

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan etäkuulemistilaisuus 10.10.2024

**Lausunto HE 109/2024 vp Hallituksen esitys eduskunnalle valtion
talousarvioksi vuodelle 2025**

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt lausuntoa otsikon asiassa erityisenä teemana hyvinvointialueiden rahoitus sekä palvelujen saatavuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää mahdollisuudesta antaa lausuntonsa otsikon asiassa. Lausuntopyynnön laajuuteen ja kiireelliseen aikatauluun perustuen lausunnossa keskitytään valikoituihin kohtiin talousarvioesityksessä.

1. Hyvinvointialueiden rahoitus***1.1 Hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyys***

Hyvinvointialueiden vuoden 2023 rahoituksen lähtötaso perustui kunnilta siirtyneisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Rahoituksen tasoa korotetaan vuosittain huomioimalla palvelutarpeen ja kustannustason muutos sekä hyvinvointialueiden tehtävämuutokset.

Kertyneitä alijäämiä katetaan jälkijättöisesti vuodesta 2025 eteenpäin. Vuonna 2025 alijäämien kattaminen perustuu vuoden 2023 kokonaiskustannusten tason jälkikäteistarkastukseen. Hyvinvointialueiden alijäämäkertymä vuosilta 2023–2024 on tilinpäätösennusteiden perusteella päätymässä yhteensä 2,7 miljardiin euroon.

Hyvinvointialueiden rahoitusasema paranee olennaisesti jälkikäteistarkastuksen seurauksena (28.89.31). THL kuitenkin katsoo, että nykyinen tilanne, jossa heti hyvinvointialueuudistuksen jälkeen syntyy huomattavan suuri jälkikäteistarkastuksella korjattava alijäämä, on huolestuttava. Vaikka yksittäisen alueen ei kannatakaan tehdä alijäämiä, voi täysimääräinen jälkikäteistarkastus aiheuttaa tilanteen, jossa kontrolli kustannuksista heikkenee yhteisesti. *Rahoitusmallin*

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

uskottavuuden näkökulmasta onkin tärkeää, että alijäämien kattamisvelvollisuudesta pidettäisiin kiinni.

THL kuitenkin huomauttaa, että se, mikä on rahoitusmallin uskottavuuden kannalta olennaisen tärkeää, ei tämänhetkisessä tilanteessa, jossa hyvinvointialueiden kustannukset ovat nousseet osin niistä riippumattomista syistä, ole välttämättä edullista sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta. Alueet joutuvat tällä hetkellä sopeuttamaan talouttaan luopumalla todennäköisesti myös tarkoituksenmukaisista palveluista ja heikentämään palveluiden laatua.

Jälkikäteistarkistus tapahtuu yleiskatteellisesti koko maan tasolla. Se ei siis vastaa hyvinvointialuekohtaisesti toteutuneita alijäämiä. Osalle alueista tämä aiheuttaa merkittävän lisäsopeuttamistarpeen, jotta talouden tasapaino saavutettaisiin vuoden 2026 loppuun mennessä alijäämien kattamisvelvollisuuden mukaisesti. Tilannetta hankaloittaa edelleen rahoitusmalliin sisältyvä siirtymätasausmenettely, joka hidastaa rahoituksen muutosta kohti laskennallista tarveperusteista rahoitusta. Siirtymätasausmenettely siis jo itsessään aiheuttaa sen, että rahoitus on alkuvaiheessa osalle alueista riittämätöntä suhteessa palvelutarpeeseen. THL huomauttaa, että sopeutusten vaikutuksia onkin seurattava tarkkaan.

THL katsoo, että samalla kun järjestelmän taloudellista kestävyyttä pyritään turvaamaan, hyvinvointialueiden mahdollisuudesta turvata riittävät ja laadukkaat palvelut on yhtä lailla pidettävä kiinni. Koska hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta, mikä THL:n arvion mukaan voisi lisätä rahoitukseen joustavuutta ilman että järjestelmän kustannukset nousivat hallitsemattomasti, on hyvinvointialueiden uskottavasta ja läpinäkyvästä lisärahoitusmenettelystä pidettävä kiinni.

Talousarvioesityksessä hyvinvointialueiden lisärahoitukseen on varattu miljoona euroa (28.89.32). Samalla kun tämä signaali vaikutuksensa vuoksi voi olla perusteltua, THL huomauttaa, että valtiolla tulee olla tosi asiallinen valmius myöntää lisärahoitusta, jos palveluiden turvaaminen tätä edellyttää.

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

1.2 Hallinnolliset kustannukset

Hallinnollisten kustannusten osuuden vertailu hyvinvointialueittain on haastavaa. Hyvinvointialueet raportoivat taloustietonsa neljännesvuosittain Valtiokonttorille toimialoittain, joita ovat hallinto- ja tukipalvelut, sosiaali- ja terveydenhuolto, pelastustoimi sekä yleiskatteisen rahoituksen ulkopuolinen toiminta. AURA-käsikirjan mukaisesti hallinnolliset kustannukset tulee kohdistaa palveluluokille, jotta hyvinvointialueiden rahoituksessa huomioidaan palvelujen järjestämiseen kohdistuneet resurssit täysimääräisesti. Alueiden hallinnollisten kustannusten osuuden vertailu ei ole yksiselitteistä, sillä siihen vaikuttavat alueiden organisaatorakenteen lisäksi valittu tapa hallinnollisten ja tukipalvelujen kohdentamisessa varsinaisille palveluluokille. Lisäksi Helsingin kaupungilla on hyvinvointialueista poikkeava raportointitapa keskushallinnon kustannuksille.

Hallinto- ja tukipalvelujen osuutta on tarkasteltu vuoden 2023 neljännesvuosiraportin ulkoisten toimintakulujen perusteella talousarvion sijasta. Hajanaisen järjestämisvastuun pohjalta rakentuneiden alueiden hallinto- ja tukipalvelujen toimintakulujen osuudet ovat verrattain korkeat. Vastaavasti jo aiemmin kuntayhtymäpohjalta järjestäytyneiden alueiden hallinto- ja tukipalvelujen toimintakulujen osuudet ovat verrattain pienet. Tämä kuvastaa sitä, että järjestäytyneet alueet ovat jo aiemmin toteuttaneet merkittäviä säästötoimia, eikä helppoja säästökohteita enää ole saavutettavissa.

Valtaosa hyvinvointialueista on jo toteuttanut yhteistoimintamenettelyjä, joiden toimet ovat kohdistuneet ensi vaiheessa erityisesti hallintopalveluihin. Alueiden laatimissa muutosohjelmissa korostuvat palvelutuotannon sisältöjen uudistamisen ohella yleishallinnon tukipalvelujen prosessien tehostaminen sekä laajamittainen kulujen karsiminen. Muutosohjelmien toimien edistämisestä huolimatta vaikutukset taloudessa näkyvät viiveellä ja alueet ovatkin arvioineet jäävänsä vuodelle 2024 asetetusta tavoitteesta.

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

2. Asiakasmaksujen korotukset

STM:n julkaiseman yhteisvaikutusarvioinnin mukaan terveydenhuollon asiakasmaksujen korotukset ja muutokset lääkekorvauksissa kasvattavat terveystuloja etenkin alimmissa tulokymmenyksissä. Näihin ryhmiin kohdentuvat myös monet viimeaikaiset ja suunnitteilla olevat muutokset sosiaaliturvaetuksiin ja verotukseen. Asiakasmaksukorotukset osin myös lisäävät ja vahvistavat toimeentuloturvaan tehtyjen muutosten vaikutuksia.

Asiakasmaksuja suunnitellaan nostettavan erityisesti erikoissairaanhoidossa, mutta myös perusterveydenhuollon maksut nousevat 22,5 %. THL katsoo, että jos asiakasmaksuja on nostettava, on se perustellumpaa erikoissairaanhoidossa, koska tutkimustiedon mukaan maksut vaikuttavat erikoissairaanhoidossa vähemmän palveluiden käyttöön kuin perusterveydenhuollossa.

THL huomauttaa, että Suomessa julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen ja lääkkeiden omavastuiden osuus terveydenhuollon rahoituksessa on jo verrattain suuri. THL ei kannata, että tätä osuutta yhä kasvatettaisiin. Jos asiakasmaksuja silti korotetaan, voitaisiin samanaikaisella maksukattojen laskemisella ainakin osin ehkäistä suurten maksutaakkojen syntymistä. On kuitenkin huomattava, että THL:n tekemän vaikutusarvion mukaan maksukatto ei täysin suojaa asiakasta maksukorotuksilta, koska maksukaton ylittämisen jälkeen peritään edelleen mm. lyhytaikaisen laitoshoidon ylläpitomaksua.

3. Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus ja hoitoon pääsy

Yleishuomiona perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen ja hoitoon pääsyyn liittyen THL huomauttaa, että talousarvioehdotukseen sisältyvät tai siinä huomioidut toimet (28.89.31, 33.30.60) ovat keskenään ristiriitaisia. THL katsoo, että tilanne kuvastaa hyvin sitä, että Suomesta puuttuu tällä hetkellä selkeä näkemys ja uskottavat ehdotukset siitä, millaisin keinoin perusterveydenhuollon saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta tullaan edistämään kansallisesti niin että se vastaa koko väestön palvelutarpeisiin.

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

3.1 Perusterveydenhuollon hoitotakuu

Talousarvioesityksessä hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän rahoitukseksi on huomioitu perusterveydenhuollon hoitotakuun pysyttäminen 14 vuorokauteen ja edelleen muuttaminen kolmeen kuukauteen (28.89.31). Hoitotakuun kiristäminen aiemmasta kolmesta kuukaudesta 14 vuorokauteen on ollut yksi tapa kansallisesti ohjata hyvinvointialueita vahvistamaan perusterveydenhuollon resursointia. Tätä on voitu pitää kannatettavana, koska julkisen perusterveydenhuollon saatavuudessa on ollut pitkään merkittäviä ongelmia.

Vaikka hoitoon pääsyn seurantaan ja luotettavan tiedon tuottamiseen liittyy joitain haasteita, näyttää siltä, että hoitoon pääsy on kehittynyt parempaan suuntaan. Hoitoon pääsyn seurannasta nähdään, että hoitotakuu toteutuu todennäköisimmin etävastaanotoilla ja muiden ammattiryhmien kuin lääkärin vastaanotoilla.

THL katsoo, että ohjausvaikutuksen lisäksi hoitotakuulla on myös tärkeä symbolinen merkitys ja se voidaan nähdä osana palvelulupausta, joka väestölle hoidon saatavuuden osalta annetaan. Väestön luottamus terveydenhuoltojärjestelmään on esimerkiksi valtioneuvostonkanslian teettämän Kansalaispulssin mukaan ollut merkittävässä laskussa viime vuosien aikana. Hoitoon pääsyn määräaikojen merkittävä pidentäminen ei todennäköisesti ainakaan lisää väestön luottamusta julkista terveydenhuoltoa kohtaan. Se ei myöskään tue sote-uudistukselle asetettua tavoitetta perusterveydenhuollon vahvistamisesta.

Hyvinvointialueet ovat vastuussa väestönsä palveluiden järjestämisestä ja niiden rahoitus on yleiskaatteellista. Alueet siis voivat ainakin teoriassa päättää itse siitä, mihin rahoitus kohdennetaan. Hyvinvointialueilla on tehty monenlaisia investointeja perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi. Siksi tässä vaiheessa on vaikea arvioida, millaisia vaikutuksia hoitoon pääsyn määräaikojen pidentämisellä tosiasiallisesti hoidon saatavuuteen ja tosiasiallisiin kustannuksiin. Todennäköistä kuitenkin on, että hyvinvointialueiden jo valmiiksi tiukka taloustilanne heikkenee hoitoon pääsyn määräaikojen pidentämisen ja siitä seuraavan 122 miljoonan

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

rahoitusleikkauksen myötä. Muutoksella on pitkällä aikavälillä todennäköisesti vaikutuksia myös perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen.

3.2 Yksityisen sairaanhoidon Kela-korvaukset

Yksityislääkärikäyntien Kela-korvauksiin kohdennetaan 70 miljoonaa euroa vuodelle 2025 (33.30.60). THL on lausunut aikaisemmin Kela-korvausten nostosta sosiaali- ja terveysministeriölle (THL/2220/4.00.00/2024). THL totesi lausunnossaan muun muassa, että koska Kela-korvausten tasoa nostetaan ilman että malliin sisältyy minkäänlaista hintasäätelyä ei voida varmistua siitä, että korvauksen nosto koituu palveluiden käyttäjän eduksi. THL huomautti lisäksi, että Kela-korvausten nosto ei todennäköisesti koidu koko väestön hyväksi, vaan hyödyttää niitä, joiden on terveysongelmansa tai varallisuutensa osalta mahdollisuus hyötyä yksityispalveluista, ja jotka näitä palveluita jo käyttävät.

Tämä arvio saa vahvistusta myös Kelan tuoreimmista tilastotiedoista. Kelan mukaan korvausmenot kolminkertaistuivat vuoden 2024 tammi-kesäkuun aikana samalla kun yksityislääkäripalveluiden käyttö lisääntyi vain vähän. Kelan mukaan korvausten nostosta suurempi osuus kohdentui suuri- ja keskituloisille. Tämä johtuu siitä, että nämä ryhmät myös käyttävät yksityislääkäripalveluita pienituloisia enemmän. (Kelan tutkimusblogi 3.9.2024)

THL arvioi, että Kela-korvausten tason muutos ole vaikuttanut hyvinvointialueiden jonoihin. On mahdollista, että Kela-korvausten nostolla päivästään hankaloitetaan entisestään hyvinvointialueiden tilannetta, koska eri sektorit kilpailevat mm. samoista ammattilaisista.

4. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut

Hallitus vahvistaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita alkaen ottamalla käyttöön niin sanotun terapiatakuun 1.5.2025 alkaen (28.89.31). THL pitää tätä kannatettavana. Lisäksi hallitus rahoittaa mielenterveyteen liittyviä chat-palveluita ja muita matalan kynnyksen palveluita. THL kuitenkin esittää huolensa siitä, miten turvataan saatavuus ja jatkuvuus lähetteettömissä kriisipalveluissa, tilanteessa,

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

jossa järjestöjen avustuksiin kohdennetaan merkittäviä leikkauksia (33.90.50). Tällä tulee todennäköisesti olemaan palveluiden saatavuutta heikentäviä vaikutuksia.

5. Ikääntyneiden palvelut

Talousarvioesityksessä hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän rahoitukseksi on huomioitu läkkäiden ympärivuorokautisen hoivan henkilöstömitoituksen keventäminen (28.89.31). THL on aiemmassa lausunnossaan sosiaali- ja terveysministeriölle (THL/2962/4.00.00/2024) arvioinut, että hallituksen esittämällä mitoituksen laskulla on erilaiset vaikutukset julkiseen ja yksityiseen palvelutuotantoon. Hyvinvointialueiden omassa palvelutuotannossa lakiehdotuksessa esitetyt mitoituksen muutokset voidaan lähtökohtaisesti ottaa huomioon nopeastikin. Ikääntyneiden ympärivuorokautista hoivassa yksityinen sektori tuottaa kuitenkin jo lähes puolet palveluista. Yksityisessä palvelutuotannossa mitoitukseen tehtäviin muutoksiin vaikuttavat palvelujen järjestäjien kanssa tehdyt sopimukset ja aluevalvontaviranomaisten ohjeet. Näistä syistä on mahdollista, esitetyn lakimuutoksen taloudelliset vaikutukset ja henkilöstövaikutukset jäävät laskennallista arviota pienemmiksi.

Kotihoidon osalta THL huomauttaa, että julkisesti järjestettyä kotihoitoa saa entistä harvempi ikääntynyt siitäkin huolimatta, että suuret ikäluokat ovat tulleet tyypilliseen kotihoidon käyttäjäikänsä. Hyvinvointialueet eivät näytä pystyvän nostamaan tuotetun kotihoidon määrää, millä voi olla vaikutuksia esimerkiksi lisääntyneisiin terveyspalveluiden ja päivystyksen käyttöön sekä raskaampien palvelumuotojen ennenaikaiseen kysyntään.

THL huomauttaakin, että ikääntyneiden palveluita on tarkasteltava kokonaisuutena, mikä korostuu ennen kaikkea henkilöstön riittävyyden arvioinnissa. Henkilöstöä on viime vuosien aikana lisätty ympärivuorokautiseen hoitoon ja siellä tilanne on aiemmasta selvästi parantunut. THL:n Vanhuspalvelujen tila -seurannan mukaan ammattilaisten työaika kohdentuu aiempaa paremmin koulutusta vastaavaan työhön ja myös tukipalveluita on lisätty. Sen sijaan kotihoidossa tehdään huomattavan paljon ylitöitä ja yksiköt kärsivät

Liina-Kaisa Tynkkynen

9.10.2024

henkilöstöpulasta. THL pitää mahdollisena, että ympärivuorokautisen hoivan henkilöstömitoituksen keventäminen voi parantaa henkilöstön saatavuutta ja riittävyttä kotihoidossa, mutta ei kokonaan poista kotihoidon henkilöstöpulaa.

Pääjohtaja

Mika Salminen

Johtaja

Piia Aarnisalo