



Sosiaali- ja terveysministeriö

Ref. STM068:00/2015

Lausunto hallituksen esitysluonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin mielestä esitys laiksi valinnanvapaudesta ei anna vastauksia kahteen keskeisimpään ongelmaan, jotka ovat **epäsymmetrisen valikoitumisen estäminen** ja vuosien kuluessa rakennetun **hoitointegraation ylläpitäminen**. Käytännössä esitys haittaisi ratkaisevasti terveydenhuollon integraatiota.

Duodecim on erityisen huolissaan lääketieteellisen tutkimuksen ja perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen asemasta esitetyssä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä.

Mielestämme hallituksen esitysluonnosta ei pidä viedä käsittelyssä eteenpäin ennen suunniteltujen kokeilujen kriittistä ja puolueetonta arviointia.

Ongelmat ja ehdotetut ratkaisut

Maakunta- ja sote-hankkeella on haluttu ratkaista terveydenhuoltomme kaksi suurta ongelmaa. Ensimmäinen ongelma on **peruspalveluiden saatavuuden alueellinen ja sosio-ekonominen epätasa-arvoisuus**.

Ehdotettu valinnanvapausmalli merkitsee perusterveydenhuollon vahvistamisen sijaan kokonaisvaltaisen perusterveydenhuollon alasajoa. Esityksessä perusterveydenhuolto pilkkotaan kahteen osaan: suppea valinnanvapauden piirissä oleva osa ja maakunnan liikelaitoksen hoidettavaksi tuleva osa. Tämä estäisi yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja perusterveydenhuollon tiimiä vastaamasta kustannustehokkaasti moniongelmaisista potilaista, jotka aina tarvitsevat noita esityksessä perustason sosiaali- ja terveydenhuollosta pois lohkaistavia palveluja.

Ongelma olisi helpointa ratkaista vahvistamalla ja kehittämällä julkista perusterveydenhuoltoa vertaiskehittymisellä, jolloin vältytään terveydenhuollossa vaikeasti hallittavalta kilpailulta. Esimerkiksi tehohoito on vertaiskehittymisellään nostanut itsensä maailman kustannustehokkaimmaksi. Suurin osa perusterveydenhuollon pulmista johtuu voimavarojen niukkuuden



lisäksi johtamisosaamisen puutteista ja päätöksentekojärjestelmän suhteellisesta lyhytjänteisyydestä.

Toinen ongelma on **kustannuskehityksen hallinta**. Väestön vanheneminen lisää palvelutarvetta väistämättä vuoteen 2030 saakka. Lisäksi terveydenhuollon teknologian kehittyminen ja uusien hoitomahdollisuuksien käyttöönotto kasvattavat kustannuksia.

Näihin ongelmiin soite-uudistuksessa on tarjottu kolmea ratkaisua: kapitaatorahoitus, hoitointegraatio ja valinnanvapaus.

Valtion kassasta maakuntajärjestäjälle maksettava **kapitaatiosumma** jättää rahan kohdentamisen maakunnan demokraattisen päätöksenteon varaan. Jokaisen toimijan olisi ymmärrettävä, että kyseessä ei ole korvaus annetusta hoidosta vaan hyvinvointiriskin kantamisesta.

Hoitointegraation osalta Suomessa on edetty pidemmälle kuin monessa vertailumaassa. Suomi on ollut hoitomenetelmien arvioinnin eurooppalainen edelläkävijä, Duodecimin Käypä hoito –hanke on omaksuttu laajalti paikallisten ratkaisujen pohjaksi, monessa sairaanhoitopiirissä sairaalan ja perusterveydenhuollon tietojärjestelmät ovat yhteiset, lähetekäytäntöä ollaan muuttamassa elektronisen, reaaliaikaisen konsultoinnin suuntaan, erikoislääkäreitä on jalkautettu terveyskeskuksiin konsultoimaan ja kouluttamaan henkilökuntaa yhä uusiin ja vastuullisempiin tehtäviin.

Valinnanvapaus perustuu ajatukseen markkinoiden kyvystä ohjata kysyntä kaikkein laadukkaimpiin palveluihin, poistaa markkinoilta asiakkaista piittaamattomat ja uudistumiskyvyttömät toimijat ja kasvattaa koko toiminnan kustannus-vaikuttavuutta. Terveyspalveluiden markkinat poikkeavat kuitenkin hyvin merkittävällä tavalla muusta hyödyke- ja palvelutuotannosta: muissa palveluissa palveluiden käyttäjä ja niistä maksava osapuoli ovat yksi ja sama taho. Sen sijaan länsimainen sosiaaliturvajärjestelmä erottaa maksajan ja palveluita saavan asiakkaan toisistaan. Taloustieteellisesti asiakas on siten jatkossa palveluita järjestävä maakunta.

Toinen markkinoiden toiminnallisiin ongelmiin johtava ominaisuus on syntyvän hyödykkeen määrittely. Terveyspalveluiden palvelutapahtuma – lääkäriissä käynti, toimenpide, tutkimus, yms. – ei ole toiminnan tavoitteleva hyödyke. Koko toiminnan tarkoituksena on kuitenkin terveyshyödyn eli paremman pärjäämisen tuottaminen palvelun tarvitsijalle. Syntyvän hyödyn mittaaminen



on arvokkain pitkän aikavälin tavoite, mutta siitä ei ole markkinoiden ohjaajaksi. Markkinoiden ohjauksen aikajänne on lyhyt, mutta terveyshyödyn ilmentyminen voi kestää vuosikymmeniä. Palvelutapahtumat ovat välisuoritteita, joista voi olla tai olla olematta hyötyä.

Ehdotetun valinnanvapausmallin ongelmat

Epäsymmetrinen valikoituminen. Peruspalvelut mielletään usein tasaiseksi virka-aikaiseksi vastaanottotoiminnaksi. Niissä on kuitenkin erotettavissa useita erilaisia palvelumuotoja. Näitä ovat esimerkiksi satunnaiskäynnit, päivystyskäynnit, kroonisten sairauksien seurantakäynnit ja ehkäisevä työ. Valinnanvapausmallin onnistuminen riippuu ratkaisevasti siitä, painottuuko valinnanvapautta toteuttavien yksityisten sektorin toimijoiden asiakaskanta väestön keskimääräistä palvelutarvetta vastaavalla tavalla.

Suomessa sosiaaliturva kattaa tuottajasta riippumatta kaikki kansalaiset. Pelkästään tuottajan vaihtaminen ei ole mielekäästä. Sen vuoksi on mahdollista, että kilpailevaan järjestelmään saadaan suunnatun mielikuvamarkkinoinnin keinoin hakeutumaan nimenomaan mahdollisimman terveitä kansalaisia. Ilmiöstä voidaan käyttää nimeä tuottava tai kannattava valikointi. Julkinen puoli hoitaa 24/7 päivystyksen, palveluiden suurkuluttajat ja preventiiviset palvelut. Koko asetelma olisi siis pahasti vino alusta alkaen.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävästä toiminnasta vastuu kuuluu sekä maakunnalle että kunnille. Monituottajamallissa myös yksityisten toimijoiden tulisi sitoutua yhteistyöhön kuntien kanssa. Heikot kannustimet eivät tule synnyttämään yksityisten toimijoiden kiinnostusta, jos tähän ei rakenneta sopimuspakotteita. Reaalisen pelkona on jo nyt vähäisen terveyttä edistävän toiminnan kaikkalainen näivettyminen.

Integraation häviäminen. Nyt aloitettu kokeilu luo perustason palveluille kaksi erilaista ansaintalogiikkaa. Vapaan valinnan parissa työskentelevät saavat rahan kapitaatiokorvauksena listautuneiden kansalaisten pääluvun mukaan. Kaikki hoito, mitä tällä kannusteella tuotetaan, on suoraan pois heidän omista tuloistaan. Esimerkiksi toimenpiteitä varten potilas kannattaa herkästi lähettää julkiseen sairaalaan, sillä muuten palveluntuottajan tulot pienenevät. Julkiset palveluntuottajat sopivat etukäteen alueensa keskussairaalan kanssa hoitoketjusta. Koko prosessille etsitäänärkevin toteuttamistapa ja sitä ollaan valmiit kehittämään jatkuvasti erilaisten muutosten mukana.



Hoitojärjestelmän yhdelle tasolle rakennettu kapitaatiokorvaus hävittää kokonaan integraation perusajatuksen: toteutetaan hoito siellä missä se voidaan toteuttaa pienimmin kustannuksin laadusta ja turvallisuudesta tinkimättä. Ehdotetulla tavalla toteutettu sote-uudistus saa Suomen menettämään paikkansa eurooppalaisista maista eniten arvoa tuottavana palvelujärjestelmänä (*Best value for money*. European Consumer Health Index, tulokset vuosilta 2015 ja 2016).

Esityksessä todetaan lisäksi, että palveluintegraatio toteutettaisiin palvelujen tuottajien verkostomaisella työtavalla sekä tiiviillä ja sujuvalla yhteistyöllä maakunnan liikelaitoksen kanssa. Toisaalta vaikutusarvioinnissa todetaan, että palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja integraation varmistaminen monimutkaistuu. Ne toteutuvat vain epäsuorasti sopimusohjauksen kautta ja osa palvelutuottajista jää kokonaan maakunnan ohjauksen tavoittamattomiin. Monituottajamalli vaikeuttaa sote-palvelujen integraation toteutumista asiakkaan näkökulmasta.

Esityksessä todetaan ohjauksen toteuttamista vaikeuttavan se, että valinnanvapausjärjestelmä joudutaan käynnistämään ilman suunnittelun ja toiminnan seurannan edellyttämää riittävää tietopohjaa. **Ehdotamme**, että valinnanvapaus toteutetaan laajentamalla hallitusti asiakassetelin soveltamista pitkäaikaishoivassa ja valinnaisaikaisessa operatiivisissa hoidoissa. Pitkäaikaishoidossa hoivan laadun arviointi on paljon yksiselitteisempää kuin terveyshyötyä tavoittelevassa toiminnassa. Valinnaisaikaisessa operatiivisessa hoidossa

- 1) hoidon aiheen määrittelee maksaja, ei tuottaja;
- 2) tuottajalle asetetaan lisäksi tuotevastuu, joka kattaa kaikki komplikaatiot ja on usean vuoden mittainen;
- 3) hoidon hinnan määrittelee maksaja, ei tuottaja;
- 4) tehdyiltä toimenpiteeltä edellytetään erikseen osoitettua käytännön toimivuutta; ellei sellaista kyetä osoittamaan, maksaja pidättää itselleen osan hinnasta;
- 5) hinta kattaa kaiken itse toimenpiteestä kuntoutuksen päättymiseen asti;



Lääketieteellinen tutkimus ja koulutus

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi olemme erityisen huolissamme lääketieteellisen tutkimuksen ja perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen asemasta esitetystä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä.

Nyt lausuttavan esityksen kohdassa viisi todetaan, että: *”Valinnanvapauden ja markkinoiden hyödyntämisen keskeisenä tavoitteena on luoda markkinoiden toimintaan perustuvia kannustimia uusiin, asiakkaille ja veronmaksajille parempana vaikuttavuutena lisäarvoa tuottaviin innovaatioihin.”* Tämän mukainen kuvaus tutkimus- ja kehittämistoiminnasta viittaa lyhytjänteiseen, oman liiketoiminnan kannattavuuden parantamiseen tähtäävään toimintaan. Palvelutuottajille ei ole kannustimia tai vaatimuksia osallistua pitkäjänteiseen, varsinaiseen tieteelliseen tutkimukseen.

Integraatio-ongelmien lisäksi valinnanvapaus lisää vinoutta järjestelmään, jos julkinen puoli jatkossakin hoitaa lääkäreiden opetuksen kokonaan – sekä perus- että jatkokoulutuksen (erikoistumiseen tähtäävä) – ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen. Opetus- ja tutkimustoiminta ovat välttämättömiä järjestelmän uusiutumisen kannalta.

Mahdollisessa kilpailutilanteessa kaikilla palveluntuottajilla pitää olla samanlainen vastuu terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen liittyvistä harjoittelujaksoista ja erikoistumiseen liittyvästä palvelusta. Täydennyskoulutuksen sisältö-, laatu- ja määrävaatimusten pitää myös olla yhtenäiset kaikkien palveluntuottajien palveluksessa olevilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Esimerkiksi erikoistuvien lääkäreiden koulutus- ja opetusvastaanotot, tarvittava säännöllinen toimipaikkakoulutus, oikeus konsultaatioon ja ohjaukseen vievät aikaa ja vaativat resursseja. Tällainen panostus on suoraan ristiriidassa yksityisten palveluntuottajien toiminnallisten ja tuottavuustavoitteiden kanssa.

Toisaalta erikoistumiskoulutuspaikkojen tulee yhtenäisesti täyttää sovitut kriteerit, jotka ovat samat kaikilla palveluntuottajilla, joille koulutus- ja -vastuu annetaan. Tämä koskee sekä potilasmateriaalia, kouluttajien pätevyyttä (pedagoginen pätevyys, erikoislääkäritutkinto, lääketieteen tohtorin tutkinto) että koulutuksen kuuluvia seminaareja, sisäistä koulutusta, ulkoisia koulutusmahdollisuuksia, koulutuksen muita resursseja ja ohjausta. Koulutuspaikkoja pitää auditoida ja niiden toimintaa seurata.



LÄÄKÄRISEURA
DUODECIM

Helsingissä 20.3.2017

Markku Savolainen
Puheenjohtaja

Matti Rautalahti
Pääsihteeri