EDUSKUNNAN PERUSTUSLAKIVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 241/2020 vp 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 / hyvinvointialueiden rahoitus

Perustuslakivaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020 vp erityisesti koskien ehdotettujen hyvinvointialueiden rahoitusta. Hallituksen esityksen lisäksi minulle on toimitettu taustamateriaalina prof. Markku Pekurisen, Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen (VATT) sekä prof. Teemu Malmin asiasta valiokunnalle antamat lausunnot. Lisäksi käytössäni ovat olleet perustuslakivaliokunnalle toimitettu 18.2.2021 päivätty rahoituksen aluekohtainen painelaskelma sekä valtiovarainministeriön muistio ehdotetun rahoitusmallin eroista perustuslakivaliokunnan aikaisemmin arvioimaan sote-esitykseen nähden (PeVL 15/2018 vp).

Olen itse jo aikaisemmassa perustuslakivaliokunnalle antamassa lausunnossani (PeV asiantuntijakuuleminen 10.2.2021) pitänyt hallituksen esityksen keskeisinä ongelmina rahoituksen palvelutarvetta alhaisempaa tasoa, terveyttä edistävien ja toiminnan vaikuttavuutta lisäävien kannustimien puutetta sekä investointien epätarkoituksenmukaista rahoitusjärjestelmää. Myös prof. Pekurisen, VATT:n sekä prof. Malmin lausunnoissa näihin asiaryhmiin liittyvät ongelmat nousevat vahvasti esiin. Lisäksi prof. Malmin asiantuntijalausunnossa esiin nousee kysymyksiä ehdotetun rahoitusjärjestelmän tarvevakioinnin ongelmista.

<u>Taustamateriaalina olevien lausuntojen keskeiset havainnot</u>

Prof. Markku Pekurinen tuo omassa lausunnossaan esiin, että ehdotettu rahoituksen taso 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 prof. Pekurisen mukaan kas-

vavan lähivuosina noin 1,0–1,2 % vuodessa. Tätä ei kuitenkaan oteta huomioon valtion rahoituksessa täysimääräisesti, vaan jo tiedossa olevasta hyvinvointialueiden rahoitustarpeen kasvusta jätetään 20 % huomioon ottamatta vuodesta 2025 alkaen. Hyvinvointialueiden rahoituksessa varaudutaan käytännössä ainoastaan väestön- kasvusta aiheutuvien palvelutarpeiden muutoksiin. Kun samaan aikaan vanhusväestön määrän arvioidaan kasvavan 24 % ja ikääntyneiden hoivan kustannusten noin 50 %, on hyvinvointialueiden rahoitukseen syntymässä ilmeinen rahoitusongelma.

Prof. Pekurisen mukaan on hämmentävää, 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). Esitetyn hyvinvointialueiden hintaindeksin soveltamisen ilmeisenä riskinä on valtion rahoittamien laskennallisten kustannusten erkaantuminen vuosien saatossa hyvinvointialueiden todellisten kustannusten kehityksestä.

Prof. Pekurinen tuo esiin myös Helsingin erityisaseman todeten, että 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. Uudenmaan erillisratkaisu saattaa prof. Pekurisen mukaan muodostua käytännön ongelmaksi sote-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 näin ollen kustannusten kasvun hillintätavoitteen saavuttamista myös kansallisesti.

Prof. Pekurinen tuo esiin myös sen valitettavan tosiasian, että Suomen terveysmenojen vuotuinen reaalikasvu on jo vuosina 2013–2019 ollut Kreikan rinnalla EU-maiden alhaisin ja jäänyt selvästi jälkeen muista Pohjoismaista.

VATT toteaa hallituksen esityksen ongelmana olevan, että esityksessä ei ole kannustimia tehokkaaseen ja vaikuttavaan toimintaan. Esitetyt valtionrahoituksen määräytymisperusteet voivat jopa osaltaan vaikuttaa haitallisesti hyvinvointialueiden terveyden edistämisen kannusteisiin, kun hyvinvointialue saa sitä enemmän rahoitusta, mitä sairaampaa sen väestö on. Tämä

voi olla perusteltua tarvevakioinnin näkökulmasta, mutta toisaalta sairastavuuteen perustuva rahoitus vähentää kannusteita esim. panostaa ennaltaehkäisevään työhön. Valtion rahoituksen määräytymisperusteiden laatiminen siten, että kaikilta kannustinongelmilta vältyttäisiin, on haastavaa. Hyvinvointialueen verotusoikeus parantaisi ennaltaehkäisyn kannusteita, koska hyvinvointialue joutuu itse kattamaan osan sairastavuuden kasvun kustannuksista (tai hyötyisi sairastavuuden vähenemisestä). Lisäksi valtionosuusjärjestelmä voitaisiin laatia karkeammaksi ja kannustavammaksi, kun sen ei tarvitsisi perustua yhtä tarkkoihin arvioihin kustannuksista.

VATT toteaa edelleen, että uudistuksen yhteydessä suunniteltu hyvin raskas investointien ohjausmalli on tarpeen pääasiassa siksi, ettei hyvinvointialueille syntyisi mahdollisuutta käyttää valtion rahoitusta holtittomasti ilman perusteellista arviota investointien hyödyllisyydestä. Toisaalta tämänkaltaisen raskaan ohjausmallin voi pelätä hidastavan myös tuottavuutta parantavia investointeja.

Myös prof. Teemu Malmi toteaa lausunnossaan, että ehdotetun järjestelmän keskeinen ongelma on se, että hyvinvointialueilla ei ole juurikaan kannustimia säästöihin. Rahoitusmekanismi luo päinvastoin kannusteen käyttää kaikki saatu raha viimeistä euroa myöden, jotta seuraavan vuoden määrärahan pohjaluku ennen korotuksia olisi samalla tasolla kuin aiemmin.

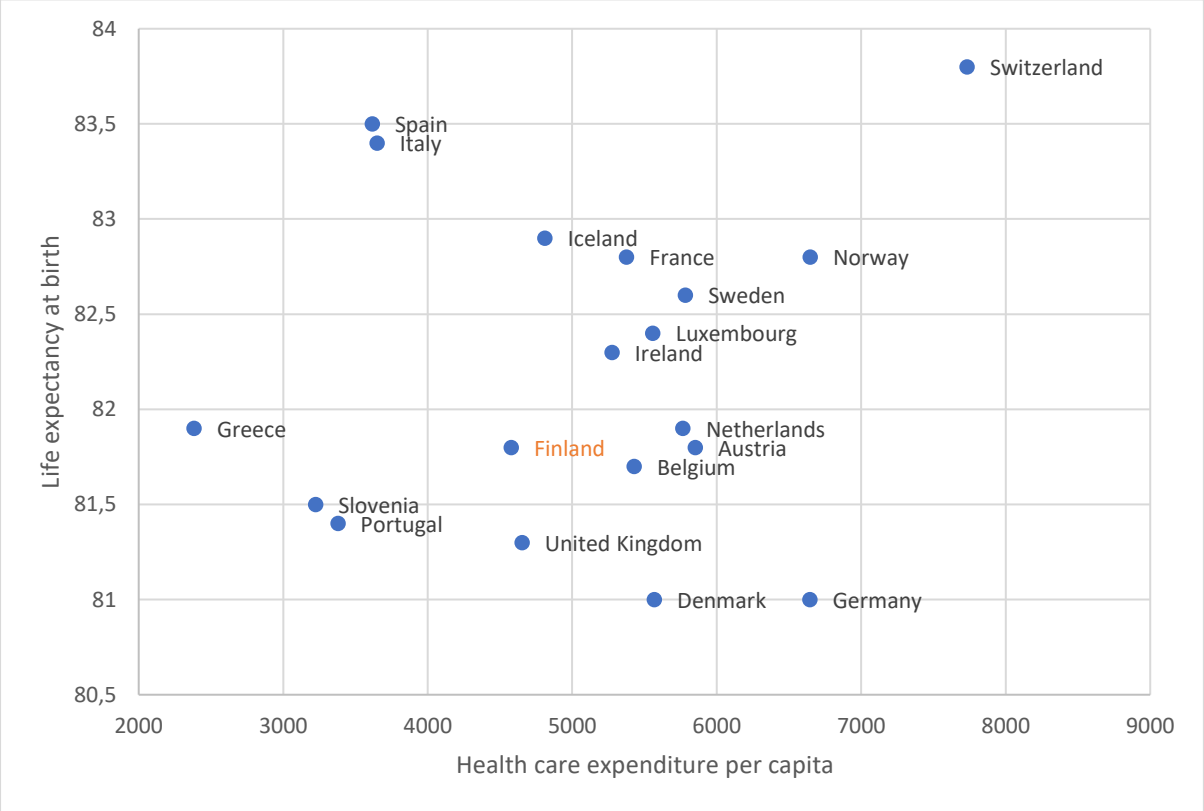
Prof. Malmi epäilee, ettei esitetty rahoitusmalli kohtele eri osapuolia oikeudenmukaisesti. Hallituksen esityksen malli perustuu ensinnäkin ajatukseen keskimääräisestä asukaskohtaisesta vuotuisesta sote-kustannuksesta, jota korjataan tarvevakiolla. Tarvevakio ei huomioi toiminnan tehokkuudesta riippumattomia eroja kustannustasossa maan eri osien välillä. Kasvukeskuksissa palkat, vuokrat ja erilaiset palveluiden hankintaan liittyvät kustannustekijät ovat yleensä korkeammat kuin taantuvilla alueilla ja syrjäseuduilla. Verrattaessa sote-palveluiden menojen kehitystä vuosina 2015-2019 perustuen tilastokeskuksen aineistoon, kasvu on esimerkiksi Uudellamaalla ollut muuta Manner-Suomea selvästi suurempaa. Näin ollen malli suosii keskimääräistä matalamman kustannustason alueita ja rankaisee alueita, joilla kustannustaso on keskimääräistä korkeampi.

Prof. Malmin mukaan ehdotetun mallin sairausluokitukset vaikuttavat vakavasti puutteellisilta. Esimerkiksi HUSin osalta mallista puuttuu lähes puolet kustannuksia aiheuttavista sairausluokista ja/tai sairausdiagnooseista. Tieto yksilön sairauksista on keskeinen asia pyrittäessä selittämään yksilön ja siten alueiden sote-palvelutarvetta. Puutteellisilla sairausluokituksilla arvio yksilön sote-palveluiden todellisesta tarpeesta on virheellinen. Myös arvio tarvekertoimista alueittain on virheellinen, koska monien sairauksien yleisyydessä on alueellisia eroja.

Prof. Malmi on lausunnossaan huolissaan myös kasvavien kaupunkien asemasta, jos ehdotettu rahoitusmalli toteutuu. Jos investointitarpeet kasvukunnissa eivät oleellisesti pienene soten siirtyessä hyvinvointialueille, mutta tulot pienenevät ja koko lainakanta jää kunnille, on selvää, että vaadittavia investointeja on kasvavissa kaupungeissa aiempaa vaikeampaa rahoittaa, millä voi olla haitallisia vaikutuksia koko maan taloudelliseen kasvuun.

Rahoituksen taso suhteessa palvelutarpeeseen

OECD vuosien 2017-2019 aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 eur, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa. Ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä (ks. Kuva 1).

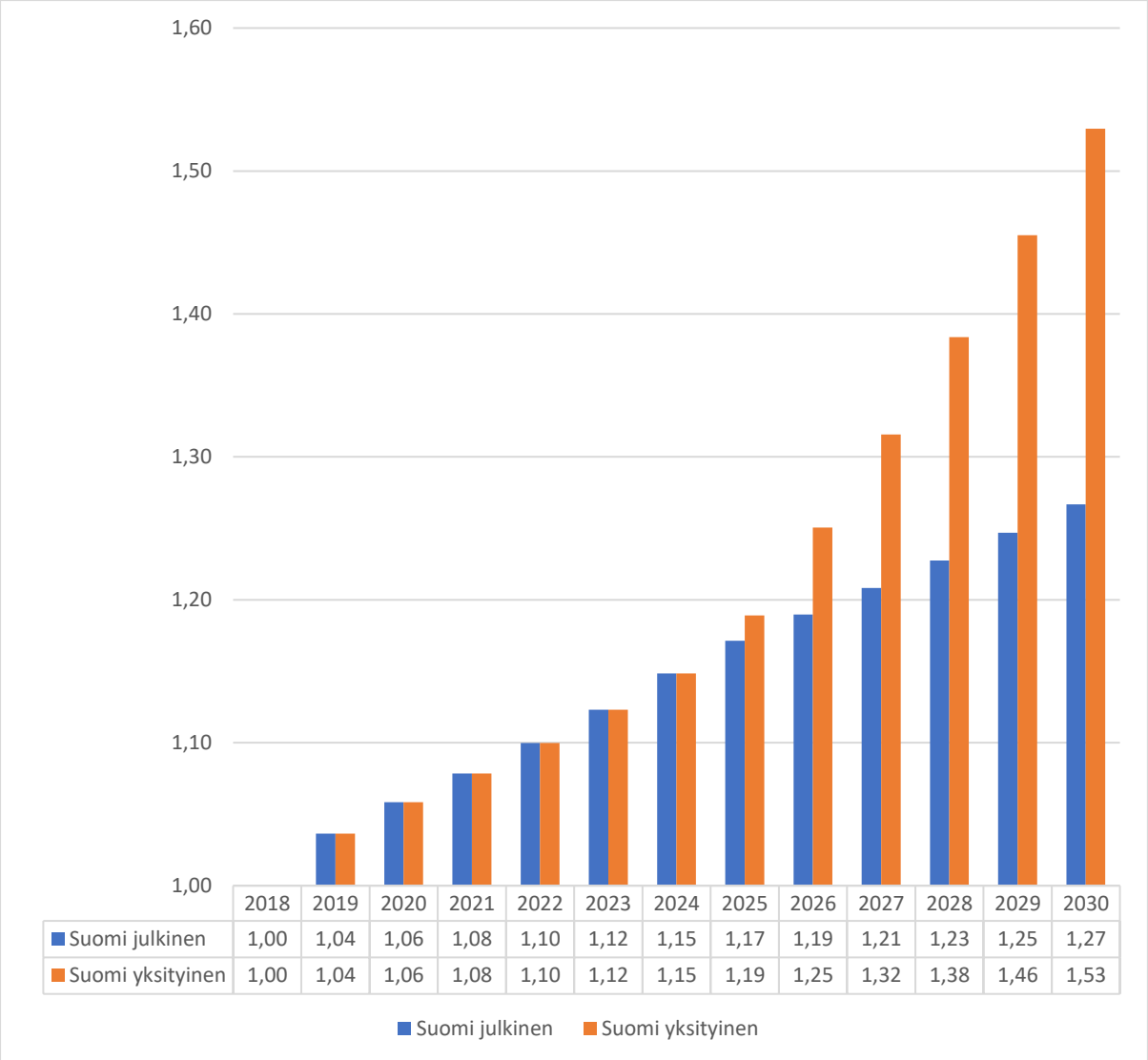


Kuva 1.Terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti ja eliniänodote (OECD)

Terveydenhuollon kustannusten osuus Suomen bruttokansantuotteesta (BKT) oli OECD:n mukaan v. 2015 oli noin 9,7 %, Ruotsissa vastaava luku on 11,0 %. OECD:n ennusteen mukaan Suomen terveydenhuollon osuus BKT:sta vuonna 2030 on 11,6 % ja Ruotsissa 13 %. Bruttokansantuotteen ja väestön ennustetun kasvun huomioon ottaen terveydenhuollon kustannus

asukasta kohti kasvaa Suomessa ilman palvelutarpeen leikkuria noin 5400 euroon, sote-lakiesityksen mukaisen kustannuskasvun leikkurin huomioiden noin 5300 euroon, mutta vertailumaa Ruotsissa jo 7200 euroon.

Jos oletuksena on OECD:n ennuste terveydenhuollon kustannusten kasvusta, johtaa sote-uudistuksen mukainen ehdotettu rahoitusmalli siihen, että Suomessa yksityisen rahoituksen osuus kaikesta sote-rahoituksesta tulee lisääntymään (Kuva 2).



	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

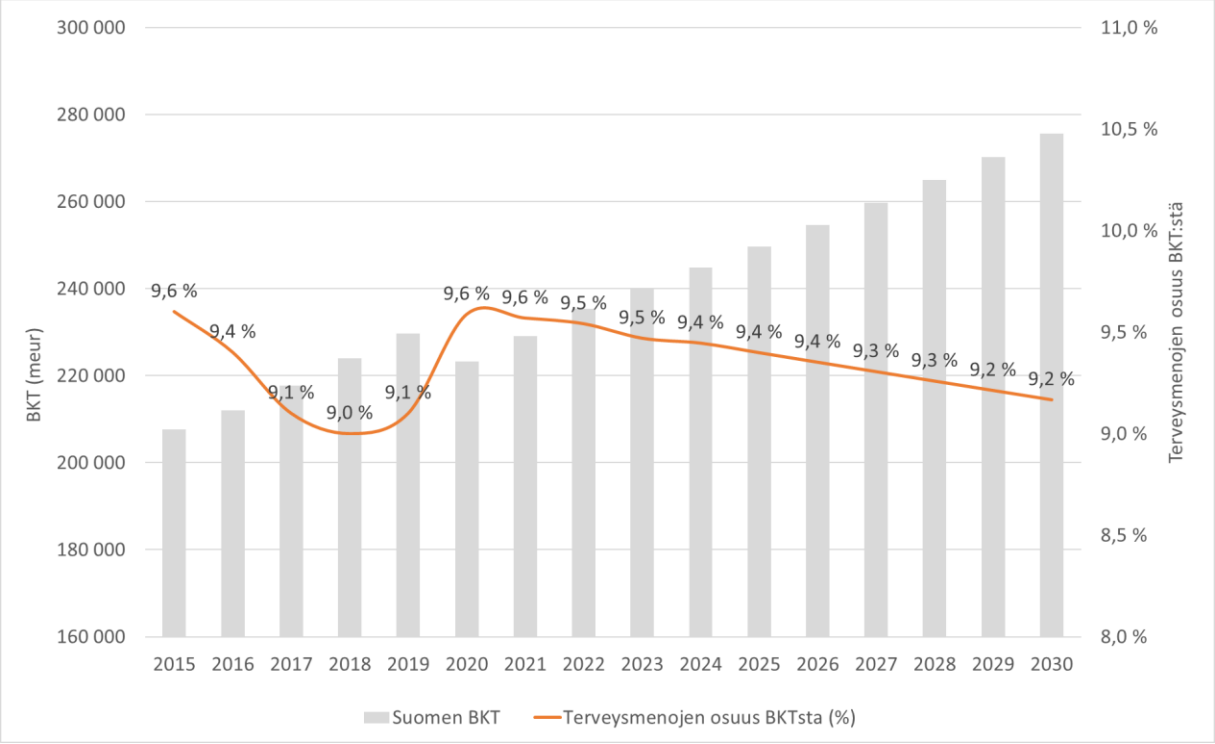
Kuva 2. Suomen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon indeksoitu kasvu

Ei ole oletettavissa, että väestön Suomessa vanhetessa palvelutarve vähenisi. Samalla ero julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjien välillä syvenee, mikä on vastoin uudistuksen tavoitetta lisätä yhdenvertaisuutta ja vähentää terveyseroja. Suomessa sote-rahoitusmallin mukainen julkisen terveydenhuollon rahoituksen asukasta kohti ennakoidaan vuonna 2030 olevan 3987 euroa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun

v. 2019 julkisen rahoituksen osuus terveysmenoista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus soten rahoitusmallin toteutuessa vuonna 2030 Ruotsissa jo 54 % Suomea suurempi. Palvelutarve (arvioituna mm. ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien määrän perusteella) on kuitenkin Suomessa Ruotsia suurempi.

Kokonaisuutena sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen tason osalta voidaan todeta, että ehdotettu malli merkitsee luopumista viime vuosikymmenten yrityksestä tavoittaa muiden Pohjoismaiden taso. Ehdotetun mallin toteutuessa terveysmenojen osuus BKT:sta kääntyy Suomessa laskuun, mitä kehitystä ei voi pitää toivottavana hyvinvointivaltion perusrakenteiden kannalta.

BKT:n oletetaan kehittyvän Suomen Pankin maaliskuun 2021 talousennusteen mukaisesti eli -2,8 % vuonna 2020, 2,6 % vuonna 2021, 2,7 % vuonna 2022 ja 2,0 % siitä eteenpäin vuoteen 2030. Sotekustannusten oletetaan kasvavan kasvu-uran mukaisesti 2,4 % vuodessa vuoteen 2022 asti. Siitä eteenpäin sote-lakiehdotuksen mukaisella palvelutarpeen kasvuvauhdilla vuoteen 2026 asti ja vuoden 2026 kasvulla vuosina 2027 – 2030. Kustannustason vuotuiseksi kasvuksi ennustetaan 0,5 %. Sote-kustannusten osuus BKT:stä laskee näin ollen vuoden 2015 9,6 % tasosta 9,2 % tasoon vuonna 2030.



Kuva 3: Arvioitu BKT:n ja terveysmenojen kehitys vuoteen 2030 mennessä

Julkisen rahoituksen suhteellisen osuuden pieneneminen väestön palvelutarpeiden kasvaessa johtaa siihen, että osa väestöstä hankkii palveluja omalla rahalla, sairauskuluvakuutusten kautta taikka työnantajan kustantamana. Tämä kehitys on omiaan lisäämään väestön terveyseroja ja eriarvoisuutta, eikä vähentämään niitä, mikä kuitenkin on sote-uudistuksen keskeinen tavoite.

Kustannustekijöiden huomioiminen soten rahoituksessa

Hallituksen esitykseen sisältyvän rahoituslain 13 § pykälän mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset muodostuvat laskemalla yhteen tulot, jotka saadaan kertomalla terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon *perushinnat* 14 §:ssä tarkoitetuilla hyvinvointialuekohtaisilla palvelutarvekertoimilla ja hyvinvointialueen asukasmäärällä. Rahoitusmalli huomioi kuitenkin vain suoraan siirtyvät kustannukset, mutta ei siirtyvää hoitovelkaa. Vuoden 2020 aikana hoitoon jonottavien henkilöiden määrä on koronaepidemian takia lisääntynyt merkittävästi.

Perushintojen määräytymistä on selvitetty rahoituslakiehdotuksen 2 §:n 2 kohdan perusteluissa. Perushinnoista säädetään vuosittain valtioneuvoston asetuksella. Sääntelytapa vastaa voimassa olevaa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia. Tehtäväkohtaisista painotuksista säädetään vuosittain. Lain voimaantulosäännöksen mukaisesti ensimmäinen tarkistus tehdään vuodelle 2023. Tarkemmin tarvetekijät ja niiden painokertoimet määritetään lain 4 §:ssä. Pykälän 5 momenttiin sisältyy valtuutus säätää valtioneuvoston asetuksella vuosittain seuraavaa varainhoitovuotta varten asukaskohtaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnasta sekä 14-20 §:ssä tarkoitettujen määräytymistekijöiden perushinnoista. Perushinnat tarkistetaan 5 ja 6 §:ssä tarkoitetun kustannusten ja rahoituksen tason tarkistamisen sekä 3 luvussa säädettyjen perushintoihin vaikuttavien määräytymistekijöiden perusteella.

Perushintamekaniikka antaa valtioneuvostolle mahdollisuuden suurentaa tai pienentää hyvinvointialueiden rahoitusta vuosittain palvelutarpeesta tai sen kasvusta riippumatta. Perushintojen keskinäistä suhdetta muuttamalla rahoitusta siirtyy kasvukasvukeskuksiin tai niistä poispäin. Hallituksen esityksen mukaiset perushinnat eivät kuitenkaan huomioi todellisia tuotantokustannuksien eroja eri alueiden välillä tai aliarvioivat niitä. Eräs merkittävä kustannuserä on hyvinvointialueiden muodostamiseen liittyvä palkkaharmonisaatio. Hallituksen esityksessä on arvioitu, että kustannukset olisivat noin 60 milj. euroa, jos palkat harmonisoidaan keskipalkkaan eli mediaaniin. Kustannusten arvioidaan sairaanhoitopiirien ja Kuntaliiton selvityksen

mukaan kuitenkin nousevan noin 560 miljoonaan euroon, jos palkat harmonisoidaan korkeimman kymmenyksen mukaan. Tähänastiset kokemukset palkkaharmonisaatiosta sekä palkkariitoja koskeva tuomioistuinkäytäntö viittaavat siihen, että harmonisoinnista tulee merkittävästi hallituksen esityksessä arvioitua kalliimpi (ks. esim. Sovintoratkaisu Eksoten palkkakiistaan | KT Kuntatyönantajat).

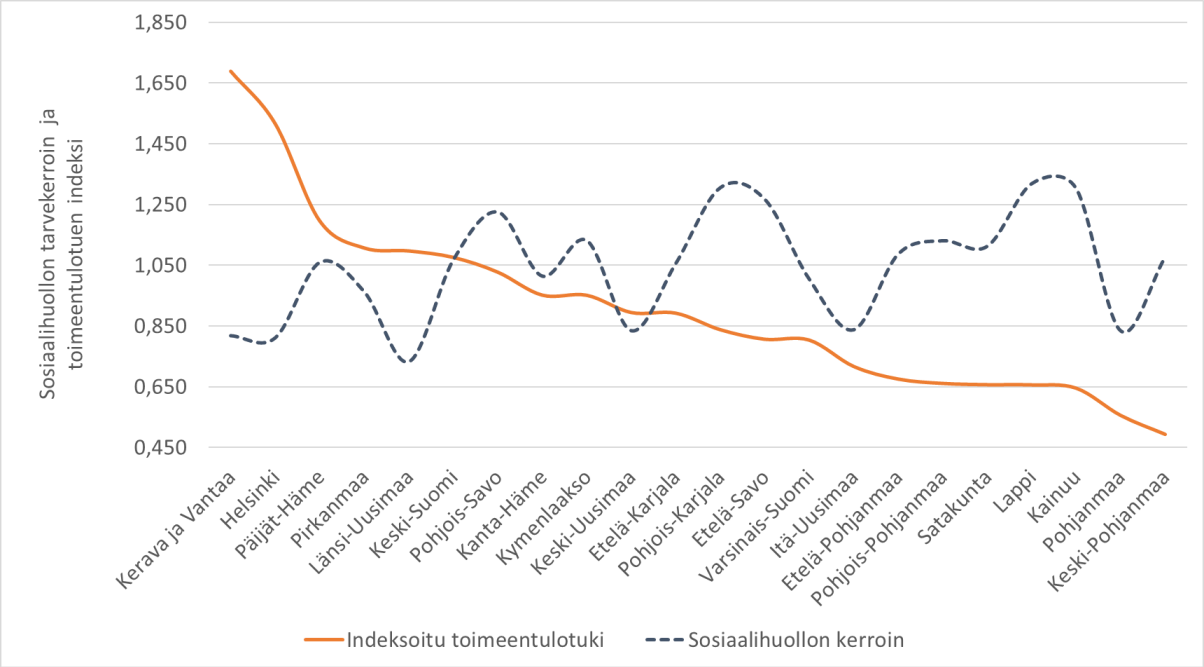
Ehdotettuun lainsäädäntöön sisältyy lisäksi useita velvoittavia ja rajoittavia kirjauksia (kuten ostopalvelusopimusten tai niiden ehtojen mitättömyys tai irtisanominen ja tähän liittyvä vahingonkorvausvelvollisuus, vuokratyön käytön rajaaminen vain omaa työvoimaa täydentäväksi ympärivuorokautisen kiireellisen hoidon ja päivystyksen palveluissa 1.1.2026 alkaen sekä virkalääkärivaatimus), joista voi aiheutua hyvinvointialueille merkittäviä lisäkustannuksia, mutta joita ei ole huomioitu hyvinvointialueiden rahoituksessa.

Tarvevakioinnin virheet suhteessa väestön palvelutarpeeseen

Hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus huomioi ainoastaan viisi olosuhdetekijää. Malli jättää huomioimatta esimerkiksi liikkumisen hyvinvointialueiden välillä, vapaa-ajan asukkaat, suun terveydenhoidon, kehityshankkeet, palkkaharmonisoinnin, tietojärjestelmien yhtenäistämisen, kahden keskussairaalan hyvinvointialueet ja työterveyshuollon. Näin ollen rahoitus ei vastaa hyvinvointialueiden todellista kustannustilannetta ja palvelutarvetta.

Ehdotettu tarvevakiointi ei huomioi kaikkia oleellisia tautiryhmiä. Mallista puuttuvat mm. ylipaino, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suun sairaudet, tehohoitoa vaativat taudit, jatkuvaa erikoissairaanhoitoa vaativat sairaudet sekä vastasyntyneen sairaudet. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsemat diagnoosit kattavat vain 54 %. HUS:n kustannuksista 870 milj. euroa jää ehdotetun tarvevakioinnin diagnoosivalinnan ulkopuolella. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi kuvaan niitä potilaita, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Voidaankin kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan sairaanhoidon rahoituksessa.

Tarvevakioinnin tarvetekijöissä ei juurikaan huomioida sosiaalihuollon palvelutarvetta. Sosiaalihuollon tarvetekijöiksi valituista 13 tautiluokasta ainoastaan kaksi (älyllinen kehitysvammaisuus ja CP-oireyhtymä) eivät esiinny terveydenhuollon tarvetekijöinä. Sosiaalihuollon palvelutarvetta kuvaavien tarvetekijöiden arviointia vaikeuttaa myös sosiaalihuollon valtakunnallisen tietopohjan puute.



Kuva 4: Maksettu toimeentulotuki (KELA + kunta) asukasta kohti ja sosiaalihuollon palvelutarvekerroin hyvinvointialueittain

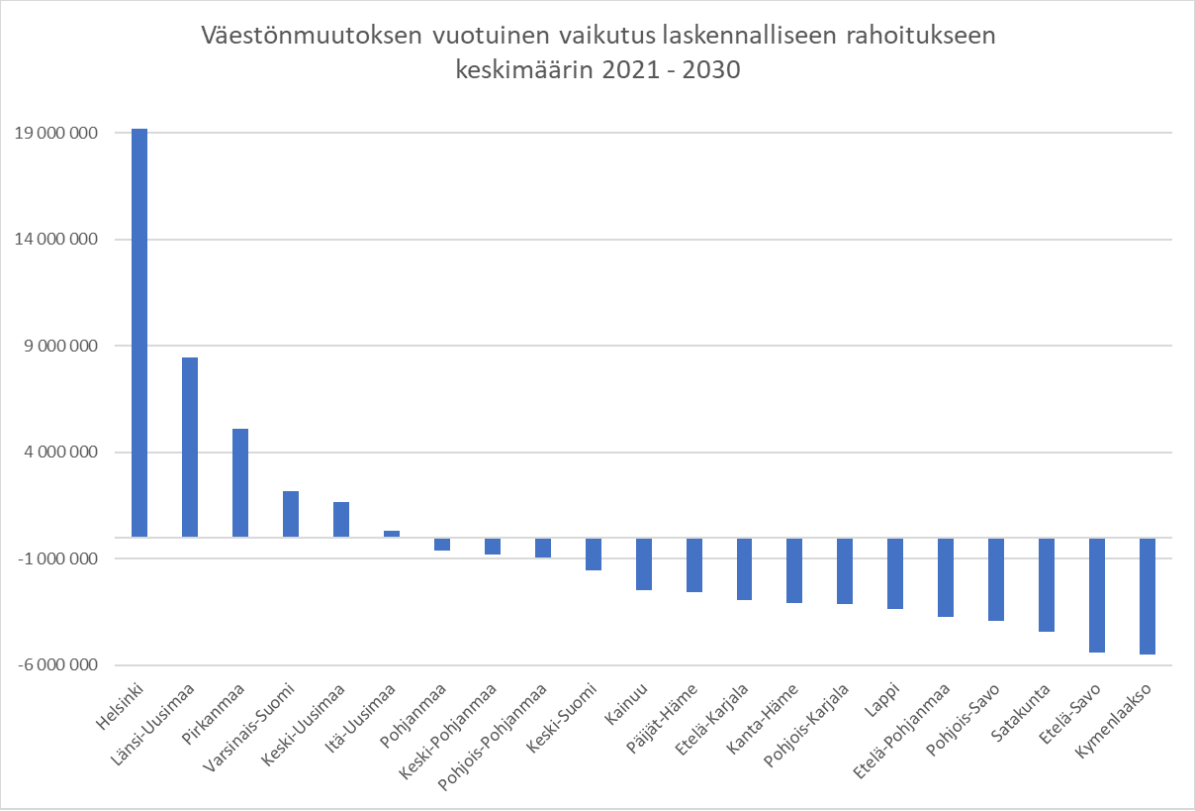
Sosiaalihuollon tarvevakioinnin heikkous tulee ilmeiseksi, kun verrataan ei alueitten väestön toimeentulotuen tarvetta ja sosiaalihuollon palvelutarvekerrointa toisiinsa. Kuva 4 esittää vertailun vuonna 2019 maksetusta toimeentulotuesta ja sote-uudistuksen mukaisesta sosiaalihuollon palvelutarvekertoimesta hyvinvointialueittain. Toimeentulotukeen on laskettu sekä KELA:n maksama perustoimeentulotuki että kuntien maksama harkinnanvarainen toimeentulotuki. Toimeentulotuen määrä on indeksoitu siten, että hyvinvointialeella maksettua asukaskohtaista toimeentulotuen määrää verrataan Manner-Suomen keskiarvoon. Kun oletetaan, että alueella maksettu toimeentulotuen määrä ennustaa sosiaalihuollon palvelutarvetta, on vertailun johtopäätös se, että tarvevakiointimallin mukainen sosiaalihuollon palvelutarvekerroin pienin niillä alueilla, joilla toimeentulotuen tarve on suurin (esim. Vantaa-Keravan hyvinvointialue). Yleensä kuitenkin sosiaalihuollon ja toimeentulotuen tarve kohdentuu samaan väestönosaan (esim. mielenterveyspotilaat, päihdeongelmaiset, lastensuojelun asiakkaana olevat perheet jne.).

Sosiaalipuolen rahoituksen jakautuminen tehdäänkin käytännössä terveydenhuollon kriteerien pohjalta. Lisäksi sosiaalihuollon tiedon keruu ja ICT-järjestelmät ovat kesken ja niitä vasta valmistellaan. THL tämän hetken arvion mukaan, hankkeen pilotit käynnistyvät vuonna 2022. Tarvevakiointia koskevat ongelmat on avoimesti kerrottu THL:n uutta tarvevakointia esittelevässä julkaisussa 6/2020 (Sote-rahoituksen tarvevakiointi (julkari.fi)). Ao. julkaisussa todetaan mm, että vammaisilla ja vanhuksilla toimintakyky kuvaa diagnoositietoja paremmin palvelujen

tarvetta. Julkaisun mukaan saattaisi olla tarkoituksenmukaista kehittää omat tarvekertoimet useammille palveluryhmille, koska tarvetekijät vaihtelevat palveluittain. Esimerkiksi sosiaalipalveluissa voisi olla hyödyllistä tehdä oma malli lastensuojelulle. Muiden maiden esimerkkiä noudattaen myös mielenterveyspalveluja voidaan tarkastella erillisellä mallilla. Palvelujen kustannustietojen osalta THL:n mallissa on jouduttu käyttämään useita laskennallisia menetelmiä kattavan kustannustiedon puuttuessa erityisesti sosiaalihuollon osalta.

Rahoituksen vertailu nykytilanteeseen

Hallituksen esityksen mukaan vuonna 2023 hyvinvointialueen toteutuva rahoitus vastaa kunnilta siirtyvien kustannusten tasoa. Tämän jälkeen saatava rahoitus tasataan 6 vuoden jaksolla tarvekertoimien mukaisen laskennallisen rahoituksen tasolle kuitenkin niin, että tasaus on suurimmillaan +200 / -100 €/as. Siirtymäkauden siirtymätasausmekanismi jättää siten kuusi hyvinvointialuetta pysyvästi laskennallisen rahoituksen yläpuolelle ja yhden hyvinvointialueen pysyvästi laskennallisen rahoituksen alapuolelle.



Kuva 1: Väestönmuutoksen vuotuinen vaikutus laskennalliseen rahoitukseen keskimäärin 2021 – 2030

Taustamateriaalissa esitetty laskelma hyvinvointialueiden rahoituksen painelaskelma ei käsitykseni mukaan huomioi asianmukaisesti ennakoitua hyvinvointialueiden väestönmuutosta (vrt. liite 1). Kuvassa 5 on esitetty ennakoidun asukasmäärän muutoksen vaikutus laskennallisen rahoituksen määrään Tilastokeskuksen väestöennusteen ja VM:n 8.12.2020 julkaiseman laskennallisen rahoituksen määrän perusteella siten, että keskimääräinen vuotuinen väestönmuuton on kerrottu asukaskohtaisen laskennallisen rahoituksen määrällä. Moni hyvinvointialue tulee muuttotappion vuoksi menettämään jatkuvasti rahoitusta. On kuitenkin epätodennäköistä, että kulut laskisivat samassa suhteessa rahoituksen vähenemisen kanssa, sillä osa kuluista on kiinteitä. Muuttotappio muodostuu lisäksi yleensä nuorista ja työkykyisistä henkilöistä, kun taas palveluja tarvitsevat jäävät alueiden hoidettavaksi yhä pienenevällä rahoituksella.

Kannustimet terveyden toiminnan vaikuttavuuden parantamiseksi

Nykyinen rahoitusmalli toimii pääsääntöisesti niin, että jokaisesta hoidetusta potilaasta saa lähettää laskun. Uudessa mallissa rahoitus pysyy samana riippumatta hoidettujen potilaiden määrästä, mikä kannustaa vähentämään annettuja hoitoja eikä niinkään parantamaan väestön terveyttä. Koko sairaanhoidontoimintalogiikka muuttuu. Oikein toimivan rahoitusmallin pitäisi ohjata siihen, että hoidontarve vähenee. Useimmissa terveydenhuoltojärjestelmien muutoksissa tätä on toteutettu muuttamalla terveydenhuollon tuotteistusta kohti ns. arvoperusteista terveydenhuoltoa, jossa palvelusta maksetaan sen mukaan, kuinka hyvin se tuottaa terveyshyötyä (ks. esim. 024_defining-value-vbhc_en.pdf (europa.eu). Ehdotetussa rahoitusmallissa ei kuitenkaan ole mitään erityisiä kannustimia terveyshyödyn tuottamiseksi väestölle.

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.

Kannustimien puute vaikuttaa siihen, voidaanko hallituksen esityksessä ehdotettua rahoitusta pitää riittävänä. Taustamateriaalina olevissa asiantuntijalausunnoissa kukaan asiantuntijoista ei pitänyt rahoitusmallin kannustimia sellaisina, että ne johtaisivat toiminnan tehostumiseen siinä

määrin, että tehostumisella voitaisiin kattaa lisääntyvän palvelutarpeen aiheuttama rahoitusvaje.

Investointeihin liittyvät ongelmat

Pitkäaikainen lainanotto ehdotetussa mallissa on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Lainanottovaltuus perustuu ns. laskennalliseen lainanhoitokatteeseen (edellisen vuoden tuloslaskelman vuosikate + korkokulut) / (korkokulut + laskennallinen lainanlyhennys)). Laskennallinen lainanlyhennys lasketaan jakamalla vuoden alun lainamäärä (lyhyt ja pitkäaikainen) kymmenellä. Tämä perustuu yksinkertaiseen laskennalliseen oletukseen, että lainojen takaisinmaksuaika on keskimäärin 10 vuotta. Lainanottovaltuus on laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuvan enimmäismäärän ja tilikauden alun ennakoidun lainamäärän erotus. (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Vuoden 2023 lainanottovaltuus määritetään sairaanhoitopiireiltä ja erityishoitopiireiltä siirtyvien lainojen pohjalta. Taustatietona käytetään vuoden 2021 tilinpäätöstietoja ja vuoden 2022 talousarviota (Voimaanpanolaki 61 §).

Hyvinvointialueiden lainanottovaltuutta ja mahdollisuutta pitkäaikaisen lainan hankkimiseen voidaan joutua kuitenkin rajoittamaan edelleen, mikäli julkisen talouden sopeuttaminen tätä edellyttää. Päätökset lainanottovaltuuden myöntämisestä tehdään vuosittain (Laki hyvinvointialueesta 15 §).

Investointisuunnitelmat hyväksytetään STM:ssä ja SM:ssä ja niiden hyväksymiseen vaikuttavat mm. investointien yhdenmukaisuus kansallisten strategisten tavoitteiden sekä hyvinvointialueiden yhteistyösopimuksessa sovittujen investointien kanssa (ruotsinkielisten alueiden pitää huomioida erityisesti ruotsinkielisten alueiden yhteistyösopimus). Jopa viereisten hyvinvointialueiden asukkaiden pääsy kyseisellä hyvinvointialueella tuotettaviin palveluihin voi vaikuttaa investointisuunnitelman hyväksymiseen. Hyvinvointialue ei siis voi optimoida pitkäaikaisen lainan käyttöä investointeihinsa huomioiden pelkästään oman alueensa intressit. Investointisuunnitelmassa investointeihin rinnastetaan myös merkittävät, monivuotiset sopimukset kuten vuokrasopimukset. Merkittävää omaisuuden myyntiä ei voi tehdä, mikäli se vaarantaa hyvinvointialueen toiminnan. (Laki hyvinvointialueesta 16 §, Sote-järjestämislaki 25–26 §, Pela-järjestämislaki 11 §). Valtioneuvosto voi poikkeustilanteessa korottaa hyvinvointialueen lainanottovaltuutta, jos investointitarve on kiireellinen ja investointi olisi välttämätön palvelujen tuottamisen jatkuvuuden kannalta tai lainsäädännössä edellytettyjen palvelujen turvaamiseksi.

Tämä johtaisi kuitenkin arviointimenettelyn käynnistymiseen. (Laki hyvinvointialueesta 15, 123 §). Lainanottovaltuus koskee vain uus- ja laajennusinvestointeja (Hallituksen esitys s. 1123) - muut investoinnit tulee kattaa käyttötalouden puolella. Pitkäaikaisen lainan käytön rajoittaminen vain uus- ja laajennusinvestointien edellyttää muiden investointien kattamista käyttötalouden puolella ja vaikeuttaa hyvinvointialueiden kykyä selviytyä järjestämistehtävästään annetun rahoituksen puitteissa.

Lainanottovaltuus ja sen hyödyntämisoikeuden rajoittaminen vain investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin rajoittaa merkittävästi hyvinvointialueiden itsemääräämisoikeutta sekä kykyä suunnitella omaa toimintaansa ja talouttaan pitkällä aikavälillä. Laissa kuvattu mahdollisuus rajoittaa lainanottovaltuutta vielä laskennallista lainanottovaltuutta alemmalle tasolle julkisen talouden sopeuttamistarpeen vuoksi heikentää entisestään hyvinvointialueiden mahdollisuutta toimintansa ja taloutensa pitkäaikaiseen suunnitteluun. Lainanottovaltuuden käyttöönotto tulee todennäköisesti ohjaamaan investointeja ns. ”uuteen malliin”, jossa leasing- ja vuokrasopimukset korostuvat. Malli saattaa myös lisätä sote-palvelujen hankintaa yksityisiltä tuottajilta, joiden investoinnit tehdään perustuen kysyntään ja investoinnin kannattavuuteen nelivuotissuunnitelmien sijasta.

Vuosikatteen keskeinen rooli laskennallisen lainanottokatteen määrittelyssä voi johtaa vuosikatteen ”tasaisuuden” ylikorostamiseen toiminnan ja talouden suunnittelussa. Esim. joitain toiminnan näkökulmasta olennaisia toimenpiteitä voidaan siirtää seuraavalle vuodelle, jotta vältyttäisiin vuosikatetason alenemisesta johtuvasta lainanottovaltuuden alenemisesta.

Lakiehdotukseen kirjattu mahdollisuus lainanottovaltuuden korottamiseen tarvittaessa edesauttaa hyvinvointialueiden mahdollisuutta suoriutua järjestämisvelvoitteistaan. Tämä johtaa kuitenkin arviointimenettelyyn, mikä on hyvinvointialueiden näkökulmasta epäsuotuisa ja äärimmäinen tilanne. Käytännössä hyvinvointialueen on tässä mallissa helpompaa jättää tuottamatta väestölle sen lakisääteisiä palveluja, kuin ylittää budjettinsa. Terveystaloustieteessä tällaista kutsutaan ”*perverssiksi kannustimeksi*”, koska kannustin tosiasiassa vaarantaa väestön terveyden ja hyvinvoinnin.

Kaiken kaikkiaan laissa esittely menettely johtaa investointien moniportaiseen hyväksymisprosessin (mm. aluevaltuusto, STM/SM ja VM) sekä rajoittaa aluevaltuuston kykyä investointeja koskevaan päätöksentekoon tilikauden aikana hyväksytystä investointisuunnitelmasta poikkeavalla tavalla. Lakiehdotukseen ei sisälly kuvausta menettelystä, jossa investoinneista voitaisiin vuoden aikana sopia STM:n/SM:n kanssa alkuperäisestä suunnitelmasta poikkeavalla

tavalla. Helsingin kaupungilla on kuitenkin muita alueita huomattavasti laajemmat oikeudet suunnitella toimintaansa ja talouttaan. Se saa päättää vapaasti ottamansa pitkäaikaisen lainan määrästä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla 17 § Helsingin kaupunkiin sovellettavat hyvinvointialueesta annetun lain ja kuntalain säännökset).

Uudistukseen liittyviä hyvin merkittäviä ICT-järjestelmien uudistuksia ja yhteensovittamisia sekä kansallisella että hyvinvointialueiden tasolla (kansallisella tasolla arviolta 550–650 milj. euroa (hallituksen esityksen liite 2, s. 30). Valtio kattaa siirtymäkaudella ICT-järjestelmiin liittyvät muutoskustannukset. Tämän jälkeen niiden pitäisi sisältyä lainanottovaltuuden ja investointisuunnitelman piiriin, mikä tuo merkittäviä lisäpaineita hyvinvointialueiden taloudelle.

Johtopäätökset

Hallituksen sote-esityksestä ja käytössä olleesta taustamateriaalista voi tehdä seuraavat johtopäätökset:

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 on 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, mikä aiheuttaa ongelmia yhdenvertaisuuden näkökulmasta;
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. Kustannuserojen huomiotta jättäminen aiheuttaa ongelmia riittävien palveluiden saatavuuden näkökulmasta;

6) Sosiaalipalvelujen osalta soten rahoitusmalli näyttää kohtelevan huonoiten niitä alueita, joilla tällä hetkellä toimeentulotuen tarve on suurin, mikä heikentäisi erityisesti noilla alueilla huonosti selviävän väestönosan tilannetta;
7) Helsingin kaupungin erityisasema lisää eriarvoisuutta eri alueiden välillä ja voi johtaa mm. siihen, että sosiaalipalveluja tarvitseva väestö pääkaupunkiseudulla entistä enemmän siirtyy Helsingin kaupungin alueelle, joka voi rahoittaa sote-palveluja valtion rahoituksen lisäksi omilla verotuloillaan yli tarvevakiointi osuuksien;
8) Rahoitusmallissa on hallintouudistuksen muutoskustannukset (esim. tietojärjestelmien uudistaminen, palkkaharmonisaatio, yhteisten prosessien kehittäminen) jätetty huomiotta. Kun ao. muutoskustannukset huomioidaan, merkitsee ehdotettu rahoitusmalli itse asiassa sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen heikkenemistä nykytilanteeseen nähden;
9) Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole kunnon kannustamia tuottaa kustannusvaikuttavia sote-palveluja, mikä entisestään heikentää rahoituksen riittävyyttä väestön tarvitsemiin palveluihin ja
10) Investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentää alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää palvelunsa ajanmukaisina, mikä entisestään heikentää rahoituksen riittävyyttä väestön tarvitsemiin palveluihin.

Perustuslain 19 § turvaa jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perusoikeusuudistuksen esitöissä (HE 309/1993 vp) palvelujen riittävyyden kriteeriksi on asetettu se, että ne mahdollistavat jokaiselle toimimisen yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. Sosiaalioikeuden kannalta keskeistä tarveperiaatetta on perusoikeusuudistuksen jälkeen arvioitu lukuisissa eduskunnan oikeusasiamiehen ratkaisuissa, joissa perustuslain 19 §:ään perustuvan tarveperiaatteen on katsottu edellyttävän, että julkinen valta varmistaa sellaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, jotka ovat riittäviä sekä väestön että yksittäisen potilaan/asiakkaan tarpeisiin. Perustuslakivaliokunta on aikaisemmissa sote-uudistusta koskevissa lausunnoissaan pitänyt uudistusta tarpeellisena ja kiirehtinyt sitä riittävien ja yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaamiseksi. Hallituksen esityksessä ehdotetun soten rahoitusmallin perustana on nyt kuitenkin olemassa olevan rahoituksen jakaminen uudestaan. Kun sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja rahoitus on jo uudistuksen lähtötilanteessa riittämätön väestön palvelutarpeeseen nähden, ei hallituksen esityksessä ehdotettu rahoitusmalli turvaa jokaiselle kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluja perustuslain 19 §:n edellyttämällä tavalla ottaen huomioon sen, että

hallituksen esitykseen ei sisälly toimivia mekanismeja palvelujärjestelmän tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen.

Perustuslain 6 § turvaa yhdenvertaisuuden. Johtuen hallituksen esitykseen sisältyvän tarvevakioinnin keskeneräisyydestä, ehdotettu rahoitusmalli luo myös merkittäviä yhdenvertaisuusongelmia. Ehdotettu tarvevakiointi huomioi vain jotkut sairausryhmät ja jättää esim. ns. harvinaissairaudet kokonaan huomiotta, vaikka ne ovat usein hyvin kallishoitoisia. Sosiaalihuollon tarvevakiointi on esityksessä hyvin puutteellinen. Kun otetaan huomioon, että Suomi on toistuvasti saanut Euroopan sosiaalisten oikeuksien peruskirjan valvontaelimeltä huomautuksia mm. toimeentulotuen riittämättömästä tasosta (ks. https://rm.coe.int/fi-en/1680a164b6) ja ehdotettu rahoitusmalli jättää sosiaalipalvelujen rahoituksen lisäystarpeen osalta huomioimatta erityisesti ne alueet (esim. Vantaan ja Keravan hyvinvointialue), jossa toimeentulotuen tarve on suurin, olisi syntyvä tilanne hallituksen esityksessä ehdotetun rahoitusmallin toteutuessa hyvin ongelmallinen noiden alueiden heikoimmassa asemassa olevien ihmisten osalta. Eriarvoisuutta alueiden (ja erityisesti pääkaupunkiseudun eri osien) välillä lisää Helsingin kaupungin erityisasema. Helsinki voi rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluja omilla verotuloilla ilman että tätä huomioidaan valtionrahoituksessa. Todennäköisesti tällä erioikeudella olisi merkitystä myös sen suhteen, mille alueille sosiaalisista ongelmista kärsivä väestö sijoittuu eli Helsingin kaupunki voisi esityksen mukaisessa erityisratkaisussa erityisesti vetää puoleensa sosiaaliturvan tarvitsijoita.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Liite 1:

Väestönmuutoksen vuotuinen vaikutus laskennalliseen rahoitukseen keskimäärin vuosina 2021-2030.

Hyvinvointialue	As. 2021	As. 2030	Muutos (as.)	Vuotuinen muutos (eur)
Helsinki	669 339	723 687	6 039	19 199 333
Länsi-Uusimaa	474 973	500 216	2 805	8 447 839
Pirkanmaa	529 558	542 551	1 444	5 122 784
Varsinais-Suomi	478 570	483 875	589	2 194 500
Keski-Uusimaa	198 864	203 673	534	1 679 459
Itä-Uusimaa	97 674	98 540	96	332 364
Pohjanmaa	175 979	174 432	-172	-615 741
Keski-Pohjanmaa	67 906	66 002	-212	-807 063
Pohjois-Pohjanmaa	403 311	400 958	-261	-936 181
Keski-Suomi	272 325	268 509	-424	-1 567 995
Kainuu	64 860	59 851	-557	-2 458 317
Päijät-Häme	205 509	199 457	-672	-2 565 312
Etelä-Karjala	126 265	119 419	-761	-2 951 101
Kanta-Häme	168 454	160 969	-832	-3 096 965
Pohjois-Karjala	163 080	156 431	-739	-3 108 299
Lappi	175 617	168 911	-745	-3 339 323
Etelä-Pohjanmaa	191 169	182 632	-949	-3 742 983
Pohjois-Savo	247 362	238 591	-975	-3 931 025
Satakunta	212 708	202 363	-1 149	-4 427 268
Etelä-Savo	132 034	120 878	-1 240	-5 401 673
Kymenlaakso	161 959	149 736	-1 358	-5 523 597