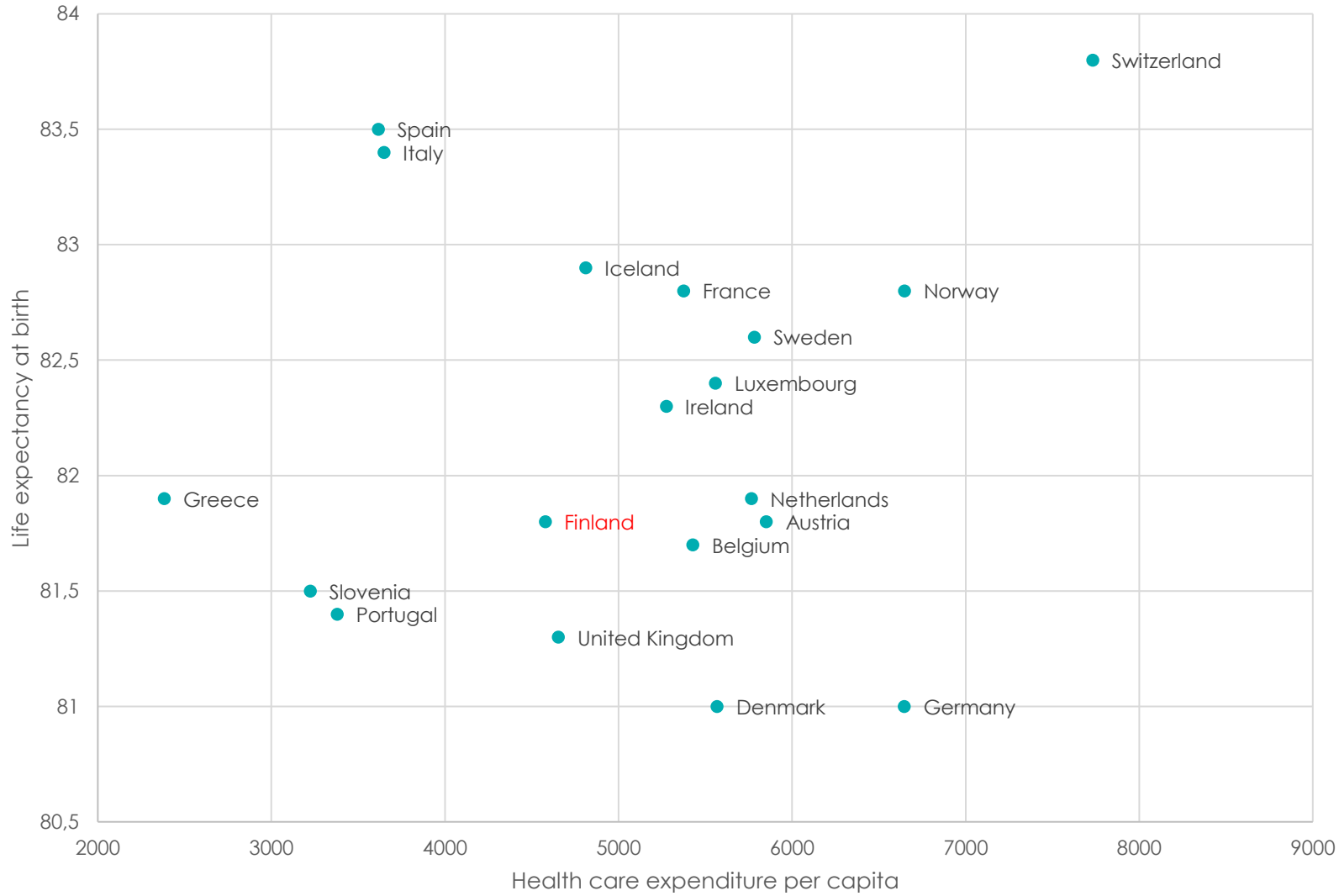
TALOUSVALIOKUNTA 12.2.2021

Lasse Lehtonen

Terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET ASUKASTA(2017-2019) KOHTI JA ELINIÄNODOTE (OECD)



RAHOITUS JO LÄHTÖTILANTEESSA RIITTÄMÄTÖN - SUOMEN TERVEYSMENOT 2018

OECD on päivittänyt Health Statistics 2020 - June 2020 julkaisussaan tiedot mm. terveydenhuollon taloudesta v. 2018. Suomen tiedot perustuvat terveydenhuollon kansalliseen ja kansainväliseen tilastointiin: https://www.kuntaliitto.fi/ajankohtaista/2020/oecd-health-statistics-2020-taloustietoja

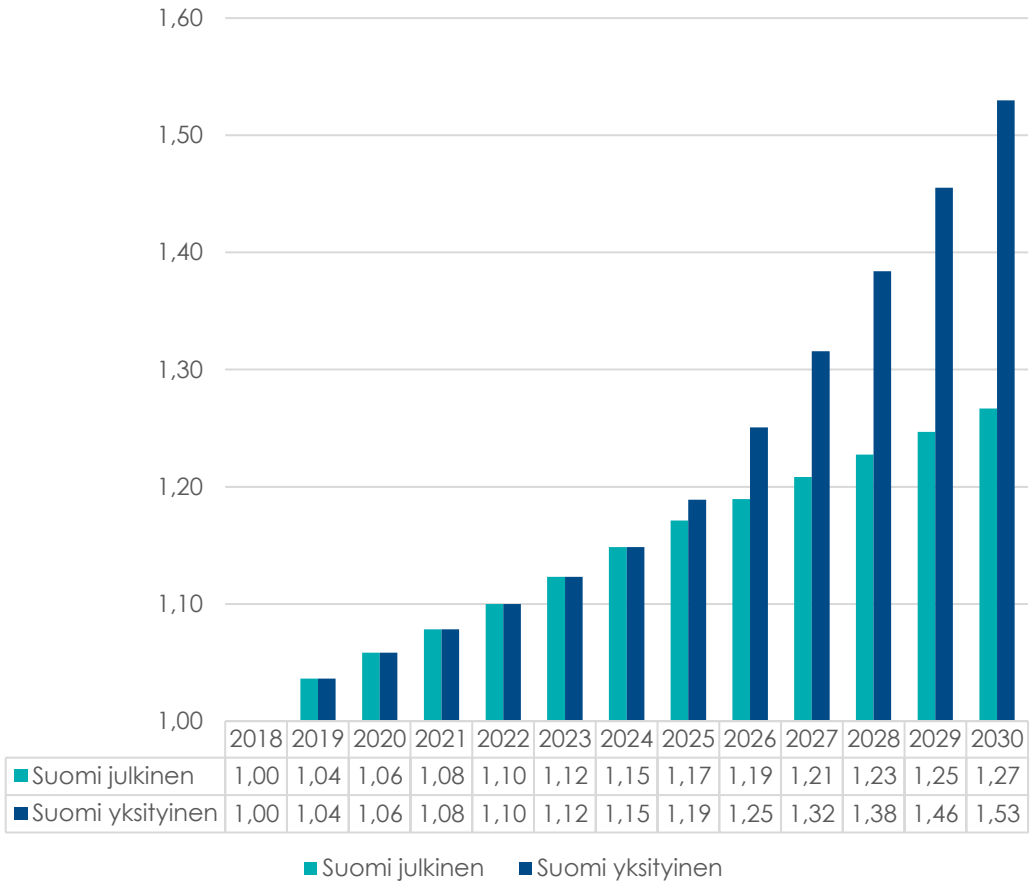
1. **Suomen terveydenhuollon menojen bkt-suhde pohjoismaiden alhaisin**

Suomen terveydenhuollon käyttötalousmenojen suhde bruttokansantuotteeseen oli 9,0 % vuonna 2018, OECD-maissa keskimäärin 8,8, Ruotsissa 10,9, Norjassa 10,0, Tanskassa 10,1 ja USA:ssa 16,9 %.

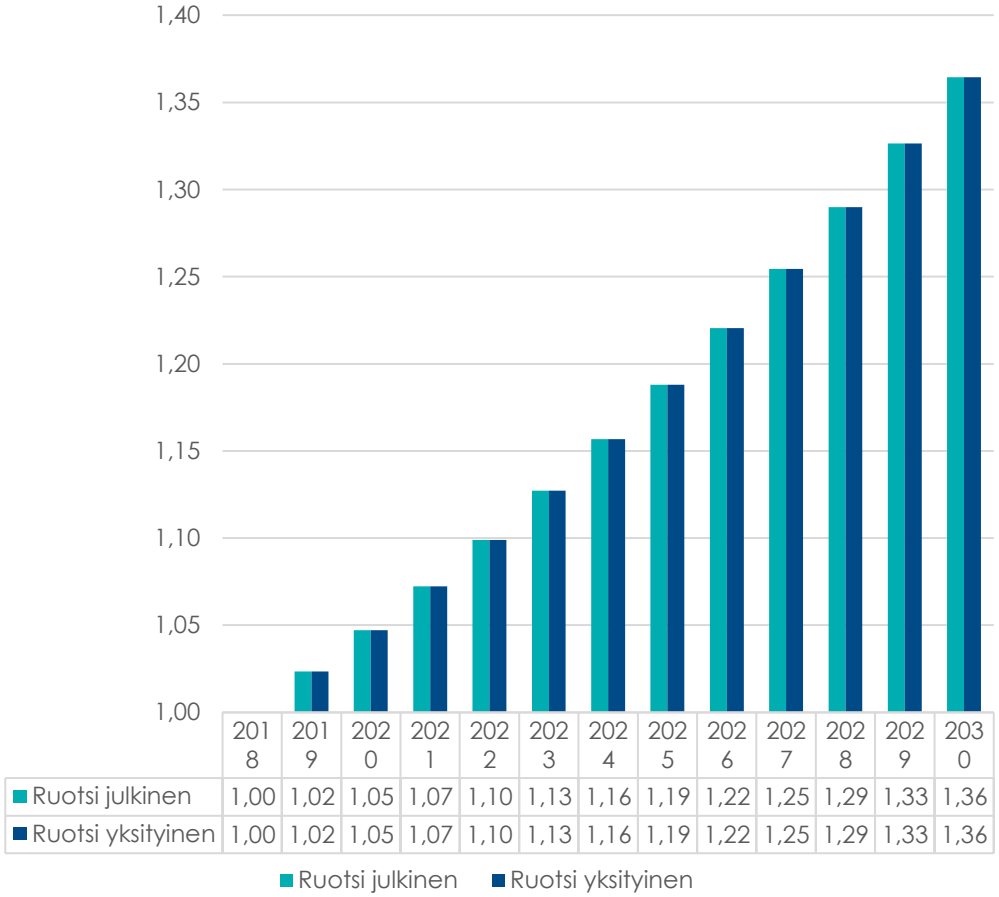
2. Kotitalouksien, työnantajien ja muiden tahojen rahoitusosuus Suomen terveydenhuoltomenoista on selvästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa

Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon käyttömenoista Suomessa oli OECD:n tilaston mukaan 76,9 % vuonna 2018. Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2018 oli Ruotsissa 85,1, Norjassa 85,3, Tanskassa 83,9 ja Islannissa 82,4 %.

Terveyspalvelujen julkisen rahoituksen osuuden indeksoitu muutos Suomessa ja Ruotsissa (OECD): Yksityisen rahoituksen osuus kasvaa Suomessa edelleen ja terveyspalvelujen julkinen rahoitus Ruotsissa v. 2030 olisi 54 %suurempi kuin Suomessa



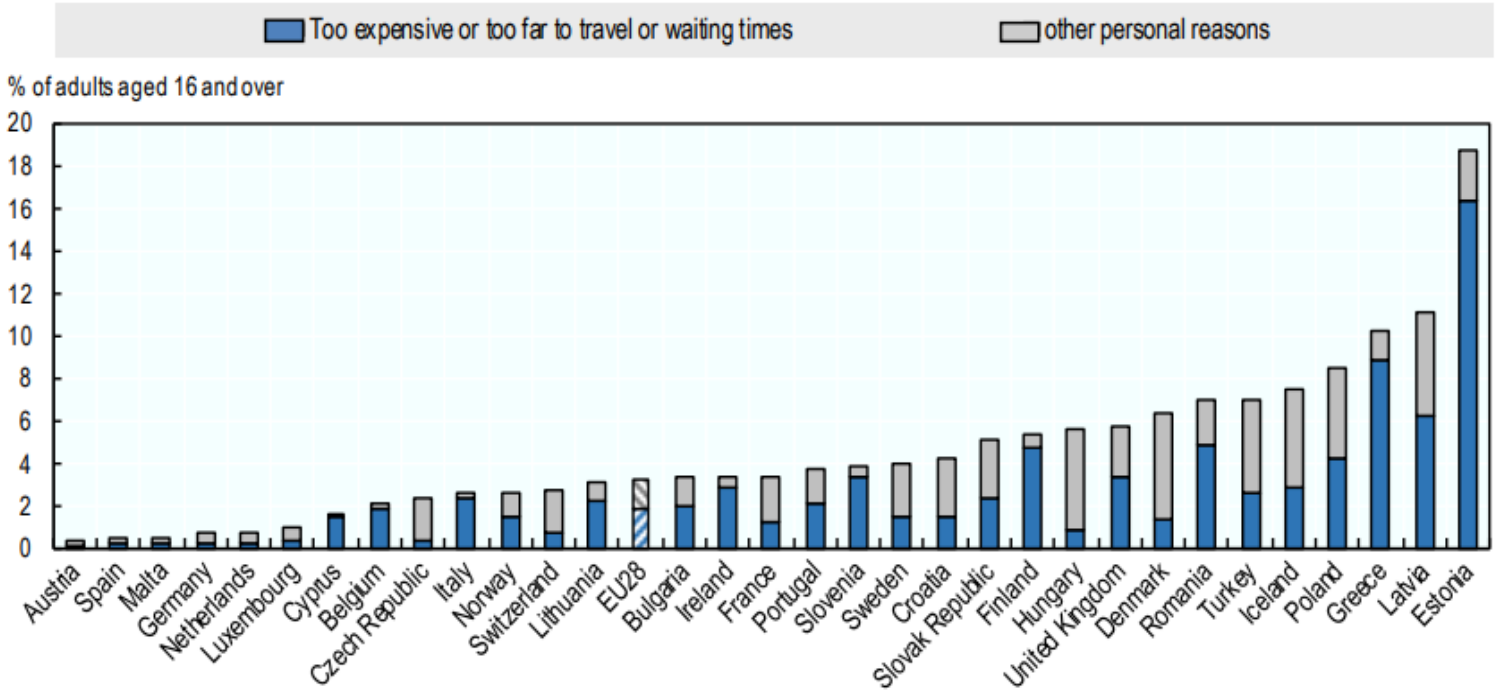
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Suomi julkinen	1,00	1,04	1,06	1,08	1,10	1,12	1,15	1,17	1,19	1,21	1,23	1,25	1,27
Suomi yksityinen	1,00	1,04	1,06	1,08	1,10	1,12	1,15	1,19	1,25	1,32	1,38	1,46	1,53



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Ruotsi julkinen	1,00	1,02	1,05	1,07	1,10	1,13	1,16	1,19	1,22	1,25	1,29	1,33	1,36
Ruotsi yksityinen	1,00	1,02	1,05	1,07	1,10	1,13	1,16	1,19	1,22	1,25	1,29	1,33	1,36

PIILEVÄ HOIDONTARVE (5 % SUOMALAISISTA EI OLE SAANUT TARVITSEMAANSA HOITOA)

Figure 1. Share of people reporting unmet needs for medical examination or treatment (by reason) in the past 12 months, EU-SILC 2018



HOITOJONOT JA HOITOVELKA JÄÄVÄT ”TARVEVAKIONNISSA” HUOMIOTTA

Vuoden 2020 lopussa perusterveydenhuollon hoitojonossa oli hoitoon pääsyä odottamassa 330 205 henkilöä ja erikoissairaanhoidon hoitojonossa 148 492 henkilöä

THL.N ”TARVEVAKIOINTI” KATTAA VAIN N. 50 SAIRAUSRYHMÄÄ

THL:n tarvevakiointiin valitut sairausryhmät kattavat n. 54 % HUSin toimintakuluista.

Rahoitusmalli ei huomioi pieniä (mutta usein kalliita) sairausryhmiä, vaikka oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin kuuluu jokaiselle

KANNUSTIMET VAIKUTTAVAMPAAN TERVEYDENHOITOON PUUTTUVAT

Valtiovallan kustannusleikkuri, eli ehdotus rahoittaa vain 80 % ennakoidusta palvelutarpeen kasvusta, ei mitenkään edistä väestön terveyttä ja vähennä palvelujen käytön tarvetta.

Ainoana uutena tuottavuuden lisäämisen mekaniikkana esitellään tiukka valtionohjaus ja arviointimenettely. On epäselvää, miksi ja miten hyvinvointialueet onnistuisivat uudessa mallissa merkittävästi enemmän kehittämään tuottavuuttaan erityisesti, kun niiden investointeja pyritään samalla rajoittamaan

KANKEA INVESTOINTIMENETTELY VAIKEUTTAA TUOTTAVUUDEN PARANTAMISTA

- Pitkäaikainen lainanotto ehdotetussa mallissa on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin
- Lainanottovaltuus ja sen hyödyntämisoikeuden rajoittaminen vain investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin rajoittaa merkittävästi hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeutta sekä kykyä suunnitella ja tehostaa omaa toimintaansa sekä hoitaa talouttaan pitkällä aikavälillä
- Ehdotettu menettely johtaa investointien moniportaiseen hyväksymisprosessin (mm. aluevaltuusto, STM/SM ja VM) sekä rajoittaa aluevaltuuston kykyä investointeja koskevaan päätöksentekoon tilikauden aikana hyväksytystä investointisuunnitelmasta poikkeavalla tavalla

EHDOTETTU SOTE-PALVELUJEN RAHOITUSMALLI ON KESTÄMÄTÖN

1. Terveyspalvelujen asukasta kohden laskettu rahoitus Suomessa on jo Pohjoismaiden alhaisin, vaikka väestö on Pohjoismaiden sairainta, eikä malli korjaa tilannetta;
2. Ehdotettu rahoitusmalli laskee terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuutta, mikä vastoin sote-uudistuksen tavoitteita lisää eriarvoisuutta ja terveyseroja (esim. Ruotsissa terveydenhuollon julkinen rahoitus asukasta kohden olisi soten rahoitusmallin toteuduttua v. 2030 peräti 54 % suurempi kuin Suomessa);
3. Rahoitusmalli ei huomioi hoitovelkaa, hoitojonoja taikka piilevää hoidon tarvetta ja aliarvioi siksi terveydenhuollon rahoitustarpeen;
4. Sote-rahoituksen perustaksi ehdotettu ”tarvevakiointi” perustuu vain joihinkin tautiryhmiin, mutta jättää mm. huomioimatta ison osan erikoissairaanhoidossa kuluja aiheuttavista potilaista (ehdotettuun rahoitusmalliin sisältyvät potilasryhmät kattavat esim. vain 54 % HUSin kustannuksista);
5. Sote-kustannusten laskennan pohjana käytetyt ns. perushinnat eivät huomioi todellisia kustannuseroja eri alueiden välillä. Tuotantokustannusten nousu kasvavilla alueilla lisää näin myös taantuvien alueiden rahoitusta, vaikka kustannukset niissä olisivat laskeneet;
6. Rahoitusmallissa on hallintouudistuksen kustannukset (esim. tietojärjestelmien uudistaminen, palkkaharmonisaatio, yhteisten prosessien kehittäminen) jätetty huomiotta;
7. Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole kunnon kannustamia tuottaa kustannusvaikuttavia sote-palveluja, vaan malli perustuu ns. *perversseihin kannustimiin*, joilla painostetaan alueita pysymään budjeteissaan, vaikka väestön terveys sillä vaarantuisi;
8. Investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentää alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää palvelunsa ajanmukaisina;
9. Alueiden pienet lainanottovaltuudet tulevat uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisäämään palveluostoja yksityissektorilta niiden kustannustasosta riippumatta, koska yksityinen sektori voi tehdä investointeja palvelukysynnän ja kannattavuuden perusteella nelivuotissuunnitelmista riippumatta ja
10. Investointien ohjausmalli ei mahdollista investointiohjelma muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve.