HE 241 / 2020 vp
HUS 449/2021–1
10.2.2021

HUS-kuntayhtymän lausunto Talousvaliokunnalle 11.2.2021 sote-uudistusta koskevasta hallituksen esityksestä

HE 241 / 2020

Eduskunnan Talousvaliokunta on pyytänyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän (HUS) lausuntoa hallituksen esityksestä eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta ja hyvinvointialueiden perustamista koskevaksi lainsäädännöksi (HE 241/2020 vp). HUS kiittää saamastaan lausuntopyynnöstä ja antaa seuraavan lausunnon.

Yleistä

Suomen hallitus antoi joulukuussa 2020 esityksen eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi. **Merkittävimmät esityksen ongelmat liittyvät rahoitusmalliin ja investointien toteuttamistapaan**, jotka jo sinällään tekevät ehdotetusta järjestelmästä tarkoitukseensa soveltumattoman ja toimimattoman. HUS-kuntayhtymä näkee rahoitusmallin ja investointien toteuttamistavan vakavina ongelmina, joista keskeisimmät ovat:

- THL:n **keskeneräistä** tilastollista tarvevakiointimallia käytetään 15,4 miljardin euron kohdentamiseen tuleville hyvinvointialueille.
- Tarvevakiointimallin tärkein elementti, sairausluokat, vangitsee vain puolet niistä kustannuksista, joita HUS-kuntayhtymässä syntyy väestön hoidosta.
- Tarvevakiointimallissa käytetään valtakunnallisia keskimääräisiä kustannuksia, jotka eivät kuvasta tosiasiallisia alueellisia kustannuseroja.
- Tarvevakiointimalli ei huomioi eroja palvelujen saatavuudessa tai laatuun liittyviä tekijöitä.
- Tarvevakiointimallin selitysasteet ovat alhaisia, joka tarkoittaa sitä, että malli ei esitä mittauksen kohdetta oikein ja tarkoituksenmukaisesti.
- Mallista ei ole saatavilla tilastollisen testauksen perusdokumentaatioita (mm. estimointitulosten pysyvyys, luottamusvälit, keskivirheet), mikä kyseenalaistaa täysin tulosten tulkinnan.
- Esitetty investointien valtionohjausmalli estää pitkäjänteisen investointien suunnittelun: Investoinnit tulee esittää STM:n ja edelleen VM:n hyväksyttäviksi ja joka vuosi erikseen määriteltävä lainanottovaltuus sanelee suoraan niiden määrän ja ajoituksen. Ministeriöiden asiantuntijaresursseja ei tulisi käyttää sairaaloiden putkiposti- ja poliklinikkainvestointien arvottamiseen. Malli tukee hyvin valtion lainatakausvastuiden määrän hallintaa, mutta ei sote-uudistukselle asetettuja tavoitteita.
- Peruskorjaus- ja korvausinvestointien rahoittaminen hyvinvointialueille maksettavasta yleiskatteisesta rahoituksesta ei Uudellamaalla tule toteutumaan alueen tiukasta kokonaisraamista johtuen.
- Lakiesityksistä ei ilmene, miten vuoden 2023 alussa kesken olevat investointiprojektit rahoitetaan.
- Laskennalliset lainanottovaltuudet esitetyn kaavan mukaisesti eivät tule riittämään HUS-yhtymän investointitarpeiden toteuttamiseen. Lainanottovaltuuteen liittyvää laskentakaavaa esi-

tetään muutettavaksi siten, että kaavan laskennallisissa lainanlyhennyksissä on mahdollisuus käyttää lainakannan todellista jäljellä olevaa juoksuaikaa jakajana 10 vuoden keskimääräisen laskennallisen lainanhoitoajan sijaan.

HUS-kuntayhtymän huomiot tarvevakiointimallista rahoituksen määräytymisen perusteena

Hallituksen esityksessä hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymistekijöiden tavoitteeksi on asetettu rahoitusmalli, joka varmistaisi perusoikeuksien toteutumisen suuntaamalla rahoituksen oikein eri puolille maata. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä esitetään uudistettavan palvelutarvetta ilmentäviin tarvevakioituihin kriteereihin perustuvaksi, joiden laskennalliset arvot perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) huhtikuussa 2020 julkaistuun tutkimukseen.

Laissa sote-hyvinvointialuiden rahoituksesta esitetään valtion rahoituksen myöntämisen periaatteet sote-maakunnille. Rahoitus myönnetään asukasmäärän, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta kuvaavien tekijöiden, asukastiheyden, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, saaristoisuuden, saamenkielisyyden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimien perusteella. Rahoituksen kohdentamisen painoarvoista säädettäisiin uudistuksen voimaantulovuotta edeltävän vuoden tilanteen mukaan. Kokonaisrahoituksesta yhteensä 14,613 prosenttia kohdennettaisiin asukasperusteisesti ja 79,572 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen (THL tarvekertoimet) perusteella. Muiden määräytymistekijöiden perusteella kohdennettaisiin 5,815 prosenttia rahoituksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeelle osoitettu 79,572 % jakautuu edelleen terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelutarvekertoimiin, joiden laskennassa on käytetty palvelujen tarvetta ja kustannuksia kuvaavia sairausryhmiä ja sosioekonomisia tekijöitä.

Tarvevakiointimalli rahoituksen jakamisen perusteena on sinänsä oikeansuuntainen ja kansainvälisestikin toimivaksi havaittu malli. HUS-kuntayhtymä teettämän asiantuntija-arvion mukaan THL:n julkaisemassa tutkimuksessa on kuitenkin sellaisia vakavia puutteita, jotka asettavat koko mallin kyseenalaiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen jakamisen instrumenttina. Hallituksen esityksessä mainitaan mallin olevan yksinkertainen ja hyvinvointialueiden toiminnan kustannusten keskeiset perusteet kattava malli, jonka osatekijöillä olisi selvästi osoitettua merkitystä hyvinvointialueen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön tarpeisiin ja kustannuksiin. Analysoimalla tarkemmin THL:n mallia voidaan kuitenkin todeta, että mainitut ominaisuudet eivät mallissa toteudu.

Rahoitusmallissa eri tarvetekijöille ja määräytymistekijöille määritellään palvelutarpeen perushinta, jota korjataan tarvekertoimilla. Perushinnat ovat valtakunnallisia keskiarvoja eli koko soten rahoitusmäärästä lasketaan määräytymisperusteen mukaisella prosenttiosuudella euromäärä, joka jaetaan koko maan väestömäärällä. Saatua perushintaa käytetään kunkin hyvinvointialueen rahoituksen määräytymiseen (perushinta * tarvekerroin * alueen asukasmäärä). Hyvinvointialueen kokonaisrahoitus muodostuu eri perusteilla määritettyjen rahamäärien yhteissummana. THL:n tilastollinen tarvevakiointimalli on erittäin keskeisessä asemassa alueen tarpeen määrittelyssä ja sen myötä keskeiseksi kysymykseksi nousee kuinka hyvin THL:n malliin valikoituneet tarvetekijät kuvaavat alueiden kustannusten kertymistä ja siten rahoituksen tarvetta.

Tarvevakiointimallin estimoima tarvekerroin kertoo, kuinka paljon tietyn alueen asukkaiden sotepalveluiden tarve eroaa keskimäärin koko maan keskimääräisestä palvelutarpeesta. THL:n mallin selittävät muuttujat ovat laskennallisesti muodostettuja yksilöistä laskettuja kustannuksia, joita yritetään selittää joukolla taustamuuttujia. Iso ongelma THL:n mallissa on se, että selitysasteet jäävät alhaisiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että valitut muuttujat eivät selitä riittävästi aiheutuneita kustannuksia. Terveydenhuollon ja somaattisen erikoissairaanhoidon malleissa vain n. 15% laskennallisista yksilötason kustannuseroista saadaan selitettyä valituilla muuttujilla ja 85% varianssista jää selittämättä. Mallissa käytetyt kustannukset poikkeavat virallisista kustannuksista, joka jo sinänsä on vakava huolenaihe mallin luotettavuuden kannalta.

Terveydenhuollon mallin tärkein muuttujaryhmä on sairausluokat, joita on mallissa yhteensä 50 kappaletta sekä omina ryhminä keskoset ja synnytykset. Sairausluokat puolestaan koostuvat joukosta diagnooseja ja diagnoosiryhmiä, joiden oikea ja väestön sairastavuutta tasa-arvoisesti kuvaava valinta ohjaa terveydenhuollon rahoitusosuuden määräytymistä. Sairausluokkien valinnassa ei ole onnistuttu. Ne eivät ole todellisuutta edustavia, joten hyvinvointialueiden tarvekertoimet ovat muodostuneet vääriksi sekä absoluuttisilta arvoiltaan että suhteessa toisiinsa.

Tarvevakiointimallin ongelmat ja epävarmuudet

Hoitoilmoitukset
Terveydenhuollon tilastoaineisto poimitaan hoitoilmoituksista, joiden kirjauksissa on merkittäviä laadullisia ja alueellisia eroja. Diagnoosien erilainen käyttö johtaa siihen, että sairausluokkien sisältö on alueellisesti erilaista ja mallin lopputuloksena saatavat tarvekertoimet eivät kuvaa sairastavuutta yhdenmukaisesti.

Yksikkökustannukset
THL:n malli käyttää keskimääräisiä yksikkökustannuksia tarvevakiointien estimointiin. Valinta on väärä, sillä keskimääräisten kustannusten käyttö ei huomioi kustannustasojen eroja eri alueilla. Malli suosii matalan kustannustason alueita ja rokottaa kalliimpia alueita. Kustannustason nousu mallissa kyllä huomioidaan hyvinvointialueiden painotetun hintaindeksin kautta, mutta koska kustannustason kehitys on voimakkaampaa kehittyvissä kaupungeissa ja tarvekertoimilla rahaa jaetaan enemmän syrjäseuduille. Uudenmaan kustannustason noususta hyötyvät syrjäseudut eikä Uusimaa.

Sairausluokat
THL:n mallin ytimen muodostaville sairausluokille on laskettu estimointikertoimet, joka liittää tiettyyn sairauteen rahamäärän eli kustannukset. Terveydenhuollon mallin puutteena on, että se keskittyy krooniseen sairastavuuteen ja ohittaa akuuttisairaanhoidon ja siitä aiheutuvat kustannukset lähes kokonaan. Sairausluokkien tilastollinen valintamenettely on johtanut epäloogiseen valikoimaan, joka kattaa heikosti väestön todellisen sairastavuuden (selitysasteet alhaiset) ja korjaavana toimenpiteenä malliin tulee lisätä riittävä määrä sairausluokkia ja mallissa jo olevien sairausluokkien diagnoosien määrää tulee lisätä toimialan validoinnin pohjalta. Sairausluokkien oikeellisuus tulee varmistaa ennen kuin malli otetaan käyttöön rahan jakamisen välineenä. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsemat diagnoosit kattavat 54 prosenttia (1000 milj. euroa). Kustannuksista 870 milj. euroa jää diagnoosivalinnan ulkopuolella. Mallin yksi käyttämä sairausryhmistä on syöpäsairaudet, mutta ei esimerkiksi

sydämen läppäsairaudet tai erikoisairaanhoidossa paljon käyntejä aiheuttavat eri elinten sairausepäilyt ja oireet.

Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi vangitse niitä kustannuksia, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Yksinkertaistettuna pitää kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan lopullisessa rahoituksessa?

Muut ongelmat ja mallin luotettavuusongelma
Terveydenhuollon mallilla on myös muita puutteita. Laatutekijöitä tai tarjontapuolen tekijöitä eli saatavuuteen liittyviä tekijöitä, ei huomioida mallissa lainkaan. Joidenkin malliin otettujen muuttujien vaikutus on eliminoitu tarvekertoimia laskettaessa eikä estimoituja tarvekertoimia korjata tyydyttymätöntä palveluntarvetta mittavilla tekijöillä tai alueindikaattoreilla, joiden korjaavaa vaikutusta THL:n raportissa kyllä on pohdittu. HUS-kuntayhtymän teettämässä asiantuntija-arviossa alueindikaattorin lisääminen malliin muutti alueiden välisiä tarvekertoimia suuntaan, joka kuvastaa paremmin kustannusten todellista jakautumisen kuin hallitukselle annettu sote-esitys.

Huomion arvoisena ongelmana tulee mainita myös se, että tarvekertoimissa tai rahoitusmallissa yleensä ei ole huomioitu yliopistosairaaloiden opetus- ja tutkimustoimintaa eikä Uudenmaan alueen toimijoiden roolia erikoissairaanhoidon valmiuden ylläpidossa ja valtakunnallisen eritysvastuuseen liittyvien palveluiden tuotannossa.

THL:n tarvevakiointimallin luotettavuutta tilastollisena mallina heikentää ennen kaikkea se, että raportissa ohitetaan kokonaan mallin epävarmuudet ja tilastollinen testaus: mallin pysyvyystarkastelu puuttuu kokonaan eikä estimaattien keskivirheitä tai luottamusvälejä raportoida lainkaan. HUS-kuntayhtymän teettämässä asiantuntija-arviossa mallin pysyvyyttä testattiin useamman eri muuttujan avulla; esimerkiksi huomioimalla hyvinvointialueiden väliset erot, Uudenmaan tarvekerroinpohjainen rahoitus kasvaa vuosittain 200 miljoonaa euroa.

Ennen malliin käyttöönottoa HUS-kuntayhtymän näkemyksen mukaan mallin soveltuvuutta sotemenojen tarveperusteisen rahoituksen määrittämiseen ja allokointiin on arvioitava huolellisesti ja riittävällä asiantuntemuksella sekä siinä olevat vakavat ongelmat on korjattava.

HUS-kuntayhtymän kannanotto palvelutarpeen kasvun ennustamiseen

Lakiesityksen 7 §:ssä, Palvelutarpeen muutoksen huomioon ottaminen, määrätään palvelutarpeen kasvun ennustamiseen käytettävän THL:n SOME-mallia. SOME-malli on sosiaaliturvan menojen pitkän aikavälin ennustemalli, jota on käytetty mm. kestävyysvajelaskelmissa ja väestön ikääntymiseen liittyvien kustannusten ennakoinnissa. Malli on luonteeltaan staattinen, joka ei huomioi erilaisten uudistusten käyttäytymisvaikutuksia tai terveydenhuollossa tapahtuvaa hoitokäytäntöjen ja resurssien käytön muutoksia. HUS-kuntayhtymän näkemys on, että SOME-mallin kykyä ennustaa muutoksia palvelutarpeessa tulee arvioida läpinäkyvästi ennen mallin tulosten käyttöönottoa rahoituspohjan määräytymisen perusteena.

HE 241 / 2020 vp
HUS 449/2021–1
10.2.2021

HUS-kuntayhtymän huomiot lainanottovaltuudesta ja investointisuunnitelmasta (Laki hyvinvointialueesta, 15 § Hyvinvointialueen lainanottovaltuus ja 16 § Investointisuunnitelma)

Lainanottovaltuuteen ja investointisuunnitelman hyväksymismenettelyyn liittyvät lakikohdat eivät ole yksiselitteisiä, joten olemme joutuneet tekemään niistä tulkintoja valmistellessamme seuraavia huomioita.

Lakiesityksissä investointien valtionohjausmalli ei tue soteuudistukselle asetettuja tavoitteita. Ohjausjärjestelmä on raskas eikä se mahdollista väestön palvelujärjestelmän tehokasta kehittämistä Uudellamaalla. Lainanottovaltuuksien enimmäismäärän koko maassa yhdenmukainen laskentakaava tukee hyvin julkisen talouden ja valtion takausvastuiden määrän hallintaa, mutta se ei mitenkään ota huomioon alueellisia eroja lähtötilanteessa ennen soteuudistusta.

Laskennallinen lainanottovaltuus esitetyn kaavan mukaisesti vaarantaa pitkäjänteisen investointisuunnittelun. Joka vuosi erikseen määriteltävä lainanottovaltuuden määrä on HUSissa tehtyjen koelaskelmien mukaan tarpeiden ajoittumiseen nähden hyvin sattumanvarainen. Niinpä pitkäjänteinen, HUS-yhtymän talouden hallintaa, toiminnan kehittämistä ja mm. valtakunnallisten tehtävien ja valmiuden ylläpitoa tukeva investointien suunnittelu ei tässä mallissa voi toteutua. HUSissa on esimerkiksi vuonna 2021 meneillään noin 80 suurta rakennus-, tutkimuslaite- ja ICT-investointia, joiden käsittely ja yhteensovittaminen esitetyllä valtion ohjauksella ei ole tarkoituksenmukaista.

Toimintojen jatkuvuuden kannalta saattaa syntyä kestämätön tilanne: suuri kiireellinen investointi, esimerkiksi usean sadan miljoonan euron sairaalahanke siirtyy rahoitusjärjestelystä (oma investointi tai vuokrakohde) riippumatta eteenpäin sen vuoksi, että suunnitellun aloitusvuoden lainanottovaltuus ei riitä.

HUSin jatkuvia peruskorjauksia vaativa, hajallaan sijaitseva rakennuskanta ja vaativien erityislaitteiden sekä ICT-järjestelmien kokonaisuus edellyttävät 2020-luvulla investointitasoa, joka mitä ilmeisemmin ylittää lakiesityksissä ehdotetun laskennallisen tason. Valtaosa investointitarpeista liittyy peruskorjauksiin sairaalatoiminnan kehittyessä. Peruskorjaushankkeiden ja hoitolaitteiden korvaushankintojen kustannusten siirtäminen hyvinvointialueiden saaman yleiskatteisen rahoituksen varaan ei ole mahdollista Uudenmaan alueen tiukasta kokonaisraamista johtuen. Investointimenojen lisäksi vuokramallit, elinkaarimallit, leasing- sekä pitkät tilojen vuokrasopimukset otetaan huomioon lainanottovaltuutta vähentävinä.

HUS ei pidä esitettyä hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän investointien valtionohjausta toteutuskelpoisena. Parempi vaihtoehto on malli, jossa vain taloudellisesti merkittävät investoinnit kuten uudet suuret sairaalahankkeet linjataan STM:ssä ja VM:ssä, mutta muut investoinnit jäävät hanketasolla alueelliseen harkintaan. Ei ole mielekästä, että ministeriöiden resursseja käytetään keskussairaaloiden putkiposti- ja keittiöinvestointien arvottamiseen. Lisäksi on huomattava, että investointien ohjausjärjestelmän tulee kattaa myös ICT-investoinnit. Rahoitustarve sote-palvelujen digitalisaatiota, robotiikan hyödyntämistä, hyvää tuottavuuskehitystä ja palvelujen yhdenvertaista saatavuutta edistäville ICT-hankkeille on kasvava.

Investointien ohjaus- ja rahoitusjärjestelyjä koskevista lakiesitysten kohdista puuttuu, miten vuoden 2023 alussa kesken olevat investointiprojektit rahoitetaan. Puutteena on myös, että kun alkavien leasing- ja tilavuokravastuiden määrä lasketaan mukaan ns. lainakattoon, päättyviä vastaavia sopimuskustannuksia ei oteta lainavaltuuden määrässä huomioon.

Laskennalliset lainanottovaltuudet esitetyn kaavan mukaisesti eivät arviomme mukaan tule riittämään HUS-yhtymän investointitarpeiden toteuttamiseen. **Lainanottovaltuuteen liittyvää laskentakaavaa esitetään muutettavaksi siten, että kaavan laskennallisissa lainanlyhennyksissä on mahdollisuus käyttää lainakannan todellista jäljellä olevaa juoksuaikaa jakajana 10 vuoden keskimääräisen laskennallisen lainanhoitoajan sijaan.** HUSin pitkäaikaiset lainat on nostettu 20–25 vuoden laina-ajalla, joten 10 vuoden keskimääräinen laskennallinen lainanhoitoaika heikentää HUSin lainanhoitokatetta ja pienentää lainanottovaltuutta. Vastaava muutos tulee tehdä myös lain 123 § Hyvinvointialueen talouteen liittyvät arviointimenettelyn edellytykset, yhtenevästi 15 § kanssa. Lainanottovaltuuden laskentatapaa ja sen vaikutuksia tulevien vuosien investointisuunnitelmaan pyydetään tarkentamaan esimerkkilaskelmin.

HUS-kuntayhtymän huomiot valtiontakauksiin liittyen (Laki hyvinvointialueesta, 17 § Valtiontakaus ja Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta, 34 § Valtion takaus)

Valtiontakaus voitaisiin myöntää Laki hyvinvointialueesta, 15 §:ssä tarkoitettuun lainanottovaltuuteen sisältyville lainoille. Takaus voisi koskea vain hyvinvointialueen ottamia lainoja, ei muita sitoumuksia, kuten leasing-sopimuksia tai lainoihin liittyviä suojausjärjestelyjä. **Valtiontakauksen tulee olla myös uusien lainojen ja sitoumusten osalta saman sisältöinen kuin siirtyvien lainojen ja sitoumusten osalta** (Laki sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta, 34 § Valtion takaus).

Kunnioittavasti

Juha Tuominen

toimitusjohtaja, HUS