

16.5.2018/Martti Hetemäki, valtiovarainministeriö

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin

Tiivistelmä

Muistio arvioi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen osatekijöiden säästöpotentiaalia ja maakuntien menokehysten täytäntöönpanon merkitystä. Alla oleva taulukko tiivistää tarkastelun tulokset.

Sote-uudistuksen osatekijöiden vaikutus sote-menojen säästöpotentiaaliin ja säästö, euroa

Osatekijä	Säästöpotentiaali	Säästö
Sote-järjestäminen ja palveluintegraatio	0,6 mrd.	
Valinnanvapaus	0	
Tiedon ja teknologian käyttö	4 mrd.	
Johtaminen ja henkilöstö	Tukee säästöjen toteutumista	
Maakuntien menokehykset	Eivät rajoita säästömahdollisuuksia	Rajaavat ja samalla toteuttavat säästöt 3 miljardiin
Yhteensä	4,6 mrd.	3 mrd.

Palveluintegraation (luku 2) sekä erityisesti tiedon ja teknologian käytön (luku 4) mahdollisuudet palvelujen vaikuttavuuden ja tehokkuuden parantamiseksi ovat suuret. Valinnanvapauden (luku 3) säästöpotentiaali on tässä arvioitu kaavamaisesti kumoutuvan sen menoja potentiaalisesti lisäävän vaikutuksen takia. Myös johtamisen (luku 5) ja maakuntien menokehysten (luku 6) säästöpotentiaali on tässä arvioitu nolaksi. Kaikki osatekijät ovat kuitenkin tärkeitä uudistuksen tavoitteiden saavuttamisessa. Esimerkiksi johtamisen ja henkilöstön vaikutus tiedon ja teknologian 4 mrd. euron säästöpotentiaalin kannalta on ratkaiseva, mutta taulukossa niille ei ole merkitty erillistä kontribuutiota kaksinkertaisen laskennan välttämiseksi.

Siirtyminen 190 järjestäjästä 18 sote-järjestäjään on keskeistä tiedon ja teknologian hyödyntämisessä mm. toimintatapojen muutoksen ja vertaiskehittymisen kautta, ja se parantaa myös edellytyksiä johtamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Nämä sote-järjestämisen muutoksen vaikutukset sisältyvät taulukossa siis tiedon ja teknologian käytön 4 mrd. euron säästöpotentiaaliin. Uudistuksen osat muodostavat siis kokonaisuuden, jonka hyödyt ovat taulukossa pääosin tiedon ja teknologian käytön säästöpotentiaalissa.

Koko tiedon ja teknologian käytön 4 mrd. euron säästöpotentiaalin hyödyntäminen palauttaisi sote-sektorin tehokkuuden 2000-luvun alun tasolle, kun mittarina on julkisten sote-menojen ja BKT:n suhde. Korkeammalla tuottavuudella ja BKT:n määrällä tulevat palvelut olisivat kuitenkin nykyistä paremmat.

Sitovan budjettirajoitteen puuttuminen ja sote-järjestelmän kokonaisohjauksen vähäisyys ovat olleet nykyisen järjestelmän ilmeisiä heikkouksia. Sitova budjettirajoite on tärkeä edellytys yksin sen kannalta, että jo käytössä olevaa tietoa ja teknologiaa hyödynnetään nykyistä selvästi paremmin tuottavuuden lisäämisessä.

Kansainväliset talousjärjestöt pitävät Suomen valtion menokehysjärjestelmää hyvänä ja uskottavana. Sotemenot tulevat uudistuksen myötä sen piiriin. Kehyksen uskottavuuden kannalta on tärkeää, että se sisältää menettelyt, jotka turvaavat sote-palvelujen rahoituksen myös poikkeuksellisissa oloissa (liite 5).

Menokehysten realismi riippuu maakuntien rahoituksen riittävydestä uudistuksen alkaessa. Tätä on käsitelty liitteessä 7. Menokehysten säätelyä ohjaava rahoituslaki ei takaa kustannusten kasvun hillintää, vaan taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen ratkaisevat viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuorovaikutus.

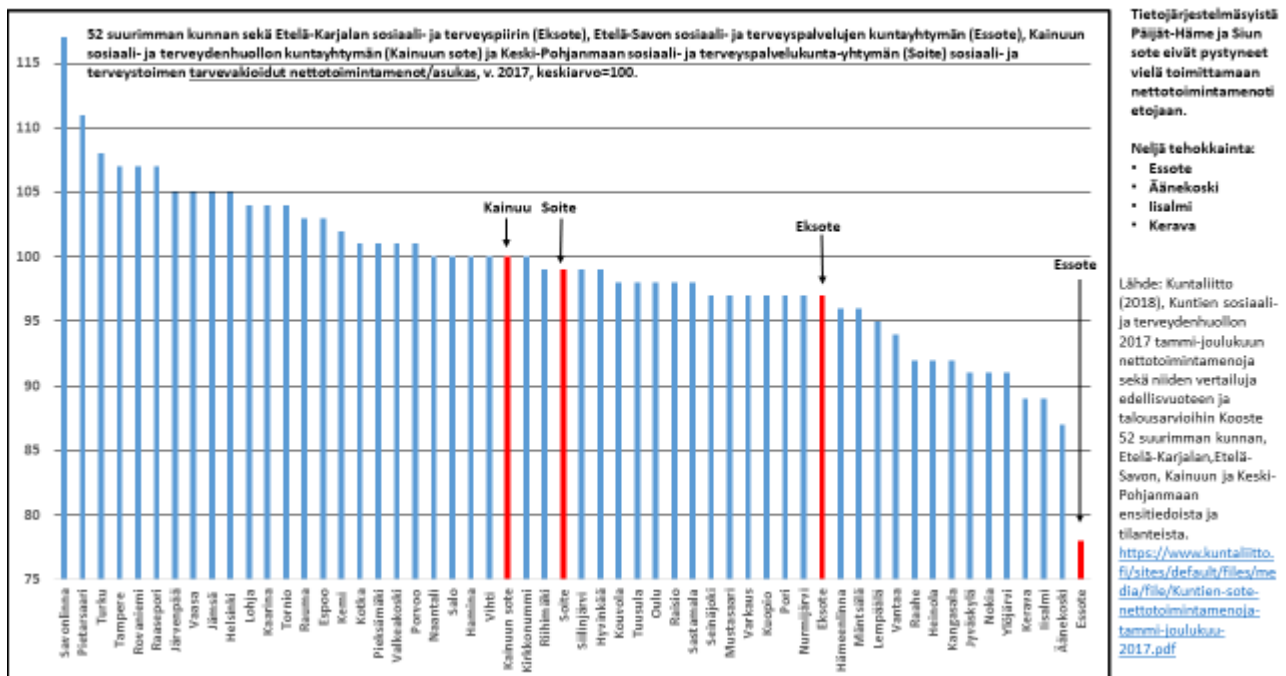
Perusuran sote-menojen kehitys ei turvaa kaikille saatavilla olevien hyvien sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen rahoitusta. Tämän takia uudistus on välttämätön.

Palveluintegraation kustannushyöty suurimpien kuntien sote-menojen nykytasoon verrattuna

Suurimpina kuntina käsitellään tässä niitä 52 suurinta kuntaa, jotka eivät kuulu Kainuun, Soiten, Eksoten, Essoten, Päijät-Hämen tai Siun soten kuntayhtymiin. Näin määritellyssä 52 suurimmassa kunnassa asui 3,57 milj. henkilöä eli noin 65 % koko maan väestöstä v. 2017. Kuvio 2 esittää näiden kuntien tarvekioidut sote-menot/asukas (THL:n laatimat tarvekertoimet) v. 2017. Kuviossa ovat myös Kainuun, Soiten, Eksoten ja Essoten vastaavat luvut.

Kainuu, Soite, Eksote ja Essote ovat jo osin integroineet sote-palvelujen järjestämisen maakunnan tasolla. Tietojärjestelmäsiistä kaksi muuta maakunnalliseen samanlaiseen sote-organisaatioon jo siirtynyttä aluetta (Päijät-Häme ja Siun sote) eivät pystyneet vielä toimittamaan nettotoimintameno-tietojaan.

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystoimi, tarvekioidut nettotoimintameno/asukas v. 2017, keskiarvo=100



Kainuun soten, Soiten, Eksoten ja Essoten tarvekioitujen menojen/asukas aritmeettinen keskiarvo oli 93,5, kun niiden ja 52 suurimpien kuntien keskiarvo oli 100 v. 2017. Tätä 93,5:n keskiarvoa painaa alas Essoten poikkeuksellisen matala luku. Toisaalta kaikilla kyseisillä neljällä alueella palvelujen integrointi on vielä kesken. Sote-uudistus tuo mm. lasten ja perheiden palvelujen integraatioon uusia elementtejä.

Suurimmista kunnista Espoo, Helsinki, Tampere ja Turku ovat suurimpien kuntien keskiarvoa tehottomampia, kolme viime mainittua vähintään 5 % tehottomampia. Noiden kolmen kunnan aritmeettinen keskiarvo on 106,7, joka on 14 % korkeampi kuin Kainuun soten, Soiten, Eksoten ja Essoten aritmeettinen keskiarvo, jota kuitenkin alentaa ennen muuta Essoten poikkeuksellisen matala luku, johon voi sisältyä virheitä.

Olettaen nyt, että sote-uudistuksen mukainen palveluintegraatio alentaa 52 suurimman kunnan tarvekioituja sote-menoja niiden keskiarvosta 100 Eksoten tasolle, laskisivat nuo menot 3 %:lla.

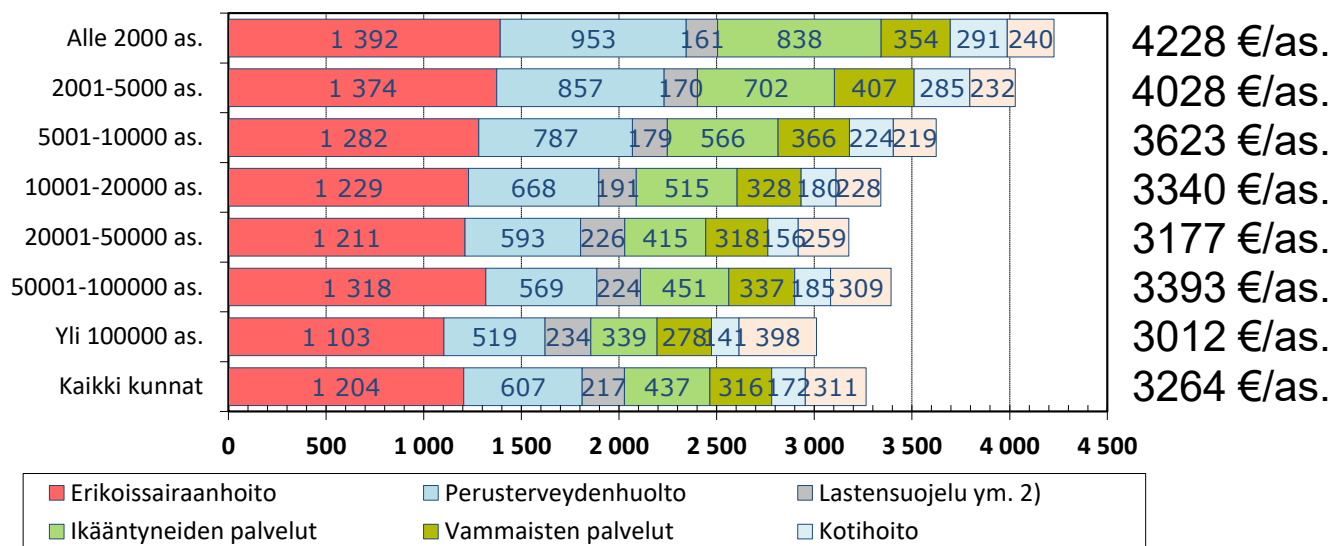
Ottaen huomioon, että kyseisten 52 kunnan alueella asuu noin 65 % koko väestöstä, alentaisi tämä koko maan sote-menoja 1,3 %:lla eli noin 360 milj. eurolla. Tällöin maakuntien soten menojen pohjalukuna on käytetty maakuntien sote-tehtävien 18,6 mrd. euron menoja 2016 tasolla (ks. liite 1).

Mittakaavakustannushyöty pienimpien kuntien kohdalla

Kuvion 2 suurimpien kuntien aineistossa pienin mukana oleva kunta on Pieksämäki, jossa asui 18 475 henkilöä v. 2017. Alle 20 000 asukkaiden kunnissa sosiaali- ja terveystoimen menot/asukas vaihtelivat 4228 €/as. alle 2 000 asukkaan kunnissa 3340 €/as. 10 001-20 000 asukkaan kunnissa, kun koko maan luku oli 3264 €/as.

Tekemällä karkea oletus, että alle 20 000 asukkaan kunnissa keskimääräiset sote-menot alenevat 8 prosentilla eli n. 300 eurolla/as. sote-järjestämisen siirtyessä maakunnille ja ottaen huomioon, että alle 20 000 asukkaan kunnissa asuu noin 25 % väestöstä, alentaisi tämä koko maan sote-menoja noin 2 %:lla eli noin 370 milj. eurolla. Tähän karkeaan laskelmaan liittyviä epävarmuuksia korostaa se, että alle 20 000 asukkaan kunnissa asuu keskimääräistä vanhempia henkilöitä, jolloin pienten kuntien menoja nostaa mittakaavahaittojen lisäksi keskimääräistä korkeammat sote-palvelujen tarvekertoimet. Tämän takia pienimpien kuntien mittakaavakustannushyödyn arviota voisi laskea neljänneksellä noin 280 milj. euroon. V. 2016 maakuntien THL:n tarvekertoimet vaihtelivat välillä 0,87-1,21 (koko maa=1).

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset 1) kunnan koon mukaan v. 2016, €/asukas



- 1) Nettokustannukset =(Toimintakulut + Poistot ja arvonalentumiset + Vyörytyskulut) - (Toimintatuotot + Vyörytystuotot + Valmistus omaan käyttöön sekä valmisteveraston muutos)
- 2) Lastensuojelun laitos- ja perhehoito, Lastensuojelun avohuoltopalvelut sekä muut lasten ja perheiden avopalvelut
- Lähde: Kuntaliitto

Yhteensä 52 suurimman kunnan palveluintegraatiohyödyn ja alle 20 000 asukkaan kuntien mittakaavahyödyt olisivat yhteensä noin 360 milj. € + 280 milj. € = 640 milj. €. Laskelma perustuu oletukseen, että 10 % väestöstä asuu alueilla, joilla joistakin syistä palveluintegraatio ei tuo mitään hyötyä suhteessa nykytilanteeseen.

Arvio perustuu kaavamaisiin oletuksiin, joihin liittyy paljon epävarmuuksia. Integraatiohyödyt ovat voimakkaasti sidoksissa mm. johtamiseen, jota käsitellään jaksossa 4. Se mikä onnistuu Eksotessa, ei välttämättä onnistu muualla.

Integraation hyödyt riippuvat ratkaisevasti myös asiakkaan lisääntyvän valinnanvapauden vaikutuksista palveluintegraatioon. Tätä käsitellään lähemmin seuraavaksi.

3 Valinnanvapaus

Tutkimustulokset viittaavat, että peruspalveluihin pääsy on työterveyspalvelujen ulkopuolella oleville usein vaikeaa. Valinnanvapaus voi ratkaista tätä ongelmaa, mutta se edellyttää tuottajien haitallisia kannustimia rajoittavaa korvausjärjestelmää (taulukko 1). OECD käsittelee kattavasti näistä järjestelmiä raportissaan.¹

Ensimmäiset tulokset Ylä-Savon valinnanvapauspilotista viittaavat, että valinnanvapaus voi toimia hyvin ja parantaa peruspalveluihin pääsyä harvaanasutuilla alueilla (Liite 4). Ensimmäiset tulokset Keski-Uudenmaan valinnanvapauspilotista viittaavat puolestaan valinnanvapauden kustannuksia lisäävään vaikutukseen. Tämä ei sinänsä ole yllättävää, koska korvausmalli on ilmeisesti ohjannut terveitä asiakkaita yksityiselle puolelle.

Taulukko 1. Valinnanvapausmalliin liittyviä keinoja ja tavoitteita

Tavoite	Keino	Sote-tuottajien korvausmallit*	Kannustinrahoitus	Henkilökohtainen budjetti
Paljon palveluja tarvitsevat		Ruotsissa 15/21 maakäräjää käyttää ns. Care Need Indexiä, joka lisää kapitaatiokorvausta terveyskeskuksille, joiden asiakkaista suuri osa on sosioekonomisten tai demografisten tekijöiden perusteella paljon palveluja tarvitsevia. Tämä on lisännyt yksityisiä terveyskeskuksia alueilla, joilla asuu paljon palveluja tarvitsevia. Korvausjärjestelmä on siis ohjannut tuottajia sijoittamaan alueille, joilla on palvelutarve on suuri.**		Erityisesti harvemmin asutuilla alueilla henkilökohtainen budjetti, ml. siihen kuuluvat kuljetuskus-tannukset ovat paljon palveluja tarvitsevien kannalta tärkeä mahdollisuus.
Yli- ja alihoidon rajoitus		Allioidon rajoittamiseksi osa korvauksista on syytä maksaa suorite- tai kannustinperusteisesti. Asiakkaan tieto tuottajien laadusta lisää valinnanvapauden tuomaa tuottajien painetta laadun ylläpitoon.	Kannustinrahoitus ja sen perustana oleva tieto voivat rajoittaa yli- ja alihoidoa.	
Kustannusten vyörytyksen rajoitus			Kannustinrahoituksella on mahdollista rajoittaa sote-keskusten kannustinta vyöryttää kustannuksia maakunnan liikelaitokselle. Sen voi toteuttaa esim. tuottajan ja liikelaitoksen riskinjaolla.	
Palvelu- integraatio		Palveluintegraatio usean tuottajan mallissa edellyttää, että: <ul style="list-style-type: none"> • Korvausmallit tukevat tuottajien yhteistyötä • Tieto kulkee tuottajien kesken (esim. Kanta-palvelun kautta) 	Hyvin määritelty kannustinrahoitus tukee myös palveluintegraatiota.	Henkilökohtainen budjetti pyrkii paljon palveluja tarvitsevan palvelujen integraatioon.
Kustannusten hillintä		Kustannusten hillinnän kannalta on olennaista, että korvausmallit perustuvat riittävän yksityiskohtaiseen tietoon terveysriskitekijöistä.	Kannustinrahoituksen tehokas käyttö edellyttää ennen muuta hyviä tietoja.	

*VATT:n lausunto eduskunnan valtiovaroinalvokunnalle hallituksen esityksestä soten valinnanvapaudesta kuvaa lähemmin korvausmallien tavoiteltavia ominaisuuksia.

http://vatt.fi/documents/2956369/7549916/73_07_01_2018_lausunto_ei_alle.pdf/267409fe-82ac-4ef3-a4a3-6d68d08acbeb/73_07_01_2018_lausunto_ei_alle.pdf.pdf

**Anell, A., M. Dachag & Dietrichson, J. (2018), Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? BMC Health Services Research, 18, 1, 179.

<https://bmchealthservices.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-2983-5>

Valinnanvapauden on pelätty heikentävän integraatiota, kun kaikki asiakasta palvelevat henkilöt eivät ole saman työnantajaorganisaation palveluksessa. Esimerkiksi palveluintegraation jonkinlaisena edelläkävijänä pidetty USA:ssa toimiva Kaiser Permanente on kuitenkin jo ainakin vuodesta 1996 lähtien ulkoistanut palveluitaan alkaen eräistä sairaalapalveluista. Lisäksi arvostetut tutkijat Ariel Pakes ja Kate Ho ovat päätyneet tuloksiin, joiden mukaan terveyspalvelujen vertikaalisen integrointi lisää kustannuksia kumoten kapitaatiokorvausmallin kustannuksia alentavan vaikutuksen. Kapitaatiomalli johti kustannuksien laskuun hoidon laadun heikentymättä. Jos lääkäri oli kuitenkin veloitettu lähettämään potilas oman organisaationsa palveluihin, mainitut kustannushyödyt menetettiin.²

Valinnanvapaus yhdessä hyvän kapitaatiokorvausmallin kanssa voivat parantaa palveluun pääsyä, tehdä palveluista ennaltaehkäisevämpiä ja sitä kautta alentaa kustannuksia. Hyvä pääsy peruspalveluihin voi vähentää mm. erikoissairaanhoidon kustannuksia. Tässä oletetaan kuitenkin kaavamaisesti, että nämä kustannushyödyt kumoutuvat, kun valinnanvapaus parantaa peruspalveluihin pääsyä, mikä on uudistuksen tärkeä tavoite. Ylä-Savon valinnanvapauspilotin havainnot viittaavat palveluihin pääsyn parantuneen (liite 4).

¹ OECD (2016), Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Studies.

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264258211-en.pdf?expires=1526194609&id=id&accname=oid048242&checksum=E8778E4E91C8B4755B8A51920352FBE9>

² Ho, Kate, and Ariel Pakes. 2014. "Hospital Choices, Hospital Prices, and Financial Incentives to Physicians." *American Economic Review*, 104 (12): 3841-84. <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/aer.104.12.3841>

4 Tiedon ja teknologian käyttö (ml. ICT-investointien kustannukset)

Suomessa on OECD:n mukaan erinomaiset edellytykset sähköisten terveystietokantojen käytölle (kuvio 4).

Kuvio 4. Valmius käyttää sähköisiä terveystietokantoja

Tiedon hallinnan valmius sekä tekninen ja operatiivinen valmius kehittää kansallista tietoa sähköisistä terveystietokannoista, 2016



Yleiset edellytykset sähköisten sote-palveluiden ovat myös hyvät. Alle 55-vuotiaista 94 %:lla on käytössään älypuhelin, ja 65-74 vuotiaistakin jo puolella. Mahdollisuudet sote-palvelujen laadun ja tehokkuuden parantamiseen ovat erinomaiset myös kansainvälisesti laajojen ja korkealaatuisten sote-rekisteritietojen takia.

Nykyiset hajanaiset tietojärjestelmät on uusittava joka tapauksessa. Esimerkiksi HUS:n suuri Apotti-hanke ei ole johtunut sote-uudistuksesta. Yleisesti ottaen ICT-investointeihin liittyy seuraavat näkökohdat:

- Soten tietojärjestelmät on uudistettava sote-uudistuksesta riippumatta.
- Sote-uudistus ei siksi itsessään aiheuta lisää ICT-investointikustannuksia.
- 18 sote-järjestäjän malli hyödyntää tiedon ja ICT:n paremmin kuin 190 järjestäjän malli.
- Tietoon perustuva toimintatapojen muutos edellyttää usein myös uutta organisaatorakennetta.
- Muuten ICT mahdollistama toimintatavan muutos ja tuottavuushyöty jäävät helposti toteutumatta.

Tiedon ja teknologian tuottavuushyödyt ovat suuret esimerkiksi vanhustenhuollossa. Eksoten visio asiasta on esitetty kuviossa 5. Toisessa yhteydessä Eksoten toimitusjohtaja Pentti Itkonen³ toteaa seuraavasti:

-Jo viiden vuoden päästä koti on turvallisin asuinpaikka vanhukselle.

-Myös palvelut pystytään järjestämään uudella tavalla.

-Olennaista on keskittyä kuntoutukseen ja siihenkin digiteknologia tuo aivan uusia mahdollisuuksia.

-Vanhusten määrä lisääntyy, mutta se ennustus, että siinä samassa lisääntyisi myös henkilökunnan määrä, ei pidä paikkansa. Digitalisaation mahdollistamat etäkäynnit ja kuntouksen kehittyminen tulevat vähentämään hoitajien tarvetta.

-Yksi lähihoitaja pystyy tekemään aamuvuorossa ainakin 20 ja iltavuorossa yli 40 virtuaalikäyntiä. Virtuaalikäynneillä voidaan vähentää fyysisten käyntien määrää erityisesti, jos työote on kuntouttava.

³ Pentti Itkonen haastattelu, Kuntatyönantaja 5/2017.

<https://www.kuntatyönantajalehti.fi/2017/5/digitalisaatio-mullistaa-terveydenhuollon>

Kuvio 5. Eksoten visio vanhusten hoidosta



Lähde: Eksoten toimitusjohtaja Pentti Itkosen esitys 30.5.2017

<https://www.slideshare.net/THLfi/caseesimerkkej-toimintakulttuurin-muutoksesta-ja-puimalakeskustelu>

Jos Pentti Itkosen toteama digitalisaation hyöty vanhusten hoidossa toteutuisi, olisi yksin sillä erittäin suuri sote-menojen kasvua vähentävä vaikutus. EU:n komission v. 2016 julkaiseman kestävyysraportin mukaan väestön ikääntyminen lisää Suomessa terveydenhuollon menoja 0,5 % ja pitkäaikaishoidon menoja 1,6 % suhteessa BKT:een.⁴ Valtaosa tästä lisäyksestä tulee vuoteen 2030 mennessä. Tämä ikääntymisen aiheuttama sote-menojen yhteensä 2,1 %:in nousu suhteessa BKT:een vastaa 2016 tasolla yli 4 mrd. euron sote-menojen lisäystä. Jos siis tiedon ja teknologian hyödyntäminen estäisi kokonaan väestön ikääntymisen aiheuttaman arvioidun sote-menojen kasvun, olisi tästä syntyvä säästöpotentiaali yksin suurempi kuin koko sote-uudistukselle asetettu 3 mrd. euron menojen kasvun hidastumistavoite.

Käytännössä 4 mrd. euron säästöpotentiaali edellyttää tiedon ja teknologian hyvin kattavaa käyttöä koko sote-sektorissa alkaen ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja väestön toimintakyvyn parantamisesta. Iso-Britanniassa yksin terveydenhuollon innovaatioiden on arvioitu merkitsevän 2030 mennessä 18,5 mrd. punnan eli noin 21 mrd. euron säästöpotentiaalia.⁵ Suomen tasolla se vastaa noin 2 mrd. euron säästöpotentiaalia.

Tässä arvioidaan, että koko tiedon ja teknologian hyödyntämisen säästöpotentiaali julkisissa sote-menoissa on yhteensä karkeasti 4 mrd. euron luokkaa. Lukuun sisältyvät mm. johtamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämisen ja ne sote-järjestämisen hyödyt, joille ei arvioissa ole omaa kontribuutiota säästöpotentiaaliin.

Koko 4 mrd. euron säästöpotentiaalın hyödyntäminen palauttaisi sote-sektorin kustannustehokkuuden 2000-luvun alun tasolle, kun mittarina käytetään julkisten sote-menojen ja BKT:n suhdetta. Korkeammalla palvelujen tuottavuudella ja BKT:n määrällä palvelut olisivat kuitenkin tulevaisuudessa nykyistä paremmat.

⁴ European Commission (2016), Fiscal Sustainability Report. European Economy January 2016.

<https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0e3aa2e0-e1d7-11e5-8a50-01aa75ed71a1/language-en>

⁵ International Longevity Centre (2017), Towards affordable healthcare: Why effective innovation is key.

<http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/ILC-UK - Towards affordable health - Why effective innovation is key .pdf>

5 Johtaminen ja henkilöstö (ml. palkkaharmonisointi)

Tiedon ja teknologian tarjoaman säästöpotentiaalin hyödyntäminen on pitkälti kiinni johtamisesta ja henkilöstön osaamisesta. On ilmeistä, että 18 sote-järjestäjälle on helpompi löytää erittäin korkeatasoinen johto kuin nykyisille 190 järjestäjälle. On myös ilmeistä, että parhaat käytännöt ja uusi teknologia tulevat käyttöön vain, jos henkilöstön osaamisesta pidetään huolta.

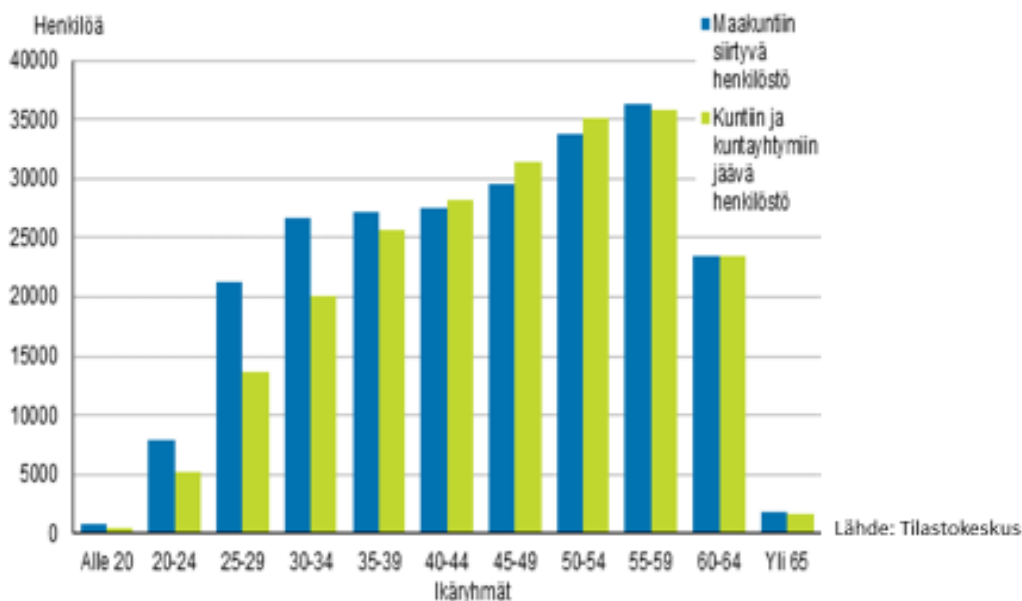
Eksoten toimitusjohtaja Pentti Itkonen on monen muun sote-johtajan tavoin korostanut juuri johtamisen merkitystä. Edellä viitatussa haastattelussa Itkonen toteaa tähän liittyen seuraavaa:

-Jokaisessa kunnassa ja vaikkapa sairaaloissa pitäisi olla tiedossa, miten organisaatiossa johdetaan digitalisaatiota. Sen johtamista ei saa ulkoistaa, vaan se kuuluu jokaiselle johtajalle, esimiehelle ja työntekijälle.

- Nykyistä henkilökuntaa olisi kiireesti alettava kouluttaa uudenslaisiin työskentelytapoihin ja uuden teknologian käyttöön.

Tilastokeskus on arvioinut, että maakunta- ja sote-uudistuksen seurauksena 236 000 nykyistä kuntasektorin työntekijää siirtyy maakuntiin ja että heistä 94 % on sote-henkilöstöä. Kuvion 6 ikäjakauman perusteella karkeasti noin 100 000 eli noin 40 % maakuntiin siirtävistä jäänee eläkkeelle vuoteen 2029 mennessä.

Kuvio 6. Maakuntiin siirtyvän ja kuntasektoriin jäävän henkilöstön arvioitu ikäjakauma



Palkkaharmonisaatio

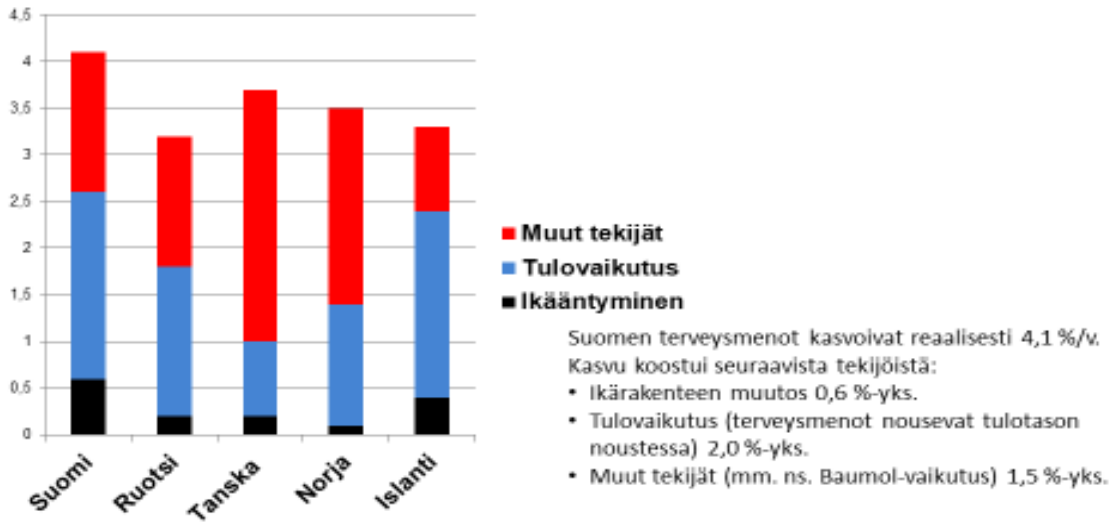
Lähi vuosien suuri eläkepoistuma mahdollistaa tuottavuuden parantamisen ilman irtisanomisia. Toisaalta kustannuksia on nostamassa palkkaharmonisointipaineet. Ne aiheutuvat, kun kahden eri julkisen sektorin erilaisilla palkkatasoilla olevat samoja tehtäviä tekevät henkilöt siirtyvät saman julkisen organisaation palvelukseen, joka tässä tapauksessa on maakunta tai sen liikelaitos. Palkkaharmonisointi tarve on sitä pienempi, mitä enemmän sote-henkilöstö siirtyy yrityksiin. Jottei harmonisointi aiheuttaisi mm. yhtiöittämistarvetta, on palkkaharmonisoinnissa pyrittävä löytämään samanlaisia pitkäjänteisiä ratkaisuja kuin aiemminkin.

Mitä enemmän palkkasopimuksiin sisältyy paikallisia järjestelyeriä, sitä helpommin ja nopeammin palkkojen harmonisointipainetta pystytään purkamaan. Työtuomioistuimen tuore päätös edellyttää pelkistäen palkkojen harmonisointia korkeimpien palkkojen tasolle, mutta se jättää auki harmonisoinnin aikataulun. Palkkaharmonisointia on aiemmin toteutettu asteittain mm. kohdentamalla palkkasopimuksien järjestelyeriä saman julkisen organisaation samoissa tehtävissä työskentelevien palkkaerojen kaventamiseksi.

6 Menokehykset

OECD:n tietojen mukaan Pohjoismaissa terveydenhuollon menot kasvoivat reaalisesti hyvin nopeasti ajanjaksolla 1995-2009 (kuvio 7). Suomessa tuo kasvu oli nopeinta. Puolet kasvusta on johtunut ns. tulovaikutuksesta. Kansantalouden ja samalla verotulojen kasvu ovat johtaneet terveydenhuollon menojen kasvuun.

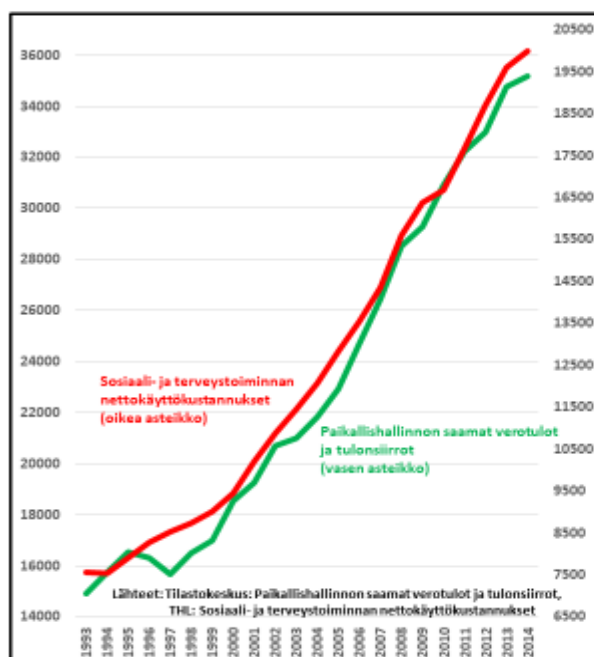
Kuvio 7. Terveydenhuollon menojen reaaliakasvu henkeä kohti keskimäärin 1995-2009, %/v.



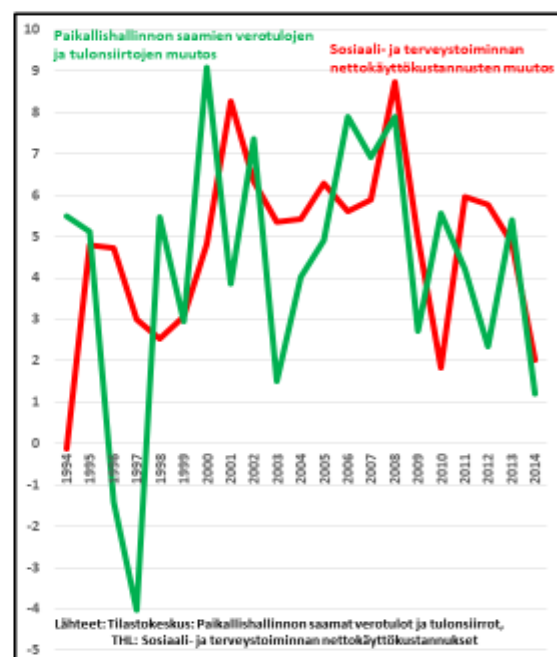
Lähde: De la Moissonneuve, C and J Oliveira Martins (2013), "A projection method for public health and long-term care expenditures", OECD, Economics Department Working Papers No 1048, June, <https://www.oecd.org/eeco/growth/Health%20FINAL.pdf>

Kuviot 8 ja 9 viittaavat, että kunnat ovat lisänneet sote-menojaan kuntien tulojen tahdissa. Myös lähempi tarkastelu näyttää tukevan oletusta, että kuntien menot ovat seuranneet enemmän tuloja kuin päinvastoin. Toisin sanoa budjettirajoite näyttää olleen varsin pehmeä. Liitteen 1 lopussa esitetyn OECD:n arvio tulee samaan johtopäätökseen Suomen sote-menojen budjettirajoitteen pehmeystä.

Kuvio 8. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannukset ja paikallishallinnon saamat verotulot ja tulonsiirrot (valtionosuudet), milj. €



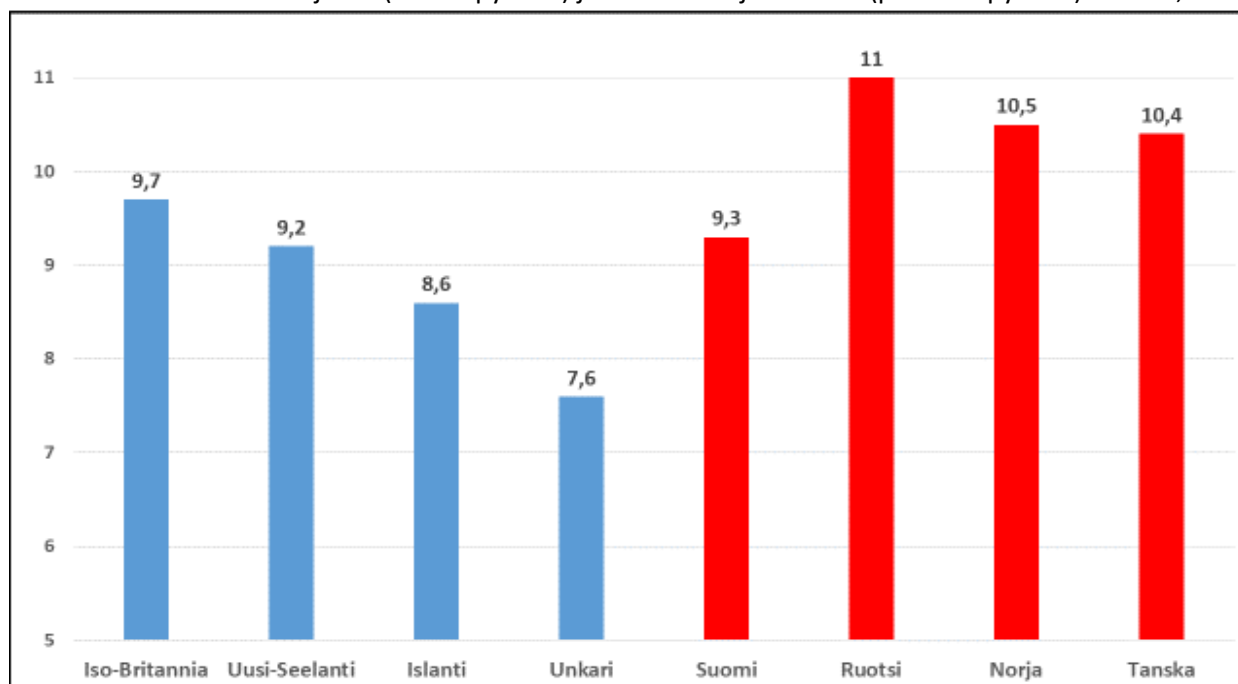
Kuvio 9. Sosiaali- ja terveystoiminnan nettokäyttökustannusten ja paikallishallinnon saamien verotulojen ja tulonsiirtojen (valtionosuudet) muutos, %



OECD:n raportti terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien kestävydestä korostaa budjettirajoitteiden merkitystä.⁶ Useissa maissa (kuten Alankomaissa) valinnanvapauden tuominen järjestelmään on johtanut kustannusten nousuun juuri heikkojen budjettijärjestelmien takia.

Kaikissa OECD-maissa julkiset terveydenhuollon menot rahoitetaan ainakin osittain valtion budjetista. OECD raportti toteaa, että neljässä maassa (Iso-Britannia, Uusi-Seelanti, Islanti ja Unkari) terveydenhuollon julkiset menot rahoitetaan kokonaan valtion budjetista. Näissä maissa terveydenhuollon menojen BKT-suhde on yleensä matalampi kuin maissa, joissa menojen rahoitus ei ole kokonaan valtion budjetin piirissä (10).

Kuvio 10. Terveydenhuollon kokonaismenot/BKT maissa (ml. Islanti), joissa terveydenhuollon menot ovat kokonaan osa valtion budjettia (siniset pylväät) ja muissa Pohjoismaissa (punaiset pylväät) v. 2016, %



Lähde: OECD

Maakuntien menokehysten toimivuuden kannalta ratkaisevaa on sen realistisuus. Jos se estäisi sote-palvelujen saatavuuden poikkeuksellisessa rahoitustilanteessa, menokehys ei olisi uskottava. Maakunta- ja sote-uudistuksen mukaisia valtion budjettiohjaukseen sisältyviä menettelyjä poikkeustilanteita varten on kuvattu liitteessä 6.

Maakuntien rahoituslakeriehdotus muodostaa tuen uudistuksen 3 mrd. euron kustannusten kasvun hillinnän tavoitteelle. Rahoituslaki ei kuitenkaan sellaisenaan yksinään takaa kustannusten kasvun hillintää eikä se siis itsenäisesti leikkaa kustannuksia ja maakuntien saamaa rahoitusta sanotulla määrällä. Viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuoro vaikutus ratkaisevat taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen.

Valtion ohjaukseen sisältyy maakuntien taloudellisen tilanteen jatkuva seuranta ja arviointi. Tavoitteena on kyky reagoida riittävän varhaisessa vaiheessa, jos jonkin maakunnan tilanteessa on havaittavissa selkeitä riskejä merkittävämpien taloudellisten ongelmien synnylle ja ennalta ehkäistä kriisitilanteita.

⁶ OECD (2015), Fiscal Sustainability of Health Systems.

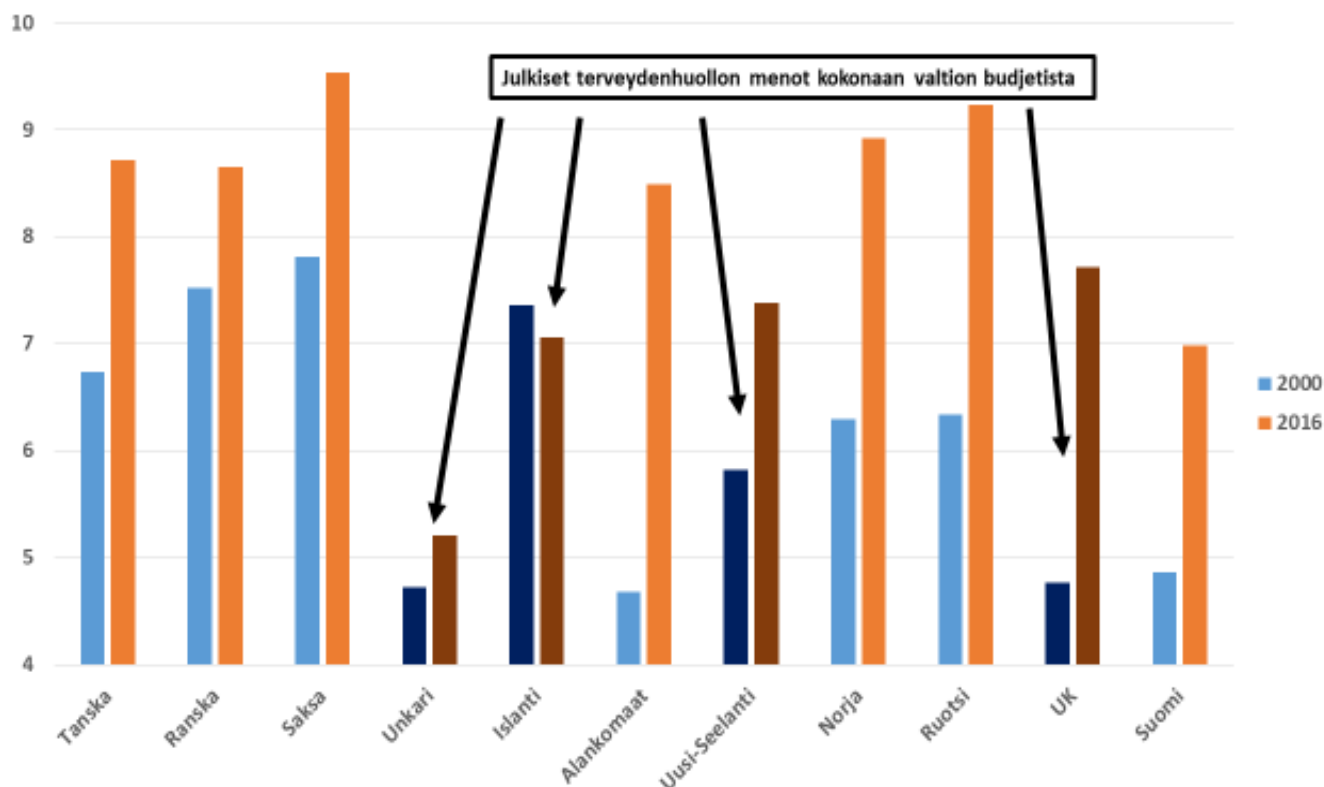
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264233386-en.pdf?expires=1526195680&id=id&accname=oid008667&checksum=CF83031AA749F0C12F038D2A75AA5EEA>

Käytännössä maakuntien budjettiohjauksessa avainasemassa ovat ajantasaiset ja luotettavat tiedot ja tiivis vuorovaikutus maakuntien ja valtion edustajien välillä.

Yllä esitetty kuvio 10 koskee terveydenhuollon kokonaismenojen suhdetta BKT:een eri maissa riippuen siitä, ovatko julkiset terveydenhuollon menot rahoitettu kokonaan tai osittain valtion budjetista.

Kuviossa 11 on esitetty, julkisten terveydenhuollon menojen suhde BKT:een v. 2000 ja v. 2016 maissa, joissa nuo menot rahoitetaan kokonaan valtion budjetista (UK, Unkari, Islanti ja Uusi-Seelanti) ja maissa, joissa ne rahoitetaan vain osittain valtion budjetista.

Kuvio 11. Julkiset terveydenhuollon menot/BKT maissa, joissa nuo menot rahoitetaan kokonaan valtion budjetista (tummat pylväät) ja maissa, joissa ne rahoitetaan vain osin budjetista v. 2000 ja v. 2016, %



Lähde: OECD

Kuvio 11 viittaa siihen, että julkiset terveydenhuollon menot olisivat 2000-luvulla kasvaneet hitaammin suhteessa BKT:een maissa, joissa ne rahoitetaan kokonaan valtion budjetista kuin maissa, joissa ne rahoitetaan vain osittain valtion budjetista. Poikkeuksen muodostaa lähinnä UK, jossa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaishallintaa on ilmeisesti heikentänyt mm. viranomaisvastuun hajoaminen hyvin monille tahoille.

Hyvin johdetun ja toimeenpannun menokehysmenettelyn merkitys korostunee oloissa, joissa palvelujen integraation, teknologian ja tiedon käytön hyödyt on saatava realisoitua konkreettisina tuottavuushyötyinä. Ilman sitovan budjettirajoitteen painetta kustannuksia säästäviä uusia toimintatapoja ja hyviä käytäntöjä ei todennäköisesti oteta käyttöön yhtä nopeasti ja yhtä kattavasti kuin oloissa, joissa sille ei ole vaihtoehtoa.

Sitovat menokehykset parantavat ennen muuta sote-järjestelmän kokonaishallintaa ja rahoituksellista kestävyttä. Sote-palvelujen tai minkään muidenkaan palvelujen budjettirajoitteet ovat harvoin suosittuja lyhyellä tähtäimellä, mutta niiden johdonmukainen ja pitkäjänteinen noudattaminen turvaa parhaiten sote-palvelujen rahoituksen kestävyden.

7 Kokonaisarvio

Taulukko 2 tiivistää tarkastelun tulokset.

Taulukko 2. Sote-uudistuksen osatekijöiden vaikutus sote-menojen säästöpotentiaaliin ja säästö, euroa

Osatekijä	Säästöpotentiaali	Säästö
Sote-järjestäminen ja palveluintegraatio	0,6 mrd.	
Valinnanvapaus	0	
Tiedon ja teknologian käyttö	4 mrd.	
Johtaminen ja henkilöstö	Tukee säästöjen toteutumista	
Maakuntien menokehykset	Eivät rajoita säästömahdollisuuksia	Rajaavat ja samalla toteuttavat säästöt 3 miljardiin
Yhteensä	4,6 mrd.	3 mrd.

Palveluintegraation (luku 2) sekä erityisesti tiedon ja teknologian käytön (luku 4) mahdollisuudet palvelujen vaikuttavuuden ja tehokkuuden parantamiseksi ovat suuret. Valinnanvapauden (luku 3) säästöpotentiaali on tässä arvioitu kaavamaisesti kumoutuvan sen menoja potentiaalisesti lisäävän vaikutuksen takia. Peruspalveluihin pääsyä parantamalla valinnanvapaus vähentää erikoissairaanhoidon menojen kasvua. Toisaalta peruspalveluihin pääsy lisää menoja. Myös johtamisen (luku 5) ja maakuntien menokehysten (luku 6) säästöpotentiaali on tässä arvioitu nolllaksi. Kaikki osatekijät ovat kuitenkin tärkeitä uudistuksen tavoitteiden saavuttamisessa. Esimerkiksi johtamisen ja henkilöstön vaikutus tiedon ja teknologian 4 mrd. euron säästöpotentiaalin kannalta on ratkaiseva, mutta taulukossa niille ei ole merkitty erillistä kontribuutiota kaksinkertaisen laskennan välttämiseksi.

8 Yhteenveto

Esitetty tarkastelu viittaa, että sote-uudistuksen 3 mrd. menojen kasvun hillintätavoite on saavutettavissa. Se perustuu arvioon uudistuksen osatekijöiden säästöpotentiaalista ja maakuntien menokehysten täytäntönnäpön merkityksestä. Kansainväliset talousjärjestöt pitävät Suomen valtion menokehysjärjestelmää hyvänä ja uskottavana. Sote-menot tulevat uudistuksen myötä sen piiriin. Sitovan budjettirajoitteen puuttuminen ja sote-järjestelmän kokonaisohjauksen vähyys ovat olleet nykyisen järjestelmän heikkouksia. Kehyksen uskottavuuden kannalta on tärkeää, että se sisältää menettelyt, jotka turvaavat sote-palvelujen rahoituksen myös poikkeuksellisissa oloissa (liite 5).

Menokehysten realistisuus riippuu maakuntien rahoituksen riittävydestä uudistuksen alkaessa. Tätä on käsitelty liitteessä 7. Menokehysten säätelyä ohjaava rahoituslaki ei kuitenkaan yksinään takaa kustannusten kasvun hillintää, vaan taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen ratkaisevat viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuorovaikutus.

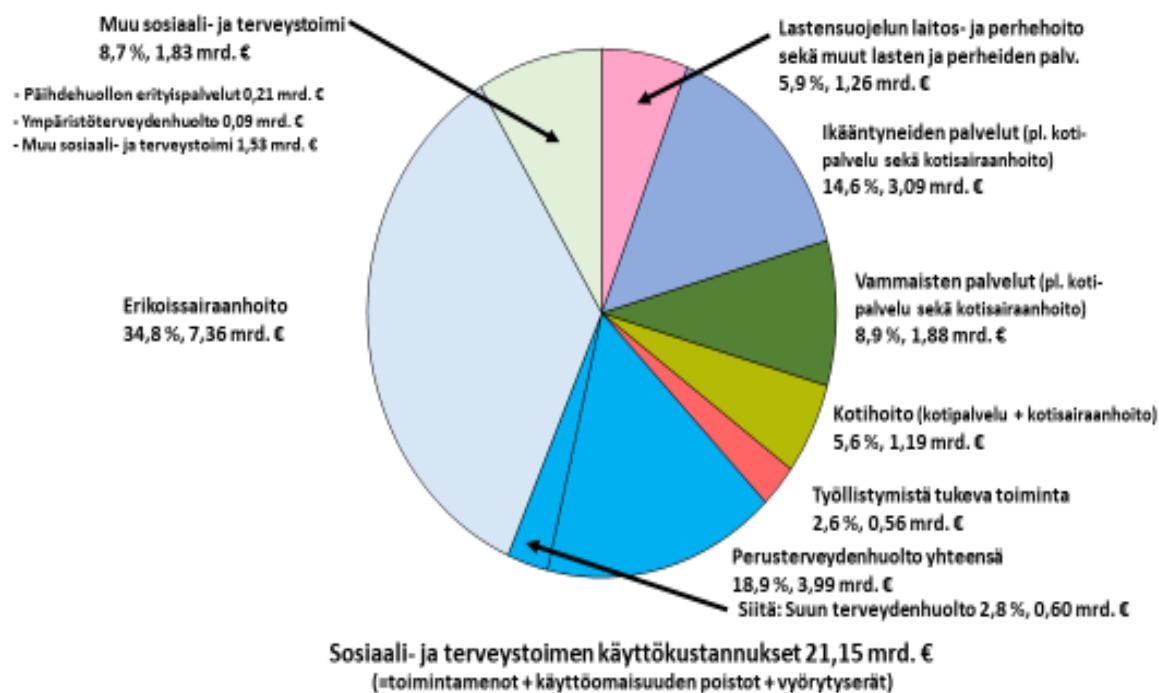
Siirtyminen 190 järjestäjästä 18 sote-järjestäjään on keskeistä tiedon ja teknologian hyödyntämisessä mm. toimintatapojen muutoksen ja vertaiskehittymisen kautta, ja se parantaa myös edellytyksiä johtamisen ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen. Nämä sote-järjestämisen muutoksen vaikutukset sisältyvät taulukossa 2 tiedon ja teknologian käytön 4 mrd. euron säästöpotentiaaliin. Uudistuksen osat muodostavat siis kokonaisuuden, jonka hyödyt ovat taulukossa pääosin tiedon ja teknologian käytön säästöpotentiaalissa.

Koko tiedon ja teknologian käytön 4 mrd. euron säästöpotentiaalin hyödyntäminen palauttaisi sote-sektorin tehokkuuden 2000-luvun alun tasolle, kun mittarina on julkisten sote-menojen ja BKT:n suhde. Korkeammalla tuottavuudella ja BKT:n määrällä palvelut olisivat kuitenkin tulevaisuudessa nykyistä paremmat.

Perusuran sote-menojen kehitys ei turvaa kaikille saatavilla olevien hyvien sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta. Tämän takia uudistus on välttämätön.

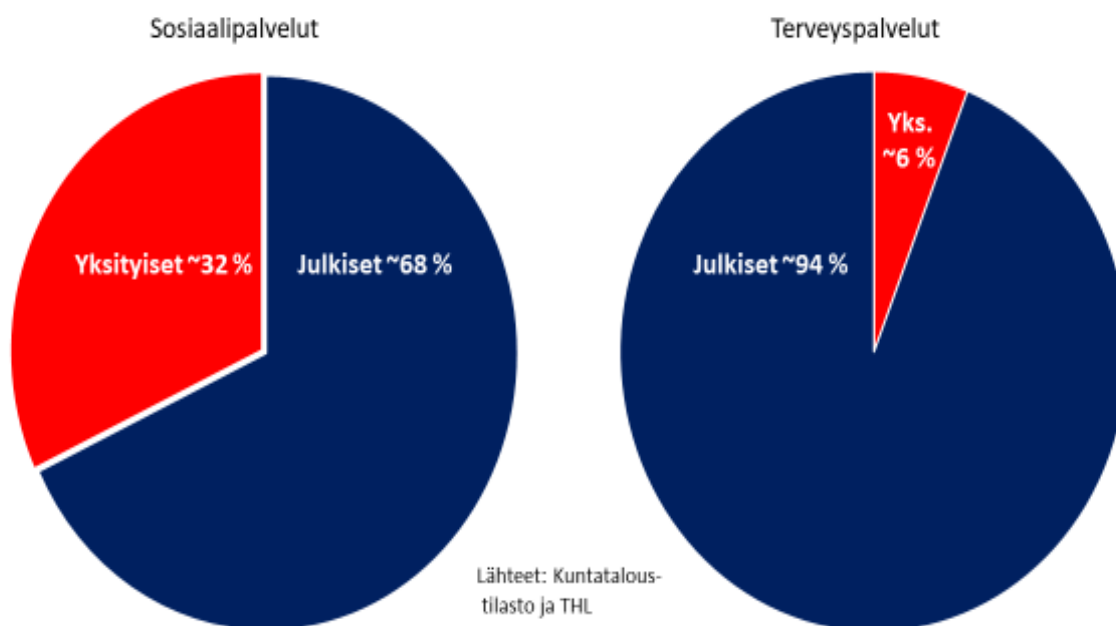
Liite 1: Nykyisen sote-järjestelmän rakenteesta, kehityksestä ja haasteista

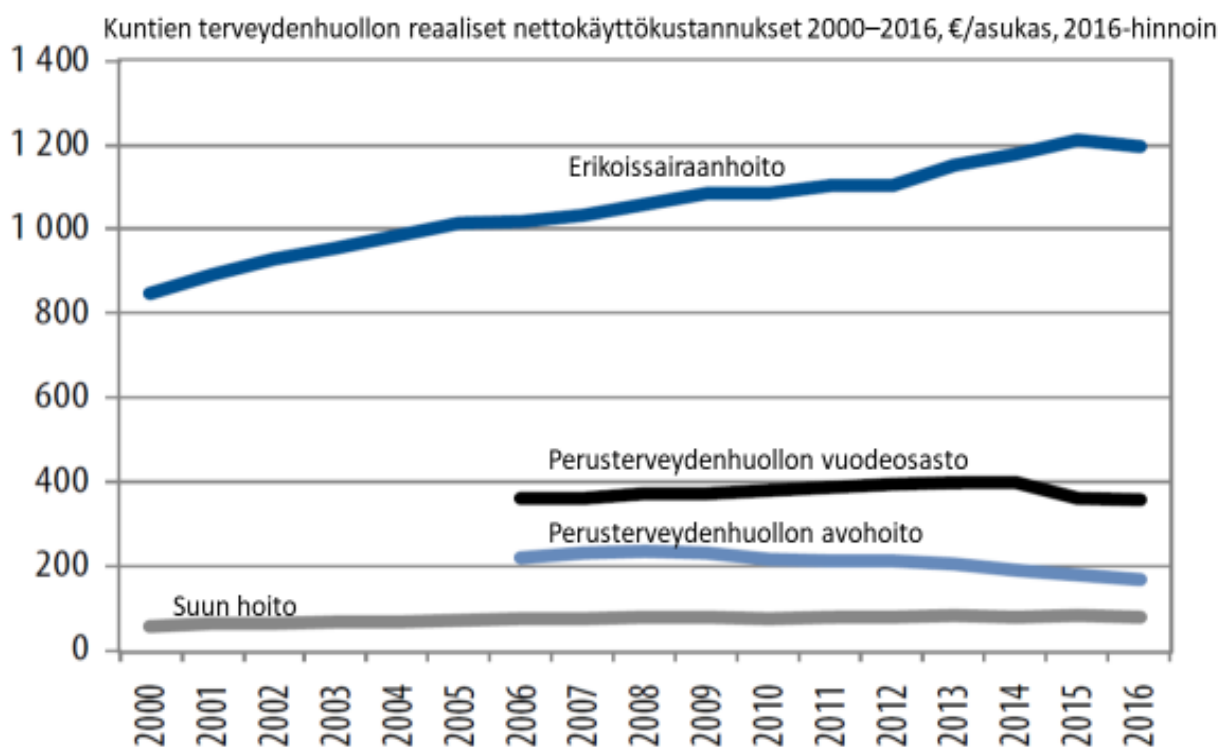
Kuntien sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset v. 2016



Lähde: Tilastokeskus ja Kuntaliitto

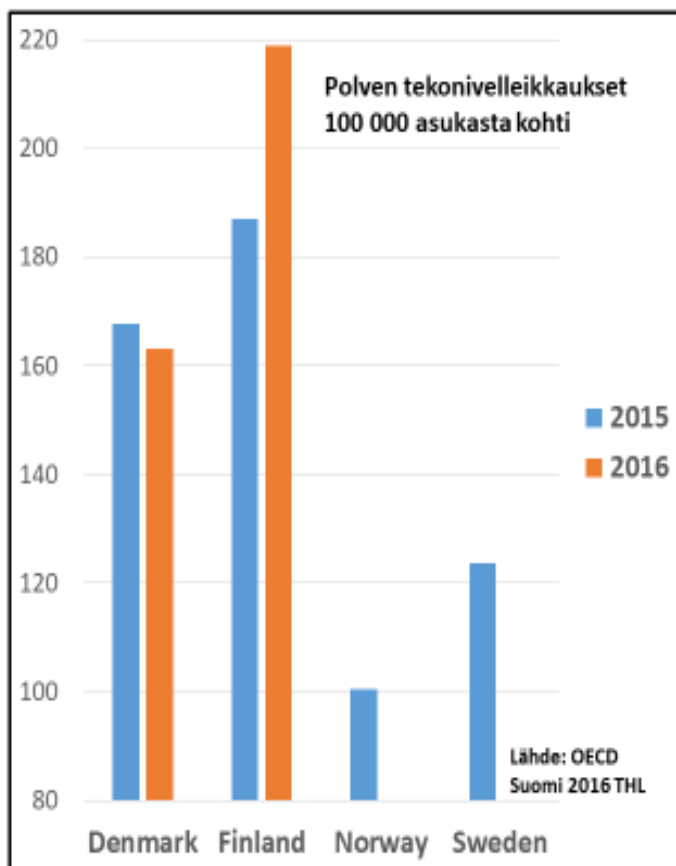
Julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen osuudet 2016





Lähde: Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta: Peruspalvelujen tila 2018.

<http://vm.fi/documents/10623/307953/13+2018+YMP+Peruspalvelujen+tila+2018.pdf/4d73f35f-e3a3-4ff0-a2c9-9c3b6f0b841?version=1.0>



Erikoissairaanhoidossa runsaasti joitakin toimintoja, jotka eivät välttämättä prioriteetteja niiden hyöty-kustannus-suhteen perusteella

- ~35-120 % enemmän polven tekonivelleikkauksia, vaikka Suomen väestön ikärakenne ei vielä poikkea olennaisesti muista Pohjoismaista.
- Nykyistä erikoissairaanhoidon kustannuksia lisäävää järjestelmää, jossa palvelun tuottaja markkinoi palvelujaan, arvioi palvelun tarpeen, veloittaa asiakkaalta julkisen palvelun maksun ja lähettää laskun asiakkaan kotikunnalle ovat perustellusti arvostelleet Martti Kekomäki (Lääkärilehti 2018/6) ja Aki Lindén (Aamulehti 22.12.2017).

Korkeatasoinen tutkimus polven tekonivelleikkausten hyödyistä Tanskassa: "This randomized, controlled trial showed that total knee replacement followed by nonsurgical treatment is more efficacious than nonsurgical treatment alone in providing pain relief and improving function and quality of life after 12 months in patients with knee osteoarthritis who are eligible for unilateral total knee replacement. However, clinically relevant improvements were noted in both groups, and patients who underwent total knee replacement had a higher number of serious adverse events."

S.T. Skou, E.M. Roos, M.B. Laursen, M.S. Rathleff, L. Arendt-Nielsen, O. Simonsen, S. Rasmussen, (2015), A randomized, controlled trial of total knee replacement. New England Journal of Medicine, 2015; 373:1597-1606. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1505467>

OECD:n arvio Suomen nykyisestä sote-järjestelmästä

FINLAND

Mostly public insurance. Health care is provided by a heavily regulated public system and the role of gate-keeping is important. Patient choice among providers is limited and the budget constraint imposed *via* the budget process is rather soft.

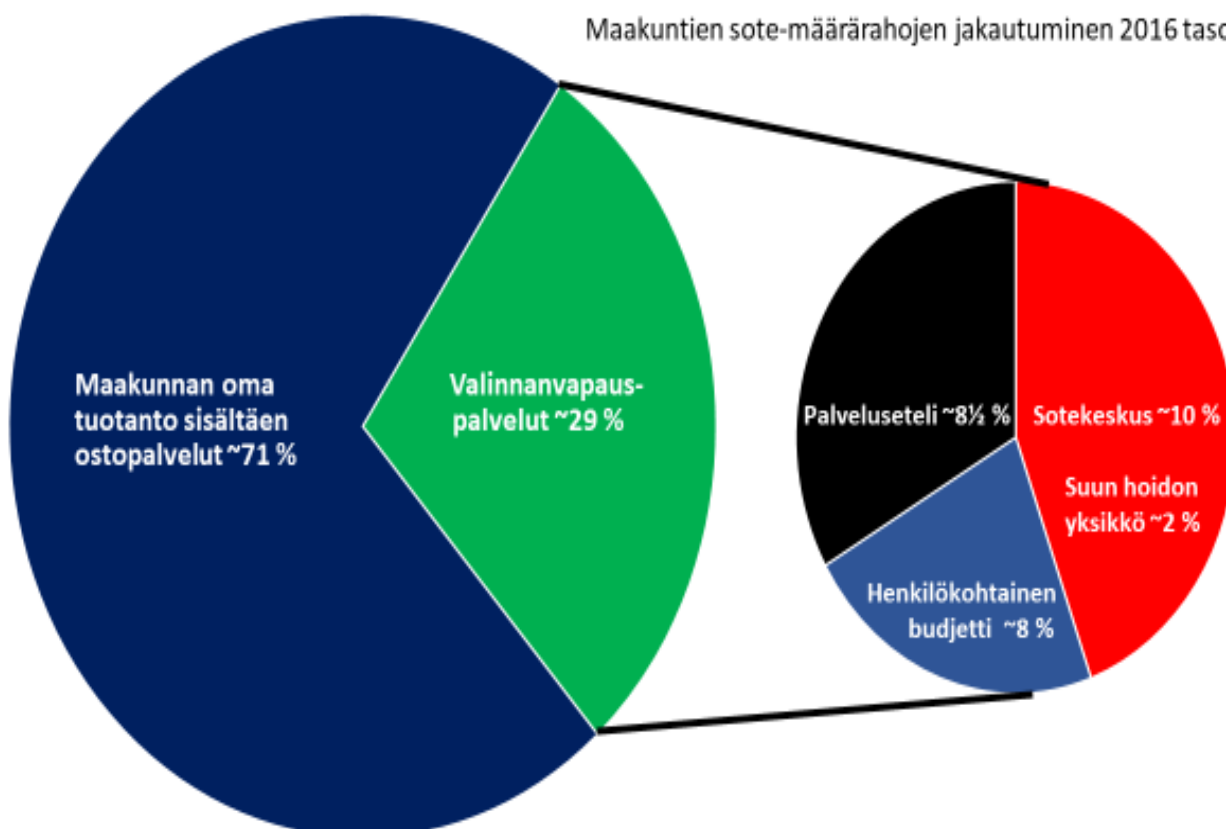
Efficiency and quality	Prices and physical resources	Activity and consumption	Financing and spending mix	Policies and institutions	Weaknesses and policy inconsistencies emerging from the set of indicators
Low DEA score and high inequalities in health status	About average health care spending <i>per capita</i>		Higher tax-financed shares	Less market orientation for the "over-the-basic" segment	Examine the reasons behind high inequalities in health status
Rather low output/hospital efficiency	More acute care beds <i>per capita</i>	More hospital discharges <i>per capita</i>	Higher in-patient share	Less gate-keeping and choice of provider	Reinforcing control on resources, priority setting and gate-keeping arrangements could contribute to shift resources from in-patient to out-patient care
Mixed scores on the quality of preventive and out-patient care		Less doctor consultations <i>per capita</i>	Lower out-patient share	Little private provision but more incentives to raise volume of care in the hospital sector. Out-patient physicians are paid on a salary basis	Assess whether reform of the compensation system for physicians could help to improve the quality of out-patient care
Low administrative costs	Much lower relative income level of health care professionals			Less regulation of resources, priority setting and budget constraint. More regulation of prices	

<https://www.oecd.org/finland/46506472.pdf>

Liite 2: Uudistuksen mukaisen järjestelmän määrärahojen jakautuminen

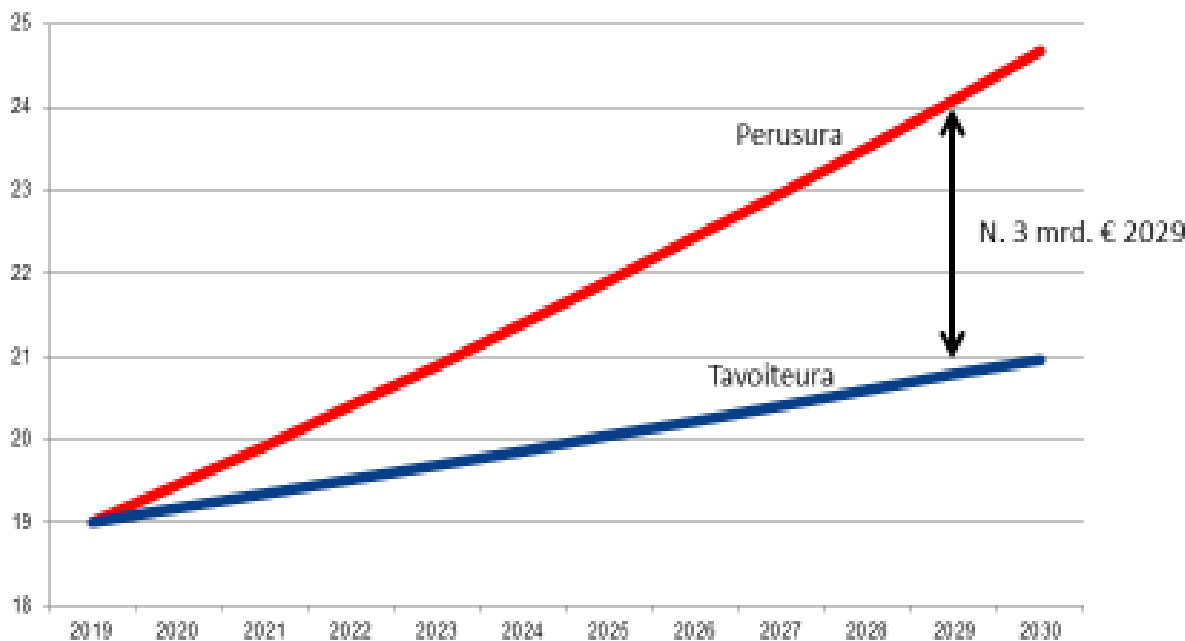


Maakuntien sote-määrärahojen jakautuminen 2016 tasossa



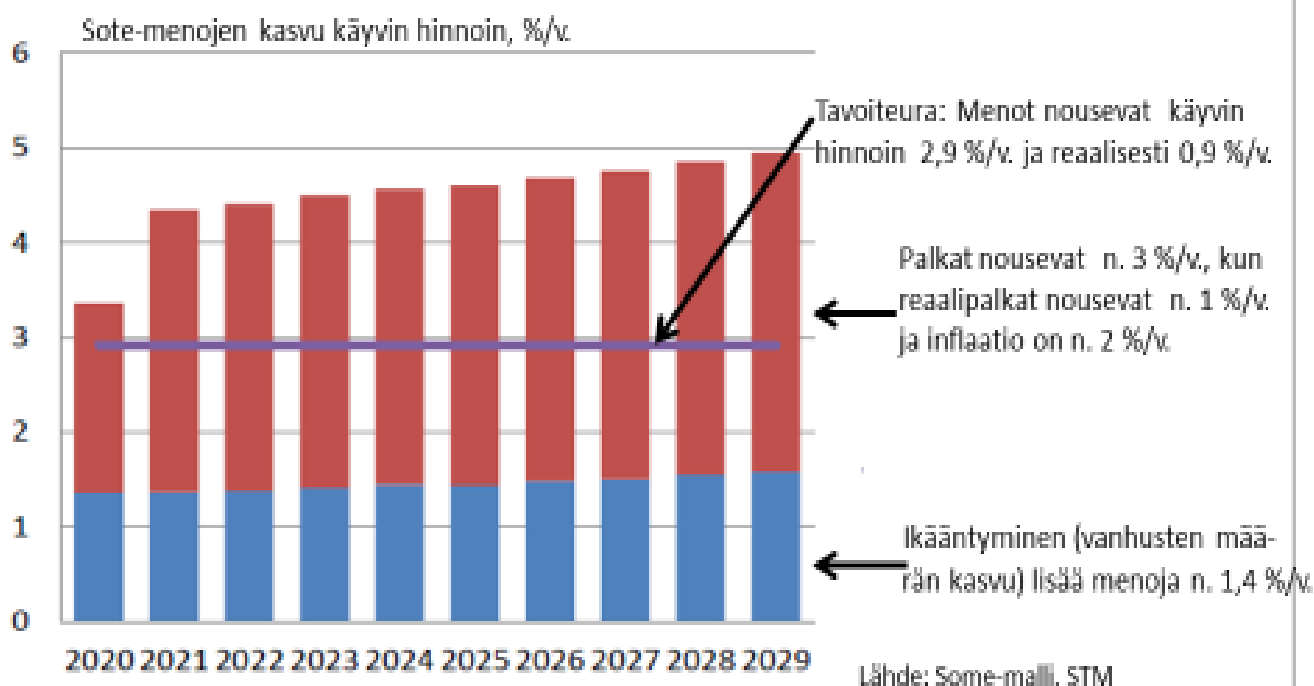
Liite 3: Uudistuksen taloustavoitteesta

Sote-menot 2016 – 2030, kun menot kasvavat reaalisesti 2,4 %/v. (perusura) ja 0,9 %/v. (tavoiteura), kiintein 2019-hinnoin, mrd. €



Sote-menojen arvioidaan kasvavan 2020-2029 reaalisesti n. 2,4 %/v. kolmesta syystä:

– ikääntyminen lisää menoja n. 1,4 %/v., reaali-palkat n. 1 %/v., tuottavuus 0 %/v. (ei hidasta menojen kasvua)



Liite 4: Ensimmäisiä havaintoja Ylä-Savon valinnanvapauskokeilusta

Havaintoja Ylä-Savon valinnanvapauskokeilusta*

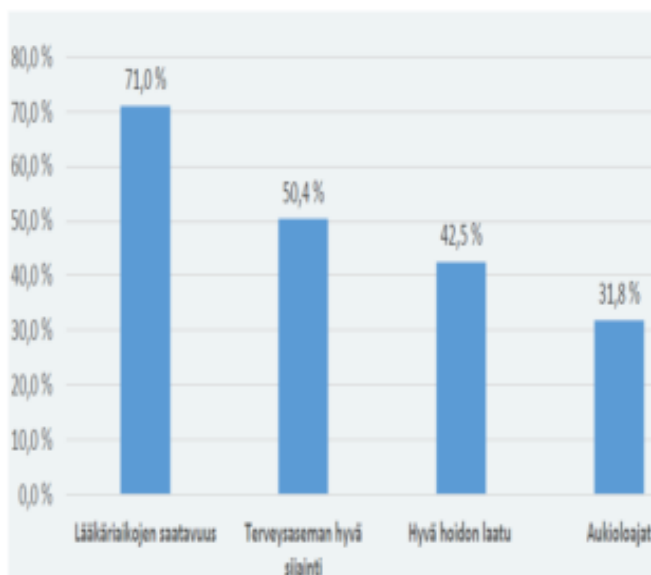
- Ylä-Savossa valinnanvapauskokeilun piirissä on ollut 2017 alusta perusterveydenhuolto ja eräät muut palvelut. Hankkeen projektipäällikön mukaan tärkein syy yksityisiin palveluihin vaihtamiseen siellä on ollut lääkäriaikojen saatavuus.
- Ensimmäisen vuoden aikana 12 % alueen asukkaista vaihtoi yksityisiin palveluihin. Eniten vaihtajia oli Kiuruvedellä, jossa 31 % kunnan asukkaista vaihtoi yksityiselle palvelijalle. Kiuruvedellä on ollut aiemmin vaikeuksia saada lääkäriaikaa.
- 80 % yksityiselle rekisteröityneistä asiakkaista on myös käyttänyt palveluja.
- Ylä-Savon kapitaatiokorvausmalli on mahdollisimman yksinkertainen. Yksityinen terveyskeskus saa asiakkaasta kiinteän 21,9 euron kuukausikorvauksen. Asiakas maksaa myös saman terveyskeskumaksun kuin julkisella puolella.
- Pienten toimijoiden mahdollisuuksia lisää alihankintapalvelujen käyttö. Esim. Kunnanlääkärit Kiuruvesi oy hankkii laboratorio- ja röntgenpalvelut Itä-Suomen laboratoriotokeskuksen liikelaitoskuntayhtymältä.

*Lähde: Ylä-Savon soten valinnanvapauskokeilun projektijohtaja Laura Vuorensolan esitys

https://www.labqualitydays.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/Laura-Vuorensola_Kokemuksia-valinnanvapaudesta.pdf

Palvelun vaihdoksen syistä sekä omien työntekijöiden ja asiakkaiden kokemuksia Ylä-Savossa

Yksityiselle vaihtamisen tärkeimmät syyt Ylä-Savossa



*Lähde: Ylä-Savon soten valinnanvapauskokeilun projektijohtaja Laura Vuorensolan esitys:

https://www.labqualitydays.fi/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/Laura-Vuorensola_Kokemuksia-valinnanvapaudesta.pdf

Oman henkilökunnan ja asiakkaiden kokemuksia Ylä-Savossa

Omat työntekijät

- Ensin kokeiluun otettiin varovaisen positiivisesti tai neutraalisti vastaan, ei suurta kiinnostusta
- "Ei yksityiset jaksa/halua/pysty hoitamaan tk-potilaita"
- Seuraavaksi voimakas vastareaktio: huoli omasta toiminnasta ja virheiden etsiminen uusien tuottajien toiminnasta, asiakkaiden syyllistäminen "tyhmistä" valinnoista
- Nyt: ymmärrys uudesta "maailmanjärjestyksestä"
- "Tämä on asiakaspalvelutyö. Houkutelaa rohkeasti asiakkaita takaisin"
- Passiivisesta sote-uudistuksen odottajasta sen tekijäksi

Asiakkaat

- "Kermakuorintaa": asiakkailla, ei niinkään palveluntuottajilla
- Kuntalaiset toivovat laajempaa palvelukokonaisuutta valinnanvapauden piiriin
- Koska suppea kokonaisuus, vaikea ymmärtää missä valinnan rajat kulkevat
- Toisaalta laaja kokonaisuus heikentää pienten toimijoiden mahdollisuuksia tulla markkinoille
- Asiakkaat arvostavat pääsyä *lääkärin vastaanotolle*
- Epäselvyyksiä siitä mistä diagnostiset palvelut saadaan
- Epäselvyyksiä omasta palveluntuottajasta (erityisesti iäkkäiden kohdalla)

Liite 5: Valtion budjettiohjauksen realistisuus uudistuksen mukaisessa järjestelmässä

Maakunnilla on uudessa järjestelmässä sitovat menokehykset. Menokehyksen toteutumista varmistetaan vuosittaisella monivuotisen menokehyksen tarkistusmenettelyllä valtion ja maakuntien neuvotteluissa. Menokehysten realistisuus on sidoksissa siihen, että se toimii myös poikkeusoloissa. Tämä liite keskittyy menettelyihin poikkeusoloissa. Menokehyksen uskottavuus liittyy myös rahoituksen liikkumavaraan uudistuksen alkaessa, jota käsittelee erikseen liite 7.

Valitun rahoitusmallin perusteella valtaosa maakuntien rahoituksesta muodostuu valtion maakunnille osoittamasta yleiskatteisesta rahoituksesta. Valtion rooli rahoittajana edellyttää myös valtion ohjaus-, seuranta ja arviointimahdollisuuksien turvaamista, sillä valtiolla tulee olla vaikutusmahdollisuuksia sellaisiin päätöksiin, joiden kustannukset jäävät viime kädessä sen maksettaviksi. Maakuntien rahoitukseen kytkeytyvän kokonaisuohjauksen lainsäädäntöperusta koostuu useammasta lakiehdotuksesta, ensi sijassa maakuntien rahoituslain ohella maakuntalaista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaista.

Valtion ohjaus

Valtion ohjaukseen sisältyy *yleisemmällä tasolla* ymmärrettynä maakuntien taloudellisen tilanteen jatkuva seuranta ja arviointi, tavoitteena kyky reagoida riittävän varhaisessa vaiheessa, jos jonkin maakunnan tilanteessa on havaittavissa selkeitä riskejä merkittävämpien taloudellisten ongelmien synnylle ja ennalta ehkäistä tilanteiden kriisiytymistä. Seuranta tapahtuu kuukausittain saatavien taloustietojen sekä mahdollisen muun vuorovaikutuksen perusteella. Tarkemmin ohjausta määrittää jäljempänä kuvattu sääntely, mutta laajemmin ohjaus on osa uudistuksen toimeenpanoa.

Lainsäädännön tasolla valtion ohjaus tarkoittaa rahoituslain lisäksi erityisesti 1) maakuntalakiehdotuksen 3 lukuun sisältyvää maakuntien ja valtion suhteen sääntelyä, kuten maakuntataloutta osana julkisen talouden suunnitelmaa (11 §), investointien ohjausta (12 §) kuin valtion ja maakuntien neuvotteluakin (13 §), 2) 13 lukuun sisältyvää maakuntien talouden ohjausta, kuten talousarvion laadinta ja velvollisuus alijäämän kattamiseen määräajassa (97 §) ja myös mahdollisuutta arviointimenettelyyn (106 §) sekä 3) yleisemmin uudistuksen eri lakeihin sisältyviä seurantaa, arviointia, ohjausta ja valvontaa koskevia säännöksiä, kuten esimerkiksi erityislakien säännökset resurssien riittävyyden arvioinnista.

Maakuntien rahoituslaki ja uudistuksen kustannusten hillintää koskeva tavoite

Maakuntien rahoituslakiehdotus muodostaa tuen uudistuksen 3 mrd. euron kustannusten kasvun hillinnän tavoitteelle. Rahoituslaki ei kuitenkaan sellaisenaan yksinään takaa kustannusten kasvun hillintää eikä siis itsenäisesti leikkaa kustannuksia ja maakuntien saamaa rahoitusta sanotulla määrällä. Viime kädessä uudistuksen toimeenpano, järjestämisen johtaminen maakunnissa sekä valtion ja maakuntien välinen vuorovaikutus ratkaisevat taloudellisten tavoitteiden saavuttamisen.

Sote-kustannusten on ennustettu kasvavan 2020-luvulla lisääntyvästä palvelutarpeesta aiheutuen 1,5 %:n vuosivauhtia. Uudistuksen kustannusten hillintätavoitteen toteutuminen edellyttää käytännössä, että tämä menojen viime vuosien hidaskasvu jatkuu eikä merkittäviä lisäkustannuksia aiheudu.

Rahoituslain pysyvät joustoelementit

Rahoituslaki sisältää lukuisia joustoelementtejä, jos yhden tai useamman maakunnan talous on kriisiytymässä tai ongelmia on valtakunnan tasolla. Luonteeltaan lyhytaikaisissa ja pienimuotoisissa rahoitusongelmissa maakunta voi ottaa lyhytaikaista lainaa rahoituslaitoksilta maksuvalmiuden turvaamiseksi.

Rahoituslakiehdotukseen sisältyy kuitenkin useampia erityissäännöksiä taloudellisissa vaikeuksissa olevan maakunnan auttamiseksi vaikeuksien luonteesta, laajuudesta ja ajankohdasta riippuen. Näitä voidaan käyttää edellä kuvattua vakavammissa ongelmatilanteissa. Maakunnalle voidaan myöntää **valtion laina tai takaus** maksuvalmiusongelmien ehkäisemistä ja korjaamista varten (rahoituslakiehdotus 8 §). Valtion laina tai takaus on ensimmäinen vaihtoehto sellaisessa tilanteessa, jossa maakunnan taloudelliset ongelmat aiheutuisivat lähtökohtaisesti sen omista toimista. Maakunnalle voidaan myöntää harkinnanvaraisesti ja tilapäisesti hakemuksesta lisärahoitusta valtion talousarvion rajoissa joko valtionrahoituksen **harkinnanvaraisena korotuksena tai valtionavustuksena**.

Maakunnan rahoituksen harkinnanvarainen korottaminen (rahoituslakiehdotus 7 §) on tarkoitettu sellaisiin tilanteisiin, joissa lisärahoituksen tarpeen aiheuttaneet syyt ovat maakunnan toimista riippumattomia, äkillisiä, ennakoimattomia ja tilapäisiä. Lisärahoitus voi perustua myös maakunnan paikallisiin erityisolosuhteisiin. Harkinnanvaraisen rahoituksen yhteismäärää vastaava euromäärä vähennetään maakunnille maksettavan valtion rahoituksen kokonaismäärästä. Vähennys on kaikissa maakunnissa asukasta kohden yhtä suuri.

Maakunnalle voidaan myöntää taloudellisten ongelmien ratkaisemiseksi myös valtionavustusta, jos se on välttämätöntä maakunnan järjestämien palvelujen turvaamiseksi (rahoituslakiehdotus 8 §). Valtionavustusta käytetään, jos yksittäisen maakunnan taloudellisten ongelmien ja kyvyttömyyden suoriutua velvoitteistaan arvioidaan aiheutuvan rahoituksen määräytymisperusteiden toimimattomuudesta. Lisäksi valtionavustus soveltuu tilanteisiin, joissa maakunnan taloudelliset vaikeudet ovat pitkäkestoisia ja uhkaavat vaarantaa maakunnan taloudelliset sekä palvelujen järjestämiseen liittyvät edellytykset selvitä tehtävistään, eikä lainan tai takauksen arvioida olevan tilanteessa riittävä. Siirtymäajan jälkeen vuodesta 2025 lukien valtionavustuksen myöntäminen käynnistää aina arviointimenettelyn (maakuntalakiehdotus 106 §).

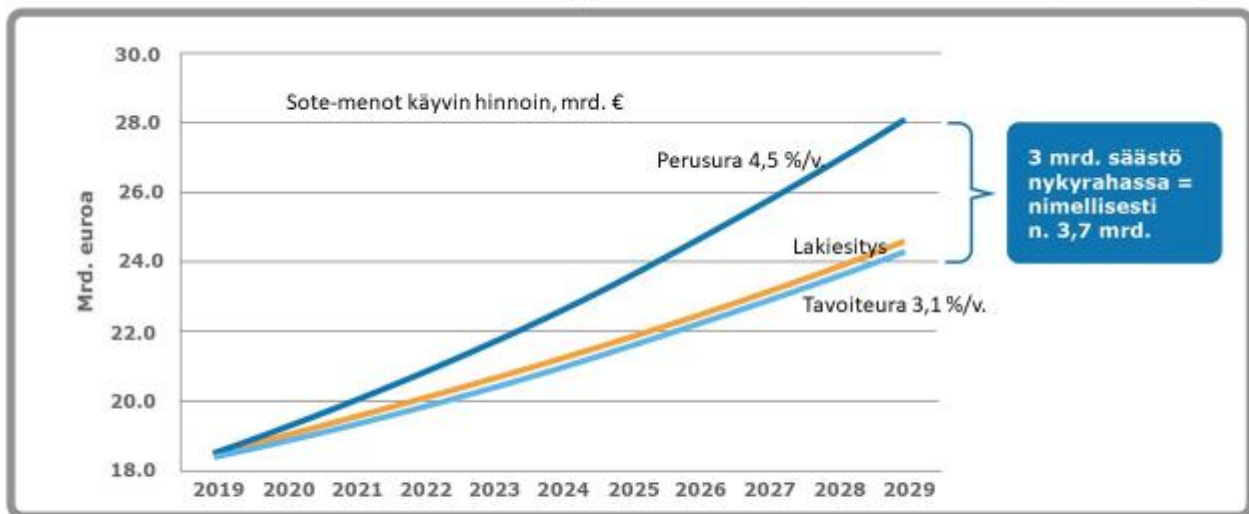
Maakuntien rahoituslakiehdotuksen 6 §:n mukaan toteutuneet käyttökustannukset otetaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisten kustannusten perusteita tarkistettaessa ns. kustannusten kasvun rajoittimen ylittävältä osalta, jos se on välttämätöntä peruspalvelujen saatavuuden turvaamiseksi. Lähtökohtana on valtion rahoituksen kokonaistason riittävyden arviointi. Rajoittimen korotusperusteen käyttötarpeen arvioidaan toteutuvan tilanteessa, jossa ongelmat ovat kansallisia tai vähintään useita maakuntia koskevia ja ne johtuisivat siitä, että rahoituksen perusteena olevat määräytymisperusteet eivät toimi. Maakuntien rahoituksen riittävyden arvioinnin kannalta keskeisimmät säännökset sisältyvät rahoituslakiehdotuksen 6 §:ään, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiehdotuksen 30 §:ään ja maakuntalakiehdotuksen 13 §:ään.

Rahoituslakiehdotuksen siirtymäsäännöksissä on huomioitu se, että toiminnan käynnistämisestä voi aiheutua enemmän kustannuksia ja sopeuttaminen on mahdollista vasta asteittain. Tämän vuoksi ns. rajoittimen (6§) osalta siirtymäsäännöksissä on ensimmäisten vuosien (2021 ja 2022) kustannusten kasvua koskevat erityissäännökset (kustannusten kasvuna huomioidaan maakuntaindeksi+ 1 prosenttiyksikköä). Lisäksi rahoituslakiehdotuksen 6 §:ssä tarkoitettu valtion rahoituksen kokonaistason korottaminen on mahdollista, jos peruspalvelujen turvaaminen muutoin vaarantuisi. Lisäksi siirtymäsäännöksiin sisältyy erityissäännökset siitä, että 7 §:n harkinnanvaraista rahoitusta voidaan käyttää siirtymävaiheessa rahoitusjärjestelmän muutoksesta aiheutuviin taloudellisiin ongelmiin. Lisäksi laskennalliseen rahoitukseen on ehdotettu siirryttävän asteittain.

Hallituksen kehysriihessä 2018 linjaaman mukaan ”aloitusvuoden 2020 rahoituksen riittävyttä palvelutarpeen kasvussa eräissä maakunnissa tarkastellaan osana maakuntien rahoituslain täydennysesityksen valmistelua. Jos valmistelutyössä on nähtävissä maakuntien toiminnan aloittamiseen vaikuttavia asioita, jotka vaarantavat laadukkaiden ja vaikuttavien palvelujen järjestämisen, hallitus varautuu huomioimaan korjaustarpeen maakuntien rahoituslain täydennyksessä syksyllä 2018.”

Liite 6: Maakuntaindeksistä

Maakuntaindeksin ennuste 2,6 % (painot: ATI = 45 %, sotu-maksut = 15 %, KHI = 40%)



- Perusura: 1,5 % palvelutarve + 1 % reaali-palkat + 2 % inflaatio
- Lakiesitys (säästö 2,9 mrd.): Maakuntaindeksi + 1 % v. 2020–2021; + 0,5 % v. 2022–2029
- Tavoiteura (3 mrd. säästötavoite): Maakuntaindeksi + 0,5 % v. 2020–2029

16.3.2018

Keskeisiä indeksilukuja ja niiden ennusteita ¹⁾

Lähde: Kuntaliitto TK:n ja VM:n ja tiedoista

Vuosi	Kuluttajahinta- indeksi, 2000=100		Rakennus- kustannusindeksi, 2000=100		Tukkuhinta- indeksi ²⁾ , 2000=100		Palkansaajien ansiotasoindeksi, 2000=100				Peruspalvelujen hintaindeksi ³⁾ , 2000=100	
	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	piste- luku	vuosi- muutos %	Kaikki palkansaajat		Kuntasektori		piste- luku	vuosi- muutos %
2000	100,0		100,0		100,0		100,0		100,0		100,0	
2001	102,6	2,6	102,5	2,5	99,1	-0,9	104,5	4,5	103,5	3,5	103,5	3,5
2002	104,2	1,6	103,3	0,8	97,7	-1,5	108,2	3,5	106,8	3,2	106,5	2,9
2003	105,1	0,9	105,2	1,8	97,4	-0,3	112,6	4,0	110,7	3,7	109,8	3,1
2004	105,3	0,2	107,8	2,5	98,3	0,9	116,8	3,8	115,1	4,0	113,5	3,4
2005	106,2	0,9	111,7	3,6	101,6	3,3	121,4	3,9	119,9	4,2	117,5	3,5
2006	107,9	1,6	115,9	3,8	107,6	5,9	124,9	2,9	123,5	3,0	121,4	3,3
2007	110,6	2,5	122,8	5,9	111,4	3,5	129,2	3,4	128,1	3,7	125,6	3,5
2008	115,1	4,1	127,6	3,9	116,5	4,6	136,3	5,5	135,1	5,5	132,3	5,2
2009	115,1	0,0	126,2	-1,1	108,8	-6,6	141,8	4,0	139,8	3,5	135,0	2,0
2010	116,5	1,2	127,6	1,1	115,0	5,7	145,5	2,6	144,5	3,4	138,5	2,6
2011	120,4	3,4	131,8	3,3	124,7	8,5	149,4	2,7	148,9	3,0	143,1	3,3
2012	123,8	2,8	135,0	2,4	128,5	3,0	154,2	3,2	154,2	3,6	148,0	3,4
2013	125,6	1,5	136,4	1,0	129,9	1,1	157,4	2,1	156,8	1,7	150,6	1,8
2014	126,9	1,0	137,7	1,0	128,5	-1,1	159,6	1,4	157,9	0,7	151,4	0,5
2015	126,7	-0,2	138,4	0,5	124,9	-2,8	161,9	1,4	159,2	0,8	152,3	0,6
2016	127,1	0,4	139,1	0,5	123,4	-1,2	163,3	0,9	160,6	0,9	153,5	0,8
2017*	128,0	0,7	139,5	0,3	129,4	4,9	163,7	0,2	158,8	-1,1	150,3	-2,1
2018**	129,8	1,4	142,5	2,1	132,7	2,6	166,9	2,0	161,8	1,9	151,2	0,6
2019**	131,8	1,5	145,6	2,2	136,2	2,6	170,3	2,0	165,1	2,0	153,1	1,3
2020**	134,2	1,8	148,5	2,0	138,9	2,0	174,4	2,4	171,0	3,6	156,7	2,3
2021**	136,8	2,0	151,5	2,0	141,7	2,0	178,9	2,6	175,0	2,3	160,1	2,2

- Maakuntaindeksissä (-0,6xtyövoimakustannusindeksi+0,4xkuluttajahintaindeksi) kuluttajahintaindeksin paino on melko suuri. Toisaalta esimerkiksi 2018-2021 peruspalvelujen hintaindeksin ja kuluttajahintaindeksi odotetaan kehittyvän varsin yhtenäisesti (oheinen taulukko). On myös odotettavissa, että ansiotasoindeksi nousee jatkossakin yleensä peruspalvelujen hintaindeksiä nopeammin.

1) Taulukossa on vertailun helpottamiseksi käytetty muunnettuja indeksejä, joiden perusvuodeksi on merkitty 2000=100

Jäljempänä esitetyissä sarjoissa perusvuosi vaihtelee ja muutosprosentit voivat hieman poiketa

tässä taulukossa esitetyistä muutosprosentista.

2) Tukkuhintaindeksin ennusteissa on käytetty kotimarkkinoiden perushintaindeksiä

3) Peruspalvelujen hintaindeksissä on huomioitu lomarahojen leikkaus vuonna 2017 ja niiden palautuminen vuonna 2020

Liite 7: Maakuntien rahoituksen riittävyys uudistuksen alkaessa

Maakuntien rahoituksen riittävyys uudistuksen alussa liittyy julkisen talouden suunnitelmaan (JTS). Valtio-neuvosto päätti 13.4.2018 julkisen talouden suunnitelmasta (JTS) vuosille 2019-2022, jossa:

- Julkisen talouden tasapaino on 2,9 mrd. euroa parempi kuin 2017 JTS:ssa (taulukko 1).
- Julkisen talouden kestävyysvaje/BKT on 2½ %, mikä ei kuitenkaan vielä sisällä sote-uudistuksen mukaista 3 mrd. euron sote-menojen kasvun hillintää vuoteen 2029 mennessä, koska maakunnat vastaavat sote-palvelujen järjestämistä koskevista päätöksistä.
- Kestävyysvajearvio ei sisällä myöskään ns. JTS-miljardin mukaista säästöä vuoteen 2029 mennessä.
- Ottamatta huomioon sote-menojen hillintätoimia ennen ja jälkeen 2020 maakuntien nettoluotonanto/BKT on noin -0,4 % 2020-luvun alussa (taulukko 2).

Taulukko 1. Julkisen talouden nettoluotonanto/BKT, % vuosien 2017 ja 2018 JTS:n perusurassa sekä JTS 2018:n ja JTS 2017:n tasapainojen erotus, mrd. euroa

	2018	2019	2020	2021
2017 JTS	-2,0	-1,7	-1,1	-1,2
2018 JTS	-0,6	-0,2	0,1	0,3
2018 JTS:n ja 2017 JTS:n erotus, mrd. euroa	3,1	3,5	2,9	3,7

Taulukko 2. Paikallishallinnon ja maakuntahallinnon nettoluotonanto/BKT, % JTS:n perusurassa (menojen oletettu nousevan reaalisesti ennen ja jälkeen uudistuksen 2,4 %/v., tavoiteura 0,9 %/v.)

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

Valtiovarainministeriö julkaisi ensimmäistä kertaa julkisen talouden ennusteen syksyllä 2017, jossa maakuntien taloutta käsiteltiin omana julkisen talouden sektorinaan. Kevään 2018 ennusteen mukainen maakuntahallinnon ja paikallishallinnon nettoluotonantoennuste on esitetty taulukossa 2.

Ennusteessa maakuntataloutta käsitellään kansantalouden tilinpidon mukaisesti, vastaavasti kuin kuntatalouden ennuste ilmaistaan kansantalouden tilinpidon mukaisena paikallishallinnon ennusteena. Kansantalouden tilinpidon mukaisesta alijäämästä ei voi vetää suoraa johtopäätöstä siitä, pärjäävätkö maakunnat saamallaan rahoituksella.

Valtiovarainministeriön ennusteessa maakuntahallintoon luetaan kuuluvaksi paitsi maakunnat liikelaitoksineen ja maakuntien omistamat yhtiöt, myös valtakunnalliset palvelukeskustyöt. Maakuntien tilakeskus on yksi näistä valtakunnallisista palvelukeskuksista. Maakuntatalouden ennusteen alijäämäisyys, joka on noin miljardi euroa vuosille 2020–2022 johtuu pitkälti Tilakeskuksen tekemistä toimitilainvestoinneista. Sairaanhoidopiirien (ja maakuntien) investointien arvioidaan olevan poikkeuksellisen korkealla tasolla 2018-2022. Maakuntatalouteen siirtyvä merkittävä määrä nykyisten sairaanhoidopiirien tekemistä investoinneista. Vuoden 2020 osalta investointien arvioidaan olevan noin 0,8 miljardia. Nämä investoinnit selittävät valtaosan maakuntatalouden alijäämäisyydestä. Maakunnat rahoittavat investoinnit vuokramenoin, jotka jakaantuvat pidemmälle aikavälille. Investointien määrään liittyy yhä epävarmuutta ja niiden tason odotetaan tasaantuvan huipun jälkeen.

Maakuntahallinnon ennuste on vielä tässä vaiheessa tekniluonteinen. Väestön ikääntymisestä johtuva sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvutarpeen kasvu kohdistuu maakuntiin. Ennusteen pohjana on käytetty me-

nojen osalta arviota kunnilta siirtyvien tehtävien kustannuskehityksestä. Lisäksi menoennuste perustuu arvioon sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelutarpeen kasvusta, hallituksen toimien vaikutuksesta ja hintojen ennakkoidusta kehityksestä.

Taulukon 2 mukaisessa ennusteessa ei ole otettu huomioon maakuntien omia tehostamistoimenpiteitä, sopeutustoimia tai uusia toimintatapoja joilla kustannusten kasvua pyritään hillitsemään, eikä myöskään käyttäytymisvaikutuksia kuten vaikutuksia julkisten sote-palvelujen kysyntään. Ennuste ei myöskään huomioi ennen uudistuksen voimaantuloa toteuttavia kustannusten hillintätoimia.

Kuntien sosiaali- ja terveysmenojen kasvu on ollut 2016-2017 selvästi hallitusohjelmaa laadittaessa hitaampaa. Taulukko 3 esittää näiden menojen kasvun 52 suurimman kunnan sekä Kainuun soten, Soiten, Eksoten ja Essoten osalta. Niiden yhteenlaskettu asukasluku on 4,0 miljoonaa henkilöä, joka on noin 73 % koko maan väestöstä.

Taulukko 3. 52 suurimman kunnan (jotka eivät kuulu Kainuun, Soiten, Eksoten, Essoten, Päijät-Hämen tai Siun soten kuntayhtymiin) sekä Kainuun, Soiten, Eksoten, Essoten, Päijät-Hämen tai Siun soten sosiaali- ja terveystoimen menot käyvin hinnoin, muutos, %.

Kokonaismuutos (%) tammi-joulukuussa verrattuna edelliseen vuoteen

Kunnat yhteensä	2017	2016	2015	2014	2013
Sosiaali- ja terveystoimi yhteensä	1,9	0,0	3,5	2,2	4,9
Sosiaalitoimi yhteensä	3,0	1,1	5,0	2,7	4,4
Terveystoimi yhteensä	1,4	-0,7	2,4	1,7	5,2
Perusterveydenhuolto	-0,2	-1,2	-0,8	-0,4	2,1
Erikoissairaanhoido	2,2	-0,4	4,2	2,8	7,1

Lähde: Kuntaliitto (2018), Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon 2017 tammi-joulu-kuun nettotoimintamenoja sekä niiden vertailuja edellisvuoteen ja talousarvioihin Kooste 52 suurimman kunnan, Etelä-Karjalan, Etelä-Savon, Kainuun ja Keski-Pohjanmaan ensitiedoista ja tilanteista.

<https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Kuntien-sote-nettotoimintamenoja-tammi-joulukuu-2017.pdf>

Kuntaliiton ym. lähteen mukaan 2018 talousarviot ovat laadittu siten, että aiemmin arvioitua selvästi hitaampi sote-menojen kehitys on jatkumassa v. 2018.