

Asia: VN/22558/2020

## **Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä**

### Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

#### **Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)**

Yksityisen sairaanhoidon hoito ja tutkimuskorvaukset

Valtiovallan tulee määritellä kokonaisvaltaisesti suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon strategiset tavoitteet sekä rahoitus, järjestäminen ja palvelutuotanto. Hyvinvointialueilla on vastuu palvelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen lainsäädännössä korostetaan hyvinvointialueen roolia palvelujen järjestäjänä ja myös tuottajana. Hyvinvointialueet tulevat tekemään hyvinvointialue- ja palvelustrategian. Näissä hyvinvointialue määrittää omat tavoitteet ja miten palvelujen tuottaminen alueella toteutetaan, jotta se vastaa mahdollisimman hyvinvointialueen asiakkaiden ja asukkaiden palvelutarpeen kehitykseen ja toisaalta valtakunnalliseen Sosiaali- ja terveysministeriön asettamiin tavoitteisiin. Hyvinvointialueet tulevat kehittämään palveluja ja palveluverkkoa voimakkaasti. Tämän tarkastelun yhteydessä hyvinvointialueet tulevat ratkaisemaan myös, millä tavalla palvelujen tuottamisessa tehdään alueella yhteistyötä yksityisen sektorin, kolmannen sektorin ja muiden hyvinvointialueiden kanssa.

Vahvan Järjestämisvastuun myötä on loogista, että hyvinvointialue saa ja ohjaa yksityisen sairaanhoidon ja tutkimusten korvauksia. Virkamiesselvityksessä esitetään kahta vaihtoehtoa etenemiseen, joista vaihtoehto A:ssa yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksettaisiin edelleen, mutta hyvinvointialueille siirrettäisiin yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten nykyinen valtion rahoitusvastuu, jolloin hyvinvointialueet rahoittaisivat 67 prosenttia lääkäripalkkioiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksista.

Vaihtoehto B:ssä yksityisen terveydenhuollon lääkäripalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin. Valtion rahoitusosuus sairaanhoitokorvauksiin poistuisi eikä vakuutetun sairaanhoitomaksulla enää rahoitettaisi sairaanhoitokorvauksia.

**Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Molemmat vaihtoehdot tulee harkita laajasti parlamentaarisessa työryhmässä. Selvityksessä esitetyt vaihtoehdot ovat molemmat ongelmallisia hyvinvointialueiden näkökulmasta. Vaihtoehto A:ssa Valtio siirtäisi rahoitusta hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskriteereillä yleiskatteellisena rahoituksena, joka on todettu erittäin ongelmalliseksi malliksi jo lain valmistelun asiantuntijalausunnoissa. Mallin pohjana käytettävä tarvevakioitu malli on vielä kesken. Yksityisen sektorin palvelujen käytön rahoituksen ennakointi ja hallinta on erittäin hankalaa, ellei mahdotonta.

Vaihtoehto B:ssä ongelmaksi saattaa tulla hyvinvointialueiden palvelutarjoajien määrän kaventuminen ja toisaalta terveydenhuoltoon käytettävän kokonaisrahoituksen pieneneminen, joka hankaloittaa hyvinvointialueiden kyky tukea yhdenvertaisten yhdenmukaisten, laadukkaiden ja kustannustehokkaiden palvelujen järjestämistä.

Jos kokonaisvastuu on hyvinvointialueilla, niin niillä tulee olla oma verotusoikeus.

## Matkakorvaukset

### **Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)**

Matkakorvaukset

Valmisteluryhmä on arvioinut muiden matkakorvausten kuin ensihoidon ja kiireettömien siirtokuljetusten korvausten osalta kahta rahoituksen nykytilasta poikkeavaa vaihtoehtoa. Yhtenä vaihtoehtona on arvioitu rahoitusmallia, jossa vakuutettujen rahoitusosuus säilyisi sairausvakuutuksessa, mutta valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle. Toisena vaihtoehtona on arvioitu rahoitustapa, jossa sairaanhoitovakuutus lakkaisi matkakorvausten osalta ja rahoitusvastuu matkakorvauksista siirtyisi kokonaan hyvinvointialueille. Hyvinvointialueille kokonaan siirtyvän rahoitusvastuun osalta valmisteluryhmä on arvioinut kolmea erilaista tapaa hoitaa korvausten maksatus: vaihtoehdossa HK Kela maksaisi korvaukset, vaihtoehdossa HH hyvinvointialueet hoitavat maksatuksen itse ja vaihtoehdossa HM korvaukset maksaisi matkojen järjestämistä, yhdistelyä ja korvausten maksamista varten perustettava valtakunnallinen matkakeskus. Vaihtojen arvioinnin apuvälineeksi valmisteluryhmä laati vaihtoehtojen arviointitaulukon, joka on vaihtoehtojen vertailun helpottamiseksi otettu myös tämän selvityksen liitteeksi.

### **Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Matkakorvausten osalta tulee tehdä kokonaistarkastelu hyvinvointialueen oman alueen palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta ja lähimmän yliopistollisen keskussairaalan saavutettavuudesta. Tarkastelussa tulee huomioida myös hyvinvointialueen kokonaisrahoitus tarvevakioidun rahoitusmallin perusteella, jonka perusteella hyvinvointialueen kyky vastata palvelujen rahoituksesta määräytyy. Hyvinvointialueille kokonaan siirtyvän rahoitusvastuun osalta vaihtoehdot HK ja HH olisivat potentiaalisia selvitetäviä vaihtoehtoja. Valtakunnallinen matkakeskus on vaihtoehto, joka lisää jälleen uuden neuvottelutahon hyvinvointialueille.

Matkakorvaukset tulee olla osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta, jossa ei ole eri maksajien välistä soaoptimointia.

# Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

## Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutusterapia

Kuntoutuksen valmistelutyöryhmä käsitteli kolmea eri vaihtoehtoa Kelan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämiseksi sekä Kelan kuntoutuspsykoterapian korvaamiseksi: 1. Nykytila, jossa Kela järjestää vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja korvaa kuntoutuspsykoterapian, säilyy ennallaan. 2. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia säilyy Kelassa siten, että rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille, joka päättäisi vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä. Päätöksenteko palveluista säilyisi Kelalla. 3. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia siirtyisivät kokonaisuudessaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulle.

## Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Hyvinvointialueiden näkökulmasta kuntoutus, vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutusterapia ovat erittäin tärkeässä asemassa tulevaisuuden palvelutarpeen kasvun ja kustannusten kasvun hallinnassa. Lisäksi kuntoutuspalvelut ovat merkittävässä roolissa elintapasairauksista johtuen hoitopolkujen menestyksellisessä toteutuksessa. Kuntoutuspalvelut edellyttävät myös laaja-alaista kokemusta ja osaamista. Hyvinvointialueiden näkökulmasta jatkovalmistelussa tulisi tarkastella erityisesti vaihtoehdot 1 ja 2. Vaihtoehto kaksi toteuttaa monikanavarahoituksen purkamisen tavoitteita ja tässä vaihtoehdossa tulee erityisesti huolehtia hyvinvointialueen rahoituksesta ja tarvevakioinnin oikeellisuudesta suhteessa kuntoutuspalvelujen tarpeeseen ja rahoitukseen.

Kuntoutuspalveluissa tulee olla yhtenäinen järjestämisvastuu, rahoittamisvastuu ja palvelutuotanto.

## Lääkekorvaukset

### Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Lääkekorvaukset

Lääkehoitojen kokonaisuus koostuu julkisessa ja yksityisessä laitoshoidossa toteutetuista lääkehoidoista ja avoterveydenhuollossa käytetyistä lääkkeistä. Lääkekorvausten merkitys potilaiden hoidossa kasvaa ja on merkittävä osa tulevaa terveydenhuollon kustannusten kasvua. Lääkekorvausjärjestelmä tulisi pitää korvattavuuden määrityksen ja maksatuksen osalta nykymuotoisena.

## Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Rahoitus voisi olla nykymuotoinen tai sote-uudistuksen myötä valtion rahoitusvastuulla. Lääkekorvausten vuosiomavastuuseen tulee kiinnittää huomiota parlamentaarisessa valmistelussa. Vuosiomavastuu on tällä hetkellä liian korkea kasvavalle ikäihmisten joukolle, joka on tai siirtyy lääkehoitojen piiriin. Paljon sairastavien ja pienituloisten lääkekatto pitäisi poistaa kokonaan.

## Muita kommentteja ja huomioita

### **Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?**

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt lausuntoa monikanavarahoituksen purkamista koskevasta virkamiesselvityksestä. Virkatyönä toimineet valmistelutyöryhmät ovat valmistelleet selvityksen monikanavarahoituksen purkamisesta, joka menee myöhemmässä vaiheessa asetettavan parlamentaarisen työryhmän tueksi. Kymenlaakson sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän – Kymsoten – lausunto keskittyy selvityksen ratkaisuvaihtojen lausumiseen 1.7.2021 perustetun Kymenlaakson hyvinvointialueen näkökulmasta, jonka toiminta Kymsoten toiminta sulautuu 1.1.2023. Lisäksi lausunto huomioi Pääministeri Marinin hallitusohjelman ja 23.6.2021 hyväksytyjen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen lainsäädännön keskeiset periaatteet palvelujen saatavuudesta, saavutettavuudesta, kustannustehokkuudesta ja laadusta.

Tausta (VN/22558/2020)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 12.11.2020 monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja pohjustavat valmisteluryhmät, joiden toimikausi on ollut ajalla 15.11.2020—31.5.2021.

Valmisteluryhmät ovat laatineet virkatyönä toimeksiantojensa pohjalta selvityksen monikanavarahoituksen purkamisesta. Työryhmät eivät ole esittäneet ratkaisuehdotuksia, vaan ovat tehneet pohjavalmistelua myöhemmin asetettavan parlamentaarisen työryhmän tueksi.

Tavoitteet (VN/22558/2020)

Valmisteluryhmien tehtävänä on ollut koota myöhemmin käynnistettävän parlamentaarisen valmistelun tueksi ratkaisuvaihtoehtoja aiempien hallituskausien aikana tehtyjen työryhmätöiden ja muiden selvitysten pohjalta sekä selvittää vaihtoehtojen vaikutuksia (VN/22558/2020, STM148:00/2020).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kootaan useista eri lähteistä. Jokaisella rahoitusjärjestelmällä on oma historiansa ja tarkoituksensa. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen eri rahoituslähteiden tarkoituksena on turvata oikeutta sosiaaliturvaan sekä osaltaan huolehtia tarvittavien palvelujen riittävästä, mutta samalla julkiselle taloudelle kustannustehokkaasta rahoituksesta. Nykyinen monikanavaisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on muotoutunut useiden eri aikoina tehtyjen päätösten perusteella toteutettuina erillisinä

uudistuksina, joiden yhteisvaikutuksia kulloiseenkin olemassa olevaan järjestelmään ja sen toimintaan ei juuri ole arvioitu. Aihepiiristä on esitetty paljon mielipiteitä ja kannanottoja.

Sosiaali- ja terveyspalveluja sekä pelastustointia koskevan uudistuksen tavoitteena 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

Sote-uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä vastuun sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä on esitetty siirtyvän kunnilta ja kuntayhtymiltä uusien hyvinvointialueiden vastuulle. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä vastuun siirrolla on sote-uudistuksen yhteydessä tavoiteltu yhtenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, joka kokoaisi voimavarat asukasmäärältään ja taloudelliselta kantokyvyltään isommille järjestämistä vastuullisille päätöksenteon ja hallinnon tasoille. Esityksen mukaan uudistus varmistaisi näin riittävän vahvat palvelujen järjestäjät tulevaisuudessa, jossa väestö ikääntyy ja työikäinen väestö keskittyy suurimpiin kaupunkeihin. Lisäksi esityksessä on katsottu, että järjestämistä vastuun ja rahoituksen kokoaminen kannustaisi huolehtimaan asiakkaiden palveluista tarveperusteisesti ja oikea-aikaisesti sekä kustannusvaikuttavasti. Perustelujen mukaan rakenteessa, jossa yksi taho vastaisi toiminnan toteutuksesta ja rahoituksen kohdentamisesta, palvelujen järjestäjällä olisi mahdollisuus toteuttaa palveluissa merkittäviä toiminnallisia uudistuksia. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta sekä kustannusvaikuttavuutta on esityksessä arvioitu olevan nykyistä parempi mahdollisuus aikaansaada

Esityksen mukaan Suomeen muodostetaan 21 hyvinvointialuetta, joille siirrettäisiin kuntien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät. Uudenmaalla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistä vastuu poikkeaisi muun maan ratkaisusta siten, että Helsingin kaupungille jäisi kuitenkin edelleen niiden järjestämistä vastuu. Lisäksi palvelujen järjestämisestä vastaisi Uudellamaalla neljä hyvinvointialuetta ja terveydenhuollossa lisäksi HUS-yhtymä. Terveydenhuollon järjestämistä vastuu jakautuisi laissa ja järjestämissopimuksessa määriteltävällä tavalla alueen hyvinvointialueiden, Helsingin sekä HUS-yhtymän välillä. Ympäristöterveydensuojelu sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisivät kuntien tehtäviksi mutta edistämistehtävä olisi myös hyvinvointialueiden tehtävä. Opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologitehtävät siirtyisivät kuitenkin hyvinvointialueille. Hyvinvointialueet olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Uudet hyvinvointialueet olisivat alueeltaan nykyisiä maakuntia vastaavia, mutta Uudenmaan maakunnan poikettaisiin nykyisestä maakuntajaosta. Hyvinvointialueiden ylin päättävä toimielin olisi vaaleilla valittava aluevaltuusto. Hyvinvointialueesta annettavasta laissa säädettäisiin hyvinvointialueen toimintaa, taloutta ja hallintoa sekä talouden tarkastusta koskevat säännökset. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuu perustettaville hyvinvointialueille. Pelastustoimen järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen pelastustoimen järjestämistä vastuu perustettaville hyvinvointialueille.

Hyvinvointialueiden rahoitus koostuu pääosin valtion rahoituksesta ja osin asiakas- ja käyttömaksuista. Rahoitus on laskennallista ja yleiskatteellista. Tämä poikkeaa sosiaalivakuutuksen rahoituksen lähtökohdasta, jossa on kyse käyttötarkoitussidonnaisesta rahoituksesta (ns. korvamerkitty rahoitus). Mahdollisen rahoitusvastuun siirron hyvinvointialueille voisi lähtökohtaisesti toteuttaa osana laskennallista sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta.

Kymenlaakson hyvinvointialueen rahoituksen muodostuminen (Kymenlaakson rahoitus selvitys 2021)

Tärkeää on, että Kymenlaakso saa mahdollisimman tarkkaan palvelutarpeen ja sen kasvun mukaisen osuuden valtion hyvinvointialueille jakamasta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahasta kaikissa tilanteissa ja toteuttamisvaihtoehdoissa.

Tulevan Kymenlaakson hyvinvointialueen rahoitus perustuu valtion rahoitukseen ja asiakas- ja käyttömaksuihin. Rahoituksen perustana on hyvinvointialueen terveyden-, vanhusten ja sosiaalihuollon palvelutarve, asukasmäärä ja olosuhdetekijät. Olosuhdetekijöitä ovat asukastiheys, vieraskielisyys, kaksikielisyys, saaristoisuus ja saamenkielisyys. Lisäksi rahoituksen laskentaan vaikuttavat hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisen kerroin ja pelastustoimen riskikerroin. Näiden edellä kuvattujen määräytymistekijöiden perusteella lasketaan kullekin kohdalle ensin oma asukaskohtainen rahoituksen määrä, joka sitten kerrotaan Kymenlaakson asukasluvulla. Tämän päälle tulevat perittävät asiakas- ja käyttömaksut.

Hallitus tekee oletettavasti lopullisesti päätöksen vuoden 2023 rahoitusperusteista keväällä 2022. Tämän jälkeen rahoitusperusteita tarkistetaan vuosittain. Vuonna 2026 tehdään välivaiheen tarkistus. Eduskuntavaalien jälkeen 2023 ja 2027 perusteita tarkastellaan myös uudestaan. Rahoitusperusteet tulevat oletettavasti elämään koko vuosikymmenen ajan. Hallitus on sopinut hyvinvointialueiden verotusoikeudesta, joka täsmentyy erikseen ja käynnistyy vuonne 2026.

Sote -uudistus leikkaa tulevasta Kymenlaakson rahoituksen kasvun tarpeesta noin puolet.

Kymenlaakson hyvinvointialueen rahoituksen määrään ja riittävyteen vaikuttamiseksi on tunnistettu kuusi keinoa.

1. Tarvekioidun rahoituksen painotukset. Noin 80 % (577 meur) tulevasta hyvinvointialueen kokonaisrahoituksesta perustuu alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen. Mikäli rahoituksen perustana olevia perushintojen painotuksia muutetaan valtion toimesta muuttaa se koko rahoituksen muodostumisen painotuksia. Sama koskee asukasmäärän osuutta. Kymenlaakson tulee siis käydä jatkuvaa neuvottelua valtion kanssa ja huolehtia erityisesti siitä, että perushintojen painotukset muuttuvat alueella parempaan suuntaan.

2. Alueen sairastavuusraportoinnin täydentäminen. Rahoitukseen vaikuttamisen kannalta on olennaista, että Kymenlaakson sairastavuustiedot, eli diagnoosidata raportoidaan täysmääräisesti ja oikein. Tarvittaessa tämä tulee tehdä takautuvasti täydentäen raportoituja tietoja vuodesta 2017 alkaen. Diagnoosidatan perusteella THL laskee Kymenlaakson sairastavuuteen liittyvän tarvekertoimen. Jos ei ole diagnooseja, ei ole tarvetta, eikä pystytä laskemaan täysimääräistä rahoitusta.

3. Sosiaalihuollon palvelutarpeen täsmällinen kuvaaminen. Palvelutarpeen arvioinnin ja rahoituksen perustana olevaa tarvekiointimallia tullaan kehittämään ennen vuotta 2023 siten, että sosiaalihuollon malli muuttuu merkittävästi. Kriteeristössä on tällä hetkellä ainoastaan muutama aidosti sosiaalihuollon tarvetekijä. Kymenlaakso käynnistää sosiaalihuollon diagnoositiedon kerääminen, jotta sosiaalihuollon palvelutarpeeseen perustuva rahoitus saadaan vastaamaan todellista palvelutarvetta heti kun valtakunnalliset muutokset tehdään. Tästä on syytä käydä neuvottelua THL:n kanssa, jotta tiedetään, mihin diagnoositietoon tulee erityisesti keskittyä.

4. Asukaskohtaiseen rahoitusmalliin vaikuttaminen ja varautuminen. Kymenlaakson hyvinvointialueen väestöennusteen mukainen alueen asukkaisen määrä vähenee vuosina 2023 - 2029 keskimäärin 1400 asukasta vuodessa. Tämä pienentää hyvinvointialueen kokonaisrahoitusta yli 6 meur vuodessa. Kymenlaakson pitää pystyä vaikuttamaan siihen, että asukkaiden määrän väkimäärän vähenemisen ei suoraan pudota rahoitusta näin voimakkaasti. Tämä pudotus ei perustu palvelutarpeeseen tai sen kehitykseen. Malli on epäoikeudenmukainen Kymenlaaksolle ja suosii palvelutarpeeltaan pienempiä alueita, joissa väkimäärä kasvaa. Muuttotappiosta aiheutuvalle muutokselle tulee olla sopeutusaika.

5. Pitkäjänteisen kehitystyön jatkaminen. Hyvinvointialueen vuoden 2023 rahoituksen taso määrittyy alueen kuntien vuosina 2021 – 2022 käyttämän rahamäärän mukaan. Tämä mahdollistaa sen, että hyvinvointialue pystyy käynnistysvaiheessa ylläpitämään alueen olemassa olevaa palvelutasoa, kilpailukykyä, turvaamaan työpaikat. Kustannusleikkaukset jotka tehdään nyt, vaikeuttavat hyvinvointialueen käynnistysvaiheen rahoitusta. Siirtymätasaus tarjoaa tukea rahoituksen laskennalliseen ja toteutuvan määrän tasoittamiseksi aina vuoteen 2029 asti.

6. Ikäihmisten palveluvarustuksen kehittäminen. Vuoteen 2040 mennessä Kymenlaakson ikäihmisten määrä tulee kasvamaan merkittävästi. Yli 84-vuotiaiden määrä kasvaa 5 752 hengellä, mikä vastaa 94 % kasvua. Samanaikaisesti työikäisten määrä vähenee 17 775 hengellä mikä vastaa 20 % supistumista. Kymenlaakson palvelutarve ei laske samassa suhteessa väestön kanssa.

Tästä syystä alueella tullaan tarvitsemaan lisää kotiin tarjottavia palveluita, palveluasumisen palveluita sekä omaishoidon palveluita. Nämä palvelut tulevat aiheuttamaan suurimman osan kustannuksista Kymenlaakson alueella. Vaikutuksen vaimentamiseksi Kymenlaakson on panostettava ennaltaehkäisevään työhön ja oikea-aikaiseen hoitoon.

7. Hoitovelka. Kymenlaakson alueelle, kuten muualle Suomeen on kertynyt merkittävästi hoitovelkaa COVID-19 pandemian aikana. Hoitovelan pitkän aikavälin purku ja sen vaikutukset tulee huomioida kokonaisrahoituksen tarkastelussa osana parlamentaarisen työryhmän toimintaa.

Tarvekioidun rahoitusmallin painotukset vaikuttavat merkittävästi Kymenlaakson saamaan rahoituksen määrään

Noin 80% (577 meur) tulevasta hyvinvointialueen kokonaisrahoituksesta perustuu alueen laskennalliseen palvelutarpeeseen. Tätä rahoitusta laskettaessa kerrotaan terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon palvelun perushinta, vastaavan palvelun tarvekertoimella ja lasketaan saadut rahat yhteen. Perushinnat on määritetty siten, että valtion tasolla kaikkien alueiden yhteenlaskettu rahoitus vastaa valtion budjettiin varattua kokonaisrahoitusta. Hyvinvointialueiden rahoituksen määrään voidaan kuitenkin vaikuttaa merkittävästi terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon perushintojen keskinäistä suhdetta muuttamalla. Tällä tavoin ja asukasmäärän tuomalla rahalla valtio voi ohjata käytännössä vuositasolla rahoituksen toteumaa ja tämä vaikuttaa myös kokonaisuuden muihin lukuihin kuten tarveperustaisen rahoituksen muodostumiseen. Tämä edellyttää Kymenlaakson hyvinvointialueelta jatkuvaa neuvottelua ja edunvalvontaa valtion

päätöksentekoon. Edunvalvonnassa on huomioitava etenkin Kymenlaakson alueella korostuvat kansantaudit, väestön ikääntyminen ja väestömäärän vähenemisen kova vaikutus saatavan rahoituksen tasoon.

Sairastavuusraportoinnin täydentäminen on välitön tapa vaikuttaa rahoituksen määrään

Tarvevakiointimalli perustuu 11 eri tietolähteestä henkilötunnustasolla yhdistettyyn dataan. Keskeinen tietolähde on terveydenhuollon järjestäjien raportoimat sairastavuustiedot, joissa THL:n näkemyksen mukaan on yleisesti puutteita. Rahoitukseen vaikuttamisen kannalta on olennaista, että Kymenlaakson sairastavuustiedot raportoidaan täysmääräisesti ja oikein, tarvittaessa takautuvasti täydentäen raportoituja tietoja vuodesta 2017 alkaen. Tehdyn analyysin ja asiantuntijakeskusteluiden perusteella alustava johtopäätös on, että Kymenlaakson sairastavuusdatassa on poikkeavuuksia, jotka johtuvat kirjauksiin ja raportointiin liittyvistä seikoista.

Kymenlaakson alueella pitää varmistaa, että sosiaalihuollon palvelutarpeen laskenta vastaa todellista tilannetta

Nykyisen tarvevakiointimallin sosiaalihuollon osuus mittaa sosiaalihuollon palvelutarvetta pääsääntöisesti ainoastaan terveydenhuollon määräytymistekijöihin perustuen. Tarvevakiointimallia tullaan kehittämään ennen vuotta 2023 siten, että sairausluokkien määrä lisääntyy ja sosiaalihuollon malli muuttuu merkittävästi. Kymenlaakson alueen on syytä kulkea sosiaalihuollon raportoinnin toteuttamisen eturintamassa, jotta sosiaalihuollon palvelutarpeeseen perustuva rahoitus saadaan vastaamaan todellista palvelutarvetta. Tästä tulee käydä jatkuvaa vuoropuhelua STM:n ja THL:n kanssa, jotta saadaan ajoissa tietää, mitkä sosiaalihuollon kriteerit tulee tarkistaa ja laittaa tarvittaessa kuntoon.

Kahden sairaalan mallin muuttaminen pysyväksi malliksi ja osaksi rahoitusta

Kymenlaakson alueen kahden sairaalan malli tulee huomioida myös rahoituksessa esimerkiksi niin, että se lisätään olosuhdetekijäksi. Malli on tärkeä osan Kymenlaakson asukkaiden yhdenvertaisten palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden kannalta. Kouvola on Suomen suurin kaupunki, jossa ei ole keskussairaala.

Kymenlaakson olosuhdetekijöiden täysimittainen huomioiminen

Kymenlaakson olosuhteet tulee huomioida tulevan hyvinvointialueen talouden suunnittelussa. Ikäihmisten määrän kasvu, alueen väestön väheneminen, elintapasairaudet ja kahden kaupungin sekä palvelukeskittymän malli vaikuttavat merkittävästi tulevan Kymenlaakson hyvinvointialueen toimintaan. Lisäksi alueella on merkittävää kauttakulkuliikennettä ja satamatoimintoja. Näitä ei huomioida riittävästi rahoitusmallissa. Kymenlaakso tulee tehdä jatkuvaa vaikuttamistyötä sosiaali- ja terveysministeriöön sekä valtiovarainministeriöön sote-valmistelun aikana sekä jatkossa hyvinvointialueen jo toimiessa, jotta alueen erityispiirteet huomioidaan rahoituksessa. Erikoissairaanhoito on järjestetty tehokkaasti jo aikaisemman Carean aikana. Sote –uudistuksessa tärkeää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraatiota ja palveluverkon kehittämistä tulee jatkaa. Kymsote on käynnistänyt tämän työn jo vuonna 2019.



Työtä tulee jatkaa systemaattisesti.

Siirtymätasaus tukee pitkäjänteistä kehitystyötä

Hyvinvointialueen vuoden 2023 rahoituksen taso määrittyy alueen kuntien vuosina 2021 – 2022 käyttämän rahamäärän mukaan. Rahoituksen leikkaukset, jotka tehdään nyt, siirtyvät vääjäämättä hyvinvointialueen rahoitukseen. Siirtymätasaus tasoittaa laskennallisen ja toteutuneen rahoituksen erotuksen määrää aina vuoteen 2029 asti. Tämän vuoksi on tärkeää, että alueen kunnat, kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit jatkavat pitkäjänteistä toiminnan kehittämistä myös vuosina 2021 – 2022. Koska toteutuneiden ja laskennallisten kustannusten ero katetaan siirtymätasauksella vuonna 2023 täysmääräisesti ja vuonna 2024 vähennys on vain 10 eur/as, on hyvinvointialueella käytännössä käytössään samat taloudelliset resurssit vuosina 2023 – 2024 kuin vuosina 2021 – 2022. Kustannusten sopeuttaminen siirtymäajan jälkeiseen rahoitukseen voidaan toteuttaa rahoitusmallissa pitkällä aikajänteellä, mutta malli johtaa käytännössä heti jatkuvaan ja pitkäkestoiseen talouden tasapainottamiseen. Siirtymätasaukseen ja kokonaisrahoituksen suuruuteen vaikuttaa kuitenkin ylivoimaisesti eniten asukasmäärä. Siirtymätasaus on toiseksi suurin vaikuttaja. Siirtymätasaukseen liittyy uhka. Jos verotusoikeus toteutuu, niin joudutaanko koko järjestelmä uusimaan?

Ikäihmisten asema ja palvelujen tehokkuus on keskeinen rahoituksen riittävyydelle

Vuoteen 2040 mennessä verrattuna nykyiseen 85–vuotta täyttäneiden määrä Kymenlaaksossa tulee kasvamaan 94 %. Ikäihmiset ovat palvelutarpeen osalta ylivoimaisesti kuormittavin asiakasjoukko. Kymsote on lähtenyt kehittämään tätä aluetta systemaattisella otteella ja tehnyt arviot palvelutarpeen kehityksestä aina vuoteen 2030 asti. Tätä toteutusvaiheessa olevaa ja hyvin onnistunutta työtä tule jatkaa suunnitelman mukaan myös tulevilla hyvinvointialueella.

Palvelukehityksessä on painotettava etenkin kotiin tuotettavia palveluita. Näiden palvelujen onnistuneella toteutuksella ratkaistaan monia ikäihmisten asumiseen liittyviä ongelmia. Tavoitteena on, että ikäihmiset pärjäisivät pitkään kevyemmissä asumisen palvelujen muodoissa ja omaishoito mahdollistuisi entistä paremmin. Kuntoutus tulee nostaa vielä erikseen esiin. Osana palvelujen kehittämistä ja kustannusten kasvun leikkaamista, tulevan hyvinvointialueen pitää löytää keinoja kuntoutuspalvelujen tarjonnan edelleen kehittämiseksi. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio, ikäihmisten asumispalvelut, kotiin tuotettavat palvelut ja kuntoutuksen palvelujen kehitys ratkaisevat, miten palvelujen kustannuskehitykseen pystytään vaikuttamaan. Noin 15% asiakkaista aiheuttaa lähes 80% palveluista aiheutuvista tulevan hyvinvointialueen kustannuksista. Tämä on tilanne jo nykymallissa.

Kuolemaan johtavat elintapasairaudet ovat erityisen merkittävä kokonaisuus Kymenlaakson alueella. Tämä pitää huomioida erikseen kokonaisrahoitusta tarkasteltaessa.

Johtopäätökset ja lausumat Sosiaali- ja terveysministeriön monikanavarahoituksen purkamista koskevasta virkamiesselvityksestä

Yleiset johtopäätökset ja lausumat selvityksestä

- 1) Parlamentaarisessa valmistelussa tulee tehdä kokonaisvaltainen arvio valtion, hyvinvointialueiden ja KELA:n roolista. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on uudistettava yhtenäisin perustein. Sosiaali- ja terveydenhuollon tulee perustua yhtenäiseen erityislainsäädäntöön ja olla valtiovallan yhtenäisten strategisten tavoitteiden mukainen kokonaisuus. Uudistuksella tulisi olla myös pitkä siirtymäaika, aina vuoteen 2030 asti.
  
- 2) Hyvinvointialueen saama rahoitus on yleiskatteellista ja hyvinvointialue vastaa palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta saamansa ”könttä” -summan perusteella ja tekee päätökset rahan ohjaamisesta eri palvelualueille. Virkamiestyöryhmän selvityksen alaisten palvelujen osalta tämä voi muodostua tulevaisuudessa ongelmaksi, koska lainsäädännön mukainen tarvekioitu rahoitusmalli ja sitä mahdollisesti täydentävä rahoitus ohjautuu hyvinvointialueen aluevaltuuston kulloisten painotusten mukaan. On laadittava selkeät periaatteet monikanavarahoituksella rahoitettavan palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen, jotta ne ovat samojen periaatteiden alla kuin hyvinvointialueiden tuottamat palvelut. Samalla on myös ratkaistava hyvinvointialueiden tehtäväkuvat ja verotusoikeus.
  
- 3) Monikanavarahoituksen tarkastelussa tulee huomioida laajasti koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus. Tällä hetkellä julkinen sektori rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttömenoista n. 75% ja yksityinen tai kolmas sektori 25% (Lausunto eduskunnan talousvaliokunnalle koronaviruksen taloudellisista vaikutuksista, Lehtonen 2021)
  
- 4) Tarkastelussa tulisi huomioida koko sairausvakuutus -malli, KELA, valtio ja asiakkaan itse maksama osuus. Miten hallitus ja työmarkkinakeskusjärjestöt tulevaisuudessa järjestävät kokonaisuuden esimerkiksi SV -korvausten työnantajien ja työntekijöiden osan suhteen, samaan aikaan kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelujen rahoitusta ja kuntien verotusta muutetaan. Valtakunnalliset työmarkkinakeskusjärjestöt sopivat yhdessä valtiovallan kanssa keskeiset periaatteet työntekijöiden ja työnantajien sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön kehittämisestä. Keskusjärjestöt neuvottelevat sosiaalivakuutuksesta, työeläkkeestä ja työlainsäädännöstä yhdessä valtiovallan kanssa
  
- 5) Monikanavarahoituksen tarkastelun yhteydessä tulee tarkastella myös rahoitusta tai palveluja ohjaavien toimijoiden rooli jatkossa, varsinkin kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen uudistus toteutuu. Mikä on todellisuudessa KELA:n rooli jatkossa, jos monikanavarahoitus puretaan ja valtion rahoitus ohjautuu täysimääräisesti hyvinvointialueiden kautta. KELA:n tehtävät, rooli, asema ja rahoitus on tarkasteltava vastaamaan koko sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mukaisia tavoitteita. Virkamiesselvityksessä ehdotetaan yhteistä neuvotteluelintä KELA:n kanssa. Tämä johtaa siihen, että tulevilla hyvinvointialueilla on jälleen yksi neuvottelutaho ministeriöiden ja Valtionkonttorin lisäksi. Hyvinvointialueen näkökulmasta valtion kanssa käydään strategisia, talouteen, toiminnan ohjaukseen ja valvontaan liittyviä jatkuvia neuvotteluja ja KELA:n kanssa

käytävät liittyisivät tähän mittavaan neuvottelukokonaisuuteen. Virkamiestyöryhmän ratkaisu esittää vain tilapäisiä vaihtoehtoja ilman kokonaisvaltaista asian ratkaisemista.

6) Kokonaisvastuu rahoituksesta on valtiolla. Valtion tulee kyetä neuvotella työmarkkinakeskusjärjestöjen kanssa rahoituksen kokonaisuudesta ja työnantajan, työntekijät ja asiakkaat itse maksamasta osuudesta.

Niiranen Annikki  
Kymsote (Kymenlaakson sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä)

Lehto Lauri  
Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä