STM /VM:
Mitkä ovat sairauksiin perustuvan tarveperusteisen mallin lisäksi valittuja rahoituksenjakoperusteita (mm. kielilisät) ja millainen niiden kunkin euromääräinen osuus on?
Miten lapsivaikutusten arviointi on toteutettu? Miten tarvekerroin huomioi esimerkiksi tällä hetkellä puutteelliset lastensuojelun rahoituksen ja lastenpsykiatrian tarpeen?
Miten rahoitusmallia voitaisiin kehittää vaikuttavuuden huomioimiseksi (nyt sairausperusteinen)?
Miten voimme avata tarvekerroinmallin, jonka perusteella jaetaan miljardeja, tutkijoiden käyttöön avoimeksi (tällä hetkellä ei ole)?
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin huomioida alueellisesti?
Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia tulisi parantaa ja laajentaa? Miten sosiaalipalveluiden laskentaa kehitetään?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?
Miten yliopistosairaaloiden toiminta ja kustannustaso huomioitaisiin kattavammin?
Miten kannustinvaikutusongelmilta aiotaan välttyä?
Miten alueiden todellisen itsehallinnon puutteen ongelmalta aiotaan välttyä?
Hallitus (sote-minry) on päättänyt veromallin edistämisestä. Milloin hyvinvointialueilla on verotusoikeus käytössä?
Kuinka suuri vaikutus on kerätyn datan epäyhtenäisyydellä?
Miten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä kehitetään?
Miten vastaatte arvioon rahoituksen kohdennuksen väärästä painopisteestä? Miten nykyiseen kohdennukseen (asukasmäärän osuus) on päädytty? Mksi on päädytty tähän prosenttirajaukseen?
Vähenisikö rahoituksenjaossa asukasmäärän osuuden kasvattaminen tarvekerroinmallissa havaittuja epätarkkuuksia?

Miten terveydenhuollon rahoitus riittää tällä tasolla ja miksi ei pyritä Pohjoismaiselle tasolle?
Miten vastaatte kasvukaupunkien esittämään palautteeseen?

Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu, miten kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen jää rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mitkä olisivat ensisijaisia ehdotuksia kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?

Kaikille asiantuntijoille:
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?
Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?
Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?

Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?
Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti?
Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?

Jos uudistus viedään läpi esitetyssä muodossaan ilman muutoksia, onko se mielestänne parannus vai heikennys nykytilaan suomalaisten hyvinvoinnin kannalta?

- Sairastuessaan jokainen meistä haluaa tietää minne pääsee lääkäriin ja milloin. Esitetyssä muodossaan uudistus on selvä heikennys nykytilaan: julkisrahoitteisten palveluiden saatavuus heikkenee. Se johtaa eriarvoisuuden lisääntymiseen. Myös palveluiden tuotantokustannukset kasvavat. Lisäksi muun muassa alihankintarajoitukset vaarantavat lähipalveluiden saatavuuden.

- Nykyisessä mallissa kunnat ja kuntayhtymät ovat voineet itse päättää investoivatko tiloihin, laitteisiin ja henkilökuntaan vai tuleeko edullisemmaksi ostopalveluiden hyödyntäminen yksityisiä toimijoita kilpailuttamalla tai palveluseteleitä käyttäen. Tämä harkintamahdollisuus ja valinnanvapaus on vaarantumassa. Hyvinvointialueiden päätösvaltaa ollaan sote- esityksessä rajoittamassa merkittävästi. Se saattaa johtaa huomattavasti nykyistä kalliimpiin ratkaisuihin. Tällöin sote- menojen osuus kasvaa entisestään.
- Hyvinvointialueille ei ole tulossa taloudellisia kannusteita toimia kustannustehokkaasti eri toimijoita kilpailuttaen vaan kasvavia kuluja voi maksattaa valtiolla.
- Uudenmaan erillisratkaisu tarkoittaisi sitä, että noin kolmasosalla suomalaisista sote-uudistuksen yksi keskeinen keino jäisi hyödyntämättä eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon alueellinen integraatio ei toteutuisi toiminnallisesti eikä taloudellisesti.

Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa? Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?

- Järjestämislaissa rajoitetaan merkittävästi hyvinvointialueiden mahdollisuuksia hyödyntää yksityisen sektorin toimijoita (järjestöt ja yritykset) kansalaisten tarvitsemien palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa. Tällöin itsenäisyys päätöksenteossa alueellisista ratkaisuista menetettäisiin.
- Esitys rajoittaa hyvinvointialueiden mahdollisuuksia ottaa huomioon paikalliset ja alueelliset olosuhteet sen päättäessä palveluiden järjestämisestä ja tuotantotavasta.
- Hyvinvointialueet eivät voi kyseisten rajoitusten ja säädösten vuoksi itse päättää siitä, mikä on vaikuttavin ja kustannustehokkain tapa tuottaa palvelut: oma tuotanto vai ostopalvelut.
- Sote esityksen mukaisesti hyvinvointialueiden päätöksenteko palveluiden tuottamistavoista alistetaan valtiolle (STM:lle ja VM).

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, että uudistuksessa yksityisen sektorin kanssa tehtyä yhteistyötä rajoitetaan ja vähennetään merkittävällä tavalla ja tämän myötä kasvavat kustannukset arvioituakin nopeammin ja samalla tuottavuus heikkenee. Miten kommentoitte tätä väitettä?

- Väite pitää paikkaansa koska, järjestämislaissa (esim. § 17) säädetään pikkutarkasti palveluita hyvinvointialueelle tuottavien yksityisen sektorin toimijoiden organisoitumistapoja, esim. alihankkijoiden hyödyntämistä.
- Vaatimus ”riittävästä” omasta tuotannosta kaikissa olosuhteissa sekä STM:lle alisteinen alueellinen päätöksenteko mm. ostopalveluiden käyttämisestä johtaa ulkopuolisten tuottamien palveluiden hyödyntämisen vähenemiseen – ja oman palvelutuotannon epätarkoituksenmukaiseen kasvattamiseen.

Asiantuntijalausunnoissa on tuotu esiin, että raja sallitun ja ei-sallitun yksityisen palvelutuotannon kohdalla on epäselvä (mm. Teperi). Kuinka kommentoitte tätä väitettä ja miten kuvaatte tilannetta?

- Tämä on todellakin epäselvä asia. Mitä tarkoitetaan ”riittävällä omalla tuotannolla”? Mitä palveluita saa hankkia ja kuinka paljon?
- Kuinka paljon voi hyödyntää ostopalveluita ja ulkoistuksia?
- Milloin ja mistä hyvinvointialue saa tehdä itsenäisiä omia päätöksiä ilman STM:n ja avien/Valviran ohjausta?
- Mistä lakiin kirjattu 30-49 prosentin rajaus alihankintojen hyödyntämisessä lasketaan, on epäselvästi kirjattu.

Esitykseen sisältyy pykäliä, joiden nojalla jotkut ulkoistussopimukset tai sopimusehdot voisivat muuttua mitättömiksi tai uuden sääntelyn mukaan lainvastaiset sopimukset voitaisiin irtisanoa. Kuinka arvioitte sopimusten irtisanomiseen, mitätöimiseen ja uudelleen neuvotteluun liittyviä kustannuksia ja muita vaikutuksia ja riskejä kuntatalouden näkökulmasta?

-

- Voimassa olevat ulkoistussopimukset on tehty harkitusti: niiden avulla on tavoiteltu ja saavutettukin sote-uudistuksen tavoitteita: palveluiden saatavuus ja kustannustehokkuus ovat parantuneet. Miksi lainsäädännöllä pitäisi kiirehtiä kyseisten sopimusten purkamista?
- Nykyiset ulkoistussopimukset ovat nykyisen lain mukaisia. Jos niistä tehdään ”laittomia” uudella lainsäädännöllä, pitää nykyisten sopimusten ainakin antaa olla voimassa sopimusten määrittämän ajan, muuten jouduttaneen mittaviin korvauksiin sopimusrikkomuksista. Lainsäätäjä eli valtio joutuneet maksamaan sopimusrikkomuksista tulevat korvaukset, eikä niitä voi jättää nykyisten kuntien maksettaviksi.
- Missä on näyttö siitä, että näistä palveluiden tuotantoon liittyvistä sopimuksista olisi haittaa perustettavien hyvinvointialueiden vastuiden toteuttamiselle?

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?

Lausunnoissa kannetaan huolta kuntien ja hyvinvointialueiden välisestä integraatiosta ja näiden väliin jäävissä palveluissa. Erityisesti ennaltaehkäisen hoidon saatavuuden, kannusteiden ja Uudenmaan erillisratkaisun suhteen esiintyy huolta. Millä tavoin integraation vahvistaminen on huomioitu uudistuksessa?

- Todella hyvä kysymys. Kolmasosalla suomalaisista yksi soten keskeinen keino palveluiden ja taloudenpidon integraatiosta ei ole Uudenmaan erillisratkaisun alueella toteutumassa.

Asiantuntijakuulemisessa on väitetty, ettei uudistus sisällä riittäviä kannustimia kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Millaiset ovat hyvinvointialueiden kannustimet kustannusvaikuttavuuden kehittämiseen ja ennaltaehkäisevään työhön?

- Palveluiden tarjoajien kilpailuttamiseen itsessään sisältyy kannuste tuottaa palvelut kustannustehokkaasti ja laadukkaasti. Jos alueellinen päätöksenteko ostopalveluiden kilpailutuksista ja ulkoistuksista nykyisestä käytännöstä rajoitetaan, se tulee heikentämään kannusteita toimia tehokkaasti
- Hyvinvointialueen oman tuotannon ”suosiminen” ja ensisijaisuus ei kannusta niitä tehostamaan toimintaansa
- Jos päätöksenteko alueellisista kilpailutuksista alistetaan ministeriölle, se lisää byrokratiaa ja vähentää mahdollisuuksia hyödyntää palvelutuottajien kilpailuttamista.

Vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä jakautuu kuntien ja hyvinvointialueiden välille. Tähän on arvioitu asiantuntijakuulemisessa sisältyvän riski siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jäisi ns. ”ei kenenkään maaksi”. Miten arvioitte väitettä?

- Koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osuus esimerkiksi kuntien saamasta rahoituksesta on melko pieni, se herättää kysymyksen siitä, miten se kannustaa kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävän työhön?

Asiantuntijalausunnoissa on kannettu huolta kuntien investointikyvystä ja lainakannan hoito- ja takaisinmaksukyvystä veropohjan muuttuessa ja rahoituksen siirtyessä valtionosuuspainotteisemmaksi. Miten arvioitte väitettä?

Potilasdirektiivin implementoiminen: Asiantuntijakuulemisessa on arvioitu, että Suomi voi joutua korvausvastuuseen, mikäli potilasdirektiiviä ei implementoida. Miten arvioitte väitettä?

- Suomen lainsäädäntö on monilta osin alisteinen EU lainsäädännölle.
- EU:n komissio on aloittanut Suomen valtiota vastaan rikkomusmenettelyn potilasdirektiivin väärästä implementoinnista jo vuonna 2006.

- Suomi on aikaisemmin luvannut, että sote-uudistuksessa EU:n potilasdirektiivi implementoidaan kansalliseen lainsäädäntöön (laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta) oikein.
- Tämä tarkoittaa sitä, että Suomen on muutettava korvauskäytäntö muista EU maissa haettavista terveyspalveluista potilasdirektiivin mukaiseksi
- Jos potilasdirektiiviä ei implementoida oikein, valtio joutunee maksamaan sanktioita ja joutuu korvausvastuuseen potilasdirektiivin vastaisesta toiminnasta.
- Suomalaisen potilaan oikeudet eivät toteudu potilasdirektiivin mukaisesti kuten esim. ruotsalaisilla.

Kuulemisessa on esitetty, että hyvinvointialueille siirtyvät valtion takaamat lainat, joiden korko ei muutu, muodostavat kiellettyä valtion tukea alueille. Miten arvioitte väitettä ja riskiä sekä notifioinnin tarvetta siirtyvien lainojen osalta?

Coxa ja Sydänsairaala ovat kuulemisessa tuoneet esiin huolen, että uudistuksen jälkeen heidän toimintansa ei olisi mahdollista eli esitys johtaisi sidosyksikkömuodossa harjoitetun toiminnan eli osakeyhtiömuodossa toteutetun omistajasairaanhoitopiirien yhteistoiminnan purkamiseen tai toiminnan epätarkoituksenmukaiseen osittaiseen palauttamiseen hyvinvointialueelle ja sitä myötä kustannusten kasvuun. Miten kommentoitte tätä väitettä? Millä tavoin ko. toiminta olisi mahdollista myös uudistuksen jälkeen? Millä tavoin virkalääkärivaatimus vaikuttaisi hoidon saatavuuteen, tasoon ja kustannuksiin?

- Sote esityksessä ostopalveluiden, suorahankintojen tai kilpailuttamisen mahdollisuuksia rajoitetaan nykyisestä käytännöstä. Yhtiömuotoisten julkisomisteisten ja yksityisomisteisten yritysten toimintaa rajoitetaan samalla tavalla.
- Kaikkia yrityksiä pitää kohdella samalla tavalla - yritysten omistuspohjalla ei ole merkitystä

Kuulemisessa on arvioitu, että esityksessä ei käytännössä lainkaan oteta kantaa siihen, miten teknologisen kehityksen avulla voidaan parantaa palveluita ja keventää kustannusrakennetta samanaikaisesti. Kuinka valmistelussa on pyritty miettimään digitalisaation ja teknologian tuomia mahdollisuuksia tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä ja miten mallin hallinnollisin tai kannustinratkaisuin pyrittäisiin varmistamaan uusien teknologioiden hyödyntäminen?

- Tämä jää sote esityksessä hyvin epäselväksi. Yksityinen sektori on digitaalisissa ratkaisuissaan jo pitkällä, kilpailutus ja parempi asiakaskokemus kannustavat kehittämään parempia ratkaisuja.

Helsinki / Espoo / Vantaa:
Miten kuntien taloudellista asemaa voitaisiin helpottaa? Onko arvioitu jääkö kuntien pääasialliseen tehtävään, koulutukseen ja siihen liittyviin investointeihin riittävästi rahoitusta kuntien verotulojen leikkautuessa? Mikä on ensisijainen ehdotus kuntien verotuksellisen aseman vahvistamiseksi?