

EDUSKUNNAN TALOUSVALIOKUNNALLE

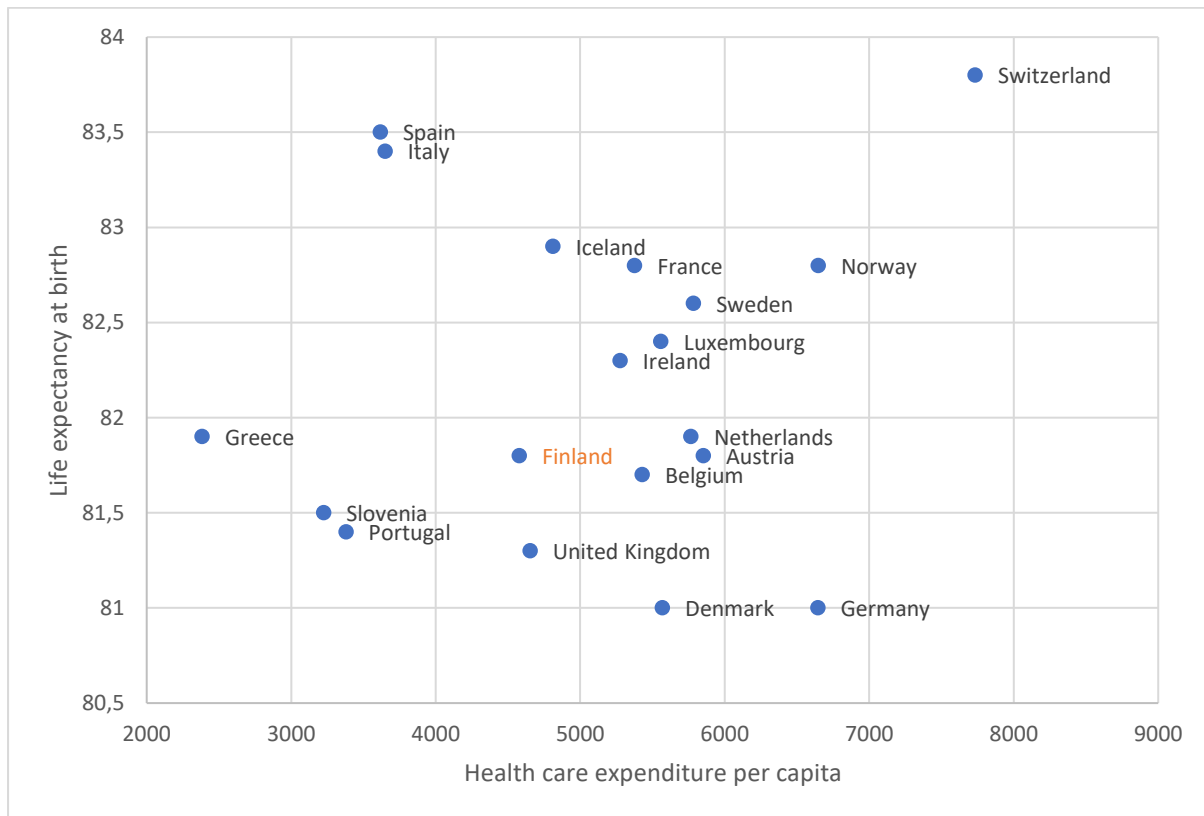
Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Talousvaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen sote-uudistusta koskevasta esityksestä 241/2020 vp. Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointia koskevan uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Tavoitteet ovat hyviä ja kannatettavia – ne kuitenkin ovat joiltain osin toistensa kanssa ristiriitaisia.

Hallituksen esitys taustamateriaaleineen massiivinen eli yhteensä 1669 sivua. Tämän vuoksi keskityn lausunnossani esityksen talousvaikutusten keskeisiin ongelmiin. Näitä ovat rahoituksen palvelutarvetta alhaisempi taso, terveyttä edistävien ja toiminnan vaikuttavuutta lisäävien kannustimien puute sekä investointien epätarkoituksenmukainen rahoitusjärjestelmä.

Rahoituksen taso suhteessa palvelutarpeeseen

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vertailu muihin OECD maihin perustuu vuosien 2017–2019 tietoon. OECD aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohti on 4578 eur, joka on alhaisempi kuin kaikissa muissa Pohjoismaissa. Ennen aikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä (ks. Kuva 1).

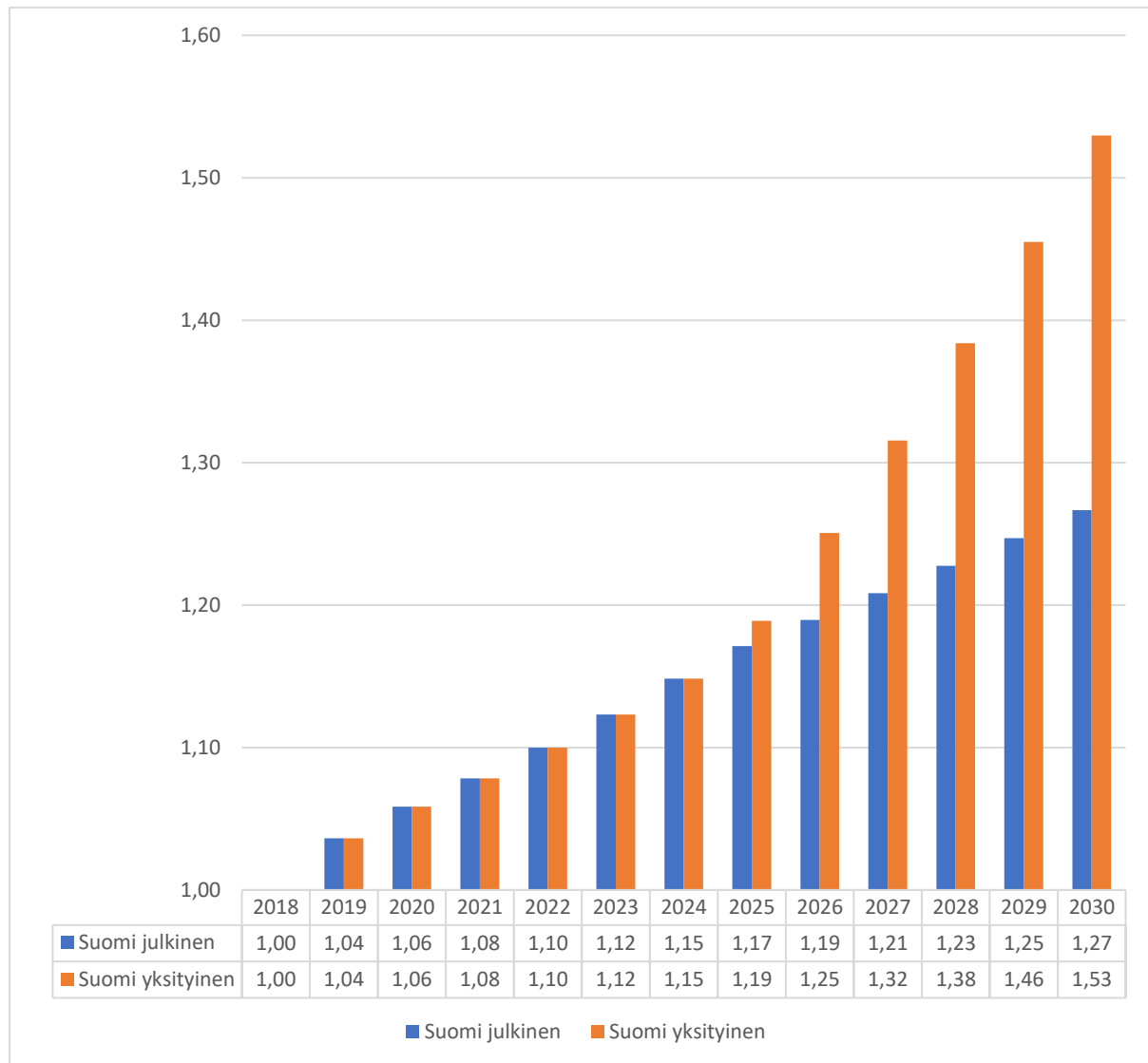


Kuva 1. Terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti ja eliniänodote (OECD)

Terveydenhuollon kustannusten osuus Suomen bruttokansantuotteesta (BKT) oli OECD:n mukaan v. 2015 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-laki-esityksen mukaisen kustannuskasvun leikkurin huomioiden noin 5300 euroon, mutta vertailluun 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). 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 ter-

veysmenoista 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.



Kuva 2. Suomen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon indeksoitu kasvu

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.

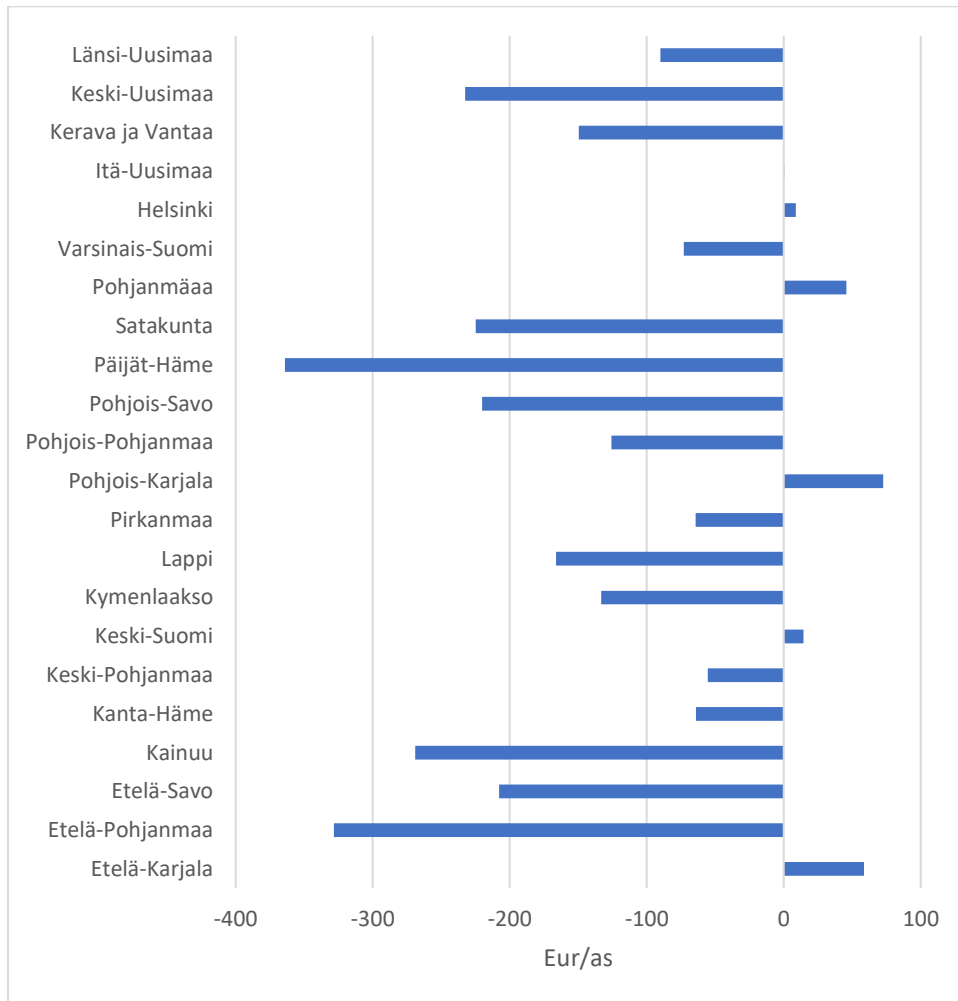
Perushintojen määräytymistä on selvitetty rahoituslakiehdotuksen 2 §:n 2 kohdan perusteissa. Perushinnoista säädetään vuosittain valtioneuvoston asetuksella. Sääntelytapa vastaa voimassa olevaa kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annettua lakia. Tehtäväkohtaisista painotuksista säädetään vuosittain. 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 pois päin. Perushinnat eivät kuitenkaan huomioi todellisia tuotantokustannuksien eroja eri alueiden välillä.

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 3 esittää nykyisen ja esitetyn uuden rahoitusmallin vertailun. Kuvan tavoitteena on osoittaa miten sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus olisi vuosina 2015 – 2019 kehittynyt tulevilla hyvinvointialueilla, mikäli rahoitus olisi perustunut sotelakiehdotuksen mukaiseen rahoitusmalliin. Uutta rahoitusmallia on verrattu vuosina 2015 – 2019 hyvinvointialueita vastaavilla alueilla toteutuneisiin nettokäyttökustannuksiin, jotka vastaavat alueen rahoitustarvetta. Vertailu on toteutettu niin, että nykyisen mallin nettokäyttökustannukset on laskettu Tilastokeskuksen kuntakohtaisesta aineistossa kullekin tulevalle hyvinvointialueelle. Sote-uudistuksen mukaisen rahoitusmallin kustannus on laskettu siten, että lähtökohdaksi on otettu vuoden 2015 toteutunut asukaskohtainen rahoitus. Rahoituksen vuosimuutos on laskettu rahoituslain 7 §:n

mukaisen palvelutarpeen muutoksella, korjattuna 36 § mukaisella 0,2 % korotuksella ja vuosien 2023 ja 2024 poikkeuksella palvelutarpeen 80 % leikkuriin. Lisäksi on huomioitu 8 § mukainen kustannustason muutos. Näillä oletuksilla vuotuinen rahoituksen kasvu on 2,07 % asukasta kohti. Lopuksi sotelakiesityksen mukaisen rahoituksen määrä on vähennetty toteutuneista nettokäyttökustannuksista ja kuvassa 3 on esitetty näiden kahden erotus. Valtion tasolla uusi rahoitusmalli vähentäisi rahoituksen määrää n. 570 milj. euroa vuodessa vuoden 2019 tasoon verrattuna.



Kuva 3. Nykyisen ja sote-uudistuksen mukaisen rahoitusmallin tuottaman asukaskohtaisen rahoituksen vertailu tulevilla hyvinvointialueille ja Helsingissä vuonna 2019

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.

Toiminnan varmistamiseksi hyvinvointialueet saavat vähintään vuoteen 2026 asti rahoituksen valtiolta. Tämän jälkeen toiminnan rahoitus suunnitellaan varmistettavan maakuntaveron ja valtionosuuksien tasausjärjestelmän kautta.

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. yli-paino, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, suun sairaudet, tehohoitoa vaativat taudit, jatkuvaa erikoissairaanhoidoa vaativat sairaudet sekä vastasyntyneen sairaudet. Esimerkiksi HUS-kuntayhtymän oman palvelutuotannon vuoden 2019 kustannuksista THL:n valitsevat diagnoosit kattavat vain 54 %. HUS:n kustannuksista 870 milj. euroa jää ehdotetun tarvevakioinnin diagnosivallinnan ulkopuolella. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi kuvaan niitä potilaita, joista terveydenhuollon kustannukset todellisuudessa aiheutuvat. Voidaan kin kysyä miten ja millä painoarvolla mallin ulkopuolelle jääneiden potilaiden kustannukset huomioidaan sairaanhoidon rahoituksessa.

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 virkalääkäri-vaatimus), joista voi aiheutua hyvinvointialueille merkittäviä lisäkustannuksia, mutta joita ei ole huomioitu hyvinvointialueiden rahoituksessa.

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 mää-

rästä, 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.

Myös Valtiontalouden tarkastusvirasto on sote-uudistuksen rahoituksen osalta kommentoinut kriittisesti sitä, että kustannusten kasvulle ei ole esitetty riittäviä kontrolleja: ”Valtion rahoitus tarjoaa koko maan tasolla riittävät taloudelliset edellytykset lakisääteisten tehtävien suorittamiseen. Se ei kuitenkaan välttämättä vastaa yksittäisten alueiden todellista palvelutarvetta, koska rahoituksen määrittämiseen käytettävät mallit ja aineistot eivät selitä aluekohtaisten palvelujen kustannusten vaihtelua kattavasti. Jos alueet joutuisivat turvautumaan lisärahoitukseen, rahoituksen taso koko maan tasolla kasvaisi.” Ts. ne hyvinvointialueet, jotka saavat yli oman tarpeen, saavat pitää rahoitustason ja ne, joilta jää rahoitusta puuttumaan saavat lisärahoitusta.

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 arviointimenetely. On epäselvää, miksi ja miten hyvinvointialueet onnistuisivat uudessa mallissa merkittävästi enemmän kehittämään tuottavuuttaan erityisesti, kun niiden investointeja pyritään samalla rajoittamaan.

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 tulolaskeelman 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 hyvin-

vointialueesta 15 §). Vuoden 2023 lainanottovaltuus määritetään sairaanhoitopiireiltä ja erityishoitopiireiltä siirtyvien lainojen pohjalta. Taustatietona käytetään vuoden 2021 tilinpäätöstietoja ja vuoden 2022 talousarviota (Voimaannpanolaki 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 välttäisiin 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 muutuskustannukset. Tämän jälkeen niiden pitäisi sisältyä lainanottovaltuuden ja investointisuunnitelman piiriin, mikä tuo merkittäviä lisäpaineita hyvinvointialueiden taloudelle.

Liitteessä 1 on esimerkki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lainanottovaltuudesta havainnollistamaan investointeihin ja lainanottovaltuuksiin liittyviä ongelmia. Esimerkkilaskelma osoittaa,

että suuret investoinnit, kuten Keski-Suomessa rakennettu Nova Sairaala, romuttavat käytännössä hyvinvointialueiden mahdollisuuden tehdä lisäinvestointeja 2023 alkaen ellei lakiehdotusta muuteta. Vastaavasti voidaan todeta, että laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä ei mahdollista tulevaisuudessa merkittävien uus- tai laajennusinvestointien toteuttamista.

Johtopäätökset

Pidän hallituksen esityksessä ehdotettua rahoitusmallia sote-palveluille kestäättömänä, koska:

- 1) Terveyspalvelujen asukasta kohden laskettu rahoitus Suomessa on jo Pohjoismaiden alhaisin, vaikka väestö on Pohjoismaiden sairainta, eikä malli korjaa tilannetta;
- 2) Ehdotettu rahoitusmalli laskee terveydenhuollon julkisen rahoituksen osuutta, mikä vastoin sote-uudistuksen tavoitteita lisää eriarvoisuutta ja terveyseroja (esim. Ruotsissa terveydenhuollon julkinen rahoitus asukasta kohden olisi soten rahoitusmallin toteututtua v. 2030 peräti 54 % suurempi kuin Suomessa);
- 3) Rahoitusmalli ei huomioi hoitovelkaa, hoitonoja taikka piilevää hoidon tarvetta ja aliarvioi siksi terveydenhuollon rahoitustarpeen;
- 4) Sote-rahoituksen perustaksi ehdotettu ”tarvevakiointi” perustuu vain joihinkin tautiryhmiin, mutta jättää mm. huomioimatta ison osan erikoissairaanhoidossa kuluja aiheuttavista potilaista (ehdotettuun rahoitusmalliin sisältyvät potilasryhmät kattavat esim. vain 54 % HUSin kustannuksista);
- 5) Sote-kustannusten laskennan pohjana käytetyt ns. perushinnat eivät huomioi todellisia kustannuseroja eri alueiden välillä. Tuotantokustannusten nousu kasvavilla alueilla lisää näin myös taantuvien alueiden rahoitusta, vaikka kustannukset niissä olisivat laske-neet;
- 6) Rahoitusmallissa on hallintouudistuksen kustannukset (esim. tietojärjestelmien uudistaminen, palkkaharmonisaatio, yhteisten prosessien kehittäminen) jätetty huomiotta;
- 7) Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole kunnan kannustamia tuottaa kustannusvaikuttavia sote-palveluja, vaan malli perustuu ns. *perversseihin kannustimiin*, joilla painostetaan alueita pysymään budjeteissaan, vaikka väestön terveys sillä vaarantuisi;
- 8) Investointien keskusjohtoinen ohjaus ja rahoitus heikentää alueiden kykyä parantaa tuottavuuttaan ja pitää palvelunsa ajanmukaisina;

- 9) Alueiden pienet lainanottovaltuudet tulevat uudistuksen tavoitteiden vastaisesti lisäämään palveluostoja yksityissektorilta niiden kustannustasosta riippumatta, koska yksityinen sektori voi tehdä investointeja palvelukysynnän ja kannattavuuden perusteella nelivuotissuunnitelmista riippumatta ja
- 10) Investointien ohjausmalli ei mahdollista investointiohjelma muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto

Liite 1: Esimerkkilaskema ehdotetun rahoitusmallin vaikutuksista Keski-Suomen hyvinvointi-alueen investointeihin ja lainanottovaltuuksiin

	2018	2019	2020	2021 TA	2022 TA	2023
Tuhansia euroja						
Lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä (10 x edellisen vuoden vuosikate) (A)	220 928	63 924	-39 037	47 940	172 140	309 240
Tilikauden alun ennakoitu lainamäärä (lyhyt- ja pitkäaikainen laina) (B)	197 863	319 605	432 834	474 172	468 191	450 701
Lainanottovaltuus (C = A - B)	23 065	-255 681	-471 871	-426 232	-296 051	-141 461
Tilikauden toteutuneet/suunnitellut investoinnit yhteensä (käyttöomaisuuden myyntituotot vähennettynä) (D)	142 507	136 696	45 932	11 033	13 233	15 433
Lainakaton mahdollistamien lisäinvestointien määrä (C-D)	-119 442	-392 377	-517 803	-437 265	-309 284	-156 894
Tuloslaskelman vuosikate (edellinen vuosi) (E)	22 093	6 392	-3 904	4 794	17 214	30 924
Korkokulut (edellinen vuosi) (F)	474	340	382	419	7 521	7 057
Tuloslaskelman vuosikate ja korkokulut yhteensä (G = E + F)	22 567	6 732	-3 522	5 213	24 735	37 981
Korkokulut (edellinen vuosi) (F)	474	340	382	419	7 521	7 057
Laskennallinen lainanlyhennys (aloittavan taseen lainamäärä/10) (H)	19 786	31 961	43 283	47 417	46 819	45 070
Korkokulut ja laskennallinen lainanlyhennys yhteensä (I= F + H)	20 260	32 301	43 665	47 836	54 340	52 127
C) Laskennallinen lainanhoitokate= G/I	1,1	0,2	-0,1	0,1	0,5	0,7

Esimerkkilaskelman oletuksia:

1. Vuonna 2023 käyttöön otettava lainanottovaltuutus lasketaan lainanhoitokatteeseen perustuvan lainan enimmäismäärän sekä tilikauden alun ennakoidun lainamäärän (lyhyt- ja pitkävaikutteisen lainojen yhteissumma) erotuksena. Laskennallinen lainanhoitokate lasketaan kaavalla, jossa tuloslaskelman vuosikatteeseen lisätään korkokulut ja summa jaetaan korkokulujen ja laskennallisten lainanlyhennysten summalla. Vuosikatteen arvona käytetään tilikautta edeltävän vuoden talousarvion mukaista arvoa. (Laki hyvinvointialueesta 5 §:n 2 momentti). Tämä näkyy laskelmassamme siten, että esimerkiksi vuoden 2020 kohdalla esitämme laskelmassamme vuoden 2019 vuosikatteen ja vastaavasti vuoden 2019 korkokulut. Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla vuoden aloittavan taseen lainamäärä kymmenellä (lähde: tarkentavat keskustelut VM:n virkamiesten kanssa).
2. Vuotta 2023 koskeva lainanottovaltuutus tullaan Voimaannanolain 57 pykälän mukaan määrittämään siten, että se lasketaan kuhunkin hyvinvointialueeseen siirtyvien sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymien vuoden 2021 tilinpäätösten tietojen ja vuoden 2022 talousarvion tietojen perusteella. Vuoden 2023 vuosikate ja korkokulut perustuvat laskelmassamme vuoden 2022 taloussuunnitelmalukuihin sekä korkokulujen osalta joulukuussa 2020 hyväksyttyyn Nova Sairaalan kustannusarviomuutokseen. Pela-palveluihin liittyviä investointeja ei ole huomioitu laskelmassa.
3. Lainan enimmäismäärä (A) on laskettu esimerkkilaskelmassa ilman korkokuluja. Tämä perustuu VM:n virkamiesten kanssa käymiimme keskusteluihin, joiden mukaan lainanhoitokatteeseen perustuvan lainan enimmäismäärän laskentakaava voidaan yksinkertaistaa muotoon: 10 x edellisen vuoden vuosikate.
4. Tässä laskelmassa huomioitu talouden ja lainakannan kehitys perustuu talousarviossa 2021 sekä taloussuunnitelmassa 2021–2023 esitettyihin tietoihin sekä joulukuussa 2020 hyväksyttyyn Novan kustannusarvion muutokseen korkokulujen osalta. Korkokulut nousevat laskelmassa merkittävästi vuodesta 2022 eteenpäin, sillä Nova-sairaalan korkokulut on päämitetty rakentamisen ajan. Kuten yllä kohdassa 1 mainittiin, vuoden 2022 kohdalla esitämme laskelmassa vuoden 2021 vuosikatteen ja korkokulut, toisin sanoen korkokulujen oletetaan nousevan merkittävästi vuoden 2021 aikana.