Medical Management Centrum

Talousvaliokunta

HE 241/2020 vp

Tarkastelen tässä lausunnossa sote-uudistukseen kuuluvia lakiesityksiä kolmesta näkökulmasta: suunnitellun sääntelyn ohjaus ja sen vaikutukset, sääntelyn taloudelliset vaikutukset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvoimavarojen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen.

1. Suunniteltu sääntely

Sote-uudistuksen keskeisin elementti on sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuun siirtyminen valtiolle, mikä ratkaisevasti lisää valtion roolia julkisen hyvinvointijärjestelmän takaajana. Valtion tuleviin hyvinvointialueisiin suunnattu sääntely jakaantuu kahteen osaan - sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ohjaukseen sekä valtion tarveperusteiseen laskennalliseen rahoitukseen, jota säätelee valtiovarainministeriö (VM). Lisäksi hyvinvointialueet hakevat lupaa valtiolta suunniteltuihin investointeihin ja lainanottoon.

STM:lle kuuluu yleinen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta. Ohjauksen keskeinen väline on järjestämislakiesityksen mukaan valtioneuvoston vahvistamat valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle, jotka perustuvat STM:n laatimaan selvitykseen. Tavoitteet toteutuvat käytännössä hyvinvointialueiden tavoissa järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltoa, ja STM seuraa tavoitteiden toteutumista antaen tarvittaessa hyvinvointialueille ohjeita. Valtakunnalliset tavoitteet liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiin tehtäviin, mutta lisäksi sisällytetään mm. tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisäämiselle. STM ja VM neuvottelevat vuosittain hyvinvointialueiden kanssa niiden järjestämistehtävän toteutumisesta. Neuvotteluissa käsitellään mm. hyvinvointialueiden toiminnan tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta, kustannusten kehitystä ja rahoituksen riittävyyttä, voimavarojen riittävyyttä sekä omaa palvelutoimintaa. Ministeriöt voivat neuvottelujen yhteydessä antaa hyvinvointialueille toimenpidesuosituksia.

Ohjaus- ja rahoitustehtävänsä vuoksi valtio on selkeässä päämiehen asemassa, jonka tehtäväksianto agentteina toimiville hyvinvointialueille edellisen mukaisesti koskee lähinnä lakisääteisten tehtävien suorittamista ja lakien julkiselle vallalle määriteltyjen velvoitteiden täyttämistä. Päämies-agenttiteorian näkökulmasta tehtäväksianto on yleinen eikä sisällä yksityiskohtaisia tavoitteita, joita olisi tarkoitus seurata. Palkitsemis- ja sanktiomahdollisuudet puuttuvat. Näin ollen hyvinvointialueiden ”tulosvastuu” jää epäselväksi, ja lähinnä omavalvonnan ja laillisuusvalvonnan varaan. *Valtionhallinnon jo vuosikymmeniä käyttämän tulosneuvottelukäytännön soveltaminen valtion ja hyvinvointialueiden välillä voisi olennaisesti*

Postadress
171 77 STOCKHOLM

Besöksadress
Berzelius väg 3
SOLNA

Telefon
Växel 08 524 80 000
Direkt 08 524 86 930
Fax
08 524 83 600

E-Post
mats.brommels@ki.se
Webb
ki.se/mmc

Org. nummer 202100 2973

terävöittää valtion ohjausta. Uusi rahoituskäytäntö osoittaa selkeästi, että valtiolla on viime kädessä perimmäinen vastuu perustuslain 6. ja 19. pykälien julkiselle vallalle osoitettujen velvoitteiden täyttämisestä.

Lakiesitykset sisältävät säädöksiä hyvinvointialueiden kansainvaltaisesta hallintorakenteesta muttei niiden sisäisestä organisoinnista. Edellisellä vaalikaudella käsittelyssä ollut esitys edellytti maakuntien järjestämistehtävän organisatorista eriyttämistä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannosta. Siihen nähden jää, mikäli nykyinen esitys hyväksytään, täysin hyvinvointialueiden itsensä päätettäväksi millaiset sisäiset palvelutuotannon ohjauskeinot otetaan käyttöön.

Tilaaja-tuottajamalleista julkisessa palvelutoiminnassa on usean vuosikymmen kokemus, myös Suomesta. Useat isot kaupungit siirtyivät 1990- ja 2000-luvulla eriyttämään hallinnollisesti kunnallisen palvelutuotannon niiden rahoituksesta ja ohjauksesta. Hyvinvointipalveluiden osalta näistä on sittemmin luovuttu, kun sen sijaan teknisten ja huoltotoimien järjestäminen tapahtuu edelleen ns. sopimusohjauksella. Nämä palvelut ovat hyvinvointipalveluja helpommin tuotteistettavissa, ja niiden hankinnoissa käytetään myös yleisesti yksityisiä palvelujentuottajia.

Kansainväliset arviointitutkimukset osoittavat, että tilaaja-tuottajamallien ”toimivuudesta” on vaikea tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä. Osittain tämä johtuu siitä, että sopimusohjaukseen useimmiten liittyy budjettirahoitusta monimuotoisempi korvausjärjestelmä – etupäässä suoriteperusteinen rahoitus tuotantorajoituksineen. Yleispäätelmä kuitenkin on, että sopimusohjaus lisää palvelutoiminnan tuottavuutta tuotantoa lisäämällä ja yksikkökustannuksia hillitsemällä, mutta vaikutukset ovat ohimeneviä ja rahoitusmalleja on säännöllisesti kehitettävä. Myös toiminnan laatua palkitsevista rahoitusmalleista on vastaavanlaisia kokemuksia. – Näitä kokemuksia tulisi hyvinvointialueilla ottaa huomioon, kun valmistaudutaan toteuttamaan lakiesitykseen sisältyviä tavoitteita lisätä palvelutoiminnan tuotavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. *STM:n ja VM:n sekä hyvinvointialueiden välisissä säännöllisissä neuvotteluissa tulisi sen vuoksi käsitellä myös hyvinvointialueiden sisäisiä rahoitusjärjestelmiä, tutkia hyvinvointialueiden eroja ja kokemuksia niiden osalta sekä pyrkiä valtakunnallisten järjestelmien luomiseen. Olisi perusteltua täydentää lakiesityksen kirjausta neuvotteluista tältä osin.*

2. Sääntelyn vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin sekä julkiseen talouteen

Lakiesityksen mukaan valtion sosiaali- ja terveydenhuoltoon suunnattu rahoitus on laskennallinen ja tarveperusteinen. Hyvinvointialueille maksettava valtionosuus on laskettu objektiivisten tarvetekijöiden perusteella, eikä alueiden kulloinkin toteutuneiden kustannusten mukaan. Vuosittain tarkastetaan toteutuneet kustannukset koko maassa, mutta hyvinvointialueille ei suoriteta hyvitystä tai takaisinperintää, vaan laskenta otetaan huomioon seuraavan vuoden rahoituksessa. Hyvinvointialueet voivat kuitenkin hakea lisärahoitusta.

Valtion rahoituksesta 80 % määräytyy tarvetekijöiden ja loppu väestömäärän ja -rakenteen sekä ns. olosuhdetekijöiden perusteella. Tarvetekijät ovat ensisijaisesti väestön määrä ikäryhmittäin painotettuina sekä tautiryhmäkohtaiset painokertoimet yhteensä 51 tautiryhmässä niiden yleisyyden (potilaiden lukumäärä) ja (toteutuneiden) hoitokustannusten perusteella. Vaikka tarveperusteinen rahoitus sinällään on tärkeä rahoitusperiaatteen uudistus, ongelmana on, että tarve käyttöönotettavassa mallissa kuitenkin arvioidaan aiemmin toteutuneen

palvelujen käytön mukaan. Rahoitusmalli ei siksi kannusta hyvinvointialueita kriittisesti tarkastamaan olemassa olevia hoito- ja toimintakäytäntöjä. Vain niitä muuttamalla voidaan merkittävämmin parantaa toiminnan kustannusvaikuttavuutta. *Rahoitusmalliin pitäisi sen vuoksi lisätä toiminnan rakenteiden ja prosessien aktiivista kehittämistä palkitsevia kannustimia.*

Suunnitellun rahoitusmallin kustannusten ja niiden kasvun hillintä tapahtuu käytännössä budjettirajoitteen avulla. Vaikka valtionosuus uudistuksen astuessa voimaan perustuu toteutuneeseen kustannustasoon (valtakunnan tasolla), jatkossa vain 80 % arvioidusta kustannusten noususta otettaisiin huomioon laskennallisessa valtionosuudessa, mikä johtaa tulevaisuudessa kiristyvään budjettirajoitteeseen. Lakiesityksen perusteluissa todetaan, että hyvinvointialueilla on vahva kannustin olla ylittämättä laskennallisen valtionosuuden mukaista rahoituskehystä, jotta vältytään siitä laissa säädetyn hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistymisestä, joka seuraa hyvinvointialueen toistuvasta rahoitusalijäämästä. Voidaan kyseenalaistaa, onko tällaisella ”name and shame” -pelottimella lainkaan kannustava vaikutus. Kokemus on, että budjettirajoite yleensä johtaa yksityiskohtaiseen ”kustannusjahtiin” ja kustannusten siirtämiseen toisten kannettaviksi, jonka seurauksena on toimintojen suboptimointi ja myöhemmin tapahtuva kasvava kustannuspaine. Tarve nopeisiin sopeutumistoimiin ei myöskään kannusta rakenteellisiin tai toimintakäytäntöjen uudistamiseen. Budjettirajoitteen vaikuttavuutta vähentävät Perustuslakivaliokunnan viime vaalikaudella tekemät linjaukset, joiden mukaan kansalaisten perustuslailliset oikeudet joka tilanteessa on varmistettava riittävällä rahoituksella.

Johtopäätös näistä toteamuksista on, ettei suunniteltu rahoitusmalli sisällä varsinaisia kannustimia lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta, ja että kustannusten nousun hillintä on jatkossa erittäin haastavaa. Näin olleen arviot alan kokonaiskustannusten kasvukäyrän kääntymisestä kohti laskevaa trendiä kuluvan vuosikymmen loppupuolella ovat sangen toivorikkaita.

3. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisvoimavarojen hyödyntäminen

Viime vaalikauden sote-uudistusta koskevaan esitykseen sisältyvä ehdotus kansalaisten laajasta valinnanvapaudesta merkitsi mm., että julkisrahoitteisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa haluttiin hyödyntää myös yksityisen ja kolmannen sektorin voimavaroja. Näillä tarkoitetaan ensisijaisesti olemassa olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon koulutettua henkilökuntaa ja toimitiloja sekä näiden sektorien investointihalukkuutta. Tätä pidettiin tärkeänä, koska pula henkilökunnasta on todellinen ja kasvava ongelma. Viime vuosikymmenten aikana on lisäksi siirtynyt merkittävästi erityisesti avainryhmien ammattihenkilöitä julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta yksityissektorille. Viitaten nyt viljeltävään retoriikkaan on todettava, että valinnanvapausjärjestelmä suunniteltiin sellaiseksi, että julkinen järjestäjä yksiselitteisesti oli ”rahapussia käyttävä isäntä” ja julkisen ja kolmannen sektorin toimijat selkeästi ”renkejä”.

Nyt käsiteltävänä oleva lakiesitys säilyttää vuoden 1993 ns. SVOL-lain määräykset vaihtoehtoisista palvelujen toteuttamismuodoista, myös mahdollisuuden hyvinvointialueille teettää toimintaa yksityisillä ja kolmannen sektorin palvelujentuottajilla. Tämä tapahtuu julkisia hankintoja koskevaa lainsäädäntöä soveltamalla. Ratkaiseva ero verrattuna edellisen vaalikauden uudistusohjelmaan on kuitenkin, että selkeää tavoitetta julkisen sektorin sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyöstä julkisen toimijan johdolla ei esitetä. Vahingollista

olisi, mikäli yksityisen ja kolmannen sektorin rooli säilyisi lähinnä vakavien puutostilanteiden korjaajana. *Tämän vuoksi olisi tärkeää, että valtioneuvoston päätökseen valtakunnallisista tavoitteista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle sisällytettäisiin myös suunnitelma siitä, miten yksityisen ja kolmannen sektorin voimavaroja hyödynnetään julkisrahoitteisissa toiminnassa. Tällainen suunnitelma antaisi tukea hyvinvointialueille ja kannustaisi nykyistä järjestelmällisempiin ja pitkäjänteisempiin yhteistyöjärjestelyihin.*

Lakiesityksen perusteluissa esitetään varsin mekaaninen näkemys ostopalveluista. Järjestämisestä vastaavan julkisen toimijan suuremman koon sanotaan kasvattavan tilaajaosaamista ja mahdollistavan suuremmat hankintakokonaisuudet sekä ”palveluverkon optimoinnin”. Palveluseteleiden käyttö mahdollistaisi myös pienempien toimijoiden hyödyntämisen. Palvelusetelijärjestelmän ”valuvikaa” ei kuitenkaan esitetä korjattavaksi. Palvelusetelin arvo jää edelleen sen asettajan määräämäksi, mikä ylläpitää nykyistä kansalaisten välistä eriarvoisuutta lisäävää omavastuuosuuden alueellista vaihtelua.

Hyvinvointialueita tulisi kannustaa todella panostamaan ”palveluverkon optimointiin” hyödyntämällä kaikkia alueella olevia toimijoita. Tämä edellyttäisi juuri yllä mainittua pitkäjänteistä yhteistyötä. On houkuttelevaa tehdä vertaus teollisiin valmistusprosesseihin, joissa lopputuotteen valmistaja sitoo alihankkijansa laaja-alaiseen yhteistyöhön. Tähän yhteistyöhön kuuluu olennaisena osana yhteinen laatujärjestelmä. Tärkein tapa kannustaa hyvinvointialueita tällaiseen järjestämisstrategiaan olisi edellä esitetty täydennys valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteiden määrittelyyn.

Julkisen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistoiminnan tiivistäminen julkisrahoitteisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on tärkein tapa vähentää sitä kansalaisten välisen eriarvoisuuden kasvua, mikä seuraa julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvasta eriytymisestä. Lakiesityksessä korostetaan, että nyt käynnistetyn ”uudistuksen keskeinen perustelu on, että nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon pirstaleinen palvelujärjestelmä ei enää turvaa perustuslain 19 §:n tarkoittamia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja perustuslain 6 §:n tarkoittamalla tavalla yhdenvertaisesti.” *Siihen nähden on yllättävää, että julkisen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin yhteensovittaminen ja yhteistyö kokonaan puuttuu lakiesityksestä teemana. Tämä puute tulisi lakien käsittelyn yhteydessä korjata.*

Julkisen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin välinen julkisen järjestäjän johdolla tapahtuva yhteistyö tarjoaisi myös mahdollisuuden palvelujen tuottajien väliseen kilvoitteluun sekä eri palvelutoimintoja koskevaan vertaisarviointiin (”benchmarking”). Tämä olisi erinomainen tapa edistää sitä toimintakäytäntöjen uudistamista, mikä parhaiten voi parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuutta ja kustannusvaikuttavuutta parantumisen, ja myös tukea tavoiteltua ”palveluverkon optimointia”.



Mats Brommels
professori em.