

Valtiovarainvaliokunnalle 4.3.2021

Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi

Mehiläinen kiittää mahdollisuudesta lausua esitettyä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevista näkökohdista valtiovarainvaliokunnalle. Esitetty uudistus on yksi suurimmista hallinnollisista uudistuksista itsenäisessä Suomessa ja sen vaikutukset ulottuvat laajalle yhteiskunnassa. Kommentoimme esitystä ensisijaisesti yksityisen palveluntuottajan näkökulmasta, mutta esitämme myös joitakin yleisempiä huomioita uudistuksen vaikutuksista. Keskeiset huomiomme ovat:

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat kasvaneet voimakkaasti, uudistus ei hillitse kasvua
2. Rahoitusmalli ei luo kannustimia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen
3. Uudistus estää ostopalveluiden vaikuttavan hyödyntämisen ja poistaa kilpailun tuomia hyötyjä
4. Uudistuksella puututaan täysin poikkeuksellisella tavalla taannehtivasti sopimuksiin
5. Esityksen vaikutusarviot ovat puutteellisia ja erityisesti yritysvaikutusten arviointi on heikkoa
6. Esitys on kansainvälisesti anomalia, eikä huomioi EU:n potilasdirektiivin asiakkaille takaamaa valinnanvapautta

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat kasvaneet voimakkaasti, uudistus ei hillitse kasvua

Sote-uudistus käsittää noin 20 miljardin euron kokonaisuuden, mikä vastaa noin kahdeksaa prosenttia vuoden 2019 bruttokansantuotteesta. Summa on yli kolminkertainen kuntien järjestämään perus- ja toisen asteen koulutuksen kustannuksiin. Sote-kustannukset per suomalainen ovat noin 5000 euroa vuosittain. Keskeinen peruste sosiaali- ja terveystalouden uudistamiselle onkin läpi vaalikausien ollut hillitä jatkuvasti kasvavia kustannuksia ja varautua siten väestön ikääntymisen aiheuttamaan palvelutarpeen kasvuun. Esimerkiksi vuonna 2019 sote-menot kasvoivat Kuntaliiton tilastojen mukaan peräti 4,7 prosenttia. Erityisen voimakkaasti ovat kasvaneet julkiset erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset: vuodesta 2016 alkaen yli kaksi prosenttia vuosittain.

Sote-kustannusten kehitystä tarkasteltaessa on huomattava lisäksi, että yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä Suomessa on lisääntynyt merkittävästi lasten lisäksi myös aikuisväestön keskuudessa. Yksityisen vakuutuksen piirissä on noin 1,2 miljoonaa suomalaista, mikä on eurooppalaisittain tarkasteltuna varsin korkea osuus väestöstä. Lisäksi 1,8 miljoonaa suomalaista saa perusterveydenhuollon palvelut työterveyshuollosta. Suomalaiset yksityishenkilöt ja työnantajat kattavat siis osaltaan sote-kustannuksia merkittävässä määrin julkisen järjestelmän ulkopuolella.

Esitetty uudistus kasvattaa hallituksen omankin arvion mukaan kustannuksia tulevan vuosikymmenen aikana merkittävästi mm. palkkaharmonisoinnin ja uusien hyvinvointialueiden investointien myötä. Palkkaharmonisoinnin kustannukset on esityksessä arvioitu noin 0,5 miljardin kustannuseräksi. Esityksestä puuttuu kuitenkin arvio siitä, miten palkkaharmonisaatio julkisella sektorilla vaikuttaa alan palkkakehitykseen laajemmin. Yksityisen sektorin palkkakustannukset seuraavat julkisen sektorin kustannuksia ja siten harmonisaatio tulee vaikuttamaan julkisen ohella yksityisen sektorin kustannuksiin, ja siten hyvinvointialueiden ostopalvelukustannuksiin. Uudistus siis kasvattaisi sote-menoja perusurallaan verrattuna ainakin 2030-luvulle asti ilman, että palvelujen laatu tai saatavuus paranee. Lisäksi muutuskustannukset ovat todennäköisesti suurempia kuin hallituksen esityksessä arvioidaan.

Uudistuksessa esitetään kustannusten hillinnän syntyvän ennen kaikkea uusien vahvempien hyvinvointialueiden synergian ja hankintaosaamisen myötä sekä digitalisaation hyödyntämisen lopputulemana. Oletetusta kustannusten kasvun hillinnästä ei kuitenkaan löydy esityksestä konkreettisia esimerkkejä tai esityksiä, eikä alueiden koon kasvaminen itsessään tarkoita sote-kustannusten kasvun taittumista. Esimerkiksi kooltaan suurimman sairaanhoitopiirin HUS:n jäsenkuntien maksuosuus kasvoi

vuonna 2019 12 prosenttia vuoteen 2018 verrattuna (Lähde: HUS tilinpäätös), kun samaan aikaan pienemmän Länsi-Pohjan ulkoistetun palvelun kiinteän hinnan muutos oli nolla prosenttia vuonna 2019 verrattuna vuoteen 2018. Myös esitetyt digitalisaation myönteiset vaikutukset kustannuskehitykseen edellyttävät hyvinvointialueilta merkittävää operatiivisen toiminnan muutosta, mihin esitys ei luo kannustimia.

2. Rahoitusmalli ei luo kannustimia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen

Sairastavuuteen perustuva rahoitusmalli ei kannusta hyvinvointialueita mahdollisimman vähäiseen sairastavuuteen ja väestön terveyden ennaltaehkäisevään hoitamiseen. Pikemminkin malli käytännössä palkitsee sellaiset alueet, joilla sairastavuus on korkealla. Rahoitusmallin kriteeristö ei niin ikään huomioi niitä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia erityispiirteitä, jotka korostuvat väestörikkailta kaupunkiseuduilla.

Rahoitusmalli ei ohjaa tulevien hyvinvointialueiden taloudenpitoa tarkoituksenmukaisella tavalla. Valtion rahoitus voi olla toimiva malli sosiaali- ja terveystalouden rahoittamisessa, kuten useat kansainväliset esimerkit osoittavat. Julkisen taloutemme kestävyys näkökulmasta ei kuitenkaan ole keskeistä se, millainen taloudenohjausmekanismi on, vaan se, että rajalliset resurssit pystytään käyttämään parhaalla mahdollisella tavalla välttämättömiä sote-palveluita tarvitsevien kansalaisten hyväksi. Esitys rajaa sote-maakunnilta keinoja laadukkaiden palveluiden kustannustehokkaaseen järjestämiseen, kun yksityisen sektorin tutkitusti kustannusten kasvua hillitsevä hyödyntäminen on esityksessä käytännössä rajattu pois sote-maakuntien työkalupakista.

Uhkana on, että taloudellisten kannustimien puute esityksessä johtaa hallitsemattomaan tilanteeseen kaikkein huonommassa asemassa olevien kansalaisten osalta ja palvelujärjestelmän rappeutumiseen, koska kokonaiskustannukset ovat vaarassa paisua yli kansantalouden sietokyvyn. Erityisesti näkökulma korostuu tilanteessa, jossa koronapandemian aiheuttama kansainvälinen kriisi luo epävarmuutta tulevaisuuteen niin Suomen kansantalouden kuin kansainvälisen markkinakehityksen osalta. Tätä ulottuvuutta lakiesityksen valmistelussa tai vaikutusarvioissa ei ole käytännössä huomioitu.

3. Uudistus estää ostopalveluiden vaikuttavan hyödyntämisen ja poistaa kilpailun tuomia hyötyjä

Kunnilla ja tulevien hyvinvointialueiden kokoisilla kuntayhtymillä palveluiden järjestäjinä on ollut tähän asti käytössään laaja keinovalikoima palveluiden tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen oman alueen ja väestön tarpeet huomioiden. Esitetyssä uudistuksessa rajataan jatkossa merkittävästi hyvinvointialueen mahdollisuuksia vaikuttavien ja tarkoituksenmukaisten ostopalveluiden hyödyntämiseen julkisissa palveluissa sekä oman tuotannon epäselvään vaateen kautta että kieltämällä suoraan tiettyjen ostopalveluiden hyödyntäminen (8 ja 12 §).

Monituottajuutta rajataan siis merkittävästi. Sallituiksi jäisivät käytännössä vain henkilöstövuokraus, erikoissairaanhoidon tietyt yksittäiset toimenpiteet, palvelusetelipalvelut sekä pienten osakokonaisuuksien hankkiminen – kaikkien näiden osalta epäselvää ollessa sen, missä mittakaavassa palveluita voi hankkia. Kiellettyjä olisivat puolestaan ostopalvelukokonaisuudet, joilla nimenomaisesti on saavutettu vaikuttavuutta ja tuloksia.

Vaatus hyvinvointialueen riittävästä omasta palvelutuotannosta, sisältäen toiminnan edellyttämät tilat, laitteet ja henkilöstön johtaisi mahdollisesti siihen, että valtaosa nyt ostopalveluina tehokkaasti tuotetuista ja yksityisellä pääomalla rahoitetuista sosiaalipalveluiden asumispalveluista pitäisi ottaa takaisin julkiseksi tuotannoksi. Noin 70 prosenttia lastensuojelun laitoshoidosta, noin 90 prosenttia mielenterveyskuntoutumisen asumispalveluista ja yli puolet ikääntyneiden ja vammaisten tehostetusta palveluasumisesta tuotetaan yksityisten palveluiden tuottajien toimesta yksityisomisteisissa kiinteistöissä. Tämän kapasiteetin edes osittainen korvaaminen julkisella tuotannolla edellyttäisi miljardien eurojen investointeja hyvinvointialueilta uusiin hoivakiinteistöihin. Samalla palvelutuotannon operatiiviset

kustannukset nousisivat pysyvästi, koska julkisesti tuotettujen asumispalveluiden kustannustaso on eri tutkimusten perusteella yli 20 % korkeampi kuin ostopalveluina hankitut asumispalvelut. Julkisen talouden ollessa velkaantunut, talouskasvun hidasta ja väestön ikääntyessä ei ole tarkoituksenmukaista rakentaa verorahoitteisesti päällekkäistä ja tarpeetonta palveluinfrastruktuuria Suomeen, mitä hallituksen esityksen epäselvä oman tuotannon vaatimus edellyttäisi. Virkamieslähteistä on kuultu, että esimerkiksi vähintään 51 % oma tuotanto voisi olla riittävän tuotannon tulkinta. Pelkästään tämä johtaisi valtaviin investointitarpeisiin ja kustannusten nousuun jokaisen hyvinvointialueen alueella.

Ostopalveluiden käytön merkittävä rajaaminen on kyseenalaista paitsi hyvinvointialueiden itsehallinnon näkökulmasta, myös perustuslain turvaamien palveluiden järjestämisen ja kansantalouden kantokyvyn kannalta. Ostopalveluiden hyödyntäminen kunnan hyväksi katsomalla tavalla on tosiasiallisesti turvannut palveluiden järjestämisen kaikkialla Suomessa sekä synnyttänyt sote-markkinalle kilpailua, joka on kannustanut myös julkista tuotantoa kehittymään. Ostopalvelusopimuksilla on tarkoituksenmukaisesti käytettynä kyetty myös erinomaisella tavalla hillitsemään kustannusten kasvua sekä parantamaan samaan aikaan palveluiden vaikuttavuutta ja laatua. Pelkästään kokonaisulkoistuksilla on saavutettu yli 36 miljoonan euron säästö verokkikuntiin nähden vuosina 2011–2019 (Jokinen, 2020).

4. Uudistuksella puututaan täysin poikkeuksellisella tavalla taannehtivasti sopimuksiin

Esityksessä esitetään puututtavan taannehtivalla lainsäädännöllä sopimuksiin ja omaisuudensuojaan sekä esitetään mitätöitäviksi ja irtisanottaviksi erittäin merkittävä hyvin toimivista ostopalvelusopimuksista. Tosiasiallisesti toteutetut ulkoistusjärjestelyt eivät ole vaarantaneet järjestämisvastuussa olevien tahojen edellytyksiä huolehtia asianmukaisesti järjestämisvastuunsa toteutumisesta perustuslain 19 §:n 3 momentin edellyttämällä tavalla, vaan pikemminkin turvanneet sitä.

Hallituksen esitykseen lisätystä hyvinvointialueen harkintaan perustuvasta irtisanomisesta huolimatta esityksen vaikutukset eivät ole olennaisesti muuttuneet, sillä hankintalaki ei salli esitettyä neuvottelua, vaan edellyttää todennäköisesti lähes kaikkien ostopalvelusopimusten irtisanomista. Sopimusten taannehtiva mitätöinti ja irtisanominen onkin ongelmallista useilla eri tavoilla:

- Laillisesti
Sopimusten mitätöinti lain nojalla merkitsee olennaista puuttumista perustuslain 15 §:ssä turvattuun omaisuuden suojaan, toimijoiden oikeutettujen odotusten suojaamisen sekä EU-oikeudellisen sisämarkkinavapauden ja perusoikeuksien (elinkeinovapaus, omistusoikeus) kanssa.
- Korvauksellisesti
Hallituksen esityksessä esitetty korvaus mahdollisesta mitätöinnistä tai irtisanomisesta ei huomioi yritysten tosiasiallisesti toimintaan tekemiä investointeja, eikä ole siten tasoltaan hyväksyttävä.
- Sopimuksellisesti
Esimerkiksi mitätöitäväksi esitettävän Mehiläinen Länsi-Pohjan sopimuksissa on sovittu erikseen sopimuksellisesti siitä, miten sopimusta voidaan tarpeen vaatiessa muuttaa. Mehiläinen Länsi-Pohja tuottaa alueella myös useita sellaisia palveluita, joita hallituksen esityksen mukaan voitaisiin jatkossakin tuottaa. Tästä huolimatta sopimusta esitetään kokonaisuudessaan kaikilta osin mitätöityväksi ilman, että hyvinvointialue voi suorittaa asiassa harkintaa. Samalla mitätöityisivät kaikki sopimuksen ehdot, ml. mahdolliseen vastuiden takaisin järjestäjälle siirtymiseen liittyen sovitut ehdot, jotka nimenomaan turvaavat palveluiden järjestäjän asemaa.
- Toiminnallisesti
Sopimusten mitätöinti ja toiminnan epävarmuus jatkossa ovat ennen kaikkea vahingollisia palveluita käyttäville asiakkaille.
- Kotimaisten investointien ja talouden kasvun kannalta
Kotimaiset instituutiosijoittajat (mm. Varma, Ilmarinen, LähiTapiola, Elo, OP-Ryhmä, VER, Valion eläkekassa, Apteekkien eläkekassa, EQ hoivarahastot ja muut lukuisat kiinteistörahastot) sekä kansainväliset sijoittajat ovat sijoittaneet viimeisen 10 vuoden aikana yli 5 miljardia euroa suomalaisiin

julkisia palveluita tuottaviin sosiaali- ja terveyspalveluyrityksiin ja näiden yritysten hallinnassa oleviin kiinteistöihin. Hallituksen esitys sopimusten taannehtivasta mitätöimisestä sekä julkisen tuotannon vaatimus aiheuttavat paitsi merkittäviä taloudellisia vahinkoja sijoittajille, heikentävät petetyn luottamuksen kautta halukkuutta jatkossa investoida suomalaiseen sosiaali- ja terveyspalveluinfrastruktuuriin. Tämä johtaa investointitarpeiden kasvuun julkisesti rahoitettuna, sekä tehottomuuteen pääomien allokoinnissa ja kapasiteetin hyödyntämisessä. Tämä voi heikentää myös yleisesti luottamusta Suomeen investointikohteena, erityisesti kun vastapuolena on julkisen sektorin hankinnat.

5. Esityksen vaikutusarviot ovat puutteellisia ja erityisesti yritysvaikutusten arviointi on heikkoa

Esityksen vaikutukset yksityiseen, mutta myös julkiseen palveluntuotantoon jäävät monen esitetyn muutoksen osalta epäselviksi, eikä toimijoilla ole mahdollisuutta arvioida tosiasiallisia seurauksia.

Esimerkiksi esityksen läpileikkaava vaatimus ”riittävästä omasta tuotannosta” (järjestämislaki 8 §), on uusi, eikä nykyinen lainsäädäntö tunne sitä. Esityksessä ei niin ikään määritellä, mikä on ”riittävä” määrä omaa tuotantoa. Valta päättää tästä valuu esityksen mukaan palvelujen järjestäjältä lain noudattamista valvoville aluehallintovirastoille ja sosiaali- ja terveysministeriölle. Hyvän lainsäädännön periaatteisiin kuuluva selkeys, riittävät vaikutusarviot ja ennakoitavuus eivät tältä osin toteudu.

Myös esimerkiksi hyvinvointialueelle palveluita tuottavien toimijoiden alihankinnan sääntely koskien muun muassa ammatinharjoittajina toimivia lääkäreitä, psykoterapeutteja, psykologeja jne. on jätetty käytännössä täysin arvioimatta vaikutustensa puolesta. Lainsäädännöstä ei niin ikään käy ilmi, miten rajaus käytännössä toteutettaisiin. Pahimmillaan rajaus poistaa merkittävästi joustoa palveluidentuotannosta rajatessaan esimerkiksi valmiiksi ruuhkautuneista terapiapalveluista ammatinharjoittajat ulos tuottamasta julkisesti rahoitettuja palveluita.

6. Esitys on kansainvälisesti anomalia, eikä huomioi EU:n potilasdirektiivin asiakkaille takaamaa valinnanvapautta

Kansainvälisesti vertailtuna Suomessa ollaan hyvin poikkeuksellisella tavalla rajaamassa yksityisiä tuottajia ulos tuottamasta julkisia palveluita, erityisesti erikoissairaanhoidon osalta. Lähes kaikkialla muualla Euroopassa yksityiset tuottajat osallistuvat laajasti julkisen erikoissairaanhoidon tuottamiseen, mistä on hyviä tuloksia esimerkiksi Ranskassa, Saksassa, Sveitsissä ja Hollannissa. Myös Ruotsissa on useita yksityisten yritysten ulkoistussopimuksilla operoimia julkisia keskussairaaloita. Tämän lisäksi julkisen erikoissairaanhoidon osalta on valinnanvapaus laajasti käytössä ja yksityisiä pääasiassa julkista erikoissairaanhoidoa tuottavia yrityksiä on useita kymmeniä. Hallituksen esitykseen sisältyvä lääkärintyön määrittely virkavastuulla tehtäväksi työksi olisi kansainvälisesti täysin poikkeuksellinen ja palveluntuotannon arjelle vieras.

Esitys ei huomioi sanallakaan EU:n potilasdirektiiviä, joka takaa EU-kansalaisille vapaan liikkuvuuden ja valinnanvapauden sosiaali- ja terveyspalveluissa unionin sisällä. Näin ollen suomalaisilta estetään tämä heille kuuluva EU-kansalaisoikeus ja samalla jätetään huomiotta sääntely, joka tulee merkittävällä tavalla vaikuttamaan nyt rakennettavaan järjestelmään oikean implementoinnin myötä. Implementoinnin tapahtuessa direktiivillä on keskeisiä vaikutuksia sekä palveluiden järjestämiseen että rahoittamiseen.

Janne-Olli Järvenpää

toimitusjohtaja

Mehiläinen

lisätietoja:

Marina Lampinen, yhteiskuntasuhde- ja yritysvastuujohtaja

+358 40 8225 042, marina.lampinen@mehilainen.fi