

Eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle

Kiitän mahdollisuudesta tulla kuulluksi asiakkaiden valinnanvapautta koskevasta lakiesityksestä. Joidenkin haastattelulausuntojen mukaan minulla on ollut mahdollisuus vaikuttaa soten muotoiluun syksyn 2013 ja kevään 2014 aikana, samalla myös Kesärannan konsensuskokouksen (23.3.2014) kahdeksan eduskuntapuolueen puheenjohtajien yhteiseen julkilausumaan (Risto Uimonen: Juha Sipilä. Keskustajohtajan henkilökuva. Minerva, Juva 2015; 348 ss.). Tarkasteltava lakiluonnos poikkeaa oleellisilta osiltaan ehdotuksistani.

Käsittelen kannanotoissani terveyspalveluita, koska tietoni ja kokemukseni sosiaalisektorin ongelmista on vähäistä.

Suomen terveyspalvelujärjestelmä on toistuvasti arvioitu koko Euroopan tehokkaimmaksi kahtena perättäisenä vuotena (lähde: European Consumer Health Index, 2015 ja 2016). Suomi tuottaa siis terveyseuroillaan eniten terveyttä väestölleen. Tarkasteltavan lakiluonnoksen perustelutekstissä annetaan ymmärtää, että Suomen tulisi ottaa ratkaisuisaan oppia muista eurooppalaisista maista, koska oma järjestelmä toimii jotenkin tehottomasti. Näille väitteille on vaikea osoittaa mitään tukea, koska kaikki muut Euroopan maat tuottavat Suomea heikommalla kustannus-hyötysuhteella terveyspalveluita.

Suomen ongelmat painottuvat peruspalveluiden epätasa-arvoiseen saatavuuteen. Ongelman suurin yksittäinen syy on monikanavainen rahoitusjärjestelmä, joka päätettiin purkaa konsensuslausumassa. Silti jo hallitusohjelmassa työterveyshuolto jätettiin koko tarkastelun ulkopuolelle, samoin ilmeisesti suuri osa Kelan rahoittamista toiminnoista. Työterveyshuolto on monen mittarin mukaan vahvasti yliresursoitu. Perustehtävänsä eli työterveyden edistämisen, so. työperäisten sairauksien torjunnan, työturvallisuuden ja työntekijöiden henkisen hyvinvoinnin edistämisen asemesta suomalainen työterveys on keskittynyt pikkusairauksien hoitamiseen. Maan työterveyden asiantuntijat vahvistavat tämän. Samalla se on imenyt lääkäriyövoimaa verorahoitteisesta perusterveydenhuollosta ja ollut näin osaltaan pahentamassa peruspalveluiden saatavuusongelmaa. Kaiken kaikkiaan päällekkäiset rahoitusjärjestelmät ovat tehneet maamme terveyspalvelujärjestelmästä yhden jälkiteollisten maiden epätasa-arvoisimmista. Voimakkaiden korporaatioiden ohjaamina olemme loitonneet kauas pohjoismaisesta oikeudenmukaisuus- ja tasa-arvokäsityksestä: päätösvalta on siirtynyt eduskunnalta moninaisesti neuvottelupöytiin.

Työterveyshuollon rakenne heijastuu vahvasti myös tarkasteltavan lain linjauksiin: Pykälä 15 korostaa ”yleislääkärin palveluita” eri tavoin. Kehittynyt suomalainen terveyskeskus on liikkunut aimo matkan vähäpätöisestä vastaanotto toiminnasta kohti monialaista vastuun kantamista. Yhdessäkään manner-Euroopan maassa ei ole yhtä vahvasti moniammatilliselle ryhmätyölle ja nyt myös eri erikoisalojen yhteistyölle rakentuvaa toimintaa kuin Suomessa. Jopa Britanniassa yleislääkäreiden vastaanotot ovat keskimäärin alle kolmen (!) ammatinharjoittajalääkärin ”surgeryitä”, pikkuputiikkeja. Kun puhutaan peruspalveluiden vahvistamisesta, suunta tulisi ottaa nimenomaan kohti palveluintegraatiota, jossa asiakkaiden ongelmiin etsitään kerralla paras eli vaikuttavin ja kustannustehokkain ratkaisu. – Lakiehdotuksessa hahmoteltu suunta on täysin päinvastainen: kuten jäljempänä kuvaan, **lakiesitys heikentää suomalaisia peruspalveluita eikä vahvista niitä.**

Kuten 23.3.2014 konsensuslausumassa todettiin, palvelujärjestelmän ”täydellinen integraatio” ja kapitaatiolle perustuva rahoitusjärjestelmä ovat kustannusten hallinnan keskeiset elementit. Lakiehdotuksessa käsittämättömällä tavalla rakennettu kapitaatio hävittää mahdollisuudet

palveluintegraatioon. ***Siis yhdellä kustannusten hallintamenetelmällä tuhotaan tehokkaasti toinen kustannusten hallintamenetelmä.*** – Käsittelen seuraavassa tätä asetelmaa yksityiskohtaisemmin.

Kapitaatio on vakuutusmuotoinen rahoitusmenetelmä, jossa palveluiden tuottajalle maksetaan riskin hallitsemisesta. Palveluiden tuottamisesta ei makseta yleensä juuri mitään, joskus erikseen joistakin toimenpiteistä. Kapitaatio on kyennyt hillitsemään huomattavan tehokkaasti USAn terveydenhuollon kustannuskehitystä (James Brent ym.: On Capitation. Harvard Business Review, Jul-Aug, 2016).

Valtaosassa kapitaatoratkaisuja vakuutuksen kohteena on väestö, siis joko ***alueellisesti*** taikka ***työsuhteen kautta*** määritelty suhteellisen homogeeninen asiakasryhmä. Tällaisen kohortin riskin arvioiminen on aika suoraviivaista, eikä poikkeaa oleellisesti esimerkiksi suomalaisen sairaanhoitopiirin budjetoinnin periaatteista. Myös omasta maasta on saatu arvokkaita kokemuksia kapitaatiopohjaisista integraatoratkaisuista sekä julkisesti (EKSOTE) että yksityisesti (Pihlajalinna: Mänttä-Vilppulan kokonaisulkoistus) hallinnoituista ratkaisuista. Kummassakin tapauksessa kansalaisten valinnanvapaus on vastaavasti rajoitettu alueelliseen ratkaisuun; ***valinnanvapaus ei siis niissä tosiasiallisesti ole vähääkään sen suurempi kuin nytkään.***

Yksilötason kapitaatiokorvausta pidetään mahdollisena, mutta käytännön kokemuksia sen soveltamisesta ei ole juuri nimeksikään. ***Yksilön vapaaseen valintaan perustuva listautuminen kasvattaa hyvin tuntuvasti hallintokustannuksia,*** koska yksilötasoisien terveysriskin määrittely on tuntuvasti mutkikkaampaa kuin kymmenistä tai sadoista tuhansista kansalaisista muodostuvien riskipoolien. (Jos Suomen väestö jaettaisiin 20:een yhtä suureen noin 250 000 asukasta käsittävään kohorttiin, ääripäiden riskien keskinäinen suhde olisi noin 400-kertainen.) Yksilötasoisien riskin lääketieteellisessä arvioinnissa Philadelphian Johns Hopkins-konsernin ACG- (sanoista Adjusted Care Groups) ja samaa menetelmää soveltava englantilainen Sollis-ryhmä ovat mielestäni edenneet pisimmälle. Kumpikin näistä on luopunut kokonaan valinnanvapauslain 63 §:ssä luetelluista pääasiallisista riskimääreistä eli asiakkaan iästä, sukupuolesta ja työssä käymisestä ja korvanneet ne ensisijaisesti kroonisten sairauksien lukumäärällä. Ruotsin joidenkin maakäräjien soveltama Care Need Index (CNI) painottaa asiakkaiden sosio-ekonomisia ominaisuuksia, kuten etnisyyttä, yksinhuoltajuutta yms. Sen toimivuudesta ei ole käytössäni lopullisia tietoja; tilannetta kannattaa seurata tiiviisti.

Se, että yksilötason valinnanvapaus on yhdistettävä yksilötason riskin arviointiin, on ollut selvää jo marraskuusta 2015 alkaen. Tälle periaatteelle en tiedä yhtään vakuuttavasti toimivaa kansainvälistä esimerkkiä.

Nyt hallituksen esityksessä kapitaatiokorvausta ei edes ehdoteta sovellettavaksi yksilön kokonaisriskin määrittelyyn. Kapitaatiokäsitettä sovelletaan vapaan valinnan parissa sisältyvien peruspalveluiden korvaamiseen. ***Jotta ratkaisu voisi jotenkin toimia, tulisi peruspalveluille olla annettavissa jokin yksiselitteinen määritelmä. Tämä tehtävä on mielestäni mahdoton.*** Yhdelle peruspalvelut ovat nuhan hoitoa, toiselle sydämen tahdistimen vaihtoa, kolmannelle lonkkapotilaan kuntouttamista tai dialyysihoitoa ja neljännelle syövän palliatiivista hoitoa tukiterapioineen, jotka voivat sitoa yksilötasolla tuhansia euroja vuodessa. Kaikkea tätä toteutetaan monessa suomalaisessa terveyskeskuksessa jo tänä päivänä, erona monien muiden maiden palvelujärjestelmistä. ***Lyhyesti: suomalaisen terveyskeskuksen palvelut eivät ole lain tarkoittamia peruspalveluita muualla kuin enintään suurissa asutuskeskuksissa.*** Suomi pyrkii todellakin tuottamaan integroidut palvelut paljon lähempänä kansalaisiaan ja näin voittamaan Euroopan Unionin harvimpaan asutetun maan ongelmat.

Asiaa mutkistaa sekin, että näin toteutettavaksi suunniteltu kapitaatorahoitus antaa suomalaiselle peruspalvelujärjestelmälle disinentiivin eli käänteisen kannusteen hoitaa ylimalkaan mitään ylimääräistä. Korvaus tulee pääasiassa vakuutettujen pääluvun ja riskin mukaan. Jotta tuottajakin saisi työstää leipänsä, hänen kannattaa kaikki keinot lähettääkseen sairaan asiakkaan ”jonnekin muualle”. Tämä ”jokin muu” voi olla julkinen sosiaali- ja terveyskeskus, jonne kannattaa lähettää esimerkiksi kaikki päivystyspotilaat. Haavaa ei kannata itse ommella, koska se pienentää kapitaatiokorvauksesta tuottajan taskuun jäävää rahasummaa.

Kaikki erityisosaamista vaativa toiminta kannattaa lähettää ”jonnekin muualle” eli erikoissairaanhoidon ihan samasta syytä. **Näin tulkittu kapitaatiokorvaus hävittää suomalaisen palveluintegraation eli juuri sen rakenteen, joka on tehnyt maan terveydenhoidosta vertailumaita kustannustehokkaimman.** Samalla peruspalvelut taantuvat yleiseurooppalaiselle tasolle.

Asiaa yritetään paikata lakiluonnoksessa rakentamalla maakuntiin erilaisia integraatioelimiä. Terveessä ratkaisussa integraatio syntyy organisaatiossa itsestään, esimerkkinä vaikkapa Pohjois-Karjalan Siun sote. Vain keinotekoiset toimintamallit tarvitsevat erillisiä hallintoelimiä integraation toteuttamiseksi. **On virhe kuvitella, että integraatio voisi toteutua ihanteellisesti sellaisessa hoitoketjussa, jossa ansaintalogiikka vaihtuu eri tuottajien välillä.** Kuten 28.5.2017 aamu-uutisissa kerrottiin, sote-ratkaisu tulee sitomaan tuntuvan joukon konsulttitoimistoja, värväämään asianajajia ja lisäämään kaikkinaista riitelyä ja käräjöintiä. Lopputuloksena on suomalaisen hyvinvointirahan valuminen erilaiseen ”loiskiehuntaan” ja pois siitä toiminnasta, jolla kansalaisten hyvinvointia oli tarkoitus tukea.

Luottamuksen vaihtaminen markkinoihin on toki mahdollista mutta ei kustannustehokasta. Markkinaratkaisuihin on liittynyt poikkeuksetta terveyssektorin kustannusten nopea kasvu. En tiedä yhtään maata, jossa markkinoihin siirtyminen olisi säilyttänyt sektorin kokonaiskustannukset ennallaan saati pienentänyt niitä, mikä oli lain tavoite. Kysymys onkin lähinnä siitä, kasvattavatko uudet transaktiokustannukset terveydenhuoltomenoja yli viisi vai yli kymmenen prosenttia nykyiseltä kehityslinjalta. On hyvä pitää mielessä, että pelkkien palvelumarkkinoiden hallinnan synnyttämä kustannuslisä on arvioitu Yhdysvalloissa 30 prosentin suuruiseksi. Suomessa tämä merkitsisi usean miljardin suuruista uutta kustannuserää, joka kuluisi palvelumarkkinoiden säätämiseen eikä terveystalouden tuottamiseen.

Olen lukenut arviointineuvoston lausunnon lakiehdotuksesta. Kansalaisena ja veronmaksajana toivon, että arviointineuvoston monet kymmenet huomiot ja kannanotot tulisivat huomioon otetuiksi. Arviointineuvosto ei poraudu itse hoitoprosesseihin samalla tavalla kuin olen edellä yrittänyt tehdä. Arviointineuvoston lausunnosta huokuu se käsitys, että valinnanvapauslaki saattaisi onnistuakin ja että se on laadittu periaatteessa oikein, mutta kohtuuttoman kovalla kiireellä.

Oma arvioni kehityksestä on siis selvästi jyrkempi kuin pääministeri Sipilän 2015 asettaman arviointineuvoston: Integraation rikkominen ja kapitaatiokorvauksen asiantunteamaton käyttäminen etäännyttävät palvelujärjestelmää muutokselle asetetuista tavoitteista ja tulevat maallemme kalliimmaksi kuin monet nyt huonoina pidetyt poliittiset ratkaisut.

Kunnioittavasti

Martti Kekomäki