

Eduskunnan hallintovaliokunta
7.6.2017

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 hallituksensa 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 lausunnolla olleesta lakiluonnoksesta.

1. Valinnanvapaus toimii markkinoilla kuluttajien ja tuottajien välisessä suhteessa siten, että se optimoi tuotannon tehokkuutta ja kuluttajien asiakastyytyvyyttä. Terveyspalveluiden tiedetään kuitenkin monella tavalla poikkeavan talousteorian mukaisesta "ideaalisen markkinan" mallista. Olennaisin ero on tiedon asymmetria: kuluttajalla ei lähtökohtaisesti ole vaativien terveystalouden sisältöä sellaista tietoa, jonka perusteella hän voisi valita parhaan palvelun vaan valinta tapahtuu useimmiten (tuottaja)asiantuntijan päätöksellä. Myös tuottajaksi pääsy on tarkasti säänneltyä ja rajoitettua. Myös Suomessa vallitsee useissa terveystalouksissa "tuottajan markkinat". Ylikapasiteettia ja valittavia vaihtoehtoja ei juuri ole. Historiallisesti esimerkiksi lääkäripalvelut, jotka ovat olleet yksityisten lääkärikeskusten pääasiallinen palvelutuote, ovat "aina menneet hyvin kaupaksi", koska niiden kysyntä on rakenteellisesti ylittänyt niiden tarjonnan. Tällaisessa tilanteessa asiakkaan julkisin varoin tapahtuvan vapaan valinnan laajamittainen käyttöönotto onkin itse asiassa varsinaista valintaa enemmän keino lisätä julkisesti rahoitettua palvelutarjontaa. Tämä on myös valmistelussa keskeisessä asemassa olevien ministerien julkisuudessa esittämä toteamus.

Asiakkaan/potilaan suoraan julkisesti rahoitettuun valinnanvapauteen siirtyminen lakiesitykseen sisältyvässä 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.**

Kuvaamme asiaa esimerkillä. Jos nykyiset 5 miljoonaa yksityislääkärikäyntiä, joiden keskimääräinen hinta on 100-120 euroa ilman laboratorio- ja röntgenkuluja, rahoitetaan nykyistä 15 % sairausvakuutus-korvausosuutta laajemmin julkisin varoin, lisää tämä julkisia terveystalouksia käyntien määrästä ja korvauksen suuruudesta riippuen 300-600 miljoonalla eurolla. Potilaiden itse maksamien laboratorio-, kuvantamis- ja fysioterapiapalveluiden vastaava julkisen rahoituksen lisäys olisi 200-300 miljoonaa euroa ja hammashuollon julkisen rahoituksen lisäys olisi 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. Palveluntuottajan kannalta tarkasteltuna sama asia ilmenee siten, että potilailta itseltään tuleva rahoitus muuttui julkiselta vallalta tulevaksi rahoitukseksi. Tämän voisi myös olettaa tuntuvasti lisäävän palveluiden käyttöä. Näiltä osin viittaamme jäljempänä oleviin kohtiin 3. ja 4.

Edellä kuvattu malli ei sellaisenaan sisälly valinnanvapauslakiehdotukseen, vaan se perustuu ns. kapitaatiomalliin eli kiinteään peruskorvaukseen 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 käyttäjäjoukkoille 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 terveysvakuutusten kasvuun.

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, esimerkiksi päivystävän keskussairaalan, rahoitukseen.
3. Valinnanvapauteen valmistautuminen on synnyttänyt erityisesti terveystalvemarkkinoilla 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 non-profit-tyyppinen eli voittoa tuottamaton yksityinen palvelutuotanto.
4. Erityisesti terveystalvuiden tuotanto ja niiden julkinen rahoitus ei ole ns. nollasummapeli, jossa saman kokonaisrahoituksen puitteissa kansalaiset vain valitsevat mieleisen ja itselle soveltuvimman palveluntuottajan asiakastyytyväisyyden samalla lisääntyessä, vaan hoidon koetut tarpeet, rajat ja indikaatiot ovat liukuvat. Julkisesti rahoitettujen terveystalvuiden kysynnällä ei ole ylärajaa. Palveluiden kysyntään voidaan myös markkinoinnilla ja mielikuvilla vaikuttaa. Vaativimpia palveluita tuottavien eli yliopistollisten keskussairaaloitten suurimpien ammattiryhmien

(lääkärit ja hoitajat) keskuudessa olla 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, lääkärit ovat perinteisesti olleet aktiivisia potilaiden itse maksamien yksityisten palveluiden tuottajia, joten kyse ei ole kriittisyydestä palveluiden yksityistä tuotantoa kohtaan, vaan kriittisyydestä sitä kohtaan 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 laadukkaasta 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 toi HUS:n toimitusjohtaja 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 edellä mainituissa eri yksiköissä. Tämän näkemyksen ovat tulevat kilpailijat yksityisellä sektorilla jo riitauttaneet. Niiden mielestä se loukkaa kilpailuneutraliteettia.
6. Erityinen huolestamme 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 muodostavat 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. **Terveydenhuollon 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 houkutellessaan näyttävästi ja aktiivisesti siirtymään yksityisiin yhtiöihin lupauksilla paremmasta palkasta luontaisetuineen, alhaisemmasta verotuksesta mm. pääomatulojen hyödyntämisen avulla ja työajasta vailla päivystysvelvollisuutta.

9. **Uudistuksen aikataulu** erityisesti valinnanvapauden toteuttamisen osalta vaikuttaa epärealistiselta. Tämä koskee erityisesti Uudenmaan aluetta, mutta myös eräitä muita suuria maakuntia. Esimerkiksi Suomen hammaslääkäriliiton tuoreessa kannanotossa todetaan, että valmiuksia suun 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 sotokeskuksen toiminta. Kokeiluissa ohjataan valtion rahoitusta yksityisille tuottajille, jotka asiakkaat ovat valinneet kunnan terveyskeskuksen sijasta. Kyseessä on palvelujen kokonaisresurssia ja volyymia laajentava lisärahoitus. (vrt. kohta 1.) On luonnollista, että tämä lyhentää hoitoaikoja ja lisää asiakastytyväisyyttä. Samalla tavalla meneteltiin 2000-luvun alussa kun valtiovalta ohjasi lisärahoitusta lääkärilakon jälkeen erikoissairaanhoidon jonojen lyhentämiseen mm. ostopalvelujen avulla. Piloteissa olisi pitänyt tarjota lisärahoitusmahdollisuutta myös julkisille toimijoille, koska kaikkein edullisimmin ja tehokkaimmin vastaanottoaikoja voidaan lisätä olemassa olevassa terveyskeskusjärjestelmässä, jossa yleislääkärikäynnin kustannus on alhaisempi kuin yksityisillä tuottajilla (40-50 euroa vs 60-80 euroa).

Lopuksi toteamme, että valinnanvapaus olisi käytännöllisimmin toteutettavissa seuraavalla tavalla. Rajataan se aluksi yleislääkäreiden ja sairaanhoitajien avovastaanotto toimintaan, koska juuri tässä palvelussa julkisesti rahoitettuna on suurin vaje ("puuttuu" noin 3 miljoonaa lääkäri- ja sairaanhoitajakäyntiä), jonka korjaamisella pystytään jokaiselle suomalaiselle tarjoamaan pääsy yleislääkärille tai hänen työparinaan toimivalle sairaanhoitajalle samana tai seuraavana päivänä yhteydenotosta terveysasemalle. Käytetään menetelmänä sekä terveyskeskusten oman kapasiteetin lisäämistä että palveluseteliä. Edellä mainitun lisäyksen kustannukset olisivat asiakasmaksusta riippuen 90-150 miljoonaa euroa (20 euron käyntimaksulla 90 miljoonaa euroa ja maksuttomana 150 miljoonaa euroa).



Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri