

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle

Asia: HE 15/2017 vp , HE 57/2017 vp , HE 71/2017 vp, HE 15/2018 vp , HE 16/2018 vp

Teema: Taloudellisten vaikutusten ja rahoituksen näkökulma sekä uudistukseen liittyvät keskeiset haasteet ja riskit.

Aika: perjantai 20.4.2017 klo 11.40

Lausunnon antaja: Juhani Lehto

Kiitän mahdollisuudesta antaa asiantuntija-arvioni edellä mainituista hallituksen esityksistä. Tässä lausunnossa perustelen seuraavat arviot:

1. Hallituksen valinnanvapauslakiesityksen taloudellisten vaikutusten arvio sivuuttaa esityksen vaikutuksen osittain Kelan korvaamaan kuntoutukseen ja sairaanhoitoon, eli vaikutusarviossa on noin 1,5 – 2 miljardin euron ”harmaa aukko”.
2. Valinnanvapauslakiesitys loisi jokaisen maakunnan sisälle uuden nykyistä monimutkaisemman monikanavaisen tuottajien rahoitus- ja ohjausjärjestelmän, joka esitetyssä muodossa synnyttäisi lain tavoitteiden vastaisia (perversejä) taloudellisia kannusteita ja kasvattaisi suuresti järjestelmän byrokraattisuutta ja hallintokustannuksia (transaktiokustannuksia).
3. Esitetyillä sote-keskusten, suun hoidon keskusten, asiakassetelipalvelujen ja henkilökohtaisen budjetin palvelujen tuottajien markkinasääntely vie maakunnilta mahdollisuuden aikaansaada tuottajien välistä hintakilpailua ja vaikeuttaa kilpailuttamista maakunnan yhteisten laatu- ja saatavuustavoitteiden saavuttamiseksi. Kun näillä markkinoilla ei sovelleta Hankintalainsäädäntöä, jää näiden markkinoiden pelisääntöjen luominen kunkin maakunnan vastuulle, ilman lainsäädännön selkänöjää.
4. Uudistusesityksen lupaus julkisten kustannusten kasvun hillinnästä ei perustu mihinkään vakavasti otettavaan arvioon uudistuksen luomien uusien mekanismien nykyistä paremmasta soveltuvuudesta kustannusten hallintaan. Jos valtio sille esitetyillä valtuuksilla pakottaa julkiset menot esitettyyn kehykseen, maakunnat eivät kykene takaamaan esitetyillä mekanismeilla kaikille asukkaille riittäviä sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita.
5. Toimeenpanon vaiheistamisessa suosittelen uudistuksen eri elementeille erilaisia aikatauluja ja myös etenemistä Kansanterveyslain ja Peruskoululain esimerkin mukaisesti aloittaen niistä maakunnista, joissa nykyjärjestelmän ongelmat ovat polttavimpia.

Asiakasmaksut ja Kelan rahoituksen muutokset auki

Sipilän hallituksen ohjelman – ja monien aiempien ja myöhempien – asiakirjojen mukaan sote-uudistukseen sisältyy kolme pääelementtiä: 1) hallinnon muutos kohti suurempia alueellisia kokonaisuuksia ja selkeämpää valtion ohjausta, 2) rahoituksen muutos, jonka keskeisenä sisältönä on nykyisen monikanavarahoituksen uusiminen yhtenäisemmäksi kokonaisuudeksi ja 3) asukkaiden valinnanvapauden kehittäminen. Marraskuussa 2015 Valtioneuvoston tekemän periaatepäätöksen mukaan, kaikki kolme elementtiä piti tuoda kokonaisuutena eduskunnan käsiteltäväksi.

Rahoituksen osalta nyt käsittelyssä oleva kokonaisuus sisältää nykyisen kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kunnallisen rahoitusosuuden siirtämisen valtion vastuulle, josta nykyisten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustusten kanssa muodostettaisiin rahoituslakiesityksen mukainen yhtenäinen valtion rahoitus. Sen sijaan käsittelyssä olevaan kokonaisuuteen ei ole sisällytetty aiemmassa monikanavarahoituksen uudistamisvalmistelussa esillä olleita ja edelleen maakunta- ja sote-uudistuksen valmisteluprosessiin kuuluvia sellaisia merkittäviä elementtejä kuin:

- Asiakasmaksulainsäädännön muutos,
- Kelan kuntoutusta ja sairausvakuutuskorvauksia koskevien lakien muutos, ja
- Työterveydenhuollon lainsäädännön muutokset.

Ilman näitä lainsäädäntömuutoksia koskevien esitysten olemassaoloa koko uudistuksen taloudellisia ja muita vaikutuksia on vaikea arvioida. Esimerkiksi Kelan korvaamia yksityishammaslääkärissä käyntejä on vuosittain yli 2,5 miljoonaa ja yksityislääkärissä käyntejä (ilman työterveydenhuoltoa) on lähes 4 miljoonaa. Kun valinnanvapauslakiesitys mahdollistaisi näiden käyntien tuottajilla pääosin samojen palvelujen tarjoamisen myös maakunnan suoravalintapalveluna, on kyse mahdollisuudesta erittäin suuren palvelukysynnän siirtymisestä maakunnan rahoitusvastuun piiriin. Siirtymän suuruus riippuu siitä

- Mikä on tuleva asiakasmaksujen taso,
- Poistuvatko sairausvakuutuskorvaukset kokonaan tai osittain, ja
- Onko saatavissa palveluissa sellaisia saatavuus- tai laatueroja, että merkittävä osa yksityissektorin asiakkaista on valmis maksamaan muusta kuin maakunnan vastuulla olevasta palvelusta itse tai nykyisiä yksityisiä sairausvakuutuksia kalliimpien vakuutusmaksujen muodossa. Itsemaksavuuden osaltakin on vielä kaksi erilaista vaihtoehtoa julkisen rahoitusvastuun kannalta. Itse kokonaan maksettavat palvelut voivat olla lisäpalveluja, joita on mahdollista saada maakunnan korvaamien palvelujen lisäksi, samasta palveluyksiköstä. Toinen vaihtoehto on, että itse kokonaan maksettavia palveluja saa vain yksiköistä, joissa joutuu itse maksamaan kaikista käyttämistään palveluista.

Olen arvioinut, että nykyään yksityisesti tuotettujen ja Kelan kuntoutuksena tai sairaanhoitokorvauksilla osittain korvattuna olevien palvelujen epäselvä asema muodostaa suuruusluokkaa 1,5-2 miljardia olevan rahoituksen ”harmaan vyöhykkeen”, jonka kattaminen maakunnan rahoituksella, asiakasmaksuilla ja yksityisen ja julkisen sairausvakuutuksen korvauksilla on avoinna¹². Kun ministeri Saarikko on julkisuudessa luvannut, että tarkoituksena ei ole asiakasmaksujen korottaminen, hän ei ole ottanut kantaa tähän harmaaseen vyöhykkeeseen. Sen sijaan valtiosihteeri Hetemäki on eräässä haastattelulausunnossan³ ilmaissut, että

¹Lehto, Juhani. Sote-markkinoiden julkisen sääntelyn haasteet 2. Yhteiskuntapolitiikka 6/2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135582/YP1706_Lehto.pdf?sequence=3&isAllowed=y

² Lehto, Juhani. Sote-markkinoiden ja -työmarkkinoiden murros. Talous ja yhteiskunta 1/2018. <http://www.labour.fi/ty/tylehti/talous-yhteiskunta-1-2018/sote-markkinoiden-ja-tyomarkkinoiden-murros/>

³Martti Hetemäen haastattelulausunto Iltalehdessä.

http://www.iltalehti.fi/politiikka/201803142200812380_pi.shtml?_ga=2.134294645.526406110.1523951708-484407556.1521965423

asiaksmaksujen taso ja yksityiset vakuutukset ovat keinovalikoimassa, kun tätä harmaan vyöhykkeen uudistusta valmistellaan. Sosiaali- ja terveysministeriön 16.4.2018 julkaiseman tiedotteen mukaan tätä kokonaisuutta koskevia esityksiä valmistuu vuoden 2018 aikana ja muun muassa Kelan sairaanhoitokorvaukset poistuisivat vuonna 2022.⁴

Oma kysymyksensä edellisten lisäksi ovat työterveydenhuoltonsa osana perussairaanhoitopalveluja yksityisiltä lääkäriasemilta saavat yli 1,1 miljoonaa asukasta. Jos työterveydenhuollon korvaukset keskitetään ehkäisevään terveydenhuoltoon, siirtyy maakunnille korvausta vaille jäävän perussairaanhoidon kysyntä. Jos taas työterveydenhuollon korvaukset säilytetään ennallaan, syntyy maakunnan suoravalintakorvausten piiriin pääsevien lääkäriasemien osalta kiireinen tarve synnyttää tieto- ja valvontajärjestelmä, joka estää samaa toimintaa koskevan korvaustulon kahdesta rahoituskanavasta.

Julkisen rahoituksen näkökulmasta edellä kuvatun haasteen voi osittain ratkaista sillä, että nyt sairausvakuutusmaksuina kerätty rahoitus vähennetään Kelan puolelta ja vastaava rahoitus lisätään maakuntien rahoituslain mukaiseen rahoitukseen. Toisin sanoen nyt päätöksästytyssä olevaa rahoituslakia muutetaan jo ennen sen voimaantuloa tai pian voimaantulon jälkeen. Sekä teknisesti että poliittisesti muutoksen toteuttaminen niin, että se kohtelisi neutraalisti kaikkia veronmaksaja- ja sosiaaliturvanmaksajaryhmiä lienee varsin vaativaa. Vaativuutta lisää se, että julkisen rahoituksen osuus on sekä sairausvakuutuskorvatuissa palveluissa että työterveydenhuollossa pienempi kuin vastaavissa nykyisissä kunnallisissa terveystalouksissa. Katetaanko tämä aukko lisäämällä valtion rahoitusta vai kasvattamalla asiakasmaksutuloa vastoin ministeri Saarikon ilmaisemaa⁵ tahtoa?

Rahoituksen monikanavaisuus: perverssejä kannusteita ja transaktiokustannuksia

Samalla kun sote-uudistukseen kuuluu edellä mainitulla tavalla vielä täsmentämätöntä maakuntien saaman rahoituksen monikanavaisuuden purkamista, johtaisi lakikokonaisuuden hyväksyminen esitetyssä muodossa maakunnan tuottajille kohdentaman rahoituksen monikanavaisuuteen ongelmiseen.

Valinnanvapauslakiesityksen mukaan maakunnan rahoitus ohjataan samaan tuottajakenttään ja samojen asukkaiden käyttämien palvelujen korvaamiseen usean eri ohjausperiaatteen noudattavan kanavan kautta:

- sote-keskusten kapitaatiokorvaus- ja sopimusohjausmalli
- suun hoidon yksiköiden kapitaatiokorvaus- ja sopimusohjausmalli,
- asiakasasetteihin perustuva suoritekorvaus- ja sopimusohjausmalli,
- henkilökohtaiseen budjettiin perustuva suoritekorvaus- ja sopimusohjausmalli,
- maakunnan ja tuottajien ostopalvelusopimuksiin perustuva ja hankintalakea soveltava kilpailutus- ja sopimusohjausmalli, ja
- maakunnan ja sen omistaman sote-liikelaitoksen välinen budjetti- ja sopimusohjausmalli.

⁴ STM:n tiedote 17.4.2018: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/monikanavarahoitusta-yksinkertaistetaan-ja-asiaksmaksuja-uudistetaan

⁵ <https://www.mtv.fi/uutiset/mielipiteet/nettiviaat/artikkeli/annika-saarikon-ensimmainen-nettikolumni-tarkein-asiaksmaksu-on-veronmaksu/6843808#gs.pgryBdo>

Nykyiseen verrattuna erityisesti perusterveydenhuollon eri osien rahoitus ja ohjaus jakaantuu moneen osaan: 1) yleislääkäri- ja sairaanhoitajavastaanotto toiminta sote-keskuksiin, 2) hammashoidon peruspalvelut suun hoidon yksiköihin, 3) kotisairaanhoito ja avokuntoutus ensisijaisesti yksityisiin asiakassetelipalveluihin sekä 4) äitiys- ja lastenneuvola ensisijaisesti maakunnan sote-liikelaitokseen.

Sosiaalihuollon palvelut jakautuvat myös neljän rahoitus- ja ohjausmallin kesken: hoivan ja sosiaalisen kuntoutuksen palvelut ensisijaisesti 1) yksityisiin asiakassetelipalveluihin sekä 2) henkilökohtaisen budjetin palveluihin ja 3) lasten nuorten ja perheiden palvelut ja aikuissosiaalityön palvelut maakunnan sote-liikelaitoksen vastuulle. Osa sote-liikelaitoksen vastuulla olevista palveluista, esimerkiksi lastensuojelun ja päihdehuollon laitos- ja avopalveluita, järjestyy suurelta osin 4) maakunnan ostopalvelusopimusten kautta. Suuri muutos nykyiseen syntyy siitä, että valinnanvapauslakiesityksen mukaan asiakassetelit ja henkilökohtainen budjetti ovat useimmissa hoivan ja kuntoutuksen palveluissa asukkaalle ensisijaisesti tarjottava rahoitusmuoto. Vasta asukkaan kieltäytyessä asiakassetelistä tai budjetista hänelle voidaan tarjota liikelaitoksen omaa tai ostopalvelua. Nykyisinhän valtaosa yksityisistä sosiaalipalveluista rahoitetaan ja ohjataan hankintalain mukaisesti kilpailutetuilla ostopalveluilla.

Erikoislääkärikeskeisistä palveluissa on nykyisin sairaanhoitopiirien toiminnan lisäksi joillakin erikoisaloilla – esimerkiksi silmälääkärit ja gynekologit – merkittävässä asemassa yksityissektorin osittain sairausvakuutuskorvatut palvelut. Uudistusesityksen mukaan suurin osa erikoislääkärikeskeisistä palveluista sijoittuisi 1) maakunnan sote-liikelaitoksen vastuulle, 2) pieni osa – joidenkin erikoislääkärikonsultaatioiden osalta – sote-keskuksiin, 3) pienehkö osa sote-liikelaitoksen myöntämällä asiakaseteleillä tai ostopalveluilla toteutettavaksi sekä 4) jokin osa edellä mainitun rahoituksen kannalta ”harmaan vyöhykkeen” ratkaisun sanelemalla tavalla kokonaan asukkaiden suoraan tai yksityisvakuutuksilla maksettuihin palveluihin.

Monikanavarahoituksen on tutkimuskirjallisuudessa todettu synnyttävän kokonaisjärjestelmän kannalta haitallisia kannusteita kustannusten siirtoon, palvelukokonaisuuksien pirstaloitumiseen ja niistä aiheutuviin ylimääräisiin kustannuksiin ja tehottomuuteen.⁶ Nämä ongelmat tekevät maakuntien vastuulle siirrettävän palvelujärjestelmän ohjauksen erittäin vaativaksi ja kustannusten hillintätavoitteen toteutumisen kannalta mahdottomaksi⁷:

1. Sote-keskusten ja suun hoidon keskusten kapitaatiokorvausperusteita on kyllä mahdollista hyvällä tietopohjalla kehittää niin, että tuottajille tulee kannattavammaksi kohdentaa

⁶ Pekurinen, M. ym (2011). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edust, haitat ja kehittämistarpeet. THL, <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20120508346> ; Mossialos, E. ym (2002). Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/funding-health-care-options-for-europe-2002>.

⁷ Lehto, Juhani. Sote-markkinoiden julkisen sääntelyn haasteet 2. Yhteiskuntapolitiikka 6/2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135582/YP1706_Lehto.pdf?sequence=3&isAllowed=y ja Lehto, Juhani. Sote-markkinoiden julkisen sääntelyn haasteet. Yhteiskuntapolitiikka 4/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132032/YP1704_Lehto.pdf?sequence=3&isAllowed=y

yksiköittensä sijoittumista ja asiakkaiden hankintaa myös enemmän palveluja tarvitsevien alueille. Tämähän on tutkimukseen perustuva tulos Ruotsin maakuntien erilaisten korvausmallien vertailusta⁸, johon Suomen hallituksen lakiesityksen puolesta on viitattu. Tällainen rajallinen mahdollisuus ehkäistä potilaiden valikointia ei kuitenkaan mitenkään poista sitä, että kapitaatiokorvaus edelleen kannustaa paljon palveluresursseja vaativien potilaiden alihoitoon ja ohjaamiseen eri rahoitusmallien piirissä olevien yksiköiden (maakunnan liikelaitoksen ja sen kautta rahoitettavien asiakasseteli-, henkilökohtainen budjetti- ja ostopalvelujen) vastuulle. Alihoidon ja muiden vastuulle ohjaamisen hillintä edellyttää valvontaa ja liikelaitoksen ”vakuutuslääkärimäistä” tiukkaa portinvartijajärjestelmää. Siinä voidaan yrittää käyttää myös negatiivisia kannusteita – korvauksen alentamista yksikölle, joka ohjaa keskimääräistä enemmän potilaita liikelaitoksen vastuulle. Samalla, kun tällaiset menetelmät ovat osoittautuneet suhteellisen tehottomiksi, niiden toimeenpano kasvattaa hallintokustannuksia ja asiantuntijatyöpanoksen kuluttamista byrokraattiseksi koettuihin käytäntöihin. Taloustieteen kielellä: transaktiokustannukset kasvavat enemmän kuin niiden ansiosta saadut hyödyt.

2. Asiakassetelien suoritekorvauksia on taas vaikea asettaa tavalla, jolla vältettäisiin suoritekorvauksiin yleisesti sisältyvä piirre, että ne kannustavat tuottajia ansaintaan järjestelmän tavoitteiden kannalta tarpeettomalla suoritteiden määrän lisäämisellä, ylihoidolla. Tämänkin hillitseminen edellyttää sopimusten yksityiskohtaisuutta ja valvontaa, transaktiokustannusten kasvua.
3. Erityisen vaativaa on rakentaa monia erilaisia palveluja tarvitsevien asukkaiden joustavia, tehokkaita ja asiakasystävällisiä hoito- ja palvelukokonaisuuksia. Kun suurin osa, jopa 80 % sosiaali- ja terveydenhuollon kaikista menoista kohdistuu kulloinkin paljon, monia ja kalliita palveluja tarvitseviin asukkaisiin, tällaisten palvelukokonaisuuksien rakentaminen eli integraatio on keskeinen kustannusten kasvun hillintäkeino. Maakunnan palvelujen jakautuminen erilaisten rahoitus- ja ohjauskanavien piiriin sekä korostaa integraation tarvetta, että tekee sen erityisen vaativaksi. Valinnanvapauslakiesityksessä integraation uskotaan toteutuvan maakunnan liikelaitoksen vastuulle säädettävän asiakkaan palvelutarvearvion ja asiakassuunnitelman sekä tuottajiin kohdistuvan asiakassuunnitelman toimeenpanovelvoitteen kautta. Omalta osaltaan liikelaitoksen pitäisi lisäksi edistää integraatiota sijoittamalla sosiaalityöntekijöitä sote-keskuksen yhteyteen. Nämä liikelaitoksen velvoitteet kasvattavat huomattavasti liikelaitoksen velvoitetta kohdentaa ammattityövoimaa palvelujen sijasta palvelubyrokraattiaan ja palveluohjaukseen. Toisin sanoen palvelujärjestelmän ja sen ohjausmekanismien pirstaloituminen johtaa byrokratian lisääntymiseen, transaktiokustannusten kasvamiseen. Tällaisen integraation vaikuttavuudesta ei ole tutkimustietoa, koska vastaavassa laajuudessa tällaista ei ole toteutettu missään. Välillisesti saatavilla olevista tutkimusyhteenvedoista voi kuitenkin

⁸ Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? Anell, A & Dackehag, M & Dietrichson, J. 2018 Mar 14 In : BMC Health Services Research. 18, 1, 179

päätellä, etteivät joustavuutta, tehokkuutta ja kustannusten hillintää aikaansaavan integraation onnistumisen todennäköisyys ole suuri⁹.

Yksityistämisellä ja kilpailulla julkisten menojen säästöä

Nykyisen sosiaalihuollon asiakaspalveluista noin 32 % ja terveydenhuollon asiakaspalveluista noin 21 % on yksityisten tuottajien tuottamaa. Lisäksi julkisten asiakaspalvelujen välituotteista – esimerkiksi lääkkeet, välineet, kiinteistöt, huolto- ja tukipalvelut – merkittävä osa on yksityisten yritysten tuottamia. Arvioni mukaan noin 40 % sosiaali- ja terveydenhuollon koko arvonlisäyksestä syntyy yksityisen tuotannon piirissä¹⁰. Sote-uudistuksen toteuttaminen esitetyssä muodossa kasvattaisi yksityisen tuotannon osuutta asiakaspalveluissa. Osuuden kasvua todennäköisesti merkittävämpää on se muutos julkisen rahoittajan suhteessa sekä yksityisiin että osittain myös julkisiin tuottajiin, joka lakiesitysten toteutuminen esitetyssä muodossa merkitsisi.

Esitetyn muutoksen ydin on siirtyminen pois julkisen järjestäjän (kunnan/maakunnan) suorittamasta yksityisten palvelutuottajien Hankintalain mukaisesta kilpailuttamisesta hinnan ja laadun suhteen. Tilalle esitetään sääntelyjärjestelmää, jossa

- Maakunta ei kilpailuta tuottajia, vaan määrittää palveluvalikoimaa ja sisältöä, laatua, saavutettavuutta ja hallintoa koskevat minimiehdot ja ilmoittaa, millaisia rahallisia korvauksia asiakasta kohti se on valmis tuottajille maksamaan. Näihin – kaikkia tuottajia yhdenvertaisesti kohteleviin – ehtoihin suostuvien tuottajien kanssa tehdään sopimukset. Asiakkaat valitsevat näistä tuottajista itselleen sopivimman ja asiakasmaksu (jonka perii maakunta eikä tuottaja) on kaikilla tuottajilla sama.
- Näillä markkinoilla ei siis kilpailla hinnalla tai korkeintaan pois suljetaan tuottajat, jotka eivät koe houkuttelevaksi tarjota palvelua asetetuilla minimiehdoin. Sekä kapitaatiokorvausten että asiakassetelikorvausten hinnanmääritys kaikille palvelutuoteryhmille niin, että se houkuttelee riittävän montaa tuottajaa (valinnanvapauden aikaansaamiseksi) ja samaan aikaan ei mahdollista perusteettomia voittomarginaaleja joillekin, tulee olemaan varsin vaativa tehtävä ilman hintakilpailuttamista, erityisesti uuden markkinan muodostumistilanteessa.
- Näillä markkinoilla maakunta ei myöskään kilpailuta laadulla, vaan asettaa minimilaatuehdot. Asiakkaan oletetaan tekevän valintansa laadun perusteella. Tutkimusten

⁹ Lehto, Juhani & Sinervo, Timo & Tynkkynen, Liina- Kaisa: Valinnanvapaus ja integraatio – terveyden- huollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen Aikakauskirja 44 (2016): 1, 53–69, ja Goodwin, N. & Perry, C. & Dixon, A. & Ham, C.: Integrated Care for Patients and Populations. Kings Fund & Nuffield Trust, 2010.

¹⁰ Lehto, Juhani. Sote-markkinoiden ja -työmarkkinoiden murros. Talous ja yhteiskunta 1/2018. <http://www.labour.fi/ty/tylehti/talous-yhteiskunta-1-2018/sote-markkinoiden-ja-tyomarkkinoiden-murros/>

mukaan asiakkaiden laatuprioriteetit vaihtelevat. Joillekin asiantuntijoiden määrittämät laatukriteerit ovat ohjaavia, toisille taas eri tavoin syntyneet mielikuvat, tai palvelun tarjonnan fyysinen ympäristö tai muodot.¹¹ Valinnanvapauspalveluja valittaessa joillekin voi olla keskeistä, saako samalta tuottajalta myös itse maksamalla lisäpalveluja, millä ei maksukyvyttömälle ole ehkä lainkaan merkitystä. Lopputulos lienee, että valinnat tehdään laadun perusteella, mutta varsinkin kovan laatu tiedon usein puuttuessa valinnat eivät aina edistä kilpailua maakunnan kokonaisuuden tai veronmaksajien yhteisen intressin mukaisesta laadusta.

Tällä säätelyjärjestelmällä, varsinkin jos maakuntien velvollisuus huolehtia siitä, että asiakkaille syntyy todellinen valinnanvapaus, eli tarjolla on useita tuottajia, ei ole kovinkaan helppoa aikaansaada julkisen maksajan menopaineita helpottavaa kilpailua. Tuottajilla on toki kannustin lisätä tehokkuuttaan ja soveltaa sitä edistäviä innovaatioita, mutta lähinnä omaksi edukseen, pitäen mahdollisuuksien mukaan julkinen maksaja tietämättömänä todellisesta hinnanmuodostuksesta.

Mistä säästöt on oletettu saatavan ja ovatko odotukset realistisia?

Usein esillä ollut säästö lupaus on perustunut ajatukseen, että siirtyminen yli 400 palvelujen järjestäjähallinnosta 18 maakuntajärjestäjään alentaa ilman muuta hallinnon kustannuksia. Ajatus saattaa kuitenkin olla liian yksinkertainen. Kun yksiköt kasvavat, niiden sisäisten hallintotasojen määrä useimmiten kasvaa ja erilaisten koordinoivien, arvioivien ja ohjaavien hallintoelinten, tietojärjestelmien ym. määrä myös kasvaa. Kuten edellä on todettu, myös markkinaohjaukseen siirtyminen lisää hallinnollisen työn ja transaktiokustannusten tarvetta. Niin kauan, kun maakuntien toimivaa hallintorakennetta on vasta vähäisessä määrin suunniteltu eikä missään toteutettu, ei hallinnon uudistamisen säästömahdollisuuksia ole mahdollista arvioida. Oletan, että vaikutukset jäävät monia odotuksia pienemmiksi.

Nordic Healthcare Group (NHG) teki vuonna 2016 arvion menetelmistä, joilla 3 miljardin sote-menojen kasvun hillintätavoite voitaisiin saavuttaa. Keskeisenä menetelmänä oli olettaa, että palvelujärjestelmän rakenteessa tehdään muutoksia, esimerkiksi vanhustenhuollon laitos- ja asumispalveluvaltaisuuden alentaminen, sairaalatoiminnan keskittäminen ja kalliimman palvelukäytön korvaaminen digitaalisilla palveluilla. Esityksessä ei kuitenkaan kyetty osoittamaan, että esitetty muutos olisi helpommin saavutettavissa ilman vakavaa palvelujen tason ja saatavuuden laskua nimenomaan nyt ehdolla olevassa palvelujen säätelyjärjestelmässä. NHG käytti lähtökohtanaan nykyjärjestelmän oloissa saatuja säästöpotentiaaleja esimerkiksi Etelä-Karjalan Eksotessa ja eräissä muissa edelläkävijämaakunnissa ja seutukunnissa.

Vuoden 2016 jälkeen säästöpotentiaalia koskevia toiveita on yhdistetty ehkäisevän toiminnan vahvistumiseen ja oletukseen, että ehkäisyn kautta korjaavien palvelujen tarve ja kustannukset laskisivat. Tässäkin suhteessa on jäänyt osoittamatta, että esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon

¹¹ Gingrich, Jane: Making Markets in the Welfare State, Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

sääntelyjärjestelmä edistäisi ehkäisevää toimintaa. Sen on todettu monessa suhteessa synnyttävän pikemminkin lisää riskejä ehkäisevälle toiminnalle, vastuun jakautuessa useammalle toimijalle ja kannusteiden kohdentuessa pikemminkin korjaaviin kuin ehkäiseviin toimiin.

Lakiesitysten voimaantulo

Sipilän hallituksen ohjelmassa esitettiin, että uudistuksen kolme elementtiä – hallinto, rahoitus ja valinnanvapaus – paitsi valmisteltaisiin, myös toimeenpantaisiin, yksi kerrallaan. Varsinkin kun rahoituksen osalta sekä asiakasmaksulain että sairausvakuutusjärjestelmän muutosten valmistelu on vielä kesken, vaiheistukseen olisi syytä palata. Siitä on tehty asiantuntijalausunnoissa monia esityksiä muun muassa maakuntien muutosvalmistelijoiden taholta.

Mielestäni olisi syytä myös ottaa oppia historian suurista hyvinvointijärjestelmämuutoksista. Aikanaan sekä kansanterveyslain että peruskoululain toimeenpano porrastettiin vähitellen maakunnasta/läänistä toiseen eteneväksi. Ensimmäisenä pääsivät täyteen toimeenpanoon ne, joissa vanhan järjestelmän puutteet olivat polttavimmat. Samalla ensimmäisten toimeenpanijoiden kokemukset olivat helpottamassa myöhemmin toimeenpaneuvien toimeenpanotehtävää. Monet valuviat kyettiin korjaamaan ennen kuin ne ehtivät häiritä koko maan kehitystä. Suosittelisin ainakin sekä valinnanvapauslain että monikanavarahoituksen muun uudistamisen osalta vastaavaa vähittäistä etenemistä, jos ei päädytä valinnanvapauslain palauttamista kokonaisuudessaan uudelleenvalmisteluun.