

Paul Lillrank
Professori
Aalto yliopisto
16.2.2021

Eduskunta
Sosiaali- ja terveysvaliokunta

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.

Rakenteelliset muutokset eivät tue toiminnallisia uudistuksia, 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 laskelmien mukaan menojen kasvu rauhoittuisi vasta 2030-luvulla. Siihen mennessä ehtii tapahtua paljon ikäviä asioita. Koronapandemian suorat kustannukset ja välilliset vaikutukset talouteen vähentävät hallituksen liikkumavaraa. 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 on yleinen palvelutalousongelma. Väestörakenteen muutoksiin ja työvoimapuulaan 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 enempiä 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

puolitiehen. Sekä kysyntä- että tarjontapuolen megatrendit vievät julkisrahoitteisia järjestelmiä kohti suurempia järjestämis- ja tuotantovastuullisia yksiköitä. *Järjestelmäinnovaatiot*

Viiden yliopistosairaalan yhteistoiminta-alueet muodostaisivat luonnollisen rakenteen. Olisi viisasta mennä siihen 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. Eitetty valtiokeskeinen rahoitusmalli palvelee tätä tarkoitusta riittävästi. *Järjestelmäinnovaatiot*

Palvelutuotantoalueen optimaalinen koko määräytyy teoreettisesti kolmesta tekijästä.

- Miten suuri osa kaikista hoitopoluista voidaan toteuttaa alueen sisällä ilman organisatorisia rajanylityksiä. Yliopistosairaala-vetoisilla alueilla lähes kaikki mahtuvat, pois lukien erittäin harvinaiset ja vaativat kansallisia osaamiskeskuksia vaativat tapaukset. Pienistä hyvinvointialueista seuraava väistämättä paljon rajanylityksiä.
- Miten infrastruktuuri, erityisesti tietojärjestelmät ja hankintaosaaminen skaalautuu? Monille henkilökohtaisille palveluille on tyyppillistä 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. Suomessa markkinaehtoiset perusterveydenhuollon toimijat ovat tunnetusti tehokkaampia kuin kunnalliset. Ero selittyy osittain yksityisten valtakunnallisesti yhdenmukaistetuista takahuoneista, kun julkiset ovat kiinni sub-optimaalisissa paikallisissa ratkaisuissa. Takahuoneiden tulisi toimia valtakunnallisten normien mukaan. Jos näin ei voida tehdä, viisi aluetta on parempi kuin kaksikymmentäkaksi.
- Toistuvien toimenpiteiden kokemus- ja oppimiskäyrät aiheuttavat sen, että vaativia mutta rutiniinomaisia toimenpiteitä kannattaa keskittää. Optimaalinen koko riippuu toimenpiteiden volyymin ja logistiikasta. Viisi yksikköä on useimmiten riittävä.

Integraatio ja koordinaatio

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 organisatorisia 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. Koordinatio 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 järjestäjää muodostuu erillisiä julkisten tuottajien organi-

saatioita omine budjetteineen ja sääntöineen, ongelma pahenee. Esityksen mukaan laajojen palvelukonaisuuksien 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.

Vahva päämies

Työterveys on suomalainen erikoisuus, joka tunnetusti toimii tehokkaasti. Miksi julkiset terveyskeskukset eivät tarjoa kaikille kansalaisille samanlaista palvelutasoa?

Työterveyshuollon erityispiirre on, että siinä on vahva päämies-rahoittaja, jonka edut ovat yhtenevät potilaiden kanssa: nopeasti terveeksi ja töihin. Tämän toteutumiseksi päämies ohjaa palvelutuottajia kepillä ja porkkanalla. Miksi julkinen terveyskeskus ei toimi kansalaisten vastuullisena päämiehenä?

Julkisella puolella palvelutuottaja, rahoittaja ja järjestäjä ovat samaa organisaatiota. Tästä syystä kunta, tai mahdollisesti HV-alue, ei pysty ohjaamaan omaa tuotantoaan. Esityksen mukaan HV-alue valvoo ulkoistettuja palvelutuottajia, mutta oman tuotannon valvonnasta ja sen periaatteista ei mainita.

Kaikki tuotanto-organisaatiot ovat lähtökohtaisesti tuottajakeskeisiä. Asiakaskeskeisiä niistä tulee vain houkuttelemalla ja/tai pakottamalla. Markkinaehtoinen kilpailu on tunnetusti paras tapa, joskaan markkinat eivät omia aikojaan toimi. Sote -palvelujen kompleksisuudesta seuraa, että markkinamekanismit on erikseen suunniteltava ja ohjattava ns. kvasi-markkinoina.

Perusterveydenhuolto toimii eri logiikalla kuin erikoissairaanhoito. Pth-esh -jako on jossain määrin mieltävaltainen. Jos esimerkiksi potilas saa roskan silmään ja menee suoraan silmälääkärille, onko kyseessä pth vai esh? Tuotantotaloudellisessa perspektiivissä pth on suurvolyymistä suoraan kuluttajalle tarjottua palvelua (B2C), ts. ihmiset hakeutuvat omasta aloitteestaan palveluihin. Erikoissairaanhoitoon tullaan lähetillä tai päivystyksen kautta. Tässä mielessä pth on verrattavissa vähittäis- ja päivittäistavarakauppaan, kun taas esh on tukku- ja erikoistavarakauppa.

Esityksen mukaan palvelutuotanto on pääasiassa julkista ja yksityiset (p.o. markkinaehtoiset) tukevat. Tästä seuraa tuottajakeskeisyys. Erikoissairaanhoidossa siitä ei ole suurta haittaa, mutta perusterveydenhuollossa tuottajakeskeisyys johtaa kapasiteetin alikäyttöön ja jonoihin. Tästä syystä kansalaisille suoraan tarjottavat palvelut tulisi tuottaa markkinaehtoisesti toimivissa organisaatioissa. Näiden omistuspohjalla (julkinen – yksityinen) ei sinänsä ole väliä. Olennaista on, että niiden tulonmuodostus on riippuvainen aikaansaaduista vaikutuksista.

Selvyiden vuoksi todettakoon, että viranomaispäätöksiä edellyttävät asiat eivät sovi markkinaehtoisille toimijoille. Kliininen päätöksenteko (hoidontarpeen arviointi) ei ole, eikä sen tule olla viranomaispäättös. Kuitenkin resursseista riippuvat priorisoinnit ja sosiaalietuuksien myöntäminen ovat viranomaispäätöksiä.

Järjestelmäinnovaatiot

Rakenteellisen uudistuksen tulisi helpottaa, mahdollistaa, kannustaa ja jopa pakottaa esiin toiminnallisia uudistuksia.

Terveyspalvelujen tuotanto on teknisessä mielessä muita palvelusektoreita jäljessä. Tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus vaihtelevat eri alueiden ja toimijoiden välillä. 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. Järjestelmäinnovaatioita 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 kustannusvaikuttavuudessa 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 markkinaperusteisen järjestelmä.

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