



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

Sote-budjetti- kehys sosiaali- ja terveys- palvelujen kustan- nusten hallinnan keinona



6/2015

Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset



VALTIOVARAINMINISTERIÖ

Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveys- palvelujen kustannusten hallinnan keinona

Valtiovarainministeriön julkaisu

6/2015

Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset



VALTIOVARAINMINISTERIÖ
PL 28 (Snellmaninkatu 1 A) 00023 VALTIONEUVOSTO
Puhelin 0295 16001 (vaihde)
Internet: www.vm.fi
Taitto: Anitta HeiskanenVM-julkaisutiimi

Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 2015

Kuvailulehti

Julkaisija ja julkaisu-aika	Valtiovarainministeriö, helmikuu 2015	
Tekijät	Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan toteuttavaa budjettikehysjärjestelmää valmisteleva ryhmä	
Julkaisun nimi	Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan keinona	
Asiasanat	finanssipolitiikka, julkinen talous, terveydenhuoltomenot, taloudellinen ohjaus	
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtiovarainministeriön julkaisuja 6/2015	
Julkaisun myynti/jakaja	Julkaisu on saatavissa pdf-tiedostona osoitteesta www.vm.fi/julkaisut . Samassa osoitteessa on ohjeet julkaisun painetun version tilaamiseen.	
Painopaikka ja -aika	Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 2015	
ISBN 978-952-251-646-6 (nid.) ISSN 1459-3394 (nid.) ISBN 978-952-251-647-3 (PDF) ISSN 1797-9714 (PDF)	Sivuja 64	Kieli Suomi

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan toteuttavaa budjettikehysjärjestelmää valmisteleva työryhmä on tarkastellut kuntien rahoitus- ja järjestämisvastuulla olevien sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden taloudellista ohjausta. Erityisesti on kiinnitetty huomiota siihen, miten julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus voidaan kytkeä julkisen talouden suunnitelmaan.

Työryhmän hahmottelema sote-budjettikehys on sovitettavissa erilaisiin sosiaali- ja terveystalouden järjestämistapoihin. Sote-budjettikehys kytkeytyisi johdonmukaisella tavalla yhteen kuntien valtionosuusjärjestelmän kanssa. Työryhmä on tarkastellut sote-budjettikehyselle kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia, jotka eroavat toisistaan lakisääteisen sitovuutensa suhteen. Erityisesti lakisääteisesti sitova vaihtoehto muuttaisi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen perusteita varsin olennaisesti. Sote-budjettikehysten toteutus-tapa ja vaikutusten arviointi vaativat jatkoselvitystä. Myös laajempi vaihtoehtojen toteutustapojen tarkastelu on jatkovalmistelussa tarpeen.

Presentationsblad

Utgivare och datum	Finansministeriet, februari 2015	
Författare	Gruppen som bereder ett budgetramsystem för kontrollen av social- och hälsovårdskostnaderna	
Publikationens titel	Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalvelujen kustannusten hallinnan keinona	
Publikationsserie och nummer	Finansministeriet publikationer 6/2015	
Beställningar/distribution	Publikationen finns på finska i PDF-format på www.vm.fi/julkaisut . Anvisningar för beställning av en tryckt version finns på samma adress.	
Tryckeri/tryckningsort och -år	Juvenes Print – Finlands Universitetstryckeri Ab, 2015	
ISBN 978-952-251-646-6 (nid.) ISSN 1459-3394 (nid.) ISBN 978-952-251-647-3 (PDF) ISSN 1797-9714 (PDF)	Sidor 64	Språk Finska
Sammandrag <p>Arbetsgruppen som bereder ett budgetramsystem för kontrollering av social- och hälsovårdskostnader har granskat den ekonomiska styrningen av social- och hälsovårdstjänsterna som kommunerna svarar för. Särskild uppmärksamhet har fästs vid hur finansieringen av den offentliga social- och hälsovården kunde kopplas till planen för de offentliga finanserna.</p> <p>Sote-budgetramen som arbetsgruppen skisserat upp kan anpassas till olika sätt att ordna social- och hälsotjänsterna. Den borde kopplas på ett ändamålsenligt sätt till kommunernas statsandelssystem. Arbetsgruppen har granskat två alternativa lösningsmodeller för sote-budgetramen. Modellerna avviker från varandra när det gäller deras lagstadgade bindande verkan. Det lagstiftningsmässigt bindande alternativet skulle förändra grunderna för finansieringen av social- och hälsovården på ett tämligen väsentligt sätt. Genomföringssättet och konsekvensutvärderingarna av sote-budgetramen kräver fortsatta utredningar. Den fortsatta beredningen kan även kräva en mera omfattande granskning av alternativet.</p>		

Description page

Publisher and date	Ministry of Finance, February 2015	
Author(s)	Working group preparing a budgetary framework system for the cost control of public social and health care services	
Title of publication	Sote-budjettikehys sosiaali- ja terveystalvelujen kustannusten hallinnan keinona	
Publication series and number	Ministry of Finance publications 6/2015	
Distribution and sale	The publication can be accessed in pdf-format in Finnish at www.vm.fi/julkaisut . There are also instructions for ordering a printed version of the publication.	
Printed by	Juvenes Print – Finland University Print Ltd, 2015	
ISBN 978- 952-251-646-6 (nid.) ISSN 1459-3394 (nid.) ISBN 978-952-251-647-3 (PDF) ISSN 1797-9714 (PDF)	No. of pages 64	Language Finnish
Abstract <p>The working group preparing a budgetary framework system for the cost control of public social and health care services has evaluated the financial control of social and health care services organised under the financial responsibility of the municipalities. Particular attention has been paid to how public funding of social and health services can be linked to the General Government Fiscal Plan.</p> <p>The social welfare and health care budget framework drafted by the working group can be applied to various ways of arranging social and health care services. Such a framework would be linked in the appropriate manner to the system of central government transfers to local government. The working group has considered two, alternative models for the social welfare and health care budget framework, which differ in terms of their level of legal enforceability. The particularly legally enforceable alternative would fundamentally change the basis of social and health care funding. Further analysis is required of the likely impacts of the social welfare and health care budget framework and the manner in which it would be implemented. This should include the evaluation of a broader range of alternative approaches to the framework's implementation.</p>		

Esipuhe

Julkisten sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä koskeva hallituksen esitys on parhailaan eduskunnan käsiteltävänä. Sen mukaan sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu keskitetään viidelle sosiaali- ja terveystaloudelle, tuottamisvastuu puolestaan enintään 19 tuotantovastuualueelle. Näillä toimijoilla olisi hallinnollisesti integroitua vastuu sekä perustalousta että erityistason palveluista.

Myös julkisen talouden ohjausta ollaan uudistamassa. Vuonna 2015 täysipainoisesti käyttöön otettavassa julkisen talouden suunnitelmassa asetetaan keskenään yhteen sopivat rahoitusasematavoitteet sekä koko julkiselle taloudelle että tämän eri alalohkoille – valtiontaloudelle, kuntataloudelle ja sosiaaliturvarahastoille. Finanssipolitiikan suunnittelun ja toteutuksen kannalta keskeistä tässä uudistuksessa on kuntatalouden nostaminen täysipainoisesti valtiontalouden rinnalle. Kuntatalouden lakisääteiset menot ja niiden rahoitus kootaan yhteen kuntatalouden rahoituskehikseksi, jonka mukainen nettolainananto vastaa kuntataloudelle asetettua rahoitusasematavoitetta. Hallituksen päätöksistä kuntatalouden menojen päätöspäätöksille muutoksille määritellään rahoituskehiksen osana vielä erikseen rahoitusasematavoitteen kanssa yhteen sopiva euromääräinen katto, ns. kuntatalouden menorajoite.

Kun kuntien lakisääteiset sosiaali- ja terveystalouden menot muodostavat valtaosan kuntatalouden rahoituskehiksestä, on sote-uudistuksella yhtymäkohtia myös julkisen talouden suunnitelmaan. Näiden merkitystä korostaa se, että hallitus on eri yhteyksissä päättänyt kuntien menopaineita hillitsevistä toimintalinjauksista. Elokuussa 2013 pääministeri Jyrki Kataisen hallitus päätti rakennepoliittisesta ohjelmasta. Tämän keskeisiä osia olivat kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen sekä julkisen palvelujärjestelmän tuottavuutta kohottava sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus.

Rakennepoliittisen ohjelman tavoitteet ja toteuttamissuunnitelma vahvistettiin uudelleen pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelmassa kesäkuussa 2014. Elokuun lopulla hallitus tarkasteli rakennepoliittisen ohjelman etenemistä ja teki eräitä sen toimeenpanoa tehostavia päätöksiä. Yhtenä näistä hallitus päätti sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hallinnan toteuttavan budjettikehysjärjestelmän valmistelusta parlamentaarisen sote-ohjausryhmän työn tueksi.

Valtiovarainministeriö asetti lokakuussa budjettikehysjärjestelmää valmistelevalle työryhmän. Ryhmän puheenjohtajaksi määrättiin talouspolitiikan koordinaattori Jukka Pekkarinen (VM) ja sen jäseniksi ylijohtaja Päivi Laajala (VM), apulaisbudjettipäällikkö Juha Majanen (VM), johtaja Heikki Palm (STM), ylijohtaja Kirsi Varhila (STM), lainsäädäntöneuvos Tuula Majuri (OM), neuvotteleva virkamies Marja Paavonen (VM), tutkimuspro-

fessori Markku Pekurinen (THL), johtaja Ilari Soosalu (Kuntaliitto) sekä lakiasiain johtaja Arto Sulonen (Kuntaliitto) sekä edelleen ryhmän sihteeriksi finanssineuvos Markku Nissinen (VM), neuvotteleva virkamies Tanja Rantanen (VM) ja hallitusneuvos Päivi Salo (STM). Ryhmä on kuullut asiantuntijana lisäksi budjettineuvos Jouko Narikkaa (VM), ja raportin kirjoittamiseen on osallistunut erityisasiantuntija Jenni Kellokumpu (VM). Työryhmän alkuperäinen määräaika oli 31.10.2014, ja sitä jatkettiin valtiovarainministeriön päätöksellä joulukuun loppuun 2014 saakka.

Talouspoliittinen ministerivaliokunta kuuli työryhmän puheenjohtajaa kokouksessaan 25.11.2014. Ministerivaliokunta linjasi, että työryhmän tulee laatia esitys sote-budjettikehyksestä, jossa sekä sosiaali- ja terveystalouden valtionosuudet että jäsenkuntien lakisääteiset maksuosuudet sote-alueiden budjetista määräytyvät valtionosuusjärjestelmän laskennallisten kustannusten perusteella. Linjaus on otettu työryhmän työskentelyssä huomioon.

Helsingissä 13. helmikuuta 2015

Sisältö

Esipuhe	9
1 Julkisen talouden ohjaus	13
1.1 Julkisessa taloudessa mittava kestävyysvaje	13
1.2 Sosiaali- ja terveystenonien kehityspiirteitä	15
1.2.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuuden mittaaminen	17
1.2.2 Keinoja hillitä sosiaali- ja terveyshuollon menonien kasvua	17
1.3 Julkisen talouden uudessa ohjausmallissa korostuu kokonaisuuden hallinta ..	20
1.4 Kuntien valtionosuusjärjestelmä	23
2 Sote-uudistus ja taloudelliset kannustimet	25
2.1 Sote-järjestämislaki	25
2.2 Sote-järjestämisen rakenteen ohjattavuus julkisen talouden kannalta	27
3 Sote-budjettikehys	31
3.1 Miksi sote-budjettikehys?	31
3.2 Sote-budjettikehysten pääpiirteet	32
3.3 Ei-sitova sote-budjettikehys	35
3.4 Lakisääteisesti sitova sote-budjettikehys	36
3.5 Sote-budjettikehys osana julkisen talouden suunnitelman valmistelua	39
3.6 Sote-budjettikehysten toimeenpano	42
4 Lisänäkökohtia	45
4.1 Investointien ohjaaminen	45
4.2 Tiedonhallinta ja ICT ohjauksen tukena	47
4.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan nykytila	47
4.2.2 Tiedonhallinnan kehittäminen	48
4.2.3 Sote-uudistus ja ICT	48
5 Loppupäätelmät	51
Lähteet	57

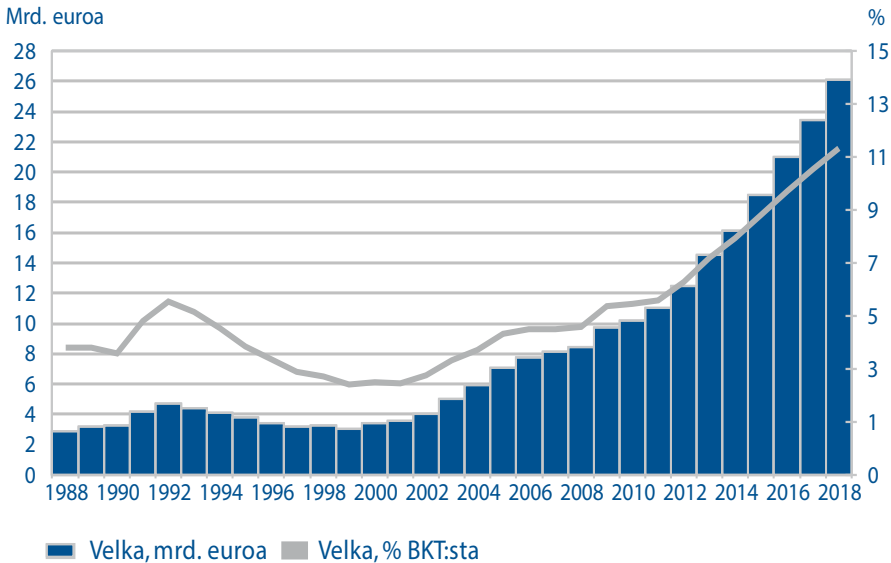
1 Julkisen talouden ohjaus

1.1 Julkisessa taloudessa mittava kestävyysvaje

Suomen julkisen talouden tila on heikentynyt viime vuosina voimakkaasti. Kansainvälisen finanssikriisin seurauksena syntynyt taantuma käänsi julkisen talouden rahoitusase- man syvästi alijäämäiseksi. Heikon kansainvälisen suhdannekehityksen lisäksi talous on kärsinyt teollisuuden rakennemuutoksesta. Teollisuustuotanto on romahtanut, ja aiemmin ripeää talouskehitystä ylläpitänyt tuottavuuden kasvu hidastunut voimakkaasti. Samalla väestön ikärakenteen muutos on alkanut kasvattaa ikäsidonnaisia menoja.

Suomen julkisen talouden näkymät ovat synkät. Taantumun myötä julkisen talouden bruttovelka suhteessa bruttokansantuotteeseen on kasvanut voimakkaasti ja ylittää vuonna 2015 60 prosentin rajan. Talouden kasvunäkymät ovat vaisut, ja väestön ikääntymisestä aiheutuva ikäsidonnaisten menojen kasvu jatkuu voimakkaana vielä kahden vuosikymmenen ajan. Julkiseen talouteen on muodostunut kestävyysvaje. Elokuussa 2014 tehdyn valtiovarainministeriön arvion mukaan julkista taloutta pitäisi vahvistaa noin 4 prosenttia bruttokansantuotteesta vastaavalla määrällä, jotta ikäsidonnaisten julkisten menojen kasvu voitaisiin rahoittaa nykyisellä veroasteella. Jos kestävyysvajetta ei saada poistettua, uhkaa julkisen talouden velkasuhde kasvaa tulevana vuosikymmeninä hallitsemattomasti.

Valtiontalouden ohella myös kuntatalouteen on syntynyt tulojen ja menojen välinen epätasapaino, joka ei ilman uusia toimenpiteitä ole korjaantumassa. Kuntien verotulojen kasvu on jäämässä lähivuosina vaimean talouskehityksen vuoksi aiemmin totuttua hitaammaksi. Lisäksi peruspalvelujen valtionosuuksia on leikattu osana valtiontalouden sopeutus- toimia. Kuntien menopaineet jatkavat kasvuaan, kun väestön ikääntyminen lisää hoito- ja hoivapalvelujen tarvetta. Ikäsidonnaisten julkisten hoito- ja hoivamenojen kasvu keskittyy kuntatalouteen. Valtiovarainministeriön arvion mukaan noin $\frac{3}{4}$ julkisen talouden kestävyysvajeesta koskeekin kuntataloutta. Kuntien sosiaali- ja terveystalouden kasvun hillitseminen ja palvelutuotannon tuottavuuskasvun tukeminen ovat siten avainasemassa pyrittäessä turvaamaan julkisen talouden pitkän aikavälin kestävyys.

Kuvio 1. Paikallishallinnon velka

Hallitus sopi 29.8.2013 rakennepoliittisessa ohjelmassaan toimista, joiden tarkoituksena on vahvistaa talouden kasvuedellytyksiä ja kuroa umpeen julkisen talouden kestävyysvaje. Ohjelma sisältää myös toimenpidekokonaisuuden kuntatalouden tasapainottamiseksi vuoteen 2017 mennessä. Siihen kuuluvat vuonna 2015 käyttöön otettava kuntatalouden rahoituskehys sekä valtion ja kuntien yhteiset toimet kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämiseksi. Myös palvelutuotannon tuottavuuden kohottaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusrakennemuutosten avulla on osa hallituksen rakennepoliittista ohjelmaa.

Kuntatalouden tasapainottamispyrkimyksiä tukee osaltaan kuntalain kokonaisuudistus, jossa alijäämän kattamisvelvollisuutta tiukennetaan. Uudistuksen myötä kunnan taseeseen kertynyt alijäämä tulee kattaa enintään neljän vuoden kuluessa tilinpäätöksen vahvistamisen jälkeen ilman mahdollisuutta lykätä alijäämän kattamista myöhempään ajankohtaan. Lisäksi alijäämän kattamisvelvollisuus ja kriisikuntamenettely koskevat jatkossa myös kuntayhtymiä. Uudistettuja taloussäännöksiä on tarkoitus soveltaa vuoden 2015 tilinpäätöksestä lähtien.

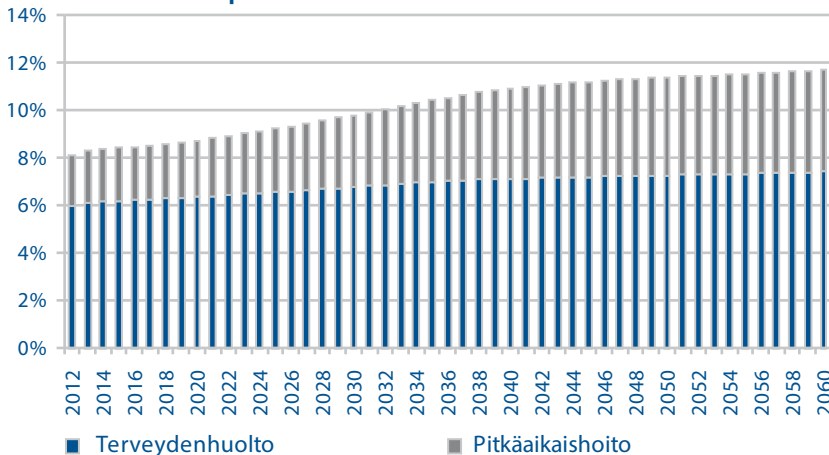
Kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen on edennyt arvioitua hitaammin. Päätöksessään rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamisesta 28.8.2014 hallitus linjasi, että rakennepoliittisessa ohjelmassa asetettu tavoite kuntatalouden menojen kasvun hidastumiseksi saavutetaan ottamalla käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannusten hallintajärjestelmä, ns. sote-budjettikehys. Järjestelmän avulla on palvelujärjestelmän tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantamisen ohella tarkoitus myös varmistaa, että sovittujen tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen hidastaa kuntien menoja hallituksen aiempien päätösten mukaisesti.

1.2 Sosiaali- ja terveysten kehityspiirteitä

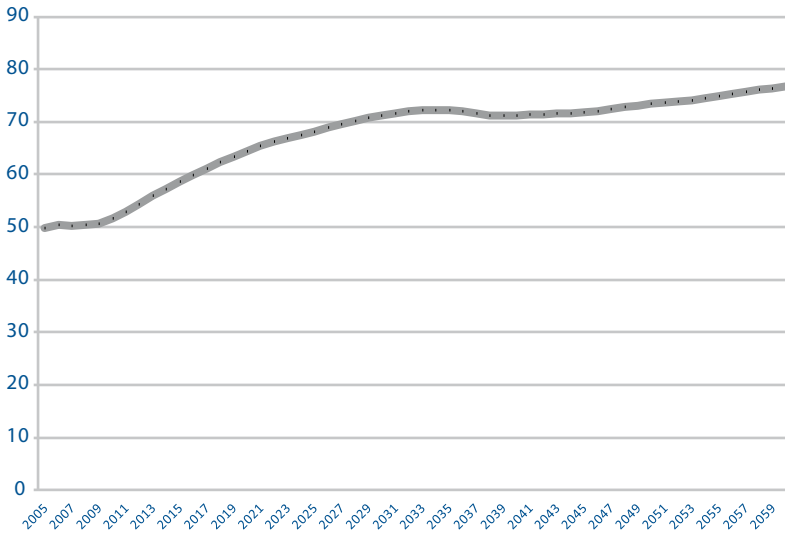
Väestön ikääntyminen, terveysten palvelujen laatuun kohdistuvien odotusten kasvu sekä tulojen kasvu lisäävät tulevina vuosikymmeninä terveydenhuollon menoja. Erityisesti iäkkäiden pitkäaikaishoidosta aiheutuvat sosiaalimenot kasvavat nopeasti kolmen seuraavan vuosikymmenen ajan. STM:ssä sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen ennakkointiin kehitetyn sosiaalimenomallin (SOME-malli) ennusteen mukaan terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenot kasvavat 8 prosentista vuonna 2012 lähes 12 prosenttiin suhteessa bruttokansantuotteeseen vuoteen 2060 mennessä. Kasvusta 60 prosenttia tulee pitkäaikaishoidosta ja 40 prosenttia terveydenhuollosta. (Vihriälä, 2014.)

SOME-mallin ennusteen mukainen menojen kasvun painottuminen pitkäaikaishoittoon on päinvastainen tulos kuin OECD:n ennakkointityössä. Pääsyyinä ovat erilaiset oletukset teknologisen kehityksen vaikutuksesta yksikkökustannuksiin ja elinajanodotteen pidentymisen vaikutuksesta palvelutarpeeseen. Sekä OECD:n että SOME-mallin pitkän aikavälin ennakkointeihin sisältyy huomattavia epävarmuuksia, ja niitä onkin syytä ajatella pikemmin painelaskelmina annetuilla oletuksilla kuin ennusteina. Esimerkiksi oletukset palvelutarpeen siirtymisestä ikääntymisen seurauksena ja teknologian kehityksestä tulevaisuudessa vaikuttavat merkittävästi tuloksiin. (Vihriälä, 2014.)

Kuvio 2. Terveydenhuolto- ja pitkäaikaishoitomenojen kehitys 2012–2060 (%/bkt) SOME-mallin perusuran mukaan



Ikääntyvän väestön osuuden kasvu tarkoittaa sosiaali- ja terveysten palveluiden kohoavan kysynnän ohella sitä, että työssä olevia on suhteessa työvoiman ulkopuolella olevaan väestöön entistä vähemmän. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä sataa työikäistä kohden oli vuoden 2011 lopussa noin 53. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan 60:n raja ylittyisi vuonna 2017 ja 70:n vuoteen 2028 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde olisi 77. Huoltosuhteen heikkeneminen merkitsee sitä, että kasvava osuus aktiiviväestön luomasta arvonlisäyksestä on ohjattava pääasiassa verovaroin rahoitettaviin sosiaali- ja terveysten menoihin.

Kuvio 3. Huoltosuhteen kehitys

Lasta ja eläkeikäistä/100 työkäistä

Sosiaali- ja terveydenhoitomenot, kuten kuntatalouden menot yleisemminkin, ovat reagoineet myös yleiseen taloudelliseen kehitykseen ja erityisesti julkisen talouden tilaan. 1990-luvun alun laman aikana kunnat jarruttivat tehokkaasti menojen kasvua. Taloudellisen tilanteen parannuttua kuntien menot kasvoivat puolestaan suhteellisen nopeasti, kunnes niiden kasvu on yleisen stagnaation myötä taas taantunut. Terveydenhuollon menojen kasvu on silti pysynyt meillä yleistä talouskasvua nopeampana.

Myös teknologian kehitys lisää terveydenhuoltomenoja. Teknologian keinoin pystytään usein tehostamaan toimintaa ja hillitsemään menojen kasvua, mutta toisaalta teknologian kehitys tuo myös uusia hoitomenetelmiä, jotka voivat lisätä menojen kasvua.

Monien sosiaalipalveluiden (kuten kotipalvelujen, perhetyön ja perheneuvonnan) varhaisen tukemisen luonteesta johtuu, että niiden tarjontaa lisäämällä ja tehostamalla voidaan vähentää raskaampien, korjaavien sosiaali- ja terveystalveluiden tarvetta ja kustannuksia. Myös muistisairauksien varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa sairastuneiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä hillitää hoitokustannusten kasvua. Erityisen tärkeässä asemassa on kaikenikäisten ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin järjestelmällinen edistäminen ja tätä kautta esimerkiksi iäkkäiden pitkäaikaishoidon tarpeen ennaltaehkäisy.

Edellä esitettyyn liittyen on syytä kuitenkin korostaa, että OECD on viime vuosien maaraporteissaan arvioinut kuntarakenteemme olevan liian pirstaleinen ja kantokyvyltään sille annettuihin tehtäviin nähden tehoton ja heikko. Työryhmä korostaa sote-uudistuksen tärkeyttä ja kiireellisyyttä myös menojen kasvun hillitsemiseksi.

1.2.1 Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuuden mittaaminen

Sosiaali- ja terveystoimen tuottavuuden ja vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa. Siihen ei ole tarjolla yksiselitteistä mittaustapaa, vaan kuvaa on täydennettävä eri näkökulmia yhdistelemällä. Pelkistetyn kuvan antaa Tilastokeskuksen tuottama kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto, joka mittaa kunnallisten palvelusuoritteiden ja niihin käytettyjen panosten välistä suhdetta. Tämän tilaston perusteella sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuus on pääsääntöisesti heikentynyt. Tilastokeskuksen tuottavuustilaston pohjana olevaa kansantalouden tilinpidon perusaineistoa pidetään kuitenkin liian karkeana sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuuden yksiselitteiseen arviointiin.

THL on yhdessä muiden vastaavien pohjoismaisten laitosten kanssa vertaillut pohjoismaisten sairaaloiden tuottavuutta yli 10 vuoden ajan. Suomalaisissa sairaaloissa on pystytty tuottamaan erikoissairaanhoidon palvelut jo pitkään noin 20 prosenttia edullisemmin kuin muissa pohjoismaissa. Sairaaloiden tuottavuus vaihtelee kuitenkin paljon maiden sisällä.

Sytä suomalaisten sairaaloiden parempaan tuottavuuteen ei vielä tunneta tarkalleen. Tuottavuuserot näyttävät liittyvän lähinnä sairaaloiden potilashoittoon. Yliopistosairaaloiden vertailu nimittäin osoittaa, ettei maiden välillä ole eroja, kun sairaaloiden opetus ja tutkimus otetaan mukaan tarkasteluun. Suomen sairaaloiden hyvän tuottavuuden onkin arveltu johtuvan siitä, että kuntien tiukka talous on hillinnyt niiden menojen kasvua. Jatkossa on tärkeää, että kehitetään uusia integroitujen palveluiden tuottavuusmittareita, jotka perustuvat hoidettuun ongelmaan mekaanisen toimenpidetuottavuuden lisäksi.

Sosiaalihuollossa vaikuttavuuden arviointi on erityisen vaikeaa, koska sosiaalisten ongelmien vaikeutumiseen tai toisaalta lievittymiseen vaikuttavat niin monet eri tekijät. Tietoa sosiaalipalvelujen vaikuttavuudesta on käytettävissä vain vähän. Olisikin kehitettävä lopputulosindikaattoreita, joilla voidaan arvioida palveluiden vaikutusta asiakkaan hyvinvointiin. Erityisen tärkeää on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä tietoperustaa vaikuttavien toimintakäytänteiden lisäämiseksi integroituvassa järjestelmässä. Noin 10 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista tai potilaista kerryttää 80 prosenttia kustannuksista.

1.2.2 Keinoja hillitä sosiaali- ja terveyshuollon menojen kasvua

Menojen kasvun hillintä yleisenä käytäntönä

Useimmissa maissa menojen kasvua on hillitty säätelemällä tuotantopanosten hintoja ja määriä sosiaali- ja terveydenhuollon tuotannossa, asettamalla menorajoitteita (budjetitkatto) tai siirtämällä osa menoista asiakkaiden kustannettavaksi (esimerkiksi asiakasmaksuilla tai rajoittamalla julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa). Viime aikoina on kiinnitetty huomiota sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuuteen luomalla taloudellisia kannustimia sekä järjestäjille (ostajille), tuottajille että asiakkaille. (OECD, 2010.) Menojen kasvun hillintää koskevat raportit ja toimet ovat painottuneet terveydenhuoltoon, kun taas sosiaalihuolto on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Erilaisilla toimenpiteillä, kuten panosten määrän rajoituksilla, menokatoilla tai hintojen jäädyttämisellä, voidaan merkittävästi leikata terveydenhuollon kustannuksia tai vähintäänkin hillitä terveystalouden kasvua. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön palkkojen kontrolloiminen on ollut vallitseva käytäntö erityisesti maissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat julkisesti tuotettuja (esimerkiksi Tanskassa, Suomessa, Irlannissa, Espanjassa, Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa). Myös Japanissa hintojen määrittäminen on ollut keskeistä kustannusten kontrolloimisessa. Saksassa ja Slovakiassa hinnat puolestaan automaattisesti sopeutuvat hoitomäärien muutokseen siten, ettei sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitusta ylitetä. Henkilöstön, tilojen ja laitteiden lisäksi merkittävät sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantopanokset ovat lääkkeet. Lääkemenojen osuus sosiaali-terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on kasvanut muiden menojen osuutta nopeammin viime vuosina. Tästä syystä lääkkeiden hintojen kontrolloimisella voidaan rajoittaa menojen kasvua. Samalla on kuitenkin huolehdittava, että lääketutkimuksella on riittävät taloudelliset kannustimet kehittää uusia, tehokkaampia lääkkeitä. Lääkehinnoittelua voidaan tehdä esimerkiksi käyttämällä muiden maiden lääkehintoja viitehintoina, maan sisäisellä viitehintajärjestelmällä, terveystaloudellisin perustein tai erilaisin riskinjakamisperustein. (OECD, 2010.)

Menokattojen tai menorajoitteiden käyttö on ollut tyypillistä useassa OECD-maassa erityisesti erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidon menokatot on usein seurannut avohoidon ja lääkemenojen rajoittaminen. Menokatot vaikuttavat olevan kaikista tehokkaimpia maissa, joissa terveydenhuollon menot rahoitetaan yhdestä lähteestä (kuten Kanadassa) tai maissa, joissa terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus on yhdistetty (esimerkiksi Tanskassa, Irlannissa, Uudessa-Seelannissa ja Isossa-Britanniassa). Joissakin maissa on asetettu viitteellisiä sosiaali- ja terveydenhuollon budjetteja tai tavoitteita, joskin epäonnistuneesti (esimerkiksi Belgiassa, Ranskassa, Luxemburgissa ja Hollannissa). Niissä maissa, joissa terveydenhuolto on järjestetty keskushallintoa alemmilla hallintotasoilla, keskushallinto on rajoittanut omaa rahoitusosuuttaan (Suomessa ja Kanadassa) tai on asettanut katon alemmien hallinnontasojen veroprosenteille (Tanskassa ja Ruotsissa). (OECD, 2010.)

Keskushallinnon asettamalla menokatoilla tai -rajoitteilla voi olla myös ei-toivottuja vaikutuksia. Ne eivät kannusta tuotantomäärien lisäämiseen tai tuottavuuden parantamiseen. Useat maat ovatkin yhdistäneet menokatot tehokkuuden ja palvelutarpeiden alueelliset erot huomioiviin mittareihin. (OECD, 2010.)

Menorajoitteen avulla on kansainvälisen kokemuksen valossa mahdollista hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua, mutta tämä vaatii terveydenhuollon toimijoiden sitoutumista budjettirajoitteeseen. Lisäksi budjettikuria tukemassa on oltava erilaisia keinoja, kuten terveysteknologian arviointi, hinnoittelu ja kannustimet tuottavuuden parantamiseksi. Samalla on otettava huomioon tarve rajata menokaton mahdollisia ei-toivottuja vaikutuksia palvelujen laatuun ja saatavuuteen.

[Terveysteknologian arviointi \(Health Technology Assessment\)](#)

Useissa maissa on käytössä jonkinlainen terveysteknologian menetelmien kansallinen arviointi, Health Technology Assessment (HTA). Terveysteknologian menetelmien arvi-

ointi järkeistää terveydenhuoltoa suhteellisen kustannustehokkuuden perusteella. Usein käytetty arviointiperuste on hoidon kustannus suhteessa elämälaadun huomioiviin lisäelinvuosiin (cost per quality adjusted life year, QALY).

Sairaalahoidon hinnoittelu

Yhdysvaltojen Medicaren lähes 30 vuotta sitten lanseeraama diagnosoiryhmiin perustuva sairaalahoidon hinnoittelu on levinnyt terveydenhuollon budjettikurin yhtenä välineenä useaan maahan. Tämä DRG-menetelmänä tunnettu hinnoittelu on lyhentänyt merkittävästi sairaalajaksojen kestoa ilman merkittävää heikentävää vaikutusta potilaiden terveyteen. Viimeaikaisin suuntaus DRG-hinnoittelussa on hintojen nousun määrittäminen alhaisemmaksi kuin yleinen hintatason nousu. Tällä tavoin halutaan lisätä painetta kustannusten alentamiseen ja toisaalta kannustaa tuottajia tehokkuuteen. Yleinen käytäntö onkin sitoa DRG-hinnoittelu keskimääräisiin tuotantokustannuksiin, mutta vielä voimakkaampi kannustin tehokkuuteen olisi sitoa hinnat kaikista tehokkaimpien tuottajien kustannuksiin. Toistaiseksi ei ole keksitty tehokkaita keinoja välttää tuottajia luokittelemasta potilaita vaativampiin ja kalliimpiin DRG-ryhmiin (DRG-creep).

Kannustimien parantaminen terveydenhuollon tuotannossa

Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana on kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota kannustinrakenteisiin terveydenhuollon tuotannossa. Tiedetään, että tuottajien korvausperusteilla on vaikutus palveluiden laatuun ja määrään (esim. Dudley et al., 1998; Conrad & Christianson, 2004). Perinteiset korvauskäytännöt – kuten kiinteä kuukausipalkka, suoriteperusteinen korvaus, eri korvausmuotojen yhdistelmät ja kapitaatiokorvaus – eivät kuitenkaan suoranaisesti palkitse terveyspalveluiden tuottajia hoidon paremmasta laadusta. Tästä syystä useissa maissa on kehitetty uudenlaisia korvausmenetelmiä, jotka kannustavat hoidon tehokkuuden ja laadun parantamiseen. Tieteellinen näyttö näiden erilaisten kannustinjärjestelmien vaikutuksesta laatuun on ristiriitaista ja perustuu vain yksittäisten järjestelmien arvioihin. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin sanoa, että tulokset ovat olleet varsin vaatimattomia (Christianson, Leatherman & Sutherland, 2007; Damberg et al., 2009; Guthrie, Auerback & Binman, 2010).

Tuorein arvio erilaisten kannustinjärjestelmien vaikuttavuudesta on OECD-raportti *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability* (OECD, 2014). Raportissa vertaillaan erilaisten korvausperusteiden (kannustinohjelman) vaikutuksia sekä perusterveydenhuollossa että sairaaloissa 12 eri maassa (mm. Australiassa, Virossa, Ranskassa, Saksassa, Uudessa-Seelannissa, Turkissa, Isossa-Britanniassa, Yhdysvalloissa, Brasiliassa, Koreassa). Näissäkään tapauksissa kannustinohjelmilla ei ole ollut suoraa vaikutusta hoidon laatuun, saatavuuteen ja tehokkuuteen. Raportissa todetaan, että kannustinohjelmien heikot tulokset ovat luultavasti seurausta kannustimien huonosta suunnittelusta ja riittämättömyydestä, puutteellisista mittareista, kannustinohjelmiin sitoutumisen puutteesta, toisensa kumoavista kannustimista tai arviointimenetelmien puutteista. OECD kuitenkin arvioi, että näillä ohjelmilla on ollut hyö-

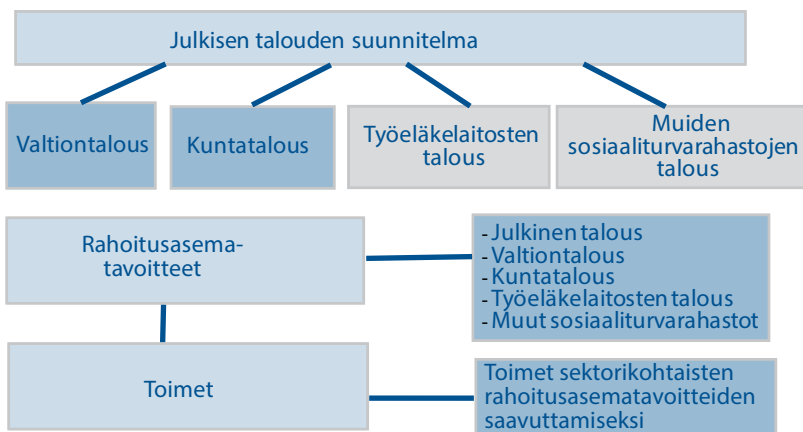
dyllinen vaikutus terveydenhuoltojärjestelmiin selkeyttämällä tuottajille asetettuja tavoitteita, parantamalla terveydenhuollon palveluiden ostoprosesseja, parantamalla tuottajien suoriutumisen mittaamista sekä lisäämällä informaatioon perustuvaa vuorovaikutusta tuottajien ja ostajien välillä.

1.3 Julkisen talouden uudessa ohjausmallissa korostuu kokonaisuuden hallinta

Julkisen talouden kestävyys turvaaminen edellyttää entistä johdonmukaisempia toimenpiteitä ja ohjausta kaikilla julkisen talouden alasektoreilla. Myös EU:n tehostettu talouspolitiikan koordinaatio, ns. budjettikehysdirektiivi (2011/85/EU) sekä ns. ennakoivalvonta-asetus (EU N:o 473/2013), edellyttävät muutoksia julkisen talouden ohjausjärjestelmään. Suomessa koko julkisen talouden ohjausta linjaava valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta (120/2014) tuli pääosin voimaan 14.2.2014. Kokonaisuudessaan uuteen julkisen talouden ohjausmalliin siirrytään vuonna 2015 uuden vaalikauden alusta lukien.

Uudessa ohjausmallissa korostuvat pitkäjänteisyys ja julkisen talouden tarkastelu kokonaisuutena. Uuden asetuksen mukaisesti laadittava julkisen talouden suunnitelma (JTS) kattaa koko julkisen talouden sisältäen valtionaloutta, kuntataloutta, lakisääteisiä työeläkelaitoksia ja muita sosiaaliturvarahastoja koskevat osat. Lisäksi suunnitelmassa asetetaan rahoitusasemaa (tulojen ja menojen erotusta eli nettolainanottoa) koskeva keskipitkän aikavälin tavoite koko julkiselle taloudelle sekä johdonmukaisella tavalla erikseen sen kullekin alasektorille. Suunnitelmassa on myös esitettävä yksilöidyt toimenpiteet rahoitusasematavoitteiden saavuttamiseksi. Valtioneuvosto laatii julkisen talouden suunnitelman vaalikaudeksi ja tarkistaa sen vuosittain seuraavaksi neljäksi vuodeksi huhtikuun loppuun mennessä. Tarkistuksen yhteydessä arvioidaan toimenpiteiden riittävyttä suhteessa asetettuihin rahoitusasematavoitteisiin sekä päätetään mahdollisista lisätoimenpiteistä.

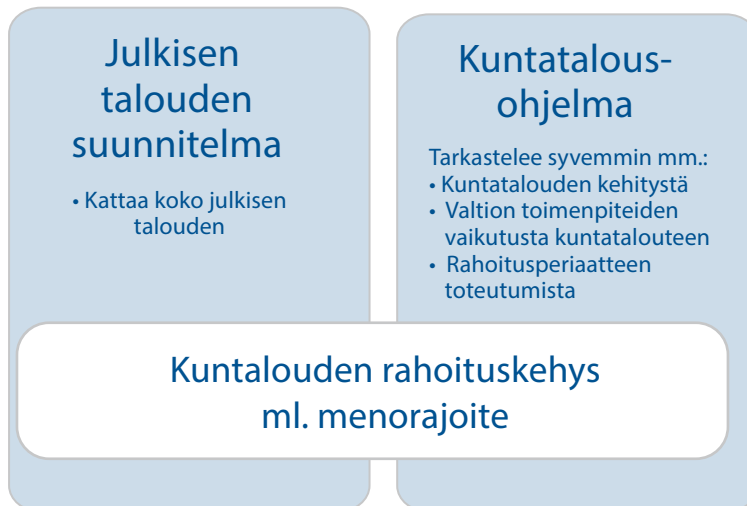
Kuvio 4. Julkisen talouden suunnitelma



Kuntatalouden ohjauksen osalta siirtyminen uuteen ohjausmalliin merkitsee entistä kiinteämpää yhteyttä valtiontalouden kehys- ja talousarviovalmisteluun. Julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskeva osa muodostaa kuntatalouden rahoituskehyn. Siinä esitetään arvio kuntatalouden menojen ja tulojen muodostumisesta suunnitelmakaudella sekä yksilöidään ne toimet, joilla kuntataloudelle asetettu rahoitusasematavoite on saavutettavissa. Rahoituskehys muodostuu valtion kunnille osoittamista tehtävistä, niihin osoitetusta rahoituksesta (valtionavut, veroperusteet ja asiakasmaksuja koskevat säädökset) sekä kuntien omista toimenpiteistä (kunnallisvero- ja kiinteistöveroprosentit, toiminnan järjestämisen kustannukset, tuottavuus). Lisäksi rahoituskehyksessä jaetaan rahoitusasematavoitteen edellyttämä sopeutustarve valtion ja kuntien vastuulle. Kuntatalouden rahoituskehys muodostaa näin suunnitelman, jolla voidaan päästä kuntataloudelle asetettuun tavoitteeseen. Suunnitelman toteutumista tarkastellaan säännöllisesti julkisen talouden suunnitelman tarkistuksen yhteydessä, ja hallitus päättää tarvittaessa lisätoimista.

Rahoituskehys sisältää erikseen täsmennettynä hallituksen asettaman kuntatalouden menorajoitteen. Tämä on kuntatalouden rahoitusasematavoitteen kanssa johdonmukaisen euromääräinen rajoite valtion toimenpiteistä kuntataloudelle aiheutuvalla menojen muutoksella. Koko kuntatalouden menorajoite jaetaan julkisen talouden suunnitelmassa edelleen hallinnonalakohtaisiksi menorajoitteiksi, jotka ohjaavat hallinnonalojen valmistelua. Menorajoite voi olla myös negatiivinen, jolloin valtion on vähennettävä omilla toimillaan kuntataloudelle aiheutuvia menoja. Menorajoite asetetaan julkisen talouden suunnitelman mukaisesti hallituskaudeksi.

Kuvio 5. Julkisen talouden suunnitelman ja kuntatalousohjelman välinen suhde



Uudessa kuntatalouden ohjausmallissa jo ennestään käytössä olleen peruspalveluohjelman korvaa kuntatalousohjelma. Myös sen valmistelu on osa julkisen talouden suunnitelman valmistelua. Kuntatalousohjelma sisältää julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskevan osan, ja lisäksi se syventää ja laajentaa valtion toimenpiteiden tarkastelua. Ohjelmassa arvioidaan rahoitusperiaatteen toteutumista ja tarkastellaan kuntataloutta sekä valtion toimien vaikutuksia kuntaryhmittäin ja alueittain. Kuntatalousohjelma laaditaan hallituskauden alussa, ja sitä tarkistetaan vuosittain julkisen talouden suunnitelman tarkistuksen yhteydessä. Ohjelma valmistellaan valtion ja kuntien neuvottelumenettelyssä.

Julkisen talouden alasektoreiden ohjaus nivoutuu uudessa ohjausmallissa tiiviiksi kokonaisuudeksi. Uusi ohjausmalli antaa siten entistä paremmat edellytykset pitkäjänteisen, julkisen talouden kestävyuden turvaavan talouspolitiikan toimeenpanoon.

Tässä raportissa käytettävät julkisen talouden ohjaukseen liittyvät käsitteet:

Julkisen talouden suunnitelma (JTS) on hallituksen päätösasiakirja, joka koostuu finanssipolitiikan linjaa, julkisen talouden kokonaisuutta ja julkisen talouden alasektoreita (valtionalous, kuntatalous, lakisääteiset työeläkelaitokset ja muut sosiaaliturvarahastot) koskevista päätöksistä. Suunnitelman laadintaa ohjaa valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta (120/2014), jonka taustalla ovat EU-säännökset. Suunnitelma laaditaan hallituskauden alussa neljäksi vuodeksi, ja sitä tarkistetaan vuosittain keväällä seuraavalle nelivuotiskaudelle.

Kuntatalousohjelma laaditaan valtion ja kuntien neuvottelumenettelyssä osana julkisen talouden suunnitelman valmistelua. Se sisältää julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskevan osan. Lisäksi kuntatalousohjelmassa kuntataloutta ja valtion toimenpiteiden vaikutuksia tarkastellaan kuntaryhmittäin ja alueittain.

Kuntatalouden rahoituskehys on julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskeva osa. Siinä asetetaan kuntataloudelle rahoitusasematavoite ja menorajoite sekä päätetään muista toimenpiteistä tavoitteen saavuttamiseksi.

Kuntatalouden menorajoite asetetaan julkisen talouden suunnitelmassa osana kuntatalouden rahoituskehystä. Menorajoite on valtion toimenpiteistä aiheutuvalle kuntien menojen muutokselle asetettava euromääräinen raja. Menorajoite asetetaan hallituksen ensimmäisessä julkisen talouden suunnitelmassa koko vaalikaudeksi.

Sote-budjettikehyys on tässä raportissa käsitelty uusi ohjausväline, joka asetettaisiin julkisen talouden suunnitelmassa osana kuntatalouden rahoituskehystä. Se koskisi kuntien järjestämistä rahoitusvastuulla olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Sairausvakuutuksen menot rajautuvat sote-budjettikehyksen ulkopuolelle.

1.4 Kuntien valtionosuusjärjestelmä

Uudistettu kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä tuli voimaan vuoden 2015 alusta lukien. Järjestelmää yksinkertaistettiin ja selkeytettiin sekä sen kannustavuutta parannettiin. Uudistuksessa järjestelmästä poistettiin mm. erilliset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä esi- ja perusopetuksen laskentaperusteet. Samalla siirryttiin yhteen yhtenäistettyyn ikärakenneluokitukseen.

Peruspalvelujen valtionosuuden laskennalliset kustannukset perustuvat keskeisesti ikäryhmittäisiin kustannuksiin ja sairastavuuteen. Ikäryhmitys pohjautuu pääosin nykyisiin ikäluokituksiin. Uudessa järjestelmässä otetaan kuitenkin käyttöön uusi, 16–18 -vuotiaiden ikäryhmä. Sairastavuuskertoimen osatekijöitä ovat terveyden-, vanhusten- ja sosiaalihoito. Sairastavuuden painoa valtionosuusperusteena korotetaan ja ikärakenteen painoa pienennetään. Muina laskennallisten kustannusten määräytymistekijöinä otetaan käyttöön työttömyyskerroin, vieraskielisyyskerroin, kaksikielisyys, saaristoisuus, asukastiheyskerroin ja koulutustaustakerroin. Kriteerien toinen osa muodostuu lisäosista. Niitä ovat saamelaisten kotiseutualueen kunnan, syrjäisyyden ja työpaikkaomavaraisuuden lisäosat.

Verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasauksen tasausraja on 100 prosenttia. Tasauslisä on 80 prosenttia tasausrajan ja kunnan asukaskohtaisen laskennallisen verotulon erotuksesta. Vastaavasti tasausvähennys on 30 prosenttia tasausrajan ylittävästä euromäärästä lisättyinä mainitun ylityksen luonnollisella logaritmillä, joka muunnetaan prosenttiyksiköiksi. Verotuloihin perustuvassa valtionosuuden tasauksessa otetaan huomioon 50 prosenttia ydinvoimalaitosten kiinteistöveroista. Tasaus koskee vain kunnan peruspalveluiden valtionosuudesta annetun lain mukaista valtionosuutta eikä tasaus koske muiden hallinnonalojen valtionosuuksia ja -avustuksia.

Valtion ja kuntien välisessä kustannustenjaon tarkistuksessa tarkistetaan laskennallisten kustannusten ja toteutuneiden kustannusten vastaavuus. Jos laskennalliset kustannukset eroavat toteutuneista kustannuksista, perushinnat ja rahoitus tarkistetaan toteutuneiden kustannusten mukaisiksi ja määritetään valtionosuusprosentti. Vuonna 2015 voimaan tulleen valtionosuuslain mukaisesti tarkistus toteutetaan vuosittain vuodesta 2016 alkaen.

2 Sote-uudistus ja taloudelliset kannustimet

2.1 Sote-järjestämislaki

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistusta on valmisteltu eduskuntapuolueiden puheenjohtajien 23.3.2014 tekemän sopimuksen pohjalta. Valmistelua on tehty parlamentaarisen ohjausryhmän johdolla. Ryhmän puheenjohtajana toimi peruspalveluministeri Susanna Huovinen. Hallituksen esitys sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä koskevaksi laiksi (HE 268/2014 vp) annettiin eduskunnalle 4.12.2014.

Palvelujen järjestämis- ja tuottamisvastuu

Uudistuksessa järjestämisvastuu julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta säädetään puolueiden puheenjohtajien linjauksen 23.3.2014 mukaan viidelle sosiaali- ja terveysalueen (sote-alue) kuntayhtymälle. Jokainen Manner-Suomen kunta kuuluu yhteen sote-alueeseen. Nykyisin vastuu on useisiin eri lakeihin perustuen kunnilla ja eräillä lakisääteisillä kuntayhtymillä.

Lakiehdotuksen mukaan palvelujen tuottamisvastuu on sosiaali- ja terveysalueiden päättämällä kuntayhtymillä. Tuottamisvastuu voi kuntayhtymän sijasta olla vastuukunnalla, jos kunnat niin yhdessä sopivat. Järjestämisspätös tehdään joka neljäs vuosi. Se sisältää muun muassa seuraavat asiat:

- määritellään, miten sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset linjaukset toteutetaan sote-alueella
- päätetään tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät
- päätetään rahoituksen ja voimavarojen kohdentamisesta tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille
- päätetään sote-alueen oma tuottamisvastuu
- määritellään tarkoituksenmukainen, kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne
- päätetään keskeiset periaatteet ostopalvelujen (ml. palveluseteli) käytölle ja niiden laajuus

Tuottamisvastuu voidaan antaa kuntayhtymälle vain, jos se pystyy huolehtimaan ehkäisevistä, korjaavista ja hoitavista, kuntouttavista sekä muista sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä yhtenäisenä kokonaisuutena. Käytännössä kuntayhtymän siis pitää pystyä vastaamaan sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista. Lakiehdotuksen mukaan tuottamisvastuualueita on koko maassa yhteensä enintään 19 kappaletta. Tuottamisvastuussa kuntayhtymä voi tuottaa palvelut itse tai yhteistoiminnassa toisen kuntayhtymän kanssa. Lisäksi se voi käyttää ostopalveluja ja palveluseleitä sosiaali- ja terveysalueen päättämien linjausten mukaisesti.

Sekä sote-alueen kuntayhtymän että tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän hallinto toteutetaan lähtökohtaisesti kuntalain mukaisesti. Jokaisella kunnalla on edustus kuntayhtymän ylimmässä päättävässä toimielimessä (yhtymävaltuusto). Kuntayhtymällä on toimeenpanosta vastaava hallitus.

Rahoitus

Kunnat vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta myös uudistuksen jälkeen. Valtio osallistuu sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin valtionosuusjärjestelmän mukaisella laskennallisella valtionosuudella. Sote-alue laatii vuosittain budjetin, jolla rahoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen kustannukset. Tämän budjetin rahoitus kerätään kunnilta kunnan asukasmäärään perustuvalla maksulla, jota on painotettu kuntien peruspalvelujen valtionosuuslaskennassa käytettävien ikäluokkien perushintojen sekä sairastavuuskertoimen mukaisesti (painotettu kapitaatio). Järjestämislakiehdotuksen mukaan sote-alueella on oikeus kerätä palvelujen toteuttamisesta aiheutuvat tarpeelliset kustannukset.

Sote-alue kohdentaa kunnilta keräämänsä rahoituksen tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille. Korvauksen suuruus määräytyy siten, että vähintään 80 prosenttia rahoitusosuudesta määräytyy ikä- ja sairastavuustekijöillä painotettuna kapitaatiomaksuna ja enintään 20 prosenttia sote-alueen järjestämispäätöksessä määriteltyjen palvelutuotannon vaikuttavuus- ja tehokkuusvaatimusten perusteella.

Ohjaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista ohjausta vahvistetaan. Sote-järjestämislakiehdotuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, kehittäminen ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle.

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee kansallisen strategian ja käy vuosittain neuvottelut sote-alueiden kanssa näiden tavoitteiden sekä lainsäädännön mukaisten palvelujen toteuttamisesta. Näiden neuvottelujen yhteydessä käsitellään sote-alueen järjestämispäätöksen sisältö. Neuvottelumenettelyn ja siihen liittyvän STM:n kuulemismenettelyn tavoitteena on varmistaa, että tuottamisvastuualueiden valinta, tehtävien edellyttämät voimavarat ja niiden kohdentaminen toteutuvat koko maassa kustannustehokkaasti ja kansallisten strategisten linjausten mukaisesti.

Sote-alue ohjaa tuottamisvastuussa olevia kuntayhtymiä järjestämispäätöksen mukaisesti vuosittaisella tulossopimusneuvottelulla sekä rahoituksen kohdentamisen kautta. Tuottamisvastuualueen taloudelliseen asemaan sote-alue voi vaikuttaa lisäksi asettamalla vuosittain tulossopimuksessa vaikuttavuus- ja tulostavoitteet. Tuottamisvastuualueiden taloudellisen hallittavuuden ja ohjattavuuden kannalta on olennaista, ettei niiden palvelutarve vaihtelee liiaksi. Tästä syystä on tärkeää, että tuottamisvastuualueista muodostetaan riittävän suuria.

Tarkoituksena on, että sote-järjestämislaki ja siihen liittyvä voimaannpanolaki tulisivat voimaan keväällä 2015. Voimaannpanolaissa on mm. aikataulutettu sote-alueiden kuntayhtymien perustaminen, tuottamisvastuussa olevien kuntien ja kuntayhtymien määrittely ja muut uudistuksen toimeenpanon kannalta keskeiset asiat. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämis- ja tuottamisvastuut siirtyisivät uusille organisaatioille 1.1.2017 lukien.

Sote-rahoitusuudistus

Sote-uudistuksen kokonaisuuteen liittyy monikanavaisen rahoituksen uudistamistyö, jota koskevan selvityksen valmistelu on aloitettu 18.3.2014 asetetussa työryhmässä. Työryhmän tehtävänä on laatia selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoista. Vaihtoehtojen tulee selkeyttää sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta sekä poistaa sen ongelmia. Vaihtoehtojen tulee vähentää osaoptimointia ja luoda oikeansuuntaisia kannusteita kokonaiskustannusten vähentämiseksi. Tavoitteena tulee olla tehokkaasti ja vaikuttavasti toimiva sote-rahoitusjärjestelmä. Selvityksessä tulee ottaa huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia koskevan hallituksen esityksen sekä sen perusteella annettavan lain sisältö. Työryhmän työ tähtää siihen, että seuraavalla hallituskaudella tehtäisiin päätöksiä koko sote-rahoitusjärjestelmän kokonaisuuden uudistamisesta.

2.2 Sote-järjestämisen ohjattavuus julkisen talouden kannalta

Sote-uudistuksen myötä syntyvä viiden sote-alueen ja enintään 19 tuottamisvastuullisen kuntayhtymän järjestämis- ja tuottamisrakenteen luo hallittavissa olevan valtakunnallisen ja alueellisen ohjausrakenteen sosiaali- ja terveydenhuollolle. Alueellinen kokonaisvastuu järjestämisessä ja tuottamisessa poistaa osaoptimoinnin mahdollisuuden järjestämis- ja tuottamisvastuun tasolla, mutta ei palvelutuotannon tasolla. Sairausvakuutuksen korvaamat tutkimukset ja hoidot sekä lääkkeet ja matkat rajautuvat julkisen sote-järjestämisen ulkopuolelle.

Tuottamisvastuullisten rajallinen määrä, enintään 3-5 kullakin sote-alueella, tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa laaja-alainen sote-integraatio paitsi järjestämisen myös tuottamisvastuun tasolla. Asiakaslähtöiset perus- ja erityistason yhdistävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuudet mahdollistavat asiakkaan tarvitsemien palvelujen toimivan ja tehokkaan yhteensovittamisen ja ohjauksen. Tämä parantaa sekä hoidon ja hoivan tuloksia että toiminnan taloudellisuutta.

Alueellisesti keskitetty järjestämis- ja tuottamisvastuu ohjaa jo sellaisenaan voimavarojen tehokkaaseen käyttöön paremmin kuin hajautunut toimintamalli. Kun palvelukonaisuuden eri osat (ml. ympärivuorokautinen päivystys) ovat saman johdon ja budjetin alla, poistuu kannuste ja mahdollisuudet siirtää palvelu- ja kustannusvastuuta muiden rasiitteeksi. Tuottamisvastuu kaikista sote-palveluista mahdollistaa palvelujen käytännön toteutuksen uudenaikaisina, taloudellisesti ja asiakkaan kannalta tehokkaampina kokonaisuuksina ja tuo aiempaa selvemmin näkyväksi sen, että päätös palvelukokonaisuudesta (hoitoketjusta, palvelupaketista) on aina merkittävä kustannuspäätös.

Sote-alueen järjestämisspätös on avainasemassa tuotantovastuullisten työnjaon ja palvelurakenteen yhteensovittamisessa. Vaikka tuottamisvastuulliset kuntayhtymät vastaavat sote-integraation ja palvelujen toteuttamisesta omalla alueellaan, ne ovat palveluvastuultaan erilaisia ja niiden mahdollisuudet toteuttaa tavoiteltava mahdollisimman laaja sosiaali- ja terveystalouden integraatio omana toimintana vaihtelee. Kaikilla tuottamisvastuullisilla on perustason ja erityistason sote-palveluja tuottavia yksiköitä, mutta vain joillakin on ympärivuorokautisesti päivystävä sairaala ja yhdellä on yliopistosairaala kullakin sote-alueella.

Sote-alue ohjaa ja määrittää järjestämisspätöksellään tuotantovastuullisten työnjaon, palvelurakenteen, palveluverkon ja palvelutuotannon mitoituksen ja sitä kautta niiden palvelutarjonnan ja kokonaisuuden tason. Kannuste tuotantovastuullisten kuntayhtymien väliseen kilpavarusteluun ja päällekkäisiin investointeihin vähenee, kun merkittävät investoinnit suunnitellaan ja toteutetaan koko sote-alueen näkökulmasta. Tosin päätökset merkittävimmistä ja vaikutuksiltaan vuosikymmenien päähän ulottuvista sairaalainvestoinneista (uusinvestoinnit ja peruskorjaukset) on pääosin tehty jo ennen sote-uudistuksen toimeenpanoa.

Järjestämis- ja tuottamisvastuun tasolla kokonaiskustannukset ovat hyvin ennakoitavissa. Sote-alueen tarveperusteiseen kapitaatioon pohjautuva rahoitusmalli parantaa kuntien menojen ennakoitavuutta poistaessaan sairastavuuden satunnaisuudesta johtuvan menojen vuosivaihtelun. Myöhemmin on mahdollista kehittää kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä taloudellisia kannusteita, joilla voidaan palkita kuntia onnistuneesta toiminnasta. Monien, erityisesti pienten, kuntien sote-menot saattavat nousta tai laskea siirryttäessä suoriteperusteisesta kapitaatorahoitukseen. Neljän vuoden siirtymäaika tasoittaa merkittävästi rahoitusjärjestelmän muuttumisesta aiheutuvia kunkin kunnan menomuutoksia.

Tuottamisvastuullisten kuntayhtymien suuri koko parantaa olennaisesti palvelutuotannon ja talouden suunnittelua ja vakautta vähentäessään merkittävästi palvelujen käytön ja kustannusten vuotuista satunnaisuutta. Tuottamisvastuussa olevien kuntayhtymien rahoitus perustuu laskennallisiin tekijöihin (80 prosenttia) ja kustannus- ja vaikuttavuustekijöihin (20 prosenttia). Harvalukuinen määrä tuottamisvastuullisia kullakin sote-alueella mahdollistaa esimerkiksi kapitaatiopohjaisten korvausperiaatteiden soveltamisen tuottamisvastuullisten rahoituksen laskennallista osaa määriteltäessä. Tämä parantaisi osaltaan sote-menojen ennakoitavuutta. Kapitaatioperiaate hillitsee menojen kasvua tehokkaasti kokonaiskustannusten tason ollessa ennalta määriteltä. Tuottamisvastuullisten rahoituksen kustannus- ja vaikuttavuusosa voidaan uudistuksen alkuvaiheessa sitoa esimerkiksi tuo-

tettujen palvelujen määrään ja yksinkertaisiin, validoituihin tuottavuuden ja vaikuttavuuden mittareihin. Kustannusten kasvun hillitsemiseksi kustannus- ja vaikuttavuustekijöihin sidottujen korvausten kokonaismäärälle on tarpeen asettaa etukäteen määritelty katto.

Tuottamisvastuulliset kuntayhtymät ovat henkilöstömäärällä mitattuna suuria työnantajia. Tämä tarjoaa aiempaa paremmat mahdollisuudet hyödyntää ja käyttää joustavasti ja tehokkaasti henkilöstön laaja-alaista osaamista (substanssiosaamisen lisäksi parempi kilpailutusosaaminen) ja parantaa erityistyöntekijöiden saatavuutta. Sote-alueilla ja tuottamisvastuullisilla on myös aiempaa paremmat mahdollisuudet resursoida arviointi- ja kehittämistoimintaa.

Taloudellisen ohjauksen lisäksi vertailutiedoilla ohjaukselle avautuu uusia mahdollisuuksia seuranta- ja rekisteritietojen luotettavuuden ja käytettävyyden parantuessa. Vertailutietojen avulla voidaan luoda myönteinen, jatkuvaa parantamista tavoitteleva ”veljellinen” kilpailuasetelma sote-alueiden ja tuottamisvastuullisten palvelujen laadulle, vaikuttavuudelle ja taloudelliselle tehokkuudelle. Toimivia jo käytössä olevia esimerkkejä tästä ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosittain raportoimat kunta- ja aluekohtaiset sosiaali- ja terveydenhuollon tarvevakioidut menot, sairaaloiden tuottavuustiedot (hoitotoiminnan benchmarking) ja vanhustenhuollon palvelujen ja hoivan laadun vertailutiedot (RAI-järjestelmä).

3 Sote-budjettikehys

3.1 Miksi sote-budjettikehys?

Työryhmä on laatinut vaihtoehtoiset ratkaisumallit ns. sote-budjettikehysmenettelystä. Tämän julkisen talouden suunnitelmaan sisältyvän välineen avulla olisi tarkoitus tehostaa sote-alueiden rahoituksen säätelyä valtakunnallisella tasolla. Työryhmä perustelee rahoituksellisen ohjauksen tehostamista muun muassa seuraavilla seikoilla:

- Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että julkisten terveydenhoitomenojen kasvun hillintä on tehokkaampaa, jos niille asetetaan jonkinlainen menokatto tai kokonaisrahoituksen määrää muutoin säännellään. Syitä tähän ovat esimerkiksi terveyspalvelujen kysynnän nopea kasvu sekä uusien, kalliiden hoitomenetelmien ja lääkkeiden tarjolle tulo samoin kuin hoitotarpeen määrittelyn vaikeus ja erityisosaamisensa perusteella tämän osalta itsenäisessä asemassa olevien professionien vaikutusvalta.
- Järjestämislakiehdotuksen mukaisten sote-alueiden kustannusten hallinta voi osoittautua ongelmalliseksi. Monen kymmenen, osittain ristikkäisiä tavoitteita ajavan kunnan muodostaman kuntayhtymän hallintomalliin liittyy heikkouksia. Yksittäisellä kunnalla on edustajat järjestämislakiehdotuksen mukaisessa mallissa kolmessa eri roolissa: palvelujen järjestäjänä sote-alueella, palveluiden tuottajana tuottamisvastuussa olevassa kuntayhtymässä ja rahoittajana kunnassa. Yksittäisen kunnan edustaja ei välttämättä ota täysimääräisesti huomioon koko sote-alueen kustannuksia vaan pitää enemmän silmällä omassa kunnassaan sijaitsevien, kunnan elinvoimaisuuden kannalta tärkeiden hoitopalvelujen säilyttämistä ja kehittämistä.
- Sosiaali- ja terveystenot muodostavat valtaosan kuntatalouden lakisääteisistä menoista. On perusteltua, että näiden menojen kehitystä seurataan ja ennakoidaan sekä niihin vaikuttamisen keinoja tarkastellaan julkisen talouden suunnitelmassa yhtenä kokonaisuutena.
- Sosiaali- ja terveystenojen kansallinen ohjaus on sovitettava perustuslain suojaaman kunnallisen itsehallinnon puitteisiin. Valtio ei voi määrätä suoraan kuntien menoista. Sen harjoittaman ohjauksen täytyy tästä syystä olla luonteeltaan epäsuoraa, rahoituksen kautta vaikuttavaa. Kuntien tehtävistä ja rahoitusvelvoitteista on lisäksi säädettävä lailla.

3.2 Sote-budjettikehyksen pääpiirteet

Rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanoon liittyvässä työryhmän toimeksiannossa sote-budjettikehystä ei täsmennetä. Sisäisessä työskentelyssään ryhmä on päätenyt siihen, että laskennallinen peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmä muodostaa tällaiselle kehykselle selväpiirteisen, lakisäateisen perustan. Valtio-kuntasuhde säilyy valtionosuusjärjestelmässä sääntömääräisessä seurannassa. Jatkossa valtionosuusjärjestelmää tulee kehittää myös sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen ohjauksen tehostamisen näkökulmasta.

Sote-budjettikehyksen avulla hallitus pyrkii säätelemään julkisten, kuntien rahoitus- ja järjestämivastuulla olevien lakisäateisten sosiaali- ja terveyspalvelumenojen kehitystä. Tällainen kehys on julkisen talouden suunnitelmassa kuntatalouden rahoituskehysten erikseen täsmennetty osa.

Yhden luontevan perustan sote-budjettikehyselle tarjoaa kuntien peruspalveluita koskeva valtionosuusjärjestelmä. Seuraavaksi esitetään tähän perustuvan kehysjärjestelmän peruspiirteet.

Sote-budjettikehys perustuu laskennalliseen arvioon kuntien sosiaali- ja terveysmenojen kehityksestä. Valtionosuusjärjestelmässä käytettävistä laskennallisista kustannuksista voidaan erottaa sosiaali- ja terveydenhuollon osuus raportissa myöhemmin täsmennettävällä tavalla. Valtionosuusjärjestelmän toimintaperiaatteiden mukaisesti laskennallinen kustannus päivittyy vuosittain, kun valtionosuuden määräytymistekijät, valtionosuuksien kriteerit ja lisäosat, kuntien tehtävät ja velvoitteet sekä asukasluku muuttuvat. Lisäksi laskentaperusteiden perushinnoissa otetaan huomioon ennustettu kustannustason muutos. Valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistuksessa laskennallinen kustannus tarkistetaan todellisia kustannuksia vastaavaksi vuosittain koko maan tasolla.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta tarve- ja olosuhdetekijät sisältyvät kunnan peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmän kokonaisuuteen. Tästä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämivastuuseen kohdentuva osuus on työryhmää varten tehdyissä laskelmissa voitu erottaa koko valtakunnan tasolla, jolla se kohoaa nykyisellään vajaaseen 72 prosenttiin. Osuus voidaan määrajoin tarkistaa esimerkiksi valtionosuusperusteiden päivituksen yhteydessä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen valtionosuustehtävien kuntakohtaisten laskennallisten kustannusten yhteissumma muodostaisi koko maan sote-budjettikehyksen. Valtionosuusperusteiden avulla on mahdollista määritellä edelleen koko maan sote-budjettikehyksen kanssa yhteensopiva sote-alueen budjettikehys. Sen muodostaa kyseisen sote-alueen jäsenkuntien sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämivastuun piiriin kuuluvien valtionosuustehtävien laskennallisten perusteiden yhteissumma. Sote-alueiden budjettikehykset vastaavat yhteenlaskettuina valtakunnallista sote-budjettikehystä.

Sote-alueiden budjetin rahoitus muodostuu valtionosuudesta ja jäsenkuntien itse rahoittamasta osuudesta. Sote-alueelle kuntien kautta kiertävät, tai mahdollisessa vaihtoehdossa mallissa suoraan sote-alueelle maksettavat, valtionosuudet perustuvat kuntatalouden rahoituskehyskehyksen sisältyvän koko maan sote-budjettikehyksen mukaisiin laskennallisiin kustannuksiin. Kuntien maksuosuudet sote-alueen talousarviossa puolestaan määräytyvät siten, että ne vastaavat sote-alueen talousarvion mukaisten kustannusten ja valtionosuus-

den erotusta. Jäljempänä luvussa 3.4 esitetään yksi ratkaisuvaihtoehto siitä, miten kunnan maksuosuus sote-alueelle voisi määräytyä.

Lakisääteisiin laskennallisiin valtionosuuksiin perustuvan budjettikehyksen ohjausvaikutusta vähentää se, että laskennallisissa kustannuksissa voidaan ottaa huomioon vain toteutuneet valtionosuusperusteiden muutokset. Etukäteen huomioon otettavia toiminnallisia muutoksia ei nykyisellään ole mahdollista sisällyttää laskennallisiin kustannuksiin. Toisaalta monien, esimerkiksi palvelujärjestelmän tuottavuutta parantavien organisatoristen ja toiminnallisten muutosten vaikutus välittyy laskennallisiin kustannuksiin toteutuvan kustannuskehityksen aleneman myötä.

Julkisen talouden suunnitelman valmistelun yhteydessä sote-alueiden kanssa sovittuja tehostamistoimia ei siis voitaisi ottaa läheskään kaikilta osin huomioon valtionosuusjärjestelmän laskennallisissa kustannuksissa. Sen sijaan ne sisällytettäisiin sote-alueiden järjestämispäätöksiin, ja sosiaali- ja terveysministeriö seuraisi toimenpiteiden toteuttamista.

Jatkovalmistelussa erikseen pohdittavaksi jää, miten kannustavuuselementti voitaisiin ottaa laskennallista järjestelmää painokkaammin huomioon määritettäessä sote-alueen rahoitusta samoin kuin sen tuotantovastuualueille suorittamia korvauksia. Samoin olisi selvitettävä, miten kunnan sote-alueelle maksamaan korvaukseen voitaisiin kytkeä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä palkitsevia sekä kustannustehokkaaseen palvelutuotantoon ohjaavia kannusteita. Laskennallisessa valtionosuusjärjestelmässähän nämä rajoittuvat lähinnä siihen, että kunnan maksuosuus alenee, jos se onnistuu ennalta ehkäisevin toimin vähentämään väestönsä sairastavuutta.

Sote-budjettikehitys tulee osana kuntatalouden koko rahoituskehystä mitoittaa yhteen sopivaksi myös kuntatalouden rahoituskehukseen sisältyvän menorajoitteen kanssa. Jos rahoitusasematavoitteen perusteella määräytyvä menorajoite edellyttää tehtävien ja velvoitteiden karsimista, palveluverkon rationalisointia tai muita järjestelmän tehokkuutta parantavia toimia, hallituksen tulee päättää tähän tarvittavien esitysten valmisteluaikataulusta sote-budjettikehyksessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon osuuden erottaminen valtionosuuspohjasta

Sote-alueen budjettikehystä varten kunnan peruspalvelujen valtionosuuden laskennallisesta kustannuksesta erotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon osuus. Erotus tehdään erikseen ikärakenteen, sairastavuuden ja muiden laskennallisten kustannusten osalta.

Kunnan ikärakenteen perusteella määräytyvä laskennallinen kustannus saadaan, kun kunnan ikäryhmittäiset asukasmäärät kerrotaan erikseen kullekin ikäryhmälle määrätyllä sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnalla. Siirtymävaiheessa sosiaali- ja terveydenhuollon perushinnat saadaan vuoden 2015 valtionosuusuudistusta varten tehdystä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksesta (Vaalavuo et al, 2013). Siirtymävaiheen jälkeen hinnat muuttuvat vuosittain valtionosuusjärjestelmän normaalien toimintaperiaatteiden mukaisesti kustannustason muuttuessa (indeksikorotus), kustannustenjaon tarkistuksessa ja kuntien tehtävien ja velvoitteiden muuttuessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus em. tavalla tehdyllä laskelmalla on 65,3 prosenttia koko ikärakenteen perusteella määräytyvästä laskennallisesta kustannuksesta.

Sairastavuuden perusteella määräytyvä laskennallinen peruste otetaan sote-alueen budjettikehykseen mukaan kokonaisuudessaan.

Muut laskennalliset kustannukset muodostuvat työllisyyden, koulutustaustan, vieraskielisyyden, kaksikielisyyden, asukastiheyden ja saaristoisuuden perusteella määräytyvistä laskennallisista kustannuksista. Vieraskielisyyden ja koulutustaustan perusteella määräytyvä valtionosuuden laskennallinen peruste on sisällytetty järjestelmään kompensoimaan erityisesti perusopetuksessa aiheutuvia kustannuksia. Tästä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon osuudeksi muista laskennallisista kustannuksista erotetaan keskimääräistä pienempi osuus, 29,1 prosenttia.

Sairastavuuden laskennallinen peruste sekä sosiaali- ja terveydenhuollon osuus ikärakenteen ja muiden määräytymisperusteiden mukaisesta laskennallisesta kustannuksesta lasketaan yhteen. Laskennallisista kustannuksista poistetaan lisäksi kuntien keskinäiset erät. Näin laskelmalla sosiaali- ja terveydenhuollon osuudeksi koko peruspalvelujen laskennallisesta kustannuksesta muodostuu 71,6 prosenttia. Tätä osuutta käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden erottamiseen kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon osuus valtionosuudesta sisältäisi kaikki valtionosuuteen sisältyvät erät, myös verotuloihin perustuvan valtionosuuden tasauksen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon osuuden erottamisesta peruspalvelujen laskennallisesta kustannuksesta tulisi säätää lailla. Osuus olisi tarpeen tarkistaa viiden vuoden välein.

Sote-alueen budjettikehyksen ohjausvaikutusta säätelee olennaisesti se, kuinka sitovasti se vaikuttaa sote-alueiden päätöksentekoon. On lisäksi huomioitava, että sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasialliset kustannukset muodostuvat kuitenkin aina paitsi palvelujen toteutusta koskevista päätöksistä (jotka perustuvat aina valintoihin), myös tehdyistä hoito- ja hoivapäätöksistä, jotka on tehtävä tosiasiallisen palvelutarpeen mukaisesti. Laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta tapahtuvalla päätöksenteolla ei siten ole suoraa yhteyttä kustannusten syntyyn vaikuttaviin päätöksiin.

Seuraavaksi esitellään työryhmän tarkastelemat kaksi, sitovuudeltaan erilaista vaihtoehtoa. Näistä ensimmäinen, lakisääteisesti ei-sitova sote-budjettikehys olisi sovitettavissa järjestämislakiehdotukseen helposti mutta olisi ohjausvaikutukseltaan heikompi. Toinen vaihtoehto merkitsisi sitä, että jäsenkuntien maksuvelvoitteesta säädettäisiin lailla. Se olisi siten sote-aluetta juridisesti sitova budjettikehys.

3.3 Ei-sitova sote-budjettikehys

Työryhmän ensimmäiseksi tarkastelemassa vaihtoehdossa sote-budjettikehys ei olisi sote-alueita juridisesti sitova menorajoite, vaan ensisijaisesti hallituksen omia, sosiaali- ja terveystoimen menoihin vaikuttavia päätöksiä koskeva, laskennallinen perustein laadittu rajoite julkisille sote-menoille. Keskeistä on, että hallitus ankkuroi sote-budjettikehysten euromäärän realistisiin arvioihin palvelutarpeesta sekä toteutettavissa olevista lainsäädännön, tuotantorakenteiden ja toimintatapojen muutoksista. Lisäksi valtakunnalliset sosiaali- ja terveystoimintatavoitteet sekä julkisen talouden suunnitelma ja siihen sisältyvä sote-budjettikehys tulee sovittaa yhteen. Jos sote-budjettikehys edellyttää esimerkiksi kuntien tehtävien ja velvoitteiden karsimista, hallituksen tulee julkisen talouden suunnitelman yhteydessä päättää tarvittavien säädösmuutosten valmistelusta.

Vaalikauden kattava sote-budjettikehys asetetaan eduskuntavaalikauden alussa hyväksyttävässä hallituksen ensimmäisessä julkisen talouden suunnitelmassa. Sen toteutumista arvioidaan, ja mahdollisista lisätoimenpiteistä päätetään vuosittain julkisen talouden suunnitelman tarkistuksen yhteydessä. Valmistelu ja vuosittainen tarkistus kiinnitetään sosiaali- ja terveysministeriön toteuttamaan kansalliseen ohjaukseen. STM:n ja sote-alueiden vuosittainen neuvottelumenettely tuottaa tietoa suunnitelman tarkistukseen.

Lähtökohtaisesti ei-sitova sote-budjettikehys on sovitettavissa erilaisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapoihin. Ohjaus on kuitenkin parhaiten toteutettavissa mallissa, jossa järjestäjät ovat riittävän suuria ja vertailukelpoisia sekä niiden kustannukset hyvin ennakoitavissa.

Kehyksen valmisteluprosessissa voidaan hyödyntää järjestämistä vastaavilta alueilta saatavaa tietoa esimerkiksi palveluverkon ja -organisaation sekä muiden rakenteellisten uudistusten valmistelusta. Tätä tietoa välittyy kahdesta neuvottelumenettelystä, jotka selostetaan raportissa jäljempänä tarkemmin. Näistä toinen liittyy valtiovarainministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön neuvotteluihin julkisen talouden suunnitelman ja valtion talousarvioletyksen valmistelun yhteydessä. Toinen, sosiaali- ja terveysministeriön sekä järjestämistä vastaavissa olevien sote-alueiden välinen neuvottelumenettely taas koskee sote-alueiden nelivuotisen, kunnallisvaalikausittain laadittavan järjestämispäätöksen ja sen sisältämän taloussuunnitelman käsittelyä STM:ssä. Hyvin toimivan neuvotteluketjun välityksellä sote-budjettikehysten vaikutus voi siten ulottua myös sote-alueiden järjestämispäätöksiin, jotka sinänsä kuuluvat kunnallisen itsehallinnon piiriin.

Ei-sitova sote-budjettikehys olisi ensisijaisesti hallituksen omia, sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia päätöksiä koskeva rajoite. Sote-alueiden osalta kyse olisi suurelta osin informaatio-ohjauksesta. Vaikutusta voivat kuitenkin tehostaa julkisen talouden

suunnitelman valmisteluun ja järjestämislakiehdotukseen sisältyvän neuvotteluketjun seuraavat osatekijät:

- Julkisen talouden suunnitelman sisältämä sote-budjettikehys päätetään uuden hallituksen toimesta eduskuntakauden ensimmäisenä vuonna, kun taas sote-alueiden järjestämispäätökset tehdään myöhemmin alkavaksi kunnallisvaalikaudeksi. Hyvin valmisteltuna ja kommunikoituina sote-budjettikehys voi siten toimia järjestämispäätösten taloudellisena alustana. Tämä kuitenkin edellyttää, että sote-budjettikehys on realistinen ja hallitus antaa siihen sisältyvien tehtävien ja veloitteiden muutosten edellyttämät lakiesitykset. Myös palvelujärjestelmän tuottavuuden kasvulle mahdollisesti asetettavien tavoitteiden tulisi sote-budjettikehyksessä nojata konkreettisiin toiminnan tehostamislinjauksiin esimerkiksi palveluverkon ja palvelujen organisoinnin osalta.
- STM on keskeinen toimija sekä sote-budjettikehyksestä että sote-alueiden järjestämispäätöksistä käytävissä neuvotteluissa. Järjestämispäätöksiä koskevassa neuvottelumenettelyssä sen tulee palvelujärjestelmän sisällöllisten kehittämistavoitteiden ohella pitää esillä myös sote-budjettikehyksen sisältämiä taloudellisia reunaehtoja.
- Sosiaali- ja terveystalouden valtionosuudet ja sote-budjettikehys määräytyvät samasta laskennallisesta pohjasta. Valtionosuuksien ohjaavaa vaikutusta voitaisiin vielä vahvistaa ohjaamalla ne suoraan sote-alueille.
- Myös valtionosuuksien tarkistusmenettelyä voidaan kehittää sote-budjettikehyksen ohjausvaikutusta tehostamaan suuntaan. Tätä edesauttaa osaltaan se, että valtion ja kuntien välinen kustannustenjaon tarkistus tehdään uuden valtionosuuslain perusteella jatkossa vuosittain. Sen yhteydessä olisi tarpeen arvioida koko julkisen talouden tilaa sekä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän rakenteen kehittämiseksi asetettujen tavoitteiden toteutumista. Samalla voitaisiin tarvittaessa käynnistää myös uusia korjaustoimia sote-budjettikehyksessä tavoitteeksi asetetun kustannuskehityksen toteuttamiseksi.

Mitä heikompa sote-alue-kuntayhtymän hallinto on ja mitä huonommin sen jäsenkunnat pystyvät sovittamaan yhteen sosiaali- ja terveystalouden organisointiin ja palveluverkoon liittyviä erimielisyyksiään, sitä suurempi on riski, että sote-alueen kustannuskehitys ei pysy hallinnassa. Lisärasitus kohdistuisi suurempina asukaskohtaisina maksuosuuksina jäsenkunnille. Tämä vaarantaisi sote-budjettikehysten menettelylle asetetun tavoitteen sosiaali- ja terveystalouden kasvun hillitsemisestä ja sovittamisesta yhteen julkisen talouden, erityisesti kuntatalouden, kestävyuden kanssa.

3.4 Lakisääteisesti sitova sote-budjettikehys

Työryhmä on tarkastellut toisena vaihtoehtona mallia, jossa neuvottelumenettelyyn yhdistettäisiin sote-alueiden budjetin laadinnassa oikeudellisesti sitova sote-budjettikehys.

Tässä mallissa yksittäisen sote-alueen budjettikehyksestä ja kehityksen kanssa yhteen sopivista kuntien rahoitusosuuksista sote-alueille säädettäisiin sosiaali- ja terveydenhuol-

lon järjestämisestä annettavassa laissa. Sekä budjettikehykset että kuntien rahoitusosuudet sote-alueille sidottaisiin viittaussäännöksillä kunnan peruspalveluiden valtionosuudesta annetun lain nojalla määräytyviin sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin, joiden perusteella myös kuntien valtionosuudet lasketaan. Näin sekä sote-alueiden budjettikehykset, valtionosuudet että kuntien osuus sote-alueiden rahoituksesta perustuisivat lähtökohtaisesti valtionosuuslain mukaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin.

Sote-alueiden tulisi laatia budjettinsa sille säädetyn sote-budjettikehyksen puitteissa. Sote-alueiden menokehitys olisi tässä mallissa siten edellä kuvattua ensimmäistä vaihtoehtoa suuremmissa valtion ohjauksessa. Kuntien rahoitusosuudet säädettäisiin puolestaan siten, että ne vastaavat sote-alueen laskennallisen budjettikehyksen ja kunnan valtionosuudesta erotetun sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuden erotusta.

Kunnan maksuosuuden määräytyminen

Sitovan sote-budjettikehyksen vaihtoehdossa olisi erikseen säädettävä edellä kuvatusta menettelystä sosiaali- ja terveyspalvelujen osuuden erottamiseksi kuntien peruspalveluiden laskennallisista perusteista.

Edellä esitetty laskentatapa kuntien oman maksuosuuden määrittämiseksi tuottaisi kuntakohtaisesti tarkasteltuna suhteessa kuntien tällä hetkellä toteutuviin sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin samaa suuruusluokkaa olevia muutoksia kuin sote-järjestämislakiehdotus. Sote-alueittain tarkasteltuna asukaskohtaisten, tarvevakioitujen sosiaali- ja terveydenhoitomenojen poikkeama toteutuneista menoista on pienempi, viiden prosenttiyksikön luokkaa (THL 2014).

Tällaisten lähtötilanteessa vallitsevien poikkeamien takia olisi sitova sote-budjettikehys perusteltua toteuttaa asteittain sekä kuntien maksuosuuksien että sote-alueen budjetin osalta. Kunnan todellisten ja laskennallisten kustannusten ero voi johtua monista syistä. Kunnan omiin kustannuksiin vaikuttaa esimerkiksi se, miten kunta on onnistunut ennalta ehkäisevin toimin vähentämään väestönsä terveys- ja sosiaalipalveluiden tarvetta. Kuntien välisissä kustannuseroissa näkyy osaltaan myös se, millainen on kunnan asukkaiden mahdollisuus turvautua sairausvakuutuksen tukemaan työterveyshuoltoon tai yksityisiin palveluihin.

Kustannuserot voivat luonnollisesti johtua myös tuottavuuden, palvelutason tai palveluvalikoiman eroista. Myös tuotantovastuullisten kuntayhtymien välillä tulee olemaan kustannuseroja.

Työryhmä ei ole aikataulunsa puitteissa voinut käsitellä tarkemmin kunnan laskennallisten ja tosiasiallisten kustannusten erojen syitä ja niiden huomioon ottamista kuntien korvauksissa. Joitakin periaatteita ryhmässä on kuitenkin ollut esillä. Kunnan tasolla tarkastellun rahoitusperiaatteen kannalta on otettava huomioon, että kunnalle jää sote-alueelle maksettavan korvauksen jälkeen riittävä tulo koulutuksen ja muiden lakisääteisten palvelujen rahoittamiseen. Toisaalta merkittävää palveluvalikoiman ja palveluiden tuottavuuseroista johtuvaa todellisten ja laskennallisten kustannusten eroa ei ole perusteltua hyvittää nopeasti kyseisen kunnan maksamissa korvauksissa. Sote-alueen harjoittaman tulosohja-

uksen keinoin tulisi pyrkiä siihen, että alueen palveluvalikoima nopeasti homogenisoituisi ja palvelujen kustannusvaikuttavuus saavuttaisi parhaiden suorittajien tason. Kaikki nämä näkökohdat puhuvat sen puolesta, että merkittävän suuruisia todellisten ja laskennallisten kustannusten kuntakohtaisia eroja ei saisi pysyvästi jäädä. Erojen eliminointi edellyttää toisaalta suhteellisen pitkää siirtymäaikaa. Järjestämislakiehdotuksen säädökset ovat näiltäkin osin eduskunnan arvioitavana.

Sote-alueen alijäämän kattaminen

Kun sote-alueen budjetti määräytyy laskennallisista perusteista, on aina mahdollista, että sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta aiheutuu enemmän kustannuksia kuin mihin sote-alue on talousarviossaan varautunut. Laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta tapahtuvalla päätöksenteolla ei ole suoraa yhteyttä kustannusten syntyyn vaikuttaviin päätöksiin. Tosiasialliset kustannukset muodostuvat aina paitsi palvelujen toteutusta koskevista päätöksistä (jotka perustuvat aina valintoihin), lisäksi tehdyistä hoito- ja hoivapäätöksistä, jotka on tehtävä tosiasiallisen palvelutarpeen mukaisesti.

Jos budjetoituja suuremmat menot ovat sellaisia, että sote-alue on velvollinen ne korvaamaan tuottamisvastuussa oleville kuntayhtymille eivätkä alueen jäsenkunnat yksimielisesti sovi maksavansa sote-alueelle vastaavansuuruisia ylimääräisiä korvauksia, muodostuu sote-alueen talous alijäämäiseksi. Sote-alue joutuu ottamaan vastaavasti velkaa siltä osin, kuin kuntien maksuosuus sote-alueelle ei kata sote-alueen kustannuksia.

Jos taas vastuu alijäämästä jää tuottamisvastuualueelle, tämän on puolestaan otettava tarvittava määrä velkaa. Sote-budjettikehyys ei siten rajoita sitä, että kansalaisten on aina saatava tarvitsemansa hoito ja hoiva, jonka kuluista viime kädessä vastaa joko sote-alueen kuntayhtymä, tuottamisvastuussa oleva kuntayhtymä tai jäsenkunnat suoraan vastaaville kuntayhtymille maksaminaan suurempina korvauksina. Lakisääteisesti sitovassa sote-budjettikehysmenettelyssä viimekätinen vastuu välittyisi velanoton ja alijäämän kertymisen kautta joka tapauksessa jäsenkunnille.

Kuntayhtyminä sote-alueilla ja tuottamisvastuualueilla on mahdollisuus lainanottoon. Toisaalta uuden kuntalakiehdotuksen (HE 268/2014 vp) myötä kiristynyt alijäämän kattamisvelvoite koskee myös niitä. Jos kuntayhtymä ei pysty kattamaan alijäämäänsä tilinpäätöksen vahvistamista seuraavan neljän vuoden kuluessa, käynnistyy kuntalain mukainen arviointimenettely. Työryhmä pitää selvittämisen arvoisena sitä, että sote-alueen tai tuottamisvastuussa olevan kuntayhtymän tapauksessa alijäämän kattamiskausi olisi lyhyempi, esimerkiksi vain kaksi vuotta. Jos alijäämää ei saada katettua tänä aikana, valtioneuvosto voisi käynnistää selvitysmenettelyn, johon osallistuisivat myös sote-alue ja sen tuottamisvastuussa olevat kuntayhtymät. Selvitysmenettelyssä arvioitaisiin kustannusten ylittymisen syyt sekä tarpeet uudistaa palvelurakennetta ja palveluiden tuotantotapoja.

Lyhyempää alijäämän kattamiskautta voi pitää perusteltuna, koska sote-alueet ovat poikkeuksellisen isoja kuntayhtymiä ja niillä on merkittäviä tehtäviä. Neljän vuoden aikana talouden ongelmat ehtisivät pahimmillaan kasvaa suuriksi, jolloin niiden korjaaminen voisi olla huomattavasti hankalampaa. Toisaalta kahden vuoden kattamiskauteen sisältyy riski siitä, että se jää liian lyhyeksi. Sopeuttamistoimien edellyttämät toiminnan muutokset voivat johtaa siihen, että palvelutaso ja laatu kärsivät.

Perustuslain mukaisuuteen liittyviä näkökohtia

Eduskunnan käsiteltävänä olevaan sote-järjestämislakiehdotukseen liittyy perustuslakiongelmia. Työryhmän käsittelemissä ratkaisumalleissa on pääosin samanlaisia perustuslakikysymyksiä kuin järjestämislakiehdotuksessa. Vaihtoehtoista pisimmälle menevä, lakisääteiset kuntien maksuosuudet laskennallisiin valtiosuusperusteisiin sitova malli merkitsisi lisäksi puuttumista kuntien pakolliseen yhteistoimintaan ja kuntayhtymän taloudelliseen päätösvaltaan uudella tavalla, josta ei ole aikaisempaa perustuslakivaliokunnan tulkintakäytäntöä. Kunnan maksuvelvoitteen sitominen lakisääteiseen sote-budjettikehykseen toisaalta vakauttaisi ja turvaisi kuntien asemaa sote-alueen rahoittajana. Esitetyn mallin tulee perusoikeuksien näkökulmasta turvata riittävät sosiaali- ja terveystaloudet. Tämä edellyttää, että sitovassa budjettikehyksessä asetettu katto vastaa hyvin palvelujen järjestämisestä aiheutuvia todellisia kustannuksia. Sitovan sote-budjettikehyksen malli edellyttää vielä tarkempaa arviointia perustuslain kannalta. Arvioinnissa on otettava huomioon mahdolliset asiaan vaikuttavat, sote-järjestämislakiehdotuksesta annetut perustuslakivaliokunnan kannanotot.

3.5 Sote-budjettikehyksen osana julkisen talouden suunnitelman valmistelua

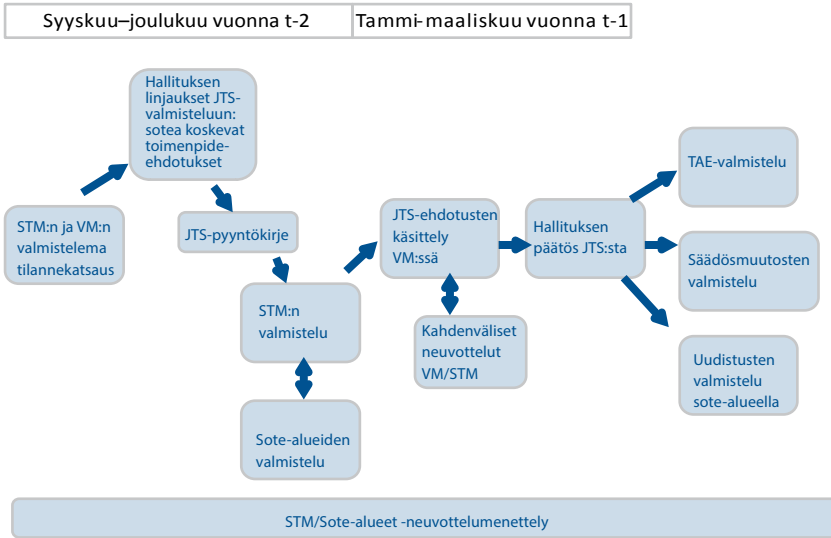
Sote-budjettikehykseen liittyvän päätöksenteon valmistelu tapahtuu toisaalta valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön, toisaalta sosiaali- ja terveysministeriön ja sosiaali- ja terveysalueiden välisenä neuvotteluprosessina osana julkisen talouden suunnitelman vuotuista valmistelua. Seuraavassa on hahmoteltu yleispiirteissään julkisen talouden suunnitelman ja siihen sisältyvän sote-budjettikehyksen valmistelua vaalikauden alussa sekä vuotuista tarkistusprosessia.

Vaalikauden julkisen talouden suunnitelma

Julkisen talouden hoidon, sen kestävyys turvaamisen sekä julkisen palvelujärjestelmän kehittämisen kannalta keskeinen tavoitteenasettelu sisältyy uuden hallituksen ohjelmaan ja ensimmäiseen julkisen talouden suunnitelmaan. Julkisen talouden ohjauksen toimeenpanoa käsitellyt valtiovarainministeriön työryhmä (VM 2/2015) korostaa raportissaan, että hallitusohjelman tulisi rakentua realistiselle, poliittisista tavoitteenasetteluista riippumattomalle pohja-arviolle vaalikauden yleisestä taloudellisesta kehityksestä sekä tehtyjen päätösten mukaisesta julkisten tulojen ja menojen kasvusta sekä julkisen talouden kestävyysarviosta. Nämä pohja-arviot sisältyvät valtiovarainministeriön laatimaan ns. tekniseen julkisen talouden suunnitelmaan, jonka vanha hallitus vahvistaa vaalivuoden keväällä.

Julkisen talouden suunnitelmaa koskevan asetuksen mukaan uuden hallituksen tulee asettaa koko julkista taloutta koskeva keskipitkän ajan rahoitusasematavoite ja täsmentää

Kuvio 6. Vuosia t—t+3 koskevan sote-budjettikehyksen valmisteluprosessi



se erikseen julkisen talouden eri alasektoreille eli valtiolle, kuntataloudelle ja sosiaaliturvarahastoille. Julkisen talouden tulo- ja menoperusteita koskevat linjaukset tulisi jo hallitusohjelmassa sovittaa mahdollisimman hyvin yhteen tämän rahoitusasemataavoitteen kanssa. Lopullinen yhteensovitus tehdään vaalikauden ensimmäisessä, hallitusohjelman huomioon ottavassa julkisen talouden suunnitelmassa, jonka hallitus hyväksyy eduskuntavaalien jälkeisenä syksynä. Tähän ns. vaalikauden julkisen talouden suunnitelmaan sisältyy myös uuden hallituksen päättämä sote-budjettikehyks. Tämä on puolestaan hallituksen osalta pohjana STM:n ja sote-alueiden väliselle neuvottelumenettelylle.

Vuosittainen tarkistus

Julkinen talouden suunnitelma ja sote-budjettikehyks tarkistetaan vuosittain. Vuotta t ja sitä seuraavaa kolme vuotta koskevan julkisen talouden suunnitelman tarkistuksen valmistelu käynnistyy vuoden t-2 syksyllä sen jälkeen, kun hallitus on antanut eduskunnalle vuoden t-1 talousarvioesityksen. Valtiovarainministeriö lähettää ministeriöille pian tämän jälkeen julkisen talouden suunnitelman valmistelua koskevan ohjeistuksen.

Julkinen talouden ohjauksen toimeenpanoa valmistellut työryhmä (VM 2/2015) ehdottaa raportissaan, että ennen julkisen talouden suunnitelman vuotuisen tarkistuksen valmistelun aloittamista valtiovarainministeriö laatii tilannekatsauksen julkisen talouden suunnitelmasta, jossa arvioidaan erityisesti talouspolitiikalle asetettujen tavoitteiden saavuttamista sekä toimenpiteiden riittävyyttä. Tarkastelu tehtäisiin niin koko julkisen talouden

kuin alasektoreiden tasolla. Tämän pohjalta hallitus tai hallituspuolueiden puheenjohtajat ohjeistaisivat julkisen talouden suunnitelman tarkistuksen valmistelua ja muun muassa sitä, tuleeko ministeriöiden valmistella uusia rakenteellisia toimenpiteitä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Samassa yhteydessä voitaisiin arvioida sosiaali- ja terveyspalveluille asetettujen tavoitteiden toteutumista ja kustannuskehitystä ja päättää uusien toimenpidevaihtoehtojen valmistelusta. Toimenpidevaihtoehdot voisivat koskea kuntien tehtävien ja velvoitteiden purkamista tai muuttamista samoin kuin palvelurakenteen kehittämistä. Näiden osalta olisi valmistelun ohjeistamisen takia tarpeen esittää jo tässä vaiheessa alustava arvio tavoiteltavasta palvelumenojen kustannussäästöistä tai menojen tarkoituksenmukaisemmasta kohdentamisesta (esim. ennaltaehkäisevät palvelut, muutokset eri palvelukokonaisuuksien välillä). Linjaukset tavoitteista ja toimenpiteistä sisällytettäisiin valtiovarainministeriön ohjeisiin koskien julkisen talouden suunnitelman valmistelua.

Osana hallinnonalansa JTS-valmistelua vuoden t-2 syksyllä sosiaali- ja terveysministeriö pyytäisi sote-alueilta arvion siitä, miten edellä mainitut toimenpidelinjaukset toteutettaisiin alueella, mitä kustannusvaikutuksia toimenpiteillä olisi ja mitä muita toimenpiteitä alueella olisi mahdollista toteuttaa edellä mainittujen toimenpiteiden lisäksi tai niille vaihtoehtona kustannusten vähentämiseksi. Lisäksi sote-alueen tulisi esittää arvio palvelutarpeen kehityksestä alueellaan. Sosiaali- ja terveysministeriö voisi hyödyntää julkisen talouden suunnitelman ehdotuksen valmistelussa sote-alueilta saatua palautetta ja ottaa lisäksi huomioon hallituksen valmistelulle antamat linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotukseen sisällytetään myös tiedot sote-alueiden investointisuunnitelmista (vrt. luku 4.1). Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotuksen valmistelu tapahtuu yhteensovitettuna valtiovarainministeriön kunta- ja aluehallinto-osaston kanssa, joka vastaa kuntien peruspalvelujen valtionosuusmomentin valmistelusta. Kustannustenjaon tarkistusta koskeva ehdotus sisällytetään valtionvarainministeriön JTS-ehdotukseen.

Ministeriöt toimittavat julkisen talouden suunnitelmaa koskevat ehdotuksensa valtiovarainministeriöön tammikuun alussa vuonna t-1. Ehdotukset käsitellään valtiovarainministeriön budjettiosastolla. Käsittelyssä otetaan kantaa ehdotuksiin ja niiden arvioituihin vaikutuksiin.

Helmikuun alussa valtiovarainministeri muodostaa virkamieskäsittelyn jälkeen kantansa julkisen talouden suunnitelmasta. Valtiovarainministerin kanta julkaistaan. Tämän jälkeen ministeriöt toimittavat omat vastineensa valtiovarainministerin kantaan. Niiden pohjalta käydään kahdenväliset neuvottelut valtiovarainministeriön ja sektoriministeriöiden välillä. Maaliskuun loppupuolella on hallituksen neuvottelu julkisen talouden suunnitelmasta.

Myös edellä kuvattuun alkuvuoden valmisteluprosessiin olisi hyvä sovittaa STM:n ja sote-alueiden välinen neuvottelu. Näin toimenpiteiden valmistelu etenisi iteratiivisesti eri toimijatasoilla olevaa tietoa hyödyntäen, ja samalla varmistettaisiin lopputulos, joka on riittävän kunnianhimoinen ja uskottava. Samalla päätetään säädosmuutosten antamisesta ja muista hallituksen toimenpiteistä sekä sovitaan uudistuksista sote-alueiden kanssa.

Työryhmän tarkastelemassa sote-budjettikehyksessä sosiaali- ja terveyspalveluiden valtionosuudet on laskennallisesti erotettu peruspalvelujen valtionosuuksista. Tällä seikalla

voi olla merkitystä valtionosuuksien hallinnoinnissa sovellettavan valtiovarainministeriön sekä sosiaali- ja terveysministeriön välisen työnjaon kannalta. Työryhmä ei ole kuitenkaan käsitellyt tätä kysymystä tarkemmin.

3.6 Sote-budjettikehyksen toimeenpano

Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän yleinen kansallinen ohjaus, jota sote-uudistuksessa on tarkoitus vahvistaa.

Järjestämispäätökseen liittyvällä STM:n ja sote-alueiden välisellä neuvottelumenettelyllä varmistetaan, että sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet saavutetaan ja että sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen kehitys pysyy asetetuissa rajoissa.

Sote-alueet puolestaan päättävät omasta taloudestaan. Sote-alueiden järjestämispäätökseen liittyvän STM:n ja sote-alueiden välisen neuvottelumenettelyn välityksellä tulisi pyrkiä muodostamaan mahdollisimman tehokas kytkentä sote-menokehityksen ja sote-alueilla toteutuvan menokehityksen välillä.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen ohjaustehtävä

STM vastaa sote-budjettikehyksen yhteydessä päätettyjen hallinnonalalleen kuuluvien toimenpiteiden valmistelusta. Lisäksi STM:n tehtävänä on sopia sote-alueiden kanssa sote-menokehityksen yhteydessä tavoitteeksi asetetuista kuntasektorin omista toimenpiteistä. Tältä osin sote-menokehityksen toimeenpano ja sote-budjettikehyksessä pysyminen on ensisijaisesti sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla.

Sosiaali- ja terveysministeriölle kuuluu myös sote-alueiden palvelujen laadun ja kustannustason yhdenvertaisuuden valvonta. Tehokas valvonta edellyttää palvelujen laatua ja vaikuttavuutta mittaavien indikaattoreiden täydentämistä ja sisällöllistä kehittämistä. Sote-budjettikehyksen tavoitteena on tuoda jäntevyyttä myös sosiaali- ja terveystalouteen päätöksentekoon.

Vaalikauden julkisen talouden suunnitelma vahvistetaan vuotta aiemmin kuin sote-alueiden järjestämispäätökset. Tämä on omiaan tehostamaan JTS:n sisältämän sote-menokehityksen, peruspalvelujen valtionosuuksien sekä sote-budjettikehykseen sisältyvien toiminnallisten, esimerkiksi palveluvelvoitteita ja palvelurakennetta koskevien linjausten ohjaavaa vaikutusta sote-alueiden järjestämispäätöksiin. Sosiaali- ja terveysministeriö noudattaisi julkisen talouden suunnitelmaa sen hyväksymisen jälkeen, ja se ohjaisi neuvottelumenettelyn kautta järjestämispäätösten sisältöä tältä osin.

Sote-alueen järjestämispäätös ja sitä koskeva neuvottelumenettely STM:n ja sote-alueen kesken

Sote-alueen järjestämispäätös ja siihen liittyvä neuvottelumenettely sosiaali- ja terveysministeriön ja sote-alueen kesken on sote-budjettikehyksen ohella toinen keskeinen ohjausväline. Järjestämispäätöksen hyväksyy sote-alueen ylin päättävä toimielin kunnallisvaltuustoksi, nykyisten vaalikausien tapauksessa siis hallituksen ensimmäisen JTS:n voi-

maan tuloa seuraavana vuonna. Järjestämispäätös päätetään kerrallaan neljäksi vuodeksi, mutta sen toteutumista seurataan ja arvioidaan vuosittain, ja sitä on tarvittaessa tarkistettava. Tarkoituksena on, että edellä kuvatut sote-budjettikehykseen ja siinä päätättäviin toimenpiteisiin liittyvät neuvottelut valtion (STM) ja sote-alueiden kesken käytäisiin järjestämispäätöksen valmistelun yhteydessä. Sote-alueiden on lakiehdotuksen mukaan kuultava STM:ä neuvottelujen yhteydessä ja otettava huomioon ministeriön näkemykset.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö voi neuvottelumenettelyn yhteydessä saada tarkempaa tietoa eri sote-alueiden erityisolosuhteista ja vaikuttaa tätä kautta budjettikehyksen rajoissa pysymiseksi tarvittavien toimenpiteiden valmisteluun. STM:llä on tällöin mahdollisuus vaikuttaa siihen, että sote-alueiden palvelujen tuotantokustannusten ja laadun välillä olevia perusteettomia eroja vähennetään esimerkiksi siten, että hyviä ja laadukkaita toimintakäytäntöjä sekä kustannustehokkaita palvelurakenteita edistettäisiin.

Sote-alue

Sote-alue vastaa palveluiden järjestämisestä alueellaan. Se asettaa tulostavoitteet ja solmii tulossopimukset tuottajavastuussa olevien kuntayhtymien kanssa.

Sote-alue toimii talousarvionsa puitteissa. Talousarvio laaditaan alueen sote-budjettikehyksen puitteissa. Myös STM seuraa sote-alueiden talouskehitystä. Mikäli näyttää siltä, että sote-alue ei pysy talousarviossaan, sote-alueen tulee selvittää poikkeamien syyt ja lisäksi tulee nopeasti päättää mahdollisista korjaavista toimenpiteistä.

Kustannustenjaon tarkistukseen liittyvä kokonaisarviointi

Valtionosuuslain perusteella kustannustenjaon tarkistuksessa tarkistetaan laskennalliset kustannukset, perushinnat ja rahoitus toteutuneiden kustannusten mukaisiksi vuosittain. Samassa yhteydessä tarkistetaan myös valtionosuusprosentti, johon voidaan soveltaa harkintaa.

Jos kaikkien sote-alueiden menokehitys poikkeaa julkisen talouden suunnitelman laskennallisesta budjettikehyksestä, korostuu vuotuisen indeksitarkistuksen sekä valtion ja kuntien välisen kustannustenjaon tarkistuksen yhteydessä suoritettavan kokonaisarvioinnin merkitys. Tässä arvioinnissa on julkisen talouden tilan ohella otettava huomioon järjestämispäätöksen edellyttämien rakenteellisten ja toiminnallisten uudistusten eteneminen. Kokonaisarvioinnissa voidaan nostaa esiin myös uusia, palvelujärjestelmän tuottavuutta ja vaikuttavuutta parantavia uudistuksia. Neuvottelumenettelyssä tulisi samoin pyrkiä siihen, että kustannustenjaon tarkistuksen yhteydessä tehtävät linjaukset tulevat sote-alueiden järjestämispäätösten tarkistuksissa huomioon otetuiksi. Samoin tulisi myös nostaa esille ne korjaustoimet, joita kustannuskehityksen sopeuttaminen edellyttää.

Kuntakohtaisiin valtionosuuksiin ei voida soveltaa sote-aluekohtaista harkintaa, vaikka jonkin sote-alueen menokehitys poikkeaisikin olennaisella tavalla sote-budjettikehyksen mukaisista laskennallisista kustannuksista ja alueen toimintojen järjestämisessä sinänsä olisi osoitettavissa ilmeisiä puutteita. Tällaisten poikkeamien edellyttämiä toimia tulisi myös käsitellä STM:n ja sote-alueen välisessä neuvottelumenettelyssä samoin kuin tuotantovastuualueiden tulosohtauksessa.

4 Lisänäkökohtia

4.1 Investointien ohjaaminen

Sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksiin ei sisälly korvauksia investointien osalta eikä investointimenoja lueta laskennallisiin kustannuksiin. Investointimenojen osuus sosiaali- ja terveystoimen kokonaiskustannuksista ei sinällään ole suuri. Investointien merkitys sosiaali- ja terveystoimen taloudellisessa ja toiminnallisessa ohjauksessa on kuitenkin huomattava. Etenkin sote-alueiden toiminnan käynnistymisvaiheessa investointien ohjaus on tärkeässä asemassa, kun alueelle kehitetään tehokasta palvelurakennetta. Tähän ohjausongelmaan sote-budjettikehys ei tuo suoraan ratkaisua.

Työryhmä on yleisellä tasolla arvioinut erilaisia investointien rahoitusmalleja. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakia koskevaan hallituksen esitykseen sisältyvät investointien rahoitusta koskevat säännökset. Lakiehdotuksen 12 §:n mukaan järjestämispäätöksessä päätetään sosiaali- ja terveystoimen investointisuunnitelmasta. Lakiehdotuksen 33 §:n mukaan kunnat rahoittavat investointisuunnitelmien mukaisten investointien aiheuttamat kustannukset. Rahoitus jaksotetaan järjestämispäätöksen mukaiselle ajalle ja kuntien rahoitusosuudet määräytyvät järjestämispäätöksessä määriteltävien laskennallisten tekijöiden mukaisesti. Lain perusteluiden mukaan investointien rahoituksen jaksotus päätetään järjestämispäätöksessä, joten jaksotusaika voi olla, ja sen tulisikin käytännössä olla, järjestämispäätöksen neljän vuoden voimassaoloaikaa pidempi ja investoinnin käyttöön huomioon ottava.

Lakiehdotuksen 34 §:n mukaan sote-alue päättää järjestämispäätöksen investointisuunnitelmaan sisältyvien merkittävien investointien korvausten tarkemmasta määräytymisestä tuottamisvastuussa olevaa kuntayhtymää kuultuaan. Lain perusteluiden mukaan merkittävänä pidettäisiin lähinnä yli 40 miljoonan euron investointeja. Pienemmistä investoinneista päättäisivät ilmeisesti tuottamavastuussa olevat kuntayhtymät. Myös näiden investointien rahoitus tulee kattaa sote-alueen tuottamavastuussa olevalle kuntayhtymälle maksamalla korvauksella, jolloin ne joudutaan myös ottamaan huomioon kuntien maksumuutoksissa sote-alueelle.

Kaikkia pääomakustannuksia tulisi käsitellä samoin periaattein kuin varsinaisia reaali-investointeja. Pääomakustannuksiin sisältyvät siten uus- ja peruskorjausinvestointien lisäksi esimerkiksi vuokraamisella, leasingilla tai elinkaarimallilla hankitut tilat. Nämä kaikki pääomakustannukset tulevat niiden muodosta riippumatta rahoitettaviksi sote-alueen tuottamavastuualueelle maksamalla, järjestämispäätöksen mukaisilla korvauksilla. Pää-

omakustannukset tulee siten myös ottaa huomioon sekä kuntien maksuosuuksissa sote-alueelle että sote-alueen rahoituskehyksessä. Muussa tapauksessa tuotantovastuussa olevien kuntien jäsenkunnat joutuisivat sote-alueelle maksamiensa osuuksien lisäksi rahoittamaan järjestämispäätöksen edellyttämät pääomakustannukset.

Pääomakustannusten rahoituksessa on kaksi perusmallia, joiden elementtejä on mahdollista myös yhdistää. Ensimmäisessä mallissa pääomakustannusten rahoitus perustuu investointisuunnitelmaan ja sen mukaisiin toteutuneisiin investointikustannuksiin. Toisessa mallissa investoinnit rahoitettaisiin laskennallisesti ennalta määrättyinä osuutena kokonaisrahoituksesta.

Investointisuunnitelmaan perustuvan rahoitusmallin ominaispiirteitä voidaan kuvata seuraavasti:

- Rahoituksen perusteena ovat sote-alueen investointisuunnitelman mukaiset toteutuneet investointikustannukset.
- Päätösvalta investoinneista on keskitetty sote-alueelle.
- Kunnista sote-alueelle kanavoituville rahoitusosuuksille löytyy konkreettinen euromääräinen vastine kiinteistöjen omistajien ja haltijoiden (lähinnä tuotantovastuualueiden) taseista.
- Sote-alueella olisi päätöksentekijän ja ”operaattorin” rooli.
- Sote-alueen on osoitettava täysimääräinen rahoitus investointeihin ja muihin pääomakustannuksiin.
- Lähtökohtana on, että investointien rahoitustarpeet eivät kaikilla sote-alueilla ole keskimäärin yhtä suuret pitkällä aikavälillä.
- Malli edellyttää, että määritellään euromääräinen raja, jota suuremmat pääomakustannukset katsotaan erikseen rahoitettaviksi.

Laskennallisesti ennalta määriteltyihin rahoitusosuuksiin perustuvan rahoitusmallin ominaispiirteitä voidaan puolestaan kuvata seuraavasti:

- Kuntien rahoitusosuus investointeihin määriteltäisiin laskennallisesti ennalta (esim. 10 prosenttia kokonaisrahoituksesta).
- Malli antaa tuotantovastuualueelle enemmän vapauksia päättää palveluverkosta ja investoinneista.
- Ei tarvitse laatia sote-aluekohtaista investointisuunnitelmaa.
- Rahoituksen määrä ja kohtaanto eivät vastaisi tarkasti alueellisia investointitarpeita.
- Malli olisi hallinnollisesti huomattavasti kevyempi kuin investointisuunnitelmaan perustuva malli.

Oma kysymyksensä on, miten kunnissa ja sote-alueella voidaan hallita taloudellisia riskejä, jotka aiheutuvat palveluverkkoratkaisuihin ja tilankäytön tehostamisvaatimuksiin

liittyvistä jo tehtyjen investointien käyttämättä jättämisestä. Sote-järjestämislakiehdotuksen voimaantulon mukaan kuntien omistuksessa olevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimitilat ja muu omaisuus jäävät kuntien omistukseen, jos kunnat eivät toisin sovi. Eri-tyishuoltopiirin, sairaanhoitopiirin tai muun sosiaali- tai terveydenhuollon kuntayhtymän kiinteistöjen, rakennusten ja niihin liittyvien laitteiden, koneiden ja kalusteiden omistus ja hallinnointi jää ao. kuntayhtymille, jolleivät kuntayhtymien jäsenkunnat toisin sovi. Mainitut kuntayhtymät olisi siten muutettava eräänlaisiksi kiinteistöjen hallinnoinnista vastaaviksi kuntayhtymiksi, mikä ei voine olla pysyvä ratkaisu. Jos palveluiden tuotantovastuussa olevat kuntayhtymät noudattavat nykyisten sairaanhoitopiirien rajoja, tämä ongelma poistuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymien osalta.

Kiinteistöjen ja muun omaisuuden omistuksen ja hallinnan järjestämiseksi on olemassa useita vaihtoehtoja. Kiinteistöt ja muu omaisuus voidaan siirtää joko sote-alueelle tai tuotantovastuualueen kuntayhtymälle. Niitä varten voidaan myös perustaa erilliset joko sote-alueen tai tuotantovastuualueen kattavat kiinteistöyhtiöt. Edellä esitetyissä malleissa yhteistä on kokonaisuuden hallinta sekä kiinteistöihin ja muuhun omaisuuteen liittyvien riskien jakaminen ja kohdentaminen riskienhallinnan näkökulmasta riittävän suuriin organisaatioihin.

4.2 Tiedonhallinta ja ICT ohjauksen tukena

Sosiaali- ja terveystalouden ohjausmalli edellyttää tuekseen hyvää tietopohjaa. Toiminnan ja talouden ohjaaminen sekä tuottavuuden parantaminen eivät onnistu ilman ajantasaista kattavaa tietopohjaa ja toimivia tietojärjestelmiä. Toiminnan tehostamiseksi ja kustannusten karsimiseksi tarvitaan nykyistä laajempia alueellisia tietojärjestelmiä sekä kansallisella ja sote-alueen tasolla koordinoitua tietojärjestelmien yhtenäistä kehittämistä. Sähköisillä ratkaisulla ja palveluiden uusilla tuottamistavoilla tuetaan sote-uudistuksen tavoitteena olevaa palveluiden tasa-arvoista saatavuutta harvaan asutuilla alueilla ja erityisryhmille. Tarvittavia kehittämistoimenpiteitä ja niihin liittyvien investointien koordinaatiota tulisi valmistella jatkotyössä ministeriöiden yhteistyönä.

4.2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan nykytila

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon ICT-kustannukset ovat vuosittain n. 400 milj. euroa. Tällä hetkellä terveydenhuolto on lähes täysin digitalisoitunut. Sosiaalihuollossa tietojärjestelmien käyttö on vähäisempää. Vaikka käytössä olevia potilastieto- ja muita järjestelmiä on rajallinen määrä, on tietojärjestelmäkenttä kokonaisuudessaan varsin hajanainen ja organisaatiokohtaisia tai sairaanhoitopiirin alueen kattavia alueellisia ratkaisuja on runsaasti.

Suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmä tarvitsee tuekseen riittävän kattavan ja laadullisen tietopohjan sekä kustannustehokkaan tietojen raportointikäytännön eri toimijoiden välillä. Nykyisellä tietopohjalla ja tiedonhallintaprosesseilla ohjauksessa tarvittavaa tietoa ei pystytä tuottamaan riittävän nopeasti, kattavasti eikä siten, että

tieto olisi vertailukelpoista eri alueiden välillä. Sote-tuotantovastuullisen kuntayhtymän, sote-alueen ja muiden ohjaustasojen tarvitseman tiedonkeruun ja sen jalostamisen tulisi perustua jatkossa operatiivisessa toiminnassa syntyvään tietoon.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa ohjauksessa käytettävän tiedon tuottamisesta toimintatietojen osalta vastaa pääosin THL ja taloustietojen osalta Tilastokeskus. Taloustietojen tuottaminen perustuu Tilastokeskuksen talous- ja toimintatilaston tiedonkeruuseen, jossa palvelutoiminnan järjestäjät raportoivat tilinpäätöstietonsa kokonaisuudessa sekä kohdennettuna tilastossa käytettyyn tehtäväluokitukseen. THL:n ja Tilastokeskuksen keräämät tiedot eivät ole yhdenmukaisia määritelmien ja käsitteiden osalta, jonka vuoksi talous- ja toimintatiedon kohdentaminen yhdenmukaisesti ei tällä hetkellä ole mahdollista ohjauksen tarvitsemalla tarkkuustasolla.

4.2.2 Tiedonhallinnan kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä sekä rakenteiden että toiminnan ohjaustarpeiden osalta. Ohjauksen näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintajärjestelmän tulee kattaa strategisista tavoitteiden suunnittelussa ja seurannassa, toimialan ohjauksessa, valtakunnallisen kehittämisohjelman valmistelussa sekä palvelutoiminnan ja -tuotannon ohjauksessa tarvittavat tiedot. Taloustietojen osalta järjestelmän tulisi lisäksi sisältää julkisen talouden suunnitelmassa asetettavien menokehysten ja rahoitusasematavoitteiden valmistelun ja seurannan tietotarpeet.

Suunniteltu vastuunjako tarkoittaa sitä, että sekä järjestämisvastuussa oleva sote-alue että tuotantovastuussa oleva kuntayhtymä tarvitsevat toiminnan ja palvelutuotannon ohjauksen suunnittelua ja seurantaa varten tehtävä- ja palvelukohtaista tietoa taloudestaan ja toiminnastaan, palveluiden tuotantotavoista ja -vaihtoehtoista sekä menneen kehityksen, nykytilan että tulevaisuuden osalta.

Tiedonhallinnan kehittämisessä tulee toimialan lisäksi ottaa huomioon se, että uudesakin palvelurakenteessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoiminta linkittyy edelleen kuntiin useilla eri tasoilla. Kunnan on seurattava asukkaitensa elinoloja, hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä alueittain ja väestöryhmittäin. Kunnan on myös varmistettava taloudenpitoa koskevien kuntalain säännösten toteutuminen. Sama koskee myös sote-alueita ja tuotantovastuullisia kuntayhtymiä.

4.2.3 Sote-uudistus ja ICT

Paremmen tiedon tuotantojärjestelmän toteutuminen edellyttää muutosta kuntayhtymien tiedonkäsittelyssä ja tietoa käsittelevissä tietojärjestelmissä. Muutoksen toteutuminen edellyttää kehitystyön toteutusta tukevien toimenpiteiden suunnittelua, asianmukaista resursointia ja käynnistämistä sekä toimeenpanon kansallista ohjausta. Sote-uudistuksen yhteydessä tämä tarkoittaisi muun muassa sitä, että uusien määritysten toteutus ja käyttöönotto suunnitellaan ja aikataulutetaan sote-alueen ja tuotantovastuullisten kuntayhtymien perustamisten yhteydessä. Kansallisella ohjauksella varmistetaan määritysten käyttö tavoitteita tukevasti ja yhdenmukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus tulee muuttamaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tiedonhallinnan vastuita ja asettaa uusia vaatimuksia tiedonkäsittelylle. Toimintaa tukevien tietojärjestelmien kehittäminen yhteentoimivaksi sekä toiminnan jatkuvuuden varmistaminen edellyttää yhteisen kansallisen ohjauksen muodostamista myös ICT:n osalta. Ilman yhteistä ohjausta ei voida varmistua, että tietojärjestelmät muuttuvat tavoiteltua palvelujärjestelmää ja sen ohjausta tukevaksi tai riittävän yhteentoimiviksi. Muutoksen vaatimien kustannusten hallinta on todennäköisesti helpompaa yhteisen kansallisen ohjauksen avulla.

Ohjausta tukevan tiedon tuotantojärjestelmän toteuttaminen edellyttää ohjausjärjestelmän suunnittelua ja kuvaamista, yhtenäisen tietosisällön määrittelyä ja standardointia sekä toiminnan ja tietojärjestelmien kehittämistä toiminnan eri tasoilla. Nämä toimet tulisi toteuttaa eri ministeriöiden ja sote-toimijoiden välisenä yhteistyönä, jotta kaikki näkökulmat tulevat otettua huomioon.

Kansallisen ohjauksen tulisi sosiaali- ja terveydenhuollon toimialan lisäksi kattaa myös keskeiset liittymät valtion ja kuntien talouden ja toiminnan suunnittelu- ja seurantajärjestelmiin. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon ohjauksesta sekä tietojärjestelmien ja tietoyhteiskunta-asioiden valmistelusta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle, jonka ohjausyksikön tehtävänä on tukea kuntia, sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymiä sekä perustettavia sosiaali- ja terveysalueita uudistuksen toteutuksessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suurimmat säästöpotentiaalit ovat toimintaprosessien muutoksessa ja toimintaa tukevien sähköisten palveluiden käyttöönotossa. Omahoidon kehittäminen sekä muut sähköiset palvelut asiakkaille mahdollistavat toiminnan tehostumisen ja resurssien järkevän kohdentamisen, kuten myös ICT:n tehokkaampi hyödyntäminen toimintaprosesseissa. Kustannushyötyjä muodostuu myös tietotekniikan hallinnan ja ylläpidon päällekkäisten kustannusten vähenemisestä. Sosiaalihuollon asiakastietojärjestelmien kehittäminen kansallisten vaatimusten mukaisiksi ja liittäminen kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin on uudella järjestämismallilla mahdollista toteuttaa huomattavasti nykyistä vähäisemmin kustannuksin.

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa toimialansa tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kuvausten ja määritysten laadinnasta ja ylläpidosta. Sote-alueen vastuulla on oman alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan ja asiakas- ja potilastietojen käsittelyn yhteensovittaminen sekä alueellisen kokonaisarkkitehtuurin määrittely huomioiden julkisen hallinnon ja toimialan vaatimukset tietojärjestelmien yhteentoimivuudelle. Sote-alue vastaa myös alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä ja alue- ja organisaatio-rajat ylittävästä kehittämis-yhteistyöstä. Palvelujen tuotannosta vastaavan kuntayhtymän on viranomaisveloitteensa mukaisesti varmistettava toimintaa tukevien omien järjestelmien toimivuus ja järjestelmien yhteentoimivuus sote-alueen, toimialan ja julkisen hallinnon yhteisten tietojärjestelmien kanssa.

Jatkossa palveluiden tuottamisen tehostaminen edellyttää yhtenäistä ja yhteentoimivaa tietohallintoa ja tietojärjestelmien kehittämisen koordinoitua sote-alueen sisällä ja tiivistä kansallista ohjausta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja tuottamisvastuun perustuessa edelleen kuntiin tulee valtiovarainministeriön varmistaa oman toimialansa (kuntien hallinto ja talous,

yleinen tilastotoimi) ohjausvelvoitteiden toteutuminen muutoksessa sekä toimialansa tietojärjestelmien yhteentoimivuuden määritysten kuvaaminen. Lisäksi valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön tulisi yhdessä varmistaa, että niiden toimialojen välillä olevat yhteentoimivuutta estävät päällekkäiset määritykset poistetaan.

5 Loppupäätelmät

Työryhmä on tarkastellut eduskunnan käsiteltävänä olevan lakiehdotuksen mukaisen julkisen sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden järjestämismallin taloudellista ohjausta. Työryhmän tehtävänasettelu perustuu pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen elokuussa 2013 hyväksymään rakennepoliittiseen ohjelmaan, jonka pääministeri Alexander Stubbin hallitus on kesäkuussa 2014 vahvistanut. Tämä ohjelma tähtää Suomen julkisen talouden kestävyysongelman ratkaisemiseen. Yhtenä osatavoitteena siihen sisältyy kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentäminen, jonka tulisi mahdollistaa kuntien menojen vähentäminen yhtä miljardia euroa vastaavalla määrällä. Lisäksi kuntien tulee omilla toimillaan tasapainottaa talouttaan vastaavalla määrällä. Nämä yhdessä loisivat edellytykset kuntatalouden tasapainottamiseen vuoteen 2017 mennessä. Rakennepoliittisessa ohjelmassa linjatuista kuntien tehtävien ja velvoitteiden purkamiseen perustuvista menojen vähennyksistä olisi sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin määrä kohdistua 650 milj. euroa.

Toisena sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kannalta keskeisenä tavoitteena rakennepoliittiseen ohjelmaan sisältyy julkisen palvelujärjestelmän tuottavuuden kohottaminen puolen prosentin vuosivauhtia. Tämän tavoitteen toteutuminen merkitsisi julkisen talouden kestävyuden vahvistumista arviolta noin 3 mrd. eurolla. Myös näistä palveluhenkilöstön hitaamman kasvun myötä koituvista menosäästöistä suurimman osan pitäisi perustua sosiaali- ja terveydenhuollon tuottavuuden paranemiseen.

Edellä mainittujen tavoitteiden saavuttamiseksi hallitus päätti elokuussa 2014 rakennepoliittisen ohjelman etenemistä tarkastellessaan käynnistää sosiaali- ja terveydenhuollomenojen kustannusten hallintaa tehostavan budjettikehysjärjestelmän valmistelun. Tehtävää toteuttamaan valtiovarainministeriö asetti lokakuussa työryhmän, jonka selvitystyö on kuvattu tässä raportissa.

Sote-budjettikehys olisi osa julkisen talouden kokonaisuohjausta

Työryhmä on ottanut huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon budjettikehysjärjestelmän yhteen sovittamisen helmikuussa 2014 hyväksytyyn asetuksen mukaisen julkisen talouden suunnitelman kanssa. Ryhmä on kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, miten julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus voidaan kytkeä julkisen talouden suunnitelmaan sisältyvään kuntatalouden rahoituskehukseen.

Työryhmä on tarkastellut valtio-kunta-suhdetta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa osana kokonaisuutta, johon sote-järjestämislakiehdotuksen ja julkisen talouden suunnitelman ohella kuuluvat peruspalvelujen valtionosuuksia koskeva laki ja kuntalaki.

Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen valtakunnallisessa suunnittelussa ja ohjaamisessa sovellettavaksi menettelytavaksi työryhmä on hahmotellut budjettikehyksen, joka määräytyisi sosiaali- ja terveyspalvelujen osuutena peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmän laskennallisista kustannuksista. Työryhmä on tarkastellut sote-budjettikehykselle kahta vaihtoehtoista ratkaisumallia, joista ensimmäinen ei olisi lakisääteisesti sitova ja toinen puolestaan olisi.

Sote-budjettikehyksellä olisi osa julkisen talouden suunnitelmaan sisältyvää kuntatalouden rahoituskehystä. Sote-budjettikehyksessä tapahtuvien muutosten vaikutukset kuntatalouden rahoitusasemaan sisältyisivät myös kuntatalouden menorajoitteeseen ja tulisivat näin otetuksi huomioon kuntatalouden kokonaisuudessa.

Sote-budjettikehyksellä perustuisi kuntien valtionosuusjärjestelmän mukaisiin laskennallisiin kustannuksiin

Työryhmän hahmottelema sote-budjettikehyksellä kytkeytyisi johdonmukaisella tavalla yhteen kuntien valtionosuusjärjestelmän kanssa. Järjestämislakiehdotuksen mukaan jäsenkunnille maksettavien valtionosuuksien ohella myös sote-alueen tuotantovastuualueille maksamat korvaukset samoin kuin sote-alueen budjetin rahoituksen jakautuminen jäsenkuntien kesken määräytyvät pääosin laskennallisten valtionosuusperusteiden mukaisesti.

Valtionosuusjärjestelmän laskennalliset kustannukset mahdollistavat palvelujärjestelmän kustannuksiin vaikuttavien demografisten, lainsäädännöllisten, toiminnallisten ja organisatoristen muutosten huomioon ottamisen. Peruspalvelujen valtionosuuksien uudistetut laskentaperusteet perustuvat huolelliseen tutkimukseen ja ottavat luotettavasti huomioon eri alueiden väestörakenteesta ja olosuhdetekijöistä johtuvat erot sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeessa ja niiden yksikkökustannuksissa. Vastaisuudessa valtionosuusjärjestelmää olisi lisäksi mahdollista kehittää julkisten peruspalvelujen taloudellista ohjausta tehostamaan suuntaan.

Valtionosuusperustaisuus tarjoaa johdonmukaisen tavan tarkastella valtio-kunta-suhdetta sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa. Valtion ja kuntien välinen kustannusten jako tarkistetaan vuosittain. Valtion harjoittama palvelujärjestelmän taloudellinen sääätely toimii valtionosuusperusteiden välityksellä ja nojaa kuntien tehtävien ja velvoitteiden sekä palvelurakennetta koskevien uudistusten kustannusvaikutusten arviointiin.

Sote-budjettikehyksen määrittäminen edellyttää, että peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmän asukaskohtaisista laskennallisista kustannuksista voidaan erottaa sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus. Laskennallisiin kustannuksiin vaikuttavista tekijöistä sairastavuuskerroin voidaan järjestämislakiehdotuksen mukaisesti ottaa kokonaisuudessaan huomioon sosiaali- ja terveyspalveluiden laskennallisiin kustannuksiin vaikuttavana tekijänä. Ikärakenteen osalta ovat pohjatietona käytettävissä THL:n laskemat ikäryhmäkohtaiset sosiaali- ja terveyspalvelujen perushinnat. Olisi lisäksi perusteltua erottaa sosiaali- ja terveyspalvelujen osuus myös muista laskennallisista kustannuksista (työllisyysaste, koulutus, vieras- ja kaksikielisyys, asukastiheys ja saaristoisuus). Näillä on merkitystä maksuosuuksien jakautumiselle kuntien kesken, jossakin määrin myös eri sote-alueiden rahoitukselle.

Työryhmän käsittelemät vaihtoehdot: lakisääteisesti ei-sitova tai sitova sote-budjettikehys

Edellä kuvatulla tavalla määriteltyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntakohtaisten laskennallisten kustannusten yhteissumma muodostaa koko maan sote-budjettikehymen. Työryhmä on arvioinut eri tapoja käyttää tällaista budjettikehystä palvelujärjestelmän taloudellisessa ohjauksessa.

Taloudellisen ohjauksen tehostamisen kannalta on ensiksikin hyödyllistä määritellä sote-alueen budjettikehys sen jäsenkuntien laskennallisten kustannusten summana. Sote-aluekohtaiset laskennalliset kustannukset tarjoavat jo sinänsä luontevan taloudellisen viitekehymen järjestämislain mukaiselle sosiaali- ja terveysministeriön ja sote-alueen neuvottelumenettelylle.

Ei-sitova sote-budjettikehys olisi ensisijaisesti hallituksen omia, sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia päätöksiä koskeva rajoite. Sote-alueiden osalta kyse olisi suurlta osin informaatio-ohjauksesta. Vaikutusta voi kuitenkin tehostaa julkisen talouden suunnitelman valmisteluun ja järjestämislakiehdotukseen sisältyvä neuvottelumenettely. Riski siitä, että palvelujärjestelmän kustannusten hallinta jäisi sote-alueilla heikoksi, olisi sitä suurempi, mitä heikommaksi sote-alueiden hallinto muodostuu. Sote-alueen kuntayhtymässä on kymmeniä jäsenkuntia, joiden edut voivat olla ristikkäisiä. Yksittäisellä kunnalla on edustajat järjestämislakiehdotuksen mukaisessa mallissa kolmessa eri roolissa: palvelujen järjestäjänä sote-alueella, palveluiden tuottajana tuottamisvastuussa olevassa kuntayhtymässä ja rahoittajana kunnassa.

Sote-budjettikehymen ohjauksivaikutuksen tehostamiseksi työryhmä on tarkastellut myös vaihtoehtoa, jossa jäsenkuntien maksuvelvoite sote-alueille sidottaisiin sote-järjestämislakiin liitettävällä viitesääöksellä edellä määriteltyihin, peruspalvelujen valtionosuusperusteiden mukaisiin sosiaali- ja terveyspalveluiden laskennallisiin kustannuksiin. Laskennallinen sote-budjettikehys määrittäisi tässä tapauksessa valtionosuuksien ohella rajan myös jäsenkuntien maksuvelvoitteelle. Tällainen lakisääteinen budjettikehys vakauttaisi kuntien asemaa sote-alueen rahoittajana ja vahvistaisi siten rahoitusperiaatetta. Se ohjaisi sote-alueen päätöksentekoa voimakkaammin kuin pelkkä ohjeellinen budjettikehys.

Kunta rahoittaa sote-alueelle suorittamansa, valtionosuusperusteiden mukaisen maksuosuuden omista verotuloistaan sekä saamistaan valtionosuuksista. Kun sote-alueen budjetti perustuu laskennallisiin kustannuksiin, tulee kunkin jäsenkunnan koko maksuosuuden vastata kyseiselle kunnalle määriteltyjä laskennallisia kustannuksia. Kun toisaalta kunnan saamista valtionosuuksista voidaan edellä esitetyllä tavalla irrottaa sosiaali- ja terveydenhuollon osuus, on johdonmukaista, että kunnan omarahoitussuus määräytyy kunnan laskennallisten sote-kustannusten ja sen samoin perusteiden saamien valtionosuuksien erotuksena. Maksuosuuskunnan aiheuttamaa suhteellista rasiitusta tasoittaa valtionosuuksiin sisältyvä verotulojen tasaus. Tällaiseen laskennalliseen kunnan omarahoitussuuden määrääntymiseen liittyy samalla kannustava elementti siltä osin, että kunnan onnistuessa esimerkiksi ennalta ehkäisevin toimin vähentämään väestönsä sairastavuutta, sen oma maksuosuus vastaavasti alenisi.

Laskennallisen sote-budjettikehymen perusteella määrääntyvät maksuosuudet poikkeavat etenkin yksittäisen kunnan tasolla sen tämänhetkistä todellisista sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista huomattavastikin suuntaan tai toiseen. Vaikka erojen suuruus

vaihtelee kuntakohtaisesti, ongelma on sama kuin järjestämislakiehdotuksen mukaisessa asetelmassa, jossa kuntien maksuosuudet toteutuneiden menojen perusteella arvioidusta sote-alueen budjetista jaetaan valtionosuuskriteereiden mukaisesti kuntien kesken. Poikkeamat voivat johtua eri syistä. Palvelujen tuottavuudessa on kuntien välillä eroja, samoin palvelutasossa ja väestön käyttämien palvelujen rahoitustavoissa. Tämänhetkiset kustannukset poikkeavat laskennallisista myös sote-alueilla, tosin suhteellisesti vähemmässä määrin erisuuntaisten kuntakohtaisten erojen tasoittaessa toisiaan.

Tällaisten kunta- ja sote-aluekohtaisten erojen takia myös puhtaasti laskennallisen järjestelmän käyttöönotto edellyttää siirtymäaika, jonka täsmentämistä työryhmä ei ole kuitenkaan käsitellyt.

Valtionosuuspohjaisen sote-budjettikehyksen ohjauvaikutus ei yksin riitä

Valtionosuuspohjaisella sote-budjettikehyksellä on omat rajoituksensa. Valtionosuusjärjestelmä tähtää ensisijaisesti kuntien välisten erojen tasaamisen sen mahdollistamiseksi, että kaikki kunnat laskennallisten asukaskohtaisten verotulojen, palvelutarpeen sekä olosuhdetekijöiden eroista huolimatta pystyvät suoriutumaan lakisääteisistä peruspalveluvelvoitteistaan kansalaisten perustarpeet tyydyttävällä tavalla. Myös valtion ja kuntien välistä kustannustenjakoa säädellään valtionosuuksin. Järjestelmään on toisaalta vaikea sovittaa kuntien tehtäviä koskevan lainsäädännön ja velvoitteiden sekä itse valtionosuuksien tason säätelyn ohella muita kuntien palvelutuotantoa ohjaavia elementtejä. On lisäksi huomioitava, että sosiaali- ja terveydenhuollon tosiasialliset kustannukset muodostuvat aina paitsi palvelujen toteutusta koskevista päätöksistä (jotka perustuvat aina valintoihin), myös tehdyistä hoito- ja hoivapäätöksistä, jotka on tehtävä tosiasiallisen palvelutarpeen mukaisesti. Laskennallisen valtionosuusjärjestelmän kautta tapahtuvalla päätöksenteolla ei siten ole suoraa yhteyttä kustannusten syntyyn vaikuttaviin päätöksiin.

Valtionosuudet tarkistetaan vuosittain kustannustason, kustannustenjaon tarkistuksen sekä kuntien tehtävissä ja velvoitteissa tapahtuvien muutosten mukaisesti. Tämä menettely merkitsee sitä, että suuri osa palvelujärjestelmän tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävistä kehittämistoimista voidaan ottaa valtionosuusperusteissa huomioon ajan mittaan, tavoiteltujen kustannussäästöjen toteutuessa.

Edellä sanottu merkitsee sitä, että valtionosuuspohjainen, valtion ja kunnan lakisääteisen maksuvelvoitteen määrittävä sote-budjettikehys ei sellaisenaan riitä varmistamaan rakennepoliittisessa ohjelmassa sote-uudistukselle asetettujen menosäästö- ja tuottavuustavoitteiden toteutumista.

Toivottavaa olisi, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän palvelurakennetta ja palvelujen organisointia koskevat uudistukset voitaisiin ottaa valtionosuusjärjestelmän laskennallisissa kustannuksissa nykyistä laajemmassa määrin huomioon jo uudistusten toimeenpanovaiheessa. Tällainen valtionosuusjärjestelmän kehittämistyö asettaa luonnollisesti suuret vaatimukset myös palvelujen tasoa ja kustannuksia koskevan tilastojärjestelmän kehittämiselle.

Sote-alueen tai tuottamisvastualueen alijäämän kattaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisessa ohjauksessa on varauduttava myös menojen ennakoimattomiin vaihteluihin. Budjettinsa ylittävä sote-alue tai tuottantovastuualue voivat ottaa ensi vaiheessa velkaa. Kuntayhtyminä niitä koskee toisaalta uuden kuntalain säättämä velvoite taseeseen sisältyvän alijäämän kattamisesta alijäämäistä tilinpäätöstä seuraavan neljän vuoden kuluessa. Tämän velvoitteen laiminlyönnistä seuraisi lakisääteinen arviointimenettely.

Olisi tarpeen harkita, onko kuntalain mahdollistama, käytännössä viiden vuoden mittainen alijäämäisyys sote-alueen kaltaisen, kansalaisten sosiaalisten perusoikeuksien turvaamisen kannalta keskeisen ja samalla mahdollisesti vaikeasti hallittavaksi osoittautuvan kuntayhtymän tapauksessa toisaalta liiankin pitkä. Hallitsemattoman velkaantumiskierteen estämiseksi ja palvelujen rahoituksen turvaamiseksi voisi olla tarpeen mahdollisuus käynnistää erillisen harkinnan perusteella alijäämäisen sote- tai tuottantovastuualueen osalta erillinen selvitysmenettely kuntalaissa säädettyä aikataulua nopeammin, esimerkiksi alijäämäistä tilinpäätöstä seuranneen kahden vuoden jälkeen. Toisaalta kahden vuoden kattamiskauteen sisältyy riski siitä, että se jää liian lyhyeksi. Sopeuttamistoimien edellyttämät toiminnan muutokset voivat johtaa siihen, että palvelutaso ja laatu kärsivät.

Perustuslakikysymykset

Eduskunnan käsiteltävänä olevaan sote-järjestämislakiehdotukseen liittyy perustuslakiongelmia. Työryhmän käsittelemissä ratkaisumalleissa on pääosin samanlaisia perustuslakikysymyksiä kuin järjestämislakiehdotuksessa. Vaihtoehtoista pisimmälle menevä, lakisääteiset kuntien maksuosuudet laskennallisiin valtionosuusperusteisiin sitova malli merkitsisi lisäksi puuttumista kuntien pakolliseen yhteistoimintaan ja kuntayhtymän taloudelliseen päätösvaltaan uudella tavalla, josta ei ole aikaisempaa perustuslakivaliokunnan tulkintakäytäntöä. Kunnan maksuvelvoitteen sitominen lakisääteiseen sotebudjettikehykseen toisaalta vakauttaisi ja turvaisi kuntien asemaa sote-alueen rahoittajana. Esitetyn mallin tulee perusoikeuksien näkökulmasta turvata riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut. Tämä edellyttää, että sitovassa budjettikehyksessä asetettu katto vastaa hyvin palvelujen järjestämisestä aiheutuvia todellisia kustannuksia.

Perustuslakikysymyksiä ei ole työryhmässä ehditty käsitellä. Sitovan sote-budjettikehyksen malli edellyttää vielä tarkempaa arviointia perustuslain kannalta. Arvioinnissa on otettava huomioon mahdolliset asiaan vaikuttavat, sote-järjestämislakiehdotuksesta annetut perustuslakivaliokunnan kannanotot.

Lisänäkökohtia investoinneista ja ICT-ohjauksesta

Sote-alueen järjestämispäätös sisältää myös investointisuunnitelman. Tämä määrittää samalla jäsenkuntien osallistumisen investointien rahoitukseen. Investointisuunnitelmaan sisältyvät merkittävät hankkeet, joiden rajausta on käsitelty vain lakiehdotuksen perusteluissa. Olisi syytä harkita, että pääomakustannuksiltaan merkittävien investointien alaraja määriteltäisiin itse järjestämislaissa. Pääomakustannuksiin tulisi lukea uus- ja

peruskorjausinvestointien ohella esimerkiksi myös vuokraamalla, leasingilla tai elinkaarimallilla hankitut pääomahyödykkeet. Olisi samoin luontevaa, että sote-alueen budjettikehyksessä otettaisiin huomioon myös pääomakustannukset.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjausmalli edellyttää tuekseen hyvää tietopohjaa. Toiminnan ja talouden ohjaaminen sekä tuottavuuden parantaminen eivät onnistu ilman ohjauksen eri tasojen tarpeita tukevaa, ajantasaista ja kattavaa tietopohjaa sekä tiedon käsittelyä tukevia, koko maan kattavuudella yhteentoimivia tietojärjestelmiä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojärjestelmien kehittäminen ja niiden yhteentoimivuuden varmistaminen edellyttävät riittävän voimakasta kansallisen tason ohjausta. Tämän organisoinnista vastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä.

Sote-budjettikehyksessä edellyttää jatkovalmistelua

Työryhmä toteaa, että sen toimeksiantoon annettu aika on ollut varsin lyhyt eikä annettussa ajassa ole ollut mahdollista arvioida riittävästi vaihtoehtoisia ratkaisumalleja ja niiden vaikutuksia. Erityisesti lakisääteisesti sote-alueita sitova vaihtoehto muuttaisi sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen perusteita varsin olennaisesti, ja työryhmä korostaa, että sote-budjettikehyksen toteutustapa ja vaikutusten arviointi vaativat jatkoselvitystä. Myös laajempi vaihtoehtojen toteutustapojen tarkastelu on jatkovalmistelussa tarpeen. Erityisen tärkeää on jatkossa selvittää, kuinka tähän menettelyyn voitaisiin edelleen lisätä kustannustehokkaaseen palvelutuotantoon sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen liittyviä kannusteita.

Jatkovalmistelun osalta työryhmä korostaa, että hallituksen rakennepoliittisen ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi sote-uudistus on kaikkein keskeisin uudistus. Sote-uudistukseen jatkumona liittyy hallitusohjelmaan kirjattu ns. monikanavaisen rahoituksen uudistamista pohjustavan parlamentaarisen työryhmän selvitystyö, joka valmistuu helmikuun lopussa 2015. Tavoitteena on, että työn pohjalta voitaisiin linjata rahoitusuudistuksen suunta seuraavassa hallitusohjelmassa.

Työryhmän näkemyksen mukaan sote-budjettikehystä koskeva valmistelu olisi luonnollista kytkeä edellä mainittuun rahoitusta koskevan kokonaisuudistuksen jatkovalmisteluun. Tämä olisi myös sisällöllisesti perusteltua, koska julkisen talouden suunnitelmaan kuuluvat sosiaaliturvarahastoja koskevassa osassa myös sairausvakuutuskorvaukset. Jos sote-budjettikehyksessä ulotettaisiin tässä vaiheessa vain sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitukseen, lisäisi tämä merkittävästi riskiä kokonaistalouden kannalta epäedullisen osaoptimoinnin lisääntymisestä, kun kuluja pyrittäisiin siirtämään näiden kahden rahoituskanavan välillä sairausvakuutuksen puolelle. Siten erityisesti sitovan sote-budjettikehysten mukaisten ratkaisujen tekeminen erikseen olisi ristiriidassa hallituksen monikanavaisen rahoituksen liittyvien linjausten kanssa. Jos nykyisen hallituksen linjaama monikanavaisen rahoituksen uudistustyö ei seuraavalla hallituskaudella syystä tai toisesta etenisi tarkoitetulla tavoin, pitää työryhmä tärkeänä, että nyt käynnistettyä sote-budjettikehystä silti edelleen jatketaan.

Lähteet:

Christianson, J., Leatherman, S. and Sutherland, K. (2007). *Paying for quality: understanding and assessing physician pay- for- performance initiatives*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.

Conrad, D. and Christianson, J. (2004). Penetrating the ‘black box’: financial incentives for enhancing the quality of physician services, *Medical Care Research and Review*, 61(3 suppl): 37S–68S.

Damberg, C. et al. (2009). Taking stock of pay- for- performance: a candid assessment from the front lines, *Health Affairs*, 28(2): 517–25.

Dudley, R. A. et al. (1998). The impact of financial incentives on quality of health care, *Milbank Quarterly*, 76(4): 649–86.

Guthrie, B., Auerback, G. and Binman, A. (2010). Competition for Medicaid enrollees based on performance does not improve quality of care, *Health Affairs*, 29(8): 1507–16.

Hallituksen esitys eduskunnalle kuntalaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 268/2014 vp

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi. HE 324/2014 vp

de la Maisonneuve, C. – Oliveira Martins, J. (2013): A projection method for public health and long-term care expenditures. OECD Economics Department Working Papers, No. 1048, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

OECD (2010) *Value for Money in Health Spending*.

OECD (2014) *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*.

Vaalavuo, M. et al. (2013): *Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 24/2013.

Vihriälä, Erkki (2014) *Sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistusten taloudellisten vaikutusten arviointi*. Keskustelualoite 2/2014, Valtiovarainministeriö.

VM (2015) *Kohti julkisen talouden kokonaisohjausta*. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2/2015.



1.10.2014

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttavaa budjettikehysjärjestelmää valmisteleva ryhmä

Asettaminen

Valtiovarainministeriö on tänään asettanut sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttavaa budjettikehysjärjestelmää valmistelevan työryhmän.

Toimikausi

1.10.2014 – 31.10.2014

Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen parlamentaarinen ohjausryhmä (VNK002:00/2014) on laatinut luonnoksen hallituksen esitykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi. Esitys on parhaillaan lausuntokierroksella.

Julkisen talouden ohjauksessa ollaan siirtymässä uuteen ohjausmalliin. Julkisen talouden kokonaisohjausta linjaava valtioneuvoston asetus julkisen talouden suunnitelmasta tuli pääosin voimaan 14.2.2014. Keväällä 2014 laadittiin ensimmäinen julkisen talouden suunnitelma. Kokonaisuudessaan uuteen julkisen talouden ohjausmalliin siirrytään vuoden 2015 alusta lukien.

Julkisen talouden suunnitelmassa hallitus asettaa julkiselle taloudelle ja sen alasektoreille rahoitusasemaa koskevat tavoitteet sekä päättää tavoitteiden saavuttamisen edellyttämistä toimenpiteistä. Julkisen talouden suunnitelma laaditaan vaalikauden alussa, ja sitä tarkistetaan vuosittain. Julkisen talouden suunnitelman kuntataloutta koskevalla osalla varmistetaan kuntatalouden vakautta ja kestävyyttä.

Hallitus päätti rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamisesta 28.8.2014. Rakennepoliittinen ohjelma sisältää keskeiset elementit talouden rakenteiden uudistamiseksi talouden kasvua ja julkisen talouden kestävyyttä tukevalla tavalla: kuntatalouden tasapainottamisen käyttöön otettavan rahoituskehyksen ja valtion ja kuntien muiden yhteisten toimien avulla, palvelutuotannon tuottavuuden kohottamisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja rahoitusrakennemuutuksen avulla sekä työurien pidentämisen



eläkeuudistuksen ja muiden työuran alkuun ja katkoksiin kohdistuvien toimien avulla.

Päätöksessä hallitus linjaa, että rakennepoliittisessa ohjelmassa asetettu tavoite kuntatalouden menojen kasvun hidastumiselle yhdellä miljardilla eurolla voidaan saavuttaa ottamalla käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannusten hallintajärjestelmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on toteutettava siten, että palvelujärjestelmän kustannukset pysyvät julkisen talouden kestävyuden turvaamisen edellyttämällä tasolla. Tarkoituksena on, että järjestelmä on menettelynä kytketty julkisen talouden suunnitelmaa ja talousarviota koskevaan päätöksentekoon.

Julkisesti järjestetyn sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten säätelemiseksi tarvitaan kansallisen tason poliittisin päätöksin ohjattavissa oleva, koko sosiaali- ja terveydenhuollon kattava menettely. Järjestämislakiehdotuksen mukaiset uudet elimet ja menettelyt – sosiaali- ja terveysministeriön perustettava ohjausyksikkö, sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kehittämisohjelma sekä ministeriön ja sote-alueen samoin kuin sote-alueen ja tuottamisvastuussa olevan kunnan ja kuntayhtymän välinen neuvottelumenettely – on kehitettävä sellaisiksi, että palvelujärjestelmän tehokas kansallinen ohjaus toteutuu.

Rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamispäätöksessä esitetään, että valmistellaan pikaisesti julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttava budjettikehysjärjestelmä. Valmisteltavan järjestelmän avulla varmistetaan, että julkisten sosiaali- ja terveysmenojen kehitys noudattaa menorajoitetta, jossa palvelujärjestelmän tuottavuuden kasvulle asetettu tavoite toteutuu. Lisäksi järjestelmän kautta voidaan varmistaa kuntien tehtävien ja velvoitteiden vähentämisestä tavoiteltava hyöty kunnille ja valtiolle.

Tehtävä

Työryhmän tehtävä on rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanon vahvistamispäätöksen mukaisesti määritellä kansallisen ohjausjärjestelmän osatekijät sekä valmistella esitys julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten hallinnan toteuttavasta budjettikehysjärjestelmästä ja sen edellyttämistä säädösmuutoksista. Tavoitteena on, että tarvittavat muutosesitykset voidaan vahvistaa kuluvalle hallituskaudella.

Työryhmän työ tulee yhteen sovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon parlamentaarisen ohjausryhmän työn kanssa.

Organisointi

Puheenjohtaja:

Talouspolitiikan koordinaattori Jukka Pekkarinen, valtiovarainministeriö

Jäsenet:

Ylijohtaja Päivi Laajala, valtiovarainministeriö

Apulaisbudjettipäällikkö Juha Majanen, valtiovarainministeriö

Johtaja Heikki Palm, sosiaali- ja terveysministeriö

Ylijohtaja Kirsi Varhila, sosiaali- ja terveysministeriö

Lainsäädäntöneuvos Tuula Majuri, oikeusministeriö
Finanssisihtööri Marja Paavonen, valtiovarainministeriö
Tutkimusprofessori Markku Pekurinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Johtaja Ilari Soosalu, Suomen Kuntaliitto
Lakiasian johtaja Arto Sulonen, Suomen Kuntaliitto

Sihteerit:

Finanssineuvos Markku Nissinen, valtiovarainministeriö
Neuvotteleva virkamies Tanja Rantanen, valtiovarainministeriö
Hallitusneuvos Päivi Salo, sosiaali- ja terveysministeriö

Valtiovarainministeri



Antti Rinne

Valtiosihteeri kansliapäällikkönä



Martti Hetemäki

Jakelu

Työryhmän jäsenet



VALTIOVARAINMINISTERIÖ
Snellmaninkatu 1 A
PL 28, 00023 VALTIONEUVOSTO
Puhelin 0295 160 01
Telefaksi 09 160 33123
www.vm.fi

6/2015
Valtiovarainministeriön julkaisu
Helmikuu 2015

ISSN 1459-3394 (nid.)
ISBN 978-952-251-646-6 (nid.)
ISSN 1797-9714 (pdf)
ISBN 978-952-251-647-3 (pdf)

VM:N
JULKAISUSARJAN
TEEMAT:

Budjetti
Hallinnon kehittäminen
ICT-toiminta
Kunnat
Ohjaus ja tilivelvollisuus
Rahoitusmarkkinat
Taloudelliset ja
talouspoliittiset
katsaukset
Valtion työmarkkinalaitos
Verotus