

Valtiovarainministeriö
valtiovarainministerio@vm.fi

Viite: VM/504/03.01.00/2017

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin lausunto esitysluonnoksesta, jossa ehdotetaan täydennettäväksi maakuntien rahoituksesta 2.3.2017 annettua lakiehdotusta.

Valtiovarainministeriö ei ole pyytänyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS) lausuntoa nyt lausuttavasta esitysluonnoksesta, mutta koska asialla on olennainen merkitys kuntayhtymän tulevan toiminnan kannalta ja se katsoo omaavan osamista asiaan liittyen, HUS lausuu kunnioittaen seuraavaa:

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä maakuntaudistuksessa siirretään 26 eri tehtävää kuntien ja kuntayhtymien vastuulta perustettavien maakuntien vastuulle. Maakuntien nettokustannusten arvioidaan olevan vuoden 2017 tasossa noin 17,35 miljardia euroa. Uudistus koskee noin 220 000 työntekijää.

Maakuntien rahoituslaissa on pyritty luomaan ekplisiittinen malli sille, miten maakuntien rahat jaetaan. Tavoite on sinänsä hyvä ja ymmärrettävä. Prosentin virhe laskennassa merkitsee kuitenkin noin 170 miljoonan euron virhettä lopputuloksessa. Ei ole ainoastaan todennäköistä vaan täysin varmaa, että etukäteen tehdyissä laskelmissa on virheitä. Perusteluissa esitetylle tavoitteelle: "Valtion rahoituksen tarkoituksena on varmistaa, että kaikilla maakunnilla on olosuhteista ja maakunnan asukkaiden palvelutarpeiden eroista huolimatta edellytykset toteuttaa lakisääteiset tehtävänsä" ei näin ollen todennäköisesti ole toteutumisen edellytyksiä, mikäli maakuntien rahoitus pyritään määrittämään hyvin mekanistisesti määritellyillä kriteereillä ja painokertoimilla.

Rahoituslain perusteluissa näyttää unohtuneen, että julkisen palvelun tehtäviä on kahdenlaisia: 1) sellaisia, joissa tarve on suhteellinen, eikä kansalaisella ole määriteltyyn palveluun absoluuttista oikeutta; ja 2) sellaisia, joissa tarve on ehdoton ja joissa kansalaisella on subjektiivinen oikeus tiettyyn palveluun ja palvelutasoon. Suurin osa julkisista palveluista on ensin mainittuja. Näihin kuuluu poliisin, tullin, puolustusvoimien (rauhan aikana), koulutoimen, ym. tuottamat palvelut. Poliisille annetaan määräraha, jonka puitteissa se toimii. Asetelmaan kuuluu hiljainen hyväksyntä siitä, että annetulla määrärahalla tuotetaan se määrä palveluja, mikä pystytään. Jos määräraha olisi isompi, tuotettaisiin enemmän palveluja, mistä seuraisi, että suurempi osa tutkittavista rikoksista selviäisi tai ennaltaehkäistäisiin. Tällaisen palvelun rahoituksen määrittäminen on poliittinen päätös.

Hyvin huomattava osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista kuuluu jälkimmäiseen ryhmään, kuten käytännössä koko erikoissairaanhoito sekä vanhus-, vammaispalvelu-, mielenterveys-, tartuntatauti-, ym. lakien perusteella määräytyvät palvelut. Eduskunnan oikeusasiamies on päätöksellään (eoak 921/2004) todennut: "Mikään muu priorisointi ei ole käsitykseni mukaan yksittäisissä hoitoratkaisuissa lainmukaista kuin sairauteen,

hoidon tarpeeseen ja hoidon vaikuttavuuteen kohdistuva" eli tällaisten palvelujen antamista **ei** voi rajoittaa rahoituksen riittämättömyyden perusteella. Näissä palveluissa rahoituksen määrittäminen ei siis ole poliittinen päätös, vaan se on kiinni vain ja ainoastaan tarpeesta sekä käytettävissä olevista hoitomahdollisuuksista. Tarve ei ole ehdollinen vaan ehdoton, keinot määrittävät kansainväliset hoitokäytännöt. Suomessa ei voida noudattaa kansainvälisistä käytännöistä poikkeavia hoitokäytäntöjä.

Terveyspalvelujen kustannukset ovat kasvaneet kaikissa OECD-maissa lähes kaikkina niinä vuosina, jolloin asiasta on pidetty tilastoa (1960). Kasvu on toteutunut nimenomaan suhteessa bruttokansantuotteeseen. Vuonna 1960 OECD-maat käyttivät terveydenhuoltoon keskimäärin 3,8% suhteessa BKT:een. Vuonna 2015 kulut suhteessa BKT:een olivat keskimäärin 9,0%. Terveyspalveluihin käytetään enemmän varoja rahavarojen kasvaessa, eli se on ns. luxury good. Siihen *halutaan* käyttää rahaa. Terveyspalvelukustannusten kasvu **ei ole** (ainakaan pääosin) seurausta huonosta taloudenpidosta. Kustannuksia ei tästä syystä ole mahdollista kontrolloida taloudenpitoa kiristämällä.

Sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyy eittämättä tehostamisen mahdollisuuksia. Tätä tehostamista on määrätietoisesti toteutettukin. Pohjoismaisen sairaaloiden tehokkuusvertailun mukaan (1) Suomessa on Pohjoismaiden tehokkaimmat sairaalat. Suomen tehotomin sairaala on tehokkaampi kuin Norjan tehokkain sairaala. Kustannusmielessä tätä kehitystä valitettavasti syö teknologian kehittyminen. Terveys- ja hyvinvointimielessä tämä on yksinomaan positiivinen asia: potilaita kyetään hoitamaan yhä paremmin.

Noin 80% sote-menoista on henkilöstökustannuksia. Henkilöstön määrä on riippuvainen tarpeesta ja sovelletuista teknologioista. Hoitoteknologioiden kehittyminen on aiemmin ollut määräävä tekijä. EU-komissio toteaa raportissaan (2): "Increases in spending on healthcare as a share of GDP in past decades have not been strongly influenced by demographic developments, but rather by policy decisions to enlarge access, by the demand for better quality healthcare, and by technology."

Henkilöstökulujen määrä riippuu työntekijämäärästä ja palkkatasosta. Työntekijämäärä ei terveydenhuoltosektorilla kovin nopeasti muutu, koska työnkuvat on vahvasti reguloitu. Terveyspalveluiden ammattihenkilöiden määrä on tiedossa seuraavan 5 vuoden ajan lähes yksittäisen sosiaaliturvatunnuksen tasolla. Jos koulutusmääriä lisätään, kustannukset kasvavat. Aiempina vuosina ulkomailta Suomeen rekrytoitujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrä on ollut hyvin vähäinen. Tulevina vuosina Suomeen tulee merkittävästi aiempaa enemmän ulkomailta opiskelleita lääkäreitä (lähinnä Virosta, Latviasta ja Ruotsista). Näidenkin määrä on tiedossa tarkasti.

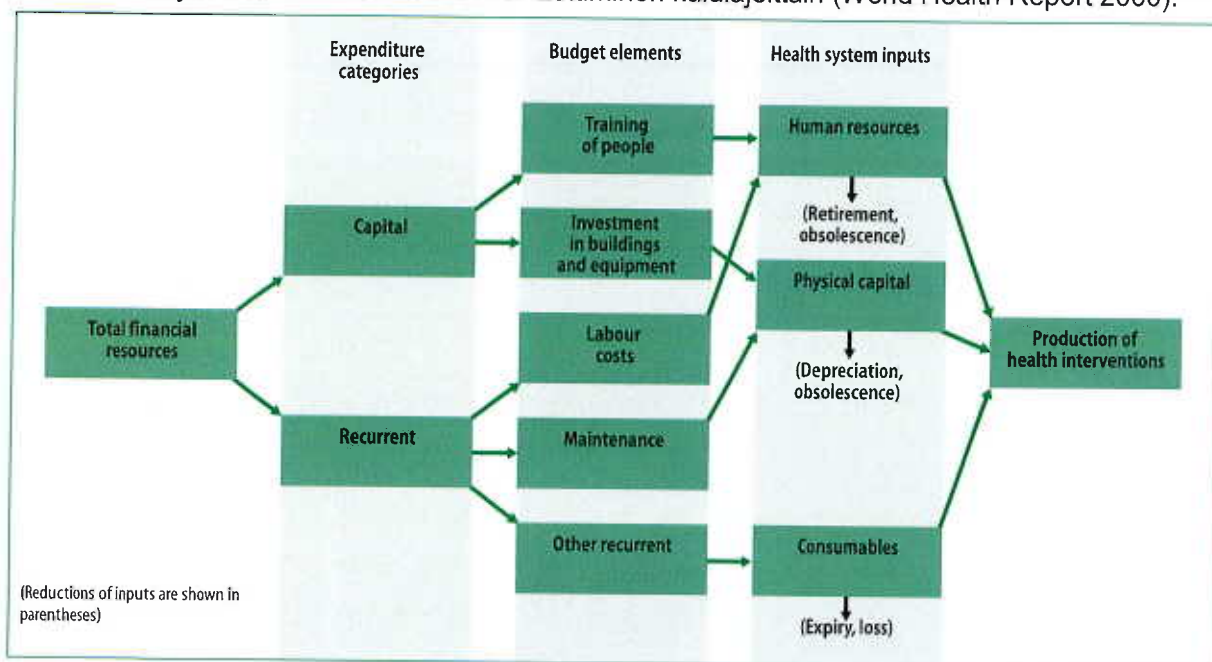
Terveyspalvelusektorin palkkataso on seurannut pääosin yleistä kustannuskehitystä. Suurempia muutoksia on toteutunut vain työtaistelujen seurauksena. Mikäli työehdot pysyvät kilpailukykyisenä muihin aloihin nähden, tällaisia toimenpiteitä ei ole odotettavissa. Palkkojen alennus on täysin teoreettinen vaihtoehto. Mikäli markkinaehtoinen välinnänvapausmalli toteutetaan hallitsemattomasti, tästä saattaa seurata palkkakilpailu etenkin lääkäreiden osalta. Tällainen luonnollisesti kohottaisi palkkakustannuksia koko

- 1 Linna M, Häkkinen U, Peltola M, ym. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals—a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. Health Care Manag Sci. 2010 Dec; 13(4): 346–357.
- 2 The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004–50). Special Report No 1/2006.

toimialalla.

Loput 20% kustannuksista aiheutuu tiloista, laitteista, välineistä ja tarvikkeista. Hoitoteknologian kehityksestä johtuen nämä kustannukset kasvavat yleistä inflaatiota nopeammin. Kustannusten kohdentumisen logiikka käy ilmi kuvasta 1.

Kuva 1. Terveysthuollon rahoituksen kohdistuminen kululajeittain (World Health Report 2000).



Rahoitusjärjestelmällä on merkittäviä vaikutuksia siihen, miten palvelutuottajat käyttäytyvät. Yhteenveto näistä esitetään kuvassa 2.

Kuva 2. Rahoitusjärjestelmän vaikutus tuottajien käyttäytymiseen (World Health Report 2000).

Provider behaviour	Prevent health problems	Deliver services	Respond to legitimate expectations	Contain costs
Mechanisms				
Line item budget	+/-	--	+/-	+++
Global budget	++	--	+/-	+++
Capitation (with competition)	+++	--	++	+++
Diagnostic related payment	+/-	++	++	++
Fee-for-service	+/-	+++	+++	---

Key: +++ very positive effect; ++ some positive effect; +/- little or no variable effect; -- some negative effect; --- very negative effect.

Sote- ja maakuntauudistuksessa on päädytty malliin, jossa valtio antaa maakunnalle kiinteän budjettirahoituksen, jonka kertoimet on pyritty määrittämään hyvin mekanistisesti. On erittäin epätodennäköistä, että tällainen malli toimisi käytännössä. Kertoimia määriteltäessä on unohtunut, että viidessä maakunnassa on yliopistollinen sairaala, joilla on erityisvelvoitteita muihin maakuntiin verrattuna. Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla on lukuisia valtakunnallisia velvoitteita, joilla on merkittäviä kustannusvaikutuksia.

Lakiehdotuksen 3§:ssä määritellään valtion rahoitus maakunnille. Rahoitusta määrittävien tekijöiden painoarvot on kirjattu 3 desimaalin tarkkuudella. Tällä tavalla on lähtötilanteessa luonnollisesti varsin tarkasti määritettävissä ne kertoimet, joiden perusteella maakuntien saama rahoitus muuttuu hyvin vähän, mikä siirtymävaiheessa onkin välttämätöntä. Lakiesityksen perusteluosassa ei kuitenkaan ole arvioitu näiden tekijöiden pysyvyyttä, mikä kertoo siitä, että kustannustekijöiden luonnetta ja eroa eri palvelujen luonteessa (absoluuttinen/suhteellinen) ei ole huomioitu tarkoituksenmukaisesti.

Siinä missä tarvetekijöiden painokertoimet on määritetty hyvinkin tarkoin, ei niiden sisältöä ole määritelty vielä lainkaan. Ikäryhmäkohtaiset ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetekijät on kuvattu aivan kuin niiden laskentaan olisi olemassa vain yksi objektiivinen tapa. Ikä- ja tarvevakiointi voidaan tehdä hyvin monella tavoin. Vakiointiin liittyy lukematon määrä suhteuttavaa päätöksentekoa. Esimerkiksi 0-5 vuotiaiden lasten terveyspalvelujen käyttö on eri maakunnissa hyvin erilaista, koska nämä eivät jakaudu tasaisesti eri maakuntiin ja koska Uudellamaalla asuvilla lapsilla yksityinen terveysvakuutus on huomattavasti yleisempi kuin muualla. Näin ollen kansallinen keskiarvo siitä, missä määrin 0-5 vuotiaat lapset ovat käyttäneet terveyspalveluja ei kerro tarpeesta mitään, ja kaikkein vähiten Uudenmaan maakunnassa.

Palvelujen käyttö on eri syistä johtuen eri maakunnissa hyvin erilaista. Tätä voidaan ja pitääkin ajan kuluessa tasoittaa, mutta tarkoituksenmukainen tasoitusjakso merkittäville palvelujärjestelmän muutoksille on vähintään 10 vuotta. Mikäli mekanistisia painoker-toimia käytetään, niiden perusteet tulee ehdottomasti avata ja määräytyminen tarkistaa laajan asiantuntijajoukon toimesta. Lisäksi rahoituksen jakautumista painokertoimien sisällä pitää voida muuttaa tavalla, joka kannustaa laadukkaaseen ja kustannustehok-kaaseen toimintaan sekä huomioi palvelujärjestelmässä ja hoitoteknologiassa tapahtu-vat muutokset. Painokertoimien sisällä ei voi soveltaa poliittista tarkoituksenmukai-suusharkintaa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painokerroin on ehdotuksen mukaan 0,946 pro-senttia. Kertoimen muodostamisen lähtökohtana olisivat maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuvaavat indikaattorit ja tulosindikaattorit, joista säädettäisiin yk-sityiskohtaisesti valtioneuvoston asetuksella. Toimintaa kuvaavia indikaattoreita olisi 4 ja niiden painoarvo olisi kertoimen laskennassa 50 prosenttia, tulosindikaattoreita olisi 6 ja myös niiden painoarvo olisi kertoimen laskennassa 50 prosenttia. Nyt määritellyssä muodossa niiden vaikutus on riittämätön.

OECD:n arviointiviitekehys määrittää terveyspalvelut (kuten yleensä muutkin palvelut) kolmen dimension – saatavuus, laatu ja kustannukset – kautta. Esitetty rahoitusjärjes-telmä ei käytännössä huomioi kuin viimeksi mainitun, vaikka terveyspalvelujen ensisi-jainen tarkoitus ei ole tuottaa kustannuksia. Saatavuutta säädellään toki joidenkin pal-velujen osalta asetetuilla määrärajoilla, mutta nämä koskettavat tosiasiallisesti vain pientä osaa toimintaa, minkä lisäksi määräajat ovat kansainvälisessä vertailussa poik-keuksellisen pitkiä. Koska potilaalla on tulevaisuudessa vapaa oikeus hakeutua hoitoon toiseen EU-/ETA-maahan, on oletettavaa, että näiden potilaiden määrä lisääntyy tule-vaaisuudessa merkittävästi, mikäli hoidon saatavuutta ei kyetä parantamaan.

Terveyspalvelujen tosiasiallinen tarkoitus on tuottaa terveyttä. Mikäli tätä ei millään ta-valla mitata eikä rahoitusta merkittävässä määrin kytetä tuotetun terveyden määrään, on todennäköistä, että rahoitusta ohjautuu palveluihin, jotka eivät tuota – ja pahimmil-laan tuhoavat – terveyttä. Tämä on laajassa määrin maakunnan järjestäjän pohdittava

asia, mutta se tulisi huomioida myös valtakunnallisen rahoituksen määräytymisen perusteissa. Mikäli maakunnan saamassa rahoituksessa ei millään tavoin huomioida tuotettujen palvelujen laatua, on järjestäjänkään hyvin vaikea huomioida sitä.

Voimaannpanolain 47 §:ssä määritettyä valtionavustusten takaisinperinnästä luopumista HUS pitää erittäin onnistuneena täydennyksenä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri esittää, että rahoituslain 3§:stä poistettaisiin nyt määriteltyt yksityiskohtaiset tekijät ja ainakin niiden painokertoimet. Rahoituslain sijasta nämä voitaisiin määrittää asetuksella tai valtion budjetin määrittämisen yhteydessä. Maakuntien rahoitusaseman vakauden vuoksi tulisi säätää, että rahoitus määritetään kolmivuotiskausittain, jossa vain viimeisen vuoden rahoitusta muutetaan. Näin maakunnilla olisi etukäteen tiedossa reilun kahden vuoden rahoitustaso. Tämä selkeyttäisi myös valtion budjetin määrittämistä. Lisäksi HUS toteaa, että 6§:ssä määritetty rahoituksen kasvun leikkaaminen 0,5 prosenttiyksikköön on epärealistista muutoin kuin nostamalla palveluja käyttävien omarahoitusosuutta, mitä ei tulisi tehdä, koska se on Suomessa jo nyt kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuri, ja se lisää kansalaisten epätasa-arvoa. Koska merkittävä osa sote-palvelujen tarpeesta on absoluuttista ja subjektiivista, tulee rahoitusta ohjautumaan enenevästi näihin palveluihin, mikä vähentää ns. peruspalveluihin käytettävissä olevia varoja, vaikka sote-uudistuksen tarkoitus onkin ollut toinen. Lisäksi kasvutarve tulee eri maakunnissa olemaan erilainen. Mikäli 30§:ssä määritelty rahoitus vuonna 2019 ja 2020 kustannusten keskiarvon 2017 ja 2018 perusteella ei huomioi väestömuutoksia ja tuotannontekijöiden kustannuskehitystä, on maakuntien rahoitus jo lähtökohtaisesti pettäväällä pohjalla.



Aki Lindén
Toimitusjohtaja



Janne Aaltonen
Yhteyspäällikkö