

# Sote-esitys ei täytä sille asetettuja tavoitteita

US 28.2.2018 13:46 Elina Lepomäki

Hallitus on kertonut tuovansa esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauslaiksi eduskuntaan maaliskuun alussa eli lähipäivinä. Koko sote-uudistus eli siihen liittyvät lakiesitykset sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislainsäädännön ja laiksi maakuntahallinnosta odottavat valinnanvapauslain tuomista eduskunnan käsiteltäväksi.

Hallitus on asettanut sote-uudistuksen tavoitteeksi palvelujen saatavuuden parantamisen, asiakaslähtöisyyden lisäämisen, terveyserojen pienentämisen sekä kustannusten kasvun hillitsemisen. Sote-ratkaisu ei toteuta sille asetettuja tavoitteita. Palveluntuottajan asiakkaaksi pääsee tulevaisuudessa helpommin, mutta se ei vielä tarkoita parempaa hoitoon pääsyä eikä varsinkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Asiantuntijoiden mukaan ratkaisu ei pienennä terveyseroja.

Esityksen suhde EU-oikeuteen on epäselvä. Sote-ratkaisun laskennallinen kustannussäästö nojaa valtion asettamaan budjettirajoitteeseen, joka todennäköisemmin pettää kuin pysyy. Ratkaisussa ei ole sisärakennettuja kannustimia kustannustehokkuuden aikaansaamiseksi. Lisäksi ratkaisu sementoi Suomeen uuden hallintorakenteen, josta on enemmän haittaa kuin hyötyä. Tästä hallintorakenteesta on tulevaisuudessa vaikea peruuttaa, vaikka sote-ratkaisu jouduttaisiin laatimaan uudelleen.

Kokoomuksen ei tule hyväksyä ehdotettua sote-uudistusta. On virheitä, jotka voi tehdä vain kerran. Perustelen seuraavassa näkemykseni. Teksti on pitkä, joten halutessasi voit hypätä suoraan johtopäätöksiin.

## Suurten markkinat ja heikot kannustimet

Maakunnat tarjoavat palveluaan jatkossa liikelaitoksen tai yhtiön puitteissa. Yhtiöittämisvelvoitteesta luovuttiin perustuslakivaliokunnan kesällä antaman tuomion jälkeen. Perustuslakivaliokunnan päätös oli poliittisuudessaan omituinen. Mietinnöstä ei käy ilmi, miten yhtiöittämisvelvollisuus vaarantaisi yhdenvertaisuuden tai miksi maakunnan kokonaan omistama yhtiö olisi yhdenvertaisuuden kannalta huonompi kuin maakunnan liikelaitos. EU-oikeuden valiokunta kuittasi toteamalla, että EU-oikeus ei välttämättä edellytä yhtiöittämistä. Korkein hallinto-oikeus (KHO) ja lukuisat muut asiantuntijat ovat tästä eri mieltä.

Hallituksen tulisi tarkistaa mallin yhteensopivuus EU-oikeuden kanssa. KHO:n mielestä EU:n tulee selvittää, saavatko maakuntien liikelaitokset EU:n säädöksissä kiellettyä valtiontukea ja ovatko liikelaitokset ylipäänsä taloudellisia vai ei-taloudellisia toimijoita. EU-oikeus on kansallisen lain yläpuolella. Jos arviota ei pyydetä, saattaa komissio puuttua Suomen terveydenhuoltojärjestelmään jälkikäteen.

Liikelaitos ei voi mennä konkurssiin eikä se maksa veroja. Sen kanssa kilpaillakseen on yksityisen yrityksen oltava mahdollisimman suuri. Suuruuden ekonomiaan tähdätään myös suoralla sääntelyllä ja sote-palveluiden rahoitusratkaisulla. Sote-keskusten korvaukset pohjaavat kapitaatorahoitukseen. Kapitaatiokorvauksella tarkoitetaan kuukausittaista kiinteää korvausta, joka on sidottu sosiaali- ja terveyskeskukseen listautuneen asiakkaan vastuu-aikaan. Kiinteän korvauksen lisäksi maakunta voi maksaa sote-keskukselle muita korvauksia suoriteperusteisesti ja kannustinperusteisesti sekä esimerkiksi syrjäisyyden perusteella. [Suunnitelmassa](#) on, että kaksi kolmasosaa tuottajien korvauksista määräytyisi kiinteästi.

Kapitaation suuruutta ei vielä ole päätetty, mutta se mitoitettaneen julkisen palvelutuotannon kustannustason mukaisesti. Yksityiset palveluntuottajat toimivat tehokkaammin kuin julkinen palveluntuotanto, jolloin ne pystyvät tuottamaan perustason palvelut annetulla kustannustasolla. Se edellyttää kuitenkin yksiköiltä laajaa asiakaspohjaa eli vastuuväestöä. Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin kautta rahoitetuissa palveluissa kysymys on riittävän suuresta määrästä palveluja. Pienillä toimijoilla ei ole mahdollisuuksia osallistua palveluntuotantoon itsenäisesti. Suurilla yksiköillä on mahdollisuus hankkia toimeentuloa muista lähteistä, esimerkiksi ohjaamalla potilaita erikois- ja lisäpalveluihin. Maakunta korvaa lisäpalvelut.

Henkilöstöön, tiloihin, tarvikkeisiin ja tukipalveluihin liittyvien velvoitteiden lisäksi palveluntuottajiin kohdistuu vaatimuksia hallinnollisiin ja palveluprosesseihin liittyen. Palveluntuottajille on asetettu raportointivelvoitteita, joiden täyttämistä lakiesityksen [vaikutusarviointi](#) pitää haasteellisena ilman "toiminnanohjausjärjestelmiä". Myös kuuden kuukauden irtisanoutumisaika palveluntuottajaverkostosta sekä yksittäisen toimijan vastuu toiminnastaan aiheutuvista hoitokomplikaatioista korottavat alalle tulon kynnystä. Kuten millä tahansa toimialalla, monimuotoinen sääntely luo kilpailuetua suuremmille palveluntuottajille.

Myös maakunta voi asettaa tuottajille lisävaatimuksia palveluiden ja niiden saatavuuden osalta. Maakunnilla on yksipuolinen oikeus muuttaa ehtoja koskevaa hallintopäätöstään sekä suoran valinnan palvelujen ja asiakassetelillä annettavien palvelujen kanssa tehtävää sopimustaan. Tämä kasvattaa palveluntuottajien liiketoimintaan kohdistuvaa riskiä. Sääntelymahdollisuus antaa maakunnille mahdollisuuden suojella omaa palvelutuotantoaan kilpailulta.

Kapitaatio saattaa johtaa laadun alentamiseen, alihoitamiseen ja potilaiden valikoimiseen.

Kustannusten siirtäminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon (ESH) on meillä tuttu ongelma. Kunta kantaa sairaanhoitopiirin rahoituksesta osavastuun, siinä missä yksityinen toimija ei vastaa erikoissairaanhoidon rahoituksesta lainkaan, tuotti sen maakunta tai yksityinen.

Yksityisillä toimijoilla on kannustin siirtää potilaita tutkimuksellisten ja hoidollisten toimenpiteiden osalta eteenpäin kahdesta syystä. Ensinnäkin, siirtämällä "vaikeat" potilaat eteenpäin, pidetään omat kustannukset hallinnassa. Ihmisiä saatetaan ohjata toimenpiteisiin kuten ortopedin suorittamiin leikkauksiin myös silloin kun kuntoutus ja tehokas fysioterapia tuottaisi paremman lopputuloksen. Toisekseen, asiakassetelimalilla yksityisillä toimijoilla on mahdollisuus tarjota omia ESH-palveluita erillistä korvausta vastaan.

Valinnanvapausmalli ei pienennä terveyseroja. Niiden hillitseminen terveyspalveluilla on muutenkin haastavaa, kun suurin osa terveyseroista johtuu tutkimusten mukaan ihmisten elintavoista ja elinolosuhteista. Malli ei kohdenna palveluja niille väestöryhmille, jotka niitä eniten tarvitsisivat, vaan lisää palvelujen käyttöä suhteellisen terveen väestön joukossa. Palvelujen käyttö kasvaa, mutta niiden vaikuttavuus huononee.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksityinen tuotanto on keskittynyt neljälle suurelle yritykselle. Tilastojen mukaan 95 prosenttia alan yrityksistä työllistää alle kymmenen henkeä, mutta näistä valtaosa on suurten yritysten alihankkijoita kuten ammatinharjoittajana toimivia yksityislääkäreitä. Joukossa on myös ammatinharjoittajina toimivia fysioterapeutteja. Uudistus ajaa nyt yrittäjänä toimivia lääkäreitä ja muita ammatinharjoittajia yhä enemmän terveysyritysten palvelukseen. Pienillä toimijoilla ei uudessa sote-ratkaisussa ole edellytyksiä itsenäiselle toiminnalle.

Mitä sitten? Eikö ole parempi, jos ihmiset saavat palvelunsa jatkossa suurista yksiköistä, kun se on tehokkaampaa? On eri asia pyrkiä tehokkaaksi suuryksikön tasolla kuin järjestelmätasolla. Ero on siinä, kuka käärii tehokkuudesta saatavan hyödyn. Esitetty sote-malli ei johda järjestelmätason tehokkuuteen. Valtion asettama pehmeä budjettirajoite yhdistettynä vaillinaiseen kilpailuun sen sijaan tulee veronmaksajille kalliiksi. Kilpailua ei käytännössä ole, jos markkinoilla on vain muutama toimija ja niiden rahoitus pohjaa pikemmin asiakasmäärään kuin hoitoon. Jos maksetaan potilaiden rekisteröitymisestä eikä potilaiden hoidosta, järvevä yritys pyrkii rekisteröimään potilaita eikä hoitamaan heitä. Se tarkoittaa liiketoiminnassa panostuksia markkinointiin asiakaslähtöisen hoidon sijaan.

Ehdotetussa mallissa ihmiset siirtyvät valinnanvapauden puitteissa laajemmin yksityisten tuottajien asiakkaiden. STM:n arvioissa noin neljäsosa siirtyy yksityiselle kolmen vuoden aikana, mutta luku on todennäköisesti ajan myötä paljon suurempi. On hyvin todennäköistä, että jopa 50-60 % ihmisistä siirtyy yksityisten asiakkaiden. Tämä johtaa siihen, että maakunnille tulee rahoitusongelma. Ne joutuvat ohjaamaan yhä suuremman osan kapitaatiokorvauksista yksityisille toimijoille. Samalla ne joutuvat skaalaamaan omaa tuotantoaan alaspäin – jos eivät saa lisää rahoitusta valtiolta.

Valtiovarainministeriön ja Tilastokeskuksen [laskelmissa](#) maakuntiin siirtyvästä henkilöstöstä karkeasti arvioiden 40 % on jäämässä eläkkeelle 2030 mennessä. Tästä huolimatta maakunnat joutuvat todennäköisesti järjestämään yt-neuvotteluita, joiden seurauksena maakuntien 250 000 sote-työntekijästä vajaa kolmannes jouduttaneen irtisanomaan. Näistä yksityiset palkkaavat karkeasti noin puolet ja yli viisikymppiset jäävät työttömiksi ja odottelemaan eläkkeellepäsyä.

Tässä asetelmassa, ilman päinvastaisia kannustimia, maakunnat vetäytyisivät perusterveydenhoidon palveluista. Maakunnilla ei kuitenkaan ole syitä kutistaa omaa toimintaansa. Niiden kustannukset keskittyvät erikoissairaanhoidon, johon ne toimivat vain osittain portinvartijoina. Maakunta arvioi asiakassetelien käytön. Sen on siitä huolimatta vaikea puuttua yksittäisiin hoitopolkuihin, joissa se ei ole osallisena. Kapitaatiomallissa on valta sillä taholla, jolla on oikeus tehtailla lähetteitä. Tuo valta on toimijoilla, jotka eivät itse vastaa niiden kustannuksista.

### **Entä ne säästöt?**

Kellään ei ole käsitystä siitä, mitä nyt käsittelyssä oleva sote-uudistus maksaa. Tavoite on saavuttaa kolmen miljardin säästö sotemenojen perusuraan 2020-2030. Sotemenojen "perusura" on ennuste tulevien vuosien sotemenoista siinä missä laskennallinen säästöurakin. Julkisen rahoituksen piirissä olevien sotemenojen ennakoidaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä nykytasosta 10 miljardia euroa. Suunnitteilla olevalla uudistuksella tavoitellaan "vain" 7 miljardin euron kasvua. Säästö perustellaan sillä, että maakunnille ohjataan valtiolta vain sen verran rahaa. Valtiovarainministeriössä lasketaan sen varaan, että maakunnille asetettu budjetti sekä riittävä valtiolta tuleva ohjaus johtavat kustannuskehityksessä pysymiseen. Mikä voisi mennä pieleen?

Maakunnilla ei ole kannustimia panostaa tehokkaaseen rahankäyttöön. Niiden järjestämisvelvoite ja rahoitus on asetettu ylhäältä. Maakunnilla ei ole omaa budjettivaltaa, veronkantoa ja velkaantumisoikeutta. Jo nyt on tiedossa, että osa maakunnista on taloudellisesti niin heikkoja, ettei niillä ole pärjäämisen edellytyksiä. Hoitoketjujen järjestäminen edellyttää mittavaa hallintoa.

Maakunnille valittava poliittinen päätöksentekokerros ei auta asiaa. Maakuntavaaleissa ei voiteta teemoilla, joilla säästää valtion rahaa oman maakunnan kustannuksella. Poliitikkojen mahdollisuuksiksi "profiloitua" jääkin maakunnan palvelukirjon laajentaminen. Kuten millä tahansa ulkopuolisesta rahasta riippuvaisella toimijalla maakunnan kannattaa maksimoida kulunsa, jotta seuraavan vuoden määräraha olisi mahdollisimman suuri. Sillä ei ole syytä palauttaa rahaa valtiolle. Maakunnan liikelaitoksen budjetti perustuu pääosin tuotannon määrään ja valinnanvapaus luo kannustimen houkutella potilaita oman rahoituksen turvaamiseksi.

Valtio ei jätä maakuntia rahoittamatta, vaikkei ohjaus toimisikaan ja budjetti ylittyisi. Tätä kutsutaan pehmeän budjettirajoitteen ongelmaksi. Eli periaatteessa maakunnalla on ylhäältä asetettu budjetti, mutta käytännössä sitä kasvatetaan, jos tilanne sitä vaatii. Veronmaksaja joutuu pahimmillaan maksamaan palveluista moneen kertaan. Jos kehysbudjetoinnin kautta kokonaisrahoitus jää tarvetta pienemmäksi, joutuvat kuluja maksamaan omasta pussistaan sellaiset henkilöt, joilla siihen on mahdollisuus. Esimerkiksi vanhuksat voivat joutua myymään omistusasuntojaan maksaakseen hoivasta. Käytännössä omasta hoidostaan maksavat ylimääräistä sellaiset ihmiset, jotka myös maksavat enemmän veroja.

Toistaiseksi on epäselvää vähentävätkö suunnitteilla olevat tietojärjestelmät yksittäisten toimijoiden hallinnointi- ja raportointitaakkaa. Raportoinnin ja tehottomuuden maksaa asiakas ja hintalappu on sitä suurempi, mitä pienemmille harteille kustannukset lankeavat. Terveystieteiden tietojärjestelmät edellyttävät mittavia investointeja tuli sote-uudistus tai ei. On järkevää edetä yhtenäisen arkkitehtuurin suuntaan, jossa on rajapinnat erilaisille tietojärjestelmille.

IT-ratkaisujen kautta ei soten säästöjä kuitenkaan ole haettavissa ellei rahoitus- ja johtamisratkaisua muuteta radikaalisti. Tietojärjestelmien kehittymisen myötä viime vuosikymmeninä ei hoivatyön tuottavuus ole juuri noussut. On tärkeä erottaa mitattu tuottavuus todellisesta tuottavuudesta. Hoidon laatu ja tarkkuus parantuvat terveysteknologian myötä. Sen sijaan perusterveydenhoito on edelleen varsin työvoimavaltaista. Teknologia voi nostaa toiminnan tehokkuutta vain, jos on kannustin kasvattaa toiminnan tehokkuutta.

Parempaan saatavuuden vuoksi hoitoonpääsy helpottuu. Tämä ei tietenkään ole asiakkaiden kannalta huono asia, mutta säästöä se ei tuo kuin siltä teoreettisilta osin, että aikaisemman vaikuttavuuden kautta säästyään erikoissairaanhoidon kustannuksilta. Sote-malliin on kuitenkin sisäänrakennettu kannustin siirtää asiakkaita eteenpäin kokonaisvaltaisen paneutumisen ja ennaltaehkäisyyn sijaan. Parempi saatavuus tarkoittaa palveluiden laajempaa käyttöä, mikä ainakin lyhyellä tähtämellä kasvattaa kustannuksia sen sijaan että se toisi säästöä. Kapitaatiokorvaus mitoitetaan julkisen tuotannon mukaan. Tehokkaammasta tuotannosta syntyvät säästöt eivät siirry veronmaksajille.

Mallissa verorahoitteisten terveyspalveluiden piiriin siirtyy sellaisia asiakkaita, joiden osalta rahoitus on toistaiseksi hoitunut osin tai kokonaan erillisrahoituksella. Sote-uudistuksen yhteydessä sairaanhoidon Kela-korvaukset poistuvat. Työterveyspalveluiden asiakkaat siirtyvät laajemmin julkisrahoitteisen valinnanvapauden piiriin. Potilaiden ja työnantajien aiemmin itse maksama osuus siirtyy veronmaksajien kustannettavaksi. Hammashoito, gynekologi- ja silmälääkäripalvelut ovat pitkälti olleet potilaiden itse maksamia. Näitä palveluita siirretään valinnanvapauden piiriin siirtymäajan puitteissa. Samalla muuttuvat kannustimet: järjestämisvastuuta siirretään asiakkaalta maakunnalle. Edellinen käyttää omia rahojaan (joskin Kelan ja muiden vakuutusten tukemana), jälkimmäinen valtion rahoja. Tämä ero on keskeinen, kun pohditaan kannustimia kustannustehokkuuteen.

## Johtopäätös

Kokoomus ei voi tukea sote-ratkaisua, joka on ongelmallinen EU-oikeuden näkökulmasta, joka uhkaa nostaa verorasitusta, keskittää terveismarkkinoita kilpailun ja siten asiakkaan kustannuksella, asettaa korkean kynnyksen yritysten markkinoillepääsulle ja luo uuden hallintorakenteen, josta on haittaa kustannusten hillinnässä ja tehokkaiden hoitopolkujen järjestämisessä. Haluaisin nähdä sen päivän perustuslakivaliokunnassa, kun maakunnista haluttaisiin päästä taloudellisista syistä eroon.

Todellinen valinnanvapaus edellyttää tarpeeksi laajoja sote-markkinoita, tehokasta integraatiota sekä yhden kanavan rahoitusta. Olen kirjoittanut sen puolesta, että meillä olisi perusterveydenhoidossa ja elektiivisissä palveluissa valtakunnallinen raha seuraa asiakasta -malli, jonka rahoittaisi Kela. Tarvittava korvausjärjestelmä on jo olemassa ja järjestämis- ja rahoitusvastuu kulkisivat käsi kädessä. Jälkimmäinen ulottuisi myös lääkkeisiin. Nykyisessä ja hallituksen esittämässä sote-mallissa lääkäri voi määrätä lääkkeitä Kelan piikkiin, silloinkin, kun niitä ei välttämättä tarvita. Lääkärillä ei myöskään ole kannustinta katsoa sen perään, että asiakas tosiaan käyttää saamansa lääkkeet.

Kela-korvaukset säilyttämällä ja niiden korvaustasoa vaiheittain lisäämällä saataisiin aikaan sote-arkkitehtuuri, joka kehittyy spontaanisti parhaiden käytäntöjen ja kilpailun kautta. Järjestämisvastuuta siirrettäisiin ajan myötä kunnilta valtiolle ja ihmisille itselleen. Se vie aikaa, mutta niin vie myös ehdotetun mallin toteuttaminen ilman että se johtaa toimivampaan lopputulokseen. Revoluution sijaan on tehtävä tilaa evoluutiolle. Se tarkoittaa innovatiivisia tapoja käyttää hyväksi teknologiaa ja tilaa yksilöllisille hoitopoluille.

Suomessa on esimerkkejä sote-integraation toteuttamisesta kustannustehokkaalla tavalla, kuten Eksote ja Siun sote -mallit. On myös esimerkkejä toimivista kokonaisulkoistuksista, vaikeivat ne markkinoita avaakaan. Mikäli esitetystä maakunta-sote-mallista luovutaan, kunnilla olisi jälleen tilaa lähteä kehittämään uusia ratkaisuja – yhä leveämmille hartioille. Kunnat voisivat halutessaan siirtää soten rahoituksen ja järjestämisen suoraan valtiolle; silloin kunnan asukkaille luotaisiin kapitaatiopohjainen terveystili Kelaan ja mahdollisuus käyttää palveluita lähikunnissa yksityisen tai julkisen tuottamana. Siirryttäisiin kohti yhden luukun palveluperiaatetta.

Sote-alue olisi valtakunnallinen. Lähipalvelut saisi läheltä, mutta erikoistuneita toimenpiteitä varten potilas voisi valita parhaan tuottajan koko maasta. Mitä erikoistuneempi palvelu, sitä keskitetympi toiminto. Esimerkiksi valtakunnallisesti riittäisi muutama "tekoniveltehdas". Kun puhutaan ihmistä kerran elämässä kohtaavasta, mutta terveyden ja elämänlaadun kannalta ratkaisevasta toimenpiteestä, on potilailla valmius liikkua palvelun perässä jopa satoja kilometrejä. Laajan päivystyksen sairaaloita maassa olisi ehdotetun mukaisesti 12.