

Markku Pekurinen

9.6.2017

Eduskunta  
Sosiaali- ja terveysvaliokunta  
[stv@eduskunta.fi](mailto:stv@eduskunta.fi)

**Asiantuntijakutsu: Sosiaali- ja terveysvaliokunta perjantai 09.06.2017 klo 08:00 / HE 47/2017 vp**

- HE 47/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta
- HE 15/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi
- HE 52/2017 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisesta

Kiitän mahdollisuudesta antaa lausunto ja tulla kuulluksi yllä mainituista hallituksen esityksistä. Keskityn tarkastelemaan esityksiä erityisesti korvauserusteiden ja kustannusvaikutusten näkökulmasta. Lausunnossa esitetyt näkökohdat ovat henkilökohtaisia näkemyksiäni.

**1) Maakuntien rahoituksen määräytymisperusteet**

**Maakuntien rahoituksen perusteet ovat selkeät ja kaikkien maakuntien kannalta periaatteessa reilut.** Maakuntien rahoituksesta valtaosa on yleiskatteista (86,4 %, 18,4 mrd €) ja pieni, tosin euromääräisesti merkittävä osa (13,6 %, 2,9 mrd €) on käyttötarkoitukseen sidottua.

Maakunnan saama yleiskatteinen rahoitus määräytyy pääosin tarveperusteisesti (89 %), 10 % asukasluvun mukaan ja 1 % maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen aktiivisuuden mukaan.

Tarveperusteisen rahoituksen määräytymisessä keskeiset tarvetekijät ja niille laskettavat painokertoimet pohjautuvat THL:n laatimaan yksityiskohtaiseen, empiiriseen tilastolliseen analyysiin sote-palvelujen käytöstä ja kustannuksista (vuoden 2011 tiedot). Analyysin pohjana ovat laajat yksilötason rekisteritiedot<sup>1</sup>. Samankaltaista analyysia voidaan uudistuksen alkuvaiheessa soveltaa määriteltäessä sote-keskusten ja suun terveydenhuollon yksiköiden riskivakioituja korvauserusteita, edellyttäen että tuoreimmat rekisteritiedot saadaan tutkijoiden käyttöön.

**Vähintään viiden vuoden siirtymäaika menoperusteisesta rahoituksesta tarveperusteiseen rahoitukseen on perusteltu, pidempää siirtymäaika on tulevaisuudessa harkittava.** Uudistuksen käynnistyessä maakuntien tosiasialliset menot ja tarveperusteinen rahoitus poikkeavat joidenkin maakuntien kohdalla merkittävästi toisistaan. Ilman riittävän pitkää siirtymäaika, maakunnassa, jossa tarveperusteinen rahoitus ei riitä menojen kattamiseen, väestön palvelujen saanti vaarantuisi. Maakunnissa, joissa rahoitus ylikompensoi tosiasialliset menot, ylimääräinen rahoitus johtaisi todennäköisesti valtion rahoituksen käyttöön osin tehottomasti ja epätarkoituksenmukaisesti kohteisiin. Kummassakin tapauksessa riittävän pitkää siirtymäaika on välttämätön joko tarpeellisten sopeutustoimien toteuttamiselle tai "lisärahoituksen" käyttökohteiden huolelliselle valmistelulle.

Hallituksen esityksessä tarveperusteisen rahoituksen voittajien ja häviäjien siirtymäaika ja -vauhti (20 %-yksikköä vuodessa 5 vuoden ajan) ovat symmetriset ja yhtä suuret. Häviäjillä tulee

<sup>1</sup> Vaalavuo M, Häkkinen U, Fredriksson S. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. THL, Raportti 24/2013.



Markku Pekurinen

9.6.2017

olemaan vaikeuksia sopeuttaa menot ja toiminta rahoitukseen ja voittajilla vaikeuksia löytää "lisärahoitukselle" viisaita käyttökohteita. **Palvelujärjestelmän tasapainoisen ja häiriöttömän kehityksen turvaamiseksi tulisi harkita siirtymäajan selvää pidentämistä esitetystä viidestä vuodesta.** Lisäksi tarvetekijöiden kriteerit ja niiden painoarvot tulisi kiireesti arvioida uudelleen ja ottaa käyttöön jo uudistuksen alkuvaiheessa.

## 2) Tuottajien korvauserusteet

**Sote-keskusten ja suun terveydenhuollon korvauserusteet ovat selkeät, mutta heikentävät jossain määrin maakunnan mahdollisuuksia kustannuskehityksen hallintaan.** Hallituksen esityksissä ei ole otettu selkeää kantaa maakunnan liikelaitoksen tuotannon korvauserusteisiin. Sote-keskusten ja suun terveydenhuollon yksiköille maksettavien korvausten perusteet on määritelty pääpiirteittäin selkeästi.

**Riski "kermankuorintaan" voi olla ennakoitua vähäisempi.** Maakunnan kaikkien sote-keskusten palvelutuotantoon varatusta määrärahasta vähintään 2/3 maksetaan sote-keskuksille kiinteällä korvauksella (suun terveydenhuollossa vähintään 1/2). Loppuosa määrärahasta, enintään 1/3 (suun terveydenhuollossa vähintään 1/2) maksetaan suorite- ja/tai kannusteperusteisesti. Yksittäisen sote-keskuksen saama kiinteän korvauksen määrä riippuu sen asiakkaiden iästä, sukupuolesta, työssäkäynnistä ja muista sosio-ekonomisista tekijöistä ottaen huomioon asiakkaiden henkilökohtaisen hoidon ja palvelujen tarve.

Yksittäisen sote-keskuksen saamien korvausten kokonaismäärä riippuu sen asiakasmäärästä ja -rakenteesta sekä tuotettujen palvelujen määrästä ja muista maksettavista korvauksista. Yksittäisen sote-keskuksen saaman kiinteän korvauksen määrä voi siten olla alle tai yli 2/3 korvausten kokonaismäärästä. **Mitä iäkkäämpää ja enemmän hoitoa vaativa sote-keskuksen asiakaskunta on, sitä suurempi on sen saama kiinteä korvaus ja mitä suurempi on nuorten ja työssäkävien osuus sote-keskuksen asiakkaista, sitä pienempi on kiinteä korvaus.**

Työterveyshuollon jääminen sote-uudistuksen ulkopuolelle vaikeuttaa oikeudenmukaisen kiinteän korvauksen määrittelyä. Pelkästään asiakkaan työssäkäynnillä ei ole mahdollista täysimääräisesti arvioida, kuinka paljon työterveyshuollon saatavuus vähentää sote-keskuksen palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Tähän sisältyy ilmeinen ylikompensaation riski. Sote-keskuksilla on joka tapauksessa selvä kannuste houkutella vähän sen palveluja käyttäviä työterveyshuollon palvelujen piirissä olevia listautumaan asiakkaiden kesken.

Maakunta pystyy sängen hyvin vaikuttamaan kiinteän korvauksen määrään ja ennakoimaan siitä syntyvät kustannukset.

Palvelujen tuotannon määrästä, laadusta ym. tekijöistä riippuvien (muiden kuin kiinteän) korvausten kokonaismäärä on vaikeammin maakunnan hallittavissa. Näin siksi, että palvelujen tuottaja (sote-keskus, suun hoidon yksikkö) pystyy omilla päätöksillään vaikuttamaan asiakkaan tarvitsemien palvelujen (hoitojen) määrään ja sisältöön ja siten tuloihinsa ja maakunnan menoihin. Tämä palvelujen tarjoajien luoma kysyntä (supplier induced demand)<sup>2</sup> on taloustieteellisessä kirjallisuudessa hyvin tunnettu ilmiö. Tarjoajien luomasta kysynnästä aiheutuva maakunnan kustannusriski on ilmeinen erityisesti valinnanvapauden piiriin tulevissa suun terveydenhuollon palveluissa.

<sup>2</sup> La Belle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier induced demand. Journal of Health Economics 1994, 13, 347-368. doi:10.1016/0617-6296(94)90036-1.

Markku Pekurinen

9.6.2017

### 3) Kustannusvaikutukset

**Kustannusten kasvun hidastamistavoite jää todennäköisesti saavuttamatta (toiminnalliset uudistukset).** Sote-uudistukselle asetettu 3 mrd € kustannusten kasvun jarrutustavoite vuoteen 2029 mennessä on erittäin haasteellinen. Tavoite saavutetaan, jos sotemenojen 2,4 % vuotuinen reaalin kasvuvauhti onnistutaan puristamaan 0,9 %:iin vuodessa. Kun pelkästään väestörakenteen muutoksesta aiheutuva reaalin menopaine arvioidaan 1-1,5 % vuodessa, tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi joko ennen kokemattonta soten tuottavuuden ja tehokkuuden paranemista tai tinkimistä palvelujen saatavuudesta ja laadusta sekä henkilöstön määrästä, laadusta ja ansiotasosta.

Kun varsinkin suomalainen terveydenhuolto on jo nyt EU-maiden keskitasoa edullisempaa<sup>3</sup> (OECD 2016), ja sairaalahoitokin sangen kilpailukykyistä<sup>4</sup> menojen kasvuvauhdin hidastaminen alle prosenttiin voi osoittautua ylivoimaiseksi saavuttaa toiminnan uudistamisen kautta. Aiemmin keskeisenä pidetty ja toimivaksi todettu kustannusten kasvun hillintäkeino<sup>5</sup>, soten vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio, jää hallituksen esityksen myötä pääosin käyttämättä. Maakunta voi tosin käyttää suoran valinnan palveluissa kannustinjärjestelmää, jossa koko hoitoketjusta saatu taloudellinen hyöty jaetaan ketjun eri tuottajien ja maakuntien kesken. Onnistuessaan menettely voi hieman edistää vertikaalisen integraation toteutumista.

Kustannusten kasvun hallinnan keinovalikoimassa pääpaino on sote-palvelumarkkinoiden kehittämisessä yritysmäiseen suuntaan ja kilpailun edistämiseksi. Esimerkkejä tästä ovat tilaajan ja tuottajan erottaminen (maakunta vs. liikelaitos), julkisesti rahoitetun tuotannon avaaminen markkinakilpailulle (sote-keskus, suun hoidon yksikkö, asiakasseteli, henkilökohtainen budjetti) ja monituottajuus. Hallituksen esityksen perusteluissa kuitenkin todetaan, ettei Suomeen soveltuvaa tutkimustietoa kilpailun vaikutuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon menokehitykseen ole<sup>6</sup>.

**Valtion rahoituksen niukka kasvu varmistetaan tiukoilla teknisillä menoraameilla.** Kun toiminnallisilla uudistuksilla saavutettavat taloudelliset hyödyt näyttävät jäävän epävarmoiksi, 3 mrd € hidastustavoitteen saavuttaminen pyritään varmistamaan asettamalla valtion rahoitukselle tiukat rajoitimet. Ensinnäkin, kustannusten kasvu otetaan maakuntien rahoituksessa huomioon vain osittain<sup>7</sup>. Toiseksi, kustannusten kehitystä seurataan uudella maakuntien hintaindeksillä, johon vaikuttavat pääosin yleisen ansiotason (45 %) ja kuluttajahintojen (40 %) kehitys, ei niinkään esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon ansiokehitys tai sairaalalaitteiden ja -tarvikkeiden hintakehitys. Kun maakuntien todellisista menoista valtaosa (82 %) on sosiaali- ja terveydenhuollon menoja, on ilmeistä että valtion rahoituksen sidos sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan ja todellisiin menoihin heikkenee vähitellen ja näin rahoitus erkaantuu toiminnasta. Kolmanneksi, maakuntien lainanotto-oikeus rajataan lyhytaikaiseen lainanottoon. **Nämä kolme rajoitinta yhdessä merkitsevät painetta asiakasmaksujen korottamiseen, jos toiminnallisilla uudistuksilla tavoiteltavat säästöt jäävät saavuttamatta.**

<sup>3</sup> OECD Health at a Glance: Europe 2016, November 2016

<sup>4</sup> Health Economics 24 (Suppl. 2): 5-22. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.v24.S2/issuetoc> ks. myös [www.eurohope.info](http://www.eurohope.info) ja <https://www.thl.fi/fi/-/hoitotulosten-alueelliset-erot-pysyvia-euroopassa-sydananinfarktin-hoidossa-suomi-jalsessa>

<sup>5</sup> THL:n arviointiryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi. THL, raportti 12/2016.

<sup>6</sup> Ks. esim. HE 47/2017 vp, s. 122.

<sup>7</sup> Maakuntaindeksi + 1 % (2020-21); + 0,5 % (2022->) (HE 15/2017 vp, s. 778)



Markku Pekurinen

9 6 2017

#### 4) Yhteenveto

- Maakuntien rahoituksen perusteet ovat selkeät ja kaikkien maakuntien kannalta periaatteessa reilut.
- Vähintään viiden vuoden siirtymäaika menoperusteisesta rahoituksesta tarveperusteiseen rahoitukseen on perusteltu.
- Palvelujärjestelmän tasapainoisen ja häiriöttömän kehityksen turvaamiseksi tulisi harkita siirtymäajan selvää pidentämistä esitetystä viidestä vuodesta.
- Sote-keskusten ja suun terveydenhuollon korvausperusteet ovat selkeät, mutta heikentävät maakunnan mahdollisuuksia kustannuskehityksen hallintaan.
- Kustannusten kasvun hidastamistavoite jää todennäköisesti saavuttamatta.
- Valtion rahoituksen niukka kasvu varmistetaan tiukoilla teknisillä menorajoittimilla.
- Menorajoittimet synnyttävät painetta asiakasmaksujen korottamiseen, jos toiminnallisilla uudistuksilla tavoiteltavat säästöt jäävät saavuttamatta.

Markku Pekurinen, DPhil (economics), professori  
Johtaja, Järjestelmät osasto  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

JAKELU Eduskunnan sosiaali- ja terveystoimikunta  
THL Kirjaamo