

Eduskunnan valtiovarainvaliokunta

Aika: torstai 4.3.2021 klo 11.00

Asia: 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; Uudistus ja sen rahoitukseen liittyvät kysymykset sairaanhoitopiirien näkökulmasta.

Vastausosoite: sara.kuitunen@eduskunta.fi

Suomalainen terveydenhuolto on laadukasta, mutta samalla OECD:n aineiston mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannus asukasta kohden on alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa. Tuleva hyvinvointialueille suunnattu rahoitusmalli ei ole valmis ja se vaarantaa laadukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisen ja vähentää entuudestaan siihen käytössä olevaa julkista rahaa. Ehdotettu malli ei huomioi koko palvelujärjestelmää eikä edes kattavasti olosuhdetekijöitä ja lisäksi tarvevakiointi huomioi vain tietyt tautiryhmät.

Hyvinvointialueiden rahoitus

Pohjanmaalla on tietoisesti resursoitu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Pohjanmaalla on Suomen tervein väestö. Hyvinvointialue lainsäädännön mukaisesti rahoitus vähenee Pohjanmaalla kolmanneksi eniten Suomessa, joulukuussa päivitettyjen laskelmien mukaisesti -160 €/asukas eli yhteensä -28 miljoonaa. Jos verrataan naapurialueeseen, saadaan siellä rahaa palveluiden järjestämiseen 3 855 €/asukas, kun taas Pohjanmaalla vain 3 501 €/asukas. Lainsäädäntö edellyttää, että palvelujärjestelmän tulee kuitenkin järjestää samat palvelut molempien hyvinvointialueiden väestölle. Rahoitus ei ota huomioon koko palvelujärjestelmää, joka edellyttää samaa rakennetta kuitenkin jokaisella samankokoisella hyvinvointialueella riippumatta siitä, miten tervettä tai sairasta sen väestö on. Onko tarkoitus silloin palkata vähemmän henkilökuntaa vai jättää jotain palveluita kokonaan tuottamatta jolloin palveluiden laatu kärsii ja kansalaisten tasaveroinen kohtelu ei toteudu? Näin voimakkaasti tarvevakioituun nojaava rahoituksen malli ei huomioi palvelujärjestelmää kokonaisuudessaan (mikä se kuitenkin on).

Rahoitusmallista puuttuu kannustimet tuottaa väestölle pärjäämistä ja hyvinvointia ilman että rahoitus pienenee. Malli ei huomioi aikaisempia, itsehallinnon nojalla, tehtyjä satsauksia. Koska rahoituksen uusijako vaikuttaa perustavasti toimintaan ja kansalaisten saamiin palveluihin, valiokunnan on syytä varmistaa, että rahoitusmalli joka valitaan, on mahdollisimman toimiva ja läpinäkyvä sekä tukee itsehallinnon periaatteita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijöitä käytetään kuvaamaan hyvinvointialueen palvelutarvetta. Tarvetekijöiden vaikutus hyvinvointialueen rahoituksen määrään on n. 80 %. Tarvetekijöitä on kolme – Terveystarve (osuus kokonaisrahoituksesta: 47,1 %), Vanhustentarve (15,7 %) ja Sosiaalitarve (16,8 %). Palvelutarpeen määrittämisen perustana ovat terveydenhuollon, vanhustentarvehuollon ja sosiaalitarvehuollon tarvekertoimet. Tulevan hyvinvointialueen tarvekertoimen laskenta perustuu THL:n itse keräämiin ja muista lähteistä henkilötunnustasolla yhdistämiin tietoihin. Näiden tietojen ja tilastollisen laskentamallin perusteella lasketaan painokerroin jokaiselle palvelutarvetta kuvaavalle muuttujalle. Terveystarvehuollon tarvekertoimen laskemisessa on muuttujina 51 tautiluokkaa, vanhustentarvehuollon laskennassa tautiluokkia on 18. Sosiaalitarvehuollon laskennassa tautiluokkia on 13.

Lisäksi kaikkien kolmen kertoimen laskennassa käytetään demograafisia muuttujia, kuten ikää. Tietojen kattavuus on terveyden- ja vanhustenhuollon osalta merkittävästi parempi kuin sosiaalihuollon osalta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hyvin paljon merkitystä tulevassa rahoitusmallissa on sillä, miten hyvin diagnooseja kirjataan. Pohjanmaalla on kirjattu puutteellisesti diagnooseja ja sivudiagnooseja. Eli rahoituksen parantamiseksi Pohjanmaan tavoitteena tulisi olla lisätä diagnoosien ja sivudiagnoosien kirjaamista ja tällä tavalla saataisiin väestö sekä näyttämään sairaamalta, että se tuottaisi enemmän rahaa. Tämä osoittaa myös sitä, että rahoitusmalli ei voi näin vahvasti perustua tarvevakiointiin ja tiettyihin tautiryhmiin.

Pohjanmaan hyvinvointialueen maantieteellisestä muodosta johtuen haasteeksi tulee myös se, että erityisesti hyvinvointialueen reuna-alueilla alueen väestö käyttää paljon palveluja naapurialueilta (naapurialueen sairaala on huomattavasti lähempänä), joissa on käytössä enemmän rahaa. Tämä tulee vaikuttamaan Pohjanmaan mahdollisuuksiin tuottaa oman väestömme käyttöön suunnattuja palveluita, kun maksamme toiselle hyvinvointialueelle enemmän ostopalveluista ja omaan palvelutuotantoon suunnattu rahamäärä vähenee.

Kaksikielisten palveluiden järjestämisen edellytyksiä on luotu lainsäädännössä, mutta sen todellinen toteutuminen on uhattuna, jos sitä ei riittävästi rahoituksessa huomioida. Tällä hetkellä kaksikielisyyden perusteella määräytyvät hyvinvointialueen laskennalliset kustannukset ovat liian matalat ja niitä tulisi korottaa. Kaksikielisyyden kustannukset ovat helposti aliarvioitavissa, tästä on myös osoitusta, kun Pohjanmaa on yhdessä NHG:n kanssa tehnyt selvityksen kaksikielisyyden kustannuksista.

Kruunupyyn tilanteen huomioiminen lainsäädännössä

Pohjanmaan alueella on tilanne, jossa Kruunupyy kuuluu Pohjanmaan maakuntaan ja siten Pohjanmaan hyvinvointialueeseen. Kruunupyy on kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa järjestänyt ja tuottanut osana Keski-Pohjanmaalla toimivaa kuntayhtymää Soitea. Lainsäädännöstä on jo ennen sen hyväksyntää erilaista tulkintaa, miten Kruunupyyn palvelut voidaan tulevaisuudessa tuottaa Keski-Pohjanmaan toimesta, kun järjestämisvastuu on Pohjanmaalla. On tärkeää, että tämä tulee tarpeeksi selkeästi esille lainsäädännössä ja siinä huomioidaan myös sen vaikutukset rahoituksen näkökulmasta molemmille osapuolille.

Hyvinvointialueet ja osakeyhtiöt

Järjestämislakia tulisi kehittää myös siltä osin, että hyvinvointialueet voisivat tulevaisuudessakin tuottaa tukipalveluitansa omistamiensa yhtiöiden kautta. Kustannustehokkaalle toiminnalle ongelmallisia vaatimuksia ovat:

- Hyvinvointialueen omistaman osakeyhtiön rinnastaminen täysin yksityisiin palveluntuottajiin (JärjL 2 §) e
- Velvoite hyvinvointialueen riittävän oman palvelutuotannon järjestämiseen kaikilla lääketieteen erikoisaloilla erikoissairaanhoidossa ja tähän liittyvät ulkoistusten rajoitukset yhtiöille (mm. JärjL 8 ja 12 §); ja
- Julkisen vallan käsitteen laajentava tulkinta ja lakisääteinen velvoite käyttää hyvinvointialueen palveluksessa olevaa virkalääkäriä erikoissairaanhoidossa (JärjL 12 §).

Lainsäädäntöä tulisi kehittää siten, että hyvinvointialueen omana palvelutuotantona olisi pidettävä myös hyvinvointialueen määräysvallassa olevan yhtiön kautta tuotettuja palveluita; Järjestämislain 12 §:ssä asetettuja ulkoistamisrajoituksia ei tule soveltaa hyvinvointialueen määräysvallassa olevaan in-

house -yhtiöön; Järjestämislain 12 §:ssä asetetusta velvoitteesta käyttää virkalääkäriä tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toimissa, joita ei perinteisesti ole pidetty julkisen vallan käyttönä, vaan tavanomaisena palvelutuotantona.

Hyvinvointialue uudistuksesta aiheutuvat muutoskustannukset tulisi korvata täysmääräisesti ja pysyvästi (palkkojen harmonisointi, ict yms.). Alijäämän kattamisvelvollisuus on oltava pitempi kuin ehdotettu 2 vuotta. Hyvinvointialueille pitäisi antaa aikaa tehdä järkeviä sekä kestäviä ratkaisuja ja toimenpiteitä, jos on syntynyt alijäämää. Valtiontakaus tulee turvata myös hyvinvointialueiden investoinneille ja maksuvalmiusjärjestelyille.

Pitkäaikaisen lainan käytön rajoittaminen vain uudis- ja laajennusinvestointeihin edellyttää muiden investointien kattamista käyttötalouden puolella ja vaikeuttaa hyvinvointialueiden kykyä selviytyä järjestämistehtävästään annetun rahoituksen puitteissa. Jo nyt tehdään kalliimpia leasing- ja vuokratkaisuja ja tämä tulee kasvamaan, jos lainanotto ei ole mahdollista.

Rahoitusmalli ei ole hyväksyttävissä esitetystä muodosta. Rahoituslakia tulee kehittää siten, että rahoitusmalli kannustaa hyvinvoivaan väestöön, vahvistaa tosiasiallista itsehallintoa huomioi jo aiemmin ennaltaehkäisevään toimintaan tehtyjä panostuksia. Koska rahoitusmalli ei selkeästi ole vielä valmis, tulee sen käyttöönottoa viivästyttää tai muuttaa hyvinvointialueiden rahoituslain 35 § siirtymätasauksesta vielä pidemmälle, että rahoitusmalliin ehditään kehittämään parempi malli kannustimiin ja että se huomioi myös koko palvelujärjestelmän eikä perustu niin vahvasti diagnooseihin ja sairauksiin. Rahoituksessa kaksikielisyyden painokerroin tulisi nostaa vastaamaan todellisia kustannuksia.

Marina Kinnunen

Vaasan sairaanhoitopiirin johtaja sekä 1.1.2022 aloittavan Pohjanmaan hyvinvointialueen johtaja