

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta
6.6.2017

Lausunto HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (jäljempänä HUS) on hallituksen päätöksellä ottanut kantaa sote-palveluiden valinnanvapauden vaikutuksiin kahdessa viime kuukausien aikana antamassaan lausunnossa: lausunto sote- ja maakuntauudistuksesta 31.10.2016 ja lausunto keskeneräisestä valinnanvapauslakiehdotuksesta 13.3.2017. Seuraavaksi esitettävät näkemykset täydentävät näitä lausuntoja ottaen huomioon sen, että 9.5.2017 eduskunnalle annettu lakiluonnos, joka nyt on kuulemisen ja lausunnon kohteena, on eräiltä osin muuttunut aikaisemmin tänä keväänä lausunnon olleesta lakiluonnoksesta.

Annamme tässä yhteydessä liitteenä laajemman lausunnon ja suppeamman tiivistelmän, johon HUS:n toimitusjohtajan suullinen esitys valiokunnan kokouksessa pääosin perustuu.

TIIVISTELMÄ

1. Asiakkaan/potilaan suoraan julkisesti rahoitettuun valinnanvapauteen siirtyminen esitettyssä muodossa tulee varmuudella lisäämään erityisesti terveydenhuollon mutta myös koko sosiaali- ja terveydenhuollon julkisia kustannuksia. Tämän perusteeksi on olemassa laaja kansainvälinen käytännöllinen ja teoreettinen näyttö. Oman maamme kokemuksista ja palvelujärjestelmän nykyisestä tilanteesta voidaan kiistattomasti tehdä sama johtopäätös. Tämä on tärkein viestimme. Keskityn erityisesti siihen suullisessa esityksessäni.

Asia on periaatteessa varsin yksinkertainen. Jos esimerkiksi nykyiset 5 miljoonaa yksityislääkärikäyntiä, joiden keskimääräinen hinta on 100-120 euroa ilman laboratorio- ja röntgenkuluja, rahoitetaan nykyistä 15 % sairausvakuutuskorvausosuutta laajemmin julkisin varoin, lisää tämä julkisia terveysmenoja käyntien määrästä ja korvauksen suuruudesta riippuen 300-600 miljoonalla eurolla. Laboratorio-, kuvantamis- ja fyysioterapiakustannusten vastaava rahoituksen lisäys on 200-300 miljoonaa euroa ja hammashuollon julkisen rahoituksen lisäys on 300-400 miljoonaa euroa. Yhteensä kyse on noin miljardista eurosta. Tätä lisäystä ei vastaa menojen vähennys missään kohtaa palveluketjua, koska kyseiset menot ovat jo tällä hetkellä olemassa - vain niiden maksaja vaihtuisi yksityisestä kansalaisesta julkiseksi vallaksi.

Edellä kuvattu malli ei sellaisenaan sisälly valinnanvapauslakiehdotukseen, joka lähtee ns. kapitaatiomallista peruskorvauksesta tuottajalle, jolle kansalainen listautuu. Jos edellinen eli suoriteperusteinen korvausmalli sisältää yli- ja liikahoidon riskin, sisältää kapitaatiomalli puolestaan alihoidon riskin, koska julkinen rahoitus ei tule riittämään kaikkeen nykyisin toteutuvaan julkisten ja yksityisten palvelujen käyttöön. Nykyisen julkisen rahoituksen jakaminen kaksi kertaa laajemmalle käyttäjäjoukolle puolittaa julkisen rahoituksen tason niillä, jotka

ovat nyt julkisen palvelun piirissä, mutta vastaavasti lisää julkista rahoitusta niillä, jotka nyt maksavat palvelut pääosin itse. Tämä tulee merkitsemään huomattavaa tulonsiirtoa eri väestöryhmien välillä ja heikentämään erityisesti nykyisten julkisten palvelun käyttäjien asemaa. Tällöin itse maksettavat lisäpalvelut tulevat laajenemaan ja tämä johtaa terveystakuutusten kasvuun. Tähän viittasi jo viime keväänä professori Mats Brommels, joka toimi puheenjohtajana valinnanvapautta suunnitelleessa asiantuntijatyöryhmässä. Vaihtoehtoja on siis kaksi: joko kulut lisääntyvät tai jos niitä ei lisätä, jaetaan niitä uudelleen palveluiden eri käyttäjäryhmien kesken.

2. Koko asian ydin on palveluiden rahoitusjärjestelmän olennainen muuttuminen. Sitä ei ole riittävästi suunniteltu, saati simuloitu. Kuinka suuri tulee suoran valinnan palveluja tuottavien sote-keskusten rahoituksen olla: 200 euroa asukasta kohti, 300 euroa asukasta kohti vai 500 euroa asukasta kohti? Sama kysymys voidaan esittää suun terveydenhuollon yksiköiden rahoituksesta. Tämä on täysin riippuvaista sote-keskusilta edellytettävien palveluiden laajuudesta ja sisällöstä. Lakiluonnoksen 15 pykälän sisältämän palveluiden määrittelyn perusteella tätä ei voi vielä määrittellä. Kuitenkin mainittujen peruspalveluiden saatavuus (esimerkiksi paljon puhuttu "nopea hoitoon pääsy") on täysin riippuvainen tarjolla olevasta kapasiteetista, joka puolestaan on riippuvainen rahoituksesta. Maakunnan julkisen rahoituksen ollessa kiinteä kokonaisuus, vaikuttaa puolestaan sote-keskusten rahoitus muiden palveluiden rahoitukseen, esimerkiksi päivystävän keskussairaalan rahoitukseen.
3. Valinnanvapautteen valmistautuminen on synnyttänyt erityisesti terveyspalvelumarkkinoilla ja osin myös sosiaalipalvelumarkkinoilla ylikuumentumistilanteen. Suurimmat, pääosin ulkomaisten pääomasijoittajien omistamat, ketjut ostavat viikoittain lääkäri- ja hammaslääkärikeskuksia sekä terveys- ja hoiva-alan yrityksiä. Palveluiden keskittyminen suurille ketjuille etenee nopeasti. Jopa keskisuurina pidettävät yritykset ovat todenneet, että ne eivät " pärjää sotessa". Suomesta puuttuu lähes kokonaan monelle maalle ominainen nonprofit-tyyppinen eli voittoa tuottamaton yksityinen palvelutuotanto.
4. Erityisesti terveyspalveluiden tuotanto ja niiden julkinen rahoitus ei ole ns. nollasummapele, jossa saman kokonaisrahoituksen puitteissa kansalaiset vain valitsevat mieleisen ja itselleen soveltuvimman palveluntuottajan asiakastyytyväisyyden samalla lisääntyessä, vaan hoidon koetut tarpeet, rajat ja indikaatiot ovat liukuvat. Julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden kysynnällä ei ole ylärajaa. Palveluiden kysyntään voidaan myös markkinoinnilla ja mielikuvilla vaikuttaa. Vaativimpia palveluita tuottavien julkisten tuottajien eli yliopistollisten keskussairaaloiden suurimpien ammattiryhmien keskuudessa ollaan laajasti huolissaan siitä, että suoran valinnanvapauden laajentuminen johtaa vähemmän vaikuttavan eli helpon ja kevyen hoidon priorisointiin vaikuttavamman hoidon kustannuksella. Tämä selittää mm. lääkärinkunnan laajan huolen valinnanvapauden vaikutuksista. Kuten tunnettua, lääkärin perinteisesti olleet aktiivisia potilaiden itse maksamien yksityisten palveluiden tuottajia, joten kyse ei ole kriittisyydestä palveluiden yksityistä tuotantoa kohtaan, vaan kriittisyydestä sitä kohtaan, että mitä palveluita voidaan niukoista julkisista varoista lisääntyvästi rahoittaa: nopeaa pääsyä "nuhan tai naarmun hoitoon" (suuren yksityisen ketjun mainos) vai vaikuttavaa vakavan sairauden hoitoa?
5. Edelliseen kohtaan liittyy kiinteästi huoli laadukkaan työvoiman riittävydestä päivystävissä keskussairaaloissa. Kun tarkoitus on jakaa näiden nykyinen toiminta liikelaitokseen jäävän ydintoiminnan lisäksi asiakassetelillä rahoitettavia palveluita

tuottaviin maakunnan yhtiöihin ja osin maakunnan omistamissa sote-keskusyhtiöissä tapahtuvaan erikoissairaanhoidon, tulee ympärivuorokautisen päivystyksen vaatima työvoimaresurssi vaarantumaan. Tämän huolen HUS:n toimitusjohtaja toi esille jo 22.12.2016 vapaan valinnan linjausten julkistuttua. Siihen on vastattu suullisesti ja myös lakiesityksen perusteluissa siten, että tulee olla mahdollista, että sama työvoima voi työskennellä mm. edellä mainituissa eri yksiköissä. Tämän näkemyksen ovat tulevat kilpailijat yksityisellä sektorilla jo riitauttaneet. Niiden mielestä se loukkaa kilpailuneutraliteettia.

6. Erityinen huolestus kohdistuu laboratorio- ja kuvantamispalveluiden eli diagnostisten palveluiden käsittelyyn lakiluonnoksessa. Viimeksi kuluneet 15 vuotta on valtakunnallisena linjauksensa ollut koota terveyskeskusten ja sairaaloiden laboratorio- ja kuvantamispalvelut suuriksi tehokkaiksi kokonaisuuksiksi. Näin on tapahtunut maan eri puolilla ja tulokset ovat olleet hyvät. Nyt riskinä on, että nämä kokonaisuudet joudutaan hajottamaan, mistä seuraa diagnostiikan kustannusten nousu sekä maakunnan liikelaitoksessa (päivystävä keskussairaala) että sotekeskusyhtiöissä. Pystymme esittämään vahvan näytön tämän uhan toteutumisesta. Tällaista kehitystä ei voida pitää mitenkään tarkoituksenmukaisina.
7. Viisi yliopistollista sairaalaa muodostavat 60 % maamme julkisesta erikoissairaanhoidosta. Ne toimivat tiiviissä yhteydessä maamme viiden lääketieteellisen tiedekunnan kanssa. Lääketieteellinen ja laajemmin bioalan tieteellinen tutkimustoiminta yhdessä informaatioteknologian kanssa muodostaa kaikissa kehittyneissä maissa dynaamisimmin kehittyvän tieteellisteknologisen sektorin. Tämä asia on jokseenkin täysin unohdettu sote-uudistuksen valmistelussa. Tällä hetkellä merkittävä osa lääketieteen tieteellisen toiminnan rahoituksesta tapahtuu kuntien sairaanhoitopiireille maksamien palveluhintojen kautta, koska valtion suoraa rahoitusta on vuosi vuodelta pienennetty (poikkeuksena pieni kasvu vuodesta 2016 vuoteen 2017). Kiinnitämme asiaan tässäkin yhteydessä vakavaa huomiota.
8. Terveystieteiden työvoimatilanne on edelleenkin sellainen, että julkisesti rahoitetun toiminnan hajauttaminen lukuisiin keskenään kilpaileviin yksiköihin johtaa työvoiman hinnan nousuun. Tästä on jo nyt paljon näyttöä: lääkäreitä ja kokeneita hoitajia houkutellessa näyttävästi ja aktiivisesti siirtymään yksityisiin yhtiöihin lupauksilla paremmasta palkasta mukavampi luontaisetiäinen, alhaisemmasta verotuksesta mm. pääomatulojen hyödyntämisen avulla ja työajasta vailla päivystysvelvollisuutta.
9. Uudistuksen aikataulu erityisesti valinnanvapauden toteuttamisen osalta epärealistiselta. Tämä koskee erityisesti Uudenmaan aluetta, mutta myös eräitä muita suuria maakuntia. Esimerkiksi Suomen hammaslääkäriliiton tuoreessa kannanotossa todetaan, että valmiuksia suuren terveydenhuollon suoralle valinnanvapaudella ei ole 1.1.2019. Tämä johtuu siitä, että niin moni edellytys valinnanvapauden toimivalle toteuttamiselle puuttuu vielä: palveluiden sisällön tarkka määrittely, rahoitusjärjestelmä, uudet asiakasmaksut, tuottajarekisterit, maksatusjärjestelmä, listautumisjärjestelmä, palveluiden yhtiöittäminen jne. Näiden pitäisi olla valmiina viimeistään syksyllä 2018, jotta valinnanvapaus voisi toteutua 1.1.2019.
10. Parhaillaan on meneillään viisi valinnanvapauden alueellista pilottia. Ne koskevat pääosin yleislääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanottopalveluja eli suppeampaa kokonaisuutta kuin lakiehdotuksen 15 pykälän määrittelemä sotekeskuksen toiminta. Kokeiluissa ohjataan valtion rahoitusta yksityisille tuottajille, jotka asiakkaat ovat valinneet kunnan terveyskeskuksen sijasta. Kyseessä on palvelujen kokonaisresurssia ja volyymin laajentava lisärahoitus. On

luonnollista, että tämä lyhentää hoitoaikoja ja lisää asiakastyytyvyyttä. Samalla tavalla meneteltiin 2000-luvun alussa kun valtiovalta ohjasi lisärahoitusta lääkäri-lakon jälkeen erikoissairaanhoidon jonojen lyhentämiseen mm. ostopalvelujen avulla. Piloteissa olisi pitänyt tarjota lisärahoitusmahdollisuutta myös julkisille toimijoille, koska kaikkein edullisimmin ja tehokkaimmin vastaanottoaikoja voidaan lisätä olemassaolevassa terveyskeskusjärjestelmässä, jossa lääkärikäynnin kustannus on alhaisempi kuin yksityisillä tuottajilla (40-50 euroa vs 60-80 euroa).

YKSITYISKOHTAINEN LAUSUNTO

Alla on esitetty yksityiskohtaiset perustelut kolmesta valinnanvapausmallin erikoissairaanhoidolle todennäköisesti aiheuttamasta kustannusongelmasta sekä kolmesta ongelmasta, jotka koskettavat koko terveyspalvelujärjestelmän kustannustehokkuutta.

Kliiniset tukipalvelut

Kliinisillä tukipalveluilla tarkoitetaan yleensä laboratorio-, kuvantamis- ja apteekkipalveluja. Nämä ovat suoraan (välittömästi) tekemisissä potilaiden hoidon kanssa, mutta niiden rooli on varsinaista palvelutuotantoa tukeva. Näiden palvelujen prosessi-, laatu- ja kustannusvaikutus on potilaan hoidon kannalta hyvin huomattava.

HUS, kuten useimmat muutkin sairaanhoitopiirit tuottavat kliinisiä tukipalveluja hyvin laajasti alueensa perusterveydenhuollolle. Kunnat ovat siirtäneet nämä palvelut sairaanhoitopiirin tuotettavaksi, koska palvelujen kustannus-laatu on merkittävästi parempi, kuin kuntien itse tuottamien tai yksityisten tuottajien vastaavien palvelujen. Koska perusterveydenhuollon asiakkaille tuotettujen palvelujen volyyymi on hyvin merkittävä ja koska näissä palveluissa on hyvin huomattavat mittakaavaedut, kohottaa volyymien mahdollinen pieneneminen sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksia ilman, että tästä olisi mitään hyötyä kenellekään muille kuin näiden tukipalvelujen yksityisille tuottajille.

On edelleen epäselvää, saavatko maakuntien liikelaitokset jatkossa tuottaa kliinisiä tukipalveluja yhtiötetyille palveluntuottajille – niin suoran valinnan piirissä oleville toimijoille kuin asiakassetelipalveluja tai henkilökohtaisen budjetin palveluja tuottaville yhtiöille näiden yhtiöiden omistuksesta riippumatta.

HUS-Apteekin perusterveydenhuollon myynti on 8% kokonaismyynnistä. Perusterveydenhuollon käyttämien top20-valmisteiden sairaala-apteekin myyntihinta on 49% alhaisempi kuin näiden lääkkeiden vähittäismyyntihinta. Mikäli perusterveydenhuollon palveluntuottajien tulisi hankkia nämä valmisteet – kuten tällä hetkellä laki edellyttää – kaupallisilta apteekkeilta, merkitsisi tämä vuositasona noin 11 miljoonan euron ylimääräistä kustannusta HUS-alueella, siis näiden 20 lääkevalmisteen osalta. Vaikutukset erikoissairaanhoidon kustannuksiin olisivat pienemmät, mutta lääkeostojen pienetessä kustannukset kohoaisivat myös erikoissairaanhoidossa. Kuvattu ongelma voidaan välttää, mikäli lääkelakia muutetaan siten, että sairaala-apteekki saa toimittaa lääkkeitä kaikille sellaisille terveydenhuollon palveluntuottajille, joiden kustannukset katetaan verovaroin.

HUS Kuvantamisen osalta radiologian, kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian top20-palveluista on laskutettu HUS-jäsenkuntia 13,9 milj.€. Mikäli kuntia olisi laskutettu yksityisten ketjujen näiden palvelujen keskihinnoin, olisi nuo palvelut maksaneet

43,1 milj.€ – eli 29,2 milj.€ toteutunutta laskutusta enemmän. Top20-palvelut kattavat 56 % jäsenkuntien ko. palvelujen laskutuksesta. Lisäksi erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat noin 5 miljoonalla eurolla, koska kiinteät kustannukset jaetaan pienemmälle tutkimus- (ja asiakas)volyyymille.

HUSLAB:n osalta laskutettiin vuonna 2016 kuntien tilaamista top12-palveluista (vain näistä on saatavilla Kelan raportoimat yksityisen sektorin keskihinnat) yhteensä 16,3 milj.€. Mikäli kuntia olisi laskutettu yksityisten toimijoiden keskihinnoina, olisi nuo palvelut maksaneet 93,3 milj.€ – eli 77 milj.€ toteutunutta laskutusta enemmän (HUSLAB:n hinnoissa on huomioitu näyttötoimen kustannus). Näiden tuotteiden osuus kokonaistuotannosta on noin 42 %. Palveluvolyymien laskun seurauksena erikoissairaanhoidon laskutus kasvaisi noin 40%.

Kliinisillä tukipalveluilla on strateginen merkitys terveystalouden prosessien sujuvuudelle ja laadulle. Tästä syystä aiemmin liikelaitosmuodossa toimineet apteekki-, kuvantamis- ja laboratoriopalvelut uudelleenorganisoidiin vuoden 2017 alusta HUS-kuntayhtymässä osaksi sairaanhoidollista palvelutuotantoa. HUS:ssa ei ole minkäänlaisia suunnitelmia yhtiöittää ko. palveluja.

Mikäli maakunnan liikelaitos ei voi tuottaa kliinisiä tukipalveluja myös valinnanvapauden piirissä oleville palvelutuottajille, johtaa tämä: 1) perusterveydenhuollon kustannusten kasvuun, 2) erikoissairaanhoidon kustannusten kasvuun, ja oletuksella, että koisraha määrää ei olla valmiita kasvattamaan, 3) rahoituksen siirtymiseen varsinaisista palveluista (potilaan hoito) kliinisten tukipalvelujen liiketoimintaan. Kyse olisi siis suorasta tulonsiirrosta veronmaksajilta ko. yrityksille.

Toisin kuin asiaa paremmin tuntematta voisi olettaa, perusterveydenhuollon kustannuskehitystä ei näiden palvelujen osalta voi rajoittaa kapitaatiokorvauksella. Tähän on kaksi syytä: 1) rinnakkaiset vakuutusjärjestelmät, jotka takaavat yksityisille tuottajille muita rahoituskanavia (ks. tarkemmin alla), ja 2) julkisesti omistetut sote-keskukset joutuvat hankkimaan palvelut markkinoilta markkinahintaan, mikä todennäköisesti johtaa näiden palvelujen alikäyttöön ja kustannusten kohoamiseen muuta kautta. Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvua kapitaatiomalli ei hillitse millään tavalla.

Kuvattu ongelma voidaan välttää vain siten, että maakunnan liikelaitoksen apteekki-kuvantamis- ja laboratoriopalvelutuottajille annetaan oikeus (tai jopa velvollisuus) tuottaa näitä palveluja kaikille julkisen korvausvastuun piirissä oleville palvelutuottajille niiden organisaatiotavasta ja omistuspohjasta riippumatta.

Pakkoyhtiöittäminen

Valinnanvapauslain esityksessä todetaan, että maakunnan liikelaitos ei voi tuottaa asiakkaalle asiakasseteli- (24§) tai henkilökohtaisen budjetin (27§) palveluja. Linjaus vaikeuttaa asiakkaiden palvelujen saantia, vähentää kilpailua, lisää kustannuksia, eikä sitä voida pitää juridisesti perusteltuna.

Vaikka maakunnalle annetaan oikeus päättää, missä liikelaitoksen tuotantovastuulle kuuluvissa palveluissa on käytettävä asiakasseteliä, on selvää, että näiden käyttöä lähtee ohjaamaan valtakunnallinen tahtotila. Kun maakunnassa A, B ja C on otettu jokin palvelu asiakassetelin piiriin, asettaa se huomattavia paineita muille maakunnille. Joissakin maakunnissa markkinoilla toimivien palvelutuottajien määrä on suurempi ja toisissa pienempi. Sielläkin, missä tuottajien määrä on kohtalaisen suuri, ei ole mahdotonta, että tuottajat ketjuuntuvat tai pyrkivät muutoin yhdessä hinnoittelemaan palveluja. Ei ole tarkoituksenmukaista, että maakunta pakotetaan käyttämään yksityisiä palveluja tilanteessa, jossa liikelaitos kykenisi tuottamaan nämä palvelut edullisemmin. Toisaalta ei myöskään ole perusteltua, että liikelaitos tuottaa sellaisia

palveluja, joita markkinoilla tuotetaan kustannustehokkaammin.

Koska liikelaitos joutuu joka tapauksessa tuottamaan sellaiset palvelut, joita muut palveluntuottajat eivät tuota, joutuu se käytännössä tuottamaan kaikkia palveluja. Mikäli toiminta tulee yhtiöittää asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla tuotettavien palvelujen osalta, seuraa tästä päällekkäisyyttä (ja ylimääräisiä kustannuksia) liikelaitoksen ja näitä palveluja tuottavien yhtiöiden osalta. Olemassa oleva sairaalainfranktuuri ei käytännössä mahdollista sairaaloiden yksittäisten toimintojen yhtiöittämistä. Yhtiöittäminen edellyttäisi merkittäviä uusia kiinteistöinvestointeja. Niiltä osin, kun yhtiöitettyä toimintaa voisi ajatella toteutettavan samoissa tiloissa liikelaitoksen kanssa, seuraa yhtiöittämisestä sekä ylimääräisiä hallintokuluja että ongelmia tukipalvelujen järjestämisessä (oletuksella, että yhtiö ei voi käyttää liikelaitoksen tuottamia tukipalveluja). Lisäksi tällainen toiminta olisi altis yksityissektorin kilpailijoiden tekemille valituksille.

Koska maakunnalla ei ole verotusoikeutta eikä se voi ottaa pitkäaikaista lainaa, sen mahdollisuudet yhtiöiden perustamiseen ovat hyvin rajalliset.

Lakiesityksessä todetaan, että suoran valinnan ja asiakassetelipalveluja tuottavien toimijoiden on eriytettävä kirjanpidossaan ne tulot ja menot, jotka kohdistuvat maakuntien rahoituksella tuotettuihin palveluihin (56§). Sama velvoite voidaan antaa myös maakunnan liikelaitokselle sen tuottaessa asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palveluja. Vaihtoehtoisesti tulee mahdollistaa, että maakunnan liikelaitoksen toiminta voidaan kokonaisuudessaan organisoida myös yhtiömuodossa.

Ongelma voidaan estää määrittämällä asiakasseteli maakunnan järjestäjän vastuulle ja antamalla liikelaitokselle lain perusteella oikeus tuottaa ko. palvelua. Maakuntalaki-esityksen 112§ mukaan (kopioitu kuntalaista): "Maakunta ei hoida tehtävää kilpailutilanteessa markkinoilla ainakaan, jos: 1) maakunta tuottaa lain perusteella oman toimintanaan palveluja maakunnan asukkaille ja muille, joille maakunnan on lain perusteella järjestettävä palveluja." Kun liikelaitos joutuu joka tapauksessa tuottamaan kaikkia palveluja, tulisi olla selvää, että ilman markkinapuutettakin kyse on lain perusteella tuotettavista palveluista.

Opetus ja tutkimus

Valinnanvapauden laajenemisen ja muiden sote-uudistukseen liittyvien säädösten uhkana on, että erikoissairaanhoidon kanavoituvat opetus- ja tutkimuskorvaukset laskevat. Se taas suoraan vähentää joko koulutuksen laatua tai volyyymiä ja uhkaa heikentää lääketieteessä vallitsevaa poikkeuksellisen vahvaa sidosta tutkimustoiminnan ja palvelutuotannon välillä. Ei liene kovin montaa muuta akateemista loppututkimintoa, jonka suorittaneista ehdoton valtaosa lukee oman alansa tiedelehteä säännöllisesti. Tästä yhteydestä seuraa poikkeuksellisen vahva tarve perustella tuotettavat palvelut tutkimuksellisen näytön (ns. evidence based medicine) perusteella. Mikäli linkitys tutkimuksen ja palvelutuotannon välillä heikkenee, vaikuttamattomien – turhien, jopa haitallisten – hoitojen määrä kasvaa. Tämän seurauksena rahaa on käytettävissä entistä vähemmän vaikuttaviin palveluihin.

Ongelma voidaan estää huolehtimalla siitä, että erikoissairaanhoidon kanavoitavien opetus- ja tutkimusvarojen määrää ei vähennetä vaan niitä nostetaan sille tasolle, mikä määrä ko. toimintaan tällä hetkellä käytetään varoja (valtionapujen lisäksi palveluhinnoissa oleva subventio).

Rinnakkaiset vakuutusjärjestelmät

Hallituksen esityksessä valinnanvapauslaiksi todetaan (s. 130): "Valinnanvapauden näkökulmasta päällekkäiset vakuutusuojat ovat hankalia, koska tuottajalle maksetaan kapitaatiokorvausta vaikka asiakas ei samassa määrin tarvitse maakunnan järjestämiä terveyspalveluja. Jos päällekkäisten vakuutusten piirissä olevat henkilöt eivät jakaudu tasaisesti kaikkien tuottajien kesken, markkinoiden toimintaa vaikeuttaa aiheutuva ns. haitallinen valikoituminen. Valinnanvapauden myötä niistäkin henkilöistä, jotka eivät nykyisessä järjestelmässä ole samassa määrin käyttäneet julkisia sote-palveluja, tullaan maksamaan kapitaatiokorvaus. Tämä tarkoittaa sitä, että nykyisin vain julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävien henkilöiden palveluihin on tosiasiallisesti käytettävissä vähemmän resursseja. Haitallinen valikoituminen voi entisestään lisääntyä yritysten strategisten toimien seurauksena, sillä päällekkäisen vakuutuksen omaavat asiakkaat ovat lähtökohtaisesti houkuttelevampia asiakkaita kuin muut."

Käytännön kannalta ongelma koskee kahta asiakassegmenttiä: 1) lapset, joilla on sairauskuluvakuutus, ja 2) työterveydenhuollon sairaudenhoitopalvelujen piirissä olevat työssä käyvät henkilöt.

Vakuutetut lapset

Uudellamaalla noin 55 %:lla lapsista on yksityinen sairauskuluvakuutus. Tästä johtuen tästä ryhmästä vain 45 % aiheuttaa julkisia kustannuksia. Jos kapitaatio (julkisiin kustannuksiin perustuen) jaetaan kaikkien lasten kesken, raha ei riitä kattamaan hoidosta aiheutuvia kustannuksia, ellei tuottaja saa muita tuloja. Seuraava laskelma kuvaa ongelman mittakaavaa:

Vuonna 2016 Uudellamaalla oli 327 090 alle 18-vuotiasta lasta (Tilastokeskus). Vuonna 2013 näistä 54,3%:lla oli yksityinen sairauskuluvakuutus (Kela). Oletetaan, että keskimäärin tämä ikäluokka generoi 200 euroa per vuosi kustannuksia perusterveydenhuollossa. Tällöin koko ikäluokan kustannukset olivat 65 milj.€. Julkisia perusterveydenhuollon menoja aiheutui n. 30 milj.€. Mikäli tämän väestöryhmän hoitoon osoitetaan sen aiheuttamat kustannukset (65 milj.€), julkiset kulut tuplaantuvat, ja lisäksi yksityiset tuottajat, jotka hoitavat vakuutuspotilaita, saavat tuloja kahdesta eri rahoituslähteestä. Mikäli rahaa annetaan 30 milj.€ (aiemmin toteutuneet julkiset menot) ja se jaetaan per capita kaikille vakuutusstatuksesta riippumatta, ne lapset, joilla ei ole vakuutusta, aiheuttavat sote-keskuksille tappiota, koska todelliset kulut ovat yli kaksinkertaiset saatuun rahaan nähden.

Edellä esitetyn laskelman mukaan jokainen alaikäinen, jolla ei ole vakuutusta, aiheuttaa sote-keskukselle tappiota n. 110 euroa per vuosi. On oletettavaa, että julkisiin sote-keskuksiin rekisteröityy yksityisiä enemmän lapsia, joilla ei ole vakuutusta. Tästä syystä ongelma tuskin jakaantuu tasan sote-keskusten kesken. Kannattamattomat asiakkaat ovat toki ongelma myös yksityisten sote-keskusten näkökulmasta.

Ei liene mahdollista kohdistaa kapitaatorahoitusta vain niille lapsille, joilla ei ole vakuutusta (vastoin perustuslain tasapuolista kohtelua).

Ongelma lienee mahdotonta ratkaista muulla tavoin kuin kohottamalla ko. ikäryhmän kapitaatio kokonaiskustannuksia (ei yksinomaan julkisia kustannuksia) vastaavalle tasolle.

Työterveyshuolto

Työterveyshuollon osalta ongelma on edellä kuvatun kaltainen, paitsi että työterveyshuollon kattavuus on vielä suurempi kuin vakuutettujen lasten osuus, ja työikäisiä on huomattavasti lapsia enemmän.

Vuonna 2016 Uudellamaalla asui 1 019 688 työikäistä henkilöä (Tilastokeskus). Näistä noin 70% oli työterveyshuollon piirissä (Kela), ja heistä n. 90% työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä (Työterveyslaitos). Työterveyshuollon kustannukset olivat 425 euroa per työntekijä ja näistä 56,3 % kohdistui sairaanhoitoon (Kela). Tästä seuraa, että työikäisten perusterveydenhuoltomenot Uudellamaalla olivat kokonaisuudessaan 244 milj.€ mutta heistä aiheutuneet julkiset menot vain noin 115 milj.€.

Laskelman perusteella jokainen työikäinen, joka ei ole työnantajan korvaaman työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä, tuottaa sote-keskukselle tappiota keskimäärin 127 euroa per henkilö.

Ongelma on (osin) vältettävissä huomioimalla kapitaatiossa työssäkäyntistatus tai lakauttamalla työterveydenhuollon sairaanhoidon julkinen subventio (Kela).

Palkkakilpailu

Toimintojen massiivinen siirto lyhyellä siirtymäajalla julkiselta sektorilta yksityiselle edellyttää, että yksityinen sektori rekrytoi merkittävässä määrin lisää työvoimaa. Lisätarvetta on sekä lääkäreille (joista merkittävä osa työskentelee yksityisellä sektorilla nyt osa-aikaisesti ammatinharjoittajana), sosiaalitoimen ammattihenkilöille että tietyille erityisammattiryhmille (esim. kätilöt, jos äitiysneuvolatoiminta siirtyy sote-keskuksiin). Tämä tarve johtaa palkkakilpailuun, koska kukaan ei ole halukasvaihtamaan huonommilla työehdoilla uuteen työpaikkaan. Yksityiselle sektorille siirtyessään henkilö joutuu useimmiten tyytymään julkista sektoria lyhyempiin lomiin, mikä kompensoidaan palkkoja kohottamalla. Tämä saattaa johtaa huomattavaan palkkahinnoittelun kasvuun, koska julkinen sektori joutuu kilpailemaan työvoimasta. Vaikutus voi helposti olla 5-10% toimialan kokonaispalkkasummasta.

Ongelma on mahdollista minimoimalla säätämällä riittävän pitkät (vuosia) siirtymäajat ja ottamalla muutokset (suoran valinnan palvelut, asiakasseteli, ym.) käyttöön vaiheittain.

Säästöt

Sote- ja maakuntauudistuksella haetut säästöt perustuvat pitkälti sen oletuksen varaan, että panostamalla perusterveydenhuoltoon voitaisiin säästää erikoissairaanhoidosta. Tälle olettamalle ei ole olemassa minkäänlaista faktapohjaa. Päinvastoin kaikki Suomesta saatavissa oleva tieto päinvastoin osoittaa, että mitä enemmän rahoitetaan perusterveydenhuoltoa, sitä suuremmat ovat erikoissairaanhoidon kustannukset. Jonkin verran näyttöä on siitä, että tiukka perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon integraatio saattaa aikaansaada säästöjä (vrt. Eksote), mutta tällaista ei esitetyn valinnanvapausmallin myötä ole mahdollista toimeenpanna.

Myös hallituksen esityksessä valinnanvapauslaista todetaan useaan otteeseen, että kustannussäästöjä tuskin tulee:

"Laajan asiakasjoukon siirtyminen yksityisesti rahoitettujen palvelujen piiristä julkisesti rahoitettujen palvelujen piiriin voi lisätä julkiseen sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuvaa kustannuspainetta." (s. 91)

"Tehokkuushyötyjen saavuttaminen kilpailun kautta on epävarmaa ja edellyttää markkinoiden käynnistymisen, muodostumisen ja ohjaamisen onnistumista." (s. 118)

"Valinnanvapausmalli sisältää osakokonaisuuksia, joihin liittyy riski kustannusten kasvusta: oppimis- ja järjestelmien perustamiskustannusten lisäksi nämä voivat liittyä henkilökohtaiseen budjettiin tai suun terveydenhuoltoon." (s. 119)

"On todennäköistä, että valinnanvapauspalveluja tuottavien yritysten asiakaskunta



muodostuu osin aiemman asiakkuuden pohjalta. Suomen institutionaalinen asetelma voi tältä osin kärjistä kermankuorintaan liittyviä ongelmia.” (s. 119)

”Suomen kontekstiin yksiselitteisesti rinnastettavissa olevaa, laadukasta tutkimustietoa kilpailun vaikutusta sosiaali- ja terveyshuollon menokehitykseen ei ole saatavilla.” (s. 122)

”On mahdollista, että valinnanvapausmallin käynnistymisvaiheeseen liittyy ylimääräisiä ja päällekkäisiä kustannuksia, joilta ei voida välttyä.” (s. 137)

”Lausunnonantajista valtaosa katsoo, että lakiluonnos sisältää useita kohtia, jotka heikentävät uudistuksen edellytyksiä saavuttaa sen tavoitteet kustannusten hillitsemiseksi ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi.” (s. 156)

Mikäli julkisten kustannusten määrää ei olla valmiita kasvattamaan, seuraa tuotanto-kustannusten kasvusta, että kansalaisten omarahoitusosuus kasvaa. Se on Suomessa jo nyt suuri (19%) verrattuna muihin Pohjoismaihin (keskimäärin 15%). Omarahoitus-
osuuden kasvaminen edistää entisestään rinnakkaisten vakuutusjärjestelmien kehitty-
mistä, kun uudistuksella pyrittiin alun perin niiden poistamiseen (koska ne luovat epä-
tasa-arvoa).

Ongelma on mahdollista poistaa ainoastaan lisäämällä sote-palvelujen rahoitusta ja huolehtimalla siitä, ettei aiheuteta yhtään sellaisia lisäkustannuksia, joita toisin toimi-
malla voidaan välttää (esim. kliiniset tukipalvelut ja pakkoyhtiöittäminen).

Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri