STM /VM:
Mitkä ovat sairauksiin perustuvan tarveperusteisen mallin lisäksi valittuja rahoituksenjakoperusteita (mm. kielilisät) ja millainen niiden kunkin euromääräinen osuus on?
Miten lapsivaikutusten arviointi on toteutettu? Miten tarvekerroin huomioi esimerkiksi tällä hetkellä puutteelliset lastensuojelun rahoituksen ja lastenpsykiatrian tarpeen?
Miten rahoitusmallia voitaisiin kehittää vaikuttavuuden huomioimiseksi (nyt sairausperusteinen)?
Miten voimme avata tarvekerroinmallin, jonka perusteella jaetaan miljardeja, tutkijoiden käyttöön avoimeksi (tällä hetkellä ei ole)?
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin huomioida alueellisesti?
Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia tulisi parantaa ja laajentaa? Miten sosiaalipalveluiden laskentaa kehitetään?
HUS-alue on laskenut, että sairasluokituksessa vain n. 54% sairauksista on huomioitu, mikä on osuus muissa sairaanhoitopiireissä?
Miten yliopistosairaaloiden toiminta ja kustannustaso huomioitaisiin kattavammin?
Miten kannustinvaikutusongelmilta aiotaan välttyä?
Miten alueiden todellisen itsehallinnon puutteen ongelmalta aiotaan välttyä?
Hallitus (sote-minry) on päättänyt veromallin edistämisestä. Milloin hyvinvointialueilla on verotusoikeus käytössä?
Kuinka suuri vaikutus on kerätyn datan epäyhtenäisyydellä?
Vastaus*: Lopputulos on juuri niin hyvä, kuin taustalla oleva data. Mikäli data on epäyhtenäistä, eivät lopulliset tulokset ole vertailukelpoisia tai datan pohjalta tehtävä tulkinta on helposti vääränlaista. Hyvinvointialueiden vertailun tulee pohjautua käsitteellisesti sekä tietosisällöllisesti yhtenäiseen dataan. Epäyhtenäisen tiedon yhtenäistäminen tulkitsijan päässä on työintensiivistä ja erittäin vaikeasti toteutettavissa. Yhtenäistämisen tulee pohjautuva kansallisesti määritettyihin tieto- ja käsitesisältöihin.*

Miten kuntien ja hyvinvointialueiden yhteistyötä kehitetään?
Miten vastaatte arvioon rahoituksen kohdennuksen väärästä painopisteestä? Miten nykyiseen kohdennukseen (asukasmäärän osuus) on päädytty? Mksi on päädytty tähän prosenttirajaukseen?
Vähenisikö rahoituksenjaossa asukasmäärän osuuden kasvattaminen tarvekerroinmallissa havaittuja epätarkkuuksia?

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

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

Kaikille asiantuntijoille:
Miten kustannusten lähtötaso ja kehitys voitaisiin käytännössä huomioida alueellisesti?
Vastaus: *Ehdotetussa mallissa Uudenmaan hintojen noususta seuraava lisärahoitus ohjautuu tarvevakion kautta alueille, joissa kustannustaso (vuokrat, palkat, ostopalvelut) ei nouse samassa tahdissa kuin Uudellamaalla. Uudenmaan kustannusten kasvun rasituksen kompensointi kohdennettava erikseen Uudellemaalle ja muille hyvinvointialueille.*

Miten tarvekerroinmallin sairausluokituksia (ja sosiaalipalveluiden huomiointia) tulisi parantaa ja laajentaa?
Miten osin lähtötasoon perustuva malli ja vain osittaiset sairausluokitukset huomioivat sen, että esimerkiksi mielenterveyspalveluita ei tällä hetkellä resursoida riittävästi?

Miten kannattaisi arvioida tieteellisesti ja avoimesti rahoitusmallin vaikutukset terveyteen ja talouteen?

Kuinka suuria heittoja tarvekerroinmallin virheet / epätarkkuudet voivat aiheuttaa euromääräisesti? Tulisiko asukasperusteisen laskennan osuutta lisätä?
Vastaus: *Asukasperusteisen laskennan osuutta tulisi lisätä, sillä ehdotettu malli aiheuttaa nykyiseen rahoitusmalliin verrattuna liian suuria talouden sopeuttamistarpeita joihinkin hyvinvointialueisiin.*

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

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

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

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?
Vastaus: *Yksityiset palveluntuottajat ovat mm. kehittäneet julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa asiakaslähtöisempiä digipalvelukokonaisuuksia, joilla voidaan ratkaista asiakkaiden ongelmia kevyemmissä palveluissa. Digitaalisten sote-palvelujen kehittäminen yhteistyössä yksityisten palvelutuottajien kanssa lisää kustannustehokkuutta ja on alueen väestön etu.*

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?
Vastaus*: Ostopalvelujen ulkopuolelle jäävät julkista valtaa sisältävät tehtävät tulisi määritellä lainsäädännössä, jotta ei jäisi tulkintaa.*

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?

Kuinka suurena uhkana näette koulutetun työvoiman saatavuuteen liittyvät ongelmat sote-sektorin kehittämisessä ja tuoko uudistus välineitä vaikuttaa asiaan?
Vastaus: *Sote henkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat ovat merkittäviä. Todennäköisesti työvoimapula tulee lisääntymään yhtäältä suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle ja toisaalta väestön ikääntyessä ja hoivatarpeen lisääntyessä. Ongelma on valtakunnan tason ongelma, jonka ratkaisemiseksi tarvitaan erilaisia toimia. Hyvinvointialueet yhdistävät useamman palveluntuottajan henkilöstöresurssit ja tuo tätä kautta paremmat mahdollisuudet henkilöstön tehokkaampaan hyödyntämiseen. Henkilöstöpulaa se ei kuitenkaan yksin ratkaise.*

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*?*
Vastaus*: Uudistuksessa ei ole riittävällä tavalla tuotu taloudellisia kannusteita hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä ennaltaehkäisevän hoidon painopisteisiin nykyisessä rahoitusmallissa. Integraation rakenteita ja toimintamalleja eri toimijoiden välillä on kuvattu, mutta tiedon integraatioon nykytilanteessa malli ei tarjoa mitään uusia ratkaisuja.*

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

Vastaus: *Kts. Edellinen vastaus. Tämä liittyy olennaisesti tiedon integraatioon hyvinvointialueella ja eri toimijoiden (kunta-hyvinvointialue, HUS) kesken. Tiedon integraation vahvistaminen edellyttää investointeja hyvinvointialueella.*

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*?*
Vastaus: *Kuntien ja hyvinvointialueiden välinen yhteistyö ja molempien toimijoiden tavoitteellisuus hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on välttämätöntä vaikuttavassa ennaltaehkäisevässä toiminnassa ja väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistymisessä. Mikäli malli ei kannusta kuntia panostamaan ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävään työhön, yhdyspinta ei toimi. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen vaatii kohdennettua rahoitusta.*

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

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

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

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

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?
Vastaus: *Teknologian hyötykäytön lisääminen on vahvasti sidoksissa talouskehykseen. Talouskehys on hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyessä liian tiukka teknologiainvestointien näkökulmasta. Investoinnit edellyttävät riittävän väljää talouskehystä toiminnan käynnistyessä. R-koodeista tulisi osana rahoitusta kannustuselementtinä huomioida vähintään R51, R52, … Lisäksi STM tulee jatkaa harkinnanvaraista rahoitusta IT-hyötykäytön osalta nykyistä laaja-alaisemmin. Rahoituksessa otettava huomioon se, että avustusten vastaanotto lisää hyvinvointialueen menokehystä. Rahoituksen vastaanotto tehtävä mahdolliseksi, ilman että menokehyksen raami ei sitä mahdollista. Nykytilassa avustusten vastaanotto johtaa aina annetun menokehyksen ylittämiseen. Soteen liittyvistä kansallisista hankinnoista/kilpailutuksista tulisi laatia selkeä 5-vuotis suunnitelma. Suunnitelma voisi olla myös alueellinen tai aiheryhmäkohtainen, jotta kohdentuvuus olisi riittävän suuri.*

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