

SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN REFORMAATIO

Teppo Kröger: *YTT, professori, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto*

teppo.kröger@jyu.fi

Janus vol. 25 (2) 2017, 160–165

REFORMAATIOVUOSI

Martti Luther julkaisi 95 teesiään vuonna 1517 ja haastoi niillä katolisen kirkon opetukset siitä, millä tavoin pelastus voidaan saavuttaa. “Yksin uskosta” oli Lutherin uuden opin ydin. Hänen tavoitteenaan ei ollut perustaa uutta kirkkokuntaa, vaan puhdistaa katolinen kirkko ja sen opetus, mutta tuloksena olivat eurooppalaiset uskon-sodat ja läntisen kirkon kahtiajakautuminen. Ruotsi-Suomessa reformaatio tapahtui ylhäältä päin annettuna määräyksenä. Ruotsin kuningas torjui katolisen kirkon kasvavan vaikutusvallan sosialisoimalla kirkon omaisuuden ja tekemällä kirkosta osan johtamaansa valtiota.

500 vuotta myöhemmin Suomi, yksi maailman luterilaisimmista yhteiskunnista, on tekemässä sosiaali- ja terveydenhuollon reformia, jonka myötä on tarkoitus siirtyä uuteen aikaan. Kyse ei ole niinkään aiemman järjestelmän esiin nousseiden ongelmien korjauksesta kuin radikaalisti uudelleen orientaation omaksumisesta ja toimeenpanemisesta. Usein sosiaali-demokraattiseksi nimetystä pohjoismaisesta universalismista ja julkissektorikeskeisyydestä ollaan siirtymässä markkinoistettuun malliin, jossa palvelut tuotetaan yritysten toimesta ja jossa julkisen sektorin tehtäväksi jää lähinnä

palvelutuotannon rahoittaminen. Kyse on yhteiskunnallisen perusideologian vaihtamisesta, vanhan julkissektoriuskon korvaamisesta uudella markkinauskolla.

SOTE-REFORMIN TAUSTA

Sosiaali- ja terveyspalvelureformi ei tule tyhjästä vaan kyse on pitkästä, useamman vuosikymmenen prosessista. Suomalainen hyvinvointivaltio luotiin pitkälti SDP:n ja keskustapuolueen yhteistyön ja kompromissien tuloksena ajanjaksona 1968–1987, jolloin kokoomus oli oppositiossa. Demareita voidaan hieman pelkistää pitää valtiopuolueena ja keskustaa kuntapuolueena, ja suomalainen palveluvaltio rakennettiin valtion ja kuntien yhteistyönä. Vuonna 1973 demarit olivat puolittamassa kuntien määrää, mutta keskustapuolue teki asiasta hallituskysymyksen ja esti lopulta kuntareformin toimeenpanon. Demaripuolueelle tämä oli merkittävä tappio, mutta toisaalta se sai lävitse vahvan valtiojohtoisuuden hyvinvointivaltion nousevaan palvelutuotantoon. (Kröger 1997; 2011.)

Samaan aikaan kun sosialismi kaatui 1980-luvun lopulla Itä-Euroopassa, palvelujärjestelmän valtiojohtoinen ohjaus kyseenalaistettiin Suomessa. Vuonna 1991 valtaan nousi Ahon hallitus,

jonka ytimen muodostivat keskusta ja kokoomus. Se ajoi lävitse valtionosuus-uudistuksen, joka merkitsi merkittävää desentralisaatiota ja kuntien valtionohjauksen päättymistä lähes kokonaan. Samalla poistettiin esteet kuntien palvelujen laajamittaiselta ulkoistamiselta. (Kröger 1997; 2011.)

Kuntarakenneuudistukseen palattiin keskustan johtaman punamultahallituksen kaudella 2003–2007. SDP:n tavoitteena oli edelleen kuntien määrän merkittävä vähentäminen, ja Vanhasen I hallituksen loppukaudella suunniteltiin kunta- ja palvelurakenneuudistushanke (PARAS). Hankkeella pyrittiin kuntien palvelujen tuottamiseen “riittävän vahvoina yksikköinä” sekä “kuntarakenteen eheyttämiseen”. Keskustapuolueen sitoutuminen tähän hankkeeseen oli kuitenkin vaillaista, ja kuntien pakkoliitokset oli suljettu ulos vaihtoehtoista. Vuonna 2007 Vanhanen vaihtoi hallituskumppaninsa demareista kokoomukseen, mikä vähensi painetta kuntareformiin. Kuntaliitoksille PARAS-hankkeessa tarjotut yhdistymisavustukset houkuttelivat joka tapauksessa noin sata kuntaa luopumaan itsenäisyydestään. (Kröger 2011; Niiranen ym. 2013; Simonen 2016.)

Vuoden 2011 vaalien jälkeen SDP nousi takaisin hallitukseen ja kokoomusjohtoinen sixpack-hallitus keskeytti PARAS-hankkeen. Nimenomaan terveyspalvelujen tehostamisen oli nähty jo PARAS-hankkeessa edellyttävän laajempia alueellisia yksiköitä. Nyt Kataisen hallitus yhdisti sosiaali- ja terveyspalvelujen reformin ja kuntarakenteen uudistamisen tiiviisti toisiinsa. Hallituksen tavoitteet kuntareformiksi eivät kuitenkaan toteutuneet ja sote-

reformikin ajautui vaikeuksiin. Vuonna 2015 hallituksen viidelle sote-alueelle rakentunut ehdotus todettiin perustuslain vastaiseksi. (Auvinen 2013; Simonen 2016.)

Sipilän hallitus peri edeltäjiltään pahasti solmuun menneen reformiprosessin. Nyt SDP oli kuitenkin oppositiossa ja keskusta omaksunut aiempaa markkinamyönteisemmän ajattelutavan ja lähentynyt siten hallituskumppaniaan kokoomusta. Tilanne loi mahdollisuuden uudenlaisen markkinalähtöisen sosiaali- ja terveyspolitiikan luomiseen. Ongelmana oli edelleen kuntarakennereformi: sen samanaikainen välttämättömyys ja mahdottomuus. Sipilän hallitus löi tämän Gordionin solmun kappaleiksi. Kuntarakennereformista luovuttiin, mutta samalla koko sosiaali- ja terveydenhuolto päätettiin siirtää pois kunnilta. Maakuntaitsehallinnon aikaan saaminen oli ollut vuosikymmenet keskustan tavoitteena (Suomenmaa 11.11.2015). Kokoomus vastusti maakuntahallinnon luomista ja erityisesti maakuntien korkeaa määrää mutta taipui, kun sai lupauksen sosiaali- ja terveyspalvelujen merkittävästä yksityistämisestä valinnanvapausmallin avulla.

Sipilän hallituksen suunnitelmat ovat omaperäisiä, mutta niillä on pitkät historialliset juuret. Valtiokeskeisyys koki merkittävän kolauksen jo 1980-luvun lopussa. Silloinen julkissektorin suunnanmuutos näkyi paitsi kuntien lisääntyneenä autonomiana myös yritysmaailman mallien omaksumisena julkishallintoon ja palvelutuotannon kiihtyvänä ulkoistamisena yksityisille palveluntuottajille. Sote-reformisuunnitelmat jatkavat samaa polkua. Samat puolueet, jotka päättivät vuoden 1993

valtionosuusuudistuksesta, ovat nyt tekemässä sote-uudistusta.

SOTE-REFORMIN LINJAUKSET

Uudistuksella on tarkoitus siirtää vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista kunnilta maakunnille, pakkoyhtiöittää maakunnalliset palvelut ja tarjota palvelujen käyttäjille valintamahdollisuus eri palveluntuottajien välillä, minkä toivotaan johtavan yksityisten palvelujen merkittävään kasvuun.¹ Reformin on arvioitu yli kaksinkertaistavan sosiaali- ja terveyspalvelualan yritysten nykyisen liikevaihdon. Uudistuksen lukuisat yksityiskohdat ovat kuitenkin edelleen hyvin epäselviä, vaikka samaan aikaan sen lakiehdotuksia viedään jo eduskuntaan.

Valinnanvapauden suunnitellut toteutusmuodot ovat monimuotoisia ja monimutkaisia. Ne on ehdotuksessa jaettu yhtäältä ns. suoran valinnan palveluihin ja toisaalta henkilökohtaisella budjetilla tai asiakassetelillä saataviin palveluihin. Ensin mainitut ovat lähinnä terveyskeskus- ja hammashoitopalveluja, joiden osalta käyttäjä voisi valita palveluntarjoajan. Maakunnatkin voisivat tuottaa näitä palveluja, mutta niiden olisi yhdistettävä tämä toimintansa. Suoran valinnan sote-keskukset tarjoaisivat sosiaalipalveluja nähtävästi hyvin rajallisesti, mikä saattaa merkitä sosiaali- ja terveyspalvelujen integraation heikkenemistä nykyisestä. Erikoispalveluihin kuten erikoissairaanhoidon sote-keskus antaisi ns. maksusetelin, ja palvelujen käyttäjä voisi ainakin periaatteessa valita käyttämänsä erikoispalveluyksikön.

Maakunnille on tarkoitus jättää valta päättää, mitä niiden tarjoamat suoran valinnan palvelut tarkalleen ottaen pitäisivät sisällään. Jotta käyttäjä pystyisi todella käyttämään ns. suoraa valintaa, olisi hänen saavutettavissaan joka tapauksessa oltava useita vaihtoehtoisia sote-keskuksia. Pienissä kunnissa tämän saavuttaminen tulee olemaan hyvin vaikeaa ja suuremmissakin kunnissa useamman rinnakkaisen sote-keskusverkoston rakentaminen merkitsee nykytilanteeseen verrattuna huomattavia lisäkustannuksia kiinteistöjen, laitteistojen ja henkilökunnan osalta.

Valinnanvapauden toisesta pääosasta, henkilökohtaisella budjetilla tai asiakassetelillä saatavista palveluista, vallitsee sote-keskuksiakin suurempi epätietoisuus. Henkilökohtaisessa budjetoinnissa palvelujen käyttäjälle on tarkoitus muodostaa hänen tarpeidensa pohjalta määritetty rahasumma, jolla palvelut on määrä järjestää yksilöllisesti hänen toiveittensa ja tarpeidensa mukaisesti. Käyttäjän kannalta budjetin suuruus on ratkaiseva tekijä, mutta ehdotuksessa ei esitetä mitään mallia, miten henkilökohtaiset budjetit käytännössä määräytyisivät.

Maakunnille on tarkoitus jättää valta päättää myös siitä, millaisia palveluja asiakaseteleillä rahoitettaisiin. Varsin erikoista reformin suunnittelussa on se, että vaikka kenelläkään ei voi siis olla vielä tietoa, mitä palveluita asiakasetelet kattaisivat, on silti kyetty arvioimaan, että niiden kustannukset olisivat 2,8 miljardia euroa. Samaten, vaikka yhtäältä sanotaan, että asiakaseteleillä tuotettavien palvelujen määrittäminen jätetään maakunnille, toisaalta kuitenkin jo todetaan, että asiakaseteleillä

olisi tarkoitus tuottaa erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin palveluja, kuntoutuspalveluja, apuvälinepalveluja, asumispalveluja, päivätoimintaa, omaishoitajan vapaan aikaisia palveluja, kotihoitoa, kotipalvelua sekä vammaispalvelulain mukaista henkilökohtaista apua – eli keskenään hyvin erilaisia ja erityyppisille käyttäjäryhmille tarkoitettuja palveluja.

Henkilökohtaisen budjetin ja asiakas-
telin saaminen edellyttäisi maakunnan toteuttamaa palvelutarpeiden arviointia. Käyttäjälle itselleen jätettäisiin vapaus valita henkilökohtaisella budjetilla ja asiakassetelillä rahoitettavien palvelujen tarjoaja rekisteröityjen palveluntuottajien joukosta. Lakiehdotuksessa käyttäjälle luvataan myös oikeus valita työntekijä, joka palvelun toteuttaa. Maakunnan liikelaitoksella olisi velvollisuus tarjota henkilökohtaista budjettia kaikille iäkkäille ja vammaisille henkilöille, joilla on “pitkäaikaista, jatkuvaa ja laaja-alaista eli useita erilaisia palvelujen, tuen ja avun tarpeita ja jotka pysyvät joko itse tai tuettuna suunnittelemaan oman palvelukokonaisuutensa”. Henkilökohtaisen budjetin ja asiakas-
telin sijasta vastaavat palvelut voisi kuitenkin tuottaa myös maakunnan liikelaitos, mutta sen olisi pakko yhtiöittää kyseiset palvelut. Varsinaisia perusteluja ei pakkoyhtiöittämiselle hallituksen ehdotuksessa esitetä.

Henkilökohtaisella budjetilla tai asiakassetelillä annetuista palveluista ei esityksen mukaan saisi periä asiakasmaksuja. Tämä periaate sopii hyvin vammaispalveluihin, mutta onko uudistuksella todella tarkoitus tehdä myös joistain vanhuspalveluista maksuttomia? Henkilökohtaista budjettiahan on

määrä tarjota brittimallin mukaisesti myös vanhoille ihmisille (ks. Glasby & Littlechild 2009). Nykyisinkin kotihoidon palvelut ovat käyttäjille maksuttomia Tanskassa ja Norjassa (Meagher & Szebehely 2013), mutta Suomessa vanhuspalvelujen käyttäjämaksut ovat olleet käytössä ja viime vuosikymmeninä jatkuvasti nousussa.

SOTE-REFORMIN TYHJÄT TOIVEET JA AVOIMET KYSYMYKSET

Uudistuksen keskeinen alkuperäinen motiivi oli se, että “rahat eivät nykyennolla riitä”. Tällä hetkellä sote-uudistuksella tavoitellaan 3 miljardin euron “kustannusten kasvun hillintää pitkällä aikavälillä”. Enää ei siis puhuta kustannussäästöistä. Mikään reformin suunnitelmissa ei takaa, että säästöjä olisikaan odotettavissa eikä itse asiassa sitäkään, että kustannusten kasvupaine vähenisi. Kansainväliset kokemukset osoittavat, ettei sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoistaminen tai valinnanvapauden toteuttaminen tuota kustannussäästöjä – ainakaan jos palvelujen laadusta ei tingitä ja jos myös transaktiokulut otetaan huomioon (Meagher & Szebehely 2013; Szebehely 2017). Pikemminkin päinvastoin, päällekkäisinvestoinnit rinnakkaisiin palveluverkostoihin tulevat todennäköisesti johtamaan kustannusten kasvuun. Lisäksi tulevat vielä maakuntahallinnon rakentamisesta aiheutuvat korkeat kustannukset.

Toinen keskeinen tavoite on ollut alueellisen eriarvoisuuden sekä terveyserojen vähentäminen, minkä vuoksi palveluvastuu esitetään siirrettäväksi kunnilta taloudellisesti ja toiminnallisesti vahvemmille maakunnille. Ei ole

kuitenkaan itsestään selvää, että maakunnallistaminen johtaa nykyistä tasarvoisempaan järjestelmään. Jos päätöksenteko siitä, mitä palveluja otetaan suoran valinnan palveluihin ja kuinka laajasti henkilökohtaisia budjetteja ja asiakasetelejä hyödynnetään, jätetään maakunnille, kuntien välinen eriarvoisuus korvautuu maakuntien välisellä eriarvoisuudella. Eriarvoisuutta jää myös maakuntien sisälle, sillä valittavissa olevat palveluvaihtoehdot tulevat olemaan maaseudulla ja kaupunkikeskuksissa hyvin erilaisia. Samalla julkisen vallan keinot palvelujen saatavuuden ja väestöryhmien terveyden tasa-arvon takaamiseksi tulevat markkinoistetussa, sirpaleisessa palvelujärjestelmässä olemaan huomattavasti heikommat kuin nykyisin.

Tämänhetkiset suunnitelmat jättävät monet keskeiset kysymykset avoimiksi. Henkilökohtaisten budjettien on kansainvälisten kokemusten perusteella havaittu todellakin edistävän palvelukäyttäjien itsemääräämistä ja toimintakykyä – mutta vain, mikäli malli on joustava ja käyttäjät voivat päättää vapaasti henkilökohtaisen budjetin käyttämisestä (Glasby & Littlechild 2009; Leinonen 2014). Nyt sen käyttö on tarkoitus rajata rekisteröityjen yritysten palveluihin, mikä tarkoittanee sitä, etteivät palvelukäyttäjät pystyisi käyttämään henkilökohtaisia budjettejaan joustavasti esimerkiksi henkilökohtaisten avustajien tai omaistensa palkkaamiseen.

Mitä reformin myötä tapahtuu nykyisille palveluille? Säilyvätkö esimerkiksi nykyiset vammaispalvelut ja niiden subjektiiviset oikeudet? Kyse on vammaisten henkilöiden itsenäisen arkielämän ja ihmisoikeuksien näkökulmasta

ratkaisevan tärkeistä palveluista. Saman kysymyksen voi esittää vaikkapa omishoidon tuesta tai kotitalousvähennyksestä. Mitä niille on tarkoitus tehdä ja miten ne on tarkoitus integroida henkilökohtaisiin budjetteihin ja asiakaseteleihin? Entä kuinka vanhojen ihmisen kotihoito ja palveluasuminen on tarkoitus toteuttaa ja rahoittaa uudessa mallissa? Tarkoittaako kiello periä asiakasmaksuja henkilökohtaisin budjetein ja asiakasetelein toteutettavista palveluista näiden palvelujen muuttumista todellakin maksuttomiksi? Jos käyttäjät joutuvat edelleen maksamaan palveluista, pysyvätkö palvelumaksut nykyisellä tasolla?

Sote-reformin ehdotuksiin perehtyessä tulee vahva vaikutelma, etteivät niiden kirjoittajat tunne nykyistä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Mitään näyttöä uuden järjestelmän hyödyistä ei sen valmistelijoilla ole esittää. Se on aivan totta, että nykyjärjestelmässä on monia suuria ongelmia kuten kustannuspaineet, koti- ja laitoshoidon vaikea saatavuus ja kasvava eriarvoisuus palvelujen käytössä ja terveydessä. Sote-reformi ei kuitenkaan tule ratkaisemaan yhtäkään näistä ongelmista.

SOTE-REFORMAATIO

Reformaatiossa ei ole kysymys uskon korvaamisesta järjellä vaan yhdenlaisen uskon korvaamisesta toisenlaisella. Palvelujärjestelmän uudistamisessa ei kuitenkaan pitäisi olla kyse pelkästä uskonasiasta. Tietoa on runsaasti olemassa. Sote-reformille on kuitenkin ollut sen eri vaiheissa luonteenomaista, että tiedosta ei ole välitetty eikä sitä ole kaivattu sotkemaan suunnitelmia.

Kyse on ollut vahvasti ylhäältä johdetusta poliittisesta prosessista, jossa ei ole ollut tilaa palvelukäyttäjien tarpeiden ja kokemusten huomioon ottamiselle eikä edes asiantuntijoiden näkemyksille ja tutkimustiedolle. Prosessi muistuttaa Kustaa Vaasan Ruotsi-Suomen kunin-gaskunnassa toimeenpanemaa reformaatiota. Hallitsijan intressit vaativat kansalta nytkin uskonloikkaa.

VIITE

1 Tämä osio perustuu Hallituksen esitysluonnokseen laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja sen perusteluihin 31.1.2017.

KIRJALLISUUS

- Auvinen, Toni (2013) Yhteiskuntapolitiikan vai puoluepolitiikan ehdoilla? Tapaustutkimus Paras-hankkeesta Kunta-uudistukseen 2005–2012. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntapolitiikan Pro gradu -tutkielma.
- Glasby, Jon & Littlechild, Rosemary (2009) Direct Payments and Personal Budgets: Putting personalisation into practice. Bristol: Policy Press.
- Hallituksen esitysluonnos laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yleisperustelut 31.1.2017. <http://alueuudistus.fi/lausuntopyynto-31-1-2017> Luettu 31.3.2017.
- Kröger, Teppo (1997) Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Acta Universitatis Tamperensis 561. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kröger, Teppo (2011) Retuning the Nordic welfare municipality: central regulation of social care under change in Finland. *International Journal of Sociology and Social Policy* 31 (3/4), 148–159.
- Leinonen, Emilia (2014) Henkilökohtainen budjetti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntapolitiikan Pro gradu -tutkielma.
- Meagher, Gabrielle & Szebehely, Marta (eds.) (2013) Marketisation in Nordic Eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm: Stockholm University.
- Niiranen, Vuokko & Puustinen, Alisa & Zitting, Joakim & Kinnunen, Juha (2013) Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto & Itä-Suomen yliopisto.
- Simonen, Hanna-Leena (2016) Sote-uudistuksen pitkä matka – ”ja miten se jatkossa sitten todellisuudessa toteutuu...”. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan Pro gradu -tutkielma.
- Suomenmaa 11.11.2015. ”Perttula: Maakuntahallinto oli keskustan tavoite jo vuonna 1962”.
- Szebehely, Marta (2017) Vad kan Finland lära av Sveriges erfarenheter av vinst i välfärden? *Ikaros, Tidskrift om människan och vetenskapen* (1), 11–14. http://www.kaapeli.fi/~fbf/ikaros/arkiv/2017_1/szebehely.pdf Luettu 21.4.2017.