

HE 241/2020 vp Hallituksen esitys 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

Teema: Uudenmaan erillisratkaisu talouden näkökulmasta

Esityksen mukaan Suomeen muodostettaisiin 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettäisiin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät sekä pelastustoimen tehtävät. Uudenmaan erillisratkaisun perusteella olisi Helsingin kaupungin ja Hus-yhtymän lisäksi neljä hyvinvointialuetta, joista yksi olisi Keski-Uusimaa. Keski-Uudellamaalla aloitti vuoden 2019 alussa vapaaehtoinen kuntayhtymä, joka järjestää ja tuottaa kuuden kunnan (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi, Pornainen ja Tuusula) sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Näin ollen Keski-Uudellamaalla on pitkälti suunnitellun hyvinvointialueen rakenne luotuna. Yleishuomiona voi todeta, että hyvin voimakas valtion taloudenohjausmekanismi saattaa hankaloittaa sotepalveluiden asiakas- ja potilaslähtöistä ja kustannustehokasta järjestämistä mutta toisaalta valtion rahoituskyky on kuntia vakaampi eikä riipu yksittäisen kunnan kantokyvystä.

Yleisesti erillisratkaisusta

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymässä peruspalvelujen integraatio on jo toteutunut. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän ja HUS/Hyvinkään sairaanhoitoalueen kohdalla palvelujen integraatio erityistason ja perustason palvelujen välillä on viety jo käytännössä pitkälle yhteisten palvelukokonaisuuksien ja yhteisen tuottavuusohjelman muodossa sekä yhteisen tietopohjan kehittämisessä. Keski-Uudenmaan näkökulmasta tämä on luonut hyvän pohjan erillisratkaisun toteuttamiselle.

Hyvinvointialueen rahoituksen määräytymistekijät ja niiden painokertoimet

Esityksen mukaan hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteellista, joka jaettaisiin alueille asukkaiden laskennallisten sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävien palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden perusteella. Osa rahoituksesta määräytyisi asukasmäärän perusteella sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteereillä. Pelastustoimen rahoitukseen vaikuttaisi lisäksi riskikerroin.

Rahoituksesta suurin osa, 79,6% (nykyisin n. 58 %), kohdennettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kautta, 14,6 % asukasluvun mukaan ja 5,8 % muiden tekijöiden mukaan. Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän näkemyksen mukaan

- Asukasmäärää ja ikärakennetta tulee painottaa esitettyä enemmän. Asukasmäärän muutokset tulee huomioida mahdollisimman reaaliaikaisesti, jotta palvelutarpeen kasvu toteutuu hyvinvointialueiden rahoituksessa ajantasaisesti.
- Tarvekertoimen tulee huomioida kustannustasojen erot maan eri osien välillä kuten Uudenmaan alueen muuta maata korkeammat kiinteistökulut, palkkamenot tai palvelujen hankintaan liittyvät kustannustekijät. Malli suosii keskimääräistä matalamman kustannustason alueita ja rankaisee alueita, joilla kustannustaso on keskimääräistä korkeampi

Esitetty malli ei tunnista kasvukeskusten ja niiden kehyskuntien kasvupaineita. Uudellamaalla ovat maan suurimmat hyvinvointi- ja terveyserojen haasteet, heterogeeninen väestö ja ikärakenteeseen nähden korkeat sote-kustannukset. Väestönkasvu kohdistuu kaikkiin ikäryhmiin eikä ikäihmisten palvelutarpeen kasvua pystytä kompensoimaan esim. lasten määrän vähenemisellä.

Ensimmäisenä vuonna kaikkien hyvinvointialueiden soten rahoitus vastaa kunnista siirtyvää rahoitusta ja seuraavina seitsemänä vuotena rahoitus pienenee portaittain kunnes vuonna 2029 siirtymäaika päättyy. Keski-Uudellamaalla rahoitus vähenee laskennallisesti eniten Suomessa, 282 euroa asukasta kohden. Tämä tarkoittaa 9 %:n vähennystä tämänhetkiseen rahoitustasoon ja euroissa n. 56 miljoonaa. Suomen tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on kasvanut 2000- luvulla Suomessa keskimäärin 3 % vuodessa. Siirtymätasauksen vuoksi rahoitus pienenee asukasta kohden vähitellen "vain" 100 euroa vuoteen 2029 mennessä. Siirtymätasausrajan asukaskohtainen laskeminen 150 eurosta 100 euroon edellisen lausuntokierroksen jälkeen oli oikeansuuntainen muutos mutta ei kuitenkaan riittävä.

Siirtymätasausraja huomioituna Keski-Uudenmaan rahoitus vähenisi siirtymäkauden jälkeen nykytilaan verrattuna vuositasolla n. 20 miljoonaa euroa, mikä tarkoittaisi esimerkiksi n. 400 henkilötyövuoden vähennystä hoitajatyövoimaan.

Vuodesta 2025 eli kolmannesta toimintavuodesta eteenpäin hyvinvointialueiden palvelutarpeen kasvu otetaan rahoituksessa huomioon vain 80 -prosenttisesti, jotta hyvinvointialueita kannustetaan aikaansaamaan säästöjä. Käytännössä asukkaiden palveluihin käytettävissä oleva rahoitus leikkaantuu ja hyvinvointialueelle syntyy rahoitusvajetta, sillä palvelutarve pitää täyttää heti mutta rahoitus kasvaa vasta myöhemmin.

Jos laskettu taso ei riitä korvaamaan kustannuksia, hyvinvointialueilla on mahdollisuus lisärahoitukseen. Toistuva lisärahoitus voi johtaa arviointimenettelyyn, jos hyvinvointialue tekee rahoitusaliijäämää kaksi kertaa kolmen peräkkäisen tilikauden aikana. Käytännössä em. menettely kannustaa hyvinvointialueita elämään yli varjojen, sillä lisärahoitus lasketaan täysimääräisenä toteutuneisiin kustannuksiin, joiden perusteella hyvinvointialueille jaettava rahoitus määritellään. Ylipäänsä rahoitusmallista puuttuu kannustinelementti, sillä mahdolliset säästöt eivät hyödytä hyvinvointialuetta. Hyvinvointialueille jaettava rahasumma tarkistetaan jälkikäteen vastaamaan syntyneitä kustannuksia, mikä kannustaa hyvinvointialueita käyttämään koko myönnetty rahoitus.

Rahoitusmalli tarkoittaa käytännössä soterahoituksen uusjakoa Suomessa ja Suomen suurinta sotemenojen leikkausta Keski-Uudellamaalla ja edellyttäisi mittavia menorakennetta korjaavia talouden tasapainottamistoimenpiteitä, esim. palvelurakenteen muutoksia ja todellista asukkaiden palvelutason laskua nykytasoon verrattuna. Hyvinvointialueen tulorahoitukseen vaikuttaminen jää lähinnä asiakasmaksutuottoihin. Oletettavaa on, että esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon osuus palvelujentuottajana tulee lisääntymään ja väestön väliset terveyserot kasvamaan.

Alijäämän kattaminen

Sairaanhoitopiirien taseessa olevan alijäämän kattaminen tulee tehdä viimeistään vuoden 2022 aikana eli kattamisaikaa on puolet kuntalain normaalin neljän vuoden kattamisvelvoitteen sijaan. Vastuu alijäämästä on lopulta kunnilla ja mikäli kyse on merkittävästä alijäämästä voi se aiheuttaa kunnille suuria taloudellisia haasteita, mikäli kyse on isoista alijäämistä. Kattamisaikaa tulisi pidentää esitetystä.

Investointien rahoitus- ja ohjausmalli

Osana sote- toiminnan ja talouden ohjausta ministeriöt ohjaisivat hyvinvointialueiden investointeja. Valtioneuvosto päättäisi valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueiden tilikausittaisesta

valtuudesta ottaa pitkäaikaista lainaa investointien rahoittamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö päättäisivät hyvinvointialueiden investointien hyväksymisestä ottaen huomioon valtioneuvoston päätöksen hyvinvointialueiden lainanottovaltuudesta hyväksymällä kunkin hyvinvointialueen investointisuunnitelman.

Investointien ohjausmalli on hyvinvointialueen näkökulmasta raskas ja edellyttäne merkittävää resurssien lisäämistä myös ministeriössä. Päätöksenteko on rajoitetumpaa ja jäykempää kuin nykyisin ja vaikeuttaa pitkän aikavälin suunnittelua. Ehdotus ei huomioi akuutteja tilanteita, joissa on reagoitava äkillisiin laitehankintoihin tai kiinteistöjen korjaustarpeisiin. Säädös kaventaisi hyvinvointialueen itsenäistä taloudellista päätäntävaltaa sekä on ristiriidassa hyvinvointialueen vahvan järjestämistavoitteen kanssa.

Laskennallisena eränä hyvinvointialueelle annettava lainanottovaltuuden suuruus ei kytkeytyisi hyvinvointialueen investointitarpeisiin, eikä siten huomioisi alueen asukkaiden palvelutarpeita.

Omaisuuksjärjestelyt

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymällä ei ole omistuksessaan toimitiloja vaan tilat on vuokrattu pääasiassa jäsenkunnilta ja irtain soteomaisuus on siirtynyt kuntayhtymään kuntien taseessa olevalla arvolla.

Esitys toimitilojen ja irtaimen omaisuuden siirtomenettelystä on pääosin hyväksyttävissä. Todennäköisesti osa tällä hetkellä käytössä olevista toimitiloista jää tulevaisuudessa pois nykyisestä käytöstä palvelurakenteen tiivistämisen vuoksi. Samanaikaisesti toimitiloihin kohdistuu kuitenkin mittavia investointi- ja peruskorjaustarpeita, kun ikääntyneitä tiloja on ryhdyttävä muuttamaan uudenlaisiin palveluihin soveltuviksi.

Esityksessä oleva kolmen vuoden siirtymäaika on kiinteistöjen omistajanäkökulmasta lyhyt aika, toisaalta hyvinvointialueen näkökulmasta epäedullinen vuokrasopimus voi rasittaa hyvinvointialueen taloutta ja hidastaa tarvittavien rakenteellisten muutosten tekemistä.

Kiinteistönomistajan ja hyvinvointialueen yhteisellä sopimuksella olisi tarkoituksenmukaista mahdollistaa vuokrasopimuksen päättäminen kesken kolmen vuoden siirtymäajan.

Esityksen mukaan sairaanhoitopiirien kuntayhtymät ja erityishuoltopiirit siirrettäisiin hyvinvointialueisiin suoraan lain nojalla eli niiden omaisuus, vastuut ja velvoitteet siirtyisivät yleisseuraantona hyvinvointialueelle. Keski-

Uudenmaan sote-kuntayhtymä katsoo, että vastaavan yleisseuraannon tulisi koskea myös vapaaehtoisia kuntayhtymiä kuten Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä on.

Ostopalvelut ja vuokratyövoiman käyttö

Tälläkin hetkellä merkittävä osa sote-palveluista toteutetaan monituottajamallilla palvelujen verkostona. Ulkopuolista palvelutuotantoa käytetään oman palvelutuotannon sääntelypuskurina ja vuokratyövoimaa esimerkiksi tilanteissa, joissa omaa henkilökuntaa ei tietyissä ammattiryhmissä saada palkatuksi. Yksityisten ostopalvelujen hankinnan rajoitukset voivat kuitenkin edelleen heikentää hyvinvointialueiden mahdollisuuksia parantaa tuottavuutta ja hillitä kustannuksia. Keski-Uudenmaan näkemyksen mukaan osana hyvinvointialueen itsehallintoa tulee olla mahdollisuus arvioida oman ja ostetun palvelutuotannon suhdetta.

Muutuskustannukset

Pandemiatilanne tulee kuormittamaan organisaatioita myös jatkossa, jolloin voimavarat soteuudistuksen toimenpanoon ovat normaalia rajallisemmat. Organisaation rakentaminen ja tukipalvelujen käynnistäminen vie aikaa vuosia.

Alkuvuosien muutuskustannukset, kuten ICT-kokonaisuuden rakentaminen ja palkkojen harmonisointi, estävät hyvinvointialueen alkuvuosien kustannustehokkuuden saavuttamisen. Esimerkiksi Keski-Uudellamaalla on käytössään vielä n. 15 asiakas- ja potilastietojärjestelmää, mikä vaikeuttaa merkittävästi toimintaprosessien yhtenäistämistä ja toiminnan tehostamista. Avoimeksi jää edelleen, kuinka ICT-muutuskulut käytännön tasolla rahoitetaan. Hallituksen käynnistämä tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus- ja rakennerahoitusohjelma kattaa tästä ainoastaan marginaalisen osan. ICT- muutokset voidaan arvioida kestävän vuosia ja Keski-Uudenmaan arvion mukaan muutostukea tarvitaan vähintään vuoden 2028 loppuun saakka.