

Martti Kekomäki

*Terveyden- ja sairaanhoidon
hallinnon professori, emeritus*



Sotea rakennettaessa on havahduttu vähitellen huomaamaan, että uuden työvoiman jatkuva kouluttaminen on koko järjestelmän häiriöttömän toiminnan kannalta aivan keskeistä. Jo kapitaatioperusteinen korvaus heittää varjonsa koulutustoimeen: vuosikymmeniä sitten New England Journal of Medicinen päätoimittaja Arnold Relman kiteytti tilanteen pääkirjoituksensa otsikoksi sanoilla ”The Academic Hospitals under Siege”, opetus- ja tutkimussairaalat piiritystilassa.

Kaavailtu valinnanvapaus nostaa uusia huolia. Vaikka erikoissairaanhoito ei kuulu ”vapaan valinnan” piiriin, laajeneva elektiivisten toimenpiteiden valintaa tukeva asiakasseteli muuttaa yleistyessään tilanteen kokonaan.

Valinnanvapauden kannattajien mukaan koulutettavat ovat opetus- ja sairaaloiden puoli-ilmaista työvoimaa, minkä tulisi helpottaa julkisen tuottajan asemaa. Tarkastellaanpa lyhyesti, miten paljon jo pitkälle koulutettu operatiivisen työn tekijä helpottaa kilpailutilannetta:

Oletetaan, että koulutuksensa loppuvaiheessa olevan kirurgin ansiotasoa on puolet ammattimiehen ansiotasosta

Mitä koulutus maksaa?

ja tuotos kaksi kolmasosaa ammattimiehen tuotoksesta. Kannattaako kauppa? Toiminnan kokonaiskustannukset leikkaussalissa, siis koko hoitoprosessin kapeikossa, pienenevät noin 10 prosenttia. Suurin osa säästöstä syntyy mainitusta palkkaerosta, paljon pienempi osa säästyneistä tarvikkeekustannuksista. Sen sijaan yksikkökustannukset kohoavat yli 30 %:lla, tuotannostahan puuttuu yksi kolmannes. On ilmeistä, ettei tuollainen kustannusero voi olla tuhoamatta markkinoiden toimivuutta. Eivätkä kaikki koulutettavat ole välttämättä ”koulutuksensa loppuvaiheessa”.

Samanlaisen esimerkin voi rakentaa konservatiivisilta aloilta: tilannearvio ja sairaanhoidollisten palveluiden käyttö riippuvat lääkärin ammattitaidosta, joka syntyy kokemuksesta. Koulukkaan into ei korvaa puuttuvaa ammattitaitoa.

Asian arvioinnissa on otettava soten tuoma kulttuurimuutos hyvin tarkasti huomioon: tähän asti terveydenhuollon poliittisen johdon huoli on kohdistunut kokonaiskustannusten hallintaan. Tästä eteenpäin ei enää kilpaillakaan kokonaiskustannuksilla, vaan yksikkökustannuksilla, sillä kokonaiskustannukset hallitaan kapitaatiokorvauksen avulla.

Ongelmaa ei helpota yhtään se, että muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta julkiset sairaalat eivät edes tiedä todellisia yksikkökustannuksiaan. Syy ei taida olla kaikkien tiedossa. Tuotteiden hinnoittelussa on käytetty vuosikautia ns. HUS-painoja eli ekvivalenssilasken-

nan menetelmää, joka jättää palvelukokonaisuuden erilliset kustannustekijät, kuten henkilötyövoiman käytön, kestokulutushyödykkeet, investoinnit ja tarvikkeekustannukset erittelemättä. Kokonaiskustannukset jaetaan tuotetulla palvelumäärällä, jota painotetaan HUS:n kustannusrakenteella.

Ainoa tie kustannuksia vastaavaan hinnoitteluun on soveltaa sisäiseen laskentatoimeen potilaskohtaista lisäy-laskentaa. Tämä tarjoaa myös hoitoprosessin hallinnalle uuden työvälineen: standardikustannuslaskenta auttaa näkemään, mihin valintaan työn organisoinnista vastaavan tulisi kiinnittää suurin huomio. Hyvin usein juuri työpanoksen valinta on esimiehen keskeisin tehtävä.

Miten pulma olisi ratkaistava? Luodaanko jokaisen koulutussairaalan kuppeeseen kokeneilla konkareilla miehitetty Oy Lonkka, Oy Sydän ja Oy Kaihi, jotka kohtaavat muut tuottajat kilpailutilalla? Kaikki haluaisivat siistiin sisätyöhön, pois päivystyspuuhista, kaikkinaisen ennustamattomuuden ja inhimillisen epätäydellisyyden kohtaamisesta kuten Suomessakin on ehditty nähdä. Kuinka paljon koko ratkaisu kasvattaa puolestaan vaihdannan kustannuksia?

Silti tämä kaikki jättää vielä ratkaisuvaikeille pulmamme: miten koulutustoiminta tullaan kompensoimaan uudessa uljaassa sotessa?

Kollegat, ehdotuksia? Ja saman tien mieluummin hyviä!