

Sote- ja maakunta -lakiluonnosten vaikutusarviointimuistioita

Tausta

Tämä koonti vaikutusarvioluonnoksista sisältää hallituksen esitykseen tulevan vaikutusarvioinnin pohjaksi virkamiestyönä tehtyjä taustamuistioita. Laadittavassa hallituksen esityksessä arvioidaan uudistuksen vaikutuksia muun muassa palveluiden käyttäjiin, henkilöstöön, kunta- ja valtiontalouteen ja viranomaisten välisiin suhteisiin. Kaikki arvionnit eivät vielä sisälly tähän luonnokseen, vaan sekä tähän mennessä tehtyjä arviointeja että kokonaisuutta täydennetään kesän ja syksyn aikana ja lopulliset arvionnit saatetaan hallituksen esityksen pituuteen. Lisäksi laaditaan valtiosääntöoikeudellinen arviointi.

Arvioinneissa ei pääsääntöisesti ole otettu huomioon valinnanvapauden vaikutuksia, koska valinnanvapausmallin yksityiskohtia ei ole linjattu eikä valinnanvapauden toteuttamiseksi laadittava lainsäädäntö sisälly arvioinnin kohteena olevaan hallituksen esityskokonaisuuteen kuin pieneltä osin.

Vaikutusarviointeja on laadittu pyynnöstä myös muun muassa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksella, Kilpailu- ja kuluttajavirastossa sekä Nordic Healthcare Groupissa. Tässä koonnissa on joiltakin osin käytetty myös näitä töitä, ja tilattujen arviointien keskeiset havainnot viedään osaksi hallituksen esitykseen sisältyvää vaikutusten arviointia osana myöhempää valmisteluprosessia.

SISÄLLYS

1	MAAKUNTIEN RAHOITUS	3
2	KUNTATALOUSVAIKUTUKSET	14
3	OMAISSUUSJÄRJESTELYJEN VAIKUTUKSET KUNTIIN JA MAAKUNTIIN	24
3.1	KUNTAVAIKUTUKSET	24
3.1.1	<i>Uudistuksen välittömät vaikutukset</i>	24
3.1.2	<i>Vaikutukset siirtymäaikana ja sen jälkeen</i>	33
3.2	MAAKUNTAVAIKUTUKSET	35
4	VEROMUUTOSTEN VAIKUTUKSET	39
5	KUSTANNUSTEN KASVUN HILLINTÄ JA UUDISTUKSEN SÄÄSTÖPOTENTIAALI	44
5.1	MUUTOSKUSTANNUKSET	45
5.2	PALVELUTOIMINTOJEN KEHITTÄMISESTÄ SAATAVA POTENTIAALINEN KUSTANNUSHYÖTY	46
6	KILPAILU- JA MARKKINAVAIKUTUKSET	65
7	VAIKUTUKSET ELÄKKEIDEN RAHOITUKSEEN	68
8	MUITA TALOUDELLISIA VAIKUTUKSIA	70
9	VAIKUTUKSET POLIITTISEEN JÄRJESTELMÄÄN	70
10	VAIKUTUKSET MAAKUNTIEN ASUKKAIISIIN SEKÄ ASIAKKAIISIIN JA POTILAIISIIN	74
10.1	VAIKUTUKSET PALVELUIDEN SAATAVUUTEEN JA YHDENVERTAISUUTEEN	74
10.2	VAIKUTUKSET PALVELUJÄRJESTELMÄÄN JA PALVELUJEN TUOTANTOON	77
10.2.1	<i>Vaikutukset palvelujärjestelmän ohjattavuuteen</i>	77
10.2.2	<i>Vaikutukset julkisyhteisöjen palveluntuotantoon</i>	81

1 Maakuntien rahoitus

Lähtötilanne

Valtio osallistuu nykyisin kuntien järjestämien sosiaali- ja terveystalvelujen sekä pelastustoimen tehtävien rahoitukseen pääosin laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta. Kun palvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille, on valtion rahoitusjärjestelmä rakennettava kokonaan uudelta pohjalta ottaen huomioon se, että maakuntien tulot koostuvat käytännössä yksinomaan valtion rahoituksesta sekä sosiaali- ja terveystalvelujen asiakasmaksuista.

Valtion rahoituksen yleisessä mitoituksessa on otettava huomioon maakuntien järjestämisvastuulle siirtyvien palvelujen kustannukset. Maakuntien nettokustannukset olisivat vuoden 2016 tasossa noin 17,67 miljardia euroa. Näistä noin 17,25 miljardia euroa muodostuisivat sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista ja noin 420 miljoonaa euroa muodostuisivat pelastustoimen kustannuksista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa palvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta 18 maakunnalle. Samassa yhteydessä palvelujen rahoitusvastuu siirtyy kunnilta valtiolle. Maakunnat muodostavat väestöpohjaltaan, ikärakenteeltaan ja tarpeiltaan hyvin heterogeenisen joukon. Alueiden väestöpohja vaihtelee Keski-Pohjanmaan 70 000 asukkaasta Uudenmaan 1,6 miljoonaan asukkaaseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarve vaihtelee maakunnittain: Etelä- ja Länsi-Suomessa on nuorempaa ja terveempää väestöä kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Myös väestön työllisyystilanne ja keskimääräinen tulotaso vaihtelevat alueittain. Maakunnat eroavat myös väestörakenteeltaan ja asukastiheydeltään. Nämä eroavaisuudet asettavat haasteita sekä palvelujen järjestäjille että rahoittajalle.

Taulukosta 1 nähdään miten asukasmäärän muutos vaihtelee maakunnittain selvästi vuosina 2014–2030. Samalla kun huomioidaan alueelliset erot ikäihmisten osuuksissa, taloudellisessa huoltosuhteessa ja palvelujen tarpeessa on selvää, että taloudelliset edellytykset palvelujen järjestämiseen vaihtelevat alueittain.

Taulukko 1. Maakuntakohtaisia perustietoja

Maakunta	Väestö	Väestön muutos	Yli 75v. väestö	Taloudellinen huoltosuhte	Sote tarvekerroin
	2014	2014-2030 %	2014 %	2014*	2014**
Uusimaa	1 603 388	14 %	6 %	101,4	0,89
Varsinais-Suomi	472 725	5 %	9 %	128,4	0,99
Satakunta	223 983	-3 %	11 %	134,4	1,05
Kanta-Häme	175 350	2 %	10 %	123,2	1,01
Pirkanmaa	503 382	9 %	9 %	126,3	0,98
Päijät-Häme	202 009	1 %	10 %	143,4	1,05
Kymenlaakso	179 858	-4 %	11 %	153,3	1,11
Etelä-Karjala	131 764	-3 %	11 %	137,8	1,07
Etelä-Savo	151 562	-8 %	12 %	146,1	1,16
Pohjois-Savo	248 407	0 %	10 %	130,0	1,14
Pohjois-Karjala	165 258	-2 %	10 %	144,5	1,13
Keski-Suomi	275 360	2 %	9 %	139,4	1,05
Etelä-Pohjanmaa	193 400	0 %	10 %	123,7	1,10
Pohjanmaa	181 156	6 %	10 %	118,3	0,97
Keski-Pohjanmaa	68 832	2 %	9 %	129,4	1,02
Pohjois-Pohjanmaa	405 397	7 %	7 %	138,5	1,04
Kainuu	79 258	-10 %	11 %	173,3	1,17
Lappi	181 748	-2 %	10 %	145,6	1,08
Koko maa	5 442 837	5 %	9 %	123,6	1

*Työttömät ja työvoiman ulkopuoliset 100 työllistä kohti, TK, työvoimatutkimus

**THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekerroin, kuvaa asukkaiden palvelutarvetta suhteessa maan keskiarvoon

Taulukko päivitetty 8.7.2016 myös väestöennusteiden osalta

TAULUKKO 2. Maakuntien sote- ja pelastustoimen nettomenot

Maakunta	Soten ja pelastustoimen	Soten ja pelastust.	Soten	Pelastust.	Sote	Soten	Kuntien
	nettomenot	nettom.	nettom.	nettom.	tarvekerroin	tarvekioidut menot	verotettavat tulot
	2016 1 000 €	2016 €/as.	2016 €/as.	2016 €/as.	2014*	2016 €/as.	2014 €/as.**
Uusimaa	4 745 950	2 960	2 892	68	0,89	3 268	20 419
Varsinais-Suomi	1 524 175	3 224	3 151	74	0,99	3 195	15 925
Satakunta	766 868	3 424	3 327	97	1,05	3 180	15 625
Kanta-Häme	559 033	3 188	3 111	78	1,01	3 089	16 034
Pirkanmaa	1 590 603	3 160	3 087	72	0,98	3 149	16 048
Päijät-Häme	662 364	3 279	3 189	90	1,05	3 046	15 340
Kymenlaakso	644 752	3 585	3 493	91	1,11	3 155	16 033
Etelä-Karjala	451 332	3 425	3 330	95	1,07	3 110	15 735
Etelä-Savo	586 433	3 869	3 782	87	1,16	3 255	13 991
Pohjois-Savo	890 210	3 584	3 516	67	1,14	3 082	14 337
Pohjois-Karjala	577 897	3 497	3 416	81	1,13	3 015	13 270
Keski-Suomi	891 297	3 237	3 147	90	1,05	3 004	14 499
Etelä-Pohjanmaa	676 160	3 496	3 412	84	1,10	3 104	13 672
Pohjanmaa	612 316	3 380	3 301	79	0,97	3 392	15 517
Keski-Pohjanmaa	227 272	3 302	3 220	82	1,02	3 145	14 302
Pohjois-Pohjanmaa	1 263 990	3 118	3 044	74	1,04	2 924	14 464
Kainuu	303 733	3 832	3 735	97	1,17	3 189	13 880
Lappi	695 543	3 827	3 733	94	1,08	3 464	14 723
Koko maa	17 669 928	3 246	3 169	77	1,00	3 169	16 657

*THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekerroin, kuvaa asukkaiden palvelutarvetta suhteessa maan keskiarvoon

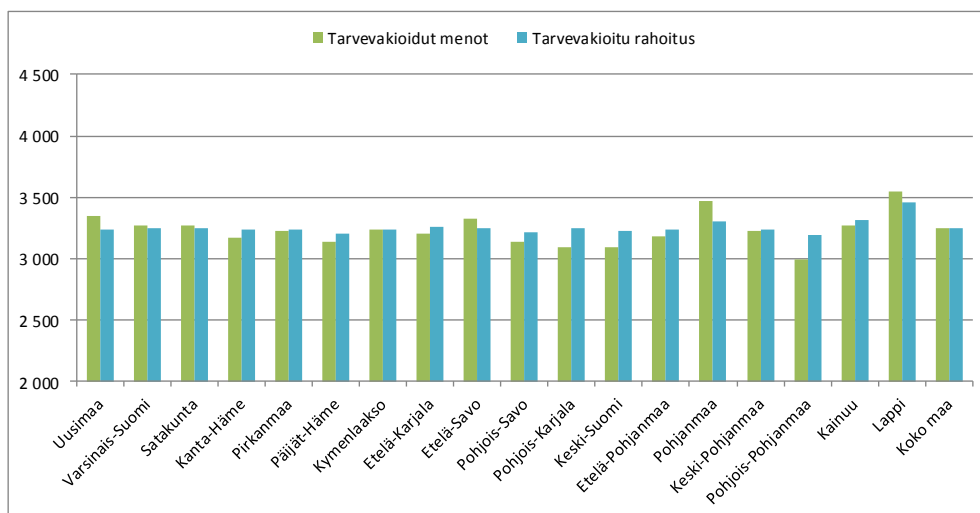
**Kuntien veropohja summattuna maakuntatasolle, päivitetty tuoreemmilla luvuilla

Taulukko päivitetty 8.7.2016

Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettokustannukset olivat vuoden 2016 tasossa noin 17,7 miljardia euroa (3246 €/asukas)¹. Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot vastasivat tästä lähes 98 prosenttia, 17,2 miljardia euroa. Kuntakohtaiset nettomenot vaihtelivat 2300 eurosta 5500 euroon asukasta kohti vuonna 2014. Tilanne tasoittuu selvästi kun tilannetta tarkastellaan maakuntatasolla. Jos vuoden 2016 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenoja pidetään laskennallisena lähtötasona vertailtaessa tulevien maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoja, vaihtelevat ne Uudenmaan 2900 eurosta asukasta kohti Etelä-Savon 3800 euroon asukasta kohti. Eroja selittää erityisesti palvelutarpeen alueelliset erot, mutta myös esimerkiksi erot toimintatavoissa ja kulttuurissa, yksityisen palvelun ja työterveyshuollon käytössä.

Maakunnittaisia eroja palvelujen tarpeessa arvioidaan THL:n tarvekertoimen avulla. Kun kustannukset suhteutetaan palvelutarpeeseen eli tarkastellaan tarvevakioituja menoja, maakunnittaiset erot tasoittuvat selvästi². Esimerkiksi Uudellamaalla väestön palvelujen tarve on alle maan keskiarvon. Kun sote-menot suhteutetaan palvelutarpeeseen, ovat Uudenmaan tarvevakioidut menot keskimääräistä korkeammat. Toisin sanoen Uudenmaan menot ovat syystä tai toisesta korkeammat kuin tarvetta kuvaavat tekijät edellyttäisivät. Toisaalta Etelä-Savon tarvevakioidut menot ovat edelleen keskimääräistä korkeammat, mutta kuitenkin selvästi lähempänä keskimääräistä kuin pelkästään nettomenoja tarkasteltaessa.

KUVIO 1. Maakuntien tarvevakioidut menot ja tarvevakioitu rahoitus 2016

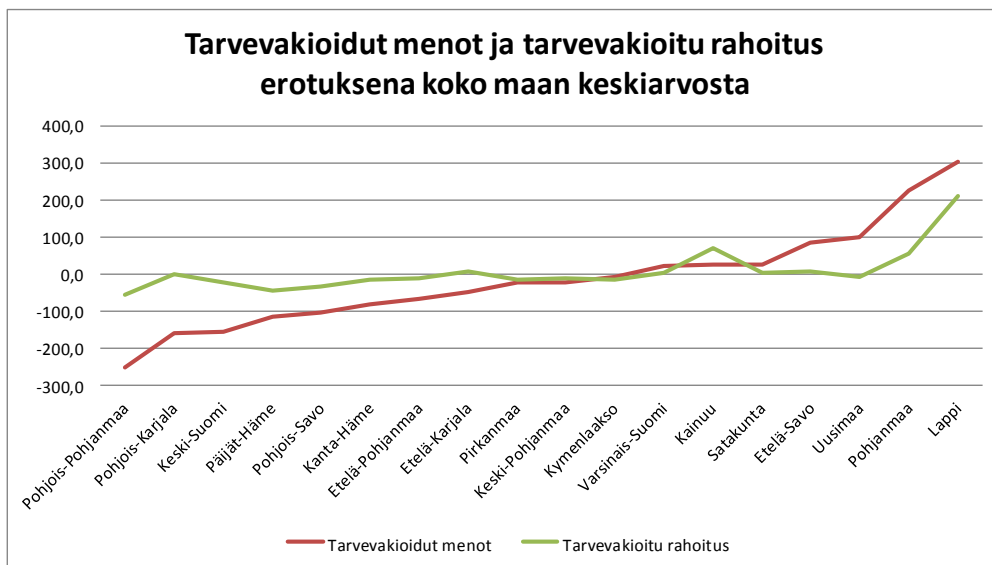


Kuviossa 2 on esitetty tarvevakioidut menot ja tarvevakioitu rahoitus erotuksena maan keskiarvosta. Kuvaajista nähdään kuinka rahoitusmalli korjaa tarvevakioituja eroja kohti maan keskiarvoa.

¹ VM:n arvio vuoden 2016 kustannuksista. Vuonna 2014 nettokustannukset olivat noin 17,1 miljardia euroa ja käyttökustannukset 21 miljardia euroa.

² Maakunnan tarvevakioidut menot saadaan jakamalla kustannukset THL:n tarvekertoimella. Se kuvaa maakunnan käyttämiä kustannuksia suhteessa tarpeeseen.

Kuvio 2. Tarvekioidut menot ja tarvekioitu rahoitus erotuksena maan keskiarvosta vuonna 2016



Maakuntien rahoitusmallia koskevat koelaskelmat on tehty vuoden 2016 tasossa ja vuoden 2019 lopulliset rahoituksen määräytymisperusteet tehdään, kun vuoden 2016 tilastoitu kustannuspohja on selvillä. On selvää, että maakuntakohtainen tilanne tulee edelleen muuttumaan, kun siirrytään 2020-luvulle. Maakunnan ikärakenne on määräävä tekijä tulevaisuuden palvelutarvetta ja rahoitustarvetta arvioitaessa. Nuorempi työikäinen väestö keskittyy yhä enemmän Etelä-Suomeen ja kasvukeskuksiin. Onkin nähtävissä, että maakunnittaiset suhteelliset tarve-erot kasvavat tulevaisuudessa entisestään. Tämä tulee osaltaan näkymään tarveperusteisessa maakuntien rahoituksessa. Toisaalta absoluuttinen palvelutarve keskittyy sinne, missä väestö kasvaa.

Palo- ja pelastustoimen nettomenot vuonna 2016 olivat noin 400 miljoonaa euroa. Kuntakohtaiset erot vaihtelivat 43 eurosta asukasta kohti 203 euroon asukasta kohti. Kun nämä lasketaan yhteen maakuntatasolla, erot vaihtelivat noin 65 eurosta asukasta kohti 95 euroon asukasta kohti. Keskimäärin menot olivat 75 euroa asukasta. Uudessa järjestelmässä pelastustoimen (ja ensihoidon) järjestäminen osoitetaan viiden yliopistollisen sairaalan sisältävän yhteistyöalueen tehtäväksi. Valtion järjestelmälle osoittama rahoitus ohjataan kuitenkin 18 maakunnalle osana yleiskatteellista maakuntien rahoitusta. Maakunnat sopivat yhteistyöalueittain järjestelmän sisäisestä rahoituksen jakautumisesta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kehitystä maakunnittain voidaan arvioida ennustemallilla, joka huomioi maakunnittaisen väestökehityksen vaikutuksen sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin³. Pohjatietona on käytetty vuoden 2016 arvioitua kustannustasoa, jota korotettu ennusteen mukaisilla arvoilla⁴. Taulukosta 3 nähdään, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset kasvavat some-mallin mukaisella perusuralla asukasta kohti tarkasteltuna koko maan tasolla 24,9 % vuoteen 2029 mennessä eli noin 1,7 % vuodessa. Samalla nyt jo verrattain suuret maakunnittaiset erot sote-kustannuksissa kasvavat entisestään. Esimerkiksi Pohjanmaalla arvioitu kustannusten kasvu on 20,6 %, Etelä-Pohjanmaalla 23,2 % ja Uudellamaalla 24,3 %, kun taas Lapissa 28,8%, Etelä-Savossa 29,0 % ja Päijät-Hämeessä 30,5 %.

Taulukko 3, Sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot 2016 ja ennustettu kehitys 2029 asti

	2016	2019	2024	2029	2016-2029, kasvu, %	2016-2029, kasvu keskim.vuodessa, %
Uusimaa	2904	2989	3250	3611	24,3 %	1,7 %
Varsinais-Suomi	3204	3303	3590	3987	24,5 %	1,7 %
Satakunta	3441	3569	3913	4362	26,8 %	1,8 %
Kanta-Häme	3180	3290	3593	4020	26,4 %	1,8 %
Pirkanmaa	3121	3213	3476	3834	22,9 %	1,6 %
Päijät-Häme	3278	3421	3789	4277	30,5 %	2,1 %
Kymenlaakso	3610	3742	4102	4587	27,1 %	1,9 %
Etelä-Karjala	3445	3579	3910	4330	25,7 %	1,8 %
Etelä-Savo	3922	4094	4517	5061	29,0 %	2,0 %
Pohjois-Savo	3583	3705	4029	4460	24,5 %	1,7 %
Pohjois-Karjala	3507	3645	3987	4439	26,6 %	1,8 %
Keski-Suomi	3229	3346	3659	4079	26,3 %	1,8 %
Etelä-Pohjanmaa	3503	3607	3904	4316	23,2 %	1,6 %
Pohjanmaa	3354	3427	3685	4044	20,6 %	1,4 %
Keski-Pohjanmaa	3295	3410	3720	4141	25,7 %	1,8 %
Pohjois-Pohjanmaa	3082	3207	3528	3958	28,4 %	1,9 %
Kainuu	3905	4082	4493	5006	28,2 %	1,9 %
Lappi	3848	4025	4437	4955	28,8 %	2,0 %
Manner-Suomi	3223	3328	3624	4024	24,9 %	1,7 %

Maakuntakohtaiset arviot rahoituksen tasosta

Lakiluonnoksen mukaan maakuntien rahoitus on yleiskatteellista. Se perustuu laskennalliseen malliin, joka huomioi riittävässä määrin maakunnittaiset tarve- ja olosuhde-erot. Rahoituksesta noin 10 % (1,8 mrd. euroa) kohdennetaan asukasperusteisesti, noin 87 % tarveperusteisesti (15,4 mrd. euroa), noin 1 % (n. 176,70 milj. euroa) maakunnan asukastiheyteen perustuen, noin 1 % maakunnan vieraskielisyyden perusteella (n. 176,70 milj. euroa) ja noin 1 % hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustekertoimen perusteella (n. 176,70 milj. euroa). Pelastustoimen rahoitus on tarkoitettu kohdentaa asukasperusteisesti ja se sisältyy edellä mainittuun 10 prosenttiin.

Maakunnille kohdennettavaa rahoitusta on arvioitu vuoden 2016 tasossa suhteessa lähtötasoon, joka saadaan laskemalla maakuntaan kuuluvien kuntien

³ Sosiaalimenojen ennustemalli, ns. SOME-malli.

⁴ Laskelmassa some-mallin kustannuspohja, joka poikkeaa hieman taulukoiden 2 ja 4 tiedoista.

sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen nettomenot yhteen⁵. Yhteensä maakunnille kohdennettava valtion rahoitus on 17,7 miljardia euroa. Lisäksi maakunnat saavat asiakas- ja käyttömaksuja ja voivat ottaa lyhytaikaista lainaa.

Koska rahoituksen tarvepaino on suuri, seuraa maakunnan rahoitus vahvasti maakunnan sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta ja tarvevakioituja menoja. Jos tarvevakioidut menot ovat korkeammat kuin maassa keskimäärin, tarkoittaa se sitä, että menotaso on muista kuin tarvetekijöistä johtuen korkea. Toisaalta niillä maakunnilla, joilla tarvevakioidut menot ovat alle maan keskiarvon, menot ovat muista kuin tarvetekijöistä johtuen alhaisemmat. Erot voivat selittyä esimerkiksi palvelujen määrään tai laatuun liittyvillä tekijöillä tai tehokkuuseroilla. Koska rahoituksella on tarkoitus varmistaa maakuntien rahoitus tarpeen mukaan, niin maakunnilla, joilla tarvevakioidut menot ovat korkeammat kuin maassa keskimäärin, laskennallinen rahoitus laskee suhteessa lähtötasoon. Niillä maakunnilla, joilla tarvevakioidut menot ovat matalammat kuin maassa keskimäärin, laskennallinen rahoitus nousee. Arviot kuvaavat lähtövuoden tilannetta. Vuosien 2020–2029 maakuntakohtaista rahoituksen tasoa on arvioitu myöhemmin tässä luvussa huomioiden arvioidut muutokset rahoituksen kokonaistasossa.

Taulukko 4. Maakuntien rahoitus vuoden 2016 tasossa, muutos suhteessa lähtötasoon

Maakunta	Asukasmäärä 31.12.2014	Soten ja pelastustoimen nettomenot		Tarve- kerroin	Hyte- kerroin	Maakuntien rahoitus 2016 1 000 €	Muutos	
		2016 1 000 €	2016 €/asukas				2016 milj. euroa	2016 €/asukas
Uusimaa	1 603 388	4 745 950	2 960	0,89	0,73	4 597 529	-148,4	-93
Varsinais-Suomi	472 725	1 524 175	3 224	0,99	0,82	1 515 262	-8,9	-19
Satakunta	223 983	766 868	3 424	1,05	1,54	761 659	-5,2	-23
Kanta-Häme	175 350	559 033	3 188	1,01	1,12	570 454	11,4	65
Pirkanmaa	503 382	1 590 603	3 160	0,98	0,78	1 594 561	4,0	8
Päijät-Häme	202 009	662 364	3 279	1,05	0,85	677 454	15,1	75
Kymenlaakso	179 858	644 752	3 585	1,11	1,49	643 364	-1,4	-8
Etelä-Karjala	131 764	451 332	3 425	1,07	0,97	459 211	7,9	60
Etelä-Savo	151 562	586 433	3 869	1,16	1,15	572 819	-13,6	-90
Pohjois-Savo	248 407	890 210	3 584	1,14	1,22	910 602	20,4	82
Pohjois-Karjala	165 258	577 897	3 497	1,13	1,49	607 529	29,6	179
Keski-Suomi	275 360	891 297	3 237	1,05	1,16	930 425	39,1	142
Etelä-Pohjanmaa	193 400	676 160	3 496	1,10	1,26	687 698	11,5	60
Pohjanmaa	181 156	612 316	3 380	0,97	1,28	582 191	-30,1	-166
Keski-Pohjanmaa	68 832	227 272	3 302	1,02	1,85	228 003	0,7	11
Pohjois-Pohjanmaa	405 397	1 263 990	3 118	1,04	1,06	1 345 924	81,9	202
Kainuu	79 258	303 733	3 832	1,17	1,28	308 042	4,3	54
Lappi	181 748	695 543	3 827	1,08	1,09	677 200	-18,3	-101
		17 669 928	2 960	0,89	0,73	17 669 928	-148,4	-166
			3 869	1,17	1,85		81,9	202

Muutos suhteessa laskennalliseen lähtötasoon (alueen kuntien menot yhteensä)

(+) rahoitus nousee, (-) rahoitus laskee

Yllä olevassa taulukossa on kuvattu maakuntien rahoituksen muutoksia suhteessa laskennalliseen lähtötasoon vuoden 2016 tasossa. Vaikka kyseessä ovat arviot, jotka muuttuvat vielä ennen kuin lopullinen vuoden 2019 rahoituksen taso on selvillä, osoittavat ne vahvasti muutoksen suunnan. Lopullinen taso määräytyy kuitenkin vasta, kun vuoden 2016 tilastoitu kustannuspohja on selvillä. Lisäksi on huomioitava lakiesitykseen sisältyvä siirtymäaika ja sen vaikutuksen laskennallisen rahoituksen todelliseen toteutumiseen. Esityksen mukaan, 2019 rahoitus määräytyisi menoperusteisesti

⁵ Nettomenot on laskettu Tilastokeskuksen kuntien ja kuntayhtymien taloustilastosta.

Nettomenot=Toimintamenot + poistot ja arvonalennukset+vyörytyserät-toimintatulot-vyörytyserät.

ja muutokset kohti laskennallista rahoitusjärjestelmää astuisivat voimaan porrastetusti vuodesta 2020 alkaen.

Muutokset ovat joidenkin maakuntien osalta merkittäviä. Korkeimmillaan rahoitus laskisi Pohjanmaalla noin 170 euroa asukasta kohti. Tämä on suora seurausta siitä, että Pohjanmaalla tarvevakioidut menot ovat selvästi korkeammat kuin maassa keskimäärin. Rahoituksen taso laskee merkittävästi myös Uudellamaalla, Etelä-Savossa, ja Lapissa. Rahoitus puolestaan nousisi maakunnissa, joiden menot suhteessa tarpeeseen ovat olleet matalammat kuin maassa keskimäärin. Näin olisi erityisesti Pohjois-Karjalassa, Keski-Suomessa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Koska muutokset ovat paikoitellen suuria, on niitä tarkoitus tasoittaa siirtymäajan puitteissa. Näin voidaan varmistaa maakuntien riittävä rahoitus lähtötilanteessa ja hallittu siirtyminen kohti uutta rahoitusjärjestelmää.

Siirtymäajan rahoitusmalli

Maakuntien rahoitusjärjestelmään luodaan siirtymäaika vuosille 2020–2023, jonka aikana siirrytään porrastaen menoperusteisesta rahoituksesta kohti laskennallista rahoitusjärjestelmää. Vuonna 2019 valtion rahoituksen valtakunnallinen taso vastaisi maakuntien lakisääteisten tehtävien järjestämisestä aiheutuvien kustannusten yhteismäärää. Lakisääteisten tehtävien kustannusten lähtökohtana olisivat vastaavien tehtävien kustannukset vuoden 2016 tasolla tarkistettuna kustannustason muutosta vastaavasti. Valtion rahoitus kullekin maakunnalle 2019 vastaisi asianomaisen maakunnan alueelle kuuluvien kuntien vastaavien lakisääteisten tehtävien kustannusten yhteismäärää.

Vuonna 2020 valtion rahoituksesta 80 prosenttia määräytyisi nykyjärjestelmän mukaisten tehtävien järjestämisestä aiheutuvien kustannusten perusteella ja 20 prosenttia ehdotettavassa uudessa maakuntien rahoituslaissa säädettyjen perusteiden mukaan. Vuonna 2021 noudatettaisiin vastaavasti jaettua soveltamisalaa vanhan ja uuden järjestelmän mukaisesti kuitenkin siten, että rahoituksesta 60 prosenttia määräytyisi vanhan järjestelmän mukaisten ja 40 prosenttia uuden järjestelmän mukaisten perusteiden mukaan. Vuonna 2022 vastaavasti 40 prosenttia määräytyisi vanhan ja 60 prosenttia uuden sekä vuonna 2023 määräytyisi 20 prosenttia vanhan ja 80 prosenttia uuden järjestelmän mukaisesti.

Uudistukseen siirtymävaiheeseen liittyviä suuria vuotuisia maakuntakohtaisia rahoituksen tasomuutoksia pyrittäisiin edelleen lieventämään erillisellä siirtymätasausäännöksellä. Vuosina 2020–2023 maakunnan valtion rahoituksen tarkistuksesta johtuva vuotuinen rahoituksen kasvun enimmäismäärä olisi 50 euroa kutakin maakunnan asukasta kohden suhteessa lähtötasoon. Vastaavasti valtion rahoituksen taso voisi laskea vuosittain enintään 200 euroa kutakin maakunnan asukasta kohden suhteessa lähtötasoon.

Siirtymäajan vaikutuksia maakuntien rahoitukseen on kuvattu myöhemmin taulukossa 5. Siinä huomioidaan lakiesityksen mukainen siirtymä kohti laskennallista rahoitusta sekä rahoituksen kokonaistason muutos vuodesta 2019

eteenpäin. Siirtymäjärjestelmällä tasoitetaan muutoksia ja porrastus vaikuttaa kaikkiin maakuntiin. Laskelmat ovat arvioita, jotka tarkentuvat myöhemmin.

Maakunnittaiset kustannusten kasvun hillintätavoitteet

Sote-uudistuksen lähtökohtana on ollut sosiaali- ja terveystenonien kasvun hillitseminen kolmen miljardilla eurolla verrattuna pitkän aikavälin painelaskelmassa arvioituun vuoden 2029 menotasoon. STM:n laskelmissa kolmen miljardin säästötavoite on esitetty vuoden 2012 rahassa eli inflaatio huomioiden vuoden 2029 rahassa säästötavoite olisi arviolta jo lähes neljä miljardia euroa. Vuoden 2012 rahassa esitetyn säästötavoitteen saavuttaminen edellyttäisi, että menonien kasvua leikattaisiin noin 1,5 prosenttiyksiköllä vuosittain vuosina 2020–2029.

Lakiesityksen mukaan sote-rahoituksessa siirryttäisiin vuodesta 2020 alkaen vuoteen 2024 mennessä toteutuneista kustannuksista laskennallisiin kustannuksiin. Laskennallisiin kustannuksiin siirtyminen pyrkii huomioimaan maakuntien välisiä eroja palveluiden rahoitustarpeessa. Jos rahoitustarpeiden erot tulevat esitettyssä mallissa oikein huomioituiksi, palveluita tällä hetkellä tarpeisiin nähden edullisimmin tuottavat maakunnat saavat lisärahoitusta toteutuneisiin kustannuksiin verrattuna ja päinvastoin. Siten voitaisiin katsoa, että laskennallisiin kustannuksiin siirtymisen jälkeen olisi oikeudenmukaista ja kohtuullista asettaa kaikille maakunnille yhtä suuri euromääräinen säästötavoite henkeä kohti laskettuihin kustannuksiin.

Mikäli näin toimitaan, olisi säästötavoite edullisimmin palveluita tuottavilla maakunnilla noin 260 euroa ja kalleimmin tuottavilla noin 720 euroa henkeä kohden vuoteen 2029 mennessä peruslaskelmaan verrattuna. Prosentuaalisesti tämä merkitsisi, että säästötarve olisi maakunnasta riippuen noin 7–17 % peruslaskelmaan verrattuna vuoteen 2029 mennessä. Tämä merkitsisi, että menot henkeä kohti saisivat reaalisesti kasvaa vuodesta 2019 vuoteen 2029 riippuen maakunnasta noin 80–490 euroa asukasta kohden. Poikkeus tähän olisi Pohjanmaan maakuntaa, jossa menonien tulisi supistua n. 50 eurolla asukasta kohden, sillä maakunnan nykyinen menotaso ylittää tällä hetkellä n. 220 eurolla laskennallisten kustannusten tason.

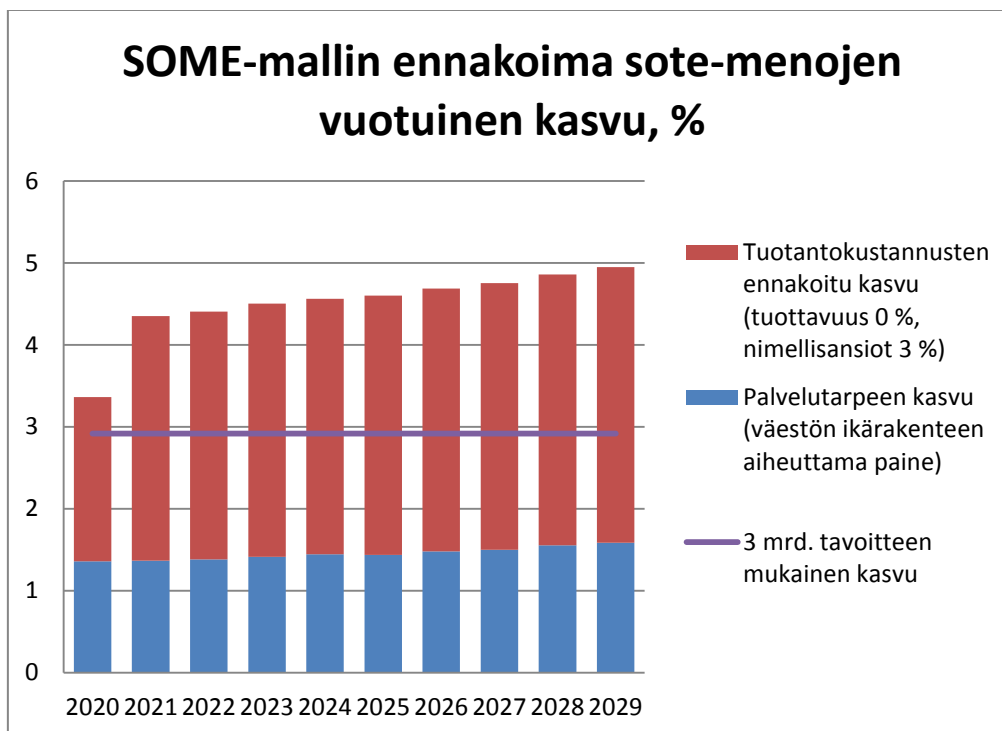
Kuviossa 3 on esitetty STM:n sosiaalimenonien analyysimallin (SOME-malli) ennakoima sote-menonien vuotuinen kasvu vuosina 2020–2029. Nimellisesti sote-menot kasvavat peruslaskelmassa n. 4½ % vuodessa v. 2020–2029. Tästä kasvusta ikärakenteen aiheuttama palvelutarpeen kasvu aiheuttaa n. 1½ % vuodessa (kuvion sininen palkki). Tuotantokustannusten puolestaan oletetaan kasvavan keskimäärin n. 3 % vuodessa, likimain yleisen ansiokasvun mukaan. Tuotantokustannusten kasvun sitominen ansiokasvuun perustuu palveluiden työvoimavaltaisuuteen sekä oletukseen, että sote-palveluiden tuottavuus ei kasva. Mahdollista uusien kalliimpien hoitojen käyttöönottoa tai uusien hoitomuotojen tuomia kustannussäästöjä ei siten ole huomioitu.

SOME-malliin syötetty yleisen ansiotason kehitys vuoteen 2020 saakka perustuu VM:n kansantalousosaston huhtikuussa 2016 julkaistussa taloudellisessa

katsauksessa esitettyyn keskipitkän aikavälin laskelmaan. Vuodesta 2021 lähtien ansiotason kehitys puolestaan perustuu EU:n vuoden 2015 ikääntymisraportissa käytettyihin pitkän aikavälin oletuksiin. Tämä näkyy kuviossa hyppynä. Raportin oletusten mukaan inflaatio on pitkällä aikavälillä keskimäärin kaksi prosenttia vuodessa ja inflaation ylittävä reaali-palkkojen kehitys seuraa yleistä työn tuottavuuskehitystä. Oletusten mukaan reaali-palkat nousevat keskimäärin noin prosentin vuodessa 2020-luvulla, joten nimellisansioiden oletetaan kasvavat noin kolme prosenttia vuodessa ensi vuosikymmenellä.

Kuvioon on piirretty liilalla uudistuksella tavoiteltu sote-menojen nimellinen kasvuvauhti. Tämä noin kolmen prosentin menojen nimellinen kasvuvauhti johtaisi siihen, että sote-menot olisivat vuonna 2029 noin kolme miljardia pienemmät kuin peruslaskelmassa nykyrahassa laskettuna. Kuvioista nähdään, että uudistukselle asetetun tavoitteen saavuttamiseksi sote-menojen tulisi kasvaa vuosittain keskimäärin noin 1½ %-yksikköä peruslaskelmaa hitaammin vuosina 2020–2029. Tavoite on haastava, mutta siihen voidaan päästä mm. tehostamalla toimintaa, ottamalla käyttöön parhaat toimintamallit, vähentämällä palveluntarvetta hoitamalla oikea-aikaisesti ja ennaltaehkäisemällä sairauksia sekä tukemalla terveyden ja toimintakyvyn ylläpitoa, korottamalla asiakasmaksuja [tai viime kädessä rajaamalla palveluntarjontaa siten, että yksilön oikeus tarpeelliseen hoitoon kuitenkin turvataan.]

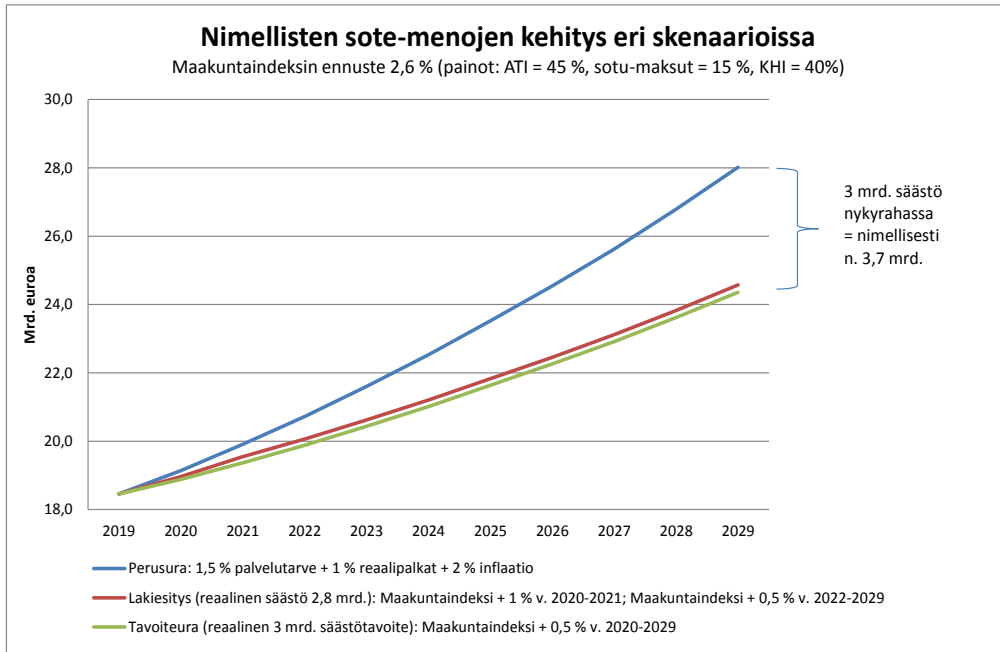
Kuvio 3. Sote-menojen ennakoitu kasvu 2020-2029.



Kuviossa 4 on esitetty kuvion 3 tiedot vuosikasvujen sijaan menojen tasona miljardoissa euroissa. Kuvioista nähdään peruslaskelman mukainen menokasvu (sininen käyrä) sekä uudistuksen tavoiteura, joka tuottaisi kolmen miljardin

kustannusten kasvun hillinnän nykyrahassa vuoteen 2029 mennessä. Inflaation rahan arvoa alentavasta vaikutuksesta johtuen sote-menot vuoden 2029 rahassa ovat tavoitteessa noin 3,7 miljardia pienemmät kuin peruslaskelmassa.

KUVIO 4. Nimellisten sote-menojen ennustettu kehitys 2019-2029



Alla olevien taulukoiden maakuntakohtaisten sote-menojen painelaskelma on laadittu SOME-mallilla soveltaen mallilla normaalisti tuotettua koko maan laskelmaa. Maakuntakohtaisissa laskelmissa kullekin maakunnalle on annettu oma väestöennuste (Tilastokeskuksen vuoden 2015 väestöennuste). Lisäksi on huomioitu maakuntien väliset erot henkeä kohden lasketuissa kustannuksissa lähtövuonna (maakunnittaiset menotiedot on poimittu Tilastokeskuksen kuntien talous- ja toimintatilastosta). Laskelmassa maakuntien välisten kustannuserojen on oletettu säilyvän myös tulevaisuudessa. Muut painelaskelmaan vaikuttavat tekijät, kuten oletukset tuotantoteijöiden hintojen kasvusta ja palvelukustannusten ikäjakaumasta ovat kaikille maakunnille samat.

Taulukko 5. Arvio maakuntien rahoituksen reaali muutoksesta suhteessa 2019 tasoon

	Lakiesitys, rahoituksen reaali muutos vuoteen 2019 verrattuna, euroa/asukas										
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Uusimaa	0	-3	-2	-14	-20	-25	-7	10	30	54	80
Varsinais-Suomi	0	13	33	36	47	57	79	97	120	146	175
Satakunta	0	24	50	59	74	90	116	139	170	198	232
Kanta-Häme	0	33	73	98	129	162	185	209	237	271	309
Pirkanmaa	0	17	37	43	54	67	83	97	113	135	159
Päijät-Häme	0	49	99	136	182	228	264	297	334	374	417
Kymenlaakso	0	24	56	69	90	111	140	167	198	234	274
Etelä-Karjala	0	38	81	105	134	166	190	208	229	256	286
Etelä-Savo	0	18	39	40	50	59	94	125	159	200	243
Pohjois-Savo	0	38	80	108	140	175	195	215	237	267	297
Pohjois-Karjala	0	64	133	183	241	301	328	350	377	416	449
Keski-Suomi	0	54	111	152	201	250	276	298	325	357	390
Etelä-Pohjanmaa	0	27	65	82	105	132	151	168	189	217	244
Pohjanmaa	0	-23	-44	-76	-105	-129	-117	-108	-95	-76	-54
Keski-Pohjanmaa	0	25	49	64	85	104	133	150	176	207	235
Pohjois-Pohjanmaa	0	67	139	198	264	330	360	387	418	452	491
Kainuu	0	49	101	131	168	208	236	266	295	331	373
Lappi	0	14	33	34	40	42	75	103	134	171	208
KOKO MAA	0	19	43	52	66	82	103	122	144	172	201

Taulukko 6. Perusuran ja lakiesityksen mukaisen rahoituksen välinen erotus, euroa / asukas

	Perusuran ja lakiesityksen mukaisen rahoitusuran välinen ero, euroa / asukas										
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Uusimaa	0	-46	-93	-156	-220	-286	-334	-384	-434	-487	-542
Varsinais-Suomi	0	-34	-69	-121	-175	-230	-283	-337	-392	-450	-510
Satakunta	0	-38	-76	-134	-193	-254	-312	-371	-433	-496	-561
Kanta-Häme	0	-17	-34	-68	-104	-141	-194	-248	-303	-361	-421
Pirkanmaa	0	-28	-56	-101	-148	-196	-246	-298	-351	-405	-462
Päijät-Häme	0	-16	-32	-67	-103	-141	-196	-254	-313	-375	-439
Kymenlaakso	0	-36	-73	-130	-188	-249	-309	-371	-435	-502	-571
Etelä-Karjala	0	-20	-41	-81	-122	-165	-222	-280	-339	-401	-465
Etelä-Savo	0	-57	-115	-196	-278	-363	-431	-500	-572	-647	-724
Pohjois-Savo	0	-17	-34	-71	-110	-149	-208	-267	-328	-392	-457
Pohjois-Karjala	0	4	8	-7	-24	-41	-98	-157	-218	-280	-345
Keski-Suomi	0	-1	-2	-22	-42	-63	-116	-170	-226	-284	-343
Etelä-Pohjanmaa	0	-21	-42	-82	-123	-166	-223	-280	-340	-402	-465
Pohjanmaa	0	-65	-131	-215	-300	-387	-440	-495	-551	-610	-671
Keski-Pohjanmaa	0	-29	-59	-107	-156	-207	-262	-317	-375	-435	-496
Pohjois-Pohjanmaa	0	13	25	20	15	9	-42	-94	-147	-203	-260
Kainuu	0	-26	-52	-101	-151	-203	-269	-336	-405	-477	-552
Lappi	0	-58	-118	-200	-284	-370	-437	-504	-574	-647	-723
KOKO MAA	0	-30	-62	-111	-161	-213	-266	-321	-377	-435	-495

Taulukossa 5 on kuvattu rahoituksen reaaliuutos asukasta kohti suhteessa vuoden 2019 lähtötasoon. Vaikka kustannusten kasvulle on asetettu tiukka kasvun hillinnän tavoite, reaalkustannukset kasvavat silti. Taulukossa 6 kuvataan puolestaan muutosta suhteessa ennustettuun maakuntakohtaiseen perusuraan. Laskelmissa on huomioitu lakiesityksen mukainen siirtymä laskennalliseen järjestelmään 2020–2023 sekä rahoituksen kokonaistasoa koskeva poikkeussäännös vuosina 2020–2021.

2 Kuntatalousvaikutukset

Yleistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirrolla sekä maakuntauudistuksen toteuttamisella tulee olemaan erittäin merkittäviä vaikutuksia kuntien toimintaan ja talouteen. Vaikutukset kohdistuvat erityisesti kuntien käyttötalouteen, jossa käyttötaloustulojen ja –menojen rakenne muuttuu kokonaisuudessaan. Merkittävää on, että samalla, kun kuntien tulot ja käyttötalousmenot putoavat lähes puoleen nykyisestä, kuntien taseiden ali- ja ylijäämät sekä velat säilyvät käytännössä ennallaan. Ehkä oleellisin, pidemmällä aikajänteellä näkyvä vaikutus kuitenkin on, että väestön ikääntymiseen ja sairastavuuteen liittyvät kustannukset ja niistä seuraavat kuntatalouteen kohdistuvat riskit siirtyvät pois yksittäisten kuntien vastuulta. Kunnan käyttötalouden ennustettavuuden ja hallittavuuden kannalta asialla on huomattavan suuri vaikutus. Varsinkin pienemmissä kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti erikoissairaanhoidon käyttötalousmenot ovat vuosittain vaihdelleet huomattavasti ja vaikeuttaneet siten oleellisesti käyttötalouden hallintaa. Uudistuksen myötä kuntien vastuulta poistuukin

merkittävä määrä sellaisia kustannuksia, joihin kunnat ovat tähän saakka voineet vaikuttaa vain rajallisesti. Tällaisia menoja ovat olleet erityisesti erikoissairaanhoidon kustannukset kyseisen tehtävän järjestämisvastuun ollessa kuntien sijasta erikoissairaanhoidon kuntayhtymillä.

Maakunnan järjestämisvastuulle siirtyvät tehtävät ovat muodostaneet vuoden 2016 tasolla keskimäärin 57 prosenttia kuntien käyttötalousmenosta. Käytännössä kyseiset maakunnille siirtyvät kustannukset ovat lähes kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Kunnittain vaihteluväli on kuitenkin ollut suuri, alimmillaan kustannukset ovat olleet noin 43 prosenttia ja enimmillään noin 75 prosenttia kunnan käyttötaloudesta. Erityisesti pienimmissä kunnissa, joissa väestön ikärakenne painottuu vanhempaan väestöön, sosiaali- ja terveydenhuollon menojen osuus käyttötaloudesta lähestyy edellä mainittua ääripäätä. Suuremmissa, erityisesti kasvukeskuskunnissa tilanne on toisenlainen ja kyseisten menojen osuus kuntien taloudesta vähäisempi.

Käyttötalousmenojen jakauman muutos tulee tarkoittamaan käytännössä, että kuntien käyttötalous painottuu pääosin varhaiskasvatukseen sekä esi- ja perusopetukseen. Kyseisen toimialan osuus kuntien käyttötalousmenoista vaihtelee kunnittain huomattavasti, mutta keskimäärin opetus- ja kulttuuritoimi yhteensä on tähän saakka muodostanut käyttötalousmenoista noin 33 prosenttia. Jos kuntien jäljelle jäävien käyttötalousmenojen jakautuma tulisi uudistuksen säilymään nykyisenkaltaisena, opetus- ja kulttuuritoimen osuus olisi kohoamassa noin 80 prosenttiin. Käytännössä kuntien tulojen ja käyttötalousmenojen pienentyminen sekä uudelleen kohdentuminen tarkoittaa väistämättä myös sitä, että mahdolliset talouden sopeutustoimet tulevat jatkossa kohdistumaan todennäköisesti aiempaa enemmän esi- ja perusopetukseen sekä varhaiskasvatukseen. Joka tapauksessa on varauduttava siihen, että joissakin kunnissa sopeutuminen uuteen tilanteeseen hankaloituu edelleen myös toimintaympäristön muiden muutosten eli ikääntymisen, työllisyysasteen heikkenemisen ja työikäisen väestön vähenemisen vuoksi.

Kuntien investointitarpeet muuttuvat uudistuksen seurauksena sosiaali- ja terveystoimeen sekä pelastustoimeen kohdistuvien investointitarpeiden siirtyessä maakuntien vastuulle. Tällä on suuri merkitys erityisesti väestörakenteeltaan ikääntyvissä kunnissa, joissa peruskorjaus- ja muut investointitarpeet ovat tähän saakka kohdistuneet erityisesti sosiaali- ja terveystoimeen. Investointitarpeisiin kohdistuva muutos ei ole yhtä suuri väestömäärältään kasvavissa ja ikärakenteeltaan nuoremmissa kunnissa, joissa investoinnit ovat tähänkin saakka kohdistuneet merkittävässä määrin perusopetukseen, varhaiskasvatukseen sekä infrastruktuuriin eli ns. teknisen toimialan investointeihin. Uudistuksella ei todennäköisesti olisi vaikutuksia kuntien mahdollisuuksiin saada vieraan pääoman rahoitusta, mutta erityisesti kunnan elinvoimakysymyksiin liittyvien investointitarpeiden säilyminen ennallaan edellyttää, että kunnilla säilyy lainanhoitokyky, jotta kokonaisvelkamäärät eivät entisestään kasvaisi.

Kuntien nykyisten velkojen säilyminen muutoksessa ennallaan nostaa esille myös kysymyksen siitä, missä määrin kunta on ottanut velkaa sosiaali- ja terveydenhuollon investointeihin. Jos velkamäärä on ollut merkittävä, kunnalle on erittäin suuri merkitys sillä, mikä tulee olemaan kyseisten tilojen käyttöaste tulevaisuudessa. Omaisuusjärjestelyjä koskevassa osiossa on käsitelty myös kuntien konsernivastuiden muuttumista sekä maakuntiin siirrettävien kuntayhtymien ali- ja ylijäämiä. Erityisesti joillakin sairaanhoitopiireillä on

merkittäviä alijäämiä, jotka viimekädessä jäsenkuntien on hoidettava ennen tehtävien järjestämistä vastuun siirtymistä maakunnille. Tämä voi tarkoittaa näiden kuntien velkamäärien lisääntymistä. Muutoin kuntien konsernivetat pienenevät uudistuksen myötä, kun maakuntiin siirrettävien kuntayhtymien velat poistuvat kuntien vastuulta.

Kuntien omaisuuteen eli käytännössä taseen vastaaviin, kuntien omavaraisuuteen sekä kuntien konsernirakenteisiin kohdistuvia vaikutuksia on käsitelty omaisuusjärjestelyjä koskevassa hallituksen esityksen osassa. Omaisuusjärjestelyjen seurauksena kuntien ulkoiset tulot tulevat hieman lisääntymään uudistuksen ensimmäisten kolmen vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen toimitiloista saatavien ulkoisten vuokratulojen seurauksena. Laskelmissa ei ole toistaiseksi pystytty arvioimaan näiden vaikutuksia. Voidaan kuitenkin olettaa, että näiden tulojen merkitys kunnan käyttötaloudessa tulee kuitenkin olemaan todennäköisesti sangen vähäinen. Kuten omaisuusjärjestelyjä koskevassa hallituksen esityksen osassa todetaan, vuokratuloilla on tarkoitus kattaa tilojen ylläpitokustannukset sekä kohtuulliset pääomakustannukset eli käytännössä myös mahdolliset lainanhoitokustannukset.

Rahoitusjärjestelmää koskevien muutosten vaikutukset kuntien talouden tasapainoon

Esityksen vaikutuksia kuntatalouteen on arvioitu vertaamalla uudistusta ennen vallinnutta kuntien talouden tasapainotilaa uudistuksen jälkeiseen tasapainotilaan. Arvioinnin lähtökohtana on siis nimenomaisesti kunnan talouden tasapainotila uudistusta edeltäneessä tilanteessa. Uudistuksen tavoitteena ei lähtökohtaisesti ole kunnan taloudessa jo tällä hetkellä mahdollisesti vallitsevan epätasapainotilan korjaaminen.

Kunnan talouden tasapainotilan ilmaisee tarkastelussa vuosikatteen ja suunnitelman mukaisten poistojen erotus. Arvioinnissa on huomioitu kaikki käyttötaloustaloustaloudet ja -tulot. Arvioinnin pohjatietona on käytetty kustannus- ja tulotietoja vuoden 2016 tasolla.

Kuntien nettokustannukset ovat noin 30,9 miljardia euroa vuonna 2016. Tästä maakuntiin siirtyvien tehtävien osuus olisi 17,7 miljardia euroa. Kuntiin jäävien tehtävien kustannus olisi 13,2 miljardia euroa. Alla olevassa taulukossa esitetään maakuntiin siirtyvät kustannukset ja tulot sekä kuntiin jäävät kustannukset ja tulot eriteltyinä sote- ja maakuntauudistuksen jälkeen:

Taulukko 14. Maakuntiin siirtyvät kustannukset ja tulot sekä kuntiin jäävien tehtävien kustannukset ja tulot eriteltyinä vuoden 2016 tasolla

Maakuntiin siirtyvien tehtävien kustannukset ja tulot	milj. euroa
Siirtyvät kustannukset, ml. poistot	17 670
Siirtyvät tulot, josta	17 716
- kunnallisvero	11 321
- yhteisövero	500
- sote-valtionosuudet	4 810
- lisäosat	221
- verokompensatio	864

Kuntiin jäävien tehtävien kustannukset	13 185
- kuntien verotuskustannusten muutos	-70
Kuntien kustannusten muutos yhteensä	13 115
Kuntien tulot, josta	13 366
- kunnallisvero	7 501
- yhteisövero	820
- kiinteistövero	1 672
- valtionosuus	3 047
- uudistuksen automaattimuutosten rajoitin, netto	0
- opetus- ja kulttuuriministeriön rahoitus	-214
- rahoituserät, netto	539
Valtionosuudet, eriteltyinä	3 047
Laskennalliset kustannukset	7 714
- ikärakenne	6 698
- kaksikielisyys 1 (koko väestö)	32
- kaksikielisyys 2 (ruotsinkielisten osuus)	61
- vieraskielisyys	500
- asukastiheys	240
- saaristo	14
- koulutustausta	169
Omarahoitusosuus	5 849
Valtionosuus	1 865
Lisäosat	221
- syrjäisyys	33
- saamen kotiseutualueen kunnat	1
- hyte-kerroin	57
- työttömyysaste	130
Valtionosuuteen tehtävät vähennykset ja lisäykset	277
Verotuloihin perustuva valtionosuuden tasaus	548
Verotuloihin perustuva tasauksen neutralisointi	137
Kuntien peruspalvelujen valtionosuus, yhteensä	3 047

Kunnista siirtyvät kustannukset ja tulot

Kunnilta maakunnille siirtyviin tehtäviin sisältyvät sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä ympäristöterveydenhuollon kustannukset. Siirtyvien kustannusten yhteismäärä on noin 17,7 miljardia euroa vuoden 2016 tasolla. Kuntien tuloja siirretään siirtyviä kustannuksia vastaavasti koko maan tasolla lukuun ottamatta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosan rahoitusta ja kuntien verotuskustannusten huomioimista. Kunnan peruspalvelujen valtionosuuden lisäosiin esitetään sisällytettäväksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lisäosa, johon kohdennettavasta valtionosuudesta puolet (28 miljoonaa euroa) otetaan maakuntiin siirtyvästä tulosta. Toisaalta siirrettävään tuloon lisätään kuntien verotuskustannuksista säästyvä kustannus, noin 70

miljoonaa euroa. Jälkimmäinen muutos on kustannusneutraali valtion ja kuntien välillä.

Kuntien tuloja siirretään maakuntien rahoitukseen 17,7 miljardia euroa. Kuntien tuloveroprosenttiin tehdään kaikkien kuntien osalta 12,30 prosenttiyksikön leikkaus, jonka seurauksena kunnallisveron määrä vähenee 11,3 miljardia euroa. Tässä euromäärässä on huomioitu myös kuntien verotuskustannuksissa tapahtuvaa pientymistä vastaava 70 miljoonan euron vähennys. Kuntien osuutta yhteisöverosta siirretään 0,5 miljardia euroa vuoden 2016 jako-osuutta muuttamalla maakuntien rahoitukseen. Maakuntiin siirrettävän yhteisöveron kuntaosuus määritetään vuoden 2016 tasolla ja tätä osuutta sovelletaan lopullisesti vuoden 2018 tasolla. Täten leikattavan yhteisöveron määrä riippuu vuoden 2018 kokonaiskertymästä.

Kuntien peruspalvelujen valtionosuudesta vähennetään lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon osuutta vastaava laskennallinen valtionosuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus koko laskennallisesta kustannuksesta on 71 % ja sitä vastaava valtionosuuden vähennys 4,8 miljardia euroa. Tämän lisäksi lisäosista ja veromenetysten kompensatiosta vähennetään edellä mainittu 71 prosentin mukainen osuus, yhteensä 1,08 miljardia euroa.

Kuntiin jäävien tehtävien kustannukset ja tulot

Kuntiin jäävien tehtävien kustannukset ovat noin 13,2 miljardia euroa vuoden 2016 tasolla. Euromääräisesti suurin tulo kunnille on edelleen kunnallisvero, noin 7,5 miljardia euroa. Yhteisöveroa vähennetään 0,5 miljardilla eurolla, jolloin kuntiin jää yhteisöveroa 0,8 miljardia euroa. Kiinteistöveroon ei esitetä muutoksia, jolloin sen määrä vuoden 2016 tasolla on noin 1,7 miljardia euroa. Kiinteistöveron suhteellinen osuus kuntien verotuloista kaksinkertaistuu nykyiseen verrattuna.

Valtionosuudet vähenevät noin 5,9 miljardia euroa järjesteämistä vastuun siirron seurauksena. Peruspalvelujen valtionosuuteen jää 3,05 miljardia euroa, josta verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasauksen osuus on noin 600 miljoonaa euroa. Siirron aiheuttamia muutoksia rajoitettaisiin valtionosuusjärjestelmään sisällytettävällä määräytymistekijällä. Muutoksia rajoitetaan symmetrisesti 60 %:n osuudella hyötyjen ja menetysten osalta. Kuntien ja valtion välisessä suhteessa rajoittaminen on kustannusneutraali.

Valtionosuusjärjestelmän perustemuutokset

Valtionosuusjärjestelmän perusrakenne säilyy ennallaan myös sote- ja maakuntauudistuksen voimaantulon jälkeen, mutta siinä huomioidaan tehtävien siirron vaikutukset siten kuin edellä on keskeisiä ehdotuksia ja nykytila-arviota koskevassa hallituksen esityksen osissa kuvattu. Merkittävin kuntakohtaisiin valtionosuuksiin kohdistuva muutos tapahtuu verotuloihin perustuvassa valtionosuuden tasauksessa. Noin 60 prosenttia kunnallisverosta ja lähes 40 prosenttia yhteisöverosta siirtyy maakuntien rahoitukseen. Tämä merkitsee tasauksen tasausrajan oleellista alentumista nykyisestä. Kuntien tasauslisät vähenevät 1,3 miljardista eurosta alle 0,7 miljardiin euroon.

Taulukko x. Verotuloihin perustuva valtionosuuden tasaus vuoden 2016 tasossa (uudet ja nykyiset perusteet), euroa

	Tasauslisät	Tasausvähennykset	Netto
Uudet perusteet	657 137 099	-109 524 787	547 612 312
Nykyiset perusteet	1 271 979 734	-587 325 438	684 654 297

Valtionosuusjärjestelmämuutoksen tasaus ja laskelmien tarkistaminen

Sote- ja maakuntauudistus merkitsee huomattavaa muutosta koko kuntatalouteen. Valmistelun lähtökohtana ja tavoitteena on, että talouteen kohdistuvat muutokset nykytilaan verrattuna olisivat mahdollisimman pienet, joten muutosta lievennetään järjestelmämuutoksen tasauksella. Uudistuksen tullessa voimaan kuntien tilanne jäädytettäisiin vuodeksi nykyisen (vuoden 2018 arvioidun) tasapainotilanteen (vuosikate – poistot) mukaiseksi kunnittain. Toisesta vuodesta lähtien muutos kohti uutta tasapainotilaa olisi 25 euroa asukasta kohti vuosittain siten, että viidentenä vuonna maksimimuutos olisi 100 euroa asukasta kohti. Tämän ylittävä osa jäisi toistaiseksi pysyvänä tasauksena valtionosuuksiin.

Koska laskelma vuoden 2018 tasapainotilanteesta perustuu uudistuksen voimaantullessa arviotietoon, laskelmat tarkistettaisiin uudelleen. Tämä tehtäisiin kuntien vuosien 2017 ja 2018 toteutumatietojen keskiarvon mukaan. Uudet laskelmat olisivat vuodesta 2020 lukien myönnettävien valtionosuuksien perusteena. Jos tarkistuksen jälkeen todettaisiin, että kunnalle on maksettu valtionosuutta vuonna 2019 enemmän tai vähemmän kuin tarkistetun laskennan mukaan kuuluisi, erotusta vastaava määrä vähennettäisiin tai lisättäisiin kunnalle myönnettävästä valtionosuudesta tasasuuruusina erinä vuosina 2020-2023.

Järjestelmämuutoksen tasaus, jossa vertailun lähtökohta on kunnan tasapainotilanne vuonna 2018, esitetään mitoitettavaksi seuraavasti:

Muutos vuonna 2019	järjestelmämuutoksen tasaus arvioituun tasapainotilaan järjestelmämuutoksen tasaus lopulliseen tasapainotilaan
Muutos vuonna 2020	+/- 25 euroa/as
Muutos vuonna 2021	+/- 50 euroa/as
Muutos vuonna 2022	+/- 75 euroa/as
Muutos vuonna 2023	+/- 100 euroa/as

Vuoden 2019 arviotietojen perusteella maksettu tasaus oikaistaan lopullisten tietojen perusteella.

Ylittävä osa (+/- 100 euroa/as) jää toistaiseksi pysyvänä tasauksena valtionosuuksiin. Vuoden 2016 arviotietojen perusteella tämä koskisi 106 kuntaa. Näistä 63 kuntaan kohdistuisi tasauslisää ja 43 kuntaan tasausvähennystä.

Vaikutukset kunnittain, kuntaryhmittäin ja alueellisesti

Uudistuksesta aiheutuvia euromääräisiä muutoksia on arvioitu kunnittain, kuntaryhmittäin ja maakunnittain. Muutoksia on arvioitu vertaamalla uudistusta ennen vallinnutta kuntien talouden tasapainotilaa uudistuksen jälkeiseen

tasapainotilaan. Toisin sanoen nämä kuvaavat tilannetta, jossa rahoitusjärjestelmä tulisi voimaan kokonaisuudessaan. Uudistuksessa näitä muutoksia rajoitetaan järjestelmämuutoksen tasauksella enimmillään +/- 100 euroon asukasta kohti.

Taulukko X. Tasapainotilan muutos kunnittain ilman siirtymätasausta (uuden rahoitusmallin muutos vrt. nykytilaan)

Tasapainotilan muutos, euroa/as	Kuntien lukumäärä	Milj. euroa
Parantuu		
300 -	3	5,8
200 – 299	7	8,9
100 – 199	33	51,6
0 – 99	91	114,6
Yhteensä	134	180,9
Tasapainotilan muutos, euroa/as	Kuntien lukumäärä	Milj. euroa
Heikkenee		
300 -	8	-9,3
200 – 299	13	-24,1
100 – 199	43	-41,4
0 – 99	99	-82,4
Yhteensä	163	-157,2

Yli puolet kunnittaisista talouden tasapainotilan muutoksista on pieniä, alle 100 euron menetyksiä tai lisäyksiä asukasta kohden. Yhteensä 8 kunnan menetys ja kolmen kunnan lisäys on yli 300 euroa asukasta kohti. Tuloveroprosenttiin suhteutettuna 100 euroa asukasta kohti toteutuva muutos vastaa noin 0,59 prosenttiyksikön tuottoa koko maassa vuoden 2016 tasolla, jolloin yhden veroprosentin tuotto oli keskimäärin 170 euroa asukasta kohti. Suurimmillaan tuotto oli 350 euroa asukasta kohti (Kauniainen) ja alimmillaan 104 euroa asukasta kohti (Kivijärvi).

Taulukko X. Tasapainotilan muutos kuntakoon mukaan ilman siirtymätasausta (uusi rahoitusmalli vrs. vanha)

	Muutos, milj. euroa	Muutos, euroa/as
Kuntakoko		
Alle 6 000	-8,1	-18
6 001 – 10 000	8,8	20
10 001 – 20 000	-9,0	-14
20 001 – 40 000	-18,4	-23
40 001 – 100 000	5,1	5
Yli 100 000	45,3	22
YHTEENSÄ	23,8	4

Kuntakokoryhmittäin tarkasteltuna talouden tasapainotilan parannukset painottuvat määrällisesti yli 100 000 asukkaan kuntiin. Asukaslukuun suhteutettuna talouden tasapainotilan parannukset painottuvat 6 000–10 000 asukkaan sekä yli 100 000 asukkaan kuntiin ja heikennykset alle 6 000 asukkaan sekä 20 000–40 000 asukkaan kuntiin.

Taulukko X. Tasapainotilan muutos maakunnittain ilman siirtymätasausta (uusi rahoitusmalli vrs. Vanha)

Maakunta	Muutos, milj. euroa	Muutos, euroa/as
Uusimaa	59,3	37
Varsinais-Suomi	4,2	9
Satakunta	-3,6	-16
Kanta-Häme	-5,5	-31
Pirkanmaa	3,9	8
Päijät-Häme	-13,9	-69
Kymenlaakso	-9,9	-56
Etelä-Karjala	-10,9	-82
Etelä-Savo	-5,1	-33
Pohjois-Savo	-7,3	-29
Pohjois-Karjala	-12,3	-74
Keski-Suomi	-15,7	-57
Etelä-Pohjanmaa	0,5	2
Pohjanmaa	19,5	108
Keski-Pohjanmaa	2,7	39
Pohjois-Pohjanmaa	1,5	4
Kainuu	-1,4	-17
Lappi	17,7	98
YHTEENSÄ	23,8	4

Kuntien taloudellinen tasapainotila kohentuisi uudistuksen yhteydessä kahdeksassa maakunnassa. Eniten tilanne kohentuisi Pohjanmaalla, 108 euroa asukasta kohti. Kymmenessä maakunnassa kuntien taloudellinen tasapainotila heikkenisi, enimmillään -82 euroa/asukas Etelä-Karjalassa.

Arvio kuntien taloudellisesta tilanteesta uudistuksen jälkeen

Sote- ja maakuntauudistuksen tullessa voimaan kuntien tasapainotilanne jäädytettäisiin järjestelmämuutoksen tasauksella nykytilanteen (vuoden 2018 arvioidulle) tasolle kunnittain. Laskelmat päivitetäisiin sen jälkeen, kun lopulliset tiedot kuntien taloudesta vuodelta 2018 ovat käytettävissä vuoden 2019 lopussa. Käytännössä edellä todettu tarkoittaisi, että kuntien lähtökohtainen talousasema pysyisi lähes ennallaan usean vuoden ajan ja myös siinä tilanteessa, että kuntien veroprosenttien nousua rajoitettaisiin.

Verotusta koskevassa hallituksen esityksen osiossa on käsitelty kuntien veroprosenttien nousun rajaamista kolmen vuoden ajaksi. Jotta koko uudistukselle asetetut tavoitteet eli kestävyysvajeen hallinta ja kokonaisveroasteen nouseminen voidaan välttää sekä veronmaksajien yhdenvertainen kohtelu varmistaa, kuntien veroprosenttien nousu välittömästi

uudistuksen toteuttamisen ja kunnallisveroprosenttien tasasuuruisen leikkaamisen jälkeen on pystyttävä välttämään. Veroprosenttien nousun rajoittamisesta syntyviä vaikutuksia ei juurikaan pystytä ennakoimaan, joten tämänkin vuoksi valtiosuusjärjestelmän uudistuksen tavoitteena on, että kuntien taloudessa vallinnut tasapainotilanne säilyisi. Veroprosenttien nostaminen on kuitenkin edelleen myös rajoituskauden aikana maltillisesti mahdollista, joten oletettavaa kuitenkin on, että lyhytaikainen rajoittaminen ei muodostu yhdellekään kunnalle ylivoimaiseksi tilanteeksi eikä myöskään ongelmalliseksi kuntien velkarahoituksen saamiseen liittyen. Näihin kysymyksiin liittyen veroprosenttia koskevaan voimaantulon sääntöön sisältyy kuitenkin valtuuston viimesijainen harkinta tilanteessa, jossa kunnan maksuvalmiuden voidaan selkeästi katsoa olevan uhattuna.

Taulukko X

Kuntien arvioitu tasapainotilanne vuonna 2016

Epätasapaino	74 kuntaa
euroa/as	
yli 500	0
250 – 500	11
100 – 249	19
0 – 99	44
Tasapaino	223 kuntaa
0 – 99	60
100 – 249	76
250 – 500	60
yli 500	27

Vuoden 2016 arviotietojen perusteella noin neljännes kunnista olisi epätasapainossa. Heikoimmassa tilanteessa olisivat arviotietojen perusteella noin kymmenen kuntaa, joissa on jo aikaisempien heikkojen tilinpäätösten perusteella kertynyttä kumulatiivista alijäämää. Näillä edellytykset tasapainotukseen olisivat haastavimmat. Lisäksi käyttötalouden puoliintumisen takia mahdollisuudet sopeutustoimiin olisivat rajalliset ja toimet kohdistuisivat pitkälti pääasiassa varhaiskasvatukseen sekä esi- ja perusopetukseen. On mahdollista, että taloudeltaan heikoimmassa asemassa olevien kuntien tilanteen helpottamiseksi tarvitaan tilapäistä taloudellista tukea esimerkiksi harkinnanvaraaisena valtiosuuden korotuksena.

Arviolaskelmien mukaan noin kolmeneljäsosa kunnista olisi tasapainossa. Tasapainon säilyttäminen pysyvästi edellyttäisi kunnilta kuitenkin maltillista taloudenhoitoa myös tulevina vuosina.

Edellä kuvatuista kuntien käyttötalouteen ja investointeihin, mutta toisaalta myös jäljelle jääviin taseiden ali- ja ylijäämiin sekä velkoihin liittyvistä kysymyksistä saattaa seurata, että kuntalaissa säädettyyn erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan arviointimenettelyyn eli ns. kriisikuntamenettelyyn ja sen kriteereihin alkaa uudistuksen voimaantulon jälkeen kohdistua muutospaineita ja voimassa olevan kuntalain mukaisia raja-arvoja joudutaan arvioimaan uudelleen.

Uusi kuntalaki (410/2015) tuli voimaan keväällä 2015. Uudella lailla tiukennettiin sekä kuntien että kuntayhtymien osalta talouden tasapainovaatimusta ja erityisesti velvollisuutta kattaa taseeseen kertyneet alijäämät. Vuoden 2015 alustavien

tilinpäätöstietojen perusteella on pääteltävissä, että vaikka uuden kuntalain siirtymäajat tasapainotuksen osalta ovat vielä vielä voimassa, niin jo nyt on nähtävissä kuntalain säännöksille asetettujen tavoitteiden mukaisia muutoksia. Kuntayhtymien, erityisesti sairaanhoitopiirien alijäämät ovat pienentyneet ja ns. kriisikuntakriteerit täyttyvien kuntien määrä on vähentynyt.

3 Omaisuusjärjestelyjen vaikutukset kuntiin ja maakuntiin

3.1 Kuntavaikutukset

3.1.1 Uudistuksen välittömät vaikutukset

Vaikutukset kuntien taseisiin

Tehtävien siirron ja siihen liittyvien omaisuusjärjestelyjen seurauksena sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymäosuudet sekä sosiaali- ja terveystoimeen ja pelastustoimeen liittyvä irtaimisto siirtyisivät kuntien omistuksesta maakuntien ja niitä palvelevan palvelukeskuksen omistukseen. Edellä mainittu omaisuus poistuisi kuntien taseista.

Lähtökohtaisesti omaisuuden siirrolla olisi negatiivinen vaikutus kuntien tuloksiin. Koska kyse on poikkeuksellisesta ja mittakaavaltaan erittäin suuresta julkisen sektorin palvelujen järjestämiseen liittyvästä muutoksesta, kuntayhtymäosuuksien ja irtaimiston poistuminen kunnan taseesta olisi perusteltua kattaa ilman tulosvaikutusta kirjanpidollisesti kunnan peruspääomaa alentamalla. Kunnan peruspääoman alentamisen periaatteita on käsitelty kirjanpitolautakunnan kuntajaoston lausunnossa 77/2006 sekä taseen laadintaa koskevassa yleisohjeessa. Tasetta koskevan yleisohjeen mukaan määrätyt oman pääoman erät ovat pysyväisluonteisia siten, että niitä voidaan lisätä tai vähentää vain erityisestä syystä. Pysyväisluonteisiin kunnan oman pääoman eriin kuuluu peruspääoma. Peruspääoman alentamisen perusteena voi olla pysyvien vastaavien määrän pysyvä alentuminen joko omaisuuden luovutuksen, menetyksen tai ylimääräisten poistojen taikka arvonalentumisten seurauksena.

Kunnan peruspääoma on muodostettu nykyiseen kirjanpitojärjestelmään siirryttäessä 1.1.1997. Tuolloin ns. aloittavaan taseeseen selvitettiin kunnan omaisuus hankintamenoon ja taannehtiviin suunnitelman mukaisiin poistoihin pohjautuen sekä vieras pääoma. Erotuksesta muodostui kunnan oma pääoma, josta suositeltiin muodostettavaksi peruspääoma. Osa kunnista merkitsi osan omasta pääomasta rahastoiksi, minkä vuoksi peruspääoman määrä kuntien välillä ei ole vertailukelpoinen. Eroja kuntien (ja myös kuntayhtymien) välillä aiheuttaa myös se, että ohjeet peruspääoman alentamisesta ja korottamisesta annettiin vasta vuodesta 2006 alkaen.

Peruspääoman alentaminen tarkoittaa, että luovutuksen yhteydessä kirjanpidossa realisoitunutta tappiota ei tarvitsisi kattaa lisätuloilla, vaan alijäämä tältä osin katetaan kirjanpidossa oman pääoman erien välisenä siirtona. Näin toimittaessa kuntayhtymäosuuksien ja irtaimiston poistuminen ei aiheuttaisi muutoksia kuntien taseisiin kertyneisiin yli- tai alijäämiin, vaan vaikutus kohdistuisi kertaluonteisesti kunnan omavaraisuusasteeseen.

Omavaraisuusaste mittaa vakavaraisuutta, alijäämän sietokykyä ja kykyä selviytyä sitoumuksista pitkällä aikavälillä. Omavaraisuusaste lasketaan siten, että oma pääoma, poistoero ja vapaaehtoiset varaukset lasketaan ensin yhteen. Saatua summa jaetaan taseen vastaavien loppusumman ja saatujen ennakoiden erotuksella. Lopputulos muunnetaan tämän jälkeen prosenteiksi. Kunnan omavaraisuuden tavoitetasona pidetään yli 50 prosenttia, tätä alemman tason katsotaan kertovan merkittävästä velkarasitteesta. Rahoitusmarkkinoilla kuntien vakavaraisuus arvioidaan lähtökohtaisesti verotusoikeuden pohjalta. Eräät rahoituslaitokset käyttävät saatujen tietojen yhtenä luottosopimuksen erityisehtona myös kunnan omavaraisuusastetta, mutta tällainen käytäntö ei valmistelun yhteydessä käytettävissä olleiden tietojen mukaan ole ilmeisesti kovin laajaa.

Vuoden 2015 tilinpäätösten ennakkotietojen mukaan kuntien keskimääräinen omavaraisuusaste oli 60,2 prosenttia vuonna 2015. Omavaraisuusaste oli 131 kunnalla alle 50 prosenttia. Omavaraisuusasteet vaihtelevat huomattavasti kuntakokoluokittain, alimmillaan se on ollut 10 001 -20 000 asukkaan kunnissa. Omavaraisuusasteet ovat tilastotietojen mukaan laskeneet koko 2000 –luvun ajan.

Valmistelun yhteydessä arvioitiin vuoden 2014 tilinpäätöstietojen perusteella sairaanhoitopiirien jäsenkuntaosuuksien poistumisen vaikutusta kuntien omavaraisuusasteeseen. Arviointi tehtiin kaikkien sairaanhoitopiirien osalta siten, että sairaanhoitopiirien jäsenkuntien taseista poistettiin kuntayhtymän taseesta ilmenevä jäsenkunnan osuus kuntayhtymän peruspääomaan ja tämän jälkeen laskettiin kunnan uusi omavaraisuusaste. Sairaanhoitopiirien peruspääomien yhteismäärä on vuoden 2014 tilinpäätöstietojen mukaan noin 1,6 miljardia euroa. Arviointi tehtiin siis kuntayhtymien taseista ilmenevien tietojen perusteella. Osuus kuntayhtymästä esitetään jäsenkunnan taseessa (sijoitusten osakkeissa ja osuuksissa) hankintamenona. Kunnan taseessa esitettävä hankintameno ja kuntayhtymän taseessa esitettävä jäsenkunnan osuus kuntayhtymän peruspääomasta eivät välttämättä vastaa toisiaan, koska kuntayhtymän peruspääoman jakautumisessa on voitu ottaa huomioon kuntayhtymän saama valtionosuus, jota kuntien ja kuntayhtymien suunnitelman mukaisia poistoja koskevan yleisohjeen mukaan ei jäsenkunnassa kirjata tuloslaskelmaan eikä taseeseen. Kuntayhtymän saaman valtionosuuden jälkeen kuntayhtymän taseeseen merkitty jäsenkunnan peruspääomaosuus ei tämän jälkeen vastaa jäsenkunnan taseeseen merkittyä kuntayhtymäosuutta. Valmistelun yhteydessä tutkittiin yhden sairaanhoitopiirin osalta, miten kuntayhtymän taseessa olevan jäsenkuntaosuus ja jäsenkunnan taseessa oleva hankintameno eroavat toisistaan. Tutkitussa esimerkkitapauksessa yhden jäsenkunnan osalta ero oli noin miljoona euroa ja yhden jäsenkunnan osalta eroa ei ollut lainkaan.

Sairaanhoitopiirien maakuntiin siirtämisestä johtuva kuntien omavaraisuusasteiden kertaluonteinen muutos oli arvioinnin mukaan alimmillaan 0,5 prosenttiyksikköä ja korkeimmillaan 12,6 prosenttiyksikköä. Suurimmassa osassa kuntia vaikutus oli 2 – 5 prosenttiyksikön välillä. Omavaraisuusaste oli ennen vuonna 2015 voimaantullutta kuntalain uudistusta yksi erityisen vaikeassa taloudessa asemassa olevan kunnan arviointikriteerien

tunnuslukuista eli ns. kriisikuntakriteereistä ja sille asetettu vaatimus oli 50 prosenttia. Voimassa olevassa laissa omavaraisuusaste on poistettu arviointikriteerien joukosta. Vuoden 2014 tilinpäätöstietojen perusteella laskettuna omavaraisuusaste putoaisi 40 kunnalla sairaanhoitopiirin kuntayhtymäosuuden poistumisen vuoksi alle 50 prosentin. Kanta-Hämeen, Etelä-Karjalan, Länsi-Pohjan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueella muutos ei aiheuttaisi yhdellekään kunnalle omavaraisuusasteen putoamista alle 50 prosentin.

Kuntien konsernitilinpäätöksen tasolla vaikutus omavaraisuusasteeseen olisi pienempi, koska konsernitilinpäätöksiin yhdisteltävät osuudet sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymien veloista poistuisivat. Vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan kuntien konsernitilinpäätöksistä poistuisi velkoja yhteensä noin 1,3 miljardia euroa sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen velkojen siirtyessä maakuntien vastuulle.

On oletettavaa, että omavaraisuusasteen putoaminen järjestelyjen seurauksena on kertaluonteinen tilanne, joka alkaa korjaantua, koska myös investointitarpeet taseesta poistuneeseen omaisuuteen poistuvat. Arvioinnissa on lisäksi otettava huomioon uudistuksen toteuttamisen aikajänne. Arviot on tässä vaiheessa tehty vuoden 2014 tilinpäätöstietojen perusteella ja järjestelyt toteutuvat vasta vuoden 2019 alussa.

Sairaanhoitopiirien jäsenosuuksien lisäksi kuntien taseista poistuisivat myös osuudet erityishuoltopiirien kuntayhtymiin sekä maakunnan liittojen kuntayhtymiin. Maakunnan liitoista kaksi ylläpitää myös aluepelastuslaitosta.

Erytishuoltopiirejä on 16 ja niistä 9 on liitetty sairaanhoitopiirin toimintaan. Erillisiä erityishuoltopiirin kuntayhtymiä 5 ja lisäksi Helsingin kaupunki on yksi erityishuoltopiiri. Edellä mainitussa viidessä erityishuoltopiirin kuntayhtymässä on yhteensä 193 jäsenkuntaa ja niiden taseiden yhteenlaskettu loppusumma oli vuoden 2014 tilinpäätöstietojen mukaan yhteensä noin 137,5 miljoonaa euroa. Vastaava luku sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä oli 3,9 miljardia euroa, josta pysyvien vastaavien osuus oli noin 3,2 miljardia euroa. Pysyvien vastaavien erästä sairaanhoitopiirien rakennusten osuus puolestaan on noin 2 miljardia euroa. (Taseen vastaavat muodostuvat seuraavista taseen eristä: pysyvät vastaavat, toimeksiantojen varat, vaihtuvat vastaavat.) Maakuntien liittojen kuntayhtymien osalta on tarkasteltu vain pysyvien vastaavien määrää kuntayhtymien taseissa. Tämä johtuu siitä, että maakunnan liittojen toimintaan liittyvät aluekehitystehtävät näkyvät muun muassa toimeksiantojen varoissa ja vaihtuvissa vastaavissa. Vuoden 2014 tilinpäätöstietojen mukaan maakunnan liittojen kuntayhtymien pysyvien vastaavien määrä oli yhteensä noin 13 miljoonaa euroa.

Erytishuoltopiirien jäsenkuntaosuuksien ja maakunnan liittojen poistumisen vaikutusta jäsenkuntien omavaraisuusasteisiin ei ole valmistelun yhteydessä erikseen arvioitu, mutta edellä todettujen taseiden loppusummatietojen ja kyseisten kuntayhtymien jäseninä olevien kuntien määrän perusteella voidaan arvioida, että poistumisen vaikutus jäsenkuntien omavaraisuusasteisiin olisi

hyvin pieni. Myöskään Helsingin kaupungin muodostaman erityishuoltopiirin käytössä olevaa omaisuutta ja sen poistumisen vaikutusta ei ole valmistelun yhteydessä erikseen arvioitu, koska käytettävissä ei ole ollut tietoja, joiden perusteella arviointi olisi voitu tehdä.

Pelastustoimen, sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon käytössä olevan irtaimen, erityisesti koneiden ja kaluston osuuteen kuntien taseissa vaikuttaa huomattavasti niiden rahoitustapa. Merkittävä osa koneista ja laitteista hankitaan nykyisin leasingrahoituksella, jolloin niiden hankinta näkyy vain kunnan käyttötalousmenoissa. Jos laitteistoja on hankittu kunnan omistukseen, koneiden ja laitteiden poistoaajat ovat huomattavasti lyhyemmät kuin esimerkiksi rakennusten.

Pelastustoimen alueita on 22 ja niistä 20 toimii vastuukunnan yhteydessä liikelaitoksena tai taseyksikkönä. Aluepelastuslaitoksia perustettaessa vuonna 2004 kuntien omistama pelastustoimen irtaimisto siirrettiin aluepelastuslaitoksia ylläpitäville vastuukunnille ja kahdelle maakuntakuntayhtymälle korvauksetta. Pelastuslaitosten irtaimisto siirtyisi nyt vastuukuntien omistuksesta maakunnille ja kuten edellä on jo todettu, kirjanpidollinen menettely olisi sama kuin kuntayhtymäosuusien osalta. Koska aluepelastuslaitokset toimivat vastuukunnissa joko taseyksikköinä tai liikelaitoksina, niiden käytössä olevan irtaimen omaisuuden arvo on kohtuullisen yksinkertaisesti erotettavissa vastuukunnan muusta omaisuudesta.

Jyväskylän kaupungin liikelaitoksena toimivan Keski-Suomen pelastuslaitoksen taseen vastaavien loppusumma oli vuoden 2014 tilinpäätöksessä 8,07 miljoonaa euroa, josta koneet ja kalusto olivat 4,4 miljoonaa euroa. Jyväskylän kaupungin taseen vastaavien loppusumma oli kokonaisuudessaan 997,4 miljoonaa euroa, joten Keski-Suomen pelastuslaitoksen koneiden ja kaluston osuus tästä oli 0,44 prosenttia. Vantaan kaupungin taseen loppusumma vuonna 2014 oli 2,13 miljardia euroa, josta liikelaitoksena toimivan Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen koneiden ja kaluston osuus oli 4,42 miljoonaa euroa. Pelastuslaitoksen koneet ja kalusto muodostivat siis Vantaan kaupungin taseen loppusummasta 0,21 prosenttia. Tampereen kaupungin taseyksikkönä toimivan Pirkanmaan aluepelastuslaitoksen koneiden ja kaluston tasearvo vuonna 2014 oli 6,14 miljoonaa euroa, mikä muodosti 14,75 prosenttia koko kaupungin koneiden ja kaluston tasearvosta ja 0,32 prosenttia koko kaupungin taseen vastaavista.

Sosiaali- ja terveystoimen käytössä olevan irtaimiston osuuden määrittäminen kuntien omaisuudesta ja taseiden loppusummista on valmistelun yhteydessä käytettävissä olleiden tietojen perusteella käytännössä erittäin hankalaa. Kyseistä irtaimistoa voi olla taseen useissa eri erissä, mutta oletettavaa on, että pääosa esimerkiksi perusterveydenhuollon laitteistoista ilmoitettaisiin kirjanpitolautakunnan tasetta koskevan yleisohjeen mukaisesti taseen koneet ja kalusto erässä. Kuntien tilinpäätöksissä koneet ja kalusto ilmoitetaan yhteissummalla eikä tilinpäätösten liitetiedoista tai muista vastaavista tiedoista saada suoraan selville, mikä osuus koneista ja kalustosta on sosiaali- ja terveystoimen käytössä. Täsmällinen tieto olisi saatavissa vain kuntakohtaisen tarkastelun avulla, jolloin käytettävissä olisi kunkin kunnan käyttöomaisuuskirjanpito. Jos kunnan perusterveydenhuolto, työterveyshuolto

tai esimerkiksi osa perusterveydenhuollosta, kuten suun terveydenhuolto on liikelaitostettu tai muodostettu taseyksiköksi, kyseinen irtaimen omaisuuden määrää koskeva tieto on löydettävissä myös kunnan tilinpäätökseen kuuluvista, liikelaitosten erityyppisistä tilinpäätöksistä.

Arvioinnin yhteydessä on tarkasteltu joitakin kuntia, joissa ainakin osia sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoista on liikelaitostettu tai muodostettu taseyksiköksi. Hollolan kunnan taseyksikkönä toimii peruspalvelukeskus Oiva, joka tuottaa sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon palvelut Hollolan kunnan lisäksi Asikkalan, Kärkölan ja Padasjoen kunnille. Taseyksikön taseen loppusumma vuonna 2014 oli 15,6 miljoonaa euroa, josta vaihtuvat vastaavat eli käytännössä rahavarat ja saamiset muodostivat 15,4 miljoonaa euroa ja pysyvät vastaavat eli aineettomat hyödykkeet sekä koneet ja kalusto yhteensä 131 766 euroa. Koneiden ja kaluston osuus tästä summasta oli 59 962 euroa. Rakennuksia ja maa-alueita ei taseyksiköllä ollut. Koko Hollolan kunnan koneiden ja kaluston yhteismäärä taseessa oli 1,41 miljoonaa euroa, joten sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon taseyksikköön siirretty osuus kaikista Hollolan kunnan taseessa olevista koneista ja kalustoista olisi 4,25 prosenttia ja Hollolan kunnan taseen koko loppusummasta 0,38 prosenttia.

Vantaan kaupungin tilinpäätöksessä vuodelta 2014 koneiden ja kaluston tasearvo oli 16,89 miljoonaa euroa. Kaupunki on liikelaitostanut suun terveydenhuollon ja työterveyshuollon. Työterveyshuollon liikelaitoksen koneiden ja kaluston tasearvo oli 24 539 euroa ja koko taseen loppusumma 2,5 miljoonaa euroa, josta pääosa eli 1,9 miljoonaa muodostivat saamiset. Suun terveydenhuollon liikelaitoksen koko taseen loppusumma oli 6,65 miljoonaa euroa, josta koneet ja kalusto muodostivat 200 128 euroa. Työterveyshuollon ja suun terveydenhuollon yhteenlaskettu koneiden ja kalustojen osuus koko kaupungin koneista ja kalustosta oli siis noin 1,33 prosenttia ja kaupungin koko taseen loppusummasta 0,01 prosenttia.

Tampereen kaupungin vuoden 2014 tilinpäätöksessä on eriytetty avopalveluiden, laitoshoidon ja kaupungin järjestämän erikoissairaanhoidon tilinpäätökset. Kyseisten toimintojen yhteenlasketut taseet olivat 54,18 miljoonaa euroa. Tästä koneiden ja kaluston osuus oli 6,76 miljoonaa euroa. Koko Tampereen kaupungin taseen loppusumma oli 1,906 miljardia euroa, josta koneiden ja kaluston osuus oli 41,60 miljoonaa euroa. Avopalveluiden, laitoshoidon ja kaupungin järjestämän erikoissairaanhoidon käytössä olevien koneiden ja kaluston osuus oli koko kaupungin koneiden ja kaluston osuudesta 16,26 % ja koko taseen loppusummasta 0,35 prosenttia. Vuoden 2014 tilinpäätöstiedoilla arvioituna sosiaali- ja terveydenhuollon käytössä olevien koneiden ja kalustojen poistuminen Tampereen kaupungin omistuksesta heikentäisi kaupungin omavaraisuusastetta noin 0,1 prosenttiyksikköä. Kun vaikutukseen lisätään aluepelastuslaitoksen koneiden ja kaluston poistuminen kaupungin taseesta, vaikutus olisi yhteensä noin 0,21 prosenttiyksikköä.

Edellä esitetyn perusteella voidaan arvioida, että pelastuslaitosten, sosiaalihuollon sekä perusterveydenhuollon irtaimen omaisuuden poistuminen kuntien omistuksesta vaikuttaisi vain vähäisessä määrin kuntien omavaraisuusasteisiin.

Kunnan järjestämän sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen toimintaan saattaa liittyä myös osakeyhtiömuodossa omistettua omaisuutta, kuten kiinteistöosakeyhtiöiden tai muiden osakeyhtiöiden osakkeita. Vaikka edellä mainitut osakkeet ovat irtainta omaisuutta, ne eivät siirtyisi maakunnalle, vaan maakunnalle siirtyisi vain kiinteistöosakeyhtiön kanssa tehty vuokrasopimus sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen toimitiloista. Maakunnalle siirtyisivät kuitenkin kunnan omistamat, sellaisen osakeyhtiön osakkeet, jonka tosiasiallinen päätoimiala on sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen. Lisäksi edellytettäisiin, että yhtiö on kirjanpitolain (1336/1997) 1 luvun 6 - 8 §:n tarkoittamalla tavalla kunnan tytäryhteisö, omistusyhteyssyritys tai osakkuusyritys ja että kunnalla on yhtiön kanssa 1.1.2019 voimassa oleva sopimus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta. Valmistelun yhteydessä tehtyjen selvitysten mukaan kuntia, jotka omistavat edellä kuvatun kaltaisia osakkeita, on noin 20. Käytettävissä ei kuitenkaan ole ollut tietoa siitä, millä arvolla kyseiset osakkeet ovat kuntien taseissa. Osakkeiden siirto toteutettaisiin kunnan kirjanpidossa samoilla periaatteilla kuin irtaimen omaisuuden ja kuntayhtymien jäsenkuntaosuuksien siirto eli kunnan peruspääomaa alentamalla.

Maakuntaan siirrettävien kuntayhtymien alijäämät

Sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymien jäsenkuntien on katettava kuntayhtymän taseeseen mahdollisesti kertynyt alijäämä ennen kuntayhtymän siirtämistä maakuntaan. Kuntalain (410/2015) säännösten mukaan jäsenkunnat vastaavat kuntayhtymän rahoituksesta ja alijäämistä eli velvoite alijäämän kattamiseen on riippumaton sote- ja maakuntauudistuksesta. Alijäämiä on kertynyt erityisesti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien taseisiin, joskin ne ovat vuoden 2015 ennakkolisten tilinpäätöstietojen mukaan pienentyneet vuoden 2015 aikana merkittävästi. Sairaanhoitopiirien taseisiin kertyneet alijäämät ovat vuoden 2015 ennakkotietojen mukaan noin 93,5 miljoonaa euroa. Erityishuoltopiirien alijäämät ovat ennakkotietojen mukaan yhteensä noin 1,5 miljoonaa euroa. Merkittäviä, yli 10 miljoonan euron alijäämiä on vuoden 2015 ennakkotietojen mukaan Etelä-Karjalan, Kanta-Hämeen, Pohjois-Savon, Kymenlaakson ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireillä.

[kuntakohtaiset vaikutustiedot täydentyvät myöhemmin]

Mikäli maakuntaan siirtyvän kuntayhtymän taseeseen on kertynyt ylijäämiä, jäsenkunnilla olisi mahdollisuus päättää ylijäämän käsittelystä kuntayhtymän perussopimuksen mukaisesti ennen kuntayhtymän siirtämistä maakuntaan. Merkittäviä, yli 10 miljoonan euron ylijäämiä on vuoden 2015 ennakkolisten tilinpäätöstietojen perusteella erityisesti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä, Vaasan sairaanhoitopiirillä sekä Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirillä.

Kuntien vastuut ja sitoumukset, poistot ja käyttötaloustulot

Uudistuksen vaikutuksia kuntien tuloihin ja käyttötaloudenmenoihin käsitellään tarkemmin kuntien rahoitusta ja valtionosuuksia koskevassa hallituksen

esityksen osassa. Omaisuusjärjestelyjen seurauksena kuntien tuloissa tapahtuisi jonkin verran muutoksia. Kunnat alkaisivat saada ulkoista vuokratuloa sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen käytössä olevista toimitiloista siirtymäkauden eli vähintään kolmen vuoden ajan. Siirtymäkauden vuokrasopimuksen mukaisen vuokran tulisi kattaa kunnalle toimitilasta aiheutuvat kohtuulliset pääomakustannukset ja tilojen ylläpitokustannukset. Siirtymäkauden eli vuoden 2021 jälkeistä tilannetta on käsitelty erikseen jäljempänä.

Jos kunnan perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto on jo tällä hetkellä järjestetty joko sairaanhoitopiirin toimesta tai muulla yhteistoimintajärjestelyllä, kunnan omistamat toimitilat on pääsääntöisesti jo nyt vuokrattu sairaanhoitopiirille, perusterveydenhuollosta sekä sosiaalitoimesta vastaavalle kuntayhtymälle tai vastuukunnalle. Näiden kuntien tuloissa ei käytännössä juurikaan tapahtuisi muutoksia ensimmäisten kolmen vuoden eli vuosien 2019 - 2021 aikana. Ainoa muutos olisi, että sairaanhoitopiirin, muun kuntayhtymän tai vastuukunnan sijasta maakunta tulisi kunnan vuokralaiseksi. Myös aluepelastuslaitokset toimivat tällä hetkellä kunnilta vuokratuissa toimitiloissa ja tilanne jatkuisi ensimmäiset kolme vuotta käytännössä ennallaan.

Ne kunnat, jotka tällä hetkellä järjestävät perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen itse, saisivat ulkoista vuokratuloa omistamistaan toimitiloista ainakin vuosien 2019 - 2021 ajan. Jos kunnalla on ollut käytössä sisäisen vuokran järjestelmä, sisäinen vuokra lähtökohtaisesti muuttuisi ulkoiseksi tuloksi. Vastaavasti, jos kunnan sosiaali- ja terveystoimen tai pelastustoimen käytössä olevat tilat olisi vuokrattu ulkopuolisilta tahoilta, vuokrameno poistuisi muiden sosiaali- ja terveystoimeen sekä pelastustoimeen liittyvien kustannusten tavoin kunnan käyttötalousmenoista.

Kuntien tuloista poistuisivat sairaanhoitopiirien, erityishuoltoapiirien ja maakunnan liittojen mahdollisesti maksamat korot jäsenkuntien peruspääomaosuuksille. Koronmaksuvelvollisuuden osalta käytännöt vaihtelevat huomattavasti kuntayhtymittäin. Valmistelun yhteydessä käytettävissä olleiden tietojen mukaan ainakin Pirkanmaan, Helsingin ja Uudenmaan, Pohjois-Savon, Varsinais-Suomen, Lapin, Kainuun, Vaasan ja Satakunnan sairaanhoitopiirien kuntayhtymät maksavat korkoa peruspääomastaan jäsenilleen. Koronmaksutapa ja korkokanta kuitenkin vaihtelevat huomattavasti. Osassa edellä mainituistakin sairaanhoitopiireistä maksettavan koron määrä on vuosittain viimesijassa yhtymävaltuuston päätöksenteon varassa ja osassa korko on huomioitu palveluiden hinnoissa. Edellä mainituista syistä jäsenkuntaosuuksille maksettavan koron merkitystä kuntien taloudelle ei ole pystytty valmistelun yhteydessä aukottomasti arvioimaan. Oletettavaa kuitenkin on, että koron merkitys on jäänyt kuntien tulokertymässä käytännössä sangen vähäiseksi.

Omaisuusjärjestelyillä ei olisi vaikutuksia kuntien velkojen määrään eli kuntien vastuulla olevat velat säilyisivät ennallaan. Siirtymäkauden jälkeistä tilannetta on myös velkojen osalta arvioitu erikseen jäljempänä. Järjestelyt vaikuttaisivat sen sijaan kuntien konsernitilinpäätöksissä ilmaistaviin konsernivelkojen määriin, sillä konsernitilinpäätöksiin yhdisteltävät osuudet sairaanhoitopiirien, erityishuoltoapiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymien veloista poistuisivat.

Vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan kuntien konsernitilinpäätöksistä poistuisi velkoja yhteensä noin 1,3 miljardia euroa sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen velkojen siirtyessä maakuntien vastuulle. Kuntien konsernivetot ovat vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan kokonaisuudessaan yhteensä 32,7 miljardia euroa.

Sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen irtainta omaisuutta, kuten koneita ja kalustoa koskevat leasingrahoitusvastuut poistuisivat kunnilta ja siirtyisivät maakunnalle. Kuten edellä on jo todettu, merkittävä osa sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen koneista ja kalustoista on rahoitettu leasingrahoituksella, jonka kustannukset näkyvät kuntien käyttötalousmenoissa. Siirtyvien vastuiden täsmällinen euromäärä on kuitenkin saatavissa selville vain kunkin kunnan tilannetta erikseen tarkastelemalla.

Edellä on jo todettu, että noin 20 kunnan omistamat, pääasiallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavien osakeyhtiön osakkeet siirtyisivät maakunnalle, jos yhtiö on kirjanpitolain (1336/1997) 1 luvun 6 - 8 §:n tarkoittamalla tavalla kunnan tytäryhteisö, omistusyhteisyrittäjä tai osakkuusyrittäjä ja jos kunnalla on yhtiön kanssa 1.1.2019 voimassa oleva sopimus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tuottamisesta. Jos kunta olisi antanut takaussitoumuksen tällaisen yhtiön puolesta, takausvastuu poistuisi kunnalta.

Kuntien poistosuunnitelmiin ja poistotasoihin järjestelyillä ei olisi merkittäviä vaikutuksia. Siirtymäkauden ajan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen käytössä olevat toimitilat pysyisivät edelleen kuntien omistuksessa ja niihin kohdentuvat poistot jatkuisivat nykyisellään. Sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen irtaimen omaisuuden eli lähinnä koneisiin ja kalustoon kohdistuvat poistot sen sijaan poistuisivat kuntien tuloslaskelmista. Tämän muutoksen vaikutus kuntien tilinpäätösten tuloksiin on kuitenkin erittäin vähäinen tai käytännössä lähes olematon osittain juuri edellä kerrotun koneiden ja kaluston rahoitusratkaisujen, mutta myös irtaimen omaisuuden lyhyiden poistoaikojen vuoksi.

Kunnilta poistuisi merkittävä määrä sopimuksiin liittyviä vastuita, kun sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä pelastustoimea koskevat sopimukset siirtyisivät maakunnan vastuulle. Palvelu-, hankinta-, vuokra- ja muiden sopimusten perusteella syntyvät kustannukset ovat kunnan käyttötalousmenoja, joiden siirtymistä on tarkemmin käsitelty rahoitusta ja kuntien valtionosuuksia koskevassa hallituksen esityksen osassa. Sopimusten maakunnalle siirtämiseen liittyvää hallinnollista tehtävää on käsitelty jäljempänä.

Vaikutukset kuntayhtymiin sekä kuntakonsernien rakenteisiin ja toimintaan

Uudistus vaikuttaa myös muiden sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien kuin sairaanhoitopiirien ja erityishuoltopiirien toimintaan. Myös vapaaehtoisten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien varsinainen toiminta siirtyy maakuntien järjestämisvastuulle. Näihin kuntayhtymiin lukeutuisivat muun muassa kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun lain (169/2007) eli ns.

Paras –lainsäädännön säännöksiin liittyen perustetut kuntayhtymät. Omaisuusjärjestelyjen osalta näihin ns. vapaaehtoiisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiin sovellettaisiin kuntaa koskevia säännöksiä. Tämä tarkoittaisi käytännössä, että maakunta vuokraisi näiltä kuntayhtymiltä toimitilat samalla tavoin ja samoilla periaatteilla kuin kunnilta. Lisäksi kyseisten kuntayhtymien irtaimisto ja sopimukset siirtyisivät maakunnalle niiltä osin kuin irtaimisto ja sopimukset liittyisivät maakunnan järjestämisvastuulle kuuluviin palveluihin. Kuntayhtymän varsinaisen toiminnan siirtyessä maakunnalle, kuntayhtymän toiminta rajautuisi tämän jälkeen kiinteistöjen omistamiseen ja vuokranantajana toimimiseen, jollei kuntayhtymällä olisi perussopimuksensa mukaisesti muitakin kuin sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyviä tehtäviä. Todennäköistä on, että nämä ns. kiinteistö kuntayhtymiksi muuttuneet kuntayhtymät jäsenkuntien päätöksillä muutettaisiin jollakin aikajänteellä osakeyhtiöiksi.

Maakuntiin siirrettäville kuntayhtymille syntyy omaisuusjärjestelyihin liittyen selvitystehtävä. Kuntayhtymien tulisi tehdä maakunnalle 31.5.2018 mennessä yksityiskohtainen selvitys maakunnalle siirtyvästä omaisuudesta, maakunnan vastuulle siirtyvistä veloista ja muista sitoumuksista, vastuista ja sopimuksista, kuntayhtymän omaisuuden kirjanpidollisen arvostuksen perusteista sekä sellaisista olennaisista omaisuuserissä tapahtuneista muutoksista ja toiminnallisista sekä taloudellisista riskeistä, jotka eivät ilmene kuntayhtymän viimeisimmästä tilinpäätöksestä tai konsernitilinpäätöksestä. Selvitys perustuisi käytännössä kuntayhtymän tilinpäätökseen vuodelta 2017, mutta sen tekeminen muodostaisi kuntayhtymille uuden, kertaluonteisen hallinnollisen tehtävän.

Omaisuusjärjestelyillä ei olisi suoraa vaikutusta kuntakonsernien rakenteisiin tai toimintaan, sillä sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakuntien liittojen kuntayhtymät eivät kuulu minkään kunnan konserniin. Edellä on jo todettu erikseen eräiden kuntien omistamista, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavista yhtiöistä. Näissä kunnissa järjestelyillä olisi vaikutusta myös konsernien rakenteisiin. Uudistus kokonaisuudessaan vaikuttaa kuitenkin huomattavasti kuntien tytäryhteisöjen toimintaan. Esimerkiksi kuntien omistamien ruoka-, siivous-, toimitila- ja ict-yhtiöiden toiminta tullee muuttumaan huomattavasti.

On myös todennäköistä, että kunnat alkavat siirtää omistamiaan, sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen käytössä olevia toimitiloja perustettavien tai jo omistamiensa osakeyhtiöiden omistukseen. Vuokranantajana toimiminen ei lähtökohtaisesti ole kunnan ydintoimintoja, joten on luontevaa, että toiminta vähitellen siirtyisi kuntien omista organisaatioista niiden tytäryhteisöille ja joissakin tapauksissa myös esimerkiksi kuntien yhteisesti omistamiin yhtiöihin.

Vaikutukset kuntien toimintaan ja hallintoon

Kuntien sekä edellä jo mainittujen ns. vapaaehtoisten sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymien olisi vuoden 2017 aikana tehtävä maakunnalle selvitys maakunnalle siirtyvästä irtaimesta omaisuudesta, sopimuksista ja toimitiloista. Selvitysten tekeminen ja vuokrasopimusten solmiminen edellyttää käytännössä neuvotteluja maakunnan kanssa. Siirtymävaihetta varten tehtävä

selvitys ja vuokrasopimukset olisivat kunnille uusi, kertaluonteinen hallinnollinen tehtävä, jonka laajuus ja vaatima työmäärä vaihtelisi kunnittain todennäköisesti huomattavasti. Jos kunnan sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on jo nykyisellään järjestetty yhteistoimintajärjestelyin, selvitystehtävä ja vuokrasopimusten tekeminen on todennäköisesti vähäisempi rasitus kuin niissä kunnissa, jotka järjestävät kyseiset tehtävät itse. Koska pelastustoimi on jo nykyisellään järjestetty aluepelastuslaitoksiin eli eriytetty vastuukuntien muusta toiminnasta, myös näiden osalta selvitystehtävä on oletettavasti kohtuullisen yksinkertaisesti toteutettava.

Sen jälkeen, kun siirtymävaiheen järjestelyt on toteutettu, kunnille syntyy hallinnollisia tehtäviä toimitilojen vuokrasopimusten ylläpitämisestä. Lisäksi kunnille tulevat vuokranantajan velvoitteet toimitiloihin liittyen. Kunnan nykyisestä organisaatiosta ja toimintavoista riippuu, miten suuria nämä muutokset ovat nykytilanteeseen verrattuna. Suurissa ja keskisuurissa kunnissa toimitilahallinto on jo nyt organisoitu eikä toimintaan välttämättä tulisi suuriakaan muutoksia. Pienemmissä kunnissa vuokranantajan asema ja sen tarkoittamat tehtävät ja velvoitteet saattavat sen sijaan vaatia organisaation ja toimintojen uudelleen järjestelyjä. Asiasta on todettu edellä myös kuntien konsernirakenteisiin liittyen.

3.1.2 Vaikutukset siirtymäaikana ja sen jälkeen

Maakunnan ja kunnan välillä solmittaisiin kunnan omistamien, sosiaali- ja terveystoimen tai pelastustoimen käytössä olevien toimitilojen hallinnasta vuokrasopimus siten, että se olisi voimassa vähintään 31.12.2021 saakka. Kunnilla ja maakunnalla olisi siis kolme vuotta aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen ja sen seurauksena syntyviin muutoksiin. Maakunnalla olisi yksipuolinen oikeus pidentää vuokrasopimuksen voimassaoloa vielä vuodella ja sen tulisi ilmoittaa tämän oikeutensa käyttämisestä kunnalle viimeistään 12 kuukautta ennen vuokrasopimuksen voimassaolon päättymistä. Maakunta päättää palveluverkostaan ja tarvitsemistaan toimitiloista itsehallintonsa puitteissa eli maakunnalla on ratkaisuvallta asiassa.

Maakunnalla on käytettävissään useita mahdollisuuksia toimitilojensa suhteen. Maakunta voi edelleen jatkaa toimintaa kunnalta vuokratuissa toimitiloissa, mikä todennäköisesti tulee olemaan pääasiallinen toimintamalli. Tällöin tiloihin mahdollisesti tarvittavat investoinnit tulisi tehdä tilat omistavan kunnan toimesta. Kunnan olisi tällöin itse arvioitava, miten maakunnan vaatimukset tiloihin tehtävistä investoinneista suhtautuvat solmittavien vuokrasopimusten keston. Käytännössä kysymys on tällöin siitä, riittääkö vuokratuotto syntyvien kustannusten kattamiseen ja myös pääoman kohtuulliseen tuottoon. Joissakin tapauksissa on myös mahdollista, että maakunta haluaa sitoutua kyseiseen toimitilaan niin pitkäksi aikaa, että valtakunnallisella toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus osakeyhtiöllä on peruste hankkia toimitila omistukseensa. Tällainen tilanne saattaa syntyä esimerkiksi silloin, jos toimitilan sijainti on maakunnan toiminnan kannalta perusteltu, mutta tilat vaativat esimerkiksi huomattavan investoinnin, johon kunta puolestaan tilojen omistajana ei ole halukas ryhtymään.

Maakunnan toimitilatarpeeseen vaikuttavat merkittävästi toimintaympäristön muutokset, jotka eivät ole suoraan johdettavissa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisvastuun siirrosta maakunnille. Tällaisia muutoksiin johtavia tekijöitä ovat muun muassa väestön ikääntyminen, työikäisen väestön siirtyminen kasvukeskuksiin sekä myös terveydenhuollon hoitokäytäntöjen muuttuminen ja digitalisaation seurauksena syntyvät muutokset. Samoista syistä seuranneita vastaavia muutoksia on ollut jo pitkään nähtävissä esimerkiksi perusopetuksen palveluverkossa.

Maakuntien päätöksiä palvelu- ja toimitilaverkosta ei voida useita vuosia etukäteen tyhjentävästi arvioida. Maakuntien toiminnan käynnistäminen vie väistämättä aikaa ja päätöksiä asiasta on todennäköisesti käytännössä mahdollista ryhtyä tekemään vasta vuoden 2019 jälkeen. Tilanteen arviointiin vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden valinnanvapauteen liittyvät kysymykset. Asiakkaiden valinnanvapaus saattaa johtaa siihen, että maakunnan toimitilatarpeet vähenevät entisestään. Asian monitahoisuuden vuoksi on siis käytännössä lähes mahdotonta arvioida, minkälainen maakuntien palvelu- ja toimitilaverkko on siirtymäkauden eli vuosien 2019 - 2021 jälkeen. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (Eksoten) toiminnan käynnistyttyä on vienyt useita vuosia ennen kuin alueen toimitilaverkkoa on voitu ryhtyä muuttamaan ja työ edelleen käynnissä. Joka tapauksessa on kuitenkin oletettavissa, että ainakin osa tällä hetkellä sosiaali- ja terveystoimen sekä pelastustoimen käytössä olevista toimitiloista jää tulevaisuudessa pois nykyisestä käytöstä.

Mikäli kuntien omistamia, tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen käytössä olevia tiloja jää tulevaisuudessa käyttämättömiksi, käyttökustannukset (esimerkiksi lämmityskustannukset) tyhjästä tiloista vaikuttavat kuntien tulokseen ja kerryttävät mahdollista alijäämää. Jos käyttämättömiksi jääneet tilat myydään alle tasearvon tai puretaan, toimenpiteestä syntyy kunnalle kertaluonteinen tulosvaikutus, joka osaltaan vaikuttaa kunnan mahdolliseen alijäämään. Kunnan taseeseen kertynyt alijäämä on puolestaan kuntalaissa (410/2015) tarkoitettu erityisen vaikeassa taloudellisessa asemassa olevan kunnan eli ns. kriisikunnan arviointikriteeri. Kuntalain 118 §:n arviointimenettelysäännökseen sisältyy kuitenkin valtionvarainministeriön harkinta-oikeus eli menettelyn käynnistyminen ei ole automaattista.

Rakennusten purkamisen tai tappiollisen myynnin seurauksena mahdollisesti syntyvien alijäämien määrään ja todennäköisyyteen vaikuttaa merkittävästi rakennusten ikä ja rakennukseen kohdistuva, kunnan taseessa oleva poistamaton hankintameno. Jos rakennus on rakennettu 1970 - 80 luvuilla eli aikaan, jolloin suuri osa esimerkiksi kuntien terveyskeskuksista on rakennettu, sen alkuperäistä hankintamenoa on jäljellä enää hyvin vähän kunnan taseessa ja tasearvoon vaikuttavat lähinnä mahdollisesti tehdyt peruskorjaukset.

Kuntatalouden kannalta on myös oleellista, minkä verran mahdollisesti tyhjiksi jäävissä tiloissa on kohtuullisen uusia tai vasta peruskorjattuja tiloja ja miten nämä investoinnit on rahoitettu. Kuntien velat eivät ole ns. korvamerkittyjä eli velkoja ei suoraan kohdenneta tiettyyn investointiin, vaan kunnan rahoitus ja

velanotto muodostaa kokonaisuuden. Useimmissa tapauksissa kuitenkin selvää, että jos vasta rakennettu tai peruskorjattu toimitila jää käyttämättömäksi, investointi rasittaa kunnan taloutta tyhjän tilan ylläpitämisestä aiheutuvien käyttötalousmenojen lisäksi investoinnin seurauksena otetun velan lyhennysten ja korkojen muodossa.

Mahdollisesti käyttämättömiksi jäävien tilojen määrä ja osuus kunnan omistamista toimitiloista tulisi todennäköisesti vaihtelevaan merkittävästi eri kunnissa. On oletettavaa, että kasvukeskuksissa ja niiden läheisyydessä tyhjiksi jäävien tilojen ongelma on väliaikainen ja poistuu kohtuullisen lyhyellä aikavälillä tilojen siirtyessä vähitellen muuhun käyttöön. On myös mahdollista ja jopa todennäköistä, että erityisesti kasvukeskuksissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapaus vaikuttaa tyhjiksi jäävien tilojen ongelmaa helpottavasti, jos yksityisen ja kolmannen sektorin palvelujen tarjoajat siirtyvät kyseisten tilojen käyttäjiksi maakunnan sijaan. Sen sijaan kasvukeskusten ulkopuolella ongelma saattaa muodostua pitkäaikaisemmaksi. Ongelman ajallista ulottuvuutta on lähes mahdoton arvioida, mutta vaikutukset tulevat todennäköisesti sängen pitkällä aikajänteellä. Jos kunta purkaa tai myy tasearvoa alhaisemmalla hinnalla maakunnan tekemien päätösten seurauksena käyttämättömäksi jääneen tilan, toimenpiteestä syntyvä tulosvaikutus voitaisiin todennäköisesti eliminoida kunnan peruspääomaa alentamalla.

Tilanteesta yksittäisille kunnille mahdollisesti aiheutuvia kuntataloudellisia ongelmia on lähtökohtaisesti valtion talousarvion rajoissa mahdollista pyrkiä auttamaan esimerkiksi kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetussa laissa säädetyllä harkinnanvaraisella valtionosuuden korotuksella, jolla on tarkoitettu tukea kuntaa nimenomaisesti tilapäisissä, kunnan vaikutusmahdollisuuksien ulottumattomissa olevissa taloudellisissa vaikeuksissa. Yksi vaihtoehto on myös valtionavustuslainsäädäntö ja sen nojalla valtion talousarvion rajoissa mahdollisesti myönnettävä avustus esimerkiksi purkukustannuksiin. Edellä on jo todettu, että on todennäköistä, että kunnat alkavat siirtää toimitilaomistuksiaan omistamiinsa tai kuntien yhteisesti omistamiin osakeyhtiöihin. Tällainen omistusten ja osaamisten keskittäminen auttaa osaltaan ratkaisemaan ongelmaa kuin myös se, että maakuntien omistaman valtakunnallisen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus osakeyhtiön tehtäväksi voitaisiin antaa kuntien tukeminen toimitilojen markkinoinnissa ja kiinteistökehityksessä.

3.2 Maakuntavaikutukset

Maakunnan omaisuus, velat ja sitoumukset

Maakunnille siirtyisivät sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymien kiinteä ja irtain omaisuus. Kuten edellä on jo todettu, vuoden 2014 tilinpäätösten mukaan sairaanhoitopiirien taseiden yhteenlaskettu loppusumma oli noin 3,9 miljardia euroa, josta pysyvien vastaavien osuus oli noin 3,2 miljardia euroa. Erityishuoltopiirien kuntayhtymien taseiden yhteenlaskettu loppusumma oli noin 137,5 miljoonaa euroa ja maakunnan liittojen kuntayhtymien pysyvien vastaavien määrä oli yhteensä noin 13 miljoonaa euroa.

Siirtyvistä kuntayhtymistä tuleva irtain omaisuus kiinteistöosakeyhtiöiden osakkeita lukuun ottamatta jäisi maakuntiin, mutta kiinteän omaisuuden ja edellä mainitut kiinteistöosakeyhtiöiden osakkeet maakunnat siirtäisivät edelleen maakuntien yhdessä omistamaan, valtakunnalliseen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus osakeyhtiöön. Kiinteän omaisuuden ja kiinteistöosakeyhtiöiden osakkeiden sijaan maakunnan omistukseen tulisivat siis valtakunnallisen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus osakeyhtiön osakkeet. Maakuntien yhdessä omistaman valtakunnallisen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskus osakeyhtiön roolina olisi maakuntien kanssa tehtyjen vuokrasopimusten perusteella tuottaa maakuntien tarvitsemat toimitilat ja toimitilainvestoinnit sekä asiantuntijapalvelut. Yhtiö olisi ns. in-house yhtiö, joka tuottaisi palveluja vain maakunnalle ja sen ei-kilpailutilanteessa toimiville organisaatioille.

Maakunnille siirtyisi vastuu sairaanhoitopiirien, erityishuoltopiirien ja maakunnan liittojen kuntayhtymien veloista ja sitoumuksista. Vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan sairaanhoitopiirien velat noin ovat noin 1,26 miljardia euroa ja erityishuoltopiirien velat noin 40 miljoonaa euroa. Maakunnille siirtyisi siis ensivaiheessa yhteensä noin 1,3 miljardin euron velkavastuu. Koska tämä velka kohdistuu pääasiassa sairaanhoitopiirien rakennuksiin, pääosa siitä siirtyisi kiinteistöjen mukana valtakunnalliselle toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskukselle. Maakunnat kuitenkin käytännössä vastaisivat velasta toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskukselle maksamiensa toimitilavuokrien muodossa. Tähän voisi laittaa lisää kiinteistöjen siirtymäkauden taloudellisesta rasituksesta maakunnille.

Erityisesti sairaanhoitopiireistä siirtyvään velkamäärään tulee vaikuttamaan myös se, miten sairaanhoitopiirien jäsenkunnat tulevat toimimaan kuntayhtymiin kertyneen ylijäämän suhteen. Joillekin sairaanhoitopiireille on kertynyt ylijäämiä, joiden käsittelystä jäsenkunnilla on oikeus päättää vuoden 2018 loppuun mennessä. Ylijäämien tulouttaminen kuntayhtymistä jäsenkuntiin saattaa käytännössä tarkoittaa, että kuntayhtymä joutuu ottamaan velkaa ylijäämän poismaksua varten.

Sairaanhoitopiireistä ja osin todennäköisesti myös erityishuoltopiireistä siirtyviin rakennuksiin sisältyy merkittävä määrä korjausvelkaa eli niihin kohdistuvat investointitarpeet ovat mittavat. Nämä tarpeet näkyvät jo nyt, sillä sairaanhoitopiireissä on käynnissä erittäin merkittäviä investointihankkeita, jotka siirtyvät maakuntien ja edelleen valtakunnallisen palvelukeskuksen vastuulle. Esimerkiksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin käynnistymässä oleva rakennushanke on arvioiduilta kustannuksiltaan lähes 0,5 miljardia euroa.

Edellä on kuntavaikutuksia koskevassa osiossa käsitelty mahdollisesti tyhjiksi jäävien toimitilojen kysymystä. Maakuntiin ja edelleen valtakunnalliseen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskuksen siirtyy erityisesti sairaanhoitopiireistä myös sellaisia toimitiloja ja rakennuksia, joille ei tulevaisuudessa ole välttämättä käyttöä. Tällaisia ovat erityisesti vanhat, suuret sairaalarakennukset, joissa on suuret määrät vuodeosastokäyttöön tarkoitettua tilaa. Hoitokäytäntöjen muuttuminen tulee tulevaisuudessa väistämättä

johtamaan siihen, että vuodeosastojen tarve vähenee huomattavasti. Tämän seurauksena maakuntien ja valtakunnallisen toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskusosakeyhtiön ratkaistavaksi tulee tulevaisuudessa väistämättä kysymys käyttämättömäksi jäävistä toimitiloista. Asia tulee vaikuttamaan myös maakuntien maksamiin toimitilavuokriin, koska tyhjien tilojen ylläpitokustannukset rasittavat joka tapauksessa palvelukeskuksen taloutta. Tilanteen taloudellisia vaikutuksia ei kuitenkaan vielä tässä vaiheessa pystytä tyhjentävästi arvioimaan.

Maakuntien vastuulle siirtyy myös huomattava määrä sopimukseen liittyviä vastuita ja velvoitteita sekä kunnista että maakuntiin siirrettävistä kuntayhtymistä. Sopimukseen sisältyy niin vuokrasopimuksia kuin palvelutuotantoon liittyviä sopimuksia. Yksityiskohtainen tieto maakuntien vastuulle siirtyvistä sitoumuksista saadaan kunnista vuoden 2017 loppuun mennessä ja siirrettävistä kuntayhtymistä toukokuun lopussa 2018. Maakuntaan siirrettävien kuntayhtymien on tehtävä 31.5.2018 mennessä maakunnalle yksityiskohtainen selvitys kuntayhtymän omaisuudesta; kuntayhtymän omaisuuden kirjanpidollisen arvostuksen perusteista; maakunnan vastuulle siirtyvistä veloista ja muista sitoumuksista, vastuista ja sopimuksista sekä sellaisista olennaisista omaisuuserissä tapahtuneista muutoksista sekä toiminnallisista ja taloudellisista riskeistä, jotka eivät ilmene viimeisimmästä tilinpäätöksestä.

Erityisesti sairaanhoitopiireistä maakunnalle siirtyy merkittävä määrä koneita ja kalustoja, joihin mahdollisesti liittyvät rahoitusvastuut, kuten esimerkiksi leasingsopimukset siirtyvät maakunnalle. Vastaavasti kunnista siirtyy niiden järjestämän perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen koneisiin ja laitteisiin liittyvät leasingsopimukset. Lisäksi maakunnan vastuulle siirtyisivät sairaanhoitopiirien vastuut potilasvahinkovastuuvakuutuksesta, jotka ovat vuoden 2015 tasossa noin 418 miljoonaa euroa.

Maakunnan toiminta

Maakuntien on jo vuoden 2018 aikana pystyttävä tekemään päätöksiä kuntayhtymistä siirtymässä olevan omaisuuden suhteen eli selvitetävä, mikä omaisuus siirtyy valtakunnalliselle toimitila- ja kiinteistöhallinnon palvelukeskukselle. Lisäksi maakunnan on kunnan kanssa tehtävä siirtymäkauden vuokrasopimukset ja valmistauduttava ottamaan vastaan sille siirtyvät vastuut kunnista siirtyvistä sopimuksista. Kuten jo edellä kuntien toiminnan osalta on todettu, kyseessä on mittava selvitystehtävä, joka vaatii toimivaa yhteistyötä kuntien kanssa. Maakunnan vastuulle siirtyviin velkoihin ja sitoumuksiin liittyen maakunnan olisi myös viimeistään 31.5.2018 lähetettävä kirjallinen ilmoitus maakunnan vastuulle siirtyvien velkojen, vastuiden ja sopimusten velkojille ja sopimusosapuolille. Maakunnan ilmoituksesta tulisi käydä ilmi, siirtyykö velka, vastuu tai sopimus maakunnalta edelleen 15 §:ssä tarkoitetulle kiinteistöosakeyhtiölle.

Omaisuusjärjestelyihin liittyvän siirtymäkauden aikana maakunnan tulisi ryhtyä valmistelemaan päätöksiä toimitila- ja palveluverkkoon liittyen. Siirtymäkauden aikana maakunnan tulisi siis muodostaa käsitys siitä, missä laajuudessa ja miltä

osin maakunta jatkaa vuokrasopimuksia kuntien omistamista toimitiloista. Päätöksentekoon asiassa vaikuttaa väistämättä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapaus. Valinnanvapaus synnyttää todennäköisesti myös tilanteen, jossa maakunta saattaa joutua erityisesti kasvukeskuksissa jonkinlaiseen kilpailutilanteeseen toimitiloista. Tilanne saattaa siirtymäkauden jälkeen aiheuttaa myös paineita toimitilavuokrien nousulle. Joissakin tilanteissa saattaa myös olla riskinä, että maakunnan järjestämät palvelut syrjäytyvät keskeisiltä toimipaikoilta.

Maakunnan päätöksentekoon toimitila- ja palveluverkkoon liittyen kohdistuu väistämättä myös alueellista poliittista painetta, joka saattaa joissakin tilanteissa johtaa epätarkoituksenmukaiseen toimitila – ja palveluverkkoon. Tämä puolestaan vaikuttaa suoraan maakunnan kustannuksiin ja vaikeuttaa osaltaan uudistukselle asetettujen taloudellisten tavoitteiden toteutumista. Toimitilojen sijoittumisen osalta maakunnat ovat myös riippuvaisia kuntien kaavoitus- ja tonttipoliittisista ratkaisuista. Maakuntien ja kuntien tulisikin pystyä toimivaan yhteistyöhön myös sen varmistamiseksi, että kaavoituksessa varmistetaan jatkossakin maakunnan järjestämisvastuulla olevien palveluiden erityistarpeet.

Valtion takausvastuut

Omaisuusjärjestelyjen seurauksena valtion takausvastuut olisivat kasvamassa. Maakuntiin siirrettävien kuntayhtymien siirtymävaiheen veloille ja niihin liittyville sitoumuksille myönnettäisiin valtioneuvoston takaus. Vuoden 2015 ennakkollisten tilinpäätöstietojen mukaan kyse olisi noin 1,3 miljardin euron vastuista.

Verotukseen liittyvät vaikutukset

Verotukseen liittyviä kysymyksiä ja vaikutuksia on käsitelty tarkemmin hallituksen esityksen verotusta koskevassa osassa. Omaisuusjärjestelyihin liittyy verotuksellisia kysymyksiä erityisesti varainsiirtoveron, tuloverotuksen ja arvonnäköverotuksen osalta.

4 Veromuutosten vaikutukset

Keskeneräinen luonnos – vaikutusarvioita ja tekstejä päivitetään vielä

Verotuksen painopisteen siirtäminen kunnilta valtiolle

Sote-uudistuksen yhteydessä tehtävien veromuutosten tarkoituksena on verotuottojen siirtäminen kunnilta valtiolle sote-palveluiden rahoittamiseksi. Muutosten toteuttamisen reunaehtona on hallituksen linjaus siitä, että kokonaisveroaste ei nouse ja työn verotus ei kiristy. Perustuslain näkökulmasta uudistus on toteutettava siten, että verotuksen alueelliset erot eivät uudistuksen seurauksena kasva kohtuuttomiksi, ja että uudistuksen vaikutukset kohdistuvat tasavertaisesti kansalaisille. Uudistus pyritään toteuttamaan siten, että nämä reunaehdot täyttyvät vuonna 2019. Muutoksen valmistelussa on lisäksi pyritty siihen, että valittava toteutustapa olisi selkeä ja verojärjestelmän näkökulmasta kestävä.

Tavoitteena on toteuttaa muutos siten, että se olisi verotuottojen kokonaismäärän ja verovelvollisten kannalta mahdollisimman neutraali. Verotusta ei ole tarkoitus kiristää eikä keventää. Kokonaisuutena muutos kuitenkin pienentää verotuloja hieman. Tämä johtuu siitä että ansiotuloverotuksen veroperustemuutokset on mitoitettu niin, että verotuksen kiristyminen pyritään minimoimaan kaikilla tulotasoilla. Tämän seurauksena joillakin tulotasoilla verotus kevenee hieman. Kyseessä on merkittävä rakenteellinen muutos verojärjestelmään, jossa muutetaan useita eri valtion- ja kunnallisverotuksen parametreja. Muutosta ei ole mahdollista toteuttaa siten, että yhdenkään verovelvollisen verotus ei lainkaan muuttuisi.

Manner-Suomen kuntien kunnallisverotulojen arvioidaan pienenevän yhteensä 11 820 miljoonaa euroa. Mikäli Ahvenanmaan kunnat soveltaisivat voimaanpanolain säännöstä ja alentaisivat kunnallisveroprosenttejaan samalla tavalla kuin Manner-Suomen kunnat, kunnallisveron tuoton arvioidaan alenevan edellä esitetyn lisäksi 60 miljoonalla eurolla. Valtion tuloveron tuoton arvioidaan kasvavan 11 780 miljoonaa euroa vuoden 2016 tasossa arvioituna. Kirkollisveron tuoton arvioidaan kasvavan noin 40 miljoonaa euroa. Arviossa ei ole huomioitu mahdollisia kirkollisveroprosenttien alentamisia. Kaiken kaikkiaan verotuottojen arvioidaan pienenevän yhteensä 60 miljoonaa euroa vuoden 2016 tasossa arvioituna.

Kuntien verotulojen osuus julkisen sektorin veroista ja maksuista alenisi nykyisestä noin 23 prosentista noin 11 prosenttiin ja valtion verotulojen osuus nousisi noin 47 prosentista noin 60 prosenttiin. Kunnallisveron osuus kuntien verotuloista alenisi nykyisestä noin 85 prosentista noin 75 prosenttiin. Kiinteistöveron osuus nousisi nykyisestä noin 7,5 prosentista noin 16,5 prosenttiin. Yhteisöveron osuus nousisi nykyisestä noin 7,5 prosentista noin 9,5 prosenttiin. Kokonaisveroaste ei muuttuisi uudistuksen seurauksena.

Laskelmat on tehty vuoden 2016 tasossa ja vuoden 2016 veroperustein. Ne päivitetään vuonna 2018 ennen uudistuksen voimaantuloa vuonna 2019 viimeisimpien käytettävissä olevien veropohja-arvioiden ja silloin voimassa olevia veroperusteita käyttäen.

Ansiotuloverotuksen muutokset

Vaikutukset eri veronsaajien verotuloihin

Ehdotettujen ansiotuloverotuksen muutosten arvioidaan vähentävän kunnallisveron tuottoa 11 320 miljoonalla eurolla ja kasvattavan valtion progressiivisen tuloveron tuottoa 11 255 miljoonalla eurolla ja pääomatuloveron tuottoa 25 miljoonalla eurolla vuoden 2016 tasossa arvioituna.

Ansiotuloverotuksen muutokset vaikuttavat pääomatuloveron määrään vähennysjärjestelmän kautta. Esimerkiksi kotitalousvähennys tehdään ensisijaisesti valtion tuloverosta. Vähennys tehdään ansiotuloista ja pääomatuloista suoritettavista veroista verojen määrien suhteessa. Kun ansiotuloveron määrä kasvaa, pääomatuloverosta vähennettävä määrä pienenee, mikä kasvattaa pääomatuloveron tuottoa.

Vaikka uudistuksessa on kyseessä verotulojen siirtäminen kunnilta valtiolle, sillä on vähennysjärjestelmän kautta vaikutuksia myös kirkollisveron ja sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksun tuottoon. Kun valtion progressiivisen tuloveron tuotto kasvaa, ensisijaisesti valtion ansio- ja pääomatuloverosta tehtävät vähennykset siirtyvät nykyistä enemmän valtion verosta tehtäviksi. Tästä johtuen kunnallisverosta, kirkollisverosta ja sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksusta tehtävien vähennysten määrä pienenee. Kunnallisveron osalta tämä on huomioitu kunnallisveroprosenttien alentamisen mitoituksessa, mutta kirkollisveron tuotto kasvaa, mikäli seurakunnat eivät alenna kirkollisveroprosenttejaan. Mikäli seurakunnat eivät alentaisi kirkollisveroprosentteja lainkaan, kirkollisveron tuoton arvioidaan kasvavan 40 miljoonaa euroa. Mikäli kaikki ne seurakunnat alentaisivat kirkollisveroprosenttejaan, joiden laskennallinen veroprosentin alentamispaine olisi suurempi kuin pienin mahdollinen kirkollisveroprosentin muutos, kirkollisveron tuotto kasvaisi noin 15 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksun tuotto ei lähtökohtaisesti muuttuisi uudistuksen seurauksena, koska sairausvakuutusmaksu määräytyy maksulla katettavien kustannusten perusteella. Uudistuksella olisi kuitenkin vaikutusta sairausvakuutusmaksuprosenttiin. Jotta maksutuotto pysyisi ennallaan, maksua olisi alennettava. Maksuprosentti määrätään kahdella desimaalilla eikä maksun tasoa pystytä välttämättä asettamaan aivan täsmälleen siten, että maksun tuotto ei muuttuisi lainkaan uudistuksen seurauksena.

Kunnallisverosta tehtävien vähennysten määrä alenisi nykyisestä noin 1 025 miljoonasta eurosta noin 80 miljoonaan euroon. Tämä pienentäisi eroa nimellisten ja efektiivisten kunnallisveroprosenttien välillä nykyisestä huomattavasti.

Vaikutukset verovelvollisille

Muutosten toteuttamisen reunaehtona on hallituksen linjaus siitä, että kokonaisveroaste ei nouse ja työn verotus ei kiristy. Uudistus pyritään toteuttamaan siten, että työn verotus ei kiristyisi millään tulotasolla vuonna 2019. Myös eläketulon tai muun etuustulon (esim. työttömyysetuus) verotus pyritään pitämään mahdollisimman muuttumattomana. Valtion verotuksen kiristäminen on mitoitettu siten, että se vastaa kunnallisveroprosenttien 12,30 prosenttiyksikön alentamista. Koska uudistus on mahdotonta toteuttaa siten, että kenenkään veroprosentti ei muutu lainkaan, kaikkien tulolajien verotuksessa esiintyy sekä pieniä kevenemiä että pieniä kiristymiä eri tulotasoilla. Verotuksen kiristymät tulolajikohtaisissa tarkasteluissa ovat kaikilla tulotasoilla alle 0,5 prosenttiyksikköä. Nämä muutokset katsotaan uudistuksen mittaluokkaan nähden niin pieniksi, että ne eivät ole ristiriidassa hallituksen linjausten kanssa.

Laskelmat on tehty keskimääräisillä kunnallis- ja kirkollisveroprosenteilla. Vaikka seurakuntien voidaan odottaa alentavan veroprosenttejaan, alennuksia ei ole huomioitu laskelmissa, koska niiden toteutumisesta ei ole varmuutta.

	Nykytila			SOTE-uudistus			Muutos		
	Palkka	Eläke	Etuus	Palkka	Eläke	Etuus	Palkka	Eläke	Etuus
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 000	7,67	0	10,63	7,67	0	10,43	0	0	-0,2
10 000	7,67	0	18,75	7,67	0	18,3	0	0	-0,45
15 000	11,75	11,52	22,14	11,77	11,13	21,6	0,02	-0,39	-0,54
20 000	17,77	19,15	24,56	17,74	18,4	24,2	-0,03	-0,75	-0,36
30 000	25,22	25,41	27,99	25,35	25,64	28,03	0,13	0,23	0,04
40 000	30,57	31,05	31,06	30,64	31	31	0,07	-0,05	-0,06
50 000	34,27	34,24	33,64	34,44	34,28	33,68	0,17	0,04	0,04
60 000	37,04	36,91	35,41	37,19	36,97	35,47	0,15	0,06	0,06
70 000	39,01	38,82	36,67	39,16	38,89	36,75	0,15	0,07	0,08
80 000	40,61	41,24	38,61	40,75	41,32	38,7	0,14	0,08	0,09
90 000	42,81	43,38	40,38	42,94	43,47	40,47	0,13	0,09	0,09
100 000	44,5	45,09	41,79	44,66	45,19	41,89	0,16	0,1	0,1
110 000	45,84	46,5	42,95	46,05	46,6	43,05	0,21	0,1	0,1
120 000	46,96	47,66	43,91	47,06	47,77	44,02	0,1	0,11	0,11

Yllä olevissa taulukoissa on esitetty tulolajikohtaiset tarkastelut. Verovelvollisen tulot voivat koostua useista eri tulolajeista ja lisäksi verovelvollisella voi olla henkilökohtaisia vähennyksiä ns. viran puolesta kaikille verovelvollisille myönnettävien vähennysten lisäksi. Kaikkien eri tulolajien ja vähennysten yhdistelmien tarkastelu on mahdotonta, joten on mahdollista, että yksittäisellä verovelvollisella verotus kiristyy tai kevenee yllä olevissa taulukoissa esitettyä enemmän.

Muutoksen vaikutuksia yksittäisten verovelvollisten verotukseen on tarkasteltu Verohallinnon vuoden 2014 verotustietokanta-aineistolla valtiovarainministeriön ja Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen ylläpitämän Tuja-mikrosimulointimallin avulla. Tarkasteluissa on havaittu yksittäisiä tapauksia, joissa verovelvollisen verotus on kiristynyt tai keventynyt enemmän kuin edellä olevissa taulukoissa on esitetty. Kyseessä on vuoden 2016 tasolle korotetulla vuoden 2014 pohja-aineistolla tehty tarkastelu. Vuonna 2018, jolloin veroparametrit päivitetään vastaamaan ennusteita vuoden 2019 tilanteesta, käytettävissä on vuoden 2016 verotustietoaineisto. Tarkastelu tehdään silloin

uudestaan ja asteikkomallin parametrit määritetään siten, että verotuksen kiristymät minimoidaan.

Tapauksia, joilla verotus kiristyy enemmän kuin edellä olevissa taulukoissa on esitetty, ovat muun muassa edellisten verovuosien tappioita vähentäneet henkilöt. Luonnollisen henkilön ansiotulolajin tappio vahvistetaan erikseen valtionverotuksessa ja kunnallisverotuksessa ja tappiot vähennetään seuraavan 10 verovuoden aikana sitä mukaan kuin tuloja syntyy. Jos henkilöllä on ennen uudistuksen voimaantuloa syntynyttä ansiotulolajin tappiota, jota ei ole vähennetty kunnallisverotuksessa, mutta valtionverotuksessa vastaava tappio on jo vähennetty, vanhan tappion vaikutus verovelvolliselle pienenee. Tämä syntyy siitä, että veronalaisesta tulosta tehtävän vähennyksen verotusta keventävä vaikutus riippuu kunnallisveroprosentista. Koska kunnallisveroprosentti pienenee, kunnallisverotuksessa tehtävien vähennysten vaikutus verovelvolliselle pienenee. Jos vanhojen tappioiden kohdalla on edellä kuvattu tilanne, jossa vastaavaa vähennystä ei tehdä valtionverotuksen puolella, vanhan tappion vaikutus pienenee.

Verojärjestelmämme lähtee siitä, että tappiot vähennetään seuraavan 10 verovuoden aikana sitä mukaan kuin tuloja syntyy. Vähennyksestä saatava hyöty määräytyy aina sen verovuoden veroperusteiden mukaan, jona vähennys tehdään. Vanhojen tappioiden kohdalla syntyvä vaikutus on siten verojärjestelmän peruslogiikan mukaista, koska vanhojen tappioiden vähentämisestä saatava hyöty vaihtelee tappion vähentämisvuoden mukaan. Näin ollen nämä tapaukset eivät anna aiheita mallin muokkaamiseen. Tapauksia, joissa vanhoja tappioita vähentäneiden henkilöiden verotus kiristyy enemmän kuin 0,5 prosenttiyksiköllä, on vuoden 2016 tasolle korotetulla vuoden 2014 pohja-aineistolla tehdyissä tarkasteluissa havaittu 185 kpl.

Edellä olevissa taulukoissa esitettyä suurempia verotuksen kiristymiä on havaittu tapauksissa, joissa verovelvollisella on vähennettävänä yksinomaan Ahvenanmaan kunnallisverotuksessa myönnettäviä vähennyksiä, joiden merkitys pienenee kunnallisveroprosenttien alentamisen myötä. Ahvenanmaan vähennyksistä johtuvia yli 0,5 prosenttiyksikön kiristymiä on vuoden 2016 tasolle korotetulla vuoden 2014 pohja-aineistolla tehdyissä tarkasteluissa havaittu 2 434 kappaletta. Tapauksia, joissa verotus kiristyy yli 1 prosenttiyksiköllä, on 702 kappaletta. Asian valmistelua jatketaan yhteistyössä Ahvenanmaan kanssa.

Lisäksi on havaittu pienen eläketulon sekä muun ansiotulon yhdistelmätapauksia, joissa verotus on kiristynyt enemmän kuin taulukoissa on esitetty. Näissä tapauksissa verotus kiristyy enimmillään 1,42 prosenttiyksiköllä. Tapauksia, joissa verotus kiristyy enemmän kuin 0,5 prosenttiyksiköä, on havaittu 1 278 kappaletta vuoden 2016 tasolle korotetulla vuoden 2014 pohja-aineistolla tehdyissä tarkasteluissa. Tapauksia, joissa verotus kiristyy yli 1 prosenttiyksiköllä, on 225 kappaletta. Tilannetta tarkastellaan uudelleen vuonna 2018, jolloin veroperusteet sekä verovelvollisten tulot vastaavat paremmin uudistuksen voimaantulo vuoden tilannetta, ja asteikkomallin parametrien päivitys toteutetaan siten, että verotuksen kiristymät minimoidaan.

Verotuskustannusten jaon muuttaminen

Keskeneräinen, arvio päivitty

Verotuskustannusten jakoperusteiden muuttamisen arvioidaan vähentävän kuntien verotuskustannuksia n. 70 milj. eurolla ja kasvattavan valtion verotuskustannuksia saman verran vuoden 2016 tasossa arvioituna. Verotuskustannusten muutos on huomioitu kunnallisveroprosenttien alentamisen sekä valtionverotuksen kiristämisen mitoituksessa siten, että muutos toteutetaan neutraalisti kuntien ja valtion verotulojen suhteessa.

Hallinnolliset vaikutukset

Verotuksen painopisteen siirto toteutetaan nykyisiä veroparametreja muuttamalla, eikä se aiheuta mainittavia hallinnollisia kustannuksia.

Kunnallisveroprosentin tarkkuuden muutokset ensin vuosille 2019—2021 prosenttiyksikön sadasosan tarkkuudelle ja siirtymäajan jälkeen prosenttiyksikön kymmenyksen tarkkuudelle arvioidaan lisäävän Verohallinnon kustannuksia hieman.

5 Kustannusten kasvun hillintä ja uudistuksen säästöpotentiaali

Sote-uudistuksen yhtenä lähtökohtana on ollut sosiaali- ja terveystenon kasvun hillitseminen kolmen miljardilla eurolla verrattuna pitkän aikavälin painelaskelmassa arvioitua vuoden 2029 menotasoon. Taustalla on tavoite supistaa julkisen talouden kestävyysvajetta, joka oli valtiovarainministeriön kevään 2016 arviossa reilut 3 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Kestävyyslaskelman taustalla olevassa ennusteessa sote-menot kasvavat reaalisesti 2,4 prosenttia vuodessa välillä 2019–2029. Jos kolmen miljardin euron säästö julkisesti rahoitettuihin sote-menoihin toteutuisi täysimääräisesti vuoteen 2029 mennessä, menojen reaalisuon vuosikasvun pitäisi jäädä 0,9 prosenttiin, joka on selvästi alle vuosien 2008–2013 välisen keskimääräisen vuosikasvun (2,2 %). Vuoden 2012 rahassa esitetyn tavoitteen saavuttaminen edellyttäisi, että menojen kasvua leikattaisiin keskimäärin noin 1,5 prosenttiyksiköllä vuosittain vuosina 2020–2029. Muutuskustannuksista ja uudistuksella saavutettavan säästöpotentiaalın realisoitumisesta johtuen voidaan olettaa, että kustannusten kasvun hillintä ei realisoitu lineaarisesti. Tämä on huomioitu myös rahoituslakiesityksen siirtymäajoissa.

Julkisen talouden kestävyysvajeen kaventamistavoitteen näkökulmasta uudistuksen eri osatekijät vaikuttavat erilaisella nopeudella, minkä vuoksi pitkän ja lyhyen aikavälin vaikutukset poikkeavat toisistaan. Sekä rakenteiden muuttamiseen että toiminnallisten muutosten aikaansaamiseen liittyy muutuskustannuksia, mikä myös vaikuttaa kustannuskehityksen aikaan. Uudistuksen kokonaistavoitteen saavuttaminen edellyttää syvälle käyvää ja kaikille tasoille ulottuvaa toimintatapojen muutosta, jolloin muutosjohtamisen merkitys on suuri. Kun kysymys on koko järjestelmän muutoksesta, arvioinnin

tukena ei voida juurikaan käyttää tutkimustuloksia aiemmista pienimuotoisemmista uudistuksista. Vaikutukset syntyvät rahoitusjärjestelmän, palvelujärjestelmän muutosten ja näihin liittyvien ohjausmekanismien yhteisvaikutuksena. Monituottajamallin ja valinnanvapauden vaikutuksia ei ole vielä arvioitu. Tässä muistiossa arvioidaan lähinnä sitä, millainen potentiaalinen tehostamismahdollisuus palvelujärjestelmän toimintatavoissa on. Muilta osin arviointi täydentyy myöhemmin.

5.1 Muutuskustannukset

Merkittävimmät muutuskustannukset syntyvät tieto- ja viestintäteknisten järjestelmien yhtenäistämistä ja muuttamisesta sekä henkilöstön palkkausjärjestelmien yhtenäistämistä.

Henkilöstön siirtymisen vaikutukset

Henkilöstökustannuksiin vaikuttaa määrän ja palkkojen muutokset. Henkilöstön määrää on vaikea arvioida ennen kuin monituottajamallin yksityiskohdat ovat selvillä. Yhtäältä nykyisestä hajaantuneesta hallintorakenteesta vapautuu henkilökuntaa, mutta toisaalta järjestäjien ja tuottajien erottaminen, yhtiöittäminen ja ohjauksen järjestäminen vaikuttavat toiseen suuntaan. Tältä osin arviot täsmentyvät uudistuksen suunnittelun edetessä.

Sote- ja aluehallintouudistus merkitsevät myös palkkojen, työaikojen ja muiden palvelussuhteen ehtojen harmonisaatio- eli yhteensovittamistarpeita. Se miten maakunnat jatkossa järjestävät palvelut uudelleen esimerkiksi yhtiöihin, vaikuttaa osaltaan myös harmonisaatioon ja sen kustannuksiin.

Liikkeen luovutuksessa työntekijät siirtyvät toiselle työnantajalle entisillä palvelussuhteen ehdoilla. Palkan yhteensovittaminen perustuu syrjintää koskevaan lainsäädäntöön, esimerkiksi työsopimuslain 2 luvun 2 §:n mukaiseen tasapuolisen kohtelun periaatteeseen.

Henkilöstö siirtyy maakuntien palvelukseen usean kymmenen eri työnantajayksikön palveluksesta. Jokaisella kunnalla, kuntayhtymällä ja sairaanhoitopiirillä on ollut oma palkkapolitiikkansa, vaikka kaikissa yksiköissä on seurattu kunnallisten työ- ja virkaehtosopimusten yhteisiä palkkausjärjestelmän periaatteita.

Tehtäväkohtaiset palkat voivat vaihdella eri työnantajayksiköissä samassa tehtävässä tai saman vaativuustason tehtävissä. Palkkojen harmonisointitarve syntyy, kun vaativuudeltaan samasta tehtävästä maksettavan palkan taso vaihtelee. Työnantajan vaihtumisesta johtuva uuden palkkausjärjestelmän rakentaminen sekä palkkojen koordinointi ja yhteensovittaminen vaativat runsaasti työtä, huolellisesta valmistelusta ja paikallisia neuvotteluja.

Ei ole tiedossa, miten perustettavassa 18 maakunnassa henkilöstö tullaan sijoittamaan eri yksiköihin tai tehtäviin. Tiedossa ei ole myöskään uusien maakuntien palkka- tai henkilöstöpolitiikka, tehtävän vaativuuden arviointijärjestelmät tai tehtäväkuvat. Tämän lisäksi 1.1.2019 lukien sovellettavat maakuntien työ- ja virkaehtosopimusten palkkausmääräykset voivat

olla toisenlaiset kuin tässä arvioinnin perusteina käytössä olevat. Tiedossa ei myöskään ole tehtäväkohtaisten palkkojen tavoitetasot uusilla työnantajilla.

Palkkojen yhteensovittaminen vaatii riittävän siirtymäajan. Siirtymäajan pituus riippuu palkkaeroista, kustannuksista ja käytettävissä olevista varoista.

(Palkkojen harmonisointia koskeva maakuntalain pykälä valmistuu myöhemmin.)

Palkkaharmonisoinnin kustannusvaikutukset

Kunta-alan palkkausjärjestelmässä tehtäväkohtaisten palkkojen suuruus perustuu tehtävien vaativuuden arviointiin. Tehtävien vaativuus ei kuitenkaan käy ilmi palkkatilastossa olevista palkkaryhmistä tai ammattinimikkeistä. Samassakin palkkaryhmässä tai samallakin ammattinimikkeellä voidaan työskennellä tehtävien vaativuudeltaan hyvin erilaisissa tehtävissä. Tämä on merkittävä rajoite palkkatilastosta tehtävälle palkkaharmonisoinnin kustannusten arvioinnille.

Tässä palkkaharmonisaation kustannusarvio on tehty pääsääntöisesti nykyisten työ- ja virkasopimusten mukaisten palkkaryhmien (ns. palkkahinnoittelukohtien) perusteella.

KT työmarkkinatutkimus on arvioinut palkkojen yhteensovittamisen kustannuksia asettamalla maakunnittain kullakin nykyisellä sopimusallalla palkkaryhmittäin tehtäväkohtaisten palkkojen yhteensovittamisen tavoitetasoksi mediaanin tai 9. desiilin (90%). Mediaani tarkoittaa ansiota, jota vähemmän ansaitsee 50 % henkilöstöstä, ja 9. desiili ansiota, jota vähemmän ansaitsee 90 % henkilöstöstä. Toisin sanoen 10 % tehtäväkohtaisista palkoista sijoittuu vielä 9. desiilin yläpuolelle.

Edellä kuvatut tulevien maakuntien palkkoihin liittyvät monet epävarmuustekijät ja rajoitteet huomioon ottaen sekä valitusta teknisestä laskentatavasta riippuen päädytään kustannusarviossa mediaanitavoitetasolla vähintään noin 75 miljoonaan euroon ja 9. desiilin tavoitetasolla vähintään noin 700 miljoonaan euroon. Tämä tarkoittaa mediaanitavoitetasolla 0,7 prosentin ja 9. desiilin tavoitetasolla 6,3 prosentin lisäystä tulevien maakuntien työvoimakustannuksiin.

Tieto- ja viestintätekniikan muutuskustannukset
(täydentyy)

Muut muutuskustannukset
(täydentyy)

5.2 Palvelutoimintojen kehittämisestä saatava potentiaalinen kustannushyöty

Uudistuksen rakenteellisten muutosten avulla pyritään luomaan aiempaa paremmat edellytykset palvelujen uudistamiselle. Viime kädessä kuitenkin vasta toiminnallisen uudistumisen kautta saavutetaan uudistukselle asetetut tavoitteet nykyistä paremmista ja vaikuttavammista palveluista ja julkisen talouden pitkän aikavälin kestävyysvajeen supistamisesta. Seuraavaksi pyritään arvioimaan

voidaanko toimintatapojen kehittämisen kautta saavuttaa tavoiteltua kustannusten kasvun hillintää. Tämän osan rungon muodostaa NHG:n (Nordic Healthcare Group) TEAS-hankkeen luonnos 2.5.2016. Lyhyiden vuoksi tekstissä käytetään käsitteitä säästöpotentiaali tai säästövaikutus, vaikka lähtökohtaisesti kyseessä on väestön ikääntymisestä ja palvelutarpeen lisääntymisestä johtuvan kustannusten nousun kulmakertoimen taittaminen - kustannusten nousun hillintä. Säästöpotentiaali kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen mahdollisia säästöjä, Säästöpotentiaalın realisoituminen tosiasiallisiksi säästöiksi edellyttää useita samanaikaisia toimenpiteitä kaikilla palvelusektoreilla.

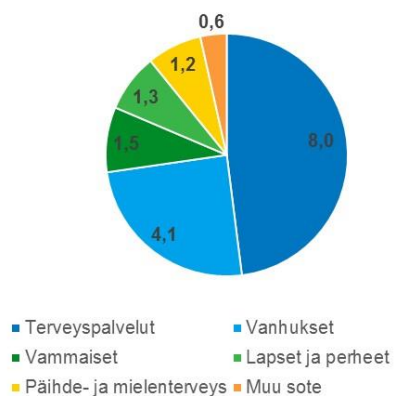
Sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauden ja monituottajamallin linjaukset ja toteuttamisen yksityiskohdat eivät vielä ole tiedossa, joten näiden taloudellisista vaikutuksista on mahdollista tehdä vain hyvin alustava ja epävarma arvio.

Muistiossa ei ole vielä huomioitu mm. maakuntien yhteisten palvelukeskusten taloudellisia vaikutuksia. Ensiarvio on, että esimerkiksi yhteisillä hankinnoilla voitaisiin saada huomattava alenema kustannuksissa. Muistiossa ei myöskään ole huomioitu uudistuksen tavoitteita tukevia hallituksen kärkihankkeita, koska niiden pohjalta tehtävien toimenpiteiden kustannusvaikutuksista ei tässä vaiheessa ole käytettävissä arvioita.

Taloudellisten vaikutusten arvioinnin rakenne pohjautuu kuvassa 1. esitettyyn kustannusjakaumaan. Analyysin pohjana on käytetty pääosin nykyisten parhaiden käytäntöjen hyödyntämismahdollisuuksia sekä tutkimus- ja selvitystietoa erilaisten interventioiden tai mekanismien vaikutuksista. Lisäksi muistiossa on kuvattu niitä mekanismeja, jotka vaikuttavat eroihin kustannusten kertymisessä. Arviossa ei oteta huomioon lähivuosisikymmenen aikana tapahtuvaa terveysteknologian yms. kehitystä. Koska tarkastelu perustuu parhaisiin nykykäytäntöihin, periaatteessa huomattava osa kuvatusta potentiaalisesta muutoksesta voitaisiin saada aikaan myös ilman rakenteellisia muutoksia. Kuitenkin rakenteellisten muutosten kuten aiempaa harvempien järjestäjien voidaan olettaa parantavan edellytyksiä muutoksen aikaan saamiseen.

Tarkastelussa on pyritty käymään systemaattisesti läpi kaikki alla olevan kuvion palvelukokonaisuudet.

Kustannusten jakauma, yht. 16,7 mrd €



Palvelukokonaisuuksien sisällöt

- Terveyspalvelut = somaattinen esh + PTH avopalvelut (ei päihde) + PTH vuodeosastojen akuuttihoito (ei päihde)
- Vanhukset = vanhustalot + PTH vuodeosastojen pitkäaikaishoito yli 75-vuotiailla
- Vammaiset = vammais- ja kehitysvammaisten palveluiden kustannukset sisältäen asumispalvelut
- Lapset ja perheet = Lastensuojelun sijoitukset + muut lasten ja perheiden palvelut + lasten- ja nuorisopsykiatria
- Päihde- ja mielenterveys = päihdehoito + psykiatriset hoito + asumispalvelut + PTH:ssa tapahtuva avo- ja vuodeosastohoito
- Muu sote = muut sosiaalipalvelut + sote-hallinto

Kuva 1. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntien rahoittamat nettomenot vuonna 2014

Kokonaisuutena tunnistettu säästöpotentiaali on korkeintaan n. 3 miljardia euroa (Taulukko 1.). Keskeisimmät mekanismit liittyvät 1) kalliiden laitospalveluiden vähentämiseen yhtäältä ennalta ehkäisevillä integroiduilla palveluilla (esim. lastensuojelu) ja toisaalta kevyemmällä avomuotoisilla palveluilla (esim. vanhustalot tai vammaispalvelut), 2) perustason palveluiden tuottavuuden kasvattamisella (esim. kotihoito, vastaanotto- ja hoito, suun terveydenhuolto), 3) kalliissa erikoistuneissa terveyspalveluissa laadun, vaikuttavuuden ja tuottavuuden parantamiseen osaamisen kokoamisella, työnjaolla ja integraatiolla (esim. päivystys, operatiiviset toiminnot) sekä 4) resurssitarpeen vähentämiseen koko järjestelmässä digitalisaation ja sähköisten palveluiden avulla. Valinnanvapauden ja monituottajamallin vaikutukset saattavat pienentää säästöpotentiaalia.

Taulukko 1. Säästöpotentiaalit sekä niiden kohdentuminen SOTE-palveluissa

Osa-alue	Säästöpotentiaali palvelutuotannossa	Säästöjen kohdentuminen
Terveyspalvelut	Yhteensä 1354 M€,	Päivystyksellinen toiminta* (ml synnytykset ja yökirurgia) 135 M€
		Operatiivinen toiminta* 235 M€
		Konservatiivinen, elektiivinen toiminta 364 M€
		Perusterveydenhuollon avohoito 450 M€
		Suun terveydenhuolto 170 M€
Vanhuspalvelut	936 M€	Ympärivuorokautisen hoivan vähentäminen lisäämällä "kotihoivaa" 500 M€ (nettovaikutus)
		Kotihoidon tuottavuuden kasvattaminen 394 M€
		Terveyskeskuksen akuuttivuodeosastohoito 42 M€
Vammaispalvelut	210 M€	Laitoshoidon korvaaminen kevyemmällä palvelulla 70 M€
		Muun asumisrakenteen kehittäminen 140 M€
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut	410 M€	Kodin ulkopuoliset sijoitukset lisäämällä avohuollon palveluita 360 M€ (nettosäästö)
		Lasten- ja nuortenpsykiatrian vuodeosastohoito 50 M€
Päihde- ja mielenterveyspalvelut	100 - 200 M€	Vuodeosastohoidon kustannukset vähenevät 129 M€, avopalvelut kasvavat 20 M€. Lisäksi potentiaalia, jonka mekanismeja ei ole tunnistettu n. 100 M€

*osa säästöistä (320 M€) syntyy päivystys- ja erikoissairaanhoidon säädösmuutosten kautta jo vuodesta 2017 alkan ja on vähennetty luvuista.

Säästöpotentiaalini saavuttaminen edellyttää useita samanaikaisia kehittämistoimenpiteitä

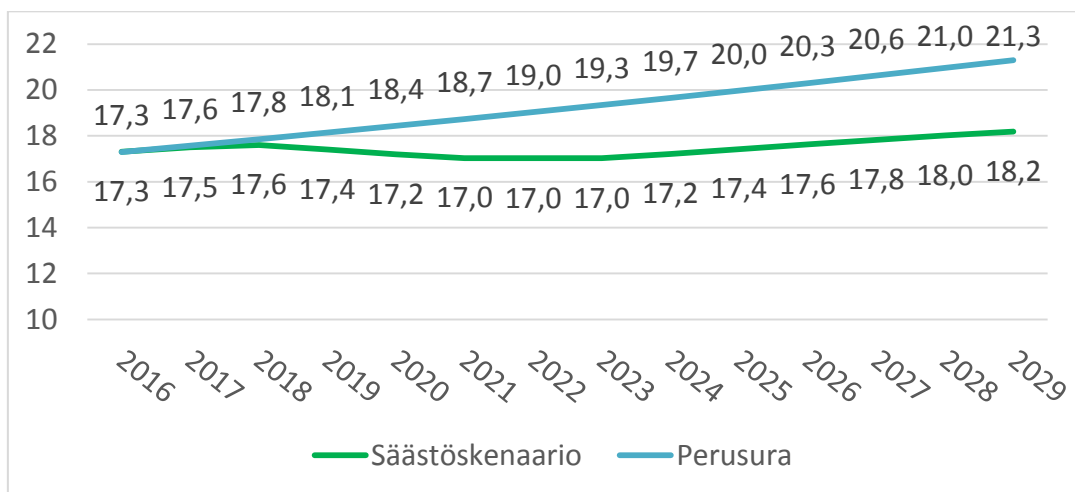
- Rahoitusjärjestelmän tuki kokonaisuutena hoitamiseen kustannusvaikuttavasti; talousohjauksen tiukentaminen ja täsmentäminen
- Jatkuvan ympärivuorokautisen palvelutarpeen ennaltaehkäisy
- Päivystys- ja toimenpideluonteisen toiminnan osaamisen kokoaminen ja työnjako
- Monista eri palveluista koostuvien episodien integrointi
- Digitalisaation tuomat mahdollisuudet
- Dynamiikka palvelutuotannon ohjauksessa : asiakkaat hakeutuvat tai ohjataan kustannusvaikuttavimpiin palveluntuottajiin

- Kärkihankkeisiin liittyvät kehittämistoimenpiteet

Samansuuntaiseen arviointiin THL on päätenyt ennakoarvioinnin väliraportissaan (kesäkuu 2016). THL toteaa, että lakiluonnos tarjoaa mahdollisuuden hillitä sosiaali- ja terveysmenojen kasvua ja tiukentaa sosiaali- ja terveydenhuollon talousohjausta, mutta ei takaa hallituksen linjausten mukaisen säästötavoitteen saavuttamista.

- Järjestämisen ja tuottamisen integraatio sekä päätöksenteon ja johtamisen keskittäminen
- voisivat toteutuessaan hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvua. Menokehityksen arviointi on toistaiseksi vaikeaa, koska palveluintegraation toteutumisesta ei ole varmuutta.
- Järjestämislakiluonnoksen mukaisesti syntyvällä uudella sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallilla ei todennäköisesti yksistään saavuteta hallituksen linjaamaa 3 miljardin euron säästötavoitetta.
- Uusi toimintamalli tarjoanee kuitenkin selvästi nykyistä paremmat edellytykset ja välineet toteuttaa taloudellisesti merkittäviä rakenteellisia uudistuksia, kuten erityisen vaativan hoidon keskittämisen ja palveluverkon järkipäristämisen sekä muita merkittäviä toiminnallisia uudistuksia.
- Toimivan talousohjauksen kannalta on ensiarvoisen tärkeää ottaa huomioon maakuntien tarve-erot rahoituksen kohdentamisessa. Maakuntien erilaisista ominaisuuksista johtuen rahoituksen oikeudenmukaisuuden varmistaminen edellyttää jatkuvaa kehittämistyötä ja rahoituksen kohdentamiskriteerien säännöllistä päivittämistä.

Alla olevassa kuvassa on esitetty säästöjen jaksottuminen vuosittain. Vuoteen 2021 mennessä vuosittainen säästövaikutus olisi n. 1,7 miljardia euroa suhteessa perusuraan, vuoteen 2025 mennessä n. 2,6 miljardia euroa ja kokonaisuudessaan n. 3 miljardin vuosittainen säästövaikutus saataisiin vuoteen 2029 mennessä. Laskelma perustuu myöhemmin raportissa esitettäviin osa-aluekohtaisiin analyyseihin ja sisältää esim. toiminnan kehittämiseen liittyvät investointikulut. On huomioitava, että säästöpotentiaali kasvaa asteittain. Ennen vuotta 2021 säästöpotentiaali ovat hyvin rajallinen.



Kuva 2. Perusura ja säästöskenaario 2016 – 2029, miljardia euroa.

Terveyspalvelut

Päivystystoiminta, siihen liittyvät hoitajakset sekä synnytykset

Päivystystoiminnassa hoidon vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta oleellista on tarkastella kokonaisia päivystyksestä alkaneita episodeja. Päivystyksikkö muodostaa päivystyspotilaiden hoidossa tärkeän, mutta kokonaishoidon ja -kustannusten näkökulmasta vain pienen osan. Päivystyksikköiden kustannukset ovat n. 300 miljoonaa euroa, mutta suuri osa erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidosta (yhteensä noin 2,2 miljardia euroa), ja osa perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta (yhteensä noin 400 miljoonaa euroa) alkaa päivystyksestä. Päivystystoiminnan kehittämällä voidaan vähentää vältettävissä olevia laitoshoitajaksoja.

Keskeisintä alueellisen kustannusvaikuttavuuden kannalta on päivystyksen ohjausvaikutus: kuinka laadukkaasti ja tuottavasti ensivaiheen diagnostiikka ja hoidon ohjaus toimivat ja ohjautuvatko potilaat nopeasti oikeisiin hoitolinjoihin. Esimerkiksi yhteispäivystysjärjestelyissä päivystyksen kustannukset ja päivystyskäyntien hinnat ovat saattaneet nousta, mutta säästö on tullut siitä, kun potilaita on otettu vähemmän vuodeosastoille jatkotutkimukseen nopean vasteen diagnostiikan ja hoidon ansiosta. Toisaalta päivystyksen yhteyteen kehitetyt nopean diagnostiikan ja hoidon päivystysosasto ovat vähentäneet vuodeosastojen käyttöä selvästi.

Laskelmien perusteella voidaan olettaa, että päivystyksen keskittäminen 12 yksikköön vähentäisi päivystyksellisiä hoitajaksoja noin 17 % kansallisella tasolla. Asiaa on käsitelty yksityiskohtaisemmin lausuntokierroksella olevassa luonnoksessa hallituksen esitykseksi⁶. Säädösmuutosten myötä säästövaikutus alkaisi asteittain jo vuoden 2017 alusta.

Päivystystoiminnan (mukaan lukien synnytykset) keskittämisellä 12 sairaalaan voitaisiin saavuttaa kokonaisuudessaan noin 270 miljoonan euron säästöt, josta suurin osa syntyy päivystyksellisten hoitajaksojen tarkoituksenmukaisemman ohjauksen kautta. Osa säästöistä tulee resurssien skaalautumisen kautta. Suuremmissa yksiköissä on mahdollisuus varautua paremmin eritasoisiin hoitotarpeisiin 24/7 -periaatteella ja toisaalta voidaan varmistaa nopea diagnostiikka ja hoidon aloitus viiveettä potilaille, joiden osalta ei ole tarvetta päivystyksellisille toimenpiteille tai laajemmille tutkimuksille.

Hallitusohjelman mukaisten säädösmuutosten (päivystyksen ja erikoissairaanhoidon uudistus) myötä on vuosina 2017 - 20 arvioitu saatavan 135 M€ säästöt. Näin ollen sote-uudistuksen aikana voidaan saada vielä 135 M€.

⁶ Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä <http://stm.fi/lausuntopyynnot>

Operatiivinen toiminta

Suomen kirurginen leikkaustoiminta (operatiivinen toiminta) on varsin hajautunutta. Palvelutuotanto perustuu pitkälti siihen, että kaikki yksiköt tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä vastaten alueensa väestön tarpeisiin. Sairaanhoidopiirit tuottavat kustannuksilla mitattuna n. 80 % operatiivisesta tuotannosta itse (THL tuottavuusaineistot). Operatiivisen toiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 n. 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi operatiiviseen toimintaan liittyvän perusterveydenhuollon osuus oli n. 0,7 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osalta kustannukset jakautuvat karkeasti n. 20 % poliklinikalle, 40-50 % vuodeosastolle ja 30-40 % leikkausyksiköihin. Henkilöstökulujen osuus on n. 60 % ja materiaalikulujen osuus n. 25 % kustannuksista.

Operatiivisesta toiminnasta n. 40 % hoidetaan volyymeilla mitattuna päiväkirurgisesti, 35 % ennalta suunnitellusti (elektiivisesti) vuodeosastohoidon tuella ja 25 % päivystyksenä vuodeosastojen kautta. Päiväkirurgian osuus on jatkuvasti kasvanut. Elektiivisistä (ennalta suunniteltu hoito) potilaista valtaosa voidaan ottaa sairaalaan leikkauspäivän aamuna ja valtaosa myös voidaan kotiuttaa suoraan leikkauksesta sairaalasta. Vuodeosastohoidon osalta jatkohoitotarve kuntouttavissa yksiköissä koskee lähinnä päivystyskirurgiaa ja erityisesti lonkkamurtumia, mutta osittain myös muita murtumia ja elektiivisiä tekonivelleikkauksia.

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että operatiivisessa toiminnassa sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisella volyyymilla on merkitystä paitsi tuottavuuden, myös vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta. Tutkimuksia löytyy laajasti esimerkiksi tekonivelkirurgiasta, syöpäkirurgiasta ja muista vaativaan erikoissairaanhoidon kuuluvista toimenpideryhmistä. Operatiivisen toiminnan skaalamekanismit tulevat erityisesti työnjaon ja erikoistumisen sekä oppimiskäyrän kautta. Esimerkiksi tekonivelkirurgiassa suuren volyymin yksiköissä havaittiin n. 20 % korkeampi tuottavuus kuin pienempien volyymien yksiköissä (Torkki 2012). Osittain myös hankintavoima esimerkiksi materiaalien osalta kasvaa, kun yksikön materiaali-kohtainen volyymi kasvaa.

Päiväkirurgian osalta laadun, vaikuttavuuden ja kustannusten näkökulmasta on oleellista, että kokonaisuus jää mahdollisimman lyhyeksi, koska potilaat ovat usein työikäisiä ja työkyvyttömyyden kustannukset ovat moninkertaiset verrattuna hoidon kustannuksiin. Erityisesti päiväkirurgian taustalla olevien terveysongelmien kohdalla on viime vuosina saatu kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta yhtä hyviä tai parempia tuloksia hoitamalla suurempi osa potilaista konservatiivisesti leikkauksen sijaan (esim. polven tähytysleikkaukset vs tehostettu kuntoutus). Leikkausyksiköiden väliset tuottavuuserot ovat Suomessa n. 30 % parhaan ja huonoimman välillä. Tuottavuuserot liittyvät pitkälti toimintakäytäntöihin: miten leikkaustiimit on resursoitu, miten leikkauksia aikataulutetaan, mitkä ovat päivystystiimien järjestelyt, miten leikkaussalin vaihdot toimivat. Päivystysleikkausvolyymin kasvaessa tuottavuus on ollut parempaa, mikä liittyy päivystysleikkaustiimin käyttöasteen paranemiseen kysyntävaihtelujen pienentyessä. Nykyinen

elektiivinen poliklinikkatoiminta sisältää useita kohtia, jotka lisäävät kustannuksia suhteessa integroituun hoidon tarpeen arvioon. Nykyisin terveyskeskuksiin varataan aikoja puhelimella, ensikäynnistä seuraa lisätutkimuksia, minkä jälkeen monivaiheinen läheteprosessi, potilaan kuukausien odotusaika, erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynti, kuukausien odotusaika ja hoito. Integroidussa mallissa ainakin osa näistä vaiheista voidaan poistaa kokonaan ja odotusaikaa sekä siitä aiheutuvia kustannuksia vähentää merkittävästi.

Suurimmat säästöpotentiaalit ovat vuodeosastohoidossa. Päivystyskirurgiassa esimerkkinä hyvästä käytännöstä voidaan soveltaa HYKS:ssä käyttöönotettua lonkkaliukumäki-mallia, jossa lonkkamurtumapotilaiden kokonaishoitoaikaa kotoa-kotiin lyhennettiin 24 vuorokauteen. THL:n Perfect-aineistojen mukaan Suomen keskiarvo vuonna 2013 oli 42 vuorokautta. Tekonivelkirurgian osalta Perfect- ja THL:n tuottavuusaineiston perusteella suuret yksiköt ovat n. 16 % tehokkaampia kuin pienet yksiköt, potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän. Monissa muissa elektiivisissä toimenpideryhmissä on havaittavissa samansuuntaisia tuloksia. THL:n aineistojen perusteella elektiiviset toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymien yksiköissä n. 15-20 % lyhyempiä kuin pienen toimenpidevolyymien yksiköissä. Mikäli sairaaloiden hoitoketjut ja -prosessit toimisivat kokonaisuudessaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti, voidaan säästää yli 200 miljoonaa euroa vuodeosastohoidon osalta vuositasolla. Tämä kohdentuisi valtaosin erikoissairaanhoidon, mutta pitkien hoitoketjujen osalta osittain myös perusterveydenhuollon vuodeosastoille.

Päiväkirurgiassa suurin säästömahdollisuus liittyy työkyvyttömyysaikojen vähentämiseen. Referenssinä voidaan pitää Pohjolan Omasairaala (Jyvä-hankkeen loppuraportti, Aalto-yliopisto 2016). Päiväkirurgiassa erot potilasaineksessa työtapaturnapotilaiden ja esimerkiksi julkisissa yksiköissä hoidettavien ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden välillä ovat pieniä ja voidaan olettaa, että vastaava tuottavuus- ja kustannusparannus on suurelta osin saavutettavissa myös julkisesti järjestetyn päiväkirurgian osalta. Työkyvyttömyysjaksojen osalta voitaisiin säästää n. 100 miljoonaa euroa järjestettäessä potilaiden hoitoketjut vaikuttavasti ja laadukkaasti. Mikäli leikkaustoiminnassa toimittaisiin nykyisten parhaiden käytäntöjen mukaisesti, olisivat säästöt n. 100 miljoonaa euroa vuodessa.

Nykyistä tehokkaammilla sähköisillä konsultaatioketjuilla voidaan vähentää ylimääräisiä käyntejä ja niiden välillä olevaa odotusta. Jo 10 % säästö tässä ketjussa aiheuttaisi 70 miljoonan euron säästön palvelutuotannon osalta, minkä lisäksi vaikuttaisi esimerkiksi sairauspoissaoloihin ja odotusaikaisiin muihin kuluihin vähentävästi.

Hallitusohjelman mukaisten säädösmuutosten myötä (päivystys- ja erikoissairaanhoidon uudistus) on vuosina 2017-20 arvioitu saatavan 185 M€ säästöt vuosina 2017-20. Näiden vähentämisen jälkeen operatiivisen toiminnan säästöpotentiaali on 235 M€.

Konservatiivinen toiminta

Konservatiiviseen erikoissairaanhoidon (ei operatiivinen eikä psykiatria eli esim. sisätaudit, neurologia) liittyvän toiminnan kokonaiskustannukset ovat arviolta 2 760 M€. Tähän toimintaan lasketaan kuuluvaksi myös perusterveydenhuollosta ne avopalvelut ja vuodeosastohoito, jotka kuuluvat samaan episodiin erikoissairaanhoidon käyntien tai hoitajaksojen kanssa. Konservatiivinen toiminta jakautuu päivystykselliseen toimintaan (käytännössä vuodeosastohoitoa), jonka osuus kustannuksista on yli puolet (1 460 M€), elektiiviseen avopalveluun n. 40 % (1 070 M€) ja elektiiviseen vuodeosastotoimintaan vajaa 10 % (230 M€). Elektiivisestä avopalvelusta erikoissairaanhoidon osuus on 86 % (930 M€). Konservatiivisen toiminnan kehittämiskohteet liittyvät toisaalta hoitoketjujen parantamiseen ja toisaalta avopalveluiden toimintamallien kehittämiseen ja sitä kautta kokonaistuottavuuden kasvattamiseen.

Akuutissa konservatiivisessa vuodeosastohoidossa kaikkein kriittisimmät hoitoketjut ovat ne, jotka jatkuvat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Näissä nykyinen palvelujärjestelmä aiheuttaa haasteita ja erot kokonaisuuden kestossa sairaanhoitopiirien välillä ovat merkittäviä esimerkiksi sydäninfarktin ja aivoinfarktin hoidossa⁷.

Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jatkuvien vuodeosastojaksojen säästöpotentiaalia on arvioitu THL:n Perfect-hankkeen tulosten avulla. Tulokset osoittavat, että sydäninfarktissa lyhimpien hoitoketjujen sairaanhoitopiireissä episodien kestot ovat 17 % maan keskiarvon alapuolella ja aivoinfarktissa 27 %, eli keskimäärin ero parhaimman piirin ja keskiarvon välillä on 22 %. Kun huomioidaan, että erikoissairaanhoidon konservatiivisista akuuttihoitoon hoitopäivistä n. 25 % kuuluu episodeihin, joissa hoito jatkuu PTH:n vuodeosastolla ja PTH:ssa puolestaan n. 50 % hoitopäivistä tulee ESH:n jatkohoidosta, on säästöpotentiaali yhteensä melkein 200 000 hoitopäivää. Kustannuksia säästyisi 73 M€.

Avopalveluissa tarkasteltiin sekä käyntimääriä suhteessa väestöön että käynti- ja potilasmääriä suhteessa henkilöstön määrään eri konservatiivisilla erikoisaloilla. Käyntimäärissä suhteessa väestöön matalimman sairaanhoitopiirin ja keskiarvon välinen ero vaihtelee 15 – 27 % välillä. Kun suhteutetaan potilas- tai käyntimääriä resurssihin, on tuottavimman yksikön ero keskiarvoon 26 – 75 %. Koska eri alueilla on hieman erilaiset työnjaot joko ESH:n ja PTH:n välillä ja myös erilaiset työnjaot erikoisalojen välillä, on käyntimäärän vähennyspotentiaaliksi oletettu 15 %. Tuottavuuden kasvuksi on varovaisuusperiaatteella oletettu 25 %. Tällöin elektiivisen avohoidon säästöpotentiaali on 334 M€.

Perusterveydenhuollon avohoido

Perusterveydenhuollon avohoidon nettokustannukset ovat yhteensä 1,8 mrd €. Perusterveydenhuollon nykytilan haasteista merkittävimmät ovat pitkät jonot lääkärin kiirettömälle ajalle ja potilaalle aiheutuvat useat kontaktit ja

⁷ THL, Perfect-hanke.

terveysasemakäynnit usein liittyen ikääntymisen myötä lisääntyvään monitautisuuteen. Työnjaossa eri ammattiryhmien välillä ei ole täysin onnistuttu. Useimmiten hoitajavastaanottojen lisääminen ei ole vähentänyt lääkärivastaanottojen määrää vaan muodostanut käyntien kokonaismäärän kasvua. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja omahoidon ohjausta on vasta osittain pystytty siirtämään hoitajille. Jonojen kasvaessa potilaat saattavat hakeutua päivystykseen, mikä tarpeettomasti kuormittaa päivystystä ja on kokonaiskustannusten kannalta kallista.

Pääsääntöisesti terveysasemien toimintaa ei ole segmentoitu potilaiden tarpeista lähtien. Satunnaisesti terveyspalveluita käyttävillä akuuttipotilailla tarpeena on hoitaa yksittäinen terveysongelma laadukkaasti ja nopeasti, kun taas pitkäaikaissairaiden osalta tulisi keskittyä hoidon jatkuvuuteen ja tasapainoon.

Huomattava osa terveysasemien potilaista sairastaa pitkäaikaissairauksia. Ikääntymisen myötä heistä yhä useampi sairastaa useita tauteja - monitautisuus on lisääntynyt. VTV:n esiselvitysraportin mukaan sektoroitunut palvelujärjestelmä on erityisen hankalaa monisairaille ja runsaasti erilaisia palveluja käyttäville asiakkaille. Ennaltaehkäiseviä palveluja ei osata riittävästi ja oikea-aikaisesti kohdentaa niistä eniten hyötyville. Tällöin lisäsairauksien puhkeamista ja ongelmien kasautumista ei kyetä riittävän ajoissa ehkäisemään. Terveysyötymallin (chronic care model) käyttöönotolla, erityisesti potilaan tarpeista lähtevällä ja hänen kanssaan laaditulla hoitosuunnitelmalla, omahoidon tuella ja ammattialisten välisellä työnjaolla on saavutettu samanaikaista toiminnan laadun paranemista ja kustannussäästöjä.

Muutamissa kunnissa uusimpana toimintamallina on otettu käyttöön pikapolimalli (akuuttivastaanottomalli). Pikapolimallilla on pyritty hyödyntämään hoitajaresurssia kevyellä lääkärin konsultaatiotueella. Pikapolimallissa ideana on, että sairaanhoitajat ottavat ajanvarauksettoman terveysasemalle tulevia akuuttipotilaita vastaan tulojärjestyksessä ja heillä on käytettävissään lääkärin konsultaatiotuki jatkuvasti.

Potilaille ei tehdä enää puhelimitse hoidontarpeenarviota hoitajan toimesta, vaan potilaat saapuvat suoraan terveysasemalle hoitajan vastaanotolle. Mikäli potilaan tila vaatii lääkärin vastaanottoa, tulee pikapolissa konsultoivana lääkärinä toimiva mukaan vastaanottotilanteeseen. Näin potilas saa tarvitsemansa hoidon yhdellä terveysasemakäynnillä.

Edellä mainittujen lisäksi sähköiset palvelut mahdollistavat terveysasemakäyntien tehostamisen. Toimenpiteillä saavutettuihin hyötyihin kuuluu lääkärivastaanottojen saatavuuden parantuminen, oikea aikaisen ja oikeanlaisen terveyspalvelun tarjoaminen potilaalle sekä resurssien käytön tehostuminen. Yksittäisen erityisen paljon terveyspalveluita käyttävien potilaiden kohdalla hoitosuunnitelman käyttöönotolla on voitu saavuttaa jopa kolmasosan kustannussäästöjä palveluiden käytössä.

Kustannussäästöpotentiaali pikapolimallin avulla on n. 35 % avosairaanhoidon kustannuksista. Säästö syntyy, kun yhtäältä hoitajavastaanotoilla voidaan hoitaa 60 % vastaanotoista nykyisen 40 % sijaan. Toisaalta resurssien ajankäyttö

tehostuu erityisesti lääkärien osalta ja potilasmäärää voidaan siten kasvattaa työpäivää kohden. Sähköisillä palveluilla on mahdollista säästää n. 15 % sekä pikapoli- että listapotilasvastaanotto toiminnassa. Usein palveluita käyttävien potilaiden, kuten pitkäaikaissairaiden, kroonikoiden ja iäkkäiden potilaiden, listaamisella taataan heille parempi hoidon jatkuvuus, hoitosuunnitelmassa pysyminen ja ennaltaehkäistään vakavampia komplikaatioita. Kustannussäästö listapotilaiden kohdalla syntyy erityisesti kontrollikäyntivälejä pidentämällä, millä arvioidaan olevan n. 10 % kustannussäästöpotentiaali. Yhteensä kustannussäästöpotentiaali perusterveydenhuollon avohoidon toiminnan osalta on n. 450 M€. Erikoissairaanhoidon palveluiden kanssa integroitujen hoitoketjujen vaikutuksia on arvioitu mm. operatiivisen ja konservatiivisen toiminnan yhteydessä.

Suun terveydenhuolto

Nykytila

Kuntien kustantaman suun terveydenhuollon nettokustannukset ovat yhteensä n. 400 M€. Suun terveydenhuollon nykytilan ongelmista näkyvimpiä ovat pitkät jonot kiireettömille käynneille. Työnjaossa eri ammattiryhmien välillä ei ole täysin onnistuttu ja episodit hoidetaan tarpeettoman monilla kontakteilla ja lääkäripainotteisesti. Toiminnan laadullisissa vertailuissa esimerkiksi paikkojen pysyvyydessä tai juurihoidettujen hampaiden selviytymisessä on isoja eroja alueiden ja kuntien välillä (Lähde NHG: Suun terveydenhuollon benchmarking). Esimerkiksi paikkojen kolmen vuoden pysyvyys vaihteli vertailukunnissa 80 %:sta 85 %:iin, ja ajan yli arvoituna 2008-2015 kehitys oli huonompaan suuntaan.

Lisäksi toiminnassa korostuu korjaavien toimenpiteiden osuus verrattuna ennaltaehkäisevään toimintaan. Suomi on jäljessä muuta Eurooppaa esimerkiksi päivittäin kahdesti hampaansa harjaavien osuudessa. (Lähde: WHO - Social determinants of health and well being among young people, THL – Kouluterveyskysely, THL - Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus). Myös kohdennettua ennaltaehkäisyä voitaisiin tehdä nykyistä enemmän. Esimerkiksi jo nyt voidaan tunnistaa riskipotilaat (nk. i-indeksillä), mutta indeksin käyttö ei ole standardoitua. Tutkimus osoittaa, että tällä hetkellä yli puolella riskipotilaista ei kyetä estämään hampaiden reikiintymistä (NHG Suun terveydenhuollon benchmarking).

Kehittämiskohteet

Toimintaa voidaan tehostaa huomattavasti muuttamalla vastaanottomallia kokonaisvaltaisesti ns. kerralla kuntoon -malliin. Tähän liittyy useita eri yksityiskohtia, kuten työnjaon kehittäminen siten, että hoitajien ja suuhygienistien roolia kasvatetaan ja heille siirretään tehtäviä. Lääkärien kannalta toimitaan monihuonemallilla, jolloin lääkäriyöpanosta käytetään tehokkaasti vain niihin vaiheisiin, joissa se on välttämätöntä tai tuo eniten lisäarvoa. Toimintamalli edellyttää potilaiden segmentointia: n 80-85 % potilaista sopii kerralla kuntoon -mallin mukaiseen toimintaan ja 15-20 % voidaan hoitaa perinteisellä toimintamallilla.

Vastaavasti episodinäkökulmasta tulisi potilaat segmentoida tarkastusväleihin yksilöllisesti. NHG:n suun terveydenhuollon benchmarking-analyyysien perusteella nykyisin tarkastusvälit ovat ”rutiininomaisia”, jolloin esimerkiksi lasten suun terveydenhuollossa yli kolmannes tarkastuksista kohdistuu terveisiin lapsiin.

Oleellista tuottavuushyötyjen maksimoimiseksi on toimintaa varten suunniteltu toiminnanohjausjärjestelmä ja sen käytettävyys. Esimerkiksi kirjaamiseen kuuluu suun terveydenhuollossa suuri osa työajasta ja eri järjestelmien välillä on havaittu useiden kymmenien prosenttien eroja kirjaamisnopeudessa. Toiminnanohjausjärjestelmän on tuettava myös joustavaa ajanvarausta perinteisen kiinteän mallin ohella ja ajanvaraus tulee siirtää sähköisten palveluiden välityksellä suoraan asiakkaan tekemäksi.

Taloudelliset vaikutukset

Työnjaon kehittämisen ja toimintamallien muuttamisen kerralla kuntoon -periaatteen mukaisesti säästäisi vuosittain n. 130 M€. Mallin säästöt perustuvat siihen, että potilaan ongelmat hoidetaan yhdellä käynnillä (80-85 % potilaista), suuhygienistien ja hammashoitajien roolia kasvatetaan, toimintaa ohjataan toiminnanohjausjärjestelmällä ja potilaiden ajanvarausta muutetaan viitteelliseksi, jolloin resursseja voidaan käyttää tehokkaammin, kun esimerkiksi tulematta jääneet potilaat eivät aiheuta tyhjäkäyntiä. Mallia kokeiltiin Jyväskylässä, jossa jo pilottijaksolla saatiin samalla työpanoksella toteutettua 26 % enemmän toimenpiteitä kuin muissa yksiköissä (Lähde: Nenonen Tuomas, Pro Gradu Aalto-yliopisto, 2015), joissa malli ei ollut käytössä. Lisäksi jonot lyhentyivät ja asiakastyytyväisyys säilyi samalla hyvällä tasolla kuin aikaisemmin. Yksityisellä palveluntarjoajalla, jolla malli on ollut pidempään käytössä, tehokkuus on n 35 % keskimääräistä parempi.

Lisäksi käyntimääriä per episodi olisi mahdollista vähentää n. 10 %, jolloin säästöä kertyisi vuodessa n. 40 M€. Tämä perustuu yksilöllisten tarkastusvälien käyttöönottoon, jossa edellisen tarkastuskerran löydösten perusteella määritetään seuraavan tarkastuskerran ajankohta. Arvio on maltillinen, kun huomioidaan, että nykyisin yli kolmannes tarkastuskäynneistä kohdistuu terveisiin ja alueiden välillä on huomattavia eroja tarkastusvälien pituudessa ja potilasjakauksissa.

Ennaltaehkäisevien ja laadullisten tekijöiden säästövaikutuksia ei ole arvioitu tässä raportissa.

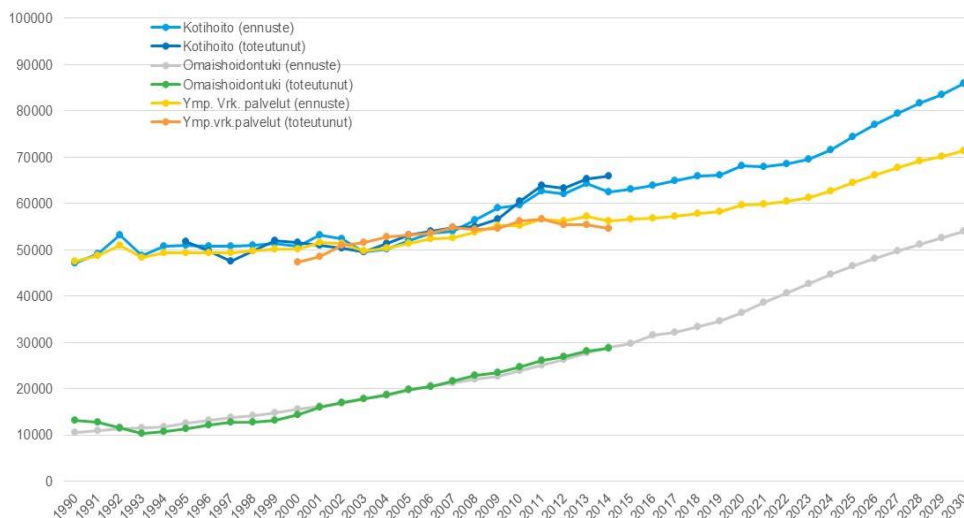
Vanhuspalvelut

Vanhuspalveluiden kokonaiskustannuksiksi vuonna 2014 on arvioitu 4 140 M€. Vanhuspalveluihin on tässä tarkastelussa laskettu mukaan vanhusten omaishoidon tuki, kotihoito, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä pitkäaikaishoito terveyskeskusten vuodeosastolla. Lisäksi vanhuspalveluiden yhteydessä on tarkasteltu sitä osaa tk-lyhytaikaishoidosta, joka ei liity erikoissairaanhoidon jatkohoitoon. Tämän hoidon kustannus on arviolta 163 M€ vuodessa.

Vanhuspalveluiden suurin haaste on, miten saada resurssit riittämään väestön ikääntyessä ja erityisesti suurten ikäluokkien tullessa enemmän palveluita tarvitsevaan ikään. Tätä selvitystä varten laadittiin ennustemalli

vanhuspalveluasiakkaiden määrän kehitykselle sekä kustannusten kasvulle (n. perusskenaario). Asiakasmääriä eri vanhuspalveluissa kunakin vuonna selittää parhaiten seuraavana vuonna kuolevien määrä eri ikäluokissa. Poikkeuksena omaishoidon tuki, jossa ikäluokkien koko oli paras selittäjä. Perusskenaarion mukaiset asiakasmäärät eri palveluissa on esitetty kuvassa 2.

Toteutunut ja mallin pohjalta ennustettu 65v+ asiakasmäärä



Kuva 2 Toteuma vanhuspalveluiden 65 v täyttäneiden asiakkaiden määrästä 1995-2014 sekä ennuste asiakasmäärälle vuoteen 2030 saakka

Mallin ennustama asiakasmäärä perustuu siten historia-aineistolla todennettuun riippuvuuteen eri ikäisenä kuolevien ihmisten määrän ja saman ikäryhmän asiakasmäärän välillä. Historiassa tapahtuneet rakennemuutokset huomioitiin mallissa niputtamalla yhteen kaikki ympärivuorokautiset palvelut. Kuten kuva osoittaa, mallissa toteutunut ja ennustettu asiakasmäärä noudattelevat tarkasti toisiaan. Asiakasmäärien kasvu 2015 - 2029 johtaa keskimäärin 1,8 %:n vuotiseen kustannusten kasvuun vanhuspalveluissa, mikäli eri ympärivuorokautisten palvelumuotojen suhteelliset osuudet säilyisivät vuoden 2014 tasolla. Kuvasta nähdään, että kustannusten kasvu on kuitenkin vuosina 2015-2024 hitaampaa (n. 1,3 % vuosittain), ja kiihtyy tämän jälkeen n. 2,5 %:iin.

Vanhuspalveluissa keskeiset, tunnistetut kehittämiskohteet ovat toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisy ja kuntoutus sekä asiakkaiden palveluiden koordinointi ja ohjaus. Kehittämällä näitä osa-alueita on mahdollista vähentää ympärivuorokautisen hoivan tarvetta sekä parantaa vanhusten elämänlaatua. Toisaalta myös palvelutuotantoa voidaan tehostaa monella tavalla, joista tärkeimmät ovat asiakkaan palveluiden joustava räätälöinti (tuotetaan palvelu tarpeen mukaan) sekä välittömän työajan kasvattaminen mm. kotihoidon henkilöstön työpanoksessa.

Palveluiden paremman koordinaation ja tarpeenmukaisen kohdentamisen hyödyistä on useita esimerkkejä. Kotitori on Tampereen kaupungissa toimiva vanhusten palveluintegraattori. Lisäksi Kotitori vastaa yhden alueen julkisen kotihoidon asiakkaiden palvelutuotannon kilpailutuksesta ja tuottajien laadunvarmistuksesta. Kotitorin alueella kotihoidon asiakkaiden

erikoissairaanhoidon käyttö on vähentynyt (säästöä vuositasolla n. 0,5 M€) ja lisäksi SAS-hakemuksia tulee vähemmän kuin muilla alueilla⁸. Vastaavanlaisia hyötyjä on saatu vanhuspalveluiden lääkärituen parantamisesta, jonka seurauksena vanhuspalveluasiakkaiden päivystyskäynnit ja vuodeosastojaksot ovat vähentyneet merkittävästi ja vuodeosastojaksot myös lyhentyneet⁹.

Vanhuspalveluiden kustannussäästöpotentiaaliksi arvioitiin 892 M€ suhteessa yllä esitettyyn perusskenaarioon. Lisäksi terveyskeskuksen vuodeosaston lyhytaikaishoidon vähentämispotentiaaliksi arvioitiin 42 M€. Vanhuspalveluiden säästöpotentiaali perustuu kahteen mekanismiin: palvelurakenteen keventämiseen ja henkilöstön tuottavuuden kasvattamiseen. Kaikissa laskelmissa kokonaisasiaksmäärän oletetaan noudattavan perusskenaariota.

Yksi merkittävä säästöpotentiaali on laitoshoidon vähentämisessä ja korvaamisessa tehostetulla palveluasumisella. Tehostetun palveluasumisen vuosikustannus (netto) on n. 37 % edullisempi kuin pitkäaikaishoidon. Kuitenkin on huomioitava, että tehostetun palveluasumisen asiakkaat käyttävät enemmän kunnan maksamia muita palveluita kuin hoiva-asiakkaat, jolloin n. 35 % säästöstä joudutaan käyttämään näiden kustannusten kattamiseen¹⁰. Mikäli 2/3 pitkäaikaishoivasta korvattaisiin tehostetulla palveluasumisella, koko soten tasolla säästöä saavutetaan siten n. 256 M€.

Toinen merkittävä säästön lähde on uuden palvelumuodon kehittäminen kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen väliin. Mm. Vantaan kaupungin kehittämän kotihoiva-konseptin ajatuksena on, että asiakkaat asuvat samassa kiinteistöissä (sekä vuokra- että omistusasuminen mahdollista), joissa huomioitu ikääntyvien henkilöiden erityistarpeet sekä rakennettu yhteisiä tiloja. Toimintamallin avulla saavutetaan kustannustehokkuutta resurssien tehokkaan käytön (palvelun määrä on tarpeeseen eikä mitoituksiin perustuva) sekä kotihoidon välittömän työajan osuuden kasvattamisen kautta. Kotihoivassa arvioitu resurssinkulutus / asukas (= vuosikustannus) on n. 33 % vähemmän kuin tehostetussa palveluasumisessa. Kokonaissäästö tehostetun palveluasumisen korvaamisesta osittain kotihoivalla koko maassa olisi siten 244 M€.

Merkittävin säästöpotentiaali on kuitenkin kotihoidon tuottavuuden kasvattamisessa. Kotihoidon tuottavuutta tarkasteltaessa huomataan merkittäviä eroja henkilöstön asiakkaalla viettämän työajan (=välittömän työajan) osuudessa kokonaistyöajasta. Kuntien omassa tuotannossa välittömän työajan osuus on keskimäärin 49 %, kun parhaimmissa kunnissa se oli jopa 57 %. Yksityisillä palveluntuottajilla välittömän työajan osuus on keskimäärin 69 %, mutta heiltä puuttuvat mm. viranomaistehtävät. Jos oletetaan, että julkisen tuotannon välittömän työajan osuuden keskiarvo saadaan 57 %:iin ja puolet tuotannosta ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Tällöin tuottavuuden kasvua olisi 28 %, mikä tarkoittaisi 394 M€ säästöä.

⁸ Heinonen T, Hostikka M, Tuominen-Thuesen M. Aktiivinen kansalainen – kaiken ikäisenä. KPMG raportti 15.8.2014

⁹ Lindh M. Performance assessment of nursing home medical practice services. Diplomityö, Aalto-yliopisto, 2015.

¹⁰ Leskelä RL ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suom Lääkäril 2016;71(11):809–15)

Terveyskeskuksen vuodeosaston lyhytaikaishoitopäivien määrä suhteessa 75 vuotta täyttäneeseen väestöön vaihtelee merkittävästi, vaikka huomioitaisiin myös erikoissairaanhoidon hoitopäivät. Matalimman 10 %:n kunnissa hoitopäiviä on jopa 30 % vähemmän kuin keskimäärin, ja matalimmassa neljänneksessäkin n. 12 % keskiarvoa vähemmän. Tämä tulos on linjassa ESH-PTH –hoitoketjun säästöpotentiaalin kanssa (potentiaali 22 %), joka arvioitiin konservatiivisen akuuttihoiton yhteydessä. Tällöin pelkän tk-vuodeosastohoidon säästöpotentiaali olisi arviolta 42 M€. Yhteensä säästöpotentiaali on 936 M€

Vammaispalvelut

Nykytila

Suomessa on arviolta n. 40 000 kehitysvammaista henkilöä. Vammaispalveluiden kokonaiskustannukset ovat n. 1,5 miljardia euroa, josta n. puolet muodostuu asumispalveluista. Henkilökohtainen apu, kuljetuspalvelut, työllistämistoiminta ja laitospalvelut muodostavat kukin n. 200 miljoonaa euron kustannukset. Vammaispalveluiden järjestämisestä ja toteuttamisesta vastaavat pääosin kunnat.

Valtioneuvoston periaatepäätös ohjelmasta kehitysvammaisten asumisen ja siihen liittyvien palvelujen järjestämiseksi (2010) ja Valtioneuvoston periaatepäätös kehitysvammaisten henkilöiden yksilöllisen asumisen ja palvelujen turvaamisesta (2012) ovat asettaneet tavoitteeksi vammaisten laitoshoidon purkamiseksi. Laitoshoidon purkaminen ei ole kuitenkaan edennyt tavoitteiden mukaisesti. Laitoksissa olevien asiakkaiden määrä on vähentynyt, mutta vuonna 2014 laitoksissa oli yli 1 000 pitkäaikaisasiakasta ja kokonaishoitopäivät laitoksissa olivat n. 50 000 vuorokautta.

Keskeisin kehittämiskohde on laitoshoidon purkaminen. Tässä keinoina ovat mm. asuntojen hankkiminen sekä lähiyhteisön palvelujen kehittäminen. Tämän edellytyksenä on se, että tulevien asukkaiden tarpeet ovat tiedossa ennen kuin uusien asuntojen suunnittelu käynnistetään.

Lievästi kehitysvammaisten asumiseen ja tukeen kehitetään erilaisia uusia palveluratkaisuja. Ratkaisujen avulla on mahdollista vähentää säännöllisen tuen määrää ja toisaalta laajentaa tuetun asumisen asiakaskuntaa myös hieman enemmän tukea tarvitseviin. Uudet palveluratkaisut voivat perustua esimerkiksi kuvapuheluyhteyden ja muun teknologian hyödyntämiseen, sosiaaliseen isännöintiin ja yhteisölliseen asumiseen, tuetun asumisen, kotihoidon ja henkilökohtaisen avun kombinaatoratkaisuihin, kotihoidon hyvien käytäntöjen soveltaminen tuettuun asumiseen ja henkilökohtaiseen budjetointiin.

Perhehoidon määrässä on suuria alueellisia eroja. Keskeinen haaste on perhehoitajien rekrytoinnissa, johon eri erityishuollon kuntayhtymät ovat etsineet erilaisia ratkaisuja: palkkioiden nostaminen, tukipalveluiden kehittäminen ja markkinointikampanjat. Vammaissosiaalityö on tapahtunut suurelta osin kuntatasolla. Vammaispalvelut sisältävät runsaasti erilaisia palveluita, joista osa edellyttää usean lainsäädäntöalan tuntemusta, asiakaskunta on erittäin heterogeeninen ja asiakastilanteisiin vaikuttaa monenlaiset tekijät. Kuntatasolla pienet volyymit eivät ole mahdollistaneet osaamisen, prosessien ja

tietojärjestelmien asianmukaista kehittymistä. Tämä on johtanut epätarkoituksenmukaisiin toimintatapoihin, tehottomuuteen ja laatuongelmiin. Vammaisten laitoshoidossa oli 1117 pitkäaikaisasiakasta vuonna 2014. Laitoshoidon hoitopäivän keskihinta oli 347 €. Mikäli palvelu järjestettäisiin autettuna asumisena hoitopäivän hinnalla 187 € eli 20 %:a keskimääräistä autetun asumisen hintaa (156 €) korkeammalla hinnalla, syntyisi säästöä 65,2 M€.

Alueiden väliset erot kustannuksissa KELA:n vammaisetuuden saajaa kohti merkitsevät valtakunnan tasolla n. 370 miljoonan euron eroa kokonaiskustannuksissa. Tarkempien analyysien pohjalta on päädytty, että tästä n. 210 miljoonaa euroa liittyy erilaisiin toimintatapoihin liittyviin rakenteellisiin ja käytäntöeroihin ja loppuosaa eroista selittyy alueiden luontaisiin eroihin ja esimerkiksi subjektiivisten palveluiden käyttöön. Valtaosa 210 M€ kokonaissäätöpotentiaalista liittyy asumispalvelurakenteen kehittämiseen.

Lasten ja perheiden palvelut

Lasten ja perheiden palveluiden¹¹ kokonaiskustannuksiksi on arvioitu 1 300 miljoonaa euroa, joka muodostuu lastensuojelun laitos- ja perhehoidosta (640 M€), lasten- ja nuorisopsykiatriasta (270 M€) sekä muista palveluista (390 M€). Muita palveluita ovat mm. lastensuojelun avopalvelut sekä muut perheiden palvelut. Nordic Healthcare Group Oy:n laatimien analyysien perusteella pääosa kustannuksista muodostuu näiden palveluiden, erityisesti lastensuojelun ja psykiatrian, kustannuksista.

Lasten ja perheiden palveluiden nykypalvelujärjestelmä on siiloutunut ja hajanainen. Painopiste on korjaavissa, kuten huostaanotot ja laitoshoido, ennaltaehkäisevien ja pärjäämistä tukevien palveluiden, kuten kotipalvelu, perhetyö, sosiaaliohjaus, sijaan. Asiakastiedot hajautuvat lukuisiin rekistereihin ja asiakirjoihin pelkästään yhden kunnan sisällä.

Lasten ja perheiden palveluiden keskeinen kehittämisen kohde on nykyisen palvelurakenteen keventäminen siirtämällä painospistettä lastensuojelun sisällä sijaishuollosta avohuoltoon ja lastensuojelusta (lastensuojelulain mukaiset palvelut) perhepalveluihin (sosiaalihuoltolain mukaiset palvelut). Kehittämistoimenpiteitä painopisteen siirtämiseksi korjaavista palveluista kaikille yhteisiin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon ovat mm. hajallaan olevan palvelujärjestelmän tiivistäminen ja palveluiden integroiminen yhdeksi kokonaisuudeksi (ml. sosiaali- ja terveystyö, varhaiskasvatus, perusopetus, harrastukset ja perheiden elinolot toimentulon ja työn ja perheen yhteensovittamiseksi sekä vanhempain palvelut), palveluiden kohdentumisen, oikea-aikaisen saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden parantaminen sekä varhaisen vaiheen palveluiden (kuten neuvonta ja ohjaus, kotipalvelu, perhetyö, perheneuvolat) kehittäminen.

Digitalisaatio tarjoaa kustannustehokkaita ratkaisuja paitsi varhaisen vaiheen tukeen ja palveluihin ohjautumiseen myös palveluiden tuottamiseen.

¹¹ Lasten ja perheiden palvelukokonaisuus pitää sisällään lasten ja perheiden palvelut sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian. Opiskelija- ja kouluterveydenhuolto, kuten myös lasten ja nuorten somaattinen hoito on ryhmitelty osaksi terveystyöpalveluita, joten ne eivät ole mukana tässä kokonaisuudessa.

Suurin säästöpotentiaali lasten ja perheiden palveluissa kohdistuu huostaanottoihin ja laitoshoitoon. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen osuus alle 18-vuotiaista on noussut yli 50 % 2000-luvulla¹², mutta viime vuosina kasvu on saatu pysähtymään. Mikäli sijoituksissa päästäisiin ns. parhaiden kuntien nykyiselle keskiarvotasolle (0,9 sijoitettua per 100 alle 18-vuotiaista) on laskennallinen säästöpotentiaali noin 150 miljoonaa euroa. Tämä edellyttää kuitenkin noin 50 miljoonan euron investointia avomuotoisiin palveluihin: ns. perhekeskusmallin käynnistämiseen ja levittämiseen eri alueilla. Tällöin oltaisiin samalla tasolla kuin vuonna 2000.

Integroidun palvelujärjestelmän myötä on kuitenkin oletettu voitavan saavuttaa tätäkin parempi taso. Tätä tukevat tulokset esimerkiksi Lappeenrannasta, Imatralta ja Raisiosta, jossa kehitys on jatkunut positiivisena vielä 2014-2015 eikä parasta tasoa ole vielä edes saavutettu. Arviot perustuvat oletukseen, että muutokset alkavat tapahtua 2-3 vuoden kuluessa. Kestää kuitenkin 5-10 vuotta ennen kuin integraation hyödyt on kokonaisuudessaan saavutettu. Integroidun mallin tavoitteeksi on oletuksena asetettu tavoite vähentää sijoituksia noin 0,5 %iin vastaavan ikäisistä sekä samalla kehittää rakennetta vähemmän laitospäivähoitoon ja enemmän perhehoitoon. Mikäli integroidun mallin hyödyt saavutetaan kokonaisuudessaan, on säästöpotentiaaliksi arvioitu noin 410 miljoonaa euroa.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kokonaiskustannuksiksi vuonna 2014 on arvioitu 1 200 M€, joka sisältää perustason päihde- ja mielenterveyspalvelut, aikuispsykiatrian avo- ja vuodeosastohoidon sekä sekä asumispalvelut ja muun laitoshoidon. Laitoshoidon osuus kaikista kustannuksista on arviolta 640 M€, asumispalveluiden 315 M€ ja avopalveluiden 240 M€, mikä tarkoittaa, että avopalveluiden, eli kevyiden ja ennaltaehkäisevien palveluiden osuus kokonaiskustannuksista on vain n. 20 %.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut ovat nykyisin jakautuneet perusterveydenhuoltoon (esim. psyk. sairaanhoitajan vastaanotto, korvaushoito), sosiaalipalveluihin (esim. päihdepalvelut ja asumispalvelut) ja erikoissairaanhoidon (aikuispsykiatria), jolloin myös asiakastiedot ja hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat hajallaan. Joissain kunnissa integraatiota on pyritty tekemään perustason palveluissa tai mielenterveyspalveluiden sisällä perus- ja erikoistason palveluissa, mutta edelleen monessa paikassa päihdepalvelut tuotetaan erillään mielenterveyspalveluista. Ostopalveluiden käyttö sekä avo- että asumispalveluissa tuo oman lisänsä pirstaleiseen kokonaisuuteen. Tutkimuksessa on myös havaittu, että päihde- ja mielenterveyspalveluihin kohdistetut resurssit eri alueilla eivät heijastele alueen palvelutarvetta, vaan perustuvat muihin tekijöihin¹³. Tästä seuraa, että palveluiden saatavuus vaihtelee eri alueilla. Tästä seuraa myös, että muuttamalla resurssien allokointi tarpeenmukaiseksi, olisi todennäköisesti saavutettavissa merkittäviä säästöjä.

¹² SOTKAnet

¹³ Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kontio R, Joffe G. ym. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *Int J Environ Res Public Health* **2014**, 11, 8456–74.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden keskeiset kehittämiskohteet ovat palvelutuotannon integraatio sekä resurssien kohdentaminen jatkossa enemmän avopalveluihin ja kotiin vietäviin palveluihin kuin laitos- ja asumispalveluihin. Aikaisempien tutkimusten perusteella avohuoltoa ja lähipalveluita painottava toimintamalli on myös parantanut palveluiden vaikuttavuutta: itsemurhien määrä on vähentynyt näillä alueilla Suomessa¹⁴.

Palvelujärjestelmän ”käänteisen resurssipyramidin” kääntäminen toisin päin edellyttää useita kehittämistoimenpiteitä. Ensinnäkin palveluiden toimintalogiikka tulisi muuttaa asiakaslähtöiseksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että jokaiselle asiakkaalle määritetään yksilölliset tavoitteet, joiden pohjalta palvelusuunnitelma laaditaan ja palvelut tuotetaan. Palveluiden vaikuttavuutta arvioidaan suhteessa tavoitteiden saavuttamiseen. Toiseksi palveluita suunniteltaessa tulisi aina pyrkiä valitsemaan kevyin mahdollinen palvelumuoto. Vuodeosastolla hoidetaan vain sellaisia potilaita, joita ei voi hoitaa millään muulla tavalla.

Avopalveluiden toimintamalleissa ja prosesseissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa mm. hyvää saatavuutta. Palvelutarpeenarvioon on päästävä helposti ja milloin tahansa. Varsinaisia palveluitakin tulee olla saatavilla tarvittaessa nopeasti. Tällöin tilanteet eivät pääse kriisiytymään ja akuutti vuodeosastohoidon tarve vähenee. Kun asiakkaille syntyy luottamus palvelujärjestelmään ja siihen, että yhteyden saa tarvittaessa ja apua on tarjolla, pidemmällä aikavälillä myös kontaktien määrä vähenee.

Asumispalveluissa tavoitelähtöinen toimintamalli tarkoittaa, että asiakkaan kuntoutuminen otetaan keskeiseksi tavoitteeksi, johon myös ostopalveluiden palveluntuottajia kannustetaan sopimusohjauksen keinoin.

Digitalisaatio tukee jatkossa entistä paremmin asiakkaiden pysymistä avopalveluiden piirissä ja siirtymistä asumis- tai laitospalveluista itsenäiseen asumiseen, sillä kotiin voidaan antaa entistä monipuolisempaa ammattilaistukea psykiatrin etävastaanotoista lähtien. Esimerkiksi asiakkaat ovat pitäneet internetpohjaista Mielenterveystalo-palvelua hyödyllisenä¹⁵.

Päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämistoimenpiteiden seurauksena kustannusvaikutus valtakunnallisesti on n. 100-200 M€. Arvio perustuu useisiin eri laskelmiin, jotka on tiivistetty alla.

Ala-Nikola ym. (2014) tutkivat HUS:n erva-alueen sairaanhoitopiirien ja –alueiden päihde- ja mielenterveyspalveluiden resursseja ja totesivat, että ne eivät korreloineet alueiden mielenterveysindeksin kanssa. Esimerkiksi Eksoten resurssit olivat 22 % matalammat kuin niiden olisi pitänyt olla mielenterveysindeksin perusteella, ja silti palveluilla on hyvä saatavuus ja

¹⁴ Pirkola, S.; Sund, R.; Sailas, E.; Wahlbeck, K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: A nationwide small-area analysis. *Lancet* **2009**, *373*, 147–153.

Pirkola, S.; Sohlman, B.; Heilä, H.; Wahlbeck, K. Reduction in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: A nationwide register study in Finland. *Psychiatr. Serv.* **2007**, *58*, 221–226.

¹⁵ Hyppönen H, Hyry J, Valta K, Ahlgren S. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi - Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 33/2014.

asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä¹⁶. Jos valtakunnallisesti saataisiin alueiden resurssien kulutus 22 % alle mielenterveysindeksin ennusteen, olisi kustannussäästö 267 M€.

Suurin yksittäinen, tunnistettu säästöpotentiaali on psykiatrisen laitoshoidon vähentämisessä. Vuosina 2010-2014 psykiatrisen laitoshoidon on vähentynyt valtakunnallisesti n. 21 %¹⁷, mutta muutamissa sairaanhoitopiirissä, joissa on tehty määrätietoista päihde- ja mielenterveyspalveluiden kehittämistä, on laitoshoidon vähennetty 30-40 % (Etelä-Karjala, HUS ja Kanta-Häme). Mikäli muu maa olisi päässyt vähennyksissä samalle tasolle kuin nämä kolme aluetta, olisi kustannuksia säästynyt 79-129 M€.

Yleensä laitoshoidon purku edellyttää panostuksia asumis- ja avopalveluihin. Jos kuitenkin tarkastellaan asumispalveluiden määrän kehittymistä samalla ajanjaksolla, on Etelä-Karjalan, HUS:n ja Kanta-Hämeen alueella asumispalveluiden määrä kasvanut vähemmän (3-6 %) kuin maassa keskimäärin (7 %). Voidaan siis olettaa, että laitospalveluiden arvioitu vähentämispotentiaali voitaisiin saavuttaa lisäämättä asumispalveluita. Lisäksi on mahdollista, että asumispalveluissa voitaisiin toteuttaa siirtymää ympärivuorokautisesta asumispalvelusta ei-ympärivuorokautiseen, jolloin asumispalveluiden kustannukset pienenisivät. Tätä vaikutuksen suuruutta ei ole kuitenkaan voitu todentaa.

Avopalvelut ovat kasvaneet Etelä-Karjalassa ja HUS-alueella selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (n. 20 % vs. 9 %). Mikäli käyntimäärät kasvavat koko maassa tämän verran laitospaikkojen vähentämisen myötä, on arvioitu lisäpanostus 20 M€. On kuitenkin mahdollista, että lisäpanostuksia ei tarvita, sillä henkilöstön tuottavuutta on mahdollista kasvattaa työnkuvia selkeyttämällä ja toisaalta uudet, digitaaliset palvelut vähentävät käyntimääriä per potilas. Toimivien päihde- ja mielenterveyspalveluiden tulisi tuottaa säästöjä myös aikuissosiaalityössä, jonka kokonaiskustannus on n. 600M€. Kun päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakas kuntoutuu takaisin osaksi yhteiskuntaa, myös työllistämispalveluiden ja toimeentulotuen tarve pienenee. Näiden säästöjen suuruuden arviointi on kuitenkin haastavaa.

¹⁶ Mirola T, Nurkka N, Laasonen K. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakastytytyväisyystutkimus: mielenterveys- ja päihdepalvelut. Saimaan ammattikorkeakoulun julkaisuja, Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 34, 2013.

¹⁷ THL, SotkaNet

Valinnanvapaus

Valinnanvapauden vaikutuksia kustannuksiin ei ole mahdollista arvioida ilman valinnanvapautta koskevia linjauksia ja tietoa toteutuksesta. Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon erityispiirre on ollut kohtuullisen suuri kotitalouksien osallistuminen kustannuksiin yksityisten palveluiden omavastuun kautta. Kelan laskelmien mukaan omavastuiden osuus palkkioissa, tutkimuksessa ja hoidossa on yhteensä 822 M€ vuodessa¹⁸. Jos kaikki nämä henkilöt siirtyisivät käyttämään valinnanvapauden kautta maakunnan rahoittamia, valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita, vastaava summa pitäisi pystyä rahoittamaan muulla tavoin. Lisäksi olisi mahdollista, että osa työterveyshuollon asiakkaista ja osa lapsiperheistä, joilla on vakuutus, siirtyisi julkisrahoitteiseen malliin. Hoitoon pääsyn helpottumisen myötä potentiaalinen lisäkysyntä saattaisi purkautua (patoutunut, piilossa oleva kysyntä).

Taulukko xy. Omavastuiden osuus tutkimuksessa ja hoidossa 2015, euroa.

2015	Kustannukset euroa	Korvaukset euroa	Omavastuut
Lääkäripalkkiot	355 921 711	72 538 623	283 383 088
Hammashoito	395 180 202	95 194 119	299 986 083
Tutkimus ja hoito	308 383 832	69 655 156	238 728 676
Yhteensä	1 059 485 745	237 387 898	822 097 847

Osana valinnanvapauslainsäädännön valmistelutyötä on käynnistetty selvitys joidenkin muiden maiden (erityisesti Ruotsi) kokemuksista ja valinnanvapauden vaikutuksista kustannuksiin.

6 Kilpailu- ja markkinavaikutukset

(täydentyy)

Uudistus avaa nykyisille yksityisille toimijoille pääsyn julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasvirtoihin. Kasvaneet markkinat perustuvat kuitenkin pääsääntöisesti julkiseen rahoitukseen, joten alan kilpailussa korostuu olemassa olevien resurssien uudelleen kohdistaminen kokonaan uuden kysynnän luomisen sijasta. Lisäksi uudistuksen keskeinen tavoite on pienentää sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksia. Uudistuksen voidaan arvioida noin kolminkertaistavan sosiaali- ja terveysalan kilpaillut markkinat riippuen kuitenkin siitä, kuinka laajalti eri toiminnot kuuluvat laajan valinnanvapauden piiriin.

¹⁸ Mikkola H. Raha seuraa asiakasta –näkökulmana valinnanvapaus ja integraatio. Tampere 13.5.2016

Tilastokeskuksen mukaan terveystalouden yrityksiä oli vuonna 2013 vajaa 15 500. Alan liikevaihto oli vuonna 2013 yhteensä yli 3,5 miljardia euroa ja alan yrityksissä työskenteli 31 000 henkeä.

Yritysten määrä vuonna 2013 henkilöstön koon mukaan terveystaloudella (*Tilastokeskuksen yritystilasto)	yrityksiä, lkm	osuus yrityksistä %	osuus henkilöstöstä %	osuus liikevaihdosta %
alle 10 hengen	15 247	98,4	46,1	47,2
10-49	185	1,2	10,8	10,8
50-249	49	0,3	14,9	13
suurempi kuin 250	12	0,08	28,2	29
yhteensä	15 493			

Sosiaalipalveluilla oli vuonna 2013 Tilastokeskuksen mukaan yhteensä reilu 3 000 yritystä ja alan yritykset työllistivät vajaa 31 000 henkeä¹⁹. Yritysten liikevaihto oli yhteensä noin 1.8 miljardia euroa.

Yritysten määrä vuonna 2013 henkilöstön koon mukaan sosiaalihuollonpalveluissa (*Tilastokeskuksen yritystilasto)	yrityksiä, lkm	osuus yrityksistä %	osuus henkilöstöstä %	osuus liikevaihdosta %
alle 10 hengen	2 629	79,6	19,3	19,3
10-49	611	18,5	36,9	37,2
50-249	52	1,6	15,8	-
suurempi kuin 250	10	0,3	28	-

Uudistus ohjaa toimialaa kuluttajaorientoituneemmaksi ja mahdollisesti tehostaa innovaatioiden leviämistä. Nämä seikat voivat vaikuttaa siihen, että myös uudistuksen johdosta yksityisen kysynnän määrä sekä alan vienti kasvaa. Uudistus voi ylipäätään olla tarpeellinen, jotta esimerkiksi terveysalan uudet

¹⁹ Sisältää vielä tässä luokittelussa myös varhaiskasvatuspalvelut, jotka eivät enää kuulu sosiaalipalveluihin.

innovaatiot voidaan täysimääräisesti hyödyntää ja siten saada kasvualusta kansainväliseen liiketoimintaan. Hankintalain soveltamisen kaventuminen huomattavasti nykyisestä vapauttaa resursseja ja mahdollistaa pelkästään yritysten omista tarpeista lähtevät kumppanuudet. Uudistuksella voidaan katsoa olevan työllisyysvaikutuksia siten, miten se onnistuu kasvattamaan alan kokoa. Vaikka listautuneille sosiaali- ja terveyskeskuksilla ei olisi mahdollisuutta asettaa hintaansa markkinaehtoisesti, voi julkisen puolen asettamalla listautuneiden sosiaali- ja terveyskeskusten asiakasmaksuilla olla vaikutusta alan hintakehitykseen.

Suuri toimintatavan muutos aiheutuu niille yrityksille, jotka tulevat tarjoamaan täyden valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluita ja jotka ovat aikaisemmin myyneet kaikki palvelunsa kunnille. Hankintamenettelyn voittaminen on tarjonnut useammalle vuodelle varman tulolähteen, kun jatkossa toiminnan tulos perustuisi asiakasvirtoihin. Tämä toisaalta pakottaisi yritykset panostamaan palveluidensa laatuun tilanteissa, jossa alueella on kilpailua esimerkiksi vanhustenhuollossa. Sosiaalipalveluissa 60 prosenttia toimijoista on myynyt koko tuotantonsa kuntayhtymille.

On hyvin todennäköistä, että julkiset yhtiöt tulevat olemaan vähintään keskisuuria. Tämä tulee muuttamaan jonkin verran alan nykyistä rakennetta. Jos yhtiöitettävien yksiköiden kokoon ei kiinnitetä huomiota, voi uudistus arvioiden mukaan vähintään nelinkertaistaa yli 250 hengen yksiköiden määrän. Todennäköisesti myös keskisuurten (50-249) yksiköiden määrä kasvaisi selkeästi nykyisestä vajaasta kahdesta prosentista.

Maakuntien asettamat kriteerit ja kustannusten korvaustaso saattavat vaikeuttaa pienten yritysten mahdollisuuksiin kilpailla markkinoilla. Yrityksen tulonmuodostuksessa keskeistä on se, miten asiakkaat palvelut löytävät ja tässä ratkaisevaa saattaa olla jo olemassa olevat asiakassuhteet. Vielä ei voida arvioida kuinka paljon sote-keskuksille syntyy hallinnollista taakkaa maakunnille raporttoimisesta.

Uuden yritystoiminnan käynnistäminen vaatii sosiaali- ja terveyspalveluissa usein kohtuullisen korkeat investoinnit. Mahdolliset, alalle muodostuvat alihankintaketjut, saattavat tukea mikroyritysten syntymistä ja vähentää yrityksen perustamiseen tarvittavan pääoman tarvetta. Usein kuitenkin yritykset, joilla on pelkästään yksi iso asiakas, ovat kohtalaisen haavoittuvassa asemassa suhteessa ostajaan. Paremmiin yritysdynamiikkaa voisi tukea mallit, jossa toiminta perustuu samankokoisten yritysten verkostoihin ja toisiaan täydentäviin palveluihin. Tulevat sosiaali- ja palvelualan markkinat muodostuisivat niin, että todennäköisesti yli puolet toimijoista tulisi nykyiseltä julkiselta puolelta. Uutta elinkeinotoimintaa voi syntyä paremmin alueille, jossa on suurempi asiakaspohja.

7 Vaikutukset eläkkeiden rahoitukseen

Arvioitaessa eläkejärjestelmien kestäväää eläkemaksun tasoa, lopputulokseen vaikuttavat käytettävät oletukset. Kevan nykyisin käyttämät laskentaoletukset eroavat yksityisen työeläkejärjestelmän laskentaoletuksista. Tämän seurauksena Kevan eläkemaksu on korkeampi kuin jos se käyttäisi yksityisen työeläkejärjestelmän oletuksia. Valmisteltaessa tätä esitystä pidettiin yhdessä Kevan kanssa mahdollisena sitä, että oletuksia voitaisiin muuttaa lähemmäs yksityisen työeläkejärjestelmän oletuksia. Laskentaoletuksista ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista säätää lainsäädännöllä, sillä niitä täytyy voida muuttaa joustavasti taloustilanteen sekä muiden muutosten takia. Siksi Keva päättäisi itse jatkossakin käyttämistään oletuksista.

Tämän esityksen taloudelliset vaikutukset ovat kuitenkin riippuvaisia käytettävistä oletuksista. Siksi seuraavassa esitetään vaikutukset kahdella tavalla: Nykyisillä oletuksilla ja muutetuilla oletuksilla, jotka ovat lähellä yksityisen työeläkejärjestelmän mukaisia oletuksia. Nämä ovat mahdollisten oletusten ääripäät. On huomioitava, että todellisuudessa valittavat oletukset ovat ehkä jotakin näiden ääripäiden väliltä.

Yksityinen työeläkejärjestelmä käyttää oletuksissaan laskentajaksoa, joka ulottuu vuoteen 2080, sijoitusten reaalityottona 3,5 prosenttia vuodessa ja palkkasumman oletetaan pysyvän muuttumattomana.

Kevan nykyisissä oletuksissa laskentajakso ulottuu vuoteen 2100, sijoitusten reaalityottona käytetään 3,0 prosenttia vuodessa ja palkkasumman oletetaan vähenevän 10 prosentilla seuraavan kymmenen vuoden aikana. Näillä oletuksilla ja tämän hetkiselällä palkkasummalla saataisiin eläkemaksun kokonaismääräksi 28,5 prosenttia ja tästä tasausmaksu olisi 4,0 prosenttia.

Mikäli mennään oletusten toiseen ääripäähän, olisi laskentajakso vuoteen 2080, sijoitusten reaalityotto olisi ensimmäiset viisi vuotta 2,5 prosenttia, seuraavat viisi vuotta 3,0 prosenttia ja tämän jälkeen 3,5 prosenttia. Palkkasumman oletettaisiin vähenevän 5 prosenttia seuraavan 10 vuoden aikana. Tällöin eläkemaksun kokonaismääräksi saataisiin 27,0 prosenttia ja tasausmaksun määräksi 2,5 prosenttia. Jos perusteita poikkeamiselle on, oletuksia ei ole syytä muuttaa täysin yksityisen työeläkejärjestelmän mukaisiksi. Nykyisessä sijoitusympäristössä 3,5 prosentin reaalityotto ei ole realistinen. Ei ole myöskään realistista olettaa, että Kevan jäsenyhteisöjen henkilöstömäärä ja siten palkkasumma ei pienene lainkaan.

Vaikutukset valtion ja kuntien väliseen talouteen

Valtio ottaa maakuntien kautta vastattavakseen sinne siirtyvästä henkilöstöstä aiheutuvat kustannukset. Nämä kustannukset jakautuvat siirtyvän henkilöstön suhteessa. Eläkkeiden rahoituksen kannalta olennaista on kuinka nykyinen eläkemenoperusteinen maksu ja sen korvaava tasausmaksu jaetaan. Nyt ehdotetaan, että se jaetaan kuntien ja maakuntien välillä siirtyvän henkilöstön ja kuntiin jäävän henkilöstön palkkasummien suhteessa.

Siirtyvän henkilöstön tarkkaa lukua tai näiden palkkasummaa ei vielä tiedetä. Puhtaasti siirtyvään henkilöstömäärään perustuva arvio antaisi oletuksen, että 55 prosenttia henkilöstöstä siirtyy maakuntiin ja 45 prosenttia jää kuntiin. Tällöin vuoden 2016 luvuilla (joissa eläkemenoperusteinen maksu on vielä 5,21 prosenttia) tasausmaksusta maksaisivat maakunnat 480 miljoonaa euroa ja kunnat 400 miljoonaa euroa. Muutetuilla oletuksilla (tasausmaksu 2,5 prosenttia) maakunnat maksaisivat 230 miljoonaa euroa ja kunnat 192 miljoonaa euroa.

Vaikutukset kuntien talouteen

Tällä hetkellä eläkemenoperusteinen maksu jakautuu kuntien välillä hyvin epätasaisesti. Tämä johtuu siitä, että sen perusteena käytetään sitä eläketurvaa, joka on karttunut ennen vuotta 2005. Koska kuntien henkilöstö on eri kunnissa muuttunut hyvin eri tavalla, joissakin kunnissa eläkemenoperusteinen maksu voi olla hyvinkin suuri verrattaessa kunnassa nyt työskentelevään henkilöstöön ja asukasmäärään. Toisissa kunnissa taas asia on päinvastoin. Nyt ehdotetaan ensinnäkin, että kuntien tasausmaksu määräytyisi kuntien verorahoituksen suhteessa. Tämä muuttaa eläkemenoperusteisen maksun, jatkossa tasausmaksun, jakautumista kuntien kesken. Muutoksesta hyötyvät erityisesti muuttotappiosta kärsivät kunnat. Kun tasausmaksu jaetaan verorahoituksen suhteessa, maksurasite kohdistuu kunnille nykyistä oikeudenmukaisemmin yksittäisen kunnan kantokyvyn mukaan.

Maakuntaudistuksen vuoksi tasausmaksusta siirtyy suuri osa maakuntien eli käytännössä valtion maksettavaksi. Kuntien osuus maksusta pienenee nykyisestä merkittävästi ja pääosassa kuntia tasausmaksu olisi jatkossa nykyistä eläkemenoperusteista maksua pienempi. Jos oletuksia ei muutettaisi lainkaan (tasausmaksun määrä olisi 5,2 prosenttia), aiheutuisi noin viidellätoista kunnista tasausmaksun nousu verrattuna nykyiseen eläkemenoperusteiseen maksuun. Kaikissa muissa kunnissa tasausmaksu laskisi. Oletusten muutoksen ääripäässä, jossa tasausmaksu on 2,5 prosenttia palkkasummasta, tasausmaksu laskisi kaikissa kunnissa. Ehdotuksen tarkkaa vaikutusta yksittäisen kunnan talouteen on kuitenkin vaikea arvioida, sillä kuntien henkilöstörakenteet ovat erilaisia ja siten yksittäisen kunnan siirtyvää henkilöstömäärää ei voida tarkkaan arvioida. Lisäksi kuntien tehtävien siirtyminen maakunnille otetaan huomioon vastaavana tulojen vähentymisenä koko maan tasolla.

8 Muita taloudellisia vaikutuksia

Maakuntavaaleista ja maakunnan asukkaiden muusta osallistumisesta aiheutuvat kustannukset

Maakuntavaaleista arvioidaan aiheutuvan kullekin maakunnalle noin 40 000 euron kustannukset (maakuntavaalilautakuntien toiminta).

Oikeusministeriölle maakuntavaaleista aiheutuisi kustannuksia seuraavasti: 1) vaalitietojärjestelmään tehtävät muutokset vuosina 2016-2017 (noin 600 000 euroa), 2) ensimmäisiä, vuoden 2018 presidentinvaalien yhteydessä toimitettavia maakuntavaaleja koskevat erityisjärjestelyt (1 000 000 euroa) sekä 3) vuodesta 2021 lukien samanaikaisesti kuntavaalien kanssa toimitettavista maakuntavaaleista aiheutuvat kustannukset (noin 50 000 euroa). Sanotut kustannukset kohdistaa 1 ja 2 on jo otettu valtiontalouden kehyksiin vuosille 2017-2020.

Lisäksi maakuntavaaleista aiheutuisi vähäisempiä kustannuksia kunnille (maakuntavaalien äänestyslippujen laskenta) sekä valtiontalouden tarkastusvirastolle (maakuntavaalien vaalirahoitusilmoitusten valvonta). Vaalilain 188 §:n 2 momentissa ehdotetaan, että maakunta korvaisi kunnille maakuntavaaleista aiheutuvat lisäkustannukset.

Maakunnan asukkaiden aloitteiden tekemistä tukevan tietojärjestelmän (maakunta-aloitejärjestelmä) laatimisesta aiheutuisi oikeusministeriölle noin 150 000 euron kertakustannus.

9 Vaikutukset poliittiseen järjestelmään

Vaikutukset demokratiaan, asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin ja poliittiseen järjestelmään

Esityksellä voidaan arvioida olevan merkittäviä vaikutuksia demokratiaan, asukkaiden vaikutusmahdollisuuksiin sekä poliittiseen toimintakulttuuriin ja –järjestelmään. Koska kyseessä on uuden hallinnontason perustaminen, voidaan esityksen yksityiskohtaisempia vaikutuksia tältä osin arvioida vasta pidemmän aikavälin kuluessa.

Maakunnille on esityksen myötä siirtymässä aiemmin kunnille ja valtion aluehallinnolle kuuluvia tehtäviä. Tehtävien siirto kunnilta maakunnille voi käytännössä kaventaa asukkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa paikallisella tasolla ja johtaa päätöksenteon etääntymiseen kuntalaisista. Päätöksenteon etääntymistä vähentää kuitenkin se, että maakunnan ylin päätöksentekoeelin valittaisiin suorilla vaaleilla. Lisäksi esitys luo edellytykset myös suoralle osallistumiselle maakunnissa. Maakunnan asukkailla olisi maakuntalaissa määritellyt osallistumis- ja vaikuttamisoikeudet, jotka pitkälti vastaisivat kuntalaissa määriteltyjä kuntalaisen osallistumis- ja vaikuttamisoikeuksia. Oikeuksia

täydennettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain säännöksillä. Näin ollen osallistumisen oikeudet säilyisivät ennallaan, vaikka tehtävien järjestämisvastuu olisi jatkossa kunnan sijaan maakunnalla. Monitoimialaisen maakunnan tehtävistä monet siirtyvät aiempaa kansanvaltaisemman päätöksenteon piiriin eli maakuntiin joko valtion aluehallinnolta tai esimerkiksi maakuntien liitoilta. Maakunnan hallinto perustuisi, kuntien itsehallinnon tapaan, maakunnan alueen asukkaiden itsehallintoon, jota he käyttäisivät maakuntavaltuustoon valitsemiensa edustajien kautta. Myös asukkaiden vaikutusmahdollisuudet laajenevat koskemaan sellaisia tehtäviä, joissa asukkailla ei toistaiseksi ole ollut suoran vaikuttamisen lakisääteistä oikeutta. Tällä voi olla demokratiaa vahvistava vaikutus.

Asukkaiden vaikuttaminen kanavoituu jatkossa kuntatason lisäksi suurelta osin myös maakuntatasolle. Kunnille on jäämässä merkittävää päätösvaltaa ja kuntien roolina olisi edelleen tarjota kanavia vaikuttaa niiden vastuulla oleviin tehtäviin sekä niiden vastuulla olevien palveluiden järjestämiseen liittyviin kysymyksiin ja yleisesti paikallisiin asioihin. Perustettavilla maakunnilla tulee lisäksi olemaan yhdessä kuntien kanssa jaettu ja osittain päällekkäinen vastuu esimerkiksi alueen asukkaiden hyvinvoinnista palvelujen järjestäjänä sekä alueen ympäristöstä ja sen kehityksestä. Maakunnan asukkaan näkökulmasta kuntien ja maakuntien palvelujen ja osallistumisjärjestelmien tulisi muodostaa yksi, saumaton ja selkeä kokonaisuus. Asukkaan tuleekin jatkossa tietää, missä nimenomaisissa asioissa tulee pyrkiä vaikuttamaan kunnan ja missä maakunnan kautta. Asukkaalta tämä edellyttää aktiivisuutta ottaa selvää asioista, mutta korostaa erityisesti maakunnan ja kunnan yhteistyötä sekä niiden vastuuta aktiiviseen, selkeään ja avoimeen viestintään niiden vastuulle kuuluvista asioista sekä osallistumismahdollisuuksista. Muutoin vaarana on, että asukkaan ja kuntalaisen näkökulmasta eri hallinnontasojen palvelu- ja osallistumisjärjestelmät muodostavat epäselvän kokonaisuuden, mikä puolestaan voi sekä vähentää kiinnostusta vaikuttamiseen että hankaloittaa vaikuttamista sinänsä. Maakuntalakiin ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin sisältyvät säännökset viestinnästä ja tiedottamisesta edistävät avointa, asiakaslähtöistä hallintoa ja valmistelua.

Uuden hallinnontason perustamisen vaikutukset demokratiaan kytkeytyvät myös siihen, missä määrin maakunnan asukkaat kiinnostuvat vaikuttamisesta ja haluavat osallistua maakunnan toimintaan.

Esityksen lähtökohtana on, että maakunnan asukkailla olisi mahdollisimman laaja oikeus osallistua maakunnan asioiden hoitoon sekä asukkaana että luottamushenkilönä toimimalla. On mahdollista, että asukkaiden kiinnostus maakunnan asioita ja esimerkiksi maakuntavaltuustoa kohtaan on vähäistä, mikä voi ilmetä esimerkiksi alhaisena äänestysaktiivisuutena maakuntavaaleissa.

Maakuntavaalit on tarkoitus toimittaa vuodesta 2021 samanaikaisesti kuntavaalien yhteydessä ja ensimmäisellä kerralla vuoden 2018 presidentinvaalin yhteydessä. Vaalien yhdistämisellä voi olla vaikutuksia äänestysvilkkautteen: kansainvälisten tutkimusten mukaan yhdistelmävaalit voivat nostaa äänestysaktiivisuutta keskimäärin muutaman prosenttiyksikön verran, mutta riskinä voi olla toisten vaalien agendan jääminen toisten peittoon sekä se, ettei ehdokkaiden ja puolueiden sanomaa saada tuotua riittävän selkeästi

esille. Tämä voi myös sekoittaa äänestäjien kykyä hahmottaa, mistä eri vaaleissa on kysymys. Lisäksi tunnettujen ehdokkaiden näkyvä kampanjointi saattaa aiheuttaa sen, että kuntavaalien vaaliteemat jäävät tavallista vähemmälle huomiolle. Näin kävi yhdistetyissä europarlamenttivaaleissa ja kuntavaaleissa 1996. Toisaalta esimerkiksi Ruotsissa on todettu, ettei yhtenäisellä vaalipäivällä välttämättä ole merkittävää vaikutusta siihen, että valtiopäivävaalit hallitsevat poliittista keskustelua kunnallisvaalien kustannuksella.

Suomessa on vähän kokemuksia samanaikaisten vaalien toimittamisesta. Valtakunnallisesti ainoa kerta on ollut vuonna 1996, jolloin toimitettiin ensimmäiset europarlamenttivaalit kunnallisvaalien yhteydessä. Äänestysaktiivisuus oli tuolloin 60,3 % europarlamenttivaaleissa ja 61,3 % kunnallisvaaleissa. Vuosina 2004 ja 2008 Kainuun hallintokokeilualueella toimitettiin kunnallisvaalien yhteydessä Kainuun maakuntavaalit. Äänestysprosentit jäivät silloinkin alhaisiksi sekä kuntavaaleissa (50,9 – 59,8 %) että maakuntavaaleissa (49,6 – 58,8 %). Erityinen piirre vuoden 1996 yhdistelmä-vaaleissa oli hylättyjen äänestyslippujen suuri osuus (europarlamenttivaaleissa 4,9 %, kunnallisvaaleissa 1,6 %). Tämä oli osin seurausta siitä, että ohjeistuksesta huolimatta jotkut äänestäjät olivat äänestysmerkintää tehdessään sekoittaneet kaksi äänestyslippua keskenään. Myös Kainuun maakuntavaaleissa tapahtui huomattavassa määrin äänestyslippujen sekoittumista, mistä osin johtuen äänestyslippujen hylkäysprosentit olivat korkeita (2,0 – 6,6 %).

Äänestäjän tehtävän samanaikaisissa vaaleissa voidaan arvioida muuttuvan jonkin verran haasteellisemmaksi kuin tavanomaisissa vaaleissa. Hänen on ensinnäkin perehdyttävä molempien vaalien vaaliteemoihin ja tehtävä äänestyspäätös molempien vaalien ehdokkaasta sekä tämän lisäksi hänen on selvitettävä kyseisten ehdokkaiden äänestysnumerot ja merkittävät ne oikeisiin äänestyslippuihin. Vaaliviranomaisten on luonnollisesti kiinnitettävä erityistä huomiota tiedottamiseen oikeista äänestysmenettelyistä, mutta viime kädessä äänestäminen ja erityisesti äänestysmerkinnän tekeminen äänestyskopissa jää kunkin äänestäjän omalle vastuulle.

Äänestysaktiivisuuteen sekä maakuntavaalien kiinnostavuuteen vaikutusta voi olla myös esityksessä ehdotetuilla muutoksilla lakiin neuvoa-antavista kunnallista kansanäänestyksistä. Jatkossa sekä kunnallinen että maakunnan kansanäänestyksen järjestäminen olisi mahdollista maakunta- ja kunta-vaalien yhteydessä sekä kunnan tai maakunnan niin halutessa vain kirjeäänestyksenä. Kansanäänestysten järjestäminen vaalien yhteydessä voi nostaa maakunta- ja kuntavaalien yleistä kiinnostavuutta. Lisäksi edellä mainitut muutokset voivat alentaa kansanäänestyksen kustannuksia ja osaltaan myös kynnystä niiden järjestämiseen.

Äänestysaktiivisuuden ohella on toistaiseksi vaikea ennakoida sitä, näyttäytyykö maakunnan luottamushenkilönä toimiminen houkuttelevana. On myös mahdollista, että maakuntien perustamisella on kielteisiä vaikutuksia kunnan luottamushenkilötyön houkuttelevuuden näkökulmasta. Halukkuus asettua ehdolle kuntavaaleissa tai muutoin osallistua kunnalliseen päätöksentekoon voi esityksen johdosta vähentyä, kun nykyisin kunnanvaltuuston toimivaltaan

kuuluvista sosiaali- ja terveyden-huollon kysymyksistä päätettäisiin jatkossa maakunnissa. Kehityksellä voi kuitenkin olla myönteisiä vaikutuksia kuntien luottamushenkilöiden toimintaedellytysten kuten esimerkiksi ajankäytön näkökulmasta. Toisaalta on mahdollista, että sama henkilö toimii jatkossa luottamushenkilönä usealla hallinnontasolla, jolloin ajankäyttöongelmat sitä vastoin lisääntyisivät. On myös mahdollista että tämä lisää poliittisten tehtävien ammattimaistumista ja vaalikampanjoiden kuluja. Maakuntalailla pyritään turvaamaan maakunnan luottamushenkilöiden toimintaedellytykset. Luottamushenkilöillä on kuntien luottamushenkilöiden tapaan muun muassa oikeus saada vapaata työstään luottamustoimen hoitamiseksi. Laki sisältää myös tarpeelliset säännökset oikeudesta kokouspalkkioihin ja –korvauksiin sekä mahdollisuuden saada työ- tai virkavapaata kokopäiväiseen luottamustyöhön. Säännöksillä on myös laajempaa merkitystä valtuustotyön ja maakunnallisen demokratian edistämisen kannalta.

Maakuntien perustamiselle on edelleen vaikutuksia myös poliittiseen toimintakulttuuriin niin maakuntien kuin kuntien tasolla. Esityksen myötä maakuntatasolle kuuluvista tehtävistä ja niitä koskevasta päätöksenteosta vastaisivat nimenomaisesti tätä tarkoitusta varten vaaleilla valitut luottamushenkilöt. Tämä voi mahdollistaa paremmin kuntaa laajemman alueen eli maakunnan yhteisten etujen ajamiseen ja palveluiden järjestämisen ainakin pidemmällä aikavälillä. Maakuntien perustamisen vaikutukset ulottuvat myös kunnan toimiin – ja osallistumISRakenteisiin. Tehtävien siirto voi merkitä tarpeita esimerkiksi kuntien toimielinrakenteiden muutoksiin. Samoin esimerkiksi kuntalain mukaiset vaikuttamistoimielinten tehtävät ja toiminta muuttuvat ja samanaikaisesti yhteistyötarve lakiehdotuksessa esitettyihin maakunnallisiin vaikuttamistoimielimiin korostuu.

Vaaleilla valitut maakuntavaltuustot merkitsevät luottamushenkilömäärän kasvua, koska on toden-näköistä, että maakuntavaaleissa asettuu ehdolle ja valituksi tulee useita sellaisia luottamushenkilöitä, jotka samanaikaisesti eivät ole ehdolla tai tule valituksi kuntavaaleissa. Tällä, samoin kuin maa-kuntalakiin sisällytetyillä säännöksillä maakunnan asukkaiden osallistumisoikeuksista voidaan arvioida olevan päätöksenteon etäännyttämisestä hillitsevä vaikutus.

Valinnanvapautta koskevien säännösten uudistamisella ja palvelun tuottajaksi pääsyä koskevien periaatteiden uudistamisella tulee olemaan vaikutuksia osallistumisen ja demokratian näkökulmista.

Hyvän hallinnon ja avoimuuden turvaamiseksi on tärkeää ulottaa demokraattiset vaikutusmahdollisuudet mahdollisimman laajalle myös yhtiömuotoiseen toimintaan ja turvattava asukkaiden ja luottamushenkilöiden riittävä tiedonsaanti maakunnan toiminnasta. Maakuntalain perusteella asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet koskevat myös kaikkia niitä palveluntuottajia, jotka tuottaisivat maakunnan järjestämistä vastuulle kuuluvia palveluja.

Maakuntien perustamisella on vaikutuksia lisäksi poliittisten puolueiden toimintaan. Maakuntavaalit ovat kokonaan uudet vaalit ja puolueiden tulee huolehtia myös niiden ehdokasasettelusta ja vaalikampanjoinnista. Tämä aiheuttaa puolueille ja niiden paikallisjärjestöille lisäkustannuksia ja sitä kautta

vaalirahoituksen tarvetta. Maakunnittainen ehdokasasettelu voi myös vaikuttaa joidenkin puolueiden järjestörakenteeseen.

Maakuntalain tavoitteena on luoda edellytykset maakuntien ja järjestöjen väliselle yhteistyölle ja järjestöjen vaikutusmahdollisuuksille. Kunnilla on nykyään merkittävä rooli tukea paikallista järjestötoimintaa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysjärjestöt osallistuvat kuntatasolla sekä palveluiden suunnitteluun ja tuottamiseen yhteistyössä kuntien kanssa. Tältä osin esityksen vaikutukset riippuvat merkittävästi siitä, millaiseksi maakunnan toiminta todellisuudessa muodostuu, sekä miten erilaisia kuulemis- ja yhteistyönmalleja maakunnissa otetaan käyttöön.

Maakuntalain tarkoituksena on luoda edellytykset maakunnan asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien toteuttamiselle maakunnan toiminnassa. Maakunnan asukkaiden osallistumis-oikeutta koskevat ehdotukset luovat lisäksi edellytyksiä maakunnan ja sen asukkaiden välisen vuorovaikutuksen parantamiseksi sekä hallinnon avoimuuden ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Kaikkiaan maakuntien perustamisen vaikutuksia asukkaiden osallistumisen, päätöksenteon ja poliittisen toimintakulttuurin näkökulmasta on mahdollista arvioida laajemmin vasta pidemmällä aikavälillä. Vaikutukset riippuvat merkittävästi siitä, millaiseksi maakunnan toiminta tosiasiallisesti muotoutuu sekä muun muassa siitä, millaiseksi maakuntien toimielin- ja päätöksentekorakenne muodostuu ja siitä, missä määrin maakunnissa otetaan käyttöön lain mahdollistamia vaikuttamisen tapoja ja miten niitä eri maakunnissa sovelletaan.

10 Vaikutukset maakuntien asukkaisiin sekä asiakkaisiin ja potilaisiin

10.1 Vaikutukset palveluiden saatavuuteen ja yhdenvertaisuuteen

Lakiluonnoksen mukainen ratkaisu suurentaa olennaisesti järjestämisvastuullisten toimijoiden kokoa ja toteuttaa järjestämistason kokonaisintegraation yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun yhdelle alueelliselle päätöksentekijälle. THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan näiden kahden periaatteen voidaan olettaa tukevan riittävien, yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen saatavuutta.

Kansainvälisten kokemusten perusteella järjestäjätahon suuri koko oletettavasti johtaa palvelutuotannossa esiintyvien alueellisten ja paikallisten vaihteluiden pienenemiseen ja tätä kautta yhdenvertaisuuden lisääntymiseen. Suurien järjestäjien laajat taloudelliset ja osaamisresurssit mahdollistavat palvelutuotannon eri osien ja niiden henkilöstön käytön paremman koordinoinnin. Vahvojen järjestäjätahojen voidaan odottaa pystyvän keskittämään tuotantoa suuriin yksiköihin palvelujen laadun sitä edellyttäessä ja toisaalta hajauttamaan tuotantoa pieniin yksiköihin tai järjestämään liikkuvia palveluja ja sähköisiä palvelukokonaisuuksia palvelujen saatavuuden sitä

vaatiessa. Vahvojen järjestäjätahojen voidaan myös odottaa pystyvän organisoimaan ja räätälöimään erityisosaamista vaativia palveluja esimerkiksi harvinaisista sairauksista kärsiville ja erilaisille kieli- ja kulttuurivähemmistöille. THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan laaja järjestämismäärä antaa osaavalle järjestäjätaholle periaatteelliset mahdollisuudet tukea toiminnallista integraatiota. Lakiluonnoksessa säädetään erityisesti, että maakunnan järjestämismääräyksiin kuuluu vastuu palvelujen käyttäjien palvelukokonaisuuksien toteutumisesta. Jos järjestäjätaho on kykenevä määrittelemään mielekkäitä palvelukokonaisuuksia ja pystyy sitouttamaan tuottajia niiden edellyttämään yhteistyöhön, edellytysten sujuville palveluille ja palveluketjuille voidaan odottaa paranevan. Tällä on merkitystä etenkin niiden asiakas- ja potilasryhmien kohdalla, joilla on laajoja ja monipuolisia palvelutarpeita.

Vahvaa järjestämisaamista tarvitaan siirryttäessä uusiin palvelujen järjestämistapoihin, järjestäjä- tuottajamalliin ja valinnanvapauden entistä laajempaan soveltamiseen sosiaali- ja terveystaloudissa. Näihin muutoksiin liittyvät hankinta-, hyväksymis-, seuranta- ja ohjaustoiminnot tarjoavat uusia mahdollisuuksia kehittää ja ohjata palvelutuotannon laatua. Samalla tuottajakunnan laajeneminen ja sen rakenteen monimutkaistuva hallinnointi lisäävät järjestämistehtävän vaatavuutta.

THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan järjestämismääräyksiin siirtäminen kunnilta maakunnille ei ole riittävä takaamaan yhdenvertaisia palveluja, vaan vaatii täydennykseen lakiluonnokseen sisällytettyjä kansallisen tuen ja ohjauksen muotoja sekä erilaisia yhteistyö-, koordinaatio- ja keskittämistoimenpiteitä. Järjestämismääräyksiin kokoaminen nykyistä suuremmille järjestäjille tukee vahvaa järjestämisen liittyvää osaamista ja luo siten nykyistä paremmat mahdollisuudet yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen järjestämiseksi. Tämä parantaa asiakkaiden ja potilaiden asemaa palvelujen käyttäjinä nykytilanteeseen verrattuna.

Järjestämismääräyksiin keskittäminen suurille järjestäjille voi vahvistuvan järjestämisaamisen kautta luoda paremmat mahdollisuudet palvelujen tarjonnan monipuolistamiselle ja laadun varmistamiselle. Järjestäjien koon kasvattaminen heijastuu myös maakunnan palvelulaitoksen palveluntuotantoon siten, että mm. ammattirajat ylittävän osaamisen saatavuus voi parantua ja henkilöstön liikkuminen joustavoitua. Esimerkiksi vanhuspalvelujen käyttäjien näkökulmasta on tärkeää, että mm. geriatrian, sosiaalityön, muistisairauksien hoidon, kuntoutuksen ja apuvälinepalvelujen osaamista voidaan yhdistää joustavasti asiakkaan yksilöllistä palvelutarvetta vastaavaksi kokonaisuudeksi. Riippuen siitä, millaisiksi palvelulaitosten tehtävänkuvat muodostuu, ne voivat tarjota mahdollisuuksia tällaisten kokonaisuuksien muodostamiselle. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, miten integraatio palvelulaitoksen tuottamien palvelujen ja maakunnan yhtiöiden sekä yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin tuottamien palvelujen kesken varmistetaan. Palveluketjujen ja -kokonaisuuksien saumattomuus on tärkeää palvelujen vaikuttavuuden näkökulmasta.

Järjestäjäosaamisen vahvistumisen merkitys korostuu erityisosaamista vaativien palvelujen ja erityistä koordinaatiota vaativien palvelukokonaisuuksien kohdalla.

Harvinaisten sairauksien diagnosoinnin ja hoidon ja erityisryhmien, kuten hengityshalvaukspotilaiden ja haastavasti käyttäytyvien kehitysvammaisten henkilöiden palvelukokonaisuuksien laatu ja monipuolisuus voidaan varmistaa paremmin, kun ne järjestetään väestöpohjaltaan riittävän laajalla alueella. Myös muilla kuin suomen ja ruotsin kielillä tarjottavien palvelujen ja tulkkauspalvelujen järjestäminen ja kehittäminen hyötyvät laajasta väestöpohjasta.

Vahvoilla järjestäjillä on myös paremmat mahdollisuudet kehittää vaikeasti hoidettavien sairauksien ja erityisryhmien palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämää osaamista. Tulevaisuudessa esimerkiksi maahanmuuttajataustaisen väestön palvelujen järjestämisen ja tuottamisen edellyttämän osaamisen tarve tulee korostumaan.

Parempi järjestämisosaaminen ja laaja väestöpohja luovat aiempaa parempia mahdollisuuksia edistää palvelujen esteettömyyttä ja varmistaa palvelujen monipuolisuus mm. digitaalisten ja mobiilipalvelujen kehittäminen. Näin voidaan vastata eri ryhmien ja erilaisessa asemassa olevien yksilöiden toisistaan poikkeaviin tarpeisiin ja toiveisiin. Esimerkiksi käyttäjälähtöisten digitaalisten palvelujen tarjoaminen niille, joilla on valmiudet ja halu niitä käyttää, voi vapauttaa resursseja enemmän tukea tarvitsevien palveluihin.

Parempi järjestämisosaaminen ja laaja väestöpohja mahdollistavat palvelurakenteen uudistamisen tarkoituksenmukaisesti siten, että ihmisten usein tarvitsemia lähipalveluja ja matalan kynnyksen palveluja vahvistetaan ja toisaalta kertaluontoisia tai harvemmin käytettyjä palveluja keskitetään. Palvelujen käyttäjän näkökulmasta on tärkeää saada usein tarvittavat palvelut läheltä ja helposti, mutta harvemmin tarvittavat palvelut voidaan hakea kauempaakin etenkin jos keskittäminen varmistaa niiden laadun ja voi edistää kustannusvaikuttavuutta.

Vaikka järjestäjien väliset erot vähenevät merkittävästi nykyisestä, voi maakuntien koon vaihtelu heikentää yhdenvertaisuuden ja edellä kuvattujen hyötyjen toteutumista. Asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta keskeiseksi muodostuu myös se, millaiseksi monituottajamalliin perustuva palvelurakenne muodostuu eri maakunnissa ja missä määrin eri maakuntiin syntyy yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamia palveluja. Tähän vaikuttavat järjestäjän kyky ja välineet ohjata palvelurakenteen muodostumista, minkä arviointi on vielä vaikeaa.

Valmisteltavassa mallissa toteutuu sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisen integraatio. Asiakkaiden valinnanvapauden perustuvassa monituottajamallissa palvelujen tasolla tapahtuvan integraation onnistuminen ja kokonaisuuksien toimivuus riippuvat siitä, millaisia sopimuksellisia ja muita palveluntuottajien ohjauskeinoja maakunnalla on käytettävissä ja miten taitavasti maakunta kykenee näitä keinoja käyttämään.

Lakiluonnos sisältää erilaisia palvelujen integraatiota turvaavia menetelmiä, kuten velvoitteen kuvata palvelukokonaisuudet ja -ketjut, tarjota neuvontaa ja ohjausta, toteuttaa palvelutarpeen arviointia ja laatia asiakassuunnitelmia.

Lisäksi palveluntuottajat veloitetaan omalta osaltaan varmistamaan integraatio ja toteuttamaan palvelut asiakassuunnitelman mukaisesti. Integraation toteutumisen kannalta keskeiseksi muodostuu se, miten näitä sinällään oikeasuuntaisia ja integraatiota varmistavia veloituksia toimeenpannaan käytännössä ja miten palveluntuottajat sidotaan ja sitoutuvat noudattamaan niitä.

10.2 Vaikutukset palvelujärjestelmään ja palvelujen tuotantoon

10.2.1 Vaikutukset palvelujärjestelmän ohjattavuuteen

Valtion rooli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjiin kohdistuvassa ohjauksessa vahvistuu merkittävästi ja muodostuu varsin suureksi erityisesti rahoitusmallista johtuen. THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan tätä on pidettävä perusteltuna uudistukselle asetettujen kansallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Valtakunnallisesti asetettavat strategiset tavoitteet ja uuteen järjestelmään sisältyvät erilaiset neuvottelumenettelyt parantavat valtiovallan ohjausvoimaa, mikäli tavoitteet asetetaan riittävän konkreettiseksi ja tavoitteiden toteutumista seurataan yksityiskohtaisesti ja riittävän ajantasaisesti.

Ohjausjärjestelmän riskit liittyvät maakuntien sisäisten järjestäjä-tuottajamallien sekä erilaisten yhteistyösopimusjärjestelyjen onnistumiseen ja valtion ohjausjärjestelmän yhteensovittamisen haasteisiin sekä etenkin ohjauksen ulottamiseen markkinoilla toimiviin palveluntuottajiin. Tämä edellyttää uudenlaisia ohjauskeinoja, joita arvioitavaan lakiluonnokseen ei THL:n mukaan vielä sisälly riittävästi. Järjestäjien ja muiden viranomaistahojen ja tuottajien roolit, toimivaltuudet, vastuut ja tehtävät on määriteltävä selkeästi. Ohjaukokonaisuuden arviointi on mahdollista vasta kun valinnanvapausjärjestelmä ja siihen liittyvät markkinoille pääsyn ja järjestelmän ohjauksen rakenteet ja mekanismit täsmentyvät.

Uudistuksen toimeenpano ja siihen sisältyvien uusien organisaatioiden perustaminen ja yhtiöittäminen edellyttävät laajamittaisia hallinnollisia järjestelyjä. Hallinnollisten muutosten ja uudelleenjärjestelyjen määrä ja toimeenpanon edellyttämä työpanos tulee olemaan mittava. Uudistus voi kuitenkin johtaa nykyistä rationaalisempaan hallintoon edellyttäen, että uudistuksen toimeenpanoa tuetaan vahvalla valtakunnallisella sisällöllisellä ja taloudellisella ohjauksella ja että perustettavat maakunnat harjoittavat alusta alkaen tiivistä yhteistoimintaa ja koordinoivat palvelutuotantoa ja maakuntien muita tehtäviä. Nykyisten kuntayhtymien ja muiden organisaatioiden lakkauttaminen ja hallinnollisten järjestelyjen purkaminen voi THL:n mukaan osoittautua työlääksi. Uudistuksen toimeenpano edellyttää määrätietoista ja asiantuntevaa hankejohtamista sekä riittävää siirtymäaika.

Järjestämislakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksen keskeisiä elementtejä ovat valtioneuvoston vahvistamat valtakunnalliset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiselle sekä niitä tarvittaessa täydentävät maakuntakohtaiset strategiset tavoitteet, yhteistyöalueiden maakuntien tekemät yhteistyösopimukset sekä näiden sopimusten arviointi sosiaali- ja terveysministeriössä ja valtioneuvostossa. Maakuntia ohjataan valtion ja maakuntien välisillä kahdella neuvottelumenettelyllä, joista toisessa käsitellään

yleisemmin maakuntien toimintaa palvelurakenteen kehittämiseksi ja valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista sekä taloutta ja toisessa sosiaali- ja terveysministeriön johdolla käytävissä neuvotteluissa ohjataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa palvelujen saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden takaamiseksi. Lakiluonnoksen mukaan palveluntuottajia ohjataan maakuntien ja tuottajien välisten sopimusten avulla sekä laissa mainituilla velvoitteilla toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettuja valtakunnallisia ja maakunnallisia tavoitteita. Lisäksi palveluntuottajien ohjaamista koskevassa säännöksessä veloitetaan maakunnat huolehtimaan siitä, että tuottajat käyttävät toimintansa suunnittelussa ja johtamisessa toiminnan laatua, vaikuttavuutta, kustannuksia ja palvelujen yhteensovittamista koskevia alueellisia ja valtakunnallisia tietoja. Ohjausjärjestelmää on kuitenkin kokonaisuutena vaikea arvioida, koska erityisesti tuottajien ohjauksesta merkittävä osa riippuu siitä, millaiseksi suunniteltu vallinnanvapausjärjestelmä muodostuu.

THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan ohjauksen vaikuttavuus riippuu keskeisesti siitä, missä määrin muodostettavilla maakunnilla on edellytyksiä seurata, kehittää ja ohjata alueensa palvelutuotantoa kansallisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Uudistusehdotuksen mukaisen järjestämisvastuun kokoamisen aiempaa suuremmilla järjestäjätahoille voidaan olettaa vahvistavan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjattavuutta. Maakunnilla on oletettavasti nykyisiä kuntia paremmat mahdollisuudet taata palvelutuotannon ohjauksen edellyttämät voimavarat. Maakuntien suora valtionrahoitus puolestaan vahvistaa kansallisen ohjauksen mahdollisuuksia.

Heikkoutena järjestämisrakenteessa on, että osa muodostuvista maakunnista jää väestöpohjaltaan pieniksi. Lakiluonnoksessa järjestämisrakenteen hajanaisuutta pyritään kompensoimaan muun muassa kansallisia tavoitteita tarkentavilla maakuntia koskevilla valtioneuvoston linjauksilla, entistä tiiviimmällä seurannalla ja arvioinnilla, yhteistyöalueiden koordinaatiotehtävillä ja yhteistyösopimusten ja palvelulupauksien muotoilulla sekä vaativien palvelujen keskittämisellä. Nämä erilaiset ohjausmekanismit luovat ohjaukseen monitahoisuutta, mikä voi heikentää ohjauksen koordinoitavuutta ja vaikuttavuutta.

Muun muassa lakiluonnokseen sisältyvien neuvottelu- ja arviointimenettelyjen monipolvisuudesta johtuvat epäselvyydet järjestämisvastuun ja päätösvallan jakautumisessa voivat vaikeuttaa ohjausta. Tavoitteena oleva tuotantorakenteen monipuolistaminen saattaa johtaa siihen, ettei tuotantorakennetta pystytä kehittämään kokonaisuuden kannalta optimaaliseen ja kustannusvaikuttavaan suuntaan.

Lakiluonnokseen sisältyvään sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmään kuuluu maakuntiin kohdis-tuva valtioneuvoston sitova ohjaus, jonka edellytykset jäävät kuitenkin epäselviksi. Valtioneuvosto voi velvoittaa maakuntaa tekemään muutoksia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmäänsä, mikäli maakunnan palvelurakenne ei varmista palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta ja tuottavuutta, eikä korjaavista toimenpiteistä ole sovittu yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tai valtion ja maakunnan välisessä neuvottelumenettelyssä. Tämän lisäksi valtioneuvosto voi tietyin edellytyksin tehdä sitovia päätöksiä myös laajakantoisista investoinneista ja

tietojärjestelmäpalveluista. Valtioneuvosto voi myös päättää yhteistyöalueiden yhteistyösopimuksen sisällöstä, mikäli maakuntien yhteistyöalueet eivät saa solmittua yhteistyösopimusta, sopimus ei kata lain vaatimuksia tai maakuntien asukkaiden yhdenvertaisuus, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus sekä laatu, vaikuttavuus ja tuottavuus vaarantuvat yhteistyöalueilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan varmistamiseksi on perusteltua, että osana kansallista ohjausta lainsäädäntö sisältää ns. perälaudasäännöksiä, joilla mahdollistetaan se, että valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä. Sitovien päätösten edellytyksenä olevat kriteerit ovat kuitenkin tulkinnanvaraisia, ja saattavat olla vaikeasti sovellettavia. Lakiluonnoksessa olisikin tarpeen täsmentää niitä edellytyksiä, joiden vallitessa valtioneuvosto voi tehdä maakuntia sitovia ohjauspäätöksiä.

Lakiluonnoksen mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset ja tarvittaessa kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Väestöä ja järjestelmää koskevien seurantatietojen ohella tavoitteissa otetaan huomioon valtioneuvoston asettamat julkisen talouden suunnitelmaan liittyvät finanssipoliittiset tavoitteet.

Strategiset tavoitteet muodostavat valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisen ohjauskeinon. Lakiluonnoksessa kuvattu tavoitteisto voidaan konkretisoida monin tavoin. Luonnoksen mukaan kuhunkin yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on laadittava sosiaali- ja terveysministeriölle yhteinen ehdotus siitä, miten alueen palvelut ja niiden kehittäminen sekä maakuntien välinen yhteistyö pitäisi ottaa huomioon valtakunnallisissa tavoitteissa. Yhteistyöalueen ehdotus on hyväksyttävä alueen maakuntien valtuustoissa. Valtakunnallisten tavoitteiden toteutumista on seurattava ja arvioitava vuosittain ja päätöstä on tarvittaessa muutettava.

Jo nyt on mahdollista ennakoida, minkälaisia korjausehdotuksia ja muutosvaatimuksia maakunnat toden-näköisesti tulevat tekemään. Mikäli järjestelmäratkaisu perustuu täyteen valtionrahoitukseen yhdistettynä maakunnalliseen järjestämisvastuuseen, päätökset käytettävissä olevista resursseista tehdään kansallisella tasolla, mutta päätökset varojen käytöstä alueellisella tasolla. Jos maakunnan käyttöön kohdennetut rahat eivät näytä riittävän maakunnan määrittelemiin käyttötärpeisiin, kokonaisuutta koskevia päätöksiä verovarojen suhteuttamisesta toimintaan ei voida tehdä valtuustossa, vaan resurssivaatimukset palautuvat valtion kanssa käytäviin neuvotteluihin ja mahdollisesti myös eduskunnan käsittelyyn. THL:n ennakoarvioinnissa nähdään, että kiistat oikeudenmukaisista voimavarojen kohdentamisen periaatteista valtiolta maakunnille tulevat todennäköisesti olemaan keskeinen teema sosiaali- ja terveydenhuollosta käytävässä keskustelussa. Maakuntien suuri lukumäärä ja niiden alun perin hyvin erilaiset toimintaedellytykset saattavat kärjistä tilannetta.

Tuottajia veloitetaan noudattamaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisiä veloitteita, maakunnan palvelustrategiaa ja palvelulupausta sekä maakunnan määrittelemiä palvelukokonaisuuksia ja palveluketjuja, ja toteuttamaan palvelut asiakassuunnitelman mukaisesti sekä toimittamaan

maakunnalle palvelujen järjestämisen edellyttämät tiedot palvelujen toteutuksesta. Lisäksi maakunnat laativat palveluntuottajien kanssa sopimuksen, joka lakiluonnoksen mukaan maakunnan on tehtävä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien kanssa. Sopimuksen edellytyksenä on palveluntuottajan sitoutuminen edellä mainittuihin velvoitteisiin. Sopimuksen sisältöä luonnoksessa ei tarkemmin määritellä, mutta todetaan, että sopimuksessa määritellään tuottajien tuottamat palvelut ja niistä suoritettavat korvaukset. Koska lopullisia linjauksia valinnanvapausjärjestelmän toteuttamisesta ei ole vielä tehty, on vaikeaa arvioida, mikä merkitys tällaisilla sopimuksilla voisi olla ja mitkä ovat maakunnan mahdollisuudet ohjata tehokkaasti tuottajien toimintaa.

Hallituksen linjaukset korostavat erilaisten taloudellisten ohjausmekanismien merkitystä, mutta lakiluonnoksissa tuottajille maksettavia korvauksia ja niiden perusteita ei täsmennetä edellä mainittua maakuntien ja tuottajien välistä sopimusta lukuun ottamatta. Tuottajien maksettavien korvausjärjestelmien perusteiden yhdenmukaisuus maakuntien välillä ja korvauksiin liittyvien taloudellisten kannusteiden toimivuus on kuitenkin ehdottoman tärkeää järjestelmän toimivuuden kannalta. Korvausjärjestelmistä ja niiden suunnittelusta myös palvelujärjestelmän näkökulmasta tulisi säätää erillisellä lailla tai valtioneuvosten asetuksella.

Tilaajan ja tuottajan eriyttämiseen perustuvaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään sopimuksellinen ohjaaminen liittyisi luontevasti. Kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan usein 'strategisesta ostamisesta' tai tilaamisesta, kun korostetaan palvelujen järjestäjän roolia palvelurakenteen ja palvelujen suunnitelmallisessa ohjaamisessa vastaamaan väestön palvelujen tarvetta. Lakiluonnoksesta maakunta hahmottuu strategisena tilaajana, mutta valinnan vapautta ja monituottajamallia koskevat linjaukset heikentävät maakunnan mahdollisuuksia ohjata palveluja. Maakunnalla on hyvät mahdollisuudet ohjata palvelulaitoksensa toimintaa, mutta ohjaus ei voi toimia yhtä hyvin suhteessa yksityisiin tai kolmannen sektorin palveluntuottajiin. Samanlainen epätasapaino ohjattavuudessa on lakiluonnoksessa mainittujen investointien ja tiedonhallinnan ohjauksen suhteen. Riippuen tuottajien kanssa tehtävistä sopimuksista tiedonhallinnan yhteensopivuus voidaan kohtuudella taata, mutta yksityisten yritysten investointipäätöksiin on luultavasti laissa hahmotetulla tavalla vaikea puuttua, vaikka myös näillä investoinneilla vaikutetaan palvelurakenteeseen.

Ehdotettuun lainsäädäntöön liittyy aiempaa suurempi tarve seurata ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuutta ja tuotannon laatua ja kustannuksia osana alueellista ja kansallista ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausyksikkö tarvitsee selkeän toimintamallin ja tehtävät sekä suunnitelman työnjaosta oman alaisen hallintonsa kanssa.

Asiantuntijaviranomaisena toimivalla Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on hyvät tiedolliset edellytykset kehittää palvelujärjestelmän ohjausta tukevia seuranta- ja arviointimenettelyjä. Myös itse uudistuksen vaikutusten lyhyen ja pitkän aikavälin seurannalle ja arvioinnille on luotava yhtenäinen kansallinen pohja.

Kansainväliset kokemukset osoittavat että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toimeenpano on oma erillinen osaamisalueensa. Laajoja rakenneuudistuksia muissa maissa on säännönmukaisesti seurannut tarve pienempiin, uudistusten puutteita tai huonosti toimivia ratkaisuja korjaaviin muutoksiin. Nyt luonnostellun kokonaisvaltaisen uudistuksen arvioinnissa tullaan tarvitsemaan sekä laajaa tilastoseurantaa että tutkimusta uudistuksen ja sen toimeenpanon onnistumisesta ja onnistumisen edellytyksistä. Uudistuksen laajuus huomioiden tehtävä on poikkeuksellisen suuri ja tulee vaatimaan merkittäviä tutkimus- ja kehittämisresursseja.

10.2.2. Vaikutukset julkisyhteisöjen palveluntuotantoon

THL:n ennakoarvioinnin väliraportin mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistäsiirryessä kuntaa laajemmalle alueelle, maakunnalle, vahvistuvat palvelujen järjestäjän mahdollisuudet ja voimavarat suunnitella kustannustehokas palveluverkko ja palvelutuotanto, rationalisoida laitospainotteinen ja paljon henkilökuntaa vaativaa palvelujärjestelmä sekä kohdentaa voimavaroja uudelleen. Perus- ja erityistason palvelujen järjestämisen vastuu on jatkossa samalla toimijalla, mikä tarkoittaa sitä, että mahdollisuudet tarjota palveluja oikea-aikaisesti paranevat edellyttäen, että järjestelmään liittyvä rahoitusmalli tukee tätä. Edellytykset siirtää palvelujen painopistettä perustasolle vahvistuvat, mikä edistää kustannustehokkuutta.

Vahvemmallalla palvelujen järjestäjällä on paremmat edellytykset sovittaa yhteen ja integroida alueen palveluja sekä vähentää ennakoimattomia, kalliita palveluja ja suunnittelemattomia ja koordinoimattomia käyntejä sekä laitoshoidtoa. Maakunnat eroavat toisistaan merkittävästi väestöpohjaltaan, väestörakenteeltaan ja palvelutarpeiltaan sekä olemassa olevan sote-infrastruktuurin, palvelurakenteen sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa olevan henkilöstön suhteen. Yliopistosairaalamakuntiin on keskittynyt osaamista, joka mahdollisesti kasvaa uudistuksessa. Maakuntien mahdollisuudet omaan palvelutuotantoon ovat huomattavan erilaisia ja osalla maakunnista on heikot edellytykset palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseen. Resurssit sekä asiantuntemus palvelujen kehittämiseen, tutkimukseen ja osaamisen varmistamiseen sekä ennakoimiseen vaihtelevat.

Myös erot yksityisen ja kolmannen sektorin palvelurakenteessa ja –tuotannossa ovat huomattavia. Yksityinen palvelutuotanto on keskittynyt ja tulee mahdollisesti myös tulevaisuudessa keskittymään kasvukeskuksiin väestötiheyden vuoksi. Osalla maakunnista on jo olemassa olevaa yksityisen tuotannon kapasiteettia ja toimivat markkinat, osa maakunnista joutuu luottamaan yritysten syntymiseen uudistuksen edetessä. Julkinen sektori ei voi luoda alueelle aitoon markkinamekanismiin nojaavaa yksityistä tuotantoa, vaan tuotannon lisääntyminen ja monipuolistuminen perustuu ensisijaisesti palvelujen kysyntään. Tosiasialliset edellytykset aidon monituottajamallin ja valinnanvapauden toteuttamiselle täyttyvät todennäköisesti eri aikoina eri puolilla Suomea. Palvelutarvetta, palvelurakennetta ja henkilöstön määrää sekä saatavuutta tarkasteltaessa vaikuttaa siltä, että joidenkin maakuntien kyky

järjestää tarpeenmukainen sosiaali- ja terveydenhuolto ei tule olemaan riittävä ilman mittavia palvelurakenteen muutoksia, koordinaatiota ja hyvää maakuntien yhteistyötä.

Tuottajakunnan monipuolistuessa yksityisten ja kolmannen sektorin toimijoiden tulo markkinoille voi vai-kuttaa keskeisesti palveluverkkoon ja palvelutuotantoon. Palvelutuotantoa koskevien linjausten tulee olla mahdollisimman selkeitä ja pysyä vakaina, jotta kaikilla toimijoilla on mahdollisuus suunnitella toimintaansa ja arvioida toiminnan kannattavuutta.

Maakunnan oman palvelutuotannon, palvelulaitoksen, sekä yksityisen ja kolmannen sektorin palvelutuo-tannon ja palvelujen yhteensovittaminen kaikilla tasoilla edellyttää selkeää palvelujen rahoitusmekanismia, määriteltäviä palvelukokonaisuuksia ja vahvaa järjestämisoaamista. Vaikutuksia palveluverkon muodostumiseen on vaikea arvioida, sillä maakunnille näyttäisi muodostuvan keskeinen rooli niiden periaatteiden määrittelyssä, jotka ohjaavat palvelutuotannon muodostumista. Tähän kuitenkin vaikuttaa se, millaiseksi maakuntien rooli muodostuu valinnanvapausjärjestelmään pääsyn ja sen ehtojen muotoilemisessa. Maakunnat voivat päättää esimerkiksi erilaisten liikkuvien palvelujen tai etäpalvelujen käytöstä. Tällä hetkellä palvelutuotantoa voidaan tarkastella maantieteellisesti kuntarajojen ja kuntien järjestämisvastuun näkökulmasta.

Uudenlaiset toimintamuodot, kuten lääkärin ja hoitajan etävastaanotto, vaikuttavat palvelutuotannon muodostumiseen. Maakunnilla tulee tulevaisuudessa olemaan nykyistä paremmat mahdollisuudet uusien palvelumuotojen tuotannon periaatteiden määrittelyssä. Tämä luo mahdollisuuden siihen, että uudenlaiset palvelumuodot yleistyvät koko maakunnan alueella verrattuna nykytilaan, jossa uudenlaiset palvelumuodot kohdistuvat tietyille alueille tai tiettyihin erityispalveluihin. Suurilla järjestäjillä on mahdollisuus kehittää ja ylläpitää uudenlaisia palvelumuotoja, joiden käynnistäminen voi vaatia taloudellisia resursseja ja laajaa osaamista, toisin kuin pienillä järjestäjillä, joilla ei välttämättä ole mahdollisuuksia irrottaa henkilöstöä tai taloudellisia resursseja uudenlaisten palvelujen kehittämiseen.

Osa sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvista palveluista ja tehtävistä voidaan keskittää yhden tai useam-man maakunnan järjestämisvastuulle. Palvelujen yhdenvertainen laatu ja saatavuus voidaan varmistaa aiempaa paremmin keskittämällä erityisen vaativa osaaminen tai teknologia, harvinaisten sairauksien hoito tai harvoin käytettävät palvelut joihinkin yliopistosairaaloihin, keskussairaaloihin tai laajaa sosiaali- ja terveydenhuollon päivystystä tuottaviin maakuntiin. Vaativan erityistason sosiaalihuollon palvelut sekä sosiaalihuollon tukipalvelut on perusteltua keskittää valtakunnallisesti osaamisen, turvallisuuden ja palvelujen laadun takaamiseksi ja tähän lakiluonnos tarjoaa mahdollisuuksia. Keskittämällä voidaan vähentää kilpavarustelua ja osaoptimointia, mutta toisaalta asetustasolla on arvioitava keskittämisen ja investointien rajausten ja tarkkuustason tarkoituksenmukaisuutta. Teknologia kehittyy ja monien laitteiden yksikkökustannukset alenevat jatkuvasti. Tästä syystä keskittämistä pitää arvioida tasaisin väliajoin, jotta keskittäminen ei estä lain tarkoitusten toteutumista.

Keskittämisen ohella toimintojen siirto mahdollistuu myös toiseen suuntaan esim. terveyskeskukseen ja kotiin, kun erilaiset toimenpiteet arkipäiväistyvät ja tekniikka kehittyy. Työnjaon pohjana toimiva maakunta mahdollistaa toimipisteiden erikoistumisen. Erityisosaamisen ylläpitäminen helpottuu ja palvelujen laatu paranee koulutuksen, asiantuntemuksen ja kollegiaalisen tuen kautta. Suurempi väestöpohja mahdollistaa esimerkiksi erilaisten ryhmävastaanottojen käyttöönoton laajentamisen. Ympäri vuorokautisia päivystävän toiminnan yksiköitä on tällä hetkellä noin 40 ja tulvaisuudessa vaativin erikoissairaanhoidon päivystys kootaan 12 sairaalaan, joissa tarjotaan myös sosiaalipäivystystä. Pienemmistä sairaanhoidon yksiköistä, kuten aluesairaaloista lopetettaisiin joitakin palveluja. Kiireellistä vastaanottotoimintaa järjestettäisiin arki-iltaisain ja viikonloppuisin päiväsaikaan terveyskeskusten toimipisteissä. Ensihoidollisen lähipalvelun tarve tulee korostumaan.

Laajan sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksen keskittäminen 12 maakunnan tehtäväksi mahdollistaa riittävän erikoisalakohtaisen osaamisen päivystysyksiköissä, lisää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua sekä karsii kustannuksia aiheuttavia päällekkäisyyksiä. Osa maakunnista tukeutuu toisen maakunnan päivystykseen. Nykyinen sairaalapäivystysverkko harvenee ja keskussairaaloiden erikoisalojen päivystykselliseen toimintaan ja mahdollisesti muuhun erikoisalojen toimintaan tulee merkittäviä muutoksia. Päivystyspisteiden vähentyessä, erilaisten kevyiden akuuttivastaanottopisteiden yleisyys tulee kasvamaan.

Mahdollisuudet omiin maakunnallisiin ja alueellisiin ratkaisuihin ja palvelujen organisointitapoihin lisäävät joustavuutta, mutta palvelutarpeen seuranta ja arviointi vaativat toimivia seurantajärjestelmiä erityisesti silloin, kun palveluntuottajia on useita tai maakunta tuottaa runsaasti palveluja oman maakunnan ulkopuolisille tahoille.