EDUSKUNNAN TALOUSVALIOKUNNALLE

Asia: hallituksen esitys 241/2020 vp 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 / vastauksia kysymyksiin asiantuntijoille

Ohessa vastauksiani joihinkin talousvaliokunnan kaikille asiantuntijoille osoittamiin kysymyksiin:

Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?

Ns. alueindikaattoreilla voidaan potentiaalisesti vähentää THL:n mallin alisovittamisen ongelmaa ja huomioida alueiden väliset pysyvät erot myös niiltä osin, joista mallissa ei ole muuttujia.

Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa? Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?

Rahoituksen malli vaatii huomattavasti jatkokehittelyä. Sen pitäisi toiminnan eri tasoilta pystyä luotettavasti ennakoimaan ainakin 90 % toiminnan kustannuksista, jotta malli kohdentaisi rahoituksen oikein. Hallituksen esityksen pohjana olevaan THL:n malliin valikoituneet sairausluokitukset eivät kuitenkaan huomioi riittävän kattavasti väestössä ilmeneviä sairauksia. Tämän vuoksi malli ei kykene arvioimaan oikein kunkin sairausluokan saamaa lisäkustannusta kuvaavaa kerrointa, jolloin kertoimista johdetut tarvevakiot alueittain, maakunnittain tai jollain muulla jaolla eivät ole oikeita.

Vaihtoehtoisen laskentamallin esimerkiksi voidaan ottaa Hollannin sairausvakuutusjärjestelmä, jossa riskien tasaus perustuu osamalleihin a) somaattiselle terveydenhuollolle, b) lyhytaikaiselle mielenterveydelle c) pitkäaikaiselle mielenterveyshoidolle ja d) asiakasmaksuille. Somaattisen terveydenhuollon malli jakaa yhteisiä piirteitä THL:n tarvevakiointimallin kanssa esimerkiksi sairastavuuden mittaamisessa, joka perustuu vuode- ja avohoidon diagnooseihin sekä lääkkeiden aikaisempaan käyttöön.

THL:n mallista poiketen Hollannin mallissa selittäviksi muuttujiksi on kuitenkin valittu myös pienaluetason tietoa esimerkiksi kaupungistumisesta ja muista sosioekonomisista tekijöistä.

Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen? Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti? Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?

Toistan HUS-alueen havainnot siitä, että malli huomioi vain 54 % kustannuksista. Tällaisenaan mallia voi pitää jopa syrjivänä, kun se jättää mm. harvinaissairaudet huomiotta.

THL:n tilastollisiin tuloksiin liittyy merkittävää tilastollista epävarmuutta. Epävarmuuden merkitys korostuu, koska tarvekertoimien perusteella ajateltu sote-rahoituksen jako on euromääräisenä erittäin suuri. Tällöin pieneltäkin vaikuttavat muutokset tarvekertoimissa tarkoittavat suurta eroa jako-osuuksissa. Koska luottamusvälit ovat leveät erilaisille rahoituskertoimille, voi THL:n tarvevakiomallin perusteella lähes yhtä hyvin perustein hyvin monentyyppisiä rahoituksen jakomalleja.

Jos uudistus viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

Mielestäni malli on heikennys nykytilaan. Rahoitusmalli on pahasti keskeneräinen se ei huomioi kaikkia merkityksellisiä terveydenhuollon kulueriä. Sosiaalihuollon osalta tilanne on vielä huonompi, koska lähes kaikki rahanjaon perusteet perustuvat sairastavuuteen eli terveydenhuollon mittareihin. Sosiaalipalvelujen tarvetta voidaan käytännön tasolla arvioida esim. vertaamalla toimeentulotukea saavien henkilöiden määrää eri hyvinvointialueilla.

Rahoitusleikkuri (eli että vain 80 % sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeen kasvusta rahoitetaan) merkitsee tosiasiassa luopumista pohjoismaisen hyvinvointivaltion ideologiasta ja vuosikymmenten yrityksestä tavoittaa muiden Pohjoismaiden hyvinvoinnin taso.

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

Yksityisen ja julkisen yhteistyö on tehty Suomessa lainsäädännöllä varsin, mikä on vastoin tavoitteita integroiduista palvelukokonaisuuksista ja resurssien tehokkaasta käytöstä. Julkinen toimija ei käytännössä pysty tuottamaan (myymään palveluja yksityiselle) eikä kohta yksityinen tuottaja julkiselle. Suomi on pieni maa, jossa joitain kriittisiä resursseja (esim. jonkun alan erikoislääkäreitä) on rajallisesti saatavissa. Ehdotettu malli vaarantaa

käytännössä riittävien palvelujen järjestämisen, kun palvelujen hankintamahdollisuuksia tietoisesti vähennetään.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, että uudistuksessa yksityisen sektorin kanssa tehtyä yhteistyötä rajoitetaan ja vähennetään merkittävällä tavalla ja tämän myötä kasvavat kustannukset arvioituakin nopeammin ja samalla tuottavuus heikkenee. Miten kommentoitte tätä väitettä?

Yksityisen sektori tuottamien palvelujen avulla on voitu tasata julkisten palvelujen kysynnän piikkejä. Kun yhteistyö vaikeutuu, joutuvat julkisen sektorin toimijat käytännössä luomaan ylikapasiteettia, jotta myös kysyntäpiikit voidaan hoitaa. Tällöin helposti käyttöaste laskee ja yksikkökustannus nousee.

Asiantuntijalausunnoissa on tuotu esiin, että raja sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon kohdalla on epäselvä (mm. Teperi). Kuinka kommentoitte tätä väitettä ja miten kuvaatte tilannetta?

Omaa palvelutuotantoa koskevaa velvoitetta (Sote-järjestämislaki 8 §) ei ole määritetty tarkasti. Tämä jättää tulkinnanvaraa sille tuleeko riittävän oman palvelutuotannon toteutua yksittäisten palvelujen vaiko esimerkiksi ikäihmisille tai kotiin tuotavien palveluiden tasolla.

Myös hyvinvointialueiden oikeuteen irtisanoa yksityisen palveluntuottajan kanssa tehty ostopalvelusopimus liittyy huomattavaa tulkinnanvaraisuutta. Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueen tulee itse arvioida ostopalveluiden vaikutusta hyvinvointialueen mahdollisuuteen suoriutua järjestämisvelvoitteestaan. Hyvinvointialueilla myös mahdollisuus tehdä tulkintaa yksittäisiin sopimuksiin liittyvästä riskistä irtisanomispäätöksiä tehdessään, vaikka taustalla onkin yhdenvertaisuusvelvoite.

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sotesektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Pidän julkisten toimijoiden työvoiman saatavuuteen liittyviä ongelmia suurina. Vähenevä rahoitus vaikuttaa myös sote-alan palkkasummaan. Se tarkoittaa joko heikkoa palkkakehitystä taikka korkeaa työkuormaa, kun uusia henkilöitä ei palkata. Molemmat heikentävät julkisen sote-sektorin houkuttelevuutta työnantajana.

Lausunnoissa kannetaan huolta kuntien ja hyvinvointialueiden välisestä integraatiosta ja näiden väliin jäävissä palveluissa. Erityisesti ennaltaehkäisen hoidon saatavuuden, kannusteiden ja Uudenmaan erillisratkaisun suhteen esiintyy huolta. Millä tavoin integraation vahvistaminen on huomioitu uudistuksessa?

Kuntien ja hyvinvointialueiden työjako ja niiden toimintojen heikko integraatio on uudistuksen keskeisiä ongelmia, jota hallituksen esityksessä on huonosti selvitetty.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, ettei uudistus sisällä riittäviä kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Millaiset ovat hyvinvointialueiden kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön?

Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole mitään erityisiä kannustimia terveyshyödyn tuottamiseksi väestölle. Sote-ehdotuksen rahoitusmallissa rahoitus pysyy samana riippumatta hoidettujen potilaiden määrästä, mikä kannustaa vähentämään annettuja hoitoja eikä niinkään parantamaan väestön terveyttä. Koko sairaanhoidontoimintalogiikka muuttuu. Oikein toimivan rahoitusmallin pitäisi ohjata siihen, että hoidontarve vähenee. Useimmissa terveydenhuoltojärjestelmien muutoksissa tätä on toteutettu muuttamalla terveydenhuollon tuotteistusta kohti ns. arvoperusteista terveydenhuoltoa, jossa palvelusta maksetaan sen mukaan, kuinka hyvin se tuottaa terveyshyötyä.

Esim. Ruotsin terveydenhuollon rahoitukseen kuuluu tuloksellisuuskorvaus, jota maksetaan muun muassa palvelujen saatavuuden, ehkäisevien palvelujen, asiakastyytyväisyyden sekä kansallisiin laaturekistereihin rekisteröitävien tietojen ilmoitusaktiivisuuden perusteella.

Coxa ja Sydänsairaala ovat kuulemisessa tuoneet esiin huolen, että uudistuksen jälkeen heidän toimintansa ei olisi mahdollista eli esitys johtaisi sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan eli osakeyhtiömuodossa toteutetun omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja sitä myötä kustannusten kasvuun. Miten kommentoitte tätä väitettä? Millä tavoin ko. toiminta olisi mahdollista myös uudistuksen jälkeen? Millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin?

Hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialue vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja on järjestämisvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta. Ehdotetun järjestämislain 8 §:n perusteella hyvinvointialue saa järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Yksityisellä palveluntuottajalla tarkoitettaisiin kaikkia hyvinvointialueelle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavia osakeyhtiöitä, osuuskuntia ja muita yhtiöitä, yhdistyksiä, säätiöitä ja itsenäisiä ammatinharjoittajia. Yksityisen palveluntuottajan on täytettävä palveluja tuottaessaan yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain ja yksityisistä sosiaalipalveluista annetun lain mukaiset edellytykset. Yksityisen palveluntuottajan määritelmä kattaisi jatkossa siis myös julkisomisteiset eli hyvinvointialueen, kunnan ja valtion omistamat yhtiöt ja mahdolliset muut julkisomisteiset säännöksessä mainitut yhteisöt. Niihin sovellettaisiin palvelujen hankkimisesta yksityisiltä palvelutuottajilta annettuja säännöksiä. Pidän esitettyä sääntelyä sinänsä perusteltuna ottaen huomioon hallituksen esityksen tavoitteet varmistaa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjällä on aina valmius huolehtia alueensa väestön tarvitsemista palveluista.

Valtioneuvoston terveydenhuoltolain (1326/2010) 45 §:n nojalla antama ns. keskittämisasetus (A 582/2017) edellyttää yliopistosairaaloiden sopivan työnjaosta Suomessa.

Julkisen terveydenhuollon jakaantuminen eri toimijoiden kesken ei siis perustu kilpailtuihin markkinaosuuksiin vaan pyrkimykseen varmistaa, että kaikkialla Suomessa on tarjolla riittävät palvelut ja että erityisen vaativat palvelut keskitetään sellaisiin toimipisteisiin, jossa on ao. palvelun tuottamisen kannalta riittävä osaaminen ja resurssit. Järjestämissopimukset eivät kuitenkaan aina ole toimineet erityisvastuualueen hoitopolkuja tukien. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yhtiöt (Coxa ja Sydänsairaala) ovat lisäksi pyrkineet lisäämään kansallista markkinaosuuttaan, mikä on usein heikentänyt mahdollisuuksia sopia työnjaosta erityisvastuualueen sisällä sekä huonontanut mahdollisuuksia palveluintegraatioon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ao. yhtiöiden toiminnan rajaaminen vain omalle hyvinvointialueelle poistaisi tätä ongelmaa ja edesauttaisi kunkin hyvinvointialueen sisäistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraation toteuttamista.

Palvelujen keskittämiseen liittyy myös riskejä. Erityisesti riski liittyy riittävän henkilöstön saamiseen ja päivystyksen järjestämiseen. Tämä riski on suurin kliinisten erikoisalojen osalta, sillä jos esim. elektiiviset tekonivelleikkaukset siirtyvät keskussairaalasta muualle ja ortopedit houkutellaan leikkauspalveluja tuottavan yhtiön (esim. Coxa Oy) palvelukseen, heikkenee keskussairaalan kyky järjestää traumapäivystys merkittävästi.

Sote-palvelut kärsivät monissa osissa maata erityisosaajien puutteesta. Esim. yhteispäivystyksiin on usein ollut vaikea saada riittävää määrää lääkäreitä. Hallituksen esityksessä sote-järjestämislaiksi esitetään, että päivystyksessä lääkärin tehtäviä tulee tulevaisuudessa hoitaa virkasuhteessa. Järjestely estää tehokkaasti lääkäripalvelujen hankinnan yksityisiltä yrityksiltä, mutta epäselväksi jää, miten sitten varmistetaan riittävä työvoiman saanti ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa. Vaatimuksella on toki siirtymäaikaa vuoden 2025 loppuun saakka, minkä jälkeen hyvinvointialue saisi käyttää hankittua ja vuokrattua työvoimaa omaa henkilöstöään täydentävästi. Epäselväksi kuitenkin jää, miten käytännössä kaikissa tilanteissa varmistetaan lääkärityövoiman saatavuus. Vakiintuneesti lääkärin julkisessa terveydenhuollossa tekemiä hoitopäätöksiä on kuitenkin pidetty ns. tosiasiallisena hallintotoimintana, joita on voitu tehdä niin työsuhteessa kuin virkasuhteessa.

Kuulemisessa on arvioitu, että esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti. Kuinka valmistelussa on pyritty miettimään digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä ja miten mallin hallinnollisin tai kannustinratkaisuin pyrittäisiin varmistamaan uusien teknologioiden hyödyntäminen?

Uudistukseen liittyviä hyvin merkittäviä ICT-järjestelmien uudistuksia ja yhteensovittamisia sekä kansallisella että hyvinvointialueiden tasolla (kansallisella tasolla arviolta 550–650 milj. euroa (hallituksen esityksen liite 2, s. 30). Valtio kattaa siirtymäkaudella ICT-järjestelmiin liittyvät muutoskustannukset. Tämän jälkeen niiden pitäisi sisältyä lainanottovaltuuden ja investointisuunnitelman piiriin, mikä tuo merkittäviä lisäpaineita hyvinvointialueiden taloudelle.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto