

12.10.2021

Lausunto



Sosiaali- ja terveysvaliokunnalle
HE 146/2021

HALIn lausunto valtion talousarvioesityksestä vuodelle 2022

Vuoden 2022 talousarvioesityksen määrärahat ovat 64,8 mrd. euroa. Valtion budjettitalouden alijäämäksi ennakoidaan noin 6,9 mrd. euroa ja valtionvelan odotetaan nousevan noin 146 mrd. euroon. Menotaso laskee vuoden 2021 varsinaiseen talousarvioon verrattuna 0,5 mrd. eurolla erityisesti koronavirustilanteeseen liittyvien menojen laskun myötä.

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt talousarvioon liittyviä näkemyksiä erityisesti seuraavista teemoista:

- koronan aiheuttama hoitovelka ja hoitotakuu, ml. mielenterveyspalvelut
- vanhuspalvelut
- sote-alan henkilöstön saatavuuden turvaaminen
- tiede- ja tutkimus –laaturekisterit

Hoitovelka ja hoitotakuu

Hallitus linjasi budjettiriihen yhteydessä, että kiireettömään hoitoon pääsyn määräaika lyhennetään nykyisestä kolmesta kuukaudesta seitsemään päivään. Lainsäädäntö tulisi voimaan tämän hallituskauden aikana, ilmeisesti vuonna 2023. Hoitotakuuaikojen lyhentäminen on perusteltu ja kannatettava toimi, sillä Suomessa on Euroopan toiseksi pisimmät hoitojonot (ks. liite 1).

Vaikka hoitotakuu tulisi voimaan vasta 2023, tarvitaan perusterveydenhuoltoon lisää rahoitusta, henkilöstöä ja uusia ratkaisuja jo ensi vuonna, ei vähiten koronapandemian aikana muodostuneen hoitovelan purkamiseksi. Vuoden 2022 talousarviossa hoitotakuun toteutumista ja hoitovelan purkua edistetään seuraavasti:

- Hoitotakuun toteutumisen edistäminen sekä koronavirustilanteen aiheuttaman sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, kuntoutus- ja palveluvelan purku (RRF pilari 4) – 80 M€
- Hoitotakuun toteutumista edistävien ennalta ehkäisevien toimien ja ongelmien varhaisen tunnistamisen vahvistaminen (RRF pilari 4) – 15 M€
- Hoitotakuuta edistävien palvelumuotoilujen digitaalisten innovaatioiden käyttöönotto (RRF pilari 4) – 20 M€

Suurin osa rahoituksesta käytetään Tulevaisuuden sote-keskus –ohjelman täydentäviin valtionavustushakuihin. Alueille on jaossa 141 miljoonaa euroa vuosien 2022–2023 ajalle, eli reilut 70 miljoonaa euroa ensi vuodelle, mikäli rahoitus jakautuu tasaisesti. Tähän mennessä sote-keskushankkeeseen on käytetty jo 70 miljoonaa euroa ennestään.

Hallituskauden alussa [THL arvioi](#), että seitsemän päivän hoitotakuu edellyttäisi 2,1 miljoonan lääkärikäynnin lisäystä verrattuna vuoden 2018 tasoon. Vuonna 2018 kiireettömiä

perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntejä (asiakkaan käynti vastaanotolla) oli noin 3,45 miljoonaa. Vuonna 2020 vastaava luku oli 3,56 miljoonaa, eli 2,1 miljoonan lisäkäynnin tavoitteesta oli saavutettu vasta viisi prosenttia. Tämän vuoden käyntimäärästä muodostunee ensimmäisen yhdeksän kuukauden otannan perusteella noin 3,8 miljoonaa käyntiä. THL:n arvioimasta 2,1 miljoonan lääkärikäynnin lisäyksestä jäätäisiin siis edelleen 1,75 miljoonaa käyntiä vajaaksi.

Tulevaisuuden sote-keskus-hankkeen avulla hoitoon pääsyä on saatu parannettua, mutta liian hitaasti ja tehottomasti. Puuttuvat 1,75 miljoonaa käyntiä saataisiin toteutettua esimerkiksi lääkäreiden chat-pohjaisten digivastaanottojen korotetulla Kela-korvauksella. Mikäli korvaus olisi 23 euroa, pääsisi digivastaanotolle terveyskeskusmaksun hinnalla. 1,75 miljoonan käynnin kustannus olisi reilut 40 miljoonaa euroa.

Suun terveydenhuollossa ja leikkauksissa, joissa jonot ovat pidentyneet (esim. kaihi- ja tekonivelleikkaukset) voitaisiin hyödyntää esimerkiksi väliaikaisia korotettuja Kela-korvauksia, joilla hoitovelkaa voidaan lyhentää.

On kuitenkin huolestuttavaa, että hallitus on toistuvasti hylännyt yksityisen sote-alan esittämät tehokkaat keinot hoitovelan lyhentämiseksi ja hoitotakuun toteuttamiseksi. Terveyskeskusten kannalta ongelmallisia ovat myös hallituksen suunnitelmat Kela-korvauksien lakkauttamiseksi, mikä aiheuttaisi asiakassiirtymää yksityisestä terveydenhuollosta terveyskeskusjonoihin.

Hoitotakuulainsäädäntöä valmisteltaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaan oikeuksiin ja sääntelyn tehokkuuteen. Hoitoon pääsyn turvaamiseksi asiakkaan on saatava korotettu Kela-korvaus tai palveluseteli, mikäli hoitoon ei pääse hoitotakuuajan puitteissa.

Ikääntyneiden palvelut

Henkilöstön vähimmäismitoitus iäkkäiden henkilöiden ympärivuorokautisissa asumispalveluissa nousee 0,6 työntekijään asiakasta kohti vuoden 2022 alusta. Tähän liittyen peruspalvelujen valtionosuutta lisätään vuoden 2022 tasossa 96,5 miljoonaa euroa. Lisärahoitus voisi olla vuoden 2022 osalta riittävä, mikäli se kohdistuisi tosiasiallisesti iäkkäiden ympärivuorokautisten palvelujen tuottamiseen. Näin ei kuitenkaan ole, vaan rahoitus on kuntien näkökulmasta vain yksi tasokorotus yleiskatteelliseen valtionosuuteen, jolla voidaan paikata kuntasektorin kroonista alijäämää.

Mitoituksen kasvuun liittyvä rahoitus pitää ehdottomasti korvamerkitä hoivapalveluihin kohdennettuna valtionavustuksena. Vain tällä tavoin voidaan turvata rahoituksen kohdentuminen sille tarkoitettuun käyttöön.

Sote-alan henkilöstön saatavuuden turvaaminen

Hoitajamitoituksen muutokseen vastaamiseksi uusien lähihoitajien koulutukseen ehdotetaan jo aiemmin tehdyn päätöksen mukaisesti 43 miljoonaa euroa vuodelle 2022. On huolestuttavaa, että lisärahoitus uhkaa JTS:n mukaan pienentyä jatkossa. Vuonna 2023 lähihoitajien koulutukseen on varattu enää 30 miljoonan euron lisärahoitus ja vuonna 2023

enää 16,5 miljoonaa euroa. Lisäksi oppisopimuskoulutuksen koulutuskorvauksen uudistamisen kokeiluun ehdotetaan viiden miljoonan euron rahoitusta.

Hallitus ilmoitti budjettiriihessä, että STM:n johdolla käynnistetään poikkihallinnollinen ohjelma sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan saatavuuden turvaamiseksi sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä. Ensi vuodelle ei kuitenkaan päätetty rahoituksesta tähän ohjelmaan liittyen.

On hyvä, että poikkihallinnollinen ohjelma viimein toteutetaan, koska edellä mainitut panostukset lähihoitajakoulutukseen eivät läheskään riitä vastaamaan vaaralliseksi kasvaneeseen hoitajapulaan. Hallituksen on otettava keskeiset sidosryhmät tiiviisti ohjelman valmisteluun mukaan ja edistettävä toimeenpanoa rivakasti.

Laaturekisterit

Ensi vuoden budjettiesityksessä ehdotetaan vain 1,5 miljoonaa euroa terveysalan kasvustrategian momentille, eli kansallisille osaamiskeskittymille. Niitä ovat kansallinen syöpäkeskus, neurokeskus, biopankit ja valmisteilla olevat genomikeskus ja lääkekehityskeskus.

Tänä vuonna rahoitus on 6,5 miljoonaa euroa ja viime vuonna 7,0 miljoonaa euroa. Osaamiskeskusten rahoituksesta leikataan siis 77 prosenttia pois. Rahoituksen romahtamisella on väistämättä merkittäviä vaikutuksia osaamiskeskittymien toimintaan ja terveysalan kasvustrategian toteutumiseen. STM:n on ehdottomasti esitettävä leikkauksen vaikutusarvio StV:lle. STM:n on kerrottava, miltä osin esimerkiksi osaamiskeskittymien toimintaa aiotaan ajaa alas?

StV:n on syytä kiinnittää huomiota myös sosiaali- ja terveysalan tietolupaviranomaisen eli Findatan rahoituksen kehittymiseen. Findatan rahoitus laskee tämän vuoden 3,2 miljoonasta eurosta 2,2 miljoonaan euroon (mom. 33.02.08). Findata on arvioinut, että siirtomäärärahojen ansiosta leikkaus ei aiheuta ongelmia vielä ensi vuonna, mutta julkisen talouden suunnitelman mukaan Findatan rahoitus olisi vain 1,7 miljoonaa euroa vuodesta 2023 eteenpäin.

Findatan hidas luvitus on vaikeuttanut sote-alan tutkimusta ja kehitystä. Toisilain mukaan tietolupa pitäisi saada kolmessa kuukaudessa, mutta Findatan mukaan käsittelyaikojen mediaani oli tämän vuoden toisella kvartaalilla jopa 152 päivää. Leikkaukset heikentäisivät entisestään Findatan kykyä selviytyä tehtävistään lain säättämissä aikarajoissa.

Koronatestit ja -rokotukset

Hallitus on päättänyt jatkaa Covid-19-tartunnan toteamiseksi tehtävän tutkimuksen korotettua korvaustaksaa ensi vuonna 30.6.2022 saakka (laki 1068/2020). Lisäksi Covid-19-taudilta suojaamiseksi annetun rokotteen rokottamistoimenpiteen korvattavuutta jatkettaisiin vastaavasti 30.6.2022 saakka (laki 225/2021).

Hallituksen esitysluonnoksen mukaan *”Covid-19-taudilta suojaamiseksi annettavien rokotteiden antaminen jatkuu yhä ja on todennäköistä, että vuoden 2022 puolella tullaan*

antamaan vielä kolmansiä rokoteannoksi ainakin riskiryhmään kuuluville. Covid-19-pandemian jatkumisen vuoksi myös tartunnan toteamiseksi tehtäville testeille on tarvetta.” Asia on juuri näin. Testejä tarvitaan jatkossakin, sillä rokotetutkin voivat saada tartunnan ja levittää virusta. Lisäksi väestössä on noin 1,43 miljoonaa ihmistä, joilla ei ole ensimmäistäkään rokoteannosta. Heistä noin 768 000 on yli 12-vuotiaita (tilanne 9.10.2021).

Koska rokotetut voivat levittää tautia ja rokottamattomia on edelleen suuri määrä, ei mutatoituvaa koronavirusta saada kokonaan tukahdutettua edes ensi kesään mennessä. Testien tekeminen on perusteltua myös pandemian seurannan kannalta.

Koronatestien sairausvakuutuskorvaus on tehokas keino testaamisesta aiheutuvan taakan siirtämiseksi yksityiseen terveydenhuoltoon. Tällöin julkisessa terveydenhuollossa voidaan siirtää resursseja normaaliin toimintaan. Tämä on kansallisen testaus- ja jäljitysstrategian (14.9.2021) mukaista. Strategian mukaan nykyisen testaus- ja jäljityskapasiteetin ylläpito kuormittaa merkittävästi terveydenhuollon toimintaa.

Vastaava logiikka pätee rokotuksissa. Mikäli koronaviruksesta muodostuu influenssan kaltainen pysyvä virus, niin laajaa vastuuta rokotuksista tulisi siirtää työterveyshuollolle. Näin turvataan julkisen terveydenhuollon resursseja. Työterveyshuollon piirissä on arviolta 380 000 kokonaan rokottamatonta ja 220 000 kertaalleen rokotettua, joilta puuttuu toinen annos. Työterveyshuollolla olisi siis mahdollisuus tavoittaa puolet yli 12-vuotiaista rokottamattomista henkilöistä. Tätä mahdollisuutta ei saa hukata.

Korvattavuuden jatkaminen vain puolella vuodella on ehdottomasti liian lyhyt aika. Esitysluonnoksessa ei mainita ainoatakaan syytä sille, miksi korvaukset eivät jatku 30.6.2022 pidemmälle. Pandemia näyttää jatkuvan vielä kesän 2022 jälkeenkin. Lisäksi rokotussuojan heikkenemisestä on viitteitä, joten sääntelyn tulisi olla valmis uusiin laajamittaisiin rokotuskierroksiin.

Korvauksia maksetaan vain, jos testit ja/tai rokotukset ovat tarpeellisia ja niitä tehdään. Eli lakien ja niiden myötä korvausten pidempi voimassaoloaika ei aiheuttaisi ”turhia” kustannuksia. Edellä mainitun perustuen HALI esittää, että lakien voimassaoloa on jatkettava vähintään 31.12.2022 asti.

Kotitalousvähennys

Budjettiriihessä päätettiin myös hoivan ja kotipalvelujen suuremman kotitalousvähennyksen kokeilusta. Kokeilu on hyvä keino muun muassa ikääntyneiden ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoiva- ja hoitotyön kotitalousvähennys jakautuu myös varsin tasa-arvoisesti. Verohallinnon tilastojen mukaan vuonna 2019 hoiva- ja hoitotyötä hankkineista 53 prosentilla oli alle 35 000 euron vuositulot ja nämä ihmiset hankkivat euromääräisesti 52 prosenttia palveluista.

Jatkovalmistelussa vähennyksen piiriin tulisi ottaa myös kotona tehtävä lääkinällinen kuntoutus. Tämä edistäisi esimerkiksi tekonivelleikkauksesta toipumista. Kotitalousvähennyksen piiriin pitäisi sisällyttää myös etäyhteyksin kotiin tarjotut palvelut.

12.10.2021

Lausunto



Etänä voidaan tuottaa esimerkiksi kuntoutusta tai seurata insuliinin pistämistä ja muuta lääkkeiden käyttöä.

Kotona tehtävään palveluun pitäisi rinnastaa myös hoivakotien ja muiden palveluasumisen yksiköiden yhteisissä tiloissa tehdyt hyvinvointia edistävät palvelut. Tämä tekisi palvelujen käyttämisestä mielekkäämpää.

Palvelujen hankintaa voitaisiin tukea myös luomalla järjestelmä, jossa palveluntuottaja voi hakea ja saada verovähennyksen ostajan puolesta. Näin vähennys olisi huomioitu jo ostohinnassa. Vastaava järjestelmä on käytössä Ruotsissa.

Kunnioittavasti,

Ulla-Maija Rajakangas

toimitusjohtaja

Hyvinvointiala HALI ry

Lisätiedot:

Joel Kuuva

talous- ja veroasiantuntija

050 414 6444

joel.kuuva@hyvinvointiala.fi

Liite 1. Hoitojonojen EU-vertailu (Lähde: Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_medical_examination_or_treatment)

Persons reporting unmet needs for medical examination or treatment, by main reason, 2019
(% share of the persons aged 16 and over)

	All reasons	Reasons related to the health system				Reasons other than those related to the health system					
		Total	Too expensive	Too far to travel	Waiting list	Total	No time	Didn't know any good doctor or specialist	Fear of doctor, hospital, examination or treatment	Wanted to wait and see if problem got better on its own	Other
EU-27 (*)	3.1	1.7	0.9	0.1	0.7	1.4	0.3	0.1	0.1	0.6	0.3
EA-19	2.0	1.2	0.8	0.0	0.4	0.8	0.2	0.0	0.1	0.3	0.2
Estonia	17.6	15.5	0.4	0.6	14.5	2.1	0.3	0.8	0.1	0.1	0.8
Greece	9.1	8.1	7.5	0.2	0.4	1.0	0.1	0.0	0.3	0.6	0.0
Poland	8.5	4.1	0.9	0.2	3.0	4.4	1.4	0.1	0.2	2.3	0.4
Denmark	8.0	1.8	0.3	0.2	1.3	6.2	0.9	0.3	0.4	2.9	1.7
Latvia	7.9	4.3	2.8	0.4	1.1	3.6	0.7	0.3	0.4	2.0	0.2
Romania	7.0	4.9	3.5	0.4	1.0	2.1	0.3	0.2	0.4	0.9	0.3
Hungary	6.4	0.9	0.4	0.2	0.3	5.5	1.6	0.1	0.2	3.2	0.4
Slovakia	6.0	2.7	0.6	0.4	1.7	3.3	1.0	0.5	0.5	1.0	0.3
Finland	5.6	4.7	0.1	0.1	4.5	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
Sweden	4.4	1.4	0.0	0.0	1.4	3.0	0.1	0.3	0.0	0.2	2.4
Croatia	4.2	1.4	0.3	0.7	0.4	2.8	0.8	0.0	0.2	1.4	0.4
France	3.2	1.3	0.8	0.1	0.4	1.9	0.4	0.0	0.2	0.9	0.4
Slovenia	3.1	2.9	0.0	0.0	2.9	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
Portugal	2.7	1.7	1.4	0.0	0.3	1.0	0.2	0.0	0.2	0.4	0.2
Bulgaria	2.5	1.5	1.1	0.2	0.2	1.0	0.1	0.0	0.1	0.7	0.1
Czechia	2.5	0.6	0.1	0.2	0.3	1.9	0.3	0.0	0.1	1.2	0.3
Belgium (*)	2.3	1.8	1.8	0.0	0.0	0.5	0.2	0.0	0.0	0.1	0.2
Ireland	2.2	2.0	0.9	0.1	1.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Lithuania	2.0	1.5	0.2	0.2	1.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0
Italy	1.9	1.7	1.3	0.0	0.4	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0
Cyprus	1.1	1.0	1.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
Netherlands	1.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.9	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7
Luxembourg	0.9	0.2	0.2	0.0	0.0	0.7	0.3	0.0	0.0	0.2	0.2
Austria	0.7	0.3	0.2	0.0	0.1	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1
Germany	0.7	0.2	0.1	0.0	0.1	0.5	0.1	0.0	0.1	0.1	0.2
Malta	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1
Spain	0.3	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Iceland (*)	7.4	3.4	2.5	0.2	0.7	4.0	0.6	0.0	0.3	1.0	2.1
Norway	2.4	0.8	0.2	0.0	0.6	1.6	0.1	0.1	0.0	0.3	1.1
Switzerland	2.3	0.7	0.6	0.0	0.1	1.6	0.2	0.0	0.1	0.8	0.5
United Kingdom (*)	8.2	4.5	0.1	0.1	4.3	3.7	0.3	0.1	0.2	0.2	2.9
Serbia	10.2	4.8	2.6	0.8	1.4	5.4	1.7	0.0	0.5	2.3	0.9
Turkey	7.2	2.9	2.4	0.5	0.0	4.3	1.3	0.1	0.4	1.6	0.9
North Macedonia	4.9	2.5	1.6	0.2	0.7	2.4	0.4	0.1	0.3	1.3	0.3
Montenegro (*)	3.8	2.4	1.2	0.2	1.0	1.4	0.2	0.0	0.0	0.8	0.4

Note: The value "0.0" from the table is considered as "non significant" data.

(*) Estimated data.

(*) Break in time series.

(*) 2018 data.

Source: Eurostat (online data code: hlth_silc_08)