

SISÄLLYS

PERUSTELUT	2
5 Muut toteuttamisvaihtoehdot	2
5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset	2
5.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen	2
5.1.1.1 Yleiskuva	2
5.1.1.2 Ehdotettavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenteen arviointi suhteessa muihin vaihtoehtoihin ratkaisumalleihin	4
5.1.2 Pelastustoimen järjestäminen	7
5.1.3 Aluejako	14
5.1.4 Rahoitus	16
5.1.4.1 Yleiskuva	16
5.1.4.2 Kustannusten ja tulojen siirto kunnista hyvinvointialueille	18
5.1.4.3 Muut tarkastellut vaihtoehdot valtion verotulojen kasvattamiseksi	22
5.1.5 Omaisuusjärjestelyt	24
5.1.5.1 Omaisuusjärjestelyjen vaihtoehdot hyvinvointialueita perustettaessa	24
5.1.5.2 Vaihtoehdot toimitilojen hallinnassa ja investointien rahoittamisessa	26
5.1.5.3 Kuntarahoitus Oyj:n myöntämän rahoituksen siirtäminen hyvinvointialueille ...	28
5.1.6 Työnantajaedunvalvonta	30
5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot	30
5.2.1 Alueellinen itsehallinto Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa	30
5.2.1.1 Pohjoismaat	30
5.2.1.2 Eräät muut Euroopan valtiot	36
5.2.2 Pohjoismaiden ja eräiden muiden Euroopan maiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät	41
5.2.2.1 Pohjoismaat	41
5.2.2.2 Eräiden muiden Euroopan maiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät	48
5.2.3 Pohjoismaiden ja eräiden muiden Euroopan maiden pelastustoimen järjestämismallit	62

PERUSTELUT

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

5.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen

5.1.1.1 Yleiskuva

Sosiaali- ja terveydenhuolto voidaan järjestää useilla eri tavoilla. Kuten jäljempänä muiden Pohjoismaiden malleja kuvaavassa luvussa 5.2 käy ilmi, kussakin maassa on omanlaisensa järjestelmä. Lisäksi jokainen niistä poikkeaa nykyisestä Suomen kuntapohjaisesta mallista.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamista on selvitetty useassa eri yhteydessä viimeisen kymmenen vuoden aikana. Jäljempänä on lyhyesti tarkasteltu uusimpia selvityksiä ja niissä käsiteltyjä vaihtoehtoja.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2010 asettama työryhmä laati yhdeksän erilaista rakenelinjausta ja lisäksi erilaisia rahoitusmalleja. Näiden pohjalta se esitti muistiossaan (STM raporteja ja muistioita 2011:7) kolme vaihtoehtoista mallia. Yksi niistä perustui nykyiseen kuntarakenteeseen ja kaksi muuta mallia tilanteeseen, jossa olisi selvästi nykyistä vähemmän ja nykyistä suuremmat kunnat. Nykyiseen kuntarakenteeseen perustuvassa mallissa olisi ollut 20—50 perustasosta vastaavaa kuntaa tai aluetta ja viisi erityistasosta vastaavaa aluetta. Mikäli kuntia olisi noin 30—50, voisivat ne järjestää ehdotuksen mukaan perustason palvelut. Erityispalveluista vastaisi tällöinkin viisi erityisvastuualuetta. Kolmannessa mallissa olisi alle 20 kuntaa. Tällöin ne vastaisivat kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollosta. Lisäksi työryhmä tarkasteli erilaisia vaihtoehtoja toiminnan rahoittamiseksi.

Vuonna 2012 asetetun työryhmän tehtävänä oli valmistella ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteeksi sekä valmistella lakia sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, rahoittamisesta, kehittämisestä ja valvonnasta. Työryhmä tarkasteli väliraportissaan kolmea erilaista mallia. Loppuraportissaan (STM raporteja ja muistioita 2012:30) työryhmä ehdotti uutta integroitua ja kaksitasoista palvelurakennetta, jossa olisi nykyiseen verrattuna laajempi sosiaali- ja terveydenhuollon perustaso ja tätä täydentävä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen erityisvastuutaso. Työryhmä totesi lisäksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon perustasolla tarvitaan riittävää väestöpohjaa ja riittäviä tuotantovolyyumeja palvelujen laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Palvelujen järjestäjien riittävät väestöpohjat luovat perustan kansallisesti yhdenvertaiselle palvelujärjestelmälle. (STM raporteja ja muistioita 2012:30.)

Työryhmän näkemyksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen riittävän väestöpohjan tulisi olla kantokykytekijöistä riippuen vähintään 50 000—100 000. Muita kantokykytekijöitä ovat järjestäjän taloudellinen kestävyys ja vakaus, osaamisen turvaaminen, henkilöstön saatavuus ja riittävyys sekä infrastruktuuri. Työryhmä ei esittänyt arviota siitä, miten monta aluetta syntyisi edellä todetuilla kriteereillä. Työryhmä ehdotti lisäksi, että tulisi perustaa viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joiden tehtäviin kuuluisi työnjako, koordinaatio, suunnittelu ja viranomaistehtäviä sekä velvollisuus sopia kansallisesti määritellyistä vaativan erityistason palveluista ja varmistaa näiden palveluiden saatavuus. Erityisvastuualueiden toimivallan tulisi perustua lainsäädäntöön. (STM raporteja ja muistioita 2012:30.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti edellä mainitun työryhmän työn valmistelua täydentämään marraskuussa 2012 selvityshenkilöryhmän Suomen kuntakentän alueellisten erojen ja erityispiirteiden sekä kielellisten olosuhteiden huomioon ottamiseksi. Selvityshenkilöryhmä esitti raportissaan (STM raporteja ja muistioita 2013:7), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä vastuu tulisi siirtää kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon alueille. Samalla sairaanhoitopiirien ja kehitysvammahuollon erityishuoltopiirien kuntayhtymät purettaisiin ja toiminta organisoitaisiin uudelleen. Suomeen muodostettaisiin ehdotuksen perusteella 34 sosiaali- ja terveysaluetta tai kuntaa, jotka vastaisivat lähes kaikkien sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Sosiaali- ja terveysalueiden lisäksi selvityshenkilöt ehdottivat viittä sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla olisi laajaa perustasoa tukevia ja koordinoivia tehtäviä, tutkimusta ja koulutusta. Yliopistosairaalat vastaisivat edelleen vaativimman hoidon tuottamisesta ja osaamisesta viidellä alueella. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten erityisvastuualueiden rakentaminen parantaisi erityisesti sosiaalihuollon erityispalvelujen tilannetta. (STM raporteja ja muistioita 2013:7.)

Pääministeri Jyrki Katainen asetti huhtikuussa 2013 koordinaatioryhmän valmistelemaan linjaukset sosiaali- ja terveydenhuollon perusratkaisuksi hallituksen tekemien valtiontalouden vuosien 2014—2017 kehysten pohjalta. Koordinaatioryhmä esitti toukokuussa 2013 yksimielisesti sosiaali- ja terveystoimen palvelurakennetta uudistuvassa kuntakentässä koskevan linjauksen, jonka lähtökohdaksi oli järjestämistä vastuu kokoaminen kattavasti sosiaali- ja terveysalueelle. Sosiaali- ja terveysalueella järjestämistä vastuu olisi toteutettu pääsääntöisesti vastuukuntamallilla. Vastuukunnalla olisi ollut mallissa järjestämistä vastuu alueeseen kuuluvien kuntien kaikista kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Poikkeuksena tästä pääperiaatteesta olisi ollut vähintään noin 20 000—50 000 asukkaan kunnilla oleva oikeus järjestää perustason palvelut. Linjauksen mukaan Metropolialueella lähtökohdaksi olisi ollut yleissäännön mukaisesti sosiaali- ja terveysalueen muodostaminen siten, että vastuukuntana on vähintään noin 50 000 asukkaan kunta.

Lisäksi koordinaatioryhmän linjausten mukaan olisi ollut viisi sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualuetta, joilla olisi sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon tehtäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueet olisivat olleet oikeushenkilöitä, joilla on lakiin perustuva oikeus ja velvollisuus sitovaan päätöksentekoon toimivaltaansa kuuluvissa asioissa. Erityisvastuualueella ei kuitenkaan olisi ollut palveluiden järjestämistä vastuuta.

Uudistuksen jatkovalmistelua varten asetettiin parlamentaarinen ohjausryhmä maaliskuussa 2014, jonka tukena toimi asiantuntijaryhmä. Parlamentaarinen ohjausryhmä valmisti esityksen laiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä. Uudessa mallissa oli erotettu palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen toisistaan. Järjestämistä vastuu olisi ollut viidellä sosiaali- ja terveysalueella. Sosiaali- ja terveysalueen kuntayhtymä olisi vastannut siitä, että sen alueella asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohdaksi oli lähipalvelujen turvaaminen. Hallituksen esityksen (HE 324/2014 vp) mukaan viisi kuntayhtymää (sote-alueita) olisivat järjestämistä vastuussa kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista. Nämä organisaatiot olisivat siis korvanneet nykyiset järjestämistä vastuussa olevat erilaiset kunnalliset organisaatiot, joita on lähes 200. Viiden sote-alueen lisäksi esitettiin muodostettavan enintään 19 kuntayhtymää, joilla olisi ollut sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamista vastuu yhtenä kokonaisuutena. Terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen olisi esityksen mukaan jäänyt edelleen kuntien vastuulle. Järjestämislakiesityksen aikataulun mukaan sote-alueet olisivat aloittaneet toimintansa vuoden 2016 alussa ja palvelujen tuottamisesta vastaavat kuntayhtymät vuoden 2017 alussa. Jokainen kunta olisi kuulunut johonkin sote-alueeseen. Nykyisten kuntien ja kuntayhtymien sote-henkilöstö olisi siirtynyt hallinnollisesti tuottamistavastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien palvelukseen.

Lakiesitystä käsiteltiin useissa eduskunnan valiokunnissa. Perustuslakivaliokunnan ensimmäisen lausunnon (PeVL 67/2014 vp) mukaan lakiehdotus olisi voitu käsitellä normaalissa lainsäätämisyjärjestyksessä vain, jos valiokunnan tekemät ehdotukset hallintomallin kansanvaltaisuudesta ja kuntien rahoitusvastuusta sekä niiden muodostamasta sääntelykokonaisuudesta otettaisiin huomioon. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysvaliokunta valmisteli helmikuussa 2015 hallituksen esityksen pohjalta muutetun mallin, joka olisi perustunut 19 järjestämis- ja tuottamisvastuussa olevaan kuntayhtymään.

Perustuslakivaliokunta arvioi kuitenkin toisessa lausunnossaan (PeVL 75/2014 vp), että ehdotukset ja niiden perustelut eivät muodostaneet riittävää perustaa arvioida asianmukaisesti hallituksen esitykseen verrattuna olennaisten muutosehdotusten perustuslainmukaisuutta. Esitykseen liittyi edelleen kansanvaltaisuuden ja kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta samat ongelmat kuin aiempaan esitykseen. Lakiehdotuksen käsittely eduskunnassa raukesi.

Edellisellä vaalikaudella esitettiin (HE 15/2017 vp) sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja erikoistason järjestämisvastuun siirtoa monialaisille maakunnille, joita olisi ollut 18. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen olisi ollut sekä maakuntien että kuntien tehtävänä. Maakunnat olisivat olleet julkisoikeudellisia yhteisöjä, joilla on alueellaan itsehallinto. Maakuntien ylin toimielin olisi valittu maakunnassa toimitettavilla välittömällä vaaleilla (maakuntavaalit). Maakuntien toiminta olisi rahoitettu pääosin valtion yleiskatteellisella rahoituksella. Esityskokonaisuuteen liittyneen valinnanvapausmallin (HE 16/2018 vp) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa olisi monipuolistettu siten, että maakunnan omilla sekä yksityisillä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilla olisi ollut tasapuoliset toimintaedellytykset tuottaa maakunnan järjestämisvastuulle kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluja. Maakuntien toiminnassa palvelujen järjestäminen ja tuottaminen oltaisiin erotettu lakisääteisesti toisistaan. Esitysten käsittely eduskunnassa raukesi pääasiassa valinnanvapausmalliin liittyvien perustuslaillisten ongelmien vuoksi.

Perustuslakivaliokunta ja sosiaali- ja terveysministeriön asettamat eri työryhmät ovat toistuvasti esittäneet, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun pitäisi olla nykyistä vahvemmissa tahoilla. Edellisellä vaalikaudella esitettyä maakuntauudistusta lukuun ottamatta muut esitykset ovat perustuneet kuntakoon kasvattamiseen tai kuntien yhteistoimintaan. Nykymallissa järjestämisvastuussa olevia tahoja on vajaat 200. Osa tarkastelluista ehdotuksista on perustunut ajatukseen siitä, että kuntien lukumäärä vähenisi olennaisesti nykyisestä, mahdollisesti noin 50 tai jopa noin 20 kuntaan. Näin merkittävä kuntien lukumäärän väheneminen ei kuitenkaan ole tällä hetkellä näköpiirissä. Vaihtoehtoina tässä tilanteessa ovat siten lähinnä nykyinen kuntopohjainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu, järjestämisvastuun siirtäminen yksitasoiselle kuntayhtymälle tai järjestämisvastuu siirtäminen kuntaa suuremmille itsehallinnollisille alueille.

5.1.1.2 Ehdotettavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisrakenteen arviointi suhteessa muihin vaihtoehtoisin ratkaisumalleihin

Ehdotettavassa ratkaisussa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu siirrettäisiin kokonaan pois kuntien vastuulta perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamille kuntaa suuremmille hallintoalueille eli hyvinvointialueille, jolla olisi välittömällä vaaleilla valittu päätöksentekoeelin. Tästä poikkeuksena hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen olisi sekä hyvinvointialueiden että kuntien vastuulla. Myös rahoitusvastuu irrotettaisiin kuntien vastuulta valtiolle. Erillisellä alueellisella itsehallintotasolla olisi mahdollista toteuttaa perustuslain 19 pykälän 3 momentissa tarkoitettujen perusoikeuksien turvaamiseksi tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Välittömällä vaaleilla turvattaisiin kansanvaltaisuuden vaatimuksen toteutuminen. Perustuslakivaliokunta on lausunnossaan (PeV 75/2014 vp) todennut, että tehtävien siirtäminen kunnilta perustuslain 121 §:n 4 momentissa tarkoitetuille

kuntaa suuremmille itsehallintoalueille, joilla kansanvaltaisuus toteutuisi välittömien vaalien kautta, olisi perustuslain kannalta mahdollinen vaihtoehto. Valtion rahoitusvastuuseen perustuva ratkaisu toteuttaisi parhaiten myös Pääministeri Sanna Marinin hallituksen hallitusohjelman linjauksen, jonka mukaan verorakenteen muutokset eivät voimaan tulleessaan saa aiheuttaa verotuksen kiristymistä.

Yhtenä vaihtoehtona ehdotettavalle mallille voisi olla yksitasoinen kuntayhtymä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu olisi sosiaali- ja terveysalueella, joka olisi kunnista muodostuva maantieteellinen alue ja alueeseen kuuluvien kuntien muodostama kuntayhtymä. Kuntayhtymän olisi mahdollista toteuttaa perustuslain 19 pykälän 3 momentissa tarkoitettujen perusoikeuksien turvaamiseksi tarpeellinen sosiaali- ja terveydenhuollon horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Päätöksentekovaltaa käyttäisi sosiaali- ja terveysalueen yhtymävaltuusto, jonka jäsenet olisivat jäsenkuntien valtuutettuja. Kunnat rahoittaisivat sosiaali- ja terveysalueen kustannukset sosiaali- ja terveysalueen talousarviossa vuosittain määriteltävällä maksulla. Järjestely edellyttäisi kuntien välistä tasausjärjestelmää (tasauskattoa). Rahoitusvastuun säilyminen kunnilla merkitsi sitä, että kuntien budjetista keskimäärin hieman alle puolet siirtyisi kuntayhtymän päätösvaltaan. Yhteys kunnallisen tason päätöksentekoon ja erityisesti kunnan asukkaiden vaikuttamismahdollisuuksiin äänestysoikeuttaan käyttämällä jäisi muodollisen kuntapohjaisuuden säilyttämisestä huolimatta varsin etäiseksi. Perustuslakivaliokunta on lausunnossaan (PeV 75/2014 vp) todennut, että yksitasoista kuntayhtymämallia ei ainakaan lähtökohtaisesti ole valiokunnan mielestä pidettävä poissuljettuna vaihtoehtona. Valiokunnan mukaan yksitasoisen kuntayhtymämallin toteuttamistapa ei kuitenkaan saa kokonaisuutena arvioiden olla kansanvaltaisuusperiaatteen tai rahoitusperiaatteen vastainen. Kokonaisarvioinnissa huomioon otettavia seikkoja olisivat valiokunnan mukaan muun muassa alueiden koko, kuntayhtymän tehtävien ja toimivaltuuksien kokonaisuus, rahoitusjärjestelyt, erilaisten vastuiden jakautuminen valtion, kuntien ja kuntayhtymän välillä sekä kuntayhtymän ylimmän päättävän elimen kokoonpano, valintatapa ja päätöksentekomenettely.

Toisena vaihtoehtona nyt ehdotettavalle mallille voisi olla kuntapohjainen nykyjärjestelmä ja sen kehittäminen edelleen peruseriaatteita muuttamatta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjä-tuottajia olisi vajaa 200. Suuri osa kunnista hoitaisi perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät pakollisessa ylikunnallisessa yhteistoiminnassa, kuten nykyisinkin. Osalla pienistä järjestäjistä olisi taloudelliseen kantokykyyn liittyviä haasteita. Toiminnan ja kustannusten hallinnan ohjaus jatkuisi erittäin haastavana. Myös palveluiden yhdenvertaisuuden ja integraation toteuttaminen jatkuisi haasteellisena.

Ehdotettava mallin kolmantena vaihtoehtona voisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun keskittäminen kansallisen tason toimijalle. Tuottamisvastuun eriyttämisen kautta järjestäjä voisi toimia ensisijaisesti palveluiden tilaajana. Tämänkaltaisen ratkaisun vahvuksina verrattuna esitettävään hyvinvointialueen alueelliseen järjestäjään voidaan pitää erityisesti keskittymisen kautta saavutettavaa tilaajaosaamisen mahdollisimman korkeaa tasoa sekä mahdollisimman suurta neuvotteluvoimaa suhteessa tuottajiin. Keskitetty ratkaisu voisi myös osaltaan vastata paremmin nykytilaa leimaaviin hajautuneen rahoitusvastuun aiheuttamiin osatimontiongelmiin. Toisaalta kansallisen tason järjestäjän olisi haastavampaa huomioida paikallisia ja alueellisia erityispiirteitä. Toiminnan ohjaus ja palvelujen integrointi saattaisi vaatia tuekseen alueellisia toimijoita.

Neljäntenä vaihtoehtona voisi olla yksityisiin vakuutusyhtiöihin nojaava malli. Se olisi suuri muutos nykyjärjestelmään nähden ottaen huomioon uudistukselle asetetut tavoitteet. Sosiaali- ja terveyspalveluihin tarkoitetut varat kanavoitaisiin valtion hyväksymille vakuutusyhtiöille, ja vakuutusyhtiöistä tulisi palveluiden järjestämisestä vastaavia tahoja. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että yksityisiin vakuutusyhtiöihin nojautuva järjestelmä vaatii hyvin toimiakseen

erittäin laajaa sääntelyä, jonka luominen kestää kauan. Esimerkiksi Hollannissa vuonna 2006 lanseerattu reformi vaati 20 vuoden työn. Vakuutusperusteiset järjestelmät rajautuvat lähes poikkeuksetta vain terveydenhuoltoon. Joissakin maissa on rinnakkainen hoivavakuutus, joka kohdistuu lähinnä vanhusten hoitoon. Sosiaali- ja terveystalvelujen integraation varmistaminen on vakuutusjärjestelmässä vaikeaa.

Kansainvälisten palvelujärjestelmien vertailu jäljempänä luvussa 5.2 havainnollistaa eri maiden järjestelmien erojen moniulotteisuutta. Järjestelmät eroavat toisistaan esimerkiksi palveluihin käytettävien varojen keräämisen, varoja hallinnoivien tahojen luonteen sekä järjestämis- ja tuottamisvastuun eriyttämisen osalta. Erittäin karkealla tarkastelulla eri kehittyneiden maiden järjestelmien voidaan katsoa jakaantuvan kahteen tyyppimalliin. Järjestelmiä, joissa palveluihin tarkoitettujen varojen keruu painottuu enemmän sosiaali- ja terveydenhuoltoa varten korvamerkittyihin veroluontoisiin maksuihin sekä joissa varojen hallinnointi tapahtuu julkishallinnosta erillisissä rahastomaisissa toimijoissa, voidaan luonnehtia sosiaalivakuutusjärjestelmiksi. Hyvinvointivaltiojärjestelmiin voidaan katsoa kuuluvan Suomen nykyisen kuntapohjaisen mallin kaltaisia järjestelmiä, joissa palveluihin käytettävät varat saadaan julkishallinnon yleisestä verokertymästä ja varojen hallinnoijana eli järjestäjänä toimiva taho kuuluu julkishallintoon. Esitettävä alueellisten itsehallintoalueiden järjestämisvastuuseen pohjaava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on tällä karkean tason tarkastelulla hyvin samankaltainen kuin nykyinen palvelujärjestelmä.

Hyvinvointivaltiojärjestelmissä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen on havaittu olevan tiukemmin sidoksissa vallitsevaan suhdannetilanteeseen. Järjestäjän julkishallinnollinen luonne voisi teoriassa johtaa tehokkaampaan varojen kohdentumiseen useiden lakisäätelisten tehtävien välillä, mutta käytännössä poliittiset intressit saattavat vaikeuttaa varojen kohdentumista kokonaisuutensa kannalta optimaalisella tavalla.

Eri maiden palvelujärjestelmien eroja käsittelevä tutkimuskirjallisuus varoittaa laajalti järjestelmien vertailun vaikeudesta sen väistämättömän suurpiirteisyyden takia. Kirjallisuudessa on kuitenkin empiirisiä viitteitä siitä, että sosiaalivakuutusjärjestelmät olisivat jossain määrin kalliimpia ja rahoitukseltaan kansalaisten tuloihin nähden vähemmän progressiivisia. Esimerkiksi Maailmanpankin vuonna 2009 julkaisemassa OECD-maiden järjestelmämuutoksia koskevassa Adam Wagstaffin tutkimuksessa on osoitettu, että siirryttäessä verorahoitteisesta järjestelmästä sosiaalivakuutusjärjestelmään terveysmenot ovat nousseet 3 - 4 prosenttia. Niin sanotuissa transitiomaisissa vastaava nousu on ollut jopa 11 prosenttia. Samaan aikaan ei ole pystytty osoittamaan, että muutoksilla olisi ollut kuolleisuudella mitattuna vaikutusta hoidon tuloksiin.

OECD on tehnyt paljon vertailevaa tutkimusta eri terveydenhoitojärjestelmistä, ja tulosten mukaan ei ole yhtä järjestelmää, joka olisi kustannustehokkuudeltaan paras. Rahoituksen keräämistavalla ei näytä olevan systemaattista yhteyttä kustannusten hillintään tai hoidon laatuun. OECD toteaa politiikkasuosituksenaan julkaisussa Health Care Systems: Efficiency and Institutions, että radikaalit ja nopeat ("big bang") järjestelmän muutokset eivät ole välttämättömiä, vaan politiikan johdonmukaisuuden lisääminen omaksumalla saman tyyppisistä järjestelmistä parhaita käytäntöjä ja lainaamalla sopivimpia elementtejä muista järjestelmistä on todennäköisesti tehokkaampi tapa lisätä kustannustehokkuutta. Tietyissä tilanteissa vakuutusmaksupohjaisessa rahoitusmallissa kustannusten hillintä voi kuitenkin olla vaikeampaa kuin verorahoitteisessa mallissa. Empiiriset vertailut ovat osoittaneet, että talouskriisien kohdatessa verorahoitteisissa järjestelmissä on helpompi jarruttaa menoja kuin vakuutusjärjestelmissä. OECD toteaa vuonna 2015 julkaisemassaan "Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives" raportissa, että kustannusten kasvun hillinnässä auttaa selvien menotavoitteiden asettaminen, menojen valvominen ja liian nopeasta menojen lisääntymisestä varoittavien

mittareiden käyttö ja nopeat korjaavat toimet sekä tiivis yhteistyö valtiovarainministeriön ja terveysministeriön välillä. Verorahoitteisessa järjestelmässä tämä on helpompaa kuin vakuutusmaksuperusteisessa järjestelmässä.

Tutkimuskirjallisuuden perusteella hyvinvointivaltiolla ominaista on, että julkinen valta vastaa laajalti yksilöiden ja perheiden hyvinvointiin liittyvistä tehtävistä. Tämä voidaan toteuttaa vakuutusperusteisen tai universaaleihin julkisiin palveluihin perustuvan mallin kautta. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa on historiallisesti kehittynyt institutionaalinen hyvinvointivaltion malli, jossa sosiaaliset oikeudet ja niihin liittyvät julkiset palvelut ovat universaaleja ja samalla julkinen valta järjestää merkittävässä laajuudessa hyvinvointipalveluita. Julkisen vallan järjestämien sosiaali- ja terveyspalveluiden laajuus ja universaalisuus eli kuuluminen kaikille ovat Suomen ja yleensä pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin kantavia piirteitä (ks. Pentti Arajärvi: Johdatus sosiaalioikeuteen. Talentum 2011, erit. luku 5 ja Kaarlo Tuori ja Toomas Kotkas, Sosiaalioikeus, Talentum Pro, V uudistettu laitos, 2016, erityisesti luku 2). Tästä huolimatta sosiaalivakuutuksella ja vakuutusperiaatteeseen eli vakuutettujen maksamiin lakisääteisiin vakuutusmaksuihin perustuvalla mallilla on laajasti sovelluksia Suomessa. Lainvalmistelussa on tutkimuskirjallisuuden havaintojen perusteella lähdetty siitä, että julkisen vallan tehtäviin ja yleiseen verorahoitukseen perustuva malli on osoittautunut suhteellisen tehokkaaksi kaikissa Pohjoismaissa tarkasteltaessa esimerkiksi sosiaali- ja terveysmenojen suhdetta bruttokansantuotteen ja sen kanssa rinnakkain sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia. Pohjoismaat ovat kärkimaita erilaisissa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja hyvinvoinnin indekseissä ja väestön terveydentilassa. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveysmenojen BKT-osuus ei ole maailman kärkeä. Tämän vuoksi valmistelussa ei ole laajasti selvitetty siirtymistä vakuutusperusteiseen järjestelmään. Valmistelun perusvalintana on näin ollen ollut, että pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin mukaisesti julkisella vallalla säilyy laajalti sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistehtävä. Toteuttamisvaihtoehtojen arvioinnissa on siten keskitytty julkisen vallan järjestämistä vastuuseen perustuviin malleihin.

On kuitenkin huomattava, että Suomen järjestelmä on jatkossakin sekajärjestelmä, jossa sosiaalisia oikeuksia toteutetaan vakuutusperusteisesti ja julkisilla palveluilla. Hyvinvointialueen järjestämistä vastuu sisältää myös jossain määrin lisääntyvästi vakuutusperusteisen järjestelmän piirteitä siinä mielessä, että järjestämistehtävään liitetään hallituksen esityksen mukaisessa järjestelmässä selkeästi rahoitusvastuu. Hyvinvointialueen kantaisi myös pääosin rahoituksen kuuluvaa riskiä.

5.1.2 Pelastustoimen järjestäminen

Samoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut myös pelastustoimen palvelut voidaan järjestää useilla eri tavoilla. Kuten jäljempänä muiden Pohjoismaiden malleja kuvaavassa luvussa 5.2 selostetaan, kussakin maassa on omanlaisensa järjestelmä. Jokainen niistä poikkeaa joltain osin nykyisestä Suomen alueellisesta kuntien yhteistoimintaan perustuvasta mallista, mutta esimerkiksi Tanskassa ja Norjassa tehdään pelastustoiminnassa jossain määrin kuntien välistä yhteistoimintaa.

Suomessa pelastustoimen palvelurakenteen uudistamista on selvitetty useampaan kertaan viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Jäljempänä on tarkasteltu tehtyjä aikaisempia selvityksiä ja niissä käsiteltyjä vaihtoehtoja. Tämän jälkeen ehdotettavaa pelastustoimen järjestämistä rakennetta on arvioitu suhteessa muihin vaihtoehtoihin ratkaisumalleihin.

Selvitysmies Pekka Myllyniemen esitys 2000

Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen hallitusohjelman 15.4.1999 mukaan ”Palo- ja pelastustoimen siirtäminen valtion hoidettavaksi selvitetään”. Valtioneuvosto määräsi 2.6.1999 valtiotieteen maisteri Pekka Myllyniemen hallitusohjelman mukaisesti selvittämään sisäasiainministeriössä palo- ja pelastustoimen siirtämistä valtion hoidettavaksi. Selvitystyössä käsiteltiin silloisessa pelastustoimilaisissa (561/1999) tarkoitettua pelastustointia väestönsuojelu mukaan lukien. Tarkasteluun sisällytettiin lisäksi muut poikkeusoloihin varautumista koskevat näkökohdat, joilla on merkitystä pelastustoimen järjestämisvaihtoehtoja harkittaessa. Tavoitteena oli mahdollisimman tehokas ja taloudellinen pelastustoimen järjestelmä.

Selvityksen mukaan pelastustoimen järjestämiseksi on olemassa neljä perusvaihtoehtoa:

1. Peruskunnan vastuulla oleva pelastustoimi
2. Kuntien yhteistoimintaan perustuva alueellinen pelastustoimi
3. Valtiollinen pelastustoimi
4. Valtion rahoittama ja kuntien järjestämä pelastustoimi

Järjestämismalleja arvioitiin selvityksessä seuraavasti:

1. Peruskunnan vastuulla oleva pelastustoimi

Peruskunnan vastuulla oleva ja valtion ohjaama pelastustoimi johtaa käytännössä siihen, että ministeriö joutuu ohjaamaan kuntia hyvin yksityiskohtaisesti pienehköjen kuntien tarpeiden perusteella. Koska valtion ohjausta ollaan vähentämässä ja kunnallista itsehallintoa lisäämässä, saattaisi pelastustoimen säilyttäminen peruskunnan vastuulla pitkällä tähtäimellä edellyttää myös pelastustointa koskevan sääntelyn väljentämistä ja kuntien itsenäisyyden ja oman vastuun lisäämistä senkin uhalla, että pelastustoimen palvelutaso on erilainen maan eri osissa.

2. Kuntien yhteistoimintaan perustuva alueellinen pelastustoimi

Kuntien yhteistoimintaan perustuva alueellinen pelastustoimi rakentuu kuntalain suomien kuntien yhteistoimintamuotojen varaan ja siirtää pelastustoimen järjestämisvastuun peruskunnalta alueitasolle. Tässä vaihtoehdossa rahoitus tapahtuu kuntien kautta ja budjettivalta säilyy alueiden tasolla. Alueiden muodostaminen edellyttää kuitenkin aluejaosta päättämistä lainsäädännöllä, koska kuntien vapaaehtoisen yhteistyön avulla ei saada aikaan niin suuria alueita kuin tarvittaisiin taloudellisen ja tehokkaan pelastustoimen järjestämiseksi koko maassa. Pelastustoimeen liittyvä valtion ohjaus jää tällöin yleiselle tasolle ja alueilla on itsenäisyys pelastustoimen järjestelyjen sekä palvelutason määrittelyn suhteen.

Kuntien yhteistoimintaan perustuva alueellinen pelastustoimi säilyttää pelastustoimessa kunnallisen kulttuurimallin. Järjestelmä olisi tästä johtuen helppo hyväksyä. Lainsäädäntömuutokset ovat verrattain pieniä.

3. Valtiollinen pelastustoimi

Valtiollista pelastustointa johtaa sisäasiainministeriö, ja toiminnan rahoitus- sekä toiminnan alueellista järjestämistä koskevat ratkaisut sekä yleisen palvelutason päättää valtio. Vaihtoehto

edellyttää sitä, että tässäkin ratkaisussa maa on jaettava pelastustoimen järjestämiseksi suhteellisen itsenäisesti toimiviin alueisiin. Alueiden muodostamisessa noudatetaan niiden koon suhteen samoja periaatteita kuin kuntien yhteistoimintaan perustuvassa alueellisessa vaihtoehdossa.

Valtiollisen pelastustoimen järjestelmän toteuttamisella olisi periaatteessa mahdollista poistaa nykyjärjestelmän puutteet samaan tapaan kuin kuntien yhteistoimintaan perustuvassa alueellisessa pelastustoimessa.

Valtiolliseen pelastustoimen järjestelmään siirtyminen merkitsisi kuitenkin niin radikaalia muutosta perinteiseen kunnalliseen järjestelmään, että muutosta voitaisiin kuvata hyppyksi tuntemattomaan.

Pelastustoimen lainsäädäntö pitäisi perusteellisesti uudistaa, minkä lisäksi uudistusta vaadittaisiin ainakin kuntien valtiosuuslainsäädäntöön. Pelastusosaston henkilökunta olisikin vähintään kaksinkertaistettava ennen valtiollisen järjestelmän toteuttamista.

Tehtävien siirrolla kunnilta valtiolle ei tulisi helpotusta kuntien rahoitusasemaan, koska niiden toteutus olisi tehtävä kustannuksiltaan neutraalisti esimerkiksi vähentämällä kuntien valtiosuuksia määrällä, joka vastaa tehtävien siirrosta valtiolle aiheutuvia menoja. Pelastustoimessa yleisten valtiosuuksien määrä ei riittäisi. Sen suuruus olisi vain noin puolet tarvittavasta.

Valtiolliseen järjestelmään siirtymisen kriittinen kohta olisi VPK-toiminnan jatkuminen. Vapaaehtoisia palokuntia ei voida pakottaa tekemään sopimuksia. Ne olisi houkuteltava sopimuskentekoon, ja on ilmeistä, että sopimuskorvausten tason nostamiseen liittyisi suuria paineita.

4. Valtion rahoittama ja kuntien järjestämä pelastustoimi

Valtion rahoittama mutta kuntien järjestämä pelastustoimi perustuu siihen, että kuntalain (365/1995) mukaan kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoidettavakseen julkisyhteisön kuten valtion tehtäviä. Sopimuksessa sovitaan tehtävien hoitamisen ehdoista. Lähtökohtana on, että kunta saa täyden korvauksen sille muutoin kuulumattoman tehtävän hoitamisesta. Kunnan toimeksiantotehtävänä myös paikalliset edut ja olosuhteet voidaan ottaa huomioon. Päävastuu palo- ja pelastustoimen järjestämisestä on selkeästi valtiolla, joka tilaa kyseiset palvelut yhteistoiminta-alueelta (seutukunta taikka vastaava).

Jos valtion rahoittama ja kuntien järjestämä pelastustoimi toteutettaisiin kuntakohtaisesti, säilyisivät nykyisen järjestelmän keskeiset ongelmat. Jotta ongelmat saataisiin poistetuksi, olisi myös tämä järjestelmä alueellistettava. Jos alueiden muodostaminen jäisi vapaaehtoisuuden varaan, kestäisi alueiden muodostaminen vuosikausia ja alueet jäisivät tehottoman pieniksi.

Tässä järjestelmässä tilaajia valtion taholta voisivat olla lääninhallitukset tai todennäköisesti tarkoituksenmukaisimmin hätäkeskuksiin muodostettavat johtoelimet. Organisaatio muodostuisi näin monimutkaisemmaksi kuin kuntien yhteistoimintaan perustuvassa alueellisessa mallissa tai puhtaassa valtiollisessa mallissa. Tätäkään järjestelmää ei voitaisi toteuttaa noudattamatta kustannusneutraalisuuden periaatetta, eli kuntien rahoitusasema ei paranisi.

Järjestelmän toteuttaminen olisi ilmeisen vaikeata. Toteutetut mallit, kuten lomituspalvelujen hoitaminen, eräät vaaleihin liittyvät tehtävät ja holhoustoimen hoitaminen, ovat pelastustoimeen verrattuna niin pieniä, etteivät niistä saadut kokemukset ole riittäviä, vaan uudet suunnitelmat olisi tehtävä alusta alkaen. Tästä johtuen valtiolla tarvittaisiin olennaisesti nykyistä suurempia resursseja. Sisäasiainministeriöltä vaadittaisiin esimerkiksi jopa nykyistä yksityiskohtaisempia

ohjeita riskianalyyysien ja palvelutasopäätösten valmistelemiseksi ja hyvin yksityiskohtaiset määräykset vähimmäispalvelutasosta. Myös sopimusten valvonta vaatisi runsaasti resursseja.

Selvitystyönsä jälkeen selvitysmies Pekka Myllyniemi esitti kuntapohjaista alueellista pelastustoimen järjestelmää. Valtioneuvostolle osoitetussa saatekirjeessä todetaan valtiollistamisesta seuraavasti: ”Selvitysmies ei esitä pelastustoimen siirtämistä kunnilta valtion hoidettavaksi. Asia tulisi kuitenkin harkittavaksi siinä tapauksessa, ettei kunnallisten alueellisten pelastustoi-
mien muodostaminen lakisääteisesti osoittautuisi poliittisesti tai muutoin toteuttamiskel-
poiseksi.” (Pekka Myllyniemi: Onnettomuusriskit hallintaan – Loppuraportti 29.2.2000, saate-
kirje valtioneuvostolle.)

Selvitysmiehen työn tulosten perusteella hallitus antoi neuvottelussaan 3.5.2000 sisäasiainmi-
nisteriön tehtäväksi valmistella hallituksen esitys pelastustoimen järjestämisestä niin, että pe-
lastustoimeen muodostetaan noin 30 lailla määrättyä kuntien yhteistoimintaan perustuvaa alu-
eellista pelastustoimintaa. Uudistuksen tarkoituksena oli luoda edellytykset mahdollisimman tehok-
kaalle ja taloudelliselle pelastustoimen järjestelmälle.

Pelastustoimen kehittämishanke 2000

Edellä mainitun hallituksen toimeksiannon perusteella sisäasiainministeriö käynnisti 1.9.2000
uudistuksen valmistelua ja toimeenpanoa varten pelastustoimen kehittämishankkeen, jonka teh-
tävänä oli alueiden muodostamisen lisäksi valmistella muut toiminnan tehostamiseksi tarvitta-
vat kehittämisehdotukset.

Kehittämishankkeen loppuraportti julkaistiin maaliskuun alussa 2004. Hankkeen keskeiset tuo-
tokset olivat seuraavat:

- Laki pelastustoimen alueiden muodostamisesta (1214/2001) annettiin 13.12.2001 ja tuli
voimaan 1.1.2002 siten, että laissa tarkoitettu yhteistoiminta tuli aloittaa 1.1.2004.
- Valtioneuvoston päätös (174/2002) 22 pelastustoimen alueesta 7.3.2002 ja valtioneu-
voston päätös (962/2003) pelastustoimen alueista annetun valtioneuvoston päätöksen
muuttamisesta 20.11.2003.
- Pelastustoimilain (561/1999) kumonnut pelastuslaki (468/2003) annettiin 13.6.2003 ja
tuli voimaan 1.1.2004.
- Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (787/2003) annettiin 4.9.2003 ja tuli voimaan
1.1.2004.

Pelastustoimen alueellistaminen 2002

Lailla pelastustoimen alueiden muodostamisesta maa jaettiin 22 pelastustoimen alueeseen, jotka
määräsi valtioneuvosto kuntia kuultuaan. Laki tuli voimaan 1.1.2002. Pelastustoimen alueeseen
kuuluvien kuntien oli tehtävä sopimus pelastustoimen yhteistoiminnan järjestämisestä viimeis-
tään 31 päivänä joulukuuta 2002.

Uudistuksen strategiset päämäärät liittyivät pelastustoimen vaikuttavuuteen, tehokkuuteen ja
palvelujärjestelmään. Tehokkuutta oli lisättävä siten, että pelastustoimen voimavarat, henki-

löstö, ammatillinen osaaminen ja kalusto, ovat parhaassa mahdollisessa käytössä. Palvelujärjestelmän tuli kattaa koko maa riskialueiden edellyttämällä tavalla ja ammattitaitoisesti. Väestön suojaamiseen oli varauduttava valtakunnan turvallisuuspoliittisten linjausten mukaan.

Näiden tavoitteiden toteuttamisen edellytyksenä oli, että pelastuslaitoksella on riittävästi voimavaroja. Erityisesti henkilömäärän tuli olla niin suuri, että laitos kykenee huolehtimaan perustehtävistä onnettomuuksien ehkäisyssä ja pelastustoiminnassa. Laitoksen vuotuisen budjetin tuli olla niin suuri, että se mahdollistaa jouston ylläpitävissä tilanteissa ja kaluston ajanmukaisena pitämisen.

Uudistuksen tavoitteet olisivat hallituksen esityksen perusteluiden mukaan olleet toteutettavissa myös valtion ylläpitämänä toimintana. Valtion vastuulla oleva pelastustoimi olisi merkinnyt suurta muutosta silloiseen järjestelmään ja olisi edellyttänyt huomattavia muutoksia hallinnossa. Tämän vuoksi pelastustoimen valtion vastuulle siirtämistä ei pidetty tarkoituksenmukaisena ja se olisi voinut tulla kyseeseen vain siinä tapauksessa, että uudistus ei olisi toteutunut kuntien yhteistoimintana.

Pelastustoimen rakenneuudistus 2013

Sisäministeriön johdolla pelastustoimen rakenneuudistuksessa 2013 selvitettiin siirtymistä suurempiin alueisiin. Lähtökohtana oli poliisin 11 poliisilaitoksen malli. Sisäministeriön laatiman pelastustoimen rakenneuudistuksen taustalla oli valtionvarainministeriön pyyntö ministeriöille tehdä esityksiä kuntien velvoitteiden vähentämisestä. Pelastustoimen osuus säästötavoitteista oli 13 miljoonaa euroa.

Sisäministeriön virkamiestyöryhmä esitti valtiovarainministeriölle pelastustoimen rakenteellista uudistusta, joka olisi mahdollistanut pelastustoimeen kohdistuvat säästötoimet siten, että palvelutasosta ei olisi tarvinnut merkittävästi tinkiä. Henkilöstömäärän supistamisen kautta toteutetulla säästöllä palvelutaso olisi laskenut merkittävästi. Tästä syystä uudistus olisi tehty rakenteellisilla muutoksilla ilman palvelutason laskua hallintoa yhdistämällä ja toimintatapoja muuten tehostamalla. Rakenteellisella uudistuksella olisi ollut mahdollista kohdentaa toimenpiteitä niin, että vaikutukset olisivat kohdentuneet tasaisemmin kuin silloisessa järjestelmässä on mahdollista.

Pelastustoimen rakenneuudistus oli alun perin tarkoitus toteuttaa siten, että pelastustoimen alueita olisi suurennettu. Näin olisi voitu ratkaista muutama alueiden erilaisuudesta johtuva ongelma ja varautua tulevaisuuden haasteisiin sekä samalla saada aikaan edellä mainittu säästötavoite. Sisäministeriön 11 alueen malli oli lausunnolla kunnissa. Lausuntoja annettiin kaikkiaan 331, joista 66,8 prosenttia eli 221 piti nykyistä aluejakoa kaikkein soveltuvimpana, kun tarkoituksena on hakea pysyviä säästöjä. Keskeisimpinä perusteina mainittiin harmonisoinnista aiheutuvat merkittävät lisäkustannukset, kunta- ja sote-uudistuksen keskeneräisyys, jotka vaikuttavat myös toiminnallisesti pelastuslaitoksiin sekä se, että kuntien todellinen ohjausvalta karkaa yhä kauemmas. Lausuntokierroksen aikana tarkentui harmonisoinnista aiheutuvien kustannusten suuruus ja Suomen Kuntaliiton arvioiden mukaan ne olisivat merkinneet yli 6 miljoonan euron lisäkustannusta pelastuslaitoksille. Harmonisointikustannukset olisivat koostuneet pääasiassa palkkojen harmonisoinnista.

Sisäministeriö päätyi esittämään kehysriihessä, että pelastustoimen säästötavoite pyrittäisiin saavuttamaan nykyisellä pelastustoimen aluejaolla. Perusteita oli kolme. Ensinnäkin kuntien lausuntojen selkeä enemmistö katsoi säästöjen olevan parhaiten saavutettavissa nykyisellä aluejaolla. Toiseksi tarkentuneet laskelmat harmonisointikustannuksista vaikuttivat asiaan, koska

ensisijainen tavoite oli kuitenkin hakea nopeita pysyviä rakenteellisia säästöjä. Kolmanneksi sote-alueratkaisun oli määrä selkiytyä vasta kehysriihen aikana.

Sote-ratkaisun yhteydessä hallitus linjasi, että mahdollisimman paljon synergiaetua tulisi tavoitella sote-alueiden ja pelastustoimen alueiden tilannekeskusratkaisuja yhdistämällä. Tästä syystä hallitus päätti pelastustoimen tilannekeskusten osalta niin, että niitä perustetaan enintään 11, joista viisi yhdessä sote-alueiden kanssa. Tarkemman suunnittelun tuloksena olisi muotoutunut se, kuinka paljon tilannekeskuksia yhteensä rakennetaan.

Edellinen vaalikausi

Viime vaalikaudella esitettiin (HE 16/2017) pelastustoimen järjestämistäsiirtoa monialaisille maakunnille, joita olisi ollut 18. Lakiehdotuksen mukaan pelastustoimen järjestämisestä olisi vastannut maakunta ja pelastustoimen palvelujen tuottamisesta maakunnan liikelaitos.

Ehdotetun lain tarkoituksena oli tehostaa pelastustoimen voimavarojen käyttöä sekä parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Tavoitteena oli lisäksi pelastusalan kustannustehokkuuden ja urapolkujen kehittäminen uudistamalla koulutusjärjestelmää sekä kehittämällä sopimuspalokuntajärjestelmää. Tavoitteena oli myös erityisesti pelastustoimen ohjausjärjestelmän kehittäminen siten, että se mahdollistaisi tarvittaessa paremmin valtakunnalliset ja yhdenmukaiset toimintamallit, yhteiset tietojärjestelmät ja yhdenmukaiset palvelut koko maassa.

Pelastustoimen lähipalvelut oli tarkoitus säilyttää pääsääntöisesti silloisen kaltaisina ja vähintään silloisen tasoisina. Pelastustoimi on lähipalvelujen lisäksi valtakunnallinen organisaatio, jota johtaa, ohjaa ja kehittää sisäministeriö. Pelastuslaitosten on oltava johdettavissa valtakunnallisesti ja niiden on kyettävä toimimaan yhteistyössä keskenään sekä muiden pelastustoimintaan osallistuvien viranomaisten kanssa. Tämän katsottiin edellyttävän valtakunnallista ohjausta ja johtamista.

Ehdotetun lain tavoitteena oli myös säilyttää pelastustoimen mahdollisuudet tuottaa nykyisen kaltaisella tavalla ensihoito- ja ensivastepalveluita sen mukaan, kuin siitä sovitaan sosiaali- ja terveystoimen kanssa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistäsiirtojen katsottiin vaikuttavan myös pelastustoimen järjestämistäsiirtoihin. Lakiehdotusta valmisteltaessa arvioitiin, että pelastuslaitosten toimiminen jatkossakin osana ensihoidon palveluketjua voitaisiin turvata varmimmin siten, että pelastustoimi ja sosiaali- ja terveydenhuolto organisoitaisiin samaan oikeushenkilöön.

Koska ensihoidon järjestämistäsiirto esitettiin siirrettäväksi maakunnille, katsottiin, että myös pelastustoimi tulisi siirtää maakuntien järjestämistäsiirtoille. Tavoitteena oli, että pelastuslaitokset voisivat jatkossakin hoitaa ensihoito- ja ensivastetehtäviä. Siksi kuntien yhteistoimintaan perustuvan järjestämismallin säilyttämisen ei katsottu olevan enää mahdollista. Kunnalliset pelastuslaitokset eivät olisi voineet tuottaa enää sosiaali- ja terveystoimeen kuuluvia ensihoitopalveluita nykyisen kaltaisella tavalla.

Valmistelun aikana oli esillä myös vaihtoehto, jossa ensihoidon järjestäminen olisi viiden yliopistosairaalan ylläpitävän maakunnan vastuulla yhteistyöalueittain. Tällöin myös pelastustoimi olisi edellä mainituin perustein esitetty järjestettäväksi näiden samojen maakuntien toimesta.

Ehdotettavan pelastustoimen järjestämismallin arviointi suhteessa muihin vaihtoehtoihin ratkaisumalleihin

Tässä esityksessä ehdotettavassa ratkaisussa pelastustoimen järjestämismallin siirrettäisiin kokonaan pois kuntien vastuulta perustuslain 121 pykälän 4 momentin tarkoittamille kuntaa suuremmille hallintoalueille eli hyvinvointialueille, jolla olisi välittömällä vaaleilla valittu päätöksentekoaikoina. Myös rahoitusvastuu irrotettaisiin kuntien vastuulta valtiolle.

Ehdotetulla pelastustoimen järjestämismallilla on tarkoitus tehostaa pelastustoimen valtakunnallista ohjausta. Ohjaustarpeen tulee kuitenkin olla tasapainossa hyvinvointialueellisen itsehallinnon kanssa. Lakiehdotuksen voimakkaampi ja keskitetympi ohjaus on rajoitettu siihen osaan hyvinvointialueiden toimintaa, jolla nimenomaan turvataan kansalaisten perusoikeuksia kuten henkeä, terveyttä ja omaisuutta ja joka on tarpeen järjestää valtakunnallisesti yhdenmukaisesti. Pelastustoimi on sen tuottamien lähipalvelujen lisäksi valtakunnallinen organisaatio, joka voi joutua toimimaan laajemmalla kuin omalla alueellaan tai valtakunnallisesti. Tämä edellyttää yhdenmukaisia toiminnallisia järjestelyitä sekä tehokasta valtakunnallista ohjausta ja johtamista.

Pelastustoimi on merkittävä palvelujen tuottaja nykyisin sosiaali- ja terveystoimen vastuulla olevissa ensihoitopalvelutehtävissä. Pelastustoimi ei kuitenkaan ole osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa, vaan se olisi oma erillinen ja asemaltaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon rinnasteinen toimialansa myös hyvinvointialueella. Pelastustoimen organisoiminen sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa yhdenmukaisen aluejaon ja järjestämismallin pohjalta on välttämätöntä, koska sillä turvataan pelastustoimen mahdollisuus jatkossakin suorittaa ensihoitotehtäviä ja ensivastetehtäviä sen mukaan kuin hyvinvointialue päättää.

Järjestämällä sekä sosiaali- ja terveydenhuolto että pelastustoimi samoin perustein kaikilla hyvinvointialueilla voitaisiin pelastustoimen ja sosiaali- ja terveydenhuollon synergiaedut hyödyntää ensihoitopalvelujen toteuttamisessa sekä varautumisessa suuronnettomuuksiin ja poikkeusoloihin. Pelastustoimen hoitaessa ensihoito- ja ensivastetehtäviä voitaisiin pelastustehtäviin sekä ensihoito- ja ensivastetehtäviin käyttää samaa asemaverkostoa, samoja tukitoimintoja, osin samaa henkilöstöä, samoja toimintamalleja ja yhteisiä harjoituksia sekä yhteistä vara- ja suuronnettomuusvalmiutta. Sopimuspalokuntia voitaisiin käyttää pelastustoimen tehtävien ohella ensivastetoiminnassa. Tämä on erityisen tärkeää harvaan asutuilla alueilla.

Yhtenä vaihtoehtona nyt ehdotettavalle mallille voisi olla nykyisen kuntapohjaisen alueellisen pelastustoimen säilyttäminen. Pelastustoimen nykyinen organisointimalli ei kuitenkaan tue voimavarojen mahdollisimman tehokasta käyttöä ja toiminnan välttämätöntä kehittämistä. Nykyisillä ohjaus- ja omistajuussuhteilla on vaikea saada aikaan ratkaisuja, jotka johtaisivat valtakunnallisiin tai yhdenmukaisiin toimintamalleihin, yhteisiin tietojärjestelmiin taikka yhdenmukaiseen palvelutarjontaan. Pelastustoimen järjestelmä on hajanainen eikä se kykene riittävän hyvin toteuttamaan suuria valtakunnallisia uudistuksia. Järjestelmä ei myöskään sovellu hyvin vastaamaan Euroopan unionin pelastuspalvelumekanismiin ja kansainvälisen toiminnan haasteisiin. Koska sosiaali- ja terveydenhuolto ehdotetaan siirrettäväksi hyvinvointialueiden järjestämismallille, kuntien järjestämismallille jäävä pelastustoimi ei voisi jatkossa tuottaa nykyiseen tapaan ensihoitopalveluita sosiaali- ja terveydenhuollolle ja nykyiset synergiaedut ensihoitopalvelujen toteuttamisessa sekä varautumisessa suuronnettomuuksiin ja poikkeusoloihin menetettäisiin.

Ehdotetun mallin toisena vaihtoehtona voisi olla pelastustoimen järjestämismallin keskittäminen kansallisen tason toimijalle. Käytännössä tämä tarkoittaisi pelastustoimen valtiollistamista.

Tämän ratkaisun vahvuuksina verrattuna esitettyyn maakuntatason alueelliseen järjestäjään voidaan pitää erityisesti keskittämisen kautta saavutettavaa yhtenäistä organisointirakennetta ja suuresta organisaatiosta saatavia rationalisointihyötyjä ja suurten volyymien kautta tulevia hankintojen kilpailuetuja. Toisaalta kansallisen tason järjestäjän olisi haastavampaa huomioida paikallisia ja alueellisia erityispiirteitä. Toiminnan ohjaus vaatisi nykyisenkaltaisen alueellisen hallintoverkon ylläpitämisen, mutta osa hallinnollisista toimista voitaisiin koota keskushallintoon. Myös tämän mallin toteuttaminen vaarantaisi ensihoidon synergiaedun sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen välillä, jollei sosiaali- ja terveydenhuollossa toteutettaisi vastaavaa ratkaisua. Tässä mallissa palkkojen harmonisointikulut olisivat merkittävästi suuremmat, kuin esitettävässä hyvinvointialuemallissa. Sopimuspalokuntatoiminnan sopimusjärjestelmän nykyisten alueellisten erojen takia siirtyminen yhteen valtakunnalliseen sopimusmalliin voisi olla haasteellista.

5.1.3 Aluejako

Aluejakoja on Suomessa yhtenäistetty maakuntajakoon 1990-luvulta lähtien. Tämän seurauksena useilla eri hallinnonaloilla on tehty säännöksiä, joissa aluejako määrittyy suoraan maakuntajakon mukaan. Maakunnan liitoista ja niiden tehtävistä säädetään erikseen, ja *maakunta*-termi esiintyy esimerkiksi maakuntakaavoituksen ja alueiden kehittämisen yhteydessä.

Perustuslain 122 pykälän mukaan hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä yhteensopiviin aluejako-otuksiin, joissa turvataan suomen- ja ruotsinkielisen väestön mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan. Perustuslakivaliokunta ei kyseenalaistanut edellisellä vaalikaudella maakuntien määrää tai niiden kantokykyä vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Esityksessä ehdotetun mukaisesti kunnat kuuluisivat lähtökohtaisesti siihen maakuntaan, johon ne kuuluivat viime vaalikaudella linjatussa voimaantulakiehdotuksessa. Ainoastaan Uudellamaalla poikettaisiin maakuntajakoon perustuvasta mallista jakamalla alue useampaan hyvinvointialueeseen sekä jättämällä Helsingin kaupungille järjestämisvastuu muilta kunnilta siirretyistä tehtävistä. Maakuntajakoa koskevat säännökset valmisteltiin edellisellä vaalikaudella kahteen eri lakiluonnokseen, jolloin silloisessa voimaantulakiehdotuksessa olisi säädetty ensimmäisestä maakuntajakoista kuntineen ja nimineen. Lisäksi maakuntajakon muuttamisen yleissäännökset olisi säädetty maakuntajakolaissa. Ehdotettu maakuntajakoluonnos sisälsi säännökset kunnan siirtymisestä toiseen maakuntaan ja maakuntien yhdistämisestä. Lähtökohtana oli kunnan tai maakunnan oma esitys. Ainoastaan arviointimenettelyn perusteella maakunnat olisi voitu yhdistää maakuntien tahdon vastaisesti. Kuntien kuuluminen tiettyyn maakuntaan valmisteltiin kuntakuulemisten perusteella. Kuntien toiveita kuultiin ja osa kunnista suuntautui muualle, kuin mihin kunta oli kuulunut aiemmin.

Uudenmaan erillisratkaisu perustuu aluejaon osalta kuntien yhteiseen esitykseen alueen jakamisesta useaan eri järjestämisvastuulliseen. Alue olisi ollut mahdollista säilyttää myös yhtenäisenä viime vaalikauden esitetyin tavoin. Tässä jaon katsottiin kuitenkin heikentävän alueen reuna-alueiden asukkaiden vaikutusmahdollisuuksia. Alueen kolmen suuren kaupungin äänestäjien painoarvo katsottiin liian suureksi sekä ylipäättään alueen väestömäärän suuruuden perusteella katsottiin, että muutos olisi hallitumpi toteuttaa useammassa kokonaisuudessa. Integraation toteutumiseen liittyvät mahdolliset riskit voitiin huomioida Uudenmaan sote-järjestämislain valmistelussa, joka tehtiin yhteistyössä alueiden kuntaedustajien ja HUSin kanssa.

Etelä-Savossa keskustelujen tilanne muuttui edellisen vaalikauden jälkeen siten, että Itä-Savon sairaanhoitopiiri ja sen jäsenkunnat olivat käynnistäneet keskustelut sosiaali- ja terveydenhuol-

lon järjestämisen vaihtoehtoista. Keskusteluissa lähtökohtana oli ollut, että soten järjestämisestä vastaisi alueellisesti muu taho kuin Etelä-Savon maakunta. Tilastokeskuksen väestöennusteiden mukaan muuttoliike muutamaan suurimpaan kaupunkiin kiihtyy ja useimmissa maakunnissa väestö vähenee¹. Esimerkiksi Etelä-Savossa sekä Etelä-Savon että Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueilla väestö vähenee ja ikääntyy jyrkästi². Molempien alueiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten taso on yli valtakunnallisen keskiarvon, Itä-Savon ollessa kaikkein kallein järjestäjä³.

Esityksessä ehdotettujen hyvinvointialueiden valmistelussa tarkasteltiin aluejaon muuttamista siten, että Itä-Savon sairaanhoitopiirin muodostavat Enonkosken, Rantasalmen, Savonlinnan ja Sulkavan kunnat olisivat siirtyneet nykyisestä Etelä-Savon maakunnasta osaksi Pohjois-Savon hyvinvointialuetta. Lausunnoille lähetetyn hallituksen esitysluonnoksen liitteenä oli taustamateriaali, jossa tarkasteltiin tämän aluejaon muuttamisen vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen ja ensihoidon järjestämisen, rahoituksen ja muiden yhteiskunnallisten vaikutusten, kuten vaalipiirijaon, kannalta.

Tarkastellussa vaihtoehdossa Itä-Savon kunnat olisi siirretty osaksi Pohjois-Savon maakuntaa ja hyvinvointialuetta. Tällöin erikoissairaanhoidossa arvioitiin olevan mahdollista luoda Kuopion yliopistolliselle sairaalalle (KYS) ja nykyiselle Savonlinnan keskussairaalalle toisiaan tukevat toiminnalliset profiilit ja työnjako. Vaihtoehto olisi mahdollistanut jo voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti ympärivuorokautisten päivystysten ylläpidon kummassakin sairaalossa, koska alueella sijaitsee yliopistollinen sairaala. Ajatellen koko itäistä yhteistyöaluetta, olisi tässä vaihtoehdossa kuitenkin kahden Mikkelissä ja Savonlinnassa lähekkäin toisiaan sijaitsevan, mutta eri hyvinvointialueisiin kuuluvan keskussairaalan työnjaosta ja yhteistyöstä sopiminen ollut olisi erittäin haastavaa. Etelä-Savon hyvinvointialueen väestöpohjan pieneneminen olisi voinut hankaloittaa Mikkelin keskussairaalan säilymistä monierikoisalaisena.

Jos nykyistä maakuntajakoa ja esityksessä ehdotettujen hyvinvointialueiden aluejakoa olisi muutettu, sillä olisi ollut muutosvaikutuksia myös esimerkiksi vaalipiirijakoon, elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskusten aluejakoon, oikeuslaitoksen tuomiopiireihin ja lähes kaikkiin muihinkin valtionhallinnon aluejakoihin.

Jos hyvinvointialuejako olisi eriytetty maakuntajaosta, se olisi merkinnyt tarvetta päättää erikseen perusaluejaosta, johon muut aluejaot yhtenäistettäisiin. Tämän seurauksena olisi ollut todennäköistä, että aluevaalien ja eduskuntavaalien vaalipiirit eivät olisi olleet yhtenevä ja siten erilainen aluevaalipiirijako olisi luonut paineen muuttaa myös eduskuntavaalipiirijakoa.

Aluejaon perusteita tulee arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen lisäksi myös pelastustoimen järjestämisen näkökulmasta. Hallitusohjelman mukaisesti itsehallinnollisten alueiden tulisi lisäksi mahdollistaa vaihteellinen siirtyminen monialaisiin maakuntiin.

¹ https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_09-30_tie_001_fi.html

² Etelä-Savon shp (ESSOTE) 101.518 asukasta, Itä-Savon shp (Sosteri) 42.221 asukasta. Maakunnan väestö väheni 2.554 henkilöä viime vuonna. Savonlinnan väki väheni 784 henkilöä. Väestö ikääntyy nopeasti, synnytyksiä vuonna 2018 maakunnassa 737. Vähennämä alkuvuonna 12.6%.

³ Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset Etelä-Savo 3.931€, viidenneksi kallein Itä-Savo 4.510€ /asukas, maan kallein. Koko maa 3.327€/as

Esityksessä ehdotetun mukaisesti Itä-Savon kunnat olisivat osa Etelä-Savon hyvinvointialuetta ja muodostaisivat siinä kolmannen seutukunnan Mikkelin ja Pieksämäen seutujen lisäksi. Erikoissairaanhoidossa kahden maantieteellisesti suhteellisen lähellä toisiaan olevan ja toiminta-profiililtaan varsin samanlaisen sairaalan työnjaosta sopiminen olisi todennäköisesti haasteellista. Tätä kuitenkin helpottaisi esityksessä ehdotetun voimaanpanolain säännös, jonka mukaan Etelä-Savon hyvinvointialue voisi ylläpitää useampaa kuin yhtä ympärivuorokautisesti päivystävää yhteispäivystyksikköä sairaaloidensa yhteydessä vuoden 2032 loppuun saakka. Tämä mahdollistaisi keskussairaالاتasoisen erikoissairaanhoidon, mukaan lukien tietyn leikkaustoi-minnan, jatkumisen molemmissa sairaaloissa siihen saakka, että erikoissairaanhoidon toteutus hyvinvointialueella on suunniteltu väestön tarpeita vastaavaksi. Perusterveydenhuollon ja sosi-aalihuollon osalta nykytilanne jatkuisi, mutta koko maakunnan laajuinen hyvinvointialue mah-dollistaisi toiminnan kehittämisen laajemmalla alueella. Sekä Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella kuntayhtymä (Essote) että Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella kuntayhtymä (Sosteri) ovat integroineet sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunsa. Sen arvioidaan edesauttavan palve-lujen yhteensovittamista koko Etelä-Savon hyvinvointialueella.

5.1.4 Rahoitus

5.1.4.1 Yleiskuva

Hyvinvointialueen rahoituksen järjestämisen vaihtoehtoja voisivat olla kuntien rahoitus, valtion rahoitus tai valtion rahoituksen ja hyvinvointialueille myönnettävän verotusoikeuden yhdis-telmä. Hyvinvointialueidenrahoitusmalliksi ehdotetaan täyttää valtionrahoitusta, eli hyvinvointi-alueilla ei olisi verotusoikeutta. Pääministeri Sannan Marinin hallituksen hallitusohjelman mu-kaan hyvinvointialueiden mahdollinen verotusoikeus kuitenkin selvitetään myöhemmin parla-mentaarisisessa komiteassa.

Hyvinvointialueiden tehtävien kuntapohjaista rahoitusta ei pidetä toteuttamiskelpoisena vaihto-ehtona, koska se olisi ristiriidassa perustuslain turvaaman kuntien itsehallinnon kanssa. Kunnal-lisen itsehallinnon näkökulmasta rahoitusvastuu tarkoittaisi, että kunnat rahoittaisivat muun ta-hon vastuulle säädettyä tehtävää. Tällaista on pidetty perustuslakivaliokunnan tulkintakäytän-nössä jo aiemmin ongelmallisena jopa huomattavasti vähäisemmän rahoituksen määrän osalta. Kuntapohjainen hyvinvointialueen rahoitusmalli tarkoittaisi, että hyvinvointialueet päättäisivät noin puolesta kuntien menoista. Hyvinvointialueen päätöksellä sidottaisiin merkittävästi kun-nan taloudellista liikkumavaraa ja hyvinvointialueen päätös vaikuttaisi merkittävästi kunnallis-veroprosentin määrääntymiseen. Siten pääosin kuntarahoitukseen perustuvan rahoitusjärjestel-män voidaan arvioida olevan ristiriidassa perustuslain turvaaman kunnallisen itsehallinnon kanssa.

Hyvinvointialueiden omaan verotusoikeuteen perustuva rahoitusmalli olisi taloustieteellisen tutkimuskirjallisuuden näkökulmasta perusteltu vaihtoehto. Sen perusteella alueiden laaja vero-tusoikeus tarjoaisi paremmat kannustimet kustannustehokkaaseen toimintaan kuin täysi valtion rahoitus. Tuolloin vastuu palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta olisi samalla taholla, mikä parantaa kannustimia hyvään taloudenpitoon. Näistä näkökulmista myös rajoitettu verotusoi-keus tarjoaisi paremmat kannustimet kuin täysi valtion rahoitus.

Hyvinvointialueiden laajaan verotusoikeuteen perustuvaa mallia ei kuitenkaan voida nykytilan-teessa pitää todellisena rahoitusmallivaihtoehtona johtuen perustettavien hyvinvointialueiden suuresta määrästä ja niille osoitettavista tehtävistä. Hyvinvointialueet ovat asukasmääriltään ja ikärakenteiltaan hyvin erilaisia, minkä vuoksi niiden sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastus-toimen menoissa on huomattavat erot. Väestöennusteet osoittavat, että alueiden väliset erot asu-kasmäärissä tulevat kasvamaan entisestään tulevien vuosikymmenten aikana. Hyvinvointialueet

eroavat toisistaan myös taloudelliselta kantokyvyltään. Länsi-Uudellamaalla vuonna 2018 kuntien verotettava tulo asukasta kohden oli 22 800 euroa, kun tulopohjaltaan heikoimmassa maakunnassa Pohjois-Karjalassa se oli vain 13 500 euroa. Mitä suurempi osuus verotuloilla on alueiden rahoituksessa ja mitä suuremmat erot alueiden välillä on veropohjassa, sitä enemmän tarvitaan alueiden välistä veroihin perustuvaa tasausta. Tulopohjien suuret erot merkitsevät, että hyvinvointialueiden veroprosentit eriytyisivät jo lähtötilanteessa. Alueiden väliset erot veropohjassa ovat pienempiä kuin kuntien välillä, mutta erot ovat edelleenkin merkittäviä. Alueilla, joissa verotettava tulo asukasta kohden on alhainen, veroprosentteja olisi korotettava, jotta saataisiin kerättyä riittävästi verotuloja. Tilannetta heikentäisi lisäksi, että palvelutarve on usein suurempi heikomman tulopohjan alueilla. Veroprosenttien suuret erot huomioiden myös kuntien veroprosenttien nykyinen vaihteluväli vähentäisi kansalaisten yhdenvertaisuutta.

Valtion rahoitukseen perustuvaa mallia pidetään toimivampana myös verotuksen tason ja verojärjestelmän näkökulmasta. Uudistuksen reunaehdoksi on asetettu, että verotusta koskevien muutosten lähtökohtana on hallituksen linjaus siitä, että verorakenteen muutokset eivät saa vammaan astuessaan aiheuttaa verotuksen kiristymistä. Täysi valtion rahoitus tukee näiden tavoitteiden saavuttamista. Se parantaa valtion mahdollisuutta ohjata verotuksen tasoa ja erityisesti työn verotuksen kokonaisrasitusta. Taloustieteellisen tutkimuskirjallisuuden perusteella ei voida tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä, miten hyvinvointialueverotus vaikuttaisi verotuksen kokonaistasoon. Valmistelussa on kuitenkin arvioitu, että hyvinvointialueiden verotusoikeuteen liittyisi valtion rahoitusta suurempi riski kokonaisveroasteen noususta, kun veroprosenteista päättävien tahojen lukumäärä kasvaisi. Hyvinvointialueiden verotusoikeuteen sisältyisi myös riski verovelvollisten veroprosenttien eriytyemisestä alueittain. Verojärjestelmän näkökulmasta valtion rahoitusmalli olisi yksinkertaisempi ja selkeämpi kuin hyvinvointialueiden verotusoikeuden sisältävä järjestelmä. Verotusoikeuden myöntäminen hyvinvointialueille olisi merkittävä muutos, joka monimutkaistaisi verojärjestelmää. Verovelvollinen maksaa palkkatulosta jo nykyisin 7–8 eri veroa, ja hyvinvointialuevero tulisi näiden lisäksi.

Verotusoikeutta voi tarkastella myös hyvinvointialueiden tehtävien kautta. Uudistukselle on asetettu tavoitteeksi muun muassa palvelujen saatavuuden parantaminen sekä hyvinvointi ja terveyserojen kaventaminen, jotka edellyttävät valtionohjauksen vahvistamista. Mitä yksityiskohtaisempaa valtion ohjaus on, sitä enemmän rahoituksen tulisi olla valtion rahoitusta.

Täysi valtion rahoitus merkitsee, että valtion vastuu rahoitusperiaatteen toteutumisesta on suurempi kuin hyvinvointialueiden omaan rahoitukseen perustuvassa rahoitusmallissa. Valtion tulee osoittaa hyvinvointialueiden lakisääteisiin tehtäviin riittävä rahoitus, joka on kyettävä kohdentamaan oikeudenmukaisesti ottaen huomioon hyvinvointialueen asukkaiden palvelutarpeet, palvelujen järjestämisen edellytykset ja alueiden välinen työnjako.

Hyvinvointialueiden rahoituksen perustumisessa kokonaan valtion rahoitukseen on riskinä, että se saattaa heikentää hyvinvointialueen kannustimia kustannusten hillintään. Pehmeä budjettirajoite muodostuu, jos hyvinvointialue voi siirtää kustannuksiaan muiden hyvinvointialueiden tai valtion katettavaksi. Tutkimuskirjallisuuden mukaan paikallishallinnon pehmeän budjettirajoitteen riskiä lisää erityisesti suuri riippuvuus valtionosuuksista. Riskiä kasvattaa se, että hyvinvointialueiden järjestämistä vastaavalla olevat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ja pelastustoimi ovat lakisääteisiä peruspalveluita, joiden saatavuudesta valtio vastaa viime kädessä.

Ongelmaa voitaisiin jossain määrin pienentää finanssipoliittisilla säännöillä ja tehostamalla hyvinvointialueiden ohjausta, mikä puolestaan voisi lisätä hallinnollisia kustannuksia. Sääntöjen tulisi olla läpinäkyviä ja uskottavia.

5.1.4.2 Kustannusten ja tulojen siirto kunnista hyvinvointialueille

Kuntien verotulot ovat valtiovarainministeriön ennusteen mukaan noin 22,3 miljardia euroa vuonna 2020. Vuosina 2020—2023 kuntien verotulojen on arvioitu kasvavan keskimäärin noin 4 prosenttia vuodessa. Kuntien verotuloista noin 84 prosenttia kertyy kunnallisverosta, noin 8 prosenttia yhteisöverosta ja noin 8 prosenttia kiinteistöverosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistäsiirron myötä hyvinvointialueille siirtyisivät noin 19,05 miljardin euron nettokustannukset vuoden 2020 tasolla. Hyvinvointialueidenrahoitukseen siirrettävät kuntien peruspalvelujen valtionosuudet kattaisivat hyvinvointialueen järjestämistäsiirrolla siirtyvien tehtävien kustannuksista 6,5 miljardia euroa. Loppuosa kustannuksista katettaisiin vähentämällä kuntien verotuloja noin 12,66 miljardilla eurolla.

Kunnallisvero muodostaa pääosan kuntien verotuloista, joten kuntien verotulojen vähentäminen tulisi kohdistamaan pääasiassa kunnallisveroon. Siirto merkitsisi ansiotuloverotuksen painopisteen siirtämistä toiselle veronsaajalle, mutta muuttaisi samalla myös merkittävästi sekä kuntien verotulorakennetta, että valtionosuusjärjestelmään sisältyvää kuntien verotuloihin perustuvaa valtionosuuden tasausta. Hallituksen esityksen valmistelun yhteydessä onkin tästä syystä arvioitu myös yhteisöveron ja kiinteistöveron käyttöä kuntien verotulojen vähentämisessä.

Hyvinvointialueille siirrettävien valtionosuuksien jälkeen kuntien verotuloista vähennettävä 12,66 miljardia euroa vastaisi noin kahta kolmasosaa kunnallisveron tuotosta. Vähennyksen seurauksena kunnallisveron suhteellinen osuus kuntien verotuloissa pieneni ja yhteisöveron sekä kiinteistöveron suhteellinen osuus kuntien verotuloissa kasvasi. Erityisesti luonteeltaan suhdanneherkän yhteisöveron suhteellisen osuuden kasvu kuntien verotuloissa saattaisi muodostua kuntien rahoituksen näkökulmasta ongelmalliseksi. Tämän johdosta valmistelun yhteydessä on arvioitu mahdollisuutta, jossa kuntien verotuloja vähennettäisiin osittain kuntien yhteisövero-osuutta pienentämällä. Kuntien yhteisövero-osuuden pienentäminen olisi perusteltua myös siksi, että se alentaisi samalla tarvetta vähentää kunnallisveroa.

Uudistuksen yhteydessä valtionosuusjärjestelmään sisältyvään verotuloihin perustuvaan valtionosuuden tasausjärjestelmään kohdistuu erityisen suuria muutospaineita. Valtionosuuden tasauksen perustana toimiva tasausraja eli keskimääräinen laskennallinen verotulo laskee automaattisesti, kun kuntien tuloveroprosentteja alennetaan siirrettäessä tuloja hyvinvointialueiden rahoitukseen. Tämän johdosta tasauslisät vähenisivät pääosassa kuntia eli näiden kuntien valtionosuudet pienentyisivät. Osassa kuntia muutos olisi merkittävä. Muutokset edellyttävätkin verotuloihin perustuvan tasauksen laskentaperusteiden arvioimista uudelleen osana rahoitusjärjestelmien muutosta, jotta tulojen suuria muutoksia pystyttäisiin rajoittamaan ja turvaamaan kuntien taloudellinen asema sekä rahoitusperiaatteen toteutuminen uudistuksen jälkeen.

Voimassa olevan lain mukaan valtionosuusjärjestelmän verotuloihin perustuvassa valtionosuuden tasauksessa huomioidaan laskennallinen kunnallisvero ja yhteisövero sekä osittain ydinvoimalaitoskuntien kiinteistövero. Kiinteistövero poistettiin verotuloihin perustuvasta tasauksesta vuonna 2012, mutta ydinvoimalaitosten kiinteistövero palautettiin tasaukseen 50 prosentin osuudella vuoden 2015 alusta. Kiinteistöveron palauttamista tasausjärjestelmään ainakin osittain tukisivat muun muassa paikallishallinnon tulojen tasaamista käsittelevät OECD:n tutkimukset, joiden mukaan kaikkien merkittävien tulonlähteiden tulisi olla osiointimahdollisuuksien ehkäisemiseksi tasauksessa mukana.

Seuraavassa on arvioitu erilaisia verotulojen siirtoon liittyviä toteuttamisvaihtoehtoja. Vaihtoehtojen arvioinnissa on pyritty kiinnittämään huomiota erityisesti kunnilta hyvinvointialueille siirtyvien kustannusten ja tulojen vastaavuuteen, verovelvollisten tasapuoliseen kohteluun sekä rahoitusperiaatteen toteutumiseen kuntien jäljelle jäävissä tehtävissä.

Todellisia kustannuksia vastaava tulojen siirto

Lähtökohdiltaan tasapuolinen ja ymmärrettävä vaihtoehto olisi, että kultakin kunnalta vähennettäisiin valtionosuuksia ja verotuloja yhtä paljon kuin hyvinvointialueelle siirtyisi kustannuksia. Vaihtoehdossa siirrettävät verotulot vastaisivat siis siirtyvien tehtävien todellisia kustannuksia.

Ongelmaksi muodostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon todellisten, asukasta kohden laskettujen kustannusten sekä kunnallisveroprosenttien tuoton suuret erot kuntien välillä. Korkeimmillaan todelliset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat noin 6 700 euroa ja alimmillaan noin 2 600 euroa asukasta kohden. Yhden kunnallisveroprosentin tuotto on vuonna 2018 alimmillaan 92 euroa ja korkeimmillaan 367 euroa asukasta kohden. Mikäli valtionosuuksien vähentämisen jälkeen siirtyvä kustannus vähennettäisiin kuntakohtaisesti todellisia kustannuksia vastaavasti kuntien tuloveroprosenteista, tuloksena olisivat suuret erot kunnallisveroprosenteissa kuntien välillä. Kymmenessä kunnassa kunnallisvero ei riittäisi kattamaan täysimääräisesti valtionosuuksien jälkeen jäljelle jäävää osaa hyvinvointialueelle siirtyvästä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen kustannuksesta, vaan kustannus jouduttaisiin kattamaan kunnan muista tuloista.

Kunnallisveroprosenttien vaihteluväli olisi muutoksen jälkeen -11- +10 prosenttiyksikköä. Kunnallisveroprosenttien ääripäiden ero kuntien välillä kasvaisivat kolminkertaiseksi nykytilaan verrattuna, vaikka kuntien kustannukset ja tulot pienenisivät noin puoleen nykyisestä.

Edellä kuvattu menettely ei kohtelisi verovelvollisia tasapuolisesti ja johtaisi työn verotuksen kiristymiseen suurella osalla verovelvollisia. Vaihtoehto, jossa kunnan valtionosuuksia ja verotuloja vähennettäisiin sen todellisia kustannuksia vastaavasti, ei edellä esitetyn perusteella siten täyittäisi uudistukselle asetettuja tavoitteita.

Laskennallisia kustannuksia vastaava tulojen siirto

Yksi vaihtoehto olisi, että valtionosuuksien vähentämisen jälkeen loppuosa hyvinvointialueille siirrettävästä tulosta vähennettäisiin kuntien kunnallisverosta kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen laskennallisten kustannusten mukaisesti. Käytännössä tämä toteutettaisiin siten, että kultakin kunnalta vähennettäisiin kunnallisveroa sen verran kuin sen laskennallisten kustannusten osuus olisi koko hyvinvointialueen laskennallisista sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen kustannuksista. Verotulojen vähentäminen perustuisi siis palvelujen tarvetekijöiden huomioimiseen, mutta ei toteutuneisiin todellisiin kustannuksiin.

Vaihtoehdossa ongelma muodostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen laskennallisten ja todellisten kustannusten sekä kunnallisveron tuoton suuret kuntakohtaiset erot. Mikäli valtionosuuksien vähentämisen jälkeen siirtyvä kustannus vähennettäisiin kuntakohtaisesti hyvinvointialueelle siirtyviä laskennallisia kustannuksia vastaavasti kuntien tuloveroprosenteista, tuloksena olisivat todellisiin kustannuksiin perustuvaa vaihtoehtoakin suuremmat kunnallisveroprosenttien erot. Kunnallisvero ei riittäisi 58 kunnalla kattamaan täysimääräisesti laskennallisia kustannuksia.

Kunnallisveroprosenttien vaihteluväli olisi muutoksen jälkeen -8 - +11 prosenttiyksikköä. Kunnallisveroprosenttien ääripäiden erot olisivat muutoksen jälkeen noin kolminkertaiset nykytilaan verrattuna.

Myös tämä vaihtoehto kohtelisi verovelvollisia hyvin epätasapuolisesti ja johtaisi työn verotuksen kiristymiseen suurella osalla verovelvollisia. Lisäksi huomioitaessa hyvinvointialueiden rahoitus, verovelvollisten veroaste muuttuisi hyvinvointialueittain epätasaisesti. Osassa hyvinvointialueita verovelvollisten veroaste kiristyisi ja osassa hyvinvointialueita se kevenisi huomattavasti. Laskennallisia kustannuksia vastaavaan kuntien verotulojen vähennykseen perustuva menettelykään ei siten edellä esitetty huomioiden täyttäisi uudistukselle asetettuja reunaehdotuksia tai tavoitteita.

Tulojen vähentäminen hyvinvointialueiden laskennallisilla veroprosenteilla

Uudistuksen valmistelua koskevien hallituksen linjausten perusteella valmistelussa ei ole tarkemmin tutkittu tilannetta, joka syntyisi, jos hyvinvointialueella olisi verotusoikeus. Alustavissa arvioissa on kuitenkin todettu, että jos vähennettävä tulo vastaisi hyvinvointialueisiin siirtyvää kustannusta kaikilla alueilla, veroasteet poikkeaisivat hyvinvointialueittain huomattavasti toisistaan.

Tasasuuruinen vähennys kaikkien kuntien tuloveroprosenttiin

Vaihtoehdossa jokaisen kunnan kunnallisveroprosenttia alennettaisiin samalla nimellisellä veroprosentilla. Jäljelle jäävä kunnan veroprosentti olisi siis kunnan nykyisen veroprosentin ja hyvinvointialueisiin siirtyviä kustannuksia vastaavan kaikille kunnille tasasuuruisen tuloveroprosentin alentamisen erotus. Kuntien veroprosenttien erot säilyisivät nykyisinä eli ero ääripäiden välillä olisi muutoksen jälkeen 6,5 prosenttiyksikköä vuoden 2020 tasolla. Koska kunnan jäljelle jäävä veroprosentti ja hyvinvointialueenrahoitukseen siirtyvä tuloveroprosentti summautuvat, kunnan nykyiseen kunnallisveroprosenttiin, ei verovelvollisten verorasitus muuttuisi uudistuksen myötä.

Tasasuuruinen kunnallisveroprosenttien alentaminen tarkoittaisi, että vähennettävä tulo ei vastaisi hyvinvointialueittain eikä yhdenkään kunnan tasolla siirtyvää kustannusta.

Vähennettävien tulojen ja siirtyvien kustannusten erot ovat paikoin merkittäviä. Hyvinvointialueille siirtyvät todelliset kustannukset poikkeavat kuntakohtaisesti ääripäiden osalta noin 4 100 euroa asukasta kohti. Toisaalta kunnallisveroprosenttien tuottoerot ovat suurimmillaan yli nelinkertaiset eri kuntien välillä. Erot johtuvat useista eri tekijöistä. Kyse on tarve- ja olosuhdeeroista, mutta myös palvelujen saatavuuteen ja käyttöön, laatuun ja tehokkuuteen liittyvistä eroista. Mikäli kunnallisveroprosentteja alennettaisiin tasasuuruisesti kaikissa kunnissa, tilanteesta seuraisi väistämättä, että muutos kohtelisi kuntia asukaskohtaisesti laskettuna hyvin eri tavoin.

Verotulojen jako kuntien ja hyvinvointialueiden välillä vaikuttaisi merkittävästi myös valtionosuusjärjestelmään sisältyvään verotuloihin perustuvaan valtionosuuden tasaukseen. Muutokset aiheutuisivat tasausrajan huomattavasta alenemisesta kuntien verotulojen pienentyessä. Muutosten vuoksi tasauslisät vähenisivät pääosassa kuntia eli käytännössä näiden kuntien valtionosuudet pienentyisivät. Tasauksen muutos voimassa olevan lain mukaisilla tasausrajoilla heikentäisi 265 kunnan valtionosuusrahoitusta.

Toteuttamisvaihtoehtona kunnallisveroprosenttien tasasuuruinen alentaminen täyttäisi uudistukselle asetetut reunaehdot ja tavoitteet kokonaisveroasteen nousun sekä verovelvollisten yhdenvertaisen kohtelun osalta. Valtionosuusjärjestelmää ja kuntatalouden rahoitusta koskevia ongelmia vaihtoehto sen sijaan aiheuttaisi. Näitä ongelmia olisi kuitenkin mahdollista lieventää

valtionosuusperusteita ja verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasausta koskevilla muutoksilla, tasaamalla uudistuksesta johtuvia muutoksia kuntien kesken sekä rajoittamalla muutoksia riittävän pitkän ajan.

Siirtyvien kustannusten ja tulojen arviointia hankaloittaa ajantasaisten kustannus- ja tulotietojen puuttuminen. Hallituksen esitystä valmisteltaessa on ollut käytössä vasta vuoden 2018 lopulliset tiedot. Viimeiset viralliset tilastotiedot, jotka myös kunnat voivat ottaa talousarvioprosesseissaan huomioon, tulevat olemaan vuodelta 2019. Hallituksen esityksen taloudelliset vaikutukset arvioidaan vuoden 2020 tasolla, jolloin laskelmat kuvaavat paremmin uudistuksen voimaantulo vuoden tilannetta. Laskelmissa käytetään tammikuun 2020 lopulla valmistuneen kuntien ja kuntayhtymien talousarviokyselyn tietopohjaa.

Uudistuksen tullessa voimaan vuonna 2023 laskelmat tehtäisiin vuosien 2021—2022 keskimääräisten kuntien talousarvotietojen perusteella vuoden 2022 tasoisena. Tällä perusteella laskettaisiin myös järjestelmä uudistuksen siirtymätasaus, joka huomioitaisiin kuntien valtion osuusmaksatuksissa vuonna 2023. Oikeudenmukaisen valtionosuuksien maksatuksen kannalta olisi tarkoituksenmukaista, että uudistuksen muutoslaskelma vastaisi mahdollisimman pitkälti kuntien todellista tasapainotilannetta. Tämän vuoksi olisi perusteltua, että laskelmat tarkistettaisiin uudelleen. Tämä tehtäisiin kuntien vuosien 2021 ja 2022 toteutumatietojen keskiarvon mukaan. Uudet laskelmat olisivat vuodesta 2024 lukien myönnettävien valtionosuuksien perusteena. Jos tarkistuksen jälkeen todettaisiin, että kunnalle on maksettu valtionosuutta vuonna 2023 enemmän tai vähemmän kuin tarkistettujen laskennan mukaan kuuluisi, erotusta vastaava määrä vähennettäisiin tai lisättäisiin kunnalle myönnettävästä valtionosuudesta tasasuuruusina erinä vuosina 2024—2025.

Muita tarkasteltuja teknisiä tapoja toteuttaa kunnallisverotuksen alentaminen

Edellisen hallituskauden sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä oli esillä myös vaihtoehtoisia teknisiä tapoja toteuttaa kunnallisverotuksen alentaminen. Näitä tarkastellaan seuraavassa.

Kunnallisverotuksen rajoittaminen verontilitysjärjestelmän kautta

Yhtenä vaihtoehtona on tarkasteltu kunnallisverotuksen rajoittamista verontilitysjärjestelmän kautta. Tilitysjärjestelmän kautta kunnallisveron tasoa voitaisiin teknisesti rajoittaa siten, että kunkin kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen rahoitusta vastaava määrä kunnallisverosta tilitettäisiin valtiolle. Tässä järjestelmässä kunnallisveroprosentteja sinänsä ei tarvitsisi uudistuksen johdosta alentaa.

Kunnallisverotuksen tason alentaminen tilitysjärjestelmän kautta olisi kuitenkin ongelmallista perustuslain kannalta. Osa kunnille kuuluvista verotuloista siirrettäisiin toiselle veronsaajalle, jolloin esiin nousisivat samat perustuslailliset ongelmat kuin mitkä liittyisivät kuntien hyvinvointialueille antamaan suoraan rahoitukseen. Perustuslakivaliokunta on katsonut, että kunnan verotusoikeus nauttii perustuslain suojaa varsinkin, jos kunnan verotuloja on tarkoitus siirtää suoraan lailla laajasti muiden kuin kuntien vastuulla olevien tehtävien rahoittamiseksi. Perustuslakivaliokunta on esimerkiksi lausunnossaan (PeVL 13/1993 vp) todennut, että kuntien mak-suosuuksien lisäys kansaneläkkeiden rahoitukseen siten, että kunnan rahoitusosuus olisi noin kymmenesosa kunnallisveron tuotosta, oli ristiriidassa kunnallisen itsehallinnon kanssa. Tämän johdosta kuntien verotulojen siirtämistä valtiolle verontilitysjärjestelmän kautta ei pidetä toteuttamiskelpoisena.

Erityisen vähennyksen säätäminen

Teknisesti kunnallisverotusta voitaisiin rajoittaa myös verojärjestelmän sisällä, säätämällä kunnallisverotukseen erityinen verovähennys. Vähennys voisi olla joko tulosta tehtävä vähennys tai verosta tehtävä vähennys. Tulosta tehtävä vähennys olisi käytännössä tuloverolain 105 a §:ssä säädetyn kunnallisverotuksen ansiotulovähennyksen kaltainen vähennys, jolla säädettäisiin kunnallisverotuksen tasoa siten, että verovelvollisten verotuksen taso ei muuttuisi uudistuksen yhteydessä. Verosta tehtävä vähennys puolestaan tarkoittaisi käytännössä sitä, että valtion verotuksen kiristymistä vastaava määrä olisi vähennyskelpoinen verovelvollisen kunnallisverosta. Tällöin verotuksen taso säilyisi kaikilla samana.

Vähennysjärjestelmään perustuvan ratkaisun yhteydessä kuitenkin hyvinvointialueiden rahoituksen ja verojärjestelmän läpinäkyvyys kärsisivät merkittävästi. Järjestelmä johtaisi siihen, että kuntien nimellisen ja todellisen veroprosentin välinen ero kasvaisi merkittävästi nykyiseen verrattuna, eivätkä ne koskaan vastaisi toisiaan. Tätä ei voitaisi pitää hyvänä verojärjestelmänä.

Järjestelmän läpinäkyvyyteen liittyvät ongelmat olisivat siinä määrin merkittäviä, että kunnallisverotuksen tason rajoittamista vähennysjärjestelmän kautta ei pidetä toteuttamiskelpoisena.

5.1.4.3 Muut tarkastellut vaihtoehdot valtion verotulojen kasvattamiseksi

Uudistuksen johdosta verojärjestelmään ehdotetun mallin lisäksi edellisen vaalikauden sote- ja maakuntauudistuksen valmistelun yhteydessä oli lisäksi esillä kaksi muuta vaihtoehtoa valtion verotulojen kasvattamiseksi. Niitä tarkastellaan seuraavassa.

Erillinen valtion lisävero

Esillä olleessa niin sanotussa lisäveromallissa valtion verotuloja kasvatettaisiin säätämällä uusi erillinen lisävero. Sen veropohjana olisi kunnallisverotuksen verotettava tulo ja veronsaajana valtio. Tuloverotuksen vähennykset säilyisivät nykyisen tasoisina. Valtion lisäveron veroprosentti olisi sama kaikilla verovelvollisilla, eikä se vaihtelisi hyvinvointialueittain hyvinvointialueiden rahoitustarpeesta tai veropohjasta riippuen. Lisäveroprosentti määräytyisi uudistuksen voimaan tulovaiheessa kunnilta valtiolle siirrettävien verotulojen perusteella. Uudistuksen voimaantulon jälkeen lisäveron tasoa ei olisi sidottu sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten tai pelastustoimen kustannusten kehitykseen. Lisäveroprosentti olisi miltei sama, jolla kunnallisverotusta prosenttiyksikköinä alennettaisiin, joten verovelvollisten verotuksen taso ei lähtökohdaisesti muuttuisi uudistuksen voimaantulovuonna. Kunkin verovelvollisen kunnallisverotuksen veropohjasta perittäisiin saman verran veroa kuin ennen uudistusta, mutta osan verosta perisi valtio ja osan kunnat. Tästä näkökulmasta lisävero olisi voimaantulovaiheessa yksinkertainen toteuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen rahoitusuudistuksen yhteydessä.

Erillinen lisävero kuitenkin monimutkaistaisi verojärjestelmää huomattavasti. Lisäveron veropohja olisi säädettävä erikseen siten, että kaikki kunnallisverotuksessa veronalaisesta tulosta nykyisin myönnettävät vähennykset säädettäisiin myönnettäväksi valtion lisäveron veropohjaa määriteltäessä. Valtio kantaisi ansiotuloveroa kahdesta erillisestä veropohjasta, mikä vähentäisi selvästi verojärjestelmän selkeyttä ja läpinäkyvyyttä.

Verotulot ovat valtion tuloina yleiskatteellisia, eikä verojärjestelmään tulisi luoda vain tiettyjä menoja varten korvamerkittyjä veroja. Verotuksen ensisijaisena tavoitteena on julkisen sektorin

toiminnan rahoittaminen ja eduskunta päättää verotulojen käytöstä budjetin kautta. Verojen tulee siten olla yleiskatteellisia, jotta julkisen sektorin toiminnan rahoittaminen verotuloilla voidaan hoitaa tarkoituksenmukaisella tavalla. Veroihin ei myöskään liity välitöntä vastasuoritusta julkisen vallan taholta, eivätkä verot ole maksua jostain tietyistä julkisesta palvelusta. Lisäveron tuotolla katettaisiin ainoastaan osa valtion sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen menojen rahoituksesta ja nykyisiä kunnille maksettavia sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen valtionosuuksia vastaava määrä katettaisiin jatkossakin muilla valtion tuloilla. Lisävero ei siis vastaisi sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoituksen määrää vaan ainoastaan osaa siitä. Ilman veroperustemuutoksia lisäveron kehitys vuodesta toiseen riippuisi veropohjan kehityksestä, eikä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen menojen kehityksestä. Lisäveron määrä tai sen kehitys vuodesta toiseen ei tarjoaisi kattavaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen menojen tasosta tai kehityksestä, joten erillisen lisäveron käyttöönotto ei olisi perusteltua myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen rahoituksen selkeyden näkökulmasta.

Vaikka erillisellä lisäverolla katettaisiinkin vain osa sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen kustannuksista, eikä veron tasoa olisi sidottu niiden menojen kehitykseen, saattaisi näiden menojen kasvusta kuitenkin seurata painetta korottaa nimenomaan lisäveroa. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen menojen kasvu kohdistaisi kiristyspainetta suoraan työn verotukseen ja muuhun ansiotuloverotukseen, mitä ei voida pitää perusteltuna veropolitiikan liikkumavaran tai verojärjestelmän tehokkuuden kannalta.

Edellä mainituista syistä johtuen erillistä lisäveroa ei päädytty esittämään edellisellä vaalikaudella, eikä sitä esitetä tässäkin hallituksen esityksessä. Lisäveron käyttöönotolla ei katsota saavutettavan sellaisia hyötyjä, joilla voitaisiin perustella verojärjestelmän rakenteen huomattava monimutkaistaminen.

Laajempi verojärjestelmän uudistaminen

Esillä oli myös ansiotuloverojärjestelmän laajempi uudistaminen, jossa samalla nykyisen järjestelmän rakennetta selkeytettäisiin ja yksinkertaistettaisiin. Tässä vaihtoehdossa valtion verotulojen kasvattaminen ja kuntien verotulojen pienentäminen toteutettaisiin alentamalla kunnallisveroprosentteja ja poistamalla kunnallisverotuksen ansiotulovähennys, eläketulovähennys sekä perusvähennys. Valtionverotuksen työtulovähennyksestä kasvatettaisiin ja eläketulolle sekä päivärahatulolle luotaisiin vastaavat, ensisijaisesti valtion ansiotuloverosta tehtävät vähennykset. Uudistus selkeyttäisi verojärjestelmää, kun kustakin ansiotulolajista myönnettäisiin vain yksi tulolajikohtainen vähennys.

Nykyisen verojärjestelmän lukuisten vähennysten sekä valtion tuloveroasteikon yhteisvaikutukset ovat niin monimutkaisia, että tämän muutoksen verovelvolliskohtaisia vaikutuksia ei pystyttäisi saamaan samoiksi kaikilla tulotasoilla. Tämä tarkoittaisi sitä, että joillakin tulotasoilla verotus kevenisi ja joillakin kiristyisi. Koska tässä vaihtoehdossa poistettaisiin kunnallisverotuksessa tulosta tehtäviä vähennyksiä, joiden efektiivinen vaikutus on riippuvainen kunnallisveroprosentista, ja kiristettäisiin valtionverotusta, joka on sama kunnallisveroprosentista riippumatta, muutoksen vaikutukset vaihtelisivat kunnittain. Koska nyt valmisteltavan uudistuksen lähtökohtana on se, että verorakenteen muutokset eivät saa

voimaan astuessaan aiheuttaa verotuksen kiristymistä, tuloverotusta olisi uudistuksen yhteydessä kokonaisuudessaan kevennettävä. Edellisellä hallituskaudella tehdyn laskelman perusteella vuoden 2016 tasossa ja vuoden 2016 veroperusteiden lasketun arvion mukaan verotusta olisi

vaihtoehdossa ollut tarpeen keventää noin 500 miljoonalla eurolla, jotta uudistukseen liittyvät verotuksen kiristymät oltaisiin saatu niin pieniksi, että ne oltaisiin voitu hyväksyä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistuksen yhteydessä verojärjestelmään tullaan joka tapauksessa tekemään suuri muutos, joten järjestelmän rakenteiden tarkoituksenmukaisuuden tarkastelu ja yksinkertaistaminen olisi perusteltua tässä yhteydessä. Verouudistuksen toteuttaminen uudistamalla verojärjestelmää tässä kuvatulla tavalla vaatisi kuitenkin tukeen mittavan tuloverokevennyksen, mitä ei ole mahdollista toteuttaa vallitsevassa taloustilanteessa. Lisäksi uudistuksen verovelvolliskohtaiset vaikutukset vaihtelisivat kunnittain. Näistä syistä johtuen tätä vaihtoehtoa ei päädytty esittämään edellisellä vaalikaudella, eikä sitä esitetä tässäkään hallituksen esityksessä. Jatkossa ansiotuloverojärjestelmän rakennetta tulisi kuitenkin kehittää nykyistä yksinkertaisempaan ja selkeämpään suuntaan. Nyt ehdotettava kunnallisverotuksen ja valtionverotuksen veropohjien yhdistäminen on tästä näkökulmasta oikeansuuntainen toimenpide.

5.1.5 Omaisuusjärjestelyt

5.1.5.1 Omaisuusjärjestelyjen vaihtoehdot hyvinvointialueita perustettaessa

Omaisuusjärjestelyjen tulee osaltaan tukea uudistukselle asetettujen tavoitteiden toteutumista. Hyvinvointialueen käyttöön on turvattava sen järjestämisvastuulle kuuluvissa tehtävissä tarvittava omaisuus. Tähän liittyen on ratkaistava, siirtyykö tarvittavan omaisuuden omistusoikeus hyvinvointialueille vai säilyykö osa omaisuudesta edelleen kuntien omistuksessa. Lisäksi on ratkaistava, toimitaanko kaiken tarvittavan omaisuuden osalta samalla tavoin, ja jos omaisuutta siirtyy hyvinvointialueiden omistukseen, on ratkaistava, onko siirrosta suoritettava kunnille korvaus.

Omaisuuteen liittyvät järjestelyt voidaan toteuttaa useilla vaihtoehdoisilla tavoilla tai niiden yhdistelmillä, mutta pääasialliset vaihtoehdot ovat valmistelussa kiteytyneet lunastukseen, vuokraukseen sekä omaisuuden jakamiseen kunnan ja hyvinvointialueen välillä eli niin sanottuun jakautumismalliin.

Lunastusvaihtoehdossa hyvinvointialue lunastaisi kunnilta järjestämisvastuulleen kuuluvissa tehtävissä tarvittavan omaisuuden. Kuntayhtymien osalta malli voitaisiin toteuttaa joko niin, että hyvinvointialueet lunastaisivat omaisuuden suoraan kuntayhtymiltä tai niin, että kuntayhtymien omaisuus siirtyisi ensin kuntayhtymän purkamisen kautta jäsenkuntiin ja sieltä hyvinvointialueille. Lunastuksella ei olisi suoraa vaikutusta kuntien velkamääriin, vaan lunastuskorvauksen määrästä riippuisi, mikä osa kunnan nykyisestä velasta saataisiin katettua.

Lunastusmallin suurimmat haasteet liittyvät hyvinvointialueenlunastusvelvollisuuden laajuuteen, lunastettavan omaisuuden arvon määrittämiseen, kuntien maaomaisuuteen tulevaisuuden elinkeino- ja yhdyskuntarakennetekijänä sekä hyvinvointialueen lunastukseen tarvitsemaan rahoitukseen. Lunastusvelvollisuuden laajuuteen liittyy lisäksi kysymys tulevaisuudessa mahdollisesti käyttämättömäksi jäävään omaisuuteen liittyvän riskin jakautumisesta kunnan ja hyvinvointialueen välillä.

Merkittävimmän ongelman lunastusmallin käytölle muodostaisi hyvinvointialueen lunastukseen tarvitsema rahoitus. Erillisen rahoituksen järjestäminen saattaisi erittäin suurella todennäköisyydellä johtaa kokonaisveroasteen nousemiseen. Tämä riski olisi suuri myös siinä tapauksessa, että hyvinvointialue jäisi lunastussumman kunnille velkaa. Hyvinvointialueen lunastus-

korvauksena maksama summa olisi joka tapauksessa veronmaksajien lisäpanostus kuntatalouteen. Käytännössä syntyisi tilanne, jossa verorahoituksella toimiva hyvinvointialue maksaisi kunnille omaisuudesta, jonka kunnan asukkaat ovat jo kertaalleen verojen muodossa maksaneet.

Vuokrausvaihtoehdossa hyvinvointialueet vuokraisivat kunnilta ja kuntayhtymiltä tarpeelliseksi katsomansa toimitilat. Käytännössä malli tarkoittaisi, että kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät, mukaan lukien sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, muuttuisivat niin sanotuiksi kiinteistö kuntayhtymiksi eli niiden toiminta muuttuisi pelkästään toimitilojen vuokraukseksi. Vuokrien perusteena olisi ainakin siirtymävaiheessa mahdollista käyttää kunnissa ja kuntayhtymissä mahdollisesti jo käytössä olevia sisäisen vuokran määräytymisperusteita. Irtaimiston eli kaluston, koneiden ja laitteistojen osalta omistusoikeus olisi käytännön syistä perusteltua siirtää hyvinvointialueelle. Jos tästä omaisuudesta maksettaisiin korvaus, tulisi ratkaista korvauksen määräytymisen peruste ja hyvinvointialueelle tulisi järjestää rahoitus irtaimiston lunastamiseen. Kuntien ja kuntayhtymien veloissa ei tapahtuisi muutoksia. Malli olisi siirtymävaiheessa yksinkertainen toteuttaa ja hyvinvointialueen irtaimiston lunastamista varten tarvitseman rahoituksen määrä olisi vähäisempi kuin lunastusmallissa.

Ratkaistavaksi tulisi, olisiko hyvinvointialueilla esimerkiksi jonkin pituisen siirtymäkauden ajaksi velvollisuus vuokrata kaikki käytössä olevat toimitilat vai voisiko hyvinvointialue jo alusta lähtien vuokrata vain ne tilat, jotka se katsoisi tarvitsevänsä. Lisäksi tulisi ratkaista hyvinvointialueen tarvitsemien investointien toteuttaminen.

Vuokrausmalli olisi lähtökohtaisesti mahdollista toteuttaa myös niin, että toimitilaomaisuus siirrettäisiin kunnista ja kuntayhtymistä kuntien omistukseen tulevalle yhdelle tai useammalle yhtiölle, joka vuokraisi tarvittavan omaisuuden edelleen hyvinvointialueille. Viimeistään mahdollisen siirtymäkauden jälkeen hyvinvointialueella olisi mahdollisuus vuokrata toimitilansa joko kunnilta, kuntayhtymiltä, mahdolliselta kuntien omistamalta yhtiöltä tai yksityisiltä markkinoilta, mikä tarkoittaisi, että markkinatarjonnan olemassaolo takaisi vuokratason kohtuullisuutta. Kuntien kannalta tilanne kuitenkin tarkoittaisi, että vastaavalla tavalla kuin lunastusmallissa, tulevaisuudessa mahdollisesti käyttämättömiksi jäävät toimitilat saattaisivat joissakin kunnissa muodostua kuntatalouden kannalta ongelmallisiksi.

Jakautumismalli tarkoittaisi, että kunnan asukkaiden rahoittama omaisuus jakautuisi tehtävien järjestämisvastuun siirron myötä kunnalle ja hyvinvointialueelle eli omaisuus seuraisi toimintaa. Jakautumismallista on ollut tarkastelussa kaksi vaihtoehtoa, laaja ja suppea.

Laajassa jakautumismallissa hyvinvointialue siirtyisi sellainen irtain ja kiinteä omaisuus, joka yksinomaan tai pääasiallisesti olisi hyvinvointialueen järjestämisvastuulle siirtyvän toiminnan käytössä tiettyinä ajankohtana sekä tätä omaisuutta vastaava osuus veloista ja muista sitoumuksista. Lunastus- tai muuta korvausta ei maksettaisi. Kunnan omaisuudesta tehtäisiin jakautumissuunnitelma, jossa määriteltäisiin, mikä omaisuus ja mitkä velat ja sitoumukset siirtyisivät hyvinvointialueelle. Suunnitelmat tehtäisiin kunnan tilinpäätöksen mukaisilla tasearvoilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät siirrettäisiin hyvinvointialueille sellaisinaan eli varoiteen ja velkoiteen. Kunnan kirjanpidossa omaisuuden siirtyminen hyvinvointialueelle katettaisiin kunnan peruspääomaa alentamalla.

Laaja jakautumismalli varmistaisi koko tarvittavan omaisuuden hyvinvointialueen käyttöön ja päätösvaltaan omaisuuden luonteesta tai lajista riippumatta. Malli myös toteuttaisi tavoitteet kokonaisveroasteen säilymisestä muuttumattomana. Lisäksi velkojen siirtyminen kunnista hyvinvointialueelle siirtyvää omaisuutta vastaavasti varmistaisi, ettei kunnan rahoitusasema heikkenisi omaisuuden siirtymisen vuoksi.

Mallin haasteet liittyvät kuntien omaisuuden tasearvoihin ja hyvinvointialueelle siirtyvän velan määrään. Lisäksi lunastusmallin tavoin esille nousevat rakennusten maapohjiin liittyvät kysymykset.

Velkojen kohdentumista hyvinvointialueen järjestämisvastuulle siirtyviin tehtäviin ja siihen liittyvään omaisuuteen on käytännössä hyvin hankala selvittää, koska kunnan lainat eivät ole niin sanotusti korvamerkittyjä, vaan osa kunnan rahoituksen kokonaisuutta. Tämän vuoksi velkoja siirtyisi jokaisesta kunnasta hyvinvointialueen vastuulle suhteellisesti saman verran kuin kyseisestä kunnasta siirtyisi omaisuutta. Kiinteistöomaisuuttaan järjestelleet kunnat saisivat laajan jakautumismallin toimeenpanon yhteydessä etua verrattuna niihin kuntiin, jotka eivät ole vastaavia järjestelyjä tehneet. Etu näkyisi käytännössä hyvinvointialueellesiirtyvän velan määrän kasvuna.

Hyvinvointialueille siirtyisi merkittävä velkavastuu, alustavan arvion mukaan noin 4,5 miljardia euroa.

Suppea jakautumismalli on vuokrausmallin ja laajan jakautumismallin yhdistelmä. Sairaanhoidopiirien ja erityishuoltopiirien kuntayhtymät liitettäisiin varoineen, velkoineen ja sitoumuksiineen hyvinvointialueisiin. Pelastustoimen sekä kunnan järjestämän perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen käytössä olevat toimitilat, rakennus- ja maaomaisuus jäisivät nykyisille omistajilleen ja hyvinvointialue vuokraisi ne. Kunnan omistamista toimiloista solmittaisiin siirtymäkaudeksi hyvinvointialueen ja kunnan välillä määräaikainen vuokrasopimus. Siirtymäajan jälkeen hyvinvointialue päättäisi, mitkä tilat se pitäisi edelleen vuokrasopimuksen nojalla hallussaan. Vuokrattuihin toimitiloihin kiinteästi liittyvä irtain omaisuus sekä hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluvaan toimintaan liittyvä kalusto, koneet, laitteet ja materiaalit siirtyisivät järjestämisvastuun ja henkilöstön myötä korvauksetta hyvinvointialueelle. Kunta siirtäisi hyvinvointialueelle hyvinvointialueenjärjestämisvastuulle kuuluvaan toimintaan liittyvät sopimukset.

Omaisuuden määrä kuntien taseissa vähenisi kuntayhtymäosuuksien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen irtaimiston verran. Vaikutus näkyisi kuntien peruspääoman pienemisenä ja se vaikuttaisi kuntien omavaraisuusasteeseen. Kuntien velkamäärä säilyisi ennallaan. Malli toteuttaisi vaatimuksen kokonaisveroasteen säilymisestä muuttumattomana. Malli varmistaisi hyvinvointialueen omistukseen keskeisimmän erikoissairaanhoidon omaisuuden sekä tarvittavan laiteinfrastruktuurin sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja pelastustoimeen liittyen. Hyvinvointialueellesiirtyvä velkamäärä olisi noin 1,3 mrd euroa eli huomattavasti pienempi kuin laajassa mallissa. Malli olisi siirtymävaiheessa todennäköisesti laajaa mallia yksinkertaisempi toteuttaa.

Suppean mallin haasteet liittyvät siirtymäkauden jälkeiseen aikaan. Vastuu mahdollisesti käyttämättömiksi jäävistä tiloista jakautuisi hyvinvointialueen ja kuntien välille. Vastuu sairaanhoidopiirien omistamista suurista sairaalakiinteistöistä siirtyisi hyvinvointialueelle, mutta lukumääräisesti suurin osa kiinteistöistä jäisi edelleen kuntien omistukseen. Kuntien vastuulle jäisivät siten myös investointeihin otetut velat. Mahdollisia kuntatalousongelmia alkaisi siirtymäkauden jälkeen syntyä, jos vaille käyttöä jäisi tiloja, joihin on vastikään mittavasti investoitu velkarakalla tai jos tilojen ylläpitokustannukset ovat merkittävät eikä niitä saada katkaistua myymällä tai purkamalla kiinteistö.

5.1.5.2 Vaihtoehdot toimitilojen hallinnassa ja investointien rahoittamisessa

Hyvinvointialueille uudistuksessa siirtyvien toimitilojen hallinnoimiseksi voidaan hahmotella useita eri vaihtoehtoja: hyvinvointialueet voisivat hallinnoida niille siirtyviä toimitiloja ainakin

omissa organisaatioissaan, omistamissaan hyvinvointialueellisissa, alueellisissa, yhteistyöalueellisissa tai valtakunnallisissa yhtiössä, yhteistoiminnassa hyvinvointiyhtymämuodossa tai yhteisessä yhtiössä kuntien kanssa. Valittava toimitilojen hallinnointimalli vaikuttaisi olennaisesti toimitiloja koskevien uusinvestointien toteutukseen sekä hyvinvointialueidentoiminnan, investointien ja rahoituksen ohjaukseen. Lisäksi asian valmistelussa on ratkaistava, asetetaanko hyvinvointialueille lailla velvollisuus toimitilojen hallinnointia ja investointien toteuttamista koskevaan yhteistoimintaan, vai jätetäänkö asia hyvinvointialueiden itsensä päätettäväksi ilman lailla säätämistä.

Eri vaihtoehtojen toteutuskelpoisuutta arvioitaessa on otettava huomioon uudistukselle ja erityisesti hyvinvointialueiden rahoitukselle asetetut lähtökohdat. Hyvinvointialueiden rahoitus tulisi alkuvaiheessa perustumaan yleiskatteelliseen valtion rahoitukseen. Valtio tulisi siis kantamaan viimekätisen vastuun hyvinvointialueidenrahoituksen riittävydestä. Tästä syystä hyvinvointialueilla ei tulisi olla itsenäistä oikeutta pitkäaikaiseen lainanottoon. Rajoittamattoman lainanotto-oikeuden myötä valtion riskit kasvaisivat ilman valtion omaa päätöksentekoa. Lisäksi rajoittamaton lainanotto-oikeus johtaisi hyvinvointialueiden talouden ohjauksen vaikeutumiseen ja todennäköisesti kasvattaisi pidemmällä aikavälillä valtion rahoitusvastuun osuutta sekä tarvetta lisärahoitukseen ja arviointimenettelyihin. Kassanhallinnan vuoksi hyvinvointialueilla tulisi kuitenkin olla oikeus lyhytaikaiseen lainanottoon ja esimerkiksi leasingrahoituksen käyttämiseen. Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ei sisältäisi erillistä investointirahoitusta. Erillinen investointien rahoitusjärjestelmä muodostuisi hallinnollisesti raskaaksi ja ohjausvaikutuksiltaan vaikeasti hallittavaksi menettelyksi. Lisäksi investointien rahoitukseen varattava määräraha voisi muodostua niin matalaksi, että sillä voitaisiin kattaa vain pieni osa hankkeista, jolloin kiireellisten investointien toimeenpääntö voisi viivästyä tarpeettomasti. Poistojen kattamiseen varattu hyvinvointialueiden rahoitus riittäisi vain olemassa olevan omaisuuden ylläpitämiseen. Edelleen toimitilojen hallinnointiin valittavan mallin tulisi olla yhteensopiva hyvinvointialueille kaavaillun, myöhemmin käyttöön tulevan verotusoikeuden kanssa.

Edellä kuvatut lähtökohdat huomioon ottaen uudistuksen valmistelussa on selvitetty tarkemmin kolmea toimitilojen hallinnoinnin ja investointien rahoituksen vaihtoehtoa: 1) hyvinvointialueellinen malli, jossa kukin hyvinvointialue hallinnoisi toimitilojaan itse ja vastaisi niihin liittyvien investointien toteuttamisesta ja rahoittamisesta valtion lupamenettelyn puitteissa; 2) valtakunnallinen malli, jossa hyvinvointialueiden yhdessä omistama valtakunnallinen kiinteistöyhtiö hallinnoisi toimitiloja ja toteuttaisi investoinnit hyvinvointialueiden toimeksiannosta; sekä 3) yhteistyöalueiden malli, jossa yhteistyöalueittain muodostettavat hyvinvointialueiden omistamat kiinteistöyhtiöt hallinnoisivat alueensa toimitiloja ja toteuttaisivat investoinnit hyvinvointialueiden toimeksiannosta.

Ensiksi mainitussa mallissa toimitilojen hallinta olisi siis hyvinvointialueilla. Koska hyvinvointialueilla ei edellä mainituista syistä olisi oikeutta itsenäiseen pitkäaikaisen lainan ottamiseen, valtioneuvosto vahvistaisi kullekin hyvinvointialueelle tilikausittain laskennallisen valtuuden pitkäaikaisen lainan ottamiselle. Tämän valtuuden puitteissa otetulle lainalle voitaisiin tarvittaessa myöntää valtioneuvoston takaus. Hyvinvointialueiden investointien ohjaus tapahtuisi lainanottovaltuuden puitteissa. Hyvinvointialueet tekisivät hyvinvointialuekonsernin investoinneista ja niiden rahoituksesta vuosittain esityksen ohjaaville ministeriöille. Hyvinvointialueen investointisuunnitelmaa koskeva esitys hylättäisiin, mikäli se olisi ristiriidassa hyvinvointialueen lainanottovaltuuden kanssa. Lisäksi se voitaisiin hylätä erällä muilla laissa säädettävillä perusteilla. Hyvinvointialuesaisi toteuttaa investoinnin vain, jos asianomainen ministeriö olisi hyväksynyt sen osana hyvinvointialueen investointisuunnitelmaa. Malliin liittyisi myös hyvinvointialueiden yhdessä omistama toimitila- ja kiinteistöhallinnon osaamiskeskus, joka ylläpitäisi hyvinvointialueiden yhteistä tilatietojärjestelmää. Hyvinvointialueet voisivat antaa osaamiskeskukselle myös muita tehtäviä. Tämä malli on valittu esityksen pohjaksi.

Toisena vaihtoehtona valmistelussa on ollut malli, jossa toimitilojen hallinta olisi siirretty valtakunnalliselle kiinteistöyhtiölle. Tämä malli oli pohjana edellisen vaalikauden hallituksen esityksessä 15/2017 vp. Valtakunnallisen kiinteistöyhtiön omistajina olisivat kaikki hyvinvointialueet ja mahdollisesti myös valtio. Lailla säädettäisiin kaikkien hyvinvointialueiden velvollisuudesta siirtää niille uudistuksessa siirtyvät toimitilat ja niihin kohdistuvat velat edelleen yhteiselle kiinteistöyhtiölle, joka vastaisi toimitilojen hallinnoinnista sekä tarvittavien investointien toteuttamisesta ja rahoituksen hankkimisesta kaikkien yhtiön omistavien hyvinvointialueiden puolesta. Yhtiön toiminta perustuisi sen omistavien hyvinvointialueiden toimeksiantoihin. Kaikki yhtiön tekemät investoinnit perustuisivat hyvinvointialueiden kanssa tehtäviin toimitilakohtaisiin vuokrasopimuksiin. Kukin hyvinvointialue päättäisi itse palveluverkostaan, vastaisi vain oman alueensa toimitilojen vuokrista ja alueelle tehtävien investointien kustannuksista perusrahoituksensa puitteissa. Yhtiö tuottaisi kustannustietoa hyvinvointialueiden investointien suunnittelun tueksi. Laajojen uusinvestointien suunnittelu olisi mahdollista koko valtakunnan tasolla. Yhtiöjärjestysmääräyksillä ja osakassopimuksilla voitaisiin varmistaa se, että yhtiön päätöksenteossa kaikkia sen jäsenmaakuntia kohdeltaisiin yhdenvertaisesti ja niiden intressit otettaisiin investointien suunnittelussa ja toteuttamisessa tasapuolisesti huomioon. Suuruutensa vuoksi yhtiöllä olisi hyvät edellytykset taloudellisesti kannattavaan toimintaan, suunnitelmalliseen investointien toteuttamiseen, edullisen rahoituksen saamiseen ilman valtioneuvoston sekä osaamisen keskittämiseen. Hyvinvointialueiden verotusoikeuden käyttöönoton jälkeen hyvinvointialueet voisivat halutessaan irtautua yhtiöstä osakeyhtiölain säännösten mukaisesti.

Kolmas valmistelussa esillä ollut vaihtoehto on viiteen yhteistyöalueittaiseen kiinteistöyhtiöön perustuva malli. Edellä kuvatussa valtakunnallisesta mallista poiketen toimitilojen hallinnointi siirrettäisiin lain nojalla hyvinvointialueista niiden omistajille, yhteistyöalueittain perustettaville viidelle kiinteistöyhtiölle. Kuten valtakunnallisessakin mallissa, yhteistyöalueittain muodostettavat yhtiöt toimisivat niiden omistajina olevien hyvinvointialueiden toimeksiantojen perusteella, kukin hyvinvointialue päättäisi itse palveluverkostaan ja vastaisi itse toimitilojensa ylläpitokustannuksista ja alueensa investoinneista, tehdyt investoinnit näkyisivät hyvinvointialueiden taloudessa vuokrana ja ne maksettaisiin hyvinvointialueiden perusrahoituksen puitteissa. Laajojen uusinvestointien suunnittelu olisi mahdollista koko yhteistyöalueen tasolla. Yhteistyöalueittaiset yhtiöt olisivat kooltaan ja taloudelliselta toiminnaltaan pääsääntöisesti yksittäisen hyvinvointialueen yhtiöitä kannattavampia. Jotkin yhteistyöalueittain perustettavista yhtiöistä voisivat kuitenkin olla taloudelliselta kantokyvyltään niin heikkoja, että niillä olisi ongelmia saada edullista rahoitusta markkinoilta. Tämä edellyttäisi valtioneuvoston myöntämistä yhtiön lainoille. Yhtiöiden toiminnan tueksi voitaisiin perustaa valtakunnallinen osaamiskeskus, jolla varmistettaisiin esimerkiksi kustannustietojen yhdenmukaistaminen ja seuranta, tietojärjestelmien hallinnointi sekä tilojen hallinnoinnissa ja investoinneissa tarvittavan osaaminen vastaavalla tavalla kuin valtakunnallisen yhtiön kohdalla. Hyvinvointialueiden verotusoikeuden käyttöönoton jälkeen hyvinvointialueet voisivat halutessaan irtautua yhtiöstä osakeyhtiölain säännösten mukaisesti.

5.1.5.3 Kuntarahoitus Oyj:n myöntämän rahoituksen siirtäminen hyvinvointialueille

Uudistuksen myötä hyvinvointialueille on perusteltua siirtää myös sellaiset Kuntarahoitus Oyj:n kuntayhtymille ja kunnille myöntämät lainat ja muut sitoumukset, jotka liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon tai pelastustoimen järjestämiseen. Tämä ehdotetaan tehtäväksi lisäämällä Kuntien takauskeskuksesta annettuun lakiin säännös, jonka nojalla takauskeskuksen myöntämät takaukset Kuntarahoitus Oyj:n varainhankinnalle voivat kohdistua sellaisiin Kuntarahoitus Oyj:n kuntayhtymille ja kunnille myöntämiin velkoihin ja muihin sitoumuksiin, jotka uudistuksen myötä siirtyvät hyvinvointialueille.

Toinen vaihtoehto on, että Kuntarahoitus Oyj irtisanoo siirtyvät luotot ja muut sitoumukset ja valtio myöntää niiden takaisinmaksua varten rahoituksen, joko valtion antolainalla tai takaaamalla hyvinvointialueiden ulkoista rahoitusta. Olemassa olevien luottojen ja muiden sitoumusten ennakoinen irtisanominen johtaisi kuitenkin väistämättä huomattaviin ylimääräisiin kustannuksiin. Tällaisten kustannusten suuruuden arviointi etukäteen on esimerkiksi suojaustarkoituksessa tehtyjen johdannaissopimusten luonteen vuoksi hyvin hankalaa. Joka tapauksessa tällaisten ylimääräisten kustannusten syntymistä tulisi pyrkiä välttämään.

Kolmas vaihtoehto on, että hyvinvointialueet veloitettaisiin liittymään Kuntien takauskeskuksen jäseniksi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistusesityksen yhteydessä erityisesti Kuntien takauskeskus perusteli maakuntien jäsenyyttä takauskeskuksessa sillä, että maakunnat sekä niiden määräysvallassa olevat yhteisöt voisivat myös sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä vastuun siirron jälkeen käyttää Kuntarahoitus Oyj:n myöntämää rahoitusta.

Nyt kyseessä olevaan hallituksen esitykseen sisältyvällä Kuntien takauskeskuksesta annetun lain muutoksella ei ole tarkoitus ratkaista hyvinvointialueiden tulevien investointien toteuttamista ja rahoitusta, vaan järjestää ainoastaan siirtymävaiheen tilanne. hyvinvointialueilla ei olisi itsenäistä oikeutta pitkäaikaisen, investointien toteuttamiseen tarvittavan lainan ottamiseen, vaan tällaisten lainojen ottaminen voisi tapahtua vain valtioneuvoston vahvistaman lainanottovaltuuden puitteissa. Koska takauskeskuksen jäsenyydestä ei voi erota, ei ole perusteltua, että hyvinvointialueet liitettäisiin pysyvästi takauskeskuksen jäsenyyteen vain siirtymähetkellä olemassa olevien, mutta vähitellen poistuvien sitoumusten vuoksi, kun siirtymähetken tilanne on ratkaistavissa myös muulla tavoin. Siirtyvät luotot ja sitoumukset muodostavat tällä hetkellä vain noin neljä prosenttia Kuntarahoitus Oyj:n koko luotonannosta ja järjestämistä vastuun siirtohetkelläkin osuus on todennäköisesti enintään yhdeksän prosenttia. Merkittävin este hyvinvointialueiden jäsenyydelle takauskeskuksessa on kuitenkin hyvinvointialueiden verotusoikeuden puuttuminen. Koska hyvinvointialueilla ei ole verotusoikeutta, valtio vastaa viimesijassa niiden rahoituksesta. Jos hyvinvointialueet olisivat takauskeskuksen jäseniä, tämä tarkoittaisi käytännössä, että valtio viimesijassa vastaisi myös hyvinvointialueiden takauskeskusjäsenyyteen perustuvista velvoitteista. Lisäksi valtion kannalta merkittävä riski muodostuisi siitä, että tilanne muodostaisi valtiolle implisiittisen vastuun koko kuntasektorin varainhankinnasta. Tätä ei voida pitää valtion kannalta perusteltuna.

Neljäs vaihtoehto on muuttaa Kuntien takauskeskuksesta annettua lakia siten, että Kuntarahoitus Oyj voisi jatkossa rahoittaa hyvinvointialueita lainoin ja muin rahoitusinstrumentein. Kaikki Kuntarahoitus Oyj:n myöntämä rahoitus perustuu kuitenkin takauskeskuksen takaamalle varainhankinnalle. Tämän vuoksi Kuntarahoitus Oyj:n hyvinvointialueille myöntämä rahoitus johtaisi siihen, että takauskeskuksen jäsenenä olevat kunnat olisivat viimesijaisessa vastuussa myös hyvinvointialueille kohdistettavan rahoituksen varainhankinnasta ja siihen liittyvistä sitoumuksista. Tällainen vastuu voisi olla ongelmallinen kuntien taloudellisen itsehallinnon kannalta. Lisäksi tällainen muutos rikkoisi takauskeskuksen jäsenyyden ja varainhankinnan sekä Kuntarahoitus Oyj:n rahoitustoiminnan välisen kytkennän. Tähän hallituksen esitykseen on tarkoitus sisällyttää vain uudistuksen toteuttamiseksi välttämättömät muutokset. Kysymys hyvinvointialueiden rahoitushuollosta sekä Kuntarahoitus Oyj:n mahdollisuudet toimia jatkossa hyvinvointialueiden investointien rahoittajana selvitetäisiin myöhemmin kuluvan hallituskauden aikana. Asiaa koskevat mahdolliset lakimuutokset olisi mahdollista valmistella niin, että ne tulisivat voimaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävien järjestämistä vastuun siirtyessä hyvinvointialueille. Lisäksi asiassa on otettava huomioon, että Kuntarahoitus Oyj:n antolainauksen laajentaminen hyvinvointialueiden rahoittamiseen voisi vaikuttaa takauskes-

kuksen ja Kuntarahoitus Oyj:n väliseen järjestelyyn, jonka komissio on hyväksynyt edellä luvussa 4.2.1.6.8 tarkoitetulla päätöksellään. Tähän järjestelyyn tehtävät muutokset tulisi saattaa komission käsiteltäväksi EU-oikeuden valtioneuvoston näkökulmasta.

5.1.6 Työnantajaedunvalvonta

Hyvinvointialueiden työnantajaedunvalvonta voitaisiin järjestää joko lakisääteisesti tai hyvinvointialueiden oman päätöksenteon nojalla. Viimeksi mainittu voisi tapahtua myös siten, että hyvinvointialueet perustaisivat työnantajajyhdistyksen. Lakisääteisesti voitaisiin joko määrittellä työnantajajyhdistys tai muu toimielin. Muu toimielin voisi olla jo olemassa oleva kehiteltynä tai kokonaan uusi.

Hyvinvointialueiden työnantajaedunvalvonta voitaisiin järjestää erilliseen organisaatioon tai samassa organisaatiossa kunta-alan työnantajaedunvalvonnan kanssa.

Työmarkkinajärjestöjen kehitys niin työnantaja- kuin palkansaajaorganisaatioissakin on edennyt kohti monitoimialaista sopimusalarakennetta ja suurempaa järjestökokoja. Samat henkilöstöjärjestöt toimivat niin yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Työmarkkinoilla erityisesti sopimus- ja neuvottelutoiminnan koordinointi ja yhteensovittaminen yli sopimus- ja toimialarajojen korostuu. Samat työntekijäjärjestöt edustavat työntekijöitä kaikissa julkisen alan virka- ja työehtosopimusneuvotteluissa, jotka koskevat sosiaali- ja terveysalaa tai pelastustoimenalaa. Tämä on tulevaisuudessakin erittäin todennäköistä. Näin ollen on tarpeen turvata, että työnantajaakin edustaa sama taho. Työmarkkinakeskusjärjestöjen rooli muuttuu, kun sopimustoiminnassa siirrytään liittokohtaisiin ratkaisuihin. Tämäkin muutos osaltaan korostaa työmarkkinaedunvalvonassa koordinoinnin merkitystä kustannusten ja työrauhan hallinnassa.

5.2 Ulkomaiden lainsäädäntö ja muut ulkomailla käytetyt keinot

5.2.1 Alueellinen itsehallinto Pohjoismaissa ja eräissä muissa Euroopan maissa

5.2.1.1 Pohjoismaat

Norja

Norjan perustuslaissa (Kongeriket Norges Grunnlov, LOV-1814-05-17) ei mainita kuntia tai aluekuntia, mutta Norjan kuntalaki (Lov om kommuner og fylkeskommuner, LOV-1992-09-25-107) koskee sekä kuntia että aluekuntia. Kunnat ja aluekunnat eivät ole hierarkkisessa suhteessa toisiinsa.

Vuonna 2020 voimaan tulleen aluejakouudistuksen jälkeen Norja jakautuu 356 peruskuntaan ja 11 aluekuntaan (fylkeskommuner). Oslon kaupunki hoitaa sekä kunnalle että aluekunnalle kuuluvia tehtäviä. Uusi aluejako vastaa valtion aluehallintoviranomaisen (fylkesmannsembetet) aluejakoa, joka uudistettiin jo vuonna 2019. Poikkeuksena ovat Oslo ja Viken, joilla on yhteinen aluehallintoviranomainen. Pienimmän aluekunnan asukasluku on noin 243 000 ja isoimman aluekunnan noin 1 230 000.

Kunnilla ja aluekunnilla on yleinen toimiala sekä laaja vapaus järjestää omaa toimintaansa. Yleinen toimiala on kuntalaissa ilmaistu negatiivisesti, eli kunnan tai aluekunnan oikeutena ottaa hoitaakseen sellaisia tehtäviä, joita ei ole lailla säädetty jonkin toisen viranomaisen tehtäväksi. Aluekuntien yleinen toimiala on käytännössä rajallinen, koska tehtäviä on lailla säädetty

laajasti joko peruskuntien tai valtion hoidettaviksi. Aluekuntien tärkeimmät lakisäätteiset tehtävät ovat toisen asteen koulutus, liikenne (julkinen liikenne ja tienpito) ja hammashoito. Tämän lisäksi aluekunnilla on joitakin suunnittelu, ympäristö- ja kulttuuritehtäviä. Aluekuntien henkilökunnan osuus koko kuntasektorin henkilökunnasta on noin 9 prosenttia.

Aluekuntia johtaa vaaleilla valittu valtuusto. Neljä aluekuntaa on kuntalain nojalla valinnut parlamentaarisen johtamismallin. Aluevaalit pidetään samaan aikaan kuntavaalien kanssa. Kukin aluekunta muodostaa yhden vaalipiirin eikä sisäisiä vaalipiirejä ole käytössä. Aluekunta päättää itse valtuutettujen lukumäärästä ja aluekunnan johtamisjärjestelmästä. Valtuuston koko vaihtelee 35:n ja 57:n välillä. Vaalijärjestelmä perustuu listavaaliin. Puolue tai ryhmä voi asettaa ehdokaslistan, jossa on vähintään seitsemän ehdokasta ja enintään valtuutettujen lukumäärä lisätynä kuudella henkilöllä. Ehdokkaat esiintyvät listalla puolueen tai ryhmän päättämässä järjestyksessä. Äänestäjä äänestää ensisijaisesti puoluetta tai ryhmää, mutta voi halutessaan myös äänestää yhtä listalla olevaa ehdokasta. Valtuustopaikat jaetaan puolueille suhteessa kokonaäänimäärään. Ehdokkaat, joiden henkilökohtainen äänimäärä on vähintään 8 prosenttia listan saamasta kokonaäänimäärästä, ohittavat puolueen määräämän sisääntulojärjestyksen. Tämän jälkeen paikat jaetaan ehdokkaille puolueen määräämässä sisääntulojärjestyksessä. Noin viidenes äänestäjistä käyttää mahdollisuutta äänestää henkilöä aluekuntavaaleissa. Äänestysaktiivisuus oli vuoden 2019 aluekuntavaaleissa 60,5 prosenttia koko maassa, eli alhaisempi kuin samanaikaisesti pidetyissä kuntavaaleissa, joissa äänestysaktiivisuus oli 64,7 prosenttia. Aluekuntien vaaleista säädetään vaalilaissa (Lov om valg til Stortinget, fylkesting og kommunestyre, LOV-2002-06-28-57).

Aluekuntien hallinnosta ja asukkaiden osallistumisesta säädetään kuntalaissa. Aluekuntavaalien lisäksi kuntalaki mainitsee kaksi suoran kansalaisosallistumisen keinoa, jotka ovat kuntalaisaloite (innbyggerforslag) ja neuvoa antava kansanäänestys. Aluekunnan valtuusto on velvollinen ottamaan kuntalaisaloitteen käsittelyyn, jos sen on allekirjoittanut vähintään 500 alueen asukasta. Kuntalaisaloitetta varten on perustettu nettisivusto (minsak.no), jota kautta aloitteen voi tehdä. Sivustolla on useita aloitteita, joihin on kertynyt vaadittava määrä allekirjoituksia. Muilta osin jokainen aluekunta päättää itse siitä, miten se järjestää hallintonsa ja miten se edistää asukkaidensa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Kuntalain nojalla aluekunta voi perustaa johtokuntia tai muita toimielimiä, joissa palvelujen käyttäjät ovat edustettuina. Lisäksi aluekunnilla voi olla erilaisia neuvoa-antavia foorumeja, kuten esimerkiksi lapsi- tai nuorisovaltuustoja.

Aluekunnalla on nimellinen verotusoikeus, mikä tarkoittaa, että aluekunnat ovat oikeutettuja osaan alueen asukkailta kerätyistä tuloveroista. Aluekunnat eivät voi kuitenkaan omilla päätöksillään vaikuttaa verotulojen määrään, sillä eduskunta (Stortinget) päättää vuosittain kuntien ja aluekuntien veroprosentin, joka on yhtenäinen koko maassa. Verot muodostavat vuonna 2020 noin 40 prosenttia aluekuntien tuloista. Laskennalliset valtionosuudet muodostavat aluekuntien suurimman tulolähteen. Vuonna 2020 tuloista noin 72 prosenttia on vapaasti käytettäviä varoja.

Aluekuntien talouden ja toiminnan yleisistä ohjauskeinoista säädetään kuntalaissa sekä erityislainsäädännössä. Ohjauksen peruseriaate on, että valtio päättää oikeudellisista ja taloudellisista kehyksistä, joiden sisällä kunnilla ja aluekunnilla on laaja toimintavapaus. Yleisellä tasolla valtiolta ja kuntasektorin edustaja (Kommunenenes sentralforbund) käyvät vuosittain muodollisen neuvottelun kuntasektorin taloudesta ja toiminnallisista tavoitteista. Valtio ohjaa kuntien tuloja vahvasti päättämällä verotuksesta sekä valtionosuusjärjestelmän reunaehdoista. Tiettyyn käytötarkoitukseen sidottuja valtionosuuksia käytetään tapauksissa, joissa esimerkiksi palvelutarjonta vaihtelee paljon alueiden välillä.

Jokainen aluekunta vastaa itse taloudestaan. Ministeriö (Kommunal- og moderniseringsdepartementet) valvoo aluekunnan lainanottoa kuntalaissa erikseen säädetyissä tapauksissa, kuten esimerkiksi silloin, kun aluekunnan talous on alijäämäinen, eikä aluekunta ole esittänyt selkeää suunnitelmaa alijäämän kattamiseksi. Jos aluekunnan budjetti on useana vuonna alijäämäinen, aluekunta joutuu valtion valvontarekisteriin (Register om betinget godkjenning og kontroll, RO-BEK) ja on velvoitettu hyväksyttämään budjettinsa valtiolla. Tällä hetkellä rekisterissä ei ole yhtään aluekuntaa.

Aluekuntien toiminnan laillisuuden valvonnasta vastaa kuntalain mukaan valtion aluehallintoviranomainen (fylkesmannsembetet) sekä valtion sektoriviranomaiset. Norjassa on käytössä useita valtakunnallisia kuntien ja aluekuntien toimintaa ja taloutta seuraava raportointijärjestelmiä.

Ruotsi

Ruotsin hallitusmuodon mukaan (Regeringsform, SFS 1974:152) maassa on kuntia paikallisella ja alueellisella tasolla. Hallitusmuodon mukaan edellä tarkoitetuilla kunnilla on suoralla kansanvaalilla valitut päättäjät sekä verotusoikeus. Hallitusmuodossa todetaan myös, että kunnat ovat lainsäädännön määräämissä puitteissa velvollisia osallistumaan toisten kuntien kustannuksiin tasapuolisten taloudellisten edellytysten takaamiseksi. Tämä luo perustuslaillisen pohjan verotulojen tasausjärjestelmälle. Kunnat ja alueet (31.12.2018 asti maakärjäkunnat) ovat rinnakkaisia itsehallintojärjestelmiä, eivätkä ne ole hierarkkisessa suhteessa toisiinsa.

Vuonna 2019 voimaan tulleen kuntalain uudistuksen (Kommunallag, SFS 2017:725, SFS 2019:835) mukaan Ruotsi on jaettu 290 kuntaan ja 21 alueeseen (region, aikaisemmin maakärjät, landsting). Jokainen alue käsittää yhden läänin, jollei lailla toisin säädetä. Läänin alueella toimii demokraattisesti valittu aluehallitus (regionstyrelse). Mannermaan pienimmässä läänissä (Jämtland) asuu noin 131 000 ihmistä ja suurimman läänin (Tukholman) alueella asukkaita on noin 2,3 miljoonaa.

Kunnilla ja alueilla on kuntalain perusteella laaja vapaus järjestää omaa hallintoaan ja palvelutuotantoaan. Kunnilla ja alueilla on yleinen toimiala. Yleinen toimiala on kuntalaissa ilmaistu negatiivisesti, eli oikeutena ottaa hoitaakseen sellaisia tehtäviä, joita ei ole lailla säädetty jokin toisen toimijan tehtäväksi. Lain tulkintaa ohjaa tältä osin kolme periaatetta: lokalisaatioperiaate (lokaliseringsprincipen), omakustannusperiaate (självkostnadsprincipen) ja yhdenvertaisuusperiaate (likställighetsprincipen). Jos kunta tai alue ottaa hoitaakseen yleiseen toimialaan kuuluvan tehtävän, sen täytyy kohdistua kuntaan tai alueelle (poikkeuksena kuitenkin esim. kansainvälinen yhteistyö), tehtävä ei saa perustua taloudellisen voiton tavoitteluun ja tehtävän täytyy olla alueen asukkaiden yleisen edun mukainen.

Alueiden lakisääteiset tehtävät ovat terveydenhuolto, erikoissairaanhoito, alle 24-vuotiaiden hammashoito. Vuoden 2019 uudistuksen myötä (Lag om regionalt utvecklingsansvar, SFS 2010:630, SFS 2019:944) Ruotsin kaikilla alueilla on myös vastuu aluekehittämistehtävistä. Alueet vastaavat lisäksi yhdessä kuntien kanssa julkisesta liikenteestä. Yleiseen toimialaan kuuluvien tehtävien luonne ja laajuus vaihtelee alueiden välillä. Terveydenhuolto ja sairaanhoito ovat alueiden merkittävimmät lakisääteiset tehtävät ja muodostavat melkein 90 prosenttia niiden budjetista. Alueiden käyttömenot ovat hieman yli kolmannes koko kuntasektorin käyttömenoista.

Alueiden ylin päätöksentekoeelin on aluevaltuusto (regionfullmäktige). Aluevaaleista säädetään kuntalaissa ja vaalilaissa (Lag om ändring i vallagen, SFS 2005:837, SFS 2019:923). Ruotsissa

eduskunta-, alue- ja kuntavaalit pidetään samana päivänä neljän vuoden välein. Aluevaaleissa alueet voidaan jakaa kahteen tai useampaan sisäiseen vaalipiiriin. Vuoden 2018 vaaleissa sisäiset vaalipiirit olivat käytössä kaikissa maakärjäkunnissa (vuodesta 2019 alueilla, region). Aluevaltuusto päättää sisäisestä vaalipiirijaosta ja jaon vahvistaa lääninhallitus. Pääperiaate on, että vaalipiiri muodostuu kokonaisesta kunnasta tai useammasta kokonaisesta kunnasta. Vaalipiirien rajat määritellään niin, että jokaisesta vaalipiiristä valitaan vähintään kahdeksan valtuutettua. 9/10 valtuustopaikoista jaetaan vaalipiirien tulosten perusteella ja 1/10 on tasauspaikkoja. Aluevaltuusto päättää itse valtuustopaikkojen lukumäärästä. Aluevaltuutettujen lukumäärä vaihtelee 55:stä 149:ään. Vaalijärjestelmä perustuu listavaaliin, eli puolueet asettavat ehdokkaat sisääntulojärjestykseen. Äänestäjä äänestää aina puoluetta tai ryhmää, mutta voi myös halutessaan äänestää henkilöä. Ehdokas, joka on saanut vähintään 5 prosenttia puolueen äänistä vaalipiirissä, tai aluevaaleissa vähintään 100 henkilökohtaista ääntä, voi tulla valituksi henkilöänten perusteella. Äänestysaktiivisuus vuoden 2018 maakärjävaaleissa oli 83,8 prosenttia, ja 21,6 prosenttia äänestäjistä käytti mahdollisuuden henkilövaaliin maakärjävaaleissa, mikä on vähän alhaisempi osuus kuin kunta- ja parlamenttivaaleissa. Aluevaaleissa on käytössä 3 prosentin äänikynnys, mikä tarkoittaa, että valtuustopaikat jaetaan äänikynnyksen ylittäneiden puolueiden ja ryhmien välillä suhteessa näiden kokonaisäänimäärään.

Aluevaltuustojen hallinnosta ja asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista säädetään kuntalaissa. Kuntalaki mahdollistaa muun muassa lautakunnan perustamisen alueiden osan alueen asioiden hoitamiseksi sekä erilaisten johtokuntien asettamisen. Alueen asukkailla on oikeus tehdä kansalaisaloitteita maakärjävaltuustolle, mikäli alue on niin päättänyt. Yhdeksän aluetta on ottanut kansalaisaloitteen käyttöön (v. 2020). Alueen asukkailla on lisäksi oikeus tehdä aloite alueiden kansanäänestyksestä. Kuntalain mukaan aluevaltuusto on velvollinen järjestämään neuvoo-antavan kansanäänestyksen, jos 10 prosenttia alueen asukkaista sitä vaativat. Laki kunnallisista kansanäänestyksistä (Lag om kommunala folkomröstningar, SFS 1994:692, SFS 2019:888) koskee myös alueita. Kansanäänestysmahdollisuutta on kuitenkin käytetty erittäin harvoin. Muuten alueilla on itsehallintonsa nojalla laaja vapaus päättää omasta organisaatiostaan sekä asukkaiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista. Alueet ovat perustaneet esimerkiksi vanhus- ja vammaisneuvostoja.

Alueilla on verotusoikeus alueen asukkaiden palkkatuloihin. Verotulot muodostivat vuonna 2018 noin 70 prosenttia alueiden tuloista. Tämän lisäksi alueet saivat valtionosuuksia ja maksetuloja. Vuonna 2020 keskimääräinen yhteenlaskettu kunta- ja alueveroaste on 32,28 prosenttia. Verotuloista noin 64 prosenttia menee kunnalle ja 36 prosenttia alueille. Kunta- ja alueveron suhdeluku vaihtelee alueittain riippuen kunta- ja aluetason välisestä työnjaosta.

Alueiden talouden ja toiminnan yleisistä ohjauskeinoista säädetään kuntalaissa ja erityislainsäädännössä. Aluekuntien toiminnan yleinen valvonta perustuu valtion ja kuntasektorin välisiin neuvotteluihin sekä jälkikäteisvalvontaan. Ohjauksen perusperiaate on, että valtio päättää oikeudellisista ja taloudellisista kehyksistä, joiden sisällä kunnilla ja alueilla on laaja toimintavapaus. Ruotsin ohjausjärjestelmässä on tärkeää ottaa huomioon, että hallitusmuodon mukaan hallitus vastaa ainoastaan poliittisista linjauksista, eikä yksittäinen ministeriö tai ministeri saa puuttua hallinnonalansa operatiiviseen toimintaan. Operatiivinen ohjaustoiminta on delegoitu yleisviranomaisille (esim. Statskontoret, joka vastaa yleisellä tasolla julkisen hallinnon laadusta) sekä sektoriviranomaisille (esim. Inspektionen för vård och omsorg). Valtion viranomaisten mahdollisuudet puuttua aluekuntien tekemiin päätöksiin ovat tiukkaan säädelyä.

Kuntalaki sisältää säännöksiä alueiden taloudesta. Lain perusperiaate on, että alueet vastaavat itse siitä, että niiden talous on tasapainossa. Keskeisin talouden ohjauskeino on verotasausjärjestelmä. Verotasausjärjestelmän avulla valtio takaa, että palvelujen saatavuus ei kohtuuttomasti

vaihtelee maan eri osien välillä. Tasaus koostuu tulotasauksesta, kustannustasauksesta sekä rakenne-eristä. Valtakunnallinen lainsäädäntö, terveydenhuollossa muun muassa valinnanvapauslaki (Lag om valfrihetssystem, SFS 2008:962), raamittaa aluekuntien toimintaa. Valinnanvapausjärjestelmän sisällä aluekunnilla on vapaus päättää, missä laajuudessa ja miten toteuttaa valinnanvapautta omalla alueellaan. Yleisten ohjauskeinojen rinnalla valtio ohjaa kuntien ja alueiden toimintaa erilaisilla pehmeämmillä ohjauskeinoilla, joista tärkeimmät ovat: tiettyyn käyttötarkoitukseen sidotut valtionosuudet tietyille projekteille tai painopistealueille, sopimukset valtion sekä kuntasektorin edustajan (Sveriges Kommuner och Landsting) välillä, kansalliset toimintalinjaukset ja laatukriteerit, kansalliset selvityshenkilöt sekä kansalliset rekisterit kuntien ja maakäräjien toiminnasta.

Yhteistyö kuntien ja aluekuntien välillä on laajaa, varsinkin aluekehittämisen ja julkisen liikenteen alalla. Isot aluekunnat (esim. Skåne ja Västra Götaland) toimivat aluekehittämissasioissa tiiviisti yhdessä kuntien kanssa, mikä tarkoittaa, että kuntia sitoutetaan muun muassa strategia-prosesseihin ja infrastruktuurihankkeisiin.

Tanska

Aluetason asemaa ei ole turvattu Tanskan perustuslaissa (Danmarks riges grundlov, LOV nr 169 af 05/06/1953). Alueet täyttävät vain osittain itsehallinnon kriteereitä. Aluelain (Regionsloven, LBK nr 770 af 09/06/2015) mukaan Tanska jakautuu viiteen alueeseen (region). Alueiden asukasluku vaihtelee pienimmän alueen 590 000 asukkaasta isoimman alueen 1,8 miljoonaan asukkaaseen. Tanskassa on 98 kuntaa. Lainsäädäntö edellyttää kiinteitä yhteistoimintasuhteita kuntien ja alueiden välillä. Kunnat rahoittavat osan alueiden toiminnasta. Alueiden kehittäminen ja julkinen liikenne perustuvat lain mukaan kuntien ja alueiden yhteistyöhön. Alueilla ei ole valvontatehtäviä suhteessa kuntiin.

Alueilla ei ole yleistä toimialaa, vaan ne voivat hoitaa ainoastaan lakisääteisiä tehtäviä. Alueiden lakisääteiset tehtävät ovat terveydenhuolto, sairaanhoito, julkinen liikenne ja aluekehittäminen. Alueet ylläpitävät sairaaloita ja niihin liittyvää erikoissairaanhoitoa sekä huolehtivat joillekin erityisryhmille suunnattujen sosiaalialan laitosten toiminnasta. Julkisen liikenteen osalta alueiden tulee perustaa alueellinen liikenneyhtiö, joissa kunnat ovat velvoitettuja olemaan osakkaina. Alueiden aluekehittämistehtävään kuuluu muun muassa alueellisten kasvufuorumien perustaminen yhdessä alueen kuntien ja muiden toimijoiden kanssa.

Alueen toimintaa johtaa suoralla kansanvaalilla valittu valtuusto, joka kansallisen lainsäädännön perusteella koostuu 41 valtuutetusta. Aluevaalit pidetään samanaikaisesti kuntavaalien kanssa. Jokainen alue muodostaa yhden vaalipiirin. Alueiden sisäisiä vaalipiirejä ei Tanskassa ole käytössä. Vuoden 2017 kuntavaaleissa äänestysprosentti oli 70,8 ja aluevaaleissa 70,7 prosenttia.

Vaalijärjestelmä sisältää sekä listavaalin että henkilövaalin elementtejä. Ehdokasasettelu perustuu ehdokaslistoihin. Ehdokaslistan voi asettaa poliittinen puolue, ryhmä äänestäjiä tai yksittäinen ehdokas. Aluevaaleissa yksi ehdokaslista voi asettaa enintään 45 ehdokasta. Ehdokaslistat voivat solmia vaaliliittoja keskenään. Äänestäjä voi äänestää joko ehdokaslistaa tai yksittäistä ehdokasta. Valtuustopaikat määräytyvät jokaisen listan saaman kokonaisäänimäärän mukaan. Tämän jälkeen, paikat jaetaan listan ehdokkaiden välillä. Vuoden 2017 aluevaaleissa 54 prosenttia äänestäjistä äänesti yksittäistä ehdokasta ja 46 prosenttia ehdokaslistaa. Ehdokaslistan asettanut puolue tai ryhmä päättää itse, asettaako ehdokkaat priorisointijärjestykseen, vai ovatko kaikki ehdokkaat samalla viivalla. Jälkimmäinen tapa on viime vuosikymmeninä tullut suosittumaksi, mikä tarkoittaa, että äänestäjien mahdollisuus vaikuttaa siihen, ketkä henkilöt tulevat

valituiksi valtuustoon, on kasvanut. Jos ehdokasasettelu perustuu priorisointijärjestykseen, ehdokkaiden sisääntulojärjestys määräytyy listaäännten, henkilökohtaisten äänten ja priorisointijärjestyksen perusteella. Jos ehdokaslista ei ole asettanut ehdokkaita priorisointijärjestykseen, henkilökohtainen äänimäärä ratkaisee valituksi tulemisen.

Aluelaisissa ei säädetä muista demokraattisista osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksista kuin vaaleista. Laki ei myöskään tunne alueellisia kansanäänestyksiä. Terveyspalvelulaki (Sundhedsloven, LBK nr 1202 af 14/11/2014) velvoittaa kaikkia alueita perustamaan neuvoo antavan potilasneuvottelukunnan (patientinddragelsesudvalg), joka koostuu potilasjärjestöjen, vammaisjärjestöjen sekä vanhusneuvostojen edustajista. Sosiaalipalvelulaki (Serviceloven, LBK nr 1284 af 17/11/2015), joka osittain koskee myös alueita, velvoittaa samoin huolehtimaan palvelujen käyttäjien vaikuttamismahdollisuuksista, mutta antaa palvelujen järjestäjälle enemmän harkintavaltaa siinä, miten käyttäjien osallistuminen organisoidaan.

Alueilla ei ole verotusoikeutta. Alueiden toimintaa rahoitetaan valtionosuuksilla, jotka vuonna 2019 kattoivat terveydenhuoltomenoista noin 82 prosenttia ja aluekehittämistehtävistä noin 76 prosenttia. Lisäksi toimintaa rahoitetaan kuntien maksuosuuksilla: vuonna 2019 terveystennoista noin 17 prosenttia ja aluekehittämistehtävistä noin 25 prosenttia. Kuntien maksuosuusjärjestelmää on muutettu tasaisin väliajoin niin, että se tukisi vastuullista toimintaa sekä kunnissa että alueilla (kunnat vastaavat ennaltaehkäisevästä ja kuntouttavasta toiminnasta ja alueet hoitotoimenpiteistä). Valtio ja alueiden etujärjestö (Danske Regioner) neuvottelevat joka vuosi alueiden taloudesta ja toiminnan painopisteistä. Valtionavustukset ovat käyttötarkoitukseen sidottuja.

Alueiden talouden ja toiminnan painopisteistä päätetään jokavuotisessa sopimuksessa valtion ja alueiden etujärjestön välillä. Sopimuksessa päätetään alueille ohjatun valtionrahoituksen kehyksistä toimialoittain sekä toiminnan painopisteistä. Alueille suunnattu valtionosuus jaetaan alueiden kesken alueiden rahoituslaissa (Lov om regionernes finansiering, LBK nr 797 af 27/06/2011) määritettyjen kriteerien mukaisesti. Yksittäisten alueiden valtionosuus määräytyy muun muassa ikärakenteen ja sosioekonomisten kriteereiden perusteella. Tämän lisäksi pieni osuus valtion rahoituksesta on tiettyyn käyttötarkoitukseen sidottua rahaa, joka perustuu valtion ja alueiden väliseen sopimukseen. Aluevaltuusto päättää alueen budjetista. Valtuusto päättää myös itsenäisesti lainanotosta, ellei ministeriö määrää toisin.

Aluevaltuusto on velvollinen lähettämään vuosittaisen tilintarkastusasiakirjan sekä tilintarkastajien lausunnon valtion hallintoviranomaiselle (statsforvaltningen). Valtiontilintarkastaja voi itsenäisesti tai kantelun perusteella ottaa alueen taloudenpidon tarkastettavakseen. Lisäksi talous- ja sisäministeri voi päättää säännöistä, jonka mukaan alueen taloudenpito otetaan erityisen tarkastelun kohteeksi.

Alueiden toiminnan laillisuuden tarkastamisessa sovelletaan samoja periaatteita kuin kuntien toiminnan laillisuuden tarkastamisessa. Valtion hallintoviranomainen valvoo alueiden toiminnan yleistä laillisuutta ja voi kumota aluevaltuuston päätöksiä. Talous- ja sisäministeri voi puolestaan ottaa tarkastettavakseen niitä asioita, joissa valtion hallintoviranomainen on todennut alueen menettelleen lainvastaisesti. Toiminnan sisällöllisestä ohjauksesta säädetään myös sektorilainsäädännössä. Alueiden toiminnalle keskeisessä terveyspalvelulaissa säädetään muun muassa laadun kehittämisestä, raportoinnista ja kansallisista tietojärjestelmistä. Terveyspalvelun keskusviranomainen (Sundhedsstyrelsen) vastaa kansallisella tasolla terveydenhuollon kehittämisestä ja valvonnasta.

5.2.1.2 Eräät muut Euroopan valtiot

Alankomaat

Alankomaissa provinssien asema taataan perustuslaissa. Parlamentti voi lailla lakkauttaa tai yhdistää provinssseja. Provinssilla on lainsäädännön antamisessa puitteissa melko suuri vapaus toteuttaa niille kuuluvia tehtäviä. Provinssilla on myös rajoitettu itsenäinen norminanto-oikeus. Tämän perusteella niillä on oikeus hyväksyä alueellisia ohjesääntöjä.

Alankomaiden alue- ja paikallishallinto koostuu 12 provinssista ja 390 peruskunnasta. Kuntien ja provinssien lisäksi, aluetasolla toimii joukko erillisviranomaisia, joista alueellisten vesilautakuntien hallinto valitaan suoralla kansanvaalilla. Provinssien asukasluku vaihtelee 350 000:n ja 3,5 miljoonan välillä. Käytännössä, provinssien rooli on vahvempi maaseutualueilla kuin metropolialueilla. Maaseutualueilla provinssit koordinoivat kuntien toimintaa ja edustavat aluetta suhteessa valtioon. Suurkaupunkialueilla epävirallisilla kuntien yhteistoimintaelimillä (Stadsregio) on provinssseja vahvempi rooli toimintojen, esimerkiksi julkisen liikenteen, koordinoijina.

Provinssit vastaavat pääosin infrastruktuuri- ja ympäristötehtävistä (esim. kaavoitus-, ympäristö- ja maatalousasioista) sekä alueellisista teistä ja julkisesta liikenteestä. Tämän lisäksi, provinssit valvovat kuntien toiminnan laatua. Luonnollisille henkilöille suunnatut palvelut sekä paikallista infrastruktuuria koskevat tehtävät on keskitetty kunnille. Provinssien tehtävien luonteesta johtuen, provinssien henkilökunnan osuus julkisen sektorin henkilökunnasta on vain noin 2 prosenttia.

Provinssien korkein päätöksentekuelin on suorilla vaaleilla valittava provinssivaltuusto. Jokaisessa provinssissa on 39–55 valtuustopaikkaa. Paikkaluku on sidoksissa alueen asukaslukuun. Äänestysaktiivisuus provinssivaaleissa on alhaisempi kuin muissa vaaleissa. Vuoden 2019 vaaleissa se oli 56,2 prosenttia. Alueiden asukkaiden valitsemien valtuutettujen lisäksi, valtio nimittää jokaiselle alueelle kuninkaan komissaarin, joka toimii provinssivaltuuston ja -hallituksen puheenjohtajana. Provinssien valtuutetuilla on kaksoisrooli, jossa he toimivat alueensa päätöksentekijöinä ja tämän lisäksi he valitsevat myös parlamentin ylähuoneen jäsenet.

Provinssilla on rajoitettu verotus (ajoneuvovero), mutta verotulot muodostavat vain vajaat 20 prosenttia provinssien tuloista. Suurin osa provinssien tuloista muodostuu valtionosuuksista. Valtionosuuksista puolet koostuu tiettyyn käyttötarkoitukseen sidotuista ja puolet vapaasti käytettävistä varoista. Tämän lisäksi provinssilla voi olla muita omia tulolähteitä.

Provinssien toiminnan valvonnasta säädetään lailla. Valtion viranomaiset voivat puuttua meneillään olevaan päätöksentekoprosessiin ainoastaan, jos siitä säädetään erikseen laissa. Valtion nimittämä kuninkaan komissaari toimii valtiovallan edustajana provinssissa.

Provinssien ja kuntien väliset suhteet voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan; yhteistyö, avunanto ja valvonta. Provinssit ja kunnat tekevät kiinteää yhteistyötä esimerkiksi kaavoitus- ja ympäristöasioissa. Provinssit valvovat lain mukaan kuntien toiminnan laatua ja taloutta ja käsittelevät kunnan jäseniltä tulleita kanteluja.

Iso-Britannia

Koska Iso-Britannian oikeusjärjestelmä perustuu common law -traditioon, eikä kirjoitettuun perustuslakiin, kunnilla ja alueilla ei ole Eurooppalaisen paikallishallinnon peruskirjan tarkoitta-

maa perustuslaillista suojaa. Kuntien ja alueiden aseman on katsottu juontuvan parlamentin asemasta. 1990-luvulta alkaen, valtaa on hajautettu enemmän maan eri osille ja kunnille. Siten esim. Skotlannin ja Walesin parlamenttien itsehallinnollista asemaa on vahvistettu. Kunnat saavat lähtökohtaisesti hoitaa vain sellaisia tehtäviä, joita parlamentti on niille antanut. Kuitenkin vuonna 2011 voimaan tulleella paikallishallintolalla (Localism Act) laajennettiin kuntien toimintavapautta niin, että ne saavat ottaa hoitaakseen myös sellaisia paikallisia tehtäviä, jotka eivät ole ristiriidassa muun lainsäädännön kanssa.

Iso-Britannian kunta- ja aluehallinto on epäsymmetrinen. Skotlannissa, Walesissa ja Pohjois-Irlannissa on omat parlamentit, joilla on tietty lainsäädäntövalta alueen asioissa. Kuntajärjestelmä on yksi- tai kaksitasoinen. Englannissa, lähinnä maaseutualueilla, on käytössä perinteinen kaksitasoinen malli (shire authorities) joka muodostuu ylemmästä kreivikuntatasosta (counties), joita on 26, ja alemmasta kuntatasosta (districts), joita on 247. Kaupunkialueilla sekä Skotlannissa ja Walesissa, kuntajärjestelmä on yksitasoinen (unitary authorities). Iso-Britannian kunnat kuuluvat Euroopan isoimpiin, keskimääräinen asukasluku on noin 140 000.

Iso-Britannian kaksitasoisessa alue- ja paikallishallinnon mallissa kunnat (district) vastaavat asuntopolitiikasta, vapaa-ajan palveluista sekä joistakin viranomaistoiminnoista (esim. rakennusluvut). Kreivikuntien (county) vastuulla on pääosa palveluista mukaan lukien peruskoulut, sosiaalitoimi, kirjastot, jätehuolto, liikennesuunnittelu ja tiepito sekä pelastustoimi.

Kreivikuntien ylin päättävä toimielin on valtuusto, joka valitaan joka neljäs vuosi. Alue on jaettu vaalipiireihin, joista eniten ääniä saanut ehdokas valitaan valtuustoon. Vaalijärjestelmät vaihtelevat jonkin verran maan sisällä. Paikallisvaalien äänestysaktiivisuus on yleensä alhainen, ja esimerkiksi vuoden 2018 vaaleissa Englannissa se oli 34,7 prosenttia.

Kunnat keräävät paikallista kiinteistövero (council tax). Paikallisesti ja alueellisesti kerätyt verot muodostavat ainoastaan 4,8 prosenttia kaikista verotuloista Iso-Britanniassa. Kuntien ja alueiden tuloista, paikallisten verotulojen osuus on keskimäärin 16 prosenttia ja paikallisten maksetulojen osuus noin 12 prosenttia. Tämä tarkoittaa, että kuntien ja alueiden talous perustuu pitkälti erilaisiin valtionosuuksiin.

Kuntia ja alueita ohjataan muun muassa erilaisten valtakunnallisten standardien ja tuottavuusmittareiden avulla. Vuonna 2015 otettiin käyttöön uusi valtakunnallinen kuntatalouden seuranta- ja valvontajärjestelmä (Local Audit and Accountability Bill). Valtakunnallinen kuntasasian valtuutettu (Local Government Ombudsman) ottaa kantaa kansalaisten kanteluihin koskien kuntien ja alueiden toimintaa.

Iso-Britannian kunnat toimivat verkostomaisesti sekä alemmantasoisten paikallisyhteisöjen että yksityisen sektorin toimijoiden suuntaan. Yleisesti, valtion politiikka on tehnyt kunnista ja alueista yhä enenevässä määrin toiminnan mahdollistajia ennemmin kuin ainoastaan palvelun tuottajia.

Italia

Italian perustuslaissa on taattu alueiden, provinssien ja kuntien itsehallinto. Perustuslaissa säädetään myös provinssien verotusoikeudesta ja oikeudesta omiin taloudellisiin resursseihin. Uusien provinssien perustamisesta, provinssien yhdistämisestä tai rajojen muuttamisesta säädetään valtakunnallisella lailla. Kunnilla on aloiteoikeus provinssijakoasioissa ja alueiden mielipiteitä kuunnellaan ennen lain säätämistä. Vuonna 2016 järjestettiin kansanäänestys, jossa äänestettiin muun muassa provinssien perustuslaillisen suojan poistamisesta. Ehdotus kuitenkin hylättiin.

Italiassa on kolmiportainen hallintomalli, joka koostuu 20 alueesta (regioni), jotka vuorostaan jakautuvat 107 provinssiin (province) ja yli 8 000 peruskuntaan (comuni). 20 alueella on lainsäädäntötoimivalta niillä aloilla, joilla valtio ei ole varannut lainsäädäntövaltaa itselleen. Kunnallisvaalit järjestetään viiden vuoden välein. Provinssien päätöksentekijät valitaan alueen kuntien pormestarien ja valtuutettujen keskuudesta.

Italiassa provinssit vastaavat psykiatrisesta hoidosta, sosiaaliavusta, ympäristöasioista ja teiden rakentamisesta. Tämän lisäksi provinssit koordinoivat kuntien toimintaa esimerkiksi kaavoituksen, julkisen liikenteen sekä toisen asteen koulutuksen osalta. Vuonna 2014 tehdyn hallintouudistuksen jälkeen provinssien tehtävät säilyvät suunnilleen ennallaan, mutta painopiste on entistä enemmän suunnittelu-, valvonta- ja koordinoititehtävissä. Provinssien rooli julkisen sektorin kokonaisuudessa on melko pieni. Hallintouudistuksen myötä 14 provinssia on saanut metropolialueen statuksen. Provinssien tehtävien lisäksi metropolialueet hoitavat muun muassa yhteiseen suunnitteluun, palvelutuotantoon ja hallintoon, ml. informaatio- ja tietotekniikkaan, liittyviä asioita.

Hallintouudistuksen jälkeen kuntien pormestarit ja valtuustojen jäsenet valitsevat oman alueensa provinssin tai metropolialueen päätöksentekijät. Viimeiset suorat vaalit provinseissa pidettiin vuonna 2013. Ajatuksena on, että provinssi ei edusta alueensa asukkaita vaan siihen kuuluvien kuntien päättäviä ja hallinnollisia elimiä. Provinssien päätöksentekielimiä ovat yleiskokous, joka muodostuu provinssin kaikista pormestareista, provinssipormestari, joka valitaan provinssin pormestareiden keskuudesta 4 vuodeksi kerrallaan, sekä valtuusto, joka valitaan 2 vuodeksi kerrallaan. Valtuuston jäsenten lukumäärä vaihtelee provinssin asukasluvun mukaan asukasluvun mukaan (10–16 jäsentä). Provinssipormestarin vaaleissa äänioikeutettuja ovat provinssin pormestarit ja kunnallisvaltuutetut. Valtuuston vaaleissa äänioikeutettuja ovat provinssin kunnallisvaltuutetut ja pormestarit joiden keskuudesta valtuutetut myös valitaan.

Uusiin metropolialueisiin vaikuttavat kunnallisvaalit järjestettiin ensimmäisen kerran vuonna 2014 yhdeksällä metropolialueella. Myös metropolialueilla keskeisiä päätöksentekielimiä ovat yleiskokous, pormestari ja viiden vuoden välein valittava valtuusto. Metropolialueen keskuskaupungin pormestari on samalla koko metropolialueen pormestari. Valtuutettuja on asukasmäärästä riippuen 14-24.

Provinseilla on verotusoikeus. Käytännössä verotulot koostuvat alueellisesta kiinteistöveroista ja alueellisesta ympäristöveroista. Verotulot muodostavat runsaan kolmanneksen (36,5 prosenttia) provinssien tuloista. Loput tuloista muodostuvat maksutuloista ja valtionavustuksista. Valtionavustuksista noin kolmannes on tiettyyn käyttötarkoitukseen sidottua rahaa, joten provinseilla on melko laaja priorisointimahdollisuus annettujen taloudellisten puitteiden sisällä.

Vuoden 2014 hallintouudistuksen jälkeen, provinssien koordinointi-, suunnittelu- ja valvonta-tehtävät suhteessa kuntiin ovat lisääntyneet. Päätöksenteossa linkki kuntien ja provinssien välillä vahvistuu, koska provinssien päättäjät valitaan paikallisten päätöksentekijöiden keskuudesta.

Kreikka

Kreikan perustuslaissa todetaan, että maassa on kaksitasoinen kunnallinen itsehallinto. Kunnallisen ja alueellisen itsehallinnon tehtävistä säädetään lailla. Perustuslaki ei sisällä erillisiä mainintoja alueellisesta itsehallinnosta eikä tunnista eri maantieteellisten alueiden erityispiirteitä. Alueet hoitavat niille lailla annettuja tehtäviä. Alueella ei ole yleistä toimialaa, mutta alueen

päättäjillä on toimintavapaus muun muassa oman organisaation ja muiden tekniskäytännöllisten asioiden suhteen.

Kreikan 13 aluetta (peripherias) perustettiin laajan hallintouudistuksen (ns. Kallikratis-uudistus) yhteydessä vuonna 2010, jolloin sekä kuntajakoa ja aluejakoa että valtionhallinnon aluejakoa harvennettiin tuntuvasti. Aluejako pohjautuu 1990-luvulla perustettuihin Euroopan unionin alueluokitusjärjestelmän NUTS2-alueisiin (Nomenclature of Territorial Units for Statistics), jonka puitteissa muun muassa valtion aluehallinto sekä valtiolliset koulut ja terveydenhuoltolaitokset toimivat. Kaikilla alueilla on vaaleilla valitut päätöksentekijät sekä laissa määritetty itsehallinto. Uudistuksen yhteydessä valtionhallinnon hajautettu viranomaistoiminta koottiin seitsemään alueelliseen yksikköön (Apokentromeni Diikesi). Alueiden asukasluku vaihtelee 200 000 asukkaan ja 3,7 miljoonan asukkaan välillä.

Alueiden tehtävät jakautuvat viiteen toimialaan. Opetustoimialalla alueet vastaavat ammatillisesta koulutuksesta, sekä aikuis- ja jatkokoulutuksesta. Terveystoimialalla alueet vastaavat terveydenhuollon toimijoiden lupa- ja valvonta-asioista. Sosiaalitoimialalla alueet valvovat sosiaalityöntekijöitä sekä vastaavat sosiaalipalvelulaitosten perustamisesta. Elinkeino- ja kehittämiss politiikan toimialalla alueet vastaavat aluekehittämisohjelmista, elinkeinojen edistämisestä ja valvonnasta. Ympäristötoimialalla alueet vastaavat ympäristövaikutusten arvioinnista, jätehuollon suunnittelusta sekä ympäristötarkastuksista. Liikennetoimialalla alueet myöntävät joukkoliikennelupia sekä vastaavat alueellisten teiden rakentamisesta ja ylläpidosta.

Alueen valtuusto ja pormestari (peripheriarch) valitaan suoralla kansanvaalilla viideksi vuodeksi kerrallaan. Valtuutettuja on 41–101 alueen asukasluvusta riippuen. Puolueet listaavat ehdokkaansa pormestariksi, apulaispormestariksi ja valtuutetuiksi. Vaalit käydään enemmistövaaleina kahdessa kierroksessa. Enemmistön voittanut lista saa 3/5 valtuustopaikoista, pormestarin sekä kaikki apulaispormestarit. Aluevaaleissa vuonna 2019 äänestysprosentti oli ensimmäisellä kierroksella 58 ja toisella kierroksella 42. Kreikan lainsäädäntö ei tunne alueellisia kansanäänestyksiä.

Kreikan valtiolla on verotusmonopoli. Perustuslaki mahdollistaa periaatteessa kuntien ja alueiden itsenäisen varainkeruun, mutta kunnilla ja alueilla ei ole itsenäistä verotusoikeutta. Perustuslaki velvoittaa valtion rahoittamaan niitä toimintoja, joita se on lailla antanut kunnille ja alueille. Alueille osoitetaan 4 prosenttia valtion arvonlisäverotuloista ja 2,4 prosenttia tuloverotuloista. Aluetaso on melkein kokonaan (97 prosenttia) riippuvainen valtionavusta, eikä alueilla ole juuri ollenkaan omia maksutuloja. Kolmasosa valtionavusta on sidottu investointeihin. Tämän lisäksi alueiden taloudenpitoa valvotaan tarkasti, mikä kaventaa alueellisten päättäjien liikkumatilaa.

Valtio valvoo alueiden toimintaa, taloutta ja päätöksentekoa melko yksityiskohtaisesti. Kansallisten viranomaisten lisäksi jokaisella seitsemästä valtion aluehallintoviranomaisesta on alueiden valvonnasta vastaava viranhaltija. Alueiden päätökset muun muassa kilpailutuksista, paikallisista säännöistä, lainoista, pakkolunastuksista ja maksuista on alistettava pääsihteerin vahvistettavaksi. Valvovalla virkamiehellä on tämän lisäksi oikeus kumota alueiden päätöksiä, jos hän toteaa niiden olevan lainvastaisia.

Alueilla ei ole määräysvaltaa suhteessa peruskuntiin. Sen sijaan yhteistyö alueen ja kuntien välillä on yleistä. Kunnat ja alue voivat perustaa yhteisiä organisaatioita (syndikaatteja) hoitamaan molemmille hallintotasoille kuuluvia tehtäviä, kuten esim. jätehuoltoa tai alueellisten kehittämisprojektien toimeenpanoa.

Ranska

Ranskan perustuslaissa todetaan, että maa jakautuu alueisiin, departementteihin ja kuntiin. Suhde aluetasojen välillä ei ole hierarkkinen, mutta valtiovalta voi lailla osoittaa tehtävän tietylle tasolle, tai velvoittaa alueita, departementteja ja kuntia yhteistyöhön. Esimerkiksi koulujärjestelmässä, kunnat vastaavat peruskouluista, departementit toisen asteen opetuslaitoksista ja alueet kolmannen asteen opetuksesta. Kaikilla kolmella aluetasolla on suorilla kansanvaaleilla valitut päätöksentekijät. Perustuslaissa todetaan myös, että merkittävän osa alueiden taloudesta tulee perustua omiin verotuloihin ja vapaasti käytettäviin varoihin. Alueilla ja departementteilla on yleinen toimiala.

Ranskan paikallis- ja aluehallinto koostuu 13 alueesta (régions), 101 departementista (départements) ja 36 763 kunnasta (communes). Näiden lisäksi erilaisten ylikunnallisten organisaatioiden (intercommunaux) merkitys on kasvanut ja näille on annettu laajennetut valtuudet etenkin kaavoitus-, ympäristö- ja elinkeinoasioissa. Vuonna 2014 toteutetun hallintouudistuksen seurauksena perustettiin muun muassa uusi välillisesti valittu ylikunnallinen metropolihallinto Pariisiin, Lyonin ja Marseillen alueille ja näille alueille siirrettiin osa departementtien tehtävistä. Departementtien asukasluku vaihtelee noin 90 000:sta 2,8 miljoonaan.

Departementtien tärkeimmät tehtävät ovat sosiaalipolitiikka (ml. sosiaalipoliittiset tulonsiirrot), toisen asteen koulutus sekä alueellinen tieverkko. Suuntauksena Ranskassa on, että uusia tehtäviä annetaan ensi sijassa alueille, departementteille ja ylikunnallisille organisaatioille ja että peruskuntien tehtävät säilyvät melko muuttumattomina. Departementtien osuus kolmen itsehallinnollisen tason henkilökunnasta on noin 18 prosenttia ja osuus käyttömenoista noin 34 prosenttia.

Departementtien valtuustot valitaan suoralla kansanvaalilla kaksivaiheisessa vaalissa. Vaaleja varten jokainen departementti on jaettu vaalipiireihin (cantons). Jokaisesta vaalipiiristä valitaan kaksi valtuutettua. Vuoden 2015 departementtivaaleissa valittiin yhteensä 4 108 valtuutettua. Vaalit pidettiin yhtä aikaa kunnallisvaalien kanssa. Äänestysprosentti vaalien kummallakin kierroksella oli noin 50 prosenttia. Seuraavat departementtivaalit järjestetään vuonna 2021.

Departementtien tulot koostuvat verotuloista, valtionosuuksista, maksutuloista sekä lainoista. Departementteilla on perinteisesti ollut melko laaja taloudellinen liikkumavara. Vuonna 2007 verotulot muodostivat 65 prosenttia departementtien käyttötuloista. Valtionosuuksista 24 prosenttia oli tiettyyn käyttötarkoitukseen sidottuja. Vuonna 2010 toteutetun verouudistuksen seurauksena departementtien keräämä yhteisövero (taxe professionnelle), joka oli merkittävä tulolähde, korvattiin keskitetysti kerätyn yhteisöveron jako-osuudella (Contribution Economique Territoriale). Lisäksi departementit keräävät yhä paikallista liikevaihtoveroa.

Eurooppalaisessa vertailussa valtion departementteihin kohdistuva valvonta on keskivahvaa. Departementtien talous on kuitenkin aikaisempaa vahvemmin riippuvainen valtion rahoituksesta ja talouden ohjauksesta.

Vaikka departementit ja kunnat eivät ole hierarkkisessa suhteessa toisiinsa, niiden välinen yhteistyö on tiivis. Varsinkin pienet kunnat ovat riippuvaisia departementtien panostuksesta erilaisissa kehittämissuunnitelmissa. On yleistä, että päätöksentekijöillä on luottamustehtäviä sekä kunta- että departementtitasolla.

5.2.2 Pohjoismaiden ja eräiden muiden Euroopan maiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät

5.2.2.1 Pohjoismaat

Pohjoismaissa terveydenhuollon järjestämistä on 2000-luvulla siirretty väestöltään suuremmille tahoille. Tarkoituksena on ollut vahvistaa järjestäjätahojen taloudellista kantokykyä ja järjestämistä. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen ovat lisääntyvästi eriytyneet toisistaan ja palvelujen tuottajakunta laajentunut ja monipuolistunut. Potilaiden asemaa ja oikeuksia ja hoidon asiakaslähtöisyyttä on pyritty parantamaan uudistetulla lainsäädännöllä sekä lisäämällä asiakkaiden valinnanvapautta. Järjestelmien läpinäkyvyyttä lisätään tuottamalla vertailutietoa palvelujen laadusta, saatavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta ja jakamalla tätä tietoa muun muassa kansalaisille suunnattujen verkkopalvelujen kautta. Kaikissa Pohjoismaissa kunnilla on keskeinen vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Kuntakoko on Tanskassa ja Ruotsissa kuitenkin merkittävästi suurempi kuin Suomessa.

Norja

Norjassa kansallisen tason toimijoita ovat terveysministeriö (Helse- og omsorgsdepartementet) sekä ministeriön alaiset viranomaistahot terveyshallitus (Helsedirektoratet), terveydenhuollon valvontaviranomainen (Statens Helsetilsyn), lääkevirasto (Statens Legemiddelverk) ja kansanterveysinstituutti (Folkehelseinstituttet). Sosiaalitoimen puolella merkittäväksi toimijaksi on noussut lasten, nuorten ja perheiden palveluita tukeva ja ohjaava Barne-, ungdoms- og familieetaten-Bufetat.

Norjassa toteutettiin vuosina 2001—2002 kaksi mittavaa terveydenhuollon uudistusta. Listalääkärimalli (Fastlegeordningen) koski perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen rahoitus- ja järjestämistä ja sairaalareformi (Sykehusreform, Helseforetaksloven) maan erikoissairaanhoitoa valtiolistamasta. Perusterveydenhuollon uudistuksessa Norjan kunnille säädettiin velvollisuus järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammattiharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet läänien palveluksessa. Uudistuksen myötä lääkärit siirtyivät ammattiharjoittajiksi. Sairaala-uudistuksessa erikoissairaanhoitoa rahoitus- ja järjestämistä siirtyi Norjan lääneiltä valtiolle. Uudistuksen yhteydessä Norja jaettiin viiteen sittemmin vuonna 2007 neljään alueeseen, joilla vastuuta kantavat valtion alueelliset toimijat (Regionale Helseforetak). Nämä ovat vastuussa siitä, että kunkin alueen väestö saa tarvitsemansa erikoissairaanhoitoa palvelut. Sairaalat ovat alueellisten toimijoiden ”tytäryhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin kuhunkin voi kuulua yksi tai useampia sairaaloita.

Alueet saivat periaatteessa suuren vapauden järjestää vastuullaan olevat palvelut, mutta valtio pidätti itsellään mahdollisuudet ohjata niiden toimintaa paitsi lainsäädännön ja budjetin välityksellä myös erilaisin ohjauksellisin dokumentein sekä hallitusvaikuttajien kautta. Valtion rahoituksen jakamisessa alueille oli etenkin aluksi ongelmia sopivien ja oikeudenmukaisten laskentaperusteiden määrittelyssä. Rahoitus koostuu väestöpohjaisesta kapitaatiokorvauksesta ja suoritepohjaisesta korvauksesta. Somaattisesta erikoissairaanhoitosta noin 50 prosenttia korvataan vuoden 2017 alusta suoriteperusteisesti DRG-järjestelmään pohjautuen. Psykiatrinen hoito on korvattu pääasiassa kapitaatiopohjaisesti, mutta vuoden 2017 alusta suoritepohjaisia korvauksia on laajennettu myös psykiatriseen avohoitoon. Vaikka sairaaloilla on itsenäinen vastuu henkilöstöstä, toiminnasta ja taloudesta ja ne voivat periaatteessa tehdä suuriakin taloudellisia ratkaisuja, ne eivät kuitenkaan voi mennä konkurssiin. Kunnille säädettiin myös velvollisuus luoda 2012–

2015 perusterveydenhuollon yhteyteen vuodepaikkoja esimerkiksi vanhuksien akuutteja hoitotarpeita ajatellen. Näiden lukumäärä on kuitenkin jäänyt verrattain alhaiseksi (alle 500 vuodepaikkaa 2015).

Perusterveydenhuollon rahoitus tapahtuu osin kuntien ja osin valtion toimesta. Tuottajille maksettavat korvaukset muodostuvat kapitaatiokorvauksen ja suoriteperusteisen korvauksen yhdistelmästä sekä asiakasmaksuista. Erikoissairaanhoidon tuotantoa rahoitetaan valtion varoista erityyppisille palveluille korvamerkittynä korvauksina. Vaikka yleislääkärit toimivatkin pääosin ammatinharjoittajina, monet muut terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät kuntien työntekijöinä esimerkiksi pitkäaikaishoidossa. Rahoitusjärjestelmässä erityistoimijana rahoituksen allokoinnin osalta on Norjan terveydenhuollon talouden hallintoviranomainen HELFO (Helseøkonomiforvaltningen).

Norjan mittavien uudistusten seurauksena syntyi kaksitahoinen järjestelmä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon palvelut sekä sosiaalipalvelut. Mallin toimivuudessa havaittiin vähitellen palveluketjujen integraatioon liittyviä ongelmia. Tämän seurauksena toteutettiin lainsäädäntöuudistus, yhteistoimintareformi (Samhandlingsreform). Se tuli voimaan vuoden 2012 alusta. Kuntien vastuuta palvelujen koordinoinnista vahvistettiin samalla kun kunnat ja erikoissairaanhoidosta vastaavat alueet velvoitettiin sopimusmenettelyyn toimivien hoito- ja palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi.

Norjan potilas- ja asiakaslaki takaa potilaalle oikeuden vapaaseen valintaan ja valintaa tukevaan informaatioon. Valinnanvapautta vahvistettiin Norjan listalääkäriuudistuksella, joka luotiin muistuttamaan Tanskan järjestelmää. Kuntien vastuulle tuli organisoida vähintään kaksi vaihtoehtoista avointa omalääkäriylistä kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä potilaasta. Potilaalla on oikeus aktiivisesti valita, mille lääkärille hän listautuu, jos kyseisen lääkärin listalla on tilaa. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon palveluihin.

Erikoissairaanhoidossa potilaalla on ollut oikeus valita hoitopaikka kaikista maan julkisista sairaaloista sekä niistä yksityisistä tuottajista, joiden kanssa palveluita järjestävät neljä aluetta ovat tehneet asiasta sopimuksen. Joissain tapauksissa sairaaloilla on kuitenkin ollut mahdollisuus kääntää muiden alueiden potilaita priorisoidakseen oman alueensa potilaiden hoitotarpeet. Potilaan oikeuksia laajennettiin vuoden 2015 alusta siten, että he voivat jatkossa valita erikoissairaanhoidon hoitopaikan kaikista etukäteen hyväksytyistä sairaaloista, niin yksityisistä kuin julkisista. Potilaiden informoimiseksi Norjan kansallinen terveysviranomainen ylläpitää verkkopalvelua. Tämä sisältää tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista, jonoista ja odotusajoista sekä hoidon laadusta.

Ruotsi

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on jaettu kolmeen tasoon. Kansallisella tasolla sosiaaliministeriö (Socialdepartementet) vastaa lakiesitysten valmistelusta sekä valvoo ja ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisena toimii useita eri viranomaisia, kuten Sosiaalihallitus (Socialstyrelsen), sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomainen (Inspektionen för vård och omsorg, IVO) ja Lääkevirasto (Läkemedelsverket).

Ruotsin terveydenhuoltolain (Hälso- och sjukvårdslag, SFS 2017:30, SFS 2019:996) mukaan terveydenhuollon pääasiallinen järjestämis- ja rahoitusvastuu on vuoden 2019 uudistuksen jälkeen 21 alueella (region, aikaisemmin maakäräjät), joiden väestöpohja vaihtelee noin 131 000

ja 2 300 000 asukkaan välillä. Kukin alue vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja lisäksi aluekehittämistehtävistä.

Kuntien vastuulla ovat muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito sekä sosiaali-toimi kokonaisuudessaan. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät itsenäisesti järjestä vanhusten lääkäripalveluja, vaan niistä tulee sopia alueiden kanssa.

Alueiden päätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Toimintakuluista lähes 90 prosenttia aiheutuu terveydenhuollon kustannuksista. Toiminta rahoitetaan kuntien ja alueiden keräämillä veroilla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Alueille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja kapitaatioperusteista. Suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisäänty-nyttä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saatavuutta.

Aiemmin maakäräjät tuottivat itse suurimman osan järjestämisvastuullaan olevista palveluista, mutta ulkopuolisten tuottajien osuus on kasvanut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Tuottajakunnan monipuolistumisen taustalla oli aluksi erityyppisten tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen. Sittemmin ongelmat palveluiden saatavuudessa sekä pyrkimys vahvistaa potilaiden asemaa ja lisätä kansalaisten valinnanvapautta ovat tukeneet kehityskulkua, jossa markkinat on avattu myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Ulkoistamisessa noudatettiin aiemmin pääsääntöisesti julkisista hankinnoista annettua lakia ja sen kuvaamia hankintamenettelyjä. Vuoden 2009 alussa tilanne muuttui, sillä silloin tuli voimaan lainsäädäntöuudistus, joka antoi Ruotsin maakäräjille ja kunnille hankintamenettelyjen rinnalle vaihtoehtoisen mahdollisuuden laajentaa palvelujen tuottajakuntaa. Tämä voi tapahtua järjestämällä palvelut ns. valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Laki valinnanvapausjärjestelmistä (Lag om valfrietssystem, SFS 2008:962, SFS 2019:934) sisältää muun muassa määräykset, joiden mukaan kunnan tai alueiden tulee ilmoittaa julkisesti avoimista järjestelmistä, hyväksyä ja tehdä sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määrätyt hyväksymiskriteerit sekä soveltaa kaikkiin hyväksytyihin tuottajiin yhtenäisiä korvausmenettelyjä. Tuottajien välisen kilpailun odotetaan tällöin tapahtuvan pääsääntöisesti laadulla.

Tammikuussa 2010 valinnanvapausjärjestelmien käyttö säädettiin pakolliseksi maakäräjien järjestämässä perusterveydenhuollossa. Tämä tapahtui muuttamalla Ruotsin terveydenhuoltolakia, joka on maan terveydenhuollon rahoitusta, järjestämistä ja muita edellytyksiä säätelevä yleisluontoinen laki. Lakiin tehdyn lisäyksen perusteella maakäräjien (nytemmin alueiden) tulee järjestää perusterveydenhuolto siten, että kaikki alueen asukkaat voivat itse valita hoidon tuottajan ja kiinteän lääkärikontaktin. Aluehallinto ei voi rajoittaa henkilön valintaa tiettyyn maantieteelliseen osaan alueestaan.

Alueiden tulee muodostaa valinnanvapausjärjestelmät siten, että kaikkia tuottajia kohdellaan samalla tavalla, jollei muuhun ole erityistä syytä. Alueiden maksaman korvauksen valinnanvapausjärjestelmässä toimivalle tuottajalle tulee seurata potilaan valintaa. Alueet voivat, mutta niiden ei ole pakko, soveltaa valinnanvapauslainsäädäntöä myös erikoissairaanhoidossa. Valinnanvapausjärjestelmien jatkokehitystä ja laajentamista erikoissairaanhoitoon on stimuloitu valtion taholta muun muassa korvamerkityin tukitoimin. Kunnat taas voivat päättää soveltavtko ne valinnanvapautta järjestämisvastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa. Tavallisempaa kuitenkin on, että kunnat luovat asiakkailleen valinnanvaraa hankintamenettelyn tai erilaisten muiden menettelyjen pohjalta.

Vuoden 2015 alusta voimaan tullut potilaslaki (Patientlag, SFS 2014:821, SFS 2019:964) laajensi valinnanvapauden koskemaan koko maata niin perusterveydenhuollon kuin avosairaanhoidon lääkäripalveluiden osalta. Palveluita hakeva kansalainen voi nyt valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta samalla kun järjestämisvastuussa olevalla kunnalla tai alueella on kokonaisvastuu toiminnasta ja siitä informoimisesta.

Tanska

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta vastaa kaksi keskeistä ministeriötä: terveysministeriö (Sundheds- og Ældreministeriet) sekä sosiaali- ja sisäministeriö (Social- og Indrigsministeriet). Osa terveysministeriön alaisen terveyshallituksen (Sundhedsstyrelsen) tehtävistä jaettiin loppuvuodesta 2015 ohjauksesta, lääkealasta ja potilasturvallisuudesta vastaaville viranomaistahoille. Toimijoita täydennetään uudella terveydenhuollon tietohallintoon keskittyvällä virastolla. Tanskan sosiaalihalitus (Socialstyrelsen) toimii sosiaali- ja sisäministeriön alaisuudessa.

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne pohjautuu vuosina 2005—2007 toteutettuun aluehallinnon uudistukseen, jossa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle alueellisella toimijalle (regioner). Alueiden väestöpohjat vaihtelevat 590 000:n ja 1 800 000:n välillä. Samalla Tanskan kuntien määrä väheni 271 kunnasta 98 kuntaan. Kuntien keskimääräinen asukasluku on noin 53 000 asukasta.

Alueiden päätehtävänä on vastata terveydenhuollosta (sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito). Alueilla on myös tehtäviä erityisosaamista vaativan sosiaalitoimen sekä alue suunnittelun ja -kehityksen saralla.

Alueiden toimintaa rahoitetaan valtionosuuksilla, jotka vuonna 2019 kattoivat terveydenhuoltomenoista noin 82 prosenttia ja aluekehittämistehtävistä noin 76 prosenttia. Lisäksi toimintaa rahoitetaan kuntien maksuosuuksilla: vuonna 2019 terveismenoista noin 17 prosenttia ja aluekehittämistehtävistä noin 25 prosenttia. Kunnat taas saavat suurimman osan tuloistaan, noin 71 prosenttia, kunnallisverosta ja pienemmän osuuden, noin 21 prosenttia, valtion tukena. Jälkimmäistä ”kierrätetään” alueiden rahoitukseen. Vuonna 2012 kuntien kapitaatiopohjainen korvausosuus poistettiin ja koko kuntien rahoitusosuus muuttui aktiviteettisidonnaiseksi.

Valtion alueille maksaman rahoitusosuuden suuruuteen vaikuttavat useat sosiodemografiset tekijät, kuten alueen yksin asuvien yli 65-vuotiaiden määrä, työttömyys- tai muulla tuella elävien määrä ja elinajan odotteen suhde pisimmän odotteen alueeseen. Runsas prosentti alueiden kokonaisrahoituksesta muodostuu valtion maksamasta aktiviteettisidonnaisesta osuudesta, johon vaikuttaa tuotettujen palvelujen määrä. Tällä pyritään luomaan kannusteita erityisesti sairaalasektorin toiminnan tehostamiselle. Korvausten tarkemmat periaatteet sovitaan vuosittain. Kuntien alueen aktiviteettisidonnaiselle rahoitukselle asetetaan kuitenkin etukäteen katto.

Kuntien osarahoitusvastuu kohdistuu alueiden terveydenhuoltoon ja aluekehitykseen. Kunnat maksavat sairaalassa hoidettujen siirtoa odottavien potilaiden sairaalahoitopäivät sekä avohoidon kuntoutuksen. Lisäksi kunnat maksavat yllä mainittua aktiviteettisidonnaista rahoitusosuutta, jonka suuruus on suoraan riippuvainen kunnan asukkaiden palvelujen käytöstä. Tarkoituksena on tarjota kannusteet terveyden edistämisen toimille sekä edistää sujuvien hoito- ja palveluketjujen kehittämistä.

Alueiden menoista yli 97 prosenttia kohdistuu terveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon lääkärit ovat yksityisiä ammatinharjoittajia, jotka työskentelevät sopimuksin alueellisten toimijoiden kanssa. Erikoissairaanhoidosta suurin osa on julkisen sektorin toimintaa. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tuottajille maksetaan korvauksia tuotetuista palveluista etukäteen sovituin menettelyin ja laskentaperustein. Perusterveydenhuollon yleislääkärit saavat suurimman osan korvauksistaan (70 prosenttia) suoriteperusteisesti ja pienemmän osan listattujen potilaiden määrän perusteella; asiakasmaksuja ei kerätä. Julkisten sairaaloiden korvauksista kasvava osa (50—70 prosenttia) maksetaan aktiviteettisidonnaisina korvauksina, joiden pohjana käytetään vuosittain ministeriössä päivitettäviä DRG-laskelmia.

Erityistä osaamista vaativia toimintoja on keskitetty kansallisesti suurimpiin erikoissairaanhoidon yksiköihin. Valtio käyttää huomattavia määrärahoja vanhojen sairaaloiden muuttamiseksi moderneiksi niin sanotuksi supersairaaloiksi. Erikoissairaanhoidon suunnitelma hyväksyttiin ensimmäisen kerran vuonna 2010. Siinä määritellään eri sairaaloiden toimintoja.

Tanskassa sosiaalitoimi, johon kuuluvat myös vanhusten hoivapalvelut, on pääsääntöisesti kuntien vastuulla. Kuntien tehtäviin kuuluu myös terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoutuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat, vaativasta kuntoutuksesta kuitenkin alueet. Kuntien odotetaan ylläpitävän ”terveyskeskuksia” (sundhedscentra), joissa keskitytään terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä kuntoutukseen ja sairauksien (tai pitkäaikaissairauksien komplikaatioiden) ehkäisemiseen.

Asiakkaan ja potilaan valinnanvapaudella on Tanskan perusterveydenhuollossa pitkät perinteet, kun taas sairaaloiden valintaan liittyvää lainsäädäntöä on kehitetty muun muassa kansallisen hoitotakuun myötä. Tanskan terveysturvallisuuslain nojalla väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Yli 98 prosenttia maan asukkaista on valinnut kuulumisen ns. ryhmään 1, jossa potilailta ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja. He listautuvat perusterveydenhuollon lääkäriin, joka toimii portinvartijana erikoissairaanhoidossa. Ryhmään 2 kuuluu alle 2 prosenttia väestöstä. He maksavat perusterveydenhuollossa asiakasmaksuja ja voivat hakeutua myös erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetekäytäntöä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus perustuu potilaan aktiiviseen listautumiseen haluamalleen lääkäriin. Erikoissairaanhoidossa potilas voi valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista, jollei valitulla sairaalalla ole poikkeuksellisen pitkää hoitajonoa. Jos odotusaika ylittää Tanskan hoitotakuun 2 kuukautta, valinnan piiriin tulevat myös yksityiset ja ulkomaiset sairaalat, joiden kanssa alueilla on sopimus. Joissakin sairauksissa (syöpät, iskeeminen sydänsairaus) hoitotakuun määrittelemät aikarajat ovat lyhyempiä kuin 2 kuukautta.

Tanskan alueilla ja sairaaloilla on lakisääteinen velvollisuus informoida potilasta suunnitellusta hoitoajankohdasta ja vaihtoehtoisista hoitomahdollisuuksista myös maan muissa sairaaloissa. Terveydenhuollon kansallinen verkkopalvelu tarjoaa tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa sekä yksityiskohtaista laatuvertailutietoa sairaaloista.

Tanskan alueet perustivat maaliskuussa 2006 yhteisen etujärjestön, Danske Regioner, joka on merkittävä neuvotteluosapuoli muun muassa määriteltäessä terveydenhuollon tuottajien sopimuksia sekä niihin liittyviä korvausperusteita ja -menettelyjä. Kunnilla on erillinen oma etujärjestönsä, Kommunernes Landsforening. Tanskan hallitus sekä mainitut etujärjestöt käyvät vuosittain neuvottelut, joiden tuloksena tehdään puitesopimukset alueiden ja kuntien taloudesta. Sovittujen tasojen ja edellytysten pohjalta määritellään alueiden ja kuntien valtion rahoituksen

määrä. Sopimukset ovat melko yleisluonteisia ja ne ovat jättäneet alueille ja kunnille mahdollisuuden priorisoida resursseja suhteessa erilaisiin paikallisiin tarpeisiin.

Vuoden 2014 alusta Tanskassa tuli voimaan uusi budjettilaki, joka edellyttää kattojen määrittämistä julkisen talouden osa-alueille. Se sisältää myös lisäyksiä aluelakiin, muun muassa sanktiomahdollisuuksia, jos alueet eivät noudata valtiopäivien ja valtiovarain- ja sisäministeriön kullekin nelivuotiskaudelle asettamia tavoitteita. Tanskan riippumaton Talousneuvosto (De Økonomiske Råd) seuraa jatkuvasti, noudattaako julkinen talous suunnitelmaa.

Palveluiden integraation ongelmat Pohjoismaissa

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Erityisesti monisairaat vanhuksat sekä mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset ovat ryhmiä, joiden kohdalla palveluiden puutteellinen integraatio on aiheuttanut suuria ongelmia. Myös terveyden edistämisen integroiminen muuhun toimintaan on ollut haasteellista.

Norjassa ja Tanskassa ongelmana on ollut terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitahoisesta rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Tilanteen korjaamiseksi Norjassa tuli vuoden 2012 alusta voimaan laaja yhteistoimintareformi. Se sisälsi muutoksia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä kansanterveyslakiin. Muutoksilla pyrittiin parantamaan terveydenhuollon toimivuutta lisäämällä kuntien koordinaatiovastuuta ja kehittämällä perusterveydenhuollon yhteistyötä niin sosiaalipalveluiden kuin erikoissairaanhoidon suuntaan. Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tuli tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Kunnille annettiin uudistuksessa myös valtion lisärahoitusta ja samalla osarahoitusvastuu erikoissairaanhoidon käytöstä. Uudistuksen varhaiset seurantalokset olivat lupaavia, mutta kuten yllä on kuvattu, osarahoitusvastuuta on sittemmin rajoitettu.

Tanskassa vastuu vanhusten palveluiden järjestämisestä on paikallistasolla eli kunnilla. Vanhustenhuollon laatua on pyritty parantamaan ja korostettu hoidon yksilöllisen tarpeen arviointia. Keskeisenä tavoitteena on myös sairaanhoidon ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen, jotta vanhusten kotiuttaminen sairaalahoidosta sujuisi entistä paremmin.

Perusterveydenhuollossa suurta keskustelua on herättänyt ammatinharjoittajalääkäreihin kohdistuvat tehtävät ja niiden ehdot. Alueiden kanssa sopimussuhteessa olleita ammatinharjoittajia on pyritty käyttämään myös (kuntien vastuulla olevassa) terveyden edistämässä, kuntoutuksessa ja vanhustenhuollossa. Toiminnan ehdoista ja korvauksista jouduttiin kuitenkin pitkään etsimään yksimielisyyttä.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän yksi vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman tahon, alueiden, rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi on toisaalta luettu puutteellinen integraatio kuntien vastuulla olevan sosiaalitoimen ja alueiden terveydenhuollon välillä. Tämä on ollut suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämisvastuu jakautuu kuntien ja alueiden kesken. Siirryttäessä terveydenhuollossa valinnanvapausjärjestelmiin on palvelujen korvausmenettelyjä pyritty samalla kehittämään niin, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin toimivia palveluketjuja.

Kansallinen ohjaus Pohjoismaiden hajautetuissa järjestelmissä

Ruotsissa valtio on puuttunut myös sosiaali- ja terveydenhuollon välisiin integraatio-ongelmiin uudistamalla valvontaviranomaisten toimintaa. Sosiaalitoimen valvonta siirrettiin vuonna 2010 lääninhallituksilta Sosiaalihuutukselle, jolla oli jo ennestään vastuu terveydenhuollon valvonnasta. Vuonna 2013 koko valvontatoimi eriytettiin Sosiaalihuutuksesta erilliseksi valvontaviranomaiseksi (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Valtio tukee ja ohjaa alueiden toimintaa erilaisin korvamerkityin valtionavuin (”stimulanspengar”). Valtio on osoittanut kohdennettua rahoitusta hoitojonojen purkuun, kirjoitettujen sairastomien vähentämiseen, vanhustenhuoltoon ja kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämiseksi on jaettu suoriteperusteista lisärahoitusta.

Esimerkkejä valtion informaatio-ohjauksen vahvistumisesta ovat kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitoprosessien ja saavutettujen hoitotulosten avoimet tilastovertailut alueiden ja sairaaloiden välillä. Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän pohjaksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii yli sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä.

Keskeisessä asemassa rekisterien kehittämisessä olivat aluksi maan erikoislääkäriyhdistykset. Sitten maakäräjät (nykyisin alueet, regions) ja valtio ryhtyivät järjestelmällisesti tukemaan ja ohjaamaan toimintaa kohti kansallisesti yhtenäisiä järjestelmiä ja julkaisemaan avointa vertailutietoa (Öppna jämförelser). Myös muut tahot, kuten yksityiset palvelutuottajat (Vårdföretagarna) ja lääketeollisuusyhdistys (LIF), ovat tukeneet vertailutietojen keräämistä, analysointia ja raportointia.

Hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on benchmarking-tyyppinen vertailu ja nyttemmin myös suoritepohjaiset laatubonukset. Vuoden 2011 alusta toimintansa aloitti uusi valtion laitos (Vårdanalys), joka tähtää erityisesti potilaiden, asiakkaiden ja veronmaksajien tietotarpeiden tyydyttämiseen. Vårdanalys on muun muassa tuottanut laajaa seurantatietoa Ruotsin valinnanvapaisuudistuksen vaikutuksista.

Terveydenhuollon kehittäminen keskittyy Ruotsissa potilaan valinnanvapautteen liittyvien kysymysten lisäksi hoitotuloksiin ja hoidon laatuun. Esimerkiksi syövän hoitoa on keskitetty alueellisiin keskuksiin. Suuremmissa yksiköissä annetun hoidon uskotaan parantavan hoidon laatua, tasoittavan eriarvoisuutta eri alueiden väestön välillä ja kohdistavan resursseja optimaalisemmin. Jatkossa myös osan muusta erikoissairaanhoidosta arvellaan seuraavan perässä.

Tanskan alueiden ja kuntien taloudellinen ohjaus ja menokattomenettely on kuvattu yllä. Myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkökulmasta. Vastuu terveyspalvelujen seurannasta jakautuu terveydenhuollon eri tasojen välille. Kansallisella tasolla terveyshallitus on vastuussa muun muassa potilasrekisterin ja DRG-luokituksen ylläpidosta. Alueet kantavat vastuuta kansallisista laaturekistereistä ja potilaskyselyistä.

Hoidon laatua kuvaavia tietoja kehitetään ja käytetään hyväksi muun muassa Tanskan kansallisessa indikaattoriprojektissa ja kansalaisinformaation levittämiseen tarkoitettussa verkkopalve-

lussa. Terveydenhuollon laatu- ja akkreditointi-instituutti IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) on vastuussa Tanskan terveydenhuollon laatujärjestelmästä (Den Danske Kvalitesmodel), ja se määrittelee laatuksiteerejä ja -standardeja akkreditoinnin pohjaksi.

Norjassa, missä menokehitykseen erityisesti vaikuttava erikoissairaanhoido on valtiollisen toimijan omistuksessa, järjestelmän taloudellinen ohjaus ei ehkä teknisesti ole yhtä haastavaa kuin hajautetummissa järjestelmissä. Keskeinen vastuutaho rahoituksen allokoinnin osalta on Norjan terveydenhuollon talouden hallintoviranomainen HELFO (Helseøkonomiforvaltningen), joka toimii terveyshallituksen alaisuudessa.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallista seuranta ja ohjausta on Norjassa kehitetty samaan suuntaan kuin Ruotsissa ja Tanskassa. Viimeisen 15 vuoden aikana Norjassa on luotu yli 50 kansallista laaturekisteriä, joille on rakennettu myös yhteinen kansallinen tuki- ja rahoitusrakenne. Valtio investoi informaatio-ohjaukseen muun muassa kansallisen osaamiskeskuksen (Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten) kautta. Keskus vaikuttaa erityisesti välittämällä tietoa terveydenhuollon ammattihenkilöille. Laaturekistereistä saatua vertailutietoa käytetään laajasti vertaiskehittämiseen ja nyttemmin kansalaisten informoimiseen vaihtoehtoisista hoitopaikoista. Myös osoitettuun laatuun liittyviä tuottajien bonusjärjestelmiä on kehitetty viime vuosina.

5.2.2.2 Eräiden muiden Euroopan maiden sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmät

Alankomaat

Alankomaiden terveydenhuollossa keskushallinnon rooli liittyy toimeenpanon valvontaan ja palvelujärjestelmän tehokkuuden parantamiseen. Terveysministeriön (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) alaisena toimii useita kansallisia viranomais- ja kehittämistahoja, joiden tehtävänä on valvoa ja ohjata palvelujärjestelmää ja sen toimijoita. Valvontaviranomainen IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) seuraa ja valvoo terveydenhuollon sisältöä ja laatua, IJZ (Inspectie jeugdzorg) lasten ja nuorten palveluja ja lastensuojelua. Kansanterveys- ja ympäristölaitos (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM) on terveysministeriön alainen tutkimus- ja kehittämislaitos, joka tarvittaessa vastaa myös muiden ministeriöiden tietotarpeisiin. Informaatio-ohjausta tukevat Alankomaissa myös lukuisat muut kansainvälisestikin tunnetut, riippumattomat instituutit kuten NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research).

Terveydenhuollossa toteutettiin vuonna 2006 lakiuudistus, joka yhdisti julkisen ja yksityisen sairausvakuutuksen. Vapaan markkinatalouden periaatteet ovat tämän jälkeen leimanneet Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmää. Provinssien vastuut sosiaali- ja terveydenhuollossa liittyvät lähinnä sosiaali- ja nuorisotyöhön. Myös kunnilla on vastuita sosiaalihuollosta.

Alankomaiden terveydenhuollon vakuutus pohjainen järjestelmä jakautuu kolmeen osastoon (compartimenten). Ensimmäinen osasto kattaa pitkäaikaisen hoidon, josta koituisi vakuutetulle merkittäviä taloudellisia rasitteita. Toinen osasto on yleinen terveystakuutusjärjestelmä ja kolmas osasto on vapaaehtoinen lisävakuutusjärjestelmä. Näistä terveydenhuoltojärjestelmän kannalta tärkein on toinen osasto, joka on käytännössä yleinen terveystakuutus koko Alankomaiden väestölle. Vakuutus kattaa tavanomaiset sairaanhoidon palvelut ja vakuutusmaksu peritään kansalaisilta kahdessa osassa. Ensimmäinen maksetaan tasamaksuna suoraan vakuutusyhtiölle, eli vakuutetun riskiprofiili ei saa vaikuttaa vakuutusmaksun määrään. Toinen määräytyy vakuutetun tulojen mukaan ja työnantaja tilittää sen vakuutetun palkasta suoraan sairausvakuutusrahastoon toisin kuin ensimmäinen osa. Sairaustakuutusrahasto tilittää rahat vakuutusyhtiöille

erityisen riskiprofiilijärjestelmän mukaisesti. Ensimmäisen osaston rahoitus kerätään tuloverotuksen yhteydessä. Sosiaaliturva ja sairauksien ehkäisy eivät kuulu vakuutuksen piiriin, vaan niiden rahoitus kerätään verotuksen kautta.

Palveluiden tuottajat ovat Alankomaissa yksityisiä vakuutusyhtiöiden kanssa neuvottelevia toimijoita. Vakuutusyhtiöt ja palveluiden tuottajat sopivat keskenään tuotettavien palveluiden määrästä, laadusta ja hinnoista. Neuvotteluissa perusterveydenhuollossa toimivia yleislääkäreitä edustavat erityiset komiteat (huisartsenkringen), koska yleislääkärit toimivat yleensä ammatinharjoittajina.

Alankomaissa on 17 alueellista tukirakennetta (Regionale Ondersteuningsstructuren ROS), joiden tehtävänä on tukea perusterveydenhuollon henkilökuntaa kuten yleislääkäreitä, fysioterapeutteja ja mielenterveyshoitajia kehittämään integroituja tiimityön malleja, toimeenpanemaan hoidon laadun parantamiseen tähtäviä ohjelmia sekä kehittämään hoidon jatkuvuutta. Kunnat haluavat edistää horisontaalista integraatiota ROS:sien kautta, koska ovat vastuussa perusterveydenhuollosta sairauksien ehkäisyn, sosiaalisen tuen ja nuorisopalveluiden osalta. ROS:sien toimintaa rahoittavat vakuutusyhtiöt, provinssit ja kunnat.

Perusterveydenhuollolla on Alankomaissa vahva portinvartijarooli, sillä erikoissairaanhoidon pääsee vain yleislääkärin vastaanoton kautta, poikkeuksena kiireellinen sairaanhoito. Kaikki asukkaat listautuvat yleislääkärille, ja yleislääkärillä on noin 2 300 potilasta listallaan. Yleislääkäreitä on vajaat 9 000.

Erikoissairanhoidossa on kolmenlaisia sairaaloita. Yliopistosairaalat tarjoavat vaativia erikoissairanhoidon palveluita, ja ne toimivat osana Alankomaiden korkeakoulujärjestelmää. Opettavat sairaalat tarjoavat myös erikoistuneita palveluita ja sairaaloiden toiminta on organisoitu tukemaan terveydenhuollon peruskoulutusta, esimerkiksi kätilöiden osalta. Kolmantena ovat yleissairaalat jotka tarjoavat muita erikoissairanhoidon palveluita. Alankomaihin on lisäksi syntynyt sairaaloista erillään toimivia klinikoita, jotka ovat erikoistuneet johonkin tiettyyn sairauteen. Erikoissairanhoito ei Alankomaissa saa tuottaa voittoa, vaan on lain mukaan voittoa tavoittelematonta toimintaa, vaikka erikoissairanhoidon toimipisteet ovatkin yrityksiä.

Pitkäaikaishoitoa Alankomaissa tarjoavat palveluasumisen osalta erilliset toimijat ja kotihoidon osalta kunnat. Vuonna 2009 terveydenhuollon kustannuksista käytettiin 38 prosenttia pitkäaikaishoidon palveluihin. Ne on rahoitettu AWBZ-lain (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) perusteella vakuutusjärjestelmän ensimmäisestä osastosta. AWBZ-laki kumottiin vuonna 2015 ja korvattiin pitkäaikaishoidon lailla (Wet langdurige zorg, Wlz). Järjestelmää koordinoi palvelutarpeiden arviointiin keskittyvä viranomainen CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Kunnat puolestaan vastaavat erityisten palvelutarpeiden arvioinnista kuten apuvälineistä.

Valinnanvapaus Alankomaissa toteutuu niin, että asiakas voi vapaasti valita oman vakuutusyhtiönsä. Vakuutusyhtiöllä on vastuu ottaa kuka tahansa henkilö vakuutuksen piiriin eivätkä vakuutusyhtiöt voi määrittellä vakuutusmaksun suuruutta henkilön iän tai terveydentilan perusteella. Asiakkaat voivat vaihtaa vakuutusyhtiötä kerran vuodessa. Valinnanvapauden järjestäminen kuvatulla tavalla perustuu siihen, että vakuutusyhtiöt kilpailevat asiakkaista yrittäessään hankkia hinta-laatusuhteeltaan hyviä palveluita palveluiden tuottajilta.

Espanja

Espanjassa on 17 itsehallinnollista aluetta (comunidades autónomas). Pienimmässä asuu reilu 300 000 asukasta, kun taas suurin itsehallintoalue on asukasmäärältään yli 8,4 miljoonaa. Itsehallintoalueiden tehtävät ja vastuut vaihtelevat, sillä esimerkiksi verotusoikeus on osalla itsehallintoalueista ja toisilla taas ei. Itsehallintoalueet jakautuvat edelleen 50 maakuntaan. Espanjan väestömäärä on 47,1 miljoonaa (2019).

Kaikilla Espanjan itsehallintoalueilla on oma alueellinen terveydenhuollon ministeriö (Consejería de Salud) ja terveydenhuollon tuotanto-organisaatio. Alueellisten ministeriöiden vastuulla on terveyspolitiikan, alueellisen lainsäädännön ja valvonnan lisäksi myös terveyspalveluiden järjestäminen ja tuottaminen. Terveyspalveluiden tuotanto jakautuu useilla alueilla perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Alueellisten ministeriöiden valta verrattuna kansalliseen ministeriöön on suuri. Keskushallinnon tehtävät liittyvät lainsäädäntöön, palveluvalikoiman määrittelyyn ja alueiden tehokkuuden seuraamiseen. Terveydenhuolto on itsehallintoalueiden keskeisin tehtävä.

Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä ja tuottamisesta on itsehallintoalueilla. Vuonna 2009 toteutetulla uudistuksella sosiaali- ja terveydenhuolto yhdistettiin samaan kansalliseen ministeriöön (MSPS). Keskeinen taho Espanjan terveydenhuollon koordinaatiossa on alueiden välinen terveysneuvosto CISNS (Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud de España). Neuvosto koostuu terveysministeristä ja itsehallintoalueiden terveysministereistä ja sen tehtävänä on edistää terveydenhuoltojärjestelmän yhdenvertaisuutta ja toimivuutta.

Espanjan terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus kerätään pääosin julkisista lähteistä, joista 94 prosenttia verotuksen kautta. Kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus koostuu julkisesti kerätystä rahoituksesta (71 %), vapaaehtoisista vakuutuksista (5,5 %) ja kansalaisten vastuulla olevasta rahoituksesta (22,4 %). Itsehallintoalueet keräävät osan veroista suoraan ja alueet saavat tämän lisäksi valtiolta osan rahoituksesta sekä erilaista hankerahoitusta.

Perusterveydenhuolto perustuu yleislääkärien toimintaan. Asiakkaat ovat kirjautuneet tietyille yleislääkärille tai perhelääkärille, jonka vastaanotto on asiakkaan ensikontakti terveydenhuollon järjestelmään. Yleislääkäri päättää asiakkaan lähettämisestä erikoislääkärin vastaanotolle tarpeen vaatiessa. Erikoissairaanhoidon palvelut on määritelty erikoissairaanhoidon palvelupaketissa, jonka palveluja itsehallintoalueet voivat halutessaan täydentää. Jokaisella itsehallintoalueella on ainakin yksi julkinen sairaala, joka tarjoaa kaikkein vaativimpia erikoissairaanhoidon palveluja. Sairaaloita on jaoteltu tarjottavien palveluiden tason mukaisesti. Julkisten sairaaloiden lisäksi Espanjassa toimii pienempiä yksityisiä sairaaloita.

Sosiaalipalveluiden osalta kansallinen koordinoiva toimija vuoden 2009 jälkeen on ollut SAAD (National System for Autonomy and Assistance for Situation of Dependency). Sosiaalipalveluita tarjoavat SAAD:n koordinoimat sosiaalikeskukset, ja itsehallintoalueella on valta määrittää, miten palvelut alueella järjestetään. Palvelupakettiin kuuluu erilaisia sosiaali-, kotihoito- ja asumispalveluja sekä taloudellisia tukia. Palvelupaketti käsittää niin sosiaalipalvelut kuin pitkäaikaisen hoidon ja ikääntyneiden tarvitsemat palvelut.

Espanjassa palveluiden järjestäminen ja tuottaminen ovat olleet pitkään linkittyneinä yhteen, mutta viime vuosien uudistukset ovat muuttaneet hieman asetelmaa. Esimerkiksi sairaalat käyvät itsehallintoalueiden kanssa sopimusneuvottelun palveluiden tuottamisesta ja tuotantoon liittyvistä tavoitteista, mikä on johtanut indikaattoritietopakettien hyödyntämiseen sopimusneuvotteluiden pohjana (Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD). Neuvottelumenettelyt ulottuvat

myös perusterveydenhuoltoon. Sopimusneuvottelut ovatkin olleet yksi mekanismi tuottajien ohjaamiselle, sillä niiden avulla on saatu toimeenpannuksi esimerkiksi erilaisia rationaalisen lääkehoidon ohjelmia. Sopimusneuvotteluita on kritisoitu siitä, että niillä on lähinnä hyväksytty olemassa olevien tuottajien palvelut ja rakenteet. Järjestelmän avulla tuottajille voidaan kuitenkin asettaa terveydenhuollon palveluita koskevat konkreettiset tavoitteet. Palveluiden laatuun ja turvallisuuteen kiinnittää erityistä huomiota kansallisen terveydenhuollon laatuvirasto (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud).

Terveydenhuollon asiakkailla on oikeus omiin asiakastietoihin sekä oikeus nähdä myös palveluiden käyttöä koskevat hallinnolliset päätökset. Asiakkaalla on myös oikeus nähdä mistä muualta vastaavaa palvelua olisi mahdollista saada ja minkälaisin ehdoin. Palveluiden käyttäjillä on myös mahdollisuus valita yleis- tai perhelääkäriinsä ja sairaalansa, saada tietoa jonotusajoista ja oikeus kysyä toista mielipidettä hoitopäätöksestä.

Iso-Britannia

Englanti

Englanti on osa Iso-Britannian ja Pohjois-Irlannin yhdistynyttä kuningaskuntaa. Englannin julkinen terveydenhuoltojärjestelmä National Health Service (NHS) kattaa yli 53 miljoonan henkilön terveydenhuollon palvelut. Viimeisten hallituskausien aikana se on läpikäynyt kaksi merkittävää rakenteellista reformia. Näitä on yhdistänyt halu tukea asiakkaan osallisuutta ja valinnanvapautta sekä turvata palveluiden korkea laatu ja tuloksellisuus tasapuolisesti koko väestölle.

Terveydenhuoltoa ohjaa Terveysministeriö, jonka alaisuudessa toimii kansallinen järjestäjäorganisaatio NHS England. Sen toiminta perustuu vuosittain hallitukselta saatuun toimeksiantoon, jossa määritellään toiminnan tavoitteet. Niiden toteutumista seurataan tuloksellisuus- ja terveys-hyötymittareilla (Outcomes Framework). NHS England vastaa NHS:n johtamisesta, budjetista, kansallisesti keskitettyjen palvelujen tilaamisesta sekä alueellisten järjestäjäorganisaatioiden toiminnasta. Alueellisia järjestäjäorganisaatioita (Clinical Commissioning Groups, CCG) on 211 ja niiden asukasmäärät vaihtelevat 61 000 ja 860 000 välillä, mediaanin ollessa 250 000. CCG:t muodostuvat alueen perusterveydenhuollon lääkärikeskuksista ja ne huolehtivat muiden palveluiden tilaamisesta alueen väestölle. Palvelujen tuottajat voivat olla julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin toimijoita, jotka täyttävät NHS:n asettamat yhteiset rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit.

Vaikka terveysministeriö vastaa myös sosiaalihuollon strategisesta johtamisesta, sosiaalihuollon järjestämisestä huolehtii 152 paikallishallintoaluetta. Käytännöissä on alueellista vaihtelua, mutta viime aikoina niitä on pyritty yhtenäistämään lainsäädännöllä. Myös sosiaalihuollossa asiakas voi hankkia paikallisviranomaisen rahoittamia palveluita toiveensa mukaan yli sektori-rajojen. Toiminnan tuloksia mittaava viitekehys on laadittu koskemaan sekä aikuisten sosiaali- huoltoa että mielenterveyspalveluita.

Terveydenhuolto on rahoitettu verorahoituksella. Palvelut ovat pääsääntöisesti maksuttomia niiden käyttäjille. Miltei puolet NHS:n kokonaisrahoituksesta kuluu sairaalahoitoon sekä akuuttiin toimintaan. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut, muu perusterveydenhuolto, avoterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut sekä lääkkeet kattavat kukin noin 10 prosenttia kokonaisrahoituksesta. Kansalliselle järjestäjäorganisaatiolle kohdennetun rahoituksen suuruus on noin 90 prosenttia NHS:n kokonaisrahoituksesta. Rahoituksesta noin kaksi kolmasosaa kanavoituu edelleen alueellisille järjestäjäorganisaatioille. Perusterveydenhuollossa yli puolet lääkäreiden

rahoituksesta perustuu suhteutettuun kapitaatiokorvaukseen. Lisäksi 25 prosenttia voi olla sidottu vapaaehtoiseen laatua ja toiminnan tuloksia mittaavaan viitekehukseen (Quality and Outcomes Framework), joka kannustaa hyvin käytäntöihin perustuvaan hoitoon. Muiden palveluiden rahoituksessa käytetään hyvin pitkälti kansallista maksujärjestelmää (National Tariff Payment System). Sen kautta kaikki hyväksytyt yksityiset, julkiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat saavat tuottamistaan palveluista yhdenmukaisen korvauksen ja kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin. Kansallinen tilaajajärjestö NHS England päättää vuosittain mitä palveluita kansallinen maksujärjestelmä koskee. Tämän perusteella Monitor - valvontaviranomainen määrittelee korvaustasojen suuruuden.

Sosiaalihuollon rahoitus jakaantuu valtionrahoitukseen, alueen omaan rahoitukseen ja asiakasmaksuihin. Sosiaalihuollon palvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin liittyy usein maksuja, joiden suuruus määräytyy asiakkaan tulojen ja omaisuuden perusteella. Maksuille on kuitenkin määritetty valtakunnallisesti henkilökohtainen yläraja.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat edelleen eri viranomaistahot, on 1990-luvun loppupuolelta lähtien kiinnitetty huomiota horisontaaliseen integraatioon mahdollistamalla eri viranomaisten budjettien yhdistäminen sekä palveluiden yhteistuotanto. Tämän lisäksi erityisesti vaativat hoitotakuutavoitteet ovat kannustaneet vertikaaliseen integraatioon. Horisontaalisen ja vertikaalisen integraation parantaminen on nyt yksi keskeisimmistä tavoitteista. Siksi huomiota on kiinnitetty uudentyypisten organisaatiomuotojen alueellisille kokeiluille, joissa korostuvat erityyppiset lähestymistavat sekä horisontaalisen- että vertikaalisen integraation tukemiseksi.

Terveydenhuollossa keskeisessä asemassa on perusterveydenhuollon lääkäri (GP), joka vastaa asiakkaan hoidosta ja ohjaamisesta myös muihin palveluihin. Terveydenhuollossa tuottajien välinen kilpailu voi liittyä joko asiakkaan tekemään valintaan tai kilpailuun palvelusopimuksista. Lähetteen saanut asiakas voi valita palveluntuottajan julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli palveluntuottaja täyttää toimijoilta vaaditut laadulliset ja toiminnalliset rekisteröitymiskriteerit ja hyväksyy NHS:n asettaman korvaustason suuruuden. Terveydenhuollon asiakkaat ovat kuitenkin toistaiseksi suosineet valinnoillaan julkisia lähituottajia ja muutokset tuottajakunnan rakenteessa ovat olleet hyvin maltillisia. Julkisista sairaaloista 64 prosenttia (153 sairaalaa) on säästännyt Foundation Trust -statuksen, jonka myötä niillä on muita enemmän toiminnallisia ja taloudellisia vapauksia. Merkittävää on se, että suurin osa väestöstä on myös todellisuudessa julkisen terveydenhuollon piirissä ja erityyppiset täydentävät vakuutukset tai palveluiden itse rahoittaminen on harvinaista.

Sosiaalihuollon palvelut kattavat vanhuksille, lapsille ja heidän perheille, vammaisille sekä mielenterveysasiakkaille suunnatut palvelut. Ne voidaan tarjota joko asiakkaan kotona, tuetussa asumisympäristössä tai päivätoimintana. Keskeisen osan toiminnasta muodostaa asiakkaan kanssa tehty palvelutarpeen arviointi. Sosiaalihuollossa valinnanvapauden kautta on pyritty tietoisesti purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa.

Kansallisten tavoitteiden toteutumista seurataan sosiaali- ja terveydenhuollossa tuloksellisuus- ja terveyshyötymittareilla. Lisäksi valvontaviranomaisilla on merkittävä rooli palveluntuottajien hyväksymismenettelyissä sekä yhteisten pelisääntöjen ja standardien kehittämisessä ja niiden toteutumisen valvonnassa. Valvontaviranomainen (Monitor) vastaa NHS:n rahoittamien tuottajien toiminnan lisenssioinnista. Tämän lisäksi Monitor kehittää terveydenhuollon markkinoihin liittyvää, yhteisiä pelisääntöjä selkeyttävää ohjeistusta, valvoo asiakkaan edun toteutumista sekä vastaa toiminnan jatkuvuudesta, jos tuottaja ajautuu toiminnallisiin vaikeuksiin. Care Quality Commission (CQC) vastaa myös sosiaalihuollon palveluntuottajien laadun- ja potilas-

turvallisuuden rekisteröinnistä. Se huolehtii, että valinnat voivat kohdistua vain asiakkaalle turvallisiin palveluntuottajiin. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajat kattava vertailutieto on avoimesti saatavilla NHS Choices -sivustolta. Lisäksi palveluntuottajien on esitettävä näkyvästi valvontaviranomaiselta saatu laatuluokitus ja julkaistava vuosittainen toiminnan sisältöä ja tuloksia kuvaava laatutilinpäätös (Quality Accounts).

Englannissa asiakkaan roolia on vahvistettu tukemalla osallisuutta kaikilla päätöksenteon tasoilla. Velvoitteet on kirjattu lakisääteiksi vuonna 2012 uudistettuun sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin. Ne kattavat asiakkaiden oikeudet osallisuuteen omaan hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa, hoitosuunnitteluun, valinnanvapauteen ja tuettuun päätöksentekoon. Lisäksi tilaajaorganisaatioilla on velvollisuus tukea osallisuutta palveluiden suunnittelusta aina toiminnan arviointiin. Paikallisviranomaisien alueilla toimii myös Healthwatch -verkosto, joka huolehtii asiakkaiden toiveiden kuulemisesta ja huomioimisesta käytännön toiminnassa. Lisäksi organisaatiotasolla on paljon tukirakenteita, kuten NHS Citizens -ohjelma, joka tukee osallisuutta kansallisen tilaajajärjestön osalta.

Valinnanvapauteen liittyvät oikeudet on kirjattu osaksi NHS:n perustuskirjaa (NHS Constitution). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakia täsmentää asetus palveluiden hankinnoista, valinnanvapaudesta ja kilpailusta sekä valintaoikeuksia selkeyttävä kansallinen ohjeistus. Sosiaalihuollon valinnanvapaus on määritetty vuoden 2014 hoivalaissa sekä sitä täsmentävässä ohjeistuksessa.

Terveydenhuollossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat yhtenäisiä ja kaikkia tuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit. Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutuu palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnetyn henkilökohtaisen budjetin avulla ja käytännöt ovat vaihtelevampia. Mahdollisuus koskee myös omaishoitajia. Henkilökohtaisen budjetin määrän tulee olla yhtä suuri kuin mitä tarvittava palvelu tulisi kohtuuhintaisena maksamaan. Asiakas voi joutua maksamaan erotuksen jos hän valitsee kalliimman palveluntuottajan kuin mitä paikallisviranomaisen kriteerit sallivat.

Terveydenhuollossa keskeisin valinnanmahdollisuus liittyy perusterveydenhuollon lääkäriaseman sekä mahdollisuuksien mukaan hoidosta vastaavan lääkärin ja hoitajan valintaan. Hoitopaikka sairaalassa määräytyy potilaan valitseman ensimmäisen poliklinikkakäynnin perusteella. Tämä pitää sisällään myös mielenterveyspalvelut sekä hoidosta vastaavan nimetyn ammattihenkilön johtaman tiimin valinnan. Lisäksi potilas voi valita, kuka tekee lähettävän lääkärin määräämät erityistutkimukset. Äitiyshuollossa asiakas voi valita äitiyshuoltoon ja synnytykseen liittyvät hoitopaikat. Myös muihin sairaalan ulkopuolisiin palveluihin voi kohdistua alueellisesti määritettyjä valinnan mahdollisuuksia. Henkilökohtaisen terveysbudjetin käyttö on nykyisin mahdollista myös terveydenhuollossa.

Skotlanti

Skotlanti kuuluu Yhdistyneeseen kuningaskuntaan. Skotlannin 5,3 miljoonan asukkaan sosiaali- ja terveyspalveluja on uudistettu vuonna 2016 voimaan tulleella uudistuksella (The Public Bodies (Joint Working) Scotland Act, 2014). Uudistuksen tavoitteena on vahvistaa nykyisten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjien välistä integraatiota. Lainsäädäntö on luonut Skotlantiin 31 IJB:tä (Integration Joint Board), joiden tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja koordinoita palvelutuotantoa yhdessä 14 NHS Boardin ja 32 paikallisen toimijan (Council) kanssa. Osana uudistusta palvelujen strategiseen johtamiseen on kiinnitetty erityistä huomiota ja Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle on asetettu useita kansallisia

tavoitteita. Tiettyjen erityispalveluiden osalta Skotlannissa toimii yhdeksän vastuutahoa (Special NHS Boards), joiden tehtäviin kuuluvat esimerkiksi sairaankuljetuspalvelut, psykiatrinen sairaalatoiminta ja terveydenhuollon koulutus.

Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on viimeisten vuosikymmenten aikana liikkunut kohti vahvempaa julkisen järjestämisen ja tuottamisen kokonaisuutta irrottautuen markkinaorientoituneesta palvelujärjestelmästä. Palveluiden laatuun, integraatioon ja yhteistyöhön keskittyneet ohjelmat ja aloitteet ovat vuosien aikana vahvistaneet periaatetta.

Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta on käsiteltävä osin yhdessä koko Iso-Britannian kanssa. Iso-Britannian terveydenhuollon rahoituksesta 83 prosenttia tulee julkisista rahoituslähteistä. Loput muodostuvat käyttäjämaksuista ja vapaaehtoisista vakuutuksista. Julkiset rahoituslähteet koostuvat veroista (76,2 prosenttia) ja kansallisista vakuutuksista (18,4 prosenttia) (National Insurance Contribution NIC). NIC:t on käytännössä pakollinen työssäkäyvien sairaus- ja eläkevakuutusjärjestelmä. NHS:n alueellisilla lautakunnilla ei ole käytännössä mahdollisuutta palveluiden rahoitukseen, mutta osa sosiaalipalveluiden rahoituksesta muodostuu kunnallisveroista, joita kerätään hallintoalueiden toimesta. Vuonna 2016 voimaan tullut uudistus kokosi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen IJB:n hallinnon alle tavoitellun palveluintegraation mahdollistamiseksi.

NHS:n ja paikallisten toimijoiden välinen toimiva yhteistyö on tunnistettu keskeiseksi tekijäksi sosiaali- ja terveydenhuollon vaikuttavuuden kannalta. Skotlannin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä eroaa Englannin järjestelmästä erityisesti integraation osalta. 2000-luvulla on julkaistu useita aloitteita ja työpapereita integraation vahvistamiseksi. Community Health Partnership -toimijat CHP:t rakennettiin integraation edistämiseksi. Yksi tuoreimmista hankkeista integraation edistämiseksi on Integrated Resource Framework IRF, joka pyrkii edistämään eri toimijoiden yhteistä ymmärrystä resurssien käytöstä ja palveluiden kustannuksista.

Perusterveydenhuollossa yleislääkärit toimivat ns. portinvartijaroolissa ja potilaiden ensikon-taktina palvelujärjestelmässä. Arviolta 90 prosenttia potilaskontakteista tapahtuu kokonaisuudessaan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan Skotlannissa joko itsenäisiä ammatinharjoittajia tai lääkäreistä, hoitajista ja muista terveydenhuollon ammattilaisista koostuvia moniammatillisia tiimejä. Erikoissairaanhoidon palveluiden tuottaminen tapahtuu miltei täysin NHS:n omistamien julkisten sairaaloiden kautta, harvaan asutuilla alueilla on myös pienempiä erikoissairaanhoidon klinikoita. Kotisairaanhoidon, kotihoidon, vammaispalvelujen ja henkilökohtaisen avun palvelujen järjestämisvastuu on paikallisilla toimijoilla. Palveluiden tuotannossa paikalliset toimijat voivat käyttää yksityisen tai kolmannen sektorin palveluita.

Vanhuspalveluita on ryhdytty uudistamaan voimakkaasti vuodesta 2011 lähtien, jolloin perustettiin erillinen Change Fund -rahasto allokoimaan varoja CHP:elle vanhustenhuollon kehittämiseksi. Myös pitkäaikaissairaiden hoitoon on kiinnitetty erityistä huomiota vuodesta 2009 alkaen. Skotlannin sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa yksityisten ja julkisten palveluiden rajanveto on selkeä, sillä painotus on voimakkaasti julkisessa palvelussa ja palveluiden markkinaehtoisesta tuottamisesta on siirrytty päämäärätietoisesti kohti julkista tuotantoa.

Skotlannissa toimiva Healthcare Improvement Scotland (NHS GIS, HIS) on keskittynyt terveydenhuollon laadun kehittämiseen. Integraation edistämisen myötä laatu on noussut koko sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän keskiöön. Terveydenhuollon valvontamekanismit koostuvat terveydenhuollosta vastaavien ministereiden ja lautakuntien (NHS Boards) välillä käytävistä vuosittaisista vastuukeskusteluista, joissa lautakunnan alaisuudessa olevan terveydenhuollon toimivuutta arvioidaan asetettujen tavoitteiden osalta. Arviointiprosessi on avoin myös kansalaisille.

Potilailla on perusterveydenhuollossa valinnanvapaus, mikäli valinnan kohteena oleva yleislääkäri tai perusterveydenhuoltoa tuottava tiimi on valmis ottamaan potilaan listalleen. Hoitoa potilaat voivat saada missä tahansa NHS:n sairaaloista, mutta hoito vaatii yleislääkärin lähetteen. Valinnanvapautta ei Skotlannin terveydenhuoltojärjestelmässä nähdä keskeinenä keinona lisätä palveluiden laatua tai vaikuttavuutta. HIS on keskittynyt tukemaan potilaiden omaa roolia ja toimintaa sairauksien hoidossa sekä edistämään näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä.

Italia

Italian terveydenhuoltojärjestelmä perustuu vahvaan julkiseen järjestämiseen, tuottamiseen ja rahoitukseen. Järjestelmää leimaavat ns. universaali ja automaattinen kattavuus väestölle. Kansallisen tason tehtävänä on määrittellä yleiset tavoitteet ja periaatteet terveydenhuoltojärjestelmälle. Yleiset tavoitteet järjestelmälle ja alueille asetetut tavoitteet muodostavat kokonaisuuden. Jokaisella alueella onkin oma aluetta koskeva sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelma, joka myös linkittyy alueen kehityssuunnitelmaan (Piano Regionale di Sviluppo), jonka tarkoituksena on yhdistää eri hallinnonalojen työtä kokonaisuudeksi alueen näkökulmasta.

Kansallisen tason toimijoina ovat terveysministeriö (Ministero della Salute) ja kansallinen terveysinstituutti (Istituto Superiore di Sanità ISS) sekä muut pienemmän substanssivirastot. Keskeinen palvelutuotantoa ohjaavat tekijä kansallisella tasolla on hoidon tason määrittely ns. peruspalvelupakettien kautta. Peruspalvelut, LEA:t (Livelli essenziali di assistenza), määrittellään kansallisesti. Jokaisen alueen tulee tarjota maksutta määritellyt peruspalvelut tai etuudet kansalaisille. Alueet voivat täydentää omaa peruspalveluvalikoimaansa haluamallaan tavalla, mutta ne joutuvat itse kustantamaan lisäpalvelut. Mielenterveyspalvelut ja aikuisväestön hammashuolto eivät kuulu peruspalveluiden piiriin. Useiden palveluiden osalta LEA-järjestelmä antaa reunaehdot ja ohjeistuksia palveluiden järjestämiseen, esimerkiksi rokotuksiin ja sairauksien ehkäisyyn liittyen. Keskeinen keskushallinnon käytössä oleva ohjausmekanismi on terveysso-pimus (Patto per la salute), joka laaditaan keskushallinnon ja aluiden välisissä neuvotteluissa kolmeksi vuodeksi kerrallaan. Sopimuksessa määrittellään muun muassa keskeiset strategiset kehittämis- ja painopistealueet, LEA:t ja eri palveluiden standardit.

Julkisen rahoituksen osuus Italian terveydenhuoltojärjestelmässä on 77,3 prosenttia. Terveydenhuollon rahoitus kerätään pääosin yritysverojärjestelmän avulla. Alueet voivat myös itsenäisesti kerätä rahoitusta alueellisesti lisäverotuksen avulla, mikä on johtanut eriarvoisuuteen myös rahoituksen osalta. Loput rahoituksesta muodostuu väestön omasta rahoituksesta, joka kohdistuu pääosin lääkkeisiin. Yksityisillä vakuutusilla on ainoastaan pieni merkitys järjestelmässä, sillä niillä katetaan lähinnä peruspalveluiden ulkopuolisia tai sairaaloissa annettavia lisäpalveluja tai -hoitoa.

Italian sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuotetaan paikallisten terveysyksiköiden (Aziende Sanitarie Locali) kautta. Alueilla on laajat valtuudet määrittellä millä tavalla palvelut käytännössä tuotetaan. Terveysyksiköt vastaavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kansanterveystyön, työterveyshuollon ja sosiaalipalveluihin liittyvien terveyspalveluiden tuottamisesta. Perusterveydenhuollon yleislääkäreillä on ns. portinvartijarooli ja yleislääkärit työskentelevät pääsääntöisesti kapitaatorahoitus pohjaisesti itsenäisesti klinikoilla. Yleislääkäreiden palkkiotasot, vastuut ja tehtävät määrittellään keskushallinnon ja yleislääkäreiden ammattijärjestöjen välisissä neuvotteluissa. Perusterveydenhuollon, sosiaalipalveluiden, kotihoidon ja ympäristöterveydenhuollon väliseen parempaan yhteistyöhön on ryhdytty tarjoamaan kannusteita keskushallinnon toimesta. Väestö listautuu yleislääkärille ja lääkäriä voi vaihtaa milloin haluaa. Vuonna 2013 yleislääkärin listan enimmäiskoko oli 1 500 asukasta.

Sairaaloiden toiminta perustuu paikallisten terveysyksiköiden rahoitukseen. Sairaalat ovat joko julkisia sairaaloita tai akkreditoituja yksityisiä sairaaloita. Julkiset sairaalat voivat olla joko kokonaan tai osittain terveysyksiköiden johtamia. Erikoissairaanhoidon liittyvät maksut ja käytännöt vaihtelevat huomattavasti eri alueiden välillä. Pitkäaikaishoidossa on erilaisia käytäntöjä, joiden rahoituspohjat vaihtelevat paljon. Tältä osin Italia erottuu muista Euroopan maista, koska pitkäaikaishoidon julkisen rahoituksen osuus on poikkeuksellisen pieni. Perheiden vastuu läheisten hoivasta on Italiassa suuri. 2000-luvun uudistuksissa Italia on keskittynyt vahvistamaan alueiden asemaa ja kansallisten terveysuunnitelmien laadintaa. Laatutyössä keskeinen tekijä on terveydenhuollon tuottajien velvollisuus julkaista ns. palvelukartta (Carta dei Servizi). Sen avulla palveluiden käyttäjät saavat tietoa jonotusajoista, laatuindikaattorien tuloksista ja valituksista. Kaikilla terveydenhuollon toimijoilla on oltava akkreditointi. Ilman sitä terveydenhuollon palveluiden tuottaja ei ole oikeutettu saamaan rahoitusta keskushallinnolta. Keskushallinto julkaisee verkkosivuillaan laajasti ja avoimesta tietoa terveydenhuollon toimivuudesta ja tehokkuudesta. Italian potilasturvallisuustyön kansallisena toimijana on potilasturvallisuuden ja hyvien käytäntöjen seuraamiskeskus (Osservatorio Buone Pratiche).

Portugali

Portugalin terveydenhuolto sisältää kolme päällekkäistä järjestelmää: 1) julkinen, verovaroin rahoitettu, potilaalle kokonaan tai osittain maksuton ja kaikille avoin terveydenhuolto, National Health System -järjestelmä, joka vastaa Iso-Britannian NHS-järjestelmää, 2) ns. alajärjestelmät, joissa valtio maksaa vakuutukset tai palvelut joillekin viranhaltijaryhmille tai yritykset ottavat vakuutuksia työntekijöilleen ja 3) yksityiseen vapaaehtoiseen vakuutukseen perustuva järjestelmä. Kaksi jälkimmäistä kattaa 20—25 prosenttia väestöstä.

Terveysministeriö vastaa maan terveystaloudesta ja terveydenhuollon suunnittelusta. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu perustason palveluissa on hajautettu viidelle alueelle. Alueellinen terveyshuollon hallinto (Administração Regional de Saúde) vastaa terveysministeriölle sovitettujen tavoitteiden saavuttamisesta, perustason terveyspalvelujen tuottamisesta, täydentävistä sopimuksista yksityisten yleis- ja erikoislääkäreiden kanssa ja toiminnan valvonnasta. Kuntien tehtävä terveydenhuollossa on lähinnä terveyden edistäminen.

Julkinen terveydenhuolto on pääosin valtion verovaroin rahoitettua. Sen osuus valtion budjetista on noin 13 prosenttia. Maan taloudellisen kriisin vuoksi Portugalille määrätyt tiukat säästövaatimukset ovat vaikuttaneet myös terveydenhuoltoon. Terveysministeriö allokoii valtion rahoituksen suoraan julkisille sairaaloille. Alueille ohjattu valtionrahoitus perustuu aiempaan käyttöön ja kapitaatioon. Sillä rahoitetaan terveydenhuollon peruspalvelut ja erityisohjelmat.

Julkisessa terveydenhuollossa potilas maksaa osan kuluista toimenpidekohtaisina käyttäjämaksuina. Ne ovat suurimpia lääkkeissä ja huomattavia myös päivystyskäynneissä sekä yleis- ja erikoislääkärikäynneissä. Maksut ovat Euroopan korkeimpien joukossa. Lapset, odottavat äidit ja vähävaraiset on ainakin teoriassa vapautettu maksuista. Terveydenhuollon kustannusten on kuitenkin todettu rasittavan suhteellisesti eniten alimpiin tuloluokkiin kuuluvia johtuen muun muassa maksujen vähennysoikeudesta tuloverotuksessa. Julkisten sairaaloiden osastoilla ei peritä käyttäjämaksua muutoin kuin yksityispotilailta, jotka maksavat täyden maksun. Alajärjestelmät, jotka kattavat osan tai kaikki palvelut, rahoitetaan sekä työntekijä- että työnantajamaksuilla sekä valtion rahoituksella työntekijöiden vakuutukseen tai palveluihin.

Terveydenhuollon uudistukset ovat tähdänneet vaikuttavuuden ja tehokkuuden lisäämiseen. Keinoina on ollut uusissa sairaaloissa julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö sekä julkisten

sairaaloiden hallintorakenteen uudistaminen. Perusterveydenhuollossa on toteutettu verkostopohjaista pitkäaikaishoitoa.

Suurin osa perustason palveluista annetaan terveyskeskuksissa, joissa henkilöstö on julkisen sektorin palveluksessa. Tätä täydentävät yksityiset yleis- ja erikoislääkärit, joiden kanssa alueellinen virasto solmii sopimuksen ja jotka toimivat yksilö- tai ryhmävastaanotoilla ja tekevät yhteistyötä terveyskeskusten kanssa (10—15 prosenttia palveluista).

Sosiaalihuollosta vastaa Solidaarisuus- ja sosiaaliturvaministeriö. Sosiaalipalveluja tuottavat perheiden lisäksi pääasiassa kolmannen sektorin toimijat paikallishallinnon roolin rajoittuessa yksittäisiin hankkeisiin. Merkittävin monipuolisten sosiaalipalvelujen tarjoaja on voittoa tavoittelematon kattojärjestö IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social. Tultuaan hyväksytyksi siihen yksittäinen järjestö voi päästä tuottamaan palveluja myös julkisella rahoituksella. Vuoden 2014 laki rajoittaa voittoa tavoittelevien yritysten roolia julkisten palvelujen tuottajana. Yritysten täytyy saada toimintalupa Sosiaaliturvalaitokselta ja täyttää sertifiointin vaatimukset. Ne voivat saada sopimuksen julkisten palvelujen tuottajina, jolloin valtio maksaa osan palvelujen kustannuksista ja asiakas loppuosan. Viime aikoina on kehitetty myös integroituja palveluja pitkäaikaishoitoon eri tahojen yhteistyönä.

Jotkin ammattiryhmät ja työntekijät kuuluvat pakollisesti julkisen tai yksityisen vakuutuksen piiriin (ns. alajärjestelmät). Julkiset vakuutukset rahoitetaan kokonaan valtion varoista ja ne kattavat osan julkisen sektorin työntekijöistä kuten ADSE- vakuutus, johon kuuluu 1,3 miljoonaa keskus-, alue- ja paikallishallinnon työntekijää. Joillakin yrityksillä on työnantajan tai työntekijän tai molempien rahoittama vakuutus, joka kattaa julkisten palvelujen käyttäjämaksut tai tarjoaa yksityisiä terveyspalveluja neuvoteltujen sopimusten mukaan tai korvaa kulut jälkikäteen. Portugalissa myös kolmannen sektorin toimijat ovat merkittäviä terveyspalvelujen tarjoajia. Monilla on taustansa katolisessa kirkossa (Misericórdias). Ne hoitavat paitsi välitöntä hoitoa tarvitsevia huono-osaisia myös kroonisesti sairaita.

Terveysministeriöllä on päävastuu julkisesta terveydenhuollosta, jota se valvoo ja jonka toimintaa se suunnittelee, ohjaa ja säätelee. Ministeriölle kuuluu myös yksityisten palvelujen säätely, valvonta ja auditointi. Ministeriön julkaisemaan laadun varmistamisen strategiaan sisältyvät muun muassa kliinisen hoidon ohjeet, kansalliset indikaattorit hoidon ja hallinnon laadunvarmistamisen seurantaan sekä potilasturvallisuuden edistämisen keinoja.

Muita valvontaan ja ohjeistukseen osallistuvia laitoksia ovat terveydenhuollon ylin viranomainen (Alto Comissariado para a Saúde), erikoissairaanhoidon palvelujen tuottajien valvontavirasto, Lääkintöhallitus ja Terveydenhuollon laadun ja hallinnon laitos.

Potilaan oikeudesta valita terveyspalvelut ja niiden tarjoaja vallitsevien voimavarojen puitteissa säädetään laissa. Potilaan valinnanvapauden laajuus riippuu siitä, kuuluuko hän julkisen järjestelmän piiriin vai onko hänellä yksityinen vakuutus vai kuuluuko hän ammattikunta- tai työpaikkakohtaisen vakuutuksen piiriin. Julkisessa terveydenhuollossa potilas voi valita asuinkuntansa alueella toimivan yleislääkärin, omalääkärin, joka työskentelee alueen terveyskeskuksessa julkisessa virassa tai yksityisen yleislääkärin, jolla on sopimus julkisen terveydenhuollon kanssa. Henkilön pitää rekisteröityä (listautua) valitsemalleen lääkärille. Käytännössä kaikki asukkaat eivät ole rekisteröityneet johtuen yleislääkäreiden vähyydestä erityisesti sisämaassa. Tämän vuoksi osa väestöstä jää terveyspalveluiden ja myös valinnanvapauden ulkopuolelle. Henkilöllä on oikeus vaihtaa julkisessa terveydenhuollossa valitsemansa omalääkäri edellyttäen, että hän hakee vaihtoa kirjallisesti alueen terveyshallinnolta selittäen vaihdon syyt.

Julkisen terveydenhuollon erikoislääkärin vastaanotolle pääsy edellyttää lähetettä yleislääkäriltä. Myös sairaalaan pääsyyn täytyy saada lääkärin lähete lukuun ottamatta päivystystä. Julkisessa terveydenhuollossa potilas ei voi valita sairaalaa. Hän voi kuitenkin hakeutua yksityissairaalaan julkisin varoin ministeriön luvalla, jos julkiseen sairaalaan pääsyä joutuu odottamaan yli kolme kuukautta. Ammattikunta- tai työpaikkakohtaisen vakuutuksen piiriin kuuluvat sekä yksityisen terveysvakuutuksen omaavat voivat yleensä hakeutua suoraan yksityisiin sairaaloihin tai vakuutuksenantajan hyväksymien erikoislääkäreiden vastaanotolle.

Valinnan mahdollisuuksien lisäämiseksi otettiin vuonna 2008 käyttöön palveluseteli hammashoidossa, jossa julkisia palveluja on tarjolla vähän. Seteleitä saavat vain odottavat äidit ja ikäihmiset. Järjestelmä laajennettiin myöhemmin lapsiin, mutta tällöin palvelusetelin saannin edellyksenä on yleislääkärin lähete.

Alueiden terveydenhuollolla tai valvontaviranomaisilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta jakaa tietoa asukkaille palveluista ja niiden tarjoajista. Ne välittävät kuitenkin jonkin verran tietoa palvelujen tuottajista ja palveluista sekä raportteja palveluiden laadusta. Terveysministeriöllä on verkkosivusto, jossa on tietoa julkisten ja yksityisten sairaaloiden laadusta, kuten kliinisestä tasosta, potilasturvallisuudesta, sairaalan hoitovalmiuksista, potilaskeskeisyydestä ja potilastyytyväisyydestä. Tiedot saadaan palvelujen tuottajilta, jotka toimittavat ne alueiden terveyshallinnolle.

Ranska

Ranskan sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta keskeisiä ovat kansallinen taso ja alueellinen taso. Kansallisella tasolla keskeisiä toimijoita ovat Ranskan terveysvirasto (Direction générale de la santé DGS), jonka tehtävänä on tuottaa kansanterveyden kannalta keskeiset terveystaloudelliset linjaukset ja ohjelmat, DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) jonka tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista, sosiaaliturvakeskus (DSS), jonka vastuulla on sosiaalipoliittiset asiat sekä laajasti sosiaaliseen hyvinvointiin sekä tasa-arvoisuuteen keskittyvä DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale), joka käsittelee perhe- suku- puoli- ja vammaisasioita. Keskeisin kansallinen elin on kuitenkin terveysministeriö, jonka vastuulla on sosiaali- ja terveydenhuollon sääntelyyn ja budjettiin liittyvät asiat.

Vastuu terveystaloudesta ja toiminnan sääntelystä sekä terveydenhuoltojärjestelmästä kuuluu osaltaan valtiolle ja vakuutusjärjestelmälle sekä vähemmässä määrin kunnille. Tuottajakunta muodostuu julkisista sairaaloista, voittoa tuottavista yksityisistä sekä yleishyödyllisistä yksityisistä sairaaloista ja yksityisten ammattiharjoittajien vastaanotoista.

Alueellisen tason toimijoita on yhdistetty vuoden 2010 jälkeen ja tällä hetkellä keskeisinä toimijoina ovat alueelliset terveysviranomaiset (ARS), joiden tehtävät liittyvät koordinoituun hoitoon, resurssien järkevää allokointiin ja tasavertaisempaan hoidon saatavuuteen. Manner- Ranskassa on 22 ARS:ia ja merentakaisilla alueilla on 4 ARS:ia.

Ranskan järjestelmä perustuu lakisääteiseen sairausvakuutukseen, joka kattaa lähes 100 prosenttia maan väestöstä. Lakisääteistä sairausvakuutusta on mahdollista täydentää yksityisellä vakuutuksella, joka kattaa lakisääteisen vakuutuksen ulkopuolelle jäävän omavastuuosuuden.

Ranskan terveydenhuoltojärjestelmä rahoitetaan pääasiassa julkisin varoin. Ranskalaiset maksavat osuuden palkastaan yleiseen vakuutusmuotoiseen sosiaaliturvarahastoon (CNAMTS). Myös työnantaja osallistuu maksun suorittamiseen. Maksun suuruus määräytyy tulotason mukaan. Julkisesti rahoitettu osuus sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista on 75 prosenttia

ja se muodostuu pääasiassa mainituista maksuista. Palveluiden käytössä on kuitenkin omavastuuosuus. Omavastuuosuuden kattamiseksi on olemassa erilaisia vakuutuksia, joita esimerkiksi työnantajat hankkivat työntekijöille.

Ranskalaisilla on käytössään Carte Vitale, sosiaaliturvatunnuksella varustettu maksukortti, jonka tiedoista palveluntuottajalle selviää, mitä palveluita varten henkilö on vakuutettu. Terveysvakuutusrahastojen keskusliitto (L'union Nationale des Caisses d'Assurance Maladies UN-CAM) neuvottelee palveluihin liittyvät maksut terveydenhuollon ammattihenkilöitä edustavan liiton (Union Nationale des Professionnels de Santé UNPS) kanssa viideksi vuodeksi kerrallaan. Terveydenhuollon valvontaviranomainen HAS (Haute Autorité de Santé) on myös mukana neuvotteluissa. Paikallisella tasolla ARS:t vastaavat vakuutusperusteisista sosiaaliturvarahastoista (Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail CARSAT), jonka kautta rahoitetaan esimerkiksi eläkkeet.

Perusterveydenhuollossa yleislääkäreillä ei ole ns. portinvartijaroolia, vaan potilaat voivat haakeutua vapaasti valitsemalleen yleislääkärille tai suoraan erikoislääkärille. Perusterveydenhuollon lääkärit työskentelevät pääosin praktikoissa yksin tai tiiminä. Noin kolmasosa lääkäriyövoimasta työskentelee perusterveydenhuollossa.

Tuottajakunta koostuu sekä julkisista että yksityisistä palveluntuottajista, joiden sisällä toimivat ammattihenkilöt ovat isolta osin yksityisiä ammatinharjoittajia. Avosairaanhoidon palveluntarjoajista suurin osa on yksityisiä. Sairaalatasoista hoitoa tuottavat yksityiset, julkiset ja voittoa tavoittelemattomat organisaatiot. Ollakseen pakollisen terveysvakuutuksen korvauksen piirissä, yksityisten palveluntuottajien tulee tehdä sopimus vakuutusinstituution (paikallisen terveystalouden kanssa).

Erikoissairaanhoidon palveluita tuotetaan erityyppisten sairaaloiden kautta. Yliopistolliset sairaalat (Centre Hospitalier Régional Universitaire CHRU) toimivat erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisen lisäksi opetuksesta ja tutkimuksesta vastaavina sairaaloina. Näitä on 29. Muita sairaaloita on yli 800, joista 90 on psykiatrisia sairaaloita. Näistä noin 300 toimii paikallisena sairaaloina, joilla on tehtäviä myös pitkäaikaishoitoon ja palveluasumiseen liittyen. Julkisesti rahoitettujen erikoissairaanhoidon palveluiden tuottajaksi voidaan hyväksyä myös yksityisiä toimijoita, jolloin toimijat saavat tietyn statuksen (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif ESPIC).

Markkinoiden säätelyn keskeisin mekanismi on sopimukset operaatioiden ja palvelutapahtumien hinnoista. Tietyillä avohuollon erikoisalojen lääkäreillä on sopimuksen mukaisesti mahdollisuus laskuttaa asiakkaalta enemmän kuin erikoislääkärin palvelun hinnaksi on sovittu. Sopimuksella on asetettu raja sille, kuinka paljon asiantuntijat voivat laskuttaa asiakkailtaan. Lisäksi Ranskan järjestelmässä on kokeiltu suoriteperusteisen laskutuksen ohella hoitotuloksiin pohjautuvaa palkkiojärjestelmää. Esimerkiksi pitkäaikaissairaiden potilaiden kohdalla lääkäreillä on mahdollisuus saada bonuksia onnistuneista hoitotuloksista.

Ranskan järjestelmässä palveluiden integraatio on rakentunut tuottajaverkoston kautta. Niiden perustana on vuoden 2004 lainsäädäntöuudistus. Palveluiden integrointi keskittyy erityisesti uudistuksessa ja kroonisten sairauksien terveys suunnitelmassa määriteltyjen pitkäaikaissairauksien hoitoon. Lisäksi ikääntyvien palveluissa on integroitua tuottajaverkostoja, jonka perustana on uudistuksessa määritelty terveen ikääntymisen ohjelma.

Ranskassa toimii arviolta reilut 1 000 erilaista tuottajaverkosta. Osa tuottajaverkostoista on keskittynyt tietyn sairauden (esim. diabetes) hoitoon ja osa verkostoista toimii niin, että kohteena on tietty väestöryhmä. Tuottajaverkoston toimintaa rahoitetaan sosiaali- ja terveyden-

huollon budjetin erillisrahoituksella, hoivan laadun ja koordinaation rahastosta (Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, FIQCS). Vuonna 2009 rahoitus oli noin 163 M€ (Département de la coordination et de l'efficience des soins & Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

Tuottajaverkostojen muodostamisella pyritään sekä vertikaaliseen että horisontaaliseen integraatioon. Niiden tavoitteena on yhdistää vertikaalisesti sairaalassa tapahtuva hoito avosairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoon. Horisontaalisessa integraatiossa pyritään integroimaan sosiaalipalveluja terveydenhuoltoon. Esimerkiksi ikääntyneiden palveluissa sosiaalipalveluiden integrointi tarkoittaa muun muassa hoivapalveluiden verkottamista terveydenhuollon kanssa.

Ranskan ANESM (Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) on keskittynyt sosiaali- ja terveydenhuollon laadun kehittämiseen, turvallisen hoidon edistämiseen ja potilaiden oikeuksiin, erityisesti iäkkäiden, vammaisten, lasten ja sosiaalisesti syrjäytyneiden osalta. Ranskassa ei ole kuitenkaan käytössä järjestelmää, jossa kerättäisiin systemaattisesti tietoa terveystieteen vaihtoehtoisista tarjoajista. Valinnanvapautta tukevaa tietoa palveluiden laadusta kuitenkin kerätään potilaan oikeuksia koskevan lain perusteella. Terveysministeriöllä on verkkosivusto, jossa on tietoa julkisten ja yksityisten sairaaloiden laadusta kuten kliinisestä tasosta, potilasturvallisuudesta, sairaalan hoitovalmiuksista, potilaskeskeisyydestä ja potilastyytyväisyydestä. Tiedot saadaan palvelujen tuottajilta, jotka toimittavat ne alueiden terveyshallinnolle.

Laadunhallinnan osalta keskeisenä toimija on myös kansallinen toimija (Haute Autorité de santé HAS), joka akkreditoi Ranskan sairaaloita systemaattisesti. HAS ei ole osa Ranskan keskushallintoa vaan itsenäinen toimija, joka raportoi Ranskan parlamentille ja hallitukselle. Se julkaisee indikaattoritietoa verkkosivuillaan. Lisäksi potilasjärjestöt koostavat ja julkaisevat tietoa palvelujen laadusta. Media julkaisee vuosittain tähtiluokituksen julkisista ja yksityisistä sairaalapalveluista.

Valinnanvapaus määrittää keskeisesti Ranskan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja sillä on pitkä historia Ranskan terveydenhuollossa. La médecine liberale -periaatteet saivat alkunsa 1928, jolloin päätettiin, että lääkäreillä tulisi olla vapaus harjoittaa lääketiedettä suoriteperusteisesti, potilailla tulisi olla vapaus valita lääkäriinsä ja myös lääkäreillä potilaansa. Valinnanvapauden toteutumisessa on kuitenkin ollut ongelmia, sillä lääkäriyövoiman keskittyminen asutuskeskuksiin rajaa harvaan asuttujen alueiden asukkaiden mahdollisuutta valita palveluntuottaja. Ranskan palvelujärjestelmän heikoksi kohdaksi on mainittu hoidon jatkuvuuteen ja koordinaatioon liittyvät ongelmat. Integraatiota ei ole juurikaan syntynyt horisontaalisesti eikä vertikaalisesti.

Valinnanvapautta sovelletaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa ja valinnanvapaus koskee sekä palvelunharjoittajan (kuten lääkäri) että palveluita tuottavan organisaation valintaa. Potilas voi vapaasti hakeutua valitsemansa yleis- tai erikoislääkärin vastaanotolle tai sairaalaan. Laissa määritetään myös oikeus toiseen mielipiteeseen, eli potilaalla on oikeus saada toisen palvelunharjoittajan tai tuottajan näkemys omasta sairaudestaan tai hoidostaan.

Saksa

Saksa koostuu kuudestatoista laajaa itsenäistä päätösvaltaa käyttävästä osavalttiosta (Bundesland). Osavaltioiden väestömäärät vaihtelevat paljon. Pienimmän osavaltion Bremenin alueella

asuu 661 000 asukasta kun taas Nordrhein-Westfalenissa vajaa 18 miljoonaa asukasta. Osavaltioiden sisäiset hallintorakenteet vaihtelevat, sillä osa osavaltioista on jaettu hallintopiireihin (Regierungsbezirke) ja edelleen piirikuntiin (Landkreise). Saksassa on 295 piirikuntaa, ja näihin kuuluvia kuntia (Gemeinde) tai kaupunkia (Stadt) on yli 11 000.

Saksan terveydenhuoltojärjestelmää leimaa päätöksenteon hajauttaminen liittovaltiotason, osavaltioiden ja kansalaisyhteiskuntaan kuuluvien legitimoitujen organisaatioiden välillä. Toinen merkittävä tekijä Saksan terveydenhuoltojärjestelmässä liittyy vakuutusperustukseen.

Vuoden 2009 alusta lähtien kaikkien saksalaisten on pakollista hankkia lakisääteinen sairausvakuutus. Uudistus toi mukanaan myös sen, että terveysvarat rahastettiin kansalliseen rahastoon ja varat palautetaan sairauskassoille riskinhallintajärjestelmän kautta. Näin järjestelmään saatiin mukaan vahvemmin sairastavuuden ja riskienhallinnan huomioon ottava elementti.

Sairauskassat ovat merkittävässä asemassa ja kassoille on Saksassa omat itsehallinnolliset rakenteensa. Palkansaajien sairausvakuutus (Gesetzliche Krankenversicherung GKV), eli sairauskassaan kuuluminen, kattaa myös työelämän ulkopuolella olevat perheenjäsenet. Sairuskassoja edustavat alueelliset ja ammattikuntakohtaiset keskusliitot, jotka osallistuvat palveluiden kiinteiden enimmäishintojen määrittelyyn palveluiden tuottajaosapuolten, eli alueellisten lääkäriyhdistysten ja sairaaloiden kanssa. Julkisten sairausvakuutusten ohella tarjolla on myös yksityisiä sairausvakuutuksia. Julkisen sairausvakuutuksen hankkiminen on pakollista kaikille, joiden tulot ovat alle 48 000 euroa vuodessa. Henkilöt joiden tulot ylittävät mainitun rajan, voivat valita julkisen vakuutuksen sijasta yksityisen vakuutuksen. Se voi olla terveelle henkilölle julkista vakuutusta halvempi. Sairausvakuutuksen maksut perustuvat palkansaajan bruttoansioihin ja maksu jakautuu palkansaajan ja työnantajan kesken. Vuonna 2008 palkansaajan maksuosuus oli 8 prosenttia ja työnantajan osuus 7 prosenttia bruttopalkasta. Järjestelmässä on maksukatto.

Pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille. Vakuutus korvaa vammaisten ja ikäihmisten palveluja. Vakuutus ei kata kaikkia palvelulajeja yhtä kattavasti kuin julkinen sairausvakuutus, mutta se sisältää kuitenkin peruspalvelut. Korvattavat sosiaalipalvelut määräytyvät sen perusteella, kuinka usein henkilökohtaista tukea ja kotipalvelua tarvitaan ja missä määrin lähiomaisten tukea on saatavilla. Asiakas voi myös saada suoraa rahallista tukea, jota voidaan käyttää omaisten antamaan tukeen tai oman asunnon muuttamiseen esteettömäksi.

Terveydenhuollon palveluiden tuotannossa yleislääkäreillä ei ole ns. portinvartijaroolia, vaan vakuutetut voivat hakeutua halutessaan suoraan erikoislääkärille. Saksassa potilaista kilpaillaan ja avohoidon lääkärit toimivat ammatinharjoittajina. Lääkäreiden tulee kuulua jäsenenä alueelliseen yhdistykseen. Yhdistykset ovat muodollisesti myös palveluiden tuottajia. Sairaaloista puolet on julkisia voittoa tavoittelemattomia, kolmasosa yksityisiä voittoa tavoittelemattomia ja loput yksityisiä voittoa tavoittelevia yrityksiä. Yhteensä Saksassa on noin 1 700 sairaalaa.

Sosiaalipalveluiden tuottamisessa kolmannen sektorin toimijat ovat keskeisessä asemassa. Nykyisin palveluja tarjoavat lisäksi yksityiset yritykset. Järjestelmä perustuu asiakkaan oikeuteen valita itselleen soveltuvin palveluntuottaja. Sosiaalista tukea voi saada palveluina, luontaisuuksina tai rahallisina etuuksina. Annettuun tukeen sisältyy aina myös neuvonta ja ohjaus. Pääasiallisia palveluntuottajajärjestöjä on kuusi (BAGFW), ja ne tarjoavat asiakkaille sekä ammatillisia että vapaaehtoistyöhön perustuvia palveluja. Palveluntuottajat toimivat yhteistyössä kunnallisen sosiaalitoimen ja hallinnon kanssa, ja niiden toiminta perustuu sopimuksiin. Toimintaa rahoittavat valtio ja kunta sekä sosiaalivakuutuksesta saatavat korvaukset. Järjestöt saavat varoja myös esimerkiksi yksityisiltä lahjoittajilta. Lisäksi uskonnolliset järjestöt saavat varoja kirkollisveroista.

Valinnanvapaus toteutuu Saksassa sairausvakuutuksen vapaan valinnan kautta. Asukkaat voivat valita sairauskassansa ja tätä kautta kompensatiosuunnitelmansa. Sairaukassaa voi vaihtaa 18 kuukauden välein ja julkisen sairauskassan tilalle voi valita myös yksityisen vaihtoehdon, mikäli henkilön tulot ylittävät mainitun 48 000 euron rajan. Sairaukassan neuvottelemien terveyspalveluiden piiristä asiakas voi valita vapaasti esimerkiksi sairaalan ja hoitavan lääkärin. Ikäihmisten palveluiden osalta vakuutusjärjestelmä on laajentunut koskemaan myös hoivaa.

Saksassa ei ole keskitettyä virallista toimijaa tai järjestelmää, josta asiakkaat ja potilaat saisivat tietoa palveluista ja niiden tarjoajista. Koska potilaista kilpaillaan, vakuutusrahastot ja palveluiden tuottajat tarjoavat paljon tietoa väestölle. Terveystieteiden laatuun valvoo itsenäinen laadunvalvontainstituutti Institut Für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Sen tehtävänä on tuottaa erilaisia akkreditointiohjelmiä ja indikaattoreita terveydenhuoltoon. Toiminta on keskittynyt erikoissairaanhoidon laatuun.

5.2.3 Pohjoismaiden ja eräiden muiden Euroopan maiden pelastustoimen järjestämismallit

Pelastustoimen järjestämismalleja on tarkasteltu pohjoismaissa ja lisäksi Virossa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa ja Irlannissa. Tarkasteluun on Pohjoismaiden lisäksi otettu maita, joiden pelastustoimen järjestelmää on viime aikoina kehitetty hallinnollista organisaatiota muuttamalla. Pelastustoimen järjestämistä vastuu on yleensä kunnilla. Suomen keskeisenä erona useaan maahan on se, että Suomessa ei ole muille maille tyypillistä vastuuministeriön alaista pelastusvirastoa.

Ruotsi

Ruotsissa pelastustoimesta vastaavat paikallisella tasolla kunnat (290). Kunnilla voi olla myös yhteisiä pelastuslaitoksia, niin kutsuttuja kuntaliittymiä. Lääninhallitukset (Länstyrelse) vastaavat maantieteellisellä alueellaan kuntien pelastustoimen koordinaatiosta. Pelastustoimen kansallisesta koordinaatiosta vastaa oikeusministeriön alainen varautumisvirasto (MSB).

Norja

Norjassa pelastustoimesta vastaavat paikallisella tasolla kunnat (428) ja läänit (11). Kunnilla voi olla myös yhteisiä pelastuslaitoksia. Valtion lääninviranomaiset (Fylkesmannsembetet) vastaavat alueellaan kuntien valmius- sekä pelastustoimen seurannasta ja ohjauksesta. Pelastustoimen kansallisesta koordinaatiosta ja varautumisesta vastaa oikeus- ja varautumisministeriön alainen varautumisvirasto (DSB).

Tanska

Tanskassa pelastustoimesta vastaavat paikallisella tasolla kunnat (98). Kunnilla voi olla yhteisiä pelastuslaitoksia. Kunnat voivat hankkia pelastustoimen palvelut myös yksityiseltä yritykseltä tai puolustusministeriön alaiselta Tanskan valmiusviranomaiselta (DEMA), joka vastaa pelastustoimen kansallisesta koordinaatiosta. Viraston alaisuudessa toimii viisi kansallisen tason pelastuskeskusta, joista voidaan lähettää koulutettua henkilöstöä ja resursseja kunnallisten pelastuslaitosten tueksi laajoihin, pitkäaikaisiin tai paljon henkilöstöä vaativiin onnettomuus- tai kriisitilanteisiin.

Viro

Virossa valtio vastaa pelastustoimesta ja maa on jaettu 4 alueelliseen pelastuskeskukseen ja 15 maakuntaan. Pelastustoimen kansallisesta koordinaatiosta vastaa sisäministeriön alainen pelastusvirasto (Päästeamet). Virossa pelastusasemat on sijoitettu koko maan riskikartoituksen pohjalta, ei siis kunnan tai maakunnan riskikartoituksen mukaan.

Iso-Britannia

Englannissa ja Walesissa pelastustoimesta vastaa noin 50 alueellista pelastuslaitosta. Siviilisektorin kansallisesta varautumissuunnittelusta vastaa pääministerin kanslian yhteydessä toimiva sihteeristö (CCS). Skotlannissa ja Pohjois-Irlannissa on tehty pelastustoimen uudistus ja niissä kummassakin on vain yksi pelastuslaitos.

Irlanti

Irlannissa palokuntien ylläpitämisestä vastaavat kunnat. Pelastustoimen kansallisesta koordinaatiosta eri ministeriöiden ja viranomaisten välillä vastaa puolustusministeriön alainen Office of Emergency Planning (OEP), kansallinen ohjausryhmä ja hallituksen varautumiselin.