

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi eduskunnan Sosiaali- ja terveysvaliokunnassa asiasta, joka koskee hyvinvointipalvelujärjestelmän uudistamista ja lakikokoelmasta erityisesti valinnanvapauslakia (HE18/2018 vp).

Oma asemani kyseisessä muutoshankkeessa on erikoinen. Suomen Keskustan puheenjohtaja Juha Sipilä, jota en lainkaan tuntenut aikaisemmasta, otti minuun yhteyttä lokakuussa 2013. Häntä kiinnostivat kansainväliset kokemukset terveyssektorin kustannusten hallinnasta.

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 ihmisenä vastuuta nyt syntyneestä erittäin hankalasta, kansalaisten yhdenvertaisuutta ja koko kansantaloutta uhkaavasta tilanteesta.

Lain tavoite on oikea.

Nimenomaan peruspalveluiden saatavuudessa on tuntuja alueellisia ja sosio-ekonomisia eroja. OECD on osoittanut, että ns. vertikaalinen oikeudenmukaisuus eli kansalaisten tasa-arvoinen pääsy peruspalveluiden piiriin on Suomessa koko järjestön jäsenvaltioiden heikoimpia. Asiantilan tärkein selittäjä on työterveyshuolto, joka takaa suurimmalle osalle tervettä työikäistä väestöä helpon ja sille maksuttoman pääsyn palveluihin. Samalla rahoituksen kaksikanavaisuus on osaltaan syynä siihen, että myös julkisesti tuotetut erikoissairaanhoidon palvelut eivät jakaudu kansalaisten objektiivisen palvelutarpeen vaan heidän vuositulojensa mukaan. Alimman tuloviidenneksen mahdollisuus saada esimerkiksi sepelvaltimotoimenpide on hoitotarpeeseen verrattuna vain noin 50 %. (prof. Ilmo Keskimäen tutkijaryhmä; hoitotarve määriteltynä sydänperäisinä kuolemina).

Kansainvälinen käsite ”*care paradox*” (suomeksi suunnilleen hoidon jakauman omituisuus) tarkoittaa tilannetta, jossa kaikkein terveimmillä kansalaisilla on tarjolla runsaimmat palvelut, joita he käyttävät enemmän ja joista he maksavat tuloihinsa suhteutettuna vähiten. Suomi on tällainen *care paradoxin* esimerkkimaa.

Myös koko sektorin kustannuskehitys on ylittänyt viime vuosina hyvin selvästi eli usealla prosentilla maan bruttokansantuotteen kehityksen. Jokainen talousasioita ymmärtävä käsittää, ettei tämä epäsuhta voi jatkua edes vuosia, saati tulevaa vuosikymmentä, jolloin huoltosuhde muuttuu maassamme ennen kokemattoman epäedulliseksi. Nykyinen noususuhdanne ei riitä korjaamaan epäsuhtaa.

Lainlaatija on takertunut aikansa eläneeseen palvelurakenteeseen.

Tarkasteltavan lakiesityksen läpikäyvä piirre on näkemys palvelusektorin jakautumisesta peruspalveluihin (=sote-keskukset) ja erikoispalveluihin (=liikelaitos). Tämä heijastaa menneiden vuosikymmenien ratkaisuja, jolloin sosiaali- ja terveyspalveluiden peruspalvelut rahoitti kunta ja erikoissairaanhoidon kuntien yhteenliittymä. Tämän asetelman lähempi tarkastelu valottaa nykypulmien syntymistä:

Kunnan ja niiden yhtymien välinen jännite oli monella alueella pysyvä: kunnasta tuli erikoissairaanhoidon laskujen passiivinen maksaja, erikoissairaanhoidon hallitsemattomasti kohoavista kustannuksista

puhuttaessa käytettiin ilmaisuja ”puuttuva perälauta” ja ”isännätön raha”. Koska rahat tuntuivat häviävän erikoissairaanhoidon pohjattomaan pussiin, kunnan mahdollisuudet huolehtia omien terveyskeskustensa asiallisesta toiminnasta vastaavasti heikkenivät. Niiden lääkäri- ja lääkärivakanssit ja täytetyt lääkäri- ja lääkärivirat eivät lisääntyneet 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä lainkaan. Työnantajat kyllästyivät rahoittamaan hoitoa odottavien työntekijöittensä sairauslomien ja vahvistivat työterveyshuoltoa ns. K2-osalla. *Care paradoxin* perusta oli laskettu, Suomen kansalaisten jako ”hyödyllisiin” ja ”hyödyttömiin” oli totta.

Nyt lain laatija elää mennyttä aikaa eikä kykene näkemään sitä palveluiden integraatiotavoitteen toteutumisen kannalta aivan oleellista seikkaa, että perus- ja erikoispalveluiden tulee olla yhden ainoan ja kaikille yhteisen hyvinvointistrategian toteuttajia. Tällainen ratkaisu patoaa sektorin kustannuskehityksen ja tuottaa parempilaatuisia palveluita kuin sirpaleinen ja kilpailutettu järjestelmä. Integroitu palvelujärjestelmä rakentaa työnjaon itse jopa aivan ilman raskasta maakuntahallintoa ja perustason näennäismarkkinoitakin, kuten Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan tuoreet ratkaisut osoittavat. Jonot sulavat ja kustannukset ovat kurissa. Keski-Pohjanmaa alitti budjettinsa 2017 peräti 4,25 %:lla. Pisimpään integroidusta järjestelmästä kokemuksia kerryttänyt Etelä-Karjalan EKSOTE tuottaa väestölleen palvelut peräti 17 % huokeammalla myös tarvevakioinnin jälkeen kuin valtakunta keskimäärin. Nyt tätäkin järjestelyä ollaan purkamassa lain voimalla. Muutokseen ei tarvittu mitään maakuntahallintoa vaan vahvaa, näkemyksellistä johtamista. Kannattaa mainita, että samainen EKSOTE on ulkoistanut silmätautien hoidon yksityiselle tuottajalle: integraatiotratkaisu ei siis syrji lähtökohtaisesti yksityissektoria.

Maakunnan, järjestäjän, tehtävien tulisikin rajoittua palvelulupauksen antamiseen maakunnan asukkaille, voimavarojen osoittamiseen integroidulle tuottajalle, toiminnan oikeudenmukaisuuden (=tasa-arvoisuuden) ja palveluiden riittävyyden seurantaan. Jopa tuottajat voidaan hyväksyä (akkreditoida) valtakunnan tasolla turhan päällekkäisen työn välttämiseksi.

Maakunta on siis poliittinen elin, integraatiosta vastaava tuottaja puolestaan asiantuntijaelin. Niiden roolit on pidettävä tiukasti toisistaan erillään. Lakiesityksessä roolit ovat sekaisin eikä lain pykäläviidakko kykene selvittämään tilannetta.

Yhteiseen strategiaan perustuvan, joustavan, aikaan ja maan eri osissa hyvin erilaisiin paikallisiin olosuhteisiin mukautetun toiminnan onnistuminen edellyttää ainakin seuraavia seikkoja:

Kaikkien avaintoimijoiden ansaintalogiikan on oltava sama; ei ole ajateltavissa, että ns. suoran valinnan peruspalvelut rahoitettaisiin kapitaatiojärjestelmällä – kuten lakiluonnoksessa esitetään – kun erikoispalveluiden tuotanto olisi virka- ja työehtosopimussuhteista palkkatyötä. Tässä hukataan kerralla koko *vertikaalinen integraatiotavoite* eli perustason ja erityistason mahdollisimman joustava yhteistyö.

Kaikki palvelut on tuotettava sillä järjestelmätasolla, jossa ne tuotetaan tehokkaimmin, toiminnan turvallisuudesta tinkimättä; on mahdotonta ajatella, että sosiaalipalvelut, ”neuvontaa ja ohjausta” (§ 18) lukuun ottamatta, tuotettaisiin liikelaitoksessa, joka keskittyy pääosin erikoissairaanhoidon järjestelyihin. Tämän keinotekoinen ratkaisu perustuu jo aikaisemmissa vaiheissa tunnistettuihin perustuslaillisiin vaikeuksiin siirtää julkisen vallan käyttöä yksityiselle toimijalle. Samalla se tuhoaa *horisontaalisen integraation* eli sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvan yhteen sovittamisen mahdollisimman lähellä asiakasta.

Kaikki avaintoimijat, kuten erikoislääkäritkin, on ymmärrettävä yhden alueellisen integroidun palvelujärjestelmän työvoimaksi. Silloin myös erikoisosaamista voidaan siirtää sinne, missä sen tuottama hyvinvointihyöty on suurin. Tätä mahdollisuutta on Suomessa jo käytetty peruspalveluiden vahvistamiseen ja asiakkaiden tarpeettoman siirtelyn (”pompottelun”) vähentämiseen: Periaatteeksi on otettu ”kerralla mahdollisimman moni asia kuntoon”.

Suomi on ollut pari vuosikymmentä maailmalla tunnustettu edelläkävijä, jossa palvelupinnassa toimivat yleis- ja erityisasiantuntijat ovat keskenään sopineet keskinäisestä työnjaostaan ja usein aivan yksityiskohtaisesti. Tämä sopiminen on voitu toteuttaa siitä riippumatta, onko palveluiden tuottamisesta vastaava yksityinen (mielestäni parhaana esimerkkinä Pihlajalinnan Mänttä-Vilppula-alue) vai julkinen toimija (esimerkit edellä). Sopiminen edellyttää kokemusta ja substanssiosaamista, seikkaperäistä tietoa ja yhteistä ymmärrystä paikallisista diagnostisista ja hoidollisista laitteista, yhteisiä tiedonsiirtojärjestelmiä, yhteistä hyvinvointikertomusjärjestelmää, tietoa toiminnan yksikkökustannuksista vaihtoehtoisin tavoin tuotettuina ja säännöllistä konkreettisia yhteistyömuotoja koskevaa vuoropuhelua.

Tämä lyhyt analyysi voidaan kiteyttää seuraaviin päätelmiin:

- 1) **Laissa hahmotellut ns. suoran valinnan palvelut eivät vahvista vaan voivat heikentää peruspalveluita.** Valinnan vapaus ja jonottamaton hoitoon pääsy ovat sinänsä arvokkaita tavoitteita. Ne yksinään eivät riitä vahvistamaan peruspalveluita. Syynä on niiden kapitaatiomuotoinen rahoitus (vvL § 65), joka luo voimakkaan taloudellisen kannusteen siirtää potilaat jonnekin muualle hoitoon, lähinnä päivystävään yksikköön tai erikoissairaanhoidon.

Rahoitustapoihin liittyvien kannusteiden vaikutusta ei pidä aliarvioida: juuri ne johtivat epäonnistumiseen sekä Norjassa 2004 että Tukholman maakäräjäalueella 2016. Alustavien tietojen mukaan myös Ylä-Savon valinnanvapauskokeilu syöttää odottamattoman paljon potilaita Kuopion yliopistolliseen sairaalaan, mikä kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia (tietolähde osastopäällikkö Kirsi Varhila, stm). Miksi hoitaisiin, kun en saa hoitamisesta rahaa ja kun voin lähettää toisten hoidettavaksi?

Valinnanvapaus lisää hoidon sirpaleisuutta entisestään juuri paljon palveluita tarvitsevien osalta, kun potilaan diabetesta päädytään hoitamaan eri paikassa kuin hänen masennustaan ja kumpakin näistä eri paikassa kuin hänen sosiaaliturvaansa.

Koska nimenomaan peruspalveluiden piirissä hoidettava tautitaakka on suurin pienituloisilla, palveluiden edellä kuvattu heikentäminen syrjii kansalaisia ja on ilmiselvässä ristiriidassa Perustuslain 6 §:n ilmaiseman kansalaisten yhdenvertaisuustavoitteen kanssa. Katsonkin, että tämän kansalaisryhmän suhteellinen asema on vain heikentynyt aikaisemmasta lakiesityksestä, jossa sosiaalipalveluiden tuottamiseen liittyvää julkista valtaa oli sentään yritetty jättää nykyistä lakiesitystä laajemmin sosiaali- ja terveyskeskuksiin.

Koska kysymys on miljardeista euroista eli PeL:n tarkoittamasta ”merkittävästä julkisen vallan käytöstä”, pulmia syntyy nimenomaan Perustuslain 124 §:n kanssa.

- 2) **Lakiehdotuksessa tavoiteltu kilpailu ei tule tehostamaan toimintaa vaan heikentämään terveydenhuollon tehokkuutta.** Kilpailu voi kasvattaa toiminnan tehokkuutta vain silloin, jos kilpailijat asetetaan samalle viivalle. Lain hahmottama yksityinen sote-keskus jää aina eri lähtöviivalle kuin julkinen, koska Perustuslaki jättää julkiselle järjestelmälle viimekätisen vastuun kaikkien kansalaisten (ml. päihde- ja mielenterveyspotilaiden) hoidosta.

Laissa sanotaan, että valinnanvapautta käyttämättömät kansalaiset jätetään parin vuoden siirtymäajan jälkeen jonkin sote-keskuksen vastuulle. Koska juuri valinnanvapautta käyttämättömillä on tilastojen mukaan suurin tarve perustason palveluintegraatiolle, heitä ei voida jättää yksityisen sote-keskuksen vastuulle, koska ne eivät voi käyttää julkista valtaa. Näin on luotu täysin epätasainen kilpailuasetelma.

Tehokas kilpailu edellyttäisi tämän takia aluksi alueellisesti määriteltyä väestövastuuta (kuten Britannian King's Fundin Place-based Care System tekee), jolloin kaikki kilpailijat, yksityiset ja julkiset, ottaisivat täyden hoitovastuun väestöprofiileiltaan mahdollisimman samanlaisista ja riittävän

suurista alueellisista väestökokonaisuuksista. Esillä oleva lakiesitys vain syventäisi sitä kansalaisten länsimaisittain ainutlaatuista eriarvoisuutta, jonka työterveyshuollon K2-osa on maahamme luonut. Suomi ei tarvitse toista osaoptimoivaa ja kansalaisiaan *de facto* eriarvoiseen asemaan asettavaa järjestelmää.

Syvenevä kahtiajako on omiaan siirtämään osajia hoitamaan elämänsä hallitsevia, työikäisiä ja hyvin informoituja kansalaisia yksityisiin sote-keskuksiin. Muun muassa Ylä-Savon valinnanvapauskokeilu antaa jo tämän suuntaisia viitteitä. Ilmiössä ei ole mitään odottamatonta: nykyhallitus on poistamassa yksityisille terveyspalveluille annetun Kela-tuen, samanaikaisesti työnantajapooli on arvostellut rahoittamansa työterveyshuollon K2-osuuden kallistumista. Jälkimmäinen ilmiö on heijastunut kaikkiin yksityisiin terveysvakuutuksiin, jotka ovat kallistuneet viidessä vuodessa 154 % (Helsingin Sanomat, 4.4.2018). Koska molemmat muutokset heikentävät potentiaalisesti juuri työikäisten yksityisten peruspalveluiden saatavuutta, siirtyminen maakunnan (valtion) rahoittamiin peruspalveluihin oli jo etukäteen varmaa. Mielenterveys- ja päihderiippuvaiset asiakkaat eivät sitä vastoin suuremmin kiinnosta yksityistä tuottajaa (Mehiläisen tekemä Meri-Lapin sopimus, kohta 4.2).

Siirtymistä vauhditetaan nyt palveluiden aktiivisella ja kohdennetulla markkinoinnilla ja avaintuottajien palkkakilpailulla (ks. kohta 6). Vastavoimaksi esitetty tehostettu valvonta kasvattaisi valvontaviranomaisten lukumäärää ja kustannuksia (ks. kohta 6). On huomattava, että valvonta edellyttää huomattavan laaja-alaista terveydenhuollon, ekonomin, juridiikan ja hoitoprosessien asiantuntemusta. Terveyspalveluiden vaikeasti hallittavien palvelumarkkinoiden etu- ja jälkikäteen valvonta sitoo esim. Yhdysvaltojen terveydenhuollon kokonaiskustannuksista noin 30 % (sic!).

- 3) **Lakiesitys ei vähennä potilaan ”pompottelua” vaan lisää sitä.** Kapitoidulla perusterveydenhuollolla on siis edellä kuvattu taloudellinen kannuste lähettää potilas muualle hoitoon (ks. kohta 1). Koska yksityinen sote-keskus ei voi perustuslain tulkinnan mukaan käyttää viranomaisvaltaa, myös julkisen sote-keskuksen tarjoamat sosiaalipalvelut on nyt jouduttu typistämään lähtökohtaisesti pelkäksi ”ohjaukseksi ja neuvonnaksi”. Tämä siis merkitsee lähipalveluiden orastavan horisontaalisen integraation tietoa purkamista. Samalla esitys nostaa pahenevan ”pompottelun” kohteiksi juuri eniten apua tarvitsevat ja kaikin puolin heikoimmassa asemassa olevat kansalaiset. Sosiaaliosaajien ajoittainen tapauskohtainen siirtyminen sote-keskuksiin on omiaan vain pahentamaan syntyvää kaaosta.

Sosiaalisektorin merkitystä ei pidä arvioida sen pienen asiakasosuuden (10-15 % väestöstä) perusteella vaan siltä pohjalta, että tämä osa väestöstä sitoo yli 80 % (12-13 mrd€) koko sektorin kustannuksista. Mielenterveys- ja päihdepotilaat, muistisairaat vanhukset ja moniongelmaiset lapsiperheet ovat vahvasti yliedustettuina tässä asiakassegmentissä.

- 4) **Lakiesitys ei paranna palveluiden laatua vaan heikentää sitä;** valitettavasti lainlaatija ei ole määritellyt sanallakaan, mitä se tarkoittaa hyvinvointipalveluiden laadulla. Kansainvälisesti käytetyistä (Institute of Medicine, 2001) kuudesta laatu-ulottuvuudesta (kustannus-vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja tasa-arvo) lakiesitys heikentää tehokkuutta (ks. kohta 2), kustannus-vaikuttavuutta kasvattamalla turhia kustannuksia (ks. kohta 6), ja tasa-arvoa syventämällä palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden alueellisia ja sosio-ekonomisia eroja (ks. kohta 2).

Laatu-ulottuvuuksista vain peruspalveluiden saatavuus taajamissa voi parantaa oikea-aikaisuutta tarjonnan lisääntyessä. Tämä ei riitä kaventamaan kansalaisten terveyseroja, mikä oli yksi lain alkuperäisistä tavoitteista.

- 5) **Lakiesitys ei auta tulevana vuosinakaan vahvistamaan peruspalveluita vaan estää niiden kehittämistä.** Suomalainen terveyskeskus on mukautunut palvelemaan Euroopan Unionin harvimpaan asutun maan väestöä. Terveyskeskuksen palveluvalikko ulottuu jo nyt monella alueella ”yleislääkärin tekemistä tavallisista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä (vvl § 18)” erikoisalojen diagnostiikkaan (esimerkkeinä maha-suolikanavan, virtsateiden ja synnytyskanavan tähytykset, ultraäänitutkimukset), hoitoon (sydäntahdistimien patterinvaihdot, lapsipotilaan astman, avannepotilaiden ja kroonisten haavapotilaiden hoito, kroonisen munuaisvian dialyysihoito) sekä kuntoutukseen (lonkkamurtumapotilaat).

Ilmeisesti lainlaatijan ihanteena on ollut keskieurooppalainen yhden tai parin lääkärin vastaanottotoiminta, jossa toimitaan vähintään ”30 tuntia viikossa”. *Sen mallin tuominen Suomeen valinnanvapauslain voimalla merkitsisi vuosikymmenien mittaista taka-askelta.* Monipuolisen palvelutarjoaman rahallinen korvaaminen yksilökapitaatioon perustuvalla mallilla on ylivoimainen tehtävä; myös erikoisosaamisen (esim. ortopedia, kardiologia, pediatria, dermatologia, gynekologia, oftalmologia jne) asteittainen, koulutus- ja integraatitavoitteita toteuttava tuonti perustasolle on mahdotonta asetelmassa, jossa korvaus perustuu kömpelöön yksilökapitaatioon. Kuka laskee osuvimman yksilökohtaisen kapitaatiosumman, kun toiminnan sisältö tulee muuttumaan jatkossa alueellisesti, jatkuvasti ja vielä eritahtisesti?

Lain perusteluihin merkitty tavoite yksityisesti ja julkisesti tuotettujen sote-keskustasoisten palveluiden ”samanlaisuudesta” kertoo lainlaatijan heikosta tietopohjasta. Yksityiset ja julkiset sote-keskukset tulevat olemaan aivan erilaisia ja palvelemaan aivan eri väestösegmenttejä. On käsitettävä, että tämä kahtiajako kasvattaa väestön terveyseroja eikä pienennä niitä.

- 6) **Lakiesitys ei hidasta hyvinvointisektorin kustannusten kasvua vaan nopeuttaa sitä;** tämä johtuu ainakin seuraavista seitsemästä erillisestä tekijästä, jotka kaikki ovat uusia kustannuseriä ja kuuluvat kaikki ns. häiriökysynnän, eli lisäarvoa tuottamattoman toiminnan piiriin:

a) uusi käyttöön otettava yksityinen kapasiteetti on myös uusi kustannuserä aivan samalla tavalla kuin käynnissä olevat valtakunnalliset valinnanvapauskokeilut kasvattavat kokonaiskustannuksia lähivuosina peräti 100 m€:lla. Ei ole nähtävissä, että julkinen sektori kykenisi nopeasti sopeuttamaan kapasiteettinsa muuttuneeseen tilanteeseen. (Huomattakoon, että tällä 100 m€:llä olisi voitu paikata kokonaan perusterveydenhuoltoon 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä syntynyt lääkärivajaus ja hoitaa peruspalvelut ”kuntoon”: 100 m€ > 1000 lääkärinvakanssia)

b) suoran valinnan kapitoiduille sote-keskuksille luodaan vahva kannuste kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia: haavaakaan ei kannata ommella sote-keskuksessa, koska se tietää omien ansioiden supistumista; (ks.ed. kohta 1) näin tarvellun 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, Terveiden- 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 §:n tulisi taata.

- 7) **Valinnanvapauslakia ei pidä ajatellakaan vahvistettavan, ennen kuin kaikki meneillään 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.*

Erikoisinta nyt syntyneessä tilanteessa on silti se, että suurin osa pulmista olisi vältetty 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 päällekkäisiksi, hyvät voittaneet ja huonot hävinneet. Kustannuskehitys olisi tällöin täysin maksajan hallinnassa, yksityisillä ja julkisilla tuottajakonsortioilla ei olisi mitään mahdollisuutta vältellä hoitovastuutaan ja siten kuoria kermaa, niiden välinen kilpailu toteutuisi vihdoinkin 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 osaoptimoimalla olisi ollut enää mahdollista kenellekään. – Näin ajattelin syksyllä 2013, näin ajattelen nyt.

Kunnioitavasti

8.4.2018

Martti Kekomäki

LKT, kirurgian erikoislääkäri; Master of Science (Administrative Medicine, pääaineena Health Economics, University of Wisconsin, Madison)

Terveiden- ja sairaanhoidon professori (emer.) Helsingin yliopisto

Terveysekonomian ainoa tuntiopettaja Helsingin Kauppakorkeakoulun ja Aalto Executive Education – yksikön TeJoKo- ja JHT-johtamiskoulutusohjelmissa 1991 – 2018.