Valtiovarainministeriö 19.4.2021
Sosiaali- ja terveysministeriö

Vastaukset eduskunnan talousvaliokunnassa asiantuntijakuulemisten pohjalta esille nousseisiin lisäkysymyksiin, HE 241/2020 vp

A. Kysymykset STM ja VM

1. *Mitkä ovat sairauksiin perustuvan tarveperusteisen mallin lisäksi valittuja rahoituksenjakoperusteita (mm. kielilisät) ja millainen niiden kunkin euromääräinen osuus on?*

Valtion rahoituksen kohdentuminen hyvinvointialueille perustuisi pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta ja olosuhdetekijöitä koskeviin määräytymisperusteisiin. Tämän lisäksi osa valtion rahoituksesta maksettaisiin asukaskohtaisena euromääräisenä rahoituksena, ja osa perustuisi hyvinvointialueiden toimintaan alueellaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rahoituksen kohdentamisen painoarvoista säädettäisiin uudistuksen voimaantulovuotta edeltävän vuoden tilanteen mukaan. Kokonaisrahoituksesta yhteensä 14,613 prosenttia kohdennettaisiin asukasperusteisesti ja 79,572 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen perusteella. Muiden määräytymistekijöiden perusteella kohdennettaisiin 5,815 prosenttia rahoituksesta (ks. taulukko).

Määräytymistekijät	Osuus sote-palveluiden rahoituksesta	Osuus pelastustoimen rahoituksesta	Osuus hyvinvointialueiden yhteenlasketusta rahoituksesta
Asukasperusteisuus	13,424 %	65,000 %	14,613 %
Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät, josta	81,450 %		79,572 %
Terveydenhuolto	48,185		47,074
Vanhustenhuolto	16,122		15,740
Sosiaalihuolto	17,153		16,758
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	1,000 %		0,977 %
Asukastiheys	1,500 %	5,000 %	1,581 %
Vieraskielisyys	2,000 %		1,954 %
Kaksikielisyys	0,500 %		0,488 %
Saaristoisuus	0,113 %		0,110 %
Saamenkielisyys	0,013 %		0,013 %
Pelastustoimen riskitekijät		30,000 %	0,692 %

Tarkasteltaessa pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta, tarve- ja olosuhdetekijöiden osuus rahoituksesta olisi yhteenlaskettuna 85,576 %, asukaskohtaisesti maksettavan rahoituksen osuus 13,424 % sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteella maksettava osuus 1 %.

Pääosa (81,450 %) sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta kohdennettaisiin hyvinvointialueiden ikäryhmäkohtaisen asukasmäärän ja palvelutarpeiden perusteella. Käytettävät 9 eri ikäryhmää sekä pääosa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta selittävistä tekijöistä vastaisi nykyisessä kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa säädettyjä perusteita. Hyvinvointialueille yleisesti asukaskohtaisesti määrättävällä euromääräisellä rahoituksen osuudella on tarkoitus kattaa osa sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä aiheutuvista kustannuksista. Tässä muodossa rahoituksen määräytymisperusteelle ei ole vastinetta nykyisessä kuntien valtionosuusjärjestelmässä.

Olosuhdetekijöinä otettaisiin edelleen huomioon asukastiheys, vieraskielisyys ja kaksikielisyys, jotka vastaisivat nykyisiä kuntien valtion osuusjärjestelmän mukaisia perusteita. Lisäksi muina tekijöinä huomioitaisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, saaristoisuus ja saamenkielisyys. Asukastiheyden osuus koko rahoituksesta olisi 1,5 %, vieraskielisyyden 2 %, kaksikielisyyden 0,5 %, saamenkielisyyden 0,013 % ja saaristoisuuden 0,113 %. Pelastustoimen tehtävistä aiheutuvia kustannuksia rahoitettaisiin asukasperusteisuuden 65 %, asukastiheyden 5 % ja pelastustoimen riskitekijöiden 30 % perusteella.

Rahoituksen määräytymistekijöiden euromääräiset osuudet vuoden 2020 tasossa arvioituna löytyy VM:n julkaisemista laskelmista (ks. liite). Laskelmat päivittyvät ennen uudistuksen voimaantuloa.

2. *Miten lapsivaikutusten arviointi on toteutettu?*

Lapsivaikutusten ennakkoarviointi on toteutettu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriön lasten ja nuorten yksikössä. Lasten, nuorten ja perheiden palvelujärjestelmän kehittämistarpeista on olemassa runsaasti tutkimus-, selvitys- ja kokemusasiantuntijatietoa, joten lisäselvitysten tekemistä tai ulkoisilta sidosryhmiltä tiedon keräämistä ei lapsivaikutusten arvioinnin yhteydessä nähty tarpeelliseksi. Osin on voitu hyödyntää Juha Sipilän hallituskaudella valmistellun esityksen (HE 15/2017) yhteydessä laadittua oikeudellista ennakkoarviointia. Lausuntopalautteessa nousi vahvasti esiin kunnan ja hyvinvointialueen välisen yhteistyön merkitys. Asia oli huomioitu lapsivaikutusten arvioinnissa, mutta palaute vahvisti ymmärrystä, että tähän kysymykseen tulee kiinnittää toimeenpanovaiheessa erityistä huomiota.

Lapsiin kohdistuvissa vaikutuksissa, kuten myös muiden väestöryhmien vaikutuksissa, uudistuksen eri vaiheissa tehtävät arvioinnit täydentävät toisiaan. Hallituksen esityksessä pääasialliset vaikutukset sisältävät ohjeiden mukaisesti hallituksen esityksen ennakkoarvioinnin. Lapsivaikutusten ennakkoarviointia on käsitelty hallituksenesityksen osiossa 4.2.4.4.4.4 Lapset, nuoret ja perheet, sekä osioissa 4.2.4.4.4.5 Vaikutukset lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen järjestämiseen ja 4.2.4.4.4.6 Vaikutukset lastensuojelun järjestämiseen. Uudistus koskettaisi kaikkia Suomessa asuvia lapsia, nuoria ja perheitä, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista esimerkiksi lastenneuvolapalveluja käyttää 99,5 prosenttia neuvolaikäisistä ja kaikki kouluikäiset ja toisen asteen opiskelijat ovat opiskeluhuollon palvelujen piirissä. Vaikutukset ulottuisivat yli miljoonan lapsen ja nuoren universaaleihin peruspalveluihin. Myös aikuisten peruspalvelujen toimivuudella on suuri vaikutus perheiden ja lasten hyvinvointiin.

Pääministeri Juha Sipilän hallituskaudella tehdyssä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja maakuntauudistuksen lapsivaikutusten oikeudellisessa ennakkoarvioinnissa (Iivonen ja Pollari 2016) todettiin, että järjestämisvastuun siirtäminen maakunnille parantaisi mahdollisuuksia turvata lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus ja laatu kuntia paremmin, kun voimavarat ovat vahvemmat kuntia merkittävästi suuremmissa maakunnissa. Tämän arvioitiin vaikuttavan myönteisesti lasten sosiaali- ja terveysoikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen. Oikeudellisen ennakkoarvioinnin voi arvioida soveltuvan tältä osin myös tämän hallituksen esityksen arviointiin, koska ehdotuksen perusratkaisut koskien lapsille, nuorille ja perheille järjestettäviä palveluja eivät olennaisesti eroa toisistaan.

Lasten ja perheiden näkökulmasta keskeisten toimintojen ja palvelujen järjestämisvastuu jakautuisi kahdelle taholle. Sipilän hallituksen esityksestä poiketen opiskeluhuollon palvelut koottaisiin kokonaisuutena hyvinvointialueen järjestämisvastuulle. Nuoret ovat ilmaisseet nykyisissä opiskeluhuoltopalveluissa epäkohtina esimerkiksi tiedon puutteen eri palvelujen sisällöistä, niin sanotun luukulta toiselle siirtämisen ja heikon palvelujen saavutettavuuden. Tavoitteet palvelujen pirstaleisuuden vähentämisestä, palvelukokonaisuuksien tarjoamisesta ja asiakaslähtöisyydestä olisivat todennäköisemmin saavutettavissa järjestämällä kaikki opiskeluhuoltopalvelut hyvinvointialueittain. Myös peruspalvelujen horisontaalinen integraatio sekä erityis- ja peruspalvelujen vertikaalinen integraatio mahdollistuisivat, kun opiskeluhuoltopalvelut järjestettäisiin yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena. Opiskeluhuollon palvelut toteutettaisiin jatkossakin matalan kynnyksen lähipalveluna koulujen ja oppilaitosten yhteydessä, mikä olisi tarkoituksenmukaista palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta. Opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelujen siirtyessä hyvinvointialueen järjestämisvastuulle, lasten ja nuorten yksilöllinen tuki ja palvelupolut sosiaali- ja terveyspalveluiden vahvemman tuen piiriin voitaisiin järjestää nykyistä sujuvammin suoraan koulun kautta. Myös erityistason tuki lapsen ja nuoren haasteisiin voitaisiin järjestää jouhevammin, kun perus- ja erityistason palvelujen järjestämisvastuu olisi yhdellä taholla.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat tällä hetkellä hajanaiset ja pirstaleiset ja hoitoon pääsyssä on suuria puutteita. Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollossa lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut olisi mahdollista organisoida yhdeksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Toisen asteen opiskelijoiden osalta mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus kuuluvat opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Opiskelijoiden mielenterveyttä tuetaan lisäksi opiskeluhuollon kuraattori- ja psykologipalveluissa. Opiskeluterveydenhuollon hoitoonpääsy oli vuonna 2019 valvontaviranomaisten erityisvalvonnan kohteena. Aluehallintovirastot ja Valvira totesivat ohjauskirjeessään, että opiskeluterveydenhuollon palvelujärjestelmässä on paljon parannettavaa. Hyvinvointialueilla olisi paremmat edellytykset organisoida opiskeluterveydenhuolto sekä kuraattori-ja psykologipalvelut tarkoituksenmukaisemmaksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi kuin yksittäisillä kunnilla. Erityisesti parannusta olisi odotettavissa nuorten mielenterveyspalvelujen saatavuuteen, kun sekä perus- että erityispalvelujen järjestämisvastuu olisi yhdellä taholla.

Lastensuojelun avo-, sijais- ja jälkihuollon asiakkailla on usein laajoja ja monenlaisia perus- ja erityispalvelujen tarpeita. Tällä hetkellä kaikki lastensuojelun asiakkaat eivät saa tarvitsemiaan palveluja. Hiljattain tehdyn selvityksen (Kanaoja ja Ruuskanen 2018) mukaan kodin ulkopuolisen sijoituksen uhan alla olevista tai sijoitetuista lapsista 40 prosenttia oli vastaanottanut vähintään seitsemää eri palvelua. Toisaalta merkittävä osa lastensuojelun asiakkaana olevista, sijoitetuista tai sijoituksen riskissä olevista lapsista oli ennen sijoitusta jäänyt vaille jotakin tarvitsemaansa perus- ja erityispalvelua. Ongelmia on erityisesti päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuudessa. Esimerkiksi niistä sijoitetuista nuorista, joiden ongelmien taustalla oli päihdeongelmia, vain 35 prosenttia sai päihdeongelmaansa apua. Mielenterveyden ongelmiin hoitoa sai kaksi kolmesta sitä tarvitsevasta lapsesta. Ehdotus parantaisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien mahdollisuuksia yhteensovittaa palveluja. Palvelujen integraatiolla kyettäisiin puuttumaan nykyistä paremmin selvityksessä havaittuihin ongelmatilanteisiin. Palvelujen aluetasoinen strateginen suunnittelu voisi yhdenmukaistaa lastensuojelun toteutusta, vahvistaa lasten, nuorten ja perheiden palvelujen perustasoa ja mahdollistaa varhaisen tuen järjestämisen riskioloissa kasvaville lapsille ja nuorille. Tämä painotus voisi pitkällä aikavälillä vähentää korjaavien lapsi- ja perhekohtaisten lastensuojelupalvelujen tarvetta.

3. *Miten tarvekerroin huomioi esimerkiksi tällä hetkellä puutteelliset lastensuojelun rahoituksen ja lastenpsykiatrian tarpeen?*

THL:n tutkimuksessa on arvioitu parhaiten palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia selittäviä tekijöitä. Tarvetekijöiden ja niiden painokertoimien määrittely toteutetaan siten, että kullekin tekijälle määritettäisiin erilliset painokertoimet niiden yleisyyden ja hoitokustannusten perusteella.

Sosiaalihuollon tarvetekijöiksi otettaisiin yhteensä noin 13 sosiaalihuollon tarpeelle merkittävää sairautta sekä ikää, tuloja, koulutusta, siviilisäätyä, työkyvyttömyyttä ja perustoimentulotuen asiakuutta kuvaavia tekijöitä.

Sosiaalihuolto koostuu lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta, lastensuojelun avohuoltopalveluista, muista lasten ja perheiden avopalveluista, vammaisten laitoshoidosta, vammaisten ympärivuorokautisen hoivan asumispalveluista, muista vammaisten palveluista, työllistymistä tukevista palveluista, päihdehuollon erityispalveluista sekä kotihoidosta ja omaishoidon tuesta alle 65-vuotiaiden osalta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa sosiaalihuollon tarvetekijöitä olivat:

Ikä 0 - 6
Ikä 7 - 17
Ikä 18 - 25
Ikä 26 - 39
Ikä 40 - 54
Ikä 55 - 64
Ikä 65 - 74
Ikä yli 74-vuotias
Päihdehäiriöt
Psykoosisairaudet ja kaksisuuntainen mielialahäiriö
Älyllinen kehitysvammaisuus
Laaja-alaiset kehityshäiriöt (autismispektri)
Tarkkaavaisuus- ja käytöshäiriöt
Rappeuttavat aivosairaudet, muut kuin muistisairaudet ja Parkinsonin tauti
Hengityshalvaus
Parkinsonin tauti
Epilepsia
CP-oireyhtymä
Hengityselinten krooninen toimintavajaus
Vammat ja myrkytykset
Näkövammaisuus
Alimman asteen koulutus
Naimaton
Asuntokunnan käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohden
Perus toimeentulotuen asiakas
Työkyvyttömyyseläkkeellä alle 55-vuotias
Työkyvyttömyyseläkkeellä yli 54-vuotias

4. *Miten rahoitusmallia voitaisiin kehittää vaikuttavuuden huomioimiseksi (nyt sairausperusteinen)? VM*

Maakuntien rahoitusmallin perustuslaillisena reunaehtona voidaan pitää sitä, että valtion tulee huolehtia riittävien sote-palvelujen rahoituksen turvaamisesta. Rahoitusmallin tulee samalla sisältää tämän tavoitteen kanssa yhteensopivat kannusteet kustannusten kasvun hallintaan.
Hyvinvointialueiden rahoitusmallia on valmisteltu siitä lähtökohdasta, että kaikilla hyvinvointialueilla olisi edellytykset selvitä niille asetetuista tehtävistä. Rahoituskriteerien valmistelussa on käytetty kokonaisarviota edellä mainituista lähtökohdista.
Rahoitusmallia ja sen kehittämistarpeita arvioidaan myöhemmin, kun on saatu kokemuksia sen toimivuudesta uudistuksen jälkeen.
Mallin vaikuttavuus riippuu suurelta osin myös hyvinvointialueiden tekemistä ratkaisuista. Yleiskatteisen rahoituksen puitteissa ne voivat käyttää rahoituksen parhaaksi katsomallaan tavalla.

5. *Miten voimme avata tarvekerroinmallin, jonka perusteella jaetaan miljardeja, tutkijoiden käyttöön avoimeksi (tällä hetkellä ei ole)?*

Johtuen tietoturvasyistä, on selvää, ettei yksilötason rekisteripohjaista tutkimusaineistoista voi sellaisenaan jakaa eteenpäin tai avata kaikkien saataville. Tutkimushankkeessa on ollut mukana suuri joukko asiantuntijoita. Jatkotutkimusta THL toteuttaa yhdessä VATT:n kanssa. THL on julkaissut tutkimusta kuvaavan tutkimusraportin vuonna 2020. Siinä kuvataan tutkimusaineisto, menetelmät ja tulokset. Lisäksi THL on julkaissut verkkosivuillaan tutkimukseen perustuvat aluekohtaiset tarvekertoimet sekä esitellyt tutkimusta useissa seminaareissa.

6. *Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin huomioida alueellisesti? V*

Hyvinvointialueiden rahoituksen lähtötaso määräytyy vuoden 2022 mukaisena koko maan tasolla. Hyvinvointialueittaiseen rahoitukseen vaikuttaa kunkin alueen kuntien kustannukset, jotka määräytyvät vuosien 2021 ja 2022 keskiarvona nostettuna vuoden 2022 tasolle. Vuoden 2023 määräytyy lähtökohtaisesti vuoden 2022 siirtyviin kustannuksiin, siihen lisätään palvelutarvekorotus (some-mallin osoittama muutos + 0,2 %), indeksikorotus ja mahdolliset tehtävämuutokset. Vuoden 2022 tasolla tehdään myös uudistuksen siirtymätasaus, jossa kustannusten lähtötaso huomioidaan alueellisesti. Siirtymätasaus oikaistaan lopulliseksi vuonna 2023, kun käytössä on lopulliset tiedot vuoden 2022 kuntien tilinpäätöksistä ja kustannuksista.

7. *Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia tulisi parantaa ja laajentaa? Miten sosiaalipalveluiden laskentaa kehitetään?*

Ks. vastaus kysymykseen 8.

8. *HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?*

THL:n käyttämällä sairausluokituksella tavoitellaan sairastavuutta, joka ennustaa tulevaa palvelunkäyttöä yksilötasolla (olivat nämä sairaudet sitten kroonisia tai akuutteja), ei sairauksia, joista aiheutuneet kustannukset ovat palveluntuottajalle koituneet kokonaisuutena merkittäviksi. Useat akuutit sairaudet voivat olla tuottajalle kalliita joko suuren määrän tai kalliiden hoitojen vuoksi, mutta tulevat kuitenkin siten kerralla hoidetuksi, etteivät ne aiheuta enää tulevaisuudessa lisää palvelunkäyttöä. Tällaisten sairauksien osalta käytännössä oletetaan, että ne ovat jakautuneet tasaisesti yli väestön.

HUS:n teettämässä selvityksessä esitetty käsitys tarvevakiointimallissa käytetyn sairausluokituksen perustumisesta puhtaasti tilastolliseen päättelyyn ei ole THL:n mukaan oikea, sillä sairausluokitusta on kehitetty yhteistyössä kliinisten asiantuntijoiden kanssa. Pyrkimyksenä on hyödyntää kaikkea Suomessa saatavilla olevaa rekisteritietoa siten, että diagnoositieto olisi mahdollisimman kattavaa mutta sisältäisi vain luotettavia kirjauksia.

THL:n palvelutarvetta kuvaavan mallin kehittämien on jatkuvaa työtä. THL pyrkiikin kehittämään mallin sairausluokitusta esimerkiksi akuuttien sairauksien osalta sekä sosiaalipalvelujen mallinnusta jatkuvasti. Kuten THL on tutkimusraportissa vuonna 2020 jo todennut, jatkossa saattaisi olla tarkoituksenmukaista kehittää tarvekertoimia useammalle palveluryhmälle. THL on jo käynnistänyt tutkimuksen yhdessä Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen VATT:n kanssa selvittääkseen mm. mahdollisia alueellisia tuotantokustannuseroja. Tämän tutkimuksen tuloksia odotetaan alkuvuodesta 2022.

9. *Miten yliopistosairaaloiden toiminta ja kustannustaso huomioitaisiin kattavammin?*

Yliopistollisten sairaaloiden tehtävistä tai erillisrahoituksesta ei nykyisin säädetä laissa lukuun ottamatta yliopistollista sairaalaa ylläpitävälle sairaanhoitopiireille terveydenhuoltolain ja sen nojalla annettujen asetusten perus-

teella keskitettyjä erityistason sairaanhoidon tehtäviä. Näihin tehtäviin ei esitetä muutoksia hallituksen esityksessä, vaan yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet hoitaisivat jatkossa vastaavia tehtäviä kuin yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit nykyisin. Nykytilannetta vastaavasti keskitettyjen tehtävien rahoitusvastuu jakautuisi kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien kesken.

Laissa ei nykyisin säädetä yliopistollisille sairaaloille tutkimukseen ja koulutukseen liittyviä erityistehtäviä eikä yliopistollisten sairaaloiden tutkimus- ja koulutustoiminnan erillisrahoituksesta. Nykyisessä järjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon perusrahoitus on kuntien vastuulla ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymät keräävät oman rahoituksensa maksuosuuksilla kunnilta. Kunnat itse asettavat budjettinsa ja osoittavat koulutus, tutkimus- ja kehittämistoiminnan rahoituksen. Sairaanhoitopiirien tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan omarahoitus vahvistetaan sairaanhoitopiirien budjetissa. Lisäksi joissakin sairaanhoitopiireissä käytetään palvelumaksujen katetta rahoittamaan tätä toimintaa. Hyvinvointialueiden valtion rahoituksen koko maan taso vuonna 2023 perustuisi kunnista siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ja pelastustoimen vuoden 2022 yhteenlaskettuihin kustannuksiin. Näin ollen hyvinvointialueille siirtyisi myös kuntien nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaan käyttämä rahoitus siltä osin kuin se on kirjautunut sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Hyvinvointialueiden valtionrahoituksen allokoinnissa eri hyvinvointialueiden välillä ei kuitenkaan ole määräytymistekijää, joka huomioisi, missä määrin eri hyvinvointialueet tosiasiallisesti toteuttavat tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoimintaa.

Hallituksen esityksen mukaan nykyiset erikoissairaanhoidon erityisvastuualueet korvattaisiin viidellä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueella. Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet laatisivat yhteistyösopimuksen. Yhteistyösopimuksessa olisi sovittava muun muassa hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan toteuttamisessa sekä yliopistollista sairaalaa ylläpitävän hyvinvointialueen koordinaatio-, ohjaus- ja neuvontatehtävistä näissä toiminnoissa. Sopimuksessa olisi myös sovittava siinä sovittuihin vastuisiin liittyvästä hyvinvointialueiden välisestä kustannusten jaosta. Näin ollen yliopistollista sairaalaa ylläpitävät hyvinvointialueet saisivat muilta hyvinvointialueilta korvauksen niille sovittavista erityisvastuista.

Terveydenhuoltolaissa, sosiaalihuoltolaissa ja vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa säädetään nykyisin valtion korvauksista (erillisrahoitus) palvelujärjestelmässä tapahtuvaan alan tutkimus- ja koulutustoimintaan, tähän liittyvästä menettelystä sekä kuntien ja sairaanhoitopiirien tilojen käyttämisestä koulutus- ja tutkimustoimintaan. Koulutuskorvaukset ja valtion tutkimusrahoitus ovat omilla erillismomenteillaan, ja eduskunta päättää vuosittain näiden momenttien rahoitustasosta. Hallituksen esityksessä ei esitetä muutettavaksi tätä sääntelyä. Näihin säännöksiin on esitetty tehtäväksi tarvittavat tekniset muutokset hallituksen esityksellä 56/2021 siten, että niitä sovellettaisiin sellaisenaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirrosta lähtien kuntien ja sairaanhoitopiirien sijasta hyvinvointialueisiin.

Sairaanhoitopiirit saavat nykyisin rahoitusta tukimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaan myös ulkoisista lähteistä sekä esimerkiksi STMn hankerahoituksen kautta. Hyvinvointialueen tutkimustoimintaan käyttämä omarahoitus yhdessä valtion tutkimusrahoituksen kanssa olisivat tulevan hyvinvointialueen omista lähtökohdista ohjelmoitua rahoitusta. Tällä rahoituksella olisi nykytilaa vastaavalla tavoin erityinen merkitys perus- tai kynnysrahoituksena, joka mahdollistaisi ulkoisen kilpaillun rahoituksen hakemisen ja ulkoisella rahoituksella toteutettujen hankkeiden tulosten edelleen kehittämisen ja juurruttamisen.

Yliopistollisia sairaaloita koskevat sääntelytarpeet ovat laaja kokonaisuus. Tarpeita ja mahdollisuuksia kehittää yliopistollisia sairaaloita sekä laajemmin *sosiaali- ja terveydenhuollon* koulutus-, tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoimintaa (ml. rakenteet, ohjaus ja rahoitus) koskevaa sääntelyä on tarkoituksenmukaisinta selvittää kokonaisuutena erillisvalmistelussa. Täten sote-uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä ei esitetä säädettäväksi nykytilaa tarkemmin yliopistollisten sairaaloiden tehtävistä tai rahoituksesta. Sote-uudistus loisi kuitenkin tälle jatkokehittämiselle nykytilaa paremmat edellytykset.

10. Miten kannustinvaikutusongelmilta aiotaan välttyä?

Valtiovarainministeriö toteaa, että valtiolla on vastuu huolehtia siitä, että hyvinvointialueilla on käytännön edellytykset suoriutua tehtävistään. Tehtävistä säädettäessä on huolehdittava rahoitusperiaatteen mukaisesti hyvinvointialueiden tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan. Ratkaisevassa asemassa palvelujen järjestämistehtävän asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen. Olennaista on, että palvelujen rahoituksen on riittävästi vastattava palvelutarvetta ja turvattava se, etteivät palveluista perittävät asiakasmaksut suuruudellaan siirrä palveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin.

Ehdotetussa hyvinvointialueiden rahoituslaissa on pyritty huolehtimaan siitä, että ehdotettu rahoitusmalli turvaisi hyvinvointialueiden riittävän rahoituksen. Tavoitteena on myös ollut selkeä, yksinkertainen ja läpinäkyvä rahoitusmalli. Rahoituslakiehdotuksessa on pyritty ottamaan erityisesti huomioon perustuslakivaliokunnan edellisellä vaalikaudella ehdotettua uudistusta koskevat kannanotot.

Käytännössä rahoitusmallin osalta joudutaan hakemaan tasapainoa riittävän rahoituksen ja kustannusten kasvun hillinnän suhteen.

Hallituksen esitykseen sisältyy useita kustannusten kasvun hillintää tukevia elementtejä. Kustannusten kasvun hillitsemiseksi hyvinvointialueiden rahoitus tarkistettaisiin etukäteen 80-prosenttisesti vastaamaan arvioitua palvelutarpeen kasvua vuodesta 2025 lukien. Tämä loisi hyvinvointialueille kannustimen tehostaa toimintaansa ja siten hidastaa kustannustensa kasvua.

Myös rahoituksen laskennallisuus ja yleiskatteisuus kannustavat kustannustehokkuuteen. Jos hyvinvointialueet voisivat tuottaa palvelut annettua rahoitusta pienemmällä kustannuksella, ne saisivat pitää tämän hyödyn itsellään.

Toisaalta koko maan tasolla hyvinvointialueiden laskennallinen rahoitus tarkistettaisiin vuosittain jälkikäteen vastaamaan toteutuneita kustannuksia. Yksittäisen alueen kustannusten kasvua kuitenkin hillitsisi myös se, että jälkikäteistarkastus kustannuksia vastaavaksi tehtäisiin nimenomaan koko maan tasolla.

Hallitus on sitoutunut seuraamaan rahoituksen jälkikäteistarkistusta koskevan mekanismin toimivuutta. Jos yksittäisen tai yksittäisten hyvinvointialueiden muita heikompi taloudenpito johtaisi toistuvasti koko maan rahoituksen tarkistamiseen jälkikäteisrahoituksen kautta, tulisi mekanismia tarkastaa.

Lisärahoituksen osalta on huomattava, että lisärahoituksen saaminen ei olisi automaatio vaan perustuisi tapauskohtaiseen arviointiin. Jos olisi arvioitavissa, että esille tuodut ongelmat eivät johdu siitä, että hyvinvointialueen rahoituksen taso lähtökohtaisesti olisi liian alhainen, vaan hyvinvointialue pystyisi omilla päätöksillään turvaamaan palvelujen järjestämisen, hyvinvointialueita tulisi ohjata toteuttamaan valtion ja hyvinvointialueiden ohjaus- ja neuvotteluprosessissa todettuja hyvinvointialueilla toteutettavissa olevia kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä toimenpiteitä ja muita mahdollisia toimenpiteitä.

Hyvinvointialueen toistuva rahoitusalijäämä johtaisi laissa säädetyn hyvinvointialueen arviointimenettelyn käynnistämiseen. Toistuva lisärahoituksen saaminen (kaksi kertaa kolmen perättäisen tilikauden aikana) johtaisi arviointimenettelyn käynnistämiseen.

Myös hyvinvointialueiden yhteistyöalueita koskevalla sääntelyllä (sote-järjestämislaki 35–38 §) varmistettaisiin osaltaan, että sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään kustannusvaikuttavasti. Hyvinvointialueiden investointisuunnitelmaa ja sen hyväksymismenettelyä (hyvinvointialuelaki 15 §, sote-järjestämislaki 25 ja 26 §, pelastustoi-

men järjestämislaki 11 §) koskevan sääntelyn tarkoituksena olisi osaltaan varmistaa hyvinvointialueiden merkittävien investointien kustannusvaikuttavuus. Lisäksi muulla hyvinvointialueiden talouden ja toiminnan valtion ohjauksella ja seurannalla tuettaisiin hyvinvointialueita kohti tehokkaita ja vaikuttavia toimintatapoja.

Uudistuksen vaikutus kustannusten kasvun hillintään riippuu myös siitä, missä määrin valtio pystyy ohjaamaan hyvinvointialueita kustannustehokkaaseen toimintaan, viime kädessä lisärahoituksen saamiselle asetettavien ehtojen kautta.

Uudistuksen vaikutus kustannusten kasvun hillintään riippuu olennaisesti uudistuksen toimeenpanosta ja siitä, miten kustannusten kasvua hillitsevät toiminnalliset mekanismit saataisiin vietyä käytäntöön ja niistä syntyvät säästö- ja tehostamispotentiaalit hyödynnettyä.

11. *Miten alueiden todellisen itsehallinnon puutteen ongelmalta aiotaan välttyä?*

Esityksessä ehdotetaan siirrettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuu kunnilta uudelle perustettavalle hallintotasolle, hyvinvointialueille. Suomeen ehdotetaan perustettavaksi 21 hyvinvointialuetta pääosin nykyisen maakuntajaon pohjalta. Hyvinvointialueet olisivat julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto siten kuin siitä uudessa hyvinvointialueesta annettavassa laissa säädettäisiin.

Perustuslakivaliokunta linjasi viime vaalikaudella esitetyn maakuntauudistuksen (HE 15/2017 vp) yhteydessä perustuslain asettamia reunaehtoja perustuslain 121.4 §:ssä tarkoitetulle itsehallinnolle. Valiokunta totesi (PeVL 26/2017 vp), että perustuslain sanamuoto perustuslain 121.4 §:ssä tarkoitetun itsehallinnon sisällöstä jättää lainsäätäjälle enemmän harkintavaltaa, millaiseksi maakunnallinen itsehallinto muodostuu kuin kunnallisen itsehallinnon osalta. Perustuslakivaliokunta totesi, että perustuslain 121.4 §:n itsehallinnon, 2 §:n kansanvaltaisuusvaatimuksen, sekä perustuslain 14 §:n 4 momentin osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien perusteella maakuntaitsehallinnolla on oltava demokraattinen perusta ja yksilöllä on oltava mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua maakunnan hallintoon. Valiokunta totesi, että se on käytännössään katsonut perustuslain 2 §:ssä ilmaistun kansanvaltaisuusperiaatteen tarkoittavan kunnallisen itsehallinnon osalta ylimmän kunnallisen päätöksentekojärjestelmän demokraattisuutta (ks. PeVL 63/2014 vp, s. 3/II, PeVL 24/2008 vp, s. 2/I ja PeVL 23/2001 vp, s. 2/I).
Valiokunta liitti lausunnossaan itsehallintoon myös muita reunaehtoja. Valiokunta korosti maakuntien tehtävien määrittelyn lakitasoisuutta ja niiden rahoituksen yleiskatteellisuutta maakuntien itsehallinnon perustuslainsuojan kannalta. Valiokunnan mielestä perustuslain 22 §:n mukaiseen perusoikeuksien toteuttamisvelvoitteeseen kuuluu valtion vastuu huolehtia siitä, että maakunnilla on käytännön edellytykset suoriutua tehtävistään (ks. PeVL 10/2015 vp ja PeVL 37/2009 vp). Valiokunta piti myös maakuntien rahoituksen perusteltuna lähtökohtana, että tehtävistä säädettäessä on huolehdittava rahoitusperiaatteen mukaisesti maakuntien tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan.

Esityksen mukaan hyvinvointialueen ylimpänä toimielimenä toimii valtuusto, jonka jäsenet hyvinvointialueen asukkaat valitsevat yleisillä ja yhtäläisillä vaaleilla. Aluevaltuuston toimivalta on samanlainen kuin kunnanvaltuuston toimivalta. Hyvinvointialueesta annettavaa lakia koskevan esityksen mukaan hyvinvointialueen päätösvalta kuuluu aluevaltuustolle, joka voi hallintosäännön perusteella siirtää toimivaltaansa muille hyvinvointialueen viranomaisille. Valtuusto myös nimittää pääsääntöisesti muut hyvinvointialueen toimielimet ja voi erottaa toimielimen epäluottamuksen perusteella. Hyvinvointialueen hallinto perustuu siten lähtökohtaisesti asukkaiden itsehallintoon. Hyvinvointialueesta ehdotetun lain hallinnon ja talouden hoitoa koskevat säännökset ovat pitkälti yhdenmukaisia kuntalain vastaavien säännösten kanssa. Hyvinvointialuetta koskevat säännökset ovat yleisiä ja jättävät sen organisaatiorakenteen aluevaltuuston päätettäväksi.

Esityksen mukaan hyvinvointialueen toimiala rajoitetaan lakisääteisiin ja lakisääteisiä tehtäviä tukeviin tehtäviin. Hyvinvointialueiden tehtävien hoito sidottaisiin hyvinvointialueen alueeseen. Lisäksi hyvinvointialueen itselleen

ottaman tehtävän hoitaminen ei saisi laajuudeltaan vaarantaa sen lakisääteisten tehtävien hoitamista. Laissa säädettäisiin lisäksi hyvinvointialueen mahdollisuudesta harjoittaa liiketoimintaa. Tällaisen toiminnan tulisi olla vähäriskistä ja sen tulisi tukea lakisääteisten tehtävien toteuttamista. Lisäksi säädettäisiin, että hyvinvointialueella olisi oikeus ottaa hoidettavakseen sopimuksella kuntien sille siirtämiä tehtäviä, jos tehtävä liittyy hyvinvointialueen tehtäväalaan, kattaa koko alueen ja kunnat osoittavat tehtävän hoidon edellyttämän rahoituksen.

Esityksen perusteella hyvinvointialueella ei siten olisi samanlaista yleistä toimialaa kuin kunnilla, vaan sen mahdollisuudet ottaa päätöksensä perusteella tehtäviä hoidettavakseen olisivat huomattavasti rajatummat kuin kunnan. Rajauksen perusteet ovat pitkälti samat muin viime vaalikaudella ehdotetussa maakuntauudistuksessa. Rajaus perustuu osaltaan siihen, että hyvinvointialueen rahoitus perustuu valtion rahoitukseen ja muunlainen linjaus tarkoittaisi, että hyvinvointialue voisi kasvattaa kustannuksiaan ja toisaalta kohdentaa rahoitustaan muidenkin kuin niiden tehtävien hoitoon, johon rahoitusta maksetaan. Rahoitusratkaisun lisäksi yleisen toimivallan rajauksella on haluttu myös välttyä kilpailutilanteelta kuntien yleisen toimivallan kanssa. Kunnilta siirrettävien tehtävien osalta on myös pyritty korostamaan, että hyvinvointialue voi ottaa tehtäviä hoidettavakseen vain silloin, kun sille osoitetaan rahoitus ja tehtävän hoito koskee koko hyvinvointialueen aluetta eli tehtävien antaminen perustuu hyvinvointialueen kaikkien kuntien kanssa tehtyyn sopimukseen.

Hyvinvointialueille ei ehdoteta verotusoikeutta. Perustuslakivaliokunnan maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistamista koskevan lausunnon (PeVL 26/2017, s. 24) mukaan lainsäätäjän harkintavalta maakuntien verotusoikeuden suhteen on laaja. Itsenäinen verotusoikeus olisi valiokunnan mielestä perustuslain 121 §:n 4 momentin kannalta perusteltu, mutta ehdoton maakunnalliselle itsehallinnolle asetettava vaatimus se ei ole.

Ehdotetun mukaisesti hyvinvointialueiden rahoitus perustuisi hyvinvointialueiden rahoituslaissa säädettyyn yleiskatteelliseen rahoitukseen (1 §). Hyvinvointialue päättäisi itsenäisesti rahoituksensa käytöstä ja kohdentamisesta itsehallintonsa mukaisesti ottaen huomioon lakiin perustuvat velvoitteensa ja toimivaltansa rajat. Rahoituksen perusteista säädettäisiin täsmällisesti rahoituslaissa ja rahoitus määräytyisi lain tasoisen sääntelyn mukaisesti.

Hyvinvointialueesta annettavan lain 115 §:n mukaan hyvinvointialueen rahoitustarvetta ei saisi kattaa hyvinvointialueen taloussuunnitelmassa pitkäaikaisella lainalla valtion rahoitusvastuusta johtuen. Hyvinvointialueesta ehdotetun lain 15 §:ssä säädettäisiin kuitenkin investointien rahoitusta koskevasta poikkeuksesta hyvinvointialueen lainanottovaltuuteen. Esityksen mukaan valtioneuvosto päättäisi valtiovarainministeriön esityksestä hyvinvointialueen tilikausittaisen valtuuden ottaa pitkäaikaista lainaa investointien rahoittamiseksi. Lainaa ei olisi mahdollista käyttää muuhun tarkoitukseen. Lainanottovaltuuden tason määrittäminen perustuisi hyvinvointialueen lainanhoitokykyyn, joka määritettäisiin laissa säädetyn laskentakaavan perusteella.

Laissa säädettäisiin myös hyvinvointialueiden investointien ohjauksesta. Hyvinvointialue tekisi vuosittain esityksen hyvinvointialuekonsernin investoinneista ja niiden rahoituksesta. Hyvinvointialue saisi toteuttaa investoinnin ja investointia vastaavan sopimuksen tai pitkävaikutteisen hyödykkeen luovutuksen vain, jos sosiaali- ja terveysministeriö tai sisäministeriö olisi hyväksynyt sen osana hyvinvointialueen investointisuunnitelmaa. Investointien ohjauksella varmistettaisiin, etteivät hyvinvointialueet toteuta päällekkäisiä tai muutoin tarpeettomia investointeja tai selvästi epätarkoituksenmukaisia omaisuuden luovutuksia. Ohjauksella voitaisiin varmistaa, ettei synny toistensa kanssa perusteettomasti kilpailevia hankkeita, jotka synnyttäisivät samalla merkittäviä toimintamenokustannuksia ilman että niillä saavutettaisiin hyvinvointi- tai terveyshyötyjä. Sitovalla investointien ohjauksella valtioneuvosto voisi valtakunnan tasolla vaikuttaa tehokkaasti siihen, että maassa on asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistava ja kustannusvaikuttava sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen palvelurakenne. Ohjauksessa tulee kuitenkin huolehtia siitä, ettei ilman riittäviä perusteita rajoiteta hyvinvointialueiden mahdollista päättää itsehallintonsa perusteella investointihankkeista. Tämän vuoksi sisällöllinen ohjaus kohdistuisi vain laajavaikutteisiin tai taloudellisesti merkittäviin hankkeisiin. Ehdotettava investointien ohjausmalli olisi hyvinvointialuei-

den itsehallinnon kannalta erilainen ja hyvinvointialueiden päätöksentekoa korostavampi malli kuin edellisen hallituskauden esitykseen (HE 15/2017 vp ja HE 16/2017 vp) sisältyneet investointien ohjaussäännökset, jossa ehdotettiin Maakuntien tilakeskuksella keskeistä asemaa investointien toteuttamisessa.

Hyvinvointialueen rahoitusta ja talouden ohjausta koskevalla sääntelyllä kokonaisuudessaan varmistettaisiin, että hyvinvointialue pystyisi käytössään olevalla yleiskatteisella rahoitusosuudellaan sekä saamallaan lisärahoituksella ja lainanottovaltuuteen sekä sen tarkistamiseen perustuvalla lainarahoituksella sekä turvaamaan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle yhdenvertaisesti että myös vastaamaan muista sille annetuista lakisääteisistä velvoitteista. Sääntelyn arvioidaan omalta osaltaan turvaavan perustuslakivaliokunnan edellyttämällä tavalla riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen ja myös poikkeustilanteissa hyvinvointialueen edellytykset perus- ja ihmisoikeuksien toteuttamiseen.

Sote-järjestämislaissa ja pelastustoimen järjestämislaissa säädettäisiin hyvinvointialueen toiminnan (sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimi) ohjauksesta. Ohjausmekanismeja olisivat valtioneuvoston vuosittain vahvistamat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen valtakunnalliset strategiset tavoitteet (sote-järjestämislaki 22 §, pela-järjestämislaki 8 §), sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen neuvottelukunta (sote-järjestämislaki 23 §, pela-järjestämislaki 9 §), ministeriöiden vuotuiset ohjausneuvottelut hyvinvointialueiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueitten kanssa (sote-järjestämislaki 24 § ja 37 §, pela-järjestämislaki 10 §), hyvinvointialueiden ohjauksen yhteinen tietopohja (sote-järjestämislaki 29 - 31 § ja pela-järjestämislaki 13 - 15 §) sekä valtioneuvoston toimivalta päättää tietyin edellytyksin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyösopimuksesta (sote-järjestämislaki 36 - 38 §). Lisäksi lakiehdotukset sisältävät lukuisia asetuksenantovaltuuksia, jotka antaisivat valtioneuvostolle tai ministeriöille ohjausvaltaa hyvinvointialueiden päätöksentekoon (ks. näistä tarkemmin luku 12.24). Myös edellä tässä luvussa kuvattu hyvinvointialueen investointien ohjausmalli kiinnittyisi myös hyvinvointialueen toiminnan ohjaamiseen.

Ehdotettavat säännökset vahvistaisivat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen valtiollista ohjausta suhteessa nykytilaan. Ehdotettavan valtakunnallisen ohjauksen tavoitteena on varmistaa, että itsehallinnollisilla hyvinvointialueilla olisi kyky varmistaa hyvinvointialueen asukkaiden perusoikeuksien toteutuminen. Tavoitteena on osaltaan turvata laadukkaan, vaikuttavan ja oikea-aikaisen sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertainen toteutuminen koko maassa varmistaen, että hyvinvointialueiden sisäiset ja niiden väliset erot eivät kasva liian suuriksi. Tavoitteena on myös turvata pelastustoimen palvelujen toteutuminen riskejä vastaavasti. Ohjauksella varmistettaisiin osaltaan hyvinvointialueiden rajallisten voimavarojen tehokas käyttö osana julkisen talouden kokonaisuutta. Hyvinvointialueiden toimintaa ohjattaisiin valtakunnallisesti myös siitä lähtökohdasta, että vältettäisiin tarpeetonta ja perusteetonta päällekkäistä toimintaa. Valtakunnallisella ohjauksella edistettäisiin toimijoiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaisten palvelu- ja henkilöstörakenteiden syntymistä sekä varmistettaisiin valtakunnallista keskittämistä edellyttävien palvelujen toteutumista. Valtion ohjaus olisi kuitenkin strategisen tason ohjausta, joka keskittyisi hyvinvointialueen järjestämistehtäviin. Ohjauksella ei puututtaisi yksityiskohtaisesti tai velvoittavasti hyvinvointialueen tehtäviin ja palvelutuotantoon.

12. *Hallitus (sote-minry) on päättänyt veromallin edistämisestä. Milloin hyvinvointialueilla on verotusoikeus käytössä?*

Hallitusohjelman mukaan maakuntien verotusoikeus valmistellaan parlamentaarisessa komiteassa. Parlamentaarisen maakuntaverokomitean työ on valmistunut ja komitean mietintö on julkaistu 11.3.2021. Komitea arvioi maakuntaveroa laajasti eri näkökulmista ja muun muassa tarkasteli sen edellyttämiä muutoksia verojärjestelmään ja verotuloihin perustuvaan tulopohjien tasausjärjestelmään.

Komitean työssä havaittiin sekä maakuntaveron käyttöönoton puolesta, että sitä vastaan puhuvia seikkoja. Mietinnön mukaan keskeisimmät maakuntaveron käyttöönottoa tukevat argumentit liittyvät alueellisen itsehallinnon vahvistamiseen, taloudellisiin kannustimiin sekä investointien rahoitukseen. Maakuntaveron käyttöönottoa vastaan puhuvista seikoista keskeisimmät ovat sen työn verotukseen aiheuttama kiristymispaine sekä alueiden

eroista seuraavat riskit verotuksen alueellisten erojen kasvuun ja palveluiden yhdenvertaisuuden heikkenemiseen.

Johtopäätöksenään komitea katsoi, että pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien siirtäminen hyvinvointialueille ei vielä luo perustetta maakuntaveron käyttöönottoon. Komitea totesi, että maakuntaveron käyttöönoton tarpeellisuutta tulisi arvioida siinä vaiheessa, kun hyvinvointialueiden rahoitusmallin toimivuudesta on saatu riittävästi kokemusta ja jos niiden tehtäväkenttää mahdollisesti olennaisesti laajennetaan. Tällöin tulisi tarkastella laajasti julkisen sektorin tehtäviä, rahoitusta ja veronsaajien asemaa.

Sote-ministeriryöryhmän lokakuussa 2020 tekemän linjauksen mukaan hallituksen on tarkoitus tehdä maakuntaverotuksen valmistelua sekä uusien hyvinvointialueiden tehtävien laajentamista koskevat linjaukset samalla aikataululla parlamentaaristen työryhmien työn valmistuttua. Hallitus ei ole vielä tehnyt jatkon osalta linjauksia.

13. *Kuinka suuri vaikutus on kerätyn datan epäyhtenäisyydellä?*

THL:n tutkimusraportissa on kuvattu kattavasti käytetyt tutkimusaineistot. Aineistoina käytetään pääosin THL:n kokoamia valtakunnallisista rekistereistä poimittuja yksilötason tietoja. Terveyden- ja vanhustenhuollon käyttötiedot perustuvat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin. Nämä käyttötiedot on muunnettu kustannuksiksi hyödyntämällä keskimääräisiä kansallisia yksikkökustannuksia (Mäklin & Kokko, 2020). Sosiaalihuollon avopalveluista ei ole käytettävissä koko väestön kattavia käyttötietoja. Tämän vuoksi sosiaalihuollon kertoimet arvioidaan niiltä alueilta, joista on saatavilla sosiaalihuollon avopalvelujen käyttötiedot.

Vaikka tilastollisiin malleihin liittyy aina epävarmuutta, näyttäytyy esiin nostettu kritiikki mallin epävarmuudesta liioitellulta ja perustuu THL:n mukaan väärinymmärrykseen alueiden palvelutarpeen vakioinnissa kohdatusta epävarmuuden laadusta. Mallin kehittäminen on jatkuvaa työtä, Vaikka uusin tutkimus on aineiston osalta huomattava parannus aiempaan THL:n tutkimukseen, voidaan sitä kehittää myös jatkossa. Olosuhde ja kustannustekijöiden osalta tutkimuksen kehitystyö on käynnissä. Myös sairausluokituksen osalta kehitystyö on jatkuvaa.

14. *Miten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä kehitetään?*

Lakiesitykset luovat hyvät yleiset edellytykset myös kuntien ja uusien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien väliselle yhteistyölle sekä niiden järjestämien palvelujen yhteensovittamiselle. Sote-järjestämislaissa säädettäisiin hyvinvointialueen velvollisuudesta osaltaan yhteen sovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan kunnallisten palvelujen kanssa (10 §) sekä hyvinvointialueen ja kunnan yhteistyövelvoitteesta kehittämistyössä (32 §) ja varautumisessa häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin (50 §). Hyvinvointialueesta ehdottavan lain 14 §:n mukaan hyvinvointialueen ja sen alueen kuntien olisi neuvoteltava vähintään valtuustokausittain tehtäviensä hoitamiseen liittyvästä yhteistyöstä, tavoitteista ja työnjaosta. Lisäksi säädettäisiin kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyöstä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä: hyvinvointialueen ja kunnan olisi toimittava yhteistyössä, tuettava toisiaan asiantuntemuksellaan, laadittava hyvinvointikertomuksensa ja –suunnitelmansa yhteistyössä sekä neuvoteltava vähintään kerran vuodessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevista tavoitteista, toimenpiteistä, yhteistyöstä ja seurannasta (sote-järjestämislaki 6 ja 7 §). Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valtion ohjauksessa edistettäisiin, seurattaisiin ja arvioitaisiin hyvinvointialueen ja sen alueen kuntien yhteistyötä (sote-järjestämislaki 4 luku). Edellä mainittuja sote-järjestämislain säännöksiä sovellettaisiin myös HUS-yhtymään. Lisäksi eri hallinnonalojen substanssilainsäädännössä säädetään nykyisin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden kunnan hallinnonalojen välisestä yhteistyöstä. Tähän sääntelyyn on esitetty tehtäväksi tarvittavat tekniset muutokset hallituksen esityksellä HE 56/2021. Vastaisuudessa kyseiset yhteistyövelvoitteet koskisivat hyvinvointialuetta ja kuntaa. Tarkemmat yhteistyörakenteet ja käytännöt jäisivät toimijoiden itsensä määritettäväksi paikalliset olosuhteet ja alueelliset erityispiirteet huomioiden.

15. *Miten vastaatte arvioon rahoituksen kohdennuksen väärästä painopisteestä? Miten nykyiseen kohdennukseen (asukasmäärän osuus) on päädytty? Miksi on päädytty tähän prosenttirajaukseen?*

Rahoituksen määräytymistekijöiden painoarvot perustuvat kokonaisarvioon ja sen perusteella on päädytty esitettyihin painoarvoihin. Valmistelun aikana ei ole tullut esille perusteita muuttaa painoarvoja. Aikaisempaan valmisteluun verrattuna asukasmäärän painoarvo on kasvanut, vastaavasti palvelutarpeen prosenttiosuus on pienentynyt.

Viime syksynä lausuntopalautteen perusteella tehtiin muutoksia, jotka vaikuttivat osaltaan määräytymistekijöiden prosenttiosuuksiin ja rahoitusmalliin muutoinkin. Hyvinvointialueiden pysyvä siirtymätasaus muuttui symmetrisestä +/- 150 epäsymmetriseen -100/+200 euroa/asukas. Kaksikielisyyden painoarvoa määräytymiskriteereissä nostettiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rahoitus tulee 1 %:n painolla käyttöön jo heti uudistuksen voimaantulovuonna, mutta vuosina 2023-2025 se määräytyy asukasmäärän perusteella ja vuodesta 2026 alkaen hyte-kertoimen perusteella. Vieraskielisyyskerrointa muutettiin siten, että vieraskielisten lukumäärän kasvu nostaa hyvinvointialueiden rahoitusta. Näiden lisäksi koko maan tasolla rahoitusta korotetaan vuoteen 2029 asti sosiaalimenojen analyysimallin (nk. some-mallin) mukaisella palvelutarpeen kasvuarviolla korotettuna 0,2 %-yksiköllä.

16. *Vähenisikö rahoituksenjaossa asukasmäärän osuuden kasvattaminen tarvekerroinmallissa havaittuja epätarkkuuksia?*

Kuten edellä todettiin, hyvinvointialueiden tehtävistä säädettäessä on huolehdittava rahoitusperiaatteen mukaisesti hyvinvointialueiden tosiasiallisista edellytyksistä suoriutua velvoitteistaan. Ratkaisevassa asemassa palvelujen järjestämistehtävän asianmukaisen hoitamisen turvaamisessa on nimenomaan valtion rahoituksen riittävyys ja sen oikea kohdentaminen.

Rahoitusmallin valmistelun ja hyvinvointialueiden rahoituksen perusteena olevien laskennallisten kustannusten määräytymisperusteiden lähtökohtana on ollut yksinkertainen, mahdollisimman hyvin eri puolilla maata hyvinvointialueiden toiminnan kustannusten keskeiset perusteet kattava malli. Huomioon on otettu ne pääsääntöisesti tutkimusaineistoon perustuvat tekijät, joilla on selvästi osoitettua merkitystä hyvinvointialueen asukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön tarpeisiin ja kustannuksiin sekä muutamat alueellisiin erityispiirteisiin liittyvät tekijät. Lähtökohtana on, että valittu rahoitusmalli olisi sellainen, joka varmistaa, että julkinen valta turvaa perusoikeuksien toteutumisen suuntaamalla rahoituksen oikein eri puolilla maata.

Tarvetekijät ja painokertoimet perustuvat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen huhtikuussa 2020 julkaistuun tutkimukseen ja jatkossa sen tuleviin päivityksiin. Tutkimus on tarkoitus päivittää ennen uudistuksen voimaantuloa ja siihen perustuen säätää vielä vuonna 2022 vuodesta 2023 lukien sovellettavista tarvetekijöistä ja niiden painokertoimista. Tämän jälkeen tarvetekijät päivitettäisiin vähintään neljän vuoden välein. Näin voidaan varmistaa, että palvelutarvetta ja palvelujen järjestämisestä aiheutuvia kustannuksia koskevan tietopohjan kehittyessä myös rahoitusta muutetaan ajantasaisinta tietoa vastaavasti.

Rahoitusmallin määräytymistekijöiden painoarvojen määrittäminen sisältää aina harkintaa, eikä täysin yksiselitteistä vastausta oikeista painoarvoista liene olemassa. Asukasperusteisuuden painoarvon lisääminen suosisi erityisesti Helsinkiä ja Uudenmaan hyvinvointialueita, joiden väestömäärä kasvaa. Rahoituksen asukasperusteisuuden lisääminen voisi kuitenkin vaarantaa rahoitusperiaatteen toteutumisen ja riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuden osassa alueita, sillä tarvekertoimessa huomioidaan nimenomaan niitä tekijöitä, jotka parhaiten selittävät palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia. Hyvinvointialueen väestörakenne ja erityisesti sairastavuus ovat keskeisiä tekijöitä tulevaisuuden palvelutarvetta ja rahoitustarvetta arvioitaessa. Ennusteiden mukaan

nuori työikäinen väestö keskittyy yhä enemmän Etelä-Suomeen ja kasvukeskuksiin. On nähtävissä, että hyvinvointialueittaiset suhteelliset tarve-erot kasvavat entisestään ja tämän olisi heijastuttava tarveperusteiseen hyvinvointialueiden rahoitukseen. On myös huomioitava, että hyvinvointialueen asukasmäärä joka tapauksessa tulee huomioiduksi laskennallisia kustannuksia määritettäessä eri määräytymistekijöiden osalta.

17. *Miten terveydenhuollon rahoitus riittää tällä tasolla ja miksi ei pyritä Pohjoismaiselle tasolle?*

Suomen terveyspalvelujen keskeisimpiä ongelmia on mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen arvioinnin mukaan se, että alueellisesti yhdenvertainen saatavuus toteutuu puutteellisesti. Eri palveluissa on vaihtelua, mutta etenkin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen saatavuudessa on huomattavia alueellisia eroja. Osittain erot aiheutuvat palvelujen rakenteellisista eroista, jotka johtuvat kunnallisten palvelujärjestäjien päätöksistä. Rakenteellisella uudistuksella pyritään vastaamaan tähän haasteeseen.

Valtion rahoituksen taso hyvinvointialueiden rahoituksessa perustuu koko maan tasolla vuonna 2023 kunnista siirtyvien sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä pelastustoimen vuoden 2022 yhteenlaskettuihin kustannuksiin tosin sanoen kunnista siirtyy yhtä paljon kustannuksia ja tuloja hyvinvointialueille. Rahoitusjärjestelmässä on useita elementtejä, joilla hyvinvointialueiden rahoituksen riittävyys pyritään turvaamaan. Rahoitusjärjestelmää on kuvattu yksityiskohtaisemmin niitä koskevien kysymysten kohdalla.

Suomen terveydenhuollon menojen suhde bruttokansantuotteeseen on lähellä EU:n keskiarvoa, mutta pohjoismaiden alhaisin. Kuitenkaan pelkästään tällä perusteella ei ole järkevää asettaa tavoitteita politiikkamuutoksille. Käytössä oleva rahoitus on yksi eroja selittävä tekijä, mutta mm. terveydenhuollon palkka- ja hintatasot, väestön erilainen sairastavuus ja palvelujen tarve, palvelujen käytön runsaus, palvelujen tuotanto- ja hallintorakenteet, prosessit, tuottavuus, kansantalouden kehitys, erilaiset rahoitusjärjestelmät, asiakasmaksut palvelujen käyttöhetkellä, jne. selittävät maiden käyttömenojen eroja.

On myös huomattava, että verrattuna muihin pohjoismaihin, Suomen terveydenhuollon järjestelmässä kotitalouksien, työnantajien ja muiden tahojen rahoitusosuus on selvästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa. Terveydenhuollon kokonaisrahoituksen taso ei siis ole samassa määrin julkisen päätöksenteon varassa, vaan Suomessa siihen vaikuttaa myös julkisen sektorin ulkopuoliset työterveyshuoltoa ostavat työnantajat sekä yksityisiä palveluja kuluttavat kansalaiset.

Terveydenhuollon rahoituksen riittävyyden arvioinnissa on olennaista arvioida sen tuottamaa terveyshyötyä. OECD:n vuoden 2019 terveysprofiilin mukaan kuolleisuus hoidettavissa oleviin sairauksiin on Suomessa EU:n keskiarvoa vähäisempää. Sen sijaan kuolleisuus, joka olisi kansanterveydellisin keinoin ehkäistävissä, on Suomessa EU:n keskimääräistä yleisempää.

Julkisen terveydenhoidon rahoitus kerätään pääosin verotuksella. Pääministeri Marinin hallitusohjelmassa on linjattu, etteivät sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenneuudistuksen yhteydessä tehtävät verorakenteen muutokset saa aiheuttaa verotuksen kiristymistä. Esitys ei johda minkään väestönryhmän verotuksen kiristymiseen, ja kunnilta hyvinvointialueille siirtyvien palvelujen veroista kerättävä rahoitus säilyy valtakunnallisesti tarkasteltuna ennallaan. Hyvinvointialueiden päätökset asiakasmaksuista määrittävät hyvinvointialueiden järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoituksen lopullisen tason. Edelleen hyvinvointialueiden päätökset tämän yleiskatteellisen rahoituksen kohdentamisesta tulevat määrittämään hyvinvointialueiden palvelujärjestelmästä terveydenhuoltoon kohdistuvan rahoituksen.

18. *Miten vastaatte kasvukaupunkien esittämään palautteeseen?*

Sote-uudistuksen valmistelun yhteydessä (viime vaalikaudella ja nyt) on koeteltu erilaisia mekanismeja kustannusten ja tulojen siirron toteuttamiseksi. Siirron lähtökohtana on ollut se, että kuntalaisten ansiotuloverotus ja kuntien kunnallisveroprosenttien vaihteluväli pysyvät ennallaan. Mikäli kunnallisveroa siirrettäisiin kuntakohtaisesti siirtyvää kustannusta vastaavasti, johtaisi se kuntalaisten verotuksen suuriin muutoksiin (valtion verotus ei voi poiketa alueellisesti). Äärimmillään tämä johtaisi siihen, että joidenkin yksittäisten kuntien nykyinen kunnallisvero ei riittäisi kattamaan loppuja siirrettävistä tuloista. Tämän lisäksi olisi vähennettävä osuutta jäljelle jäävistä tuloista. Vastaavasti osassa kuntia veroprosentti olisi yli 10 prosenttia sote-uudistuksen jälkeen. Tämä johtuu siitä, että kuntakohtaiset erot sote-kustannuksissa (n. 2 600 – n. 6 800 e/as), kunnallisveron tuotoissa (n. 100 – n. 400) ja yhteisöveron tuotoissa ovat merkittävät. Valmistelun yhteydessä ei ole myöskään esitetty vaihtoehtoisia siirtomekanismeja, jotka täyttäisivät edellä mainitut ennakkoehdot.

On totta, että uudistuksen johdosta suhteellisen velkaantuneisuuden tunnusluvun arvioidaan tuplaantuvan. Tässä tulee kuitenkin muistaa se, että suhteellinen velkaantuneisuus on kuitenkin enemmänkin teoreettinen kuin kunnan tosiasiallista velanhoitokykyä kuvaava mittari. Siinä tarkastellaan kaikkien käyttötulojen suhdetta velan määrään, mutta ei oteta huomioon lainkaan käyttömenoja – jotka niin ikään puolittuvat. Suhteellinen velkaantuneisuus ei siis ota huomioon ns. nettotuloja eli lainanhoitoon käytettävissä olevaa rahamäärää.

Koska palveluvelvoitteet on kaikissa kunnissa hoidettava, käytännössä kuntien todellinen liikkumavara velanhoitoon ja investointeihin ilmenee vuosikatteessa, joka taas vaikuttaa rahoituslaskelman toiminnan ja investointien rahavirtaan. Jos siis kunnan tasapainotila (vuosikate poistojen jälkeen) pysyy sote-uudistuksen seurauksena ennallaan (uudistuksessa muutos rajataan maksimissaan +/- 60 e/as eli 0,6 %-yks. laskennallinen paine veroprosenttiin), kunnan investointi- ja velanhoitokyky eivät ainakaan oleellisesti muutu. Suhteellinen velkaantuneisuus on ollut yksi kriisikuntakriteereistä, mutta kriisikuntamittaristoa on päivitetty niin, että vuodesta 2022 lähtien se ei ole enää mukana kriisikuntamittaristossa.

Sote-uudistusta koskevissa lausunnoissa on esitetty tasapainotilanteen muutoksen nollaamista esitetyn +/- 60 euroa/asukas sijaan. Sote-valmistelun lähtökohtana on ollut siirtymä uusiin laskentaperusteisiin. Jos muutos nollattaisiin, rahoitusjärjestelmiin tehtävillä muutoksilla ei lähtökohtaisesti olisi merkitystä. Valtionosuusjärjestelmätasauksessa nollaamisella jäädytettäisiin nykytilanne. Se olisi sattumanvarainen yksittäisten kuntien kannalta poikkileikkaustilanteessa. Erityisen epäedullinen tilanne olisi niille kunnille, joilla poikkeuksellisesti sattuisi olemaan huono talousvuosi laskenta-ajankohtana. Tämä tilanne sinetöitäisiin vuosiksi eteenpäin pysyvällä järjestelmämuutoksen tasauksella.

Tilanne olisi hankala myös sellaisten kuntien osalta, joilla talous on heikossa tilassa, mutta uudistus toisi helpotusta talouteen. Käytännössä tämä hyöty vietäisiin näiltä kunnilta.

Edellä mainittujen lisäksi nyt esitetyssä muodossa eri tasauksilla on suuri paino valtionosuusjärjestelmässä, jos tähän vielä toteutettaisiin järjestelmämuutoksen nollaaminen, siirtymätasauksen paino kasvaisi entisestään yksittäisten kuntien valtionosuudessa. Tämä olisi huomioitava tulevissa järjestelmäuudistuksissa. Pitemmällä tähtäimellä tavoite on, että näistä tasauksista päästäisiin eroon, mutta massiivisten tasausten oloissa tämä tavoite vaikeutuisi ja hankaloittaisi tulevien järjestelmäuudistusten tekemistä.

Tulorahoituksen dynamiikka toimii jatkossa aivan kuten nykyisinkin eli esimerkiksi valtionosuuksien ja verotulojen muutokset vaikuttavat sellaisenaan kunnan tuloihin. Uudessa valtionosuusjärjestelmässä on myös esitetty uutena kriteerinä väestökasvun lisäosaa (n. 29Me), joka kohdistuu nimenomaan isoimpiin kaupunkeihin. Tämän lisäksi tasausvähennysprosentin aleneminen hyödyttää verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausrajan yläpuolella olevia kuntia (esim. pk-seudun kaupungit). Pitää myös huomata, että kunnallisveroprosentin tuotto hieman paranee (keskimäärin n. 11 €/as) ja mahdollinen veronkorotus tuo suhteessa budjetin kokoon enemmän tuloja kuin nykyisin.

Toki myös budjetin puolittumisella on kääntöpuoli – talouden tasapainottamiskeinot ovat merkittävästi rajallisemmat uudistuksen jälkeen, kun budjeteista viedään yli puolet pois. Erityisesti tämä korostuu pienemmillä kunnilla. Uudistus ei rajausmekanismeista johtuen ”käännä” yhdenkään kunnan taloutta vaan todennäköisesti ne kunnat, jotka ovat taloudellisissa vaikeuksissa ennen uudistusta ovat myös sitä uudistuksen jälkeen.

Kunnilla säilyy myös uudistuksen jälkeen vahva kannustin pyrkiä edistämään kuntalaistensa terveyttä ja hyvinvointia. Parempi terveys ja työllisyys näkyvät myönteisesti kuntien tulorahoituksessa (verotulojen kautta) ja kustannuksissa (perustoimeentulotuen ja työmarkkinatuen rahoitusosuuksien kautta). Tämän lisäksi uuteen valtionosuusjärjestelmään ehdotetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäosaa (100Me).

19. *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?*

Sote-uudistuksen yhteydessä siirretään sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen kustannuksia vastaavat tulot hyvinvointialueiden rahoitukseen. Nykyinen opetustoimen valtionosuusrahoitus jää ennalleen, samoin kuin muu kuntien rahoitus ko. toimialalle.

Verotuksen osalta olennaista on kuntien verotusoikeuden pysyminen ennallaan. Tuloveroprosentin muutos on rajoitettu voimaantulovuonna, mutta sen jälkeen kunnat voivat itsehallintonsa puitteissa määrätä veroprosenteistaan. Uudistuksen yhteydessä verotuksen tehdään muutoksia, joiden mukaisesti kunnallisveron tuotto ei muutu tai se jopa hieman paranee (keskimäärin 11 euroa/as). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kuntien budjettien puoliintuessa, entisellä veron tuotolla tarvitsee rahoittaa selvästi pienempää taloutta. Tämä helpottaa talouden hoitoa kunnissa.

Kiinteistöveroa ei siirretä hyvinvointialueiden rahoitukseen, joten sen osalta ei tule muutosta nykytilanteeseen verrattuna. Sen osuus kuntien tuloista kasvaa uudistuksen jälkeen.
Valtiovarainministeriö on asettanut tulevaisuuden kuntapolitiikan toimenpidevaihtoehtoja valmistelevan työryhmän ja sen alaiset valmistelujaostot toimikaudeksi 9.12.2020–31.12.2021. Työn tavoitteena on tuottaa poliittiseen päätöksentekoon kuntapolitiikan kokonaisuutta koskevia toimenpide-ehdotuksia. Kokonaisuudessa käydään läpi kuntien rahoituspohjan ja tehtävien tasapainoa ja kestävyyttä, kuntien roolia ja itsehallintoa, kuntien toimintatapoja, yhteistyötä ja kuntarakennetta sekä valtion kuntiin kohdistamaa ohjausta eri muodoissaan.

B. Kysymykset kaikille asiantuntijoille:

20. *Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?*

ks. yllä

21. *Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?*

ks. yllä

22. *Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?*

ks. yllä

23. *Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?*

24. *Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti?*

    Tilastolliseen malliin liittyy aina epävarmuutta, jota voidaan arvioida tarkastelemalla tarvekertoimen luottamusvälejä tai mallia koskevilla herkkyysanalyyseillä. Saadun palautteen perusteella THL on tehnyt jatkotarkasteluja, joiden perusteella tarvekertoimen luottamusväli näyttäisi olevan varsin pieni ja esitetyt huolet liioiteltuja. Keskeistä herkkyystarkastelussa on tapa, jolla se toteutetaan. Mallin kehittäminen on jatkuvaa työtä ja THL:n on tarkoitus toteuttaa herkkyystarkasteluja mallin jatkotutkimuksen yhteydessä lisää.

25. *Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?*

    ks. yllä

26. *HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?*

    ks. yllä

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

    Väestöltään ja alueeltaan kuntia laajemmilla hyvinvointialueilla olisi nykytilaa paremmat edellytykset arvioida eri väestö- ja asiakasryhmien palvelutarvetta ja suunnata voimavaroja todettujen tarpeiden perusteella. Uudistus vahvistaisi hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden osaamista ja tukea kunnille, mistä erityisesti pienet kunnat hyötyisivät. Uudistus loisi asianmukaiset edellytykset hoitoon tai palvelujen piiriin pääsylle ja loisi edellytyksiä sille, että koko maassa olisi saatavilla riittävästi ja yhdenvertaisesti laadukkaita ja vaikuttavia palveluja. Kokonaisuutena uudistus loisi edellytyksiä väestön hyvinvoinnin ja terveyden parantumiselle.

    Nykytilassa kunnat vastaavat palveluiden järjestämisestä ja erityisesti sosiaalipalveluissa on paljon kuntakohtaista vaihtelua. Uudistus parantaisi ihmisten yhdenvertaisuutta, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu siirtyisi hyvinvointialueille. Järjestäjätahon suuren koon voidaan arvioida johtavan palvelutuotannossa esiintyvien alueellisten ja paikallisten vaihteluiden pienenemiseen ja tätä kautta ihmisten yhdenvertaisuuden lisääntymiseen. Vähittäinen siirtymä tarveperusteiseen rahoitukseen lisäisi yhdenvertaisuutta hyvinvointialueiden välillä. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntija-arvioilla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen ohjauksen vahvistamisella edistettäisiin palvelujen yhdenvertaisuutta hyvinvointialueiden sisällä ja hyvinvointialueiden välillä.

28. *Miten yksityisten palveluntarjoajien rooli muuttuisi uudistuksessa?*

    Yksityiset palveluntuottajat voisivat tuottaa jatkossakin laajasti palveluja hyvinvointialueille ostopalveluina sekä palvelusetelipalveluina. Lisäksi hyvinvointialueiden palveluissa voidaan jatkossakin laajasti käyttää työvoimaksi hankittua/vuokrattua henkilöstöä. Säännökset palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta koskisivat myös hyvinvointialueen yhtiöitä ja osuuskuntia.

    Sote-järjestämislain mukaan yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavien palvelujen olisi oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Ostopalvelujen hankkimista rajattaisiin

erityisesti palveluissa, jotka sisältävät julkisen vallan käyttöä tai jotka liittyvät hyvinvointialueen järjestämistehtävään. Ehdotetun sääntelyn ei arvioida kokonaisuudessaan vähentävän hyvinvointialueiden palvelujen järjestämistä hankkimalla niitä yksityiseltä palveluntuottajalta. Sen sijaan, kyseisen sääntelyn arvioidaan mahdollistavan näiden hankintojen kasvun kestävällä tavalla. Ehdotettu sääntely jäsentäisi ja täsmentäisi nykyisiä ostopalvelukäytäntöjä, sillä arvion mukaan nykyisen lain tulkinnat ovat olleet ristiriitaisia, moninaisia ja osin perustuslain vastaisia.

Kun katsotaan kokonaisuutta, isossa kuvassa yksityisten palveluntuottajien rooli ei muuttuisi merkittävästi nykyisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön arvion mukaan suurin osa nykyisistä sopimuksista jäisi voimaan, osaa muutettaisiin ja pieni osa sopimuksista irtisanottaisiin osittain tai kokonaan. Arvion mukaan vain yksittäisiä sopimuksia mitätöityisi.

Hyvinvointialueella olisi oltava riittävästi omaa palvelutuotantoa niin sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollon perustasolla ja erikoissairaanhoidossa. Myös näiden ylätason sektoreiden sisällä oman palvelutuotannon olisi oltava riittävää ja laaja-alaisesti toiminta-alueen tehtävät kattavaa siten, ettei jotakin lääketieteen erikoisalaa tai jotakin muuta palvelualaa, esimerkiksi kaikkea perustason suunhoitoa, kaikkia ikääntyneiden palveluja, kaikkia vammaispalveluja, kaikkia lastensuojelun palveluja tai kaikkia kuntoutuksen palveluja ole kokonaan ulkoistettu, vaan kullakin sektorilla olisi riittävästi myös hyvinvointialueen omaa osaamista. Hyvinvointialue voisi kokonaisharkintansa perusteella hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta jatkossakin suurehkonkin osuuden sellaisia palveluja, jotka luonteensa puolesta erityisesti soveltuvat paremmin tuotettaviksi yksityisten palveluntuottajien toimesta tai jotka muutoin on tarkoituksenmukaista tuottaa hankkimalla ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Lisäksi hyvinvointialueella voi olla tarve hankkia tiettyjä palveluja, esimerkiksi joitakin ruotsinkielisiä palveluja, joiden osaamista on haastavaa löytää muualta kuin yksityissektorilta. Hyvinvointialueella ei näin ollen tarvitsisi olla omana tuotantonaan jokaista sosiaali- ja terveydenhuollon yksittäistä palvelua. Oman tuotannon tulee kuitenkin edellä todetulla tavalla olla riittävän laajaa sekä osaamisen puolesta kattavaa, että hyvinvointialue kykenee sopeuttamalla omaa palvelutuotantoaan ja varautumalla erilaisin etukäteisjärjestelyin häiriötilanteisiin huolehtimaan myös häiriötilanteissa vaarantuvista palveluista. Riittävän oman palvelutuotannon vaatimus ei kuitenkaan edellyttäisi ylikapasiteetin ylläpitoa. Esimerkiksi arvioitaessa ikääntyneiden asumispalvelujen tai lastensuojelun sijaishuollon palvelujen osalta riittävän oman palvelutuotannon määrää, tulisi arvioida kokonaisuutena hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa. Jos esimerkiksi ikääntyneiden asumispalvelut hankitaan lähes kokonaan ostopalveluna, tulisi vastaavasti varmistua siitä, että palvelutuotannon häiriötilanteissa esimerkiksi kotipalveluiden tai muiden asiakasryhmien asumispalveluiden resursseja voidaan osaltaan tarvittaessa käyttää häiriötilanteen hoitamisessa niin, että palvelut pystytään turvaamaan. Lisäksi häiriötilanteissa palveluja voidaan turvata muiden hyvinvointialueiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä sekä hankkimalla palveluja muilta palveluntuottajilta.

Joissain kunnissa on nykyisin tehty kokonaisulkoistuksia perusterveydenhuollon tai/ja sosiaalihuollon palvelujen osalta. Nämä yksittäisten pienten kuntien kokonaisulkoistukset voisivat pitkälti jatkua myös tulevilla hyvinvointialueilla, sillä hyvinvointialueen mittakaavassa nämä yksittäisten kuntien kokonaisulkoistukset eivät muodostuisi liian laajoiksi. Myös erikoissairaanhoidossa voitaisiin jatkossakin hankkia laajasti palveluja ja toimenpiteitä yksityiseltä palveluntuottajalta, mutta esim. kokonaisia lääketieteen erikoisaloja ei voitaisi ulkoistaa, joten tältä osin joitakin yksityisen palveluntuottajan kanssa tehtyjä sopimuksia tulisi tarkastella uudelleen. Hyvinvointialue ei voisi tehdä niin laajaa kokonaisulkoistusta terveyden- tai/ja sosiaalihuollossa, ettei se kykene huolehtimaan järjestämisvastuustaan, mutta hyvinvointialue voisi jatkossakin ulkoistaa esim. yksittäisiä terveysasemia ja laajasti sosiaalipalveluja ja erikoissairaanhoidon palveluja, kunhan ulkoistettuihin tehtäviin ei sisälly mm. julkisen vallan käyttöä, jollei siitä ole erikseen säädetty, tai hyvinvointialueelle järjestäjänä kuuluvia tehtäviä (päätöksenteko, ohjaus, valvonta jne.). Yksityisen palveluntuottajan tuottamissa palveluissa voidaan nykysinkin käyttää julkista valtaa vain, jos siitä on erikseen laissa säädetty (esim. rajoitustoimenpiteiden käytöstä yksityisissä palveluissa on säädetty erikseen).

Terveysasemaulkoistuksiin olisi mahdollista jatkossakin sisällyttää myös esim. neuvolapalvelut, sillä näitä ei laissa kiellettäisi hankkimasta. Perustelujen mukaan hyvinvointialueen olisi perusteltua säilyttää omana toimintanaan neuvolapalvelut, mikä ohjaisi hyvinvointialueita kuitenkin harkitsemaan asiaa.

Hallituksen esityksessä ei ole ollut tarkoitus kieltää hyvinvointialueen lääketieteellisten tukipalvelujen hankkimista kokonaisuudessaan yksityiseltä palveluntuottajalta (kuten esim. hyvinvointialueiden yhteiseltä yhtiöltä). Koska eduskuntakäsittelyn aikana on tuotu useissa lausunnoissa esiin epäselvyys siitä, voidaanko kyseiset palvelut jatkossa tuottaa kokonaisuudessaan esimerkiksi hyvinvointialueiden yhteisessä yhtiössä vai edellytetäänkö hyvinvointialueella olevan omaa tuotantoa myös näistä palveluista, sosiaali- ja terveysministeriö on katsonut tarpeelliseksi ehdottaa hallintovaliokunnalle tarkennusta sote-järjestämislain 12 §:n 1 momenttiin siten, että hyvinvointialueiden olisi jatkossakin mahdollista hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta kokonaisuudessaan lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset tukipalvelut sekä niiden tuottamisessa tarpeellinen erityisosaaminen.

Yksityiseltä palveluntuottajalta ei voisi jatkossa hankkia sosiaalityötä tai sosiaalipäivystystä. Nykyisinkään näitä tehtäviä ei ole voinut hankkia siltä osin, kuin on kyse julkisen vallan käytöstä ja ko. tehtävissä on laajasti kyse julkisen vallan käytöstä. Sosiaalityöhön sisältyviä tehtäviä on nykyisin joissain kunnissa joiltain osin hankittu yksityiseltä palveluntuottajalta, joten tältä osin sopimukset tulisivat mitättömiksi. Jatkossa näissä palveluissa ei voitaisi käyttää myöskään vuokrattua/hankittua työvoimaa. Näiltä osin muutos nykytilaan on arvioitu kuitenkin melko vähäiseksi.

Yksityiseltä palveluntuottajalta ei voisi jatkossa hankkia ostopalveluna terveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä. Joidenkin yksittäisten terveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystysyksiköiden palveluja on nykyisin hankittu ostopalveluna. Näiltä osin sopimukset mitätöityisivät. Ympärivuorokautiseen päivystykseen olisi kuitenkin jatkossakin mahdollista hankkia/vuokrata työvoimaa.

Yksityiseltä palveluntuottajalta ei voisi jatkossa hankkia ostopalveluna myöskään ensihoitopalveluun liittyviä järjestämistehtäviä. Näitä ei nykyisinkään ole voinut hankkia ostopalveluna.

Perusterveydenhuollon palveluissa ja niihin liittyvissä erikoissairaanhoidon palveluissa yksityinen palveluntuottaja voisi tehdä jatkossakin hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitopäätökset eli tältä osin nykytilaan ei tulisi muutoksia.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 52 §:n 1 momentin mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa siitä, että sekä kiireellisen että lähetteeseen perustuvan hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein. Henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Terveydenhuoltolain 57 §:n 2 momentin mukaan potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta sekä potilaan siirtämisestä toiseen toimintayksikköön päättää vastaava lääkäri tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muu laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Potilaan ottamisesta erikoissairaanhoitoon sairaalaan lähetteen perusteella päättävät nykyisin pääasiassa sairaanhoitopiirin palveluksessa olevat lääkärit tai työvoimaksi vuokratut/hankitut lääkärit. Joissakin nykyisissä sairaanhoitopiirien tekemissä ulkoistuksissa potilaan sairaalaan ottamisesta päättäminen on annettu yksityisen palveluntuottajan tehtäväksi, kun on esimerkiksi ulkoistettu kokonainen erikoisala (esim. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin tekemä ulkoistus, Etelä-Karjalan keskussairaalan silmäyksikkö). Jatkossa sote-järjestämislaissa säädettäisiin, että potilaan erikoissairaanhoitoon ottamisesta päättäisi virkalääkäri tai, kun on kyse esim. kiireellisestä tilanteesta, työvoimaksi vuokrattu/hankittu lääkäri, joka työskentelee hyvinvointialueen suorassa työnjohdollisessa alaisuudessa. Ehdotuksen mukaan virkalääkäri tai työvoimaksi vuokrattu/hankittu lääkäri tekisi myös sairaalaan otetun potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut, joita nykyisin on tehty myös yksityisen ostopalveluntuottajan toimesta. Tältä osin ehdotuksella olisi jonkin verran vaikutuksia yksityisen palveluntuottajan rooliin.

Sosiaalihuollon antamista koskeva päätös on muutoksenhakukelpoinen hallintopäätös, joka on julkisen vallan käyttöä ja jonka tekeminen ja valmistelu kuuluu sosiaaliviranomaiselle. Sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi

kytkeytyy niin kiinteästi palvelujen myöntämistä koskevaan päätöksentekoon, että myös siihen voidaan katsoa liittyvän julkisen vallan käytön piirteitä. Nykyisin on kuitenkin joissain tilanteissa annettu ostopalveluntuottajan tehtäväksi sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointia (esim. Tampereen Kotitori-malli). Jatkossa sote-järjestämislaissa säädettäisiin, että hyvinvointialueen tulee tehdä aina sosiaalihuollon palvelutarpeen arviointi hankkiessaan palveluja yksityiseltä palveluntuottajalta, joten tällä olisi joissain tapauksissa vaikutusta yksityisen tuottajan rooliin.

Sote-järjestämislain mukaan ostopalveluntuottajalla olisi oltava hyvinvointialueen hankkimien palvelujen sisältöön ja laajuuteen nähden riittävä osaaminen, palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä muut riittävät toimintaedellytykset. Perustuslakivaliokunnan tulkintakäytäntö ei mahdollista sitä, että hyvinvointialueen julkisia hallintotehtäviä annettaisiin ns. kuoriorganisaation hoidettavaksi, jonka osaaminen perustuu alihankkijoidensa osaamiseen. Ostopalveluntuottaja voisi hankkia alihankkijalta kuitenkin omaa toimintaansa täydentäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tai omaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöään täydentävää työvoimaa. Täydentäväksi palvelutoiminnan voitaisiin katsoa osuus, joka olisi enintään 49 % yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista, mikä on kirjattu sote-järjestämislain yksityiskohtaisiin perusteluihin. Alihankintojen edelleen ketjuttaminen ei olisi mahdollista. Alihankinnan edelleen ketjuttaminen tarkoittaisi ketjua, jossa hyvinvointialue siirtäisi tehtävän hoidon ostopalvelutuottajalle, joka siirtäisi tehtävän edelleen alihankkijalleen (= subdelegointi), joka siirtäisi tehtävän vielä edelleen omalle alihankkijalleen. Koska perustuslakivaliokunta on suhtautunut pidättyväisesti jo subdelegointiin, on vaikea nähdä, että alihankinnan edelleen ketjuttaminen saisi perustuslakivaliokunnan hyväksynnän, sillä tällöin palveluntuottajan alihankkijan alihankkijat jäisivät vielä etäämmälle hyvinvointialueen ohjauksesta ja valvonnasta.

Yksityisellä palveluntuottajalla voisi olla edelleenkin suuri osa henkilöstöstään myös toimeksiantosopimussuhteessa (eli alihankkijoina), kun se tuottaa palveluja hyvinvointialueelle (kuten edellä on todettu, täydentäväksi palvelutoiminnan osuudeksi voitaisiin katsoa osuus, joka olisi enintään 49 % yksityisen palveluntuottajan hyvinvointialueelle tuottamista palveluista). Lisäksi esimerkiksi täysin yksityisesti järjestetyissä (asiakkaiden itse maksamissa tai vakuutusyhtiön maksamissa) palveluissa sekä työnantajan järjestämässä työterveyshuollon sairaanhoito- ja muissa terveyspalveluissa ei olisi estettä käyttää 100 prosenttisesti alihankkijoita eli toimeksiantosopimussuhteista henkilöstöä.

STM:n käsityksen mukaan kuntien ja kuntayhtymien tekemissä terveysasemien ja tehtäväalojen laajemmissa ulkoistuksissa palveluntuottajilla on nykyisin tyypillisesti palveluksessaan henkilöstöä työsuhteessa siinä määrin, että kyseessä ei ole niin sanottu kuoriorganisaatio. Isoimpien yritysten palveluksessa on hyvin paljon toimeksiantosopimussuhteessa lääkäreitä, mutta toisaalta julkisen järjestäjän hankkimat ostopalvelut ovat vain pieni osa yritysten toimintaa. On silti mahdollista, että ehdotettu vaatimus alihankinnan käyttämisestä ainoastaan omaa henkilöstöä täydentävänä tuotettaessa hyvinvointialueelle asiakkaille tarkoitettuja palveluja aiheuttaa joillekin palveluntuottajille tarvetta muuttaa nykyisiä organisaatiorakenteitaan.

HE:n vaikutusten arvioinnin laatimisen yhteydessä tehty sopimustarkastelu ei anna viitteitä siitä, että alihankinnan ketjutus olisi nykyisin laajasti vallitseva käytäntö. Silti on mahdollista, että esityksellä on vaikutuksia yritysten toimintaan. Mikäli yritys tuottaa hyvinvointialueille sopimuksen perusteella palveluja ja se ostaa tätä varten esimerkiksi lääkäri- tai terapiavastaanottoja edelleen toiselta yritykseltä, tämä toinen yritys ei voisi jatkossa edelleen hankkia kyseisiä palveluja kolmannelta toimijalta. Alihankintojen ketjuttamisen kieltäminen saattaisi muuttaa siis esimerkiksi joidenkin sijaistamiskäytäntöjen toteuttamista nykytilaan verrattuna. Hyvinvointialueille ostopalveluja tuottavat toimijat saattaisivat joutua muodostamaan tiiviimpiä verkostoja. Tällä voisi olla vaikutuksia pienimpien palveluntuottajien, kuten ammatinharjoittajien toimintaan jatkossa.

Velvoitteet yksityisille ostopalveluntuottajille lisääntyisivät nykytilanteeseen nähden jossain määrin, mutta eivät niin merkittävästi, etteikö yrittäjänä toimiminen olisi edelleen laajasti mahdollista. Vaatimukset vastaavat pitkälti jo voimassa olevaa lainsäädäntöä tai hankintalain nojalla tuottajalle asetettavia edellytyksiä. Nykyisinkin sote-

palveluntuottajiin sovelletaan lakia yksityisestä terveydenhuollosta ja lakia yksityisistä sosiaalipalveluista ja palveluntuottajien on täytettävä mainituissa laeissa säädetyt edellytykset. Mainituissa laeissa säädetään muun muassa, että palveluntuottajalla on oltava toiminnan edellyttämät toimintaedellytykset (tilat, henkilöstö jne.) sekä vastuuhenkilö. Nämä vaatimukset ovat voimassa jatkossakin.

Edellä mainittujen vaatimusten lisäksi sote-järjestämislaissa olisi tarkemmat säännökset yksityisiä palveluntuottajia koskevista edellytyksistä. Yksityisellä palveluntuottajalla olisi oltava hyvinvointialueen hankkimien palvelujen sisältöön ja laajuuteen nähden riittävä osaaminen, palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö ja vastuuhenkilöt sekä muut riittävät toimintaedellytykset. Toimintaedellytykset ovat tältä osin miltei vastaavia kuin jo voimassa olevien lakien (laki yksityisestä terveydenhuollosta, laki yksityisistä sosiaalipalveluista) edellytykset. Toimintaedellytykset suhteutetaan hyvinvointialueen hankkimien palvelujen sisältöön ja laajuuteen, joten pienyrittäjiltä ei vaadita samaa kuin isommalta yritykseltä.

Lisäksi sote-järjestämislaissa edellytettäisiin, että yksityisen palveluntuottajan olisi oltava riittävän vakavarainen, jotta se pystyy huolehtimaan toiminnasta, sen jatkuvuudesta ja lakisääteisten velvollisuuksiensa täyttämisestä. Yksityinen palveluntuottaja ei saisi olla mm. konkurssissa. Vakavaraisuutta tarkasteltaessa huomioitaisiin myös verojen tai muiden julkisten maksujen suorittamisen laiminlyönnit viimeisten kolmen vuoden ajalta sekä kykenemättömyys vastata veloistaan muutoin kuin tilapäisesti. Lisäksi hyvinvointialueen olisi varmistettava, ettei yksityisen palveluntuottajan aikaisemmassa toiminnassa ole todettu vakavia tai toistuvia puutteita asiakas- ja potilasturvallisuudessa viimeisen kolmen vuoden aikana tai jos tällaisia puutteita on ollut, valvontaviranomaisen aikaisemmat huomautukset ja määräykset ovat johtaneet toiminnassa esiintyneiden puutteiden korjaamiseen ja epäkohtien poistamiseen. Näillä vakavaraisuutta ja toiminnan asianmukaisuutta koskevilla vaatimuksilla on tarkoitus turvata palvelujen asianmukaisuutta ja toiminnan jatkuvuutta ja vakautta. Tämän tyyppisiä ehtoja kunta on voinut jo nykyisin asettaa hankintalain mukaisessa tarjouspyynnössään.

Järjestämislain yksityiseltä palveluntuottajalta hankittavissa palveluissa olisi noudatettava vastaavia lakisääteisiä sisältö- ja laatuvaatimuksia kuin hyvinvointialueen itse tuottamissa palveluissa. Tämä periaate sisältyy nykyiseenkin lainsäädäntöön (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 4 § 3 mom.). Lisäksi palveluntuottajan olisi mm. noudatettava hyvinvointialueen kanssa tehtyä sopimusta ja hyvinvointialueen antamia ohjeita sekä hyvinvointialueen määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja. On selvää, että nykyisinkin tuottajien on noudatettava tehtyä sopimusta ja kunnan järjestäjänä/palvelujen hankkijana antamia ohjeita ja muita palvelujen tuottamista koskevia ehtoja.

Lisäksi palveluntuottajan olisi noudatettava hallinnon yleislakeja tuottamissaan palveluissa. Tämä tuo vain jossain määrin uusia velvoitteita yrittäjille, sillä jo nykyiselläänkin monet hallinnon yleislait ovat soveltuneet yksityisten toimintaan niiden hoitaessa julkisia hallintotehtäviä (esim. hallintolaki, kielilaki) tai niiden hoitaessa tehtäviä viranomaisen toimeksiannosta (julkisuuslaki). Lisäksi ostopalveluissa ja hankittuun/vuokrattuun työvoimaan sovellettaisiin rikosoikeudellista virkavastuuta, mikä vastaisi PeVin tulkintakäytäntöä, jonka mukaan annettaessa julkinen hallintotehtävä muun kuin viranomaisen hoidettavaksi, on säädettävä rikosoikeudellinen virkavastuusta tehtävää hoidettaessa. Rikosoikeudellisesta virkavastuusta ei ole nykyisin säädetty kattavasti ostopalvelujen osalta.

29. *Kuinka laaja mahdollisuus hyvinvointialueilla tosiasiassa on järjestää palveluja haluamallaan tavalla uudistuksen jälkeen?*

Hyvinvointialueen mahdollisuudet järjestää palveluja haluamallaan tavalla säilyisivät pitkälti nykyisellään. Jatkossakin hyvinvointialue voisi tuottaa järjestämisvastuulleen kuuluvat palvelut itse, yhteistoiminnassa muiden hyvinvointialueiden kanssa tai hankkia ne sopimukseen perustuen muilta palvelujen tuottajilta. Hyvinvointialueen olisi myös mahdollista perustaa liikelaitos tai esimerkiksi yhtiö tai osuuskunta tuottamaan palvelujaan.

Yhteistoiminnasta muiden hyvinvointialueiden kanssa säädettäisiin hyvinvointialueesta annettavassa laissa ja sote-järjestämislaissa. Hyvinvointialueet voisivat toimia tuottamisen osalta yhteistyössä hankkimalla palveluja toiselta hyvinvointialueelta. Hyvinvointialueet voisivat toimia myös yhteistoiminnassa sopimalla hyvinvointialueesta annetun lain 8 luvun mukaisesta yhteistoiminnasta (yhteinen toimielin, yhteinen virka, sopimus viranomaistehtävän hoitamisesta ja tukipalveluja tuottava hyvinvointiyhtymä). Lisäksi hyvinvointialueet voisivat toimia yhteistyössä valtakunnallisesti keskitettävien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toteuttamisessa (järjestämislain 9 §), yhteistyöalueella keskitettävien palvelujen toteuttamisessa ja kaksikielisten hyvinvointialueiden välisen sopimuksen perusteella (järjestämislaki 5 luku). Hyvinvointialueet voisivat perustaa myös esimerkiksi yhteisen yhtiön.

Hyvinvointialue voisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta laajasti palveluja ostopalveluina sekä palvelusetelipalveluina. Sote-palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta ostopalveluina säädettäisiin sote-järjestämislaissa. Sote-palvelujen hankkimista koskevia rajauksia on selostettu edellä kysymykseen 28. annetussa vastauksessa. Säännökset palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta koskisivat myös hyvinvointialueen yhtiöitä ja osuuskuntia.

30. *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?*

Yksityiset palveluntuottajat voisivat tuottaa jatkossakin laajasti palveluja hyvinvointialueille ostopalveluina sekä palvelusetelipalveluina. Lisäksi hyvinvointialueiden palveluissa voidaan jatkossakin laajasti käyttää työvoimaksi hankittua/vuokrattua henkilöstöä. Sote-palvelujen hankkimista koskevia rajauksia on selostettu edellä kysymykseen 28. annetussa vastauksessa.

Ehdotetun sääntelyn ei arvioida kokonaisuudessaan vähentävän hyvinvointialueiden palvelujen järjestämistä hankkimalla niitä yksityiseltä palveluntuottajalta. Sen sijaan, kyseisen sääntelyn arvioidaan mahdollistavan näiden hankintojen kasvun kestävällä tavalla. Ehdotettu sääntely jäsentäisi ja täsmentäisi nykyisiä ostopalvelukäytäntöjä, sillä arvion mukaan nykyisen lain tulkinnat ovat olleet ristiriitaisia, moninaisia ja osin perustuslain vastaisia. Tästä huolimatta ostopalveluihin liittyvän sääntelyn ja lain vaatimusten iso kuva säilyisi.

Arvion mukaan hyvinvointialueet tulevat hyödyntämään ostopalveluja palvelutuotannossaan jatkossakin ja osuuden arvioidaan kasvavan nykyisenlaisesti. On olemassa vahvoja viitteitä siitä, että palvelujen järjestäminen ostopalveluina on osaltaan auttanut kuntia ja kuntayhtymiä parantamaan palveluiden saatavuutta ja laatua sekä hillitsemään kustannusten kasvua. Hyvinvointiala HALI ry on esittänyt, että kokonaisulkoistuksia hyödyntäneet kunnat ovat saaneet ulkoistamisesta neljän prosentin kustannushyödyn. Tämä pohjaa kustannusten kasvun tarkasteluun ulkoistuksia tehneiden kuntien ja verrokkikuntien välillä. Kustannusten kasvun hillinnän onnistumisen lisäksi monissa laajoissa ulkoistuksissa kyseiset kunnat ovat olleet erittäin tyytyväisiä palvelujen laatuun.

Hallituksen esityksen taulukon 20 tarkastelun perusteella voidaan havaita, että varsin monissa kokonaisulkoistuksia tehneissä kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon asukaskohtaiset käyttömenot ovat huomattavasti hyvinvointialueen keskimääräisiä asukaskohtaisia käyttömenoja korkeampia. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksen mukaan kuntien ulkoistettuja palvelujen markkinat ovat hyvin keskittyneet. Ulkoistuksista saatu kustannushyöty ei siis ole yksiselitteinen. Tästäkin huolimatta hyvinvointialueiden voi arvioida jatkossakin hyödyntävän palvelujen hankintoja nykyisen kasvutrendin mukaisesti, minkä vuoksi ehdotuksen ei voi katsoa vaikuttavan heikentävästi esimerkiksi koko toimialan tuottavuuteen, eikä sääntelyn voi laajassa mittakaavassa odottaa vaarantavan esimerkiksi palvelujen saatavuutta.

31. *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?*

Sote-järjestämislain 8 §:n mukaan hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto. Lain 12 §:n mukaan hankittavien palvelujen olisi oltava sisällöltään, laajuudeltaan ja määrälliseltä osuudeltaan sellaisia, että hyvinvointialue pystyy huolehtimaan kaikissa tilanteissa järjestämisvastuunsa toteuttamisesta myös hankittavien palvelujen osalta. Hyvinvointialue ei voisi näin ollen hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta niin laajoja alueellisia tai toiminnallisia kokonaisuuksia, ettei se kykene tosiasiassa huolehtimaan järjestämisvastuustaan.

Hyvinvointialueen oman palvelutuotannon määrää ei ole mahdollista määritellä kategorisesti säännöksissä, koska järjestämisvastuun näkökulmasta erilaisiin palveluihin liittyy erityyppisiä osaamisvaateita ja mahdollisuuksia korvata palvelutuotantoa häiriötilanteissa. Lisäksi tällaista määrällistä osuutta on äärimmäisen vaikea määritellä siten, että sen kautta voitaisiin saman aikaisesti yhtäältä turvata riittävä oma palvelutuotanto ja toisaalta mahdollistaa järjestämisvastuuseen kuuluva tarkoituksenmukainen tuotantorakenne. Näin ollen siihen, mikä on hyvinvointialueen riittävää omaa palvelutuotantoa ja mikä on liian laajaa ostopalvelujen hankintaa, liittyy myös tapauskohtaista tulkintaa. Hyvinvointialueen tulisi määritellä paikallisten olosuhteidensa mukainen riittävän oman palvelutuotannon taso ottaen huomioon laissa säädetyt reunaehdot siitä, että sen on kyettävä kaikissa tilanteissa huolehtimaan järjestämisvastuunsa toteuttamisesta ja siihen liittyen asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta palvelujen saatavuudesta. Sote-järjestämislakiin perustuvan toiminnan yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluisivat sosiaali- ja terveysministeriölle, joka voisi antaa hyvinvointialueelle vuosittaisten neuvottelujen perusteella toimenpidesuosituksia liittyen esimerkiksi hyvinvointialueen riittävään omaan palvelutuotantoon. Aluehallintovirastot vastaisivat toimialueellaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta ja valvonnasta ja Valvira puolestaan ohjaisi aluehallintovirastojen toimintaa valvonnan ja ohjauksen toimeenpanossa, yhteensovittamisessa ja yhdenmukaistamisessa. Ministeriön ja Valviran ohjauksella varmistettaisiin muun muassa yhtenäiset ja tarkoituksenmukaiset aluehallintovirastojen linjaukset koskien hyvinvointialueen riittävän oman palvelutuotannon arviointia.

Hyvinvointialueen olisi mahdollista hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta kaikkia palveluja, joiden hankkimista ei ole erikseen laissa kielletty. Näitä ostopalvelujen hankintaan liittyviä rajauksia on käsitelty edellä kysymykseen 28. annetussa vastauksessa. Ostopalvelujen hankkimista rajattaisiin palveluissa, jotka sisältävät julkisen vallan käyttöä tai jotka liittyvät hyvinvointialueen järjestämistehtävään. Nykyisinkin tulkinnanvaraisuutta liittyy jossain määrin siihen, mitkä tehtävät on katsottava julkisen vallan käytöksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tyhjentävä erittely sen suhteen, mikä yksittäinen palvelu tai tehtävä olisi kulloinkin katsottava selkeästi julkisen vallan käytöksi ei ole lainsäädännön keinoin mahdollista. Julkista vallan käytöllä tarkoitetaan esimerkiksi hallintopäätösten tekemistä sekä asian ratkaisemista välittömästi palvelevia valmistelu- ja täytäntöönpanotoimia. Julkisen vallan käyttämistä on myös yksityisiin kohdistuvien käskyjen taikka kieltojen antaminen. Sote-uudistusta koskevan hallituksen esityksen perusteluissa on kuvattu mahdollisimman laajasti erilaisia sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviä, joihin sisältyy julkisen vallan käyttöä tai ainakin julkisen vallan käytön piirteitä. Jatkossakin valvontaviranomaisten valvontakäytännössä ja tuomioistuimissa joudutaan, kuten nykyisinkin, kuitenkin tekemään myös tapauskohtaista tulkintaa siitä, mikä on katsottava julkisen vallan käytöksi sosiaali- ja terveydenhuollossa.

32. *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?*

Voimaanpanolain 29 §:ssä ehdotettu säännös ostopalvelusopimuksien ja niihin liittyviä toimitiloja koskevien sopimuksien mitättömyydestä ja irtisanomisesta koskisi vain sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluihin liittyviä sopimuksia. Koska nämä sopimukset siirtyisivät voimaanpanolain perusteella kunnilta hyvinvointialueille, kaikki mahdolliset korvausvaateet kohdistuisivat hyvinvointialueeseen. Säännöksessä ehdotettu neuvotteluvelvollisuus koskisi hyvinvointialueita. Kunnat eivät neuvottelisi sopimuksien jatkosta eivätkä ne olisi korvausvastuussa mahdollisista

sopimuksen ennenaikaisesta päättymisestä johtuvista menetyksistä. Ne eivät vastaisi myöskään mahdollisista sopimuksiin liittyvistä sopimussakoista. Täten sopimuksista ei aiheudu kunnille mitään taloudellisia vaikutuksia.

Mikäli kysymys koskee kunnille aiheutuvia kustannuksia tänä väliaikana eli ennen sote-uudistuksen voimaantuloa, sosiaali- ja terveysministeriö viittaa voimassa olevaan rajoituslakiin, joka edellyttää laajoissa ulkoistussopimuksissa irtisanomisehdon sisällyttämistä ostopalvelusopimuksiin. Täten voimaanpanolaissa ehdotettu säännös ei koske näitä sopimuksia, vaan sopimukset voidaan sanoa irti sopimuksen perusteella. Esityksellä ei ole siten vaikutuksia väliaikana tehtäviin sopimuksiin.

Siltä osin kuin kysymyksessä on ollut tarkoitus viitata hyvinvointialueiden kustannuksiin, sosiaali- ja terveysministeriö viittaa hallituksen esityksen vaikutusarvioinnissa (4.2.1.58 Yritysvaikutukset ja 4.2.4.3.2 Nykyisten ostopalvelusopimusten tarkastelua) kuvattuihin vaikutuksiin. Mitätöinti- ja irtisanomissäännöksen on arvioitu koskevan eriytyisesti ns. kokonaisulkoistuksia, joita on kuitenkin koko maan tasolla vähän. Mitätöityviä sopimuksia on arvioitu olevan todennäköisesti Länsi-Pohjan laaja ulkoistussopimus mutta niitä voi olla muitakin. Lisäksi yksittäisiä sopimusehtoja voi mitätöityä ja näiden osalta on tarkasteltava, voidaanko sopimusta muuttaa vai onko kyseessä olennainen muutos, jonka perusteella sopimuksen jatkaminen ei ole mahdollista. Koska näitä sopimuksia ja sopimusehtoja on arvioitu olevan vähän, säännöksen ei ole katsottu aiheuttavan kuin vähäistä hallinnollista taakkaa.

Säännöksen mukaan hyvinvointialue olisi velvollinen korvaamaan sopimuksen mitätöimisestä ja irtisanomisen johdosta ostopalvelutuottajalle aiheutuvat välittömät kustannukset hyödyttömäksi jäävistä investoinneista. Näitä kustannuksia on yritetty selvittää sekä lausuntopyynnössä nimenomaisella kysymyksellä että muutoin mm. Hali ry:n kanssa käydyissä neuvotteluissa. Lausuntokierroksella ei asiasta saatu lisäselvitystä. Valmistelussa kuitenkin käytiin läpi kokonaisulkoistussopimuksia ja niissä pääosin kävi ilmi, että ostopalvelutuottaja tuotti palveluja kunnalta vuokratuissa tiloissa, sen laitteisiin ja tietojärjestelmiin perustuen. Vaikutusarvioinnissa on katsottu, että korvattavia investointeja olisi todennäköisesti siten vähän.

Mitätöintiä, irtisanomista sekä niihin liittyviä korvauksia koskevat riita-asiat käsiteltäisiin hallintoriita-asioina. Jos kuitenkin sopimusta muutetaan, valitustieksi on lakivaliokunnassa esitetty normaali hankintalain mukainen muutoksenhakumenettely. Mitätöintiä koskevat kriteerit ovat tarkkarajaisia, joten tältä osin niiden tulkintaan ei liity juurikaan oikeudellista riskiä. Irtisanomista koskevat säännökset antavat mahdollisuuden hyvinvointialueiden harkintaan, joten tältä osin riita-asian käsittelyssä tuomioistuimeenkin jää enemmän tosiasiallista arviointimahdollisuutta.

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä osaavan työvoiman voi arvioida olevan merkittävä rajoite kehittämiseen käytössä olevaa rahoituksen ohella. Kehittämistoimia toteutetaan niin alueellisesti, alueiden välillä kuin valtakunnallisesti. Hyvinvointialueet voivat nykyistä laajempia toimijoina hyödyntää suurempaa työvoimaansa ja toimintansa mittakaavaa kehittämistoiminnassaan. Kehittämistoimintaa voidaan keskittää ja kehittämiseen liittyviä kokeiluja voidaan toteuttaa alueen eri osissa. Hyvinvointialueiden yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksessa tulisi sopia hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta kehittämistoiminnassa. Valtakunnallisen ohjauksen uudistuminen esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön ja hyvinvointialueiden välisten vuosittaisten neuvotteluiden sekä yhteisen tietopohjan kautta luo edellytyksiä kansallisten kehittämistoimien vaikuttavammalle toteuttamiselle.

34. *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?*

Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että sote-uudistuksen keskeisinä keinoina uudistuksen tavoitteiden saavuttamiseksi on sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason järjestämisvastuun integroiminen yhden järjestäjän, yhden johdon ja yhden rahoituksen alaisuuteen. Järjestämisen integraation toteutuminen tarjoaisi nykytilannetta paremmat mahdollisuudet edistää asiakastason palveluintegraatiota eli toiminnallista integraatiota. Sen lähtökohtana on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen saumatonta toimivuutta. Kun nykytilanteessa millään taholla ei ole kokonaisvastuuta palveluiden yhteensovittamisesta, uudistus parantaisi nykytilannetta merkittävästi. Integraatio parantuisi myös Uudellamaalla, minkä turvaisi järjestäjien pienempi määrä ja suurempi koko sekä ehdotettu sääntelymalli. Integraation mahdollistavat rakenteet ovat integraation toteutumisen perusedellytys, minkä lisäksi rinnalle tarvitaan sisällöllistä kehittämistä. Tätä tehdään hallituskaudella muun muassa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus –ohjelman ja alueille myönnettyjen valtionavustusten avulla. Sosiaali- ja terveysministeriö on aiemmin toimittanut eduskunnan perustuslakivaliokunnalle selvityksen siitä, miten uudistus parantaisi sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota suhteessa nykytilaan koko maassa. Kyseinen selvitys on tämän vastauksen liitteenä.

Asiakastason palveluintegraatio on esityksessä huomioitu myös säädöstasolla: Sote-järjestämislain 4 §:n mukaan hyvinvointialueen olisi suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut olisi toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Sote-järjestämislain 10 §:ssä säädettäisiin asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisesta: Hyvinvointialueella olisi vastuu asiakkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuuksiksi. Hyvinvointialueen olisi huolehdittava yhteen sovitettuja palveluja laaja-alaisesti tarvitsevien asiakasryhmien ja asiakkaiden tunnistamisesta, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteensovittamisesta ja palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelemisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa sekä asiakasta koskevan tiedon hyödyntämisestä eri tuottajien välillä. Koottaessa palveluja valtakunnallisesti suurempiin kokonaisuuksiin tai sovittaessa hyvinvointialueiden välisestä työnjaosta hyvinvointialueen olisi huolehdittava yhteistyössä muiden hyvinvointialueiden kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisesta. Palvelujen yhteensovittamista edistettäisiin, seurattaisiin ja arvioitaisiin hyvinvointialueiden valtion ohjauksessa (sote-järjestämislaki 4 luku).

Uudenmaan osalta integraatiosta säädettäisiin lisäksi Uusimaa-laissa: Uudenmaan hyvinvointialueilla, Helsingin kaupungilla ja HUS-yhtymällä olisi velvollisuus sopia HUS-järjestämissopimuksessa muun muassa yhteisistä toimenpiteistä osapuolten palvelujen yhteensovittamiseksi kokonaisuuksiksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien yhteisestä määrittelemisestä. Koko Uudenmaan alueen kattavat, yhdessä määritellyt palveluketjut ja palvelukokonaisuudet ohjaisivat yhteensovittamista ja yhteistyötä. Yhdessä määritellyt palveluketjut ja palvelukokonaisuudet yhtenäistäisivät käytäntöjä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien välillä ja parantaisivat näin yhdenvertaisuutta. Kaikki Uudenmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät olisivat osallisia palveluketjujen ja palvelukokonaisuuksien määrittelyssä ja vaikuttaisivat niiden sisältöön. Tämä mahdollistaisi myös tarpeen mukaan sen, että alueiden ja HUS-yhtymän välisestä työnjaosta voitaisiin alueellisten erityispiirteiden näin edellyttäessä sopia myös eri tavoin. Sopimuksessa olisi kuitenkin sovittava osapuolten välisestä työnjaosta siten, että asiakkaalla olisi oikeus yhdenvertaisiin palveluihin asuinpaikastaan riippumatta. Kansallisella ohjauksella voitaisiin estää osaoptimointia perustason palveluiden ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon yksikkö olisi lisäksi pysyvä rakenne, joka käytännössä edistäisi palveluiden yhteensovittamista. Uusimaa-lain mukaisella Uudenmaan hyvinvointialueiden ja Helsingille kaupungin ensisijaisella järjestämisvastuulla suhteessa HUS-yhtymään painotettaisiin sitä, että painopiste sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa olisi asiakkaan näkökulmasta perustasolla, johon integroitaisiin myös erikoistason palveluja. HUS-järjestämissopimuksessa olisi sovittava yhteisistä toimenpiteistä perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Näin toimijoiden välinen vastuujako ja HUS-järjestämissopimus vahvistaisivat osaltaan perustason palveluita. HUSin jäsenyhteisöjen väheneminen viiteen mahdollistaisi myös HUS-yhtymän paremman omistajaohjauksen kuin nykyjärjestelmä, jossa HUSin jäsenkuntia on yli 20. Myös mahdollisuus valita ylimmäksi toimielimeksi yhtymämalli mahdollistaisi HUS-yhtymän nykyistä tiiviimmän omistajaohjauksen.

Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että lakiesitykset luovat hyvät yleiset edellytykset myös kuntien ja uusien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien väliselle yhteistyölle sekä niiden järjestämien palvelujen yhteensovittamiselle. Sote-järjestämislaissa säädettäisiin hyvinvointialueen velvollisuudesta osaltaan yhteen sovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujaan kunnallisten palvelujen kanssa (10 §) sekä hyvinvointialueen ja kunnan yhteistyövelvoitteesta kehittämistyössä (32 §). Hyvinvointialueesta ehdottavan lain 14 §:n mukaan hyvinvointialueen ja sen alueen kuntien olisi neuvoteltava vähintään valtuustokausittain tehtäviensä hoitamiseen liittyvästä yhteistyöstä, tavoitteista ja työnjaosta. Lisäksi säädettäisiin kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyöstä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä: hyvinvointialueen ja kunnan olisi toimittava yhteistyössä, tuettava toisiaan asiantuntemuksellaan, laadittava hyvinvointikertomuksensa ja –suunnitelmansa yhteistyössä sekä neuvoteltava vähintään kerran vuodessa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä koskevista tavoitteista, toimenpiteistä, yhteistyöstä ja seurannasta (sote-järjestämislaki 6 ja 7 §). Hyvinvointialueiden sosiaali- ja terveydenhuollon valtion ohjauksessa edistettäisiin, seurattaisiin ja arvioitaisiin hyvinvointialueen ja sen alueen kuntien yhteistyötä (sote-järjestämislaki 4 luku). Edellä mainittuja sote-järjestämislain säännöksiä sovellettaisiin myös HUS-yhtymään. Lisäksi eri hallinnonalojen substanssilainsäädännössä säädetään nykyisin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muiden kunnan hallinnonalojen välisestä yhteistyöstä. Tähän sääntelyyn on esitetty tehtäväksi tarvittavat tekniset muutokset hallituksen esityksellä HE 56/2021. Vastaisuudessa kyseiset yhteistyövelvoitteet koskisivat hyvinvointialuetta ja kuntaa. Tarkemmat yhteistyörakenteet ja käytännöt jäisivät toimijoiden itsensä määritettäväksi paikalliset olosuhteet ja alueelliset erityispiirteet huomioiden.

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

Hyvinvointialueiden rahoitusmalli sisältää elementtejä, jotka kannustavat toiminnan tehokkuuteen ja kustannusten hillintään. Rahoitus on laskennallista, rahoituksen etukäteistarkistus tehdään 80 prosenttisesti suhteessa palvelutarpeen kasvuun, kustannusten jälkikäteistarkastus tehdään koko maan tasolla ja mahdolliselle lisärahoituksella voidaan asettaa ehtoja palvelujen laatua, vaikuttavuutta, määrä tai järjestämisen tehokkuutta koskien. Myös hyvinvointialueiden yhteistyöalueita koskevalla sääntelyllä (sote-järjestämislaki 35–38 §) varmistettaisiin osaltaan, että sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään kustannusvaikuttavasti. Hyvinvointialueiden investointisuunnitelmaa ja sen hyväksymismenettelyä (hyvinvointialuelaki 15 §, sote-järjestämislaki 25 ja 26 §, pelastustoimen järjestämislaki 11 §) koskevan sääntelyn tarkoituksena olisi osaltaan varmistaa hyvinvointialueiden merkittävien investointien kustannusvaikuttavuus. Lisäksi muulla hyvinvointialueiden talouden ja toiminnan valtion ohjauksella ja seurannalla tuettaisiin hyvinvointialueita kohti tehokkaita ja vaikuttavia toimintatapoja. Asiaa on kuvattu tarkemmin edellä kysymyksen 10 kohdalla.

Noin yksi prosentti hyvinvointialueiden rahoituksesta perustuisi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Rahoitus määritellään alueen hyte-toimintaa ja tuloksia koskevien tietojen perusteella. Kerrointen sisältö kuvaa keskeisiä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä. Niiden ehdotettu sisältö on pitkän kehittämistyön tulos. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kertoimen tarkoituksena olisi kannustaa ja tukea hyvinvointialueita toteuttamaan monipuolisia ja suunnitelmallisia toimia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Tämän tyyppistä määräytymistekijää ei ole tällä hetkellä kuntien peruspalvelujen valtionosuudessa, joten sen toimivuutta on tarpeen arvioida myöhemmin. Yleisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen asema esityksessä on kokonaisuudessaan keskeinen ja sitä on säännelty kattavasti sote-järjestämislain 6 ja 7 §:ssä (myös verrattuna voimassa olevaan sitä koskevaan sääntelyyn), ja se on huomioitu hyvin myös esityksen muissa kohdissa (esim. sote-järjestämislain 4 luku Ohjaus, suunnittelu ja kehittäminen sekä hyvinvointialuelaki 41 § Hyvinvointialuestrategia).

36. *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?

Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat laajasti yhteiskunnan ja sen osana kuntien ja perustettavien hyvinvointialueiden toiminta kokonaisuutena. Hyvinvointia edistävät yhdenvertaisuus, demokratia ja päätöksenteon läpinäkyvyys. Hyvinvoinnin kannalta tärkeää on mahdollisuus vaikuttaa itseään ja omaa yhteisöään koskeviin päätöksiin sekä osallisuus mielekkäässä ja omia yhteisöjä palvelevassa tekemisessä. Ihmisten hyvinvointi ja terveys ovat hyvinvointialueen järjestämisvastuulle siirtyvien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lisäksi yhteydessä moniin kunnalle jääviin lakisääteisiin tehtäviin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ei ole itsenäinen toimiala, vaan sitä toteutetaan osana kaikkea muuta toimintaa. Kunnalla olisi paras asiantuntemus toteuttaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä omassa toiminnassaan ja hyvinvointialueella omassa toiminnassaan. Siten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on ehdotetun mukaisesti perusteltua säätää sekä kunnan että hyvinvointialueen lakisääteiseksi tehtäväksi. Säännösehdotusten mukaan niillä olisi kummallakin ensisijainen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä siltä osin kuin tämä tehtävä kytkeytyy niiden muihin lakisääteisiin tehtäviin. Tämän lisäksi säädettäisiin kunnan ja hyvinvointialueen yhteistyövelvoitteista hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. *Sosiaali- ja terveysministeriö* katsoo, ettei vastuujakoa ole lailla mahdollista määritellä tarkoituksenmukaisella tavalla tarkemmin. Ministeriö korostaa, että kyseessä olisi sekä kunnan että hyvinvointialueen lakisääteinen tehtävä, jota ohjattaisiin strategisella tasolla valtion toimesta ja jonka lainmukaista toteuttamista valvontaviranomaiset valvoisivat.

Kunnilla säilyisi myös uudistuksen jälkeen vahva kannustin pyrkiä edistämään kuntalaistensa terveyttä ja hyvinvointia. Parempi terveys ja työllisyys näkyvät myönteisesti kuntien tulorahoituksessa (verotulojen kautta) ja kustannuksissa (perustoimeentulotuen ja työmarkkinatuen rahoitusosuuksien kautta). Tämän lisäksi uuteen valtionosuusjärjestelmään ehdotetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäosaa (100Me). Esitettävä euromäärä ei ole pieni suhteutettuna sote-uudistuksen jälkeiseen peruspalvelujen valtionosuuden kokonaismäärään. Sen suhteellinen osuus koko valtionosuudesta on noin 5 prosenttia, joten se on suhteessa selvästi suurempi hyvinvointialueiden rahoituksessa olevaan hyte-rahoitukseen verrattuna (1 %).

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

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirrolla kunnista hyvinvointialueille olisi erittäin merkittäviä vaikutuksia kuntien toimintaan ja talouteen. Vaikutukset kohdistuisivat erityisesti kuntien käyttötalouteen, jossa käyttötaloustulojen ja -menojen taso ja rakenne muuttuisi täysin. Kuntien vastuulta poistuisi merkittävä määrä sellaisia kustannuksia, joihin kunnat ovat tähän saakka voineet vaikuttaa vain rajallisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti erikoissairaanhoidon, käyttötalousmenot ovat vuosittain vaihdelleet huomattavasti. Myös kuntasektorin investointitarpeet muuttuisivat sosiaali- ja terveystoimeen sekä pelastustoimeen kohdistuvien investointitarpeiden siirtyessä hyvinvointialueiden vastuulle.

Muutoksen rajaaminen +/- 60 euroon asukasta kohti merkitsisi, ettei uudistus aiheuttaisi yhdellekään kunnalle yli 0,6 tuloveroprosenttiyksikön muutospainetta viiden vuoden aikana. Kunnan veroprosentin tuotto pysyisi jatkossa ennallaan tai jopa hieman vahvistuisi, kun kunnallisveron vähennyksiä siirrettäisiin valtionverotukseen. Kuntien suhteellinen velkaantuneisuus kasvaisi. Toisaalta kunnan tulorahoitus (vuosikate), jolla vieraan pääoman kustannuksia hoidetaan, ei käytännössä juuri muuttuisi.

On totta, että uudistuksen johdosta suhteellisen velkaantuneisuuden tunnusluvun arvioidaan tuplaantuvan. Tässä tulee kuitenkin muistaa se, että suhteellinen velkaantuneisuus on kuitenkin enemmänkin teoreettinen kuin kun-

nan tosiasiallista velanhoitokykyä kuvaava mittari. Siinä tarkastellaan kaikkien käyttötulojen suhdetta velan määrään, mutta ei oteta huomioon lainkaan käyttömenoja – jotka niin ikään puolittuvat. Suhteellinen velkaantuneisuus ei siis ota huomioon ns. nettotuloja eli lainanhoitoon käytettävissä olevaa rahamäärää.

Tulorahoituksen dynamiikka toimii jatkossa aivan kuten nykyisinkin eli esimerkiksi valtionosuuksien ja verotulojen muutokset vaikuttavat sellaisenaan kunnan tuloihin. Uudessa valtionosuusjärjestelmässä on myös esitetty uutena kriteerinä väestökasvun lisäosaa (n. 29Me), joka kohdistuu nimenomaan isoimpiin kaupunkeihin. Tämän lisäksi tasausvähennysprosentin aleneminen hyödyttää verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausrajan yläpuolella olevia kuntia (esim. pk-seudun kaupungit). Pitää myös huomata, että kunnallisveroprosentin tuotto hieman paranee (keskimäärin n. 11 €/as) ja mahdollinen veronkorotus tuo suhteessa budjetin kokoon enemmän tuloja kuin nykyisin.

Toki myös budjetin puolittumisella on kääntöpuoli – talouden tasapainottamiskeinot ovat merkittävästi rajallisemmat uudistuksen jälkeen, kun budjeteista viedään yli puolet pois. Erityisesti tämä korostuu pienemmillä kunnilla. Uudistus ei rajausmekanismeista johtuen ”käännä” yhdenkään kunnan taloutta vaan todennäköisesti ne kunnat, jotka ovat taloudellisissa vaikeuksissa ennen uudistusta ovat myös sitä uudistuksen jälkeen.

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

Sosiaali- ja terveysministeriön vastaus:

Valiokunnan käsittelyssä olevassa hallituksen esitys sote-uudistuksesta ei esitetä muutoksia nykyiseen rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettuun lakiin (rajalaki), jolla on pantu täytäntöön potilasdirektiivi Suomessa.

Potilasdirektiivi on implementoitu Suomessa säätämällä laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (rajalaki), joka astui voimaan vuoden 2014 alusta. Rajalakiin on koottu rajat ylittävään terveydenhuoltoon liittyvät menettelyt ja rajat ylittävän terveydenhuollon palveluista aiheutuneiden kustannusten korvaamista koskevat kansalliset säännökset. Potilasdirektiivin velvoitteista aiheutuvien säännösten lisäksi laki sisältää kansallisia menettelysäännöksiä ja kansallista toimintaa tarkentavia sääntöjä, jotka koskevat EU:n sosiaaliturvanjärjestelmien yhteensovittamisesta annetuissa asetuksissa 883/2004 ja 987/2009 (nk. koordinaatioasetukset) säädettyjä luontoisetuuksia koskevia oikeuksia.

Potilasdirektiivissä säädetään henkilön oikeudesta matkustaa toiseen EU- tai Euroopan talousalueen valtioon (Eta) tai Sveitsiin saadakseen siellä terveydenhuollon palveluita ja saamaan siitä korvausta. Suomessa on direktiivin implementoinnin yhteydessä päätetty, että henkilön hakeutuessa hoitoon em. maihin ilman koordinaatioasetuksen mukaista ennakkolupaa hänelle korvataan hoidosta aiheutuvat kustannukset sairausvakuutuskorvauksen perusteella.

Euroopan komissio on katsonut, että Suomen päättämä korvausmalli on ristiriidassa potilasdirektiivin kanssa. Suomi on pitänyt komission katsantoa virheellisenä. Suomen valtio on katsonut, että SEUT 168(8) artiklan mukaisesti Suomen terveydenhuollon järjestäminen kuuluu kansalliseen päätösvaltaan ja nykyisen sosiaaliturvajärjestelmän vallitessa valittu korvausmalli vastaa Suomen kansallista järjestelmää.

Direktiivin implementointia koskevaa rikkomusmenettelyä ei vielä ole virallisesti päätetty. Komissiolla ja sosiaali- ja terveysministeriöllä on keskusteluyhteys asian ratkaisusta ja sosiaali- ja terveysministeriössä on käynnistetty rajalain muuttamisen arviointi. Komissio voi halutessaan viedä asian EU:n tuomioistuimen (EUT) ratkaistavaksi. Komissio ei ole kuitenkaan vielä vienyt asiaa tuomioistuimeen, joten siitä on pääteltävissä, että asia on tulkinnanvarainen. EUT voisi mahdollisen langettavan päätöksen yhteydessä määrätä seurauksena, että Suomen tulisi ta-

kautuvasti korjata direktiivin voimassa olon aikana ratkaistut korvaushakemukset. Mahdolliseen korvaukseen oikeutettuja olisivat vain ne, joille on korvattu hoito Kela-korvaukseen perustuen. Korvaukseen oikeutettuja eivät olisi esimerkiksi suomalaiset yritykset, koska potilasdirektiivi säätelee oikeutta hakeutua hoitoon nimenomaan toiseen EU- tai Euroopan talousalueen valtioon (Eta) tai Sveitsiin.

Siltä osin kuin kysymyksessä viitataan mahdolliseen EUT:n asettamaan uhkasakkoon sosiaali- ja terveysministeriö toteaa, että prosessi menisi seuraavasti: Jos Suomen lainsäädäntö todettaisiin EUT:n toimesta unionin oikeuden vastaiseksi, Suomen olisi ryhdyttävä välittömästi muuttamaan lainsäädäntöään. Komissio valvoo tuomion noudattamista, ja jos Suomi ei ryhtyisi toimenpiteisiin, komissio käynnistäisi uuden rikkomusmenettelyn, jossa se voisi virallisen huomautuksen jälkeen nostaa uuden kanteen, jossa vaadittaisiin uhkasakon ja/tai kiinteämääräisen hyvityksen määräämistä Suomelle.

39. *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?*

Valtiovarainministeriö toteaa, että EU:n toiminnasta tehdyn sopimuksen (SEUT) 107 artiklan 1 kohdan mukaan valtiontueksi katsotaan kaikki jäsenvaltion toimenpiteet, joissa 1) julkisia varoja kanavoidaan taloudellista toimintaa harjoittaville julkisille tai yksityisille yrityksille, 2) toimenpide muodostaa taloudellisen edun vain tietyille yrityksille ja 3) se voi vääristää kilpailua ja 4) vaikuttaa jäsenvaltioiden väliseen kauppaan. Jäsenvaltion toimenpiteen on täytettävä kaikki edellä mainitut edellytykset, jotta kyseessä olisi EU-oikeuden mukainen valtiontuki. SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaan jäsenvaltion on ilmoitettava komissiolle etukäteen valtiontuen myöntämistä tai muuttamista koskevista suunnitelmista, jotta komissio voi esittää niistä huomautuksensa (niin sanottu notifiointi). Komissio tutkii tuen yhteensopivuuden unionin sisämarkkinoille, ja jäsenvaltio voi myöntää tuen vasta komission hyväksynnän jälkeen. Jos toimenpiteessä ei jäsenvaltion arvion mukaan ole kyse valtiontuesta mutta asiaan liittyy oikeudellista epäselvyyttä, jäsenvaltio voi tehdä toimenpiteestä komissiolle niin sanotun oikeusvarmuusilmoituksen. Yleisesti noudatetaan kuitenkin käytäntöä, jossa jäsenvaltio neuvottelee komission kanssa epävirallisesti asiasta ja varmistuu siten, että toimenpide ei muodosta notifioitavaa valtiontukea. Edellisen kerran Suomi teki komissiolle oikeusvarmuusilmoituksen yli 10 vuotta sitten.

Asiassa on siis arvioitava, täyttääkö jokin sote-uudistukseen liittyvä toimenpide EU-oikeuden mukaisen valtiontuen määritelmän. Hyvinvointialueille kuntayhtymistä ja kunnista siirtyville lainoille ja muille sitoumuksille myönnettävien valtiontakausten (voimaanpanolain 34–38 §) osalta voidaan todeta, että hyvinvointialueet olisivat kuntien kaltaisia julkisoikeudellisia yhteisöjä, jotka vastaavat sekä organisoinniltaan että toiminnaltaan kuntia. Valtiontukisääntöjen näkökulmasta hyvinvointialueet rinnastuisivat kuntien tavoin valtioon. Jos hyvinvointialueet toimisivat markkinoilla, niiden toimintaan voisi liittyä samankaltaisia valtiontukiongelmia kuin kuntien toimintaan, sillä kuntien tavoin hyvinvointialueetkaan eivät voisi mennä konkurssiin ja niillä olisi toimintaansa liittyviä veroetuja. Näiden ongelmien poistamiseksi hyvinvointialueet olisivat markkinoilla toimiessaan samanlaisten rajoitusten alaisia kuin kunnat: hyvinvointialueesta annettavan lain 15 luku hyvinvointialueiden toiminnasta markkinoilla vastaisi kuntalain 15 lukua kuntien toiminnasta markkinoilla (HE 241/2020 vp, s. 634). Kuntalakiin lisättiin kyseiset säännökset vuonna 2013 tarkoituksena poistaa kuntien toimintaan liittyvät valtiontukiongelmat, ja ne muotoiltiin komission kanssa silloin käytyjen keskustelujen perusteella (HE 32/2013 vp).

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palveluissa on kyse julkisen hallintotehtävän hoitamisesta, ei valtiontukisäännöissä tarkoitetusta taloudellisesta toiminnasta. Jos hyvinvointialueet harjoittaisivat taloudellista toimintaa, niiden tulisi joko yhtiöittää kyseinen toiminta tai periä siitä markkinaperusteista hintaa kuntien tavoin. Hyvinvointialueet olisivat myös velvollisia noudattamaan toiminnassaan valtiontukisääntöjä. Toisin kuin kunnilla, hyvinvointialueilla ei olisi rajoittamatonta yleistä toimialaa, vaan ne voisivat ottaa hoitaakseen vain lakisääteisiä tehtäviään tukevia tehtäviä. Siten todennäköisyys sille, että hyvinvointialueet harjoittaisivat taloudellista toimin-

taa, olisi ylipäätään pienempi kuin kuntien kohdalla. Koska hyvinvointialueiden toiminnassa ei siis olisi kyse taloudellisesta toiminnasta, valtiontuen määritelmän ensimmäinen kriteeri julkisten varojen kanavoimisesta taloudelliseen toimintaan ei täyttyisi. Siirtyville lainoille myönnettäviin valtiontakauksiin ei siten sisältyisi EU-oikeuden mukaista valtiontukea.

Eräissä sote-uudistukseen liittyvissä valiokuntakuulemisissa on esitetty, että siirtyvien lainojen valtiontakaukset voisivat muodostaa parantuneen luottosuojan muodossa valtiontukea lainat myöntäneille luottolaitoksille, koska lainojen nollariskiluokitus perustuisi jatkossa kuntien verotusoikeuden sijasta valtiontakauksiin. Tältä osin voidaan todeta, että kyse olisi ainoastaan nollariskisyyden perusteen muuttumisesta, joka voisi olla merkityksellinen vain lainat myöntäneiden luottolaitosten kannalta. EU-oikeuden valtiontukisäännöt tunnistavat sinänsä mahdollisuuden, että julkinen takaus voisi tietyissä olosuhteissa tuottaa etua myös lainan myöntävälle luottolaitokselle (esim. komission tiedonanto EY:n perustamissopimuksen 87 ja 88 artiklan soveltamisesta valtiontukiin takauksina (2008/C 155/02), kohta 2.3.1). Hyvinvointialueille siirtyville lainoille ja muille sitoumuksille myönnettävien valtiontakausten tarkoituksena on varmistaa lainojen säilyminen EU:n vakavaraisuusasetuksen mukaisessa nollariskiluokassa luottolaitosten vakavaraisuuslaskennassa, vaikka hyvinvointialueilla ei olisikaan kuntien tavoin verotusoikeutta (HE 241/2020 vp, s. 247). Tällä tavoin turvattaisiin velkojien asema ja varmistettaisiin se, että lainat myöntäneillä luottolaitoksilla ei olisi velallisen vaihtumisesta johtuvaa intressiä irtisanoa lainoja (HE 241/2020 vp, s. 909). Lainojen siirto tarkoittaisi ainoastaan velallisten vaihtumista kuntayhtymistä ja kunnista hyvinvointialueiksi (HE 241/2020 vp, s. 289–290).

Valtiontakausten taloudellinen merkitys liittyy EU:n vakavaraisuusasetuksen soveltamiseen. Nyt kyseessä olevassa tilanteessa siirtyvien lainojen EU:n vakavaraisuusasetukseen perustuva käsittely luottolaitosten vakavaraisuuslaskennassa säilyisi valtiontakausten johdosta kuitenkin ennallaan. Myönnettävillä valtiontakauksilla ei myöskään arvioida olevan yksilöitävissä olevaa vaikutusta luottolaitosten varainhankinnan kustannuksiin. Koska valtiontakaukset olisi rajoitettu vain siirtyviin lainoihin, ne eivät laajentaisi lainat myöntäneiden luottolaitosten liiketoimintamahdollisuuksia. Uusia rahoituspalveluita hankkiessaan hyvinvointialueet olisivat velvolliset kilpailuttamaan ne erikseen. Näin ollen siirtyville lainoille ja muille sitoumuksille myönnettävät valtiontakaukset eivät tuottaisi taloudellista etua ne myöntäneille luottolaitoksille. Siksi valtiontuen määritelmän toinen kriteeri taloudellisesta edusta tietyille yrityksille ei täyttyisi eivätkä siirtyvien lainojen valtiontakaukset muodostaisi EU-oikeuden mukaista valtiontukea luottolaitoksille.

Edellä todettu pätee myös hyvinvointialueiden uusille lainoille myönnettäviin valtiontakauksiin (hyvinvointialueesta annettavan lain 17–20 §). Ne eivät muodostaisi valtiontukea hyvinvointialueille, koska hyvinvointialueiden toiminnassa ei ole kyse taloudellisesta toiminnasta. Ne eivät myöskään muodostaisi valtiontukea lainat myöntäville luottolaitoksille, sillä hyvinvointialueet kilpailuttaisivat ottamansa lainat, minkä vuoksi lainat olisivat markkinaehtoisia ja niille myönnettävät valtiontakaukset olisivat jokaisen kilpailutukseen osallistuvan luottolaitoksen saatavilla. Siten myöskään uusien lainojen valtiontakaukset eivät sisältäisi taloudellista etua lainat myöntäville luottolaitoksille eivätkä olisi EU-oikeuden mukaista valtiontukea.

Osan hyvinvointialueille siirtyvistä lainoista ja muista sitoumuksista on myöntänyt Kuntarahoitus Oyj. Tältä osin asiassa on otettava huomioon Kuntarahoitus Oyj:n ja Kuntien takauskeskuksen välinen, kuntien yhteinen varainhankinta- ja rahoitusjärjestely, jonka komissio on hyväksynyt vuonna 2004 antamallaan päätöksellä (valtiontukiasia N 179/2004). Kuntarahoitus Oyj:n myöntämien lainojen ja muiden sitoumusten siirtyminen kuntayhtymiltä ja kunnilta hyvinvointialueille ei merkitsisi muutosta komission päätöksen lopputulokseen tai siinä esitettyihin komission johtopäätöksiin (HE 241/2020 vp, s. 289–290). Tältä osin on huomattava, että komission päätös koskee vain takauskeskuksen Kuntarahoitus Oyj:n varainhankinnalle myöntämiä takauksia ja sitä, noudattavatko nämä takaukset EU-oikeuden valtiontukisääntöjä. Komissio kiinnitti päätöksessään huomiota siihen, että Kuntarahoitus Oyj voi myöntää rahoitusta vain kunnille, jotka ovat osa julkista rakennetta ja valtion sisäistä organisaatiota, eikä se voi hyödyntää takauskeskuksen takauksista saamaansa etua kilpailussa liikepankkien kanssa luotonannossa

kolmansille. Näillä perusteilla komissio katsoi, että takauskeskuksen myöntämät takaukset jäävät valtionrahoituksen piiriin, Kuntarahoitus Oyj on julkista tehtävää hoitava julkishallinnon sisäinen rahoituslaitos/erityisluottolaitos ja että takauskeskuksen Kuntarahoitus Oyj:lle myöntämät takaukset eivät ole EU-oikeuden mukaista valtiontukea.

Takauskeskuksen ja Kuntarahoitus Oyj:n välisen järjestelyn ei-taloudellinen luonne on siis varmistettu komissiolta jo vuonna 2004 tehdyllä notifioinnilla ja komission siihen antamalla päätöksellä. Sote-uudistus ei muuta tätä järjestelyä miltään EU-oikeudellisesti merkitykselliseltä osin. Kaikki komission päätöksessä esille nostetut seikat ovat sellaisia, ettei lainansaajina tällä hetkellä olevien kuntien, kuntayhtymien ja niiden omistamien yhteisöjen muuttuminen hyvinvointialueiksi vaikuta niihin mitenkään. Kuntarahoitus Oyj:n myöntämien lainojen ja muiden sitoumusten käyttötarkoitus ei muuttuisi. Hyvinvointialueet olisivat kuntien kaltaisia julkisoikeudellisia yhteisöjä, jotka EU-oikeuden valtiontukisääntöjen kannalta rinnastuvat valtioon. Kuntarahoitus Oyj ei voisi jatkossakaan hyödyntää takauskeskuksen takauksista saamaansa etua kilpailussa liikepankkien kanssa luotonannossa kolmansille. Lisäksi hyvinvointialueet olisivat samanlaisten markkinoilla toimimista koskevien rajoitusten sekä valtiontukisääntöjen alaisia kuin kunnat. Pelkästään se seikka, että jäsenvaltion paikallisviranomainen muuttuisi alueviranomaiseksi, ei ole EU-oikeuden kannalta merkityksellinen muutos. Koska siirtyvien lainojen valtiontakaukset eivät sisältäisi valtiontukea eivätkä komission päätöksen lähtökohdat tai johtopäätökset muuttuisi, Kuntarahoitus Oyj:n lainojen siirrosta hyvinvointialueille ei ole tarpeen tehdä uutta notifiointia komissiolle.

Kaiken kaikkiaan sote-uudistukseen ei siis ole havaittu sisältyvän mitään sellaista toimenpidettä, joka täyttäisi SEUT 107 artiklan 1 kohdan mukaisen valtiontuen määritelmän. SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukainen notifiointi tulee tehdä vain sellaisista jäsenvaltion toimenpiteistä, joihin liittyy valtiontuen kriteerit täyttävää tukea, joko kokonaan uutta tukea tai olemassa olevan tuen muuttaminen. Näin ei ole asianlaita missään sote-uudistukseen liittyvässä toimenpiteessä. Siten notifiointi ei ole uudistuksen johdosta miltään osin tarpeellinen. Jos Suomi kuitenkin jostain syystä notifioisi komissiolle jonkin uudistukseen liittyvän toimenpiteen, vaikka se ei Suomen käsityksen mukaan täytä valtiontuen määritelmää, komissio pitäisi toimenpidettä notifioinnin vuoksi lähtökohtaisesti valtiontukena. Siten notifiointi vähentäisi Suomen liikkumatilaa neuvotteluissa komission kanssa ja riskinä olisi, että komissio tulkitsisi notifioinnin johdosta Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän olevan taloudellista toimintaa ja sote-uudistukseen todella liittyvän valtiontukisäännöissä kiellettyä valtiontukea, vaikka näin ei nimenomaan olisi.

Mitä notifioinnin merkitykseen EU:n vakavaraisuusasetuksen soveltamisen kannalta tulee, tiedossa ei ole aiempia tapauksia, joissa Finanssivalvonta, Euroopan keskuspankki tai muut toimivaltaiset pankkivalvontaviranomaiset olisivat katsoneet Suomen valtion myöntämien valtiontakausten olevan vakavaraisuusasetuksen tarkoittamalla tavalla oikeudellisesti pätemättömiä tai täytäntöönpanokelvottomia sen vuoksi, ettei komissio ole hyväksynyt niitä valtiontukiviranomaisena Suomen tekemään notifikaatioon perustuen.

Uudistuksen suhteesta EU-valtiontukisääntöihin käytiin virkamiestasolla keskusteluja komission kanssa syksyllä 2020 (HE 241/2020 vp, s. 22). Komissiolle toimitettiin uudistuksen sisällöstä yksityiskohtainen kuvaus, jossa käytiin läpi valtiontukisääntöjen kannalta merkitykselliset uudistuksen osat, kuten hyvinvointialueiden toimintaa koskevat säännökset, omaisuuden siirto kuntayhtymiltä ja kunnilta hyvinvointialueille sekä hyvinvointialueille siirtyvät lainat (mukaan lukien Kuntarahoitus Oyj:n myöntämät lainat) ja niille myönnettävät valtiontakaukset. Käytyjen keskustelujen perusteella komissio totesi, että Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ei ole taloudellista toimintaa eikä se siksi kuulu valtiontukisääntöjen piiriin. Lisäksi komissio katsoi, että hyvinvointialueille asetettava velvoite joko yhtiöittää markkinoilla tapahtuva toimintansa tai periä siitä markkinaperusteista hintaa estävät kilpailun vääristymisen. Keskustelujen perusteella komissio ei nostanut esiin tarvetta notifioida tai tehdä oikeusvarmuusilmoitusta mistään uudistukseen liittyvästä toimenpiteestä. Asiassa on siis toimittu edellä kuvatun vakiintuneen toimintatavan mukaan, jossa Suomi on epävirallisin neuvotteluin varmistanut komissiolta, ettei kyse ole notifioitavasta valtiontuesta.

Notifioinnin tarpeellisuudesta kansallisesti käydyn keskustelun sekä eri valiokuntakuulemisissa esitettyjen väitteiden selventämiseksi komission kanssa on kuitenkin käyty virkamiestasolla jatkokeskusteluja hyvinvointialueille

siirtyvien lainojen valtiontakauksista sekä Kuntarahoitus Oyj:n ja Kuntien takauskeskuksen asemasta. Myöskään näissä jatkokeskusteluissa ei ole tullut esille näkökohtia, jotka antaisivat aihetta pitää jotakin uudistukseen liittyvää toimenpidettä valtiontukena tai notifioida uudistus joltain osin komissiolle.

Edellä oleva vastaus pohjautuu ministeriöiden hallintovaliokunnalle 29.3.2021 antamaan vastineeseen (s. 133-136). Yllä todetut asiat esimerkiksi notifiointimenettelystä ja komission kanssa syksyllä 2020 käytyjen keskustelujen sisällöstä on todettu myös työ- ja elinkeinoministeriön 7.4.2021 hallintovaliokunnalle antamassa lausunnossa. Lausunnossaan työ- ja elinkeinoministeriö muun muassa totesi, että SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaisen ennakkoilmoitusvelvollisuuden piiriin kuuluvat vain ne toimenpiteet, jotka täyttävät valtiontuen tunnusmerkit. Jos toimenpide ei täytä valtiontuen tunnusmerkkejä, jäsenvaltiolla ei ole velvollisuutta ilmoittaa asiasta komissiolle. Toimenpidettä ei ilmoiteta komissiolle myöskään tilanteessa, jossa jäsenvaltion arvion mukaan ei ole oikeudellista epäselvyyttä. Tulkinnanvaraisissa tilanteissa Suomi sekä muut jäsenvaltiot noudattavat vakiintuneesti käytäntöä, jossa jäsenvaltio neuvottelee komission kanssa epävirallisesti asiasta ja varmistuu siten, että toimenpide ei muodosta ennakkoilmoitusvelvollisuuden piiriin kuuluvaa valtiontukea. Epävirallinen yhteydenpito tarjoaa komissiolle mahdollisuuden etukäteen puuttua suunnitellun toimenpiteen mahdollisiin EU:n valtiontukisääntöjen vastaisiin elementteihin ja esittää tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä. Työ- ja elinkeinoministeriö koordinoi sote-uudistuksen yhteydessä komission kanssa vuonna 2020 käytyä epävirallista yhteydenpitoa, jossa selvitettiin valtiontukisääntelyn soveltamista uudistukseen. Komissio ei huomauttanut ehdotetusta järjestelystä vaan katsoi, että hyvinvointialueille asetettava velvoite joko yhtiöittää markkinoilla tapahtuva toimintansa tai periä siitä markkinaperusteista hintaa rajoittavat kilpailun vääristymistä, mikäli hyvinvointialue harjoittaisi myös taloudellista toimintaa.

Valtiontakausten osalta työ- ja elinkeinoministeriö totesi lausunnossaan, että jos hyvinvointialue ei itse harjoita taloudellista toimintaa, se ei saa valtiontukea. Komissio ei huomauttanut vuoden 2020 keskustelujen yhteydessä, että hyvinvointialueiden lakisääteinen toiminta olisi luonteeltaan taloudellista toimintaa. Hyvinvointialueiden uusien lainojen takaukset tullaan antamaan tilanteessa, jossa lainanmyöntäjä kilpailutetaan. Tästä syystä myöskään lainanmyöntäjä ei saa etua, sillä avoimessa kilpailutuksessa lainan takaus vaikuttaa rahoituksen ehtoihin. Siirtyvien lainojen julkisen takauksen tai julkisyhteisön verotusoikeuden tuoman erityiskohtelun korvaamisesta uudella julkisella takauksella ei ministeriön käsityksen mukaan ole vertailukelpoista EU-tuomioistuimen oikeuskäytäntöä eikä myöskään komission valtiontukiin liittyvää ratkaisukäytäntöä. Tämän vuoksi siirtyviin lainoihin liittyvien valtiontukinäkökohtien selvittämistä on jatkettu komission kanssa epävirallisesti vuoden 2021 alussa.

Työ- ja elinkeinoministeriö otti lausunnossaan kantaa myös EU-tuomioistuimen ratkaisuun asiassa C-672/13 OTP Bank Nyrt, johon oli vedottu joissakin valiokuntakuulemisissa valtiontakausten notifioimista puoltavana oikeustapauksena. Ministeriö muun muassa totesi, että kyseisessä tapauksessa EU-tuomioistuin jätti valtiontuen tunnusmerkkien täyttymisen arvioinnin kansalliselle tuomioistuimelle (tuomion kohta 59) eikä vahvistanut, onko rahoituslaitos saanut taloudellista etua. Toisin kuin sanottuun tuomioon johtaneessa asiassa, sote-uudistus on esitelty komissiolle eikä komissio ole huomauttanut, että uudistuksen yhteydessä annettaisiin valtiontukea. Kyseisessä tuomiossa EU-tuomioistuin arvioi SEUT 108 artiklan 3 kohdan mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta johdettavien oikeusperiaatteiden tulkintaa ja kansallisten tuomioistuinten velvollisuuksia sellaisessa tilanteessa, jossa tukea oli annettu (tuomion kohdat 76 ja 77). Sote-uudistuksen osalta tilanne on erilainen. Ministeriön mukaan hyvinvointialueiden lakisääteinen toiminta ei ole luonteeltaan taloudellista eikä näin ollen hyvinvointialueiden takauksen muodossa saamia etuja tarvitse ilmoittaa SEUT 108 artiklan 3 kohdan nojalla. Sanotussa tuomiossa esitetyillä periaatteilla on merkitystä tilanteessa, jossa takaus muodostaa etua taloudelliseen toimintaan. Sote-uudistuksen yhteydessä ei toistaiseksi ole tunnistettu, että takaukset muodostaisivat valtiontukea. Tämän takia ei myöskään ole selvää, että sanotun tuomion valtiontukia koskevan ilmoitusvelvollisuuden periaatteita pitäisi soveltaa nyt kyseessä oleviin takauksiin. Tuomiossa ei lausuta sellaisten takausten pätevyydestä, joihin ei sisälly valtiontukea.

Hyvinvointialueiden toiminnan ei-taloudellista luonnetta arvioitiin myös Kilpailu- ja kuluttajaviraston hallintovaliokunnalle 7.4.2021 antamassa lausunnossa. Lausunnossaan virasto muun muassa totesi, että valtiontakausten valtiontukioikeudellisen arvioinnin kannalta keskeistä on, mitä toimintaa valtion takaamilla lainoilla rahoitettaisiin. Valtiontukisääntely voisi tulla asiassa sovellettavaksi vain siltä osin kuin valtion takaamilla lainoilla rahoitettaisiin

sellaista hyvinvointialueiden toimintaa, joka voitaisiin katsoa EU-oikeuden perusteella taloudelliseksi toiminnaksi. Taloudellisen toiminnan käsitettä on avattu komission valtiontuen käsitteestä antamassa tiedonannossa ja EU:n tuomioistuinten ratkaisukäytännössä. Niiden mukaan terveydenhuolto, jonka voidaan katsoa rakentuvan solidaarisuuden periaatteelle, ei ole taloudellista toimintaa. Taloudellista toimintaa ei ole myöskään julkisen vallan käyttö tai viranomaisen ominaisuudessa toimiminen. Valtiontukiongelmia voisi syntyä riippuen siitä, millaiseksi hyvinvointialueiden lakisääteisiin vastuisiin perustuva julkinen terveydenhuoltojärjestelmämme EU-oikeuden mukaan luonteeltaan katsottaisiin. Nykymallin rakenteen muuttaminen siten, että kuntatason ja valtion väliin muodostetaan maakuntataso (hyvinvointialueet), ei viraston näkemyksen mukaan vaikuta edellä todettuihin keskeisiin solidaarisuutta toteuttaviin tekijöihin valtion tasolla. Siltä osin kuin kyse ei ole hyvinvointialueiden lakisääteisten tehtävien suorittamisesta, valtiontukioikeudelliset näkökohdat on selvitettävä huolella sen varmistamiseksi, että notifiointivelvoitetta ei ole. – Viimeksi mainitun huomion osalta valtiovarainministeriö toteaa, että hyvinvointialueille asetettava velvollisuus yhtiöittää harjoittamansa taloudellinen toiminta tai periä siitä markkinaehtoista hintaa nimenomaan estäisi kilpailun vääristymisen tällaisissa tilanteissa. Tämän myös komissio on syksyllä 2020 käytyjen keskustelujen pohjalta todennut.

Lisäksi Finanssivalvonta arvioi valtiontakausten suhdetta EU:n vakavaraisuussääntelyyn hallintovaliokunnalle 16.3.2021 antamassaan lausunnossa. Lausunnossaan Finanssivalvonta muun muassa totesi, että hyvinvointialueiden rahoitukselle myönnettävän valtiontakauksen turvin hyvinvointialueen lainojen riskipaino alenee nollaan, mikäli takaus täyttää EU:n vakavaraisuusasetuksen vaatimukset. Vakavaraisuusasetus asettaa takauksille eräitä vaatimuksia, jotta niitä voitaisiin pitää asetuksen mukaisena hyväksyttävänä luottosuojana, joka mahdollistaa takauksen antajan nollariskipainon. Vaatimukset ovat hyvin yksityiskohtaisia, eikä niiden soveltamisesta täytetakaukseen ole tulkintakäytäntöä. Takaussitoumukseen ei esimerkiksi saa sisältyä ehtoja, joiden täyttämiseen takauksensaaja ei voi suoraan vaikuttaa ja jotka voisivat vapauttaa takauksenantajan velvoitteesta suorittaa takausmaksu kohtuullisessa ajassa maksulaiminlyönnistä. Valtiontakausta koskevien lainkohtien muotoilu siten, että takauksen tarkempi luonne määriteltäisiin muiden takausehtojen joukossa, vähentäisi mahdollisesta epäedullisesta vakavaraisuusasetuksen tulkinnasta aiheutuvaa vahinkoa. – Viimeksi mainitun huomion osalta valtiovarainministeriö toteaa, että valtiontakausten tarkka sisältö määriteltäisiin valtioneuvoston antamissa takauspäätöksissä.

Valtiovarainministeriö katsoo, että edellä mainitut työ- ja elinkeinoministeriön, Kilpailu- ja kuluttajaviraston sekä Finanssivalvonnan lausunnot tukevat ministeriön tekemän, yllä esitetyn valtiontukiarvioinnin sisältöä ja johtopäätöksiä.

40. *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?*

Hyvinvointialueella olisi oltava sote-järjestämislain 8 §:n mukaan järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto. Perustuslakivaliokunnan viime hallituskauden lausuntojen perusteella hyvinvointialueen omistaman yhtiön toimintaa ei voitaisi rinnastaa hyvinvointialueen omaksi tuotannoksi, vaan hankittaessa palveluja hyvinvointialueen omalta yhtiöltä, sovellettaisiin järjestämislain 3 luvun säännöksiä palvelujen hankkimisesta yksityiseltä palveluntuottajalta. Hyvinvointialueen yhtiö ei ole palvelujen järjestäjä eikä myöskään viranomainen, joten julkisen hallintotehtävän siirron edellytysten (PL 124 §) on täytyttävä myös julkisomisteisten yhtiöiden kohdalla. Yhtiöön sovelletaan yhtiöoikeudellista lainsäädäntöä ja vaikka hyvinvointialue omistaisi yhtiön kokonaan, yhtiöllä on oma johto, joka vastaa yhtiötä koskevasta päätöksenteosta. Yhtiön johtoa ei ole myöskään valittu demokraattisilla vaaleilla kuten hyvinvointialueen aluevaltuustoa.

Hyvinvointialue ei saisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta eikä siis myöskään omalta yhtiöltään terveydenhuollon ympärivuorokautista päivystystä (järjestämislaki 12 § 2 mom.). Ympärivuorokautinen päivystys on kriittisenä ja elintärkeänä toimintona vahvasti sidoksissa myös hyvinvointialueen valmiuteen ja varautumiseen liittyviin tehtäviin ja se olisi oltava turvattuna järjestäjän omana tuotantona kaikilla erikoisaloilla.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri hoitaa nykyisin pääosin itse ortopedian ja traumatologian erikoisalan palvelutuotannon. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri hoitaa omana toimintanaan myös kyseisen erikoisalan ympärivuorokautisen päivystyksen. Tekonivelkirurgia, jota Tekonivelsairaala Coxassa toteutetaan, on osa ortopediaa. Sosiaali- ja terveysministeriön käsityksen mukaan sote-järjestämislain vaatimukset eivät tältä osin estäisi Tekonivelsairaala Coxan toimintaa jatkossakaan, koska Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä voitaisiin arvioida olevan kokonaisuutena katsottuna riittävästi omaa osaamista ja palvelutuotantoa ortopedian ja traumatologian erikoisalalla. Sama koskee STM:n käsityksen mukaan myös muita sairaanhoitopiirejä, jotka omistavat pienempiä osuuksia Tekonivelsairaala Coxasta.

Sydänsairaalan omistavat Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (94 %) ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri (6 %). Sydänsairaalassa hoidetaan nykyisin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osalta koko kardiologian sekä sydän- ja rintaelinkirurgian erikoisalojen palvelutuotanto mukaan lukien ympärivuorokautinen päivystys. Näin ollen Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ei ole riittävää omaa osaamista ja palvelutuotantoa edellä mainituilla isoilla erikoisaloilla, joissa on kyse merkittävien kansansairauksien hoidosta, ottaen lisäksi huomioon, että Pirkanmaan sairaanhoitopiirin on ylläpidettävä laajaa ympärivuorokautista päivystystä. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin osalta Sydänsairaalassa hoidetaan koko kardiologian erikoisalan palvelutuotanto, joten myöskään Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirillä ei ole riittävää omaa osaamista ja palvelutuotantoa kardiologian erikoisalalla. Tältä osin sote-järjestämislain edellytykset eivät täyttyisi Sydänsairaalan osalta ja toimintaa jouduttaisiin uudelleen järjestelemään siten, että tulevilla hyvinvointialueilla olisi riittävästi omaa osaamista ja palvelutuotantoa kardiologian erikoisalalla ja Pirkanmaan hyvinvointialueella lisäksi sydän- ja rintaelinkirurgian erikoisalalla. Lisäksi Pirkanmaan hyvinvointialueen tulee pystyä hoitamaan näiden erikoisalojen osalta omana palvelutuotantonaan myös ympärivuorokautinen päivystys. Ympärivuorokautiseen päivystykseen olisi kuitenkin jatkossakin mahdollista hankkia/vuokrata työvoimaa.

Sote-järjestämislain 12 §:n 3 mom. mukaan potilaan ottamisesta lähetteen perusteella erikoissairaanhoitoon sairaalaan päättäisi virkasuhteessa oleva lääkäri tai 13 §:n 4 mom. mukaan, kun on kyse esim. kiireellisistä tilanteista, työvoimaksi vuokrattu/hankittu lääkäri, joka työskentelee hyvinvointialueen suorassa työnjohdollisessa alaisuudessa. Ehdotuksen mukaan virkalääkäri tai työvoimaksi vuokrattu/hankittu lääkäri tekisi myös erikoissairaanhoitoon sairaalaan otetun potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut. Ehdotetuissa säännöksissä on kyse hyvinvointialueen järjestämisvastuun toteuttamisesta eli vastuusta turvata hyvinvointialueen kaikille asukkaille riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti ja vastuusta huolehtia resurssien riittävyydestä.

Lähetteen erikoissairaanhoitoon voi laatia sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon (ml. työterveyshuollon) lääkäri. Terveydenhuoltolain mukaisen valinnanvapauden perusteella muiden sairaanhoitopiirien alueilta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoidettavaksi tulevien potilaiden lähetteet saapuvat nykyisin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, josta ne ortopedian ja sisätautien erikoisalojen lähetekäsittelyn yhteydessä ohjataan edelleen jatkokäsiteltäväksi Tekonivelsairaala Coxaan ja Sydänsairaalaan. Sen sijaan oman alueen potilaiden lähetteet ohjautuvat käsiteltäväksi suoraan Tekonivelsairaala Coxaan ja Sydänsairaalaan, joissa päätetään sairaalaan ottamisesta ja tehdään sairaalaan otetun potilaan hoitoon liittyvät hoidon tarpeen arvioinnit ja hoitoratkaisut. Jatkossa Tekonivelsairaala Coxan ja Sydänsairaalan toimintaa tulisi sote-järjestämislakiehdotuksen mukaan uudelleen organisoida siten, että tuleva hyvinvointialue (virkasuhteessa oleva lääkäri tai työvoimaksi vuokrattu/hankittu lääkäri) käsittelisi hyvinvointialueelle saapuneet lähetteet kaikkien potilaiden osalta ja päättäisi sairaalaan ottamisesta sekä tekisi sairaalaan otetun potilaan hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisut. Tämä tarkoittaisi sote-järjestämislakiehdotuksen mukaan sitä, että tulevan hyvinvointialueen tulisi varata nykyistä enemmän lääkärityövoimaa lähetteiden käsittelyyn sekä potilaiden hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoratkaisujen tekemiseen.

Koska eduskuntakäsittelyn aikana on esitetty runsaasti huomioita sote-järjestämislain 12 §:n 3 momentin virka-lääkärivaatimukseen liittyen, sosiaali- ja terveysministeriö tulee arvioimaan mietintövaliokuntana toimivalle sosiaali- ja terveysvaliokunnalle annettavassa vastineessaan sote-järjestämislain 12 §:n 3 momentin mahdolliset muutostarpeet.

Voimassa olevan terveydenhuoltolain 45 §:n 2 momentin mukaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Säännöstä koskevien hallituksen esityksen (HE 224/2016) yksityiskohtaisten perustelujen mukaan muulla vastaavan tasoisella sairaalalla tarkoitetaan esimerkiksi yliopistosairaanhoitopiirin läheisessä ohjauksessa olevaa tiettyyn toimintaan erikoistunutta sairaalaa kuten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin konserniin kuuluvaa sairaala Coxaa. Täten lain perusteella Sydänsairaala ja Tekonivelsairaala Coxa, jotka ovat yliopistosairaanhoitopiirin läheisessä ohjauksessa, voisivat lähtökohtaisesti suorittaa vastaavia vaativia leikkauksia ja toimenpiteitä, jotka keskittämisasetuksessa säädetään keskitettäväksi viiteen yliopistolliseen sairaalaan.

Terveydenhuoltolain 45 §:n nojalla annetussa valtioneuvoston asetuksessa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (A 582/2017, keskittämisasetus) säädetään viiteen yliopistolliseen sairaalaan alueellisesti keskitettävästä erikoissairaanhoidosta (6 §). Asetuksessa säädetään yksityiskohtaisesti joidenkin lääketieteellisten hoitojen mm. tietyn tekonivelkirurgian, avosydänkirurgian ja tiettyjen vaativien kardiologisten toimenpiteiden keskittämisestä.

Keskittämisasetuksen (A 582/2017) alkuperäisessä 6 §:ssä säädettiin ”viiteen yliopistolliseen sairaalaan *tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan* keskitettävästä erikoissairaanhoidosta”. Keskittämisasetusta on muutettu 15.1.2021 voimaan tulleella asetusmuutoksella (A 8/2021). Tässä yhteydessä asetuksen 6 §:n momentin sanamuoto muuttui niin, että pykälässä säädetään ”viiteen yliopistolliseen sairaalaan alueellisesti keskitettävästä erikoissairaanhoidosta”. Muutoksella pyrittiin estämään se, että keskitettyjä toimenpiteitä suoritettaisiin muissa sairaanhoitopiireissä kuin sellaisissa, joissa on yliopistosairaala. Asetuksen 6 §:n sanamuoto kuitenkin poikkeaa nyt terveydenhuoltolain 45 §:n 2 momentin sanamuodosta ” viiteen yliopistolliseen sairaalaan *tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan*”. Asetuksen nykyisen 6 §:n sanamuodon perusteella Coxassa tai Sydänsairaalassa ei voitaisi tehdä keskitettyjä hoitoja. Tämä ei kuitenkaan ollut asetuksen muutoksen tarkoitus. Näin ollen keskittämisasetus tulee korjata siten, että asetuksen 6 §:ään palautetaan tältä osin pykälän aiempi sanamuoto. Sosiaali- ja terveysministeriö tulee valmistelemaan kyseisen asetusmuutoksen kevään 2021 aikana.

41. *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?*

Suomi on kansainvälisten vertailuiden mukaan yksi maailman kärkimaita sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatiossa ja tiedonhallinnassa. Kehityksen yhtenä haasteena kuitenkin on ollut hyvin hajanainen järjestämisrakenne. Varsinkin pienimpien järjestämisvastuullisten kyky kehittää ja ottaa käyttöön uusia digitaalisia toimintamalleja on ollut rajallinen. Järjestämisvastuun kokoaminen alueellisesti laajemmille harteille luo parempia edellytyksiä toiminnan digitalisoimiseen, tietoturvasta vastaamiseen ja onnistuneempiin hankintoihin.

Alueellisesti yhtenäisten asiakas- ja potilastietojärjestelmien käyttöönottoa auttaa olennaisesti hyvinvointialuetasoisesti jatkossa toteutuva rekisterinpito. Valtio on myös valtionavustuksilla tukenut alueellisten toimintamallien kehittämistä, joka tukee järjestelmien konsolidointia tai uusien hankintaa. Asiakas- ja potilastietojärjestelmien valtakunnalliset vaatimukset ja standardit sekä Kanta-palvelut luovat pohjan uudistustyölle.

Teknologisen kehityksen hyödyntämistä palvelujen parantamisessa ja kustannusrakenneteen hyödyntämisessä tukisi myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueita koskeva sote-järjestämislain (35–38 §) säätely: Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvien hyvinvointialueiden olisi sovittava yhteistyösopimuksessaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja sähköisten palvelujen kehittämisestä, asiakas- ja potilastietojen käytön yhteensovittamisesta sekä julkisen hallinnon tiedonhallinnasta annetun lain mukaisten velvoitteiden yhteensovittamisesta yhteistyöalueella niitä koskevat valtakunnalliset linjaukset huomioon ottaen. Säännöksen perusteella yhteistyöalueen hyvinvointialueiden olisi sovittava yhteisistä toimintamalleista, tiedonhallinnan ratkaisuista ja sähköisistä asiointipalveluista, jotka tukevat palvelujärjestelmän tehokkuutta, vaikuttavuutta tai valtakunnallisten linjausten mukaisuutta yhteistyöalueen laajuisesti. Menettelyllä varmistettaisiin tietojärjestelmien yhteentoimivuus. Yhteistyösopimuksessa olisi sovittava myös hyvinvointialueiden työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta merkittäviä investointeja koskien siltä osin kuin se olisi tarpeellista muiden yhteistyösopimuksessa sovittujen asioiden kannalta. Esimerkiksi tietojärjestelmähankkeet voisivat olla tällaisia investointeja.

Hyvinvointialueiden valtion ohjauksessa hyvinvointialueita kannustettaisiin ja tuettaisiin digitalisaation hyödyntämisessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Tiedonhallinnan asema keskeisenä osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä on huomioitu nimenomaisesti myös säädöstasolla hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden ohjausta koskevassa sääntelyssä (sote-järjestämislaki 4 luku).

Digitalisaatiokehityksen onnistumisessa yksi keskeinen tekijä on palvelunjärjestäjien ja valtakunnallisten viranomaisten välinen yhteistyö. Hyvä vuorovaikutus ja jaetut yhteiset tavoitteet auttavat kohdistamaan resursseja tarkoituksenmukaisesti ja päällekkäisyyttä välttäen. Esimerkiksi Omaolo ja Terveyskylä –palvelut ovat hyviä esimerkkejä siitä kuinka yhteistyöllä saadaan vaikuttavia tuloksia.

Hallituksen esitys loisi nykytilaa huomattavasti paremmat edellytykset digitalisaation ja teknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntämiselle tulevaisuuden sote-palveluiden järjestämisessä. Esitys kuitenkin koskee sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisrakenteita, eikä siinä siten säädetä tarkemmin eri palvelumuodoista, kuten digitaalisista palveluista. Lähtökohtana myös on, että hyvinvointialueet itsehallinnollisina toimijoina päättävät itse palvelujen tarkemmista organisointi- ja tuottamistavoista. Niillä olisi myös tähän paras asiantuntemus sekä parhaat edellytykset ottaa huomioon alueelliset tarpeet, olosuhteet ja erityispiirteet.

Digitalisaation ja tiedonhallinnan kustannushyötypotentiaalia on käsitelty tarkemmin hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä laaditussa taustamuistiossa, joka löytyy Hankeikkunasta[1] (kts. erit s. 21 - 22).

[1] https://api.hankeikkuna.fi/asiakirjat/165db659-8cf1-49b4-b33d-c2cd7a4390bf/5abbdbf9-8886-4695-8060-1b8fb270d1b1/LIITE_20201208083324.PDF