

EDUSKUNNAN VALTIOVARAINVALIOKUNNALLE

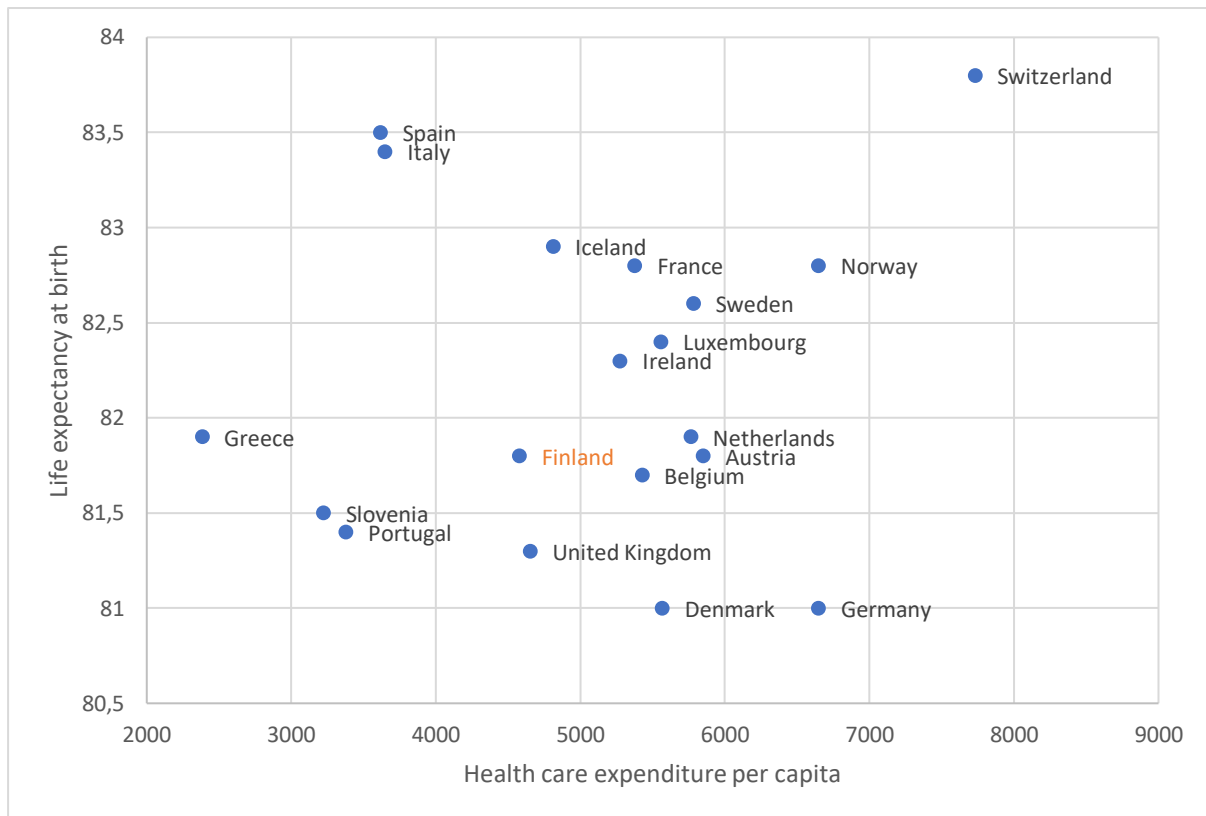
Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 241/2020 vp eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi

Valtiovarainvaliokunta on pyytänyt minulta asiantuntijalausuntoa hallituksen esityksestä 241/2020 vp koskien hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä eli ns. sote-uudistusta. Sosiaali- ja terveystoimen palveluja sekä pelastustoimintaa 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 taloudellisten vaikutusten keskeisiin ongelmiin. Näitä ovat erityisesti rahoituksen palvelutarvetta alhaisempi taso, rahoituksen kohdentamisen ongelmat, 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. Ennenaikaisesti menetettyjen elinvuosien (Potential years of life lost) osalta Suomi on huonoin Pohjoismaista. Eliniänodotteessa Suomi on Pohjoismaista toiseksi viimeinen, Tanskan edellä (ks. Kuva 1).

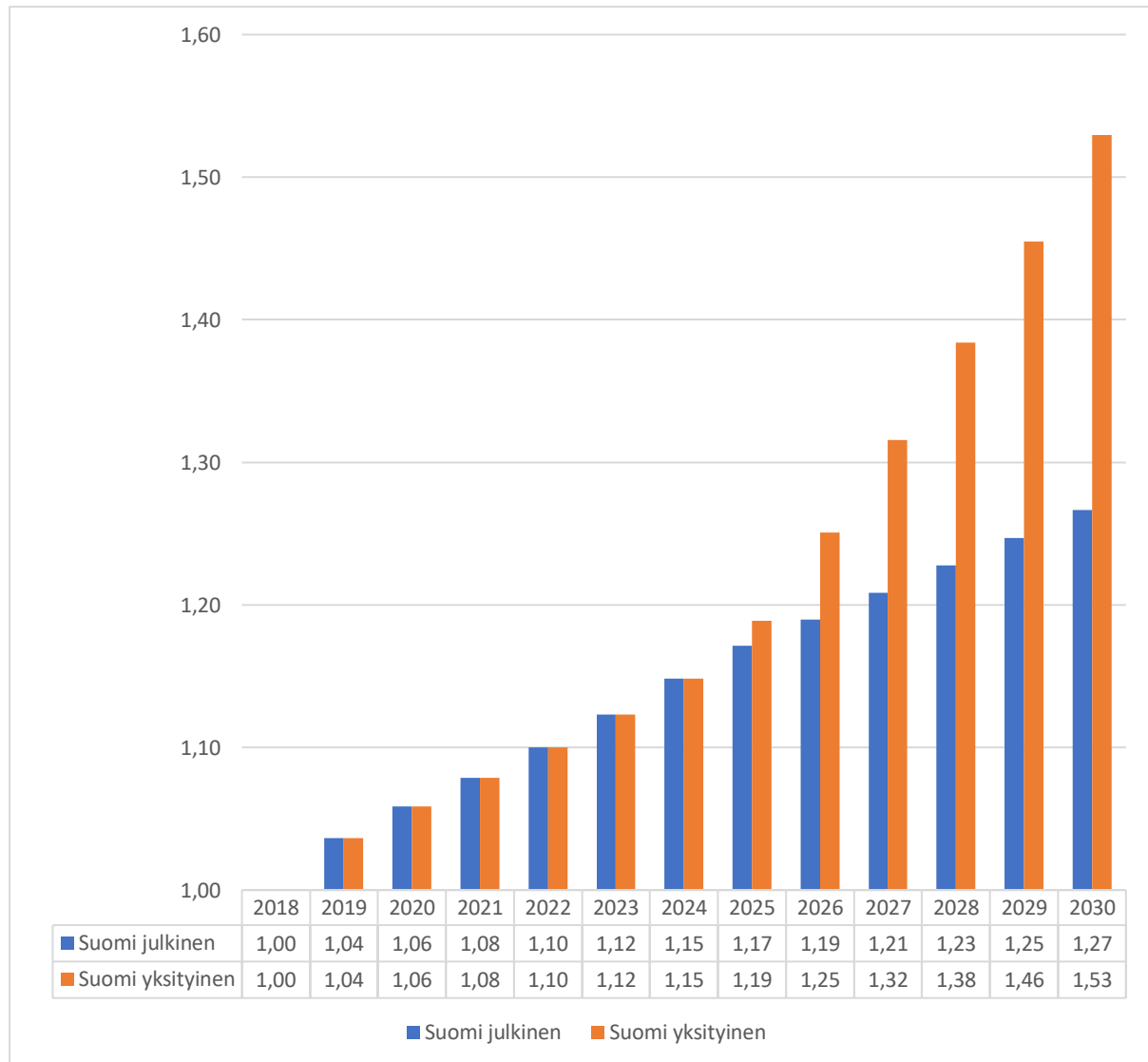


Kuva 1. Terveydenhuollon kustannukset asukasta kohti ja eliniänodote (OECD)

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). 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 eu-

roa, kun vastaava luku Ruotsissa on 6144 euroa. Kun v. 2019 julkisen rahoituksen osuus terveysmenoista on Ruotsissa 43 % Suomea suurempi, olisi julkisen rahoituksen osuus sotien 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*

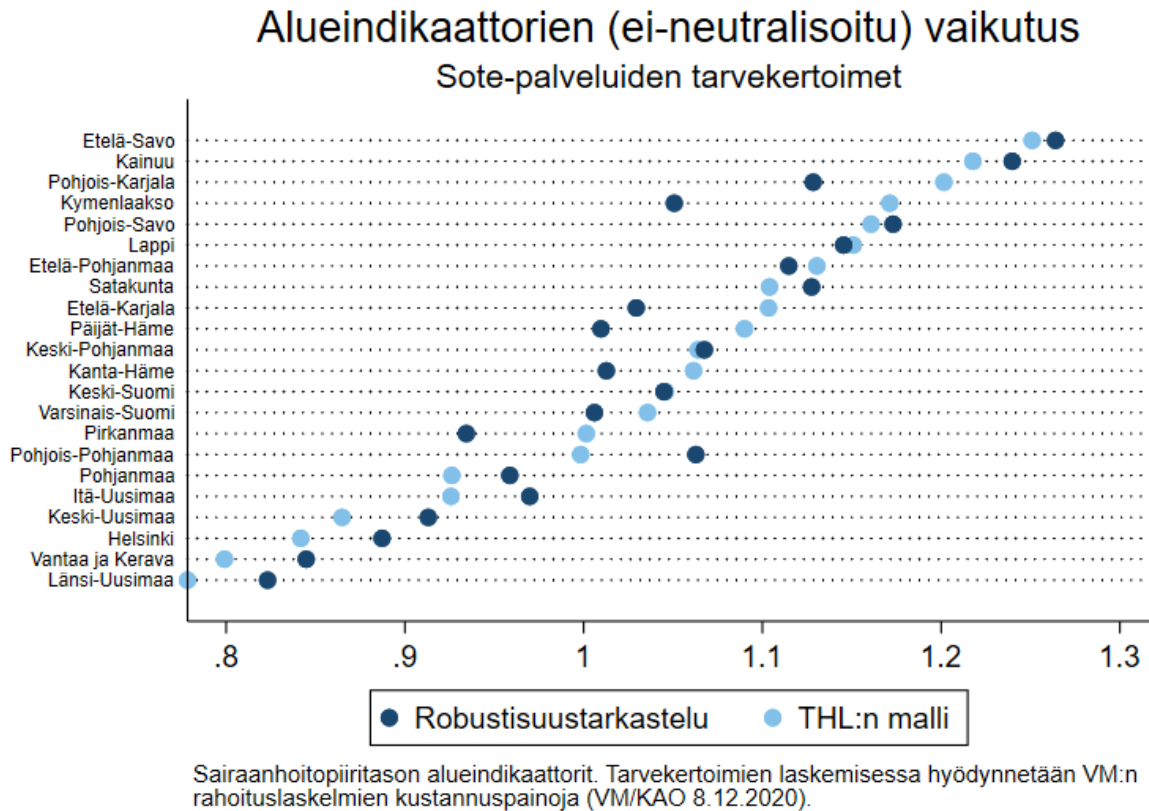
siirtyvää hoitovelkaa. Vuoden 2020 aikana jonojen määrä on koronaepidemian takia lisääntynyt merkittävästi

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 vähintään kolmen vuoden välein. Lain voimaantulosäännöksen mukaisesti ensimmäinen tarkistus tehdään vuodelle 2023. Tarkemmin tarvetekijät ja niiden painokerrotoimet 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, mikä lisää mahdollisuuksia tehdä hyvinvointialueiden rahoituksella aluepolitiikkaa sosiaali- ja terveystalouden sijasta.

Rahoituksen kohdentamisen ongelmat

Ehdotettu rahoitusmalli ei riittävästi huomioi eri alueiden toisistaan poikkeavaa kustannustasoa, eikä sitä, että kustannukset (palkat, vuokrat, yms.) todennäköisesti kasvavat jatkossakin kasvukeskuksissa muuta maata nopeammin. Tällöin kustannusten kasvusta tulevasta lisärahoituksesta jaetaan suhteellisesti enemmän alueille joilla suuret tarvekertoimet - ei sinne, missä kustannukset eniten kasvavat. Esim. Englannissa erot alueellisessa kustannustasossa huomioidaan rahoitusta kohdennettaessa. Alueiden kustannustasoerojen huomioiminen on mahdollista tehdä ns. alueindikaattoreilla. Varsinaisesti syytä siihen, miksi nämä on lopulta jätetty ehdotetusta rahoitusmallista pois, ei ole perusteltu hallituksen esityksessä. Lopputulos kuitenkin merkitsee merkittävää poikkeamaa hyvinvointialueiden todellisen rahoitustarpeen kattamisessa.



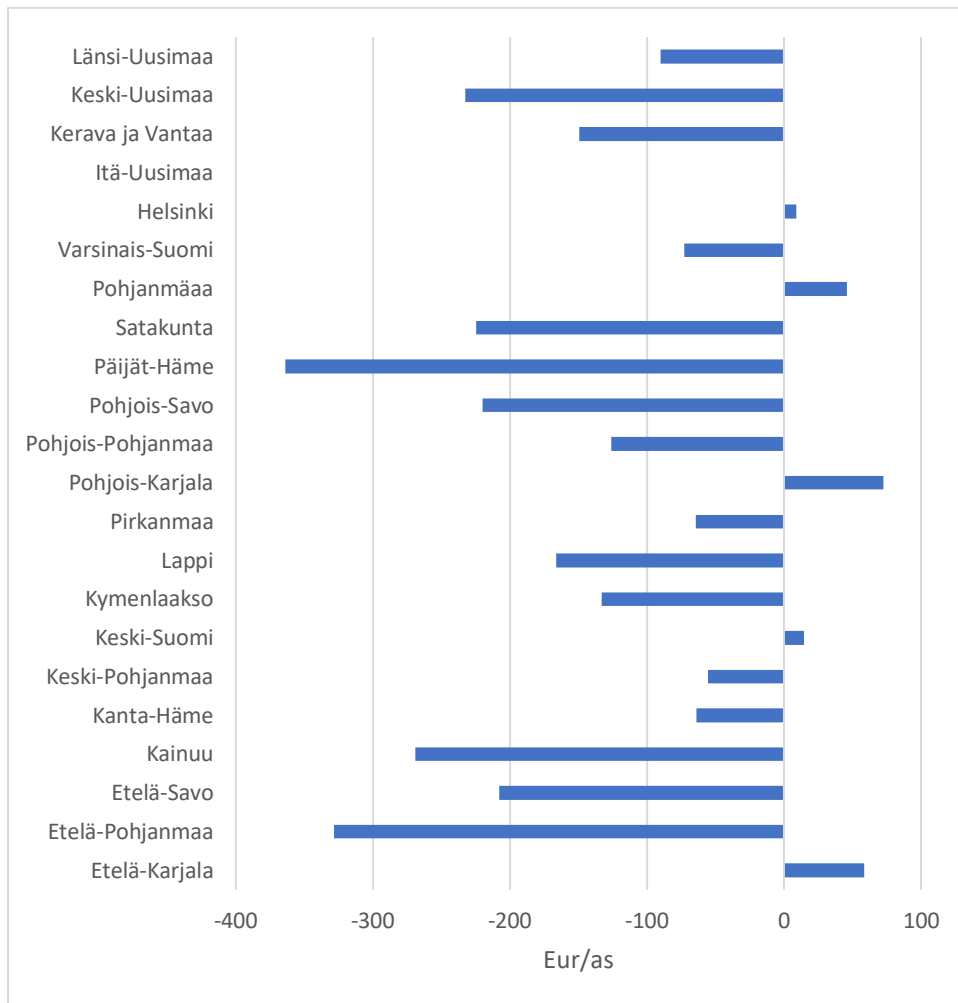
Kuva 3. Alueindikaattorien vaikutus sote-palveluiden tarvekertoimiin

Kuvassa 3 on esitetty alueiden kustannustasoerojen huomioimisen vaikutus tarveperusteiseen rahoituksen prof. Teemu Malmin tutkimusryhmän Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille tekemän tutkimuksen perusteella. (Malmi T, Riipinen T, Roos J, Tukiainen J: Arvio sote-uudistuksesta ja sote-rahoituksen tarvevakioinnista. Tempo Lecon 2021). Alueindikaattorien lisääminen malliin (tummat pisteet) vaikuttaa lisätarkasteluista eniten tarvekertoimiin. Vaikutus sote-palveluiden tarvekertoimiin välittyy eri alueilla eri tavoin eri osamalleista eli terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon tarvekertoimien muutoksesta. Esimerkiksi Helsingin osalta alueindikaattorien lisääminen kasvattaa sote-palveluiden tarvekerrointa. Tämä on seurausta ennen kaikkea sosiaalihuollon tarvekertoimen kasvusta. Toisaalta esimerkiksi Satakunnassa terveydenhuollon tarvekerroin kasvaa alueindikaattorien myötä, mutta sosiaalihuollon tarvekerroin laskee. Alueindikaattorien lisääminen ei kuitenkaan kasvata merkittäväällä tavalla mallien selityskykyä. Tämä osoittaa THL:n sairausluokitusten puutteellisuuden. *Laskennallisia kustannuksia ei yksinkertaisesti kyetä selittämään hallituksen esityksen mukaisella tarvevakioinnin mallilla, koska käytetyt luokitukset ovat niin puutteelliset.*

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 esittää nykyisen ja esitetyn uuden rahoitusmallin vertailun. 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. Valtion tasolla uusi rahoitusmalli vähentäisi rahoituksen määrää n. 570 milj. euroa vuodessa vuoden 2019 tasoon verrattuna. On erittäin epätodennäköistä, että vähenevä rahoitus riittäisi riittävien julkisten palvelujen turvaamiseen. On ymmärrettävää, että rahoitus vähenee alueilla, joiden väkiluku laskee. Palveluja tarvitsevien määrä ei kuitenkaan vähene samassa suhteessa, sillä esim. kehitysvammaiset eivät taantuvilta alueilta muuta kasvukeskuksiin. Rahoituksen väheneminen johtaakin helposti juuri kaikkein heikoimmassa asemassa olevien palvelujen heikkenemiseen.

Vuonna 2023 hyvinvointialueen toteutuva rahoitus vastaa kunnilta siirtyvien kustannusten tasoa. Tämän jälkeen saatava rahoitus tasataan 6 vuoden jaksolla tarvekertoimien mukaisen laskennallisen rahoituksen tasolle. Toiminnan varmistamiseksi hyvinvointialueet saavat vähintään vuoteen 2026 asti rahoituksen valtiolta. Tämän jälkeen toiminnan rahoitus suunnitellaan varmistettavan maakuntaveron ja valtionosuuksien tasausjärjestelmän kautta. Siirtymäkauden siirtymätasausmekanismi jättää kuitenkin kuusi hyvinvointialuetta pysyvästi laskennallisen rahoituksen yläpuolelle ja yhden hyvinvointialueen laskennallisen rahoituksen alapuolelle.



Kuva 4. Nykyisen ja sote-uudistuksen mukaisen rahoitusmallin tuottaman asukaskohtaisen rahoituksen vertailu tulevilla hyvinvointialueille ja Helsingissä vuonna 2019

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 erikoissairaanhoidon 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 diagnosivallinnon ulkopuolella. Toisin sanoen, malliin valikoidut sairausryhmät eivät riittävästi ku-

vaan 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 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.

Investointeihin liittyvät ongelmat

Pitkäaikainen lainanotto ehdotetussa mallissa on sallittua vain lainanottovaltuuden puitteissa investointisuunnitelmassa hyväksyttyihin investointeihin (Laki hyvinvointialueesta 15 §). Lai-

nanottovaltuus perustuu ns. laskennalliseen lainanhoitokatteeseen (edellisen vuoden tulolas-
kelman vuosikate + korkokulut) / (korkokulut + laskennallinen lainanlyhennys)). Laskennalli-
nen lainanlyhennys lasketaan jakamalla vuoden alun lainamäärä (lyhyt ja pitkäaikainen) kym-
menellä. Tämä perustuu yksinkertaiseen laskennalliseen oletukseen, että lainojen takaisinmak-
suaika 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 eri-
tyishoitopiireiltä siirtyvien lainojen pohjalta. Taustatietona käytetään vuoden 2021 tilinpäätös-
tietoja 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 hyvinvoin-
tialueesta 15 §).

Investointisuunnitelmat hyväksytetään STM:ssä ja SM:ssä ja niiden hyväksymiseen vaikutta-
vat mm. investointien yhdenmukaisuus kansallisten strategisten tavoitteiden sekä hyvinvointi-
alueiden yhteistyösopimuksessa sovittujen investointien kanssa (ruotsinkielisten alueiden pitää
huomioida erityisesti ruotsinkielisten alueiden yhteistyösopimus). Jopa viereisten hyvinvointi-
alueiden asukkaiden pääsy kyseisellä hyvinvointialueella tuotettaviin palveluihin voi vaikuttaa
investointisuunnitelman hyväksymiseen. Hyvinvointialue ei siis voi optimoida pitkäaikaisen
lainan käyttöä investointeihinsa huomioiden pelkästään oman alueensa intressit. Investointi-
suunnitelmassa investointeihin rinnastetaan myös merkittävät, monivuotiset sopimukset kuten
vuokrasopimukset. Merkittävää omaisuuden myyntiä ei voi tehdä, mikäli se vaarantaa hyvin-
vointialueen toiminnan. (Laki hyvinvointialueesta 16 §, Sote-järjestämislaki 25–26 §, Pela-jär-
jestämislaki 11 §). Valtioneuvosto voi poikkeustilanteessa korottaa hyvinvointialueen lainan-
ottovaltuutta, jos investointitarve on kiireellinen ja investointi olisi välttämätön palvelujen tuot-
tamisen jatkuvuuden kannalta tai lainsäädännössä edellytetyjen 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 ra-
joittaminen vain uus- ja laajennusinvestointien edellyttää muiden investointien kattamista käyt-
tötalouden puolella ja vaikeuttaa hyvinvointialueiden kykyä selviytyä järjestämistehtävästään
annetun rahoituksen puitteissa.

Lainanottovaltuus ja sen hyödyntämisoikeuden rajoittaminen vain investointisuunnitelmassa hyväksytyihin 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 välttäisi 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 tosiasiaassa 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, eikä sen tarvitse hyväksyttää investointisuunnitelmaansa STM:llä/SM:llä.

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.

Suuret investoinnit (kuten uusien sairaaloiden meneillään olevat rakennushankkeet niihin liittyvine lainoineen) romuttavat käytännössä hyvinvointialueiden mahdollisuuden tehdä lisäinvestointeja 2023 alkaen ellei lakiehdotusta muuteta, sillä laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuva lainan enimmäismäärä ei mahdollista tulevaisuudessa merkittävien uus- tai laajenusinvestointien toteuttamista, vaikka ne olisivat alueen väestön riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen kannalta välttämättömiä.

Johtopäätökset

Pidän hallituksen esityksessä ehdotettua rahoitusmallia sote-palveluille kestävämmänä, 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, hoitojonoja taikka piilevää hoidon tarvetta ja aliarvioi siksi terveydenhuollon rahoitustarpeen;
- 4) Rahoitusmallissa on hallintouudistuksen kustannukset (esim. tietojärjestelmien uudistaminen, palkkaharmonisaatio, yhteisten prosessien kehittäminen) jätetty huomiotta;
- 5) 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);
- 6) 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 laskeutuneet. Alueiden todelliset kustannuserot tulisi huomioida niiden rahoituksessa;

- 7) Ehdotetussa rahoitusmallissa ei ole kunnon 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. Investointien ohjausmalli ei myöskään mahdollista investointiohjelma muutoksia budjettivuoden aikana, vaikka niille olisi kiireellinen tarve ja
- 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.

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen, oik.tri, lääk.tri

terveysoikeuden professori, Helsingin yliopisto