

Valtiovarainvaliokunnalle

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi eduskunnan valtiovarainvaliokunnassa asiasta, joka koskee hyvinvointipalvelujärjestelmän uudistamista ja lakikokoelmasta erityisesti valinnanvapauslakia (HE 16/2018 vp).

Oma asemani lakihankkeessa on poikkeuksellinen. Suomen Keskustan puheenjohtaja Juha Sipilä, jota en lainkaan tuntenut aikaisemmasta, otti minuun yhteyttä lokakuussa 2013. Häntä kiinnostivat kansainväliset kokemukset terveyssektorin kustannusten hallinnasta. Managed Care Organization –järjestelmän strategisen johtamisen ja kustannusten hallinnan problematiikka tunnetaan Euroopassa keskimäärin huonosti, koska eurooppalainen järjestelmä perustuu pääosin vielä toimenpidepalkkiopohjaisiin vakuutussopimuksiin.

Lakiluonnokseenkin termit kapitaatio ja palveluintegraatio ovat peräisin noista nykyisen pääministerin kanssa käymistäni lukuisista keskusteluista. Niistä samat sanat siirtyivät Kesärannassa sunnuntaina 23.3.2014 kahdeksan eduskuntapuolueen puheenjohtajan allekirjoittamaan yhteiseen julkilausumaan. Tämä erikoinen asioiden kulku on dokumentoitu sanatarkasti Risto Uimosen teokseen ”Sipilä. Keskustajohtajan henkilökuva” (Minerva Kustannus Oy Helsinki 2015; ss. 348-359)

Koska myös sosiaalisessa mediassa minusta käytetään nimitystä Sipilän sote-neuvonantaja, tunnen epäpoliittisena, konservatiivisesti ajattelevana kansalaisena vastuuta nyt syntyneestä erittäin pulmallisesta tilanteesta.

Koska minulle on annettu mahdollisuus tulla kuulluksi sekä perustuslakivaliokunnassa ja sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnassa, keskityn seuraavassa uuden lain mahdollisuuksiin hallita sektorin kustannuskehitystä.

Ongelman määrittely

Hyvinvointisektorin kustannusten hallitsematon kasvu tunnetaan. Myös 2008 pankkikriisistä alkaneen bkt-kehityksen pysähtymisen jälkeen hyvinvointikustannusten vuotuinen kasvu on ylittänyt kolme prosenttia (tietolähde: ministeri Vehviläinen YLEssä). Yksikään erillinen julkinen menoerä ei voi kasvaa jatkuvasti nopeammin kuin valtakunnan bruttokansantuotteella mitattu vauraus. Tämän ymmärtäminen ei edellytä erityistä opiskelua.

Myöskään kasvun taustatekijöistä ei ole erimielisyyttä. Niihin kuuluvat väestön vanhentumisesta syntyvä hoivan kasvava tarve, teknologiset hoitoinnovaatiot, rahoitusvastuun jakautuminen kunnille niiden yhteenliittymille ja valtiolle eli kokonaisvastuun hajautuminen, puuttuva hoitointegraatio, joka näyttäytyy diagnostisten tutkimusten toistona, ajastaan jälkeen jääneet ja työtä hidastavat tietojärjestelmät, mutta myös heikko johtamisosaaminen ja hoidettavien asioiden priorisoinnin pulmat, jotka ovat jonottamisen tärkeitä syitä.

Markkinat ja valinnanvapaus ongelman ratkaisijoina

Kansalaisten laissa ehdotettu valinnanvapaus ei kuulunut Sipilän hallituksen toukokuussa 2015 rakennettuun ohjelmaan, monituottajamalli kuului.

Valinnanvapaus tuotiin mukaan marraskuun 2015 kriisissä hallituspuolueiden keskinäisellä sopimuksella. Ilmeisesti joku neuvottelijoista uskoi, että valinnan tuominen kansalaisten tasolle toisi tuottajien välille

tervettä kilpailua samaan tapaan kuin muuallakin yhteiskunnassa: hoitopääsy paranisi, terveyserot kapenisivat, yksikkökustannukset alentuivat ja niiden myötä kokonaiskustannusten kasvu hidastui.

Kansainvälinen kokemus ei valitettavasti osoita, että tuottajien välinen kilpailu ratkaisisi terveydenhuollon rahoitusongelmat.

Terveyсталous poikkeaa tuntuvasti muusta taloudesta

Terveysekonomia on tieteenhaara, joka on keskittynyt tarkastelemaan mm. normaalien markkinoiden ja terveyspalvelumarkkinoiden eroja. Näiden pääasialliset erot on tiivistettävissä seuraavasti:

Kaksoisasiakkuus; yhdessäkään jälkiteollisessa maassa potilasasiakas ei vastaa hoidon kustannuksista täysimääräisesti. Maksaja-asiakas on verottaja tai vakuuttaja, palvelun saaja-asiakas on tietenkin potilas. Ekonomiassa asiakas voidaan määritellä siksi toimijaksi, joka tuntee kaupanteon vaihtoehtokustannukset. Maksajaa voidaan siis pitää tärkeämpänä asiakkaan kuin potilasta, joka maksaa hoidosta vain pienen osa. Siksi potilaslähtöisestä ”kaupanteosta” puuttuu normaali ostovolyymin hallitseva jarrumekanismi, maksajahan on muualla.

Potilaiden määrittelemällä hoitotarpeella ei ole teoriassa mitään rajaa, hoidon kysynnällä eli maksajan kyvyllä maksaa palveluista on aina rajansa. Tyydyttämättömän palvelutarpeen muuttamista tyydytetyksi kysynnäksi sanotaan hoidon priorisoinniksi.

Tuotteen määrittely: parturissa ja huvipuistossa tuote on selvästi palvelu, joka tavallaan kulutetaan loppuun sen tuottamisen yhteydessä. Terveydenhuollon ”tuote” on paitsi konkreettinen palvelu, hyvin usein myös investointi tulevien aikojen, jopa tulevien vuosikymmenien elämään ja sen laatuun. Ero ns. tavalliseen palvelusektoriin on huima. Juuri ammattiosaamisella tuotettu terveyshyöty erottaa varsinaiset terveyspalvelut puoskaroinnista.

Laatu: terveydenhuollon laatua ei määritellä millään tavalla lakiehdotuksessa, vaikka termiä käytetään lakitekstissä kymmeniä kertoja. Ilmeisesti lainlaatija tarkoittaa laadulla potilaskokemusta ja rinnastaa vastaanottotoiminnan parturissa käymiseen. Terveydenhuollon laadulla on useita muita kansainvälisesti hyväksytyjä ulottuvuuksia, joita lainlaatija ei tunne. Kansainvälisen *de facto* standardin mukaan terveydenhuollon laatuun kuuluu kuusi ulottuvuutta, jotka ovat vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, oikea-aikaisuus, potilaskeskeisyys ja tasa-arvo.

Tiedon jakautuminen: toimivat markkinat edellyttävät monen muun tekijän ohella sitä, että kaikki vaihdantaan liittyvä tieto jakautuu mahdollisimman tasaisesti ”myyjän” ja ”ostajan” välille. Terveydenhuollossa näin ei tapahdu: senkin sisällä on eroja, hoivan laatu on asiakkaan helpommin arvioitavissa kuin hoidon laatu. Tämän vuoksi markkinat voivat toimia tehokkaammin hoiva-alalla kuin varsinaisessa hoitotoiminnassa. Asialla on merkitystä palvelusetelin ja henkilökohtaisen budjetin kohdalla. Tiedon epätasainen jakautuminen johtaa myös tuottajalähtöiseen kysyntään. Tämä ei rasita samalla tavalla kapitaatio- ja palkkapohjaisia järjestelmiä kuin toimenpidepalkkioihin perustuvia järjestelmiä.

Terveydenhuollon kustannuskasvun hallinnan keinot

Terveydenhuollon kustannuksia voidaan hallita vaikuttamalla potilasasiakkaan tai palveluntuottajan käyttäytymiseen.

Potilasasiakkaan päätöksestä lähtevää palvelukysyntää voidaan hallita kasvattamalla potilaan omavastuita. Ilmiö perustuu siis kysynnän hintajoustoon, mitä korkeampi hinta sen pienempi kysyntä ja sitä pienemmät kustannukset. Omavastuiden kasvattaminen on Suomessa silti mahdoton ratkaisumuoto, sillä

varattomien kansalaisten hoitotarve on monella mittarilla mitaten jo nyt selvästi suurempi kuin varakkaiden. Jo nyt pienituloiset kansalaiset joutuvat kuluttamaan käytettävissä olevista tuloistaan selvästi suuremman osan terveyspalveluihin kuin varakas väestönosa. Kokonaisrahoitus on juuri nykyisten omavastuidenkin takia selvästi regressiivinen, eli vähävaraisia syrjivä

Tuottajan toimintaan voidaan vaikuttaa monella tehokkaalla tavalla. Niihin kuuluvat

Budjettirajoite, josta Suomessa on kertynyt vuosikymmenien kokemus; suhteellisen hyvin toimiva ratkaisu, joka ei silti yksinään varmista toiminnan vaikuttavuutta;

Etukäteishinnoittelu eli ns. DRG-järjestelmään perustuva tuotteistus, joka koskee vain aikuisten somaattista erikoissairaanhoidoa mutta on auttanut kasvattamaan erikoissairaanhoidon vertaiskehittymistä ja sen myötä sairaalatoiminnan teknistä tehokkuutta. Ulkomainen arvioija onkin päätenyt pitämään Suomen terveydenhuoltoa Euroopan kustannustehokkaimpana useana vuotena perättäin, viimeksi vuonna 2017 (Finland: "best value for money").

Integraatio jolla tavoitellaan eri hoitotasojen nimenomaan perus- ja erikoissairaanhoidon saumatonta, joukkuepelimäistä yhteistyötä. Integraation edellytys on, että kaikilla toimijoilla on yksi yhteinen toiminnallinen strategia ja yksi ja sama ansaintalogiikka. Suomessa toiminnallista integraatiota on jo alettu rakentaa yhteisesti hyväksyttyjen hoito-ohjelmien varaan ja saavutettu loistavia tuloksia (ks.jälj.)

Kapitaatio, jossa maksetaan hyvinvointivastuun kantamisesta eikä palveluiden tuottamisesta. Kapitaatio kääntää siis tuottajan kannusteet pääläelleen: mitä vähemmän hoidat, sen enemmän tienaat. Kapitaatio soveltuu suhteellisten suurten väestökokonaisuuksien rahoitusmalliksi. Yksilötasoinen kapitaatio on vasta tutkimuskohteena mm. Baltimoren Johns Hopkins –tutkimuskeskuksessa. Kapitaation riskinä on alihoidto.

Ns. suoran valinnan palveluiden kapitaatiosta en tiedä tehdyn tieteellistä tutkimusta missään, koska palveluiden määrittelykin on lähtökohtaisesti mahdotonta; nämä palvelut muuttuvat jatkuvasti myös alueellisesti ja ajassa.

Kilpailu toimii terveydenhuollon kustannusten jarruttajana silloin, kun tuottajat voidaan asettaa samalle viivalle toisin sanoen kun ne tuottavat samoja palveluita. Kilpailun toimivuus edellyttää lisäksi, että toiminnan kustannus-vaikuttavuutta, turvallisuutta, oikea-aikaisuutta, potilaslähtöisyyttä ja palveluiden tasa-arvoista jakautumista voidaan seurata reaaliaikaisesti ja luotettavasti.

Vaihdantakustannukset vaikuttavat hyvin tuntuvasti kokonaiskustannuksiin. Vaihdantakustannuksiin luetaan kaikki se etu- ja jälkikäteinen ei-hoitava toiminta ("hallintobyrokratia"), joka on tarpeen toiminnan järjestämisen kannalta.

Terveydenhuollon vaihdantakustannusten suuri osuus kokonaiskustannuksista on leimallista markkinoihin perustuissa ratkaisuissa. Esimerkiksi Yhdysvaltojen terveydenhuollon jatkuvasti pahentuvan kustannuskriisin yksi tekijä on juuri vaihdannan (sopimisen, seurannan, valitusten, oikeudenkäyntien jne.) kustannukset, jotka sitovat noin 30 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista. Näillä kustannuksilla ei siis tuoteta hoitoa yhdellekään potilaalle vaan ne ovat toiminnan tavoitteiden kannalta tavallaan tuhlatuja voimavaroja.

Valinnanvapauslakiluonnos ja kustannusten kasvun hallinnan keinot

Lakiluonnos sivuaa edellä kuvatuista kustannusten hallintamenetelmistä neljää viimeksi mainittua, integraatiota, kapitaatiota, kilpailua ja vaihdannan kustannuksia.

Lakiesitys rikkoo vertikaalisen palveluintegraation,

koska saman palveluketjun eri osien ansaintalogiikka ei ole sama. Sote-keskus saa rahansa kapitaatiomallilla ja erikoissairaanhoidon hoitovolyymillaan. Kokonaiskustannukset eivät ole edelleenkään kenenkään hallinnassa. Maakunnalla ei ole oikeutta verottaa eikä ottaa lainaa. Koska Perustuslain § 88 kuitenkin asettaa valtion viimekätiseksi maksumieheksi tilanteessa, jossa yksilön lailliset oikeudet ”riittäviin palveluihin” (PeL 19:3) eivät toteudu, mitään perälautaa ei järjestelmässä ole. Tämä merkitsee onnettoman historiallisen perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoidon –jaon jatkumista tulevana vuosina ja vuosikymmeninä. Rahaa kuluu vastuiden välttelyyn, vastuun siirtelyyn ja sitä seuraavan loputtomaan riitelystä jopa oikeudenkäyntikustannuksineen.

Laki rikkoo horisontaalisen palveluintegraation,

koska sosiaalitoimesta voidaan lain mukaan ottaa perustasolle vain ”ohjaus ja neuvonta”. Tämä johtuu siitä, että julkisen sote-keskuksen kanssa kilpailevalle yksityiselle sote-keskukselle ei voida antaa ”merkittävää julkista vallankäyttöä” (PeL 124). Koska sekä sosiaali- että terveyspalveluita käyttävät kansalaiset sitovat koko hyvinvointirahasta runsaasti yli puolet, ainakin 10-12 mrd€, kysymys on ”merkittävästä vallankäytöstä”. Siksi orastava ajatus sote-palveluiden tuottaminen integroituina asiakasystävällisinä moniammatillisina lähipalveluina tehdään tällä lakiluonnoksella mahdottomaksi.

Laki soveltaa kapitaatiota väärin,

kun se yrittää arvioida 5,5 miljoonan kansalaisen yksilökohtaisen riskin ja vielä vain ns. peruspalveluiden osalta. Peruspalveluiden rajoittaminen ”yleislääkärin tekemiin tavanomaisiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin (§ 65)” merkitsee monen vuosikymmenen mittaista askelta taaksepäin. Hyvin johdettu terveyskeskus tuottaa yhä enemmän sellaisia diagnostisia ja hoidollisia palveluita, jotka tiheään asutussa keski-Euroopassa tuotetaan pelkästään sairaaloissa. Syy on se, että Suomi on EU:n harvimpaan asuttu maa ja sellaisena pysyy. Vaativatkin palvelut on voitava tuottaa hajautetusti eli terveyskeskuksissa. Miten näiden kaikkien palveluiden yksilökohtainen kapitaatiosumma lasketaan ja kuka sen laskee? Eivät ainakaan Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen voimavarat siihen riitä, vaikka ne moninkertaistettaisiin. Mitä laskeminen ja tilanteen kehittyessä (so. muuttuessa) yhä uudelleen laskeminen maksaa?

Laki ei tuo kilpailijoita samalle viivalle,

koska yksityisten ja julkisten sote-keskusten palveluvalikko ei ole likimainkaan sama, eikä edes voida saada samanlaisiksi, koska sosiaalipalveluiden asiantuntijuus on tässä lakiluonnoksessa siirretty liikelaitokseen.

Jo meneillään olevat valinnanvapauskokeilut osoittavat, ketkä valintaoikeuttaan käyttävät ja tulevat jatkossakin käyttämään: hyvätuloiset, työssä käyvät, keski-ikäiset kansalaiset. Tämän ei pitäisi olla kenellekään yllätys: yksityissektorilta poistuu kela-korvaus, työnantaja tuskailee K2-osuuden kasvavien kustannusten kanssa ja harkitsee niiden rajoittamista samalla kun yksityisvakuutusten hinnat ovat kasvaneet 154 % viidessä vuodessa – ja jatkavat kasvamistaan. Siksi varakkaat kansalaiset siirtyvät heti heille maksuttomiin yksityisiin sote-keskuksiin.

Monisairaajat vanhuksien, päihde- ja mielenterveyspotilaat, moniongelmaiset lapsiperheet ja muut palveluiden suurkuluttajat eivät hakeudu yksityisiin sote-keskuksiin, koska heidät ”pompotellaan” sieltä heti

liikelaitokseen, joka saattaa olla etäällä. Laki syventää merkittävällä tavalla kansalaisten kahtiajakoa, jota jo nyt pidetään maan suurimpana turvallisuushkana. Lakiin merkittyä tavoitetta ”yksityisesti ja julkisesti tuotettujen palveluiden samanlaisuudesta” pidän merkinä lainlaatijan naiiviudesta.

Vaihdantakustannukset kasvavat aivan uusiin mittoihin,

koska hoitointegraation rakentaminen on siirretty maakunnan vastuulle. Perusteluna uuden hallinnollisen tason rakentamiselle on ilmeisesti ollut se, että ”mikään ongelma ei voi ratketa sillä tasolla, missä se on syntynyt”.

Tuoreet suomalaiset esimerkit puhuvat toista. Useilla alueilla toiminta on kyetty integroimaan aivan vapaaehtoisesti ilman ulkopuolista, so. maakuntatasoista ”integraattoria”. Etelä-Karjalalla on pisimmät kokemukset hoitointegraatiosta. Maakunta hoitaa nyt väkensä 17 % huokeammalla kuin Suomi keskimäärin, vaikka väestön tarvevakiointi otetaan huomioon. Keski-Pohjanmaan integraatiokokemukset ovat vain vuodelta 2017. Tulos: kustannusten kasvu taittui lähes 5 %:n noususta 4,25 supistumiseen. Siis yhden vuoden aikana ilman mitään ulkopuolista integraattoria. Pohjois-Karjalan ”Siun sote” on kyennyt hävittämään perusterveydenhuollon jonot lähes kokonaan vuoden 2017 aikana ja alittamaan budjettinsa. Mitään maakuntatasoista erillistä integraattoria ei ole tarvittu missään näistä edelläkävijämaakunnista. On huomattava, että edellä sanottu ei sodi ”leveämpien hartioiden” tarvetta vastaan. Mainituissa maakunnissa nuo ”leveämmät hartiat” on luotu järjen voimalla lainmuutosta odottelematta.

Kaikki vaihdannan kustannukset johtuvat ns. häiriökysynnästä. Se kuvaa toimintaa, joka ei tuota mitään lisäarvoa mutta sitoo tuntuvia voimavaroja. (Presidentti Kekkonen käytti samasta ilmiöstä ydinfysiikasta otettua vertauskuvaa ”loiskiehunta”. Kiehuu kyllä, vaan ei hyödytä ketään.)

Sen vuoksi valtiovarainvaliokunnan tulisi saada perehtyä ratkaisuvaihtoehtoonkin.

Mitä siis pitäisi/olisi pitänyt tehdä?

Suurin osa pulmista olisi vältetty helposti 1) rakentamalla aluepohjaiset perusväestöt, 2) määrittelemällä niiden kapitaatiokustannukset vajaan prosentin virhemarginaalilla ja 3) antamalla kansalaisten vaihtaa poolia, jos palvelun laatu ei heitä tyydytä. 4) koterminaaliset, eli toisiinsa rajoittuvat poolit olisivat vähitellen muuttuneet pian päällekkäisiksi, hyvät tuottajat voittaneet ja huonot hävinneet. Jokainen, joka antaa jonon syntyä palvelupisteisiinsä, on vaarassa **menettää voimavarojaan** eikä **saada niitä lisää**, kuten nykyään.

Kustannuskehitys olisi tällöin täysin maksajan hallinnassa, yksityisillä ja julkisilla tuottajakonsortioilla ei olisi mitään mahdollisuutta vältellä hoitovastuutaan ja siten kuoria kermaa, niiden välinen kilpailu toteutuisi vihdoin samalta viivalta, kaikkien menestymisen ehto olisi ollut täydellinen palveluintegraatio ja hyvä asiakaspalvelu, samalla kun kansalaiset olisivat voineet käyttää laajaa valinnanvapauttaan ja ”äänestää jaloillaan”. Lähes kaikki vaihdannan kustannukset (transaktiokustannukset) olisivat jääneet tuottajien sisäisiksi murheiksi eikä asiattomien voittojen tekeminen olisi ollut enää mahdollista kenellekään.

Lakiesitys ei siis hidasta hyvinvointisektorin kustannusten kasvua vaan nopeuttaa sitä; jotta tämä kantani tulisi varmasti ymmärretyksi, kertaan seuraavassa kustannuksia kasvattavat tekijät:

a) uusi käyttöön otettava yksityinen kapasiteetti on myös uusi kustannuserä aivan samalla tavalla kuin käynnissä olevat valtakunnalliset valinnanvapauskokeilut. Ne kasvattavat kokonaiskustannuksia lähivuosina peräti 100 m€:lla. Ei ole nähtävissä, että julkinen sektori kykenisi nopeasti sopeuttamaan kapasiteettinsa muuttuneeseen tilanteeseen. *Tällä 100 m€:llä olisi voitu paikata kokonaan perusterveydenhuoltoon 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä syntynyt lääke- ja lääkärivajaus.*

b) suoran valinnan kapitoiduille sote-keskuksille luodaan vahva kannuste kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia: haavaakaan ei kannata ommella sote-keskuksessa, koska se

tietää omien ansioiden supistumista; näin tärvellyn integraation osittainenkin kokoon harsiminen sitoo tuntuvia voimavaroja.

c) *kiistely hoitovastuiden jakautumisesta peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon osalle kasvattaa riitojen asiantuntijaselvittelyn ja todennäköisesti jopa oikeudenkäyntien kustannuksia.: kysymyshän on toimijoiden omasta tulonmuodostuksesta.*

d) yksityiset sote-keskukset ovat jo nyt aloittaneet mielikuvamainonnan houkutellakseen mahdollisimman terveitä kansalaisia listoilleen; *mainontakaan ei ole ilmaista.*

e) osakeyhtiöpohjaisten toimijoiden tärkein tehtävä on osakeyhtiölain kirjaimen mukaan tuottaa voittoa omistajilleen. Ei ole ajateltavissa, että ulkomaiset pääomasijoittajat tyytyisivät vuosikymmeniksi nollaosinkoon. Omistuspohjan kansainvälisyyden takia *osingot karkaavat pysyvästi Suomen kansantaloudesta.*

f) kilpailu parhaista avainosaajista on jo nyt johtanut *palkkakilpailuun* (ks. kohta 2).

g) yksilöllisen sote-kapitaatiosumman laskeminen 5.5 miljoonalle suomalaiselle olisi jo suuri urakka. Kun kapitaatio koskee vain hämärästi määriteltyjä peruspalveluita ("tavalliset yleislääkärin tekemät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet"), *työn määrä moninkertaistuu.* Kun vielä nuo peruspalvelut muuttuvat alueellisesti ja ajassa, Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselle on säilytetty ylivoimainen tehtävä.

h) maakunnalla ei tule olemaan verotusoikeutta eikä se voi ottaa lainaa; koska PeL 88 §:n mukaan kansalaisella on oikeus "valtion talousarviosta riippumatta saada sen, mitä hänelle lain mukaan kuuluu", kustannuspaineet kantaa lopuksi aina valtio. *Järjestelmällä ei siis taaskaan ole perälautaa.*

Arvioin erikoissairaanhoidon volyymin kasvun ja transaktiokustannusten kasvattavan sektorin kokonaiskustannuksia vähintään viidellä prosentilla, minkä lisäksi tulevat omistajafirmojen sijoituksilleen laskemat tuotto-odotukset. Kolmen miljardin kustannustason alennustavoite kääntyy varovaisen ennusteeni mukaan runsaan miljardin lisäkustannuksiksi. ***Tämä olisi siis hoidon huonontumisesta maksettava hinta.*** Ellei sektorin rahoitus kasva vastaavalla summalla, varsinaiseen toimintaan ohjautuvien voimavarojen supistuminen uhkaa palveluiden riittävyyttä, jonka Perustuslain 19:3 §:n tulisi taata.

Valinnanvapauslakia ei pidä ajatellakaan vahvistettavan, ennen kuin kaikki käynnissä olevat ja hyvin runsaalla lisärahalta rahoitetut valinnanvapauskokeilut on arvioitu puolueettoman asiantuntijaelimen toimesta. Elleivät arvioinnin tulokset osoita yksiselitteisesti kokonaiskustannusten hallinnan parantuvan, alueellisen ja sosio-ekonomisen eriarvoisuuden vähenevän ja näin mahdollistavan terveyserojen kaventumisen, lakia ei pidä edes tuoda päätettäväksi.

Asiantuntijalausuntori selkokielinen tiivistelmä:

Kuten olen kuvannut jo syksyllä 2013, terveydenhuollon kustannuskehityksen hallinnan tehokkaksiin menetelmiin kuuluvat kansainvälisen kokemuksen mukaan tuottajien toiminnan yhteensovittaminen eli järjestelmäintegraatio, vastuuväestön pääluokan eli kapitaatioon perustuva rahoitus ja tuottajien keskinäinen laatuun perustuva kilpailu sekä vaihdanta-(transaktio-)kustannusten tarkka hallinta.

Järjestelmäintegraatio edellyttää yhtä yhteistä budjettia, yhtä aukotonta strategiaa ja kaikille integroiduille tuottajille yhteistä ansaintalogiikkaa.

Kapitaatio edellyttää jakamattoman kokonaisvastuun ottamista ensisijaisesti riittävän suurista ($> 10^5$) väestöpohjista, vasta toissijaisesti yksilöstä heidän vaihtaessaan palveluorganisaatiota; yksilöä koskeva vastuu tarkoittaa kokonaisvastuuta hänestä eikä tulkinnanvaraiseksi jäävää vastuuta ns. suoran valinnan palveluista.

Kilpailu edellyttää integroitujen ja kapitaatio-rahoitettujen julkisten ja yksityisten kilpailijoiden asettamista samalle viivalle vastaamaan riittävän suurten väestöpohjien hyvinvointipalveluiden tuottamisesta.

Vaihdantaan sitoutuvat kustannukset tulevat moninkertaistumaan uudelle hallintoportaalle osoitetun integraatiotehtävän ja ns. suoran valinnan palveluiden kapitaatiosumman määrittelyvaikeuksien takia.

Näin siis yksikään tarkastellusta neljästä terveyssektorin kokonaiskustannusten hallinnan keinoista ei toimi nykyisessä asiakkaan valinnanvapautta koskevassa lakiesityksessä. Sen vuoksi laki tulee kasvattamaan tuntuvasti sosiaali- ja terveyssektorin kustannuksia nykyisestä ja siten loitontamaan nykyistä järjestelmää sote-muutokselle asetetuista arvokkaista poliittisista tavoitteista.

Kunnioittavasti

8.4.2018

Martti Kekomäki

LKT, Master of Science (Administrative Medicine; pääaineena Health Economics, UWisconsin, Madison)

Terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon professori (emer.) Helsingin yliopisto

Terveysekonomian ainoa tuntiopettaja Hgin Kauppakorkeakoulu – Aalto Executive Education –ohjelmassa 1991 alkaen toistaiseksi

