Vanhempi ekonomisti Jenni Kellokumpu
Johtaja Anna-Liisa Pasanen
Johtava finanssipolitiikan tarkastaja Mika Sainio

Eduskunnan talousvaliokunnalle

Asia: HE 241/2020 vp 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

Kysymyksiä talousvaliokunnalta asiassa HE 241 /2020 vp

Valtiontalouden tarkastusviraston asiantuntijalausunto: HE 241/2020 vp -asiassa esitettyihin kysymyksiin

Talousvaliokunta on pyytänyt tarkastusvirastolta vastauksia esittämiinsä kysymyksiin asiassa HE 241/2020 vp. Tarkastusvirasto vastaa valitsemiinsa kysymyksiin seuraavaa.

Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?
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?

Hyvinvointialueiden rahoitusta koskevan lain 2 §:n ja 3 §:n mukaan vuosittain asetuksella määriteltävillä perushinnoilla säädeltäisiin hyvinvointialueiden kokonaisrahoituksen määrää ja rahoituksen jakautumista eri määräytymisperusteille. Jokaiselle hyvinvointialueelle laskettaisiin terveydenhuollon (painokerroin 59,16 %), vanhustenhuollon (painokerroin 19,78 %) ja sosiaalihuollon (painokerroin 21,06 %) palvelutarvekertoimet, jotka kuvaisivat asukkaiden palvelutarpeita suhteessa maan keskiarvoon. Rahoituksesta kohdennettaisiin yhteensä 82,6 prosenttia palvelutarpeen mukaan, 14,6 prosenttia asukasperusteisesti, ja 5,8 prosenttia muiden määräytymistekijöiden perusteella. Rahoituksen tasossa otettaisiin vuosittain etukäteen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu, kustannustason nousu sekä hyvinvointialueiden mahdolliset uudet tehtävät. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen muutos arvioitaisiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämällä sosiaalimenojen analyysimallilla, ns. SOME-mallilla.

Hallituksen esityksessä kuvatut tarvetekijät ja painokertoimet perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen huhtikuussa 2020 julkaisemaan tutkimukseen, jossa on arvioitu palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia selittäviä tekijöitä. Tutkimus on tarkoitus päivittää ennen uudistuksen voimantuloa ja siihen perustuen säätää vielä vuodesta 2023 lukien sovellettavista tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista vähintään neljän vuoden välein. On hyvä, että tarvetekijöitä, painokertoimia ja palvelutarvetta on tarkoitus arvioida säännöllisesti ajantasaisella yksilötason rekisteriaineistolla ja varautua muuttamaan rahoituksen määräytymisperusteita tulosten perusteella.

THL:n vuosittaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä käsittelevissä asiantuntija-arvioissa sekä valtionosuusaskelmissa hyödynnetään ns. sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus (KUVA)- mittariston indikaattoritietoja. Indikaattoreissa käytetään tietolähteinä mm. kuntien ja kuntayhtymien taloustietoja, sairaanhoitopiirien raportoimia tietoja sairaaloiden tuottavuudesta ja tarvevakioiduista menoista sekä THL:n, Tilastokeskuksen, Kelan ja Valviran rekisteritietoja. Tällä hetkellä tuotannossa on noin 450 KUVA-indikaattoria, joista 40 on kustannusindikaattoria. Mittaristoon sisältyy yhteensä 84 kustannusindikaattoria, joista loput 44 on tarkoitus ottaa tuotantoon vuosina 2024-2025. Tuotannossa ei ole vielä kustannusindikaattoreita mm. seuraavien palvelujen kustannuksista: äitiys- ja neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, toisen asteen opiskelijaterveydenhuolto, lasten- ja nuorten psykiatria, somaattinen erikoissairaanhoito, perustason vastaanotto ja lääkinnällinen kuntoutus. Kustannusindikaattorit puuttuvat kokonaan perusterveydenhuollon tuottavuudesta, sosiaalihuollon avopalveluista, työterveydenhuollosta ja yksityisestä palvelutuotannosta. Tuotantoon on tulossa vuosina 2024-2025 kustannusindikaattoreita hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluista, mielenterveyspalveluista, ensihoidosta sekä hyvinvointialueiden sote-menojen ennakoitua kehitystä ja keskimääräistä menojen vuosikasvua ja alueen maksutuloja kuvaavia indikaattoreita.

On aiheellista huomata, että KUVA-mittariston kehitystyö on edelleen kesken vuonna 2023, kun hyvinvointialueet olisivat aloittamassa toimintaansa. Tästä syystä THL:n valtakunnallisissa ja alueellisissa asiantuntija-arvioinneissa voidaan tällä hetkellä tehdä alustavia havaintoja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä ja palvelujen nettokäyttökustannuksista, mutta päätelmät sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusvaikuttavuudesta eivät ole vielä mahdollisia. Tarkastusvirasto pitää tärkeänä, että KUVA-mittariston tietopohjaa kehitetään edelleen systemaattisesti, jotta tietoa voidaan hyödyntää laajemmin ja tehokkaammin hyvinvointialueiden tilannekuvan vertailussa. Hallituksen esityksessä (241/2020 vp) todetaan, että jatkossa arviointeihin tulisi sisällyttää palvelujen kustannustietojen tarkastelua asiakasryhmittäin. Asiakaskohtaista kustannustietoa voidaan muodostaa laskelmalla kustannukset palvelutapahtumittain ja yhdistämällä ne yksikkökustannuksiin. Tällaista kehittämistyötä tehdään käynnissä olevassa Valtava-hankkeessa.

Tällä hetkellä aliresursoidut sote-palvelut vaikuttavat hyvinvointialueiden saamaan kokonaisrahoitukseen sitä kautta, että tietyn palvelun mahdollisen (esimerkiksi mielenterveyspalveluiden) aliresursoinnin seurauksena kunnilta hyvinvointialueille siirtyvät sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset (jotka määräävät hyvinvointialueiden rahoituksen koko maan tasolla) ovat nykytarpeeseen ja tuotantotapaan nähden alimitoitetut. Hyvinvointialueiden rahoitus on kuitenkin yleiskatteellista, joten rahoitusmalli ei määrää yksittäisen palvelun riittävää resursointia. Hyvinvointialueet voivatkin kompensoida rahoituksen mahdollista alimitoitusta (aiemmin kuvatusta syystä johtuen) tehostamalla palveluiden tuottamista ja uudelleenallokoimalla resursseja eri palveluiden välillä.

Tarkastusvirasto julkaisee kesäkuussa 2021 kaksi tuloksellisuustarkastusta aiheista Sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaus - kuntien taloustiedot ja arviointien hyödyntäminen rahoituksen ohjauksessa sekä Potilas- ja asiakasturvallisuuden ohjaus ja seuranta.

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

Itsehallinnollisina toimijoina hyvinvointialueilla olisi vastuu järjestämiensä palvelujen rahoittamisesta ja oikeus päättää valtion yleiskatteellisen rahoituksen käytöstä sekä palveluista ja muista suoritteista perittävien maksujen yleisistä perusteista ja asiakasmaksuista (laki hyvinvointialueesta, 7–9, 22, 115 §).

Palvelujen hankinnassa yksityiseltä palveluntuottajalta tulee noudattaa lakia julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016) (laki sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä, 12 §). Lisäksi palveluja voisi edelleen hankkia palvelusetelillä.

Tarkastusvirasto toteaa, että ehdotetun lainsäädännön perusteella hyvinvointialueilla on laaja päätösvalta palvelujen järjestämisestä alueellaan. Koska palveluja hankitaan jatkossakin yksityisiltä palveluntuottajilta palveluseteleillä, palvelusetelin käytöstä tulee säätää ennen hyvinvointialueiden toiminnan käynnistymistä. Se on nyt kytketty perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuuta koskevan lainsäädännön valmisteluun.

Sote-järjestämislain 12 §:n ja 13 §:n mukaan yksityisiltä palveluntuottajilta voitaisiin hankkia kaikkia palveluja, joiden hankkimista ei ole erikseen laissa kielletty. Hyvinvointialueen konsernin yhtiöt rinnastuisivat yksityisiin palveluntuottajiin tuottaessaan palveluja hyvinvointialueelle. Yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavaa työvoimaa ja vuokratyövoimaa voisi käyttää vain, jos kyseiset sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt toimisivat hyvinvointialueen työnjohdon suorassa alaisuudessa. Sote-järjestämislain 17 §:ssä säädettäisiin, että yksityinen palveluntuottaja olisi osaltaan vastuussa alihankkijoidensa ohjauksesta ja valvonnasta. Hyvinvointialue arvioisi alihankkijoiden hyväksyttävyyden palveluntuottajalta saamansa selvityksen perusteella ja valvoisi jatkuvasti yksityisiä palveluntuottajia ja niiden käyttämiä alihankkijoita.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan edellä esitetyt säädösehdotukset mahdollistavat laajasti yksityisten palveluntarjoajien käytön hyvinvointialueen palveluntuotannossa, vaikkakin hyvinvointialueen konsernin yhtiöiden rinnastuminen yksityisiin palveluntuottajiin voisi aiheuttaa ongelmia yksittäisissä tapauksissa. Säädös on kuitenkin tarpeellinen kilpailulainsäädännön näkökulmasta. Sote-järjestämislain 14 §:ssä ja 18 §:ssä ehdotetut yksityistä palveluntuottajaa koskevat vaatimukset ja velvollisuudet ovat palvelun laadun ja kustannusten sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden kannalta hyvin perusteltuja. Esitetyn lisäksi yksityisen palveluntuottajan sopimuksen vähimmäisehtoihin tulisi kuulua korvausperusteet ja korvausten taso, palveluntuottajan resurssihallinta sekä omavalvonnan ja riskienhallinnan käytännöt. On oletettavaa, että palvelujen tuottamisen sopimusehdoissa ja korvausperusteissa tulisi olemaan eroja hyvinvointialueiden välillä, mikä voisi vaikuttaa valtakunnallisesti tai monella hyvinvointialueella toimivien palveluntuottajien toimintaan.

Sote-järjestämislain 40–41 §:ssä ja pelastustoimen järjestämislain 16 §:ssä kuvataan omavalvonnan periaatteet, mutta epäselväksi jää, mikä on palveluntuottajilta edellytettävän omavalvonnan yhteys hyvinvointialueen ohjaukseen. Hyvinvointialueen omavalvontaohjelman sisältöjen ja riskienhallinnan keinojen tulisi näkyä myös hyvinvointialueen tekemissä sopimuksissa palveluntuottajien kanssa. Viranomaisvalvonta ja hyvinvointialueen omavalvonta ovat olennaisia kehitettäessä ja arvioitaessa palvelujen laatua, saatavuutta ja vaikuttavuutta. On tärkeää, että alueiden valvontatiedot olisivat vertailukelpoisia keskenään, jotta niitä voitaisiin käyttää kehittämisen ja päätöksenteon tukena. Ehdotettu asetus omavalvonnasta on tarpeellinen ja kiireellinen.

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?

Tarkastusvirasto toteaa, että palvelujen järjestämisvastuun siirtämisestä yhdelle toimijalle hyötyisivät etenkin erilaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaissa (9 ja 10 §) korostetaan palvelujen yhteensopivuutta etenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden välillä (horisontaalinen integraatio) sekä terveydenhuollon perustason ja erityistason palvelujen välillä ja

sosiaalihuollon lähipalvelujen ja erikoispalvelujen välillä (vertikaalinen integraatio). Laissa säädettäisiin siitä, että hyvinvointialueen tulisi huolehtia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä ja hyvinvointialueen olisi toimittava yhteistyössä muiden palvelun tuottajien (kunnan, valtion ja 3. sektorin palveluntuottajien) kanssa. Kaikkien palvelun tuottajien olisi puolestaan noudatettava hyvinvointialueen tietyille väestö- tai asiakasryhmille määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja eli perättäin ja osin yhtäaikaisesti toteutuvia palveluprosesseja. Sovittaessaan yhteen erilaisia palveluja hyvinvointialueen tulisi ottaa huomioon myös muut, kuntien, valtion, järjestöjen, työterveyshuollon ja yksityisten palveluntuottajien tarjoamat palvelut. Kokonaisuudessaan palveluintegraatiota on mahdollista arvioida vasta sen jälkeen, kun hyvinvointialueet ovat määritelleet palvelujen yhteensovittamisen periaatteet, palvelukokonaisuudet ja -ketjut sekä palvelun tuottajien vastuut ja työnjaot.

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla säädettäisiin, miten perustason ja erityistason palvelujen yhteensovittaminen olisi tarkoitus toteuttaa Uudellamaalla poiketen muista hyvinvointialueista. Uudenmaan hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä järjestäisivät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut Uudellamaalla (3 §). Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi Uudenmaan hyvinvointialueilla ja Helsingin kaupungilla olisi velvollisuus kuulua HUS-yhtymään (4 §). Uudenmaan hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki vastaisivat erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä niiltä osin, kuin palvelut eivät kuuluisi HUS-järjestämissopimuksen piiriin tai HUS-yhtymän tehtäviin, jotka määritellään lain 5–8 §:ssä. Lisäksi HUS-yhtymään perustettaisiin moniammatillinen perusterveydenhuollon yksikkö, joka tukisi HUS-järjestämissopimuksessa sovitulla tavalla palvelujen yhteensovittamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon välillä (7 §). HUS-järjestämissopimus olisi Uudenmaan hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin sekä HUS-yhtymän keskinäinen sopimus, jossa sovittaisiin osapuolten työnjaosta ja yhteistyöstä, yhteisistä toimenpiteistä palveluiden yhteensovittamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yhteisestä määrittelemisestä kustannusvaikuttavuuden ja palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi (9 §). Ensimmäinen HUS-järjestämissopimus tulisi solmia vuoden 2024 loppuun mennessä. Hallituksen esityksessä (HE 241/2020 vp s. 339 ja 391) todetaan, että Helsingin kaupungilla ja Uudenmaan hyvinvointialueilla olisi ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä, mikä korostaisi niiden vastuuta perustason palvelujen palveluketjujen ja –kokonaisuuksien toteutumisesta. Uuttamaata koskeva ehdotus parantaisi palveluiden yhteensovittamista sekä yhdenvertaisuutta nykyiseen verrattuna, koska HUS-järjestämissopimus mahdollistaisi tarpeen mukaan sen, että alueiden ja HUS-yhtymän välisestä työnjaosta voitaisiin sopia alueittain eri tavoin. Kansallisella ohjauksella voitaisiin estää osaoptimointia perustason palveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä.

Tarkastusviraston näkemyksen mukaan ehdotettu erillisratkaisu on monimutkainen ja sen onnistuminen ja toimivuus perustuvat pitkälti osapuolten kykyyn päästä yhteisymmärrykseen HUS-järjestämissopimuksen sisällöstä. On hyvä, että ehdotetussa laissa säädettäisiin sopimuksen solmimisen määräajasta sekä valtion mahdollisuudesta edistää ohjauksellaan tavoitteiden mukaisen ratkaisun syntymistä.

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?

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tarkoitettu rahoitus on rahoitusmallin välittömin kannuste hillitä kustannusten kasvua, vaikka sen osuus olisi vain noin yksi prosentti hyvinvointialueiden

kokonaisrahoituksesta (HE 241/2020 vp, s. 936). Hyvinvointialueen rahoituslain mukaan vuodesta 2026 alkaen rahoitus määräytyisi hyvinvointialueen laskennallisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen perusteella, jonka lähtökohtana olisi erikseen valtioneuvoston asetuksella määritettävät hyvinvointialueen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimintaa kuvaavat indikaattorit ja tulosindikaattorit (laki hyvinvointialueiden rahoituksesta, 15 §). Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (6 §) säädettäisiin, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluisi edelleen myös kuntien tehtäviin. Kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmässä otettaisiin käyttöön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosa, jonka tarkoituksena olisi kannustaa kuntia ennaltaehkäiseviin, hyvinvointia ja terveyttä lisääviin toimiin (laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta, 15 §).

Tarkastusvirasto toteaa, että vastuu- ja työnjakoa kuntien ja hyvinvointialueiden välillä sekä muiden toimijoiden (kuten järjestöjen) roolia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tulisi selventää.

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

Uudistuksen jälkeen kuntien veropohja pienenee, mikä voi heikentää kuntien investointikykyä ja lainakannan hoito- ja takaisinmaksukykyä. Näin voi käydä erityisesti väestöään menettävillä ja jo entuudestaan heikon veropohjan kunnilla. Väestöään kasvattavilla ja vahvan elinkeinoelämän kunnilla on todennäköisesti riittävät edellytykset investoida uudistuksen jälkeenkin. Kuntien investointikykyä on kuitenkin syytä seurata ja arvioida uudistuksen jälkeen ja mahdollisesti huomioida valtion kuntatalouden ohjauksessa.

Lisätietoja:

Vanhempi ekonomisti Jenni Kellokumpu, jenni.kellokumpu@vtv.fi; 09 432 5723

Johtaja Anna-Liisa Pasanen, anna-liisa.pasanen@vtv.fi; 09 432 5787

Johtava finanssipolitiikan tarkastaja, mika.sainio@vtv.fi; 09 432 5813