

EDUSKUNNAN TARKASTUSVALIOKUNTA

9.5.2018

Asia: Kirjallinen lausunto HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

Teema: Sote-uudistukseen liittyvät taloudelliset riskit ja kuinka ne on huomioitu uudistuksen valmistelussa

Valmistelija: Janne Aaltonen (erik.lääk., MBA), yhteyspäälikkö, HUS-konsernihallinto

Liitteenä 1 esitetään HUS-kuntayhtymän lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveystaloudelle 20.4.2018 teemaan 'korvausperusteet, kustannus- ja kannustevaikutukset' liittyen. Alla täydennetään em. lausuntoa joiltakin osin. Liitteenä 2 esitetään HUS:n arvio VM:n muistiosta 2.5.2018.

Eduskunnan käsiteltävänä olevan sote- ja maakuntauudistuksen ja erityisesti valinnanvapauslainsäädännön suurin kysymys on: paljonko kustannuksia uudistus aiheuttaa? Kansantalouden ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta tämä johtaa kahteen jatkokysymykseen: mahdollistaako julkisen talouden rahoituskehys vaadittavan lisäpanostuksen, ja jos kyllä, aikaansaako panostus esitetyn kaltaiseen (uuteen) järjestelmään paremman tuoton kuin vastaavan suuruinen panostus nykyiseen järjestelmään?

1. Paljonko kustannuksia uudistus aiheuttaa?

Uudistuksen kustannusvaikutuksista ei ole esitetty kokonaisvaltaista laskelmaa. Käsiteltäessä asiaa eduskunnan sosiaali- ja terveystaloudelle 20.4.2018 valtiosihteeri Martti Hetemäki lupasi toimittaa valiokunnalle kattavan arvion kustannusvaikutuksista. Tämä muistio saatiin pyydettäessä HUS-kuntayhtymän käyttöön tätä lausuntoa varten. Analyysi muistiosta esitetään liitteenä 2.

Asiantuntijat ovat yksimielisiä siitä, että uudistus tulee aiheuttamaan hyvin huomattavia välittömiä menoja. Näistä menoista merkittävä osa (mutta eivät kaikki) liittyvät valinnanvapauden laajentamiseen ja laissa esitetyn korvausmallin käyttöönottoon. Nämä ovat suunnitellun mallin vääjäämättömiä seurauksia. Ainoa asia, mitä ei varmuudella voida etukäteen sanoa, on kustannusten suuruus. Alla on arvioitu joitakin kustannustekijöitä hyvin yleisellä tasolla ja varovasti:

- päällekkäiset rahoitusjärjestelmät: 500-600 M€
- tietojärjestelmät: 300-500 M€
- tukipalvelut ja hallintokulut: 200 M€
- palkkaharmonisointi: 500-700 M€

YHTEENSÄ: 1,5-2,0 miljardia euroa

Edellä arvioidusta enintään 500 M€ on muutokseen liittyviä kertaluonteisia kustannuksia, kaikki muut pysyviä ja vuodesta toiseen kertautuvia kustannuksia.

Uudistus sisältää lisäksi muitakin kustannus- ja mahdollisesti myös säästövaikutuksia, joiden toteutuminen on epävarmaa.

Uudistuksen tavoitteena on hillitä kustannusten kehitystä 10 vuoden aikana 3 miljardilla eurolla. Kuten asiantuntijat ovat laajasti todenneet, lainsäädäntökehikko ei kuitenkaan anna muita keinoja kustannuskasvun hillitsemiseksi, kun eduskunnan vuosittain päättämän kiinteän kustannusraamin. Eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksen perusteella palvelujen rajoittaminen kustannusraamiin vedoten on kuitenkin vastoin perustuslakia (eoak 921/2004): *”Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukaista kuin sairauteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva”*. Täten rahoituksen määrittäminen terveyspalveluissa ei ole poliittinen päätös, vaan seuraus tarpeesta ja teknologiasta. Suomessa ei käytännössä voida poiketa kansainvälisistä hoitosuosituksista.

Uudistuksesta seuraa kustannusriskejä olemassa olevien, toimivien ja kustannustehokkaiden integroitujen järjestelmien purkautumisesta, mahdollisista alueellisista monopolitalanteista sekä palvelutuottajien kesken käynnistyvistä palkkakilpailusta. Maakuntien mahdollisuudet hallita näitä ilmiöitä ovat esitetyn lainsäädännön puitteissa hyvin rajalliset. Valinnanvapauslain 24 § mukaan asiakasseteli tulee antaa, mikäli antamisen edellytykset täyttyvät, ja asiakassetelin arvo tulee määrittää siten, että setelillä voi tarvittavan palvelun saada. Mikäli yksityinen toimija rekrytoi houkuttelevin työehdoin julkisesta sairaalasta henkilökunnan, joka palvelun nyt tuottaa (esim. 9 kardiologia, jotka Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä toimenpiteellisiä hoitoja nyt suorittavat – pakkohankintaan riittänee tosin jo 5 henkilön työpanos), saa se helposti alueellisen monopolin, jossa maakunnalle ei käytännössä jää muuta mahdollisuutta kuin hankkia nämä palvelut asiakassetelillä yksityisen tuottajan määrittämään hintaan (muiden julkisten tuottajien kapasiteetti ei riitä, vaikka hinta olisikin alhaisempi, eikä yksityistä kilpailua ole).

2. Mahdollistaako julkisen talouden rahoituskehys vaadittavan panostuksen?

Vastaus kysymykseen on loppukädessä poliittinen. Aiemmin julkisessa keskustelussa referoitu kestävyysvaje ja tarve hillitä sote-palvelujen kustannuskehitystä 3 miljardilla eurolla viittaisi siihen, että edellä kuvatun kaltainen lisäpanostus ei olisi mahdollinen. Toisaalta tiedetään, että terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa niukemmin kuin muissa Pohjoismaissa ja useimmissa muissakin EU-maissa. Tämä viittaisi siihen, että panostus voisi olla mahdollinen. Tästä ei kuitenkaan seuraa, että tämä panostus olisi tarkoituksenmukaista kohdentaa edellä mainittuihin kustannustekijöihin sote-uudistuksessa esitetyllä tavoilla.

3. Johtaako panostus esitetyn kaltaiseen (uuteen) järjestelmään paremman tuoton kuin vastaavan suuruinen panostus nykyiseen järjestelmään?

Kysymykseen voidaan lähes täydellä varmuudella vastata: ei. Nykyisessä palvelujärjestelmässä on saatavuuteen ja epätasa-arvoon liittyviä ongelmia, joiden syy ja siten ratkaisukin on taloudellinen. Esimerkiksi uudistamalla yksityisen sairausvakuutuksen korvausjärjestelmä, voitaisiin 100-200 M€ lisäpanostuksella tarjota yksityissektorin yleislääkärikäynti samaan hintaan kuin käynti terveyskeskuksessa potilaalle nyt maksaa. Monimutkaisia ja merkittäviä riskejä sisältäviä uudistuksia ei näiden ongelmien korjaamiseksi tarvita.

Sote- ja maakuntauudistuksen ja valinnanvapauslain toimeenpano johtaa vääjäämättä edellä kuvatun kaltaisiin kustannusvaikutuksiin, joilla ei ole juuri lainkaan terveyttä ja hyvinvointia lisääviä vaikutuksia. Panostukset lisäävät jossain määrin peruspalvelujen saatavuutta, mutta kuten yllä todetaan, sama lopputulos on saavutettavissa huomattavasti pienemmin kustannuksin. Useimmat lisäkustannukset ja riskit kohdistuvat elementteihin, jotka eivät lisää sote-palvelujen saatavuutta eivätkä laatua, vaan ovat luonteeltaan hallinnollisia. Panostamalla uudistuksen toimeenpanoa vastaava (tai pienempikin) kustannuslisä nykyiseen järjestelmään, se voitaisiin kohdentaa lähes täysin palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen.

Yhteenveto

Valiokunta pyysi arvioimaan seuraavia kysymyksiä:

- a) mitkä ovat sote-uudistukseen liittyvät taloudelliset riskit, ja
- b) kuinka hyvin riskit on otettu huomioon uudistuksen valmistelussa?

Uudistuksen osalta ei voida puhua pelkästään taloudellisista riskeistä, sillä ei ole ainoastaan riski vaan vääjäämätön tosiasia, että uudistus tulee aiheuttamaan hyvin huomattavia välittömiä kustannuksia. HUS-kuntayhtymän näkemyksen mukaan ehdoton edellytys uudistuksesta päättämislle on, että nämä kustannukset ovat tiedossa etukäteen ja kustannusten arviointi-/laskentaperusteet julkaistaan yleisesti saataville.

Kustannuksia ja taloudellisia riskejä ei liity yksinomaan uudistuksen toimeenpanoon vaan myös sen dynaamisiin vaikutuksiin. Teoriassa vaikutukset voivat olla positiivisia tai negatiivisia. Lakiesitykset eivät kuitenkaan sisällä kannustimia kustannustehokkuuden parantamiseksi. Osin ne rikkovat rakenteita, joiden avulla on saavutettu huomattavia kustannussäästöjä (esim. Eksote ja Soite). Suurin epävarmuus liittyy kysymyksiin, missä määrin yksityiset toimijat saavat markkinaosuutta valinnanvapauspalveluissa, missä laajuudessa muodostuu alueellisesti toimivat markkinat ja kuinka laajasti kilpailu asiakkaista johtaa kilpailuun työvoimasta, ja sitä kautta palkkakilpailuun. Riski sille, että valtakuntaan syntyy laajoja markkinatyhjiöitä, joissa toimivat

yksityiset tuottajat saavat tosiasiallisen monopoliaseman, on hyvin huomattava, samoin riski kilpailuun osaavasta työvoimasta. Näiden riskien todennäköisyyttä on vaikea arvioida, mutta toteutuessaan niiden vaikutukset ovat satoja miljoonia euroja.

Taloudelliset seuraukset ja riskit on huomioitu uudistuksen valmistelussa parhaimmillaankin heikosti. Kokonaisarviota vaikutuksista ja riskeistä ei ole saatavilla, eikä tehtyjen arvioiden perusteita ole avattu. Valinnanvapauslain lausuntokierroksella kysymykseen "Onko uudistuksen vaikutukset arvioitu näkemyksenne mukaan oikein ja riittävästi?" vastasi "kyllä" tai "kyllä pääosin" 30% vastaajista, "ei" tai "ei pääosin" 60% vastaajista (1). Myös talouspolitiikan arviointineuvosto on lausunnossaan valtiovarainvaliokunnalle 29.3.2018 päättänyt toteamaan, että kustannusvaikutuksia ei ole arvioitu tasapuolisesti ja kattavasti.

Ne taloudelliset arviot, jotka uudistukseen liittyen on tehty, ovat pääosin ylimalkaisia, eikä arvioiden perusteita ole julkisesti avattu. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa "Valinnanvapauslain vaikutusarviointiin liittyvien laskelmien lähtökohdat ja periaatteet" (2) todetaan, että sote-keskuksiin on arvioitu kuuluvan noin 2,0 miljardin euron kokonaisuus, josta noin 200 miljoonaa euroa on nykyisin erikoissairaanhoidossa toteutettua konsultaatio- ja vastaanottotoimintaa. On epäselvää, miten 1,8 miljardin euron summaan on päädytty. Kuten edellä on todettu, terveyskeskusten avovastaanottopalvelujen kustannus on keskimäärin 212 euroa per asukas. Kun se kerrotaan Tilastokeskuksen väestöennusteen 5 595 213 asukkaalla vuonna 2020, saadaan tulokseksi 1,2 miljardia euroa. On epäselvää, mistä aiheutuu 614 miljoonan euron ero STM:n esittämään laskelmaan.

HUS-kuntayhtymän näkemys on, että mikäli uudistuksen kustannusvaikutuksia ei kyetä arvioimaan kohtuullisella tarkkuudella etukäteen, ollaan toteuttamassa liian isoa uudistusta yhdellä kertaa.

Helsingissä 7.5.2018



Janne Aaltonen
Yhteyspäällikkö
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri



Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

1 Lausuntoyhteenvedo sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapauslainsäädännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2018:1.

2 http://alueuudistus.fi/documents/1477425/5714942/Valinnanvapauden+arviointiin+liittyvien+laskelmien+periaatteet_23112017.pdf/83f79f77-0242-4517-833c-e4bb7a5758a0/Valinnanvapauden+arviointiin+liittyvien+laskelmien+periaatteet_23112017.pdf.pdf

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNTA

20.4.2018

Asia: Kirjallinen lausunto HE 16/2018 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

Teema: Korvausperusteet, kustannus- ja kannustevaikutukset

Valmistelija: Janne Aaltonen (erik.lääk., MBA), yhteyspäällikkö, HUS-konsernihallinto

Alla olevassa kirjallisessa lausunnossa tarkastellaan hallituksen esitystä valinnanvapauslaiksi yksinomaan kustannus- ja kannustevaikutusten sekä korvausperusteiden näkökulmasta.

Lähtökohta

Sote- ja maakuntauudistuksen toteuduttua maakuntien ja tätä kautta sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksesta päättää eduskunta. Rahoitus kanavoidaan maakunnille erikseen laissa määriteltyjen periaatteiden mukaisesti. Asiakasmaksuista päätetään lainsäädännöllä. Maakunnalla ei tosiasiallisesti ole muita tulonlähteitä, joten sen tulisi kyetä suoriutumaan velvoitteistaan annetun kiinteän määrärahan turvin riippumatta siitä, kuinka paljon sen palveluja tarvitaan tai käytetään. Maakunta ei voi päättää sote-palveluihin käytettävästä määrärahasta itse, vaikka maakunnan asukkaiden yhteinen tahtotila olisi käyttää näihin palveluihin enemmän varoja kun eduskunta on niitä myöntänyt. Vastaavasti, jos eduskunta korottaa määrärahaa, se kohdentuu kaikkiin maakuntiin tasapuolisesti.

Maakunnan tulisi järjestäjänä kanavoida saamansa rahoitus siten, että käytettävissä olevalla rahamäärällä tuotetaan maksimaalinen määrä hyvinvointia. Valinnanvapauslain mukaisten palvelujen rahoitus on määritelty kuitenkin siten, että maakunnan tulee huolehtia näiden palvelujen rahoituksesta ensisijaisesti, sillä palvelujen käyttäjällä on ehtojen täytyessä subjektiivinen oikeus asiakasseteliin tai henkilökohtaiseen budjettiin, ja suoran valinnan palvelutuottajien rahoitus määräytyy asiakasmäärän ja palvelusuoritteiden perusteella – ei maakunnan hyvinvointitarpeen perusteella.

Maakunnan järjestäjän näkökulmasta rahoitus on nollasummapieliä, jossa muutuskustannukset, hallintokulujen kasvu sekä lisäpanostus valinnanvapauspalveluihin ovat suoraan pois sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon palveluista. Vaihtoehtona on kustannusraamin kasvattaminen nykyisestä tai asiakasmaksujen merkittävä korottaminen.

Muutosta on perusteltu sillä, että sosiaali- ja terveystoimen kustannukset ovat kasvaneet bruttokansantuotetta nopeammin ja palvelujen avaaminen markkinoille tehostaa toimintaa.

1. Onko olemassa ongelma nykyisiin tai odotettavissa oleviin kustannuksiin liittyen?

Julkisessa keskustelussa on usein esitetty väite, että ikärakenteen muutos johtaa hillitsemättömään kustannuskasvuun, mm. Valtionvarainministeriön kunta- ja aluehallinto-osaston päällikkö Jani Pitkäniemi/HS 27.3.2018:

Väestörakenteen muutos yhdistettynä sotien nykyiseen tuotantorakenteeseen johtaisi Pitkäniemen mukaan Suomen velkaantumiseen. "Me viemme tämän maan kuralle, jos emme ymmärrä tätä. Jos sotea ei tehdä, miljardit täytyy imuroida muualta valtion budjetin sisältä, enkä usko, että siihen kukaan on valmis", Pitkäniemi sanoo.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kustannukset muodostuvat palkoista, tiloista, laitteista, tavaroista ja tarvikkeista. Alla ote Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuloslaskelmasta 2017:

	1.1.-31.12.2017	1.1.-31.12.2016
Toimintatuotot		
Myyntituotot	2 042 353 416,25	1 888 572 503,37
Maksutuotot	72 864 938,87	71 218 921,58
Tuet ja avustukset	12 278 693,85	9 889 253,39
Muut toimintatuotot	11 193 797,19	9 106 339,09
Toimintakulut		
Henkilöstökulut		
Palkat ja palkkiot	-955 301 434,70	-907 428 263,89
Henkilöstösivukulut		
Eläkekulut	-172 116 584,03	-168 209 478,09
Muut henkilösivukulut	-46 183 734,87	-57 931 491,99
Palvelujen ostot	-349 596 433,31	-327 225 648,54
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	-409 841 656,07	-377 513 850,88
Avustukset	-5 430 846,73	-5 651 111,11
Muut toimintakulut	-74 520 211,34	-67 576 069,19
	-2 012 990 901,05	-1 911 535 913,69

Henkilöstökulujen osuus toimintakuluista oli 58%. Koska kuluissa on mukana palvelujen ostoja, ei osuus kokonaiskustannuksista kerro koko kuvaa. Henkilöstökulujen osuus oman toiminnan kuluista oli 71%. Tiloja, laitteita, tavaroita ja tarvikkeita tarvitaan vain, mikäli on niitä käyttävää henkilökuntaa. Sosiaali- ja terveystalveissa ei kyetä tekoälyllä tai robotiikalla ainakaan vielä toistaiseksi korvaamaan ihmisen tuottamia palveluja ei. Siksi henkilöstökulujen muutokset tulevat määrittämään sote-palvelujärjestelmän kokonaiskustannusten kehityksen. Sillä, mikä on milloinkin palvelutarve, ei kustannuskehityksen näkökulmasta ole suurta merkitystä.

Sosiaali- ja terveystalvejen tuotanto on erittäin vahvasti reguloitua. Terveystalveja voivat tuottaa vain terveydenhuollon ammattihenkilöt. Yleislääkärin koulutus kestää vähintään 6 vuotta, erikoislääkärin 11-12 vuotta. Sairaanhoidajan koulutus kestää 3,5 vuotta. Käytännössä tämän jälkeen edellytetään työpaikkakoulutusta.

Edellä esitetystä seuraa, että sosiaali- ja terveystalvejen kustannukset voivat kasvaa merkittävästi nykyistä nopeammin vain, jos:

- ammattihenkilökoulutusta koulutetaan merkittävästi enemmän kuin aiemmin (tällaista ei ole

suunnitteilla);

- b. palvelutuotanto avataan markkinoille, jolloin on todennäköistä, että innovoidaan substituutteja henkilöpalveluille (se voi alentaa yksikkökustannuksia, mutta mitään takuuta siitä ei ole; kokonaiskustannukset joka tapauksessa kasvavat); tai
- c. palkat harmonisoidaan ja käynnistetään palkkakilpailu markkinaehtoistamalla osa palvelutuotannosta (mikä ei kohota ainoastaan niiden henkilöiden palkkoja, joista kilpaillaan, vaan palkkaharmonisoinnin kautta koko henkilöstön palkkoja).

Toinen julkisessa keskustelussa usein esitetty väite on, että sote-menot (yleensä nimenomaan terveydenhuoltomenot) ovat nousseet 5% vuodessa ja kasvu ylittää selvästi bruttokansantuotteen kasvun. Toteutunutta aiempaa kustannuskehitystä on tarkasteltu osin vanhan aineiston perusteella. Alla olevassa taulukossa on esitetty menojen vuosikustannusten muutos eri ajanjaksoina (1):

Aikajakso	Terveydenhuollon kokonaismenot	Julkiset terveydenhuoltomenot yhteensä	Yksityiset terveydenhuoltomenot yhteensä
Keskim. 2000-2015	5,2 %	5,5 %	4,4 %
Keskim. 2005-2015	4,4 %	4,3 %	4,8 %
Keskim. 2010-2015	3,6 %	3,5 %	3,8 %
Keskim. 2014-2015	1,3 %	0,8 %	2,8 %

Vuoden 2016 kustannustietoja odotetaan lähiviikkoina (THL). Odotettavissa on, että kustannuskehitys on jatkunut erittäin maltillisena.

Terveydenhuoltomenojen kasvu Suomessa oli 2000-luvun alkupuolella hieman muita OECD-maita nopeampaa, mikä johtui pääosin siitä, että bruttokansantuote kasvoi nopeammin kuin muissa OECD-maissa. Terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet bruttokansantuotetta nopeammin käytännössä kaikissa OECD-maissa lähes kaikkina niinä vuosina, kun asiaa on mitattu (vuodesta 1960 lähtien). Terveydenhuoltomenojen ja terveydenhuoltomenojen suhde bkt:een korreloi vahvasti, kuten alla oleva kuva osoittaa (2). Asia on ollut pitkään tutkijoiden tiedossa, mutta on yleisesti huonosti tiedostettu. Yhteys on todettu esim. OECD:n tutkimusraportissa (3), johon Valtiovarainministeriön blogi-kirjoituksessa viitataan (4). Raportissa todetaan, että vuosien 1995-2009 aikana Suomessa toteutuneesta keskimääräisestä vuosimuutoksesta (4,1%) puolet (2,0%) selittyy väestön vaurastumisella ja 0,6% väestön ikääntymisellä. Jäljelle jäävä 1,5% kasvu on

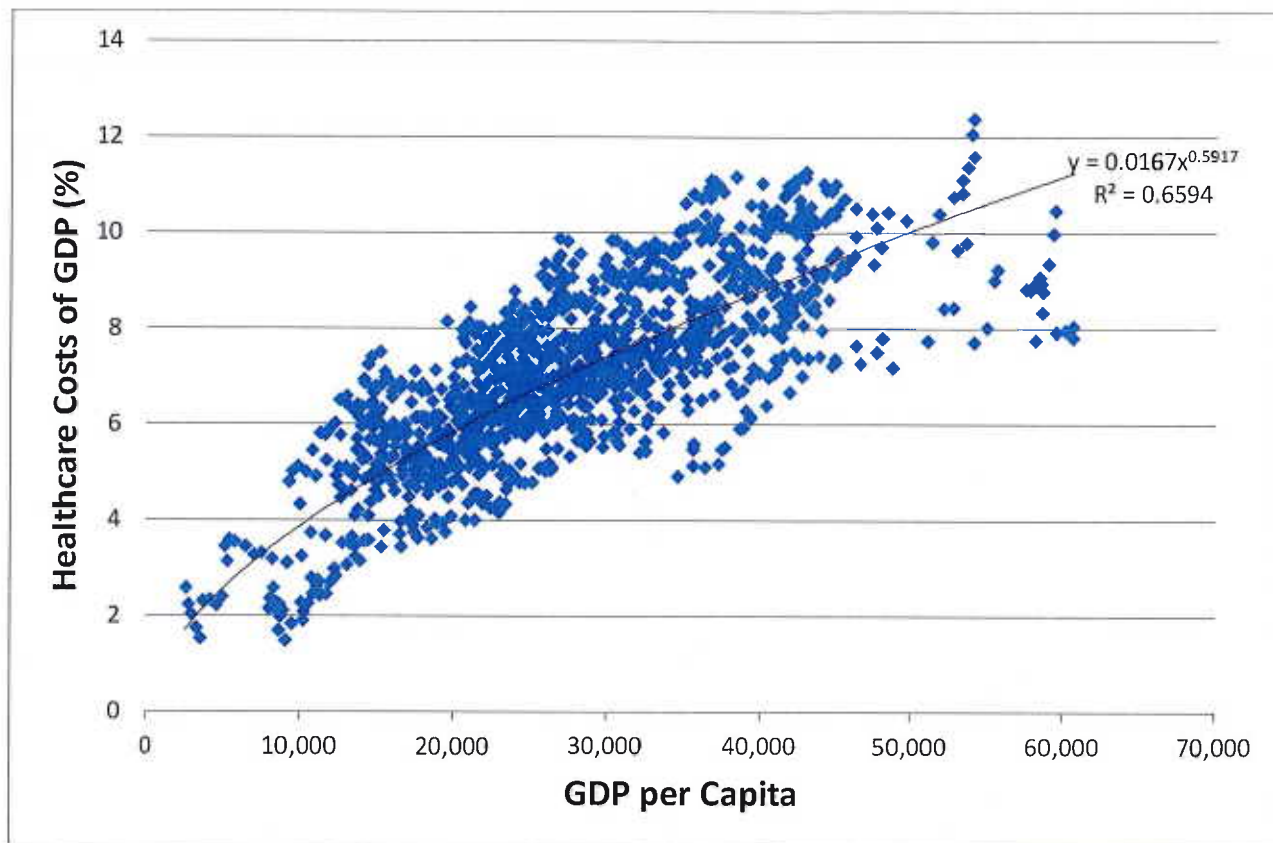
1 Kela. Tilastollinen vuosikirja 2016.

2 OECD Health Data (<http://stats.oecd.org>)

3 De la Maisonneuve, C and J Oliveira Martins (2013), "A projection method for public health and long-term care expenditures", OECD, Economics Department Working Papers No 1048, June. (<https://www.oecd.org/economy/growth/Health%20FINAL.pdf>)

4 Nerg P, Hetemäki M. Maakunta- ja sote-uudistuksen huolista (<http://alueuudistus.fi/blogi/-/blogs/maakunta-ja-sote-uudistuksen-huolista>)

samaa tasoa, kuin vertailumaissa, ja selittyy pääosin lääketieteen teknologian kehityksellä ja vähäiseltä osin terveydenhuoltosektorin palkkakehityksellä. Tämä vastaa kustannuskehitystä muilla toimialoilla.



Johtopäätöksenä voidaan todeta, että väestön ikääntyminen ei merkittävästi vaikuta sosiaali- ja terveyskustannuksiin, ellei palveluja avata (hallitsemattomasti) markkinoiden tuotettaviksi. Toteutunut sote-palvelujen kustannuskehitys on vuosina 2014-16 ollut erittäin maltillinen, eikä puolla järjestelmämuutosta kustannusnäkökulmasta.

2. Onko olemassa ongelma palvelujen kustannustehokkuuteen tai -laatuun liittyen?

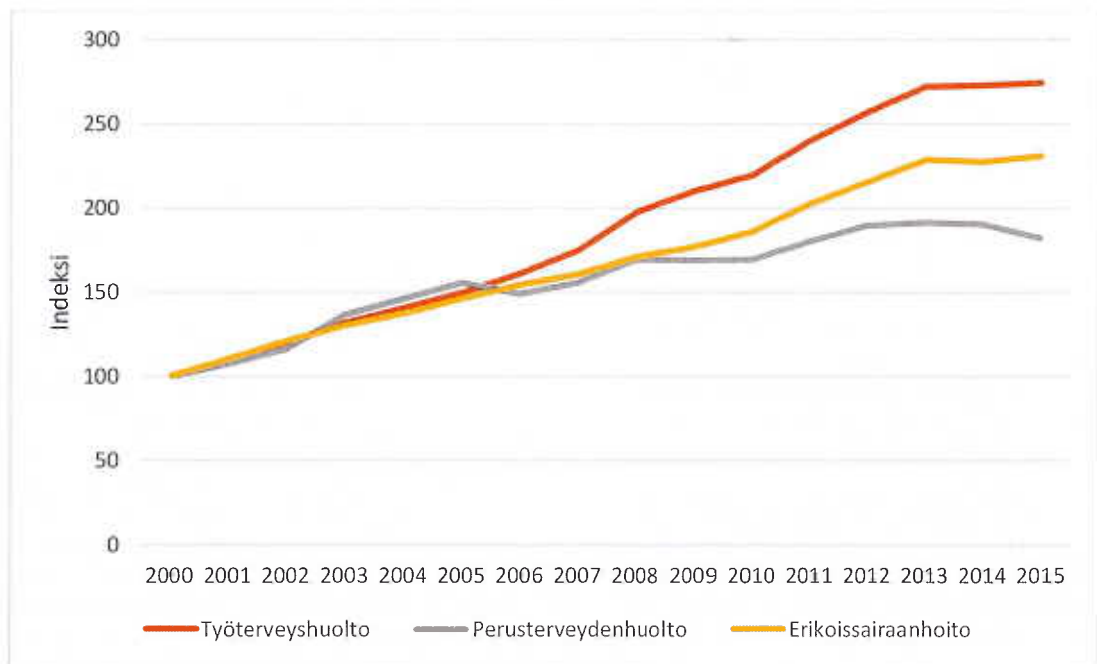
OECD:n tilastojen mukaan terveystalvet tuotetaan Suomessa laadukkaasti ja tehokkaasti. Elinajanodote syntyessä on kasvanut Suomessa 12,6 vuodelta vuodesta 1960 vuoteen 2015, kun se OECD-maissa lisääntyi keskimäärin 11,9 vuotta ja muissa Pohjoismaissa 8,7 vuotta (2). Käytännössä kaikissa OECD:n käyttämissä laatuindikaattoreissa Suomi sijoittuu paremmin kuin OECD-maat keskimäärin ja useissa mittareissa parhaan 10 joukkoon. Esimerkiksi syöpäkuolleisuus Suomessa on OECD-maiden toiseksi alhaisin ja EU-maiden alhaisin.

Suomessa käytettiin vuonna 2016 edelleen relevantteja vertailumaita vähemmän rahaa terveystalveihin suhteessa bruttokansantuotteeseen (taulukko):

Belgia	Hollanti	Itävalta	Norja	Ranska	Ruotsi	Saksa	Suomi	Sveitsi	Tanska	UK
10,4	10,5	10,4	10,5	11,0	11,0	11,3	9,3	12,4	10,4	9,7
Australia	Japani	Kanada	USA	Uusi-Seelanti						
9,6	10,9	10,6	17,2	9,2						

Arvostetussa Lancet-lehdessä viime keväänä julkaistussa artikkelissa (5) Suomi sijoittui 195 maan aineistossa seitsemänneksi parhaaksi tarkasteltaessa 30 laatumittaria. Erikoissairaanhoito on Suomessa yleisesti tunnustettu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän parhaiten toimivaksi komponentiksi.

On esitetty väite, että kustannuskehitystä voitaisiin hillitä tuottamalla osa terveyspalveluista yksityisten yritysten toimesta. Kuten sivulla 3 esitetyssä taulukosta voidaan havaita, yksityiset terveysmenot ovat kuitenkin kasvaneet selvästi julkisia menoja nopeammin vuodesta 2005 lähtien. Kun tarkastellaan kustannusindeksin muutosta työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluissa, voidaan työterveyshuollon kustannusten todeta kasvaneen kaikkein nopeimmin (1).



Skenaariot siitä, miten kustannukset kehittyisivät, mikäli kaikki tuottajat olisivat yhtä tehokkaita kuin tehokkaimmat ovat yhtä hyödyllisiä kuin skenaario siitä, kuinka hyvin Suomi pärjäisi jalkapallon MM-kilpailuissa, jos kaikki pelaajat olisivat yhtä hyviä kuin Jari Litmanen. Eroja eri tuottajien

5 Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. Lancet May 18, 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

tehokkuudessa on ja tulee olemaan aina. Lisäksi, jos säästöpotentiaalin arvioinnissa on käytetty toteutuneita säästöjä (esim. Eksote), voidaan niitä luonnollisesti soveltaa vain silloin, kun tätä mallia laajennetaan, ei tilanteessa, jossa nämä säästöjen taustalla olevat rakenteet rikotaan (kuten nyt esitetään). Tärkeintä olisi pyrkiä luomaan mekanismi, jossa myös asiakkaat ja yhteiskunta (maksaja) ei ainoastaan tuottaja hyötyy siitä, että se toimii tehokkaasti. Esitetyssä valinnanvapausmallissa tai sote-uudistuksessa laajemmin ei tällaisia elementtejä ole.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että terveystieteiden laatu ja kustannustehokkuus ovat Suomessa parempia kuin vertailumaissa keskimäärin. Ei ole mitään näyttöä siitä, että hyödyntämällä enemmän yksityisiä palveluja voitaisiin lisätä kustannustehokkuutta (tai laatua).

3. Miten lakiesitys vaikuttaa palvelujen kustannuksiin ja kustannustehokkuuteen?

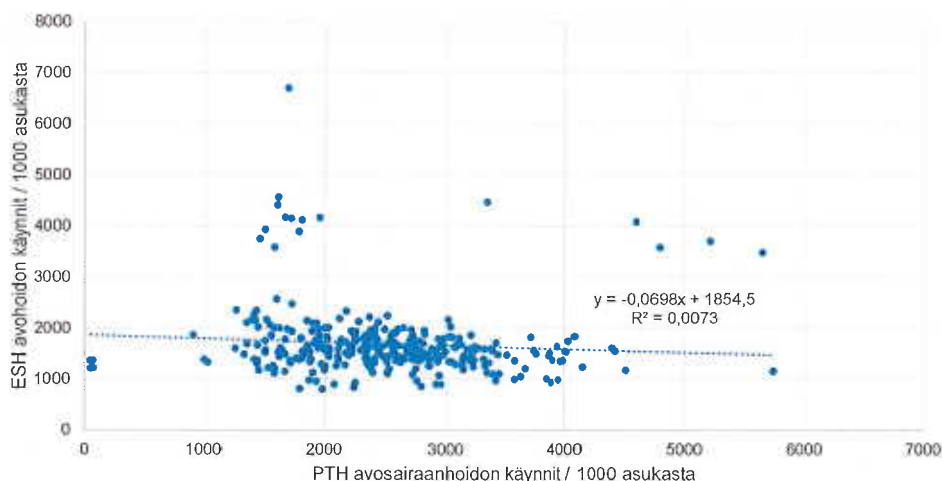
Valinnanvapauslaki parantaa oletettavasti merkittävästi sote-palvelujen saatavuutta. Tämä johtuu osittain suoran valinnan palvelujen saatavuuden parantumisesta niiden tuottajamäärän lisääntyessä ja ennen kaikkea asiakasseteli- ja henkilökohtaisen budjetin palvelujen lisääntymisen kautta, joihin asiakkaalla on subjektiivinen oikeus. Koska lakiesitys toteaa (sinänsä varsin loogisesti), että asiakassetelin arvon on oltava sellainen, että asiakkaalla on tosiasiallinen mahdollisuus valita maakunnan hyväksymä palveluntuottaja (24 §), ei maakunta voi käytännössä rajata yksittäisten asiakassetelien tai henkilökohtaisten budjettien myöntämistä taloudellisin perustein. Nämä tekijät yhdessä johtavat siihen, että näiden palvelujen kustannukset tulevat kasvamaan merkittävästi siitä, mitä ne ovat nyt. Asian suuruusluokka käy ilmi vertaamalla hallituksen valinnanvapauspiloteille osoittamaa määrärahaa (200 milj. euroa) yksityisten sairaanhoitokäyntien Kela-korvauksiin nyt (lääkärikäynnit 58,7 milj. euroa ja tutkimus- ja hoitokorvaukset 43,3 milj. euroa vuonna 2016).

Panostuksella perusterveydenhuoltoon voidaan teoriassa vähentää erikoissairaanhoidon menoja. Valitettavasti käytännössä se ei ole mahdollista. Tämä johtuu kahdesta tekijästä. 1) Erikoissairaanhoidon työvoimaa voidaan hyvin rajallisesti jos laisinkaan siirtää tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluja voidaan toki tuottaa sote-keskusten yhteydessä tai muutoin lähempänä potilasta, mutta tuotantoyksikön muutos ei muuta erikoissairaanhoidon menoja perusterveydenhuollon menoiksi. 2) Perusterveydenhuollon käytön lisääminen ei vähennä erikoissairaanhoidon kustannuksia, vaan ennemminkin lisää niitä (6). Tämä johtuu siitä, että mitä useampi potilas perusterveydenhuollossa tutkitaan, sitä suurempi määrä heitä lähetetään jatkotutkimuksiin tai hoitoon erikoissairaanhoitoon (lähetetäjäuus voi pysyä sama tai hieman laskeakin, mutta läheteiden kokonaismäärä kasvaa).

PTH avosairaanhoidon käyntimäärä ei vaikuta ESH avohoidon käyntimäärään



PTH avosairaanhoidon käyntimäärän vaikutus ESH avohoidon käyntimäärään



Lähtö: Kuntaliito, THL

77

Toinen tekijä, joka lisää kustannuksia välittömästi, on päällekkäiset vakuutusjärjestelmät. Uudenmaan alueella ja lähes koko Suomessa noin puolet suoran valinnan piiriin kuuluvista palveluista hoidetaan tällä hetkellä yksityisesti palvelujen käyttäjien, yksityisten vakuutusten tai työnantajien rahoittamana. Tästä seuraa, että joko (teoriassa) jaetaan nykyisin käytettävä julkinen maksuosuus kaksinkertaiselle asiakasmäärälle, jolloin asiakkaat tuottavat ainakin kaikille julkisille sote-keskuksille, osalle yksityisiäkin tuottajia tappiota, tai (käytännössä) kaksinkertaistetaan nykyisiin peruspalveluihin käytetyt varat. Koska nämä palvelut tuotetaan tälläkin hetkellä (muulla rahoituksella), eivät ne vaadi juurikaan lisää resursseja. Tämä tulonlisä kanavoituu suoraan yksityisten tuottajien ylijäämäksi. Mikäli kasvava kustannus halutaan balansoida maakunnan kokonaismenoissa, merkitsee tämä hyvin huomattavaa säästöä sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidosta.

Myös tukipalvelujen kustannukset kasvavat. HUS-kuntayhtymä tuottaa tällä hetkellä Uudenmaan alueella merkittävän osan kuntien sote-toimintojen edellyttämistä tukipalveluista, kuten laitosapteekki-, laboratorio-, kuvantamis-, pesula-, ym. palvelut. Myös tietojärjestelmäpalveluja ollaan yhdistämässä (Apotti Oy). Näihin liittyy hyvin huomattavia skaalaetuja, ja tukipalvelujen keskittämisellä on saavutettukin sekä merkittäviä kustannussäästöjä että laadun paranemaa. Vain ja ainoastaan näiden hyötyjen saamiseksi kunnat ovat palveluja HUS:n tuotantovastuulle siirtäneet. Kunnilla olisi ollut mahdollisuus hankkia nämä palvelut myös yksityisten palvelutuottajien tuottamina, mutta ne ovat katsoneet HUS:n palvelut kustannus-laadultaan paremmiksi.

On todennäköistä, että merkittävä osa valinnanvapauspalveluista siirtyy yksityisten tuottajien

tuotettaviksi. Niillä ei tällä hetkellä ole oikeutta käyttää HUS:n – myöhemmin Uudenmaan maakunnan liikelaitoksen – tukipalveluja, sillä hankintalaki rajaa julkisen tuottajan yksityisille toimijoille tuottaman palveluvolyymin. Mikäli maakunta yhtiöittää valinnanvapauden piirissä olevia palvelujaan, ei näilläkään ole oikeutta käyttää maakunnan liikelaitoksen tukipalveluja. Tämä on ongelma esim. Apotti-tietojärjestelmän osalta, joka on suunniteltu ja hankittu (investoitu) sekä perus- että erityispalvelujen käyttöön. Jos peruspalvelujen käyttäjämäärä vähenee suunnitellusta, erityispalvelujen järjestelmäkustannukset kasvavat. Tietojärjestelmällä ei myöskään saada alun perin tavoiteltuja hyötyjä, jos vain pieni osa sote-keskustuottajista käyttää sitä.

Sote- ja maakuntauudistus johtaa useimpien arviointien mukaan hyvin huomattaviin muutuskustannuksiin. Uudenmaan maakuntavalmistelussa tehdyn arvion mukaan välittömien muutuskustannusten suuruusluokka on 300 miljoonaa euroa (7). Koko maahan suhteutettuna tämä tarkoittaa noin 1 miljardin euron lisäkustannusta. Tämä on todennäköisesti huomattava aliarvio todellisesta kustannuskasvusta, sillä Kuntatyönantaja on arvioinut, että jo pelkkä palkkaharmonisointi saattaa aikaansaada 700 miljoonan euron kustannukset. Vaadittavien tietojärjestelmämuutosten ja -kehityksen kustannukset ovat satoja miljoonia euroja. Kilpailu työvoimasta sote-keskusten kesken ja osin sote-keskusten ja liikelaitosten välillä johtaa palkkakilpailuun, mikä nostaa toimialan keskimääräistä palkkakehitystä muita toimialoja nopeammin. Hallinnollisten kustannusten kasvu on muutoksen alkuvaiheessa huomattava, kun järjestämisen ja tuottamisen erottaminen aiheuttaa kaksinkertaiset palkkakustannukset nykyiseen nähden. Lisäksi erityisesti asiakassetelipalvelujen ja henkilökohtaisen budjetin hallinnointi tulee alkuvaiheessa olemaan erittäin työlästä, ennen kuin saadaan kehitettyä tietojärjestelmiä, joiden avulla hallintotyötä voidaan automatisoida. Tilakustannusten on laskettu nousevan noin 5%.

Kapitaatioperusteisesta laskutusmallista johtuen suoran valinnan palvelutuottajilla on taloudellinen kannustin siirtää hoitoa vaativat potilaat mahdollisimman laajasti liikelaitoksen vastuulle ja liikelaitoksella vastaavasti kannustin siirtää asiakkaansa suoran valinnan palvelutuottajan vastuulle. Tästä seuraa, että tulee määritellä tarkoin, missä vastuuraja kulkee. Se on massiivinen työ. Meneillään olevien valinnanvapauskokeilujen perusteella on havaittu, että vastuunjako tulee määritellä yksittäisen tutkimuksen ja toimenpiteen tarkkuudella. Vaikka määrittelyvastuu kuuluu maakunnille, ei ole mielekästä tehdä työtä 18 kertaan ja päätyä 18 erilaiseen malliin. Vähintään pohjaehdotus tulee tehdä kansallisesti (esim. Duodecim). Tarvitaan myös jonkinlainen riidanhallintamekanismi, jos määrittelystä huolimatta suoran valinnan palvelutuottaja on sitä mieltä, että palvelu kuuluu liikelaitoksen annettavaksi ja liikelaitos sitä mieltä, että se kuuluu suoran valinnan palvelutuottajan tuotettavaksi.

7 Uusimaa 2019: Sote- ja maakuntauudistusta koskevien esityksien arviointia talouden ja uudistuksen toteuttamisen näkökulmasta – VaV & TyV 6.4.2018

*Johtopäätös: Sote- ja maakuntauudistus ja erityisesti valinnanvapauslain mukaiset palvelut tulevat lisäämään muutosvuosien sote-kustannuksia **vähintään** 1,5-2,0 miljardilla eurolla (per vuosi).*

4. Vaihtoehdot ongelmien ratkaisemiseksi

Edellä kuvatut ongelmat voidaan ratkaista alla kuvatuilla tavoilla:

- i. keskeytetään sote- ja maakuntauudistuksen käsittely eduskunnassa ja toteutetaan se parlamentaarisesti valmisteltuna yhteistyössä asiantuntijoiden (yksityinen ja julkinen sektori) kanssa – kyse on suurimmasta Suomessa koskaan toteutetusta hallinnollisesta muutoksesta, johon liittyy erittäin suuria epävarmuustekijöitä, eikä sen valmistelu tulisi olla yhden vaalikauden ja senhetkisen hallituspohjan tulos; tai
- ii. vaiheistetaan toimeenpano hallitusohjelmassa esitetyn mukaisesti:
 - a. julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden integraatio ja rakenneuudistus
 - b. siirtyminen yksikanavaiseen rahoitukseen
 - c. valinnanvapauden ja tuotannon monipuolistuminen

Helsingissä 18.4.2018



Janne Aaltonen
Yhteyspäällikkö
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri



Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HUS-kuntayhtymän arvio muistiosta

Hetemäki M. Maakuntien rahoituksen riittävyys 2020-luvulla. Valtiovarainministeriö 2.5.2018.

Alla olevassa tekstissä *kursiivi* viittaa alkuperäiseen dokumenttiin (suora lainaus).

Sivu 1

Merkittävä osa sote-uudistusta on asiakkaan valinnanvapauden lisääminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tämä saattaa toisaalta kilpailun lisääntymisen kautta pienentää kustannuksia, mutta esille on tuotu myös huoli valinnanvapauden kustannuksia lisäävistä vaikutuksista.

Esitettyssä valinnanvapauslainsäädännössä tuottajat eivät miltään osin kilpaile hinnalla. Asia on selvästi tuotu esiin mm. THL:n ja Talouspoliittisen arviointineuvoston lausunnoissa. Valinnanvapaus ei tästä syystä – mikäli se toteutetaan ehdotetulla tavalla – voi edes teoriassa alentaa kustannuksia.

Kaiken kaikkiaan maakunta- ja sote-uudistuksessa on kyse laajasta hallinnonuudistuksesta, jolla on väistämättä myös muutuskustannuksia.

Täten myös Valtiovarainministeriö toteaa, että lisäkustannukset ovat vääjäämätön tosiasia.

Sivu 2

Maakuntatalouden ennusteen alijäämäisyys, joka on noin miljardi euroa vuosille 2020–2022, johtuu pitkälti Tilakeskuksen tekemistä toimitilainvestoinneista... Vuoden 2020 osalta investointien arvioidaan olevan noin 0,8 miljardia.

Maakuntatalouden arvioidaan siis olevan alusta asti hyvin vahvasti alijäämäinen. Se, että investoinnit aiheuttaisivat näin suuren alijäämän, tuntuu erikoiselta, koska niitä tuskin suoraan kirjataan menoksi. Alijäämästä noin 200 miljoonaa euroa arvioidaan johtuvan muista tekijöistä kuin investoinneista. Alijäämäärviossa ei ole huomioitu tietojärjestelmäkustannuksia, koska niistä ei ole vielä edes karkeata arviota (kuten myöhemmin todetaan), eikä muitakaan muutosvaiheen ylimääräisiä kustannuksia. Esitetty arvio ei näin ollen sisällä niitä lukuisia lisäkustannuksia joita uudistuksesta aiheutuu, mutta johtaa silti jo ensimmäisinä vuosina huomattavaan alijäämään.

Kustannusten nousua voitaisiin todennäköisesti nopeastikin hillitä esimerkiksi hoitokriteerien soveltamista paremmin ohjeistamalla ja valvomalla.

Terveyspalvelujen kustannusjakauma on hyvin vino. Oulun kaupungin NHG:llä teettämässä selvityksessä havaittiin, että 10 % asukkaista kerryttää 81 % kokonaiskustannuksista. 5% väestöstä aiheutti 68% kustannuksista (1). HUS:n kustannusaineistossa kallein 1% potilaista aiheuttaa noin 25% kustannuksista ja kääntäen, halvin 80% potilaista aiheuttaa 22% kustannuksista (2).

Hoitokriteerien ohjeistusta ja valvontaa voidaan eittämättä parantaa. On kuitenkin erittäin epätodennäköistä, että sillä voitaisiin saavuttaa merkittävää kustannuskasvun hillintää. Yhtenäisillä ohjeilla voidaan yleensä vaikuttaa lähinnä yksinkertaisimpiin (=halvimpiin) hoitoihin.

1 Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti (68) 2013; 48, s. 3163 – 3169.

2 HUS, Ecomed. Potilaskohtainen kustannuslaskenta-aineisto 2017.

Pohjoismaisten sairaaloiden tehokkuusvertailuissa on todettu, että Suomen sairaalat toimivat nyt huomattavasti tehokkaammin kuin sairaalat muissa Pohjoismaissa. Suomen tehottominkin sairaala on tehokkuudeltaan muiden Pohjoismaisen kärkikaartia (3). On selvää, että edellä esitetty VM:n oletus ei perustu faktaan eikä laskentaan vaan eroihin keskimääräisissä kustannuksissa, joille on useita loogisia selityksiä. Sote- ja maakuntauudistus ei näitä eroja poista.

Sivu 3

Toiminnallisia mekanismeja, joihin liittyy mittavaakin tehostamispotentiaalia, ovat mm. seuraavat:

1. *kalliiden laitospalvelujen vähentäminen ehkäisevillä palveluilla ja avopalveluilla,*
2. *perustason palvelujen tuottavuuden parantaminen ja toimivan perustason kautta erikoistason hoitotarpeen vähentäminen sekä nopeampi hoitoon pääsy*
3. *kalliissa erikoistuneissa palveluissa laadun, vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantaminen osaamisen kokoamisella ja oikealla työnjaolla ja integraatiolla*
4. *palvelujen kysynnän ja resurssitarpeen vähentäminen digitalisaation ja sähköisten palvelujen avulla*
5. *palveluverkkoja koskevat ratkaisut*
6. *oikea-aikaiseen, laadukkaaseen ja vertailukelpoiseen tietoon perustuva johtamisen ja ohjauksen parantuminen (= tiedetään paremmin, mitä voidaan tehostaa)*

Edellä lueteltuihin tekijöihin liittyy eittämättä tehostamispotentiaali. Sote- ja maakuntauudistuksen ja valinnanvapauslain näkökulmasta kysymys on kuitenkin siitä, missä määrin uudistus auttaa ulosmittaamaan tämän potentiaalin. Tosiasia on, että lainsäädäntö itsessään ei valtuuta eikä kannusta näiden toimien toteuttamiseen sen laajemmin tai tehokkaammin, kuin nykyinenkään järjestelmä. Lainsäädäntöehdotusten perusteluissa ei ole esitetty, miten uudistus auttaa saavuttamaan tavoitellut hyödyt, ja asiantuntijat ovat lausunnoissaan yleisesti kyseenalaistaneet, että uudistus tällaisia mekanismeja sisältäisi. Tosiasiassa ministerit ja ministeriöt ovat tämän tunnistaneet todetessaan, että hyötyjen saavuttaminen on kiinni uudistuksen toimeenpanosta. Jos (kun) toimeenpanijat toteavat, ettei onnistumiselle ole edellytyksiä, niitä ei varmaankaan tällöin ole?

Tarpeella suhteutetut sote-menot eivät välttämättä kerro suoraan sote-tehtävien hoidon tehokkuudesta tai tehottomuudesta, vaan ne voivat olla myös merkki yli- tai alihoidosta.

Tehokkuus voidaan jakaa allokatiiviseen tehokkuuteen (tehdäänkö oikeita asioita) ja tekniseen tehokkuuteen (tehdäänkö asiat oikein). Jotta tehokkuutta voidaan ylipäättään arvioida, tulee tietää, mitä panoksilla on aikaansaatu. Tuotosta tulee terveyspalveluissa mitata saatavuudella ja laadulla (tai jonka osa vaikuttavuus on). Pelkästään käytetyn rahan perusteella ei tehokkuutta voi arvioida.

Uudistuksen alkuvaiheessa on odotettavissa uudistuksen voimaanspanoon ja toteuttamiseen liittyviä väliaikaisia tai kertaluontoisia perustamisvaiheen lisäkustannuksia, jotka liittyvät välittömästi uudistuksen toimeenpanoon (esim. seuraavat uudistusta koskevasta lainsäädännöstä), jotka eivät ole vältettävissä ja joiden toteuttamisesta ei aiheudu välittömiä tuottavuushyötyjä ja siten kustannusten kasvun hillintää. Muutoskustannus voi olla väliaikainen

3 Kittelsen S, et al. Decomposing the productivity differences between hospitals in the Nordic countries. University of Oslo. Working paper 2013: 4. <http://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/hero2013-4.pdf>

(alkuvaiheen kustannus, joka poistuu ajan myötä) tai pysyvä (kustannuspohjaan jäävä). Muutuskustannukset eivät ole alueittain symmetrisiä, vaan maakuntien välillä on paljon eroja.

Keskeistä uudistuksen kannalta on, kuinka suuret edellä mainitut kustannukset ovat (sillä 10 vuoden ajanjaksolla, jolle kustannusten hillinnän tavoite on asetettu), missä määrin kustannukset ovat peruuttamattomia ja millä tavoin kustannuskehitystä voidaan rajoittaa (muutoin kuin leikkaamalla muita menoja). Valmistelussa esitetyt arviot eivät vastaa mihinkään edellä olevaan kysymykseen.

Sivu 4

ICT-muutuskustannuksissa on huomattavia maakunnittaisia eroja. Maakuntien ICT-muutuskustannuksia on varauduttu rahoittamaan valtion talousarviosta vuosina 2017-2019 yhteensä 192 milj. eurolla. Tässä vaiheessa valmistelua ei pystytty luotettavasti arvioimaan ICT-muutuskustannuksia vuonna 2020.

Edellä esitetyssä arviossa on käytännössä huomioitu ainoastaan muutoksen teknisen toimeenpanon edellyttämät kustannukset, kuten palkanlaskennan, kirjanpidon, potilastietojärjestelmien, yms. muutuskustannukset. Edellä olevassa ei ole huomioitu mm. maakuntien taloushallinnon uusia järjestelmiä, joita tarvitaan esim. asiakassetelitoiminnan ja henkilökohtaisen budjetin mahdollistamiseksi siinä mittakaavassa ja aikataulussa, jolla nämä on esitetty käyttöönotettaviksi. Käsityksen näiden kustannusten mittaluokasta saa huomioimalla, että HSL:n lippu-uudistuksessa oli kyse noin 100 miljoonan euron investoinnista. Vakuutuslaitosten korvausjärjestelmien – jollaisessa asiakassetelissä ja henkilökohtaisessa budjetissakin on kyse – kehittämis-/uudistamiskustannukset ovat olleet satoja miljoonia euroja.

Pysyviksi muutuskustannuksiksi arvioidaan muodostuvan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä tukien ja etuuksien maksujen yhtenäistämisen aiheuttamat kustannukset sekä palkkausjärjestelmien yhteensovittamisen aiheuttama lisäkustannus.

Näiden lisäksi pysyviä kustannuksia aiheuttaa aiemmin yksityisten rahoituksen piirissä olevien palvelujen tulo julkisen rahoituksen piiriin (ks. myöhemmin).

Palkkaharmonisaation vaikutusarviot on tehty käyttäen laskentateknisenä oletuksena tehtäväkohtaisten palkkojen yhteensovittamista joko mediaanitasoon tai 9. desiilin tasoon. Em. tavoilla laskettuna päädytään kustannusvaikutuksissa haarukkaan, joka kunta-alalta siirtyvän henkilöstön osalta olisi mediaanitavoitetasolla vähintään 75 miljoonaa euroa ja 9. desiilin tavoitetasolla vähintään 700 miljoonaa euroa.

Edellä esitetyssä on huomioitava, että Työtuomioistuin päätös (TT 2018:18) Kainuun maakuntakokeiluun liittyvästä palkkaharmonisaatiosta edellyttää, että palkat harmonisoidaan korkeimman kutakin työtä vastaavan palkan tasoon. Näin ollen edes edellä mainittu 9. desiili ei riitä. Koska harmonisoinnin kustannukset kasvavat eksponentiaalisesti, tarkoittanee KHO:n päätös vähintään miljardin euron luokkaa olevia harmoinisointikustannuksia. Tällä summalla ei tuoteta euronkaan vertaa parempaa hyvinvointia.

Sivu 5

Kunnilta vuokrattavien tilojen vuokra määräytyisi valmisteilla olevan valtioneuvoston asetuksen perusteella... Arviona on, että vuokrataso nousisi hieman nykyisiin kustannuksiin verrattuna... Mittavat sairaalainvestoinnit, joiden mittaluokka on viimeisimmän arvion mukaan noin 5 mrd. euroa, nostavat toimitilamenoja.

Toimitilakustannukset ovat käytännössä riippumattomia uudistuksesta, mistä syystä ne toteutuvat kutakuinkin suunnitellulla tavalla joka tapauksessa, eikä niitä ole tarpeen huomioida muutuskustannuksina. On kuitenkin silti tärkeää ymmärtää, että huomattava investointitarve vie käytännössä edellytykset tavoitellulta kustannuskasvun leikkaamiselta. Lisäksi huomiota herättää, että tilainvestointien ohella ei ole lainkaan tarkasteltu potilastietojärjestelmien investointitarvetta, mikä niin ikään on hyvin pitkälti muutoksesta riippumaton asia, mutta edellyttää sekin merkittäviä investointeja (aiemmin VM:n esittämien arvioiden mukaan noin 800 miljoonaa euroa).

...maakuntavalmistelijoilla ei ole vielä selvää käsitystä muutuskustannuksista ja niiden laajuudesta.

Maakuntavalmistelijoilla ei tätä käsitystä voi ollakaan, kun ei ole olemassa selkeää kansallista käsitystä siitä, mikä muuttuu ja millä tavoin. Muutuskustannuksia ei tule arvioida alhaalta ylös vaan ne tulee kyetä määrittämään ministeriöiden toimesta ylhäältä alas. Mikäli ne eivät tähän kykene, voitaneen todeta, että ollaan muuttamassa liian montaa asiaa liian nopeasti.

Arviota muutuskustannuksista pyritään edelleen selvittämään yhteistyössä maakuntavalmistelijoiden kanssa, ja arviot muutuskustannusten määrästä tulevat toimeenpanon aikana tarkentumaan.

Voidaan kuitenkin kaikei kohtuudella kysyä, millä tarkkuudella kustannukset tulisi tietää ennen päätöstä muutoksen toimeenpanosta?

Koetalousarviot ja –suunnitelmat kootaan maakuntavalmistelijoilta syksyllä 2018. Näin ollen vuoden 2018 lopussa käytössä on tarkennettu arvio muutuskustannuksista.

HUS-kuntayhtymän näkemys on, että tällöin päätös toimeenpanostakin tulisi toteuttaa syksyllä 2018, kun kustannukset ovat tiedossa.

Sivu 6

Asiakasseteli on samankaltainen kuin nykyinen palveluseteli eli maakuntien helpommin ennakoitavissa.

Valinnanvapauslaissa esitetty asiakasseteli poikkeaa kahdessa olennaisessa suhteessa nykyisin käytössä olevasta palvelusetelistä: 1) lakiesityksen mukaan asiakkaalla on subjektiivinen oikeus seteliin (ja ylipäättään ko. palveluun), mitä nyt ei ole, ja 2) julkinen tuottaja ei saa tuottaa palvelua asiakassetelillä. Tällä hetkellä julkinen tuottaja määrittää palvelun tarpeen. Käytännössä palveluseteliä käytetään oman tuotannon täydentäjänä, ja terveyspalveluissa annettujen asiakassetelien määrä on ollut hyvin vähäinen. Subjektiivinen oikeus ja asiakassetelin ensisijaisuus tarkoittaa sitä, että annettavien asiakassetelien määrä tulee lisääntymään dramaattisesti. Olemassa olevat toimintamallit ja tietojärjestelmät eivät kykene suoriutumaan lisääntyneestä volyymistä, vaan tarvitaan vahinkovakuutusyhtiöiden kaltaisia korvausjärjestelmiä.

Huolet valinnanvapauden vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ovat liittyneet lähinnä viiteen asiaan:

- *ns. kermankuorintaan, jossa sote-tuottaja pyrkii valitsemaan asiakkaiskseen terveitä henkilöitä*
- *kustannusten vyöryttämiseen erikoissairaanhoidon puolelle*
- *asiakassiirtymiin esimerkiksi työterveydenhuollosta julkisesti rahoitettuihin palveluihin*
- *kysynnän lisääntymiseen, kun sote-keskusten palveluihin pääsee aiempaa helpommin*
- *siirtymäkauden kustannuksiin*

Kermankuorinta johtaa tulojen ja menojen epäoikeudenmukaiseen kohdentumiseen, mutta koska sillä ei ole tosiasiallista kustannusvaikutusta, ei asiaa tarkastella tässä tarkemmin.

Eräs huoli on ollut kustannusten vyöryttäminen peruspalveluista erikoispalveluihin. Korvausjärjestelmä voi kannustaa sote-keskuksia lähettämään asiakkaan erikoissairaanhoidon ja olemaan hoitamatta häntä itse. Tämä huoli on kuitenkin otettu huomioon lakiesityksen 68 pykälän toisessa momentissa, jonka perustelut löytyvät esityksen sivulta 296. Huoleen voi vastata esimerkiksi siten, että sote-keskus maksaa osuuden myös asiakkaan erikoissairaanhoidon menoista.

Viitatussa perustelutekstissä todetaan: ”Sisällyttämällä tuottajien kannustinjärjestelmään koko hoitoketjussa aikaansaadut kustannushyödyt maakunnan on mahdollista saada tuottajien intressiksi myös oman tuottamisvastuun ulkopuolella olevien palveluiden kustannustehokas ja tarkoituksenmukainen toteutus.” Käytännössä tällä tarkoitetaan samaa kuin edellä mainittu osuus asiakkaan erikoissairaanhoidon menoista. Ajatus on osoitus täydellisestä ymmärtämättömyydestä erikoissairaanhoidon luonteesta, kustannuksista ja kapitaation suuruudesta.

Valinnanvapauslain 65 § 2. mom mukaan: ”Suun terveydenhuollossa kiinteän korvauksen on oltava vähintään puolet maakunnan suun terveydenhuollon suoran valinnan palveluihin osoittamasta määrärahasta. Muissa suoran valinnan palveluissa kiinteän korvauksen on oltava vähintään kaksi kolmasosaa maakunnan sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen kustannuksiin osoittamasta määrärahasta.”

Sitran arvion mukaan perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen kustannus on ollut keskimäärin 212 eur/asukas/vuosi (4). Tästä 2/3 eli 141 euroa tulee varata kapitaatiomaksuun. Muihin kustannustekijöihin, kuten suoriteperusteiseen korvaukseen ja edellä mainittuihin kannustin-/sanktiojärjestelmiin jää enintään 71 euroa per listautuja. HUS:n halvin hoitojakso on ollut kustannuksiltaan 150 euroa, kallein 940 000 euroa. Sote-keskus ei mitenkään voi vaikuttaa siihen, minkälaisia sairauksia sen väestössä ilmenee. Voidaan kysyä, millainen summa edellä mainituista osuuksista voidaan kerätä ja millä tavoin ne erikoissairaanhoidon menoihin kohdentaa, jotta tällä olisi minkäänlaista ohjausvaikutusta ja malli olisi kuitenkin oikeudenmukainen? Käytännössä edes teoriassa malli voi toimia ainoastaan valtakunnallisten palvelutuottajien verkostossa, siis sote-keskuksissa, joiden väestöpohja olisi satojatuhansia asiakkaita. Lisäksi ehdotukseen liittyy toinenkin ongelma – joka tosin on pitkälti teoreettinen, koska ohjaamiseen käytettävissä olevat summat ovat lähes merkityksettömiä – sanktiomaksu on luonnollisesti pois maakunnan liikelaitokselle määritellystä budjetista. Liikelaitos toki saisi tuloa sote-keskuksilta

4 Vertaamalla viisaammaksi. Sote-tietopakettiraportoinnin tulosten ja toteutuksen arviointi neljässä maakunnassa. Sitran selvityksiä 128, 2018.

niiden lähettäessä potilaita, mutta joko se joutuisi etukäteen ottamaan riskiä tämän epävarman tulon osalta, tai sopeuttamaan toimintansa siihen tuloon, jonka se varmuudella tietää saavansa.

Edellä mainittu ehdotus ongelman ratkaisemiseksi osoittaa, ettei ongelmien ratkojilla ole ollut kovin hyvää ymmärrystä toiminnan luonteesta. Tällä ei yksittäisenä asiana ole suurta merkitystä, mutta se herättää epäilyn, päteekö sama valmisteluun laajemminkin?

Maakunta myös seuraa lähetteitä ja niiden määrää kuten nykyisinkin jo tehdään. Kun hoidon tarpeen kriteerit ovat selkeät, on niiden noudattaminen kontrollointi hoidettavissa tehokkaasti.

Maakunta toki seuraa lähetteitä. Nykyiseen nähden tulee kuitenkin huomioida kolme olennaista poikkeamaa: 1) tällä hetkellä lähettäjiä ei ole taloudellista kannustinta lähettää ”liikaa”, 2) sairaanhoitopiirillä ei ole kannustinta ottaa ”turhia” potilaita jonoon (tilanne muuttuu sote-uudistuksen myötä, koska liikelaitoksella ei ole järjestämisvastuuta, ja se voi siksi käyttää pitkiä jonoja lisärahoituksen saamiseksi – tulee muistaa, että lähetteitä voi lähettää myös maakuntarajojen yli), ja 3) läheteiden ”pallottelusta” sote-keskusten ja liikelaitosten välillä kärsii lähinnä potilas.

Huolta on aiheuttanut myös nykyisten soten yksityisen sektorin asiakassiirtymät julkisen sektorin maksettaviksi. Maakunta hallitsee tätä siirtymää mm. korvaus- ja asiakasmaksujärjestelmillä. Julkisuudessa on nostettu esiin erityisesti asiakkaiden siirtymä työterveydenhuollosta....Työterveyshuollon palvelut ovat asiakkaalle ilmaisia ja kompensoidaan tuottajille suoriteperusteisesti, mikä jarruttaa siirtymää. Mikäli työnantajat rupeavat purkamaan tai kaventamaan työterveyshuoltosopimuksiaan sairaanhoidon osalta, asiakassiirtymät todennäköisesti lisääntyisivät.

Edellä olevassa menee sekaisin kaksi toisiinsa liittymätöntä asiaa: 1) mistä palvelut hankitaan/saadaan, ja 2) kuka niistä maksaa. Asiakkaiden siirtyminen esimerkiksi työterveydenhuollosta sote-keskuksiin ei ole todennäköisesti kovin merkittävä ongelma. Maakunta joutuu kuitenkin maksamaan kapitaatiokorvauksen myös työterveyshuollon piirissä olevista asukkaista, vaikkeivat ne sote-keskuksen palveluja käyttäisikään! Sama ongelma on yksityisten vakuutusten ja itsemaksavien potilaiden osalta.

Noin puolet suomalaisista käyttää julkisia perusterveydenhuollon palveluja ja toinen puoli yksityisiä palveluja. Tähän asti julkisia menoja (poislukien Kela-korvaukset) ovat aikaansaaneet vain ne potilaat, jotka ovat käyttäneet julkisia palveluja. Tulevaisuudessa julkisia menoja aiheuttavat kaikki. Tästä seuraa kaksi vaihtoehtoa: 1) kohdennetaan kaksinkertaiselle määrälle asiakkaita se summa rahaa, joka julkisiin palveluihin on aiemmin käytetty, tai 2) kohdennetaan kullekin asiakkaalle se summa rahaa, mikä tämän hoitamiseksi tarvitaan. Jälkimmäisestä seuraa, että rahaa tarvitaan kaksinkertainen määrä siihen nähden, mitä näistä palveluista julkisia menoja on aiemmin aiheutunut. Ensin mainitusta vaihtoehdosta seuraa, että raha ei riitä potilaiden hoitoon niiden palvelutuottajien osalta, jotka eivät ole rinnakkaisten rahoitusjärjestelmien piirissä. Jos yksityinen tuottaja tuottaa sekä työterveydenhuoltopalveluja että sote-keskuspalveluja, sillä ei ole mitään huolta, se laskuttaa potilaasta työnantajaa ja saa lisäksi kapitaation maakunnalta. Ongelma on julkisilla sote-keskuksilla, joilla ei ole työterveyshuollon tuloja, ja siksi ne saavat vain puolet tarvitsemastaan rahoituksesta. Koska laki edellyttää, että julkisia sote-keskuspalveluja on tarjolla, näiden toiminta edellyttää lisärahoitusta, mikä nostaa kustannuksia.

Potilaita ei varmuudella voi asettaa epätasa-arvoiseen asemaan sen perusteella, onko hän aiemmin maksanut perusterveydenhuoltonsa itse tai onko joku muu maksanut sen. Kapitaatio määräytyy sairastumisriskin perusteella, mihin rahoitustapa ei vaikuta. Jo perustuslaki edellyttää, että kansalaisia kohdellaan tasavertaisesti.

Tämä on valinnanvapausjärjestelmän suurin ongelma. Sen (varovasti) arvioitu kustannusvaikutus on 500-700 miljoonaa euroa.

Sivu 7

Suunhoidon menoja on käsitelty hallituksen esityksen (HE16/2018vp) sivuilla 141–142. Niiden odotetaan kasvavan uudistuksen seurauksena yli 100 miljoonaa euroa suhteessa nykytasoon, josta asiakasmaksuilla katettaisiin nykyisten asiakasmaksujen mukaan noin kolmannes. Noin 70 miljoonan euron rahoitusvajeen kattamiseen on monia keinoja.

Mainitussa perustelutekstissä viitataan vuosien 2020-2022 välivaiheen kustannuksiin, joidenka suuruudeksi arvioidaan mainittu 100 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollon valinnanvapaus alkaa kuitenkin vasta 2022, mistä syystä olennainen kysymys on: mitkä ovat pitkän aikavälin lisäkustannukset? Tässä on kyse samasta ongelmasta (paljon pienemmässä mittakaavassa), kun edellä on kuvattu sote-keskusten osalta. Kustannusvaikutus hammashuollon osalta on luokkaa 350 miljoonaa euroa.

Huolta ovat aiheuttaneet myös valinnanvapauteen liittyvät siirtymäajan kustannukset. Kaikki 18 maakuntaa ovat hakeneet valinnanvapauspilotteihin, joita valtio tukee 200 M€. Jos eduskunta hyväksyy valinnanvapauslakiesityksen, niin maakunnat voivat käynnistää pilotit heinäkuun alusta alkaen. Piloteilla maakunnat voivat monin tavoin varautua uudistukseen ja vähentää sen aiheuttamia kustannuksia.

Pilottien kustannukset kohdistuvat suurimmaksi osin kaksinkertaiseen tuotantoon (so. yksityisen kysynnän kasvu ei vähennä julkisten tuottajien saamaa tuloa). Pilottien merkitys muutuskustannusten rahoittamisen näkökulmasta on äärimmäisen pieni. Niiden hyöty on lähinnä kokemusten hankkimisessa.

Sivu 8

Maakuntien rahoituslakiehdotus muodostaa tuen uudistuksen 3 mrd. euron kustannusten kasvun hillinnän tavoitteelle. Rahoituslaki ei kuitenkaan sellaisenaan yksinään takaa kustannusten kasvun hillintää eikä siis itsenäisesti leikkaa kustannuksia ja maakuntien saamaa rahoitusta sanotulla määrällä.

Kuten edellä todetaan, rahoituslaki ei itsessään leikkaa kustannuksia, eikä voikaan leikata, sillä eduskunnan oikeusasiamiehen päätöksellä (eoak 921/2004) riittämätöntä rahoitusta ei voi käyttää hoitopäätöksen epäämisen perusteena.

Viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuorovaikutus ratkaisevat taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen.

Toimeenpano lopulta aina määrittää tulokset, mutta olennaista on, että esitetty lainsäädäntö ei anna maakunnille niin kannustimia kuin työkalujakaan tavoiteltuihin säästöihin pääsemiseksi. Kun toimeenpanosta vastaavat ovat lausunnoissaan yleisesti olleet tätä mieltä, ja toimeenpanoon

itsessään liittyy lukuisia kustannuksia lisääviä elementtejä, kuten edellä on todettu, lienee epätodennäköistä, että toimeenpanossa saavutettaisiin tavoiteltuja tuloksia?

Uudistuksen kustannusten hillintätavoitteena on pienentää tätä 3 mrd. eurolla. Tämän toteutuminen edellyttää käytännössä myös sitä, että uudistuksesta ei aiheudu merkittäviä lisäkustannuksia.

On kuitenkin selvää, että merkittäviä lisäkustannuksia aiheutuu, kuten edellä on todettu.

Maakunnan rahoituksen harkinnanvarainen korottaminen (rahoituslakiehdotus 7 §) on tarkoitettu sellaisiin tilanteisiin, joissa lisärahoituksen tarpeen aiheuttaneet syyt ovat maakunnan toimista riippumattomia, äkillisiä, ennakoinnattomia ja tilapäisiä. Lisärahoitus voi perustua myös maakunnan paikallisiin erityisolosuhteisiin. Harkinnanvaraisen rahoituksen yhteismäärää vastaava euromäärä vähennetään maakunnille maksettavan valtion rahoituksen kokonaismäärästä. Vähennys on kaikissa maakunnissa asukasta kohden yhtä suuri.

Edellä kuvatussa lähdetään siis siitä, että jos jonkin maakunnan ei voida kohtuudella olettaa selviävän asetetun tulokehityksen puitteissa, sen lisäpanostus otetaan pois muilta maakunnilta. Olisi mielenkiintoista tietää, onko valtiontalouden kehysmenettelyssä saatu toteutettua vastaavia leikkauksia budjettivuoden aikana muiden valtionhallinnon toimintojen osalta.

Sivu 9

Hallituksen kehysriihessä 2018 linjaaman mukaan ”aloitusvuoden 2020 rahoituksen riittävyyttä palvelutarpeen kasvussa eräissä maakunnissa tarkastellaan osana maakuntien rahoituslain täydennysesityksen valmistelua. Jos valmistelutyössä on nähtävissä maakuntien toiminnan aloittamiseen vaikuttavia asioita, jotka vaarantavat laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen järjestämisen, hallitus varautuu huomioimaan korjaustarpeen maakuntien rahoituslain täydennyksessä syksyllä 2018.” Hallitus linjasi myös, että uudistukseen liittyviä muutuskustannuksia tarkastellaan vuoden 2018 aikana muun muassa osana maakuntatalouden simulointiin kuuluvaa koetalousarvion laadintaa. Jos uudistuksesta on tunnistettavissa yleiskatteellisen rahoituksen riittävyyden vaarantavia muutuskustannuksia, vuonna 2019 kehysprosessissa varaudutaan tähän.

Huoli HUS-kuntayhtymässä ei niinkään kohdistu siihen, saavatko maakunnat riittävästi rahaa toimintaansa varten. Näin uskotaan olevan. Kyse on siitä, millaisia lisäkustannuksia sote- ja maakuntauudistus tulee aiheuttamaan ja voisiko tällä lisäpanostuksella jotenkin muuten saavuttaa tavoiteltavat hyödyt paremmin, kuin ehdotetulla mallilla? HUS-kuntayhtymän vakaa käsitys on, että paremmat tulokset voidaan saavuttaa pienemmin lisäpanostuksin toteuttamalla uudistus vaiheittain ja joiltakin osin nyt esitetystä poikkeavalla tavalla.

YHTEENVETO

Kommentoidussa muistiossa ei esitetä kattavaa listaa uudistuksen lisäkustannusten lähteistä, eikä arviota lisäkustannusten suuruudesta. HUS-kuntayhtymän näkemys on, että kustannuksia aiheuttavat tekijät ja kustannusten suuruusluokka sekä kustannusten arvioinnin perusteet tulee olla tiedossa ennen uudistuksen toimeenpanosta päättämistä.