ppshp POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Konsernipalvelut 3.3.2021

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto hallintovaliokunnalle

Eduskunnan hallintovaliokunta on pyytänyt Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä asiantuntijalausuntoa.

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

Esityksessä ehdotetaan siirrettäväksi perustettavien hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät. Uudistuksen tavoitteena on terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden lisääminen ja kustannusten kasvun hillintä.

Yleistä uudistuksen tarpeellisuudesta

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuudistus on tarpeellinen ja kiireellinen. Nykyinen hajanainen sote-palveluiden järjestäjäkenttä altistaa sekä palvelujärjestelmän osaoptimoinnille että myös palvelujärjestelmän kehittymiselle vahvempien organisaatioiden ehdoilla. Tämä on johtanut palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaiseen kehitykseen, peruspalveluiden rapautumiseen sekä myös kansalaisten tasa-arvoisuuden ja yhdenvertaisuuden vaarantumiseen palvelujärjestelmän kehityksen eriytyessä Suomen eri alueiden välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden horisontaalinen ja vertikaalinen yhteen liittäminen eli integraatio on oikea lähtökohta palvelujärjestelmän uudistamiselle. Integroitunut palvelujärjestelmä ohjaa hoito- ja palveluketjujen katsomiseen kokonaisuutena, vähentää riskiä osaoptimoinnille sekä antaa nykyjärjestelmää paremmat mahdollisuudet sekä peruspalveluiden vahvistamiselle että myös ennaltaehkäiseviin palveluihin panostamiselle. Palvelutarpeen kasvaessa tulevaisuudessa voimakkaasti mm. väestön ikääntymisen sekä lääketieteen ja hoitomuotojen kehityksen myötä on tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kyettävä ennaltaehkäisyn, varhaisen tuen sekä uusien ja nykyistä vaikuttavampien ja enemmän terveyshyötyä tuottavien toimintamallien kautta vaikuttamaan palvelutarpeen kasvuun ja siten myös myötävaikuttamaan julkisen talouden kestävyysvajeeseen. Nykyinen hajanainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistapa ei luo riittävää insentiiviä palvelujärjestelmän kokonaistarkasteluun osaoptimoinnin sijaan. Suoriteperusteisesta palvelujärjestelmän ohjaamisesta olisi siirryttävä kokonaisuuksien integroinnin ja johtamisen kautta vaikuttavuusperusteiseen ohjaamiseen niin asiakas- ja potilaslähtöisyyden kuin laadun ja julkisen taloudenkin näkökulmista tarkasteltuna. Myös resurssien uudelleenallokaatio on haastellista palvelujärjestelmän eri osien välillä perus- ja erikoistason palveluiden järjestämisvastuun ollessa vielä useiden sairaanhoitopiirien alueella hajautunut.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon perustuvat uudistuksen hyödyt ovat saavutettavissa vain, mikäli integraatiolla tarkoitetaan sekä järjestämisen, palveluiden tuottamisen, rahoituksen sekä tiedon integraatiota. Palveluintegraatio on keino saavuttaa hallitusohjelmassa määritetyt hyvät uudistuksen tavoitteet, mutta sekä valtiovallan strategisessa ohjauksessa että rahoitusjärjestelmässä täytyy tunnistaa oikeat insentiivit palvelujärjestelmän uudistamiselle aluevaltuustojen ja -hallitusten johdolla hyvinvointialueilla. Ilman konkreettisia muutoksia palvelujärjestelmässä, toimintatavoissa ja palvelurakenteissa ei uudistuksen tavoitteita pelkällä hallinnollisella muutoksella ole mahdollista tavoittaa.

Integroituneen palvelujärjestelmän ohjaaminen tiedolla johtamisen periaatteiden mukaisesti siten, että tulevaisuuden sote-palvelut kyetään tuottamaan perustuslain mukaiset oikeudet tasa-arvoisesti turvaten ja myös kansantalouden kannalta kestävällä tavalla edellyttää myös sekä toimialariippumattomien että sote-toimialan tietojärjestelmien uudistamista kansallisesti koordinoidulla tavalla. Mikäli sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmät uudistetaan kansallisesti koordinoimatta ja mahdollisesti väärin insentiivein, on vaarana sekä väliaikaisten tietojärjestelmien investointeihin liittyvien muutoskustannusten tarpeeton kasvu että korkeat tietojärjestelmien ylläpitokustannukset tulevilla hyvinvointialueilla. Sote-toimialan tulevaisuuden tietojärjestelmäratkaisuissa tulisi tunnistaa kotimaisten, julkisomisteisten järjestelmien tietojärjestelmien kehitys- ja tuottavuuspotentiaali (Esko Systems, Una Oy, Terveyskylä). DigiFinlandin roolia valtion omistamana yhtiönä voisi kehittää em. julkisomisteisia järjestelmiä kehitysyhtiönä tukevaan ja omalla kehitystyöllä (esim. OmaOlo) täydentävään suuntaan.

Sote-uudistuksessa hallituksen esityksen mukaisesti keskittyminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluihin lisää suuren muutoksen hallittavuutta ja myös julkisen palvelutuottajan vahvaa asemaa muutosvaiheessa voidaan pitää uudistuksen hallittavuuden näkökulmasta tarkoituksenmukaisena.

Hyvinvointialueiden itsehallinnon toteutuminen ja valtion ohjaus

Hyvinvointialueiden perustaminen nojautuu perustuslain § 121:ään, jossa todetaan, että itsehallinnosta kuntia suuremmilla hallintoalueilla säädetään lailla. Perustamisen perusedellytys on, että hyvinvointialueilla on todellinen itsehallinto. Tähän on kiinnittänyt huomiota myös eduskunnan perustuslakivaliokunta aikaisemmista uudistusyrityksistä lausuessaan.

Hyvinvointialueiden päättäjät valitaan suoralla kansanvaalilla laki hyvinvointialueesta §23 mukaisesti, mikä on hyvinvointialueiden demokratian toteutumisen perusedellytys. Laki hyvinvointialueesta §29 (vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet), §30 mukainen hyvinvointialueen jäsenen aloiteoikeus sekä §32 mukaiset vaikuttamistoimielimet vahvistavat kansanvaltaisuutta tarkoituksenmukaisella tavalla. Myös §35 mukainen mahdollisuus aluevaltuustolle asettaa aluehallituksen ja tarkastuslautakunnan lisäksi muita toimielimiä vahvistaa hyvinvointialueiden kansanvaltaisuuden periaatetta.

Rahoituksen riittävyydellä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palveluiden tuottamiseen kansalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuuden turvaavalla tavalla on vahva yhteys hyvinvointialueiden itsehallintoon. Laki hyvinvointialueesta §41 mukainen hyvinvointialuestrategia on sidottu saman lain §115 mukaiseen hyvinvointialueen talousarvion ja -suunnitelman laatimiseen siten, että §15 2. momentin mukaisesti talousarvio on laadittava siten, että se on tasapainossa tai ylijäämäinen viimeistään toisen talousarviovuotta seuraavan vuoden päättyessä. Vastaavasti laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (sote-järjestämislaki) §11 mukaista osaksi hyvinvointialuestrategiaa tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelustrategiaa laadittaessa on otettava huomioon §22 tarkoitetut sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet. Em. valtioneuvoston joka neljäs vuosi vahvistamat valtakunnalliset strategiset tavoitteet eivät saa olla ristiriidassa hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyden kanssa. Palvelutarpeiden, toiminnan ja rahoituksen yhteensovittaminen tulee olla aidosti ohjaava periaate myös sosiaali- ja terveysministeriön vuotuisissa neuvotteluissa hyvinvointialueiden kanssa (laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä §24). Jos rahoitus ei ole aitoon palvelutarpeeseen perustuvaa, muutoskustannukset sekä toimintaympäristön muutokset aidosti huomioivaa, on aluevaltuuston ja -hallituksen

päätösvalta hyvinvointialueiden palvelustrategiaan ja siten palveluiden tuottamistapaan sekä mm. palveluverkkoon varsin rajoitettu. Lisäksi rahoituksen tulee olla riittävällä tasolla ennakoitavissa, jotta palvelustrategiatyössä voidaan tosiasiallisesti toteuttaa sote-järjestämislain 11 §:n mukainen vaatimus pidemmän aikavälin toiminnallisten ja taloudellisten tavoitteiden asettamisesta. Toisaalta laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä §4 mukaisesti hyvinvointialueen on suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Liikkeellelähtövaiheessa hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta, vaan hyvinvointialueet ovat valtion osoittamasta pääosin tarveperusteisesta rahoituksesta täysin riippuvaisia. Rahoituksen riittävyyteen liittyen huomiota on tarpeen kiinnittää myös asiakas- ja käyttömaksuihin (laki hyvinvointialueiden rahoituksesta §4 ja §5). Hyvinvointialueilla olisi oikeus periä asiakas- ja käyttömaksuja järjestämistään palveluista siten kuin niistä erikseen säädetään, sekä päättää maksutulojen käytöstä. Tuloilla ei olisi kuitenkaan suoraa vaikutusta yksittäisen hyvinvointialueen rahoitukseen pohjautuen siihen, että maksutulot vähennettäisiin valtion rahoituksen perusteena olevista käyttökustannuksista koko maan tasolla. On osin ongelmallista, että esimerkiksi osassa hyvinvointialueita toteutuva mahdollinen asiakas- ja käyttömaksutuottojen kasvu saattaa heijastua koko maan tarkastelussa myös muiden hyvinvointialueiden nettorahoitukseen. Mikäli rahoitus ei ole hyvinvointialueen väestön aitoon palvelutarpeeseen pohjautuvaa, voi em. sote-järjestämislain §4 mukainen toiminnan suunnittelu ja toteuttaminen sekä lain §22 valtakunnallisten strategisten tavoitteiden saavuttaminen olla mahdotonta.

Laki hyvinvointialueesta §12 mukaisesti hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyyttä niiden tehtävien hoitamiseen kokonaisuutena ja hyvinvointialueittain arvioidaan julkisen talouden suunnitelmassa. Em. lain §13 mukaisesti VM:n yhteydessä toimii hyvinvointialuetalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Neuvottelukunnalla on merkittävä rooli hyvinvointialueiden rahoituksen riittävää tasoa arvioitaessa. §13 3. momentin mukaan neuvottelukunnassa on myös hyvinvointialueiden edustus. §13 4. momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan antaa tarkempia säännöksiä mm. neuvottelukunnan kokoonpanosta. Hyvinvointialueiden riittävä edustus hyvinvointialuetalouden ja - hallinnon neuvottelukunnassa on keskeistä ja myös alueellinen edustavuus on huomioitava. Kunkin yhteistyöalueen yliopistollisen sairaalan sisältävän hyvinvointialueen mukaan ottaminen em. neuvottelukuntaan olisi tarkoituksenmukaista.

Laki hyvinvointialueesta §15 mukaisesti valtioneuvosto päättää vuosittain VM:n esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden määrästä pitkäaikaisen lainan ottamiseksi. Hyvinvointialueen lainanoton enimmäismäärästä säädetään lain §15 2. momentissa. Lain §15 2. momentin pykälän muotoilu on liian tiukka palveluiden turvaamisen kannalta tarpeellisten ja välttämättömien investointien mahdollistamiseksi. Asiakokonaisuudesta koskien myös §17 mukaista valtiontakausta on lausuttu tarkemmin myöhemmin tässä lausunnossa.

Valtiovallan ohjaavaa roolia voidaan pitää varsin vahvana mm. pääosin tarveperusteisen raamibudjetin lainsäädännöllisten reunaehtojen asettajana sekä hyvinvointialueiden lainanottovaltuudesta päättävänä tahona sekä investointeja ohjaavana tahona. Lausuttavana olevan lainsäädäntökokonaisuuden pohjalta myös ministeriöiden mahdollisuudet ja kriteerit käynnistää hyvinvointialueen arviointimenettely ovat varsin laajat (laki hyvinvointialueesta §122 ja §123, sote-järjestämislaki §27). Vaade hyvinvointialueen alijäämien kattamisesta laki hyvinvointialueen §115 2. momentin mukaisesti kahden vuoden kuluessa tilipäätöksen vahvistamisesta seuraavan vuoden alusta lukien on Kuntalaista poikkeava ja tiukka. Lisäksi mm. laki hyvinvointialueesta 13§ mukainen VM yhteydessä toimiva hyvinvointialuetalouden ja -hallinnon neuvottelukunta ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon

järjestämisestä 23§ mukainen STM yhteydessä toimiva sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta vahvistavat valtion ohjausta sote-maakuntiin.

Sote-järjestämislain §35 mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueiden on laadittava valtuustokausittain §36 mukainen hyvinvointialueiden yhteistyösopimus. Sote-järjestämislain §37 3. momentin mukaan ennen yhteistyösopimuksen hyväksymistä hyvinvointialueiden on kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä. Hyväksyttyä yhteistyösopimusta voidaan myös muuttaa §37 4. momentin mukaan STM aloitteesta. STM:llä tulee siis olemaan merkittävä ohjausvalta yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksen laadintaan, hyväksymiseen sekä päivittämiseen liittyen, jonka ohella myös lain §38 mukaisesti valtioneuvostolla on toimivalta päättää em. sopimuksesta §38 1. momentin mukaisissa tilanteissa.

Yleisesti ottaen valtionvallan (erityisesti jälkikäteinen) ohjaus hyvinvointialueille tulee yleisesti toteuttaa siten, että hyvinvointialueen ja sen jäsenten luottamusta suojataan hallintolain 6 §:n mukaisesti päätöksentekoon, eikä jälkikäteinen ohjaus horjuta oikeusvarmuutta (päätösten pysyvyyttä). Toisaalta hyvinvointialueitten itsehallinnon sekä demokraattisen ohjauksen ja aluevaltuuston päätöksenteko-oikeuden kannalta on hankalaa, jos toimielimiin vietäviä päätöksiä arvioidaan etukäteen ministeriöiden ja/tai valtioneuvoston toimesta. Etukäteisarviointi mahdollisesti kaventaisi aluevaltuuston ja –hallituksen toimivaltaa.

Hyvinvointialueiden välinen yhteistyö ja sen vaikutukset palvelutuotantokustannuksiin

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintaympäristö on voimakkaassa ja kiihtyvässä muutoksessa. Nuorempien ikäluokkien pienentyessä ja sote-toimialan osaajien eläkepoistuman kasvaessa osaajien riittävyys sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla ja eri ammattiryhmissä tulee olemaan suuri haaste. Väestön keskittyessä entistä harvempiin ja suurempiin keskuksiin myös osaajien epätasainen jakautuminen ja osaamisen keskittyminen on haaste riittävän kattavan palvelujärjestelmän ja kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Esimerkiksi Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan aloituspaikoista n. 55-58% on täyttynyt viime vuosina OYS-erva alueen ulkopuolelta tulevilla opiskelijoilla. Erityisesti Lapin, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan alueelta tulleiden opiskelijoiden määrä viime vuosina on ollut hyvin vähäinen. Lääketieteellisten tiedekuntien valintajärjestelmän muutokset ovat kiihdyttäneet em. kehitystä ja vaarana on osaajakato peruskoulutusvaiheen jälkeen johtaen palvelujärjestelmän haasteisiin tulevaisuudessa. Työvoiman epätasainen jakautuminen ja voimakas työvoimapula tietyillä hyvinvointialueilla tulee johtamaan myös epätarkoituksenmukaisiin ja hyvinvointialueiden taloutta rasittaviin ratkaisuihin palveluiden tuottamisessa.

Osaajien keskittyessä yhä voimakkaammin pääosin kasvukeskuksiin, vaatii osaamisen riittävä turvaaminen tulevaisuudessa eri hyvinvointialueilla uusia toimintatapoja. Samalla tulee turvata hyvinvointialueiden keskuksista kauempana asuvien ihmisten tarpeet ja oikeudet palvelujen saavutettavuudessa. Nykyistä syvempi ja myös organisatoris-tasoinen yhteistyö hyvinvointialueiden välillä on välttämätöntä osaajien riittävyyden turvaamiseksi ja osaajien jakamiseksi sekä siten myös riittävän kattavien palveluiden turvaamiseksi ja kansalaisten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden varmistamiseksi. Pohjois-Suomen OYS-erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit ovatkin perustaneet yhteisen, voittoa tuottamattoman, omistajiinsa nähden in house-asemassa olevan Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon osuuskunta Tervian.

Valitettavasti em. osuuskunta sekä sen julkisomisteinen tytäryhtiö Tervia Osaajat Oy (huolehtii lääkärien liikkuvuudesta sekä päivystävien sairaaloiden osaajien riittävyyden varmistamisesta Pohjois-Suomessa) rinnastetaan sote-järjestämislain 2§ mukaisesti yksityisiin toimijoihin. Sote-järjestämislain §12 mukaista järjestäjäkyvykkyyttä ja siihen liittyvää oman palvelutuotannon riittävyyttä arvioitaessa ei julkisomisteista osuuskuntaa eikä sen tytäryhtiötä lasketa osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa. Osuuskunnan kautta ei voida sote-järjestämislain §12 perustelumuistion kautta tuottaa kokonaisia lääketieteen erikoisaloja, vaan osuuskunta voi tuottaa ainoastaan sote-järjestämislain §13 mukaisesti hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoa tukevaa vuokralääkäri-tyyppistä palvelua. Em. sote-järjestämislain rajoitteet aiheuttavat haasteen Pohjois-Suomessa päivystävien sairaaloiden toiminnan turvaamiselle sekä riittävän osaamisen varmistamiselle ja tulevaisuudessa samat haasteet liittynevät myös osittain perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluihin.

Palveluiden turvaamiseksi eri hyvinvointialueilla kansantaloudellisesti kestävällä tavalla ehdotamme, että julkisomisteista osakeyhtiö- tai osuuskuntamuotoista toimintaa ei tulisi rinnastaa yksityiseen ja hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden sekä osuuskuntien palvelutuotanto pitäisi laskea osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa järjestämiskyvykkyyttä ja riittävää omaa palvelutuotantoa arvioitaessa.

Ehdotus uudeksi 2 momentiksi lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12 §:ään (tai vaihtoehtoisesti uudeksi 3 momentiksi 8 §:ään):
Hyvinvointialue voi tuottaa asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja hankkimalla niitä omistamaltaan tai usean hyvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhtiöltä, osuuskunnalta tai muulta yhteisöltä, jos se on perusteltua tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Mikäli hyvinvointialue yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa käyttää määräysvaltaa yhteisöön samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa, hyvinvointialueen omistamalta tai usean hyvinvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhteisöltä hankittavat palvelut rinnastetaan hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoon arvioitaessa, pystyykö hyvinvointialue huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.

Myös lähetteen perusteella tehtävä ratkaisu asiakkaan ottamisesta sairaalaan ei pitäisi olla tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta virkavastuuseen sidottua, jotta hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden ja osuuskuntien lääkärit voisivat tehdä myös hoidollisia päätöksiä potilaiden sairaalaan ottamisesta. Näin ollen ei luotaisi tarpeettomia rajauksia julkisomisteisen sote-palvelutuotannon organisoimiselle tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoitus hyvinvointialueilla

Yleiskatteellista ja laskennallista, pääosin palvelutarpeisiin pohjautuvaa rahoitusta voidaan lähtökohdiltaan pitää perusteltuna mallina resurssien jakamiseen. Lakiesityksen mukaan rahoituksesta kohdennetaan hyvinvointialueille keskimäärin 81,5 % THL:n määrittelemien tarvekertoimien ja 4,1 % olosuhdetekijöiden perusteella. Muita määräytymistekijöitä ovat asukasperusteisuus (13,4 %) sekä hyte-kriteeri (1,0 %). Integroituneessa palvelujärjestelmässä pääosin tarveperusteinen kapitaatiorahoitus antaa oikean insentiivin sekä resurssien tarkoituksenmukaiseen allokaatioon että suoriteperustaisesta järjestelmästä vaikuttavuusperusteiseen järjestelmään siirtymiseen. Rahoitusjärjestelmän määräytymistekijöiden kehitystyön on kuitenkin yhdistyttävä asiakas- ja potilastietojärjestelmien sekä laaturekisterien kansallisesti koordinoituun kehitystyöhön aikataulullisesti, jotta teoria ja käytäntö kohtaavat. Jos tietojärjestelmien uudistaminen ja harmonisointi,

kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen eri hyvinvointialueilla sekä siten myös palvelutarvetta kuvaavan tiedon tuottaminen kansallisiin rekistereihin kuvaamaan palvelutarvetta ei onnistu samanaikaisesti uuden tarveperusteisen rahoitusjärjestelmän käyttöön ottamisen kanssa, saattaa tuleva rahoituksen allokaatio perustua osittain eroihin tietojärjestelmissä ja kirjaamiskäytännöissä eikä todellisiin eroihin palvelutarpeissa. Tällöin ongelmaksi voivat muodostua hyvinvointialueiden tosiasialliset mahdollisuudet järjestää palvelut alueen asukkaille. Perustuslain näkökulmasta lähtökohtana on pidettävä sitä, että valtion rahoituksen tulee turvata hyvinvointialueille riittävät taloudelliset edellytykset suoriutua lakisääteisten tehtävien järjestämisestä. Tästä näkökulmasta kriittistä on valtion rahoituksen riittävä taso ja yhdenvertainen kohdentaminen (PerL 19 §, 22 §).

Jotta mallin tarkoitus resurssien kohdentamisesta väestön palvelutarpeiden perusteella toteutuu, tulee rahoituksen kriteereiden olla selkeitä ja oikeudenmukaisia sekä kunkin hyvinvointialueen omaan väestöön eri määräytymistekijöiden kautta johdettavia. Laskentamallin on myös kyettävä reagoimaan hyvinvointialueiden osin nopeastikin muuttuviin palvelutarpeisiin. Vuoden 2023 rahoitus tullee perustumaan vuoden 2020 ja/tai 2021 tilastoihin, joten on vaarana, ettei tarvetta kuvaavan tilastotiedon ikä ei huomioi riittävästi muuttuvia palvelutarpeita tai vuosina 2021-2022 tietojärjestelmiin ja kirjaamiskäytäntöihin tehtyjä kehittämistoimenpiteitä. Tilastoaineiston ja rahoituksen realisoitumisvuosien välinen ero on ongelmallinen erityisesti siksi, että muutokset eivät jakaannu tasaisesti eri hyvinvointialueiden kesken liittyen mm. syntymiin, kuolemiin ja muuttoliikkeeseen. Sosiaalihuollon tarvekertoimen tietopohjaa ja sen hyödyntämistä alueiden todellisia tarpeita kuvaavana muuttujana tulee kehittää.

Suomessa 8 sairaanhoitopiirin aluetta on jo toteuttanut kuntapohjaiseen palvelujärjestelmään sosiaali- ja terveydenhuollon integraation tehden asiakas- ja potilastietojärjestelmien sekä kirjaamiskäytäntöjen harmonisoinnin. Vastaavasti esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalla (n. 410 000 asukasta) on 19 järjestämisvastuullista organisaatiota ja selvityksissä on todettu merkittäviä eroja potilastietojärjestelmien toimivuudessa tietojen tuottamisessa kansallisiin rekistereihin sekä myös kirjaamiskattavuuksissa. Pohjois-Pohjanmaalla sisäisissä selvityksissä on todettu, että perusterveydenhuollon käyntien diagnoosien kirjaamisen aste vaihtelee voimakkaasti kuntien ja kuntayhtymien välillä siten, että korkein kirjaamisaste on 99% ja matalin 7%. Edellä kuvatun esimerkkitilanteen pohjalta arvioiden on siis mahdollista, että tämänhetkisissä rahoituslaskelmissa tarveperustaisen rahoitusmallin pohjalta hyvinvointialuekohtaisia eroja selittävät terveydenhuollon, sosiaalihuollon ja vanhustenhuollon palvelutarpeiden ohella myös erot nykyisessä palveluiden järjestämis- ja tuottamistavassa sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmien harmonisointityön keskeneräisyys ja puutteet sekä eroavaisuudet kirjaamiskäytännöissä. Historialliset erot alueellisesti palvelujärjestelmän sekä tietojärjestelmien kehittämisessä eivät saa johtaa epäoikeudenmukaiseen rahoituksen allokaatioon hyvinvointialueiden välillä.

Lakiesityksen mukaan kunnista siirtyvät kustannukset muodostavat hyvinvointialueiden yleiskatteellisen rahoituksen pohjan koko maan tasolla. Resurssien määrä ei uudistuksessa lisäänny, vaan rahoitusta kohdennetaan uudelleen hyvinvointialueiden välillä pääosin väestön palvelutarpeisiin pohjautuen. Näin ollen on tärkeää, että siirtyvät kustannukset on kunnissa ja kuntayhtymissä kirjattu oikein ja yhdenmukaisin periaattein. Ns. nollasummapelin näkökulmasta hyvinvointialueiden virheelliset tai epäyhtenäiset kirjaukset kustannuksissa voivat vaikuttaa myös muiden alueiden rahoituksen tasoon. Vuonna 2021 kansallisesti käyttöönotettu automaattinen talousraportointi on tähän liittyen askel oikeaan suuntaan.

Rahoitusmallissa keskeistä on riittävä ennakoitavuus, jotta alueet voivat arvioida mahdollisia sopeuttamistarpeita ja niiden vaatimia toimenpiteitä jo ennen vuotta 2023. Kesäkuun ja joulukuun 2020 välillä julkaistuissa

rahoituslaskelmissa on ollut huomattavaa vaihtelua eri tekijöistä johtuen. On ongelmallista, että tarvetta kuvaavien määräytymistekijöiden kehitystyö on vielä kesken ja uusien paremmin palvelutarvetta kuvaavien tekijöiden käyttöönoton jälkeen uusia todennäköisesti pitävämpiä rahoituslaskelmia saadaan käyttöön vasta alkuvuodesta 2022. Tämä vaikeuttaa muun muassa väliaikaisen valmistelutoimielimen työskentelyä sekä sote-palvelustrategian ennakkovalmistelua aluevaltuustolle ja -hallitukselle esiteltäväksi. Epävarmuutta rahoituksen tasosta lisää se, että lopullinen tieto vuoden 2023 luvuista saadaan vasta edellisen vuoden tilinpäätösten valmistuttua hyvinvointialueiden toiminnan olleessa jo käynnissä. Ennakoitavuuden näkökulmasta tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista ei tulisi ilman painavia perusteita säätää useammin kuin neljän vuoden välein.

Rahoituksen määräytymistekijöistä erityisesti sosiaalihuollon tarvekertoimeen liittyy olennaisia epävarmuustekijöitä. Myös perusterveydenhuollon data-aineisto on puutteellinen erityisesti pienten terveyskeskusten ja terveydenhuollon kuntayhtymien osalta, mikä voi aiheuttaa vääristymiä tarvekertoimiin. Lisäksi erikoissairaanhoidon tarvekertoimet selittävät kustannuksista esimerkiksi ppshp:n osalta vain reilut 50%. Kattavan kustannustiedon puuttuessa THL:n mallissa on jouduttu käyttämään useita laskennallisia menetelmiä ja skaalausta. Estimointitulokset poikkeavat toisistaan merkittävästi neljällä alueella, jotka toimivat laskentamallin pohjadatana. Ongelmana on, että tällä hetkellä sosiaalihuollon avopalveluista ei saada koko väestöä kattavia tietoja. Skaalauksen problematiikkaa lisää se, että sosiaalihuollon kustannusten laskennassa on käytetty pitkälti Kuusikkokuntien tietoja sekä alueiden itsensä toimittamaa kustannusdataa. Myös THL:n raportista (Häkkinen ym., 2020) käy ilmi, että sosiaalihuollon nettomenojen ja tarvekertoimen välinen selitysaste jää osin matalaksi. Yhtenä vaihtoehtoja on edetä sosiaalihuollon palvelutarpeen määräytymisperusteiden osalta porrasmaisesti eli laajentaa muuttujia vaiheittain hyvinvointialueilta saatavan tiedon kattavuuden ja laadun parantuessa.

Osa palvelutarvetta kuvaavista muuttujista sisältyy sekä terveyden-, vanhusten- että sosiaalihuollon tarvekertoimiin. Jatkokehitystyössä on tarpeen arvioida, saavatko terveyden-, vanhusten ja sosiaalihuollon tarvetta kuvaavissa määräytymistekijöissä toistuvat tarvetekijät liian suuren painoarvon kokonaistarvekertoimen määrittelyssä. Lisäksi erityisesti sosiaalihuollon osalta monet palvelujärjestelmän kuormitusta ennakoivat tekijät eivät tule huomioiduksi määräytymistekijöissä. THL:n mallista on myös eri syistä jouduttu jättämään pois olennaisia tekijöitä esimerkiksi työterveyshuoltoon ja päivystyksen matka-aikaan liittyen. Myös nämä ”pois-valinnat” ohjaavat osaltaan mallin vaikutuksia rahoituksen määräytymiseen. Mallia kehitettäessä on lisäksi syytä pohtia, muodostavatko nykyiset palveluryhmät liian karkeita tarkasteluluokkia, eli tulisiko esimerkiksi mielenterveyspalveluita tai lastensuojelun palveluita arvioida omalla erillisellä tarvekertoimellaan. Kriteereitä tarkastellessa on myös noussut esiin kysymys, että kuvaavatko ikäryhmien regressiopainot oikealla tavalla todellisia palvelutarpeita esimerkiksi vanhuspalveluiden osalta vai vääristääkö nuori, mutta nopeasti ikääntyvä väestörakenne Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tilannetta.

Pohjois-Pohjanmaalle tunnusomaista ovat pitkät etäisyydet ja osin harva asutus. Tällä on kustannusten näkökulmasta vaikutusta muun muassa kotiin vietävien palveluiden sekä kuljetusten järjestämiseen. Samoin henkilöstön palkkakustannukset nousevat helposti varsinkin erityisosaajien saatavuuteen liittyen. Tästä näkökulmasta asukastiheyden painokerroin (1,5 %) on varsin vähäinen, vaikka alueellisilla olosuhteilla on merkittävä syy-yhteys sote-palveluiden tuotantokustannuksiin ja muun muassa siihen, millaiseksi ikäihmisten palveluiden peittävyystavoitteet voidaan asettaa. Asukastiheyskriteerin painoarvon tulisikin olla suurempi, jotta hyvinvointialueiden olosuhdetekijät tulevat riittävällä tavalla huomioiduksi. Kriittisesti on tarpeen arvioida myös sitä, onko kahden kielellisen määräytymistekijän (vieraskielisyys 2,0 %, kaksikielisyys 0,5 %) painoarvo rahoituksen

määräytymisessä liian korkea hyvinvointialueiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta ja sisältyykö kriteereihin palvelujärjestelmän kuormittavuuden näkökulmasta mahdollista päällekkäisyyttä.

Ehdotamme, että asukastiheyden painokerroin nostetaan 3,0 %:iin ja vastaavasti vieraskielisyyden painokerrointa lasketaan 1,5 %:iin ja asukasperustaisuuden painokerrointa 12,4 %:iin.

Pohjois-Pohjanmaa on yliopistosairaalamaakunta ja on ongelmallista, että yliopistollisten sairaaloiden aiheuttama rasite hyvinvointialueelle esimerkiksi koulutukseen, opetukseen ja tutkimustoimintaan liittyen ei näy rahoitusjärjestelmässä lainkaan. Opetus- ja tutkimustoiminnan harjoittaminen on välttämätöntä terveydenhuoltojärjestelmän jatkuvuuden takia, ja yliopistosairaaloille aiheutuu siitä ylimääräisiä kustannuksia verrattuna keskussairaaloihin. Koulutukseen, opetukseen ja tutkimukseen varautuminen edellyttää yliopistollisilta sairaaloilta normaalia sairaalatoimintaa suurempia investointeja sekä kiinteistöihin että tutkimuslaitteistoon. On arvioitu, että yliopistosairaaloiden suoritehinnat ovat keskimäärin noin 5 % korkeampia keskussairaaloihin verrattuna, mikä edustaa opetus- ja tutkimustoiminnasta tulevaa ylimääräistä rasitetta palvelujärjestelmälle. Tutkimustoiminnan kustannuksiin tarkoitettua valtion tutkimusrahoitusta on supistettu vuosittain ja sen merkitys on nykyisin varsin marginaalinen. OYS on lääkäreiden lisäksi merkittävä koulutusalusta myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tarvevakioitu rahoitus edellyttää sitä, että sekä koulutustoiminnan että opetustoiminnan kustannukset pitää kokonaisuudessaan kompensoida yliopistosairaaloille. Nykyisen valtion tutkimusrahoituksen taso ei riitä tähän.

Yliopistosairaalaan liittyvät koulutusvelvoite ja investoinnit tulee korvata hyvinvointialueille erillisellä rahoituksella.

Rahoituslakiluonnoksen voimaantulosäännöksissä (33 §) on kirjaus määräytymistekijöiden ja painokertoimien päivityksestä jo vuoden 2023 rahoituksesta lähtien. Palvelutarpeen kasvuarvion lisäksi päivitys kohdentuisi terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon tehtäväkohtaisiin painotuksiin, tarvetekijöihin sekä niiden painokertoimiin. Hyvinvointialuevalmistelun näkökulmasta näitä muutoksia on kyettävä ennakoimaan jo ennen vuotta 2023. Lisäksi lakiesityksessä on tarpeen kuvata nykyistä yksiselitteisemmin eri muuttujiin liittyvä säätämismenettely sekä asetuksenantovaltuudet. Myös tältä osin rahoitusjärjestelmän tulee olla ennustettava, jotta muun muassa palvelustrategiatyö sekä palvelujärjestelmän rakentaminen rahoitusraamin mukaiseksi toteutuu kansalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuus huomioiden.

Verrattuna lokakuun 2020 laskelmiin hallituksen esityksen yhteydessä 8.12.2020 julkaistuissa aineistoissa on päivitetty muun muassa tarvekertoimien taustadataa ja regressiopainoja. Alueellisessa valmistelussa on herännyt kysymyksiä, että miten luotettavana näihin pohjautuvia palvelutarvekertoimia voidaan tällä hetkellä pitää. Erityisesti isoimpien regressiopainojen muuttujilla on olennainen vaikutus kertoimiin ja siten myös rahoituksen määräytymiseen. Jatkossa tarvitaan kansallista vertailua pohjadatan oikeellisuudesta ja yhdenmukaisuudesta eri hyvinvointialueiden välillä. Ensivaiheessa tämä koskee varsinkin suurimpia kustannusluokkia sekä merkittävillä regressiopainopainoilla olevia tarvetekijöitä. Erityisesti sosiaalihuollon tarvekertoimen osalta tämä on olennaista, sillä edellä kuvatut epävarmuustekijät muun muassa tietojen skaalaukseen liittyen voivat vääristää rahoituksen oikeudenmukaista kohdentumista hyvinvointialueiden välillä.

Lähihistoriaa tarkastellessa soten nettokustannusten kasvu on Suomessa kiihtynyt erityisesti vuodesta 2017 lähtien muutaman maltillisemman vuoden jälkeen. Esimerkiksi vuonna 2018 soten nettokustannukset kasvoivat

edellisvuoteen verrattuna koko maassa keskimäärin 2,9 % ja vuonna 2019 kasvua oli noin 5,1 % (Tilastokeskus, Kuntatalous). Vastaava kehitys on nähtävissä myös Pohjois-Pohjanmaalla. COVID-19-epidemia vaikuttaa edelleen vuonna 2021 kuntien ja kuntayhtymien talouteen. Lisäksi ikärakenteen muutoksesta johtuvaan palvelutarpeen kasvuun liittyen kustannusten odotetaan kohoavan voimakkaasti myös lähivuosina, ellei integroitujen palvelurakenteiden ja -prosessien uudistamistyössä onnistuta. Myös lasten, nuorten ja perheiden sekä vammaispalveluiden kustannuskasvu on ollut voimakasta viime vuosina niin kansallisesti kuin Pohjois-Pohjanmaalla. Tätä taustaa vasten tulee kriittisesti arvioida, vastaavatko maakuntaindeksi ja rahoituslain seitsemännen pykälän mukainen palvelutarpeen muutos todellista sote-kustannusten kasvua huomioiden alueiden erityiskysymykset sekä toiminnan käynnistymiseen liittyvät muutoskustannukset.

Rahoituslakiesityksen (7 §) mukaan palvelutarpeen kasvu otetaan huomioon siihen määrään asti, että kustannusten vuosittainen nousu vastaa 80 prosenttia arvioidusta palvelutarpeiden kasvusta. Vuosina 2023-2024 arvioitu palvelutarve huomioidaan kuitenkin kokonaisuudessaan (36 §). Lakiesityksen mukaan rahoituksen taso tarkistetaan vuosittain jälkikäteen vastaamaan toteutuneita tilinpäätöstietoja (10 §). Takautuva rahoituksen tarkistaminen kuitenkin tehdään koko maan tasolla, joten rahoitusmalli ei ole yksittäisen hyvinvointialueen näkökulmasta todellisuudessa kustannusperusteinen. Tätä vahvistaa edellä mainittu hyvinvointialueiden nettorahoituksen malli, jossa maksutulot vähennetään valtion rahoituksen perusteena olevista käyttökustannuksista koko maan tasolla (laki hyvinvointialueiden rahoituksesta §4 ja §5). Lisäksi rahoituksen takautuvassa tasaamisessa on arviolta kahden vuoden viive. Lähtökohtaisesti tehostamiseen kannustavat rahoituslakiesityksen elementit ovat kannatettavia. Kuitenkin takautuva, koko maan tasolla tasattava laskennallinen rahoitusmalli ei tämän hetken arvion mukaan riittävällä tavalla huomioi Pohjois-Pohjanmaan erityiskysymyksiä muun muassa nopeaan väestörakenteen muutokseen sekä yliopistosairaalamaakunnan ja Pohjois-Suomen yhteistyöalueen velvoitteisiin liittyen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon muutoskustannusten huomioiminen

Hyvinvointialueiden kustannuskehitykseen vaikuttavat myös väliaikaiset (esim. ict) sekä pysyvät (esim. palkkojen harmonisointi) muutoskustannukset. Edellisellä hallituskaudella kansallisiksi ict-muutoskustannuksiksi arvioitiin noin 550-650 miljoonaa euroa. Lakiesitykseen sisältyvässä vaikutusten arvioinnissa on todettu, että palkkaharmonisoinnin kustannuksia voidaan ennakoida tarkastelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön palkkasummaa, joka vuonna 2019 oli sivukuluineen noin 10,4 miljardia euroa. Tietyin rajauksiin tästä summasta arvioidaan noin 60 % tulevan palkkaharmonisoinnin piiriin. Esimerkiksi KT Kuntatyönantaja arvioi edellisellä vaalikaudella, että palkkaharmonisaatiosta aiheutuva kustannus olisi 0,7 %, jos palkat harmonisoitaisiin mediaanitasolle, ja 6,3 %, jos palkat harmonisoitaisiin 9. desiilin tasolle.

Ict-ratkaisujen osalta Pohjois-Pohjanmaan tilanne on hajanainen liittyen muun muassa laajaan järjestäjien joukkoon maakunnassa. Edellisellä valmistelukaudella ict-muutoskustannusten arvioitiin ajoittuvan erityisesti toiminnan käynnistymisen ensimmäisen vuosiin. Aiempien arvioiden mukaan ict-muutoskustannukset olisivat olleet esimerkiksi kahtena ensimmäisen vuonna Pohjois-Pohjanmaalla noin 18-19 miljoonaa euroa vuotuisesti.

Edellisen vaalikauden valmistelussa Pohjois-Pohjanmaalla arvioitiin, että palkkojen harmonisoinnista 9. desiilin tasolle aiheutuva kustannus on noin 75 miljoonaa euroa ja korkeimpien palkkojen tasolle noin 100 miljoonaa euroa. Viime vuosien oikeuskäytännön johdosta on syytä varautua harmonisointiin korkeimpien palkkojen tasolle. Rahoituslain 36 § mukainen 0,2 %-yksikön lisäys palvelutarpeeseen kattaa tästä arviolta vain noin 1/5 ja sekin

toteutuu seitsemän vuoden viiveellä, kun harmonisointi joudutaan toteuttamaan huomattavasti nopeammalla aikataululla.

Pysyväksi jääviin muutoskustannuksiin tulisi olla riittävä, hyvinvointialueille todellisten kustannusten mukaisesti kohdennettu erillinen, pysyvä rahoitus. Rahoituksen riittävyyden arviointi vaikeutuu, mikäli merkittävä osa muutoskustannusten korvaamisesta jää valtion vuotuisen talousarviokehyksen ja -käsittelyn varaan.

KT Kuntatyönantajan viimeisimmän arvion mukaan hyvinvointialueelle siirtyvää henkilöstöä on Pohjois-Pohjanmaalla sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä pelastustoimessa noin 18 200. Määrä vastaa noin kahdeksaa prosenttia koko maan hyvinvointialueille siirtyvästä henkilöstöstä.

Hyvinvointialueiden investointi-oikeus sekä investointien valtiontakaus

Laki hyvinvointialueesta 3 luvussa säädetään hyvinvointialueen suhteesta valtioon ja kuntiin. Lain 15 § käsitellään hyvinvointialueen lainanottovaltuutta mm seuraavasti:

- Valtioneuvosto päättää vuosittain valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden määrästä pitkäaikaisen lainan ottamiseksi.
- Hyvinvointialueen lainanottovaltuus on hyvinvointialueen laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuvan enimmäismäärän ja tilikauden alun ennakoidun lainamäärän erotus. Laskennallinen lainanhoitokate lasketaan kaavalla, jossa tuloslaskelman vuosikatteeseen lisätään korkokulut ja summa jaetaan korkokulujen ja laskennallisten lainanlyhennysten summalla. Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä.

Lakiesityksessä investoinnit tehdään siis valtio-ohjauksesta riippuviksi, ja hyvinvointialueilla ei olisi itsenäistä oikeutta ottaa pitkäaikaista lainaa. Lainanottovaltuuksissa maakuntalain 15§ mukainen laskennallinen lainanhoitokate lasketaan jakamalla konsernitaseen mukainen lainamäärä kymmenellä, joka johtaisi useissa hyvinvointialueissa investointien pysähtymiseen tai niiden toteuttamiseen epätarkoituksenmukaisesti erilaisin taseen ulkopuolisin järjestelyin mm. pitkäaikaisin vuokrasopimuksin tai leasingrahoituksella. Vaihtoehtoisten rahoitusten hinta voi muodostua moninkertaiseksi omaan taselainaan nähden. Tällaisiin järjestelyihin liittyy olennaisesti myös erilaisia sopimus- ja vastapuoliriskejä, joiden hallinta voi muodostua työlääksi. Yleinen tapa kiinteistöjen rahoituksessa on sovittaa lainanlyhennykset ja poistot yhteen. Näin lainat lyhennetään 25-30 vuodessa. Perustettavien hyvinvointialueiden investointiohjelmat sisältävät myös merkittävästi erilaisia hyvin kalliita lääkinnällisiä laitteita, joihin investoidaan vuosittain alueen koosta riippuen arviolta 10-100 milj. euroa. Lääkinnällisten laitteiden käyttöikä vaihtelee tyypillisesti 5-10 välillä.

Yllä mainituin perustein esitämme, että lainanhoitokatteen jakajaksi asetettaisiin 25.

Lakiesityksen 15 §:ssä todetaan edelleen seuraavasti:

- Valtioneuvosto muuttaa hyvinvointialueen lainanottovaltuutta, jos hyvinvointialueen investointitarve on kiireellinen ja investointi on välttämätön hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen tuottamisen jatkuvuuden kannalta tai lainsäädännössä edellytettyjen palvelujen turvaamiseksi eikä

investointitarvetta voida kattaa muulla tavoin. Lainanottovaltuuden muuttamisesta voidaan päättää hyvinvointialueen hakemuksesta tai valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön tai sisäministeriön aloitteesta.

- Valtiovarainministeriö asettaa 3 momentissa tarkoitetun päätöksen valmistelua varten valmisteluryhmän, johon valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö sekä asianomainen hyvinvointialue nimeävät edustajansa. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida lainanottovaltuuden muuttamisen edellytyksiä, tarvittavan lainanottovaltuuden suuruutta sekä hyvinvointialueelle asetettavia ehtoja. Arviointi perustuu hyvinvointialueen taloutta ja toimintaa koskevan tiedon perusteella tehtyyn kokonaisarvioon.

Edellä esitetty mahdollistaa hyvinvointialueen palvelujen tuottamisen kannalta kiireellisen ja välttämättömän investoinnin toteuttamisen, jos valmisteluryhmän valmistelusta valtioneuvosto muuttaa joillakin ehdoilla hyvinvointialueen lainanottovaltuutta. Tämä menettely johtaa hyvinvointialueen kuitenkin lain 13 luvun 123 § mukaan valtionvarainministeriön käynnistämään arviointimenettelyyn. Tästä syystä hyvinvointialueet eivät tule tekemään valtioneuvostolle hakemuksia lainanottovaltuuden muuttamisesta, vaikka kansalaisten palvelujen tuottamisen näkökulmasta investoinnit olisivat kiireellisiä ja välttämättömiä.

Nykyisessä lakiesityksessä pitkäaikaisen rahoituksen järjestämisen mahdollisuudet jäävät avoimiksi ja rahalaitosten on ilman hyvinvointialueen verotusoikeutta hankalaa arvioida hyvinvointialueiden riskiluokkaa. Hyvinvointialueille asema raha- ja pääomamarkkinoilla poikkeaa olennaisesti sairaanhoitopiirien asemasta, koska hyvinvointialueilla ei ainakaan alkuvaiheessa olisi verotusoikeutta. Hyvinvointialueilla ei olisi niin sanottua nollariskiasemaa, kuten sairaanhoitopiireillä nyt on. Tämän vuoksi esitysluonnoksessa hyvinvointialueiden nollariskiasema toteutuu siirtyvien lainojen osalta valtion takauksen avulla. Valtion takauksessa valtio sitoutuu omavelkaiseen vastuuseen hyvinvointialueen puolesta suhteessa velkojiin. Tätä menettelyä ei sote-esitysluonnoksessa ole kuitenkaan ulotettu hyvinvointialueiden uusiin investointihankkeisiin eikä myöskään maksuvalmiusjärjestelyihin. Kuntarahoituksen poistuminen maakuntien rahoitusvaihtoehdoista vaikuttaa hyvinvointialueiden rahoituskustannuksiin nostavasti. Lisäksi hyvinvointialueen lyhytaikaisen maksuvalmiuden ylläpitäminen poikkeustilanteissa kuten esimerkiksi korona-pandemian aikana vaarantuu. Valtiontakaus tulee turvata myös hyvinvointialueiden uusille investoinneille ja maksuvalmiusjärjestelyille.