

EDUSKUNTA
Sosiaali- terveystieteiden valiokunta
stv@eduskunta.fi

SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNTA 16.2.2021 / HE 241/2020 vp
Asiantuntijalausunto
Markku Pekurinen, tutkimusprofessori (emeritus), DPhil (economics)

1 Hyvinvointialueiden rahoitusmalli

Hyvinvointialueiden toiminta rahoitetaan lakiesityksen mukaan pääosin valtion rahoituksella ja osaksi asiakasmaksuilla.

Hyvinvointialueiden valtionrahoitus toteutetaan siirtämällä kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen kustannuksia vastaavat valtionosuudet ja kuntien omarahoitus alueiden toiminnan rahoittamiseen¹.

Hyvinvointialueiden rahoitus on yleiskatteista ja kohdennetaan alueille sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelutarpeita ja olosuhdetekijöitä kuvaavien tekijöiden sekä asukasluvun perusteella.

Hyvinvointialueiden rahoitusta tarkistetaan koko maan tasolla vuosittain periaatteessa palvelutarpeiden ja kustannustason muutoksia vastaavasti sekä ottaen huomioon mahdollisten tehtävämuutosten kustannukset. Rahoituksen tasoa tarkistetaan koko maan tasolla jälkikäteen, jos ilmenee ettei rahoitus ole ollut koko maan tasolla riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen järjestämiseksi.

Hyvinvointialueilla ei ole vielä uudistuksen käynnistyessä niiden itsehallinnon kannalta olennaista verotusoi-keutta.

Muista poiketen, Helsingin kaupunki voi käyttää omaa rahaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen järjestämiseen. Tämä katsotaan kaupungin avustukseksi palvelujen järjestämiseen eikä sitä oteta huomioon koko maan tasolla hyvinvointialueiden toteutuneita kustannuksia jälkikäteen arvioitaessa.

Valtiohallinnon ohjaus tulee olemaan tiukkaa, mikä on ymmärrettävää valtion rahoittaessa valtaosan kustannuksista. Esimerkiksi investointien ohjaus muistuttaa vuosikymmenien takaista lääkintöhallituksen tapaa ohjata terveydenhuollon investointeja. Kolikon toinen puoli on, että hyvinvointialueiden itsenäinen liikkumavara päätöksenteossa tulee olemaan rajallista.

2 Rahoituksen määräytyminen

Hyvinvointialueiden valtion rahoitus perustuu pääosin alueen väestön sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen tarpeeseen. Johtavana ajatuksena on kohdentaa kulloinkin sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämiseen koko maan tasolla käytettävissä oleva valtion rahoitus budjettivuoden tilanteen mukaan

¹ Kunnilta siirtyy tuloja ja kustannuksia hyvinvointialueille noin 19,9 miljardia euroa vuoden 2020 kustannustasolla. Tästä valtionosuuksia on noin 6,5 miljardia euroa ja kunnilta siirrettäviä verotuloja noin 13,4 miljardia euroa. Kaikkien kuntien kunnallisveroprosentteja alennetaan 13,26 %-yksikköä. Nämäkin luvut tarkentunevat vielä ennen sote-uudistuksen toimeenpanoa.

oikeudenmukaisesti hyvinvointialueille². Tällä pyritään varmistamaan jokaiselle hyvinvointialueelle periaatteessa yhtäläiset taloudelliset mahdollisuudet järjestää alueen väestön tarvitsemat palvelut.

Noin 80 prosenttia hyvinvointialueen rahoituksesta määräytyy väestön palvelutarpeita kuvaavien tekijöiden perusteella. Näitä ovat hyvinvointialueen ikärakenteen ja erilaisten sosio-ekonomisten tekijöiden lisäksi muun muassa kustannuksiltaan merkittävien sairauksien yleisyys alueella. Terveystieteiden tutkimuksissa näitä hyvinvointialueiden rahoitukseen vaikuttavia sairauksia on 50, vanhustenhuollossa 18 ja sosiaalihuollossa 13. Tarvekriteerit perustuvat Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamaan poikkeuksellisen laajaan ja monipuoliseen rekisteriaineistoon ja yksityiskohtaiseen tutkimukseen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä³.

Tarveperusteinen rahanjakomalli ei ole ajatuksena uusi. Vastaavan kaltaista mallia sovelletaan Suomessa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrittelyssä. Myös monissa kehittyneissä EU-maissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien julkinen rahoitus perustuu väestön/asiakkaiden palvelujen tarvetta kuvaaviin kriteereihin ja malleihin³. *Rahoituslakiesityksessä esitettävä malli perustuu poikkeukselliseen laajaan ja monipuoliseen rekisteriaineistoon sekä yksityiskohtaiseen, huolelliseen ja asiantuntevaan tutkimukseen.* Tutkimuksen toteutusta on tukenut monitieteellinen sekä palvelujen järjestäjiä ja tuottajia edustanut asiantuntijaryhmä.

Tärkeää on todeta, että hallituksen esittämä *rahoitusmalli on suunnattu tukemaan ensisijaisesti palvelujen järjestämistä ei niinkään palvelujen tuottamista.* Pääosin väestön palvelutarpeisiin pohjautuva rahoitusmalli on tähän tarkoitukseen sopiva ja perusteltu.

On myös syytä todeta, että rahoitusmallilla *valtionrahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille niiden väestöjen suhteellisen palvelutarpeen ei absoluuttisen tarpeen mukaan.* Näin siksi, että kunkin talousarviovuoden valtionrahoitukseen on koko maan tasolla käytettävissä vain rajallinen määräraha, joka pyritään jakamaan hyvinvointialueille oikeudenmukaisesti.

Esitetty rahoitusmalli kattaa terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämisen kannalta olennaisimmat tekijät, joista ylipäätään on saatavilla kattavasti luotettavaa yksilötason tietoa.

Täysin uusi ja innovatiivinen rahoituselementti on hyvinvointialueiden palkitseminen sekä asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen aktiivisuudesta että siinä onnistumisesta. Sen painoarvo rahoituksessa on vielä pieni, mutta tietopohjan parantuessa ja vaikuttavuustietojen karttuessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen painoa rahoituksessa on mahdollista kasvattaa.

Yhteenvedona totean, että

- (i) Esitettävä rahoitusmalli perustuu poikkeuksellisen laajaan ja monipuoliseen tietoaaineistoon sekä huolelliseen ja asiantuntevaan tutkimukseen.*
- (ii) Rahoitusta määrittävät tarvetekijät kattavat terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen järjestämisen kannalta olennaisimmat tekijät.*

² Rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille niiden väestöjen *suhteellisen tarpeen, ei absoluuttisen tarpeen mukaan.* Näin siksi, että kunkin talousarviovuoden valtionrahoitukseen on koko maan tasolla käytettävissä vain rajallinen määräraha.

³ Häkkinen U, Holster T. Sote-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139708/URN_ISBN_978-952-343-483-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- (iii) *Tarvetekijät kuvaavat käytettävissä olevien tietojen asettamissa rajoissa riittävän hyvin hyvinvointialueiden väestöjen palvelujen suhteellista tarvetta. Esitetty rahoitusmalli on palvelujen järjestämisen kannalta perusteltu.*
- (iv) *Hyvinvointialueiden palkitseminen asukkaiden hyvinvoinnin edistämisen aktiivisuudesta ja siinä onnistumisesta on sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden kannalta suotavaa ja sen painoarvoa voidaan kohentaa vaikuttavuustietojen karttuessa.*

3 Rahoituksen riittävyys - rahoituksen tason tarkistaminen

Koko maan tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen valtion rahoituksen määrää tarkistetaan seuraavalle talousarviovuodelle etukäteen ottaen huomioon 1) palvelutarpeiden muutoksesta 80 % (vuodesta 2025 alkaen), 2) kustannustason muutos ja 3) hyvinvointialueiden tehtävien muutos.

Yksittäisellä hyvinvointialueella on mahdollisuus anoa valtiolta lisärahoitusta, jos rahoituksen taso ei riitä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen saatavuuden turvaamiseen alueen väestölle.

Koko maan rahoituksen taso tarkistetaan vuosittain jälkikäteen hyvinvointialueiden tilinpäätöstietojen perusteella sen varmistamiseksi, ettei rahoituksen taso erkane todellisista kustannuksista.

3.1 Palvelutarpeen muutos ja rahoitus

Väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen ennakoidaan kasvavan lähivuosina noin 1,0–1,2 prosenttia vuodessa⁴. Tätä ei kuitenkaan oteta huomioon valtion rahoituksessa täysimääräisesti, vaan *jo tiedossa olevasta hyvinvointialueiden rahoitustarpeen kasvusta jätetään 20 prosenttia huomioon ottamatta vuodesta 2025 alkaen.*

Lakiesityksessä (per 8.12.2020) palvelutarpeen muutos on arvioitu koko maan tasolla noin 17 % pienemmäksi kuin lausuntokierroksella olleessa ehdotuksessa (per 15.6.2020) (tarpeen kasvu 1,2 % -> 1,0 % per vuosi). Pienentynyt arvio noudattaa EU:n yhtenäistä oletusta väestön eliniän pitenemisen vaikutuksesta hoivan tarpeeseen. Eliniän pitenemisen oletetaan siirtävän hoivan tarvetta saman verran niin Suomessa kuin muissakin EU-maissa kuten Ruotsissa, Ranskassa tai Kreikassa ja Romaniassa.

Vuosina 2023–2029 palvelutarvearvioon lisätään 0,2 %-yksikköä. Korotuksella pyritään vastamaan hyvinvointialueiden siirtymävaiheen muutoskustannuksiin.

Vuosina 2023-2024 hyvinvointialueiden kokonaisrahoitus määräytyy periaatteella: some-mallin⁴ palvelutarvearvio + 0,2 %-yksikköä. Vuodesta 2025 alkaen tästä otetaan huomioon 80 %.

Kun keskimääräisen väestönkasvun arvioidaan koko maan tasolla jäävän vuoteen 2030 mennessä yhteen prosenttiin⁴, *hyvinvointialueiden rahoituksessa varaudutaan käytännössä ainoastaan väestönkasvusta aiheutuvien palvelutarpeiden muutoksiin.* Kun samaan aikaan vanhusväestön määrän arvioidaan kasvavan 24 prosenttia ja ikääntyneiden hoivan kustannusten noin 50 prosenttia, *on hyvinvointialueiden rahoitukseen syntymässä ilmeinen rahoitusongelma.*

Menettelyn ilmeinen tavoite on varmistaa sote-uudistukselle asetetun 0,5 miljardin euron kustannusten kasvun hillintätavoitteen saavuttaminen. On vaikea nähdä muuta syytä sille, miksi jo tiedossa olevaa palvelutarpeen kasvua ei oteta rahoituksessa täysimääräisesti huomioon.

⁴ Juha Honkatukia. SOME-mallin arvio sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksista. SOME-mallin kuvaus. Muistio 21.6.2020 https://thl.fi/documents/2616650/5897794/THL_SOME_KUVAUSTEKSTI190820.pdf/009b7f9d-b4e9-14ef-bb59-a89f88b2a4d5?t=1597828603228

Rahoituslain perusteluissa (7§) otaksutaan, että antamalla hyvinvointialueille tarvetta niukempi rahoitus, alueilla olisi kannuste sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillintään. Näin voi olla, mutta luontevampaa on ennakoida menettelyn johtavan moraalikatoon. Rahoituksen ollessa riittämätön se ei ole myöskään uskottava. Kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon alibudjetoinnista on kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tuttu ilmentymä niukan rahoitusraamin seurauksista.

Ilmeisesti myös uskotaan, että hyvinvointialueiden pelko joutua arviointimenettelyyn ja pitkällä aikavälillä riski toiseen hyvinvointialueeseen liitettäväksi luo hyvinvointialueille riittävää painetta pysyä palvelujen tarvetta niukemmassa rahoitusraamissa.

Yhteenvedona totean, että

- (i) *Rahoituslakiesityksen mukaan valtio varautuu rahoittamaan hyvinvointialueita jo ennakkoon tiedossa olevaa väestön palvelutarpeiden kasvua vähemmän.*
- (ii) *Lakiesityksen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus riittäisi kattamaan ainoastaan väestön määrän muutoksesta aiheutuvat kustannukset, mutta ei väestörakenteen muutoksesta, kuten väestön ikääntymisestä aiheutuvien kasvavien palvelutarpeiden kustannuksia.*
- (iii) *Hyvinvointialueiden järjestämisvastuun toteuttaminen uskottavasti edellyttää vähintäänkin sitä, että valtion rahoitusta tarkistetaan vuosittain täysimääräisesti väestön ennakoitua sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelujen tarpeen kasvua vastaavasti.*
- (iv) *Kun kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot ovat vuosina 2001–2018 kasvaneet reaalisesti keskimäärin noin 2,5 prosenttia vuodessa, jättäisi väestön määrän ja väestörakenteen muutoksesta johtuvien palvelutarpeiden kasvun rahoittaminen täysimääräisesti hyvinvointialueille edelleen erittäin suuren paineen parantaa palvelutuotannon tuottavuutta.*
- (v) *THL:n ylläpitämän some-mallin tuottama arvio sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeiden muutoksesta on keskeinen tieto arvioitaessa hyvinvointialueiden rahoitustarpeen muutoksia ja rahoituksen riittävyyttä. Rahoituksen tarkistamisen uskottavuuden ja hyväksyttävyyden kannalta on olennaisen tärkeää, että some-mallin keskeiset oletukset avataan julkiseen keskusteluun ja oletusten soveltuvuus Suomen oloihin varmennetaan tutkimusperusteisesti.*

3.2 Hyvinvointialueiden hintaindeksi

Hämmentävää on, että nyt hyvinvointialueiden hintaindeksiksi esitetään täsmälleen samaa hintaindeksiä, jota perustuslakivaliokunta aiemmissa kannanotoissaan edellisen hallituksen sote-esityksestä selkeästi kritikoiti (PeVL 15/2018 vp ja PeVL 65/2018 vp).

Rahoituslakiesityksessä kustannustason muutos otetaan huomioon hyvinvointialueiden hintaindeksillä, jonka yhteys hyvinvointialueiden kustannuskehitykseen on etäinen. Hyvinvointialueiden hintaindeksissä ansiotasoindeksin paino on 60 %, kuluttajahintaindeksin 30 % ja hyvinvointialueyönantajan sosiaaliturvamaksujen muutoksen paino 10 %.

Sosiaali- ja terveystoimen paino ansiotasoindeksissä on 14,9 prosenttia ja palo- ja pelastustoimen 0,4 prosenttia eli yhteensä noin 15,3 prosenttia⁵. Valtaosa (84,7 %) ansiotasoindeksistä kuvaa siis muiden kuin hyvinvointialueiden henkilöstön ansiokehitystä ja voi siten antaa virheellisen kuvan todellisesta kustannuskehityksestä.

⁵ Ansiotasoindeksi 2015=100. Käyttäjän käsikirja. Käsikirjoja 1/2019. Tilastokeskus 2019. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yksk1_201500_2019_21506_net.pdf

Kuluttajahintaindeksi kuvaa kotitalouksien hankkimien tavaroiden ja palvelujen hintakehitystä, mikä sopii erittäin huonosti kuvaamaan hyvinvointialueiden muiden kuin palkkojen ja palkkasidonnaisten maksujen kustannustasossa tapahtuvia muutoksia. Kuluttajahintaindeksi ei luonteensa mukaisesti kuvaa esimerkiksi sairaalalääkkeiden, sairaalatarvikkeiden tai laboratorio- ja kuvantamislaitteiden hintakehitystä.

Hyvinvointialueyönantajan sosiaaliturvamaksujen (sairausvakuutus-, työttömyysvakuutus- ja eläkemaksut) muutos on esitetyn hyvinvointialueiden hintaindeksin tekijöistä ainoa, joka kuvaa selkeästi hyvinvointialueiden kustannustasossa tapahtuvaa muutosta.

Yhteenvetona totean, että

- (i) *Hyvinvointialueiden hintaindeksi ei juuri lainkaan kuvaa alueiden järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveystalouksien kustannustason muutosta.*
- (ii) *On ilmeistä, että lakiesityksen mukainen kustannustason muutoksen tarkistusmenettely johtaa ajan mittaan hyvinvointialueiden rahoituksen erkanemiseen niiden todellisista kustannuksista.*
- (iii) *Rahoitusperusteiden uskottavuuden säilyttämiseksi hyvinvointialueiden hintaindeksin tulee kuvata mahdollisimman hyvinvointialueiden kustannustason todellista muutosta.*
- (iv) *Kustannustason muutos tulisi ottaa huomioon hyvinvointialueiden kustannustason todellista muutosta kuvaavan hintaindeksin mukaisesti. Hintaindeksissä sosiaali- ja terveystalouden ja pelastustoimen ansiotasoindeksin painokerroin tulisi olla 0,60, sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen hyödykeindeksin 0,30 ja hyvinvointialueyönantajan sosiaaliturvamaksujen muutoksen 0,10.*

4 Siirtymäaika ja -tasaus

Tarveperusteiseen rahoitukseen siirrytään periaatteessa heti uudistuksen käynnistyessä, käytännössä uudistuksen vaikutuksia vaimennetaan seitsemän vuoden siirtymäajalla. Näin siksi, että uudistus vaikuttaa kaikkien hyvinvointialueiden rahoituskykyyn. Uudistuksen myötä 10 hyvinvointialueen rahoitus kasvaisi ja 12 supistuisi lähtötilanteeseen verrattuna.

Seitsemän vuoden siirtymäajan aikana rahoituksen hyvinvointialuekohtaiset muutokset nykyisestä tarveperusteiseen rajataan vuosittain euromääräisesti. *Siirtymäkausi ja -tasaus ovat perusteltuja. Pitkä siirtymäaika antaa hyvinvointialueille aikaa sopeuttaa toimintaa muuttuvaan rahoitusraamiin.*

Siirtymätasaus kohtelee hyvinvointialueita epäsuhtaisesti. Keski-Uusimaan, Pohjanmaan ja Kainuun rahoitus olisi vielä seitsemän vuoden siirtymäajan jälkeenkin edelleen selvästi arvioitua tarvetta suurempi ja Pohjois-Karjalan rahoitus jäisi edelleenkin jälkeen tarpeenmukaisesta rahoituksesta.

Rahoituksen lähtötilanteesta riippuen (miten paljon/vähän alueen toteutuneet menot poikkeavat tarpeenmukaisesta) eri hyvinvointialueet saavuttavat tarpeen mukaisen rahoituksen tason hyvin eritahtisesti. Suurin osa alueista (14) saavuttaa tavoitetason jo viiden vuoden kuluttua uudistuksen käynnistymisestä.

Rahoituslaskelmien tietopohjan ajantasaisuus on perustavaa laatua oleva kysymys rahoitusperiaatteen hyväksyttävyyden ja uskottavuuden kannalta. Syksyn 2020 aikana julkistettujen koelaskelmien mukaiset aluekohtaiset tiedot kunkin hyvinvointialueen saamasta rahoituksesta vaihtelevat hämmästyttävän paljon jopa vajaan kahden kuukauden välein julkistettujen tietojen välillä (ks. liitetaulukko 1). Jopa rahoitusmuutoksen etumerkki vaihtuu ("voittajista" tulee "häviäjiä" ja "häviäjistä" "voittajia") lähtötietojen päivittyessä.

Yhteenvedona totean, että

- (i) Pitkä siirtymäkausi on perusteltu tarveperusteiseen rahoitukseen siirtymiseksi. Pitkä siirtymäaika antaa hyvinvointialueille aikaa sopeuttaa toimintaa muuttuvaan rahoitusraamiin.
- (ii) Uudistuksen toimeenpanon jouduttamiseksi, siirtymäajan lyhentämistä viiteen vuoteen tulisi harkita.
- (iii) Rahoituksen tietopohjan ajantasaisuus tulee varmistaa ennen lopullisia päätöksiä rahoituksen uskottavuuden turvaamiseksi.

5 Kustannusten kasvun hillintä

Rahoituslaissa esitetty *valtionrahoituksen tarkistusmenettely*, joka ottaa huomioon väestön palvelutarpeiden muutoksen vajavaisesti, *hillitsee jo sellaisenaan merkittävästi toimialan totuttua kustannuskehitystä.*

Lakiesityksen vaikutusarvion mukaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menot kasvoivat 2001–2018 reaalisesti keskimäärin 2,5 % vuodessa. Vielä 2015–2019, jolloin kunnat jo varautuivat edelliseen sote-uudistukseen pyrkimällä rajoittamaan sote-menojen kasvua, menot kasvoivat reaalisesti keskimäärin 1,3 % vuodessa⁶. *Lakiesityksen mukainen rahoitusmalli rajaisi menojen reaali kasvun keskimäärin noin 1 prosenttiin vuoteen 2030 saakka.*

On myös syytä huomata, että *Suomen terveystennojen vuotuinen reaali kasvun on jo vuosina 2013–2019 ollut Kreikan rinnalla EU-maiden alhaisin ja jäänyt selvästi jälkeen muista Pohjoismaista*⁷.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen yhteensovittaminen (integraatio) näyttäisi tuovan selkeitä taloudellisia etuja. THL:n vuosittain julkaisemien sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioitujen menojen perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen jo integroineet Päijät-Häme sekä Pohjois- ja Etelä-Karjala ovat vuodesta toiseen järjestäneet väestön tarvitsemat sosiaali- ja terveyspalvelut selvästi muuta maata edullisemmin⁸.

Uudenmaan erilliskorjaus heikentää merkittävästi kustannusten kasvun hillintätavoitteen saavuttamista. Erikoissairaanhoidon järjestäminen säilynee Uudellamaalla pääosin erillään muusta sosiaali- ja terveydenhuollosta ja siten sote-integraatio jää toteutumatta Uudellamaalla, jonne kohdistuu runsas neljännes (26 %) koko soten rahoituksesta.

Yhteenvedona totean, että

- (i) *Rahoituslakiesityksen toteuttaminen hidastaa jo sellaisenaan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua verrattuna aikaisempaan kehitykseen. Eri asia on, riittääkö esityksen mukainen rahoitus turvaamaan väestölle asianmukaiset ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevaisuudessa.*
- (ii) *On ilmeistä, että Uudenmaan erilliskorjaus rajoittaa puutteelliseksi jäävän sote-integraation johdosta mahdollisuuksia hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvua koko maan tasolla.*

⁶ Tilastokeskus, StatFi-tietokanta 2021.

⁷ Health at a Glance: Europe 2020. OECD December, 2020.

⁸ https://thl.fi/documents/2616650/3514854/Tarvevakioidut_menot_kunnittain_maakunnittain_ja_sairaanhoitopiireitt%C3%A4in_2018.xlsx/f37cbeb4-e6d2-6261-38a0-76a5b753d606?t=1593498463229

Liitetaulukko 1. Hyvinvointialueiden siirtymätasaus 2023–2029, €.

Hyte-kriteeri on laskettu €/as.vuosille 2023-2025 ja hyte-kertoimella vuodesta 2026 eteenpäin.

10 = VM/KAO 13.10.2020	+ = lisäys tarpeen mukaiseen rahoitukseen (so. valtionrahoitus tarvetta suurempi)							
12 = VM/KAO 8.12.2020	- = vähennys tarpeen mukaisesta rahoituksesta (so. valtionrahoitus tarvetta pienempi)							
	Muutos	Muutos	Muutos	Muutos	Muutos	Muutos	Muutos	Tasaus
	0 €/as	+/- 10 €/as	+/- 30 €/as	+/- 60 €/as	+90/-75 €/as	+150/-90 €/as	+200/-100 €/as	yhhteensä €
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	
Helsinki 10	51 421 964	44 941 544	31 980 704	11 309 458	1 588 828	0	0	141 242 498
Helsinki 12	40 273 720	33 793 300	20 832 460	161 214	0	0	0	95 060 695
Vantaa ja Kerava 10	-4 834 655	-2 190 455	0	0	0	0	0	-7 025 111
Vantaa ja Kerava 12	-11 435 851	-8 791 651	-3 503 251	0	0	0	0	-23 730 753
Länsi-Uusimaa 10	73 016 035	68 373 015	59 086 975	45 987 867	39 023 337	32 058 807	27 415 787	344 961 824
Länsi-Uusimaa 12	46 763 394	42 120 374	32 834 334	19 735 227	12 770 697	5 806 167	1 163 147	161 193 340
Itä-Uusimaa 10	-15 685 423	-14 712 793	-12 767 533	-10 291 261	-7 373 371	-1 537 591	0	-62 367 972
Itä-Uusimaa 12	-16 777 407	-15 804 777	-13 859 517	-11 383 244	-8 465 354	-2 629 574	0	-68 919 874
Keski-Uusimaa 10	54 682 907	52 712 937	48 772 997	42 353 431	39 398 476	36 443 521	34 473 551	308 837 819
Keski-Uusimaa 12	42 505 265	40 535 295	36 595 355	30 175 789	27 220 834	24 265 879	22 295 909	223 594 325
Varsinais-Suomi 10	6 046 235	1 260 415	0	0	0	0	0	7 306 650
Varsinais-Suomi 12	-33 393 409	-28 607 589	-19 035 949	-2 906 691	0	0	0	-83 943 639
Satakunta 10	10 466 531	8 280 291	3 907 811	0	0	0	0	22 654 632
Satakunta 12	6 823 126	4 636 886	264 406	0	0	0	0	11 724 419
Kanta-Häme 10	-24 694 263	-22 980 623	-19 553 343	-13 835 694	-8 694 774	0	0	-89 758 698
Kanta-Häme 12	-14 370 188	-12 656 548	-9 229 268	-3 511 618	0	0	0	-39 767 622
Pirkanmaa 10	16 489 517	11 316 187	969 527	0	0	0	0	28 775 232
Pirkanmaa 12	-16 040 427	-10 867 097	-520 437	0	0	0	0	-27 427 962
Päijät-Häme 10	-56 082 201	-54 008 261	-49 860 381	-42 188 182	-35 966 362	-23 522 722	-13 153 022	-274 781 131
Päijät-Häme 12	-31 902 430	-29 828 490	-25 680 610	-18 008 411	-11 786 591	0	0	-117 206 531
Kymenlaakso 10	22 965 442	21 299 212	17 966 752	12 869 750	10 370 405	7 871 060	6 204 830	99 547 450
Kymenlaakso 12	18 406 156	16 739 926	13 407 466	8 310 463	5 811 118	3 311 773	1 645 543	67 632 445
Etelä-Karjala 10	-10 258 504	-8 970 944	-6 395 824	-2 322 140	0	0	0	-27 947 413
Etelä-Karjala 12	-13 332 951	-12 045 391	-9 470 271	-5 396 587	-1 533 907	0	0	-41 779 108
Etelä-Savo 10	2 413 948	1 049 208	0	0	0	0	0	3 463 157
Etelä-Savo 12	13 733 734	12 368 994	9 639 514	5 559 310	3 512 200	1 465 090	100 350	46 379 194
Pohjois-Savo 10	7 432 676	4 928 536	0	0	0	0	0	12 361 211
Pohjois-Savo 12	13 020 168	10 516 028	5 507 748	0	0	0	0	29 043 945
Pohjois-Karjala 10	-67 591 334	-65 935 644	-62 624 264	-57 055 878	-52 088 808	-42 154 668	-33 876 218	-381 326 815
Pohjois-Karjala 12	-59 486 991	-57 831 301	-54 519 921	-48 951 535	-43 984 465	-34 050 325	-25 771 875	-324 596 413
Keski-Suomi 10	-42 695 372	-39 962 542	-34 496 882	-24 978 810	-16 780 320	-383 340	0	-159 297 267
Keski-Suomi 12	-36 244 115	-33 511 285	-28 045 625	-18 527 553	-10 329 063	0	0	-126 657 642
Etelä-Pohjanmaa 10	-18 354 346	-16 411 186	-12 524 866	-7 146 886	-1 317 406	0	0	-55 754 689
Etelä-Pohjanmaa 12	8 259 169	6 316 009	2 429 689	0	0	0	0	17 004 867
Pohjanmaa 10	26 480 795	24 718 865	21 195 005	16 084 810	13 441 915	10 799 020	9 037 090	121 757 500
Pohjanmaa 12	29 135 998	27 374 068	23 850 208	18 740 012	16 097 117	13 454 222	11 692 292	140 343 917
Keski-Pohjanmaa 10	-2 504 256	-1 819 886	-451 146	0	0	0	0	-4 775 289
Keski-Pohjanmaa 12	4 280 025	3 595 655	2 226 915	0	0	0	0	10 102 595
Pohjois-Pohjanmaa 10	-14 042 592	-9 920 982	-1 677 762	0	0	0	0	-25 641 335
Pohjois-Pohjanmaa 12	9 603 175	5 481 565	0	0	0	0	0	15 084 740
Kainuu 10	6 147 883	5 417 273	3 956 053	1 510 882	414 967	0	0	17 447 058
Kainuu 12	15 001 834	14 271 224	12 810 004	10 364 833	9 268 918	8 173 003	7 442 393	77 332 207
Lappi 10	-20 820 985	-19 035 765	-15 465 325	-9 957 656	-4 601 996	0	0	-69 881 726
Lappi 12	-14 821 994	-13 036 774	-9 466 334	-3 958 665	0	0	0	-41 283 769
Manner-Suomi 10	-0	-11 651 600	-27 981 503	-37 660 308	-22 585 108	19 574 087	30 102 018	-50 202 415
Manner-Suomi 12	-0	-5 231 580	-12 933 085	-19 597 456	-1 418 496	19 796 235	18 567 759	-816 622