

Asia: VN/20084/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi laiksi hyvinvointialueiden rahoituksesta annetun lain muuttamisesta

Lausunnonantajan lausunto

1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella kohdennettavan rahoituksen osuuden nostaminen 1 prosentista 1,5 prosenttiin sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta ja asukasperusteisen osuuden vähentäminen 0,5 prosenttiyksiköllä (3 §)

Muutos on Pirkanmaan hyvinvointialueen mielestä perusteltu. Hyte-kertoimen nostaminen vahvistaa ehkäisevien ja varhaisen puuttumisen palveluiden merkitystä palveluvalikoimassa. Hyte-kertoimen painoarvon nostamisen rahoittaminen tulisi tehdä tarveperusteisesta rahoituksesta eikä asukaslukuperusteisesta. Asukaslukupohjaisen rahoituksen kehitys on oletusarvoisesti tasaisempi. Näin vuosittaiset rahoituksen vaihtelut olisivat pienempiä.

2. Hyte-kertoimen laskentatavan täsmentäminen kannustavammaksi (15 § ja asetus)

Hyte-kertoimen nykyiset indikaattorit kuvaavat varsin suppeasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Olisikin tarkoituksen mukaista löytää indikaattoreita, jotka kuvaisivat hyte-toimintaa laajemmin. Nyt indikaattorit saattavat ohjata hyte-työtä vain ko. indikaattoreita parantaviin toimiin.

3. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella vuodesta 2026 kohdennettavaa rahoitusta ei otettaisi huomioon aluekohtaisissa siirtymätasauksissa (35 § 8 mom.)

Esitys on perusteltu. Sillä tuetaan kaikkien hyvinvointialueiden hyte-työtä.

4. Kertaluontoisten säästöt siirtymätasauksista vuosina 2026 ja 2027 (35 § uusi 6 mom.)

Esityksessä kuvattu siirtymätasauksen kertaluonteinen leikkaus ja niiden yhteen alueeseen tehty kohdennus ei ole rahoituslain kokonaisuuden kannalta perusteltu toimenpide. Mikäli hyvinvointialueiden rahoituksessa huomataan, ettei rahoituksen kohdennus ole oikeudenmukainen, tulisi rahoitusmekanismia muuttaa, eikä tehdä kertaluonteisia leikkauksia.

5. Lakisääteinen päivitys terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon laskennallisten kustannusten painotuksiin vuoden 2023 kustannustietojen perusteella (13 §)

Tulevaisuudessa olisi hyvä, että muutoksen perusteina olisi useamman vuoden toteuma, joka tasaisi vuosittaisten rahoitusmuutosten suuruutta.

6. Aluekohtaisten terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon tarvekertoimien laskenta kahden vuoden tietojen perusteella (14 §)

On erittäin hyvä, että palvelukertoimien laskennassa otetaan huomioon hyvinvointialueen tiedot pidemmällä ajanjaksolla kuin nykyinen yksi vuosi. Nykyinen malli on johtanut hyvinvointialueilla rahoituksen yllättäviin muutoksiin, jotka haittaavat talouden suunnitelmallista ohjaamista.

7. Pelastustoimen riskikertoimen tekijöiden ja niiden painokertoimien tarkistaminen (23 §)

Riskikertoimen laskennassa ei otettaisi huomioon tapahtuneita onnettomuuksia, koska esityksen mukaan rahoituksen kohdentamisen tulisi kannustaa onnettomuuksien ehkäisyyn. Tapahtuneet onnettomuudet ovat aito tieto riskien toteutumisesta ja sikäli validimpi laskennan pohja. Lisäksi riskikertoimen laskennassa pitäisi ottaa huomioon turvallisuusympäristön muuttuminen ja sitä kautta uusi vaade mm. varautumisen

osalta erilaisiin onnettomuustyyppeihin. Onnettomuustilastoinnin avulla voidaan hyvin ennakoida tuleviakin onnettomuuksia. Onnettomuuksien ehkäisyllä ei voida koskaan poistaa kaikkia onnettomuusriskejä.

Muita huomioita lausunnoilla olevasta esitysluonnoksesta

Esitysluonnoksessa sanotaan: ”Tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista on säädetty voimassa olevassa laissa vuosille 2023–2026, joten niitä on päivitettävä seuraavan kerran viimeistään vuonna 2027.” Tämä linjaus koetaan alueella hyvin ongelmalliseksi. Ainakin rahoituksen laskennassa käytetyistä terveydenhuollon tarvetekijöistä on jo nyt tunnistettu useita puutteita, jotka johtavat siihen, ettei alueiden sairastavuudesta muodostu riittävän todenmukaista kuvaa rahoituksen laskennan pohjaksi. Seuraavat puutteet on ainakin tunnistettu, joiden korjaamatta jättäminen antaa liian positiivisen kuvan alueiden sairastavuuden tasosta.

- Etäasiointi (yhteystavat R52 ja R56) on rajattu rahoituksen laskennan ulkopuolelle. Tämä on erityisen ongelmallista nykyisessä tilanteessa, missä moni hyvinvointialue pyrkii kasvattamaan etäasiointin määrää, ja tähän myös ministeriöt ovat kannustaneet. Nykyiset rahoituksen laskennan rajaukset siis käytännössä vähentävät alueiden saamaa rahoitusta sitä enemmän, mitä enemmän diagnooseja merkitään etäasiointi-käyntien yhteydessä vastaanottokäyntien sijaan.

- Suun terveydenhuollon palvelumuoto T60 ja hammaslääkärit ammattiryhmänä on rajattu rahoituksen laskennan ulkopuolelle.

- Myös muissa palvelumuodoissa on diagnooseja, jotka on rajattu rahoituksen laskennan ulkopuolelle, kun laskentaan otetaan huomioon vain palvelumuoto T11 Avosairaanhoito. Esim. T71 Mielenterveyden hoito ja T73 Päihde- ja riippuvuushoito.

- Avohilmo-tiedoista olisi tärkeää huomioida kontaktidiagnoosien ohella asiakkaalla voimassa olevat pitkäaikaisdiagnoosit osana rahoituksen laskentaa. Nyt tiettyjen pitkäaikaissairauksien kirjaamisten kattavuus on monelta osin liian riippuvaista kirjaus-teknisistä tai potilastietojärjestelmien toimintalogiikkaan kytkeytyvistä yksityiskohdista. Kirjauksia tekevälle ammattilaiselle voi siis näyttää siltä, että pitkäaikaisdiagnoosit ovat oikein kirjattuina potilaan tiedoissa, jos hän ei juuri kyseisessä kontaktissa ota niihin kantaa. Tämä vain kontakteille kirjattuja diagnooseja huomioiva laskentatapa osaltaan heikentää sairastavuustiedon kattavuutta hyvinvointialueilla. Tämäkin johtaa liian positiiviseen kuvaan alueiden sairastavuuden tasosta.

Lielähti Katri
Pirkanmaan hyvinvointialue