

# Kapitaatio on kovaa kamaa

**Kahdeksan eduskuntapuolueen** puheenjohtajat sopivat konsensuslausumassaan 23.3.2014, että maan hyvinvointipalvelut tuotetaan integroidusti ja että ne rahoitetaan kapitaatioperusteisesti. Nämä ovat hyviä asioita, sillä kumpikin niistä tukee samanaikaisesti kustannusvaikutavuutta ja yhdenvertaisuutta, jotka ovat koko muutoksen tärkeimmät tavoitteet.

Mutta mikä ihmeen kapitaatio? Kapitaatio-summa on vakuutettujen pääluvun ja heidän keskimääräisen tai jollakin tavalla painotetun euromääräisen hyvinvointiriskinsä tulo. Kapitaatiossa maksetaan siis riskin kantamisesta eikä hoitamisesta. Kenenkään hyvinvointiriski ei ole koskaan nolla, perusterveikin voi pudota tai jäädä auton alle. Kapitaatiosumman vastaanottava tuottaja ottaa siis rahaa vastaan huolehtiakseen, että potilas saa kaaduttuaan ja auton alle jäätyään hyvän hoidon. Riskin realisoitessa kapitaatiokorvaus ei suurene. Mitä enemmän tuottaja itse hoitaa – ompelee haavoja, ottaa röntgenkuvia – sitä pienemmäksi hänen tulonsa jäävät, koska hoidon kustannukset leikataan pois käteen jäävästä kapitaatiokorvauksesta.

Kapitaatio on siis (yli)hoidon este, disinsentiivi. Kansainvälisessä kirjallisuudessa muutoksesta käytetään nimeä ”inverted incentives”, pääläelleen käännetyt kannusteet. Jos Suomen historiasta halutaan etsiä vastinetta kapitaatiokorvaukselle, on vaivaishoidon sovelta- ma huutolaisjärjestelmä osuva esimerkki: mitä vähemmän syötit huutolaispoikaa, sen enemmän jäi taskuusi rahaa hänen huolenpidostaan.

Suomessa muutos rahoituksen nykymallista kapitaatioperusteiseen rahoitukseen ei ole järin suuri. Kunnilla ja kuntayhtymillä on ollut jo kauan demokraattisesti asetettu kiinteä budjetti, jolla toiminnan laajuutta on pyritty ohjaamaan. Kapitaatiomalli voi tuoda käytettävään

summaan väestön hyvinvointiriskiä suhteutettua hienosäättöä, ei juuri sen kummempaa.

Pienten väestömäärien vakuuttamisen ongelmat tunnetaan. Pulma liittyy nimenomaan riskinarvioinnin vaikeuteen. Niinpä esimerkiksi kymmenen hengen yritys maksaa Yhdysvalloissa työntekijöidensä vakuuttamisesta suhteellisesti melkein puolet enemmän kuin sadantuhannen työntekijän suuryritys, jossa yksilökohtainen riski tasoittuu vakuutettujen suureen massaansa. Tämä on yksi maan vakuu-

**”Peruspalveluiden kapitaatioon perustuva, kilpailutettu tuottaminen on kömpelö ratkaisu.”**

tussuojan puutteiden syy: pienet työnantajat eivät vakuuta työntekijöitään latauskustannusten (loading costs) kalleuden takia.

Riittävän suurien, ”ehjien” väestöjen kapitaatiopohjainen vakuuttaminen näyttää onnistuvan Suomessakin riippumatta siitä, onko tuottaja julkinen vai yksityinen. Kapitaation pulmat alkavatkin vasta siitä, että pelilaudalle on tuotu myös valinnanvapaus. Valinnanvapaudella halutaan viritellä markkinaehtoista kilpailua tuottajien välille. Jotta kapitaatio ja valinnanvapaus mahtuisivat samaan työkalupakkiin, kapitaatiokäsitettä on voitava soveltaa yksilötasolle. Koska kapitaatio perustuu riskinhallintaan, on voitava määrittää yksilön hyvinvointiriski.

Hallitusympyröissä on nostettu esiin termit painotettu kapitaatio, henkilökohtainen budjetointi ja niin sanottu peruspalveluiden



vapaa kapitaatorahoitettu valinta. Painotetulla kapitaatiolla tarkoitetaan väestön ikäjakauman huomioon ottamista kapitaatiosummaa määriteltäessä. Henkilökohtainen budjetointi taas ei liity riskinarviointiin mitenkään vaan keskittyy jo todettujen hyvinvointikulujen kattamiseen.

Peruspalveluiden kapitaatioon perustuva, kilpailutettu tuottaminen on kömpelö ratkaisu. Se rikkoo tehokkaasti integraatiotavoitteen – peruspalveluilla ja erikoissairaanhoidollahan on sen jälkeen eri rahoittaja, mikä luo aivan uuden suhteen näiden välille: peruspalveluiden tuottajalle syntyy vastustamaton halu siirtää potilas mahdollisimman pian jonnekin muualle, lähinnä erikoissairaanhoidon. Tästä syntyy kentällä jopa kilpailuvaltti, kuten Tukholman tuore markkinapohjainen järjestelmä osoitti. Kokonaiskustannukset räjähtivät silti käsiin, koska erikoissairaanhoidon suuntautunutta lähetetäviä ei hallinnut kukaan. Hölmöilyä ei kannata toistaa.

Jotta kapitaatio ja valinnanvapaus olisivat yhdistettävissä tukemaan kustannuskehityksen hallinnan ja yhdenvertaisuuden tavoitetta, yksilön riski on siis voitava määrittää. Henkilötunnuksen avulla yksilötasoiset kustannukset tiedetään kohtalaisen hyvin jo nyt, mutta niitä selittävien tekijöiden määrittely voi viedä vuoden tai pari. Tekijöihin kuuluvat tietenkin sairaushistoria lääkityksineen ja leikkauksineen, mutta myös tehohoidon APACHE-luokittelua mukaillen chronic health status -indikaattoreita, kuten fysikaalisia (painoindeksi, verenpaine) ja biokemiallisia muuttujia sekä elintapojen kuvaajia (tupakointi, alkoholinkäyttö). Tulos ei poikkeaisi kovin kummoisesti tutusta FINRISKI-mittaristosta.

Kapitaation, integraation ja valinnanvapauden suunniteltua, kansainvälisesti aivan ainut-



laatuista yhdistämistä uhkaa vaihdantakustannusten – eli muun muassa sopimisen, hinnan ja laadun määrittelyn, tuloksen arvioinnin ja syytteiden käsittelyn – tuntuva lisääntyminen. Koska juristit ja ekonomistit eivät hoida potilaita, on kaikki tämä raha poissa itse palveluista. Onko meillä todella varaa tällaiseen ratkaisuun? ■

MARTTI KEKOMÄKI