

Eduskunnan perustuslakivaliokunnalle

Kiitän kutsusta tulla kuulluksi perustuslakivaliokunnassa asiassa, joka koskee hallituksen lakiesitystä valinnanvapauslaiksi (HE16/2018 vp) ynnä joukkoa muita lakeja.

Kommentoin vain valinnanvapauslakia sitäkin lähinnä sen ns. suoran valinnan palveluita koskevaa osaa palveluiden riittävyyden sekä kansalaisten yhdenvertaisuuden osalta. Rakenteisiin ja hallintojärjestelyihin en puutu, koska ne määräytyvät luotavan palvelumallin pohjalta toissijaisesti.

Pidän laissa hahmoteltua sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamismallia tarpeettoman sekavana ja erittäin vaikeasti johdettavana. Yhtiöittämisvelvoitteen poisto on lyhyt askel oikeaan suuntaan, mikä silti jättää lakiehdotuksen suurimmat pulmat ennalleen. Nämä pulmat liittyvät nimenomaan siihen, että laki asettaa Suomen kansalaiset eriarvoiseen asemaan..

Koska lain määrittämä asiakassetelijärjestelmä ei poikkea kovin suuresti nykyisestä, en puutu siihenkään. Silti totean, että laki saattaa tehdä setelistä subjektiivisen oikeuden, mikä voi heijastua järjestelmän kokonaiskustannuksiin. Henkilökohtaisen budjetin arviointi edellyttäisi perusteellisia tietoja vammais- ja vanhuspalveluiden nykyjärjestelyistä, joita minulla ei ole. Jätän senkin kommentteita.

Lain henkeen ja rakenteeseen liittyvä yleinen huomio

Koko lakiesityksen läpikäyvä piirre on näkemys palvelusektorin jakautumisesta peruspalveluihin (=sote-keskukset) ja erikoispalveluihin (=liikelaitos). Tämä heijastaa menneiden aikojen ratkaisuja, jolloin sosiaali- ja terveyspalveluiden peruspalvelut rahoitti kunta ja erikoissairaanhoidon kuntien yhteenliittymä. Näiden välinen jännite oli monella alueella pysyvä.

Koska kaikkien palveluiden järjestäminen siirtyy nyt maakuntien vastuulle, tilanne on muuttunut ja palvelusektorin jakautuminen voidaan jättää menneisyyteen. Näin on tehtykin osassa maata: Rakenteesta on jo nyt irrottauduttu mm. Keski-Pohjanmaan, Pohjois-Karjalan ja Päijät-Hämeen maakunnissa. Tämä käy ilmi jo alueellisten organisaatioiden nimistäkin (esim. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä).

Lain laatija ei ole kyennyt näkemään sitä palveluiden integraatiotavoitteen toteutumisen kannalta aivan oleellista seikkaa, että perus- ja erikoispalveluiden tulee olla yhden ainoan ja kaikille yhteisen hyvinvointistrategian toteuttajia. Tällainen ratkaisu patoaa sektorin kustannuskehityksen ja tuottaa parempilaatuisia palveluita kuin sirpaleinen, modulaarinen, ja kilpailutettu järjestelmä. Nykyaikaisesti johdettu integroitu palvelujärjestelmä rakentaa työnjaon aivan itse ilman raskasta maakuntahallintoa ja perustason näennäismarkkinoita.

Maakunnan, eli järjestäjän, tehtävät rajoittuvat palvelulupauksen antamiseen, voimavarojen osoittamiseen tuottajalle, toiminnan oikeudenmukaisuuden (=tasa-arvoisuuden) ja palveluiden riittävyyden seurantaan. Jopa tuottajat voidaan akkreditoida valtakunnan tasolla turhan päällekkäisen työn välttämiseksi. Ja mikä oikeudenmukaisuuden kannalta on kaikkein keskeisintä, näin toteutettu ratkaisu estää kahden kerroksen palvelujärjestelmän (kömpelö käännökseni englanninkielisestä ilmaisusta "two-tiered care system") syntymisen yhdessä maailman tasa-arvoisimmaksi arvioidusta maasta.

Maakunta on siis poliittinen elin, integroitu tuottaja asiantuntijaelin. Niiden roolit on pidettävä tiukasti toisistaan erillään.

Yhteiseen strategiaan perustuvan, joustavan, aikaan ja maan eri osissa hyvin erilaisiin paikallisiin olosuhteisiin mukautetun toiminnan onnistuminen edellyttää ainakin seuraavia seikkoja:

Kaikkien avaintoimijoiden ansaintalogiikan on oltava sama; ei ole ajateltavissa, että ns. suoran valinnan peruspalvelut rahoitettaisiin kapitaatiojärjestelmällä kun erikoispalveluiden tuotanto olisi virka- ja työehtosopimussuhteista palkkatyötä. Tässä hukataan kerralla koko *vertikaalinen integraatiotavoite* eli perustason ja erityistason mahdollisimman joustava yhteistyö.

Kaikki palvelut on tuotettava sillä järjestelmätasolla, jossa ne voidaan tuottaa tehokkaimmin, toiminnan turvallisuudesta tinkimättä. On mahdotonta ajatella, että sosiaalipalvelut, ”neuvontaa ja ohjausta” lukuun ottamatta, tuotettaisiin liikelaitoksessa, joka keskittyy muuten pääasiassa erikoissairaanhoidon järjestelyihin. Tämän keinotekoinen ratkaisu perustuu jo aikaisemmissa vaiheissa tunnistettuihin perustuslaillisiin vaikeuksiin siirtää julkisen vallan käyttöä yksityiselle toimijalle. Samalla se tuhoaa *horisontaalisen integraation* eli sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvan yhteen sovittamisen mahdollisimman lähellä asiakasta. On hyvä muistaa, että lain tarkoituksena oli peruspalveluiden vahvistaminen eikä niiden heikentäminen.

Kaikki avaintoimijatkin on ymmärrettävä yhden alueellisen integroidun palvelujärjestelmän työvoimaksi. Silloin myös erikoisosaamista voidaan siirtää sinne, missä sen tuottama hyvinvointihyöty on suurin. Tätä mahdollisuutta on Suomessa jo käytetty peruspalveluiden vahvistamiseen ja asiakkaiden tarpeettoman siirtelyn (”pompottelun”) vähentämiseen: kerralla mahdollisimman moni asia kuntoon.

Integraatio, eli palveluiden yhteen sovittaminen, ei tämän takia olekaan maakunnan, ”järjestäjän”, byrokraattien tehtävä, kuten lain kymmenissä pykälissä yritetään esittää. Suomi on ollut pari vuosikymmentä maailmalla tunnustettu edelläkävijä, jossa palvelupinnassa toimivat yleis- ja erityisasiantuntijat ovat keskenään sopineet, ja usein aivan yksityiskohtaisesti, keskinäisestä työnjaostaan. Sopiminen edellyttää kokemusta ja substanssiosaamista, seikkaperäistä tietoa ja yhteistä ymmärrystä paikallisista diagnostisista ja hoidollisista laitteista, yhteisiä tiedonsiirtojärjestelmiä, yhteistä hyvinvointikertomusjärjestelmää, tietoa toiminnan yksikkökustannuksista vaihtoehtoisin tavoin tuotettuina ja säännöllistä konkreettisia yhteistyömuotoja koskevaa vuoropuhelua. Tämä kehitys on Suomessa vahvasti käynnissä. Erot alueiden ja oivaltamisen välillä ovat vielä kieltämättä erittäin suuret.

Edellisestä johtuu, että

- 1) **Laissa hahmotellut ns. suoran valinnan palvelut eivät vahvista vaan voivat heikentää peruspalveluita.** Valinnan vapaus ja jonottamaton hoitoon pääsy ovat sinänsä arvokkaita tavoitteita. Ne yksinään eivät riitä vahvistamaan peruspalveluita. Syynä on niiden kapitaatiomuotoinen rahoitus (vvl § 65), joka luo voimakkaan taloudellisen kannusteen siirtää potilaat jonnekin muualle hoitoon, lähinnä päivystävään yksikköön tai erikoissairaanhoidon.

Rahoitustapoihin liittyvien kannusteiden vaikutusta ei pidä aliarvioida: juuri ne johtivat epäonnistumiseen sekä Norjassa 2004 että Tukholman maakäräjillä 2016. Alustavien tietojen mukaan myös Ylä-Savon valinnanvapauskokeilu syöttää odottamattoman paljon potilaita Kuopion yliopistolliseen sairaalaan, mikä kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia (tietolähde osastopäällikkö Kirsi Varhila, stm). Miksi hoitaisin, kun en saa hoitamisesta rahaa ja kun voin lähettää toisten hoidettavaksi?

Valinnanvapaus lisää hoidon sirpaleisuutta entisestään juuri paljon palveluita tarvitsevien osalta, kun potilaan diabetesta päädytään hoitamaan eri paikassa kuin hänen masennustaan ja kumpakin näistä eri paikassa kuin hänen sosiaaliturvaansa).

Koska nimenomaan peruspalveluiden piirissä hoidettava hyvinvointitaakka on suurin pienituloisilla, palveluiden edellä kuvattu heikentäminen syrjii kansalaisia ja on räikeässä ristiriidassa Perustuslain 6 §:n ilmaiseman kansalaisten yhdenvertaisuustavoitteen kanssa. ***Katsonkin, että tämän kansalaisryhmän suhteellinen asema on heikentynyt aikaisemmasta lakiesityksestä, jossa sosiaalipalveluiden tuottamiseen liittyvää julkista valtaa oli sentään yritetty jättää nykyistä lakiesitystä laajemmin sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Lyhyesti ilmaisten, lakiluonnos kasvattaa kansalaisten eriarvoisuutta entisestään.***

- 2) **Lakiehdotuksessa tavoiteltu kilpailu ei tule tehostamaan toimintaa vaan heikentämään terveydenhuollon tehokkuutta.** *Kilpailu voi kasvattaa toiminnan tehokkuutta vain silloin, jos kilpailijat asetetaan samalle viivalle.* Lain hahmottama yksityinen sote-keskus jää aina eri lähtöviivalle kuin julkinen, koska Perustuslaki jättää julkiselle järjestelmälle viimekätisen vastuun kaikkien kansalaisten (ml. päihde- ja mielenterveyspotilaiden) hoidosta. Tehokas kilpailu edellyttäisi tämän takia aluksi alueellisesti määriteltyä väestövastuuta (kuten Britannian King's Fundin Place-based Care System tekee), jolloin kaikki kilpailijat, yksityiset ja julkiset, ottaisivat täyden hoitovastuun väestöprofiileiltaan mahdollisimman samanlaisista ja riittävän suurista alueellisista väestökokonaisuuksista.

Nyt lakiesitys syventäisi sitä kansalaisten länsimaisittain ainutlaatuista eriarvoisuutta, jonka työterveyshuollon K2-osa on maahamme luonut ja josta myös OECD on Suomelle toistuvasti huomauttanut. Suomi ei tarvitse nyt toista osaoptimoivaa ja kansalaisiaan *de facto* eriarvoiseen asemaan asettavaa järjestelmää.

Syvenevä kahtiajako on omiaan siirtämään osaajia hoitamaan elämänsä hallitsevia, työikäisiä ja hyvin informoituja kansalaisia yksityisiin sote-keskuksiin. Muun muassa Ylä-Savon valinnanvapauskokeilu antaa jo tämän suuntaisia viitteitä. Siirtymistä vauhditetaan aktiivisella markkinoinnilla ja avaintuottajien palkkakilpailulla.

Vastavoimaksi esitetty tehostettu valvonta kasvattaisi puolestaan valvontaviranomaisten määrää ja valvonnan kustannuksia. Jotkut tahot ovat esittäneet, että tarpeettomista läheteistä jopa sakotettaisiin lähettäjä. Jos näin ajatellaan, eikö olisi yksinkertaisempaa ja huokeampaa siirtää jakamaton vastuu yksilön hyvinvoinnista yhdelle ja samalla toimijalle ja luopua "suoran valinnan palveluiden" käsitteestä kerralla ja kokonaan. Huomautan, että näin toimitaan muutamissa esimerkillisissä maakunnissa, mutta myös yksityisissä "kokonaisulkoistaneissa" Sulkavalla ja Mänttä-Vilppulassa.

Kysymys ei näinollen ole yksityinen-julkinen –vastakkainasettelusta, vaan integroitu-integroimaton –vastakkainasettelusta.

- 3) **Lakiesitys ei vähennä potilaan "pompottelua" vaan lisää sitä.** Kapitoidulla perusterveydenhuollolla on siis edellä kuvattu kannuste lähettää potilas muualle hoitoon. Koska yksityinen sote-keskus ei kykene perustuslain tulkinnan mukaan käyttämään merkittävää viranomaisvaltaa, ja toimijat halutaan saattaa samalle viivalle, ***myös julkisen sote-keskuksen tarjoamat sosiaalipalvelut joudutaan nyt typistämään lähtökohtaisesti pelkäksi "ohjaukseksi ja neuvonnaksi"***. Tämä siis merkitsee lähipalveluiden orastavan horisontaalisen integraation tietoista ja täydellistä purkamista. Samalla esitys nostaa pahenevan "pompottelun" kohteiksi juuri eniten apua tarvitsevat ja kaikin puolin heikoimmassa asemassa olevat kansalaiset. Sosiaaliosaajien ajoittainen tapauskohtainen siirtyminen sote-keskuksiin on omiaan vain pahentamaan syntyvää kaaosta.

Sosiaalisektorin merkitystä ei pidä arvioida sen pienen asiakasosuuden (10-15 % väestöstä) perusteella vaan siltä pohjalta, että tämä osa väestöstä sitoo yli 80 % (12-13 mrd€) koko sektorin kustannuksista. Mielenterveys- ja päihdepotilaat, työttömät, kotoutettavat, kuntoutettavat ja vammaiset, hauraat, muistisairaat vanhukset ja moniongelmaiset lapsiperheet ovat vahvasti yliedustettuina tässä asiakassegmentissä.

Heidän ”pompottelunsa” usein kaukana sijaitsevaan liikelaitokseen loukkaa raskaasti kansalaisten yhdenvertaisuuden periaatetta samalla kun se kasvattaa järjestelmän kokonaiskustannuksia.

- 4) **Lakiesitys ei paranna palveluiden laatua vaan heikentää sitä;** valitettavasti lainlaati ei ole määritellyt sanallakaan, mitä se tarkoittaa hyvinvointipalveluiden laadulla. Kansainvälisesti käytetyistä kuudesta laatu-ulottuvuudesta (kustannus-vaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja tasa-arvo) lakiesitys heikentää tehokkuutta (ks. kohta 2), kustannus-vaikuttavuutta kasvattamalla turhia kustannuksia (ks. kohta 6), ja tasa-arvoa syventämällä palveluiden saatavuuden ja saavutettavuuden alueellisia ja sosio-ekonomisia eroja (ks. kohta 2).

Laatu-ulottuvuuksista vain peruspalveluiden saatavuus taajamissa voi parantaa oikea-aikaisuutta tarjonnan lisääntyessä. Tämä ei riitä kaventamaan kansalaisten terveyseroja, mikä oli yksi lain alkuperäisistä tavoitteista.

- 5) **Lakiesitys ei auta tulevana vuosinakaan vahvistamaan peruspalveluita vaan estää niiden kehittämistä.** Suomalainen terveyskeskus on nyt mukautunut palvelemaan Euroopan Unionin harvimpaan asutun maan väestöä. Terveyskeskuksen palveluvalikko ulottuu jo nyt monella alueella ”yleislääkärin tekemistä tavallisista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä (vvl § 18)” erikoisalojen diagnostiikkaan (esimerkkeinä maha-suolikanavan, virtsateiden ja synnytyskanavan tähytykset, ultraäänitutkimukset), hoitoon (sydäntahdistimien patterinvaihdot, lapsipotilaan astman, avannepotilaiden ja kroonisten haavapotilaiden hoito, kroonisen munuaisvian dialyysihoito) sekä kuntoutukseen (lonkkamurtumapotilaat).

Laki herättääkin kysymyksen, tulisiko kaikki jo toteutetut peruspalveluiden vahventamishankkeet palauttaa erikoissairaanhoidon, jotta yksityinen ja julkinen toimija saataisiin sille kuuluisalle ”samalle viivalle”.

Ilmeisesti lainlaatijan mielikuvana on ollut keskieurooppalainen yhden tai parin lääkärin vastaanottotoiminta, vähintään ”30 tuntia viikossa”. Sen mallin tuominen Suomeen valinnanvapauslain voimalla merkitsisi vuosikymmenien mittaista taka-askelta. Monipuolisen palvelutarjoaman korvaaminen yksilökapitaatioon perustuvalla mallilla on ylivoimainen tehtävä; myös erikoisosaamisen (esim. ortopedia, kardiologia, pediatria, dermatologia, gynekologia, oftalmologia jne) asteittainen, koulutus- ja integraatiotavoitteita toteuttava tuonti perustasolle on mahdotonta asetelmassa, jossa korvaus perustuu kömpelöön yksilökapitaatioon. Kuka laskee osuvimman yksilökohtaisen kapitaatiosumman, kun toiminnan sisältö tulee muuttumaan jatkossa alueellisesti ja vielä eritahtisesti?

Lain perusteluihin merkitty tavoite yksityisesti ja julkisesti tuotettujen sote-keskustasoisten palveluiden ”samanlaisuudesta” kertoo lainlaatijan heikosta tietopohjasta. Yksityiset ja julkiset sote-keskukset tulevat olemaan aivan erilaisia ja palvelemaan aivan eri väestösegmenttejä (ks. edellä termi *two-tiered care system*). On nyt käsitettävä, että tämä kahtiajako kasvattaa väestön terveyseroja eikä pienennä niitä.

- 6) **Lakiesitys ei hidasta hyvinvointisektorin kustannusten kasvua vaan nopeuttaa sitä**; tämä johtuu ainakin seuraavista seitsemästä erillisestä tekijästä, jotka kaikki ovat uusia ja kuuluvat ns. häiriökysynnän ("*failure demand*") alueelle:
- a) uusi käyttöön otettava yksityinen kapasiteetti on myös uusi kustannuserä aivan samalla tavalla kuin käynnissä olevat valtakunnalliset valinnanvapauskokeilut kasvattavat kokonaiskustannuksia lähivuosina peräti 100 m€:lla. Ei ole nähtävissä, että julkinen sektori kykenisi nopeasti sopeuttamaan kapasiteettinsa muuttuneeseen tilanteeseen. (Huomattakoon, että tällä 100 m€:llä olisi voitu paikata **kokonaan** perusterveydenhuoltoon 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä syntynyt lääkärivajaus.)
 - b) suoran valinnan kapitoituille sote-keskuksille luodaan vahva kannuste kasvattaa erikoissairaanhoidon kustannuksia: haavaa ei kannata ommella, koska se tietää omien ansioiden supistumista; näin tarvellyn integraation osittainenkin jälkikäteen kasaan harsiminen sitoo tuntuvia voimavaroja.
 - c) kiistely hoitovastuiden jakautumisesta peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon osalle kasvattaa riitojen asiantuntijaselvittelyn ja todennäköisesti jopa oikeudenkäyntien kustannuksia.: kysymyshän on toimijoiden omasta tulonmuodostuksesta.
 - d) yksityiset sote-keskukset ovat jo nyt aloittaneet mielikuvamainonnan houkutellakseen mahdollisimman terveitä kansalaisia listoilleen; mainontakaan ei ole ilmaista.
 - e) osakeyhtiöpohjaisten toimijoiden tärkein tehtävä on osakeyhtiölain kirjaimen mukaan tuottaa voittoa omistajilleen. Ei ole ajateltavissa, että ulkomaiset pääomasijoittajat tyytyisivät vuosikymmeniksi nollaosinkoon. Omistuspohjan kansainvälisyyden takia osingot karkaavat pysyvästi Suomen kansantaloudesta.
 - f) kilpailu parhaista avainosaajista on jo nyt johtanut palkkakilpailuun (ks. kohta 2).
 - g) yksilöllisen sote-kapitaatiosumman laskeminen 5.5 miljoonalle suomalaiselle olisi jo tuntuva urakka. Kun kapitaatio koskee vain hämähästi määriteltäviä peruspalveluita ("*tavalliset yleislääkärin tekemät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet*"), työn määrä moninkertaistuu. Kun vielä nuo peruspalvelut muuttuvat alueellisesti ja ajassa, Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitokselle on säilytetty ylivoimainen tehtävä. (Lisäksi on huomautettava, että maksuperusteiksi § 65:ssä esitetyt "ikä" ja "sairastavuus" ovat keskenään päällekkäisiä (kollineaarisia) muuttujia: sairastavuuden eli asiakkaan kroonisten diagnoosien lukumäärän sisällyttäminen kustannuksia selittäviin muuttujiin häivyttää iän painoarvon jokseenkin kokonaan. Tämäkin yksityiskohta antaa käsityksen lainvalmistelun tasosta.)
 - h) maakunnalla ei tule olemaan verotusoikeutta eikä se voi ottaa lainaa; koska PeL 88 §:n mukaan kansalaisella on oikeus "valtion talousarviosta riippumatta saada sen, mitä hänelle lain mukaan kuuluu", kustannuspaineet kantaa lopuksi aina valtio. Järjestelmällä ei siis taaskaan ole perälautaa.

Arvioin erikoissairaanhoidon volyymin kasvun ja transaktiokustannusten kasvattavan sektorin kokonaiskustannuksia vähintään viidellä prosentilla, minkä lisäksi tulevat omistajafirmojen sijoituksilleen laskemat tuotto-odotukset. Kolmen miljardin kustannustason alennustavoite kääntyy ennusteeni mukaan vähintään runsaan miljardin lisäkustannuksiksi. **Tämä olisi siis hoidon huonontumisesta maksettava hinta.** Ellei sektorin rahoitus kasva vastaavalla summalla, varsinaiseen toimintaan ohjautuvien voimavarojen supistuminen uhkaa palveluiden riittävyyttä, jonka Perustuslain 19 §:n tulisi taata.

- 7) **Valinnanvapauslakia ei pidä ajatellakaan vahvistettavan, ennen kuin kaikki meneillään olevat ja hyvin runsaalla lisärahalta rahoitetut valinnanvapauskokeilut on arvioitu puolueettoman asiantuntijaelimen toimesta.** *Elleivät arvioinnin tulokset osoita yksiselitteisesti kokonaiskustannusten hallinnan parantuvan, alueellisen ja sosio-ekonomisen eriarvoisuuden vähenevän ja näin mahdollistavan terveyserojen kaventumisen, lakia ei pidä edes tuoda päätettäväksi. Julkisia verovaroja tuhlaavan ja kansalaisten eriarvoisuutta lisäävän lain hyväksymisellä ei voi olla tavaton kiire.*

Erikoisinta nyt syntyneessä tilanteessa on silti se, että suurin osa pulmista olisi vältetty 1) rakentamalla aluepohjaiset perusväestöt, 2) määrittelemällä niiden väestökohtaiset kapitaatiokustannukset vajaan prosentin virhemarginaalilla ja 3) antamalla kansalaisten vaihtaa poolia, jos palvelun laatu ei heitä tyydytä. 4) Koterminaaliset, eli toisiinsa rajoittuvat poolit olisivat vähitellen muuttuneet päällekkäisiksi, hyvät voittaneet ja huonot hävinneet. Kustannuskehitys olisi tällöin täysin maksajan hallinnassa, yksityisillä ja julkisilla tuottajakonsortioilla ei olisi mitään mahdollisuutta vältellä hoitovastuutaan ja siten kuoria kermää, niiden välinen kilpailu toteutuisi vihdoinkin samalta viivalta, kaikkien menestymisen ehto olisi ollut täydellinen palveluintegraatio ja hyvä asiakaspalvelu, samalla kun kansalaiset olisivat voineet käyttää laajaa valinnanvapautta ja ”äänestää jaloillaan”. Lähes kaikki vaihdannan kustannukset (transaktiokustannukset) olisivat jääneet tuottajien sisäisiksi murheiksi eikä asiattomien voittojen tekeminen olisi ollut enää mahdollista kenellekään.

Tämä oli eduskuntapuolueiden kaikkien kahdeksan puheenjohtajan 23.3.2014 Kesärannassa allekirjoittaman konsensuslausuman henki. Ulkopuolisen on mahdoton ymmärtää, miksi tämä konsensus ei kelvannut jatkovalmistelun pohjaksi.

Asiantuntijalausuntoni selkokieline tiivistelmä:

Terveysthuollon kustannuskehityksen hallinnan tehokkaisiin menetelmiin kuuluvat kansainvälisen kokemuksen mukaan tuottajien toiminnan yhteensovittaminen eli järjestelmäintegraatio, vastuuväestön päälukuun eli kapitaatioon perustuva rahoitus ja tuottajien keskinäinen laatuun perustuva kilpailu.

Järjestelmäintegraatio edellyttää yhtä yhteistä budjettia, yhtä aukotonta strategiaa ja kaikille integroiduille tuottajille yhteistä ansaintalogiikkaa. Integroiduissa järjestelmissä on kosolti sijaa myös yksityisille palveluntuottajille edellyttäen, että ne kykenevät täyttämään integraattorin asettamat kustannus- ja laatuvaatimukset (mm. hammashuolto, vanhusten palvelut, kuntoutus, osa operatiivisesta toiminnasta jne.). Kapitaatio edellyttää jakamattoman kokonaisvastuun ottamista ensisijaisesti riittävän suurista ($> 10^5$) väestöpohjista, vasta toissijaisesti, ja tarpeen niin vaatiessa yksilöstä heidän vaihtaessaan palveluorganisaatiota; yksilöä koskeva vastuu tarkoittaa kokonaisvastuuta hänestä eikä täysin tulkinnanvaraiseksi jäävää vastuuta ns. suoran valinnan palveluista.

Kilpailu edellyttää integroitujen ja kapitaatorahoitettujen julkisten ja yksityisten kilpailijoiden asettamista samalle viivalle vastaamaan riittävän suurten väestöpohjien hyvinvointipalveluiden tuottamisesta.

Yksikään näistä ehdoista ei toteudu nykyisessä asiakkaan valinnanvapautta koskevassa lakiesityksessä. Sen vuoksi laki tulee kasvattamaan sosiaali- ja terveyssektorin kustannuksia nykyisestä ja loitontamaan nykyjärjestelmää sote-muutokselle asetetuista arvokkaista poliittisista tavoitteista.

Aivan erityisesti lakiluonnos loukkaa kansalaisten yhdenvertaisuusperiaatetta (PeL 6 §) pakottamalla nimenomaan sosio-ekonomisesti heikoimmassa asemassa olevat hakeutumaan sirpaleisiin ja nykyistä etäämpänä tarjottaviin palveluihin tilanteessa, jossa niiden joustava asiakaslähtöinen tarjonta olisi voitava toteuttaa nimenomaan tehokkaina, asiakkaansa ja heidän läheisensä tuntevina moniammatillisina lähipalveluina. Laki lisää konkreettisesti kansalaisten eriarvoisuutta ja yhteiskunnan jakautuneisuutta hyvä- ja huono-osaisiin.

On merkillepantavaa, että kansalaisten eriarvoisuutta pidetään jo nyt valtakunnan suurimpana turvallisuusuhkanakin. Siksi eriarvoisuuden kasvattamiselle ei pitäisi olla mitään sijaa valtakunnan hyvinvointipolitiikassa.

Kunnioitavasti

11.4.2018

Martti Kekomäki

LKT, Master of Science (Administrative Medicine, UWisconsin, Madison, USA)

kirurgian ja lastenkirurgian erikoislääkäri

terveyden- ja sairaanhoidon hallinnon täysinpalvellut professori, Helsingin yliopisto