävänsiirtoja tulisi luultavasti tekemään sekä julkisten että yksityisten toimijoiden toimesta. Lisäksi erilaisten digitaalisten ja teknisten ratkaisujen myötä henkilöstön työpanosta pyrittäisiin todennäköisesti kohdentamaan tehokkaammin. Työtehtävien paremmalla kohdentamisella ja osaamisen hyödyntämisellä olisi mahdollista saavuttaa kustannusvaikutuksia. Toisaalta se voisi hyvin toteutettuna myös parantaa henkilöstön työhyvinvointia, työtyytyväisyyttä ja työhön sitoutumista.

Tehostamistarpeista huolimatta sosiaali- ja terveysalalla on myös tulevaisuudessa todennäköisesti hyvä yleinen työtilanne ja sosiaali- ja terveysalalta myös valmistuu runsaasti uusia ammattilaisia vuosittain. Esimerkiksi uusimman Kuntatyönantajien (KT) tekemän osaamis- ja työvoimatarvetiedustelun mukaan kunnissa on tarvetta palkata etenkin terveys-, sosiaali- ja opetusalan ammattilaisia. Eniten aiotaan palkata terveysalan ammattilaisia (5 900 henkilöä). Sosiaalialan ammattilaisia aiotaan palkata 2 200 henkilöä.

Tuottajaverkon monipuolistuminen ja valinnanvapauden laajentuminen voisi lisätä kilpailua henkilöstöstä. Tällöin erityisesti rekrytointivaikeuksia kokeneet alueet voisivat joutua entistä haastavampaan tilanteeseen riittävän henkilöstön varmistamiseksi. Tästä syystä työhyvinvointiin, työolosuhteisiin ja työn tekemisen mielekkyyteen sekä johtamiseen olisi jatkossa panostettava entistä enemmän. Myös palkkausta ja muita etuja voitaisiin joutua pohtimaan entistä tarkemmin.

Terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen henkilöstöä ja työllisyystilannetta on kuvattu myös esityksen yleisperusteluissa kohdassa 2.3.3.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

Vaikutukset henkilöstön kielitaitoon ja rekrytointiin

Ruotsinkielinen lääkärikoulutus on keskittynyt Helsingin yliopistoon ja erityisesti ruotsinkielisistä lääkäreistä on ollut valtakunnassa pula. Hoitohenkilökunnan koulutus on perinteisesti tapahtunut paikallisten oppilaitosten toimesta ja alueen kielitarpeeseen perustuva koulutus on täten voitu paremmin turvata.

Maakuntien olisi henkilöstönsä rekrytoinnissa noudatettava sitä, mitä laissa julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta (424/2003) säädetään. Lähes kaikki aiemmin kunnissa tuotetuista sosiaalipalveluista tarjottaisiin lakiehdotuksen mukaan maakuntien liikelaitoksissa. Ruotsinkieltä osaavien sosiaalityön ammattilaisista ja lääkäreistä on pulaa tälläkin hetkellä. Maakuntien tulisi henkilöstösuunnittelulla tai muilla keinoin huolehtia siitä, että asiakkailla olisi tosiasiallinen mahdollisuus saada palvelua omalla kielellään maakunnan palveluissa. Valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa maakunnat voisivat sopimuksilla varmistaa riittävän kielitaidon.

Vaikutukset ICT-alan työllisyyteen

Lakiehdotuksella luotaisiin tietojärjestelmien investointivaiheessa merkittävä resurssitarve. Tietojärjestelmien suunnittelu ja rakentaminen edellyttävät liiketoimintaosaamista, määrittelytyön, arkkitehtuurityön, ohjelmoinnin sekä testaamisen osaamista. Valinnanvapauden toteuttaminen loisi siten uusia työpaikkoja tietojärjestelmätyön osaajille. On todennäköistä, että uudistuksessa mukana olevien nykyisten toimijoiden resurssit eivät riittäisi, joten todennäköisesti tietojärjestelmätyöhön tultaisiin ostamaan resurssia ja osaamista myös palveluja tarjoavilta yrityksiltä. Tämä vaikuttaisi markkinoilla olevien tietojärjestelmäosaamista ja ICT-palveluita tarjoavien yritysten toimintaan.

Tietojärjestelmien käyttöönotto edellyttäisi suurta määrää panostusta ja toiminnallisten muutosten läpivientiä edellyttäisi muutosjohtamista ja muutosten läpivientiä. Uudistusten (sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja maakuntauudistuksen sekä valinnanvapautta laajentavan esityksen) toteuttamisen edellyttämä tietojärjestelmätyö tulisi viemään resursseja laajalti useamman vuoden ajan. Työ voisi siirtää aikataulullisesti monia eri toimijoiden muihin järjestelmiin kohdentuvia kehittämis- ja muutostarpeiden edellyttämiä toimenpiteitä myöhemmäksi.

4.7.4 Muutoksen toteutus ja työhyvinvointi

Uudistuksen onnistuminen edellyttää tavoitteellista ja osaavaa johtamista ja sitoutunutta henkilöstöä. Henkilöstösuunnittelu ja -johtaminen tulisi olemaan haasteellista erityisesti uudistuksen käynnistymisvaiheessa, johon sisältyy henkilöstön kannalta paljon epävarmuustekijöitä. Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttäisi uudenlaista toimintakulttuuria ja henkilöstön sitoutumista, jotta uusia tehtäväkokonaisuuksia päästään toteuttamaan. (Junnila, M., Hietapakka, L., Whellams, A. (toim.) (2016). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016).

Maakuntauudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarvioinnin perusteella onnistuneissa rakenneuudistuksissa tarvitaan sekä kovan (lainsäädäntö, sopimusjärjestelmä) että pehmeän (muutosjohtaminen ja henkilöstöjohtamisen strategisuus) henkilöstöjohtamisen käytäntöjä. Uuden organisaation muodostamisessa henkilöstöjohtamisella on keskeinen rooli. Inhimilliseltä kannalta onnistuneissa muutoksissa on hallittu henkilöstön epävarmuutta osallistamisella, muutosviestinnällä ja esimiesten ja työyhteisöjen muutosvalmennuksella. Henkilöstön kokema epävarmuus, sitoutumisen, motivaation, työhyvinvoinnin ja työssä suoriutumisen heikkeneminen on syytä ottaa vakavasti, koska reaktiot heijastuvat myös organisaation tuottavuuteen (Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta 49/2017). Edellä kuvatut tekijät koskisivat myös esityksestä aiheutuvia henkilöstövaikutuksia.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi, vaikutusarviointi, 22.1.2018

4.8 Uudistuksen vaikutusten seuranta, jälkikäteisarviointi ja tutkimus

Esitys on osa maakuntauudistusta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, joiden seuranta, jälkikäteisarviointi ja tutkimus muodostavat kokonaisuuden. Tätä varten rakennetaan kansallinen seurantajärjestelmä ja mittaristo, jotka mahdollistavat uudistuksen vaikutusten seurannan ja eri maakuntien välisen vertailun. Seurantajärjestelmästä saatuja tietoja voitaisiin käyttää kansallisessa ohjauksessa ja valvonnassa sekä maakunnissa niiden oman toiminnan seurantaan ja suunnitteluun. Sen perusteella uudistuksen toimeenpanoa voitaisiin suunnata ja tarvittaessa tehdä myös säädösmuutoksia.

THL:lla on lisäksi maakunta- ja järjestämisalakia koskevan hallituksen esityksessä ehdotettu tehtävä maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa ja arvioinnissa. THL:n arvioititoiminto olisi keskeinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää. Arvioinnin välttämätön edellytys on vahva yhteistyö maakuntien kanssa, sillä samalla arviointi loisi pohjaa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle ja tiedolla johtamiselle.

Myös hallituksen kärkihankkeiden (kuten Palvelut asiakaslähtöiseksi) ja valinnanvapauspilottien kokemuksia seurataan tiiviisti ja niistä saatavia kokemuksia hyödynnetään valinnanvapauslain toimeenpanossa.

Valinnanvapausuudistuksen tutkimuksellinen arviointi kohdistuisi uudistuksen odotettuihin ja odottamattomiin vaikutuksiin maakunnissa ja kansallisella tasolla. Tavoitteena olisi tuottaa tietoa reformin toteutumisesta, vaikuttavuudesta ja muutoksiin vaikuttavista tekijöistä. Tietoja käytettäisiin uudistuksen korjaustarpeisiin ja toimivien ratkaisujen esiintuomiseen. Tutkimustuloksia voisivat hyödyntää niin päätöksentekijät, kehittämistoimijat kuin kotimainen ja kansainvälinen tiedeyhteisö.

Valinnanvapausuudistuksen seuranta kohdistettaisiin myös sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistukselle asetettuihin keskeisiin tavoitteisiin kuten peruspalvelujen vahvistamiseen, palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen, asiakaslähtöisyyteen, toimivimpiin palveluihin, toimintatapojen muutoksiin, kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumiseen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hillintään.

Edellä mainittujen tavoitteiden toteutumisen lisäksi arviointia ja tutkimusta olisi uudistuksen luonteesta johtuen tarpeen fokusoida erityisen tarkasti mm.

- Asiakasnäkökulmaan (kuten palvelujen yhdenvertaisuus ja käyttö, tyytyväisyys, valintakäyttäytyminen ml. digitaaliset palvelut, integraation toteutuminen,)
- Henkilöstökysymyksiin (kuten henkilöstövoimavarat, henkilöstöjohtaminen, osaamisen vahvistaminen, henkilöstön liikkuvuus)
- Tuotannollisiin ja taloudellisiin kysymyksiin (esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja tuottajaverkon muodostuminen ja kehittyminen, korvauskäytännöt ja niiden toimivuus, tuottajien yhdenvertaisten toimintamahdollisuuksien toteutuminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan kehitys ja tuotannon keskittyminen).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen varsin laaja uudistuksenarviointitutkimus edellyttää monitieteistä lähestymistapaa. Valinnanvapauslain vaikutusten tutkimuksen näkökulmasta tämä tarkoittaa monialaista yhteistyötä erityisesti tuotannollisten ja taloudellisten vaikutusten osalta. Tämän työn käynnistämiseksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos laatii yhdessä yliopistojen, tutkimuslaitosten, ammattikorkeakoulujen ja sairaanhoitopiirien kanssa tarkemman selvityksen eri tutkimustarpeista ja näkökohdista. Työ on käynnistynyt eri toimijoiden vuoropuheluna syksyllä 2017. Uudistuksen arviointikehikkona on mahdollista hyödyntää esimerkiksi WHO:n käyttämää terveydenhuollon funktionaalista mallia, joka on toimiva ajattelu- ja arviointimalli isojen, monimutkaisten systeemien muutosten mallintamisessa ja analysoinnissa. Jälkikäteis seurannassa ja arvioinnissa tulee hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä ja ennen/jälkeen asetelmia syy-seuraussuhteiden havainnollistamiseksi.

Uudistuksen seurannassa ja jälkikäteisarvioinneissa hyödynnettäisiin monipuolisesti eri tutkimusaineistoja. Määrällisessä arvioinnissa käytettäisiin erityisesti rekisteritutkimuksen menetelmiä ja hyödynnettäisiin rekisteri- sekä tilastoaineistoja, joita voitaisiin yhdistää väestökyselyihin ja muihin väestötutkimuksiin. Merkittävä parannus on THL:n kansallisten tietovarantojen avaaminen terveyden ja hyvinvoinnin tutkimukseen, kehittämiseen ja ohjaukseen. Laadullisessa arvioinnissa hyödynnettäisiin erilaisia osallistavia tutkimusmenetelmiä ja tietoa kerättäisiin mm. haastattelujen ja havainnointien avulla. Valinnanvapauden vaikutusten seurannassa keskeistä olisi yksilötason aineistojen yhdistäminen, jotta asiakkaita voitaisiin seurata ja huomioida siirtymät palveluntuottajien välillä. Tietopohja vahvistuisi asteittain, ja vuoteen 2025 mennessä olisi mahdollista saavuttaa se tietopohjan taso, jotka on valmistelun aikana asetettu tavoitteeksi.