EDUSKUNTA
Perustuslakivaliokunta
pev@eduskunta.fi

PERUSTUSLAKIVALIOKUNTA 20.4.2021 / HE 241/2020 vp
Asiantuntijalausunto
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori (emeritus)

1 Hyvinvointialueiden rahoitusmalli

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitetaan lakiesityksen mukaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi asiakasmaksuilla.

Hyvinvointialueiden valtion rahoitus toteutetaan siirtämällä kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannuksia vastaavat valtionosuudet ja kuntien omarahoitus alueiden toiminnan rahoittamiseen. Kunnilta siirtyy tuloja ja kustannuksia hyvinvointialueille noin 19,9 miljardia euroa vuoden 2020 kustannustasolla. Tästä valtionosuuksia on noin 6,5 miljardia euroa ja kunnilta siirrettäviä verotuloja noin 13,4 miljardia euroa. Kaikkien kuntien kunnallisveroprosentteja alennetaan 13,26 %-yksikköä[1].

Verotulojen ja valtionosuuksien siirron kokonaismäärä kunnilta hyvinvointialueille vastaa siirtyvän järjestämisvastuun kustannuksia koko maan tasolla ja on siten perusteltu ja taloudellisilta vaikutuksiltaan koko maan tasolla neutraali. Yksittäisten kuntien kohdalla siirtyvien tulojen (verotulot ja valtionosuudet) ja kustannusvastuiden ero voi olla merkittävä. Tämän vaikutuksia vaimennetaan tasausjärjestelmällä ja viiden vuoden porrastetulla siirtymätasauksella.

Hyvinvointialueiden valtion rahoitus on yleiskatteista ja kohdennetaan alueille sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelutarpeita ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden sekä asukasluvun perusteella.

Hyvinvointialueiden rahoitusta tarkistetaan koko maan tasolla vuosittain periaatteessa palvelutarpeiden ja kustannustason muutoksia vastaavasti sekä ottaen huomioon mahdollisten tehtävämuutosten kustannukset. Rahoituksen tasoa tarkistetaan koko maan tasolla jälkikäteen, jos ilmenee ettei rahoitus ole ollut koko maan tasolla riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen järjestämiseksi.

2 Tarveperusteinen valtion rahoitusmalli kohtelee hyvinvointialueiden väestöjä yhdenvertaisesti

Hyvinvointialueiden valtion rahoitus perustuu pääosin alueen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Johtavana ajatuksena on kohdentaa kulloinkin sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämiseen koko maan tasolla käytettävissä oleva valtion rahoitus budjettivuoden tilanteen mukaan oikeudenmukaisesti hyvinvointialueille[2]. Tällä pyritään varmistamaan jokaiselle hyvinvointialueelle periaatteessa yhtäläiset taloudelliset mahdollisuudet järjestää alueen väestön tarvitsemat palvelut.

[1] Nämä ja muut HE:ssä esitetyt talousluvut tarkentuvat vielä useampaan kertaan ennen sote-uudistuksen toimeenpanoa.
[2] Rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille niiden väestöjen suhteellisen tarpeen, ei absoluuttisen tarpeen mukaan. Näin siksi, että kunkin talousarviovuoden valtionrahoitukseen on koko maan tasolla käytettävissä vain rajallinen määräraha.

Noin 80 prosenttia hyvinvointialueen rahoituksesta määräytyy väestön palvelutarpeita kuvaavien tekijöiden perusteella. Näitä ovat hyvinvointialueen ikärakenteen ja erilaisten sosio-ekonomisten tekijöiden lisäksi muun muassa kustannuksiltaan merkittävien sairauksien yleisyys alueella. Terveydenhuollossa näitä hyvinvointialueiden rahoitukseen vaikuttavia sairauksia on 50, vanhustenhuollossa 18 ja sosiaalihuollossa 13. Tarvekriteerit perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan poikkeuksellisen laajaan ja monipuoliseen rekisteriaineistoon ja yksityiskohtaiseen tutkimukseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä[3].

Tarveperusteinen rahanjakomalli ei ole ajatuksena uusi. Vastaavan kaltaista mallia sovelletaan Suomessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrittelyssä. Myös monissa kehittyneissä EU-maissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien julkinen rahoitus perustuu väestön/asiakkaiden palvelujen tarvetta kuvaaviin kriteereihin ja malleihin[3].

Rahoituslakiesityksessä esitettävä malli perustuu poikkeuksellisen laajaan ja monipuoliseen rekisteriaineistoon sekä yksityiskohtaiseen, huolelliseen ja asiantuntevaan tutkimukseen. Tutkimuksen toteutusta on tukenut monitieteellinen ja palvelujen järjestäjiä ja tuottajia edustanut asiantuntijaryhmä.

Esitetty rahoitusmalli kattaa terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämisen kannalta olennaisimmat tekijät, joista ylipäätään on saatavilla kattavasti luotettavaa yksilötason tietoa.

Tärkeää on todeta, että lakiesityksen rahoitusmalli on suunnattu tukemaan ensisijaisesti palvelujen järjestämistä ei palvelujen tuottamista. Pääosin väestön palvelutarpeisiin pohjautuva rahoitusmalli on tähän tarkoitukseen sopiva ja perusteltu.

On myös syytä todeta, että rahoitusmallilla valtionrahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille niiden väestöjen suhteellisen palvelutarpeen ei absoluuttisen tarpeen mukaan. Näin siksi, että kunkin talousarviovuoden valtionrahoitukseen on koko maan tasolla käytettävissä vain rajallinen määräraha, joka pyritään jakamaan hyvinvointialueille oikeudenmukaisesti.

3 Verotusoikeuden puuttuminen rajoittaa hyvinvointialueiden itsehallintoa

Rahoitus- ja järjestämisvastuun erottaminen siten, että järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla ja pääasiallinen rahoitusvastuu on valtiolla, ei ole optimaalinen ratkaisu. Hyvinvointialueilta puuttuva verotusoikeus ja sitä kautta mahdollisuus ohjata alueen omia verotuloja väestön palvelujen järjestämiseen on niiden itsehallinnon kannalta lakiesityksen selkeä puute.

Muista hyvinvointialueista poiketen, Helsingin kaupungilla on verotusoikeus ja mahdollisuus käyttää omaa verorahoitusta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen väestölleen ja siten paikata mahdollisesti riittämätöntä valtion rahoitusta. Tämä omarahoitus katsotaan kaupungin avustukseksi palvelujen järjestämiseen eikä sitä oteta huomioon koko maan tasolla hyvinvointialueiden toteutuneita kustannuksia jälkikäteen arvioitaessa. Helsingin itsehallinnollinen asema poikkeaa verotusoikeudesta johtuen olennaisesti muista hyvinvointialueista.

Valtiovallan ohjaus tulee olemaan tiukkaa, mikä on ymmärrettävää valtion rahoittaessa valtaosan kustannuksista. Esimerkiksi investointien ohjaus muistuttaa vuosikymmenien takaista

[3] Häkkinen U, Holster T. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139708/URN_ISBN_978-952-343-483-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

lääkintöhallituksen tapaa ohjata terveydenhuollon investointeja sangen yksityiskohtaisesti. Valtion vahvasta ohjauksesta ja verotusoikeuden puuttumisesta johtuen hyvinvointialueiden itsenäinen liikkumavara päätöksenteossa tulee olemaan rajallista ja itsehallinto vajavaista.

4 Lakiesityksen mukainen valtion rahoitus ei riitä turvaamaan kasvavaa palvelujen tarvetta

Verotusoikeuden puuttuessa hyvinvointialueilta puuttuu myös olennainen keino varautua valtionrahoituksen tarkistusmenettelystä johtuvaan, ennakoitavissa olevaan valtion rahoituksen riittämättömyyteen.

Valtion rahoituksen tason tarkistusmenettely[4] on valtiontalouden hallitun kehityksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun rajoittamisen kannalta toimiva, mutta väestön perusoikeuksien toteutumisen kannalta ongelmallinen.

Väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen ennakoidaan kasvavan lähivuosina noin 1,0–1,2 prosenttia vuodessa[5]. Tätä ei kuitenkaan oteta huomioon valtion rahoituksessa täysimääräisesti, vaan jo tiedossa olevasta hyvinvointialueiden rahoitustarpeen kasvusta jätetään 20 prosenttia huomioon ottamatta vuodesta 2025 alkaen.

> Lakiesityksessä (per 8.12.2020) palvelutarpeen muutos on arvioitu koko maan tasolla noin 17 % pienemmäksi kuin lausuntokierroksella olleessa ehdotuksessa (per 15.6.2020) (tarpeen kasvu 1,2 % -> 1,0 % per vuosi). Pienentynyt arvio noudattaa EU:n yhtenäistä oletusta väestön eliniän pitenemisen vaikutuksesta hoivan tarpeeseen. Eliniän pitenemisen oletetaan siirtävän hoivan tarvetta saman verran niin Suomessa kuin muissakin EU-maissa kuten Kreikassa, Romaniassa, Ruotsissa tai Ranskassa.
>
> EU-peräisen arvion paikkansapitävyys Suomessa, samoin kuin hoivan tarpeen siirtymän ajoittuminen 2023–2030 on epäselvää ja vaatii huolellista tutkimusta suomalaisilla aineistoilla.
>
> Vuosina 2023–2029 palvelutarvearvioon lisätään 0,2 %-yksikköä. Korotuksella pyritään vastamaan hyvinvointialueiden siirtymävaiheen muutoskustannuksiin.
>
> Vuosina 2023-2024 hyvinvointialueiden kokonaisrahoitus määräytyy periaatteella: some-mallin[4] palvelutarvearvio + 0,2 %-yksikköä. Vuodesta 2025 alkaen tästä otetaan huomioon 80 %.

Kun keskimääräisen väestönkasvun arvioidaan koko maan tasolla jäävän vuoteen 2030 mennessä yhteen prosenttiin[5], hyvinvointialueiden rahoituksessa varaudutaan käytännössä ainoastaan väestönkasvusta aiheutuvien palvelutarpeiden muutoksiin. Kun samaan aikaan vanhusväestön määrän arvioidaan kasvavan 24 prosenttia ja ikääntyneiden hoivan kustannusten noin 50 prosenttia, on hyvinvointialueiden rahoitukseen syntymässä ilmeinen rahoitusongelma.

---

[4] Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen valtion rahoituksen määrää tarkistetaan seuraavalle talousarviovuodelle etukäteen ottaen huomioon i) palvelutarpeiden muutoksesta 80 % (vuodesta 2025 alkaen), ii) kustannustason muutos ja iii) hyvinvointialueiden tehtävien muutos. Yksittäisellä hyvinvointialueella on mahdollisuus anoa valtiolta lisärahoitusta, jos rahoituksen taso ei riitä palvelujen saatavuuden turvaamiseen alueen väestölle. Koko maan rahoituksen taso tarkistetaan vuosittain jälkikäteen hyvinvointialueiden tilinpäätöstietojen perusteella sen varmistamiseksi, ettei rahoituksen taso erkane todellisista kustannuksista.

[5] Juha Honkatukia. SOME-mallin arvio sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksista. SOME-mallin kuvaus. Muistio 21.6.2020 https://thl.fi/documents/2616650/5897794/THL_SOME_KUVAUS-TEKSTI190820.pdf/009b7f9d-b4e9-14ef-bb59-a89f88b2a4d5?t=1597828603228

Menettelyn ilmeinen tavoite on ensisijaisesti varmistaa sote-uudistukselle asetetun kustannusten kasvun hillintätavoitteen saavuttaminen. On vaikea nähdä muuta syytä sille, miksi jo tiedossa olevaa palvelutarpeen kasvua ei oteta rahoituksessa täysimääräisesti huomioon.

Rahoituslain perusteluissa (7§) otaksutaan, että antamalla hyvinvointialueille tarvetta niukempi rahoitus, alueilla olisi kannuste sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillintään. Näin voi olla, mutta luontevampaa on ennakoida menettelyn johtavan moraalikatoon. Rahoituksen ollessa riittämätön se ei ole myöskään uskottava. Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon alibudjetoinnista on kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tuttu ilmentymä niukan rahoitusraamin seurauksista.

On ilmeistä, että pelkästään valtion rahoitukseen nojautuminen heikentää hyvinvointialueiden kannusteita toimia taloudellisesti. Hyvinvointialueet ovat taloudesta tilivelvollisia valtiolle ja palveluista alueensa väestölle. Palvelujen puutostilanteissa ”syyttävä sormi” on helppo osoittaa valtiovallan suuntaan pikemminkin kuin uudistaa palvelujen tuottamisen tapaa.

Ilmeisesti myös uskotaan, että hyvinvointialueiden pelko joutua arviointimenettelyyn ja pitkällä aikavälillä riski toiseen hyvinvointialueeseen liitettäväksi luo hyvinvointialueille riittävää painetta pysyä palvelujen tarvetta niukemmassa rahoitusraamissa.

5 Hyvinvointialueiden hintaindeksin yhteys todelliseen kustannuskehitykseen on etäinen

Hämmentävää on, että nyt hyvinvointialueiden hintaindeksiksi esitetään samaa hintaindeksiä, jota perustuslakivaliokunta aiemmissa kannanotoissaan edellisen hallituskauden sote-esityksessä selkeäsanaisesti kritikoi (PeVL 15/2018 vp ja PeVL 65/2018 vp).

Rahoituslakiesityksessä kustannustason muutos otetaan huomioon hyvinvointialueiden hintaindeksillä, jonka yhteys hyvinvointialueiden kustannuskehitykseen on etäinen. Hyvinvointialueiden hintaindeksissä ansiotasoindeksin paino on 60 %, kuluttajahintaindeksin 30 % ja hyvinvointialuetyönantajan sosiaaliturvamaksujen muutoksen paino 10 %.

Sosiaali- ja terveystoimen paino ansiotasoindeksissä on 14,9 prosenttia ja palo- ja pelastustoimen 0,4 prosenttia eli yhteensä noin 15,3 prosenttia[6]. Valtaosa (84,7 %) ansiotasoindeksistä kuvaa siis muiden kuin hyvinvointialueiden henkilöstön ansiokehitystä ja voi siten antaa virheellisen kuvan todellisesta kustannuskehityksestä.

Kuluttajahintaindeksi kuvaa kotitalouksien hankkimien tavaroiden ja palvelujen hintakehitystä, mikä sopii erittäin huonosti kuvaamaan hyvinvointialueiden muiden kuin palkkojen ja palkkasidonnaisten maksujen kustannustasossa tapahtuvia muutoksia. Kuluttajahintaindeksi ei luonteensa mukaisesti kuvaa esimerkiksi sairaalalääkkeiden, sairaalatarvikkeiden tai laboratorio- ja kuvantamislaitteiden hintakehitystä.

Hyvinvointialuetyönantajan sosiaaliturvamaksujen (sairausvakuutus-, työttömyysvakuutus- ja eläkemaksut) muutos on esitetyn hyvinvointialueiden hintaindeksin tekijöistä ainoa, joka kuvaa selkeästi hyvinvointialueiden kustannustasossa tapahtuvaa muutosta.

Esitetyn hyvinvointialueiden hintaindeksin soveltamisen ilmeisenä riskinä on valtion rahoittamien laskennallisten kustannusten erkaantuminen vuosien saatossa hyvinvointialueiden todellisten kustannusten kehityksestä.

[6] Ansiotasoindeksi 2015=100. Käyttäjän käsikirja. Käsikirjoja 1/2019. Tilastokeskus 2019. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yksk1_201500_2019_21506_net.pdf

6 Siirtymäaika ja siirtymätasaus

Tarveperusteiseen rahoitukseen siirrytään periaatteessa heti uudistuksen käynnistyessä, käytännössä uudistuksen vaikutuksia vaimennetaan seitsemän vuoden siirtymäajalla. Näin siksi, että uudistus vaikuttaa kaikkien hyvinvointialueiden rahoituskykyyn. Uudistuksen myötä 10 hyvinvointialueen rahoitus kasvaisi ja 12 supistuisi lähtötilanteeseen verrattuna.

Seitsemän vuoden siirtymäajan aikana rahoituksen hyvinvointialuekohtaiset muutokset nykyisestä tarveperusteiseen rajataan vuosittain euromääräisesti. Siirtymäkausi ja -tasaus ovat perusteltuja. Pitkä siirtymäaika antaa hyvinvointialueille aikaa sopeuttaa toimintaa muuttuvaan rahoitusraamiin.

Siirtymätasaus kohtelee hyvinvointialueita epäsuhtaisesti. Keski-Uusimaan, Pohjanmaan ja Kainuun rahoitus olisi vielä seitsemän vuoden siirtymäajan jälkeenkin edelleen selvästi arvioitua tarvetta suurempi ja Pohjois-Karjalan rahoitus jäisi edelleenkin jälkeen tarpeenmukaisesta rahoituksesta.

Rahoituksen lähtötilanteesta riippuen (miten paljon/vähän alueen toteutuneet menot poikkeavat tarpeenmukaisesta) eri hyvinvointialueet saavuttavat tarpeen mukaisen rahoituksen tason hyvin eritahtisesti. Suurin osa alueista (14) saavuttaa tavoitetason jo viiden vuoden kuluttua uudistuksen käynnistymisestä.

Rahoituslaskelmien tietopohjan ajantasaisuus on perustavaa laatua oleva kysymys rahoitusperiaatteen hyväksyttävyyden ja uskottavuuden kannalta. Syksyn 2020 aikana julkistettujen koelaskelmien mukaiset aluekohtaiset tiedot kunkin hyvinvointialueen saamasta rahoituksesta siirtymäkauden aikana vaihtelevat hämmästyttävän paljon jopa vajaan kahden kuukauden välein julkistettujen tietojen välillä. Jopa rahoitusmuutoksen etumerkki vaihtuu (”voittajista” tulee ”häviäjiä” ja ”häviäjistä” ”voittajia”) lähtötietojen päivittyessä.

7 Kustannusten kasvun hillintä

Rahoituslaissa esitetty valtion rahoituksen tarkistusmenettely, joka ottaa huomioon väestön palvelutarpeiden muutoksen vajavaisesti, hillitsee jo sellaisenaan merkittävästi toimialan totuttua kustannuskehitystä.

Lakiesityksen vaikutusarvion mukaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvoivat 2001–2018 reaalisesti keskimäärin 2,5 % vuodessa. Vielä 2015–2019, jolloin kunnat jo varautuivat edelliseen sote-uudistukseen pyrkimällä rajoittamaan sote-menojen kasvua, menot kasvoivat reaalisesti keskimäärin 1,3 % vuodessa[7]. Lakiesityksen mukainen rahoitusmalli rajaisi menojen reaalikasvun keskimäärin noin 1 prosenttiin vuoteen 2030 saakka.

On myös syytä huomata, että Suomen terveysmenojen vuotuinen reaalikasvu on jo vuosina 2013–2019 ollut Kreikan rinnalla EU-maiden alhaisin ja jäänyt selvästi jälkeen muista Pohjoismaista[8].

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhteensovittaminen (integraatio) näyttäisi tuovan selkeitä taloudellisia etuja. THL:n vuosittain julkaisemien sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen jo integroineet Päijät-Häme sekä Pohjois-

[7] Tilastokeskus, StatFi-tietokanta 2021.
[8] Health at a Glance: Europe 2020. OECD December, 2020.

ja Etelä-Karjala ovat vuodesta toiseen järjestäneet väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut selvästi muuta maata edullisemmin[9].

Uudenmaan erillisratkaisu saattaisi kuitenkin muodostua käytännön ongelmaksi integraation hyötyjen ulosmittaamisessa. Erikoissairaanhoidon järjestäminen säilynee Uudellamaalla pääosin erillään muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta ja siten sote-integraatio jää toteutumatta Uudellamaalla, jonne kohdistuu runsas neljännes (26 %) koko soten rahoituksesta. Uudenmaan erillisratkaisu vaikeuttaa jo sellaisenaan kustannusten kasvun hillintätavoitteen saavuttamista kansallisesti.

8 Yhteenvetona totean seuraavaa:

Tarveperusteinen rahoitusmalli

1. Verotulojen ja valtionosuuksien siirron kokonaismäärä kunnilta hyvinvointialueille vastaa siirtyvän järjestämisvastuun kustannuksia koko maan tasolla ja on siten perusteltu ja taloudellisilta vaikutuksiltaan koko maan tasolla neutraali.
2. Tarveperusteinen rahoitusmalli on palvelujen järjestämisen kannalta perusteltu ja rahoitusta määrittävät tarvetekijät kattavat terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämisen kannalta olennaisimmat tekijät.
3. Tarvetekijät kuvaavat käytettävissä olevien tietojen asettamissa rajoissa riittävän tarkasti hyvinvointialueiden väestöjen palvelujen suhteellista tarvetta.

Hyvinvointialueiden verotusoikeus

4. Rahoitus- ja järjestämisvastuun erottaminen siten, että järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla ja pääasiallinen rahoitusvastuu on valtiolla, ei ole optimaalinen ratkaisu.
5. Hyvinvointialueilta puuttuva verotusoikeus ja sitä kautta mahdollisuus ohjata alueen omia verotuloja väestön palvelujen järjestämiseen on niiden itsehallinnon kannalta lakiesityksen selkeä puute.
6. Verotusoikeuden puuttuessa hyvinvointialueilta puuttuu olennainen keino varautua valtion rahoituksen tarkistusmenettelystä johtuvaan, ennakoitavissa olevaan valtion rahoituksen riittämättömyyteen.

Rahoitustarpeen muutos

7. Rahoituslakiesityksen mukaan valtio varautuu rahoittamaan hyvinvointialueita jo ennakkoon tiedossa olevaa väestön palvelutarpeiden kasvua vähemmän.
8. Lakiesityksen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus riittäisi kattamaan ainoastaan väestön määrän muutoksesta aiheutuvat kustannukset, mutta ei väestörakenteen muutoksesta, kuten väestön ikääntymisestä aiheutuvien kasvavien palvelutarpeiden kustannuksia. Esitys heikentää olennaisesti hyvinvointialueiden tosiasiallisia edellytyksiä selviytyä lakisääteisistä tehtävistään.
9. **Esitys**: Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun toteuttaminen uskottavasti edellyttää vähintäänkin sitä, että valtion rahoitusta tarkistetaan vuosittain täysimääräisesti väestön ennakoitua sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen tarpeen kasvua vastaavasti.

[9] https://thl.fi/documents/2616650/3514854/Tarvevakioidut_menot_kunnittain_maakunnittain_ja_sairaanhoitopiireitt%C3%A4in_2018.xlsx/f37cbeb4-e6d2-6261-38a0-76a5b753d606?t=1593498463229

Hyvinvointialueiden hintaindeksi

10. Hyvinvointialueiden hintaindeksi kuvaa hyvin etäisesti alueiden järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannustason muutosta.
11. On ilmeistä, että lakiesityksen mukainen kustannustason muutoksen tarkistusmenettely johtaa ajan mittaan hyvinvointialueiden rahoituksen erkaantumiseen niiden todellisista kustannuksista.
12. **Esitys**: Rahoitusperusteiden uskottavuuden säilyttämiseksi hyvinvointialueiden hintaindeksin tulee kuvata mahdollisimman hyvin hyvinvointialueiden kustannustason todellista muutosta:
    (i) kustannustason muutos tulisi ottaa huomioon hyvinvointialueiden kustannustason todellista muutosta kuvaavan hintaindeksin mukaisesti,
    (ii) hintaindeksissä sosiaali- ja terveystoimen ja pelastustoimen ansiotasoindeksin painokerroin tulisi olla 0,60, sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen hyödykeindeksin 0,30 ja hyvinvointialuetyönantajan sosiaaliturvamaksujen muutoksen 0,10.

Siirtymäaika ja siirtymätasaus

13. Pitkä siirtymäkausi on perusteltu tarveperusteiseen rahoitukseen siirtymiseksi. Pitkä siirtymäaika antaa hyvinvointialueille aikaa sopeuttaa toimintaa muuttuvaan rahoitusraamiin.
14. **Esitys**: Uudistuksen toimeenpanon jouduttamiseksi, siirtymäajan lyhentämistä viiteen vuoteen tulisi harkita.
15. **Esitys**: Rahoituksen tietopohjan ajantasaisuus tulee varmistaa rahoituksen uskottavuuden turvaamiseksi.

Kustannusten kasvun hillintä ja rahoitusperiaate

16. Rahoituslakiesityksen toteuttaminen hidastaa jo sellaisenaan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua verrattuna uudista edeltäneeseen kustannuskehitykseen. Epävarmaa kuitenkin on riittääkö esityksen mukainen rahoitus turvaamaan väestölle asianmukaiset ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevaisuudessa.
17. On ilmeistä, että puutteelliseksi jäävä sote-integraatio Uudellamaalla rajoittaa mahdollisuuksia hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua koko maan tasolla.
18. **Esitys**: Rahoitusperiaatteen tarkentaminen siten, että valtio rahoittaisi täysimääräisesti vähintäänkin väestön määrän ja väestörakenteen muutoksesta johtuvien palvelutarpeiden kustannusten kasvun hyvinvointialueille:
    (i) parantaisi hyvinvointialueiden tosiasiallisia edellytyksiä selviytyä lakisääteisistä tehtävistään,
    (ii) hidastaisi jo sellaisenaan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua uudistusta edeltäneeseen aikaan verrattuna samalla kun se
    (iii) jättäisi hyvinvointialueille merkittävän paineen parantaa palvelutuotannon tuottavuutta.

Helsingissä 19.4.2021

Markku Pekurinen
tutkimusprofessori (emeritus), DPhil (economics)
markku@pekurinen.com