

Konsernipalvelut

15.2.2021

## **Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lausunto sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunnalle**

Sosiaali- ja terveystieteiden valtiokunta on pyytänyt Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä lausunnon sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja hyvinvointialueiden perustamista sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevasta hallituksen esityskokonaisuudesta.

Esityksessä ehdotetaan siirrettäväksi perustettavien hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen tehtävät. Uudistuksen tavoitteena on terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen, palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden lisääminen ja kustannusten kasvun hillintä.

### **Yleistä uudistuksen tarpeellisuudesta**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuudistus on tarpeellinen ja kiireellinen. Nykyinen hajanainen sote-palveluiden järjestäjäkenttä altistaa sekä palvelujärjestelmän osaoptimoinnille että myös palvelujärjestelmän kehittymiselle vahvempien organisaatioiden ehdoilla. Tämä on johtanut palvelujärjestelmän epätarkoituksenmukaiseen kehitykseen, peruspalveluiden rapautumiseen sekä myös kansalaisten tasa-arvoisuuden ja yhdenvertaisuuden vaarantumiseen palvelujärjestelmän kehityksen eriytyessä Suomen eri alueiden välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden horisontaalinen ja vertikaalinen yhteen liittäminen eli integraatio on oikea lähtökohta palvelujärjestelmän uudistamiselle. Integroitunut palvelujärjestelmä ohjaa hoito- ja palveluketjujen katsomiseen kokonaisuutena, vähentää riskiä osaoptimoinnille sekä antaa nykyjärjestelmää paremmat mahdollisuudet sekä peruspalveluiden vahvistamiselle että myös ennaltaehkäiseviin palveluihin panostamiselle. Palvelutarpeen kasvaessa tulevaisuudessa voimakkaasti mm. väestön ikääntymisen sekä lääketieteen ja hoitomuotojen kehityksen myötä on tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kyettävä ennaltaehkäisyyn, varhaisen tuen sekä uusien ja nykyistä vaikuttavampien ja enemmän terveyshyötyä tuottavien toimintamallien kautta vaikuttamaan palvelutarpeen kasvuun ja siten myös myötävaikuttamaan julkisen talouden kestävyysvajeeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon perustuvat uudistuksen hyödyt ovat saavutettavissa vain, mikäli integraatiolla tarkoitetaan sekä järjestämisen, palveluiden tuottamisen, rahoituksen sekä tiedon integraatiota. Palveluintegraatio on keino saavuttaa hallitusohjelmassa määritetyt hyvät uudistuksen tavoitteet, mutta sekä valtiohallituksen strategisessa ohjauksessa että rahoitusjärjestelmässä täytyy tunnustaa oikeat insentiivit palvelujärjestelmän uudistamiselle aluevaltuustojen ja -hallitusten johdolla hyvinvointialueilla. Ilman konkreettisia muutoksia palvelujärjestelmässä, toimintatavoissa ja palvelurakenteissa ei uudistuksen tavoitteita pelkällä hallinnollisella muutoksella ole mahdollista tavoittaa.

Sote-uudistuksessa hallituksen esityksen mukaisesti keskittyminen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluihin lisää suuren muutoksen hallittavuutta ja myös julkisen palvelutuottajan vahvaa asemaa muutosvaiheessa voidaan pitää uudistuksen hallittavuuden näkökulmasta tarkoituksenmukaisena.



Konsernipalvelut

15.2.2021

## **Hyvinvointialueiden välinen yhteistyö**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimintaympäristö on voimakkaassa ja kiihtyvässä muutoksessa. Nuorempien ikäluokkien pienentyessä ja sote-toimialan osaajien eläkepoistuman kasvaessa osaajien riittävyys sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla ja eri ammattiryhmissä tulee olemaan suuri haaste. Väestön keskittyessä entistä harvempiin ja suurempiin keskuksiin myös osaajien epätasainen jakautuminen ja osaamisen keskittyminen on haaste riittävän kattavan palvelujärjestelmän ja kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaamiseksi. Esimerkiksi Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan aloituspaikoista n. 55-58% on täyttynyt viime vuosina OYS-erva alueen ulkopuolelta tulevilla opiskelijoilla. Erityisesti Lapin, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan alueelta tulneiden opiskelijoiden määrä viime vuosina on ollut hyvin vähäinen. Lääketieteellisten tiedekuntien valintajärjestelmän muutokset ovat kiihdyttäneet em. kehitystä ja vaarana on osaajakato peruskoulutusvaiheen jälkeen johtaen palvelujärjestelmän haasteisiin tulevaisuudessa.

Osaajien keskittyessä yhä voimakkaammin pääosin kasvukeskuksiin, vaatii osaamisen riittävä turvaaminen tulevaisuudessa eri hyvinvointialueilla uusia toimintatapoja. Samalla tulee turvata hyvinvointialueiden keskuksista kauempana asuvien ihmisten tarpeet ja oikeudet palvelujen saavutettavuudessa. Nykyistä syvempi ja myös organisatoris-tasoinen yhteistyö hyvinvointialueiden välillä on välttämätöntä osaajien riittävyyden turvaamiseksi ja osaajien jakamiseksi sekä siten myös riittävän kattavien palveluiden turvaamiseksi ja kansalaisten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden varmistamiseksi. Pohjois-Suomen OYS-erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit ovatkin perustaneet yhteisen, voittoa tuottamattoman, omistajiinsa nähden in house-asemassa olevan Pohjois-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon osuuskunta Tervian.

Valitettavasti em. osuuskunta sekä sen julkisomisteinen tytäryhtiö Tervia Osaajat Oy (huolehtii lääkärin liikkuvuudesta sekä päivystävien sairaaloiden osaajien riittävyyden varmistamisesta Pohjois-Suomessa) rinnastetaan sote-järjestämislain 2§ mukaisesti yksityisiin toimijoihin. Sote-järjestämislain §12 mukaista järjestäjäkyvykkyyttä ja siihen liittyvää oman palvelutuotannon riittävyyttä arvioitaessa ei julkisomisteista osuuskuntaa eikä sen tytäryhtiötä lasketa osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa. Osuuskunnan kautta ei voida sote-järjestämislain §12 perustelumuistion kautta tuottaa kokonaisia lääketieteen erikoisaloja, vaan osuuskunta voi tuottaa ainoastaan sote-järjestämislain §13 mukaisesti hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoa tukevaa vuokralääkäri-tyyppistä palvelua. Em. sote-järjestämislain rajoitteet aiheuttavat haasteen Pohjois-Suomessa päivystävien sairaaloiden toiminnan turvaamiselle sekä riittävän osaamisen varmistamiselle ja tulevaisuudessa samat haasteet liittynevät myös osittain perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluihin.

Inhouse- eli sidosyksikköasema määritellään hankintalain (laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2016) 15 §:ssä:

”Sidosyksiköllä tarkoitetaan hankintayksiköstä muodollisesti erillistä ja päätöksenteon kannalta itsenäistä yksikköä. Lisäksi edellytyksenä on, että hankintayksikkö yksin tai yhdessä muiden hankintayksiköiden kanssa käyttää määräysvaltaa yksikköön samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa ja että yksikkö harjoittaa enintään viiden prosentin ja enintään 500 000 euron osuuden liiketoiminnastaan muiden tahojen kuin niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on. Sidosyksikössä ei saa olla muiden kuin hankintayksiköiden pääomaa.”

Mikäli yhtiö tai osuuskunta on in house -asemassa, hyvinvointialue yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa siis käyttää määräysvaltaa yhtiöön tai osuuskuntaan samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa. Tällöin



Konsernipalvelut

15.2.2021

on perusteltua rinnastaa yhtiöltä tai osuuskunnalta hankittavat palvelut hyvinvointialueen omien toimipaikkojen palvelutuotantoon arvioitaessa, pystyykö hyvinvointialue huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.

***Em. perusteilla ehdotamme, että julkisomisteista osakeyhtiö- tai osuuskuntamuotoista toimintaa ei tulisi rinnastaa yksityiseen ja hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden sekä osuuskuntien palvelutuotanto pitäisi laskea osaksi hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa järjestämiskyvykkyyttä ja riittävää omaa palvelutuotantoa arvioitaessa.***

**Ehdotus uudeksi 2 momentiksi lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 12 §:ään (tai vaihtoehtoisesti uudeksi 3 momentiksi 8 §:ään):**

***Hyvinvointialue voi tuottaa asiakkaalle annettavia sosiaali- ja terveyspalveluja hankkimalla niitä omistamaltaan tai usean hyvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhtiöltä, osuuskunnalta tai muulta yhteisöltä, jos se on perusteltua tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi. Mikäli hyvinvointialue yksin tai yhdessä muiden hyvinvointialueiden kanssa käyttää määräysvaltaa yhteisöön samalla tavoin kuin omiin toimipaikkoihinsa, hyvinvointialueen omistamalta tai usean hyvinvointialueen yhteisesti omistamalta yhteisöltä hankittavat palvelut rinnastetaan hyvinvointialueen omaan palvelutuotantoon arvioitaessa, pystyykö hyvinvointialue huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta.***

Myös lähetteen perusteella tehtävä ratkaisu asiakkaan ottamisesta sairaalaan ei pitäisi olla tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta virkavastuuseen sidottua, jotta hyvinvointialueiden omistamien ja ohjaamien yhtiöiden ja osuuskuntien lääkärit voisivat tehdä myös hoidollisia päätöksiä potilaiden sairaalaan ottamisesta. Asiasta tarkemmin alla omassa kappaleessaan.

### **Hoidon tarpeen arvion kytkeminen virkavastuuseen sote-järjestämislain §12 mukaisesti**

Sote-lakikokonaisuuteen kuuluvassa järjestämislaissa ollaan rajoittamassa lääkärin ammattioikeuksiin kuuluvaa oikeutta tutkia ja arvioida potilaan hoidon tarvetta ja päättää hoitoratkaisuista erikoissairaanhoidossa.

Laki sallisi perusterveydenhuollossa työskenteleville ostopalvelulääkäreille mahdollisuuden tutkia ja hoitaa potilasta normaaliin tapaan. Sama lääkäri arvioisi myös potilaan hoidon tarpeen ja tekisi hoitoratkaisut ja kirjoittaisi tarvittaessa lähetteen erikoissairaanhoitoon. Tämä koskisi myös perusterveydenhuollon yhteydessä ns. peruserikoissairaanhoidon palveluissa työskentelevää lääkäriä.

Erikoissairaanhoidossa potilaan tilanne muuttuisi. Vain virkasuhteessa hyvinvointialueeseen oleva lääkäri voisi tutkia potilaan, päättää diagnoosista, tehdä hoidon tarpeen arvion ja päättää hoitoratkaisuista.

Lakiehdotuksessa on kokonaan sivuutettu vakiintunut tulkinta julkisen vallan käytöstä terveydenhuollossa. Sitä ovat käsitelleet niin oikeusasiamies kuin korkein hallinto-oikeuskin.

Ei ole mitään perusteltua syytä edellyttää, että erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi tulisi aina tehdä virkasuhteessa. Potilashan ei voi suoraan hakeutua ei-kiireelliseen erikoissairaanhoitoon, vaan ensin on saatava lähete perusterveydenhuollosta.



Konsernipalvelut

15.2.2021

Lakiluonnoksessa erikoissairaanhoidon virkalääkärivaatimusta perustellaan muun muassa hoidon suurilla kustannuksilla. Silti hyvinvointialueelle on esitetty erilaisia mahdollisuuksia ohjata ja valvoa terveydenhuollon toimintaa. Terveydenhuollon toimintayksiköllä tulee olla myös vastaisuudessa vastaava lääkäri, joka johtaa ja valvoo toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoitoa. Hyvinvointialueen vastaava lääkäri vastaa näin osaltaan myös siitä, että hyvinvointialueella tehtävät hoitoratkaisut ovat lääketieteellisesti perusteltuja eikä resursseja käytetä lääketieteellisesti epätarkoituksenmukaisella tavalla. Virkalääkärivaatimukselle ei valvonnan eikä kustannusten hallinnan kannalta ole esitetty juridisia perusteluja.

Jos erikoissairaanhoidon potilasta hoidettaisiin ostopalveluna ehdotetussa mallissa, olisi potilas ennen hoidon aloittamista käynyt läpi useita eri lääkärin arvioita: ensimmäisen lähetteen laatimisvaiheessa, toisen lähetteen saapuessa virkalääkärin arvioitavaksi ja kolmannen kerran hoitavan tahon lääkärin arvioidessa potilaan hoitoa. Lisäksi hoitavan lääkäri tulisi potilaan hoitosuhteen aikana hoitoratkaisuja tehdessään pyytää virkalääkärin ratkaisu asiassa. Tämä taas edellyttäisi virkalääkärin ja potilaan tapaamista. Näin lisättäisiin merkittävästi terveydenhuollon kustannuksia.

Korkein hallinto-oikeus on ottanut virkasuhteen käytön laajentamiseen kantaa oikeussuojan näkökulmasta lausunnossaan 25.9.2020 (dnro H316/20). Lausunnossa esitetään huoli siitä, että tämän seurauksena ”oikeussuojajärjestelmään voi kohdistua sellaisia vaatimuksia, joihin ei voida vastata tuomioistuinten ratkaisuilla”. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitoratkaisusta ja käytännön lääkärityöstä voi tämän seurauksena tulla muutoksenhakukelpoisia. Tämä on suoraa seurausta perustuslain 21 §:n 1 momentin mukaisesta perusoikeutena turvatusta oikeudesta oikeusturvaan, jonka mukaan mm. jokaisella on oikeus saada ”oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan koskeva päätös tuomioistuimen tai muun riippumattoman lainkäyttöelimen käsiteltäväksi”. Lopputulos olisi ilmeisen epätarkoituksenmukainen ja lisäisi lisäarvoa tuottamattoman byrokratian määrää huomattavasti. KHO katsoo lisäksi lausunnossaan, että lakiesityksen perustelut julkisen hallintotehtävän alan laajentamisesta kattamaan mm. hoidon tarpeen arviointia ja potilaan tutkimiseen liittyviä ratkaisuja ”eivät vaikuta oikeudellisesti kestävältä”.

***Esitämme, että järjestämislain 12 §:ssä asetetusta virkalääkärivelvoitteesta tulee luopua sellaisissa erikoissairaanhoidon toimissa, joita ei ole tähän asti pidetty julkisen vallan käyttönä vaan tavanomaisena palvelutuotantona.***

### **Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoitus hyvinvointialueilla**

Yleiskatteellista ja laskennallista, pääosin palvelutarpeisiin pohjautuvaa rahoitusta voidaan lähtökohdiltaan pitää perusteltuna mallina resurssien jakamiseen. Lakiesityksen mukaan rahoituksesta kohdennetaan hyvinvointialueille keskimäärin 81,5 % THL:n määrittelemien tarvekertoimien ja 4,1 % olosuhdetekijöiden perusteella. Muita määrätymistekijöitä ovat asukasperusteisuus (13,4 %) sekä hyte-kriteeri (1,0 %).

Jotta mallin tarkoitus resurssien kohdentamisesta väestön palvelutarpeiden perusteella toteutuu, tulee rahoituksen kriteereiden olla selkeitä ja oikeudenmukaisia sekä kunkin hyvinvointialueen omaan väestöön eri määrätymistekijöiden kautta johdettavia. Laskentamallin on myös kyettävä reagoimaan hyvinvointialueiden osin nopeastikin muuttuviin palvelutarpeisiin. Sosiaalihuollon tarvekertoimen tietopohjaa ja sen hyödyntämistä



Konsernipalvelut

15.2.2021

alueiden todellisia tarpeita kuvaavana muuttujana tulee kehittää. Hyvinvointialueiden tulee olla yhdenvertaisessa asemassa eikä rahoituksen taso saa pohjautua esim. eroihin kirjaamiskäytännöissä.

Rahoitusmallissa keskeistä on riittävä ennakoitavuus, jotta alueet voivat arvioida mahdollisia sopeuttamistarpeita ja niiden vaatimia toimenpiteitä jo ennen vuotta 2023. Kesäkuun ja joulukuun 2020 välillä julkaistuissa rahoituslaskelmissa on ollut huomattavaa vaihtelua eri tekijöistä johtuen. On ongelmallista, että tarvetta kuvaavien määräytymistekijöiden kehitystyö on vielä kesken ja uusien paremmin palvelutarvetta kuvaavien tekijöiden käyttöönoton jälkeen uusia todennäköisesti pitävämpiä rahoituslaskelmia saadaan käyttöön vasta alkuvuodesta 2022. Tämä vaikeuttaa muun muassa väliaikaisen valmistelutoimielimen työskentelyä sekä sote-palvelustrategian ennakkovalmistelua aluevaltuustolle ja -hallitukselle esiteltäväksi. Epävarmuutta rahoituksen tasosta lisää se, että lopullinen tieto vuoden 2023 luvuista saadaan vasta edellisen vuoden tilinpäätösten valmistuttua hyvinvointialueiden toiminnan olleessa jo käynnissä. ***Ennakoitavuuden näkökulmasta tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista ei tulisi ilman painavia perusteita säätää useammin kuin neljän vuoden välein.***

Rahoituksen määräytymistekijöistä erityisesti sosiaalihuollon tarvekertoimeen liittyy olennaisia epävarmuustekijöitä. Myös perusterveydenhuollon data-aineisto on puutteellinen erityisesti pienten terveyskeskusten ja terveydenhuollon kuntayhtymien osalta, mikä voi aiheuttaa vääristymiä tarvekertoimiin. Lisäksi erikoissairaanhoidon tarvekertoimet selittävät kustannuksista esimerkiksi ppsHP:n osalta vain reilut 50%. Kattavan kustannustiedon puuttuessa THL:n mallissa on jouduttu käyttämään useita laskennallisia menetelmiä ja skaalausta. Estimointitulokset poikkeavat toisistaan merkittävästi neljällä alueella, joka toimivat laskentamallin pohjadataa. Ongelmana on, että tällä hetkellä sosiaalihuollon avopalveluista ei saada koko väestöä kattavia tietoja. Skaalauksen problematiikkaa lisää se, että sosiaalihuollon kustannusten laskennassa on käytetty pitkälti Kuusikkokuntien tietoja sekä alueiden itsensä toimittamaa kustannusdataa. Myös THL:n raportista (Häkkinen ym., 2020) käy ilmi, että sosiaalihuollon nettomenojen ja tarvekertoimen välinen selitysaste jää osin matalaksi. Yhtenä vaihtoehtoja on edetä sosiaalihuollon palvelutarpeen määräytymisperusteiden osalta porrasmaisesti eli laajentaa muuttujia vaiheittain hyvinvointialueilta saatavan tiedon kattavuuden ja laadun parantuessa.

Osa palvelutarvetta kuvaavista muuttujista sisältyy sekä terveyden-, vanhusten- että sosiaalihuollon tarvekertoimiin. Jatkokehitystyössä on tarpeen arvioida, saavatko terveyden-, vanhusten ja sosiaalihuollon tarvetta kuvaavissa määräytymistekijöissä toistuvat tarvetekijät liian suuren painoarvon kokonaistarvekertoimen määrittelyssä. Lisäksi erityisesti sosiaalihuollon osalta monet palvelujärjestelmän kuormitusta ennakoivat tekijät eivät tule huomioiduksi määräytymistekijöissä. THL:n mallista on myös eri syistä jouduttu jättämään pois olennaisia tekijöitä esimerkiksi työterveyshuoltoon ja päivystyksen matka-aikaan liittyen. Myös nämä ”pois-valinnat” ohjaavat osaltaan mallin vaikutuksia rahoituksen määräytymiseen. Mallia kehitettäessä on lisäksi syytä pohtia, muodostavatko nykyiset palveluryhmät liian karkeita tarkasteluluokkia, eli tulisiko esimerkiksi mielenterveyspalveluita tai lastensuojelun palveluita arvioida omalla erillisellä tarvekertoimellaan. Kriteereitä tarkastellessa on myös noussut esiin kysymys, että kuvaavatko ikäryhmien regressiopainot oikealla tavalla todellisia palvelutarpeita esimerkiksi vanhuspalveluiden osalta vai vääristääkö nuori, mutta nopeasti ikääntyvä väestörakenne Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen tilannetta.

Pohjois-Pohjanmaalle tunnusomaista ovat pitkät etäisyydet ja osin harva asutus. Tällä on kustannusten näkökulmasta vaikutusta muun muassa kotiin vietävien palveluiden sekä kuljetusten järjestämiseen. Samoin henkilöstön palkkakustannukset nousevat helposti varsinkin erityisosaaajien saatavuuteen liittyen. Tästä



Konsernipalvelut

15.2.2021

näkökulmasta asukastiheyden painokerroin (1,5 %) on varsin vähäinen, vaikka alueellisilla olosuhteilla on merkittävä syy-yhteys sote-palveluiden tuotantokustannuksiin ja muun muassa siihen, millaiseksi ikäihmisten palveluiden peittävyystavoitteet voidaan asettaa. Asukastiheyskriteerin painoarvon tulisi olla suurempi, jotta hyvinvointialueiden olosuhdetekijät tulevat riittävällä tavalla huomioiduksi. Kriittisesti on tarpeen arvioida myös sitä, onko kahden kielellisen määräytymistekijän (vieraskielisyys 2,0 %, kaksikielisyys 0,5 %) painoarvo rahoituksen määräytymisessä liian korkea hyvinvointialueiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta ja sisältyykö kriteereihin palvelujärjestelmän kuormittavuuden näkökulmasta mahdollista päällekkäisyyttä.

***Ehdotamme, että asukastiheyden painokerroin nostetaan 3,0 %:iin ja vastaavasti vieraskielisyyden painokerrointa lasketaan 1,5 %:iin ja asukasperustaisuuden painokerrointa 12,4 %:iin.***

Pohjois-Pohjanmaa on yliopistosairaalamaakunta ja on ongelmallista, että yliopistollisten sairaaloiden aiheuttama rasite hyvinvointialueelle esimerkiksi koulutukseen, opetukseen ja tutkimustoimintaan liittyen ei näy rahoitusjärjestelmässä lainkaan. Opetus- ja tutkimustoiminnan harjoittaminen on välttämätöntä terveydenhuoltojärjestelmän jatkuvuuden takia, ja yliopistosairaaloille aiheutuu siitä ylimääräisiä kustannuksia verrattuna keskussairaaloihin. Koulutukseen, opetukseen ja tutkimukseen varautuminen edellyttää yliopistollisilta sairaaloilta normaalia sairaalatoimintaa suurempia investointeja sekä kiinteistöihin että tutkimuslaitteistoon. On arvioitu, että yliopistosairaaloiden suoritehinnat ovat keskimäärin noin 5 % korkeampia keskussairaaloihin verrattuna, mikä edustaa opetus- ja tutkimustoiminnasta tulevaa ylimääräistä rasitetta palvelujärjestelmälle. Tutkimustoiminnan kustannuksiin tarkoitettua valtion tutkimusrahoitusta on supistettu vuosittain ja sen merkitys on nykyisin varsin marginaalinen. OYS on lääkäreiden lisäksi merkittävä koulutusala myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Tarvevakioitu rahoitus edellyttää sitä, että sekä koulutustoiminnan että opetustoiminnan kustannukset pitää kokonaisuudessaan kompensoida yliopistosairaaloille. Nykyisen valtion tutkimusrahoituksen taso ei riitä tähän.

***Yliopistosairaalaan liittyvät koulutusvelvoite ja investoinnit tulee korvata hyvinvointialueille erillisellä rahoituksella.***

Rahoituslakiluonnoksen voimaantulosäännöksissä (33 §) on kirjaus määräytymistekijöiden ja painokertoimien päivityksestä jo vuoden 2023 rahoituksesta lähtien. Palvelutarpeen kasvuvarvion lisäksi päivitys kohdentuisi terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihuollon tehtäväkohtaisiin painotuksiin, tarvetekijöihin sekä niiden painokertoimiin. Hyvinvointialuevalmistelun näkökulmasta näitä muutoksia on kyettävä ennakoimaan jo ennen vuotta 2023. Lisäksi lakiesityksessä on tarpeen kuvata nykyistä yksiselitteisemmin eri muuttujiin liittyvä säättämismenettely sekä asetuksenantovaltuudet. Myös tältä osin rahoitusjärjestelmän tulee olla ennustettava, jotta muun muassa palvelustrategiatyö sekä palvelujärjestelmän rakentaminen rahoitusraamin mukaisesti toteutuu kansalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuus huomioiden.

Verrattuna lokakuun 2020 laskelmiin hallituksen esityksen yhteydessä 8.12.2020 julkaistuissa aineistoissa on päivitetty muun muassa tarvekertoimien taustadataa ja regressiopainoja. Alueellisessa valmistelussa on herännyt kysymyksiä, että miten luotettavana näihin pohjautuvia palvelutarvekertoimia voidaan tällä hetkellä pitää. Erityisesti isoimpien regressiopainojen muuttujilla on olennainen vaikutus kertoimiin ja siten myös rahoituksen määräytymiseen. Lisäksi on huomioitava, että ns. nolla-summa-pelin näkökulmasta yksittäisen hyvinvointialueen tilanteeseen vaikuttavat olennaisesti muiden alueiden kustannukset ja muun muassa kirjaamiskäytännöt. On tarkasteltava kriittisesti, ovatko ei-integroidut hyvinvointialueet heikommissa asemassa jo integraation



Konsernipalvelut

15.2.2021

toteuttaneisiin verrattuna, eli onko esimerkiksi hajanainen järjestäjäverkko yhteydessä kirjaviin tietojärjestelmäratkaisuihin ja siten vaihteleviin kirjaamiskäytäntöihin. Jatkossa tarvitaan kansallista vertailua pohjadataan oikeellisuudesta ja yhdenmukaisuudesta eri hyvinvointialueiden välillä. Ensivaiheessa tämä koskee varsinkin suurimpia kustannusluokkia sekä merkittäville regressiopainopainoilla olevia tarvetekijöitä. Erityisesti sosiaalihuollon tarvekertoimen osalta tämä on olennaista, sillä edellä kuvatut epävarmuustekijät muun muassa tietojen skaalaukseen liittyen voivat vääristää rahoituksen oikeudenmukaista kohdentumista hyvinvointialueiden välillä.

Lähihistoriaa tarkastellessa soten nettokustannusten kasvu on Suomessa kiihtynyt erityisesti vuodesta 2017 lähtien muutaman maltillisemman vuoden jälkeen. Esimerkiksi vuonna 2018 soten nettokustannukset kasvoivat edellisvuoteen verrattuna koko maassa keskimäärin 2,9 % ja vuonna 2019 kasvua oli noin 5,1 % (Tilastokeskus, Kuntatalous). Vastaava kehitys on nähtävissä myös Pohjois-Pohjanmaalla. COVID-19-epidemia vaikuttaa edelleen vuonna 2021 kuntien ja kuntayhtymien talouteen. Lisäksi ikärakenteen muutoksesta johtuvaan palvelutarpeen kasvuun liittyen kustannusten odotetaan kohoavan voimakkaasti myös lähivuosina, ellei integroitujen palvelurakenteiden ja -prosessien uudistamistyössä onnistuta. Myös lasten, nuorten ja perheiden sekä vammaispalveluiden kustannuskasvu on ollut voimakasta viime vuosina niin kansallisesti kuin Pohjois-Pohjanmaalla. Tätä taustaa vasten tulee kriittisesti arvioida, vastaavatko maakuntaindeksi ja rahoituslain seitsemännen pykälän mukainen palvelutarpeen muutos todellista sote-kustannusten kasvua huomioiden alueiden erityiskysymykset sekä toiminnan käynnistymiseen liittyvät muutostalustukset.

Rahoituslakiesityksen (7 §) mukaan palvelutarpeen kasvu otetaan huomioon siihen määrään asti, että kustannusten vuosittainen nousu vastaa 80 prosenttia arvioidusta palvelutarpeiden kasvusta. Vuosina 2023-2024 arvioitu palvelutarve huomioidaan kuitenkin kokonaisuudessaan (36 §). Lakiesityksen mukaan rahoituksen taso tarkistetaan vuosittain jälkikäteen vastaamaan toteutuneita tilinpäätöstietoja (10 §). Takautuva rahoituksen tarkistaminen kuitenkin tehdään koko maan tasolla, joten rahoitusmalli ei ole yksittäisen hyvinvointialueen näkökulmasta todellisuudessa kustannusperusteinen. Lisäksi rahoituksen takautuvassa tasaamisessa on arviolta kahden vuoden viive. Lähtökohtaisesti tehostamiseen kannustavat rahoituslakiesityksen elementit ovat kannatettavia. Kuitenkin takautuva, koko maan tasolla tasattava laskennallinen rahoitusmalli ei tämän hetken arvion mukaan riittävällä tavalla huomioi Pohjois-Pohjanmaan erityiskysymyksiä muun muassa nopeaan väestörakenteen muutokseen sekä yliopistosairaalamaakunnan ja Pohjois-Suomen yhteistyöalueen velvoitteisiin liittyen.

### **Sosiaali- ja terveydenhuollon muutostalustusten huomioiminen**

Hyvinvointialueiden kustannuskehitykseen vaikuttavat myös väliaikaiset (esim. ict) sekä pysyvät (esim. palkkojen harmonisointi) muutostalustukset. Edellisellä hallituskaudella kansallisiksi ict-muutostalustuksiksi arvioitiin noin 550-650 miljoonaa euroa. Lakiesitykseen sisältyvässä vaikutusten arvioinnissa on todettu, että palkkaharmonisoinnin kustannuksia voidaan ennakoita tarkastelemalla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön palkkasummaa, joka vuonna 2019 oli sivukuluineen noin 10,4 miljardia euroa. Tietyin rajauksiin tästä summasta arvioidaan noin 60 % tulevan palkkaharmonisoinnin piiriin. Esimerkiksi KT Kuntatyönantaja arvioi edellisellä vaalikaudella, että palkkaharmonisaatiosta aiheutuva kustannus olisi 0,7 %, jos palkat harmonisoitaisiin mediaanitasolle, ja 6,3 %, jos palkat harmonisoitaisiin 9. desiliin tasolle.



Konsernipalvelut

15.2.2021

Ict-ratkaisujen osalta Pohjois-Pohjanmaan tilanne on hajanainen liittyen muun muassa laajaan järjestäjien joukkoon maakunnassa. Edellisellä valmistelukaudella ict-muutuskustannusten arvioitiin ajoittuvan erityisesti toiminnan käynnistymisen ensimmäisen vuosiin. Aiempien arvioiden mukaan ict-muutuskustannukset olisivat olleet esimerkiksi kahtena ensimmäisen vuonna Pohjois-Pohjanmaalla noin 18-19 miljoonaa euroa vuotuisesti.

Edellisen vaalikauden valmistelussa Pohjois-Pohjanmaalla arvioitiin, että palkkojen harmonisoinnista 9. desiilin tasolle aiheutuva kustannus on noin 75 miljoonaa euroa ja korkeimpien palkkojen tasolle noin 100 miljoonaa euroa. Viime vuosien oikeuskäytännön johdosta on syytä varautua harmonisointiin korkeimpien palkkojen tasolle. Rahoituslain 36 § mukainen 0,2 %-yksikön lisäys palvelutarpeeseen kattaa tästä arviolta vain noin 1/5 ja sekin toteutuu seitsemän vuoden viiveellä, kun harmonisointi joudutaan toteuttamaan huomattavasti nopeammalla aikataululla.

***Pysyväksi jääviin muutuskustannuksiin tulisi olla riittävä, hyvinvointialueille todellisten kustannusten mukaisesti kohdennettu erillinen, pysyvä rahoitus. Rahoituksen riittävyyden arviointi vaikeutuu, mikäli merkittävä osa muutuskustannusten korvaamisesta jää valtion vuotuisen talousarviokehysten ja -käsittelyn varaan.***

KT Kuntatyönantajan viimeisimmän arvion mukaan hyvinvointialueelle siirtyvää henkilöstöä on Pohjois-Pohjanmaalla sosiaali- ja terveyspalveluissa sekä pelastustoimessa noin 18 200. Määrä vastaa noin kahdeksaa prosenttia koko maan hyvinvointialueille siirtyvästä henkilöstöstä.

### **Hyvinvointialueiden investointi-oikeus sekä investointien valtiontakaus**

Laki hyvinvointialueesta 3 luvussa säädetään hyvinvointialueen suhteesta valtioon ja kuntiin. Lain 15 § käsitellään hyvinvointialueen lainanottovaltuutta mm seuraavasti:

- Valtioneuvosto päättää vuosittain valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden määrästä pitkäaikaisen lainan ottamiseksi.
- Hyvinvointialueen lainanottovaltuus on hyvinvointialueen laskennalliseen lainanhoitokatteeseen perustuvan enimmäismäärän ja tilikauden alun ennakoidun lainamäärän erotus. Laskennallinen lainanhoitokate lasketaan kaavalla, jossa tuloslaskelman vuosikatteeseen lisätään korkokulut ja summa jaetaan korkokulujen ja laskennallisten lainanlyhennyksien summalla. Laskennalliset lainanlyhennykset saadaan jakamalla taseen lainamäärä kymmenellä.

Lakiesityksessä investoinnit tehdään siis valtio-ohjauksesta riippuviksi, ja hyvinvointialueilla ei olisi itsenäistä oikeutta ottaa pitkäaikaista lainaa. Lainanottovaltuuksissa maakuntalain 15§ mukainen laskennallinen lainanhoitokate lasketaan jakamalla konsernitaseen mukainen lainamäärä kymmenellä, joka johtaisi useissa hyvinvointialueissa investointien pysähtymiseen tai niiden toteuttamiseen epätarkoituksenmukaisesti erilaisin taseen ulkopuolisin järjestelyin mm. pitkäaikaisin vuokrasopimuksin tai leasingrahoituksella. Vaihtoehtoisten rahoitusten hinta voi muodostua moninkertaiseksi omaan taselainaan nähden. Tällaisiin järjestelyihin liittyy olennaisesti myös erilaisia sopimus- ja vastapuoliriskejä, joiden hallinta voi muodostua työlääksi. Yleinen tapa kiinteistöjen rahoituksessa on sovittaa lainanlyhennykset ja poistot yhteen. Näin lainat lyhennetään 25-30 vuodessa. Perustettavien hyvinvointialueiden investointiohjelmat sisältävät myös merkittävästi erilaisia hyvin



Konsernipalvelut

15.2.2021

kalliita lääkinneilaitteita, joihin investoidaan vuosittain alueen koosta riippuen arviolta 10-100 milj. euroa. Lääkinneilaitteiden käyttöikä vaihtelee tyypillisesti 5-10 välillä.

***Yllä mainituin perustein esitämme, että lainanhoitokatteiden jakajaksi asetettaisiin 25.***

Lakiesityksen 15 §:ssä todetaan edelleen seuraavasti:

- Valtioneuvosto muuttaa hyvinvointialueen lainanottovaltuutta, jos hyvinvointialueen investointitarve on kiireellinen ja investointi on välttämätön hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvien palvelujen tuottamisen jatkuvuuden kannalta tai lainsäädännössä edellytettujen palvelujen turvaamiseksi eikä investointitarvetta voida kattaa muulla tavoin. Lainanottovaltuuden muuttamisesta voidaan päättää hyvinvointialueen hakemuksesta tai valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön tai sisäministeriön aloitteesta.
- Valtiovarainministeriö asettaa 3 momentissa tarkoitetun päätöksen valmistelua varten valmisteluryhmän, johon valtiovarainministeriö, sosiaali- ja terveysministeriö ja sisäministeriö sekä asianomainen hyvinvointialue nimeävät edustajansa. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida lainanottovaltuuden muuttamisen edellytyksiä, tarvittavan lainanottovaltuuden suuruutta sekä hyvinvointialueelle asetettavia ehtoja. Arviointi perustuu hyvinvointialueen taloutta ja toimintaa koskevan tiedon perusteella tehtyyn kokonaisarvioon.

Edellä esitetty mahdollistaa hyvinvointialueen palvelujen tuottamisen kannalta kiireellisen ja välttämättömän investoinnin toteuttamisen, jos valmisteluryhmän valmistelusta valtioneuvosto muuttaa joillakin ehdoilla hyvinvointialueen lainanottovaltuutta. Tämä menettely johtaa hyvinvointialueen kuitenkin lain 13 luvun 123 § mukaan valtionvarainministeriön käynnistämään arviointimenettelyyn. Tästä syystä hyvinvointialueet eivät tule tekemään valtioneuvostolle hakemuksia lainanottovaltuuden muuttamisesta, vaikka kansalaisten palvelujen tuottamisen näkökulmasta investoinnit olisivat kiireellisiä ja välttämättömiä.

Nykyisessä lakiesityksessä pitkäaikaisen rahoituksen järjestämisen mahdollisuudet jäävät avoimiksi ja rahalaitosten on ilman hyvinvointialueen verotusoikeutta hankalaa arvioida hyvinvointialueiden riskiluokkaa. Hyvinvointialueille asema raha- ja pääomamarkkinoilla poikkeaa olennaisesti sairaanhoitopiirien asemasta, koska hyvinvointialueilla ei ainakaan alkuvaiheessa olisi verotusoikeutta. Hyvinvointialueilla ei olisi niin sanottua nollariskiasemaa, kuten sairaanhoitopiireillä nyt on. Tämän vuoksi esitysluonnoksessa hyvinvointialueiden nollariskiasema toteutuu siirtyvien lainojen osalta valtion takauksen avulla. Valtion takauksessa valtio sitoutuu omavelkaiseen vastuuseen hyvinvointialueen puolesta suhteessa velkojiin. Tätä menettelyä ei sote-esitysluonnoksessa ole kuitenkaan ulotettu hyvinvointialueiden uusiin investointihankkeisiin eikä myöskään maksuvalmiusjärjestelyihin. Kuntarahoituksen poistuminen maakuntien rahoitusvaihtoehdoista vaikuttaa hyvinvointialueiden rahoituskustannuksiin nostavasti. Lisäksi hyvinvointialueen lyhytaikaisen maksuvalmiuden ylläpitäminen poikkeustilanteissa kuten esimerkiksi korona-pandemian aikana vaarantuu. ***Valtiontakaus tulee turvata myös hyvinvointialueiden uusille investoinneille ja maksuvalmiusjärjestelyille.***



Konsernipalvelut

15.2.2021

### **Uudistuksen kokonaisuukaataulu**

Kuten lausunnon alussa todetaan, on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuudistus tarpeellinen ja kiireellinen. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella on nykytilanteessa 19 järjestämisvastuullista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatiota ja 2 pelastuslaitosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut kattavan Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen perustaminen tulee olemaan vaativa työ. Jotta hyvinvointialueet voisivat ottaa em. palveluiden järjestämis- ja tuottamisvastuun kantaakseen vuoden 2023 alusta, on nyt käsiteltävänä oleva lakikokonaisuus saatava hyväksyttyä kevätistuntokauden 2021 loppuun mennessä, jotta voimaannpanolain mukainen väliaikainen valmistelutoimielin voi käynnistää toimintansa hallituksen sote-uudistuksen tavoiteaikataulun mukaisesti ja jotta toimeenpanon valmisteluun jää riittävästi aikaa. Lakikokonaisuuden hyväksymisen lykkäntyminen tulee vääjäämättä muuttamaan myös uudistuksen toimeenpanoaikataulua.

