

Perustuslakivaliokunnalle

Kiitän Perustuslakivaliokuntaa mahdollisuudesta tulla kuulluksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudelleenjärjestelyä koskevan lakikokonaisuuden valmistelussa.

Oma kannanottoni koskee vain Valinnanvapauslakia. Tätäkin lakia tarkastelen vain oman työkokemukseni ja koti- ja ulkomailla saamani hallinnollisen ja terveysekonomisen koulutukseni pohjalta. En siis käsittele lainkaan esimerkiksi lain suhdetta EU-säädöstöön, en kilpailuneutraliteettia, en työntekijöiden asemaa enkä palveluntuottajien omaisuuden siirtoja. Ne ovat kaikki mielestäni koko järjestelmän periaatteellisen toimivuuden ja tavoiteasetannan kannalta lopulta toisarvoisia seikkoja.

Vielä korostan, että henkilökohtaiseen budjointiin ja asiakasseteliin liittyvät terveystaloudelliset ongelmat ovat pieniä ns. suoran valinnan palveluihin verrattuina: edellisissä asiantuntija määrittelee hoitoidikaatiot ja asettaa selkeät laatukriteerit tuottajille. Sen enempää henkilökohtainen budjetti kuin asiakassetelikään ei riko palveluintegraatiota eikä sekoita kapitaatiorahoituksen periaatteita. Jätän ne tarkasteluni ulkopuolelle.

Tärkeintä on mielestäni viimein kiinnittää kaikki huomio lain alkuperäisiin tavoitteisiin. Edistääkö laki palvelumarkkinoita luomalla maan hyvinvointipalveluiden kustannusten kehityksen hallintaa, vähentääkö se alueellisia ja sosio-ekonomisia eroja peruspalveluiden saatavuudessa ja tukeeko se siten omalta osaltaan väestön terveyserojen kaventamista ja näin Perustuslain 6 §:ssä ilmaistua kansalaisten yhdenvertaisuuden loukkaamattomuutta lain edessä?

Olen toimittanut Perustuslakivaliokunnalle kirjallisen lausuntoni ja kuvarainan lakiesityksen edellisestä versiosta. Täydennän sitä vain niiltä osin, kuin olen saanut uutta tietoa lähinnä käynnissä olevista valinnanvapauden kokeiluhankkeista ja muista tietolähteistä. Vertaan niitä minulle toimitettuun tuoreeseen lakiversioon.

- 1) Suunniteltu muutaman lääkärin ja parin spesialiteetin sote-keskus ei kykene kantamaan kapitaatiokorvattujen peruspalveluiden tuottamisesta syntyvää taloudellista riskiä. Pieni yksikkö ei ole kyennyt kantamaan sellaista riskiä taloudellisesti terveellä (=kustannuksia hallitsevalla) tavalla koskaan missään muuallakaan.

Kesällä 2018 tunnettu terveysalan pörssiyhtiö joutui luopumaan kokeilusta, koska sen listoille oli hakeutunut jostain syystä palveluiden tarvitsijoita. Yhtiö valitti saamansa kapitaatiokorvauksen riittämättömyyttä ja olisi ilmeisesti toivonut sitä korotettavaksi. Ellei pörssiyhtiö kykene selviämään pienehkön potilasjoukon luomasta laskennallisesta riskistä, miten siitä selviää muutaman ammattihenkilön varassa toimiva vastaanottopiste?

Lainlaatija ei ole ilmeisesti ymmärtänyt sitä, että jo perustasolla tuotettujen palveluiden vuotuinen taloudellinen riski vaihtelee Suomessa eri kansalaisten välillä jopa monituhatkertaisesti samalla kun sen etukäteen määrittely on työlästä ja epävarmaa. (Terveystaloudellisen yksilökohtaisen kokonaisriskin arvioinnista karttuu tietoa mm. Johns Hopkins –instituutista, (Baltimore, MD, USA;) ja Solhis Ltd –firman hankkeista (U.K.). On huomattava, että näissä hankkeissa sosiaalisektoria ei ole integroitu terveyssektoriin eikä riskiä ole rajoitettu johonkin keinotekoiseen ja tulkinnanvaraiseen peruspalveluiden osaan hoitoketjua kuten ”suoran valinnan palveluissa”.)

Kun nyt pörssiyhtiö luopuu kilpailusta huomattessaan itsensä kyvyttömäksi tuottamaan omistajilleen niiden edellyttämää voittoa, kuka ottaa nämä suurkuluttajat listoilleen? Tietenkin julkinen toimija,

koska jo Perustuslaki edellyttää julkisen järjestelmän kantavan viimekätisen taloudellisen vastuun kansalaisten hyvinvointipalveluiden järjestämisestä.

Mediassa on kannettu huolta julkisen sektorin konkurssisuojaan tuomasta kilpailuedusta. Olisiko siis nyt pörssiyhtiö tullut laittaa selvitystilaan itse toteamansa palvelukyvyttömyyden takia?

Olen jo monesti ennustanut tämän ristiriidan nousevan väistämättä ajallaan esiin. Ristiriita ei johdu tuottajan osaamattomuudesta vaan tilastomatematiikan järkähtämättömistä laeista: kapitaatoriski on hallittavissa järkevällä tavalla vain monikymmentuhatpääisissä väestökokonaisuuksissa. Tämän totesin jo 1990-luvulla, kun selvitin hallintoylilääkärinä HUS-kuntayhtymän jäsenkuntien (erikoissairaanhoidon) budjetoinnin osuvuutta. Alle yhden prosentin erehtymisriskiin ylsi vain Helsingin kaupunki puoline miljoonine asukkaineen, ei mikään muu kunta: niiden väkiluku ei riittänyt takaamaan kustannusten ennustettavuutta ja arviointivirheet liikkuivat kymmenissä prosenteissa.

Lakia valmisteltaessa on usein puhuttu ”leveämmistä hartioista”. Nyt lainlaati on valmis kaventamaan nämä hartiat parin lääkärin vastaanottopisteeksi, jonne listautuu enintään muutamia tuhansia asiakkaita. Missä siis ovat nyt leveämmät hartiat, riskipoolihan jää keskimääräistä suomalaista kuntaa pienemmäksi?

Yllättävää olikin vain ongelman varhainen esiin ponnahtaminen ja se, että juuri vakavarainen pörssi-yhtiö joutui luopumaan valinnanvapauskokeilusta. Sillehän olisi ollut tarjolla vähemmän huomiota herättävä mahdollisuus lähettää kaikki moniongelmaiset potilaat suoraan paikallisen keskussairaalan poliklinikoille ja näin hävittää suuri osa vertikaalisesta palveluintegraatiosta. Juuri näin pulma kierrettiin Tukholman kuuluisassa kokeilussa pari vuotta sitten ja saatiin erikoissairaanhoidon kustannukset nopeaan ja muka ”ennakoimattomaan” nousuun. Vertikaalinen integraatio oli tuhoutunut. Tekaistuja syitä tuhoon etsittiin ”patoutuneesta palvelukysynnästä”.

Kommentoimut [k1]: uka

Ylimalkaan tuntuu oudolta, että lainlaati pyrkii toistuvasti ottamaan esimerkkiä sellaisten maiden palvelujärjestelmistä, jotka käyttävät tuntuvasti suuremman voimavaramäärän toimintaan kuin Suomi, mitattiin voimavaroja sitten bruttokansantuoteosuuksina tai euroina. Eikö tavoitteena enää olekaan kustannusten nykyistä parempi hallinta?

- 2) Lain 18 §:ään on ilmeisesti jääneet sanat ”yleislääkärin tekemät tavalliset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet”. Jos nyt halutaan luoda toimivaa kilpailua eri tuottajien välille, tuottajat olisi saatettava ensin tuolle ”samalle viivalle”.

”Samalle viivalle” saattaminen edellyttää sitä, että kaikilla tuottajilla on aivan samanlainen palvelutehtävä edessään. Koska tavoitteena on ollut koko hankkeessa vahva horisontaalinen eli sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio, kansanomaisesti ilmaisten ”pompottelun vähentäminen”, tilannetta on tarkasteltava juuri sen toteutumismahdollisuuksia vasten.

- a) ”Samalle viivalle” tuottajat voidaan asettaa joko niin, että yksityiselle palveluntuottajalle annetaan oikeus jakaa sosiaalietuuksia. Nyt lakiluonnoksessa puhutaan ”ohjauksesta ja neuvonnasta”, mikä siis ei sisällä mainittujen oikeuksien jakoa. Syynä tähän rajaukseen on Perustuslakivaliokunnan aikaisempi tulkinta § 124:stä, jossa rajataan huomattavan julkisen vallan käyttäminen julkiselle toimijalle. Yritys saada yksityiseen keskukseseen joku julkinen sosiaalietuuksien jakaja on syntyneen pulman onnetonta jälkikäätistä laastarointia.

b) Koska näin on, ”samalle viivalle” asettamisen tavoite edellyttää vaihtoehtoisesti, että suomalainen terveyskeskus riisutaan tuottamaan ”tavallisia yleislääkärin tekemiä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä” kuten lakiluonnoksen 18 §:ssä palvelutarjonta määritellään. Lyhyt tutustuminen kehittyneiden terveyskeskusten alueellisiin palveluvalikkoihin osoittaa, että niissä tehdään maha-suolikanavan täyhystyksiä, sydäntahdistimen pariston vaihtoja, laajoja ultraäänitutkimuksia, annetaan solunsalpaajahoidoja ja verensiirtoja sekä tuotetaan dialyysihoitoja (jonka suorat potilaskohtaiset vuosikustannukset yli 80 000 euroa). Terveyskeskuksessa voi määräpäivinä toimia esimerkiksi ortopedi, lastenlääkäri, kardiologi, gynekologi ja silmälääkäri. ”Samalle viivalle” saattaminen edellyttää siis nyt sitä, että kaikki tämä riisutaan pois ja siirretään takaisin sairaalaan. Muuten ei olla ”samalla viivalla”.

Tämä ei vahvista perusterveydenhuoltoa, vaan heikentää sitä. Tämä ei pienennä erikoissairaanhoidon kustannuksia, vaan kasvattaa niitä.

Koko kehitys saa takaperoisen suunnan. Lainlaatija on ilmeisesti viehättynyt jostain keskieurooppalaisesta palvelukulttuurista, jolle on leimallista pienten, parin lääkärin miehittämien putiikkien runsaus. Häneltä on jäänyt huomaamatta, että Suomi on EU:n harvimpaan asuttu jäsenmaa ja sellaisena pysyy.

Koko integraatio-sana on toistaiseksi kirottu manner-Euroopassa, koska sen katsotaan loukkaavan lääkäripraktiikan ammatillista autonomiaa. (Perustan käsitykseni siihen kokemukseen, jonka sain toimiessani Bertelsmann-Säätiön ohjaamassa ”International Benchmarking-Forumissa” vajaan vuosikymmenen ajan Pohjoismaiden ainoana edustajana 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.)

Näin lakiluonnoksessa on rikottu sekä vertikaalinen että horisontaalinen integraatio, kaksi vahvimiksi osoittautunutta palvelujärjestelmän kokonaiskustannusten hallintakeinoja. Samalla ollaan rakentamassa yhä eriarvoisempaa ja ”pompottelevampaa” palvelujärjestelmää, joka loitontaa Suomea sekä muista Pohjoismaista että sen kristinuskon arvojen ja tradition pohjalta rakentuneesta palvelujärjestelmästä (mm. Matt 25:40).

Muutama hajahuomio kuluneen vuoden ajalta:

- 1) Lain perusteluosassa mainittu deflatoitujen kustannusten 2,4 – 3,5 prosentin vuosikasvu ei koske kuluvaan vuosikymmeneen. Selvitin kesällä 2018 valtakunnan virallisista tietolähteistä, että viimeisten kymmenen vuoden aikana, siis aikavälillä 2007-2017, sen enempää per capita lasketut julkiset kustannukset eivät ole kasvaneet lainkaan, eivät myöskään kuntien terveydenhuoltomenot. Tavoitellulta 0.9 % reaalkustannusten kasvu-uralta on siirrytty tuntuvasti pienempiin, nyt jo negatiiviseksi kääntyneisiin kasvulukuihin vuosina 2013-2017.
Olen varmistanut asian Valtiovarainministeriöstä. En tiedä, miksi tätä ei ole rohjettu kertoa julkisuuteen. Lakia rakennetaan siis paikkansa pitämättömän jo vanhentuneen kustannustiedon pohjalta, mitä pidän tuomittavana. Perustuslakivaliokunnan on saatava tietää viimeisten kymmenen vuoden aikana toteutunut kustannuskehitys.
- 2) Perusteluissa sanotaan OECD:n huomauttaneen toistuvasti valinnanvapauden puuttumisesta. Harvassa maassa kansalainen saa valita peruspalvelunsa peräti noin 150 palveluntuottajan joukosta niin, että hänen kotikuntansa sitoutuu maksamaan hoidon ehdoista. Olen itse ollut toistuvasti aikoinaan OECD:n ”asiantuntijoiden” haastateltavana enkä ole aina voinut vakuuttaa heidän aiantuntemuksestaan Suomen tilannetta selvitellessään.

Kommentoitu [k2]: nulle

Kommentoitu [k3R2]:

Samainen OECD on varoittanut myös eriarvoisuudesta, jonka suurin erillinen tekijä on tunnetusti monikanavainen rahoitusjärjestelmä. Tähän, siis työterveyshuollon kakkososan eriarvoistavaan merkitykseen lain laatija ei uskalla puuttua riittävän pontevasti, koska se merkitsisi kuulemma ”poliittista itsemurhaa”. Yksikään toinen OECD:n jäsenmaa ei silti jaa väestöään vastaavalla tavalla ”hyödyllisiin” ja ”hyödyttömiin”.

Lainlaatijalta on jäänyt huomaamatta se seikka, että työterveyshuolto tarjoaa nyt perusterveydenhuollon palvelut jo lähes kahdelle miljoonalle työikäiselle suomalaiselle. Koska työssä käyvä työikäinen on todennäköisesti terveempi kuin hänen työtön naapurinsa, ”kilpailun” voittaja on se, joka onnistuu keräämään listoilleen juuri nämä samat kansalaiset, joista suuri osa ei tarvitse vuosisatasolla mitään hoidollisia palveluita. Heidän listautumisensa merkitsee tuottajalle puhdasta tuloa.

Työterveyshuollon ote omien asiakkaitensa hihasta on hyvin luja. Lakiluonnos ei kykene estämään väestön jyrkkää jakautumista ”hyödyllisiin” ja ”hyödyttömiin” kansalaisiin, vaan jyrkentää sitä entisestään pompottelemalla sosiaalisen avun tarvitsijat ulos sote-keskuksesta. Suurelta osin ulkomaisten pääomasijoittajien omistuksessa olevat työterveyspalveluiden tuottajat ovat huomanneet tilaisuutensa jo kauan sitten.

- 3) Suomen kansalaisten hoitoon pääsy ei ole oleellisesti huonompaa kuin muidenkaan Pohjoismaiden kansalaisten, osoitti v 2017 Lancet –lehdessä julkaistu laaja kansainvälinen selvitys. Hoitoon pääsy on parantunut Suomessa aivan tasaisesti neljännesvuosisadan ajan. Suomen saatavuustilanne on jo nyt parempi kuin Tanskan ja yhtä hyvä kuin Ruotsin ja Norjan, vaikka kaikki mainitut vertailumaat käyttävät tuntuvasti suuremmat voimavarat palveluiden tuottamiseen.
- 4) Ns. valinnanvapauskokeilut ovat huonosti suunniteltuja, keskeneräisiä ja niiden tulokset arvioimatta. Miksi niihin on kannattanut upottaa miljoonia veromarkkoja, ellei niiden tuloksia edes malteta selvittää ennen lain lopullista hyväksymistä eduskunnassa? Esimerkiksi Kuopion apulaiskaupunginjohtaja kertoo kuopiolaisesta kokeilusta, jossa kansalaiset arvioivat yksityisen tuottajan palvelulaadun julkista paremmaksi jo ennen kuin tämä yksityinen tuottaja oli edes ehtinyt aloittaa toimintaansa. Mitä arvoa tällaisilla kokeiluilla on?
- 5) Kiinnostavin valinnanvapauskokeilu (tosin ilman tällä hetkellä toteutuvaa ”suoran valinnan” palveluiden valinnanvapautta!) on alkanut Länsi-Pohjan maakunnassa. Julkisen ja yksityisen toimijan yhteisyritys on ottanut hoitaakseen väestön perus- ja erikoissairanhoidon. Osa vertikaalisesta integraatiosta jäi siis tässä sopimuksessa ehjäksi.
Kiinnostukseni kuitenkin sammui, kun luin sopimuskohdan 4.2: mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät kuulukaan yksityisen tuottajan vastuulle vaan jäävät julkiselle. Riikka-Leena Leskelän ym. ansiokas tutkimus Oulun palveluista osoittaa, että molemmat asiakasryhmät kuuluvat siihen yhteen kymmenesosaan väestöstä, joka kuluttaa neljä viidesosaa kaikista voimavaroista. Syyt pois jättämiseen on siis helppo arvata: vastuun ottaminen näistä lähimmäisistä on taloudellisesti kannattamatonta.

Korkeimman Hallinto-oikeuden presidentti on arvostellut vastikään lain valmistelua vakavista puutteista. Hän ennakoii hallintotuomioistuimien esittelylistojen täyttyvän vastuiden jakamiseen liittyvistä erimielisyyksistä. Hänen kannanottoonsa on hyvin helppo yhtyä: Palvelumarkkinoihin sokeasti luottava Yhdysvallat käyttää kolmanneksen kaikista terveysbudjeteistaan pelkästään vastuuristiriitojen estämiseen tai niiden jälkikäteiseen selvittelyyn. Samat riidat kuormittavat jo nyt näkyvästi omaan maamme markkinatuomioistuimia.

Itse asiassa termiä ”suoran valinnan palvelut” ei edes löydy Sipilän hallitusohjelmasta toukokuulta 2015. Monituottajamallj sieltä löytyy, mutta sepä onkin jo aivan eri asia. Yksityinen tuottaja on monessa tapauksessa hyvin kannatettava kirittäjä varsinkin elektiivisten palveluiden tuotannossa, kuten Suomestakin kertyvä kokemus osoittaa. Järjestäjä asettaa hinnan, laatukriteerit ja tuottajavastuun ja akkreditoi tuottajat. Tuottaja tuottaa, kantaen oman vastuunsa hoitokomplikaatioita myöten.

Tiivistelmä:

Valinnanvapautta ja nimenomaan suoran valinnan palveluita koskeva lakiluonnos ei ole korjautunut aikaisemmasta. Laki lisää kansalaisten eriarvoisuutta siirtämällä paljon palveluita tarvitsevat pois sote-keskuksista liikelaitokseen. Laki kasvattaa hyvinvointisektorin kustannuksia tuomalla uusia hallinnollisia, palveluiden tuottamiseen liittymättömiä kustannuselementtejä. Laki heikentää peruspalveluita. Laki kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia. Laki ei ”levennä hartioita”, so. kasvata riskipoolin kokoa, vaan pienentää sitä entisestään. Lain kokeiluhankkeet ovat heikosti suunniteltuja eikä ainoatakaan niistä ole arvioitu pätevällä ja moniulotteisella arviointikriteeristöllä. Lain perusteena olevat saatavuus- ja kustannustiedot eivät ole ajantasaisia.

Valinnanvapauslailla yritetään kilpailullisin elementein tehostaa hyvinvointipalveluiden tuottamista. Kilpailuasetelma on kuitenkin rakennettu niin kömpelösti, että se tuhoaa sekä vertikaalisen että horisontaalisen palveluintegraation, joiden kustannuskehitystä kammitsoiva voima on kansainvälisen tiedon valossa paljon suurempi kuin tuottajien välisen taloudellisen kilpailun. Samalla laki pahentaa OECD:n eriarvoisimpiin kuuluvan palvelujärjestelmän eriarvoisuutta entisestään.

Mitä olisi tullut tehdä?

Kaikki kolme järjestelmätasosta kokonaiskustannusten hallintamenetelmää, integraatio, kapitaatio ja kilpailu, olisi niin poliittisesti haluttaessa voitu sisällyttää uuteen palvelumalliin. Silloin järjestelmä olisi soveltanut väestöllisten tarvetekijöiden perusteella rakennettua kapitaatiokorvausta sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti valmiiksi integroitujen väestökokonaisuuksien rahoittamiseen. Alun perin alueellisesti rakennettujen, julkisten, yksityisten tai kolmannen sektorin ohjaamien toimijoiden olisi sallittu ajan oloon levittäytyä toistensa alueille niin, että kansalaiset olisivat voineet halutessaan vaihtaa palveluntuottajaa ja viedä oman kapitaatio-osuutensa siirtyessään valitsemalleen palveluntuottajalle. Yksilötason kokonaiskapitaatiosumma (vastakohtana ”suoran valinnan” kapitaatiolle) olisi laskettu vain ja vasta tässä vaiheessa. Mahdolliset laskentavirheet olisivat laimentuneet väestötasolla arvioituihin kustannuksiin.

Valtiovalta olisi seurannut asiantuntijaelimillään kansalaisten sosio-ekonomisen ja alueellisen tasa-arvon toteutumista ja palveluiden jakautuman tarvestaavuutta. Näin se olisi varmistanut Perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuustavoitteen ja Perustuslain 19:3 §:n korostaman palveluiden riittävyystavoitteen toteutumisen.

Tämä malli olisi edellyttänyt silti Perustuslain 124 §:n tulkinnan tarkistamista.

Kunnioitavasti

Los Angeles, 26.11.2018

Martti Kekomäki