

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	9
4.2.1 Yleistä	9
4.2.2 Vaikutukset maakuntien tehtäviin.....	9
4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin	12
4.2.4 Vaikutukset valtion ohjaustehtävään	13
4.3 Taloudelliset vaikutukset	15
4.3.1 Yleistä	15
4.3.2 Vaikutukset julkiseen talouteen	16
4.3.4 Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset	22
4.3.5 Asiakaseteleihin liittyvät taloudelliset vaikutukset	24
4.3.6 Yhteisöverotus ja tuloverotus.....	24
4.3.7 Vaikutukset maakuntatalouteen	25
4.3.8 Vaikutukset kuntatalouteen.....	26
4.3.9 Vaikutukset kotitalouksien asemaan ja talouteen	26
4.4.1 Yleistä	27
4.4.2 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaisiin ja potilaisiin	27
4.4.3 Kielelliset oikeudet	32
4.4.4 Sukupuolivaikutukset.....	32
4.4.5 Lapsivaikutukset	33
4.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden tuotantoon.....	34
4.5.1 Yleistä	34
4.5.2 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen	35
4.5.3 Vaikutukset paljain palveluita käyttävien palveluihin ja palveluintegraatioon	35
4.5.4 Ammattihenkilön valinta ja palveluiden jatkuvuus	37
4.5.5 Vaikutukset palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen	37
4.5.6 TKI- ja kilpailukykyvaikutukset	38
4.6. Yritys-, kilpailu-, ja markkinavaikutukset	39
4.6.1 Yleistä	39
4.6.2 Tuottajaverkon muodostuminen ja alalle tulon kannusteet.....	40
4.6.3 Kilpailuvaikutukset	42
4.6.4 Valinnanvapausjärjestelmän riskien huomiointi	45
4.6.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluihin	47

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.7 Henkilöstövaikutukset.....	49
4.7.1 Yleistä	49
4.7.2 Vaikutukset henkilöstön siirtymään.....	49
4.7.3 Vaikutukset työllisyyteen.....	52
4.7.4 Muutoksen toteutus ja työhyvinvointi.....	53
4.8 Uudistuksen vaikutusten seuranta, jälkikäteisarviointi ja tutkimus	53

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4 Esityksen vaikutukset

4.1 Yleistä

Maakuntauudistuksessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa perustetaan 18 uutta maakuntaa sekä uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne, palvelut ja rahoitus. Tämän myötä myös vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä siirtyy maakunnille. Ehdotetun maakuntalain mukaan maakunnalla on oltava maakuntastrategia, jossa valtuusto päättää muun muassa asukkaidensa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä sekä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen strategisista linjauksista, alueensa erityispiirteet huomioivalla tavalla. Esitys antaa maakunnille monia erilaisia tapoja järjestää palvelut alueellaan. Maakunnalla on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistehtävän lisäksi merkittävä vastuu palvelujen tuotannosta.

Asiakkaiden valinnanvapauden laajentamista koskeva lakiesitys on yksi osa edellä kuvattua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Lakiesityksessä ehdotetaan maakunnille mahdollisuutta vaikuttaa järjestämistehtävänsä puitteissa alueensa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajaverkon muodostumiseen ja sitä kautta valinnanvapauden toteutumiseen. Ehdotuksen mukaisesti maakunnan järjestämistä vastuulla olevat suoran valinnan palvelut tuotetaan ns. monituottajamallilla, jossa maakunnan oman tuotannon lisäksi palveluja voivat tuottaa yritykset ja yhteisöt. Esityksellä voidaan siten varmistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huoltovarmuus kaikkialla Suomessa, koska maakunnan liikelaitos voi 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 on mahdollisuus hyödyntää nykyisiä ja uusia ostopalvelusopimuksia esimerkiksi syrjäseuduilla tai muutoin.

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

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

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

Valinnanvapauslain vaikutuksia on arvioitu eri näkökulmista. Uudistuksen välittömät vaikutukset kohdistuvat laajalti sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäviin asiakkaisiin, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon, yrityksiin ja kilpailuun sekä valtion ja maakuntien talouteen. Järjestämistehtävä ja siihen kytkeytyvät moninaiset muut tehtävät kuten tuottajaverkon ohjaus aiheuttavat myös merkittäviä organisatorisia ja hallinnollisia vaikutuksia paitsi maakunnille myös muille viranomaisille.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Itsehallinnollisilla maakunnilla on 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 päätöksenteossään toteuttavat 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 voidaan kuitenkin hyödyntää aihetta käsittelevää tutkimus-ym. kirjallisuutta sekä tutkittua tietoa eri valinnanvapausinstrumenttien toimivuudesta käytännössä. Esimerkiksi Suomen terveydenhuoltolain (1326/2010) 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 osin 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 valinnanvapauslain tarkoituksen toteutumisesta.

Lain tavoite: parantaa asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja
<ul style="list-style-type: none">Lakiesityksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus laajenee vaiheittain vuodesta 2020. Lakiesitys laajentaa asukkaiden valinnanvapautta sekä lisää eri väestöryhmien välistä yhdenvertaisuutta ja maakunnan asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa itselle tärkeisiin sosiaali- ja terveystalviuihin.Lakiesityksen mukaan maakunnan liikelaitos voi tuottaa asiakkaan lakisääteiset sosiaali- ja terveystalviut kaikissa tilanteissa. Tämä turvaa palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden, riittävän saavutettavuuden ja kielellisten oikeuksien toteutumisen koko maassa.
<ul style="list-style-type: none">Lakiesityksellä on edellytykset vahvistaa palveluintegraatiota tarjoamalla uudenlaisia välineitä palveluintegraation toteuttamiseen sekä määrittämällä eri toimijoiden velvollisuudet integraation toteutumisen varmistamiseksi.
<ul style="list-style-type: none">Vertailutiedon saatavuus ja laissa säädettyjen neuvonta- ja ohjauspalvelujen toteutumisen varmistaminen on tärkeää uudistuksen alkuvaiheesta lähtien lakiesityksen mukaisen valinnanvapauden toteutumiseksi.
Lain tavoite: parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua
<ul style="list-style-type: none">Lakiesityksen myötä palveluihin pääsy nopeutuu, ihmisten tarvitsemien palvelujen tarjonnan lisääntyessä. Lakiesityksellä on myös edellytykset lisätä palvelujen laatua ja vaikuttavuutta.Lakiesitys antaa maakunnille monia erilaisia välineitä ohjata palvelutuotannon alueellista kehittämistä uudenlaisessa toimintaympäristössä, alueelliset erityispiirteet huomioivalla tavalla.Lakiesitys lisää erilaisia yritystoiminnan mahdollisuuksia erikokoisille yrityksille ja yhteisöille, kun asiakkaan valinnanvapaus toteutuu monin eri tavoin.Lakiesitys tukee palveluinnovaatioiden syntymistä ja jatkuvaa kehittämistä, joista hyötyvät kaikki asiakkaat.
<ul style="list-style-type: none">Lakiesityksellä on vaikutuksia myös henkilöstöön. Vaikka se luo sosiaali- ja terveystalvi alan työmarkkinoille epävarmuutta, se myös vahvistaa kilpailua osaavasta työvoimasta.
Lain tavoite: vahvistaa palvelujärjestelmän kannusteita kustannusvaikuttavaan toimintaan ja jatkuvaan kehittämiseen
<ul style="list-style-type: none">Lakiesityksen voimaantuloa koskeva vaiheistus tuo joustoa maakuntien valmistautumiseen ja antaa aikaa maakunnan omalle tuotannolle sopeutua uuteen toimintaympäristöön. Valinnanvapauslain tehostettu muutostuki auttaa maakuntia valmistautumaan uudenlaiseen järjestämistehtävään.Lakiesitys luo edellytyksiä kustannusten hillitsemiseen pidemmällä aikavälillä, mutta vaatii investointeja valinnanvapauden rakentamiseen uudistuksen alkuvaiheessa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Lakiesityksen mukainen valinnanvapausjärjestelmä todennäköisesti lisää palveluntuottajien välistä kilpailua. Maakunnan tulee varmistaa, että palveluntuottajille asetetut kannusteet ovat linjassa asetettujen tavoitteiden kanssa ja maakunta käyttää laissa linjattuja ohjaus- ja puuttumiskeinoja tavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi. |
| <ul style="list-style-type: none">• Täysin tasapuolisia toimintaedellytyksiä on haastavaa luoda maakunnan liikelaitoksen ja yritysmuotoisten toimijoiden välille, koska toimijoihin kohdistuvat säädöspohjaiset velvoitteet ovat erilaisia. |
| <ul style="list-style-type: none">• Lakiesityksen mukaisen ohjauksen edellyttämän tietopohjan luominen ja tietojärjestelmien laajat kehittämistarpeet vaativat kansallista kehittämistyön koordinaatiota sekä yhteentoimivuuden varmistamista. |

4.1.1 Valinnanvapauslain toimeenpanon muutostuki

Valinnanvapausehdotuksen 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 annetaan 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 tehtävälajensa mukaista ohjausta ja tukea maakunnille valinnanvapauslain toimeenpanossa. Lakiehdotus sisältää myös säännöksen ehdotetun valinnanvapausmallin toimeenpanoa vauhdittavasta vahvennetusta kansallisesta muutostuesta, joka määräaikaisesti täydentää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksessa sosiaali- ja terveysministeriölle säädettyä yleistä ohjaustehtävää.

Tehostettu muutostuki sisältää tuottajien käytännön korvausmalleihin liittyvää ohjeistusta ja mallilaskelmia sekä mallisopimusten laadinnan, sosiaali- ja terveyskeskusten palveluvalikoiman esimerkkien ja hyvien käytäntöjen koosteiden käytännön valmistelun sekä kansallisesti yhteisesti toteutettavat tietojärjestelmäratkaisut erityisesti asiakkuudenhallintaan ja toiminnanohjaukseen. Tehostetun muutostuen tarkoituksena on tukea valinnanvapausjärjestelmän hallittua toteutumista ja edesauttaa kokeiluhankkeiden toteutumista.

Maakuntaudistuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen muutosjohdon akatemian sisältämän valmennusohjelman avulla voidaan lisätä tulevien maakuntien henkilöstön osaamista. Syksyn 2017 aikana muutosjohtajien valmennus kohdentuu mm. strategiseen johtamiseen, palveluiden kokonaishallintaan monituottajamallissa ja vaikuttaviin hankintoihin.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat neuvottelevat vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. Neuvotteluilla ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelurakenteen kehittämisessä sekä edistetään ministeriön ja maakunnan välistä yhteistyötä maakunta- ja järjestämislaissa (HE 15/2017) esitetyn mukaisesti. Neuvottelumenettelyä kehitetään 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.

Tietopohja ja mittaristo

Tietopohjan vahvistaminen on yksi tärkeimmistä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä. THL:n 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:ää koskevan lainsäädännön, talousarvion ja tulosohtauksen ja siihen liittyvän muun ohjauksen kautta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmistellaan yhtenäistä mittaristoa ja indikaattoreita väestön hyvinvoinnin ja palvelutarpeiden arviointiin sekä palvelujen laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen (KUVVA-indikaattorit <http://alueuudistus.fi/tietojohdaminen>.) Näissä huomioidaan myös integroidut palvelut ja terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Mittaristoa kehitetään vuoden 2018 loppuun asti KUVVA-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 KUVVA -mittareita pilotoidaan. KUVVA-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 valtion talousarvioksi vuodelle 2018 maakuntien esivalmisteluun ja väliaikaishallinnolle osoitetaan rahoitusta 40 miljoonaa euroa. Määrärahalla 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 vuosina 2018–2019 toteutettavista pilotoinneista. Lakiehdotuksen mukaan pilotoinnit kattavat suoran valinnan palvelut, henkilökohtaisen budjetoinnin ja asiakassetelit. Siten pilotoinnit tukevat 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 käyttöönotossa on pitänyt osassa ratkaisuisista tyytyä puolimanuaalisiin ratkaisuihin, mikä ei pysyvissä 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 valinnanvapauslakiluonnoksen siirtymäsäännökset, jotka tarjoavat erityyppisiä aikatauluja valinnanvapauden käyttöönottoon, 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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

ja useampia kuntia. Myös uudet alueet voivat hakea mukaan kokeiluun. Tavoitteena on luoda jatkumoa palvelusetelikokeiluista uuteen maakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Mahdollisuus kokeilla henkilökohtaista budjetointia on sisällytetty osaksi kokeiluhankkeita.

Lakiehdotuksen mukaan myös henkilökohtaisen budjetin käyttöön ottoa (1.1.2020) valmistellaan vuoden 2018 alkupuolella käynnistyvillä piloiteilla, jotka toteutetaan sosiaali- ja terveyskeskusten pilotoinnista erillisenä. Myös asiakaseteleiden käyttöä pilotoidaan.

4.1.2 Valinnanvapauslain toteuttamisen edellytykset eri maakunnissa

Parhaimmat edellytykset valinnanvapauden toteuttamiselle on suurissa kaupungeissa. Haasteita valinnanvapauden toteuttamiselle on 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 ovat 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 julkaisu 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 kokonaisnäkemyksiä 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 piloiteissa. Näissä maakunnissa voi olla muita maakuntia paremmat valmiudet valinnanvapauden käyttöönottoon.

Maakunnat, joilla todennäköisesti on 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 astutulla maaseudulla asuvan väestön osuus on pieni. Näissä kaikissa sijaitsee lääketieteellinen tiedekunta ja useita muita koulutusyksiköitä, jotka tuottavat sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimaa. Näidenkin maakuntien sisällä voi olla toiminnallisia alueita, joissa edellytykset valinnanvapauden toteuttamiseen ovat korkeintaan kohtuulliset. Toisaalta näiden maakuntien väestömäärä on suuri ja siten haasteet valinnanvapauden valmistautumisessa myös suuremmat.

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

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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

- 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 terveysalan yritystoiminnan vähyys, terveyskeskuslääkärivaje
- Pohjanmaan maakunta
 - julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, terveyskeskuslääkärivaje, sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan vähyys, kaksikielisyys (ruotsinkieli enemmistökielenä)
- Keski-Pohjanmaan maakunta
 - maakunnan väestön pieni koko, julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön pieni suhteellinen määrä, sosiaali- ja terveysalan 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 terveysalan 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 terveysalan yritystoiminnan vähyys, pitkät välimatkat maakunnan sisällä

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

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

Osalla maakunnista on 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 terveysalan yritystoimintaa.

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

Maakuntien nykyistä tilannetta on kuvattu tarkemmin yleisperusteluissa kohdassa 2.3.3.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.2 Hallinnolliset ja organisatoriset vaikutukset

4.2.1 Yleistä

Lakiesitys lisääisi ja muokkaisi erityisesti maakuntien tehtäviä. Sillä on myös vaikutuksia valvontaviranomaisen ja useiden muiden organisaatioiden toimintaan. Merkittäviä välineitä tuottajaverkon hallinnan sekä valinnanvapauden käytännön toteuttamisen kannalta ovat erilaiset ICT-ratkaisut ja digitalisaatio.

4.2.2 Vaikutukset maakuntien tehtäviin

Valinnanvapauslakiehdotuksella on vaikutuksia maakuntien tehtäviin, niiden edellyttämiin voimavaroihin ja osaamiseen. Maakunnan olisi ennen suoran valinnan palvelujen aloitusta päätettävä perustaako se erillisen liikelaitoksen tai liikelaitoksia suoran valinnan palvelujen tuottamiseksi. Maakunta voi päättää, että se perustaa liikelaitoksen sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön lisäksi myös erillisen yhtiön tai yhtiöitä tuottamaan suoran valinnan palveluja.

Valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen tuotannon ohjauksen tehtäviä ja välineitä maakunnille olisivat palveluntuottajille asetettavat ehdot, hyväksymismenettely, sopimukset ja korvausjärjestelmä siihen mahdollisesti liittyvine kannusteineen. Nämä tuottajaverkon perustamiseen ja hallintaan liittyvät tehtävät edellyttävät maakunnilta resursseja. Edellä mainittujen tehtävien edellyttämä resurssitarve tarkentuu vasta toimeenpanon tarkemman suunnittelun yhteydessä.

Valinnanvapauspalvelujen kautta muotoutuvan tuottajaverkon ylläpito ja ohjaus olisivat uusi tehtäviä maakunnalle. Tilanteessa, jossa suoran valinnan palvelujen tuottamisesta vastaa sama liikelaitos kuin sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidon palveluista, on suoran valinnan palvelut eriytettävä kirjanpidossa. Tämä olisi lakiehdotuksen mukanaan tuoma uusi maakunnan tehtävä. 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. Valinnanvapauden laajentaminen ja siihen liittyvän modulaarisen monituottajajärjestelmän ohjaus edellyttää kokonaan uudentyyppistä toimintatapaa ja osaamista maakunnissa, koska maakunta ei palvelujen järjestäjänä johda toimintaa linjajohtamisella, vaan se korvautuu hallintotavalla, johon kuuluu mm. omistajaohjaus, kehittämisohjaus ja sopimusohjaus. Operatiivisen johtamisen ja ohjauksen sijaan maakunnan järjestämisroolissa korostuu sosiaali- ja terveyspalvelujen strateginen ohjaus sekä alueen asukkaiden tarpeiden syvälinen ymmärtäminen. Uudenlaiset tuotannon ohjauksen ja johtamisen tavat edellyttävät maakunnalta sosiaali- ja terveyspalvelujen ydinosaamisen lisäksi strategisen johtamisen, sopimusoikeuden ja liiketaloudellisen osaamista sekä strategisen hankinnan sekä innovatiivisten hankintatapojen osaamista. Lisäksi maakunnan tehtävänä on käydä aktiivista vuoropuhelua sekä luoda edellytyksiä palvelutuotannon syntymiselle. On todennäköistä, että ainakin alkuvaiheessa järjestämistehtävän edellyttämä osaaminen vaihtelee maakuntien välillä. Suurimmilla maakunnilla on todennäköisesti parhaimmat mahdollisuudet varmistaa riittävä osaaminen.

Valinnanvapauden laajentumisen myötä asiakkaille tulisi huomattavasti nykyistä laajempi mahdollisuus valita tarvitsemiaan palveluja kaikkialta Suomesta. On oletettavaa, että tähän liittyy jonkin verran lisääntyvää hallinnollista työtä maakunnille. Hallinnollinen työ liittyy esimerkiksi eri maakuntien erilaisiin korvausperusteisiin ja laskutuskäytäntöihin. Työn määrä ja kuormittavuus tulee riippumaan siitä, kuinka paljon valinnanvapautta käytetään yli maakuntarajojen. Lisäksi maakunnan olisi lakiehdotuksen mukaan annettava asukkaille ja asiakkaille ohjausta ja neuvontaa sekä tukea valinnanvapauden käyttämiseen.

Lakiehdotus muokkaa järjestämislakiehdotuksen (15/2017) 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. Palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yksityiskohtaiseen määrittelyyn on sisällytettävä suoran valinnan tuottajat ja asiakassetelituottajat, mikä edellyttää maakunnalta sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllisen osaamisen lisäksi vankkaa juridista osaamista. Tällä tulee olemaan vaikutusta järjestäjän osaamistarpeisiin ja tarvittaviin resursseihin. 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 esityksen aikataulutuksen kannalta on keskeistä, että asiakas- ja potilastietojen siirtoon liittyvä infrastruktuuri on kattava ja se saadaan käyttöön ennen uudistuksen toimeenpanoa. Maakuntatasolla tämä edellyttää saumatonta viranomaisyhteistyötä jo valmisteluvaiheessa. Onnistumisen edellytyksiä tukevat laaja-mittaiset

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

valinnanvapauden kokeilut, joissa kuntien ja maakuntien potilastietojärjestelmien ja ICT-infrastruktuurin yhteensovittamisesta saadaan käytännön kokemusta.

Tammikuussa 2017 käynnistyneistä palvelusetelikokeiluista saadaan 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 palvelujen tuottajien valmennus sekä hallinnolliset tehtävät. Vaiheistusvaiheen aikana toiminnan seurannalle on asetettava erityinen paino.

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

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

Valinnanvapauden laajentuessa yksityisiä palveluntuottajia tulee julkisesti rahoitettujen palvelujen tuottajiksi samalla kun henkilöstö siirtyy kunnista ja kuntayhtymistä maakunnan henkilöstöksi. Tämän vuoksi maakunnan on sopeutettava käytössä olevat resurssit uuteen toimintaympäristöön sopiviksi. Maakunta ei todennäköisesti toimeenpane esimerkiksi henkilöstön sopeutustoimia ennen kuin se on voinut todeta millaiseksi tuottajaverkko muotoutuu ja miten maakunnan kannattaa järjestää liikelaitoksen ja mahdollisten yhtiöidensä toiminta. Esityksen mukaisesti valintaa tekemättömät asiakkaat kuitenkin jäisivät maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi ensimmäiseksi kahdeksi vuodeksi, joten yksityisen tuotannon osuus todennäköisesti kasvaa vähitellen. Tämä vähentää olennaisesti sopeuttamisesta aiheutuvaa riskiä ja mahdollistaa maakunnalle hallitun muutoksen. Myös lakiehdotuksen mukainen lain toimeenpanon vaiheistus todennäköisesti varmistaisi maakunnille riittävän valmistautumisajan.

Maakuntien mahdollisuudet turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut

Maakunnan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Keskeinen kysymys on, miten, maakunta pystyy tästä velvoitteesta huolehtimaan, kun valinnanvapauslakiehdotus johtaisi merkittäviin toiminnan ja henkilöstön siirtymiin erityisesti julkisen ja yksityisen tuotannon välillä. Maakunnan liikelaitoksen mahdollisuus tuottaa suoran valinnan palveluita antaisi maakunnille riittävät edellytykset varmistaa riittävät palvelut suoran valinnan palveluiden osalta, erityisesti tilanteessa, jossa yritysmuotoista suoran valinnan tarjontaa syntyy maakunnassa niukasti.

Jos yritysmuotoista suoran valinnan palvelua syntyy 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 hammaslääkärivaje on edelleen melko suuri (vaje 6 prosenttia). Edellä kuvatusta kohtuullisen hyvästä tilanteesta huolimatta, lakiehdotuksen vuoksi saattaa syntyä paikallisia haasteita suoran valinnan palveluiden henkilöstön rekrytoinnissa maakunnan liikelaitokseen ja siten haasteellisia tilanteita riittävien palveluiden turvaamisessa maakunnan liikelaitoksessa. Suoran valinnan palveluihin esitetty listautumismalli kuitenkin hillitsee riskiä.

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 on oltava muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiota ja vastaanottopalveluja ainakin sisätautien, lastentautien, geriatrian ja silmätautien erikoisaloilta. Tällä hetkellä näiden palvelujen tarjonta perustasolla vaihtelee huomattavasti ja lakiehdotus yhdenmukaistaisi tilannetta. Lakiehdotus voisi kuitenkin johtaa huomattaviin toiminnan ja henkilöstön siirtymiin julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä edellä mainituilla erikoisaloilla sekä hammasprotetiikassa. Tämä voisi joissain maakunnissa johtaa näillä erikoisaloilla lääkäreiden ja hammaslääkäreiden rekrytointiongelmien maakunnan liikelaitokseen ja siten ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan ylläpidon haasteisiin. Näin lakiehdotus voisi jossain määrin huonontaa julkisen vallan edellytyksiä turvata riittävät palvelut. Näiden toimintojen osalta lakiesitys kuitenkin sisältää siirtymäajan, joka antaa maakunnille aikaa sopeutua uuteen toimintaympäristöön.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Kun erikoissairaanhoidon palveluja tuotettaisiin lakiehdotuksen mukaisesti asiakassetelimenettelyn puitteissa, myös näiden tarjonta voisi lisääntyä ja saatavuus parantua. Lakiehdotuksen voisi kuitenkin johtaa huomattaviin toiminnan ja henkilöstön siirtymiin julkisen ja yksityisen tuotannon välillä, joilla voi olla merkittäviä vaikutuksia julkisen vallan mahdollisuuksiin turvata riittävät palvelut erikoissairaanhoidossa. Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitoksen on tarjottava asiakkaalle asiakasseteli muun muassa polikliinisesti toteutettaviin kirurgisiin toimenpiteisiin, hammasprotetiikkaan ja kiireettömään leikkaustoimintaan, jota ei ole keskitetty yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan sekä asiakassuunnitelman mukaiseen hoitokokonaisuuteen kuuluviin sairaanhoidollisiin käynteihin terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle kiireettömässä hoidossa.

Lakiehdotuksen mukaan maakunta ei voisi ottaa asiakasseteliä käyttöön sellaisissa palveluissa, joissa asiakassetelin käyttöönotto voi vaarantaa maakunnan liikelaitoksen toiminnan. Maakunnan mahdollisuus rajata asiakassetelillä annettavia palveluja, jos se on välttämätöntä palvelukokonaisuuksien toimivuuden tai palvelujen kustannustehokkaan järjestämisen perusteella, siten hillitsee olennaisesti edellä kuvattuja haasteita. Tällä maakunta voisi turvata riittävän pätevyyden ja muut riittävät palvelut liikelaitoksessaan. Lisäksi lakiehdotuksen mukainen siirtymäaika vuoden 2022 alkuun antaisi maakunnille mahdollisuuden valmistautua tilanteeseen.

Riittävien palveluiden turvaamiseksi maakunnalla on 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, todennettavien kustannusten perusteella, ja sen lisäksi tietty voittomarginaali olisi mahdollinen. Ostopalveluiden tai SGEI-menettelyn käytöstä voisi seurata maakunnalle kuitenkin lisäkustannuksia, jotka voivat olla huomattavia.

4.2.3 Vaikutukset maakuntien organisaatioihin ja toimintaan

Merkittävimmät lakiehdotuksen vaikutukset maakunnan organisaatioihin liittyvät maakunnan liikelaitokseen tai liikelaitoksiin. Muutoin maakunnan organisaatioista ja toiminnasta säädettäisiin maakuntalaissa ja laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnalla on oltava liikelaitoksessa tai liikelaitoksissa sosiaali- ja terveyskeskus ja suunhoidon yksikkö tai yksiköitä. Maakuntien on 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 lisäisi muita, erityisesti asiakasseteliin ja henkilökohtaiseen budjettiin liittyviä tehtäviä.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitokselle tulisi uusia tehtäviä, kun se vastaisi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta liikelaitoksen tuotantovastuulla olevissa muissa kuin suoran valinnan palveluissa sekä olisi kokonaisvastuussa asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelman laadinnasta, 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 erityislakien mukaan palvelusuunnitelma, asiakassuunnitelma tai terveys- ja hoitosuunnitelma on tällä hetkelläkin laadittava tarvittaessa, mutta kokonaisvastuu ja yhteistyö asiakassuunnitelman laatimisessa olisi uusi tehtävä.

Suoran terveydenhuollon osalta maakunnan liikelaitoksen osalle jää lasten ja nuorten suunhoidon palvelujen tuottaminen, samoin kuin muut liikelaitoksen tehtäviin kuuluvat kokonaisuudet. Näiden palvelujen tuottamisessa voidaan sopia yhteistyömuodoista eri tuottajien kanssa. Suoran valinnan suunhoidon palvelut järjestetään aikuisille ja tuotanto hajautuu. Erityisesti suoran valinnan suunhoidon yksiköiden suuri määrä lisää koordinaation haastetta.

Lakiehdotuksen mukaan maakunnan liikelaitoksen olisi tarjottava asiakkaalle asiakasseteli lakiesityksessä säädetyissä palveluissa sekä muissakin maakunnan päättämässä palveluissa. Maakunnan liikelaitos myös vastaisi asiakassetelipalveluissa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen arvioinnista ja sosiaalihuoltoa koskevan päätöksen teosta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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 arviointia, asiakassuunnitelman laatimista ja henkilökohtaista budjettia koskevan päätöksen. Liikelaitos myös vastaisi henkilökohtaisen budjetin hallinnoinnista ja arvioinnista. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaiset uudet tehtävät edellyttävät 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 aiheutuu asiakasmaksujen perimisestä, tuottajakorvauksiin liittyvien laskujen oikeellisuuden tarkastamisesta ja maksatuksesta. Järjestelmien toimiessa hyvin on mahdollista, että kustannukset alenevat nykytilanteeseen verrattuna, mutta lain nopeasta voimaantulosta johtuen on olemassa riski, että korvauksiin liittyy paljon manuaalista käsittelyä ja siten myös kustannusten nousu on mahdollista.

Hallinnollisia kustannuksia syntyy myös maakuntien välisestä valinnanvapauden käytöstä. Maakunnilla on oikeus määritellä erilaisia ehtoja palveluntuottajilleen ja esimerkiksi palvelujen sisältöjen eroavaisuuksiin liittyen syntyy maakunnalle hallinnollista työtä kustannusten korvauksiin ja asiakasneuvontaan liittyen.

Suunhoidossa yksityisten tuottajien määrä julkisesti rahoitettujen palvelujen toteuttajina todennäköisesti lisääntyy selvästi, mikä helpottaa aikuisten suunhoidon palvelujen järjestämistä. Suuremmat resurssit nopeuttavat palveluihin pääsyä ja purkavat jonoja. Maakunnan keskeisiä tehtäviä ovat 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 on asetettava erityinen paino. Suunhoidon suoranvalinnan aloitus täydellisesti vasta vuonna 2024 mahdollistaa varautumisen hoitokäytäntöjen seuraamiseen ja paremman kustannuskehityksen seurannan kuin nopea siirtyminen.

Valinnanvapauslakiehdotuksen mukainen lain toimeenpanon vaiheistus todennäköisesti varmistaisi maakunnan organisaatioille riittävän valmistautumisajan.

4.2.3 Vaikutukset muihin viranomaisiin

Hallituksen esitys lisäisi erityyppisten ja -kokoisten tuottajien määrää ja siten myös valvontaviranomaisen rekisteröinti- ja valvontatehtäviä. Valinnanvapausmalliin siirtymisen myötä valvontaviranomaisen on pystyttävä erityisesti valvomaan sitä, miten maakunnat järjestämisvastuutaan toteuttaen hallinnoivat ja ohjaavat tuottajaverkkoa sekä mahdollistavat valinnanvapauden toteutumisen. Tämä edellyttäisi valvontaviranomaiselta sekä ennakko- että jälkikäteisvalvonnan menetelmien kehittämistä, mihin yhtenäinen kansallinen tietopohja ja mittaristo tarjoavat nykytilanteeseen verrattuna uusia työvälineitä. Valvontaviranomaisen tehtäviin liittyvä lisäresurssitarve selviää toimeenpanon suunnittelun tarkentuessa.

Uudeksi tehtäväksi valinnanvapauslakiehdotuksessa säädettäisiin THL:lle suoran valinnan tuottajien 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.

Valinnanvapauslaki vaikuttaa THL:lle järjestämislaissa määriteltyjen maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta- ja arviointitehtävien laajuuteen, sisältöön ja toteutukseen. Seurannan ja arvioinnin keskiöön nousevat valinnanvapauslain pohjalta mm. kysymykset hoito- ja palveluketjujen toimivuudesta ja palvelujen tuotantotason integraatiosta sekä palvelujen riittävästä ja yhdenvertaisesta saatavuudesta muuttuvassa toimintaympäristössä. THL tulee olemaan keskeisessä asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tutkimuksellisen seurannan ja arvioinnin koordinoimisessa. Valinnanvapauslaki laajentaa tätä tehtävää. Tehtävien vaatimat resurssitarpeet tulee määritellä tehtävien täsmentymisen jälkeen.

Esityksen mukaan asiakkaan valinnanvapauden toteuttamiseksi luodaan valtakunnalliset tiedonhallintapalvelut, joita kaikkien palveluntuottajien on käytettävä. Lakiesityksessä asiakas- ja potilastiedon siirtymisen osalta hyödynnetään Kansaneläkelaitoksen (Kela) toteuttamia Kanta-palveluita. Palvelutuotannon hallinta ja seuranta, maksatus ja palveluntuottajan valintajärjestelmän ylläpito ovat samoin Kelan vastuulla. Tietopalvelu määritellään yhteentoimivaksi tuottajan valintaa toteuttavan palvelun kanssa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Valinnanvapaus edellyttää laaja-alaista ja saumatonta viranomaisyhteistyötä kansallisesti, sillä siihen liittyviä erilaisia tietojärjestelmävastuita on useilla viranomaistahoilla.

Kela toteuttaisi lakiehdotuksen mukaan asiakkaan valinnan toteuttavan palvelun kansalaisen käyttöliittymän (omakanta) yhteydessä, mistä sille aiheutuu 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 muutuskustannukset ovat noin 1,5 miljoonaa euroa. Mahdollinen Kelan lisäresurssitarve selviää toimeenpanon suunnittelun tarkentuessa.

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

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

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 tulee tasapuolisten toimintaedellytysten varmistamisesta siinä tosiasiallisessa kilpailutilanteessa, joka valinnanvapausjärjestelmässä syntyy yksityisen palveluntuottajan ja maakunnan, sen liikelaitokseen tai sosiaali- ja terveyskeskuksen välillä. Tehtävään liittyen KKV:llä on myös velvoite tehdä säännöllisesti selvityksiä ja arvioita valinnanvapausjärjestelmän toimivuudesta ja siihen liittyvästä valvonnasta.

Lisäksi KKV:lle voi 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.

Valinnanvapauslaista johtuvat KKV:n valvontatehtävien arvioidaan aiheuttavan järjestelmän käynnistymisvaiheessa 10 henkilötyövuoden lisäresurssitarpeen. On todennäköistä, että erityisesti järjestelmän käynnistyminen johtaa merkittävään määrään yksityisten toimijoiden tekemiä toimenpiteidenpyyntöjä. Erityisesti alkuvaiheessa viranomaisella on myös tarve antaa asiaa koskevaa yleistä neuvontaa ja ohjeistusta markkinatoimijoille.

4.2.4 Vaikutukset valtion ohjaustehtävään

Valtio ohjaa sosiaali- ja terveyspalvelut järjestäviä maakuntia (HE 15/2017). Ohjauksen viimekätinen tarkoitus on varmistaa perustuslaissa säädettyjen perusoikeuksien yhdenvertainen toteutuminen. Järjestämislain mukaisesti sosiaali- ja terveysministeriö ja maakunnat neuvottelevat vuosittain maakunnan järjestämisvastuuseen kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja palvelujen toteuttamisesta. Tehtävää varten sosiaali- ja terveysministeriön 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 ohjaa 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 joutuvat yhdistelemään erilaisia tuotannon suoria ja epäsuoria ohjauskeinoja. Tästä johtuen myös valtion on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa koskevassa ohjauksessaan huomioitava maakuntien

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

tuotannonohjaukseen liittyvät uudenlaiset piirteet ja toisaalta niihin liittyvät tuotannon ohjaamisen mahdollisuudet.

Valinnanvapausuudistusta valmisteltaessa ja sen toimeenpanon alkuvaiheessa on 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 päädytään eriarvostaviin ratkaisuihin. Palveluvalikoiman ohjaus on määritelty yhdeksi sosiaali- ja terveysministeriön ohjausosaston tehtäväksi. Valtion vahvempi ohjausmahdollisuus vahvistaa kustannusvaikuttavaa toimintaa ja tukee jatkuvaa kehittämistä.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.3 Taloudelliset vaikutukset

4.3.1 Yleistä

Hallituksen esityksen keskeisimmät taloudelliset vaikutukset liittyvät menokehityksen hallintaan. Lakiesitykseen sisältyy elementtejä, jotka tukevat kustannusten kasvun hillintää ja toisaalta elementtejä joiden voidaan arvioida lisäävän kustannuksia. Nämä vaikutukset realisoituvat lyhyemmällä ja pidemmällä aikavälillä. Keskeistä on arvioida mm. maakuntien taloudelliseen ja toiminnalliseen sopeutumiskykyyn liittyviä kysymyksiä, suun terveydenhuollon kustannuspaineisiin liittyviä kysymyksiä sekä kaksinkertaisten palvelukanavien (ns. päällekkäisten vakuutusten) ongelmaa.

Pidemmällä aikavälillä saatavuuden paraneminen voi lisätä terveystalouden kysyntää, joskin järjestelmä sisältää myös kustannustehokkuutta parantavia piirteitä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon menojen jakautuminen valinnanvapauspalveluihin ja maakunnan muuhun tuotantoon

Vuonna 2015 kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon menot olivat noin 18,5 miljardia euroa. Tästä summasta asiakasmaksut kattoivat noin 1,46 miljardia euroa. Näistä sosiaali- ja terveydenhuollon menoista perusterveydenhuollon menot olivat noin 3,15 miljardia euroa, perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon menot olivat noin 590 miljoonaa euroa, erikoissairaanhoidon menot noin 6,9 miljardia euroa, sosiaalihuollon menot noin 7,7 miljardia euroa ja ympäristöterveydenhuollon menot noin 83 miljoonaa euroa.

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. Oheisessa taulukossa on kuvattu valinnanvapauden piirissä olevien palvelujen tuotannon arvo.

Valinnanvapauspalvelujen sekä maakunnan oman tuotannon arvo (vuoden 2015 tasossa)

Valinnanvapauspalvelut	Milj. euroa
Suoranvalinnan palvelut täysimääräisenä ¹ sis. suun terveydenhuollon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelut	2 350
Henkilökohtainen budjetti	1 400
Asiakasseteli	2 000
Yhteensä	5 750
Maakunnan muu tuotanto²	
Sosiaalihuolto	4 900
Terveydenhuolto	7 750
Ympäristöterveydenhuolto	80
	12 730
Sosiaali- ja terveydenhuollon kulut yhteensä v. 2015	n.18 500

¹ Sisältäen muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvia terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatio- ja avovastaanottopalveluja 18 §:n sääntelyn mukaisesti.

² Maakunnan liikelaitoksen palvelukokonaisuus tulee sisältämään myös erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon ostopalveluja noin 1,6 miljardilla eurolla maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulle kuuluvissa palveluissa ostopalveluja.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.3.2 Vaikutukset julkiseen talouteen

Lakiesitys on osa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kokonaisuutta, jonka yhtenä alkuperäisistä tavoitteista oli hillitä kustannusten kasvua 3 miljardilla eurolla vuoden 2029 loppuun mennessä. Siihen sisältyy elementtejä, jotka tukevat kustannusten kasvun hillintää ja toisaalta elementtejä joiden voidaan arvioida lisäävän kustannuksia. Yllä 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 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. 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 menokehyksen hallintaan vaikuttaa huomattavassa määrin asiakkaiden listautumista koskeva sääntely. Tuottajaverkon monipuolistuessa sosiaali- ja terveyskeskustuotantoa siirtyy 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 aiheuttaa maakunnille painetta sopeuttaa omaa toimintaansa sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen korvausten ja asiakkaiden siirtymistä ajatellen, joskin kahden vuoden siirtymäaika saavutettavuusallokaation toteutumiselle vähentää sopeutumisesta aiheutuvaa riskiä. Sopeutumistarve on lähinnä henkilöstössä, tiloissa ja laitteissa sekä tarvikkeissa. Perustettavat ja laajentuvat yksityiset tuottajat joutuvat rekrytoimaan uutta henkilökuntaa pääasiassa maakuntien henkilöstöstä. Näin ollen henkilöstö voi siirtyä mahdolliselle uudelle työnantajalle vapaaehtoisesti, jolloin maakuntien henkilöstökulut pienenevät nopeasti. On mahdollista, että henkilöstömääriä joudutaan myös sopeuttamaan yhteistoimintamenettelyjen kautta, jolloin henkilöstökulujen pieneminen realisoituu vasta huomattavasti myöhemmin. Henkilöstökulujen osuus sosiaali- ja terveyspalveluissa on Kuntatalous-tilaston perusteella noin 60 prosenttia. Tilojen osalta kuluja syntyy ainakin ensimmäiseltä kolmelta vuodelta (siirtymäkauden vuokrasopimus kunnilta). Tiloista syntyviä kustannuksia on mahdollista vähentää esimerkiksi edelleen vuokrauksella. Laitteisto on kuitenkin nykyisin useimmiten hankittu leasing-sopimuksilla, joiden päättäminen ennen aikaisesti voi jonkin verran tuottaa kustannuksia. Esimerkiksi asiakkaiden näkökulmasta heikolla sijainnilla sijaitsevan tuotannon karsituminen pois on kuitenkin toisaalta osa uudistuksen keskeistä parannusmekanismia, joten tällaisten kustannusten syntyminen on 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 on noin 5–25 prosenttia. Tällöin yksityisen toiminnan arvo olisi noin 100–500 miljoonaa euroa, kun koko sosiaali- ja terveyskeskustoiminnan arvon on arvioitu olevan noin 2 miljardia euroa. Tällöin yksityisten tuottamiin palveluihin siirtyisi noin 270 000–1 350 000 asiakasta. Vastaavasti seuraavana vuonna yksityisen tuotannon arvon voi arvioida olevan noin 7–35 prosenttia. Esimerkiksi 35 prosentin tuotannon osuudella yksityisten sosiaali- ja terveyskeskusten toiminnan arvo olisi noin 700 miljoonaa euroa ja niihin siirtyisi noin 1,9 miljoonaa asiakasta. On mahdollista, että yksityisen tuotannon osuus kasvaa tästä edelleen noin 40 prosenttiin.

Edellä kuvattu tuotannon siirtyminen tarkoittaa vastaavaa sopeutumistarvetta maakunnan omalle toiminnalle. Koska yksityisen tuotannon arvioidaan kasvavan pidemmän ajan kuluessa, maakunnille jää aikaa sopeutumiselle, etenkin kun asiakkaiden saavutettavuuden perusteella tehtävä allokointi toteutetaan vasta vuonna 2023.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Sote-keskusten toiminnan käynnistyminen

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

Yksityisen tuotannon nopea kasvu aiheuttaisi maakunnille potentiaalisesti suuren taloudellisten riskin. Esitetty listautumismalli lisää yksityisen tuotannon osuutta vaiheittain, mikä mahdollistaa julkiselle tuotannolle välineitä toiminnan ennakointiin ja ylimääräisen kapasiteetin optimointiin. Siten sopeuttamisesta aiheutuvat taloudelliset riskit pienentyvät ja samalla saavutettavuusallokaatio todennäköisesti kannustaa kaikkia toimijoita fokusoimaan huolellisemmin asiakkaiden preferensseihin. Tämä pienentää maakuntien sopeuttamistarvetta entisestään, sillä onnistuessaan systeemimuutos vähentää 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 on.

2) Aikuisväestön suunhoidon palvelujen siirtymistä suoran valinnanvapauden piiriin vaiheistetaan, jotta hallittaisiin siihen liittyvä merkittävä kustannusten kasvun riski. Yksityisten palvelujen käyttö alalla on merkittävää, yli puolet palvelutuotannosta. Näköpiirissä on, että nykyuotoisia yksityisiä tuottajia siirtyy julkisrahoitteisiksi tuottajiksi, ja nykyisin yksityisiä palveluita käyttäviä asiakkaita siirtyy 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 voi jatkaa myös näiden palvelujen käyttämisestä eikä siirry suoran valinnan palvelujen käyttäjäksi.

Koska nykyuotoisissa julkisesti rahoitetuissa palveluissa asiakkaan osuus kustannuksista on (yksityisen hoidon sairaanhoitokorvaus huomioiden) matalampi, tästä nähdään aiheutuvan kustannuspaineita julkisrahoitteiseen tuotantoon, vaikka vaiheistuksella ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämällä pyritään hallittuun siirtymiseen. Yksityisessä tuotannossa hoitokäytännöt ja hoitovälit ovat olleet erilaiset kuin kuntien suun hoidon palveluissa, joissa hoitovälit on määriteltä tarpeen mukaan. Yhtenäistämällä suoran valinnan tuottajien tarjoamissa palveluissa näitä käytäntöjä vastaamaan kunnallisissa palveluissa käytössä olleita käytäntöjä, voidaan 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 suun hoidon 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 suun hoidon 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 kaavaillun rahoituksen ja maksetut asiakasmaksut, olisi järjestelmään syntyvä rahoitusvaje noin 16 miljoonaa euroa vuonna 2022 ja 67 miljoonaa euroa vuonna 2023. Toisin sanoen maakuntien järjestämisen suun hoidon 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 valinnanvapauslakiin sisälly esityksiä. Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen liittyen on kuitenkin kaavailtu, 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 kasvaa vielä odotettua enemmän, jolloin kustannukset ja edelleen rahoitusvaje kasvaa entisestään. Toisaalta on mahdollista, että mm. hajaantuneessa tuottajakentässä ei kustannusrakenteessa päästä nykyiseen kuntien suun terveydenhuollon tasoon. Tämä voi osaltaan nostaa kustannusarvioita, jos tuottajakorvauksia joudutaan nostamaan. Tuottajakentän ohjauksessa onkin kiinnitettävä erityistä huomiota kustannustehokkuuteen. Tämä voi osaltaan edellyttää suun hoidon

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

käytäntöjen tarkentamista. Edelleen järjestelmään liittyy riski, joka koskee tuottajakorvauksia ja niiden tasoa. Jos rahoitus ei riitä riittäviin tuottajakorvauksiin, on mahdollista, että yritykset eivät koe ehtoja houkutteleviksi eivätkä ko. toimijat hakeudu tuottajiksi.

Esityksen mukaan asiakkaat siirtyvät suun hoidon yksiköiden asiakkaiksi vaiheittain. Tuottajille maksetaan vuosina 2022 ja 2023 asiakasmäärään perustuva peruskorvaus ja lisäksi suorite, kannustin ja olosuhdeperusteista korvausta, niin että peruskorvauksen osuus on korkeintaan puolet määrärahasta. Vaikka asiakkaiden saamat palvelut perustuvat aina tarpeen arvioitiin, tämä tarpeen arviointi tapahtuu osin yksityisissä suun hoidon yksiköissä, jolloin korvausjärjestelmään sisältyy selvä riski asiakasmäärien ja suoritteiden kasvusta ja edelleen kustannusten kasvusta. Toisaalta kannustinperusteisella rahoituksella voidaan tätä riskiä pienentää.

3) Jos maakunnan oman toiminnan sosiaali- ja terveystieteiden tuotantokustannukset ylittävät tuottajakorvauksista muodostuvan tuoton esimerkiksi olosuhdetekijöistä tai tehottomuudesta johtuen, maakunnille voi muodostua tarve lisärahoittaa omaa tuotantoaan. Esimerkiksi Ruotsista on viitteitä siitä, että 75 prosentissa maakäräjistä omaa perusterveydenhuoltoa on jouduttu subventoimaan (Vårdföretagarna 2016). Mikäli maakunta joutuu lisärahoittamaan sosiaali- ja terveystieteiden tuotantoaan, tulisi se mahdollisuuksien mukaan korvata erilliskorvauksilla läpinäkyvyyden edistämiseksi. Siitäkin huolimatta mahdollinen lisärahoitustarve voi muodostaa riskin kustannusten hillinnän tavoitteen näkökulmasta. Tästä syystä lakiesityksen 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 seuraa palvelujen menokehitystä vaan on sidoksissa uuteen maakuntaindeksiin, jolla pyritään ohjaamaan kustannusten kasvua. Maakuntien on sopeutettava toimintansa rahoitusta vastaavaksi, mikä tarkoittaa suoran valinnan palveluissa sitä, että palvelujen tuottajat on sitotettava yhteisiin tavoitteisiin. Tämä osaltaan hillitsee kustannusten kasvua. Maakunnalla on myös mahdollisuus päättää yleiskatteellisen rahoituksen kohdentamisesta eri sektoreiden välillä.

4) Lakiesitys ja erityisesti toiminnan käynnistymiseen ja asiakkaiden listautumiseen liittyvät ratkaisut kannustavat maakuntia toiminnalliseen (ja ”ajattelutavan”) muutokseen, mikä on välttämätöntä, koska vain siten maakunta luo itselleen menestymisen edellytykset valinnanvapauden laajentuessa. Tämä muutos (mm. rakennettava johtamismalli, organisaatiomalli, toiminta-ajatus, visio, henkilöstökysymykset ml. resursointi sekä muut uudelleenorganisointumiseen vaikuttavat toiminnot) ei tuo maakunnille kustannuksia, vaan voi jopa pidemmällä aikavälillä hillitä kustannuksia.

5) Tuottajaverkon monipuolistuminen ja valinnanvapauden laajentuminen todennäköisesti aiheuttavat ainakin lyhyellä aikavälillä erilaisia oppimiskustannuksia eri toimijoille. Lisäksi järjestelmämuutos potentiaalisesti aiheuttaa aluksi erilaisia hallinnon organisoinnista ja toimintatapojen uudelleen suuntaamisesta johtuvia kustannuksia. Nämä vaikutukset ovat kuitenkin todennäköisesti verrattain lyhytaikaisia ja samaan aikaan moni muunlainen resurssi edellyttävä kehittämistoiminta vähenee.

Pidemmän aikavälin vaikutukset:

6) Kilpailusta saavutettavat tehokkuushyödyt voivat ilmentyä käytännössä matalampien kustannusten lisäksi palveluiden parantuvana saatavuutena sekä laaduna. Tällöin julkisesti tuotettujen palvelujen houkuttelevuus suhteessa nykytilaan paranee ja kysyntä kasvaa. Asiakasmäärien mahdollinen kasvu vaikeuttaa kustannusten kasvun hillintää ja tällä voi koko järjestelmän näkökulmasta olla kustannuksia kasvattava vaikutus. Mikäli julkisrahoitteisten palvelujen resursointia ei lisääntyneen kysynnän johdosta paranneta, kysynnän kasvu voi johtaa saatavuuden tai laadun heikentymiseen, kunnes uusi tasapainotila julkisrahoitteisen ja yksityisesti rahoitettujen palvelujen välillä saavutetaan. Saatavuuden väliaikainen paraneminen ei siis välttämättä yksiselitteisesti johda kustannusten merkittävään kasvuun.

Yksittäisen tuottajan näkökulmasta asiakasmäärän kasvattaminen on perusteltu tavoite, kun palvelusta maksettava hinta on kiinteä ja tuottajan ansainta riippuu asiakaskunnan suuruudesta. Julkisesti rahoitettuja palveluja ei ole mahdollista tuottaa samalla saatavuudella, kuin nykyisiä yksityisesti rahoitettuja palveluja tuotetaan. Näin ollen moni asiakas jäänee yksityisesti rahoitettujen palvelujen asiakkaaksi, ja tämä voi olla myös tuottajalle mieluisa lopputulos varsinkin, jos kysynnän lisääntyessä tuottajan rajakustannus kasvaa esimerkiksi investointipaineiden vuoksi.

7) Järjestelmä myös muuttaa olennaisesti tuottajakorvauksia, sillä korvausjärjestelmä nojaa ennen kaikkea kapitaatiokorvauksiin suoritteiden sijaan. Myös tämä olennaisesti pienentää riskiä kustannusten kasvulle, koska kapitaatioon perustuvassa korvausjärjestelmässä mahdollisimman korkean tuoton saavuttaminen

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

edellyttää toiminnan tehostamista ja niukkojen resurssien järkevää allokaatiota. Hoitoja ei kannata tuottaa esimerkiksi vain asiakkaiden toiveiden vuoksi, vaan niillä kannattaa pyrkiä kustannusvaikuttavuuteen. Korvausmalli sisältää siten kannusteet vaikuttavan hoidon tuottamiseen yhden tuottajan sekä laajemmin tuottajaverkon osalta, koska koko palveluketjussa saavutetut kustannushyödyt jaetaan ketjun eri tuottajien ja maakunnan välillä.

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) nykytuotoista toimintaansa. Suoriteperusteisessa korvausmallissa on mahdollista tuottaa huomattavasti parempi saatavuus – ja näin ollen sille jatkossakin lienee kysyntää. Samaan aikaan valinnanvapaus hyvin toimiessaan parantaa julkisrahoitteisessa osassa pääsyä palvelujen piiriin. Järjestelmä voi näin kaikesta 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. Järjestelmä voi myös hyödyntää erityisesti yksityisen sektorin toiminnan luonteesta johtuvaa kustannusten ja hyötyjen jatkuvaa arviointia, joka potentiaalisesti parantaa toiminnan kustannustietoisuutta. Monituottajamalli myös todennäköisesti johtaa henkilöstön tehtävien parempaan erikoistumiseen ja tilojen tehokkaampaan käyttöön. Myös nämä toimet hillitsevät 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, YTHS:n 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 järjestämiselvöllisyyden 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 sairausvakuutusstilaston 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 järjestämismaksuilla olevien palvelujen kanssa päällekkäisiä. Vuonna 2015 erikoislääkärikäynneistä oli maksettu yhteensä 352,9 miljoonaa euroa, josta Kelan osuus on ollut 63,2 miljoonaa euroa ja asiakkaiden maksuosuus on ollut 289,7 miljoonaa euroa (sis. toimistomaksut). Erikoislääkärikäynneistä ainakin noin neljänneksen voi arvioida olevan päällekkäistä toimintaa tulevien sosiaali- ja terveyskeskusten kanssa. Näin ollen päällekkäisen toiminnan arvo on vähintään noin 97 miljoonaa euroa.

Yksityisiä sairaskuluvakuutuksia oli Kelan tilaston mukaan vuoden 2015 lopussa yhteensä 1 030 539 henkilöllä. Edellä mainituista vakuutuksista noin 42,7 prosenttia oli lapsien vakuutuksia, noin 38,6 prosenttia aikuisten vakuutuksia ja 18,6 prosenttia työnantajien työntekijöilleen ottamia vakuutuksia. Edellä mainitut vakuutukset omaavat henkilöt ovat saaneet yksityisille lääkäreille toteutuneista käynneistään aiemmin kuvatun sairaanhoitokorvauksen. Vapaaehtoisten henkilövakuutusten kysyntä mahdollisesti laskee pidemmällä aikavälillä erityisesti sairauskuluvakuutusten osalta, mikäli valinnanvapaus toteutuu saatavuutta parantavalla tavalla. Toisaalta julkisen sektorin säästöpainetta, mikä voi ilmentyä esim. palveluihin pääsyssä tai laadussa (jonoissa tai tasossa), voi johtaa edelleen yksityisen sairauskuluvakuutusten kysyntään.

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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Mikäli Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (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.

Sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamien palvelujen kokonaismenojen on arvioitu olevan noin 2,0 miljardia euroa. Vuonna 2015 sosiaali- ja terveyskeskuspalveluja vastaavia (ns. päällekkäisiä) palveluja voidaan edellä mainituista tekijöistä muodostuen arvioida olevan noin 770–900 miljoonaa euroa. Näin olen sosiaali- ja terveyskeskusten tuottamien palvelujen kokonaiskysynnän voi arvioida muodostavan noin 2,7–2,9 miljardin euron kokonaisuuden, josta maakunnan järjestämien palvelujen osuus on noin 65–75 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. Suoran valinnan suunhoidon palvelut muodostavat 44–47 prosenttia koko ko. palvelutuotannon kokonaismenoista.

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

Riskin hallinnan näkökulmasta merkittävää on kuitenkin se, että maakunnan on huomioitava korvaustasojen suuruudessa ennalta määritellyt sosio-ekonomiset tekijät kuten työssäkäynti ja asiakkaan ikä. Toisaalta työterveyshuollon tuomaa ongelmaa voidaan ratkaista korvausmallin muotoilulla vain rajoitetusti, koska työterveyshuolto voi olla eri työnantajilla laajuudeltaan erilaista. Sen sijaan opiskelijaterveydenhuollon päällekkäinen käyttö on mahdollista ottaa huomioon korvausjärjestelmässä.

Kilpailu ja menokehityksen hallinta

Valinnanvapausjärjestelmällä voidaan potentiaalisesti saavuttaa kilpailuhyötyjä, joskin euromääräistä arviota kilpailun positiivisista vaikutuksista on vaikea antaa. Kilpailulla voidaan odottaa olevan laatua ja tehokkuutta parantavia vaikutuksia, mikäli maakunnat tukevat aidosti kilpailullisen toiminnan muodostumista ja menestyäkseen kilpailussa tuottajat pyrkivät tehostamaan omaa toimintaansa.

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, että asiakkaiden käytössä on vertailun mahdollistavaa tietoa palvelujen laadullisista tekijöistä.

Kilpailusta saatavien laatu- ja tehostamisparannusten saavuttaminen voi heikentyä, mikäli kaikilla samoja palveluja tuottavilla toimijoilla ei ole täysin (tai riittävän) yhdenvertainen toimintaympäristö. Tämä puolestaan voi vaikuttaa menokehityksen arviointiin.

Lakiesityksessä listautumis-, hyväksymis- ja sopimusmenettelyt koskevat vain yksityisiä tuottajia. Myös verokohtelu on erilainen yksityisten ja maakunnallisten tuottajien kohdalla. Esimerkiksi tuloverotuksen osalta yksityinen toiminta on kokonaisuudessaan normaalilla yhteisöverokannalla verotettavaa toimintaa,

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

kun taas sosiaali- ja terveyskeskuksen toimiessa osana maakunnan omaa toimintaa, se on verovelvollinen vain elinkeinotoiminnasta. Myös arvonlisäveron osalta menettelyt mahdollisesti vaihtelevat.

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

Tuottajakorvaukset ovat kaikille suoran valinnan tuottajille samat mutta konkurssiuhka voi jatkossa realisoitua vain yksityisille tuottajille. Konkurssiuhkan puuttuminen vähentää merkittävästi toimijan kannustimia tehostaa toimintaansa kilpailun luontaisten mekanismien johdosta. Lisäksi koska maakunnan liikelaitoksen on turvattava asiakkaan palvelut kaikissa tilanteissa, täysin yhdenmukaisen toimintaympäristön realisoituminen ei ole 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.)

4.3.3 Tietohallinnon ja ICT:n kustannukset

Valinnanvapauden tiedonhallintapalvelut ja niiden kehittäminen ovat 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. Sote-ICT kehitysinvestointeihin hallitus päätti perustaa Sotedigi-yhtiön, jota valtio varautuu pääomittamaan tarvittavalla rahoituksella Valtion kehitysyritys Vake Oy:stä. SoteDigi Oy:n kokonaiskustannukset vuosina 2017–2024 ovat arviolta yhteensä noin 880 miljoonaa euroa. Valinnanvapautta koskevan lakiesityksen tietojärjestelmävaikutukset ovat osa edellä mainittua kokonaisuutta.

Valinnanvapauslakiesityksen voimaantuloa, siirtymäsäännöksiä ja käyttöönottoaikataulua koskeva sääntely tuo uudistuksen toimeenpanoon aiempaa enemmän joustovaraa. Kuitenkin valinnanvapauden kokonaisarkkitehtuuriin ja Kanta-palveluihin liittyvien muutosten toimeenpano on käynnistynyt vuonna 2017 Kelalle vastuutettujen esitykseen liittyvien tiedonhallintapalveluiden osalta. Ensimmäiset versiot valinnanvapauden tiedonhallintapalveluista (asiakkaiden valinta, palveluntuottajien hallintapalvelu ja palveluntuotannon seurantalpalvelu) sekä maksatuksen tietojärjestelmäpalveluista ovat 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 tulevat olevaan 20–30 prosenttia edellä kuvatuista kehittämiskuluista. Lopulliset kustannukset riippuvat myös siitä jääkö toteutettavia ominaisuuksia jatkokehitykseen.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Oheisessa taulukossa on kuvattu valinnanvapautta koskevan lakiesityksen tietojärjestelmävaikutukset kustannuksineen ja vastuutahoineen vuosille 2017–2020.

Hanke ja vastuuvastuun valmistaja	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 Sotemuutokset (SOUTU), THL ja Kela	1,2	3,6	4,6	2,1	11,6
Suomi.fi ja Valinnanvapauden kansalaisille näkyvä tietopohja, Väestörekisterikeskus	→	1,7	0,7		2,4
Palveluntuottajien organisaatiorekisteri (SOTERI), Valvira	→	→			1,4
Valinnanvapauspilotit, Maakunnat	→	→	→	→	110

Tietojärjestelmänäkökulmasta uudistuksen merkittävänä riskinä on kokonaisarkkitehtuurin toimeenpanon valmistuminen aikataulussa vain osittain: järjestelmien puutteista voi aiheutua manuaalista lisätyötä maakunnille, palveluntuottajille ja Kelalle, mikä puolestaan voi kasvattaa kustannuksia merkittävästi ja hidastaa uudistuksen toimeenpanoa.

Tietojärjestelmien kokonaisarkkitehtuurin läpiviennin kannalta on tärkeää, että se toteutetaan tiiviissä yhteistyössä maakuntien kanssa. Muuten riskinä on, että esimerkiksi maakuntien jo käytössä olevat tai kehitteillä olevat henkilökohtaisen budjetin ja asiakasseteliohjelmistot eivät ole yhteensopivia kansallisen järjestelmän kanssa.

4.3.4 Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset

Henkilökohtaisen budjetin taloudelliset vaikutukset riippuvat erityisesti siitä, miten ja missä palveluissa maakunta sitä toteuttaa ja millaisiksi henkilökohtaisen budjetin soveltamiskäytännöt muotoutuvat. Lopulta asiakas kuitenkin päättää, ottaako henkilökohtaisen budjetin vastaan. Kustannusriskiä hillitsee se, että henkilökohtaiseen budjettiin asiakkaan tarpeen perusteella sisällytetyt palvelut perustuvat maakuntien oman tuotannon kustannuksiin ja budjettiin sisältyvät palvelut ovat siten kiinteähintaisia. Toisaalta henkilökohtaisella budjetilla palveluja tuottavat yritykset voivat valita asiakkaansa, mikä voi johtaa siihen, että eniten palveluja tarvitsevat ja/tai hoidollisesti vaikein asiakassegmentti jää lopulta maakunnan asiakkaaksi, jos hänelle ei löydy yksityistä tuottajaa maakunnan asettamilla hinnoilla ja muilla ehdoilla. Edellä kuvattu tilanne voi realisoitua, jos henkilökohtaisen budjetin hinnoittelu jostain syystä epäonnistuu (yli- tai alihinnoittelu).

Nordic Healthcare Groupin karkean arvion mukaan (NHG 2017, Uuden soten rahoitusvälineet: henkilökohtainen budjetti, palvelu-/asiakasseteli ja kapitaattiorahoitus. 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 soveltuu 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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

palveluun. Lisäksi maakunta voi määrittää, mitä palvelutarpeen laaja-alaisuus tarkoittaa. Tästä määritelmästä riippuen henkilökohtaiseen budjettiin voisi soveltua 50 000–150 000 henkilöä. Esimerkiksi mikäli vaaditaan, että asiakas saa vähintään kolmea erilaista sosiaali- ja/tai terveydenhuoltolain mukaista palvelua, tämä rajaa henkilökohtaisen budjetin ulkopuolelle yli puolet vanhus- ja vammaispalvelujen asiakkaista.

Sosiaali- ja terveysministeriön alustavan arvon mukaan lain 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.

Lakiesityksen 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 nykykustannuksia.

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 omaishoidon noin 6 000 euroa vuodessa. Kyseisiin laskelmiin on sisällytetty asumismuotoon liittyvien kustannusten lisäksi muitakin sosiaali- ja terveystarpeita 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 tulee olemaan suurta, eikä varsinaista keskimääräistä edustajaa ole. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen kotihoidon laskennan perusteella, kotihoidon asiakasmainen 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 omaishoidon noin 6 000 euron kustannuksen vuodessa. Omaishoidon osalta 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, laskelmiin on sisällytetty asumismuotoon liittyvien kustannusten lisäksi muitakin sosiaali- ja terveystarpeita sekä Kelan etuuksia. Tällöin henkilökohtaiset budjetit voisivat asiakkaan palvelutarpeista riippuen kasvaa 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.

Mahdollisesti hallituksen linjausten mukaan muuttuva monikanavarahoitus lisää henkilökohtaisen budjetin suuruutta. 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 (vammat). Jokaisen asiakasryhmän kohdalla keskimääräinen laskennallinen henkilökohtainen budjetti jäisi kuitenkin merkittävän suuruisiksi myös ilman Kelan etuuksien sisällyttämistä budjettiin.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

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

4.3.5 Asiakaseteleihin liittyvät taloudelliset vaikutukset

Koska asiakassetelin käyttöönoton lopullinen laajuus on 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 asiakassetelin kautta avautuvien palvelujen tuotannon koko olisi noin 2,0 miljardia euroa. Edellä mainittu osuus sisältää sosiaalihuollon palveluja noin 1,4 miljardilla eurolla ja terveydenhoidon palveluja noin 0,6 miljardilla eurolla.

Maakunnalle ja sen asukkaille asiakaseteleiden käytöstä voi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia. Vaikutukset ovat positiivisia, mikäli asiakassetelit täydentävät julkista palvelutuotantoa ja siten esimerkiksi lyhentävät odotusaikoja. Lisäksi, mikäli asiakasetelien käyttö luo kilpailua tuottajien välillä, on järjestelmällä mahdollista saavuttaa kustannus- ja laatuhyötyjä. Negatiivisia vaikutuksia voi syntyä, mikäli asiakaseteleiden laaja käyttö heikentää maakunnan oman tuotannon toimintaa ja vaikuttaa esimerkiksi tuotannontekijöiden tehokkaaseen käyttöön tai heikentää mahdollisista keskittämisen eduista saatavia hyötyjä. Toisaalta lakiesitys sisältää mahdollisuuden pidättäytyä seteleiden käytöstä mm. toiminnan kustannustehokkuuden vaarantuessa ja tämä pienentää edellä kuvattua riskiä.

Asiakassetelituottajien (kuten myös henkilökohtaisella budjetilla palveluja tuottavien) mahdollisuus valita asiakkaansa, voi johtaa vaikeimman asiakassegmentin valikoitumiseen maakunnan oman tuotannon asiakkaiksi, mikä puolestaan aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia maakunnille esimerkiksi hinnoittelun epäonnistumisen vuoksi. Lisäksi negatiivisia vaikutuksia voi syntyä, mikäli asiakas ensin valitsee muun kuin kotimaakuntansa liikelaitoksen ja tämän jälkeen ko. liikelaitoksen hyväksymän asiakassetelipalveluntuottajan ja sitoo tällöin asiakkaan kotimaakunnan toisen maakunnan asettamiin ehtoihin. Nämä ehdot voivat joissain tilanteissa olla kotimaakunnalle taloudellisesti epäedullisia verrattuna kotimaakunnan itse myöntämiin asiakaseteleihin. Kuitenkin, asiakkaan näkökulmasta asiakasetelien laaja käyttö lisää 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, 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 valinnanvapauspalvelut (suora valinta, maakunnan liikelaitoksen myöntämä asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti) jakautuvat erilaisten toimijoiden kesken ja millaisia tavoitteita, mahdollisuuksia ja kannusteita erilaisilla toimijoilla on. Näiden seikkojen arviointi on erittäin haastavaa, sillä nykymuotoiset sosiaali- ja

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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 tavoittele 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 valinnanvapausmalliin siirtymisen vaikutuksista voittoihin ja verotuloihin voidaan esittää vain suuntaa-antavia ja karkeita arvioita. Suuntaa-antavan laskelman perusteella voidaan arvioida, että valinnanvapausmalliin siirtymisen seurauksena yritys sektorin 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 20–40 miljoonaa euroa vuositasolla. 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 20–40 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.

Arvonlisävero

Valinnanvapausmalli vaikuttaa myös hankintojen arvonlisäverokustannusten kompensointiin. Nykymuotoisessa järjestelmässä kunnat saavat hankintaneutraaliuden takaamiseksi hakea palautuksen hankintojensa arvonlisäverokustannuksista, jotta alihankinta on kustannusnäkökulmasta yhtäläisissä lähtökohdissa kuntien omaan tuotantoon nähden. Maakunnan liikelaitosten hankintojen arvonlisäverokustannukset on ajateltu korvattavan vastaavalla budjettimenettelyllä kuin valtion virastoilla, jolloin hankintaneutraalisuus toteutuu. Julkisella rahoituksella palveluita tuottavat yksityiset sosiaali- ja terveyspalveluyritykset eivät palautusta saa, joten vastaava rahamäärä tulee muilla keinoilla sisällyttää sekä maakunnan budjettiin että yritysten saamiin korvauksiin. Maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavien yhtiöiden osalta arvonlisäveron käsittely on vielä ratkaisematta.

Tarkoituksena on, että sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen liittyvät arvonlisäverot käsitellään uudistuksessa budjettineutraalisti. Arvonlisäverokertymän sisällä olevien kuntapalautusten piieneneminen kasvattaa automaattisesti arvonlisäverotuottoa, mutta koska vastaava kustannus siirtyy uudistuksen yhteydessä budjetin menopuolelle osaksi maakuntien rahoitusta, ei uudistuksella tältä osin ole vaikutusta valtion budjetin tasapainoon.

Arvonlisäveron palautusjärjestelmästä on tarve säätää maakuntien rahoituslaissa erikseen. Säätelyssä tulee turvata kilpailun ja hankintojen neutraalisuus eri omistajatahojen kesken sekä maakuntien riittävän rahoituksen turvaaminen.

4.3.7 Vaikutukset maakuntatalouteen

Maakunnat saavat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen osana maakuntien yleiskatteellista rahoitusta. Näin ollen maakunnat voivat itsehallintonsa puitteissa kohdentaa rahoitusta eri sektoreille. Valinnanvapauden vaikutukset julkistalouteen näkyvät ensin maakuntien taloudessa, jolloin maakunnan on sopeutettava saamaansa rahoitusta eri sektoreiden välillä. Riippuen maakunnan edellytyksistä valinnanvapauden ja monipuolisen tuotannon syntymiseen, voi hyötyjen ja haittojen alueelliset erot olla merkittäviä. Tällöin on mahdollista, että jotkut maakunnat joutuvat rahoittamaan esimerkiksi suoran valinnan palveluita voimakkaammin. Tämä voi osaltaan vaikuttaa rahoituksen jakautumiseen sektoreiden välillä ja maakuntien taloudelliseen asemaan.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Näiden yhtiöiden tekemät voitot ja tappiot voivat vaikuttaa maakunnan talouteen. Maakuntien rahoituslain mukaan yhtiö voi jakaa omistajilleen osinkoa osakeyhtiölain ja omistajien tahtotilan mukaisesti. Mahdollinen yhtiöiden pääomittaminen rasittaa maakunnan taloutta, kun taas yhtiöiden jakamat osingot tulevat maakunnan hyödyksi.

4.3.8 Vaikutukset kuntatalouteen

Lakiesityksen vaikutukset kuntatalouteen liittyvät lähinnä siihen, tapahtuuko 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 ympäri maakuntaa riippuu pitkälti maakunnan palveluntuottajille asettamista ehdoista ja korvauserusteista sekä yritysten näiden perusteella tekemistä päätöksistä, joten vaikutuksia yksittäisten kuntien talouteen on vaikea arvioida.

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

Valinnanvapauspalveluja tuottavat palveluntuottajat tekevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osalta yhteistyötä myös kuntien kanssa. Yhteistyö potentiaalisesti lisää eri osapuolien tietämystä asiakkaiden ja asukkaidensa terveydestä ja hyvinvoinnista entisestään. Koska terveemmät ja toimintakykyisemmät asukkaat muodostavat elinvoimaisen kunnan, on 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. Valinnanvapausmallin myötä nämä henkilöt saattavat jatkaa nykyisen palveluntuottajansa asiakkaina sillä erotuksella, että nykyinen tuottaja saattaa listautua suoran valinnan palveluntuottajaksi ja saada näin kapitaatiokorvauksen näistä asiakkaista.

Myös asiakkailla on 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 sairausvakuutuslasko 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 2015 noin 43 prosenttia 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.

Lakiehdotuksen mukaan asiakassetelituottaja ja henkilökohtaisen budjetin tuottaja voi myydä asiakkaille ylimääräisiä palveluja ja varsinkin alkuvaiheessa voi tulla epäselvyyttä siitä, mikä palvelu kuuluu palvelukokonaisuuteen ja mistä palveluista tuottaja voi periä erikseen maksun. Näistä tilanteista voi aiheutua kotitalouksille odottamattomia kustannuksia. Omarahoitteisten palvelujen korkea hinta voi kuitenkin hillitä

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

edellä kuvattua toimintaa, ellei asiakkaalla ole jonkinlaista päällekkäistä vakuutusturvaa kulujen korvaamiseksi.4.4 Ihmisiin kohdistuvat vaikutukset

4.4.1 Yleistä

Asiakkaiden valinnanvapaus lisääntyy, kun koko maan kattava vapaus valita palvelujen tuottaja laajenee nykyisestä. Mahdollisuus valita suoran valinnan palveluntuottaja koskee sosiaali- ja terveyskeskuksessa yleisimmin käytettyjä terveydenhuollon palveluja, joita täydentää sosiaalihuollon neuvonta ja ohjaus, sekä suunhoidon palveluja. Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyskeskuksen ja suunhoidon yksikön valinta tehdään erikseen, mikä mahdollistaa valinnanvapautta molemmissa palveluissa. Asiakkaiden valinnanvapautta lisää 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 edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mahdollisuuksia valita palveluntuottaja ja merkitsee palvelujen käyttäjien aseman syvällistä muutosta. Valinnoillaan asiakkaat pystyvät vaikuttamaan palvelujen toteuttamiseen. Tätä vahvistaa mahdollisuus vaihtaa suoran valinnan palveluntuottajaa kuuden kuukauden kuluttua edellisestä valinnasta.

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

Asiakas voi 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 parantaa erityisesti sosiaalihuollon palveluja tarvitsevan asiakkaan asemaa ja valinnanmahdollisuuksia, koska nykyisessä lainsäädännössä valinnanvapautta on pääsääntöisesti vain terveydenhuollon palveluissa.

Valinnanvapauden laajeneminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden 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 jouduttaa 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 voi 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. Ahlström 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 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 valinnanvapauslakiluonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvat valinnat ovat aina asiakkaalle vapaaehtoisia ja hän saa valintojen tekemiseen tarvittaessa tukea. Mikäli asiakas ei halua tai kykene käyttämään valinnanvapautteen liittyviä valintaoikeuksiaan, hän saa palvelut maakunnan liikelaitoksesta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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. Lakiesityksellä on vaikutuksia palvelujen alueelliseen yhdenvertaisuuteen palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa maakuntien välillä sekä maakunnan sisällä. Valinnanvapauslaki ei muuta tätä julkisen vallan velvoitetta turvata jokaiselle yhdenvertaisesti riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Lakiehdotus lisäisi palvelutarjontaa ja sitä kautta parantaisi palvelujen saatavuutta. Vaikutus näkyisi eniten siellä, missä on eniten hoitoonpääsyn ongelmia, eli nykyisessä perusterveydenhuollossa. Palvelujen saavutettavuus tulee jatkossakin vaihtelevaan maakuntien sisällä ja harvaan asutuille alueille muodostuu todennäköisesti vähemmän saatavuutta parantavaa lisätarjontaa. Eri maakuntien edellytyksiä valinnanvapauden toteuttamisessa on käsitelty luvussa 4.1.2. Maakunnan liikelaitokset voivat 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 saanut aikaan pelättyjä uhkakuvia mm. tasa-arvon tai laadun heikkenemisen näkökulmista. Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset ovat kohdistuneet erityisesti jonotusaikojen lyhenemiseen kiireettömässä sairaanhoidossa (mm. Whellams ja Juhnila 2016. Terveiden 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 palveluiden saatavuutta asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Palveluiden järjestämistä vastuun siirtymässä 18 maakunnalle edellytykset yhdenvertaisten palveluiden saatavuuden toteutumiseen koko maassa parantuvat nykytilanteeseen verrattuna. Maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia koskevassa lakiesityksessä (HE 15/2017) on lisäksi varmistettu valtion ohjaukskeinot suhteessa palvelujen järjestäjiin. Saatavuuden yhdenvertaisuutta on asukkaille tarjottavien palvelujen ja niissä käytettävien menetelmien yhdenvertaisuus eli valtakunnallinen palveluvalikoima. Tätä ohjataan säädöksillä, ohjeilla ja suosituksilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveysministeriön perustetulle ohjausyksikölle. Jatkovalmistelussa selvitetään, onko sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakeihin tarvetta tehdä muutoksia.

Väestöryhmien välisen yhdenvertaisuuden valinnan mahdollisuuksissa voidaan katsoa lisääntyvän valinnanvapauslakiehdotuksen myötä. Erityisesti tämä vaikuttaa 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. Valinnanvapausjärjestelmässä mahdollisuus valintoihin ei ole riippuvainen yksilön maksukykyä ja keskeiset valinta- ja käyttöoikeudet koskevat yhtä lailla koko väestöä. Uudistuksen myönteisten vaikutusten toteutuminen edellyttää kuitenkin sitä, että asiakasmaksuista tai matkakustannusten omavastuuosuudesta ei muodostu valintoja rajoittavaa taloudellista tekijää. Koska lainsäädännössä on linjattu, että mahdolliset asiakasmaksut ovat yhtäläiset kaikkien palveluntuottajien osalta eivätkä tuottajat voi periä asiakkaalta julkisesti rahoitettuun palveluun liittyviä lisämaksuja, niin lähtökohtaisesti yhdenvertaisuus kasvaa nykytilanteeseen verrattuna.

Sosiaalipalvelujen kohdalla valinnanvapauden laajeneminen ehdotetulla tavalla muuttaa 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.

Asiakassetelien ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotto lisää yhdenvertaisuutta asukkaiden välillä suhteessa nykyisiin palveluseteleihin, koska nykyisiä palveluseteleitä koskevat päätökset ovat kuntakohtaisia ja palvelusetelien käytön laajuus vaihtelee merkittävästi eri puolilla Suomea. Jatkossa päätöksiä tehdään

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

maakuntakohtaisesti ja asiakas voi hankkia tarvitsemansa asiakassetelipalvelun myös toisen maakunnan alueelta. Myös nykyisiin ostopalveluihin verrattuna asiakassetelit lisäävät olennaisesti eri asiakasryhmien yhdenvertaisuutta, koska jatkossa asiakas voi itse valita tuottajansa.

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

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

Lakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveyskeskuksessa ja suunhoidon yksikössä voidaan erikoistua tuottamaan palveluja erityisesti tietyille asiakasryhmälle tai tietyille asiakasryhmille. Tämä esitetty malli voi kannustaa palvelujen tuottajia palvelujen erilaistamiseen. Tämä tarjoaa mahdollisuuksia tosiasiallisen yhdenvertaisuuden lisääntymiseen esimerkiksi siten, että eri vähemmistöryhmien erilaiset kielelliset ja kulttuuriset tarpeet otetaan 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. Heidän kohdallaan korostuu riittävän tuen ja avuntarjoaminen. 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 valinnanvapauteen liittyvistä oikeudesta 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.

Sosiaali- ja terveyskeskusten palvelutarjontaan sisältyvä sosiaalihuollon ammattihenkilön antama ohjaus ja neuvonta ovat 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 lisää asukkaiden tietoisuutta saatavilla olevista sosiaalihuollon palveluista ja voi madaltaa kynnystä hakeutua tarvittaviin palveluihin. Riittävän varhain ja oikea-aikaisesti tunnistettu avun tarve ja oikein kohdennettu ohjaus ja neuvonta voivat ennalta ehkäistä ongelmien kasautumista ja vaikeutumista.

Hyvin toimivissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa kyetään tehokkaasti tunnistamaan ja hoitamaan esimerkiksi mielenterveyden häiriöitä ja tarvittaessa konsultoimaan ajoissa psykiatrissa erikoissairaanhoidtoa. Lisäksi sosiaali- ja terveyskeskusten oma palvelutuotanto täydentyy mm. sosiaalihuollon ohjauksella ja neuvonnalla ja asiakkaiden valinnanvapaus laajenee myös maakunnan liikelaitoksen myöntämien asiakassetelien avulla. Asiakas voidaan myös opastaa järjestöjen tarjoaman vertaistuen piiriin. Näin toimittaessa mielenterveyspotilaiden alkuvaiheen hoito ja tuki tehostuvat nykytilanteeseen verrattuna. Vaikeista tai keskivaikeista mielenterveyden häiriöistä kärsivien osuus on ainakin 5–6 prosenttia väestöstä.

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 vanhuspalveluiden osalta. Hyvin toteutuessaan valinnanvapausmalli voi vahvistaa iäkkäiden henkilöiden itsemääräämisoikeutta.

Jos vanhuksen toimintakyky heikkenee ja palveluntarve lisääntyy, voi valintojen tekeminen ja palvelujen yhteensovittaminen aiheuttaa haasteita. Tällöin palveluohjauksen tarve korostuu. Käytännössä on tärkeää

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

löytää myös keinoja mahdollisten ristiriitatilanteiden (esim. erimieliset asiakkaat, omaiset ja ammattilaiset) ratkomiseen, kun tuottajaverkko potentiaalisesti monipuolistuu.

Palvelujen saatavuus voi parantua ja odotusajat lyhentyä myös iäkkäiden henkilöiden kohdalla, kun myös sosiaalipalveluja otetaan asiakassetelin piiriin ja tuottajaverkko monipuolistuu. Parhaassa tapauksessa erilaiset yksilölliset tarpeet huomioivat ja myös iäkkäitä asiakkaita palvelevat innovaatiot lisääntyvät (etäkonsultaatiot, sähköiset ja liikkuvat palvelut). Uudenlaisista palveluista hyötyisivät myös ne iäkkäät, joilla on hankaluuksia päästä palveluiden piiriin huonojen kulkuyhteyksien tai huonon toimintakyvyn takia.

Hallituksen esityksen mukaan maakunnan on otettava henkilökohtainen budjetti käyttöön iäkkäiden henkilöiden palveluissa. Henkilökohtaisen budjetin tavoitteet ovat hyvin linjassa sosiaalihuoltolain (1301/2014) tavoitteiden kanssa ja tukevat 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 saamaansa palvelukokonaisuuteen.

Esitetty henkilökohtaisen budjetin malli ei kuitenkaan itsessään lisää iäkkään henkilön valinnanvapautta niissä tilanteissa, joissa henkilö ei kykene itse eikä ehkä avustettuna aidosti suunnittelemaan ja hallinnoimaan palvelukokonaisuuttaan. Tällöin henkilökohtaisen budjetin myöntämiselle asetetut kriteerit eivät täyty ja budjettia ei ole asianmukaista myöntää, vaan palvelut on tarkoituksenmukaisempaa järjestää muilla tavoin, esim. asiakassetelipalveluina tai maakunnan omana palvelutuotantona.

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 palveluiden yksilöllistä suunnittelua. Palvelujen toteutuksessa on osin jo nyt valinnanvapautta mm. henkilökohtaisen avun työnantajamallissa ja palveluseleissä.

Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan maakunnan on otettava henkilökohtainen budjetti käyttöön vammaispalveluissa. Henkilökohtaista budjettia koskeva sääntely tarjoaa maakunnille välineitä laajentaa vammaisten henkilöiden valinnanvapautta. Kuten iäkkäiden kohdalla, Suomessa toteutetut henkilökohtaisen budjetin kokeiluhankkeet ovat antaneet tukea henkilökohtaisen budjetin soveltuvuudelle vammaispalveluissa.

Myös vammaisten osalta on tärkeää huolehtia siitä, että asiakas saa tarvitsemansa tuen henkilökohtaisen budjetin suunnitteluun ja käyttöönottoon. Järjestäjänä maakunnan on 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

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

Kaikilla maakunnilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia valinnanvapausjärjestelmän edellyttämän monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiseen ja sitä kautta valinnanvapauden toteuttamiseen. Tästä näkökulmasta on mahdollista, ettei valinnanvapauden alueellinen yhdenvertaisuus täysin toteudu. Kaikilla asiakkailta on kuitenkin yhtäläiset valintaoikeudet, jotka mahdollistavat valinnat myös toisten maakuntien alueilla. Todennäköisesti parhaimmat edellytykset monipuolisen tuottajaverkon muotoutumiseen on viidellä suurimmalla maakunnalla, joissa sijaitsevat myös suurimmat kaupungit. Lisäksi maakunnilla saattaa olla haasteita valinnanvapauden toteuttamisessa maakunnan väestön pienen väestömäärän, harvan asutuksen,

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

henkilöstövajeen tai sosiaali- ja terveysalan yritystoiminnan vähyden vuoksi. Maakunnat voivat kuitenkin aina varmistaa palvelut kansalaisille omalla tuotannollaan.

Maakuntien välisiä eroja on käsitelty tarkemmin luvussa 4.1.2.

Vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin

Valinnanvapauslakiehdotuksen vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin syntyvät useiden samanaikaisten mekanismien kautta. Tarjonnan lisääntyminen nopeuttaa palveluihin pääsyä, ehkäisee ongelmien kasautumista ja pitkittymistä ja vähentää erityistason palveluiden tarvetta. Suomessa yli puolessa kiireettömässä lääkärin vastaanottokäynnissä odotustaika hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen on ollut yli viikko ja erityisesti tätä lakiehdotus todennäköisesti lyhentäisi

Parantunut palvelujen saatavuus voi myös lisätä palvelujen kysyntää suhteessa nykyiseen. Ruotsissa on havaittu valinnanvapausjärjestelmän käyttöönoton johtaneen vähäisiin terveysongelmiin liittyvien vastaanottokäyntien lisääntymiseen. Vakavammissa terveysongelmissa käyntien määrä on lisääntynyt vähemmän (Myndigheten för vårdanalys 2013). Toisaalta korvauskäytännöillä 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 riippuvat siitä, missä määrin maakunnat kykenevät 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) voivat 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.

Digitalisaation vaikutukset asiakkaisiin

Tietojärjestelmien näkökulmasta lakiesitys 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.

Lakiesityksen mukaan asiakas ilmoittaisi sosiaali- ja terveyskeskuksen, suun hoidon yksikön ja maakunnan liikelaitoksen valinnasta maakunnalle valtakunnallista tiedonhallintapalvelua käyttäen, tai kirjallisesti. Lakiehdotuksen mukaan sähköinen ilmoitus tehdään kansalaisen käyttöliittymän (Omakanta) yhteydessä, jota Kela ylläpitää. Tämä helpottaa valinnan tekemistä etenkin niiden kohdalla, jotka ovat tottuneet käyttämään Omakanta-palveluja. Valinnanvapauden toteutumisen kannalta on merkittävää, missä määrin valinnan tekeminen onnistuu 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.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Valinnanvapauden laajentamisen voidaan toisaalta 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 tarjotaan Suomi.fi - palvelussa. Jotta kansalaisten valinnanvapaus voisi toteutua valinnanvapauslakiehdotuksen mukaisesti, tarvitaan valinnan tueksi tarjottavaan tietoon myös merkittävä laadullinen parannus nykytilanteeseen verrattuna. Tarvitaan muun muassa palvelujen laatua ja sisältöä kuvaavia mittareita, joiden valmistelu on jo kansallisesti aloitettu.

4.4.3 Kielelliset oikeudet

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus laajentaa kielellisten oikeuksien maantieteellistä aluetta niissä maakunnissa, joista tulee 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 on järjestettävä päivystyspalvelut kaksikielisesti.

Yksityisen suoran valinnan tuottajan on tuotettava palvelut kunnan kielellä yksikielisen kunnan palveluyksiköissä sekä suomeksi että ruotsiksi kaksikielisyysalueen kunnissa. Tämä merkitsee, että suomen- ja ruotsinkieliset ihmiset ovat 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 pitää antaa sekä suomeksi että ruotsiksi.

Käytännön mahdollisuuksiin saada omakielisiä palveluja vaikuttaa myös toimijoiden tosiasiallinen kyky järjestää palvelunsa sekä suomeksi että ruotsiksi tai siten että saamelaisella on mahdollisuus käyttää saamen kieltä tai viittomakielisellä viittomakieltä. Asiaan vaikuttaa muun muassa henkilökunnan käytännön kielivaranto, asiakkaan kielen tunnistaminen sekä kielellisten oikeuksien tuntemus. Joissakin tilanteissa valinnanvapaus voi sisältää riskin siitä, että velvoittavasta sääntelystä huolimatta palveluntuottaja ei käytännössä pysty toteuttamaan asiakkaan kielellisiä oikeuksia.

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 lakiesitys ei välttämättä muuttaisi nykyistä mahdollisuutta saada palveluja äidinkiellellään. Kilpailun toteutuessa ja maakunnan sopimusohjauksen myötä erityisesti kaupungeissa mahdollisuudet saada palveluja äidinkiellellään saattaisivat parantua nykyisestä. Kaupungit, joissa on lukumääräisesti eniten ruotsinkielistä väestöä, ovat Helsinki, Espoo ja Raasepori.

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.

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 muuta näitä velvoitteita ja maakunnan on huomioitava asia tehdessään sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa sekä muissa palvelujen hankinnoissaan.

Asiakkaan valinnanvapaus saattaisi luoda uudenlaisia mahdollisuuksia valinnanvapausjärjestelmän piirissä oleville tuottajille luoda lainsäädäntöä laajempia kielellisiä palveluita erityisesti niille alueille, joilla on paljon tietyn kielisiä asiakkaita. Kiireettömässä hoidossa potilas voi käyttää mahdollisuutta valita hoitopaikkansa. Tällöin hänellä on mahdollisuus valita haluamansa toimipaikka myös kielellisin perustein.

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.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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).

Valinnanvapausuudistuksen sukupuolivaikutukset kohdistuvat eri tavoin naisiin ja miehiin palvelujen käyttäjinä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja naisten osuus palvelujen käyttäjinä lisääntyy iän myötä, joten valinnanvapauden laajentuminen koskettaa useammin naisia kuin miehiä. Uudistuksella on kuitenkin mahdollisuus saavuttaa merkittäviä ja moniulotteisia tasa-arvovaikutuksia, jos ne tunnustetaan ja otetaan huomioon jo suunnitteluvaiheessa, esimerkiksi laadittaessa maakunnan palvelustrategiaa ja julkista palvelulupausta.

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

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

Uudistuksella on sukupuolivaikutuksia myös henkilöstön näkökulmasta, koska sosiaali- ja terveydenhuolto on huomattavan naisvaltainen ala. Näin olleen uudistuksen vaikutukset koskettavat 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 kohdistuvat erityisesti naisiin. Merkittävin muutos on työnantajan vaihtuminen ja etenkin siirtyminen julkiselta työnantajalta yksityisen yrityksen palvelukseen. Myös työtehtävät saattavat muuttua, kun palveluja uudistetaan.

Valinnanvapausuudistuksella voi 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 palvelujen tuottajina olisi sukupuolinäkökulmasta tärkeää.

Muita henkilöstövaikutuksia on arvioitu kohdassa 4.7.

4.4.5 Lapsivaikutukset

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

Valinnanvapauslakiesityksen mukaan neuvolapalvelut kuuluisivat liikelaitoksessa annettaviin palveluihin ja sisältäisivät myös suun terveydenhuollon neuvolapalvelut. Tämä vahvistaisi lasten, nuorten ja perheiden palveluiden 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 käynnistytävä tuki. Tätä voitaisiin tukea lakiehdotuksen mukaisella suoran valinnan palveluihin sisältyvällä sosiaalihuollon neuvonnalla ja ohjauksella. Lakiehdotus tarjoaisi hyvät mahdollisuudet esimerkiksi lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelman mukaisen perhekeskuksellisen toimeenpanoon.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Lakiehdotuksen mukaan alaikäisen asiakkaan puolesta palveluntuottajan valinnan tekisi huoltaja tai muu laillinen edustaja, mutta 15 vuotta täyttänyt lapsi voisi tehdä itse palveluntuottajan valinnan. 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. Lastensuojelun rajaaminen valinnanvapauden ulkopuolelle turvaa lapsen edun mukaisen, pysyvän asiakkuussuhteen lastensuojelupalveluissa.

Tutkimuksen mukaan 52 prosentilla suomalaisista lapsiperheistä oli vuonna 2014 yksityinen terveysvakuutus (Valtonen H. ym. 2014. Kela, Working papers 65, 2014). Tutkimuksen mukaan vakuutus on näyttänyt johtavan yksityisten palvelujen käyttöön ja erityisesti lasten lisääntyneeseen palvelukäyttöön. Lakiehdotuksen mukainen valinnanvapauden laajentuminen parantaneekin lääkäripalveluihin pääsyä nykyisiin julkisiin terveyskeskuspalveluihin verrattuna ja voi sitä kautta johtaa lapsille otettujen yksityisten terveysvakuutusten määrän vähenemiseen ja lasten terveystalouden yhdenvertaisuuden parantumiseen. Mikäli valinnanvapaus vähentää lapsiperheiden kokemaa tarvetta hankkia yksityisiä terveysvakuutuksia, voi se osaltaan parantaa julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalouden legitimitettiin, kun aikaisempaa suurempi osa järjestelmää rahoittavista perheistä on julkisesti rahoitettujen palvelujen piirissä.

Lasten ja nuorten palveluista palveluntuottajan, palveluyksikön tai toimipisteen valinta ei koske kouluterveydenhuoltoa ja opiskeluterveydenhuoltoa, vaan nämä valikoituvat opiskelupaikan perusteella. Myös lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu on rajattu pois valinnanvapauden piiristä. Näin koulunkäyntiin ja opiskeluun tiiviisti nivoutuvat palvelut toteutetaan jatkossakin matalan kynnyksen lähipalveluna koulu- ja opiskeluympäristöissä, mutta myös näissä palveluissa voi 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.

Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan uuden valinnan voisi tehdä kuuden kuukauden kuluttua. Jos perheet päättävät tiheästi vaihtaa suoran valinnan tuottajaa, tämä vähentäisi palveluiden jatkuvuutta. Perheiden elämäntilanteiden kokonaisvaltaista huomioimista voi hankaloittaa se, että perheenjäsenet eivät aina ole saman palveluntuottajan asiakkaita. Pulmia voi tällöin liittyä esimerkiksi lastensuojelun tarpeen, lähisuhdeväkivallan ja vastaavien ongelmien tunnistamiseen, kun perheenjäsenten kokonaistilannetta ei voida havainnoida. Tätä ongelmaa voidaan pyrkiä estämään toimijoiden välisellä tiedonkululla ja yhteistyöllä. Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaisen 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 voivat toimiessaan ennalta ehkäistä isoja ongelmia.

4.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveystalouden 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 on ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta, jota muut tuottajat täydentävät. Valinnanvapauslakiehdotus järjestämislakiehdotuksen ja palvelutuotantolakiehdotuksen kanssa luovat raamit sosiaali- ja terveydenhuollon monituottajamallille, jota maakunta ohjaa.

Palvelujärjestelmän näkökulmasta keskeistä on se, pystytäänkö laajentuvalla valinnanvapaudella luomaan myönteisiä vaikutuksia ja jatkuvaa kehittymistä tukevat toimintaedellytykset ja samalla turvaamaan tuottajien välinen saumaton yhteistyö palveluintegraation varmistamiseksi. Vaikka lakiehdotus antaa puitteet toimintaedellytysten rakentamiseksi, tavoitteiden toteutuminen vaatii maakunnilta uudenlaista ja vahvaa järjestämisosaamista, jossa korostuu alueen palvelutarpeiden syvä ymmärtäminen sekä ohjaaminen yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.5.2 Vaikutukset palvelujen saatavuuteen, saavutettavuuteen ja yhdenvertaisuuteen

Kansalaisilla on oikeus yhdenvertaisiin palveluihin, mikä tarkoittaa ensisijaisesti sisällöltään yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta. Palvelujen järjestämisvastuun siirtyessä 18 maakunnalle, edellytykset yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden toteutumiseen parantuvat nykytilanteeseen verrattuna. Lainsäädännössä on lisäksi varmistettu valtion ohjauskeinot 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 edistetään väestön palvelutarpeita vastaavien riittävien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta maakunnassa. Ehdot ovat yhdenmukaiset kaikille palveluntuottajille, jotka tuottavat samanlaisia palveluja. Tämä lisää sekä palvelujen että palveluntuottajien yhdenvertaisuutta.

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

Sosiaalihuollon palvelutuotannon ohjaus- ja neuvontatehtävän sisältyminen sosiaali- ja terveyskeskusten palveluihin voi parantaa sosiaalihuollon palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Tämä edellyttää, että asiakkaan tuen tarpeet osataan tunnistaa, palveluohjaus toimii asiakkaan palvelutarpeen edellyttämällä tavalla ja että sosiaalihuollon ohjausta ja neuvontaa hoitavilla henkilöillä on riittävästi sosiaalihuollon osaamista ja toiminnan tuntemusta. Riskinä on, ettei ohjausta ja neuvontaa sekä palvelutarpeen arviointia onnistuta tuottamaan laadukkaasti olosuhteissa, jossa sosiaalihuollon muu ammatillinen osaaminen, palvelutuotanto ja niihin liittyvä päätöksenteko ja kehittämistoiminta ovat maakunnan liikelaitoksessa. Liikkuvat sosiaalihuollon tiimit voivat vahvistaa sosiaalipalveluja ja niiden saavutettavuutta suoran valinnan palveluissa.

4.5.3 Vaikutukset paljoin palveluita käyttävien palveluihin ja palveluintegraatioon

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 on velvollisuus huolehtia palvelujen integraation toteutumisesta. Sosiaali- ja terveyspalvelut on 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 järjestämislakiesityksen ja valinnanvapauslakiesityksen säännöksillä.

Asiakasryhmätasolla maakunta määritteli palveluketjut ja palvelukokonaisuudet (esim. kokonaisuus lasten ja nuorten palveluissa) ja kaikkien tuottajien 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 selkeyttää toimintamalleja erityisesti sosiaalihuollon puolella, jossa aikaisemmin

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

asiakkaalle on ollut tavallista tehdä useita erillisiä, eri erityislakeihin liittyviä palvelukohtaisia asiakassuunnitelmia. Asiakassuunnitelma luo edellytyksiä toimivalle palvelujen yhteensovittamiselle ja on selkeä parannus nykytilanteeseen.

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

Valinnanvapautta koskevan lakiehdotuksen mukaan maakunnan olisi huolehdittava siitä, että asiakkaat saavat valinnanvapauslain 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 laatiessaan yhteistyössä suoran valinnan palveluntuottajan ja muiden asiakkaan palveluja toteuttavien palveluntuottajien kanssa.

Valinnanvapautta koskeva lakiehdotus tukee ajatusta palvelujen modulaarisuudesta, jossa palvelutuotanto jaetaan pienemmiksi johdettaviksi kokonaisuuksiksi (Voss, C. A. & Hsuan, J. 2009. *Decision Sciences*, 40:3). Tällöin palveluntuottajat voivat tarjota palvelujaan palveluketjun tai -kokonaisuuden osiksi. Tämä edellyttää palvelujen rajapintojen standardointia ja yhteisistä pelisäännöistä sopimista. Peruseriaatteena 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 sote-palveluissa 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 kustannussäästöpaineita 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 valinnanvapauslakiehdotus antaa maakunnille useita työvälineitä palveluintegraation toteuttamiseen, mutta toteutuminen riippuu pitkälti siitä, kuinka hyvin maakunta onnistuu tehtävässään ohjata palvelujärjestelmän kehittymistä. Tämä edellyttää läpinäkyvää seurantatietoa ja sen hyödyntämistä sekä hyvää palveluohjausta ja sopimusten laatimista niin, että ne velvoittavat 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.

Uudistuksen kautta otetaan käyttöön myös uudenlaisia palvelujen tuottamisen tapoja, joista erityisesti henkilökohtainen budjetti koskettaa paljon erilaisia palveluja käyttäviä iäkkäitä ja vammaisia henkilöitä. Henkilökohtainen budjetti vaikuttaa etenkin sosiaalihuollon palveluihin ja niiden yhteydessä tehtävään palvelutarpeen arviointiin ja henkilökohtaisen budjetin suuruuden määrittelyyn. Henkilökohtainen budjetti asettaa palvelunkäyttäjät muutoksen keskiöön ja haastaa perinteiset toimintatavat, roolit ja kumppanuudet.

Valinnanvapauden näkökulmasta henkilökohtainen budjetti antaa asiakkaalle palveluntuottajan valinnan lisäksi oikeuden vaikuttaa palvelun sisällöllisiin kysymyksiin asiakassuunnitelmaa laadittaessa. Hyvin toimiessaan henkilökohtainen budjetti voi 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 liittyy 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*).

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Oletettavaa on, että erityisesti isoissa asutuskeskuksissa tulee olemaan enemmän valinnanvapautta (tarkemmin luvussa 4.1.2). Maakunta voi kuitenkin toimillaan ja oman liikelaitoksensa toiminnalla varmistaa palvelujen riittävän saatavuuden ja saavutettavuuden. Lakiehdotus ei itsessään kuitenkaan poista alueelliseen eriarvoisuuteen liittyviä riskejä. Riskeihin voidaan 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 myös itsessään auttaa lisäämään ymmärtämystä alueelliseen eriarvoisuuteen liittyvistä tekijöistä.

4.5.4 Ammattihenkilön valinta ja palveluiden jatkuvuus

Nykylainsäädännön mukaisista valintaoikeuksista asiakkaat pitävät oikeutta valita terveydenhuollon ammattihenkilö tärkeimpänä (Junnila M. ym. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 11/2016). Ehdotetun lain 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 on se, että lainsäädäntö laajentaa asiakkaan oikeutta ammattihenkilön tai ammattihenkilöiden ryhmän valintaan myös sosiaalihuollossa. Asiakkaan mahdollisuus valita ammattihenkilö tai ammattihenkilöiden moniammatillinen ryhmä lisääisi 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). Lainsäädäntö antaa 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 palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen

Valinnanvapauslakiehdotuksen myötä peruspalvelut vahvistuisivat ja palveluihin pääsy nopeutuisi, jos ihmisten usein tarvitsemien palvelujen tarjonta lisääntyy. Peruspalvelujen vahvistuminen voisi toteutua myös lakiehdotuksen mukaisen palveluntuottajien erikoistumisen myötä. On mahdollista, että asiakkaiden houkuttelemiseksi tuottajat osin erikoistuisivat tiettyjen asiakasryhmien palveluihin, mikä voisi edesauttaa osaamisen kehittymistä eri asiakasryhmien palveluissa. Edellytyksenä on, että asiakkaiden tietoisuus vaihtoehtoista varmistetaan ja korvauskäytännöt tukevat 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 on mahdollista parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta, mikäli maakuntiin syntyy asiakkaille riittävästi todellista valinnanvaraa. Maakunta pystyy asettamaan suoran valinnan palveluntuottajille sekä asiakasselillä ja henkilökohtaisella budjetilla annettavan palveluntuottajille palvelujen laatua, voimavaroja ja saatavuutta sekä palveluketjuja ja palvelujen yhteensovittamista koskevia ehtoja. Palveluntuottajan on täytettävä maakunnan asettamat ehdot. Valinnanvapausjärjestelmässä lisääntynyt tiedon läpinäkyvyys vaikuttaa oleellisesti siihen, että mahdolliset ongelmat palvelujärjestelmän yhdenvertaisuudessa, laadussa, vaikuttavuudessa, palvelujen saatavuudessa tai saavutettavuudessa ovat nopeammin havaittavissa. Tiedon läpinäkyvyys ja jo uhka siitä, että asiakkaat voivat halutessaan tehdä valintoja toimivat jo itsessään palveluntuottajille kannusteena korjata havaittuja epäkohtia. Maakunta voi asettaa suoran valinnan palveluntuottajalle korvausten perusteiksi palvelujen laatuun, kustannustehokkuuteen sekä vaikuttavuuteen liittyviä mittareita ja perusteita. Tällöin maakunta voi maksaa etukäteen määrittelemien perusteiden täyttymisestä kannustinperusteisia korvauksia. Mikäli maakunnat ryhtyvät käyttämään näitä mahdollisuuksia laajasti hyväkseen, tämä voi todennäköisesti ohjata palveluntuottajia aikaansaamaan toivottuja hyötyjä myös käytännössä. Maakunta voi käyttää myös kannustinjärjestelmää, jossa koko

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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 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.

Tietojärjestelmien yhteentoimimattomuus ja suurten tiedonhallintahankkeiden viivästyminen voivat osaltaan vaarantaa potilasturvallisuutta. Sekä niiden valmistumisen aikataulu että palvelujen yhteentoimivuuden puutokset saattavat muodostaa riskin laadulle ja turvallisuudelle varsinkin siirtymävaiheessa, ellei riskinhallintaa ole 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 voi muodostua palvelujärjestelmää jatkuvasti kehittävä muutosvoima, jolla tuetaan 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 valinnanvapaudesta avaa paljon uusia mahdollisuuksia. Modulaarinen tuotantotapa yhdistyneenä kuluttajien aktiiviseen valintaan luo uudenlaisen ympäristön uusille toimintatavoille, yhteiskehittämiselle ja innovaatiotoiminnan tukemiselle osana sosiaali- ja terveyspalveluiden palveluiden järjestämistä ja tuottamista. Näin ollen kilpailu edistää innovaatioita ja yritykset, jotka toimivat kilpailupaineen alla, pyrkivät 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 palkitsevat hyviä toimijoita ja rankaisevat huonoja.

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

Innovatiivisen hankintaosaamisen tukeminen ja vahvistaminen maakunnissa on merkittävä osa lainsäädännön tehokasta toimeenpanoa. Välillisesti uutta innovaatioihin pohjautuvaa elinkeinotoimintaa voi myös syntyä, kun valinnanvapauspalveluita tuottavat yritykset rajautuvat hankintalain soveltamisen piiristä, voidaan 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 korostuu.

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 velvoitteet, mutta myös yhteys tutkimukseen ja opetukseen. Kehittämistoimintaan kaikkien tuottajien olisi osallistuttava maakunnan määrittelemällä tavalla. Tämä parantaisi maakunnan mahdollisuuksia suunnata kehittämistyötä sen palvelustrategian mukaisesti.

4.6. Yritys-, kilpailu-, ja markkinavaikutukset

4.6.1 Yleistä

Esityksen myötä yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille tarjoutuu mahdollisuus tuottaa entistä suurempi osa julkisesti järjestetyistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Tämä tapahtuu suoran valinnan palveluiden, asiakassetelipalveluiden ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen avulla, joista suuri osa on nykyisin tuotettu kuntien ja kuntayhtymien toimesta. Valinnanvapausmallit esittävät yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille mahdollisuuden liittyä vapaasti maakunnan tuottajaverkkoon kyseisissä palveluissa, ja päätöksen lopullisesta tuottajasta tekee asiakas. Suoran valinnan palvelujen valinnanvapausmallit luovat kilpailuasetelman asiakkaista julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa kilpailuasetelma syntyy tuottajaverkkoon liittyneiden yksityisten palveluntuottajien välillä, joihin voi lukeutua myös maakunnan yhtiö. Näiden asiakkaan valinnanvapauden kautta tuotettavien palvelujen lisäksi maakunnan vastuulla olevia palveluja hankitaan jatkossakin yksityisiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta ostopalveluina.

Valinnanvapauspalveluihin käytettävää määrärahaa on arvioitu taloudellisten vaikutusten yhteydessä, kohdassa 4.3. Sosiaali- ja terveysalan yrityksillä on Tilastokeskuksen 2015 tilastojen mukaan yhteensä 5,8 miljardin euron liikevaihto. Tästä kokonaisliikevaihdosta 2,8 miljardia euroa oli jo vuonna 2015 ostopalveluja kuntien rahoittamiin palveluihin. Julkisesti rahoitetuista palveluista muodostuva yritysten liikevaihto tulee kasvamaan merkittävästi. Nykyiset ja tulevat ostopalvelut huomioiden valinnanvapausmarkkinoiden käyttöönoton arvioidaan lisäävän yksityisten palveluntuottajien (poislukien maakunnalliset yhtiöt) liikevaihtoa terveydenhuollon palveluissa vähintään 900 miljoonalla eurolla ja sosiaalihuollon palveluissa vähintään 600 miljoonalla eurolla.

Sosiaali- ja terveyspalvelualan yksityisiä yrityksiä oli vuonna 2015 noin 18 000 ja työntekijöitä noin 63 000. Yrityksistä 85 prosenttia oli terveyspalvelualan yrityksiä, jotka työllistivät 55 prosenttia koko sosiaali- ja terveyspalvelualan henkilöstöstä sekä tuottivat 67 prosenttia koko alan liikevaihdosta. Näistä yrityksistä suuri osa on esimerkiksi fysioterapia- tai hammaslääkäripalveluja tuottavia mikroyrityksiä. Sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavat myös järjestöt, joista suurin osa sisältyy tässä arvioissa käytettyihin yritystilastoihin.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksityinen tuotanto on keskittynyt neljälle suurelle yritykselle. Näiden suurien konsernitoimijoiden lisäksi Suomessa on kuitenkin suuri määrä hyvin pieniä toimijoita. Vuonna 2014 sosiaali- ja terveysalan yrityksistä pieniä alle 50 hengen yrityksiä oli 99 prosenttia ja tästä alle kymmenen hengen yrityksiä 95 prosenttia. Kokonaishenkilöstö jakautui niin, että pienissä yrityksissä työskenteli 55 prosenttia henkilöstöstä, keskiuurissa yrityksissä (50–250 henkeä) 15 prosenttia ja suurissa (yli 250 henkeä) 31 prosenttia henkilöstöstä. Liikevaihdosta pienet yritykset muodostivat 56 prosenttia, keskiuuret 12 prosenttia ja suuret 32 prosenttia. Vaikka pieniä ja keskiuuria yrityksiä on paljon, kuuluu niistä osa konserneihin. Yhteensä konsernien jäsenyrityksiä oli sosiaali- ja terveydenhuollossa 461 yritystä vuonna 2015. Niiden osuus liikevaihdosta oli 47 prosenttia.

Ostopalvelut vastaavat noin puolta yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon nykyisestä liikevaihdosta. Asiakaspalvelujen ostojen osuus vaihtelee selvästi kuntien järjestämien sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla. Esimerkiksi lastensuojelun laitos- ja perhehoidossa ostopalvelujen osuus oli yli 60 prosenttia käyttökustannuksista, vammaisten ympärivuorokautisessa hoivassa 48 prosenttia ja vanhusten ympärivuorokautisessa hoivassa 36 prosenttia vuonna 2015. Muilla sektoreilla osuudet olivat selvästi pienemmät, esimerkiksi erikoissairaanhoidossa osuus oli noin 4 prosenttia ja perusterveydenhuollon avohoidossa 6 prosenttia.

Sosiaalipalveluyrityksistä 60 prosenttia, eli noin 1800 yritystä, myi koko palvelutuotantonsa kunnille ja kuntayhtymille. Alalla on siten paljon toimijoita, joiden asiakashankinta on perustunut julkiseen tarjouskilpailuun eikä suoraan kuluttajille markkinointiin. Lisäksi toimijat ovat useimmiten olleet sidoksissa yhteen kuntaan tai kuntayhtymään. Uudistus tulee muuttamaan näiden yritysten toimintatapoja, koska julkisten hankintojen määrä tulee jonkin verran pienemään.

Sosiaali- ja terveyspalvelualan liikevaihdosta noin 35 prosenttia kohdentui väestöltään suurimmalle maakunnalle, Uudellemaalle. Sosiaali- ja terveysalan yksityisiä toimipaikkoja on Suomessa yhteensä yli 20 000. Asukasta kohti suhteutettuna yksityisiä toimipaikkoja on maakunnittain melko tasaisesti. Toisin sanoen, yksityistä toimintaa näyttää olevan myös väestöltään pienemmillä alueilla. Uudellamaalla on 237 asiakasta toimipaikkaa kohden, kun Pohjanmaalla vastaava luku oli 388. Muut maakunnat ovat näiden välissä,

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

kuitenkin niin, että kärjen muodostavat yliopistosairaalamakunnat (Uusimaa, Varsinais-Suomi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa ja Pohjois-Savo). Keskimäärin vuonna 2014 oli 266 asukasta per toimipaikka.

Maakunnat ovat ulkoistaneet terveysasemapalveluja vaihtelevasti. Vuoden 2017 alkupuolella Päijät-Hämeessä ulkoistettujen terveysasemapalvelujen piirissä oli 54 prosenttia väestöstä. Seuraavaksi eniten väestöä ulkoistettujen terveysasemien piirissä oli Kymenlaakson (23 prosenttia), Etelä-Pohjanmaan (14 prosenttia) Keski-Suomen (13 prosenttia) maakunnissa. Kolmessa maakunnassa terveysasemapalveluja ei ole ulkoistettu. Kaikkiaan väestöstä 6,8 prosenttia oli ulkoistettujen terveysasemapalvelujen piirissä (Parhiala, K. & Hetemaa, T. 2017. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tutkimuksesta tiiviisti).

Maakunnittain tarkasteltuna erot kuntien ostopalvelujen osuuksissa ovat melko suuret. Korkeimmillaan ostopalvelut kattavat yli 15 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksista, mutta alimmillaan kuitenkin vain 2 prosenttia. Kymmenessä maakunnassa osuus on yli 10 prosenttia.

Tässä osiossa markkinoilla ei tarkoiteta valtiontukisääntelyn mukaisia markkinoita. Esityksen malleilla on markkinatoimintaa muistuttavia ominaisuuksia kuten palveluntuottajien mukanaolon vapaaehtoisuus. Muodostuvat markkinat ovat kuitenkin hyvin pitkälle säännellyt ja kilpailu tapahtuu 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 asettaa raamit maakuntien palveluntuottajaverkon hallinnalle, mutta jättää monet lopullisen toimeenpanon yksityiskohdat maakunnan päätettäväksi. Esityksen mukaan suoran valinnan, asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin piirissä olevissa palveluissa maakunnan on sallittava kaikkien edellytykset täyttävien yksityisten ja kolmannen sektorin yritysten liittyminen osaksi maakunnan palveluntuottajaverkkoa. Maakunnalle jää päätös palveluihin varattavasta määrärahasta ja suurelta osin päätös tämän määrärahan jakamisperusteet määrittävistä tuottajakorvauksista. Erityisesti päätös palveluihin varattavista määrärahoista vaikuttavat maakunnan mahdollisuuteen luoda puitteet kannattavalle liiketoiminnalle ja ohjata tuottajaverkon muodostumista monipuolisempaan suuntaan. Tämän lisäksi esitys linjaa useita yksityiskohtia, kuten palveluntuottajille asetettavia ehtoja, jotka vaikuttavat palveluntuottajien alalle tulon kannustimiin. Muodostuvat alalle tulon kannustimet kokonaisuudessaan vaikuttavat tuottajaverkon laajuuteen ja monipuolisuuteen. Tuottajaverkon laajuus ja monipuolisuus mahdollistavat asiakkaan valinnanvapauden tosiasiallisen toteutumisen. Laaja ja monipuolinen tuottajaverkko yhdistettynä asiakkaiden aktiivisuuteen luo edellytykset kilpailulle parantaa palvelujen laatua.

Valinnanvapausmalli voi sen toteuttamistavasta riippuen lisätä alueellista palvelutarjontaa ja siten työllisyyttä myös syrjäseuduilla. Jos maakunnan asettamat ehdot ottavat syrjäisen sijainnin riittävän hyvin huomioon, myös syrjäseuduille voi syntyä uutta palvelutuotantoa. Maakunnan päätösvallassa olevilla tuottajakorvauksilla on ratkaiseva merkitys palvelurakenteen muodostumiseen. Tuottajien rahoitus, joka pitää sisällään myös tilakustannukset, vaikuttaa siihen, kuinka liiketaloudellisesti toimivat tuottajat uskaltavat investoida esimerkiksi uusiin tiloihin ja teknologioihin ja myös syrjäisemmille seuduille.

Henkilöstöön, tiloihin, tarvikkeisiin ja tukipalveluihin liittyvien velvoitteiden lisäksi palveluntuottajiin kohdistuu vaatimuksia hallinnollisiin ja palveluprosesseihin liittyen. Valinnanvapauden piirissä olevissa palveluissa maakunnan palveluntarjoajaverkko määrittynyt niin, että palveluntuottajat ilmoittautuvat palvelun tuottajiksi ja ilmoittautuessaan hyväksyvät maakunnan asettamat ehdot. Tuottajille asetettavat ehdot kuten tiedonantovelvoitteet, tietojärjestelmävaatimukset ja vastuu hoitokomplikaatioista vaativat 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 luovat kilpailuetua suuremmille palveluntuottajille, jotka voivat hyödyntää toimintansa mittakaavaa vastatessaan ehtoihin ja vaatimuksiin.

Vaatimusten lisäksi palveluntuottajien ehdot, korvausmallit, sopimukset ja tietojärjestelmät pyrkivät luomaan kannusteita kustannustehokkaille, asiakaslähtöisille, vaikuttaville ja yhdenvertaisille palveluille. Nämä kannusteet ovat erilaisia eri maakunnissa alueellisista asiakastarpeista ja painopisteistä johtuen. Kannusteilla on merkittävä vaikutus siihen, miten erityyppiset palveluntuottajat tulevat, menestyvät tai poistuvat valinnanvapausmarkkinoilla.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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 liittyy kiinteä korvaus, joka edellyttää palveluntuottajalta kykyä kantaa vastuuta tietyn väestön perustason tarpeista. Tämä tarkoittaa, että suoran valinnan palveluntuotannossa tulee olemaan merkittäviä mittakaavaetuja, kun suuremman vastuuväestön myötä asiakaskohtainen riski tasoittuu. Sosiaali- ja terveyskeskuspalvelujen osalta maakunnan liikelaitoksella on kilpailuetu tässä suhteessa, koska valintaa tekemättömät asiakkaat jäävät siirtymäkauden ajaksi maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetin avulla tuotettaviin palveluihin ei liity samankaltaista vastuuta kokonaisesta väestöstä, joten minimiasiaksmäärä voi olla näissä palveluissa pienempi kuin suoran valinnan palveluissa. Näiden osalta kilpailuun voisi siis osallistua suuremmassa määrin mikroyrityksiä eli ammatinharjoittajia ja pieniä yrityksiä.

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

Esitetty suoran valinnan palveluntuottajien mahdollisuus erikoistua tuottamaan palveluja erityisesti tietyille tai tietyille asiakasryhmille parantaa erityisesti pienten tuottajien mahdollisuuksia ryhtyä suoran valinnan palvelujen tuottajaksi. Palveluntuottaja voi 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 tekee riittävän vastuuväestön hankkimisesta haasteen mukaan liittyville yksityisille palveluntuottajille. Uusille palveluntuottajille mukaan liittyminen tulee 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 on 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 voi mahdollistaa asiakasmäärän kasvun riittävälle tasolle kyseisellä hetkellä yksityisinä palveluntuottajina toimiville.

Valinnan tehneet asiakkaat säilyvät suoran valinnan palveluntuottajan asiakkaina vähintään puoli vuotta. Tämä antaa palveluntuottajille turvaa vakaamman asiakasmäärän myötä ja siten helpottaa palveluntuottajien alalle tuloa.

Palvelutuotannon resursointi ja kapasiteetin joustavuus

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

Palvelujen tuotanto alihankintaa hyväksi käyttäen, mahdollistaa palveluntuottajille keinon luoda kapasiteettiin joustavuutta. Esitys mahdollistaa tämän laajasti, mutta rajoittaa suoran valinnan palveluntuottajien alihankintamahdollisuuden tosiasialliseen palvelutoimintaan. Esitys velvoittaa suoran valinnan palveluntuottajan vastaamaan alihankkijan tuottaman palvelun laadusta, joka asettaa haasteen alihankkijoiden käytölle. Suoran valinnan palveluntuottajan on myös ilmoitettava maakunnalle etukäteen, mikä osa palveluista tuotetaan itse ja mikä hankitaan muilta palveluntuottajilta. Tämä rajoittaa suoran valinnan palveluntuottajien mahdollisuutta järjestää toimintaansa joustavasti.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Ehdot, korvaukset, käytännön menettelyt

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

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

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

Valinnanvapauden piirissä olevilta palveluntuottajilta edellytetään vastuuta toiminnastaan johtuvista hoitokomplikaatioista. Varautuminen näihin vastuisiin tulee kasvattamaan palveluntuottajien kustannuksia ja siten vaikeuttaa palveluntuottajaksi liittymistä.

Esitys antaa maakunnalle yksipuolisen oikeuden muuttaa palveluntuottajien ehtoja koskevaa hallintopäätöstään sekä suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelillä annettavien palvelujen kanssa tehtävää sopimustaan. Tämä mahdollisuus kasvattaa palveluntuottajien epävarmuutta tulevaisuudesta, jonka voi olettaa heijastuvan palveluntuottajien rahoituskustannuksiin. Käytännössä maakunta voi 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 asettaa valinnanvapauspalvelujen tuottajaksi ilmoittautuville tuottajille erinäisiä velvoitteita, joista aiheutuu kustannuksia maakunnan valinnanvapauspalvelujen palveluntuottajina toimiville yrityksille. Suoran valinnan palveluja ja asiakassetelipalveluja tarjoavan yksityisen palveluntuottajan velvollisuus tilinpäätös- ja verotustietojen sekä erinäisten palveluntuottajan konsernia koskevien tietojen antamiseen tulee aiheuttamaan kustannuksia. Suurkonserniin kuuluvien suoran valinnan palveluntuottajille ja asiakassetelipalveluntuottajille esitetty vaatimus maakohtaisesta erittelystä joidenkin tietojen osalta voi aiheuttaa hallinnollista taakkaa niille yksityisille palveluntuottajille, joiden konsernilla on mittavaa kansainvälistä liiketoimintaa.

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

4.6.3 Kilpailuvaikutukset

Kilpailuasetelma suoran valinnan palveluissa

Esitys luo 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.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Esityksessä suoran valinnan palveluja tuottavat maakunnan liikelaitokset ja muut palveluntuottajat ovat monilta osin yhtäläisessä asemassa. Sekä maakunnan liikelaitoksen että yksityisten suoran valinnan palvelun palveluntuottajilla on lähtökohtaisesti sama maakunnan määrittämä palveluvalikoima. Kaikki suoran valinnan tuottajat noudattavat maakunnan hallintopäätöksessään suoran valinnan tuottajille asettamia ehtoja, joihin lukeutuvat tuottajille maksettavien korvausten perusteet. Yhtälailla kaikkien suoran valinnan palveluntuottajien on eriytettävä kirjanpidollisesti suoran valinnan palvelut muista toiminnoista. Kaikki suoran valinnan palveluntuottajat noudattavat samoja hallinnonalan yleislakeja. Koulutukseen ja harjoittelujaksoihin, muutos- ja ajantasaisilmoituksiin sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyövelvoitteisiin liittyvät velvoitteet koskevat kaikkia palveluntuottajia.

Joiltain osin maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluiden tuottajille on esitetty erityisesti niitä koskevaa sääntelyä, ja liikelaitoksen kuuluminen osaksi maakuntaa asettaa liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksikölle joitain erityisvelvoitteita. Maakunnan liikelaitoksen myydessä palveluja liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköille, täytyy palvelujen olla hinnoiteltu markkinaperusteisesti. Toisin kuin yksityinen suoran valinnan palveluntuottaja, kaksikielisen maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluntuottaja ei voi saada poikkeusta tuottaa palveluja molemmilla kansalliskielillä. Maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksikkö osana maakuntaa on velvollinen noudattamaan hankintalainsäädäntöä. Maakunnan liikelaitoksen suoran valinnan palveluyksiköt eivät voi toimia muualla kuin omassa maakunnassaan eivätkä ne voi irtautua palveluntuotannon velvoitteistaan.

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

Kilpailu asiakkaista

Esityksen kilpailuasetelman luomien kannusteiden lisäksi myös asiakkaat ohjaavat palvelutuotantoa kohti tavoiteltuja tuloksia. Esitetystä valinnanvapausmalleista päätöksen lopullisesta palveluntuottajasta tekee asiakas ja julkinen korvaus palvelusta eli raha seuraa 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, vaaditaan valinnanvapausmarkkinoilla uudenlaista osaamista ja ansaintalogiikkaa, kun kilpailutuksiin osallistumisen sijasta liiketoiminta perustuu aikaisempaa enemmän asiakkaiden tekemiin valintoihin. Uuden yrityksen perustamiseen ei vaikuttaisi esimerkiksi hankintayksikön hankintasykli, vaan se miten taitavasti yritys pystyy markkinoimaan palvelujaan ja kasvattamaan sekä ylläpitämään asiakastyytyvyyttä. Esityksen myötä asiakkaiden hankkimisesta ja säilyttämisestä tulee entistä dynaamisempi ja jatkuvampi prosessi, koska asiakkuuden aikajänne on lähtökohtaisesti puoli vuotta perinteisten vuosia kestäneiden ostosopimuskausien sijaan ja koska asiakkaalla on perustelluista syistä mahdollisuus muuttaa listautumistaan myös tuon puolen vuoden aikana.

Valintansa tueksi asiakas tarvitsee 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 työpapereita 86.). Mikäli helposti ymmärrettävää ja vertailukelpoista tietoa ei järjestelmän käynnistyessä ole 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. Lakiesitys antaa edellytykset vertailutiedon saamiselle palveluntuottajille asetettujen tietotuotantovaatimusten kautta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Maakuntien liikelaitosten merkittävimpiä kilpailuetuja valinnanvapausmarkkinoilla ovat laaja palveluvalikoima ja tuotantovarmuus sekä näihin liittyvät taloudelliset tekijät. Myös muilla palveluntuottajilla on mahdollisuus tarjota valinnanvapausmarkkinan ulkopuolista tuotantoa, mutta maakunnan liikelaitos on ainoa palveluntuottaja, jonka palveluvalikoimaan voi myös kuulua esimerkiksi yliopistosairaalaalatasoiset 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 pystyy muita tuottajien paremmin turvaamaan toiminnan jatkuvuuden, mikä on tärkeää asiakkaan näkökulmasta.

Kilpailu henkilöstöstä

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

Yksityiset yritykset ovat paremmassa asemassa kuin julkiset palveluntuottajat henkilöstön rekrytoinnin näkökulmasta. Yksityisten yritysten ei tarvitse noudattaa julkisen sektorin työehtosopimuksia, jolloin yksityiset yritykset voivat joustavammin määrittää esimerkiksi työajat, palkat, lomakorvaukset, työolosuhteet ja työsuhde-edut. Yksityisten yritysten joustavuus on myös kustannustehokkuuden näkökulmasta kilpailuetu. Henkilöstökulut kattavat yleensä vähintään 50–60% sosiaali- ja terveystalouden kustannusrakenteesta, joten henkilöstömitoituksen muuttaminen dynaamisesti asiakkaiden kysynnän mukaan eli kunkin työntekijän käyttöasteen maksimointi on tehokas tapa säästää kustannuksissa. Maakunnan liikelaitoksen etuja henkilöstön suhteen voivat 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 lisääntyy ja kun vaatimuksiin liittyvä läpinäkyvyys ja valvonnan monimuotoisuus kasvaa 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, hygieniat, 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 voi hankaloittaa erityisesti maakunnan liikelaitoksen kilpailua valinnanvapausmarkkinoilla. Epäedullista kilpailuasetelmaa voi hiukan helpottaa, että sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien tilat (arviolta noin 2 miljoonaa neliötä) siirtyvät Maakuntien tilakeskus Oy:n taseeseen ja että Maakuntien tilakeskus tulee keräämään tuotot tuhansista vuokrasopimuksista kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen tiloja koskien (arviolta noin 7 miljoonaa neliötä). Vanhojen toimitilojen remontoiminen tai uusien tilojen hankkiminen nykyvaatimusten mukaisesti vaatii merkittäviä taloudellisia investointeja, joita isoimmilla yrityksillä, erityisesti pääomasijoittajien omistamilla yrityksillä, on usein paras valmius tehdä. Pienimmille yksityisille yrityksille ja järjestöille vanhoihin ja hankittaviin toimitiloihin liittyvät riskit ja kustannukset voivat olla kynnyskysymyksiä sekä markkinoille tulon että markkinoilla pysymisen näkökulmasta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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 ovat 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 mukaisissa valinnanvapausmalleissa maakunnan on asettamiensa ehtojen, sopimusohjauksen ja valvonnan keinoin pyrittävä ohjaamaan palveluntuottajia. Maakunnan on huomioitava toimeenpanossaan lukuisia riskejä, jotka syntyvät palveluntuottajien toimimisesta omien intressiensä pohjalta.

Suoran valinnan palveluissa merkittävimpiä riskejä ovat 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 ovat kiinteähintaisen korvauksen aiheuttama alihoito sekä asiakkaiden eroavaisuuden mahdollistama kermankuorinta.

Alihoito

Suoran valinnan palveluissa sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin tarkoitettua määrärahaa vähintään kaksi kolmasosaa ja suunhoidon yksiköiden palveluihin tarkoitettua määrärahaa vähintään puolet on tarkoitus jakaa palveluntuottajille kiinteänä asiakaskohtaisena korvauksena. Asiakasetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin kautta jaettavissa palveluissa maakunta maksaa palveluntuottajalle ennalta määräämänsä summan kyseisen palvelun tuottamisesta. Menettelyissä palveluille luodaan käytännössä hintasäännellyt markkinat.

Häkkinen ja Seppälä (2016) esittävät, 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 tahtotiloiden saavuttamiseksi on perusteltua, että suoran valinnan tuottajien korvaus perustuu pääosin kiinteään asiakaskohtaiseen korvaukseen eli kapitaatioon. Asiakaseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa palveluntarpeen määrittäjänä toimii maakunnan liikelaitos, joten palveluntuottajien luoma kysyntä ei ole samassa määrin ongelma.

Hintasääntelyn johdosta tuottajien on tehostettava toimintaansa. Ainoastaan niiden toimijoiden, joiden tuotantokustannukset ovat alle säännellyn hintatason, on mahdollista toimia palveluntuottajina. Mikäli säännelty hinta on luonteeltaan kiinteä, sen voi olettaa kannustavan palveluntuottajia käyttämään vähemmän nykyisiä tai tehokkaampia vaihtoehtoisia tuotantotekijöitä esimerkiksi potilaiden hoitamisessa. Maakunnan on tällöin huolehdittava, ettei tuottajille synny tuotantokustannusten alentamisen kautta kannustinta alentaa laatua, alihoitaa potilaita tai valikoida potilaita (viimeisin, ks. alempi osio asiakasvalikoinnin ehkäisystä) (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 alihoiton kannustimia, sillä palvelujen laadun heikentäminen voi saada asiakkaat vaihtamaan palveluntuottajaa. Siten maakunnan toimet kilpailullisuuden edistämiseksi toimivat alihoiton kannustimia vastaan. Palvelujen laadun varmistamiseksi maakunnan on joka tapauksessa huolehdittava riittävästä laadunvalvonnasta.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Lakiesitys tuo kuitenkin mahdolliseksi useita muita keinoja, joilla liiallisten kustannustehokkuuskannustimien tuomaa alihoidon riskiä voidaan hillitä.

Suoran valinnan palveluissa maakunta voi käyttää kyseisiin palveluihin varattua määrärahaa suoritekorvauksiin valitsemistaan palveluista tai palvelukokonaisuuksista. Tällä tavoin maakunta voi rajoittaa kustannustehokkuuden kannustimia näissä palveluissa ja tehdä tuottajille kannattavammaksi kyseisten palvelujen tuottaminen kilpailutilanteesta riippumatta. Tämän lisäksi maakunnan on mahdollista käyttää kannustinperusteisia korvauksia alihoidon riskin pienentämiseksi sisällyttämällä riittävän laadun ja tarpeellisen hoidon kanssa korreloivia mittareita kannustinkorvausjärjestelmäänsä.

Asiakassetelipalveluissa maakunnan on myös mahdollista ottaa käyttöön kiinteähintaisen korvauksen rinnalle kannustinperusteisia korvauksia, joilla maakunta voi hillitä kannustinta kulujen liialliseen pienentämiseen laadun kustannuksella.

Asiakasvalikoinnin ja haitallisen valikoitumisen ehkäisy

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

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

Tämä niin kutsuttu asiakkaiden haitallinen valikoituminen voi johtua esimerkiksi systemaattisista alueittaisista eroista asiakkaiden kustannusriskissä maakunnan sisällä, joka voi 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 asiakasvalikointina tai ”kermankuorintana” tunnettu ilmiö korostuu, jos palveluntuottajilla on maakuntaa enemmän tietoa asiakkaiden kustannusriskistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

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

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

Suoran valinnan palvelun tuottajien kiinteää asiakaskohtaista korvausta painotetaan yksilön ominaisuuksiin perustuvien tarvetekijöiden perusteella, jonka avulla voidaan tasoittaa asiakkaiden yksilöllisten kustannusten ja maksettujen korvausten välistä eroa. Yksilöllisen kustannusriskin arvioiminen etukäteen on kuitenkin erittäin haasteellista ilmiön monimutkaisuuden takia. Edelleen korjatakseen tilannetta maakunta voi käyttää suoriteperusteisia korvauksia tasaamaan muodostuvien korvausten ja kustannusten välistä eroa.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Suoriteperusteisia korvauksia voidaan antaa asiakaskohtaisten toimenpidemäärien perusteella, jolloin niiden avulla voidaan luoda palveluntuottajalle suojaa korkeiden asiakaskohtaisten kustannusten varalle. Näiden korkeiden kustannusten asiakkaiden huomiointi on tärkeää tuottajien asiakasvalikoinnin kannustimen hillitsemiseksi.

Asiakassetelipalveluissa ja henkilökohtaisen budjetin kautta tarjottavissa palveluissa maakunta määrittää palvelukokonaisuudet sekä tuottajakorvaukset, ja asiakasmaksut ovat kaikille asiakkaille samat valitusta palveluntuottajasta riippumatta. Asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa tuottajan on mahdollista kieltäytyä asiakkaista, joka tulee mahdollistamaan tuottajille varsin suoraviivaisen keinon asiakasvalikointiin. Maakunnan on mahdollista luoda rinnakkaisia asiakasaseteleitä tai henkilökohtaisen budjetin palveluiden tuotteistuksia eri asiakasryhmille, joissa odotettavissa olevat kustannukset on paremmin sovitettu kyseisen asiakasryhmän odotettavissa oleviin kustannuksiin kyseisestä palvelukokonaisuudesta.

Kustannusten siirto

Suoran valinnan palveluntuottajien korvausmallin kiinteästä korvauksesta syntyvä kustannustehokkuuden kannustin koskee ainoastaan kiinteän korvauksen kattamia palveluita. Suoran valinnan palveluntuottaja vastaa näiden palvelujen kustannuksista, ja toisaalta saa itselleen näissä palveluissa tapahtuvan säästön. Suoran valinnan palveluille on usein olemassa jossain määrin sopivia korvaavia vaihtoehtoja, kuten maakunnan liikelaitoksen erikoistason palvelut tai lääkehoito, joiden kustannuksista suoran valinnan palveluntuottaja ei ole 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 tulee olemaan maakunnan liikelaitosten palveluihin. Tämä riski korostuu myös valinnanvapauden kilpailuvaikutuksen takia, sillä suoran valinnan palveluntuottaja palvelee asiakastaan tarjotessaan tälle pääsyn erikoistason palveluihin tai esimerkiksi reseptilääkkeisiin.

Lakiesitys antaa mahdollisuuden maakunnalle sisällyttää suoran valinnan palveluntuottajien kannustinkorvausjärjestelmään muun palveluketjun kustannuksissa syntyviin säästöihin perustuvia elementtejä. Maakunta voi näin tehdä suoran valinnan palveluntuottajasta välillisesti kustannusvastuullisen maakunnan liikelaitoksen palveluihin, jolloin kustannusten siirtämisen kannustimet pienenevät. Tätä menettelyä vaikeuttaa se, että syntyvien säästöjen määrittämiseksi tulee maakunnan kyetä arvioimaan odotettavissa olevat kustannukset. Jos laskennallisten säästöjen osuus korvauskokonaisuudesta on merkittävä ja asiakaskohtaisen kustannusriskin arviointi epätarkkaa, muodostuu myös tätä kautta asiakkaiden haitallisen valikoitumisen riski. Maakunnan on mahdollista käyttää myös muita lähete- ja hoitokäytäntöjen mittaamiseen perustuvia kannustinjärjestelyjä, joilla kustannusten siirtämisen kannustinta voidaan hillitä.

4.6.5 Vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluihin

Nykyiset ostopalvelut

Ostopalvelusopimukset kattavat kokonaisulkoistussopimukset, osaulkoistussopimukset sekä muut kuntien ja kuntayhtymien ostopalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon terveyskeskuspalvelujen kokonais- ja osaulkoistuksista on THL:n arvion mukaan yhteensä 27 alkuvuonna 2017. Näistä 13 on kokonaisulkoistuksia ja 14 on osittaisia ulkoistuksia. Kaikista Suomen terveysasemista on näin ollen ulkoistettu 9,2 prosenttia. Ulkoistettujen palvelujen piirissä on 6,8 prosenttia väestöstä, josta kokonaisulkoistuksien piirissä on 2 prosenttia väestöstä (Parhiala, K. & Hetemaa, T. 2017).

Kuudella suurimmalla ulkoistettuja palveluja tuottavalla toimijalla on yhteensä noin 40 ulkoistussopimusta, joihin sovelletaan väestövastuuperiaatetta. Sopimukset kattavat yhteensä noin 376 000 ihmisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kokonaisulkoistussopimusten piirissä on yhteensä noin 107 000 ihmistä ja osittaisulkoistuksien piirissä on noin 270 000 ihmistä. Kokonaisulkoistuksien arvo on noin 400 miljoonaa euroa ja osaulkoistuksien arvo noin 30 miljoonaa euroa. Kokonaisulkoistussopimusten kesto on tyypillisesti 10–15 vuotta ja viimeiset sopimukset päättyvät vuosina 2027–2036. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta lähes kaikki osittaisulkoistussopimukset päättyvät viimeistään vuonna 2020.

Kunnat ja kuntayhtymät ostivat Kuntatalous-tilaston mukaan vuonna 2015 lopputuotepalveluja yrityksiltä ja järjestöiltä noin 2,8 miljardin euron arvosta. Euromääräisesti suurimpia ostopalveluja ovat ympärivuorokautinen palveluasuminen ikääntyneille (672 miljoonaa euroa) ja vammaisille (352 miljoonaa euroa), lastensuojelun laitos- ja perhehoito, muut lasten ja perheiden palvelut 527 (miljoonaa euroa) sekä erikoissairaanhoidon palvelut (296 miljoonaa euroa).

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Edellä mainittuun summaan ei sisälly ns. välituoteostopalvelut, esimerkiksi tukipalvelut ja työvoiman vuokraus. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on lisäksi monenlaisia tavaroiden hankintasopimuksia sekä tuotantovälineiden leasingjärjestelyjä, jotka siirtyvät maakunnalle voi-maanpanolakiluonnoksen mukaisesti.

Ostopalvelusopimukset siirtyvät maakunnalle ja niitä voidaan hyödyntää maakunnan järjestämisvastuulla olevassa sosiaali- ja terveystuotannossa. Lisäksi, esimerkiksi tehostetun palveluasumisen asiakkaat jotka ovat 1.1.2020 olleet sijoitettuna ostopalveluihin, eivät oletettavasti laajasti ota vastaan heille tarjottavaa henkilökohtaista budjettia, vaan jatkavat asumistaan ostopalvelupaikassa, johon ovat jo kotiutuneet. Näidenkin sopimusten osalta on odotettavissa yhteensopivuusongelmia joiltain osin esimerkiksi suoran valinnan palvelukokonaisuuden kanssa. Ongelmia voi ilmetä esimerkiksi tilanteessa, jossa kunta on ympärivuorokautisen hoidon sopimuksen sisältöä määrittellessään määritellyt sairaanhoidon palvelujen sisältyvän palvelukokonaisuuteen, mutta uudessa tilanteessa sairaanhoito onkin suoran valinnan palveluntuottajan vastuulla. Tyypillinen sopimuskausi ympärivuorokautisessa palveluasumisessa on muutaman vuoden, mutta myös huomattavasti pidemmät sopimukset ovat mahdollisia. Pidemmissä sopimuksissa on yleensä joustavammat irtisanomismahdollisuudet.

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

Tulevat ostopalvelut

Maakunnan liikelaitokseen valinnanvapauspalvelujen ulkopuolelle jää palveluita arvioilta noin 12,7 miljardin euron arvosta vuoden 2015 tasossa. Tämän lisäksi maakunnan liikelaitos tuottaa palveluita myös suoran valinnan palveluissa ilmoittautumisperiaatteella, sekä asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluissa omana toimintanaan, mikäli asiakas haluaa palvelut maakunnan liikelaitoksen tuottamana valinnanvapautuottajien sijaan. Tuottamissaan palveluissa maakunnan liikelaitoksen on mahdollista tuottaa palveluita ostopalveluina yhtäläillä kuin nykyisin. Jos oletetaan, että maakunnan liikelaitos käyttää ostopalveluja oman tuotantonsa järjestämiseen tulevaisuudessa suhteessa samassa määrin kuin kunnat nykyisin käyttävät, tulee terveystuotteen ostopalvelujen arvo olemaan noin 300 miljoonaa euroa ja sosiaalipalvelujen ostopalvelujen arvo noin 1,5 miljardia euroa vuoden 2015 tasossa.

Innovatiiviset hankinnat

Lakiehdotuksella on vaikutuksia julkisten hankintojen näkökulmasta, kun valinnanvapauden palveluntuottajasopimukset tulevat maakuntien vastuulle. Innovatiivinen hankintamenettely eli tulos- ja vaikuttavuusperustainen ostaminen, tulee aikaisempaa ajankohtaisemmaksi lakiesityksen myötä, kun maakunta tekee myös uusia sopimuksia valinnanvapausjärjestelmässä olevien tuottajien kanssa, ja hankkiessaan välituotteita sekä lopputuotepalveluja eli ostopalveluja.

Yksinkertaistaen 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 edellyttää vahvaa ja uudenlaista hankintaosaamista. Myös palveluntuottajasopimusten hallinnointiin, niiden uusimiseen ja uusien sopimusten neuvottelemiseen, laatiminen, seuranta ja hallinnointi edellyttävät resursointia.

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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

4.7 Henkilöstövaikutukset

4.7.1 Yleistä

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

Valinnanvapauslakiehdotuksella 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.

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

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

4.7.2 Vaikutukset henkilöstön siirtymään

Manner-Suomen kunnista ja kuntayhtymistä siirtyä maakuntien palvelukseen 1.1.2020 lukien (tilastopöytäkirjasta riippuen) arvioidaan noin 203 500 sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevää henkilöä. Ammattiluokituksen mukaisesti maakunnille siirtyvästä henkilöstöstä noin 20 prosenttia kuului sairaanhoitajien ammattiluokkaan ja yhdeksän prosenttia sosiaalialan hoitajiin. Toimialoittaisen tarkastelun perusteella suurimmat toimialat ovat sairaalapalvelut sekä terveyskeskus ja vastaavat yleislääkäripalvelut. Lääkäreiden osuus (mukaan lukien yli- ja hammaslääkärit) siirtyvästä henkilöstöstä on noin kahdeksan prosenttia. Koska sosiaali- ja terveystalouksien palvelut ovat Suomen työmarkkinoiden naisvaltaisin ala (yksityiset palvelut mukaan lukien 88 prosenttia työntekijöistä on naisia), työnantajan vaihtuminen vaikuttaa erityisesti naistyöntekijöihin.

Henkilöstömäärän siirtymistä työnantajalta toiselle on vaikeaa arvioida tarkasti, koska itsehallinnollisilla maakunnilla on 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 tapahtuu.

Riippuen toimintojen uudelleenjärjestelystä ja valinnanvapauden toteutumisesta, maakunnista yksityisten yritysten ja yhteisöjen omistamiin sosiaali- ja terveyskeskuksiin siirtyvän terveydenhuollon henkilöstön määrän voi karkeasti arvioida olevan noin 6 000–30 000 henkilöä. Oletus perustuu yksityisen sektorin tuottamien palvelujen määrään (pl. muun kuin yleislääketieteen alaan kuuluvat konsultaatio- ja avovastaanottopalvelut, 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 esimerkiksi 40 prosenttiin, voisi vaikutus henkilöstöön olla jopa kaksinkertainen.

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, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Maakäräjien järjestämät terveyspalvelut: 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 kasvaa merkittävästi, sillä voi olla huomattava vaikutus sosiaali- ja terveysalan työmarkkinoihin koko maan tasolla. Samoin asiakkaiden mahdollisuus vaihtaa määräajoin palvelujen tuottajaa voi luoda pysyvien työsuhteiden sijaan aiempaa enemmän epätyypillisiä työsuhteita. Yksityisten yritysten ja yhteisöjen mahdollinen runsas mukaantulo voi vaikuttaa yleisesti naisten työmarkkina-asemaan ja palkkaukseen Suomessa. Selkeitä muutoksia voi tapahtua työsuhteiden ehtoissa ja määrässä, niiden pysyvyydessä ja työolosuhteissa. Toisaalta myös maakunnan liikelaitos tulee jatkossakin tarvitsemaan uusia työntekijöitä mm. henkilöstön eläköitymisestä johtuen. Myös yksityiset tuottajat tarvitsevat tuotannon kasvaessa henkilökuntaa ja rekrytointi kohdistuu todennäköisesti pääasiassa maakuntien henkilöstöön. Tämä voi osaltaan aiheuttaa äkillistä henkilöstövajausta maakunnissa, etenkin jos rekrytointi kohdistuu ns. avainhenkilöihin.

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

Henkilöstön siirtymistä työnantajalta toiselle tapahtuu 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 muodostuu 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 todentuvan vasta pidemmän ajan kuluessa, koska yksityisten yritysten ja yhteisöjen osuus sosiaali- ja terveyskeskustuotannosta kasvaa useamman vuoden aikana. Lisäksi kasvu hidastuu ensimmäisten vuosien jälkeen (etenkin saavutettavuusallokaation jälkeen) ja lopulta todennäköisesti vakiintuu tietylle tasolle. Henkilöstön siirtyminen työnantajalta toiselta on pidempi prosessi myös siksi, että valinnanvapausmallissa asiakkaat jäävät aluksi maakunnan liikelaitoksen asiakkaiksi ellei aktiivista vaihtamis päätöstä tehdä tai kunnes asiakkaat listataan saavutettavuuden

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Sosiaalihuollon henkilöstöön sosiaali- ja terveystieteiden toiminta ei juuri vaikuta, sillä sosiaalipalvelut kuuluvat sosiaali- ja terveystieteiden ohjaus- ja neuvontatehtäviä lukuun ottamatta maakuntien palveluvalikoimaan. Tällöin kuitenkin muiden valinnan vapautta tukevien instrumenttien, kuten asiakaseteleiden ja henkilökohtaisen budjetin käyttöönoton myötä, myös sosiaalihuollon tehtäviä siirtyy 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.

Erikoissairaanhoidon henkilöstöön valinnanvapausuudistus voi vaikuttaa erityisesti asiakaseteleihin liittyvän sääntelyn vuoksi. Myös suoran valinnan palveluihin on sisällytettävä muiden kuin yleislääketieteen alaan kuuluvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden konsultaatiota ja vastaanottopalveluja. Edellä kuvatusta huolimatta, erikoissairaanhoidosta noin 85–90 prosenttia jää maakunnan liikelaitoksen toteuttamaksi ja siten on todennäköistä, että henkilöstö suureksi osaksi jää maakunnan liikelaitoksen palvelukseen. Koska erikoissairaanhoidon palveluista kuitenkin noin 10–15 prosenttia tuotetaan suoran valinnan palveluissa ja asiakaseteleillä, myös henkilöstöä väistämättä siirtyy maakunnalta yksityisten tuottajien palvelukseen.

THL:n terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013 -raportin mukaan erikoissairaanhoidossa työskenteli vuonna 2013 noin 90 000 henkilöä. Karkean arvion mukaan erikoissairaanhoidon henkilöstöstä siirtyy edellä kuvatusta johtuen noin 5 000–12 000 työntekijää yksityiselle työnantajalle, joskin tarkkaa arviota on vaikea antaa. Tämä johtuu siitä, että 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 voimakkaasti. Vaikutukset henkilöstöön eivät toteudu heti vaan lakiehdotuksen mukaisten siirtymäaikojen jälkeen. Myös maakunnan mahdollisuus vaikuttaa asiakaseteleiden käyttöön tietyin ehdoin, vaikuttaa siirtyvän henkilöstön lopulliseen määrään.

Vaikutukset palkkaukseen ja muihin palvelussuhteen ehtoihin

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

Kokoaikaisten palkansaajien lukumäärät ja kokonaisansiot kuukaudessa ammattiluokituksen (AML 2010), työnantajasektorin ja sukupuolen mukaan vuonna 2015					
			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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

Tehostamistarpeista huolimatta sosiaali- ja terveystalalla on myös tulevaisuudessa todennäköisesti hyvä yleinen työtilanne ja sosiaali- ja terveystalalta myös valmistuu runsaasti uusia ammatillaisia vuosittain. Esimerkiksi uusimman Kuntatyönantajien (KT) tekemän osaamis- ja työvoimatarvetiedustelun mukaan kunnissa on tarvetta palkata etenkin terveyst-, sosiaali- ja opetusalan ammatillaisia. Eniten aiotaan palkata terveystalan ammatillaisia (5 900 henkilöä). Sosiaali-alan ammatillaisia aiotaan palkata 2 200 henkilöä.

Työ- ja elinkeinoministeriön tuoreen selvityksen (TEM analyysijä 81/2017) mukaan terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut on vuonna 2016 ollut toiseksi suurin työvoiman hankkija, kun tarkastelussa ovat olleet uusien työpaikkojen synty ja muu rekrytointi. Työntekijöiden hakeminen on sosiaali- ja terveystalalla selvästi yleisempää kuin muilla toimialoilla. Sosiaali- ja terveystalan toimipaikoista 65,8 prosenttia on hakenut työntekijöitä, kun vastaava osuus toimialoilla keskimäärin on noin puolet (49,9 prosenttia). Koska kyse on kokonaan uusista rekrytoinneista, tukee raportin tulos näkemystä toimialan hyvästä työtilanteesta.

Sosiaali- ja terveystalalla määräaikaista työntekijöitä on hakenut 56,2 prosenttia alan toimipaikoista (kaikilla toimialoilla 36,4 prosenttia) ja vakinaisia 36,9 prosenttia (kaikilla toimialoilla 29,3 prosenttia). Maantieteelliset erot ovat kuitenkin suuret. TEM:n ELY-keskus tasoisen tarkastelun perusteella, uusien työpaikkojen osuus on ollut suurinta Kaakkois-Suomessa (42,2 prosenttia) ja Etelä-Pohjanmaalla (31,3 prosenttia). Keski-Suomessa sosiaali- ja terveystalan rekrytoinneista vain viisi prosenttia oli uusien työpaikkojen syntymisiä (TEM analyysijä 81/2017). TEM:n tietojen mukaan Pohjois-Karjala on ainoa ELY-keskus, jonka alueella alle puolet sosiaali- ja terveystalan toimipaikoista on hakenut työntekijöitä vuonna 2016. Kaikkien muiden ELY-keskusten alueella työvoimaa on hakenut yli puolet sosiaali- ja terveystalan toimipaikoista. Uusien työpaikkojen osuus rekrytoinneista puolestaan on korkein Kaakkois-Suomessa.

Selvityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoissa on ollut myös työvoimapulaa. Yhteensä 675 sosiaali- ja terveystalan toimipaikkaa koki työvoimapulaa määräaikaisten työntekijöiden haussa, eli vähintään yksi haettu työntekijä jäi saamatta. Vakinaisten työntekijöiden haussa työvoimapulaa koki 571 toimipaikkaa. Työvoimapulan osuudet haettujen työntekijöiden kokonaismäärästä ovat määräaikailla neljä prosenttia ja vakinaisilla viisi prosenttia (TEM analyysijä 81/2017). TEM:n tietojen mukaan rekrytointivaikeuksien kokeminen on ollut yleisintä Lapissa.

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

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

Vaikutukset henkilöstön kielitaitoon ja rekrytoitumiseen

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

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

Vaikutukset ICT-alan työllisyyteen

Valinnanvapauslain säännösten toteuttamisella luodaan tietojärjestelmien investointivaiheessa merkittävä resurssitarve. Tietojärjestelmien suunnittelu ja rakentaminen edellyttää liiketoimintaosaamista, määrittelytyön, arkkitehtuurityön, ohjelmoinnin sekä testaamisen osaamista. Valinnanvapauden toteuttaminen luo siten uusia työpaikkoja tietojärjestelmätyön osaajille. On todennäköistä, että uudistuksessa mukana olevien nykyisten toimijoiden resurssit eivät riitä, joten todennäköisesti tietojärjestelmätyöhön tullaan ostamaan resurssia ja osaamista myös palveluja tarjoavilta yrityksiltä. Tämä vaikuttaa markkinoilla olevien tietojärjestelmäosaamista ja ICT-palveluita tarjoavien yritysten toimintaan.

4.7.4 Muutoksen toteutus ja työhyvinvointi

Uudistuksen onnistuminen edellyttää tavoitteellista ja osaavaa johtamista ja sitoutunutta henkilöstöä. Henkilöstösuunnittelu ja -johtaminen tulee olemaan haasteellista erityisesti uudistuksen käynnistymisvaiheessa, johon sisältyy henkilöstön kannalta paljon epävarmuustekijöitä. Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää 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 kokemana 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 koskevat myös valinnanvapausuudistuksesta aiheutuvia henkilöstövaikutuksia.

4.8 Uudistuksen vaikutusten seuranta, jälkikäteisarviointi ja tutkimus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen valinnanvapausuudistus 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 voidaan käyttää kansallisessa ohjauksessa ja valvonnassa sekä maakunnissa niiden oman toiminnan seurantaan ja suunnitteluun. Sen perusteella uudistuksen toimeenpanoa voidaan suunnata ja tarvittaessa tehdä myös säädösmuutoksia.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksella (THL) on lisäksi järjestämislaissa säädetty tehtävä maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon seurannassa ja arvioinnissa. THL:n arviointitoiminto on keskeinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää. Arvioinnin välttämätön edellytys on vahva yhteistyö maakuntien kanssa, sillä samalla arviointi luo 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.

Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, vaikutusarviointi, 3.11.2017

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

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

Edellä mainittujen tavoitteiden toteutumisen lisäksi arviointia ja tutkimusta on 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 terveystalouden 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 käynnistyy 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. Jälkikäiteisseurannassa ja arvioinnissa tulee hyödyntää sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä ja ennen/jälkeen asetelmia syy-seuraussuhteiden havainnollistamiseksi.

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