

Asiantuntijalausunto liittyen Hallituksen esitykseen HE 15/2017

Ehdotetun sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän toimivuus riittävyyden ja maakuntien välisen rahoituksen jakautumisen näkökulmasta

Hallituksen esityksen mukaisesti maakuntien saama rahoitus perustuu pääosin valtionrahoitukseen ja sitä täydentävään asiakasmaksuilla koottavaan rahoitukseen. Vaikka maakuntien omistukseen jäävä palveluja tuottava liikelaitos voi tuottaa ylijäämää, sitä ei ole esityksessä tarkoitettu palvelujärjestelmän rahoituksen osaksi. Valtion rahoitus maakunnille määräytyy laskennallisesti ennen kaikkea tarve- ja olosuhdetekijöillä, joihin maakuntien omalla päätöksenteolla ei merkittävästi voida vaikuttaa. Rahoitus on myös yleiskatteellista, ja maakunnat voivat kohdentaa sitä tarkoituksenmukaiseksi katsomallaan tavalla.

Hallituksen esityksen sisältämien laskelmien mukaan tulevien maakuntien alueen kuntien yhteenlaskettu rahoitus poikkeaa huomattavasti esityksen mukaisen laskennallisen rahoituksen tuottamasta rahoituksesta. Eroja ei ole perinpohjaisesti tutkittu, mutta tiedetään, että ne selittyvät mm. palvelutuotannon tuottavuuseroilla. Luonnollisesti kunnat ovat itsehallinnon puitteissa muokanneet palveluvalikoimaansa haluamukseen. Esityksen mukainen laskennallinen valtionrahoitusmalli mitä ilmeisimmin merkitsee, että kunnittaiset, seutukunnalliset tai muut alueelliset erot vähenevät.

Pääpiirteissään esitetty rahoitusjärjestelmä vaikuttaa tarkoituksenmukaiselta, ottaen huomioon, että rahoitusjärjestelmää ei haluta muuttaa vakuutusperusteiseksi. Ennen kaikkea uuden rahoitusmallin vahvana puolena on, että nykyinen monen julkisen rahoituslähteen malli muutetaan yksikanavaiseksi. Tämä mahdollistaa yhtäältä julkisen rahoituksen aiempaa tehokkaamman sääntelyn, toisaalta osaoptimoinnin vähentyessä myös mahdollisuuden kohdentaa voimavaroja aiempaa tehokkaammin. Tehokkuuden lisääntyminen voi tarkoittaa yhtäältä sitä, että käytettävissä olevilla voimavaroilla voidaan tuottaa enemmän palveluja ja sen myötä terveyttä ja hyvinvointia, toisaalta sitä, että sama terveys- ja hyvinvointivaikutus saavutetaan vähemmin voimavaroin.

Esityksen mukaan maakuntien valtionrahoitus kasvaisi vuosittain noin prosentin. Kun tiedetään, että tarpeet kasvavat, samoin kasvavat myös tuotantokustannukset, sote-menojen odotettavissa oleva vuosittainen kasvuvauhti näillä perustein olisi noin 2,5%. Kustannusten kasvun ja rahoituksen lisääntymisen välinen epäsuhde voidaan hoitaa joko parantamalla palvelujen tuottavuutta, kasvattamalla asiakasmaksuja tai käyttämällä molempia keinoja. Lisäksi kustannusten kasvuun voi vaikuttaa määrittelemällä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoima nykyistä tarkemmin ja tiukemmin. Tuottavuuden kasvattamiseen on mahdollisuuksia tutkimusten mukaan ainakin erikoissairaanhoidossa, mutta varsinkin palvelujen aiempaa paremman integroinnin kautta.

Koska maakuntien vastuulle siirtyvä palveluvarustus ja siitä johtuvat kustannukset vaihtelevat selvästi enemmän kuin maakuntien saama valtionrahoitus, on tarkoituksenmukaista säätää ylimenokausi tämän epäsuhdan sopeuttamista varten, kuten Hallituksen esityksessä on ehdotettu. Hallituksen esitys lähtee siitä, että valtionrahoitus koostuu ansiotuloveroista, ja että kenenkään tuloverorasitus ei kasva. Mallilla voi

kuitenkin olla vaikutuksia sote-palvelujen rahoituksen jakautumisen progressiivisuuteen tai regressiivisyyteen.

Esitys perustuu siihen, että asiakasmaksut säilytetään nykyisellä tasolla ainakin siirtymäkauden, mutta kustannusten kasvun ja valtionrahoituksen muutosten epäsuhta voi johtaa paineisiin asiakasmaksujen korottamiseen. Asiakasmaksut ovat voimakkaasti regressiivisiä sen vuoksi, että palveluja tarvitsevat ja käyttävät ovat muuta väestöä pienituloisempia. Lakiesityksen perusteluissa todetaan, että maakuntien keskimääräiset kunnallisverotuksessa verotettavat tulot vaihtelevat voimakkaasti (min 12.500€ - max 19.800€). Koska asiakasmaksut tulevat todennäköisesti olemaan samat kaikilla sote-alueilla, edellä mainittujen tuloerojen perusteella on ennakoitavissa, että myös maksujen progressiivisuus / regressiivisyys vaihtelee alueittain.

Maakunnille myönnettävän lisärahoituksen edellytykset

Hallituksen esityksen mukaan maakuntien lisärahoituksen saaminen edellyttää useita edeltäviä vaiheita, alkaen lyhytaikaisesta velasta ja valtionohjauksesta. Toisaalta on vaikea ajatella, että alueiden välille voisi syntyä eroja niiden tarjoamassa palveluvalikoimassa, koska kaikilla on sama rahoitusperusta ja valtio viime kädessä vastaa palvelujen tasapuolisesta saatavuudesta. Lisärahoituksen ehtojen on luonnollisesti oltava tiukat. Tämän hetken alueellisten erojen poistaminen edellyttää siirtymäaikaa.

Mikäli osoittautuu, että kaikki maakunnat eivät pysty sopeuttamaan kustannuksia rahoitukseen, olisi syytä harkita sitä, miten sote-palvelujen aluejaotusta muutettaisiin. Nyt esitetyssä mallissa pienin asukasmäärä on Keski-Pohjanmaalla (n. 70.000 asukasta) ja Kainuussa (n. 80.000). Tutkimuskirjallisuuden perusteella erityisesti erikoissairaanhoidon kustannusten vaihtelun hallinta edellyttäisi huomattavasti suurempaa väestöpohjaa. Mahdollista lisärahoitusta edellyttävissä ongelmatilanteissa voitaisiin siirtää osa (kalleimmista; päivystyksen lisäksi) palveluista esimerkiksi viidelle yliopistosairaalalle tai niitä vastaaville tahoille, jotka toimisivat riskien tasausväylänä.

Rahoituksen vaikutukset kuntien näkökulmasta

Nähdäkseni kuntien kannalta suurimmat rahoitusriskit liittyvät niiden kiinteistömassaan. Palvelujen järjestäminen alueellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla johtaa tilanteisiin, jossa nykyinen kunnan omistama palvelulaitos jää tarpeettomaksi. Kunnat ovat myös eri asemassa sen suhteen, suurenko osan sote-palvelujen kustannukset ovat vieneet kuntien verotuloista.

Kuntien vastuulle jää hyvinvointipalveluista (sivistystoimen lisäksi) ennen kaikkea hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä. Vaikka tähän suunnattu rahoitus on varsin pieni, voi sillä olla suuri merkitys ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Hallituksen esityksestä puuttuu konkreettiset kannusteet, joilla kuntia kannustettaisiin kohdentamaan tämä rahoitus parhaalla mahdollisella tavalla, varsinkin ottaen huomioon, että sote-palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta kunnat eivät ole vastuussa. Tällä hetkellä kunnat toteuttavat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviä tehtäviä sangen vaihtelevasti.

Taloudelliset kannusteet hyvinvoinnin terveyden edistämiseen

Periaatteessa sote-alueiden rahoitusmalli sisältää kannusteen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen, koska voidaan ajatella, että ennaltaehkäisyn ja terveyden/ hyvinvoinnin edistämisen avulla voitaisiin

säästää palvelujen kustannuksia. Toisaalta tähän tarkoitettu rahoitus on suhteellisen pieni, 1 % valtion rahoituksesta. Suurempi ongelma on, miten maakunnat voivat kannustaa tuottajaorganisaatioita edistämään hyvinvointia ja terveyttä omassa toiminnassaan. Käytännössä tämä on toteutettava erilaisilla sopimusmalleilla, eikä niitä ole tässä esityksessä määritelty.

Merkittävä kysymys maakuntien toiminnan rahoituksessa on, miten turvataan tutkimus- kehittämis- ja muu innovaatiotoiminta. Kestävyyssvajeen vuoksi sote-uudistuksella tavoitellaan huomattavia kustannussäästöjä tulevan vuosikymmenen aikana. Yhtenä potentiaalisena säästöjen mahdollisuutena Hallituksen esityksen perusteluissa tuodaan esiin erikoissairaanhoidon tuottavuuserojen pienentäminen. Tuottavuutta on ilman muuta kohennettava, koska se on kivuttomampaa kuin potilaiden aktiivinen priorisointi, mutta osan eroista selittää uusien menetelmien eritahtinen käyttöönotto eri sairaaloissa. Ei ole järkevää säästää uusien hoitoteknologioiden tutkimuksesta ja kokeilusta. Innovaatiotoiminnan vaikutuksia pitäisi aina arvioida pitkällä aikavälillä.

Helsingissä

Pekka Rissanen

terveystaloustieteen professori