

Valtiovarainvaliokunnan kuuleminen 4.5.2018; ennakkokysymykset

Valtiovarainvaliokunta on toimittanut 19.4.2018 seuraavat kysymykset valtiovarainministeriöön ennalta vastattaviksi ja valiokuntakuulemisessa 4.5.2018 käsiteltäviksi. Kysymykset koskevat hallituksen esityksiä 15/2017 vp, 57/2017 vp, 15/2018 vp ja 16/2018 vp. Valtiovarainministeriö vastaa seuraavaa.

1. Asian käsittelyn yhteydessä on usein todettu, että toimeenpano ratkaisee; millä keinoilla voidaan varmistua, että uudistuksen toimeenpano on riittävän tehokas ja asetettuihin tavoitteisiin päästään

Maakuntien valmistelussa ennen vuotta 2020 luodaan edellytykset uudistuksen hyötyjen aikaansaamiseksi. Valmistelussa luodaan turvallisen siirtymän lisäksi perusteet muun muassa vahvalle järjestämistoiminnolle, tiedolla johtamiselle sekä suunnitelmaa maakuntien vastuulle siirtyvien palveluiden kehittämiseksi. Nämä puolestaan ovat edellytys sille, että uudistuksella tavoiteltuja hyötyjä kyetään muun muassa maakuntavaltuustojen päätöksin toteuttamaan vuodesta 2020 alkaen.

Toimeenpanon onnistumisen kannalta tärkeintä on 1) selkeä päätös eduskunnalta lainsäädäntökokonaisuuteen liittyen, 2) valmistelutyön riittävä resursointi sekä 3) toimintaedellytysten varmistaminen maakunnille uudistuksen toiminnan alkuvuosina (erityisesti alkuvuosien rahoituksen riittävyys). Lisäksi on varmistettava riittävä liikkumatila maakunnissa päätösten toteuttamiseen valtakunnallisia tavoitteita unohtamatta.

Maakunnissa uudistusta valmistelee tällä hetkellä arviolta yli 700 asiantuntijaa osa- ja täysiaikaisesti palkattuina. Valmisteluryhmissä on heidän lisäksi useita tuhansia asiantuntijoita mukana. Ilman selkeää eduskunnan päätöstä uudistuksen toimeenpanolle kohdistuu merkittäviä riskejä muun muassa valmisteluun liittyvän osaamisen säilymisestä. Riski osaamisen ja uudistumiskyvyn säilymiselle ei liity vain maakuntapohjaiseen uudistukseen vaan myös yleisesti kykyyn ja osaamiseen toimeenpanna hallintoon ja palveluihin liittyviä uudistuksia pohjamallista huolimatta.

Uudistuksen toimeenpanon näkökulmasta kriittinen tekijä on myös uudistuksen toimeenpanoon varattu riittävä aika. Tähän kytkeytyy maakuntavaalien ajankohta sekä maakuntavaltuuston toiminnan käynnistyminen. Toimeenpanon kannalta valtuustolla on oltava riittävä toiminta-aika ennen järjestämisvastuun siirtoa. Kyse on turvallisen siirtymän varmistamisesta ja myös riittävästä ajasta valmistautua sisällöllisiin muutoksiin, joilla uudistuksella tavoitellut hyödyt aikaansaadaan.

Erityistä huomioita tulee kiinnittää uudistuksen ja tavoiteltujen hyötyjen kannalta kriittisten tietojärjestelmien muutostöiden organisointiin niin kansallisella kuin maakuntatasollakin. Tiedolla johtamiseen panostamalla varmistetaan puolestaan, että kansallisesti maakuntien ohjauksessa ja maakunnissa vahvalla järjestäjällä on käytössä mahdollisimman reaaliaikainen tieto.



2. Mitkä ovat maakuntien ja tuottajien kannustimet mahdollisimman kustannustehokkaisiin sote-palveluihin ja muihin maakunnan tehtäviin ja miten voidaan varmistaa, että ne toimivat?

Maakuntien laskennallinen rahoitusmalli rajaa osaltaan maakuntien talouden liikkumatilaa ja asettaa maakunnille kannusteen kustannustehokkaiden toimintatapojen kehittämiseen. Käytännössä, mitä kustannustehokkaampaa maakuntien toiminta on, sitä laajemmat ovat sen toimintamahdollisuudet. Yleiskatteinen rahoitusmalli mahdollistaa myös sote-toiminnan tehostamisesta saatujen hyötyjen kohdentamisen maakuntien muuhun toimintaan ja päinvastoin. Edelleen, jos maakunnalle muodostuu ylijäämää, jää se sen omaan käyttöön.

Sote-järjestämislakiehdotuksessa määritellään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi seurata ja arvioida koko maan tasolla väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä maakuntien palvelutoimintaa. Tavoitteena on mm. arvioida ja vertailla maakuntien väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä sekä kustannuksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tuotosten perusteella maakunnilla on mahdollisuus vertailla toimintojensa kustannuksia ja kustannustehokkuutta suhteessa toisiin maakuntiin. Tämän tiedon käyttö tukee maakuntien kustannustehokkuuden kehittämistä.

Valinnanvapausmalli (HE 16/2018 vp) sisältää monia erilaisia ohjaus- ja korvausmekanismeja, joilla mahdolliseen tuottajien ei-toivottuun käyttäytymiseen voidaan vaikuttaa. Lakiehdotuksen 63 §:n mukaan palveluntuottajille maksettavat korvaukset ja niistä muodostuva korvausjärjestelmä ovat keskeinen osa itsehallinnollisten maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä koskevan vastuun toteutumista. Korvausjärjestelmän tulisi tukea parhaiden käytäntöjen toteutumista maakunnassa ja mahdollistaa uusien innovaatioiden (kuten etä- ja digitaalisten palvelujen) syntyminen.

Sosiaali- ja terveyskeskuksille maksettavan kiinteän korvauksen – eli niin sanotun kapitaatiokorvauksen – korkealla osuudella tavoitellaan kustannustehokkuutta sekä sitä, että sosiaali- ja terveyskeskusten välinen kilpailu suuntautuisi kilpailuun asiakkaista. Valinnanvapauslakiesityksen mukaisesti asiakaskohtaista korvausta tulee painottaa kansallisilla tarvetekijöillä ja niille valtioneuvoston asetuksella vahvistetuilla painokertoimilla. Koska asiakkaiden odotettavissa oleva sosiaali- ja terveyskeskusten palvelunkäyttö ei ole kaikille sama, saattaisi sosiaali- ja terveyskeskusten välinen kilpailu muutoin suuntautua kilpailuun edullisemmista asiakkaista. Siksi kaikista asiakkaista on pyrittävä tekemään sosiaali- ja terveyskeskuksen näkökulmasta mahdollisimman samanlaisia. Kapitaatiokorvauksen riskipainotuksen mahdollisimman huolellinen suunnittelu vastaamaan yksittäisistä asiakkaista aiheutuvia todennäköisiä kustannuksia vähentää kannustimia valikoida asiakkaita.

Maakunnan tulisi maksaa hyvin harkitusti täysimääräisiä suoriteperusteisia korvauksia, sillä tutkimukset osoittavat, että niiden myötä yksittäiset suoritteet pyrkivät lisääntymään. Kuitenkin täysimääräiset suoriteperusteiset korvaukset ovat käyttökelpoisia esimerkiksi rokotuksissa, seulonnoissa tai määräraikaistarkastuksissa, jotka ovat sisällöltään rajattuja ja kohdistuvat kerran kaikkiin asiakkaisiin, jolloin ei ole mahdollisuutta ”ylihoitoon” tai lisäsuoritteisiin.



Suoriteperusteisia korvauksia voidaan käyttää myös rajaamaan tuottajan kantamaa kustannusriskiä. Erityisesti paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden osalta voitaisiin esimerkiksi menetellä siten, että maakunta alkaisi vähitellen perustellusti määritellyn rajan jälkeen korvata suuremman osan asiakkaan kustannuksista suoriteperusteisilla korvauksilla.

Suoriteperusteisten korvausten ohella maakunta voi täydentää korvauksia palveluntuottajille myös kannustinperusteisilla osilla. Näiden avulla se voi tukea tasapainon löytymistä mahdollisen ylihoidon ja alihoidon välillä sekä tukea maakunnan asettamien tavoitteiden (esimerkiksi laatu) toteutumista käytännössä. Kannustinperusteisten korvausten täytyy rajautua sellaisiin asioihin, joihin tuottaja voi vaikuttaa eikä niiden osuus saa nousta korkeaksi. Muiden korvausten avulla maakunta voisi huomioida asukastiheydessä, syrjäisyydessä, kielellisissä olosuhteissa ja muissa vastaavissa olosuhteissa ilmenevät erilaiset paikalliset olosuhteet. Tällä varmistetaan palvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuus myös harvaan asutuilla alueilla. Täten tuottajakorvauksissa hyödynnetään sekä kansallisia ratkaisuja että maakuntien alueellista tuntemusta. Lakiehdotuksen 63 §:n perusteella korvausten on tuettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen vaikuttavuustavoitteiden toteutumista, asiakkaiden valinnanvapautta ja maakuntatalouden kestävyyttä.

3. Mitkä ovat muutuskustannukset (kuten palkkaharmonisointi, palveluiden ja maksujen harmonisointi, uusi hallinto, ICT). Mikä on kunkin maakunnan oma arvio ja vastaava VM:n arvio muutuskustannuksista, ja jos niissä on eroja, mihin ne perustuvat?

Uudistuksen alkuvaiheessa on odotettavissa uudistuksen toimeenpanoon liittyviä väliaikaisia ja/tai kertaluontoisia lisäkustannuksia, jotka liittyvät välittömästi uudistuksen perustamisvaiheeseen (esim. seuraavat uudistusta koskevasta lainsäädännöstä) ja jotka eivät ole vältettävissä ja joiden toteuttamisesta ei aiheudu välittömiä tuottavuushyötyjä ja siten kustannusten hillintää. Muutuskustannus voi olla väliaikainen (alkuvaiheen lisäkustannus, joka poistuu toiminnan vakiintuessa) tai pysyvä (kustannuspohjaan jäävä).

Väliaikaisia muutuskustannuksia arvioidaan olevan sekä hallinnolliset kustannukset (lisähenkilökunnan tai ostopalveluiden aiheuttamat kustannukset) että tietojärjestelmien uudistamis- ja integrointikustannukset. Näistä lisäkustannuksista ei aiheudu välitöntä tuottavuushyötyä. Ajan myötä sekä hallinnollisissa kustannuksissa että ICT-palveluiden uudelleenjärjestelyssä on kuitenkin realistista olettaa olevan tuottavuuspotentiaalia. Pidemmällä aikavälillä on odotettavissa myös kustannussäästöjä, kun alkuvaiheen lisäkustannusten jälkeen toiminta tehostuu.

Ns. pysyviksi muutuskustannuksiksi arvioidaan muodostuvan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä tukien ja etuuksien maksujen yhtenäistämisen aiheuttamat kustannukset sekä palkkausjärjestelmien yhteensovittamisen aiheuttama lisäkustannus. Erityisesti palkkaharmonisaation aiheuttamasta lisäkustannuksesta on ollut julkisuudessa hyvinkin paljon näkemyksiä, joiden luotettavuutta ei vielä voi arvioida. Palkkaharmonisaation kustannusvaikutus riippuu mm. myöhemmin tarkentuvasta työehtosopimuksesta ja sovellettavasta palkkausjärjestelmästä.



Myös toimitilakustannusten on arvioitu nousevan uudistuksen myötä. Lähtökohtaisesti nykyiset tilakustannukset sisältyvät kunnilta maakunnille siirtyvään kustannukseen ja siten maakuntien rahoitus pohjaan vaikkakaan eivät vuokrien nimellä. Sekä investoinneissa että sisäisiin vuokriin liittyvässä kustannusten nousussa on kyse suurilta osin aikaisempien vuokratasojen alhaisuudesta todellisiin kustannuksiin verrattuna. Sekä kunnilta että maakuntien tilakeskukselta vuokrattavien tilojen osalta on tarkoitus siirtyä yhtenäisiin vuokrajärjestelmiin. Kunnat ja sairaanhoitopiirit käyttävät nykyisin vaihtelevasti ja eri perustein sisäistä vuokrajärjestelmää. Kaikki tiloihin liittyvät kustannukset eivät nykyisin sisälly vuokraan, mutta arviona on, että ne sisältyvät kuitenkin kunnilta maakunnille siirtyvään kustannukseen, joka on maakuntien rahoituksen perusteena.

Kunnilta vuokrattavien tilojen vuokra määräytyisi valmisteilla olevan valtioneuvoston asetuksen perusteella. Sen mukaisesti vuokratason määrittelyssä käytettäisiin joko kuntien jo omissa kiinteistöissään kattavasti käytössä ollutta sisäisen vuokran järjestelmää eräin edellytyksin tai asetuksessa määriteltävää kokonaisvuokratasoa, joka sisältää pääoma- ja ylläpito vuokran sekä maanvuokran osuudet. Arviona on, että vuokrataso nousisi hieman nykyisiin sisäisiin vuokriin verrattuna. Esimerkiksi maapohjasta on harvassa sisäisen vuokran mallissa maksettu, koska kyse olisi ollut kunnan sisäisestä rahojen siirtämisestä. Muutuskustannusten määrän arviointi tältä osin on kuitenkin vaikeaa.

Tilakeskuksen vuokramalliin sisältyy myös varautuminen kiinteistöriskeihin sekä vastuu tyhjilleen jääneistä tai jäävistä tiloista, mikä tarkoittaa sitä, että Tilakeskus vastaa kiinteistöistä koko elinkaaren ajan eikä lähetä maakunnille erillisiä laskuja esim. toteutuneista riskeistä.

Mittavat sairaalainvestoinnit, joiden mittaluokka viimeisimmän arvion mukaan on noin 5 mrd. euroa, nostavat toimitilamenoja. Osa investoinneista tulee korvaamaan vanhoja käytöstä poistuvia tiloja, eli siltä osin ne eivät lisää vuokrakustannuksia. Lisäksi tilainvestoinnit mahdollistavat myös toiminnan kehittämisen, josta saatavien hyötyjen johtaminen on maakuntien vastuulla. Investoinnit toteutetaan käytännössä kokonaan lainarahoituksella, ja ne jäävät siten tulevien maakuntien maksettavaksi. Maakuntien tilakeskus julkistaa vuokrajärjestelmänsä ja tuottaa arvion toimitilakustannuksista maakunnittain toukokuun 2018 aikana. Lopullisesti vuokrajärjestelmästä päättävät Tilakeskuksen omistajat eli maakunnat. Vuokramallin täytyy kuitenkin olla taloudellisesti kestävällä pohjalla kiinteistöriskit huomioiden.

Valtiovarainministeriö selvitti muutuskustannuksia maakunnilta kyselylomakkeella alkuvuodesta 2018. Kysely osoitti sen, että selvää käsitystä muutuskustannuksista ja niiden laajuudesta ei ole vielä olemassa. Kyselyyn vastasi 16 maakuntaa, eli kaksi jätti vastaamatta. Muutuskustannuksia pyritään jatkossakin selvittämään yhteistyössä maakuntavalmistelijoiden kanssa, ja arviot muutuskustannusten määrästä tulevat tarkentumaan ja täsmentymään. Muutuskustannusten merkitys nousi esiin myös ministeriön ja maakuntien välisissä maakuntasimulaatioissa keväällä 2018.

On tärkeää havaita, että muutuskustannuksissa on maakuntien välillä huomattavia eroja. Joillakin alueilla palkka- tai asiakasmaksuharmonisointeja on jo toteutettu, jolloin näihin ei enää kohdistu mittavia uusia



harmonisoinnista johtuvia lisäkustannuksia. Myös ICT-muutuskustannuksissa on huomattavia maakunnittaisia eroja riippuen lähtökohtatilanteen eroista.

Hallituksen kehysriihen yhteydessä antamassa kannanotossa 10.4.2018 linjattiin, että muutoskustannuksia tarkastellaan vuoden 2018 aikana muun muassa osana maakuntatalouden simulointiin kuuluvaa koetalousarvion laadintaa. Jos uudistuksesta on tunnistettavissa yleiskatteellisen rahoituksen riittävyiden vaarantavia muutuskustannuksia, vuoden 2019 kehysprosessissa varaudutaan tähän.

Maakuntatalouden simulointi jatkuu maakuntien koetalousarvioiden ja –suunnitelmien laadinnalla. Tämän harjoituksen yhteydessä laaditaan yhtenäiset perusteet muutuskustannusten arviointiin, jotta muutuskustannuksista voidaan muodostaa mahdollisimman luotettava ja yhtenäinen käsitys. Koetalousarviot ja –suunnitelmat kootaan maakuntavalmistelijoilta syksyllä 2018. Näin ollen vuoden 2018 lopussa käytössä on tarkennettu arvio muutuskustannuksista. On kuitenkin selvää, että esim. palkkaharmonisaation mahdollinen lisäkustannus on riippuvainen useista sellaisista tekijöistä, joista ei ole vielä luotettavaa tietoa syksyllä 2018.

4. Kapitaatiokorvauksen laskentaperusteet: miten henkilökohtaiset ominaisuudet ja riskitekijät sekä esim. työterveyshuollon kattavuus otetaan huomioon

Valinnanvapausmallissa maakunta maksaisi sosiaali- ja terveyskeskukseen listautuneesta asiakkaasta kuukausittain vastuuajanaan sidotun kiinteän korvauksen (ns. kapitaatio). Korvaus perustuisi tekijöihin, jotka vaikuttavat ihmisten palvelujen tarpeeseen. Tällaisia tekijöitä ovat maakuntien asukkaiden ikä, sukupuoli, sairastavuus, työssäkäynti ja muut sosio-ekonomiset tekijät.

Valinnanvapauslakiehdotuksen 65 §:n 3 momentissa on ehdotettu säädettävän, että kiinteän korvauksen määrittelyssä huomioitavat tarvetekijät olisi määritelty kansallisesti. Vaikka maakuntien olosuhteet eroavat toisistaan, on alueiden välisen yhdenvertaisuuden sekä rahoituksen toteutumisen ja vaikuttavuuden vertailtavuuden kannalta perusteltua, että maakunnat käyttävät yhtenäisiä tarvetekijöitä korvauksen perusteissa. Kansallisia tarvetekijöitä olisivat muussa kuin suun terveydenhuollon palveluissa maakuntien asiakkaiden ikä, sukupuoli, sairastavuus sekä työssäkäynti ja muut sosioekonomiset tekijät.

Lakiehdotuksen 65 §:n 3 momentissa tarkoitettujen tarvetekijöiden käyttämisellä pyritään asiakaskohtaisen korvauksen painottamiseen siten, että maksettu asiakaskohtainen korvaus tekisi asiakkaista yhdenvertaisia suoran valinnan tuottajalle odotettavissa olevien kustannusten suhteen. Tarvetekijöiden joukko ja niihin liittyvät kertoimet määrittävät painotuksen onnistumisen ja tulee vaatimaan jatkuvaa kehittämistä. Kapitaatiokertoimien oikeellisuus on tärkeää, sillä mitä paremmat/oikeammat kertoimet yksittäisiin ominaisuuksiin liittyy, sitä vähemmän tuottajille on taloudellista merkitystä sille, ketkä asiakkaista heille hakeutuu.

Sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukset, että kansainvälinen tutkimus ovat osoittaneet, että ikä vaikuttaa voimakkaasti asiakkaiden palvelujen tarpeeseen ja naiset käyttävät palveluja jossain määrin enemmän kuin miehet. Lisäksi avohoidon lääkäripalveluja ja suun terveydenhuollon palvelujen



käyttö eroaa sosio-ekonomisen aseman mukaan. Kun palvelujen tarpeen erot otetaan huomioon, suurituloiset käyttävät enemmän työterveyshuollon ja yksityisen sektorin lääkäripalveluja ja kokonaisuudessaan tarpeeseen nähden enemmän kuin pienituloiset. Asiakkaan sairastavuuteen liittyvien asiakaskohtaisten ominaisuuksien sisällyttäminen tarvetekijöihin edesauttaa painotuksen onnistumista, koska se ottaa ikäjakaumaa ja sosioekonomisia tekijöitä täsmällisemmin huomioon asiakkaan yksilöllisen hoitotarpeen ja siitä syntyvät kustannukset ja siten kohdentaa korvaukset tuottajille oikeudenmukaisesti myös paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista. Henkilökohtaisen hoitotarpeen ja siitä syntyvien kustannusten huomioon ottaminen helpottaa tuottajien osaamisen kehittämistä ja erikoistumista taloudellisesti kannattavalla tavalla.

Työterveyshuollon palvelujen piiriin kuulumisesta on yksilötason tieto asiakkaiden lisäksi vain työnantajilla ja palveluntuottajilla. Lisäksi työterveyshuollon palvelujen sisältö vaihtelee työnantajien välillä. Lakisääteiseen työterveyshuoltoon eivät kuulu sairaanhoidon palvelut. Tästä syystä kapitaatio-korvausten laskemisessa työterveyshuolto joudutaan aluksi ottamaan huomioon korvikemuuttujalla kuten esimerkiksi työssäkäyntitiedolla, joka saadaan yksilötasolla. Sosiaali- ja terveysministeriössä on myös aloitettu selvitys siitä, millä tavoin työterveyshuollon käytöstä voidaan saada käyttöön tarkempi yksilötasoinen rekisteritieto. Asia vaatii mahdollisesti erikseen säätämistä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tekee parhaillaan tutkimusta sote-keskusten korvausten laskentamallista. Yksilöaineistoista koostuvasta aineistoista lasketaan tilastollisilla menetelmillä kertoimet, joilla kuvataan tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyspalvelujen käyttöön. Kun asiakas valitsee sote-keskuksen, Kansaneläkelaitos laskisi sote-keskuksen saaman korvauksen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kertoimia käyttäen. Sote-keskus ei saisi tietoonsa, mikä korvaus kustakin yksittäisestä asiakkaasta tulee. Tiedot olisivat anonymisti ryhmiteltyjä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laskemat kertoimet ovat julkisia eli ihmiset voisivat periaatteessa perustietojensa perusteella halutessaan arvioida kertoimensa, koska tietävät mihin kerroinryhmään /-ryhmiin kuuluvat. Ihmisillä on myös oikeus kaikkiin henkilökohtaisiin terveystietoihinsa. Mikäli niihin tulevaisuudessa liitetään myös kustannustietoja, myös nämä tiedot on oikeus nähdä.

5. *Mihin hammashoidon kustannusnousun arvio perustuu ja miten nousuun on varauduttu*

Nykyisistä kuntien ja kuntayhtymien suun terveydenhuollon menoista noin 360 miljoonaa euroa eli noin 61 prosenttia muodostaisi suoran valinnan suun terveydenhuollon palvelut. Suoran valinnan palveluihin sisältyisivät aikuisten suunhoidon palvelut sekä oppivelvollisuusiän ja opiskelun ulkopuolella olevat 16—17-vuotiaiden nuorten (arviolta n. 12 000 henkilöä) suun terveydenhuollon palvelut.

Maakunnille liikelaitoksen tuottamiin palveluihin kuuluisi noin 39 prosenttia perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon nykyisistä menoista. Maakuntien liikelaitoksen suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät mm. vaativan tason palvelut, jotka edellyttävät osaamisen kokoamista, kotona asuvien iäkkäiden raskaan hoivan piirissä olevien palvelut, vammaisuuden perusteella erityistä huolenpitoa tarvitsevien palvelut sekä suunhoidon erityisen laajat ja paljon kustannuksia potilaille



aiheuttavat palvelukokonaisuudet. Maakunnan liikelaitoksen kokonaisuuteen kuuluisivat myös pääosa lasten ja nuorten suunhoidon palveluista sekä lasten neuvolapalvelut suunhoidon osalta.

Asiakasseteleillä järjestettävään kokonaisuus sisältäisi noin puolet kuntien ja kuntayhtymien nykyisistä ostopalveluista, jolloin asiakasseteleiden osuus olisi tältä osin noin 21 miljoonaa euroa. Suun terveydenhuollon osalta asiakassetelillä järjestettävät vähimmäisvaatimukseen kuuluvat palvelut sisältäisivät arvion mukaan mm. aikuisten suunhoidossa tarpeellisia erikoishammaslääkärin palveluja, kuten hammasprotetiikkaa. Maakunta voisi lisäksi ottaa asiakassetelin käyttöön myös hampaiden oikomishoidossa. Mikäli kaikki maakunnat ottaisivat asiakassetelin käyttöön ko. palveluissa, voisi asiakasseteleiden käyttö suun terveydenhuollossa nousta karkean arvion mukaan noin 10 miljoonalla eurolla. Tällöin oikomishoidossa asiakasseteleitä käytettäisiin karkean arvion mukaan noin 100 000 vastaanottokäynnissä.

Valinnanvapauslakiehdotuksen mukaan aikuisväestön suunhoidon palvelujen siirtymistä suoran valinnanvapauden piiriin vaiheistetaan, jotta hallittaisiin siihen liittyvä merkittävä kustannusten kasvun riski. Nykyisin yksityisten palvelujen käyttö alalla on merkittävää, yli puolet palvelutuotannosta. On odotettavissa, että nykymuotoisia yksityisiä tuottajia siirtyisi julkisrahoitteisiksi tuottajiksi, ja nykyisin yksityisiä palveluita käyttäviä asiakkaita siirtyisi julkisesti rahoitettujen palvelujen asiakkaiksi. Tuottajaksi ryhtymisen ehdot ja korvausten taso määrittävät osaltaan sitä kuinka suuri on kiinnostus ryhtyä suoran valinnan palvelujen tuottajaksi. Osa yksityisen sektorin palveluja käyttävistä voisi jatkaa myös näiden palvelujen käyttämistä eikä siirtyä suoran valinnan palvelujen käyttäjäksi.

Koska nykymuotoisissa julkisesti rahoitetuissa palveluissa asiakkaan osuus kustannuksista on (yksityisen hoidon sairaanhoitokorvaus huomioiden) matalampi, tästä aiheutuisi kustannuspaineita julkisrahoitteiseen tuotantoon, vaikka vaiheistuksella ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämällä pyrittäisiin hallittuun siirtymiseen. Yksityisessä tuotannossa hoitokäytännöt ja hoitovälit ovat olleet erilaiset kuin kuntien suunhoidon palveluissa, joissa hoitovälit on määritelty tarpeen mukaan. Yhtenäistämällä suoran valinnan palveluntuottajien tarjoamissa palveluissa näitä käytäntöjä vastaamaan kunnallisissa palveluissa käytössä olleita käytäntöjä, voitaisiin kustannusten kasvupaineita vähentää.

Asiakkaiden määrää tulevassa valinnanvapausjärjestelmässä on erittäin vaikea arvioida ennalta luotettavasti, mikä osaltaan lisää järjestelmän rahoitukseen liittyvää riskiä. Voidaan kuitenkin arvioida, että esitetyn kaltaisella vaiheistetulla järjestelmällä asiakkaiden määrä suunhoidon yksiköissä olisi vuonna 2022 noin 1,5 miljoonaa asiakasta ja tästä aiheutuneet kustannukset olisivat noin 390 miljoonaa euroa vuoden 2015 tasossa arvioituna. Arvio perustuu osittain kokemuksiin 2000-luvun alun uudistuksen jälkeisestä kuntien järjestämän hoidon asiakasmäärien kasvusta. Vuonna 2023 suunhoidon yksiköiden asiakasmäärän odotetaan kasvavan 1,8 miljoonaan asiakkaaseen, josta aiheutuisi noin 460 miljoonan euron kustannukset. Tämä vastaisi kolmen vuoden hoitojaksolla noin 2,8 miljoonaa asiakasta. Huomioiden maakuntien rahoituksesta suunhoidon yksiköille kaavaillun rahoituksen ja maksetut asiakasmaksut, olisi järjestelmään syntyvä rahoitusvaje noin 16 miljoonaa euroa vuonna 2022 ja 67 miljoonaa euroa vuonna 2023. Toisin sanoen maakuntien järjestämän suunhoidon kustannusten odotetaan kasvavan uudistuksen seurauksena yli 100 miljoonaa euroa suhteessa nykytasoon, josta asiakasmaksuilla katettaisiin nykyisten asiakasmaksujen mukaan noin 1/3. Vuonna 2024 siirryttäisiin



tuottajakorvauksissa samoihin yleisiin korvauserusteisiin kuin sosiaali- ja terveyskeskusten osalta.

Mahdollisen rahoitusvajeen kattamiseen on erilaisia rahoituskeinoja, mutta niiden osalta ei valinnanvapauslakiesitykseen sisälly ehdotuksia. Monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseen liittyen on linjattu, että yksityisen terveydenhuollon korvauksista luovutaan vuoden 2022 alusta samalla, kun vastaava palvelutuotanto toteutuu maakuntien sosiaali- ja terveyskeskuksissa tai suunhoidonyksiköissä (VN tiedote 183/2018; http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-turvaa-maakuntien-rahoituksen-riittavyyden-ja-uudistuksen-sujuvan-alun). Jos yksityisen hoidon sairausvakuutuskorvauksia vastaava rahoitus siirretään valmistelussa suunnitellun mukaisesti kokonaisuudessaan osaksi maakuntien rahoitusta, pienentää tämä osaltaan syntyvää rahoitusvajetta merkittävästi.

Mahdollista on, että asiakasmäärä kasvaisi vielä odotettua enemmän, jolloin kustannukset ja edelleen rahoitusvaje kasvaisi entisestään. Toisaalta on mahdollista, että mm. hajaantuneessa tuottajakentässä ei kustannusrakenteessa päästäisi nykyiseen kuntien suun terveydenhuollon tasoon. Tämä voisi osaltaan nostaa kustannusarvioita, jos tuottajakorvauksia jouduttaisiin nostamaan.

Tämän vuoksi tuottajakentän ohjauksessa onkin kiinnitettävä erityistä huomiota kustannustehokkuuteen. Tämä voisi osaltaan edellyttää suunhoidon käytäntöjen tarkentamista. Edelleen järjestelmään liittyy riski, joka koskee tuottajakorvauksia ja niiden tasoa. Jos rahoitus ei riitä riittäviin tuottajakorvauksiin, on mahdollista, että yritykset eivät kokisi ehtoja houkutteleviksi eivätkä ko. toimijat hakeutuisi tuottajiksi.

Esityksen mukaan asiakkaat siirtyisivät suunhoidon yksiköiden asiakkaiksi vaiheittain. Tuottajille maksetaan vuosina 2022 ja 2023 asiakasmäärään perustuva peruskorvaus ja lisäksi suorite, kannustin ja olosuhdeperusteista korvausta, niin että peruskorvauksen osuus olisi korkeintaan puolet määrärahasta. Vaikka asiakkaiden saamat palvelut perustuisivat aina tarpeen arvioitiin, tämä tarpeen arviointi tapahtuisi osin yksityisissä suunhoidon yksiköissä, jolloin korvausjärjestelmään sisältyisi selvä riski asiakasmäärien ja suoritteiden kasvusta ja edelleen kustannusten kasvusta. Toisaalta kannustinperusteisella rahoituksella voitaisiin tätä riskiä pienentää.

Maakuntien järjestämän suunhoidon kustannusten osalta on riski siitä, että kustannukset voivat nousta yli 100 miljoonaa euroa suhteessa nykytasoon. Yhtenäistämällä suoran valinnan palveluntuottajien hoitokäytännöt vastaamaan nykyisiä kunnallisia palveluja, voitaisiin edellä kuvattuja kustannusten kasvupaineita mahdollisesti vähentää huolimatta asiakasmäärän mahdollisesta kasvusta. Rahoituksen riittävyyttä ja korvausmallien toimivuutta on kuitenkin tarpeen jatkossa selvittää suun terveydenhuollon voimaannapion aikataulun puitteissa, vuosina 2018–2021 toteutettavilla valinnanvapauspilotteilla sekä vuosien 2022–2023 siirtymävaiheessa.



6. Miten julkisen toiminnan sopeuttaminen tehdään maakunnittain

Maakuntien sopeuttamistarpeet vaihtelevat niin lähtötilanteesta (= maakunnan kuntien nykyiset kustannukset), laskennallisen rahoituksen kriteerien maakunnittaisesta toimivuudesta kuin myös maakunnan palvelutarpeiden kehityksestä riippuen. Lähtökohtana sopeuttamisessa on maakuntien itsehallinnon kunnioittaminen ja liikkumatilan mahdollistaminen. 18 maakuntaa muodostavat heterogeenisen joukon, eikä yhdenmukaiset sopeuttamismallit toimi kaikkialla. Sopeuttamisessa onnistutaan parhaiten, kun päätökset sopeuttamiskeinoista tehdään alueellisella tasolla.

Maakuntien sopeuttamista voidaan kuitenkin tukea ministeriöiden toimeenpanon tuella, kuten informaatio-ohjauksella ja jakamalla tietoa hyvistä toimintamalleista. Tämän lisäksi maakuntien sopeuttamista ja sopeuttamistarpeita tarkastellaan maakunnan ja valtion välisissä neuvotteluissa (maakuntalakiehdotus 13 §). Neuvotteluissa arvioidaan mm. maakunnan kustannusten valtion rahoituksen ja muun tulorahoituksen, palveluiden saatavuuden ja laadun toteutunutta ja tulevaa kehitystä sekä kustannusten hallinnan kannalta välttämättömiä ja niitä muita toimenpiteitä, joilla maakunnan tehtävien hoitaminen ja palvelujen saatavuus voidaan käytettävissä olevalla rahoituksella turvata. Käytännössä neuvotteluissa pyritään arvioimaan rahoitusperiaatteen toteutumista ja tunnistamaan maakunnan toiminnan kipupisteitä vertailemalla maakuntaa myös toisiin maakuntiin. Vastaavaa resurssien ja tehtävien yhteensovittamisen tarkastelua tullaan tekemään myös eri hallinnonalojen neuvotteluissa ja vuorovaikutusohjauksessa (mm. HE 15/2017 vp sote-järjestämislakiehdotus 30 § ja HE 35/2018 vp kasvupalvelulakiehdotus).

7. Indeksileikkurin vaikutus maakunnittain

Maakuntien rahoituslaki määrittelee maakuntien vuotuisen rahoituksen tarkistamisen, johon on sisällytetty kustannusten kasvun rajoitin (3 mrd. € kustannusten kasvun hillinnän tavoite). Maakuntataloutta tarkistetaan kokonaisuutena rahoituslain 6 §:n mukaisesti. Maakuntien rahoituslain 3 luvun mukaisiin (ns. sote-tehtävät) sovelletaan vuosittaista rahoituksen tarkistusta, jossa koko maakuntatalouden rahoitusta tarkistetaan enintään maakuntaindeksin ja rahoituslaissa määritetyn volyymikasvun summan verran.

Alla olevassa taulukossa on esitetty maakunnittaiset arviot sopeuttamistarpeesta vuoteen 2030 mennessä. Sopeuttamistarve määritellään maakuntakohtaisen perusuran (arvio siitä, miten kustannukset kehittyisivät, jos uudistusta ei tulisi) ja rahoitusuran erotuksena. Sopeuttamistarve on esitetty sekä prosentuaalisena muutoksena perusuraan verrattuna että euroa per asukasta kohden laskettuna nykyrahassa. Kuten taulukosta voidaan havaita, kaikkien maakuntien täytyy pysyä hillitsemään kustannusten kasvun kehitystä. Maakunnittaiset erot vaihtelevat -321 €/as ja -844 €/as välillä. Keskimäärin koko maassa sopeuttamistarve on -524 €/as.



	2030	2030
	% muutos	€/as ero nykyrahassa
Maakunta	perusuraan verrattuna	perusuraan verrattuna
Koko maa	-13,6 %	-524
Uusimaa	-14,6 %	-484
Varsinais-Suomi	-13,0 %	-492
Satakunta	-14,8 %	-607
Kanta-Häme	-15,8 %	-620
Pirkanmaa	-14,1 %	-513
Päijät-Häme	-7,8 %	-329
Kymenlaakso	-15,2 %	-674
Etelä-Karjala	-10,1 %	-427
Etelä-Savo	-12,5 %	-600
Pohjois-Savo	-16,1 %	-708
Pohjois-Karjala	-7,0 %	-321
Keski-Suomi	-12,1 %	-489
Etelä-Pmaa	-12,1 %	-515
Pohjanmaa	-15,1 %	-571
Keski-Pmaa	-21,1 %	-844
Pohjois-Pmaa	-12,9 %	-520
Kainuu	-12,7 %	-625
Lappi	-15,7 %	-744

8. Arvio kuinka paljon työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä yksityisen vakuutuksen piirissä olevia henkilöitä siirtyy julkisrahoitteisen soten asiakkaiksi ja arvio kustannuksista

Säännellyllä markkinalla kilpailu kohdistuu laatuun ja palveluiden saatavuuteen. Tämä voi lisätä ihmisten hakeutumista julkisesti rahoitettuihin sote-palveluihin. Todennäköistä on, että esimerkiksi nykyisiä yksityisiä palveluja käyttäneet henkilöt eivät ”siirtyisi” käyttämään pelkästään julkisia palveluja vaan asiakkaat käyttäisivät tilanteesta riippuen useiden sektoreiden palveluja.

On syytä huomioida, että suoran valinnan palveluissa tuottajien korvaukset perustuvat kapitaatioon. Mikäli asiakkaat (myös nykyiset työterveyshuollon asiakkaat ja kokonaan yksityisten palveluntuottajien palveluja käyttävät jne.) käyttävät julkisesti rahoitettuja palveluja maksetun kapitaation puitteissa, toiminta on budjettineutraalia. Mikäli palvelujen lisääntyvä käyttö kuitenkin asettaisi paineita nostaa tuottajakorvauksia, tällöin lisääntynyt palvelujen käyttö voisi aiheuttaa kustannuspaineita.



Suunhoitoon sisältyy riski kysynnän suuntautumisesta julkisesti rahoitettuihin palveluihin. Siirtymän suuruuden luotettava arviointi on erittäin vaikeaa. Suunhoidon rahoitusvaje voi edellä kuvatusta syystä olla 100 miljoonaa euroa (suuruusluokka, ei tarkka arvio).

Valinnanvapausmallissa yksityisiksi tuottajiksi ilmoittautuvien olisi sitouduttava yhteiseen valtakunnalliseen hoitokäytäntöön. Siinä muun muassa määritellään tarkoituksenmukaiset hoitovälit. Tällä pyritään kontrolloimaan kustannuspainetta.

Yksityisen palvelun käyttäjät

Tarkasteltaessa julkiselle rahoitukselle kohdentuvaa painetta on syytä tarkastella eri ikäryhmiä erikseen. Lapsilla ja nuorilla (alle 15- vuotiaat) korostuu yksityisen sairaskuluvakuutuksen käyttö ja toisaalta julkisesti rahoitettujen ja tuotettujen neuvolapalveluiden ja erikoissairaanhoidon käyttö. Työssäkäyvillä sen sijaan korostuu työterveyshuollon käyttö. Työelämän ulkopuolella olevilla aikuisilla saattaa olla muita enemmän sairastavuutta opiskelijoita lukuun ottamatta. Ryhmässä on työikäisiä työelämän ulkopuolella olevia ja eläkeläisiä.

Yksityisten lääkäripalveluiden käyttäjiä ovat erityisesti lapset (alle 10 vuotiaat), työikäisistä nuoret aikuiset (20-30-vuotiaat) ja eläkeikää lähestyvät 55-60 vuotiaat. Nuorilla aikuisilla saattaa olla yksittäisiä yleislääkäritasoisia käyntejä mm. työnantajan edellyttämän sairauspoissaolotodistuksen tai ajokorttitarkastuksen ja -todistuksen vuoksi. Ainakin viimeksi mainittu vähenee Trafín linjausten ja muiden päätösten vuoksi.

Koska suora tutkimustietoa asiasta ei ole, siirtymien arvioinnissa on tehtävä useita oletuksia tilastotiedon ja rajallisten selvitysten sekä muu materiaalin perusteella. Kun oletukset liittyvät sekä tuottajien päätöksiin että asiakkaiden omiin ratkaisuihin, epävarmuus on erityisen suurta. Palveluiden ja erityisesti vastaanottoaikojen saatavuus, eri palveluntuottajien tarjonnan laajuus ja maantieteellinen sijoittuminen, käsitys hoidon laadusta, asiakasmaksujen suuruus ja monet muut seikat vaikuttavat asiakkaiden valintoihin.

Palvelusetelikokeilut vuosina 2017-18 tuottavat tietoa sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapautta koskevaan valmisteluun ja se on osa valtioneuvoston Palvelut asiakaslähtöiseksi -kärkihanketta. Palvelusetelikokeilun hankkeissa sovelletaan tällä hetkellä voimassa olevaa palvelusetelilakia (569/2009). Kokeiluissa käyttäjä voi itse valita palveluiden julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan kussakin kokeilussa määritellyissä palveluissa. Kaikissa kokeiluissa näihin kuuluvat yleislääkärin vastaanotto ja useimmissa sairaanhoitajan vastaanotto. Kokeilut toteutetaan Jyväskylässä, Ylä-Savossa, Keski-Uudellamaalla, Tampereella ja Hämeenlinnassa. Vaihtajien osuus on ollut noin 3-17 prosenttia. Kokeiluista saadaan jatkossa uutta tietoa, näiden avulla arvioita pystytään vielä tarkentamaan ja luotettavuutta parantamaan.

Vuosina 2015 ja 2016 yksityisen hoidon sv-korvausten taso aleni merkittävästi. Kela on selvityksessään arvioinut näiden korvausten alenemisen vaikutuksia palvelujen käyttöön (Blomgren 2017). Näyttää siltä,



että korvausten taso on jo niin alhainen, että sillä ei ole suurta merkitystä asiakkaan valintaan käyttää yksityisiä palveluita. Esimerkiksi vuonna 2016, kun korvausten taso laski 20 %, niin asiakasmäärä laski vain 2 %. Toisaalta selvitys ei kerro oliko tämä asiakkailta tietoista valintaa. Tämä perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että korvausten lakkauttaminen ei kasvattaisi asiakasmäärää julkisella puolella merkittävästi.

Opiskelijat

Opiskelijaterveydenhuollon vaikutus voidaan ottaa huomioon kapitaatiokorvauksessa, sillä siitä on käytettävissä rekisteritietoa. Lisäksi opiskelijaterveydenhuoltoon on tulossa suuri muutos, kun ammattikorkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestäminen siirtyy kunnilta Kelalle vuoden 2020 alusta. Palvelujen tuottajana toimii Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS), kuten on tällä hetkellä yliopisto-opiskelijoilla. Tämä muutos koskee noin 130 000 tuhatta ammattikorkeakoulussa opiskelevaa opiskelijaa ja jatkossa YTHS:n palvelujen piiriin kuuluu yhteensä noin 257 000 opiskelijaa. Näin ollen suurin siirtymä on toiseen suuntaan. Opiskelijaterveydenhuollon käyttö ei kuitenkaan rajaa opiskelijoita sote-keskusten ulkopuolelle. Näin ollen he voivat käyttää sote-keskusten palveluja esimerkiksi ilta- ja viikonloppu- ja loma-aikoina, kun YTHS:n toimipisteet eivät ole auki.

Opiskelijoiden osalta valinnanvapauden käyttöä rajannee tosiasiallisesti myös palveluista perittävät maksut. Koska opiskelijat maksavat vuositasolla YTHS-palvelujen käytöstä eikä palveluista ole suunniteltu perittävän erikseen käyntimaksuja, ei opiskelijoiden olisi taloudellisesti kannattavaa käyttää vastaavia valinnanvapauden piirissä olevia asiakasmaksullisia palveluja.

Työterveys

Oulusta on koko väestön käsittävä aineisto, jossa on tieto myös työterveyshuollon käytöstä. Sen perusteella voitaneen karkeasti arvioida, että työterveyshuollon käyttäjä aiheuttaa vähintään puolta pienemmän kustannuksen perusterveydenhuollossa kuin työterveyshuollon ulkopuolella oleva. Tämä kuvanee kohtuullisen hyvin muitakin suuria kaupunkeja kuten pääkaupunkiseutua ja sen ympäryskuntia mutta kaikkialla maassa työterveyshuolto ei ole yhtä kattavaa. Oulussa työterveyshuollon osuus oli vuonna 2013 kaikista laskennallisen perusterveydenhuollon avohoidon kustannuksista 35 %.

Työterveyshuollon asiakkaiden siirtymää rajannee opiskeluterveydenhuoltoa vastaavasti palvelujen maksukäytäntö. Työterveydenhuollon asiakkaan ei välttämättä kannata hakeutua sote-keskuksen asiakkaaksi, jos vaihtoehtona on asiakkaalle maksuton työterveyshuolto. Lisäksi koska työikäisen työssäkäyvän kapitaatio tulee olemaan työtöntä vastaavaa alhaisempi, sote-keskukselle ei välttämättä synny erityistä kannustinta houkutellessa heitä asiakkaiksi.

9. Apotti-tietojärjestelmän ja valinnanvapauslain yhteentoimivuus ja mahdolliset ongelmat

Valinnanvapauslaissa ei ole erillisiä säännöksiä tukipalvelujen tuottamisesta. Myöskään maakuntalakia tai sote-järjestämislakia koskevissa ehdotuksissa (HE 15/2017 vp) ei ole juurikaan säännöksiä tukipalveluista tai niiden tuottamisesta. Merkityksellisiä ovat kuitenkin maakuntalain 112 §:ssä on



kuitenkin säännös maakunnan toiminnan yhtiöittämisvelvollisuudesta tilanteissa, joissa palveluja tuotetaan markkinoilla. Lain ja 113 §:ssä on säädetty poikkeuksista yhtiöittämisvelvollisuuteen.

Edellä olevan perusteella voidaan todeta, että tukipalveluihin sovelletaan yleisiä säännöksiä. Mainittujen maakuntalain säännösten lisäksi merkityksellisiä ovat julkisista hankinnoista ja käyttöoikeus-sopimuksista annetun lain (1397/2016), hankintalaki, säännökset. Näiden säännösten perusteella maakunnan tai sen liikelaitoksen tuottamia tukipalveluja voivat käyttää maakunnan organisaatioon kuuluvat maakunnan eri liikelaitokset. Maakunta voi tuottaa tukipalveluja maakuntalain perusteella markkinaperusteiseen hintaan myös tytäryhteisöilleen, kuten maakunnan yhtiötetylle sosiaali- ja terveyskeskukselle. Kuten hallintovaliokunta lausunnossaan toteaa, maakuntalaissa tukipalveluilla tarkoitetaan kuitenkin vain erittäin suppeaa palvelujen alaa, joita ovat mm tietojärjestelmät ja niiden ylläpitoa koskevien palvelujen myynti, siivous, arkistointi, kiinteistöhuolto sekä tilojen vuokraus. Maakuntalain mukainen tukipalvelukäsitys ei mahdollista mm. ruokahuollon, pesulapalvelujen tai kuvantamis- ja laboratoriopalvelujen myyntiä maakunnan tytäryhteisölle maakunnan organisaatiosta.

Maakunnan ja sen tytäryhteisön väliset hankinnat ovat mahdollisia hankintalain 15 §:n mukaisesti. Maakunnan sidosyksikkö voi myydä palveluja maakunnalle ja sen liikelaitoksille sekä myös sellaisille maakunnan omistamille yhtiöille, jotka eivät ole markkinoilla. Koska maakunnan tarkoituksena valinnanvapausyhtiötä perustaessaan on toimia markkinoilla samoin edellytyksin kuin yksityisten tuottajien, maakunnan omistuksessa oleva yhtiömuotoinen suoran valinnan palvelujen tuottaja (sote-keskusyhtiö tai suun hoidon palveluja tuottava yhtiö) toimii markkinoilla muiden tahojen omistamien sosiaali- ja terveyskeskusyhtiöiden kanssa. Tämä tarkoittaa, että maakunnan kokonaan omistama palveluyhtiö (tytäryhtiö, esimerkiksi Apotti Oy) ei voi myydä palveluja kyseiselle markkinoilla olevalle yhtiölle (maakunnan omistama sosiaali- ja terveyskeskusyhtiö) ilman, että tukipalveluja tuottava yhtiö menettää in house –asemansa.

Esimerkiksi Apotti Oy:n kohdalla edellä oleva tarkoittaa, että se voi myydä palveluja Uudenmaan maakunnan liikelaitokselle ja liikelaitoksen ylläpitämille sosiaali- ja terveyskeskuksille. Mutta maakunnan omistamille yhtiömuodossa toimiville sosiaali- ja terveyskeskuksille Apotti Oy ei voi myydä palveluja. Jos se myy palveluja, niin siinä tapauksessa liikelaitos ei voi ostaa suoraan hankintana palveluja Apotti Oy:tä, vaan palvelut pitää kilpailuttaa hankintalain mukaisesti.

10. Miten kommentoitte muutosjohtaja Sovalan lausunnon liitteessä (s. 6-7) olevia menopaineiden rajoittamista koskevia ehdotuksia sekä Sovalan ehdotusta siitä, että lakiin tulisi lisätä konkurssi/vararikotilanteiden varalta erillinen pykälä, josta ilmenevät menettelyt ja toimivaltaiset viranomaiset

Hallitus on pyrkinyt vaiheistamaan uudistusta eri tavoin. Asiakasseteli ja henkilökohtainen budjetti otettaisiin käyttöön viimeistään heinäkuussa 2020, mutta maakunnat voisivat ottaa ne käyttöön jo vuoden 2020 alusta lukien. Sosiaali- ja terveyskeskukset aloittaisivat vuoden 2021 alusta ja niiden tuotettavaksi olisi siirrettävä lääketieteen erikoisalojen mukaisia konsultaatio- ja vastaanottopalveluja vuoden 2022 alusta lukien. Suunhoidon yksiköt aloittaisivat vuoden 2022 alusta ja niiden tuotettavaksi olisi siirrettävä konsultaatio- ja vastaanottopalveluja vuoden 2023 alusta lukien. Valinnanvapauslain mukaiset pilotit



ovat nimenomaisesti lausunnoissa kaivattuja kokeiluja. Pilottien avulla maakunnilla on mahdollisuus kokeiluihin ja valinnanvapausmallin hallittuun toimeenpanon. On kuitenkin perusteltua, että sosiaali- ja terveyskeskukset ja suunhoidon yksiköt aloittaisivat kaikissa maakunnissa yhtä aikaa, sillä asiakkaan valinnanvapaus on valtakunnallinen, jolloin eriaikaisella aloittamisella olisi vaikutuksia sekä asiakkaiden oikeuksiin että myös palveluntuottajien markkinoille pääsyyn.

Konkurssi-/vararikkotilanteisiin varautumiseksi:

- 1) valinnanvapauslakiehdotuksen 42 §:n mukaan maakunta voi asettaa suoran valinnan palvelun tuottajille ehtoja, joissa voidaan huomioida muun ohella palvelujen jatkuvuuteen liittyviä seikkoja.
- 2) maakunnan hallintopäätösluonnoksessa on ehdot mm. tuottajan velvollisuudesta asettaa taloudelliset vakuudet toiminnan keskeytymisen varalta.
- 3) maakunnan liikelaitoksella on lakiin perustuva velvoite varmistaa palvelujen jatkuvuus, jos markkinoilta ei saa palveluja. Tämä velvollisuus koskee myös yksityisen sote-keskuksen konkurssitilannetta. Tilanteen aiheuttamia kustannuksia voidaan kattaa vakuudesta. Lisäksi, jos kustannukset ovat erityisen suuria, voidaan käyttää maakunnan rahoituslain mukaisia järjestelyjä tilapäisen rahoituksen saamiseksi maakunnalle.
- 4) konkurssipesä huolehtii konkurssilainsäädännön mukaisesti konkurssiin menneen yrityksen asioista konkurssiin asettamisen jälkeen ja vv-laissa on säännökset siitä, että tällöin suoran valinnan tuottajan sopimus maakunnan kanssa purkautuu.
- 5) maakunta ja konkurssipesä voivat myös sopia että konkurssipesä jatkaa maakunnalta saatavalla korvauksella toimintaa jonkin aikaan, niin että korvaavat palvelut saadaan käyntiin.

11. Kuinka valtio voisi jatkossa vaikuttaa aktiivisen työvoimapolitiikan resursseihin esim. suhdannetilanteen mukaan?

Maakuntien rahoituslakiehdotuksen 5 ja 6 §:ään sisältyy säännökset maakuntien rahoituksen tason tarkistamisesta. Lakiehdotuksen 6 § koskee vuosittaista toteutuneiden kustannusten muutoksen huomioon ottamista. Lakiehdotuksen 5 §:n 2 momentin mukaan:

”Valtion rahoituksen laskennallisten kustannusten tarkistuksessa otetaan huomioon maakuntien järjestämisvastuulle kuuluvien tehtävien laajuuden tai laadun muutos, jos se aiheutuu asianomaista tehtävää koskevasta laista tai asetuksesta, lakiin tai asetukseen perustuvasta valtion viranomaisen määräyksestä tai valtion talousarviosta. Valtion rahoitusta voidaan korottaa tai alentaa tehtävien laajuuden tai laadun muutoksen perusteella. Tehtävien laajuuden tai laadun muutos voi perustua valtion talousarvioon siltä osin kuin maakunnan tehtäviä koskevasta lainsäädännöstä ei muuta aiheudu.”

Kysytyssä tilanteessa voitaisiin soveltaa talousarvioperusteista rahoituksen tason muutosta. Toisin sanoen kasvupalvelukertomella kohdennettavaa rahoitusosuutta, eli kasvupalvelun perushintaa, voitaisiin rahoitusta seuraavalle varainhoitovuodelle määrättäessä korottaa tai alentaa suhdannetilanteen mukaan.



Lisäksi kasvupalvelulakiehdotuksessa (HE 35/2018 vp) on esitetty erilaisten kokeilumallien mahdollistamista. Lakiehdotuksen 33 §:n mukaan lailla voitaisiin erikseen säätää kasvupalveluihin liittyvän uuden toimintamallin kokeilusta tai erillisestä järjestelystä maakunnissa tai kunnissa. Tällaisten kokeilujen toteuttamiseksi voitaisiin kohdentaa erillistä valtionavustusta.

12. Miten vuoden 2020 rahoitusperusteissa otetaan huomioon väestönkasvu ja ikärakenteen muutos ja miten ne vaikuttavat maakunnittain

Maakuntien rahoitusmalli noudattaa periaatteiltaan pitkälti kuntien peruspalveluiden valtionosuusjärjestelmää. Väestönkasvu ja ikärakenteen muutokset huomioidaan rahoituksessa, mutta viiveellä. Väestötietoina käytetään edellistä vuotta edeltäneen vuoden viimeisen päivän väkilukutietoja. Näin siis vuoden 2020 maakuntien rahoitus tulee väkilukutiedoiltaan perustumaan 31.12.2018 väestötietoihin. Asukaslukutiedon ja muiden määräytymistekijöiden viive ei ole ongelma, jos vuosimuutos on jokseenkin samanlainen ajassa, koska maakunta saa juuri muutoksen verran lisää rahoitusta. Tästä syystä esimerkiksi väestöennusteen käyttö laskennan pohjana ei ole perusteltua.

Maakuntien rahoituksessa laskennalliseen rahoitusmalliin ei siirrytä suoraan vaan portaittain (20 % vuodessa). Vuonna 2020 rahoituksen pohjana on vuosien 2018 ja 2019 kunnilta maakuntiin siirtyvien kustannusten keskiarvo, jota korotetaan hintaindeksillä vuoden 2020 tasoon. Palvelutarpeen muutosta ei näin ollen oteta huomioon vuoden 2020 rahoituksessa koko maan tasolla eikä yksittäisen maakunnan osalta, vaan pelkästään kustannustason muutos. Vuonna 2021 maakuntien rahoituksesta 80 prosenttia perustuu toteutuneeseen kustannukseen ja 20 prosenttia laskennalliseen. Vuonna 2025 maakuntien rahoitus on 100-prosenttisesti laskennallinen, jolloin väestökasvu huomioidaan normaalisti edellä mainitun viiveen mukaisesti. Siirtymäkaudella maakuntien rahoitus ei seuraa maakuntien väestöä kuvaavien määräytymistekijöiden muutoksia. Ne maakunnat, joiden väestö kasvaa, häviävät siirtymäkauden rahoituksessa kun taas ne maakunnat, joiden väestö pienenee, hyötyvät. Vasta vuonna 2025 väestötekijöistä aiheutuva palvelutarpeen muutos tulee huomioiduksi täysimääräisesti, kun siirrytään 100% laskennalliseen malliin.

Aloitusvuoden 2020 rahoituksen riittävyttä palvelutarpeen kasvussa eräissä maakunnissa tarkastellaan osana maakuntien rahoituslain muutosesityksen valmistelua. Jos valmistelutyössä on nähtävissä maakuntien toiminnan aloittamiseen vaikuttavia asioita, jotka vaarantavat laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen järjestämisen, hallitus varautuu huomioimaan korjaustarpeen maakuntien rahoituslain muutoksessa syksyllä 2018. (VN tiedote 183/2018: http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10616/hallitus-turvaa-maakuntien-rahoituksen-riittavyyden-ja-uudistuksen-sujuvan-alun)

13. VM:n taloudellisen katsauksen (13.4.2018) mukaan maakuntatalous on kokonaisuutena noin 1 mrd. alijäämäinen 2020. Miten muutoskustannukset on huomioitu ja miten maakunnat selviävät tehtävistään?



Valtiovarainministeriön kevään 2018 julkisen talouden ennusteen mukainen maakuntahallinnon ja paikallishallinnon nettoluotonanto on alla olevassa taulukossa.

Taulukko. Paikallishallinnon ja maakuntahallinnon nettoluotonanto/BKT, % JTS:n perusurassa

	2020	2021	2022
Maakuntahallinto	-0,4	-0,5	-0,4
Paikallishallinto	-0,1	-0,1	-0,2

Ennusteessa maakuntataloutta käsitellään kansantalouden tilinpidon mukaisesti, vastaavasti kuin kuntatalouden ennuste ilmaistaan kansantalouden tilinpidon mukaisena paikallishallinnon ennusteena. Maakuntahallinnon tai paikallishallinnon ennusteen mukaista alijäämäisyyttä ei tule siten sekoittaa yksittäisen maakunnan tai kunnan rahoitustasapainoon eikä kykyyn rahoittaa palveluita.

Valtiovarainministeriön ennusteessa maakuntahallintoon luetaan kuuluvaksi paitsi maakunnat liikelaitoksineen ja maakuntien omistamat yhtiöt, myös valtakunnalliset palvelukeskukset. Maakuntien tilakeskus on yksi näistä valtakunnallisista palvelukeskuksista.

Maakuntatalouden ennusteen alijäämäisyys, joka on noin miljardi euroa vuosille 2020–2022 johtuu pitkälti Tilakeskuksen tekemistä toimitilainvestoinneista, sillä sairaanhoitopiirien (ja maakuntien) investointien arvioidaan olevan poikkeuksellisen korkealla tasolla 2018–2022. Maakuntatalouteen siirtyy merkittävä määrä nykyisten sairaanhoitopiirien tekemistä investoinneista, arvion mukaan noin 0,8 miljardia vuoden 2020 tasossa. Nämä investoinnit selittävät siis valtaosan maakuntatalouden ennustetusta alijäämäisyydestä. Investointien määrään liittyy kuitenkin yhä epävarmuutta ja investointien tason odotetaan tasaantuvan huipun jälkeen. Maakunnat rahoittavat investoinnit vuokramenoin, jotka jakaantuvat pidemmälle aikavälille.

On lisäksi huomioitava, että maakuntahallinnon kevään 2018 ennuste on vielä teknisluonteinen. Väestön ikääntymisestä johtuva sosiaali- ja terveystalouden kasvutarpeen kasvu kohdistuu maakuntiin. Ennusteen pohjana on käytetty menojen osalta arviota kunnilta siirtyvien tehtävien kustannuskehityksestä. Lisäksi menoennuste perustuu arvioon sosiaali- ja terveystalouden palvelutarpeen kasvusta, hallituksen toimien vaikutuksesta ja hintojen ennakkoidusta kehityksestä.

Ennusteessa ei kuitenkaan ole otettu huomioon maakuntien omia tehostamistoimenpiteitä, sopeutustoimia tai uusia toimintatapoja, eikä myöskään käyttäytymisvaikutuksia kuten vaikutuksia julkisten sote-palvelujen kysyntään. Ennusteessa ei ole huomioitu muutuskustannuksia, kuten palkkaharmonisaatiota, niihin liittyvän epävarmuuden takia.

Maakuntien rahoitus tulee pääosin valtiolta ja osin maakuntien perimistä myynti- ja maksutuloista. Valtion rahoituksen määrä maakunnille perustuu kunnilta ja valtiolta siirtyvien tehtävien kustannuksiin ja maakuntaindeksiin ennusteen mukaiseen hintojen kehitykseen. Kevään 2018 ennusteessa maakuntien taloutta heikentää myös vuodelle 2021 kohdistuva maakuntaindeksiin puolitus. Jos päätös puolituksesta perutaan, vaikuttaa se maakuntien saamaan valtion rahoitukseen maakuntatalouden rahoitustasapainoa kohentaen.

