Aalto University
School of Science

Paul Lillrank
Professori
Aalto yliopisto
12.2.2021

Eduskunta
Talousvaliokunta

Lausunto HE 241/2020 Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Käsittelen lausunnossani vain keskeisiä tuotantotaloudellisia näkemyksiä.

Rakenteellisten uudistusten tulisi helpottaa, mahdollistaa, edesauttaa, kannustaa ja jopa pakottaa toiminnallisiin uudistuksiin, joiden tärkein kriteeri on kustannusvaikuttavuus.

Tuotannon kannalta viisi aluetta yliopistosairaaloiden ympärillä olisi paras ratkaisu.

Tavoitteet ovat hyvät, mutta esitetyillä menetelmillä ei niihin päästä.

Kustannukset

Kustannuskasvun hillintä on esityksen tavoitteissa, mutta edellisen hallituksen esityksestä poiketen listan lopussa. Esitettyjen skenaarioiden pohjalta menojen kasvu rauhoittuisi vasta 2030-luvulla. Koronapandemian suorat kustannukset ja välilliset vaikutukset taloudelliseen toimeliaisuuteen ja vientimarkkinoihin vähentävät liikkumavaraa. Pitkään tunnetut investoinneissa ja työllisyydessä näkyvät rakenteelliset esteet ovat edelleen läsnä. Kustannuskehitykseen kevytmielisesti suhtautuva sote-uudistus ei tässä tilanteessa ole paikallaan.

Menokasvun hillitseminen kansanterveyttä vaarantamatta tulisi olla uudistuksen tärkein tavoite. Muilla ei oikeastaan ole väliä, sillä terveyspalveluilla on vähäinen vaikutus terveyseroihin. Palvelujen saavutettavuus haja-asutusalueella ei ole erityinen sote-, vaan yleinen palvelutalousongelma. Väestörakenteen muutoksiin ja työvoimapulaan varautuminen vaatii taloudellista liikkumatilaa.

Jos menokehitystä ei kyetä hillitsemään hyvän sään aikana hallitusti, taloudellisen kriisin sattuessa se tapahtuu pakon alla hallitsemattomasti. Juustohöylällä tulee rumaa jälkeä.

Kustannusten karsiminen laatua ja palvelutasoa uhkaamatta on teknisesti mahdollista. Nykyiset tuottavuuserot sairaanhoitopiirien välillä kertovat, että jos parhaita käytäntöjä noudatettaisiin koko maassa, nykyiset palvelut voitaisiin tuottaa useita miljardeja halvemmalla. Avainsana on kustannusvaikuttavuus (*value-based care*). Tätä käsitettä, sen enempää kuin tähän suuntaa vieviä mekanismeja ja kannustimia ei kuitenkaan esityksessä ole.

Alueet

On kiistatonta, että kuntapohjainen sote perustuu liian pieniin rahoitus- ja tuotantoyksiköihin. Tässä mielessä kehitys kohti suurempia alueita on perusteltu. 22 hyvinvointialuetta jättää kuitenkin kehityksen

Aalto University
School of Science
Industrial Engineering
and Management

Postal address
P.O. Box 15500
FI-00076 AALTO

Visiting address
TUAS Building
Maarintie 8, Espoo
Espoo

Tel. +358 500 703 848

Business ID 2228357-4

aalto.fi/en
paul.lillrank@aalto.fi
VAT FI22283574

Domicile Helsinki

puolitiehen. Esimerkiksi Ruotsissa on 21 aluetta (*region*), mutta julkisessa keskustelussa on perustellusti vaadittu lukumäärän supistamista. Sekä kysyntä- että tarjontapuolen megatrendit vievät julkisrahoitteisia järjestelmiä kohti suurempia järjestämisvastuullisia yksiköitä.

Viiden yliopistosairaalan yhteistoiminta-alueet muodostaisivat luonnollisen rakenteen.

Esityksessä on kuvattu menettelyjä HV-alueiden yhteistyölle ja yhdistymiselle. Tässä pedataan paikkaa loputtomille alueellisille kiistoille, jotka syövät energiaa toiminnalliselta kehittämiseltä. Kun kerran YT-alueiden merkitys on tunnistettu, olisi viisasta mennä viiden alueen malliin suosiolla ja saman tien, eikä joutua sinne vuosikausien repivän riitelyn jälkeen.

Uudenmaan, Helsingin ja HUSin erikoisjärjestely on kamala hallintohimmeli – ja aivan turha tekele.

Alueiden koolla on eri logiikka rahoituksessa ja palveluissa. Laaja rahoituspohja varmistaa laajemman riskipoolauksen. Esitetty valtiokeskeinen rahoitusmalli kuitenkin palvelee tätä tarkoitusta riittävästi.

Palvelutuotannon kannalta alueen optimaalinen koko määräytyy teoreettisesti siitä, miten suuri osa kaikista hoitopoluista voidaan toteuttaa sen sisällä. Yliopistosairaala-vetoisilla alueilla lähes kaikki mahtuvat, pois lukien erittäin harvinaiset ja vaativat kansallisia osaamiskeskuksia vaativat tapaukset. Pienistä hyvinvointialueista seuraa väistämättä paljon rajanylityksiä.

Pinta-alaltaan laaja YT-alue voi heikentää lähipalvelujen saavutettavuutta. Näin ei kuitenkaan ole välttämätöntä. Monille henkilökohtaisille palveluille on tyypillistä toiminnallinen jako palvelumaisemassa (*front office*) tapahtuviin kohtaamisiin ja takahuoneen (*back office*) infrastruktuuriin. Ne skaalautuvat eri tavoin. Palvelutapahtumissa ei ole suuruuden ekonomiaa, mutta takahuone skaalautuu jyrkästi tietojärjestelmien, telemedisiinan ja hankintatoimen avulla. Takahuonetoimintojen tulisi toimia valtakunnallisten normien mukaan. Jos näin ei voida tehdä, viisi aluetta on kuitenkin parempi kuin ehdotettu alueellinen malli.

Integraatio ja koordinaatio

Alueellisen palvelujärjestelmän ongelmat ilmenevät erityisesti monisairaiden potilasprosesseissa. Ikääntymisen ja elintapamuutosten myötä krooniset tapaukset lisääntyvät, komplisoituvat ja kuluttavat entistä enemmän resursseja. Rakenteellisten ongelmien oireita ovat potilaan diagnoosin ja hoitosuunnitelman pirstaleisuus ja prosessin katkeileminen. Mitä enemmän alueella on organsatorisia ja professionaalisia rajoja sitä enemmän tätä esiintyy. Hallituksen esitystä voisikin kvantitatiivisesti arvioida sen mukaan vähenevätkö vai lisääntyvätkö organisatoriset rajanylitykset?

Integraatio tapahtuu potilastasolla siten että potilaan diagnoosissa ja hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon ja yhdistetään kaikki olennainen informaatio eri erikoisaloilta, sosiaalitoimesta, potilaalta itseltään ja omaisilta. Integraation vastakohta on pirstaleisuus, että potilas on samanaikaisesti useammassa prosesseissa, joita ei ole sovitettu yhteen. Koordinaatio tarkoittaa hoitosuunnitelman mukaista toimintaa moniosaajaympäristössä. Sen epäonnistuessa tehdään päällekkäistä työtä ja prosessit katkeilevat

Integraatio tapahtuu potilastasolla, tai se ei tapahdu lainkaan. Organisatorinen integraatio yhden hallinnon ja budjetin alle voi poistaa esteitä, mutta ei sellaisenaan vielä takaa integraation toteutumista. Sikäli kun hyvinvointialueiden sisälle ilman erityistä järjestäjän muodostuu erillisiä julkisten tuottajien organisaatioita omine budjetteineen ja sääntöineen, ongelma pahenee. Esityksen mukaan laajojen palvelukokonaisuuksien ulkoistaminen ei olisi sallittua, vaan kaikissa pitäisi olla jokin osuus julkista tuotantoa. Tästä seuraa ylimääräisiä rajanylityksiä, jotka vaikeuttavat hoitopolkujen integraatiota ja koordinaatiota.

Sote -järjestelmän tulisi kannustaa perustamaan tuotantoyksiköitä, jotka kykenevät hoitamaan integroituja potilasprosesseja päästä päähän.

Järjestelmäinnovaatiot

Suomessa markkinaehtoiset perusterveydenhuollon toimijat ovat tunnetusti tehokkaampia kuin kunnalliset. Ero selittyy pitkälti edellisten valtakunnallisia tietojärjestelmiä ja infrastruktuuria hyödyntävistä takahuoneista, kun jälkimmäiset ovat kiinni sub-optimaalisissa paikallisissa ratkaisuissa sekä edessä että takana.

Rakenteellisen uudistuksen ei tulisi olla itsetarkoitus – niin kuin se esityksessä näyttää olevan. Rakenteellisen uudistuksen tulisi helpottaa, mahdollistaa, kannustaa ja jopa pakottaa esiin toiminnallisia uudistuksia.

Terveyspalvelujen tuotanto on teknisessä mielessä paljon muita palvelusektoreita jäljessä. Tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus vaihtelevat eri alueiden ja toimijoiden välillä merkittävästi. Tämä tarkoittaa, että teknisiä mahdollisuuksia toiminnallisille uudistuksille on kosolti. Tietotekniikan ja palvelutuotantojärjestelmien integraatiokehitys on vasta alkamassa. Uudet teknologiat, erityisesti 5G-verkko ja sujuvat käyttöliittymät avaavat uusia mahdollisuuksia. Koronapandemian myötä monet ovat tottuneet etäasiointiin. Järjestelmäinnovaatiot edellyttävät notkeita organisaatioita ja kustannusvaikuttavuuteen perustuvia kannustimia.

Esitys painottaa julkista tuotantoa, mutta virkapalkalla budjettiorganisaatiossa ei innovoida toiminnallisia uudistuksia.

HV-alueiden rahoitus on yleiskatteellista, ylijäämät saa pitää. Mutta mihin ne laitetaan, kun julkisilla organisaatioilla ei ole tasetta ja siinä voitto/tappiotiliä? Jos HV-alue kehittää kustannusvaikuttavuutta se täyttää palvelutarpeen vähemmällä resurssikulutuksella. Tämän perusteella palvelutarpeen voidaan todeta vähentyneen ja siten myös rahoitustarpeen. HV-alueille ei siis jää kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen.

Järjestelmäinnovaatioiden välttämättömät edellytykset ovat yleinen ja läpinäkyvä kustannuslaskenta, integroidut tietojärjestelmät ja kustannusvaikuttavuuteen perustuva kannustinjärjestelmä. Nämä ovat nimenomaan ne asiat, joista valtion strategisen ohjauksen tulisi ottaa määrätietoinen ote. Esityksessä ne kuitenkin jätetään alueellisesti rempalleen.

Toimenpiteet eivät tue tavoitteita

Tavoite on terveyserojen kaventaminen. Palvelujen käyttö kuitenkin selittää terveyseroista vain noin kymmenyksen. Merkittävimmät selittäjät ovat terveyskäyttäytyminen, perimä ja ympäristötekijät, joihin ehdotus ei puutu – eikä voikaan.

Tavoite on alueellisesti yhdenvertaiset palvelut. Se ei kuitenkaan ratkea rahalla. Jos ratkeaisi, siitä seuraisi taloudellinen eriarvoisuus, kun samasta palvelutasosta jouduttaisiin eri alueilla maksamaan eri määriä. Alueellinen yhdenvertaisuus edellyttäisi yhdenvertaisia kannustimia HV-alueille. Jos niitä ei ole, palvelutaso ja kustannusvaikuttavuus ovat riippuvia kunkin HV-alueen kyvykkyydestä ja viitseliäisyydestä niin kuin nykyisessäkin järjestelmässä.

Tavoite on, että julkinen tuotanto takaa palvelut poikkeustilanteissa. HV-alueilla ei kuitenkaan ole velvoitetta ylläpitää ylikapasiteettia. Poikkeustilanteissa ne joutuvat sumplimaan muiden tuottajien kanssa. Julkisella tuotannolla ei siis ole edellytyksiä kriisitilanteessa toimia tehokkaammin kuin markkinaperusteinen järjestelmä.

Tavoite on, että perustasoa vahvistetaan. Ehdotus kuitenkin perustuu julkiseen tuotantoon ja suunnitelmatalouteen. Empiirinen ja teoreettinen näyttö kuitenkin osoittavat, että suunnitelmatalous ja weberiläinen hierarkia (byrokratia) eivät ole hyviä tapoja tuottaa suurvolyymisiä hyödykkeitä suoraan kuluttajille (B2C). Suunnitelmataloudella kuitenkin on hyvät edellytykset erikoistuneissa tuottajahyödykkeissä (B2B), joten ehdotuksen voi ennustaa entisestäänkin suosivan erikoissairaanhoitoa perusterveydenhuollon kustannuksella.

Tavoite on vastata yhteiskunnallisiin muutoksiin. Näistä tärkein on väestön vanheneminen ja palvelukysynnän muutos kohti monisairaiden päättymättömiä potilasprosesseja. Tämä kuitenkin edellyttäisi toimivia tietojärjestelmiä, yleistä kustannuslaskentaa, kustannusvaikuttavuuteen perustuvia rahoitusmalleja ja määrätietoista parhaisiin käytäntöihin kannustamista. Näitä ei esityksessä painoteta. Yksityiset toimijat erityisesti perusterveydenhuollossa ovat osoittaneet kyvykkyytensä palveluinnovaatioissa. Niiden työntäminen alisteiseen rooliin ei edistä kykyä vastata yhteiskunnallisiin muutoksiin.

Tavoite on kustannuskehityksen hillitseminen. Ehdotuksessa ei edes mainita kustannusvaikuttavuutta eikä esitetä menetelmiä sen edistämiseksi. Ainoa tapa on valtion ote rahahanasta.