16.4.2021

Hyvinvointiala HALI ry:n vastaukset eduskunnan talousvaliokunnan kysymyksiin asiantuntijoille (9.4.2021) asiassa HE 241/2020 vp (sote-uudistus)

Hyvinvointiala HALI ry pitää valiokunnan esittämiä lisäkysymyksiä erittäin tärkeinä ja kiittää mahdollisuudesta vastata niihin. Esitämme näkemyksemme myös osaan muille osoitetuista kysymyksistä.

STM /VM:

1. **Mitkä ovat sairauksiin perustuvan tarveperusteisen mallin lisäksi valittuja rahoituksenjakoperusteita (mm. kielilisät) ja millainen niiden kunkin euromääräinen osuus on?**

   -

2. **Miten lapsivaikutusten arviointi on toteutettu? Miten tarvekerroin huomioi esimerkiksi tällä hetkellä puutteelliset lastensuojelun rahoituksen ja lastenpsykiatrian tarpeen?**

   Hallituksen esityksessä ei esitetä arviota siitä, kuinka suuri osa lastensuojelun nykyisistä menoista voidaan selittää hyvinvointialueiden rahoituslakiesityksen sosiaalihuollon tarvetekijöillä. Sosiaalihuollon tarvetekijöihin sisältyy, muun muassa lastensuojelupalveluihin osin linkittyvät tarkkaavaisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt, mutta läpinäkyvää arviota tarvetekijämallin toimivuudesta nykyisiin kustannuksiin peilaten ei ole. On erittäin ongelmallista, ettei tarvetekijämalli ole kokonaisuudessaan muiden asiantuntijoiden arvioitavana.

3. **Miten rahoitusmallia voitaisiin kehittää vaikuttavuuden huomioimiseksi (nyt sairausperusteinen)?**

   Kasvattamalla hyte-rahoituksen osuutta. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tarvittaisiin eniten juuri nyt, kun suuret ikäluokat ovat siirtymässä sote-palvelujen suurkuluttajiksi. Hyvinvointialueille tarvitaan vahvat kannustimet parantaa esimerkiksi ikäihmisten hyvinvointia, jolloin raskaiden sote-palvelujen tarve lykkääntyy. Resurssien ollessa rajalliset, hyvinvointialue pyrkii ensisijaisesti täyttämään lakisääteiset vaatimukset, kuten ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitukset. Muut palvelut, kuten nuorten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, voivat siten valitettavan helposti jäädä aliresursoiduiksi.

   On tärkeää huomata, että vaikuttavuuden edistäminen ei ole pelkästään rahoitusmallin asia. Tehokkain tapa vaikuttavuuden parantamiseksi olisi kerätä yhteismitallista tietoa sote-palveluyksiköiden laadusta ja kustannustehokkuudesta. Näin tunnistettaisiin parhaat toimintayksiköt, joita voitaisiin hyödyntää enemmän ja toimivia malleja kopioida. Toisaalta

tunnistettaisiin heikoimmat suoriutujat eli kehittämispotentiaali. Mikäli heikompien toimintayksiköiden laatua ja tehokkuutta saadaan parannettua lähemmäs parhaita, saavutetaan parempi laatu, saatavuus ja miljardisäästöt.

4. **Miten voimme avata tarvekerroinmallin, jonka perusteella jaetaan miljardeja, tutkijoiden käyttöön avoimeksi (tällä hetkellä ei ole)? Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin huomioida alueellisesti?**

   Tarvekerroinmalli ja siihen liittyvät oletukset ja analyysit on avattava kaikkien arvioijien käyttöön kokonaisuudessaan. Mallin on arvioitu sisältävän merkittäviä puutteita, ja kunnollinen vertaisarviointi parantaisi mallia varmasti.

5. **Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia tulisi parantaa ja laajentaa? Miten sosiaalipalveluiden laskentaa kehitetään?**

   Sairausluokituksia (ja tarvittaessa muita tarvekertoimia) tulisi kehittää siten, että ne kattaisivat merkittävän valtaosan (esimerkiksi vähintään 80 prosenttia) terveydenhuollon kustannuksista. STM:n on tehtävä yhteistyötä sairaanhoitopiirien kanssa tavoitteen täyttymiseksi. Sairausluokitusmalli on vertaisarvioitava ennen käyttöönottoa. Sosiaalipalvelujen osalta tulisi tehdä vastaava arvio, jossa peilataan tarvekerroinmallin muodostamaa rahoitusta eri palvelujen nykyisiä kustannuksia vasten.

6. **HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54 % sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?**

   -

7. **Miten yliopistosairaaloiden toiminta ja kustannustaso huomioitaisiin kattavammin**?

   -

8. **Miten kannustinvaikutusongelmilta aiotaan välttyä?**

   Rahoituslain 10 §:n mukaan toteutuneet kustannukset otetaan huomioon myöhempien vuosien rahoituksessa. Mikäli jokainen hyvinvointialue ylittää rahoituksensa vaikkapa kolmella prosentilla, lisää tämä kaikkien rahoitusta kolmella prosentilla kaksi vuotta myöhemmin. Tämä mekanismi tulee käyttöön heti uudistuksen alussa. VM:n arvion mukaan vuosien 2023–2035 aikana hyvinvointialueiden todelliset sote-menot ovat joka vuosi keskimäärin 0,57 miljardia euroa suuremmat, kuin rahoitusmallin ”perusrahoitus”. Hyvinvointialueiden rahoitusvajeesta muodostuu krooninen heti uudistuksen alussa. Tilanteesta uhkaa muodostua hyvin ongelmallinen.

9. Miten alueiden todellisen itsehallinnon puutteen ongelmalta aiotaan välttyä?

Järjestämislain 25 §:n mukaan hyvinvointialue ei saisi toteuttaa merkittäviä investointeja tai sopimuksia ilman STM:n hyväksyntää. Ministeriö voisi järjestämislain 26 §:n nojalla hylätä esimerkiksi hyvinvointialueen sairaalainvestoinnin, mikäli investointi voitaisiin STM:n mielestä toteuttaa kustannustehokkaammin hyvinvointialueiden välisenä yhteistyönä. Alueilla ei siis ole itsehallintoa monissa perustavaa laatua olevissa kysymyksissä.

Hyvinvointialueille annetaan perustuslain mukainen vastuu huolehtia palvelujen riittävästä saatavuudesta alueensa asukkaille. Vastuu on sama, kuin kunnilla tällä hetkellä. Esitys kuitenkin kaventaa kahdella tavalla hyvinvointialueen valtaa ja mahdollisuuksia selviytyä vastuustaan nykyisiin järjestäjiin nähden: 1) järjestäjien keinovalikoima kapenee ja 2) viimekätinen päätösvalta palvelutuotantokokonaisuudesta ei ole järjestäjällä itsellään, vaan valvovilla viranomaisilla sekä sosiaali- ja terveysministeriöllä. Nämä ongelmat on korjattava esityksessä, jotta hyvinvointialueiden itsehallinto olisi todellinen.

Ongelmat voi korjata esityksessä seuraavilla tavoilla:
1) Järjestäjien keinovalikoiman kaventuminen: ostopalvelurajoitteista on luovuttava ja saatettava hyvinvointialueiden mahdollisuudet hankkia palveluja yrityksiltä ja järjestöiltä vähintään vastaaviksi kuin kunnilla tällä hetkellä.

2) Päätösvalta hyvinvointialueille itselleen: palvelutuotantotavoista päättämisen pitää olla yksiselitteisesti järjestäjällä itsellään, minkä vuoksi esityksestä on poistettava epäselvyydet (riittävän oman tuotannon vaade on poistettava) sekä valvovan viranomaisen ja valtion päätösvalta asiassa. Järjestämislakiesityksen 8 § sisältää nykytilaan verraten kokonaan uuden, kaikki sote-palvelut poikkileikkaavan vaatimuksen ”riittävästä omasta tuotannosta”. Vaade on erittäin epätarkkarajainen. Esitys ei määrittele lainkaan, mikä on ”riittävä määrä” hyvinvointialueen omaa tuotantoa suhteessa ostopalveluihin missäkin palvelussa. Jonkun pitäisi lain voimassa ollessa tulkinta kuitenkin tehdä. Tämä tulkinta ei kuuluisi viime kädessä hyvinvointialueelle itselleen, vaan esityksen 24 § ja 42 § mukaan valvoville viranomaisille ja ministeriölle.

STM on vahvistanut sähköpostitse syyskuussa 2020 Hyvinvointiala HALI ry:lle, että järjestämislain 24 § mukaan *”Valvontaviranomaiset valvovat järjestämislain mukaista toimintaa eli sote-maakunnan palvelujen järjestämistä ja tuottamista. Eli valvovat myös ”riittävän oman tuotannon” toteutumista ja järjestäjän järjestämistehtäviä. STM käy neuvottelut sote-maakuntien kanssa ja antaa tässä yhteydessä ohjausta. Avilla ja Valviralla on valvontatoimivalta eli oikeus käyttää määräyksiä ja pakkokeinoja jne. sote-maakuntiin.”* On selvää, että valvova viranomainen pyrkii varmistamaan, että omaa tuotantoa on varmasti riittävästi ja että ostopalveluja ei varmasti ole ”liikaa”. Tällöin hyvinvointialueen oma näkemys jää valvovalle viranomaiselle toiseksi.

10. Hallitus (sote-minry) on päättänyt veromallin edistämisestä. Milloin hyvinvointialueilla on verotusoikeus käytössä?

-

11. Kuinka suuri vaikutus on kerätyn datan epäyhtenäisyydellä?

Sote-palveluista kerätty data on paitsi epäyhtenäistä, myös puutteellista. Keskeinen mahdollisuus sote-palvelujen kustannuskasvun hillinnälle muodostuu heikomman tuottavuuden palvelutuotantoyksiköiden nostamisesta parempien tasolle. Mikäli kaikkien kuntien tarvevakioidut sote-kustannukset olisivat parhaan kunnan tasolla, olisivat sote-palvelujen kustannukset 4,6 miljardia euroa pienemmät. Potentiaali on siis valtava ja vähintään puolen miljardin säästö keskipitkällä aikavälillä on täysin realistinen, mikäli yhteismitallista laatu- ja kustannusdataa voidaan hyödyntää palvelujen kehittämiseen.

Tietoon perustuvan palvelukehittämisen potentiaali on ehdottomasti hyödynnettävä sote-uudistuksessa. Hyvinvointialueita on velvoitettava raportoimaan eri sote-palvelujen keskeiset laatu-, saatavuus- ja kustannustiedot yhteismitallisesti THL:lle, jonka tehtävä on julkaista tulokset ja yhdessä tutkimuskentän sekä hyvinvointialueiden kanssa kehittää palveluja paremmiksi. Sote-esityksessä tämä mahdollisuus loistaa poissaolollaan.

12. Miten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä kehitetään?

-

13. Miten vastaatte arvioon rahoituksen kohdennuksen väärästä painopisteestä? Miten nykyiseen kohdennukseen (asukasmäärän osuus) on päädytty? Miksi on päädytty tähän prosenttirajaukseen?

-

14. Vähenisikö rahoituksenjaossa asukasmäärän osuuden kasvattaminen tarvekerroinmallissa havaittuja epätarkkuuksia?

Asukasmäärään perustuvan osuuden kasvattaminen vähentäisi tarvekerroinmallissa havaittujen epätarkkuuksien ja puutteiden euromääräistä vaikutusta. Tämä edistäisi rahoitusmallin selkeyttä ja ennakoitavuutta, mutta aiheuttaisi riskin rahoituksen riittämättömyydestä erityisesti kasvukeskusten ulkopuolisilla, ikääntyneillä ja vähäväkisillä alueilla. Rahoitusmallia on muutettava ennen, kuin lakeja voidaan hyväksyä. Muutokset on tehtävä tutkijoita ja asiantuntijoita kuullen, jotta rahoitusmallista saadaan mahdollisimman toimiva.

15. Miten terveydenhuollon rahoitus riittää tällä tasolla ja miksi ei pyritä Pohjoismaiselle tasolle?

THL:n mukaan terveydenhuollon osuus bkt:sta (sis. palvelujen lisäksi myös esim. lääkkeet) oli Pohjoismaissa keskimäärin 9,8 prosenttia vuonna 2018. Suomessa terveydenhuoltomenojen bkt-osuus oli THL:n mukaan 9,0 prosenttia vuonna 2018. Ero

Pohjoismaiseen keskiarvoon on siis 7,9 prosenttia. Vielä vuonna 2013 Suomi oli Pohjoismaiden keskiarvon yläpuolella 9,8 prosentin bkt-osuudella, kun keskiarvo oli 9,6 prosenttia. Tämän jälkeen Suomen bkt-osuus on laskenut, Norjan noussut, ja muiden pysynyt varsin vakaana. Terveydenhuollon menokehitys on ollut Suomessa maltillista vuodesta 2014 alkaen samaan aikaan, kun bkt:n kasvu on ollut kohtalaista. Terveydenhuollon rahoituksessa ei siis ole erityisen dramaattista eroa muihin Pohjoismaihin. Terveydenhuollon rahoituksen kasvattaminen ei pitäisi olla myöskään mikään itseisarvo, vaan terveydenhuollon pitäisi pyrkiä pääsemään sille asetettuihin tavoitteisiin mahdollisimman vähäisellä rahoituksella. Tämä ei tarkoita leikkauksia, vaan palvelujen tuottavuuden kasvattamista.

Terveydenhuollon rahoituksen taso ei olisi ongelma, mikäli heikoimpien palvelutuotantoyksiköiden tuottavuus ei olisi niin pieni. Suuret tuottavuuserot näkyvät muun muassa kuntien tarvevakioitujen sote-menojen vertailussa. Heikoimman kuntakymmenyksen tarvevakioidut menot ovat yli kolmanneksen parasta kuntakymmenystä suuremmat. Kustannusten lisäksi myös laadussa ja saatavuudessa on merkittävät erot. Esimerkiksi Helsingissä terveysasemien saatavuutta kuvaavan T3-lukujen välillä on moninkertaiset erot, vaikka rahoituspohja on sama. Resurssit pitäisi keskittää heikkojen tuotantoyksiköiden toiminnan kehittämiseen. Tarvittaessa on hyödynnettävä ostopalveluja.

Sote-uudistuksen ironiaa on, että merkittävät muutoskustannukset ja rahoitusmallista puuttuva perälauta tarkoittavat sitä, että sote-menot voivat helposti nousta ohi muiden Pohjoismaiden bkt-osuudella mitattuna. Tällöin ei kuitenkaan saavuteta lisää hyvinvointia, vaan käteen jää pelkästään tehottomampi ja kalliimpi järjestelmä.

16. Miten vastaatte kasvukaupunkien esittämään palautteeseen?

-

17. Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu, miten kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen jää rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mitkä olisivat ensisijaisia ehdotuksia kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?

-

Kaikille asiantuntijoille:

18. Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?

Kustannusten lähtötaso tulisi paremmin huomioitua, kun rahoitusmalli sisältäisi esimerkiksi sote-alan tutkimuksen ja koulutuksen elementtejä, jotka painottuvat yliopistosairaaloiden alueelle. Alueellisten kustannusten huomioon ottamiseksi tulisi

selvittää, voisiko yhdestä maakuntaindeksistä kehittää alueelliset maakuntaindeksit, jossa esimerkiksi työvoiman ja vuokrien kustannustaso huomioitaisiin.

19. Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?

Sairausluokituksia (ja tarvittaessa muita tarvekertoimia) tulisi kehittää siten, että ne kattaisivat merkittävän valtaosan (esimerkiksi vähintään 80 prosenttia) terveydenhuollon kustannuksista. STM:n on tehtävä yhteistyötä sairaanhoitopiirien kanssa tavoitteen täyttymiseksi. Sairausluokitusmalli on vertaisarvioitava ennen käyttöönottoa. Sosiaalipalvelujen osalta tulisi tehdä vastaava arvio, jossa peilataan tarvekerroinmallin muodostamaa rahoitusta eri palvelujen nykyisiä kustannuksia vasten.

20. Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?

Rahoitusmalliin sisältyy riski siitä, ettei esimerkiksi mielenterveyspalveluita resursoida riittävästi, koska rahoitusmallin sairausluokitukset kattavat HUSin kustannuksista ylipäänsä vain puolet. Lisäksi yli 50 000 ihmistä (joista 12 000 nuoria) saa vuosittain Kelan kokonaan korvaamaa psykoterapiaa. STM pyrkii ajamaan Kelan toimivat palvelut alas terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen osana. On epäselvää, millä tavalla Kelan kuntoutuspsykoterapian palvelut ja niiden mahdollinen alasajo on huomioitu rahoitusmallin laatimisessa. Rahoitusmallista on tehtävä palvelukohtainen arvio, jossa keskeisten sote-palvelujen rahoituksen riittävyyttä arvioidaan nykytilaan peilaten.

21. Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?

Rahoitusmallin taustalla olevat laskelmat ja oletukset on avattava julkiseksi. Rahoitusmallin vaikutukset on arvioitava poikkitieteellisessä arviointiryhmässä. Rahoitusmallin arvioinnin keskeisinä kriteereinä pitäisi olla esimerkiksi mallin vaikutukset sote-palvelujen tuottavuuteen, saatavuuteen ja julkisen talouden kestävyyteen.

22. Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti?

Kun tarvekerroinmalli selittää erikoissairaanhoidon suuren toimijan eli HUSin kustannuksista vain puolet, niin malliin sisältyy käytännössä useiden miljardien eurojen epävarmuus. Sen selvittäminen, kuinka suuriin lopullisiin virheisiin malli johtaisi esimerkiksi eri alueiden tai palvelujen ja niitä käyttävien ihmisryhmien välillä, vaatisi perusteellisen arvioinnin. STM on laadittava arvio rahoitusmallin toimivuudesta ja kehitysmahdollisuuksista yhdessä parhaiden asiantuntijoiden kanssa. Mallia on kehitettävä ennen, kun lainsäädäntö voidaan hyväksyä.

23. Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?

Asukasmäärään perustuvan rahoitusosuuden kasvattaminen vähentäisi tarvekerroinmallissa havaittujen epätarkkuuksien ja puutteiden euromääräistä vaikutusta. Tämä edistäisi rahoitusmallin selkeyttä ja ennakoitavuutta, mutta aiheuttaisi riskin rahoituksen riittämättömyydestä erityisesti kasvukeskusten ulkopuolisilla, ikääntyneillä ja vähäväkisillä alueilla. Rahoitusmallia on muutettava ennen, kuin lakeja voidaan hyväksyä. Muutokset on tehtävä tutkijoita ja asiantuntijoita kuullen, jotta rahoitusmallista saadaan mahdollisimman toimiva.

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

Esitys on selvä heikennys suomalaisten hyvinvoinnille, jos sitä ei muuteta lainkaan.

Esitys olisi neutraali, jos ostopalvelumahdollisuudet sallitaan hyvinvointialueille, kuten kunnilla tällä hetkellä ja jos kustannusten kasvua hillitseviä mekanismeja tuodaan esitykseen aidosti mukaan.

Esitys parantaisi suomalaisten palveluja, jos ostopalvelumahdollisuudet paitsi sallitaan, tuottajien vertailuun ja parhaan valintaan myös kannustetaan, hyvinvointialueille lisätään vahvat kannusteet ja perälauta järjestää palvelut kustannustehokkaasti ja tuottavasti, ja jos tiukennettu hoito- ja hoivatakuu säädetään koskemaan kaikkia sote-palveluja, ja niiden noudattamista valvotaan.

Sote-uudistuksen tavoitteena on parantaa palvelujen saatavuutta ja kaventaa eriarvoisuutta, minkä lisäksi sen tavoitteena pitää myös olla kustannusten kasvun hallinta. Hoitoa ja hoivaa tarvitaan suomalaisten eläköityessä koko ajan enemmän, mutta laatutaso ei saa laskea – päinvastoin. Samaan aikaan veronmaksajien määrä vähenee, eli resurssit eivät lisäänny. Yhtälö on ratkaistava tuottavuuden kasvattamisella ja tehokkaimpien palvelutuotantotapojen etsinnällä. Tätä esitys ei tee.

Tavoitteisiin pääsyn sijaan esitys pahentaa palvelujen heikon saatavuuden ongelmaa, sillä kaikkien resurssien käyttöä rajoitetaan, eikä tehokkaita keinoja tuoda tilalle. Esityksen mukaan järjestämisvastuun siirto nykyistä suuremmille alueille parantaa palvelujen saatavuutta. Näin ei kuitenkaan ole. Pelkkä rakenteen siirto ei lyhennä jonoja. Toiminnan pitäisi muuttua, mutta siihen esitys ei tarjoa eväitä.

Tavoite kustannusten kasvun hillinnästä ei toteudu – esitys ei sisällä yhtään vaikuttavaa keinoa tähän, mutta estää toimivia keinoja.

Tavoite eriarvoisuuden kaventamisesta ei toteudu, vaan ongelma syvenee. Paremmin toimeentulevat ottavat terveysvakuutuksen, kun julkisten palvelujen jonot eivät lyhene. Kun kustannusten kasvun taitto ei onnistu, on karsittava esimerkiksi lähipalveluista alueellisen yhdenvertaisuuden kustannuksella. Yhdenvertaisuus perustuu myös palvelujen saamiseen matalalla kynnyksellä, ja erilaisten asiakasryhmien tarpeiden huomioimiseen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatioon. Näitä esityksessä ei ole huomioitu riittävästi.

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

Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetaan tällä hetkellä noin 17 % julkisrahoitteisista sote-palveluista. Tämä osuus tulisi pienenemään. Ostettavien palvelujen luonne muuttuisi täysin. Yksityisillä toimijoilla on tarjota julkisen palvelujärjestelmän käyttöön tilojen, laitteiden ja henkilöstön muodostamia resursseja, mutta myös vahvaa innovaatiovoimaa ja kehittämisosaamista tuottaa palvelut tavoitteiden mukaisesti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Näistä kolmesta voimavarasta vain resursseja voisi jatkossa ostaa ja niitäkin hyvin rajoitetusti.

Kuntalain 9 § mukaan kunta tai kuntayhtymä voi tuottaa palvelut itse tai hankkia palvelut yksityiseltä toimijalta. Tähän verrattuna hallituksen sote-esitys rajoittaisi hyvinvointialueiden ostopalvelumahdollisuuksia erittäin paljon:

- Kaikenlaisten kokonaisuuksien hankkiminen olisi kiellettyä (esimerkiksi hyvinvointialueen kaikki lastensuojelupalvelut, kaikki silmäpalvelut, kaikki kotihoitopalvelut, kaikki terveysasemapalvelut, kaikki vammaisten asumispalvelut jne.)
- ”liian suuren määrän” hankkiminen mistään palvelusta olisi kiellettyä (esimerkiksi liian suuri määrä lastensuojelupalveluja, liian suuri määrä silmäpalveluja, liian suuri määrä kotihoidon palveluja, liian monta terveysasemaa, liian paljon vammaisten asumispalveluja jne.) – esitys ei kuitenkaan kerro, mikä on ”liian suuri määrä”
- Yksityisen palveluksessa oleva ei saisi tehdä erikoissairaanhoidon hoitoonottopäätöksiä ja hoitoratkaisuja (vain virkalääkäri voisi)
- Edellinen tekee hankalaksi paitsi erikoissairaanhoidon osakokonaisuuksien hankkimisen, myös vuokralääkäritoiminnan erikoissairaanhoidossa, koska hoitoonottopäätöksiä ja hoitoratkaisuja on vaikea erottaa tosiasiallisesta hoitotoiminnasta, ja vuokralääkäri tarvitsisi näitä päätöksiä tehdessään virkalääkäristä ”päällystakin” päätöksilleen
- Ympärivuorokautisen päivystyksen hankkiminen on kiellettyä
- Ympärivuorokautisessa päivystyksessä vuokrattua työvoimaa voisi käyttää enintään 49 prosenttia
- Alihankintaa (ml. ammatinharjoittajien käyttö) on rajoitettu enintään 49 prosenttiin
- Osa työterveyshuollon ostopalveluista hankaloituisi, kallistuisi tai muuttuisi mahdottomiksi, koska näissä käytetään nyt paljon ammatinharjoittajia
- Erikoissairaanhoidon toimenpiteiden ostaminen (kuten kaihileikkaukset) hankaloituisi, kallistuisi tai muuttuisi mahdottomiksi, koska näissä käytetään nyt paljon ammatinharjoittajia
- Terapiapalvelujen (fysioterapia ja psykoterapia) palvelujen hankkiminen hankaloituisi, kallistuisi tai muuttuisi mahdottomaksi, koska näissä käytetään nyt paljon ammatinharjoittajia

- Neuvolapalvelujen ulkoistaminen olisi tosiasiallisesti kielletty
- Terveysasemien ulkoistaminen hankaloituisi, kun neuvolatoiminta irrotettaisiin siitä
- Ns. kokonaisulkoistukset olisi tosiasiallisesti kielletty (koska hankintalaki ei salli niin olennaisten muutosten tekemistä sopimuksiin, kuin sote-esityksen mukainen lainsäädäntö velvoittaisi tekemään)
- Eräät sopimukset pitäisi mitätöidä taannehtivasti

Sallittuja ostopalvelumuotoja olisivat selvästi vain

- Palvelusetelien käyttö (mutta ei ”liikaa”, koska myös palvelusetelillä hankittavissa palveluissa pitäisi olla ”riittävästi omaa tuotantoa”)
- Vuokratyövoiman käyttö (mutta ei ”liikaa” eikä päivystyspalveluissa yli 49 prosenttia)

Hyvinvointialueen olisi pakko tuottaa itse loput palveluista, halusi se tai ei, ja riippumatta siitä onko tämä tarkoituksenmukaista ihmisten palvelujen kannalta.

Ne yksityiset palveluntuottajat, jotka siihen pystyvät, suuntaavat kehittämisvoimaansa julkisten palvelujen kehittämisen sijaan yksityisrahoitteisiin palveluihin ja esimerkiksi työterveyshuoltoon. Nämä palvelut kehittyvät ja niille riittää jatkossakin kysyntää, koska esityksen mukaan toteutuva sote-uudistus ei paranna julkisten palvelujen saatavuutta. Mikäli monikanavarahoituksen purkamisen yhteydessä Kela-korvaukset lakkautetaan tai niitä yhä vähennetään, vain nykyistäkin varakkaammat pystyvät ja myös käyttävät yksityisiä palveluja.

Osa yksityisistä toimijoista todennäköisesti tutkii myös mahdollisuuksia toimia toisissa EU-maissa Suomen sijaan. Tämä siksi, että EU:n potilasdirektiivi sallii EU-kansalaisten (jatkossa myös suomalaisten) hakeutua toiseen EU-maahan kiireettömään terveydenhuoltoon myös yksityisille toimijoille. Potilaan kotikunta maksaa hoidon kotikunnan julkisen mukaan. Potilas maksaa vain julkisen asiakasmaksun.

Alihankintasääntely hankaloittaa erityisesti pienten palveluntuottajien mahdollisuuksia tarjota palveluja julkiselle ostajalle. Sosiaalipalvelujen pienet palveluntuottajat kärsivät ”riittävän oman tuotannon” vaatimuksesta ja julkisen palvelutuotannon kasvamisesta. Moni pienistä palveluntuottajista joutunee lopettamaan tai myymään toimintansa. Ala houkuttaa yrittäjyyteen jatkossa nykyistä vähemmän.

26. 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?

Esityksessä rajoitetaan monin tavoin hyvinvointialueiden mahdollisuuksia hyödyntää yksityistä palvelutuotantoa. Esimerkiksi terveysasemaulkoistukset eivät olisi käytännössä mahdollisia, koska terveysasematoimintaan kiinteästi liittyviä neuvolapalveluja ei voisi hankkia ostopalveluna. Myöskään erikoissairaanhoidossa ostopalveluja ei voisi hyödyntää,

koska erikoissairaanhoidossa tehtävät hoitoratkaisut tulisi tehdä virkalääkärin työnä. Tämä estäisi myös Sydänsairaalan ja Coxan toiminnan nykymuodossaan.

Ostopalveluilla on onnistuttu pienentämään sote-menoja merkittävällä tavalla. Tampereen yliopiston tutkimuksen mukaan sote-palvelut valtaosin ulkoistaneissa kunnissa sote-menot ovat pienentyneet keskimäärin viisi prosenttia verrokkikuntiin nähden. Tämä tarkoittaa kymmeniä miljoonien eurojen säästöjä palvelujen saatavuuden ja laadun heikentymättä.

Säästöjen lisäksi ostopalveluilla on saatu parannettua palvelujen saatavuutta. Esimerkiksi Espoossa ulkoistetulla terveysasemalla hoidon saatavuutta kuvaava T3-luku oli vuoden 2020 lopussa 6 eli terveysaseman lääkäreiden kolmas vapaa aika löytyi keskimäärin kuuden päivän sisällä. Espoon kaupungin itse operoimien terveysasemien T3-luvut olivat 65–90. Ostopalvelujen hyödyntäminen on parantanut palvelujen saatavuutta merkittävästi.

Sote-esitys estäisi kaikki edellä mainitut sote-palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta parantavat ostopalvelut. Näin ollen uudistus heikentäisi palvelujen tuottavuutta. Asian on ehdottomasti muututtava. Nykyisten ja menneiden sopimusten lisäksi erityisen oleellista on, että hyvinvointialueilta katkaistaisiin mahdollisuuksia tulevaisuudessa arvioida, miten mikäkin palvelu kannattaa tuottaa.

27. 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?

Esityksessä edellytetään, että tulevat hyvinvointialueet tuottavat ”riittävän” määrän palveluista itse. Sitä, mikä on ”riittävä” määrä omaa tuotantoa, esitys ei määrittele ja täten rajanveto sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon hyödyntämisen kohdalla on joka tilanteessa epäselvä ja tulkinnanvarainen. Järjestämislakiesityksen 24 § ja 42 §:n mukaan asiaa valvovat aluehallintovirastot ja viime kädessä se jää sosiaali- ja terveysministeriön ratkaistavaksi ministeriöiden ja hyvinvointialueiden neuvotteluissa.

Riittävän oman tuotannon vaatimus ei koske vain niin kutsuttuja kokonaisulkoistussopimuksia tai muita harvoja laajempia ulkoistuksia, vaan kaikkia hankittavia sosiaali- ja terveyspalveluja. Vaatimus koskee erikseen jokaista sosiaalipalvelua, jokaista terveyspalvelua ja jokaista näiden erikoisalaa. Oman palvelutuotannon on oltava riittävää myös hyvinvointialueen jokaisella maantieteellisellä alueella.

Sote-esitys on sisäisesti ristiriitainen yksittäisten terveysasemien ulkoistusten osalta ja täten epäselvä yksityisen palvelutuotannon hyödyntämisen osalta. Yhtäältä sote-esityksessä todetaan, että (riittävän oman palvelutuotannon vaatimuksesta huolimatta) olisivat esimerkiksi hyvinvointialueen yksittäisten terveysasemien ulkoistukset mahdollisia (HE s. 672). Käytännössä neuvolapalveluita koskevan sääntelyn johdosta näin ei tosiasiassa kuitenkaan olisi. Esityksessä todetaan, että hyvinvointialueen olisi perusteltua säilyttää omana toimintanaan terveydenhuoltolain 15 §:ssä tarkoitetut neuvolapalvelut (HE s. 686).

Neuvolapalvelut ovat tyypillisesti olleet olennainen osa ulkoistuksia ja niiden ulkoistusten kielto tekee kaikista terveysasemaulkoistuksista epätarkoituksenmukaisia.

28. Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. Kuinka arvioitte sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia ja riskejä kuntatalouden näkökulmasta?

Sote-esityksen mukaan tietyt ostopalvelusopimukset tai niiden osat mitätöityisivät 1.1.2026 lukien. Esityksen mukaan hyvinvointialue voisi päättää irtisanooko se ns. kokonaisulkoistukssopimukset, ja vain osa sopimuksista mitätöityisi. Todellisuudessa ns. kokonaisulkoistussopimustenkaan irtisanominen ei jäisi hyvinvointialueiden harkintaan, sillä niistä jokaiseen pitäisi tehdä muutoksia, joiden tekemistä hankintalaki ei salli irtisanomatta sopimuksia.

Tällä hetkellä on esimerkiksi 10 sote-palvelut valtaosin ulkoistanutta kuntaa, joiden sopimukset ulottuvat yli mitätöitymispäivämäärän. Pelkästään ns. kokonaisulkoistussopimusten mitätöitymispäivän jälkeen jäljellä oleva arvo on yli miljardi euroa. Näiden lisäksi on lukuisia ostopalvelusopimuksia muun muassa erikoissairaanhoidon palveluissa. Valtion tai kuntien mahdollinen korvausvastuu voisi nousta miljardiluokkaan, mikäli muutoksia esitykseen ei tehdä. Oikeudenkäynneiltä ei vältyttäisi.

29. Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Yksi suurimmista sote-palveluja uhkaavista riskeistä on työvoiman heikko saatavuus. TEM:n ammattibarometrin mukaan 15 suurimman työvoimapulan ammateista 11 on sote-alan ammatteja. Millään muulla alalla työvoimapula ei ole läheskään yhtä paha. Sote-uudistus ei valitettavasti paranna tilannetta mitenkään. Päinvastoin, kaikkien ostopalvelujen voimakas rajoittaminen pahentaa erityisesti julkisen sektorin työvoimapulaa. Myös esimerkiksi virkalääkärivaatimuksilla estetään lääkäreiden joustava toiminta ja pahennetaan vakavasti lääkäripulaa. Ostopalvelujen rajoittamisella estetään kaikin tavoin osaltaan uusien digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoa ja tuottavuuden parantamista, joka lievittäisi työvoimapulaa.

Ostopalvelujen rajaaminen esityksellä monin tavoin ei vapauta työvoimaa hyvinvointalueiden käyttöön. Yksityisten palveluntuottajien kehittämistyö jatkuu tulevaisuudessakin.

30. 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?

-

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

Kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseksi ovat olemattomat. Mikäli hyvinvointialueet ylittävät budjettinsa, lisätään niiden rahoitusta myöhempinä vuosina. Kannustimia annetussa rahoitusraamissa pysymiseen ei ole. Hyvinvointialueilla on lisäksi vahva oikeus lisärahoitukseen.

32. Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Tähän on arvioitu asiantuntijakuulemisessa sisältyvän riski siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi ns. ”ei kenenkään maaksi”. Miten arvioitte väitettä?
Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni, se herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön?

Hallituksen esityksessä ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus sote-rahoituksesta on asetettu vain yhteen prosenttiin. Osuus on lohduttoman pieni, joten sen kannustavuus on varsin kyseenalainen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tarvittaisiin eniten juuri nyt, kun suuret ikäluokat ovat siirtymässä sote-palvelujen suurkuluttajiksi. Hyvinvointialueille tarvitaan vahvat kannustimet parantaa esimerkiksi ikäihmisten hyvinvointia, jolloin raskaiden sote-palvelujen tarvetta voitaisiin lykätä tulevaisuuteen. Talousvaikeuksissa oleva hyvinvointialue pyrkii ensisijaisesti täyttämään lakisääteiset vaatimukset, kuten ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoitukset. Muut palvelut, kuten nuorten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, voivat siten valitettavan helposti jäädä aliresursoiduiksi.

33. Asiantuntijalausunnoissa on kannettu huolta kuntien investointikyvystä ja lainakannan hoito- ja takaisinmaksukyvystä veropohjan muuttuessa ja rahoituksen siirtyessä valtionosuuspainotteisemmaksi. Miten arvioitte väitettä?

-

34. Potilasdirektiivin implementoiminen: Asiantuntijakuulemisessa on arvioitu, että Suomi voi joutua korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Miten arvioitte väitettä?

On selvää, että Suomi joutuu korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Suomen hallitus ei ole vastannut siihen, korjataanko laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta potilasdirektiiviä vastaavaksi. Komissio käynnisti rikkomusmenettelyn Suomea vastaan jo vuonna 2015. Tähän asti Suomi on vastannut komissiolle, että potilasdirektiivin implementointi korjataan sote-uudistuksen yhteydessä. Nykyinen sote-uudistus ei kuitenkaan sisällä korjausta implementointiin toisin kuin Sipilän hallituksen sote-esitys olisi sisältänyt. Päinvastoin, monikanavarahoituksen purkamisen myötä ollaan mahdollisesti ajamassa alas jopa yksityisen terveydenhuollon Kela-korvauksia, joiden varaan implementointi tällä hetkellä rakentuu.

35. Kuulemisessa on esitetty, että hyvinvointialueille siirtyvät valtion takaamat lainat, joiden korko ei muutu, muodostavat kiellettyä valtion tukea alueille. Miten arvioitte väitettä ja riskiä sekä notifioinnin tarvetta siirtyvien lainojen osalta?

-

36. 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?

On välttämätöntä, että yhtiöitä kohdellaan samalla tavalla riippumatta siitä, onko niiden omistajuus julkista vai yksityistä. Muut ratkaisut olisivat muun muassa kilpailuneutraliteetin ja valtiontukisääntelyn mahdotonta yhteensovittaa.

Olisi erittäin perusteltua, että Sydänsairaalan ja Coxan palveluita ja osaamista voidaan hyödyntää jatkossakin täysimääräisesti. On kuitenkin todettava, että järjestelyt, joilla julkisomisteisille yhtiöille luotaisiin niiden toiminnan turvaava erityisasema, asettaisivat sote-esityksen valmistelussa tehdyt perusratkaisut entistäkin kyseenalaisempaan valoon. Sote-esityksen valmistelussa on kritiikille alttiilla tavalla katsottu, etteivät hyvinvointialueet voi turvata perustuslaissa säädettyjen oikeuksien toteutumista, ellei hyvinvointialueilla ole riittävästi omaa palvelutuotantoa. Perustuslaki velvoittaa nimenomaan julkista valtaa turvaamaan näiden oikeuksien toteutumisen, eikä minkään yhtiön ole katsottu hoitavan tätä julkista valtaa.

Täten sääntely johtaa siihen, että järjestämislain 12 § ulkoistamisrajoitukset koskevat myös Coxan ja Sydänsairaalan kaltaisia julkisomisteisia yhtiöitä, eikä niitä katsota

hyvinvointialueiden omaan tuotantoon kuuluviksi. Olisi erittäin kyseenalaista, mikäli yhtäältä pyrittäisiin turvaamaan julkisomisteisten yhtiöiden toimintamahdollisuudet ja toisaalta rajoittamaan useilla tavoilla hyvinvointialueiden mahdollisuuksia hyödyntää yksityisomisteisia yhtiöitä. Tällaisen tarkoitushakuisen tulkinnan sijaan ratkaisu Coxan ja Sydänsairaalan kohdalla olisi hyvinvointialueiden riittävän oman palvelutuotannon vaatimuksen poistaminen.

Virkalääkärivaatimus heikentäisi hoidon saatavuutta, tasoa ja kustannuksia. Esityksen mukaan vain virkalääkäri saisi tehdä erikoissairaanhoidon hoitoon ottamisen päätöksiä, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoratkaisuja. Vaatimus tekee kaikkien erikoissairaanhoidon kokonaisuuksien hankkimisen mahdottomaksi, vähentää hyvinvointialueen mahdollisuuksia tehdä toimivia ratkaisuja ja siten heikentää palvelujen saatavuutta sekä nostaa kustannuksia. Nykyjärjestelmässä kunnat tai sairaanhoitopiirit eivät ole tehneet ulkoistuksia huvin vuoksi, vaan vastatakseen saatavuus- ja kustannushaasteisiin. Ulkoistuksien rajoittaminen supistaa hyvinvointialueiden edellytyksiä vastata saatavuus- ja kustannushaasteisiin ja täten johtaa saatavuuden heikentymiseen ja kustannusten kasvuun. Hyvinvointialue menettää myös mahdollisuuksia saada toiminnalleen verrokkeja, millä voi olla vaikutuksia hoidon tasoon. On kysyttävä, mistä saadaan tarvittavat virkalääkärit kaikille erikoissairaanhoidon aloille kaikille hyvinvointialueen maantieteellisille alueille.

37. **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?**

Näyttää siltä, ettei digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia ole hyödynnetty juuri mitenkään. Esitys ei siis sisällä keinoja palvelutuotannon kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi. Sote-palvelujen kehittämistä hankaloittaa tällä hetkellä sote-palvelutuotannon laatu- ja kustannusdatan puute. Parempi data auttaisi järjestäjiä ja palveluntuottajia yhtäältä tunnistamaan heikkoudet (ts. kehittämispotentiaalin) ja toisaalta parhaat suoriutujat, joiden hyviä käytäntöjä voitaisiin kopioida. Sekä järjestäjät että tuottajat saisivat avoimesta datasta terveen kannusteen laadun ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi.

Parempi tiedon tuotanto ja hyödyntäminen edellyttää kuitenkin uudistuksia sääntelyyn ja hallintoon. On äärimmäisen valitettavaa, että datan hyödyntämisen potentiaali ja vastaavat sote-palveluja parantavat uudistukset loistavat poissaolollaan hallituksen esityksessä. Pelkkä rakenteiden uudistaminen ei uudista palveluja.

Helsinki / Espoo / Vantaa:

38. Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu jääkö kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen ja siihen liittyviin investointeihin riittävästi rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mikä on ensisijainen ehdotus kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?

Kaupunkien aiempien arvioiden perusteella kuntien taloudellista asemaa voitaisiin parhaiten helpottaa palauttamalla sote-esitys valmisteluun.