

EDUSKUNNAN TARKASTUSVALIOKUNTA

21.5.2018

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

Yhteyspäällikkö Janne Aaltonen oli tarkastusvaliokunnan kuultavana 9.5.2018. Valtiosihteeri Martti Hetemäki on sittemmin toimittanut sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnalle, valtiovarainvaliokunnalle ja tarkastusvaliokunnalle 16.5. muistion käsitellen em. kuulemisen teemaa. HUS-kuntayhtymä on tehnyt tästä muistiosta kommentaarin (liite), josta yhteenvedon voidaan todeta seuraavaa:

1. Siinä ei arvioida sote- ja maakuntauudistuksen kustannuksia. Sote- ja maakuntauudistus on suurin koskaan Suomessa toteutettu julkishallinnon hanke. Parhaimmillaan se on investointi. Jokaisesta merkittävästä investoinnista tulee ennen sen päättämistä tehdä kannattavuuslaskelma. Tällaista sote- ja maakuntauudistuksesta ei ole vielä tehty. Liitteessä kuvataan, mitä sen (vähintään) tulisi sisältää.
2. Muistiossa 16.5. VM toteaa suoraan, että valinnanvapaus ei aikaansaa säästöjä. Aiemmin on väitetty, että markkinamekanismien hyödyntämisellä tavoitellaan ja voidaan aikaansaada kustannussäästöjä, tähän viitataan myös hallituksen esityksessä (ks. alla).
3. Kun on tunnustettu, että valinnanvapauspalvelujen avulla ei ole mahdollista saavuttaa kustannussäästöjä, seuraa tästä kysymys, mistä toiminnoista ne on tarkoitus hankkia? Muistiossa mainittu ICT ei tuota itsessään säästöjä, vaan ne aikaansaadaan – jos saadaan – palvelutuotannosta (tarkemmin palvelutuotannon henkilöstön palkkakuluista). Hallituksen esityksessä valinnanvapauslaiksi todetaan (s. 138): *”...3 miljardin euron kustannusten hillinnän tavoite koskee koko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen kokonaisuutta. Valinnanvapaus on osa tätä kokonaisuutta, joten tämä arvioinnissa huomioitava. Luvussa 4.3.1 olevan taulukon mukaan valinnanvapauspalvelut vastaavat noin kolmasosaa kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Jos tavoitellut säästöt jaettaisiin suoraan tämän perusteella, tarkoittaisi se, että valinnanvapauspalveluihin kohdistuisi yhteensä noin miljardin euron säästö tavoite 2029 loppuun mennessä.”* Eli, VM:n muistio 16.5. tosiasiallisesti toteaa – kykenemättä tai haluamatta sanoa sitä suoraan – että 3 mrd säästö kohdennetaan sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Koska on hyvin epätodennäköistä, että kansalaiset olisivat valmiita tinkimään erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuudesta tai laadusta, on varmaa, että säästöt kohdentuvat lähes kokonaisuudessaan sosiaalipalveluihin.
4. Muistion perusteella on selvää, että 3 mrd euron kustannusten hillintätavoite ei tule sote- ja maakuntauudistuksen seurauksena toteutumaan. Se, onko tälle tarvettakaan, on toinen

asia. Em. tavoitetta ei kuitenkaan missään tapauksessa voi käyttää esitetyn kaltaisen sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon perusteluna.

On kiistatonta, että sote-palvelujen järjestäjiä on Suomessa liikaa, ja niiden määrää tulisi vähentää. Määrän vähentäminen ei edellytä esitetyn laajuista, lukemattomia merkittäviä riskejä sisältävää ratkaisua, vaan tämä voidaan toteuttaa huomattavasti yksinkertaisemmin. Peruspalvelujen saata- vuutta ja valinnanvapautta voidaan niitäkin lisätä huomattavasti yksinkertaisemmalla, helpommalla ja edullisemmalla tavalla, kuin nyt on esitetty.

Liitteet:

1. HUS-kuntayhtymän kommentaari Martti Hetemäen muistioon 16.5.

Helsingissä 21.5.2018



Janne Aaltonen
Yhteyspäällikkö
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri



Aki Lindén
Toimitusjohtaja
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

HUS-kuntayhtymän arvio muistiosta

Hetemäki M. Muistio eduskunnan valtiovarainvaliokunnalle, sosiaali- ja terveysvaliokunnalle ja tarkastusvaliokunnalle: Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin. Valtiovarainministeriö 16.5.2018.

Alla olevassa tekstissä *kursiivi* viittaa alkuperäiseen dokumenttiin (suora lainaus). Kommentti on esitetty sisennettynä leipätekstinä. Tekstin sivunumerointi viittaa referoitavaan muistioon.

Dokumentin lopussa on kuvattu, millä tavoin HUS-kuntayhtymän näkemyksen mukaan sote- ja maakuntauudistuksen kustannusvaikutukset tulisi esittää. Dokumentin lopussa esitetään arvio siitä, mitä seuraa, mikäli sote- ja maakuntauudistus ei asetetussa aikataulussa esitetyn mukaisena toteudu, ja mitä tulisi tehdä seuraavaksi.

A. MUISTION REFEROINTI

Sivu 1

Siirtyminen 190 järjestäjästä 18 sote-järjestäjään on keskeistä tiedon ja teknologian hyödyntämisessä mm. toimintatapojen muutoksen ja vertaiskehittymisen kautta, ja se parantaa myös edellytyksiä johtamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen.

Tämä on kiistatonta. Asiantuntijoiden taholta on käytännössä yksimielisesti todettu, että sote-järjestäjiä on tällä hetkellä liikaa ja järjestäjien määrän vähentämiselle on hyvin laaja kannatus. Olennaista ei kuitenkaan ole ainoastaan se, *mitä* tehdään vaan *miten* tehdään. Sote- ja maakuntauudistuksen ongelmat liittyvät viimeksi mainittuun. Tavoite on hyvä, toteutus huono.

Koko tiedon ja teknologian käytön 4 mrd. euron säästöpotentiaalin hyödyntäminen palauttaisi sote-sektorin tehokkuuden 2000-luvun alun tasolle, kun mittarina on julkisten sote-menojen ja BKT:n suhde.

Mainittua 4 mrd säästöpotentiaalia tarkastellaan myöhemmin erikseen. Tässä kohtaa tyydytään toteamaan, että julkisten sote-menojen ja BKT:n suhde ei ole validi tehokkuusmittari. Sote-palvelujärjestelmän ensisijaisena tavoitteena ei ole aiheuttaa menoja vaan tuottaa hyvinvointia. Tehokkuus määritellään taloustieteessä yleensä tavoitteiden ja kustannusten välistä suhdetta. Sintonen ja Pekurinen määrittelevät terveydenhuoltotoiminnan tehokkuuden kustannusten suhteena vaikuttavuuteen (1). Niin BKT kuin julkiset sote-menotkaan eivät kerro terveyspalvelujen saatavuudesta, määrästä tai vaikuttavuudesta mitään. Tästä syystä tätä suhdelukua ei voi käyttää terveyspalvelujärjestelmän tehokkuuden mittarina.

Sitovan budjettirajoitteen puuttuminen ja sote-järjestelmän kokonaisohjauksen vähyys ovat olleet nykyisen järjestelmän ilmeisiä heikkouksia. Sitova budjettirajoite on tärkeä edellytys yksin sen kanalta, että jo käytössä olevaa tietoa ja teknologiaa hyödynnetään nykyistä selvästi paremmin tuotavuuden lisäämisessä.

1 Sintonen H, Pekurinen M. Terveystaloustiede. WSOY 2006. Sivun 56.

Referoitavassa muistiossa tai aiemmissa muissa dokumenteissa ei ole kyetty osoittamaan, että nykyinen järjestelmä toimisi kustannus- tai tehokkuusmielessä heikosti. Päinvastoin, lukuisissa kansainvälisissä arvioissa on todettu Suomen terveystalouden järjestelmä sekä laadukkaaksi että tehokkaaksi (2, 3, 4). Sitovan budjettirajoituksen näkeminen tiedon ja teknologian paremman hyödyntämisen edellytyksenä on vähintäänkin erikoinen. Tämä tarkoittaisi, että avoimella sektorilla (esim. finanssitoimiala) toteutettu ICT-teknologian hyödyntäminen olisi ollut seurausta sitovasta budjettirajoitteesta. Yleisesti suunnitelmatalouteen perustuvat tiukan budjettirajoituksen järjestelmät ovat selvinneet hyötyihin/kannustimiin nojautuvia avoimen talouden järjestelmiä heikommin.

Kansainväliset talousjärjestöt pitävät Suomen valtion menokehysjärjestelmää hyvänä ja uskottavana.

Näin voi ollakin, mitä tulee valtiontalouden kokonaisuuteen. Referoiduista lähteistä ei kuitenkaan voida tehdä tällaista johtopäätöstä koskien sote-palvelujärjestelmää. Asiaan liittyy myös perustuslaillisia ongelmia, kuten myöhemmin osoitetaan.

Menokehysten säätelyä ohjaava rahoituslaki ei takaa kustannusten kasvun hillintää, vaan taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen ratkaisevat viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuorovaikutus.

Uudistuksen tavoitteiden toteutumisen siirtämisestä uudistuksen toimeenpanijoille näyttää tulleen mantra. Tämä on ymmärrettävää, koska kukaan ei halua ottaa vastuuta siitä, että uudistuksen tavoitteet eivät toteudu. Kun uudistusta toteuttavat tahot ovat omissa lausunnoissaan erittäin laajasti todenneet (5), etteivät ne usko uudistuksen saavuttavan sille asetettuja tavoitteita, niin – kun vastuu niiden toteutumisesta kerran jätetään heille – lienee selvää, etteivät tavoitteet tule toteutumaan. Toimeenpanijoiden epäusko ei johdu ensisijaisesti siitä, että he pitäisivät tavoitteita huonoina tai etteivät he haluaisi niitä toteuttaa vaan siitä, että he pitävät esitettyä ratkaisua huonona (ainakin toteuttamaan asetetut tavoitteet).

Sivu 2

Tarkastelu arvioi näiden tekijöiden säästöpotentiaalia ja maakuntien menokehysten täytäntöönpanon merkitystä.

Edellä mainittuun lauseeseen tiivistyy muistion suurin ongelma: siinä ei millään tavoin edes pyritä arvioimaan uudistuksen kustannusvaikutuksia. Siinä arvioidaan – pinnallisesti ja osin virheellisestikin, kuten myöhemmin osoitetaan – vain uudistuksen säästöpotentiaalia, kuten edellä siis suoraan sanotaankin. Mahdolliset säästöt ovat kuitenkin ”ylimääräisten” tulojen ja menojen nettovaikutus. Ei säästöjä voida arvioida pelkästään tulojen perusteella ja jättää

-
- 2 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>.
 - 3 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).
 - 4 Euro Health Consumer Index 2017. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>.
 - 5 Lausuntoyhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapauslainsäädännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2018:1.

sinänsä tiedossa olevat ja kiistämättömät menot huomioimatta. Muistion otsikko ”*Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin*” on täysin harhaanjohtava. Muistiossa ei arvioida uudistuksesta aiheutuvia menoja **lainkaan**.

Lisäksi tulee kiinnittää huomiota muistiossa käytettyyn terminologiaan. Sana ’säästö’ toistuu muistiossa 34 kertaa. Sanat ’tehokkuus’ ja ’tuottavuus’ mainitaan (yhteensä) 12 kertaa. Kun tavoitteena on hillitä kustannusten kasvua ja kun säästöllä yleensä tarkoitetaan kustannusten leikkaamista, kuvastaa näiden sanojen käyttö varsin selkeästi Valtiovarainministeriön ajattelua. Tosiasia on, että Valtiovarainministeriön näkemyksen mukaan ”säästö” aikaansaadaan kiinteällä menoraamilla, eikä kustannusvaikutuksia siksi katsota esitettyä perusteellisesti tarpeelliseksi arvioida. Ongelmallista on, että mikäli kiinteä menoraami (ks. myöhemmin) ei pidä, järjestelmän kokonaiskustannukset räjähtävät käsiin, koska se ei sisällä mitään tosiasiallisia toimintaa tehostavia elementtejä.

Palveluintegraatio nostaa paljon eri sote-palveluja käyttävien henkilöiden hoidon tuottavuutta.

Eri lähteissä on todettu, että vertikaalinen integraatio todellakin parantaa tehokkuutta ja alentaa kustannuksia. Erityisesti näin tapahtuu, kun rahoitus- ja tuotantovastuu yhdistyvät. Tällä argumentaatiolla ei ole kuitenkaan mitään tekemistä esitetyn sote- ja maakuntauudistuksen kanssa. Valinnanvapauspalvelut – jossain määrin sote-keskus mutta ennen kaikkea asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti – rikkoo hoitointegraation täysin. Tämä muutos tulee toteutumaan myös niillä alueilla, joilla on nyt olemassa integroitu palvelujärjestelmä.

Palvelujen integraatio oli alun perin yksi sote-uudistuksen tavoitteista. Valinnanvapauslain myötä tästä tavoitteesta ollaan luovuttu.

Sivu 3

Kainuu, Soite, Eksote ja Essote ovat jo osin integroineet sote-palvelujen järjestämisen maakunnan tasolla.

Edellä mainitut toimijat (ja lisäksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä ja Siun sote) ovat integroineet ensisijaisesti palvelujen **tuotannon**. Missään näistä organisaatioista ei ole erotettu järjestämistä ja tuotantoa. Muistiossa käytetty terminologia on harhaanjohtava.

Olettaen nyt, että sote-uudistuksen mukainen palveluintegraatio alentaa 52 suurimman kunnan tarvevakioituja sote-menoja niiden keskiarvosta Eksoten tasolle, laskisivat nuo menot 3 %:lla.

Oletus on kahdella tavalla erikoinen: 1) se perustuu nykyisen lainsäädännön aikana syntyneisiin vaikutuksiin – niiden toteuttaminen muissa maakunnissa ei siksi edellytä minkäänlaisia lainsäädäntömuutoksia, ja 2) esitetyt lainsäädäntömuutokset päinvastoin rikkovat olemassa olevat integroidut järjestelmät, eikä niitä tällöin voi käyttää esimerkkinä kustannussäästöjen aikaansaamiseksi. Kyse on samasta, jos ensin kehuttaisiin tuulimyllyjen ympäristövaikutuksia ja perusteltaisiin sillä hiilivoimaloiden rakentamista, kun tuulimyllyt kielletään.

Teoreettista tehostamispotentiaalia voidaan arvioida vertailemalla eri palvelutuottajia. Koska, kuten aiemmin on todettu, terveyspalvelujärjestelmän ensisijaisena tavoitteena ei ole tuottaa kustannuksia, ei järjestelmien hyvyttäkään voi verrata pelkästään kustannuksia vertaamalla. Tuottajien välisissä vertailuissa tulee huomioida myös palvelujen saatavuus ja laatu

(ne eivät ole samoja tuottajien kesken, asiasta on olemassa huomattava määrä dataa). On lisäksi olemassa lukuisia muita kysyntä- ja tarjontatekijöitä, jotka selittävät osan kustannusvariaatiosta. Halvimpien organisaatioiden käyttäminen säästöpotentiaalin laskemisessa vastaisi tilannetta, jossa autokouluun hakeutuvan henkilön tulevaa ansiotasoa arvioitaisiin Kimi Räikkösen keskimääräisillä vuosituloilla. Voihan olla, että ajokortin saatuaan hänestä tulee yhtä taitava autonkuljettaja.

Sivu 5

Esimerkiksi palveluintegraation jonkinlaisena edelläkävijänä pidetty USA:ssa toimiva Kaiser Permanente on kuitenkin jo ainakin vuodesta 1996 lähtien ulkoistanut palveluitaan alkaen eräistä sairaalapalveluista.

Tässä sekoitetaan kaksi eri asiaa: 1) ulkoistukset ja 2) valinnanvapaus. Useat julkiset ja yksityiset organisaatiot käyttävät ulkoistettuja palveluja. Näistä on saatu hyviä kokemuksia terveydenhuollosta myös Suomessa. Ulkoistukset ovat oikein käytettynä erinomainen oman toiminnan kirittämisen ja joidenkin toimintojen tehostamisen työkalu. Hallituksen esityksessä sote- ja maakuntauudistukseksi ei olla tekemässä ulkoistusratkaisuja. Ulkoistettujen palvelujen transaktiokustannukset ovat yleensä huomattavan pienet. Esitetyn valinnanvapaussmallin transaktiokustannukset ovat erittäin suuret. Palvelujen ulkoistus ei yleensä edellytä laajoja tietojärjestelmämuutoksia. Esitetyn kaltainen valinnanvapaus edellyttää useita uusia tietojärjestelmiä, joita ei ole olemassa. Vaikka Kela hoitaisikin yhteydet maakuntien ja tuottajien välillä, tarvitaan maakuntiin lukuisia uusia tietojärjestelmiä mm. asiakassuunnitelmien tekemistä varten ja laskun tarkistamista ja maksatusta varten (olettaen, että maakunnat eivät anna Kelalle oikeutta pankkitilinsä käyttöön).

Ariel Pakes ja Kate Ho ovat päätyneet tuloksiin, joiden mukaan terveyspalvelujen vertikaalisen integrointi lisää kustannuksia kumoten kapitaatiokorvausmallin kustannuksia alentavan vaikutuksen. (kirjoitusvirhe alkuperäisestä lähteestä)

Artikkelissa arvioidaan lähettävien lääkäreiden käyttäytymistä yksityisesti rahoitettujen syntytysten osalta Kaliforniassa. Artikkelissa todetaan: "Unfortunately our dataset does not identify the physician referring each patient to her hospital; we therefore cannot observe physician behavior directly." Artikkelissa referoitu korvausjärjestelmä on täysin erilainen kuin Suomeen ehdotettu. Artikkelissa ei todeta, että vertikaalinen integraatio lisäisi kustannuksia, vaan siinä todetaan, että se rajoittaa kapitaatiomallilla saatavissa olevia säästövaikutuksia (Kaliforniassa) ja että asiaa on syytä tutkia tarkemmin: "...vertical integration is likely to limit the cost reductions that would otherwise result from capitation. This is one of several trade-offs which merit further investigation." Artikkelia (julkaistu 2014) on siteerattu 76 kertaa. Tällä sinänsä ansiokkaalla julkaisulla ei voida katsoa olevan Suomen sote- ja maakuntauudistuksen näkökulmasta mitään relevanssia.

Valinnanvapaus yhdessä hyvän kapitaatiokorvausmallin kanssa voivat parantaa palveluun pääsyä, tehdä palveluista ennaltaehkäisevämpiä ja sitä kautta alentaa kustannuksia.

Ehdotetun kaltainen valinnanvapaus oletettavasti parantaa palvelujen saatavuutta suurissa kasvukeskuksissa. Pienissä kunnissa ehdotettu malli heikentää saatavuutta, koska sote-keskus tarvitsee vähintään 10 000 asukkaan väestöpohjan toimiakseen taloudellisesti kannattavasti. Valitettavasti ei ole mitään näyttöä siitä, että parantunut saatavuus tekisi palveluista

ennaltaehkäisevämpiä ja sitä kautta alentaishi kustannuksia. Päinvastoin, tiedetään hyvin, että perusterveydenhuollon saatavuuden parantaminen lisää erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia. Tämä on hyvin loogista: mitä enemmän potilaita tulee perusterveydenhuollon vastaanotolle, sitä suuremmalla määrällä potilaita havaitaan oire tai ongelma, joka edellyttää jatkotutkimuksia tai hoitoa erikoissairaanhoidossa. Sillä, väheneekö erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden osuus (kaikista potilaista), ei ole merkitystä, potilaiden määrän lisääntyessä myös erikoissairaanhoidon lähetettyjen potilaiden kokonaismäärä (ja kustannukset) kasvavat. Voidaan toki toivoa, että hoitoon pääsyn nopeuttaminen vähentäisi erikoissairaanhoidon **aikana** syntyviä kustannuksia, mutta tämä toive ei pohjaudu näyttöön. Mikäli Valtiovarainministeriöllä on tutkimustietoa tällaisesta, HUS hyödyntää sitä omalla alueellaan mielellään ja välittömästi, kun tieto sille toimitetaan.

Hyvä pääsy peruspalveluihin voi vähentää mm. erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Kuten edellä toivottu, näin voi toivoa, mutta mitään tutkimusnäyttöä tästä ei ole (siis että peruspalvelujen saatavuuden parantaminen vähentäisi erikoissairaanhoidon kustannuksia).

Sivu 6

Nykyiset hajanaiset tietojärjestelmät on uusittava joka tapauksessa. Esimerkiksi HUS:n suuri Apotti-hanke ei ole johtunut sote-uudistuksesta. Yleisesti ottaen ICT-investointeihin liittyy seuraavat näkökohdat:

- *Soten tietojärjestelmät on uudistettava sote-uudistuksesta riippumatta.*
- *Sote-uudistus ei siksi itsessään aiheuta lisää ICT-investointikustannuksia.*
- *18 sote-järjestäjän malli hyödyntää tiedon ja ICT:n paremmin kuin 190 järjestäjän malli.*
- *Tietoon perustuva toimintatapojen muutos edellyttää usein myös uutta organisaatorakennetta.*
- *Muuten ICT mahdollistama toimintatavan muutos ja tuottavuushyöty jäävät helposti toteutumatta.*

On totta, että merkittävä osa käytössä olevista potilastietojärjestelmistä tulee uusia seuraavan 5-10 vuoden aikana. Potilastietojärjestelmät ovat kuitenkin vain yksi tietojärjestelmien osa-alue. HUS-kuntayhtymässä potilastietojärjestelmäkustannusten osuus kaikista ICT-kustannuksista on 32%. Potilastietojärjestelmien uudistamistarvetta, samoin kuin huonokuntoisten sairaaloiden korjausrakennustarvetta ei tule huomioida osana sote- ja maakuntauudistuksen kustannuksia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö sote-uudistus lisäisi **huomattavasti** ICT-investointikustannuksia. Maakuntien perustamisen yhteydessä tulee uudistaa olemassa olevat palkanlaskenta-, kirjanpito-, tilaustenhallinta-, internet-, sähköposti-, yms. järjestelmät, ainakin osittain. Pelkästään Uudenmaan maakunnassa arvioidaan, että näiden muutostöiden kustannusvaikutus on 100 miljoonaa euroa (sis. kasvupalvelut). Näiden lisäksi tulee toteuttaa valinnanvapauspalvelujen edellyttämät tietojärjestelmät, joilla hallitaan asiakkassuunnitelmia (rakenteisessa muodossa), sopimuksia, asiakaslaskutusta, maksatusta (maakunnan kassasta), jne. Näiden kustannusvaikutus on satoja miljoonia euroja.

On selvää, että 18 toimijan malli mahdollistaa ICT:n hyödyntämisen paremmin kuin 190 toimijan malli. On myös totta, että tietoon perustuva toimintatapojen muutos edellyttää usein uutta organisaatorakennetta. Kummastakaan ei kuitenkaan seuraa, että sote- ja maakunta-

uudistus tulisi toteuttaa esitetyllä tavalla. Kuten muistiossakin on aiemmin todettu, toimin-
toja on jo yhdistetty useilla alueilla (Ekstote, Siun sote, ym.). Pääkaupunkiseudun suuret kun-
nat ovat kooltaan ja osaamiseltaan sellaisia, että ne kykenevät hyödyntämään ICT:tä parem-
min kuin pienet maakunnat.

*Eksoten toimitusjohtaja Pentti Itkonen toteaa seuraavasti: Vanhusten määrä lisääntyy, mutta se
ennustus, että siinä samassa lisääntyisi myös henkilökunnan määrä, ei pidä paikkansa. Digitalisaa-
tion mahdollistamat etäkäynnit ja kuntouksen kehittyminen tulevat vähentämään hoitajien tar-
vetta.*

Asia on juuri näin. Tästä seuraa, että ongelmaa, jonka seurauksena kustannuksia tulisi 3 mil-
jardilla eurolla alentaa, ei ole (ainakaan tässä mitassa) olemassakaan. Tämä taas tarkoittaa,
että tätä tavoitetta ei tule käyttää esitetyn kaltaisen sote- ja maakuntauudistuksen toimeen-
panon argumenttina. Tästä **ei** kuitenkaan seuraa – kuten muistiossa myöhemmin väitetään –
että edellä mainitusta syystä digitalisaation avulla voitaisiin säästää 4 miljardia euroa.

Sivu 7

*Jos siis tiedon ja teknologian hyödyntäminen estäisi kokonaan väestön ikääntymisen aiheuttaman
arviodun sote-menojen kasvun, olisi tästä syntyvä säästöpotentiaali yksin suurempi kuin koko
sote-uudistukselle asetettu 3 mrd. euron menojen kasvun hidastumistavoite.*

Siis jos. Jos ihmiset eivät sairastuisi, terveydenhuoltomenoja ei olisi juuri lainkaan.

Esitettyä oletusta tiedon ja teknologian paremman hyödyntämisen väestön ikääntymisen
kustannuksia alentavalle vaikutukselle ei perustella millään tavoin. Lisäksi kyseessä on kehä-
päätelmä. Jos kustannuksia ei synny, niitä ei ole tarpeen alentaa.

Arvion lähtökohtana on toimitusjohtaja Pentti Itkosen edellä mainittu toteama. Mikäli se to-
teutuu, kustannuskehitys toteutuu merkittävästi VM aiemmin arvioimaa alhaisempana, jol-
loin mitään säätö- tai tehostamistarvetta ei koskaan synny. Tätä oletusta ei siis voi käyttää
säästöjen laskennan perusteena.

VM:n esittämä perusura on epärealistinen, koska se ei perustu sote-työllisten määrään. Eri-
koislääkäreiden määrä on käytännössä tiedossa vuoteen 2030 asti, koska erikoislääkäriin kou-
luttaminen (ylioppilaasta) kestää 12 vuotta. 2020-2030 eläkkeelle jäävien työntekijöiden
määrä kyetään arvioimaan varsin tarkasti. Myös hoitohenkilökunnan koulutusmäärät ovat
tiedossa. ICT-, kiinteistö-, ja muut investointitarpeet tiedetään hyvin ainakin 2025 asti. On
erittäin epätodennäköistä, että jokin edellä lueteltujen ulkopuolinen kustannustekijä vaikut-
taisi merkittävästi terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.

Ongelma ei siis ole, että terveyspalvelujärjestelmän kustannukset kasvaisivat hallitsematto-
masti ikääntymisen seurauksena. Ongelmaksi sen sijaan tulee, miten kyetään takaamaan riit-
tävät ja laadukkaat palvelut kaikille niitä tarvitseville. Tämä edellyttää tieto- ja viestintätek-
niikan merkittävästi nykyistä parempaa hyödyntämistä. Koska tarve kumpuaa potilaiden hoi-
dosta, sen kannustevaikutus terveydenhuollon ammattilaisiin on aivan toista luokkaa, kun
rahalla (kiinteällä budjettirajoitteella) aikaansaataavissa oleva vaikutus. Koska edellä mainittu
kehityskulku on sote- ja maakuntauudistuksesta riippumaton, se tulee toteutumaan joka ta-
pauksessa. Sen toteuttamiseen ei siis tarvita esitetyn kaltaista uudistusta.

Iso-Britanniassa yksin terveydenhuollon innovaatioiden on arvioitu merkitsevän 2030 mennessä 18,5 mrd. punnan eli noin 21 mrd. euron säästöpotentiaalia. Suomen tasolla se vastaa noin 2 mrd. euron säästöpotentiaalia.

Mainittu säästöpotentiaali perustuu konsulttitoimisto Ernst & Youngin raporttiin, jossa on arvioitu seitsemän eri innovaation tehostamisvaikutuksia, mikäli ne otettavasiin laajaan käyttöön. Kunkin innovaation osalta on arvioitu myös arvion luotettavuusaste. Se on neljän osalta 'medium' ja kolmen osalta 'low'. Tehostamishyöty olisi 15% NHS:n vuosibudjetista (122 mrd puntaa 2017/18). Arviota voitaneen pitää täysin epärealistisena.

Tässä arvioidaan, että koko tiedon ja teknologian hyödyntämisen säästöpotentiaali julkisissa sote-menoissa on yhteensä karkeasti 4 mrd. euron luokkaa.

HUS-kuntayhtymän henkilötyövuoden keskihinta on noin 60 000 euroa. Koska käytännössä ainoa tuotannontekijä, josta sote-palveluissa voidaan säästää, on henkilötyöpanos, tarkoittaa 4 miljardia euroa noin 67 000 työntekijän työpanosta. Koska säästöjen näkökulmasta ei ole merkitystä, työskentelevätkö em. henkilöt julkisella vai yksityisellä sektorilla, merkitsisi 4 mrd euroa edellä mainitun henkilöstömäärän vähenemää koko toimialalta. Arvioitu säästöpotentiaali on täysin epärealistinen.

Sivu 8

Eksoten toimitusjohtaja Pentti Itkonen on monen muun sote-johtajan tavoin korostanut juuri johtamisen merkitystä. Edellä viitatussa haastattelussa Itkonen toteaa tähän liittyen seuraavaa: -Jokaisessa kunnassa ja vaikkapa sairaaloissa pitäisi olla tiedossa, miten organisaatiossa johdetaan digitalisaatiota. Sen johtamista ei saa ulkoistaa, vaan se kuuluu jokaiselle johtajalle, esimiehelle ja työntekijälle.

Jälleen kerran, tämä on täysin totta. Jälleen kerran, asialla ei ole mitään tekemistä sote- ja maakuntauudistuksen kanssa. Edellä olevalla voidaan perustella ainoastaan sote-palvelujen järjestäjien määrän vähentämistä, mitä ei tarvitse perustella, koska se on – kuten aiemmin todettu – täysin kiistatonta.

Lähivuosien suuri eläkepoistuma mahdollistaa tuottavuuden parantamisen ilman irtisanomisia.

Tämä on totta. Juuri tästä syystä VM:n esittämä kustannuskasvun 'perusura' on epärealistinen, kuten edellä on todettu.

Toisaalta kustannuksia on nostamassa palkkaharmonisointipaineet.

Näin on, ja tämä nostaa sote-kustannuksia nykyisestä merkittävästi, joidenkin arvioiden mukaan jopa miljardilla eurolla. Tätä kustannuksia kohottavaa vaikutusta ei ole VM:n muistiossa arvioitu millään tavoin.

On hyvä tiedostaa, että palkkaharmonisointiossa ei ole kyse pienipalkkaisten henkilöiden palkankorotustarpeesta, vaan se koskee lähes kaikkia työntekijöitä. Esimerkiksi HUS-alueella sairaalassa työskentelevän vuonna 1995 valmistuneen erikoislääkärin palkan yläkvartiili on 6018 €/kk, kun se terveyskeskuksessa on 6934 €/kk (Lääkäriliiton palkkatohtori-palvelu). Vaikka edellä mainitut työskentelevät eri tehtävissä, olisi erittäin vaikea perustella tällaista

palkkaeroa kahden erikoislääkärin välillä. Edellä mainitun perusteella lienee varsin selvää, miksi Lääkäriliitto suhtautuu uudistukseen varsin positiivisesti.

Palkkaharmonisointi tarve on sitä pienempi, mitä enemmän sote-henkilöstö siirtyy yrityksiin. (kirjoitusvirhe alkuperäisestä lähteestä)

Näinhän asia ei suinkaan ole. Vaikka yrityksissä on hyväksyttävää ja tavallistakin, että eri henkilöiden palkat vaihtelevat, noudatetaan kuitenkin pääosan henkilöstöstä osalta ns. taulukkopalkkoja. Palkat määräytyvät työmarkkinoilla kysynnän ja tarjonnan perusteella. Henkilöstön laajamittainen siirtyminen yrityksiin saattaa nostaa palkkoja merkittävästikin.

Työtuomioistuimen tuore päätös edellyttää pelkistäen palkkojen harmonisointia korkeimpien palkkojen tasolle, mutta se jättää auki harmonisoinnin aikataulun.

Näinkään asia ei varsinaisesti ole. Työtuomioistuimen päätöksen mukaan Kainuun maakunnan olisi tullut paitsi harmonisoida palkka korkeimman ko. tehtäväpalkan perusteella siihen mennessä, jolloin kantelu oli tehty (muutoinhan tuomiolauselmassa olisi todettu, että palkka tulee harmonisoida korkeimpaan tasoon jollakin määräämättömällä aikavälillä).

Sivu 9

OECD:n tietojen mukaan Pohjoismaissa terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti hyvin nopeasti ajanjaksolla 1995-2009.

OECD:n tietoja on saatavissa vuoteen 2016 asti. Aikavälin 1995-2009 valinta on tarkoituksellista ja virkavastuulla tehdyssä muistiossa jopa vilpillistä. Viitatus aikavälin valinta johtuu siitä tosiasiasta, että kustannusten kasvu viime vuosina on ollut hyvin maltillista kuten muistion liitteessä 7 todetaankin: *”Kuntien sosiaali- ja terveysten kasvu on ollut 2016-2017 selvästi hallitusohjelmaa laadittaessa hitaampaa.”* Vastaava kehitys on tapahtunut myös muissa maissa. OECD:n raportissa todetaan: *”After years of continuous growth of over 4% a year, average health spending slowed down throughout the OECD, growing at only 0.3% since 2009.”*⁽⁶⁾ Sille, miksi terveydenhuoltomenot kasvoivat nopeasti juuri 1995-2009 on selvä syy: kansantaloudet kasvoivat tänä aikana nopeasti. Myös OECD on todennut tämän.

...lähempi tarkastelu näyttää tukevan oletusta, että kuntien menot ovat seuranneet enemmän tuloja kuin päinvastoin.

Havaintoa voinee pitää itsestäänselvyytenä ja sama lienee havaittavissa valtiontalouden menoissa.

Sivu 10

OECD:n raportti terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien kestävydestä korostaa budjettirajoitteiden merkitystä.

Väite on väärä, viitatussa raportissa ei korosteta budjettirajoitetta. Sellaista ei useimmissa OECD-maissa ole, eikä voisi ollakaan (koska terveydenhuollon rahoitus tapahtuu vakuutusjärjestelmän kautta). Sen sijaan raportissa todetaan: *”Policy makers have three broad ways*

6 Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives. OECD 2015.

to ensure fiscal sustainability on health systems: raise money for health, improve the efficiency of government health spending, and reassess the boundaries between public and private spending. Simpler blanket spending cuts can also evidently address fiscal constraints, but are more likely to have adverse effects. Health care is highly valued by populations and is a major contributor to countries' economies. Therefore spending more on health is not automatically a problem, particularly if citizens are willing to pay this through higher taxes or cuts in other areas of government spending.”

Useissa maissa (kuten Alankomaissa) valinnanvapauden tuominen järjestelmään on johtanut kustannusten nousuun juuri heikkojen budjettijärjestelmien takia.

Alankomaissa on toteutunut terveystalvelujen valinnanvapaus käytännössä aina. Alankomaiden terveystalvelujen kustannukset nousivat nopeasti, kun maassa toteutettiin terveydenhuollon rahoitusuudistus, jossa palvelujen saatavuutta kasvatettiin aiemmasta. On selvää, että samanlainen kustannuskehitys tulee toteutumaan Suomessakin, mikäli sote- ja maakuntauudistus toteutetaan ehdotetussa muodossa, näennäisestä budjettirajoitteesta riippumatta.

OECD raportti toteaa, että neljässä maassa (Iso-Britannia, Uusi-Seelanti, Islanti ja Unkari) terveydenhuollon julkiset menot rahoitetaan kokonaan valtion budjetista. Näissä maissa terveydenhuollon menojen BKT-suhde on yleensä matalampi kuin maissa, joissa menojen rahoitus ei ole kokonaan valtion budjetin piirissä.

Vertailu on harhaanjohtava. Terveydenhuollon menojen BKT-suhteeseen eniten vaikuttava tekijä (OECD:n mukaan) on kansantuotteen määrä. Mitä korkeampi varallisuus, sitä suurempi **osuus** varallisuudesta käytetään terveystalveluihin. Tämä ei ole käytännössä ongelma, kuten OECD-raportissa edellä todettiin. Jos mainittujen maiden terveydenhuollon BKT-osuus suhteutetaan BKT:een per capita (PPP), voidaan todeta, että Suomi sijoittuu kaikkia mainittuja maita paremmin.

Sivu 11

Kuviossa 11 on esitetty, julkisten terveydenhuollon menojen suhde BKT:een v. 2000 ja v. 2016 maissa, joissa nuo menot rahoitetaan kokonaan valtion budjetista (UK, Unkari, Islanti ja Uusi-Seelanti) ja maissa, joissa ne rahoitetaan vain osittain valtion budjetista. Kuvio 11 viittaa siihen, että julkiset terveydenhuollon menot olisivat 2000-luvulla kasvaneet hitaammin suhteessa BKT:een maissa, joissa ne rahoitetaan kokonaan valtion budjetista kuin maissa, joissa ne rahoitetaan vain osittain valtion budjetista.

Havainto on väärä. Kun kasvua tarkastellaan suhteellisesti, se on ollut kaikkein suurinta UK:ssa, kuten muistiossa todetaankin. Hitainta kasvu on ollut Islannissa, Unkarissa, Saksassa ja Ranskassa. Kuten edellä on mainittu, terveydenhuoltokulujen BKT-suhde on ensisijassa riippuvainen kansantuotteesta ja sille, miksi BKT-suhde viitatuissa maissa on käyttäytynyt, kuten on, on lukuisia muita syitä kuin valtion rahoitus. Muistiossa esitettyä väittämää ei aiemmin ole kirjallisuudessa esitetty, ja sen uskottavuus on heikko.

Sitovat menokehykset parantavat ennen muuta sote-järjestelmän kokonaishallintaa ja rahoitusellista kestävyyttä.

Suomen perustuslain 19 § mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. 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 sairautteen, hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva”. Täten rahoituksen määrittäminen terveyspalveluissa ei ole poliittinen päätös, vaan seuraus tarpeesta ja teknologiasta. Suomessa ei voida poiketa kansainvälisistä hoitosuosituksista. **Sitova menokehyks on siten perustuslain vastainen.**

Sivu 12

Palveluintegraation (luku 2) sekä erityisesti tiedon ja teknologian käytön (luku 4) mahdollisuudet palvelujen vaikuttavuuden ja tehokkuuden parantamiseksi ovat suuret.

Tämä on totta, mutta jälleen kerran, toteamalla ei ole mitään tekemistä esitetyn sote- ja maakuntauudistuksen kanssa.

Valinnanvapauden (luku 3) säästöpotentiaali on tässä arvioitu kaavamaisesti kumoutuvan sen menoja potentiaalisesti lisäävän vaikutuksen takia. Peruspalveluihin pääsyä parantamalla valinnanvapaus vähentää erikoissairaanhoidon menojen kasvua. Toisaalta peruspalveluihin pääsy lisää menoja.

Kuten edellä on todettu, parantamalla pääsyä peruspalveluihin ei voida vähentää erikoissairaanhoidon menoja. Ainakaan tästä ei ole mitään näyttöä. Peruspalvelujen saatavuuden parantaminen kasvattaa kustannuksia, kuten referoitavassa muistiossakin todetaan.

Esitetty tarkastelu viittaa, että sote-uudistuksen 3 mrd. menojen kasvun hillintätavoite on saavutettavissa.

Muistiossa ei ole esitetty mitään uskottavia perusteluja 3 mrd menojen kasvun hillintätavoitteen toteuttamiseksi. Lisäksi, kuten edellä todettu, muistiossa ei ole millään tavoin huomioitu uudistuksen kustannuksia kasvattavia vaikutuksia. VM on aiemmin itsekin todennut, että tällaisia on. On selvää, että arvioitaessa uudistuksen kustannusvaikutuksia (kuten muistion otsikko antaa ymmärtää), tulee huomioida sekä uudistuksen kustannuksia lisäävät että vähentävät elementit. Muistio on harhaanjohtava, jopa vilpallinen.

Perusuran sote-menojen kehitys ei turvaa kaikille saatavilla olevien hyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta. Tämän takia uudistus on välttämätön.

Tässä menee sekaisin tavoitteet ja keinot. Tavoite ja mahdollisuus hillitä sote-kustannusten kasvua mainitulla määrällä voidaan kyseenalaistaa jo sinänsä, mutta vaikka se hyväksyttäisiinkin, ei tätä tavoitetta voi millään muotoa käyttää perusteluna muutoksen toteuttamiselle esitetyllä tavalla. Muutoshallinnan näkökulmasta kysymykset ’mitä’ ja ’miksi’ ovat olennaisia muutoksen perustelemiseksi ylipäätään, mutta ne ovat riippumattomia kysymyksestä ’miten’. Vaikka siis kustannusten kasvun hillintä hyväksyttäisiinkin uudistuksen tavoitteeksi, ei

siitä seuraa, että se tulisi toteuttaa esitetyllä tavalla. Siitä ei edes seuraa, että muutoksen toteuttamatta jättämisestä aiheutuisi ongelmia. Päinvastoin, muutoksesta saattaa aiheutua seurauksia, jotka ovat vastoin asetettuja tavoitteita. Kuten edellä ja HUSin muissa asiasta antamissa lausunnoissa on pyritty osoittamaan, näin todellakin näyttää olevan: uudistuksen seurauksena kustannukset kasvavat.

B. MITEN SOTE-JA MAAKUNTAUUDISTUKSEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET TULISI ARVIOIDA JA ESITTÄÄ?

Kukaan ei voi **varmuudella** sanoa, millaisia kustannuksia tai säästöjä esitetyn mukaisesti toteutettava sote- ja maakuntauudistus aiheuttaisi. Asianmukaisesti toteutetussa riskiarviossa arvioidaan erikseen riskin todennäköisyys ja vaikutus. Koska, kuten edellä todettu, uudistuksesta aiheutuu vääjäämättä lisäkustannuksia, ja sillä saattaa olla joitakin positiivisiakin kustannusvaikutuksia, tulisi nämä arvioida erikseen.

Alla on kuvattu, miten uudistuksen kustannusvaikutukset tulisi esittää. Luvut ovat HUS-kuntayhtymän karkea arvio. HUS-kuntayhtymän tehtävänä ei kuitenkaan ole arvioida sote- ja maakuntauudistuksen kustannusvaikutuksia, se on Valtiovarainministerin tehtävä.

On ymmärrettävää, että arviointi on suuntaa antava ja se sisältää riskejä. Tällä perusteella ei voida kuitenkaan perustella vaikutusarvion tekemättä jättämistä. Arvioiden tulee perustua olemassa olevaan tietoon siltä osin, kun sitä on, ja muilta osin arviot tulee perustella läpinäkyvästi. Arvion laatiminen ei millään tavoin poikkea suurten investointien kannattavuuslaskelmasta ja sellaista tulee ehdottomasti sote- ja maakuntauudistuksen osalta edellyttää. Kustannukset ja säästöt tulee arvioida aikavälillä 2020-2030.

	Kustannukset		Säästöt	
	Todennäköisyys	Arvo (milj. €)	Todennäköisyys	Arvo (milj. €)
Toiminnalliset muutokset				
Liikelaitos	100%	50	50%	500
Sote-keskus (ml. päällekkäiset rahoitusjärjestelmät)	100%	500	10%	100
Suunhoidon yksikkö	100%	200	10%	50
Asiakasseteli	75%	150	10%	50
Henkilökohtainen budjetti	50%	250	10%	100
Tilat (*)	100%	100	50%	100
Tietojärjestelmät (*)				
Maakunnan TOSI-järjestelmät	100%	100	-	-
Maakunnan TORI-järjestelmät	100%	100	-	-
Järjestäjän tietojärjestelmät	100%	100	-	-
Valinnanvapauden järjestelmät	100%	200	-	-
Palkat (*)				
Henkilöstön määrä	100%	100	-	-
Palkkataso (ml. palkkaharmonisaatio ja -kilpailu)	100%	1 000	-	-
Hallinto				
Järjestämistoiminto	100%	100	-	-
Maakuntakonsernihallinto	100%	50	-	-
YHTEENSÄ (riskivakioitu)		2 837,5		330

*) Sote- ja maakuntauudistukseen liittymättömiä kustannuksia ja säästöjä ei tule huomioida

Todennäköisyys ei tarkoita arvioidun summan todennäköisyyttä vaan kustannusten/säästöjen toteutumisen todennäköisyyttä.

C. MITÄ SEURAA, MIKÄLI SOTE-JA MAAKUNTAUUDISTUS EI ASETETUSSA AIKATAULUSSA ESITETYN MUKAISENA TOTEUDU?

Sote- ja maakuntauudistuksen valmistelu on lähentänyt perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon toimijoita useimmissa maakunnissa. On erittäin todennäköistä, että hyvä yhteistyö jatkuu. Valmistelun aikana on tuotettu niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin hyvää materiaalia, jota voidaan hyödyntää. Joissakin maakunnissa on käynnissä maakuntatasoinen palveluintegraatio (Eksoten ja Siun soten kaltainen prosessi), jotka oletettavasti etenevät valmiiksi, mikäli lainsäädäntökehys sen mahdollistaa (so. ei estä edellä mainittua kehitystä).

Kuten tässä dokumentissa on useaan kertaan todettu, on tarkoituksenmukaista vähentää sote-järjestäjien määrää. Tämä voidaan toteuttaa joko perustamalla maakunnat, vapaaehtoisilla kuntayhtymillä tai siirtämällä palvelut valtion järjestämisvastuun piiriin. Sote-palvelujen näkökulmasta maakuntien perustaminen ja sote-järjestämisvastuun siirtäminen niille ei ole suuri ongelma. Mikäli tähän päädytään, ensimmäisen vaiheen tulisi olla nimenomaan vain ja ainoastaan järjestämisvastuun siirtäminen maakunnille. Nykyiset tuottajat voisivat jäädä ennalleen, sikäli kun tuottajat eivät itse halua fuusioitua. Tällä tavalla voidaan minimoida palkkaharmonisaation ja -kilpailun kustannuksia lisäävä vaikutus ja ICT-investoinnit.

Julkisuudessa on esitetty väitteitä, että mikäli uudistusta ei toteuteta, seurauksena on hallitsematon ulkoistusaalto. Tälle väitteelle ei ole mitään tosiasiallista pohjaa. Toistaiseksi kukaan em. väitteen esittäjistä ei ole kyennyt perustelemaan, mihin väite perustuu. Ei myöskään ole tuotu esiin, miksi ja kenelle ulkoistus olisi huono vaihtoehto. Ulkoistus on monissa palveluissa (kuten työterveyshuolto) laajasti käytetty toimintamalli. Kokonaisulkoistuksia tehneet kunnat ovat olleet tyytyväisiä ratkaisuihin, samoin palveluja tuottavat yritykset. Jos ulkoistuksia pidetään ongelmana, tulee kyetä yksilöimään, kenen näkökulmasta ja missä laajuudessa ne ovat ongelma. Väitteet siitä, että sote- ja maakuntauudistuksen peruuntuminen olisi yritysten tahtotilan mukaista, on yksiselitteisesti väärä. Yritykset ovat laajasti kannattaneet esitettyä muutosta ja osakeyhtiölain 8 § mukaan yrityksen johdolla on lojaliteettivoite yhtiötä kohtaan. Mikäli he kannattaisivat toiminnalleen haitallista muutosta, he rikkoivat osakeyhtiölakia.

D. MITÄ TULISI TEHDÄ SEURAAVAKSI?

Ennen sote- ja maakuntauudistuksesta päättämistä tulee sen osalta ehdottomasti tehdä kattava kustannusarvio (kuten edellä kuvattu). Mikäli se osoittaa, ettei tavoiteltavaan kustannusten kasvun hillintään päästä, tulee valmistelu keskeyttää, ja joko:

- i. toteuttaa uudistuksen valmistelu parlamentaarisesti yhteistyössä asiantuntijoiden (yksityinen ja julkinen sektori) kanssa – kyse on suurimmasta Suomessa koskaan toteutetusta hallinnollisesta muutoksesta, johon liittyy erittäin suuria epävarmuustekijöitä, eikä sen valmistelun tulisi olla yhden vaalikauden ja senhetkisen hallituspohjan tulos; tai
- ii. vaiheistaa toimeenpano hallitusohjelmassa esitetyn mukaisesti:
 - a. julkisten sosiaali- ja terveystalouden integraatio ja rakenneuudistus
 - b. siirtyminen yksikanavaiseen rahoitukseen
 - c. valinnanvapauden ja tuotannon monipuolistuminen