Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvio sote- ja maakuntauudistuksesta

LÄHTÖKOHTA

Valmisteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) lainsäädäntöuudistuksen arvioinnin keskeisimmät kysymykset ovat: 1) auttaako lakiesitysten mukaisesti muutettu palvelujärjestelmä täyttämään asetetut tavoitteet paremmin kuin olemassa oleva palvelujärjestelmä, ja 2) voiko lainsäädännön toteuttamisesta mahdollisesti aiheutua sellaisia seurauksia, jotka eivät ole tavoitteiden mukaisia mutta joita voi olla vaikeaa tai jopa mahdotonta jälkikäteen korjata.

Kokonaisarvioinnin kannalta olennaista on, miten ehdotettu malli vaikuttaa sote-palvelujen saatavuuteen, kustannuksiin, tuotannolliseen tehokkuuteen ja laatuun. Tässä lausunnossa ei arvioida yksittäisiä lakiehdotuksia vaan kokonaisuutta.

Esitettyjen muutosten vaikutuksia tarkastellaan ensisijaisesti palvelujen käyttäjien, toissijaisesti palvelujen maksajien ja kolmanneksi sairaanhoitopiirin henkilöstön näkökulmasta. Lausunnossa tarkastellaan vain sote-toimintaa koskevia muutosehdotuksia.

LAINSÄÄDÄNTÖVALMISTELUSSA ESITETYT MUUTOKSET LYHYESTI

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan kunnat vastaavat perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palvelujen järjestämisestä, sairaanhoitopiirit erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä. Ehdotetussa lainsäädännössä näiden palvelujen järjestäminen tulee maakuntien vastattaviksi. Kunnat huolehtivat nyt kaikkien julkisesti järjestettyjen sote-palvelujen rahoituksesta. Jatkossa tästä vastaisi valtio, joka antaa tätä varten määrärahan maakunnille. Määräraha määräytyisi asukasmäärän, palvelujen tarpeen ja eräiden muiden tekijöiden perusteella.

Maakuntien järjestämis- ja tuotattamisvastuu eriytettäisiin. Yksityiset yritykset voisivat tuottaa julkisesti rahoitettuja palveluja merkittävästi laajemmin kuin nyt (tälläkin hetkellä palveluja hankitaan yksityisiltä alihankintana). Palvelujen käyttäjien suora valinnanvapaus laajenisi huomattavasti, kun asiakkailla olisi oikeus valita yksityinen tai julkinen sote-keskus ja hammashuollon yksikkö sekä yksityisen tuottamia palveluja maakunnan liikelaitoksen myöntämän asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin perusteella.

Maakuntien perustaminen siirtää työnantajavastuun niille noin 210 000 työntekijän osalta 1.1.2020 alkaen. Tätä ennen maakuntien tulee organisoida toimintansa ja sen vaatimat palvelut, kuten ict, palkanlaskenta ja kirjanpito. Uudellamaalla maakunta muodostuu noin 60 000 työntekijästä ja 30 luovuttavasta organisaatiosta, joista suurin on HUS.

Maakuntien kiinteistöomistus ja kiinteistöpalvelut on suunniteltu siirrettäväksi valtakunnalliseen palvelukeskukseen Maakuntien Tilakeskus Oy:lle. Maakuntien tieto- ja viestintäteknisten (ICT) palvelujen palvelukeskuksen tulee tarjota ja ylläpitää maakunnan asiakas- ja potilastietojen käsittelyn ja integraation edellyttämiä sähköisiä palveluja. Maakuntakonserniin kuuluvien palvelutuottajien tulee käyttää ICT-palvelukeskuksen palveluja, ellei muun palvelun käyttö ole välttämätöntä taloudellisesta, toiminnallisesta, teknisestä tai muusta vastaavasta perustellusta syystä. Alunperin uudistuksen osana suunniteltiin myös yhteishankintojen palvelukeskusta ja talous- ja henkilöstöhallinnon palvelukeskusta, mutta näistä sittemmin luovuttiin tarpeettomina ja kilpailua vääristävinä.

ONGELMAT JA MUUTOSEHDOTUKSET LYHYESTI

Sote-uudistukseen liittyen tässä nostetaan esiin 12 ongelmakohtaa, joiden osalta HUS esittää, että eduskunta lakeja käsitellessään arvioisi alla olevia korjausehdotuksia.

1. *Tavoitteiden täyttyminen*

   Ongelma: Esitetty malli ei varmuudella johda minkään kolmen tärkeimmän tavoitteen toteutumiseen (hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisuuden ja saatavuuden parantaminen sekä kustannuskasvun hillitseminen).

   Ratkaisuehdotus: Siirrytään uuteen malliin vaiheittain, annetaan ensimmäisessä vaiheessa sote-palvelujen järjestämisvastuu maakunnille. Valinnanvapautta edistetään ostopalveluja hyödyntäen.

2. *Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen*

   Ongelma: Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen on pitkälti näennäistä; tavoiteltuja hyötyjä ei saavuteta mutta haitat toteutuvat.

   Ratkaisuehdotus: Joko poistetaan järjestämisen ja tuottamisen erottaminen (tällöin yksityiset tuottajat toimisivat liikelaitoksen alihankkijoina) tai määritetään tosiasiallinen järjestämisvastuu järjestäjälle, joka hankkii palvelut tuottajilta (myös omalta liikelaitokseltaan) suorite- tai kapitaatio- (tai näiden yhdistelmään perustuvan) tuotteistuksen avulla.

3. *Rahoitus*

   Ongelma: Maakunnat saavat riittämättömästi rahaa suhteessa niiden lakisääteisiin velvoitteisiin; väestökasvua ja pääkaupunkiseudun erityispiirteitä ei huomioida riittävästi; muutoskustannuksia ei ole huomioitu; valinnanvapaus lisää rahoitustarvetta; uudistuksen kokonaiskustannukset eivät ole tiedossa siitä päätettäessä.

   Ratkaisuehdotus: Kasvatetaan vuosien 2020-2025 kehystä, lisäksi määritetään väestökerroin, jonka perusteella suurimmat väestökeskittymät saavat suhteellisesti enemmän rahaa kuin pienemmät; toteutetaan valinnanvapauspalvelut budjettirajoitteen puitteissa.

4. *Yliopistollisten sairaaloiden asema*

   Ongelma: Yliopistollisten sairaaloiden asemaa elinkeinopoliittisina toimijoina, yritysten tuotekehityksen tukijana sekä innovaatioalustana ei ole huomioitu.

   Ratkaisuehdotus: Määritetään yliopistolliset sairaalat tuottajalaissa ja asetetaan niille sekä velvoite että rahoitus em. tehtävien osalta.

5. *Opetus ja tutkimus*

   Ongelma: Opetuksen ja tutkimuksen roolia palvelujärjestelmän laadun ja tehokkuuden moottorina ja sen edellyttämää rahoitusta ei ole huomioitu riittävällä tavalla.

Ratkaisuehdotus: Huomioidaan opetuksen ja tutkimuksen edellytykset sekä rahoitustarve lainsäädännöllisesti; laadukas opetus- ja tutkimustoiminta yliopistollisessa sairaalassa (kattaen kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöt) merkitsee noin 5% kustannuslisää verrattuna organisaatioon, jossa näitä toimintoja ei ole.

6. *Kansallisten palvelukeskusten käyttöpakko*

   Ongelma: Maakuntien tulee käyttää sekä keskitetyn tilapalvelu-, että ict-palvelukeskuksen palveluja, vaikka näitä palveluja on saatavilla markkinoilta ja ainakin suurimmat maakunnat voivat tuottaa niitä tehokkaammin.

   Ratkaisuehdotus: Poistetaan palvelukeskusten käyttöpakko; maakunnat saavat käyttää niiden palveluja oman päätöksensä mukaan. Jätetään SoteDigiä koskeva sääntely pois laista ja yhtiön palvelujen käyttö vapaaehtoisuuden varaan.

7. *Kiinteistöomaisuuden siirto*

   Ongelma: Sairaanhoitopiirien kiinteistöomaisuus siirretään Maakuntien Tilakeskus Oy omistukseen, tämän määrittämät vuokrat perustuvat kiinteistöjen arvoon mutta yhtiön omistusosuus perustuu maakuntien asukaslukuun.

   Ratkaisuehdotus: Joko poistetaan kiinteistöomaisuuden siirto valtakunnalliseen palvelukeskukseen tai vähintään määritetään Maakuntien Tilakeskus Oy omistusosuudet sinne siirtyvän omaisuuden perusteella.

8. *Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen yhtiöittämispakko*

   Ongelma: Vain yhtiöitetty palvelutuottaja voi tuottaa palveluja asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla, mikä todennäköisesti johtaa maakunnan liikelaitoksen toiminnan nopeaan sopeuttamistarpeeseen ja irtisanomisiin.

   Ratkaisuehdotus: Annetaan maakunnan liikelaitokselle oikeus tuottaa palveluja asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla.

9. *Sote-keskusten oikeus hankkia tukipalveluja liikelaitokselta*

   Ongelma: Yhtiöitetyt sote-keskukset eivät saa hankkia tukipalveluja (laboratorio, ict, ym.) maakunnan liikelaitokselta.

   Ratkaisuehdotus: Annetaan kaikille (niin julkisille kuin yksityisille) sote-keskuksille oikeus hankkia (samoin ehdoin) tukipalveluja maakunnalta; vähintään tulee kirjata maakunnan sote-keskusten oikeus hankkia tukipalveluja niiden organisoitumistavasta riippumatta.

10. *Sote-keskusten erikoissairaanhoidon palvelut*

    Ongelma: Sote-keskusten velvoite tarjota kahden erikoisalan palveluja on keinotekoinen, asettaa eri sairauksia sairastavat epätasa-arvoiseen asemaan ja poistaa pieniltä toimijoilta mahdollisuuden tuottaa sote-keskuspalveluja.

Ratkaisuehdotus: Muutetaan lakia siten, että maakunta päättää itsenäisesti, mitä erikoissairaanhoidon palveluja sote-keskuksissa on tuotettava hyödyntäen digitaalisten palvelujen mahdollisuudet.

11. Tietojärjestelmät

Ongelma: Sote-uudistus vaatii merkittäviä uusia tietojärjestelmiä sekä valtakunnallisesti että maakunnallisesti ja integraatioita kaikkien tuottajien järjestelmiin; tämä edellyttää aikaa ja rahaa – kansallista potilastiedon arkistoa on toteutettu ja käyttöönotettu yli 10 vuotta, sote-uudistus edellyttää huomattavasti laajempia ja monimutkaisempia tietojärjestelmiä.

Ratkaisuehdotus: Määritellään uusien järjestelmien ja integraatioiden tarve, ja tehdään näiden toteuttamiseksi aikataulutettu ja budjetoitu suunnitelma, joka perustuu realismiin käytettävissä olevien resurssien osalta (esim. ICT-palvelutuottajien kyky päivittää ylläpitämiään tietojärjestelmiä).

12. Aikataulut

Ongelma: Sote-uudistuksen aikataulut ovat kireät; julkisilla tuottajilla on velvoite tuottaa tarvittavat laadukkaat ja tehokkaat palvelut muutosaikanakin päivittäin, ja niiden henkilöstö tarvitaan lähes täysin näiden velvoitteiden toteuttamiseen; samaan aikaan heidän tulisi valmistella ja toteuttaa Suomen historian suurinta hallinnollista muutosta, jossa myös tekniset esteet asettavat rajoitteita aikataulujen osalta.

Ratkaisuehdotus: Vaiheistetaan uudistus sisällöllisesti, alueellisesti ja aikataulullisesti. Siirrytään uusiin palvelumuotoihin (sote-keskus, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti) kokeilujen kautta. Asetetaan aikataululliset velvoitteet alueittain.

YKSITYISKOHTAINEN ARVIOINTI

1. Tavoitteiden täyttyminen

Sote-uudistuksen päätavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuskasvua.

HUSin hallituksen lausunnossa sote-uudistusta ja maakuntauudistusta koskevista lakiluonnoksista (31.10.2016) terveys- ja hyvinvointierojen kaventamisen mahdollisuuksista todetaan muun muassa: “Hyvinvointi- ja terveyserot ovat väestötasolla enimmäkseen seurausta yhteiskunnassa vallitsevista eri väestöryhmien (sosiaaliryhmät, koulutusryhmät, ammattiryhmät, väestön alueellinen jakautuminen maan ja kuntien sisällä jne.) välisistä eroista ja niihin sidoksissa olevista käyttämismalleista. Terveys- ja hyvinvointieroja voidaan vain rajatusti kaventaa palvelujärjestelmän keinoin.”

HUSin hallituksen lausunnossa valinnanvapauslaista (13.3.2017) todetaan: ”Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen edellyttää, että järjestelmä on luonteeltaan universaali (ei erillistä kanavaa työssä oleville), kohdennetaan enemmän resursseja heikossa asemassa olevien hoitoon, panostetaan vahvasti ennakoivaan ohjaukseen ja preventioon sekä minimoidaan asiakasmaksut. Valinnanvapausuudistus ei erityisesti sisällä tällaisia tekijöitä eikä johda tällaisiin muutoksiin. Kokemuksen ja tutkimusten mukaan valinnanvapautta kykenevät parhaiten hyödyntämään taloudellisesti, sosiaalisesti ja kulttuurisesti vahvimmassa asemassa olevat. Erityisesti monisairaiden ja vajaakuntoisten mahdollisuudet hyötyä valintojen kautta ovat heikot.”

STM:n lausuntoyhteenvedossa maakuntauudistukseksi ja terveydenhuollon järjestämisuudistukseksi (STM raportteja ja muistioita 2016:64) terveys- ja hyvinvointierojen kaventumisen osalta todetaan mm. “Monissa lausunnoissa tuotiin esiin, että uudistuksen tavoitteet ovat sinänsä kannatettavia, mutta niiden toteutumiseen suhtaudutaan varauksella. Vastuunjako maakunnan ja kuntien kesken ja niille osoitetut terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tehtävät ja tehtäväjako jäävät epäselviksi. Käytännön toimeenpanon onnistuminen on avainasemassa hyvinvointi- ja terveyseroja kavennettaessa.” Kustannusten kasvun hillinnän osalta todetaan mm. “Kolmen miljardin euron kustannusten hillinnän tavoitteeseen suhtauduttiin suurimmassa osassa kuntatoimijoiden vastauksia varauksella. Vain muutama kuntavastaaja oli sitä mieltä, että esitys antaa riittävät edellytykset tavoitteen saavuttamiseksi. Kuntatoimijoiden vastauksissa todettiin, että rakenteen muuttuminen tulee johtamaan merkittäviin muutoskustannuksiin. Nämä koskevat erityisesti henkilöstön siirtymistä ja palkkojen harmonisointia, yhteisten tietojärjestelmien kehittämistä ja käyttöönottoa sekä kiinteistö- ja tilaratkaisuja. Lisäksi valtaosa kuntavastaajista piti kustannusten kasvun hillinnän tavoitetta liian mekaanisena. Kertaluonteiset muutoskustannukset arvioitiin varmoiksi ja merkittäviksi, kun taas säästöjen saavuttamista pidettiin epävarmempana ja pidempään kestävänä.”

Kustannusvaikutuksia on arvioitu varsin kattavasti myös hallituksen ensimmäisessä esityksessä valinnanvapauslaiksi (sivunumerointi viittaa hallituksen esityksen perusteluosaan):

- ”Laajan asiakasjoukon siirtyminen yksityisesti rahoitettujen palvelujen piiristä julkisesti rahoitettujen palvelujen piiriin voi lisätä julkiseen sosiaali- ja terveysjärjestelmään kohdistuvaa kustannuspainetta.” (s. 91)
- ”Tehokkuushyötyjen saavuttaminen kilpailun kautta on epävarmaa ja edellyttää markkinoiden käynnistymisen, muodostumisen ja ohjaamisen onnistumista.” (s. 118)

- ”Valinnanvapausmalli sisältää osakokonaisuuksia, joihin liittyy riski kustannusten kasvusta: oppimis- ja järjestelmien perustamiskustannusten lisäksi nämä voivat liittyä henkilökohtaiseen budjettiin tai suun terveydenhuoltoon.” (s. 119)
- ”On todennäköistä, että valinnanvapauspalveluja tuottavien yritysten asiakaskunta muodostuu osin aiemman asiakkuuden pohjalta. Suomen institutionaalinen asetelma voi tältä osin kärjistää kermankuorintaan liittyviä ongelmia.” (s. 119)
- ”Suomen kontekstiin yksiselitteisesti rinnastettavissa olevaa, laadukasta tutkimustietoa kilpailun vaikutusta sosiaali- ja terveyshuollon menokehitykseen ei ole saatavilla.” (s. 122)
- ”On mahdollista, että valinnanvapausmallin käynnistymisvaiheeseen liittyy ylimääräisiä ja päällekkäisiä kustannuksia, joilta ei voida välttyä.” (s. 137)
- ”Lausunnonantajista valtaosa katsoo, että lakiluonnos sisältää useita kohtia, jotka heikentävät uudistuksen edellytyksiä saavuttaa sen tavoitteet kustannusten hillitsemiseksi ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi.” (s. 156)

Edellä kuvatut olivat siis sosiaali- ja terveysministeriön arvio valinnanvapauslain todennäköisistä seurauksista. Vaikka nämä perustuvatkin sittemmin muutettuun lakiesitykseen, voi edellä kuvattuja riskejä ja huolia pitää perusteltuina edelleen.

HUSin hallituksen lausunnossa ensimmäisestä valinnanvapauslakiversiosta todetaan mm. ”Valinnanvapauden laajenemisesta yksityisten tuottajien palveluihin seuraa osan nyt itse maksavien henkilöiden (ja kustannusten) siirtyminen julkisen kustannusvastuun piiriin. On lähes varmaa, ettei Kela-korvausten poistuminen riitä kompensoimaan yksityisestä julkiseksi siirtyvän kulutuksen määrää. Uudistuksen perusolettamasta, että panostus peruspalveluihin vähentäisi erityispalvelujen määrää, ei ole mitään näyttöä. Päinvastoin. Nordic Healthcare Groupin Sosiaali- ja terveysministeriölle 2.5.2016 luovuttamassa väliraportissa (sivut 73-74) todetaan kuntakohtaisen tarkastelun perusteella (vuoden 2014 tiedot, lähde: Kuntaliitto): *’PTH-kustannukset eivät korreloi ESH-kustannusten kanssa.’* Kun tarkastellaan vuoden 2015 tietoja (lähde: Kuntaliitto) sairaanhoitopiireittäin, voidaan havaita selvä positiivinen korrelaatio näiden kustannusten välillä, eli mitä enemmän sairaanhoitopiirin alueella käytetään rahaa perusterveydenhuoltoon, sitä suuremmat ovat erikoissairaanhoidon kustannukset. Tähän on hyvin yksinkertainen selitys: mitä useampi potilas käy perusterveydenhuollon vastaanotolla, sitä useampi heistä saa lähetteen erikoissairaanhoitoon. Lopputuloksena on oletettavasti parempi hoito, mutta myös kasvaneet kustannukset. Palvelujen tuottamisen avaaminen vapaille markkinoille voi vaikuttaa palvelujen kustannuksiin arvaamattomasti. Markkinoille avattavissa palveluissa on arvioiden mukaan kyse noin 4-8 miljardin euron vuosikustannuksista. 5% kasvu näissä kustannuksissa merkitsee 200-400 miljoonaa euroa. On todennäköistä, että uudistuksen seurauksena kustannukset ennemminkin kasvavat.”

Lausuntoyhteenvedossa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapauslainsäädännöksi (STM raportteja ja muistioita 2018:1) todetaan väestön hyvinvointierojen kaventamisen osalta mm. “Lausunnonantajat olivat pääosin yksimielisiä siitä, että valinnanvapausmalli ei ratkaise harvaanasuttujen seutujen palveluiden yhdenvertaista saatavuutta eikä väestörakenteesta ja huoltosuhteesta johtuvia haasteita. Maakuntien erot pysyvät edelleen suurina.”

Kysymykseen “Voidaanko ehdotetulla valinnanvapauslailla osaltaan kaventaa väestön terveys- ja hyvinvointieroja sekä parantaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta” vastasi ei tai ei pääosin 69% vastaajista ja kyllä tai kyllä pääosin 27% vastaajista.

Edellytyksistä saavuttaa 3 miljardin euron säästötavoite lausuntoyhteenvedossa todetaan mm. "Enemmistö lausunnonantajista suhtautui pääosin kielteisesti valinnanvapauslakiluonnoksen ja sote-uudistuksen kokonaisuuden antamiin edellytyksiin saavuttaa kolmen miljardin euron kustannusten kasvun hillitsemisen tavoite. Useissa lausunnoissa katsottiin, että esitetty valinnanvapausmalli vaikeuttaa kustannusten kasvun hillintää, koska se rajoittaa maakunnan mahdollisuuksia järjestää palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Erityisesti valinnanvapausmallin käyttöönottovaiheessa nähtiin kustannusten päinvastoin lisääntyvän johtuen muun muassa julkisen palvelutuotannon sopeuttamisen haasteista, tietojärjestelmäinvestoinneista sekä muista sopimushallintaan, toiminnan ohjaukseen ja valvontaan liittyvistä kuluista. Monissa lausunnoissa korostettiin, että tässä mallissa kustannukset voivat karata johtuen virhehinnoittelusta, tuottajien osaoptimointimahdollisuuksista sekä hoidon integraation toteuttamisen haasteista. Päällekkäisten järjestelmien katsottiin aiheuttavan kaksinkertaisia kustannuksia."

Kysymykseen "Antaako valinnanvapauslakiluonnos yhdessä muun maakunta- ja sote- uudistuksen kanssa riittävät edellytykset saavuttaa 3 miljardin euron kustannusten kasvun hillinnän tavoite" vastasi ei tai ei pääosin 78% ja kyllä tai kyllä pääosin 12% vastaajista.

Uudenmaan alueella ja lähes koko Suomessa noin puolet suoran valinnan piiriin kuuluvista palveluista rahoitetaan tällä hetkellä yksityisesti palvelujen käyttäjien, yksityisten vakuutusten tai työnantajien toimesta. Tästä seuraa, että joko (teoriassa) jaetaan nykyisin käytettävä julkinen maksuosuus kaksinkertaiselle asiakasmäärälle, jolloin asiakkaat tuottavat ainakin kaikille julkisille sote-keskuksille ja osalle yksityisiäkin tuottajia tappiota, tai (käytännössä) kaksinkertaistetaan nykyisiin peruspalveluihin käytetyt varat. Hallituksen esityksen (s. 145) mukaan ns. päällekkäisten vakuutusjärjestelmien ongelma on 800 miljoonaa (sote-keskukset) + 350 miljoonaa (suun terveydenhuolto) euroa, yhteensä siis yli miljardi euroa. Mikäli kasvava kustannus halutaan balansoida maakunnan kokonaismenoissa, merkitsee tämä hyvin huomattavaa säästöä sosiaalipalveluista ja erikoissairaanhoidosta.

Yhteenvetona voitaneen todeta, että uudistuksen tavoitteiden täyttymiseen on sekä HUS:ssa että muissa kuntayhtymissä ja kunnissa suhtauduttu hyvin kriittisesti. Vain pieni osa kaikista lausunnonantajista uskoo tavoitteiden täyttymiseen, julkisen sektorin toimijoista ei juuri kukaan.

Mitä samaan aikaan on tapahtunut olemassa olevan lainsäädännön aikana? Tilastokeskus julkaisee terveydenhuollon hintaindeksiä (1). Tämä kuvastaa toimialainflaatiota, siis kustannusten keskimääräistä vuosimuutosta terveyspalvelujen tuotannon osalta. Vuoden 2017 aikana indeksi laski 1,6%. 2016 muutos oli +0,5% ja 2015 +0,6%. Vuosien 2014-2017 aikana keskimääräinen muutos oli -0,02%. Kustannukset eivät viimeisen 4 vuoden aikana kasvaneet siis käytännössä lainkaan. Sen sijaan 2002-2012 muutos oli keskimäärin 3,6% vuodessa. Kustannusongelma näyttää ratkenneen ilman lainsäädäntömuutoksia.

2. Järjestämisen ja tuottamisen erottaminen

Sote-uudistuksen rakenteellisena lähtökohtana on järjestäjän ja tuottajan erottaminen. Tilaaja-tuottaja- mallia kokeiltiin useissa maissa 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Kokemukset siitä ovat olleet varsin negatiiviset ja useissa maissa ollaan jo siirrytty tai siirtymässä strategisiin kumppanuuksiin tiukan kahtiajaon sijasta (mm. Ruotsi ja Englanti).

1 https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/talous/kuntatalouden-indekseja

Tilaaja-tuottaja –mallin ongelmana ovat erityisesti korkeat hallinnointikustannukset, jotka ovat mallia kokeilleissa maissa olleet 10-15 % kokonaiskustannuksista. Kustannusten syntymisen syynä on, että malli edellyttää rinnakkaisten asiantuntijaorganisaatioiden synnyttämistä. Esimerkiksi lastenlääkäripalveluja varten tarvitaan lastentautien erikoisalan osaajia tilaamaan palveluja järjestäjätahon puolelle (maakuntaan) ja sitten osaajia tuottajan puolella (maakunnan liikelaitokseen) noita palveluja antamaan. Monimutkainen hallintamekanismi edellyttää jatkuvia neuvotteluja, sopimista ja sopimusten valvontaa, mikä tulee kalliiksi ja huonontaa toiminnan tehokkuutta.

Erityisenä ongelmana tilaaja-tuottaja –mallille Suomessa on myös se, että monien alojen osalta voi olla vaikea löytää tarpeeksi asiantuntijoita sekä tilaajan että tuottajan puolelle. Ongelmaa kasvattaa tilaajien (maakuntien) suuri määrä (18 kpl) ja monien maakuntien pieni koko ja pieni osaajaresurssi.

3. Rahoitus

Sote-palvelujen rahoitusmekanismi muodostuu n. 80 %:n osuudella valtion maakunnille ohjaamasta rahoituksesta sekä n. 20 % osalta asiakasmaksuista (lähtötilanteessa asiakasmaksujen määrä olisi n. 1,8 mrd euroa). Asiakasmaksut jo sinänsä luovat ja ylläpitävät terveys- ja hyvinvointieroja. On hyvin ongelmallista, että asiakasmaksulainsäädännön uudistusta koskeva esitys ei ole osana sote-lakipakettia.

Hallituksen tavoitteena on sote-kustannusten kasvun leikkaaminen. Tällä hetkellä ennakoidaan sote-menojen kasvuksi 2,4 % vuodessa seuraavan 10 vuoden aikana. Arvio perustuu mm. yli 75-vuotiaiden vanhusten määrän kasvuun. Hallitus on ilmoittanut, että sote-uudistuksella pyritään kustannusten kasvu painamaan 0.9 % ”kasvu-uralle” eli alle sen, mitä tiedossa oleva tarve tällä hetkellä edellyttäisi. Seuraavan kymmenen vuoden aikana tämä merkitsisi n. 3 mrd euron eli n. 10 % vähennystä tällä hetkellä arvioituun soten rahoitustarpeeseen nähden. Hallitus on esityksissään tuonut esiin, että kustannuskasvun hillintä on mahdollista mm. tehostamalla palvelutuotantoa ja lisäämällä digitalisaatiota. Käytännössä kaikki asiantuntijat, mm. Valtiontalouden tarkastusvirasto ja talouspolitiikan arviointineuvosto, ovat omissa arvioissaan pitäneet hallituksen odotuksia epärealistisina ottaen huomioon sen, että Suomessa terveyspalvelut on järjestetty kansainvälisesti arvioiden erittäin kustannustehokkaasti ja että terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta (BKT) on jo nyt pienempi (9,3 % vuonna 2016) kuin muissa Pohjoismaissa 10,6%).

Rahoitusleikkausten perustana olevat arviot sote-kustannusten kasvun vähenemisestä ovat erityisen ongelmallisia, koska sote-uudistuksen mallissa on monia elementtejä, jotka mitä ilmeisimmin lisäävät kustannuksia. Näitä ovat erityisesti:

- palkkojen harmonisaatioon liittyvät lisäkustannukset;
- uusien potilasryhmien siirtyminen ensisijaisesti julkisesti rahoitetun hoidon piiriin (työterveyshuollon potilaat, hammashoito);
- perustason palveluiden paremman saatavuuden aiheuttama palvelukäytön lisääntyminen – perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoitoon tehtävien lähetteiden osuus on melko vakio perusterveydenhuollon resurssoinnista riippumatta, käytännössä noin joka kolmastoista käynti perusterveydenhuollossa aikaan saa lähetteen erikoissairaanhoidon palveluihin;

- tilaaja- tuottajamalliin (so. järjestäjän erottamisen tuottajasta) liittyvät korkeat transaktio- ja hallintokustannukset, jotka kansainvälisen kokemuksen mukaan, ovat 10-15 % koko toiminnan kuluista;
- uuteen hallintomallin liittyvät merkittävät käyttöönottokulut (mm. tietojärjestelmäinvestoinnit);
- kustannuksia säästävän tuotannon rakenteellisen integraation puuttuminen – soten säästöpotentiaali on usein laskettu ns. parhaiden käytäntöjen varaan, joita esim. vanhuspalvelujen osalta Suomessa edustaa yleensä hyvinvointikuntayhtymämalli, kuten Eksote; nämä mallit eivät sote-uudistuksessa nyt toteudu, eivätkä näin ollen myöskään mallin mahdolliset kustannushyödyt.

Sote- ja maakuntauudistuksessa maakuntien rahoitus vuonna 2020 on tarkoitus perustaa vuosien 2018 ja 2019 kustannustasoon, johon em. uudet kustannukset eivät sisälly. Maakuntien rahoitus on siis jo lähtötilanteessa alimitoitettu. Esim. Uudenmaan maakunta on arvioinut rahoitusvajauksen osaltaan olevan n. 5 % kustannuksista (eli 300 milj. euroa) vuonna 2020. Rahoitusvaje pahenee aikaa myöten, kun maakuntien rahoitus on sidottu laskennalliseen maakuntaindeksiin. Mahdollisuuksia ongelman ratkaisemiseksi rajaa se, että maakunnilla ei ole verotusoikeutta eikä mahdollisuutta ottaa lainaa rahoituksensa turvaamiseksi. Näin ollen uudistuksen rahoitusmalli ei riitä turvaamaan väestön tarvitsemia sote-palveluja Uudellamaalla.

4. Yliopistollisen sairaalan asema

Maakunnan järjestämisen käsikirjan kappaleessa 4 kerrotaan tutkimus-, kehittämis- ja innovaatio (TKI)-toimintojen koordinoinnista ja todetaan, että maakunnan ja sen yhteistyötahojen TKI-toiminnalla on merkittävä rooli maakunnan elinvoimaisuuden edistämisessä. Tässä tai missään muussakaan yhteydessä ei yliopistollista sairaalaa, sen ympärille muodostuvaa vahvaa TKI-ekosysteemiä tai laajempaa yhteistoiminta-aluetta ole kuitenkaan määritelty tai huomioitu.

Hallituksen terveysalan tutkimus- ja innovaatiotoiminnan 2016-18 kasvustrategian tiekartta täsmentää 2014 julkistetun kasvustrategian toimeenpanoa hallituksen kärkihankkeiden ja painopisteiden mukaiseksi. Kahden hallituksen kannanotoilla kaikki nykyiset eduskuntapuolueet ovat sitoutuneet terveysalan tutkimuksen ja innovaatiotoiminnan kehittämiseen. Miten pidetään huolta yliopistollisten sairaaloiden ja niiden osaamiskeskittymien kehittämisestä tutkimuksen ja yritystoiminnan kumppanuuksien näkökulmasta uudessa sote-organisaatiossa, on ratkaisematta. Yliopistosairaalan palvelutuotannon rinnalla on oltava kehittämis- ja innovaatiotoimintaa, joka tarjoaa alustan terveydenhuollon kasvustrategialle. Yritykset tulevat enenevästi terveydenhuollon organisaatioiden kehittämisen kumppaneiksi. Tästä syystä kolmen ministeriön (TEM, OKM ja STM) tulisi yhteistyössä luoda terveyden teknologian kansallisen talouskasvun ajureita Suomeen. Myös tämän toiminnan rahoituksesta on huolehdittava.

Yliopistoilla on tällä hetkellä edustus yliopistollisten sairaanhoitopiirien valtuustoissa ja hallituksissa. Annettujen lakiehdotusten mukaan yliopistoilla ei tule enää olemaan paikkaa maakuntien päätöksenteossa. Yliopistojen ja maakuntien suhteet tulee määritellä. Tämän lisäksi tarvitaan määrittelyjä ja sopimista yliopiston ja yliopistosairaalan yhteisistä palvelussuhteista ja niiden täyttämisestä, palvelulaitoksen viranhaltijoiden ja työntekijöiden osallistumisesta opetuksen järjestelyihin, opetukseen ja tutkimukseen liittyvien resurssien järjestämisestä ja muusta yhteistoiminnasta yliopiston ja maakunnan sekä palvelulaitoksen välillä.

5. Opetus ja tutkimus

Opetus ja tutkimus ovat yksi yliopistollisen sairaalan päätehtävistä. Näitä toimintoja tehdään ja tuleekin tehdä kaikissa sairaaloissa mutta erityisesti yliopistollisissa sairaaloissa. Lähes puolet suomalaisten tutkijoiden julkaisemista tieteellisistä artikkeleista tuotetaan Helsingin yliopiston ja HUS:n toimesta (44% vuonna 2017).

Yliopistosairaalan on tarjottava koulutukselle ja tutkimukselle riittävä infrastruktuuri sekä mahdollisuudet näiden tehtävien toteuttamiseen. Kliinisen tutkimuksen perusedellytykset (tietojärjestelmät, tilat, laitteet ja välineet) tulisi järjestää ja rahoittaa keskitetysti. Kliinisen alan professorien ja pitkälti myös muiden opettajien kaksoisvirkasuhteet ovat olleet kansainvälinen ja meilläkin tehokkaasti tutkimusta edistävä käytäntö. Kaksoisvirkasuhteiden tulevaisuudesta ei ole tietoa.

Valtion tutkimusrahoituksen jatko, rahoituksen suuruus ja jakomallit ovat avoimet. Valtion pitää ottaa selvä kanta yliopistotasoisen tutkimusrahoituksen pitkäjännitteisyyteen ja riittävyyteen. Palvelujärjestelmän kehittäminen pohjautuu näyttöön ja olemassa olevaan tutkimustietoon, joka voidaan turvata valtion panostuksella terveys- ja sosiaalitieteiden tutkimukseen. Sille on annettava tilaa ja hyväksyttävä, että työn kehittäminen näyttöön perustuen on henkilökunnan perustyötä. Valtakunnalliset, yli maakuntarajojen menevät hankkeet (osaamiskeskukset mm syöpä-, genomi-, neuro- ja lääkekehityskeskus ja biopankki) ovat jatkossakin toivottavia ja niille tulisi järjestää valtion rahoitus. Sosiaalialan tutkimus on organisoitumatonta ja sosiaalipuolen tutkimuksen ylös nostamiseksi tulisi olla erillinen valtakunnallinen rahoitus. Valtion tuella tulisi pystyä toteuttamaan myös riskihankkeita, jotta saadaan aikaan todellista uutta.

Korvaustason määrityksessä pitää ottaa huomioon sekä tutkimukseen ohjattu erillinen kuntarahoitus (HUS:ssa 14 milj. eur vuonna 2018) että tutkimus- ja opetustoiminnasta palveluhintoihin aiheuttama 5 % lisä näiden toimintojen aiheuttaman tehokkuusvajeen seurauksena.

Yliopistollisten yhteistoiminta-alueiden tutkimustoimikunnat tulee säilyttää ja niiden vahvaa osaamista ja roolia tulee kasvattaa. Alueellisten eettisten toimikuntien asema on selvittämättä.

Erikoissairaanhoidon ja erikoislääkärikoulutuksen rinnalle noussee myös erikoissosiaalihuolto ja sen erikoistujat. Yliopistosairaaloiden näkökannalta kyse on uudesta koulutuksen ja tutkimuksen alueesta. On vielä täysin auki, miten muutos käytännössä toteutetaan.

Kokonaisuutena voidaan todeta, että esitetty lainsäädäntökehikko uhkaa vaarantaa lääke-, hoito- ja sosiaalitieteiden opetuksen ja tutkimuksen aseman, ellei näitä huomioida esitettyä vahvemmin.

6. Kansallisten palvelukeskusten käyttöpakko

Maakuntalakiehdotuksen 16. luvussa ehdotetaan säädettäväksi kansallisista palvelukeskuksista, joita ehdotetaan perustettavaksi kaksi eli toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus ja tieto- ja viestintätekniikan palvelukeskus. Palvelukeskukset on perustettu osakeyhtiömuotoisina nimellä Maakuntien Tilakeskus Oy ja Vimana Oy ja niiden omistus on tarkoitus siirtää perustettaville maakunnille lukuun ottamatta yhtä valtiolle jäävää ns. ”kultaista osaketta”. Aiemmissa lakiversioissa palvelukeskuksia oli kaksi lisää: talous- ja henkilöstöhallinnon palvelukeskus (Hetli Oy) ja hankintojen palvelukeskus, mutta ne on sittemmin osoittautuneet tarpeettomiksi tai epätarkoituksenmukaisiksi ja poistettu ehdotuksista. Eräänlainen palvelukeskus on myös SoteDigi Oy, jota koskevaa

säännöstä on esitetty lisättäväksi maakuntalakiin. SoteDigi Oy:n tehtävänä on ”kehittää maakuntien järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja” ja se on maakuntien ja valtion yhteisesti omistama osakeyhtiö.

Laissa ehdotetaan säädettäväksi käyttövelvoite palvelukeskusten tuottamille palveluille. Maakuntien Tilakeskus Oy:n osalta velvoite koskee kaikkia palvelukeskuksen tuottamia palveluita. Viimana Oy:n osalta käyttövelvoitteesta on mahdollista poiketa, jos ”muun palveluntuottajan tarjoaman palvelun käyttö on tietyssä toiminnassa tai asiassa taikka sen osassa välttämätöntä taloudellisesta, toiminnallisesta, teknisestä tai muusta vastaavasta perustellusta syystä.” Käyttövelvoitetta ehdotetaan säädettäväksi myös SoteDigi Oy:n osalta, joskin muista palvelukeskuksista poikkeavassa muodossa siten, että yhtiön ”asiakkailla on velvollisuus käyttää yhtiön omistajien yhteisesti sopimien kehittämishankkeiden tuloksia.”

Koko palvelukeskuskonseptia voidaan hyvällä syyllä kritisoida. Hallituksen esityksessä esitetyt perustelut palvelukeskuksille ovat täysin ylimalkaisia, ja viittaukset valtion, kuntien ja suuryritysten hallinnollisten tukipalveluiden yhteenkokoamisella saavutettuihin ”pääosin hyviin” kokemuksiin ja jopa ”kokonaisuutena noin 20 prosentin säästöihin” ovat asiallisesti ottaen vailla perusteita. Ajatukset valtakunnallisten palvelukeskusten hyödyistä perustuvat ilmeisen kaavamaiseen ajatteluun, jossa palvelutuotannon skaalaedut laajenevat rajattomasti. Tosielämässä ei kuitenkaan tapahdu näin, vaan myös mittakaavaeduilla on rajansa. Annettu palaute on hyväksytty valtakunnallisen hankintojen palvelukeskuksen osalta, joka on siis jo poistettu lakiehdotuksista. Toteutuessaan se olisi monopoliasemastaan johtuen voinut aiheuttaa merkittäviä häiriöitä markkinoilla.

Lakiesitykseen jäljelle jäävien palvelukeskuksien palveluille säädetty käyttöpakko on erittäin merkittävä ongelma. Käytännössä se muodostaa yhtiöistä julkiset monopolitoimijat omilla aloillaan. Maakunnat ovat näin sidottuja yhtiöiden tuottamiin palveluihin ilman mahdollisuutta toiminnan kirittämiseen esimerkiksi ulkopuolisen palvelutuotannon kautta. Täysin mahdollista on, että palvelukeskusten tuottamat palvelut ovat hallinnollisten lisäkulujen johdosta kalliimpia, kuin pienten ketterien paikallisten toimijoiden. Palvelukeskuksille asetetun käyttöpakon poistaminen asettaisi myös palvelukeskukset vastaavasti kilpailutilanteeseen, mihin myös niiden omistajat eli maakunnat valinnanvapauslainsäädännön myötä joutuvat.

Maakunnat ovat palvelukeskusyhtiöiden omistajia asukaslukujen mukaisessa suhteessa, mikä periaatteessa antaa mahdollisuudet yhtiöiden ohjaamiseen, mutta omistaja-ohjauksen tosiasiallinen ohjausvaikutus on huomattavan pieni verrattuna asiakasohjauksen (ja asiakkuuden menettämisen uhkan) aikaansaamaan ohjausvaikutukseen verrattuna. Sosiaali- ja terveysministeriö on itse suhtautunut kriittisesti sairaanhoitopiirien yhteisesti tasaosuuksin suorittamaan omistajaohjaukseen FinnHEMS Oy:n yhteydessä ja katsonut, että ”mallista saatujen kokemusten” perusteella ohjausmallia on syytä muuttaa. On perusteltua syytä olettaa, että vastaavia ministeriön viittaamia kokemuksia voi ilmetä myös kansallisten palvelukeskusten kohdalla.

SoteDigi Oy:n kohdalla käyttöpakko on lähinnä muodollisuus, koska pakon syntyminen edellyttää asiasta sopimista. Toisaalta erityistä lisäarvoa ei saada myöskään sillä, että yhtiöstä säädetään lainsäädännön tasolla. Joka tapauksessa nyt ja jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisten palveluiden kehittäminen tulee tapahtumaan alan toimijoiden ja asiantuntijoiden toimesta, kuten esimerkiksi on tapahtunut Terveyskylän kohdalla. Sote-asiantuntijat säilyttävät asiantuntijuutensa vain, jos he ovat aktiivisesti käytännön palvelutuotannon kanssa tekemisissä ja ylläpitävät tätä kautta osaamistaan. Keskitetty yhtiö ei pysty hankkimaan ja säilyttämään sellaista osaamista, jota

kautta tuloksekas kehitystyö olisi pidemmällä aikajaksolla mahdollista. Sen sijaan yhtiö voisi toimia vapaaehtoisuuteen pohjaavana projektitoimistona ja fasilitoida maakuntien yhteistyötä. Tällöin eikä muutoinkaan ei ole mitään erityistä tarvetta säätää yhtiön toiminnasta lainsäädännön tasolla.

7. Kiinteistöomaisuuden siirto

Voimaanpanolakiehdotuksen mukaan maakuntien tulee siirtää ”omistukseensa tulleet kiinteistöt, kiinteistön hallintaan oikeuttavat osakeyhtiöiden osakkeet, maanvuokrasopimukset sekä toimitilojen vuokrasopimukset maakuntien yhdessä omistamalle, tätä tarkoitusta varten perustetulle palvelukeskukselle”. Edelleen voimaanpanolakiehdotuksen mukaan palvelukeskusten maakuntien omistukseen tulevat osakkeet jakautuvat maakuntien kesken niiden asukasluvun mukaisessa suhteessa.

Kiinteän omaisuuden vaihtaessa omistajaa yleinen menettelytapa on arvostaa siirtyvä omaisuus käypään arvoon. Lakiesityksessä on tästä poiketen päätetty antaa vastikkeena asukaslukua vastaava määrä (kapitaatio) valtakunnallisen yhtiön osakkeita. Edellä mainittu ratkaisu käytännössä johtaa siihen, että HUS:n maa-alueiden ja rakennusten käyvällä arvolla ei ole transaktiossa merkitystä. Käytännössä tästä seuraa, että Uusimaa ei saa omaisuudestaan sen arvon mukaista korvausta vaan omaisuutta siirtyy asiallisesti ottaen korvauksetta muille maakunnille.

Jos arvioidaan, että suurten kaupunkien hintataso on 5 – 25 % korkeampi, kuin muualla Suomessa keskimäärin, voi tilanne olla seuraavan taulukon mukainen:

Maakunta	Väestö 2/2018	osuus-%	Siirtyvä esh-omaisuus, rakennukset m2, arvio *)	keski-m2 €, arvio	alue-kerroin (Suomi ka 1,00)	arvo t€	arvo-osuus	ero-%	ero t€
Uusimaa	1 662 000	30,26 %	1000000	2000	1,25	2500000	34,75 %	-4,49 %	-323211
Pirkanmaa	515 000	9,38 %	309868	2000	1,15	712696	9,91 %	-0,53 %	-38179
Varsinais-Suomi	480 000	8,74 %	288809	2000	1,15	664260	9,23 %	-0,49 %	-35585
Pohjois-Pohjanmaa	412 000	7,50 %	247894	2000	1,05	520578	7,24 %	0,26 %	19035
Keski-Suomi	275 000	5,01 %	165463	2000	1,05	347473	4,83 %	0,18 %	12706
Pohjois-Savo	247 000	4,50 %	148616	2000	1,05	312094	4,34 %	0,16 %	11412
Satakunta	220 000	4,01 %	132371	2000	0,85	225030	3,13 %	0,88 %	63113
Päijät-Häme	200 000	3,64 %	120337	2000	1	240674	3,35 %	0,30 %	21274
Etelä-Pohjanmaa	191 000	3,48 %	114922	2000	1	229844	3,19 %	0,28 %	20317
Pohjanmaa	181 000	3,30 %	108905	2000	1	217810	3,03 %	0,27 %	19253
Lappi	179 000	3,26 %	107702	2000	0,9	193863	2,69 %	0,56 %	40581
Kymenlaakso	176 000	3,20 %	105897	2000	0,85	180024	2,50 %	0,70 %	50490
Kanta-Häme	172 000	3,13 %	103490	2000	1	206980	2,88 %	0,25 %	18296
Pohjois-Karjala	163 000	2,97 %	98075	2000	0,9	176534	2,45 %	0,51 %	36953
Etelä-Savo	147 000	2,68 %	88448	2000	0,9	159206	2,21 %	0,46 %	33326
Etelä-Karjala	130 000	2,37 %	78219	2000	0,95	148616	2,07 %	0,30 %	21650
Kainuu	74 000	1,35 %	44525	2000	0,85	75692	1,05 %	0,30 %	21229
Keski-Pohjanmaa	69 000	1,26 %	41516	2000	1	83032	1,15 %	0,10 %	7340
Manner-Suomi	**5 493 000**	**100,00 %**	**3305054**			**7194404**			

*)Maakunnan rakennuskannan laajuus arvioitu suhteuttamalla Uusimaa muiden maakuntien väestöön

Lähde: Carl Slätis / U2019

Uusimaa joutuu siis selvästi epäedullisempaan asemaan muihin maakuntiin nähden. Vaikka Varsinais-Suomi ja Pirkanmaa ovat myös uudistuksen nettohäviäjiä, ovat Uudenmaan uudistuksessa kärsimät tappiot omaa luokkaansa. Vaikka kyse on suuntaa-antavasta arviolaskelmasta, antaa se kuitenkin oikean kuvan asioiden mittasuhteista.

Edellä mainituista lähtökohdista esitettyä ratkaisua ei voi pitää perusteltuna eikä oikeudenmukaisena. Kyseenalaista on myös se, onko esitetty ratkaisu perustuslaissa turvatun kuntien itsehallinnon ja siitä seuraavan rajatun omaisuudensuojaperiaatteen mukainen. Kysymyksenasettelua ei ole käsitelty perustuslakivaliokunnan antamissa lausunnoissa.

Yksinkertaisinta ehdottomasti olisi, että lainsäädännöstä poistettaisiin kiinteistöomaisuuden siirto valtakunnalliseen palvelukeskukseen, jolloin omaisuus siirtyisi suoraan maakunnille. Joka tapauksessa Uusimaa tulee saattaa tasavertaiseen asemaan muiden maakuntien kanssa. Tällöin vaihtoehtona olisi määrittää Maakuntien Tilakeskus Oy:n omistusosuudet sinne siirtyvän omaisuuden käyvän arvon perusteella.

8. Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen yhtiöittämispakko

Valinnanvapauslakiesityksen 26 § ja 28 § mukaan asiakas ei voi saada asiakassetelillä eikä henkilökohtaisella budjetilla maakunnan liikelaitoksen palveluja. Näissä tilanteissa yksityisen tuottajan tuottama palvelu on siten ensisijainen. Mikäli julkinen tuottaja haluaa yrittää säilyttää pääosan näiden palvelujen piiriin kuuluvasta nykyisestä tuotantovolyymistään, palvelutuotanto tulee yhtiöittää. Asiakkaalla on oikeus käyttää vastaavia liikelaitoksen palveluja vain, jos hän kieltäytyy asiakassetelistä tai henkilökohtaisesta budjetista. On oletettavaa, että erityisesti valinnanvapauslain voimaan astumisen alkuvaiheessa asiakasseteliä ja henkilökohtaista budjettia halutaan käyttää paljon, tästä syystähän näitä koskevat kohdat on lakiin otettu. Koska erityisesti juuri alkuvaiheessa julkisen sektorin kilpailukyky on kuitenkin oletettavasti yksityisiä huonompi (perustamiskustannukset ja markkinointiosaamisen puute), tästä seuraa tehottomuutta ja irtisanomisia. Ongelmaksi muodostuu myös näiden yhtiöiden pääomittaminen, mitä maakunnat eivät voi tehdä (koska niillä ei ole vaadittavia pääomia eikä lainanotto-oikeutta). Kun jokin palvelu on siirtynyt merkittävässä määrin yritysten tuottamaksi, on muutos käytännössä peruuttamaton, vaikka julkisen sektorin tuotanto myöhemmin syystä tai toisesta haluttaisiinkin palauttaa.

Asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla hankittavien palvelujen siirtymiseen osin markkinoiden tuotettaviksi liittyy myös sellainen ongelma, että maakunnan järjestäjän tulee rahoittaa asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin piiriin kuuluvat toiminnot tietämättä, kuinka paljon näitä palveluja tarvitaan liikelaitoksen tuottamana ja kuinka paljon niitä tullaan käyttämään asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla. Jos esimerkiksi kotisairaanhoito on nyt 100% julkisesti tuotettua, tulee järjestäjän varautua siihen, että se on tulevaisuudessakin 100% liikelaitoksen tuottamaa, jotta kaikki, jotka ovat palveluun oikeutettuja voivat sitä saada, koska järjestäjä ei voi tehdä oletusta siitä, kuinka paljon asiakkaat haluavat palvelua asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla käyttää ja kuinka paljon näitä palveluja yritysten toimesta on saatavilla. Jokainen asiakas, joka

kuitenkin haluaa ko. palvelun asiakassetelillä tai henkilökohtaisella budjetilla, aiheuttaa järjestäjälle lyhyellä tähtäimellä kaksinkertaiset kustannukset, koska annettu asiakasseteli tai henkilökohtainen budjetti ei juurikaan vähennä liikelaitoksen kustannuksia.

Ongelma suurimmaksi osaksi poistuu, mikäli maakunnan liikelaitokselle annetaan oikeus tuottaa palveluja asiakassetelillä ja henkilökohtaisella budjetilla.

9. Sote-keskusten oikeus hankkia tukipalveluja liikelaitokselta

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

On todennäköistä, että merkittävä osa valinnanvapauspalveluista siirtyy yksityisten tuottajien tuotettaviksi. Näillä 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 eduskunnan hallintovaliokunnan tulkinnan mukaan ole oikeutta käyttää toiminnan kannalta merkityksellisiä maakunnan liikelaitoksen tukipalveluja. On esitetty perusteltu epäily siitä, voivatko maakuntien sote-keskukset käyttää maakuntien tukipalveluja silloinkaan, vaikkei niitä yhtiöitettäisi, sillä tällöin voidaan esittää väite, että palvelu markkinahinnoiteltuna on katsottava taloudelliseksi toiminnaksi eikä solidariteettiperiaatteen piiriin kuuluvaksi, jolloin siihen sovelletaan valtiontukisääntelyä, mikä tosiasiallisesti estää palvelun tuottamisen.

Toteutuu edellä mainituista vaihtoehdoista mikä tahansa, seuraa siitä joka tapauksessa vähintään kohtalainen tai pahimmillaan erittäin merkittävä tukipalvelujen käyttäjämäärän vähenemä nykyisestä ja suunnitellusta, jolloin erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kustannukset kasvavat. Apotti-järjestelmällä ei saada tavoiteltuja hyötyjä, jos vain osa sote-keskustuottajista käyttää sitä.

Valinnanvapauslakiesityksen 18 § mukaan sote-keskusten tulee vastata mm. omiin palveluihinsa liittyvistä laboratorio- ja kuvantamispalveluista. Kun yhtiöt eivät esitetyn lainsäädännön mukaan voi liikelaitoksen tukipalveluja käyttää, seuraa tästä näiden palvelujen kustannusten kasvu (skaalaedut menetetään), mistä seuraa säästövaade muihin palveluihin. Pahimmillaan näiden palvelujen nykyistä vahvemmasta privatisoitumisesta seuraa liikelaitoksen pula osaavasta henkilökunnasta. Jo nyt esimerkiksi radiologeja on sairaaloissa riittämättömästi. Yksityisen sektorin näiden palvelujen kysynnän merkittävä kasvu saattaa johtaa koko toimialan yksityistymiseen, mistä seuraa sekä toiminnallisia että kustannuksellisia haittoja nykyiseen verrattuna.

HUS-Apteekin perusterveydenhuollon myynti on 8% sen kokonaismyynnistä. Perusterveydenhuollon käyttämien top20-valmisteiden sairaala-apteekin myyntihinta on 49% alhaisempi kuin näiden lääkkeiden vähittäismyyntihinta. Mikäli sotekeskusyhtiöiden tulee hankkia nämä valmisteet – kuten lakiesitys edellyttää – avohoidon apteekeista, merkitsisi tämä vuositasolla noin 11 miljoonan euron ylimääräistä kustannusta HUS-alueella, siis näiden 20 lääkevalmisteen osalta. Lääkeostojen pienetessä kustannukset kohoaisivat myös erikoissairaanhoidossa.

HUS Kuvantamisen osalta radiologian, kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian top20-palveluista on vuonna 2016 laskutettu HUS-jäsenkuntia 13,9 milj.€. Mikäli kuntia olisi laskutettu yksityisten ketjujen näiden palvelujen keskihinnoilla, olisi nuo palvelut maksaneet 43,1 milj.€ – eli 29,2 milj.€ toteutunutta laskutusta enemmän. Lisäksi erikoissairaanhoidon kustannukset kasvaisivat noin 5 miljoonalla eurolla, koska kiinteät kustannukset jaetaan pienemmälle tutkimus- ja asiakasvolyymille.

HUSLAB:n osalta laskutettiin vuonna 2016 kuntien tilaamista top12-palveluista (vain näistä on saatavilla Kelan raportoimat yksityisen sektorin keskihinnat) yhteensä 16,3 milj.€. Mikäli kuntia olisi laskutettu yksityisten toimijoiden keskihinnoilla, olisi nuo palvelut maksaneet 93,3 milj.€ – eli 77 milj.€ toteutunutta laskutusta enemmän (HUSLAB:n hinnoissa on huomioitu näytteenoton kustannus). Näiden tuotteiden osuus kokonaistuotannosta on noin 42 %. Palveluvolyymin laskun seurauksena erikoissairaanhoidon laskutus kasvaisi noin 40%.

Ongelma voidaan korjata kahdella tavalla: 1) määrätään julkisesti rahoitettujen sote-palvelutuottajien velvoitteeksi käyttää liikelaitoksen (ja valtakunnallisten palvelukeskusten) tukipalveluja, tai 2) annetaan kaikille suoran valinnan palvelutuottajille oikeus (yhdenvertaisin periaattein) käyttää liikelaitoksen (ja valtakunnallisten palvelukeskusten) tuottamia tukipalveluja (mutta ne siis voisivat tuottaa nämä palvelut myös itse tai hankkia kolmannelta).

10. Sote-keskusten erikoislääkäripalvelut

Valinnanvapauslainluonnoksen edellisestä versiosta poistui neljä nimettyä erikoisalaa, ja tilalle esitetty vähintään kaksi erikoisalaa, joita ei nimetä (perusteluissa on annettu joitakin esimerkkejä). Uudessa versiossa erikoissairaanhoidon palveluita voivat antaa muutkin kuin lääkärit. Muutos on selvä parannus edelliseen versioon, mutta uusikaan muoto ei tue uudistuksen tavoitteiden täyttämistä. Perusteluistakaan ei selviä kahden erikoisalan vaateen logiikkaa: miksi juuri kaksi eikä yksi tai kolme? Kirjauksessa näyttää taas kerran unohtuneen asiakkaan tarve ja etu. Kahden erikoisalan erityiskohtelu ei tue yhdenvertaisuustavoitetta, koska asettaa eri sairausryhmiä sairastavia eriarvoiseen asemaan. Varsinkin pienien sote-keskusten palkkaamia erityisalaosaajia uhkaa lisäksi vuosien saatossa tapahtuva ammattitaidon lasku, koska he vieroittautuvat vertaisverkostaan sekä liikelaitoksen toteuttamasta, kliinisesti haastavien tilanteiden hoidosta. Koska lakiluonnoksen tarjoama rooli ei ole ammatillisesti kiinnostavaa, osaajia houkutellaan palkoilla, mikä aiheuttaa epätervettä kilpailua osaajista ja nostaa kustannuksia.

HUS:n näkemys on, että lain tulee velvoittaa liikelaitosta tuottamaan erikoissairaanhoidollisia palveluja myös lähipalveluina tasavertaisesti kunkin asiakasryhmän ja muidenkin (kuin sote-keskusten) palveluntuottajien tarpeen mukaisesti. Perustason palvelujen tuki ei saisi rajoittua vain kahteen erikoisalaan, vaan sen tulee koskea tarkoituksenmukaisella porrastuksella kaikkia erikoisaloja.

Liikelaitoksen tulee voida itse asiakaslähtöisesti päättää – maakuntastrategian ja järjestäjän asettamien tavoitteiden mukaisesti yhteistyössä sote-keskusten ja muiden palveluntuottajien kanssa – millä erikoisaloilla, volyymeillä ja palvelumuodoilla erikoissairaanhoitoa integroidaan lähipalveluihin niin sote-keskuksiin kuin muihin yksityisen, kolmannen sektorin tai liikelaitoksen omiin sosiaalipalveluihin; milloin ja mitä erikoissairaanhoitoa organisoidaan lähi- (tarvittaessa kotiin vietävinä), alueellisena tai seudullisena palveluna; milloin niittä tuotetaan sähköisesti, liikkuvalla toiminnalla tai fyysisenä läsnäolona; missä määrin erikoissairaanhoito osallistuu ennakkoehkäisytoiminnan

suunnitteluun; milloin lähipalveluyksiköissä toimii pysyvää tai siellä tietyin väliajoin käyvää liikelaitoksen henkilöstöä; milloin palvelua tuottaa lääkäri ja milloin muiden ammattiryhmien edustajat; milloin ne ovat yleislääkärin (tai sairaanhoitajan) roolia ja selviytymistä tukevia konsultaatiopalveluja ja milloin ovat asiakkaan suoraa hoitoa jne. Tuolloin laki ei kahlitse sairaanhoidon tuotannon integraation innovatiivista kehitystä, josta HUS:ssa on jo vahvaa näyttöä (mm. psykiatria), vaan johtaa aidosti palvelujärjestelmän toiminnan laadun ja tehokkuuden parantumiseen. Liikelaitoksen taustatuki takaisi kyseisen toiminnan jatkuvuuden ja yhdenvertaisuuden, ja sote-järjestäjällä olisi aito mahdollisuus tilata, seurata, ohjata, koordinoida ja valvoa tätä kehitystä. Tällä tavalla näiltä osin uudelleen kirjattu laki nopeuttaisi kyseistä kehitystä ja onnistuneiden kokeilujen skaalaamista niin maantieteellisesti kuin erikoisalakohtaisestikin.

11. Tietojärjestelmät

Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpano ja palvelujen järjestämisen sekä osin tuotannon siirtyminen maakunnille edellyttää lukuisia uusia tietojärjestelmiä sekä muutoksia olemassa oleviin. Vaikka Uudenmaan maakunnassa onkin lähdetty siitä, että ns. toimialariippumattomissa järjestelmissä tukeudutaan pitkälti nykyisiin HUS:n järjestelmiin, ei tämän mittaluokan muutos siinäkään tilanteessa ole merkityksetön (esimerkiksi 40 000 uuden työntekijän palkkatietojen syöttäminen palkanlaskentajärjestelmään on jo jonkinmoinen ponnistus).

Valinnanvapauslakiin liittyvien toimintojen (sote-keskukset, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti) edellyttämät kehittämistarpeet ja muutokset ovat ylivoimaisesti vaativin ja eniten aikaavievä tietojärjestelmäpalvelujen osa-alue. Näin siksi, että suurinta osaa näihin toimintoihin liittyviä tarpeita ei nyt ole, eikä tällöin näitä tarpeita tukevia tietojärjestelmiäkään. Siltä osin, kun vastaavia toimintoja on toteutettu aiemmin (esim. palveluseteli), niiden volyymi on ollut aivan toista luokkaa, kun lakiesityksestä seuraavat vaatimukset, eivätkä ne ole skaalattavissa vaadittavalla tavalla. Näiden toimintojen toteuttamisen edellyttämät tiedot ovat myös puutteellisesti saatavilla (esim. henkilökohtaiseen budjettiin oikeutettujen palvelutarve yksittäisen palvelun ja sen aiheuttamien kustannusten tarkkuudella). Asiakassetelin ja henkilökohtaisen budjetin osalta lähtökohtana on asiakassuunnitelma, johon palvelujen tuottamisen ja laskutuksen tulee linkittyä. Sellaista ei rakenteisessa muodossa ole olemassa, ei myöskään tietojärjestelmää johon sellaisen voisi asetetulla aikataululla toteuttaa. Koska maakuntia ei vielä ole, niillä ei myöskään ole tietojärjestelmiä. Järjestäjän tietojärjestelmiä voidaan kuhunkin maakuntaan alkaa kehittämään vasta siinä vaiheessa, kun maakuntien perustamisesta on päätetty ja tähän toimintaan on käytettävissä tarvittavat varat.

Kuntaliiton koordinoima alueiden ja kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallintoyhteistyöfoorumi (AKUSTI) on osana sote- ja maakuntauudistuksen tietojärjestelmämuutosten arviointia teettänyt Salivirta & Partners -konsulttitoimistolla selvityksen palvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä tarvittavien tietojärjestelmämuutosten ja -uudistusten edellyttämistä resursseista ja riskeistä. Selvitystyö toteutettiin 12/2017 - 3/2018 välisenä aikana analysoimalla lakimuutosesitysten vaikutuksia sekä haastattelemalla maakuntien avainhenkilöitä ja yleisimpien asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimittajia. Läpikäydyistä laeista, lakiehdotuksista ja määräyksistä tunnistettiin yli 40 kokonaisuutta tai vaatimusryhmää, jotka vaikuttavat asiakas- ja potilastietojärjestelmäratkaisuihin. Näistä muutoksista suuriksi arvioitiin 13 kpl, keskisuuriksi 12+2 kpl ja pieniksi 19 kpl.

Selvityksessä todettiin, että maakuntien IT:n kehittämiseen ei ole riittävästi resursseja, kun resurssit menevät pääosin nykyisen toiminnan pyörittämiseen. Tietojärjestelmien ylläpitoon ja kehittämiseen liittyvistä henkilöresursseista on jo nyt kilpailua maakuntien, kuntien ja in-house-yhtiöiden

välillä. Kun lait varmistuvat ja suunnitelmat etenevät, niin toimittajatkin saattavat lähteä rekrytoimaan samaa henkilöstöä. Asetettua aikataulua ei pidetty realistisena.

Erittäin todennäköistä on, että maakuntien järjestämistoiminnon ja valinnanvapauspalvelujen edellyttämien tietojärjestelmien valmiiksi kehittäminen on vähintään 5-10 vuoden työ. Toimeenpanoa ei todennäköisesti tästä juurikaan pystytä nopeuttamaan, koska rajoittava tekijä on toiminnallinen ei tekninen osaaminen.

Ongelma voidaan ratkaista vain tekemällä kokonaisvaltainen suunnitelma tarvittavista uusista tietojärjestelmistä ja muutoksista olemassa oleviin, määrittämällä näiden pohjalta investointisuunnitelma ja asettamalla suunnitelmien perusteella realistinen toteutusaikataulu. Lakiin kirjattujen aikataulujen ohjaava merkitys on vähäinen, mikäli aikataulut eivät ole realistisia, tämän on kansallisen terveysarkiston (KanTa) käyttöönotto osoittanut.

12. Aikataulut

Lakiesitysten mukaan maakunnat on tarkoitus perustaa kesän 2018 aikana ja siirtää niille sote-palvelujen järjestämisvastuu sekä julkinen palvelutuotanto ja 25 muuta tehtäväaluetta 1.1.2020 mennessä. Valinnanvapauslaissa määritelty asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti otettaisiin käyttöön viimeistään 1.7.2020 alkaen. Suoran valinnan palvelujen siirto sote-keskuksiin tulee toteuttaa osin 1.1.2021 ja määritellyn erikoissairaanhoidon osalta 1.1.2022, jolloin myös suunhoidon yksiköt aloittavat toimintansa.

Kuten aiemmin edellä esitetystä käy ilmeiseksi, asetettujen aikataulujen toteutumiseen ei ole realistisia edellytyksiä. Aikataulujen toteuttamista rajoittavat ainakin seuraavat tekijät:

- maakuntavalmisteluun ei ole mahdollista rekrytoida nykyistä enempää kuntien ja kuntayhtymien henkilökuntaa, koska näiden tulee tuottaa väestön nyt tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut; tilanne ei helpotu virka-apupyyntöä käyttämällä, koska vaadittavaa osaamista omaavaa henkilökuntaa ei yksinkertaisesti ole;
- maakunta ei voi palkata henkilökuntaa kuin määräaikaisin sopimuksin 1.1.2021 asti;
- useimpien maakuntien alueella ei yksinkertaisesti ole riittävää määrää tarvittavaa osaamista;
- tietojärjestelmätoimittajien kyky kehittää uusia ja muokata olemassa olevia tietojärjestelmiä vaadittavalla aikajaksolla on rajallinen, olemassa olevat resurssit kohdistuvat pääosin olemassa olevien järjestelmien kehittämiseen ja vaadittavan osaamisen saatavuus on ylipäätään riittämätön (kilpailu henkilöstöstä eri IT-toimittajien kesken johtaa ainoastaan palkkakilpailuun, osaajien määrä ei lyhyellä aikavälillä lisäänny), ongelmaa entisestään pahentaa kansallisten ICT-palvelukeskusten (Vimana Oy ja SoteDigi Oy) henkilöstötarve;
- uudistuksessa otetaan käyttöön toimintatapoja ja rahoitusjärjestelmiä, joita ei laajamittaisesti ole koskaan aiemmin käytetty, mistä seuraa, että joudutaan ratkomaan uusia ja yllättäviä ongelmia, joista ei ole aiempaa kokemusta;
- uudistus edellyttää lukemattoman määrän määrittelyjä, päätöksiä, sopimista ja informointia.

Uudistus tulee vaiheistaa sisällöllisesti, alueellisesti ja aikataulullisesti. Uusiin palvelumuotoihin (sote-keskus, asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti) tulee siirtyä vaiheittain kokeilujen kautta. Aikataululliset velvoitteet tulee asettaa alueittain.