

29.6.2016

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sote-uudistuksessa

Tiivistelmä

Kunnilla säilyy vastuu väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä

Tähän liittyvät tehtävät pysyvät samoina kuin tähänkin asti:

- Kunnan asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seuraaminen väestöryhmittäin
- Kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä toteutetuista toimenpiteistä raportointi valtuustolle vuosittain
- Kerran valtuustokaudessa valmistettava laajempi hyvinvointikertomus valtuustolle
- Paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet
- Hyvinvointi- ja terveysvaikutusten ennakoarviointi ja huomioon ottaminen
- Kunnan palveluissa toteutettujen toimenpiteiden seuraaminen
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen vastuutahojen nimeäminen

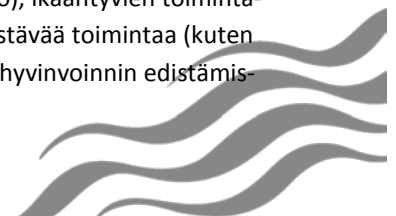
Osassa kuntia nämä tehtävät on kuitenkin organisoitava uudestaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävien koordinoinnin luonteva paikka on kuntien keskushallinnossa, jolloin voidaan varmistaa poikkiallennollisuuden toteutuminen myös muutosvaiheessa. Lisäksi tulee löytää ratkaisut, miten kuntien ja maakunnan yhteistyö toteutetaan niin että sosiaali- ja terveydenhuollon osaaminen ja tietopohja tukee kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä.

Maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät rakennetaan osaksi maakunnan johtamista

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen maakunnissa muodostuu seuraavista osa-alueista:

- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strateginen johtaminen maakunnan organisaatiossa
 - Päätösten vaikutusten ennakoarviointi eri väestöryhmien hyvinvointiin ja terveyteen
 - Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden asettaminen sekä toimenpiteiden ja vastuutahojen määrittely
 - Alueellisen hyvinvointikertomuksen valmistelu yhteistyössä alueen kuntien kanssa
- Ehkäisevät sosiaali- ja terveyspalvelut¹
- Maakuntien tuki kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen
 - Hyvinvointikertomustyön ja ennakoarvioinnin tuki
 - Alueellinen koulutus, kehittämis- ja tutkimushankkeiden koordinaatio sekä valtakunnallisten ohjelmien toimeenpano
- Rajapintapalveluiden suunnittelu ja toteuttaminen yhdessä kuntien kanssa
 - Esimerkiksi lasten, nuorten ja perheiden palvelut, työllisyyteen liittyvät palvelut sekä maahanmuuttajien palvelut

¹ **Ehkäisevillä sote-palveluilla** tarkoitetaan mm. Terveydenhuoltolain 2. luvun mukaisia palveluita (kuten neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, terveysneuvonta- ja tarkastukset, seulonnat, työterveyshuolto), ikääntyvien toimintakyvyn edistämistä ja tapaturmien ehkäisyä sekä sosiaalihuoltolain mukaista ehkäisevää ja edistävää toimintaa (kuten syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumisen ehkäisyä sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä).



Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus ja kannusteet

Tavoitteena on, että kuntia, maakuntia, sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottajia ja väestöä kannustetaan tekemään hyvinvointia ja terveyttä edistäviä päätöksiä ja valintoja. Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus sisällytetään osaksi yleistä sote-palvelujen ohjausta. Ehkäisevien sote-palvelujen ohjaus on kokonaisuus, jonka kaikki osa-alueet tarvitaan halutun toimintasuunnan aikaan saamiseksi. Ohjausjärjestelmän osa-alueet:

1. Valtion ja maakuntien neuvottelut sekä järjestämistä koskevat yhteistyösopimukset (hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerit sisällytetty osaksi), perustana mm. valtakunnalliset tavoitteet
2. Palvelun tuottajien rekisteröinti/hyväksymiskriteerit (palvelun tuottajille määritellyt kriteerit, myös ehkäisevien sote-palvelujen toteuttamiseen liittyen)
3. Maakuntien ja palveluntuottajien julkinen vertailutieto (mm. palveluiden kustannukset, toiminta, tuotokset ja laatu)
4. Maakuntien valtionosuuteen liitettävä osuus (ns. HYTE-kerroin)
5. Maakunnan palvelustrategia sekä palvelulupaus
6. Maakuntien ja palveluntuottajien väliset sopimukset sekä palveluntuottajille maksettuihin korvauksiin liitettävät kannusteet (esimerkiksi HYTE-kertoimen pohjalta määritellyt maksuperusteet)

Sisällys

MAAKUNTIEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OHJAUS	3
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjauksen kokonaisuus	3
Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus - ehkäisevät sote-palvelut	4
Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus osana sote-ohjausta	5
Ohjauksen vaikutusmekanismit.....	7
KANNUSTAVA ELEMENTTI KUNTIEN VALTIONOSUUTEEN - HYTE-KERROIN	9
Perusperiaatteet kannustimen muodostamiseksi.....	9
Tietojen luotettavuus ja tarkoituksenmukaisuus	10
Kannustavan elementin kehittäminen tulevaisuudessa	10
HYTE-kerroin sote-siirron jälkeisessä kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmässä	11
MAAKUNTIEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN KANNUSTIMET	17
Ehkäisevien sosiaali- ja terveystalvvelujen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnan perusteella määräytyvä tekijä osana maakuntien rahoitusta	18
HYTE-kertoimen perusperiaatteet	18
HYTE-kertoimen kehittäminen	20
HYTE-kertoimeen ehdotettavat indikaattorit.....	21
HYTE-kertoimen ja indikaattoreiden vaikutusarvioiti	21

MAAKUNTIEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN OHJAUS

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehostamisen perusajatuksena on, että kuntia, maakuntia, sote-palvelujen tuottajia ja väestöä kannustetaan osana kansallista ohjausta tekemään hyvinvointia ja terveyttä edistäviä päätöksiä ja valintoja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus ja kannustimet on mahdollista liittää sote-järjestelmään useassa kohdassa. Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, ml. ehkäisevät palvelut, ohjaus sisällytetään osaksi yleistä sote-palvelujen ohjausta. Ohjausta koskevien linjausten valmistelu on vielä kesken, koska niissä on otettava huomioon valinnanvapautta koskevat linjaukset.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen maakunnissa muodostuu kolmesta osa-alueesta:

- Ehkäisevät sote-palvelut (tuottajat)
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strateginen johtaminen maakunnan organisaatiossa
- Maakuntien tuki kunnille hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen

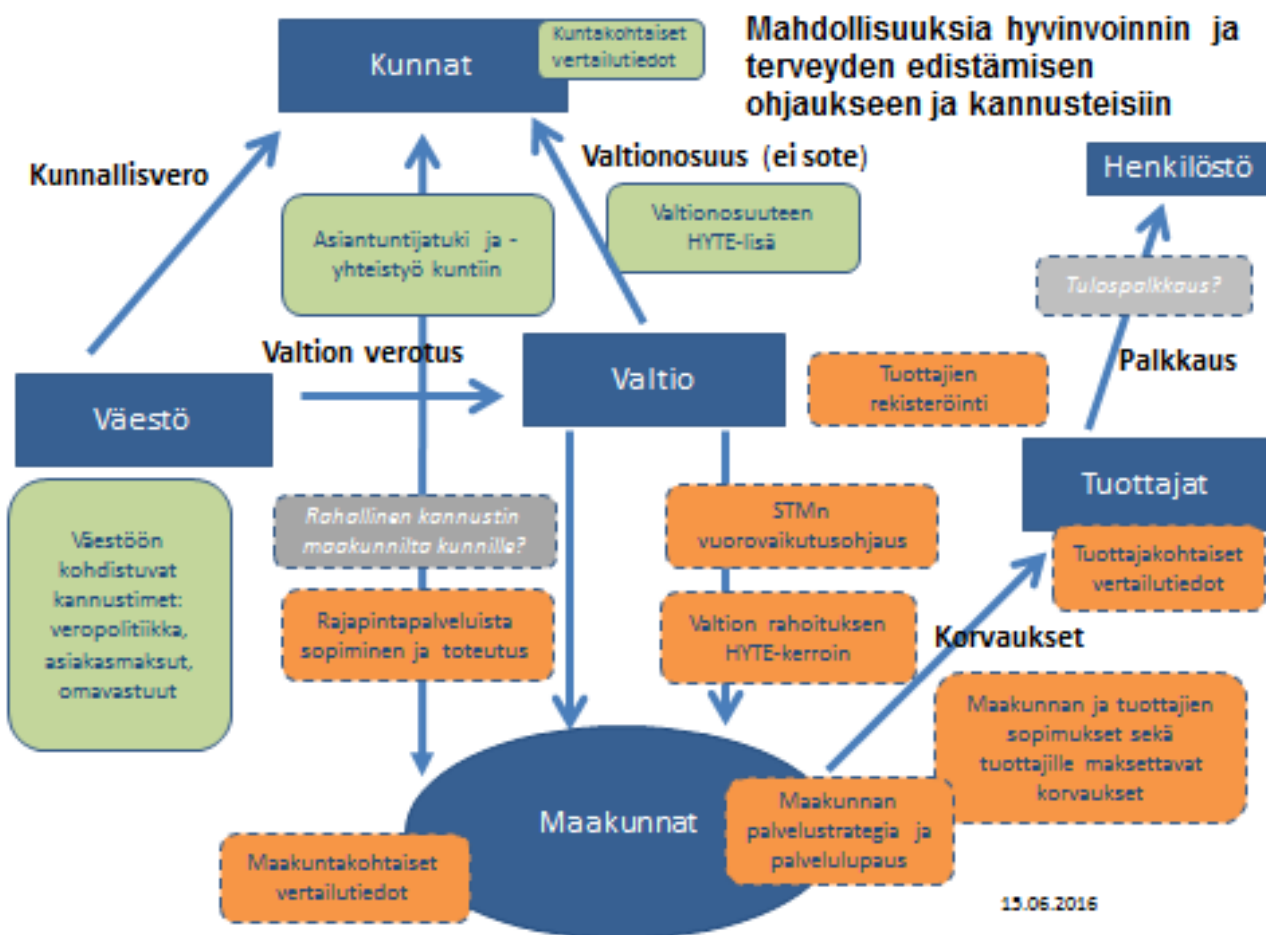
Tässä muistiossa tarkastellaan ensisijaisesti ehkäisevien sote-palvelujen toteuttamiseen liittyviä ohjauskeinoja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta olennaisten maakunnan strategisen johtamisen sekä maakuntien kunnille tarjoaman tuen ohjausta tarkastellaan erillisessä valmistelussa.

Ohjausta tarvitaan, koska sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitseminen edellyttää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevien palvelujen suunnitelmallista ja tehokasta toteuttamista. Lisäksi tiedetään, että vaikuttava hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää pitkäjänteistä ja suunnitelmallista johtamista ja toimeenpanoa. Sote-uudistuksessa vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säilyy kunnilla ja sosiaali- ja terveysterveystoimet siirtyvät maakuntien järjestettäväksi. Palveluiden tuottamisesta vastaavat yksityiset yritykset, julkiset yhtiöt ja järjestöt. Tässä muutoksessa on tärkeää varmistaa, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut muodostavat jatkossakin kuntalaisen kannalta mielekkään sekä vaikuttavan kokonaisuuden.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjauksen kokonaisuus

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus ja kannustimet on mahdollista liittää sote-järjestelmän yleiseen ohjaukseen useassa kohdassa (kuviot 1). Tässä on tarkasteltu informaatio-ohjauksen, rahallisten kannusteiden ja ei-rahallisten kannusteiden mahdollisuuksia. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen laaja-alaisuuden² vuoksi on tehokkainta käyttää useita ohjauskeinoja samanaikaisesti. **Tässä muistiossa tarkastellaan ensisijaisesti oranssilla merkityjä ehkäisevien sote-palvelujen toteuttamiseen liittyviä ohjauskeinoja.**

² Merkur S, Sassi F & McDavid D. 2013. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? WHO Europe Policy Summary 6.; Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S & Aromaa A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM julkaisu 2008:1.



Oranssi: Tässä muistiossa käsitellyt ohjauskeinot
 Vihreä: Ohjauskeinot, joiden toteutumisesta on sovittu tai jotka ovat jo käytössä
 Harmaa: Muut mahdolliset rahalliset kannusteet

Kuvio 1. Tarkastelu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjauksen mahdollisuuksista

Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus - ehkäisevät sote-palvelut

Maakuntien ehkäisevien sote- palvelujen ohjauksen tulee olla osa maakuntien yleistä sote-ohjausjärjestelmää. Lyhyen aikavälin tavoitteena on tehostaa ehkäisevien palvelujen toteutumista osana sote-palveluita. **Pitkällä aikavälillä tavoitteena on**

- tukea hoito- ja palveluketjujen kehittämistä sekä hyvän tietopohjan luomista ja ylläpitoa,
- varmistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen osana maakuntien rakenteita, vastuuta ja strategista johtamista,
- varmistaa, että maakunnat tarjoavat kunnille tukea hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteuttamiseen sekä
- kustannussäästöt.

Ehkäisevien sote-palvelujen ohjaus on kuudesta osa-alueesta muodostuva kokonaisuus. Kokonaisuuden kaikki osa-alueet tarvitaan halutun toimintasuunnan aikaan saamiseksi. Ohjauksen osa-alueet:

1. Valtion ja maakuntien neuvottelut sekä järjestämistä koskevat sopimukset (hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerit sisällytetty osaksi), perustana mm. valtakunnalliset tavoitteet
2. Palvelun tuottajien rekisteröinti/hyväksymiskäytäntö (palvelun tuottajille määritellyt kriteerit, myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevien palvelujen toteuttamiseen liittyen
3. Maakuntien ja tuottajien julkinen vertailutieto (palveluiden kustannukset, toiminta, tuotokset ja laatu)
4. Maakuntien valtionrahoitukseen liitettävä määräytymistekijä (ns. HYTE-kerroin)
5. Maakuntien palvelustrategiat ja palvelulupaukset
6. Maakuntien ja palveluntuottajien väliset sopimukset sekä palvelun tuottajille maksettuihin korvauksiin liitettävät kannusteet (ns. HYTE-kertoimen pohjalta määritellyt maksuperusteet)

Ei-rahalliset kannusteet. Ei-rahalliset kannustimet liittyvät mm. sote-ohjaukseen, sote-palvelujen tuottajien hyväksymiskriteereihin sekä julkiseen vertailutietoon. Sote-järjestelmän ohjauksella on merkittävä yhteys siihen, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus toteutuu. Tästä johtuen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerit (yhdenmukaiset ns. HYTE-kertoimen kriteerien kanssa) on tarpeen sisällyttää valtion ja maakuntien neuvotteluihin ja järjestämistä koskeviin sopimuksiin. Palvelun tuottajien rekisteröinti/hyväksymiskriteereiden on myös tarpeen ohjata palvelujen tuottajia sisällyttämään hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä ehkäisevä työ osaksi palveluntuotantoa. Kannustimena voidaan käyttää myös julkista vertailutietoa (mm. palveluiden kustannukset, toiminta, tuotokset ja laatu) maakunnista ja palvelujen tuottajista, mikä ohjaa toimimaan laadukkaasti ja/tai kustannustehokkaasti.

Rahalliset kannusteet. Maakuntien rahoituksen on ehdotettu perustuvan laskennalliseen järjestelmään, jossa otetaan huomioon maakuntien välisiin tarve- ja kustannuseroihin vaikuttavia tekijöitä, kuten maakunnan ikärakenne ja sairastavuus. Laskennallisuuteen perustuva rahoitusjärjestelmä, jossa maakunnan saama tulorahoitus ei perustu suoraan sen todellisiin kustannuksiin, on itsessään kannustava varhaisen tunnistamisen ja hoidon toteuttamisen näkökulmasta. Mikäli maakunta pystyy järjestämään lakisääteiset palvelunsa valtionosuuden perusteena käytettävää laskennallista kustannusta edullisemmin, ei sen valtionosuutta vähennetä todellisten ja laskennallisten kustannusten erosta huolimatta. Laskennallisessa rahoitusjärjestelmässä maakunta saa siis kaiken kustannusten säästöstä aiheutuvan hyödyn täysimääräisesti itselleen.

Laskennallinen järjestelmä ei kuitenkaan suoraan kannusta maakuntia esimerkiksi riskiryhmien ehkäisevien palvelujen toteuttamiseen. Ehkäisevien palvelujen toteuttamiseksi tarvitaan maakuntien valtionosuuteen liitettävä HYTE-kerroin. Maakuntien valtionrahoitus on yleiskatteista, eli maakunta päättää talousarviossaan, miten rahoitusta käytetään eri tarkoituksiin. Tästä syystä maakuntien valtionrahoitukseen sisältyvän HYTE-kertoimen kannustinvaikutus on rajallinen. Sillä voidaan kuitenkin katsoa olevan viestinnällistä merkitystä.

Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus osana sote-ohjausta

Sote-järjestelmän ohjaus- ja kehittämiskäytännön yhteys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavuuteen. Sote-järjestelmän ohjauksella on merkittävä yhteys siihen, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus toteutuu. Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, ml. ehkäisevät palvelut, ohjaus sisällytetään osaksi yleistä sote-palvelujen ohjauskokonaisuutta. Ohjausta koskevien linjausten valmistelu on vielä kesken, koska niissä on otettava huomioon valinnanvapautta koskevat linjaukset.

Osana SOTE-uudistuksen valmistelua uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen ohjauksen järjestelmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksessa on linjauksia maakuntien sote-palvelujen ja talouden valtakunnallisesta ohjauksesta, mutta monet asiakkaiden saamiin palveluihin liittyvät ratkaisut tehdään tuottajatasolla, minkä vuoksi on tarpeen määritellä, miten maakunta ja valtio voivat ohjata valinnanvapaus- ja monituottajamallissa palvelujen tuottajia ja palvelurakennetta. Valtio ohjaa maakuntien toimintaa ja sitä kautta jossain määrin myös tuotantoa **valtakunnallisilla tavoitteilla**. Järjestämislakiluonnoksen mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi valtakunnalliset ja tarvittaessa erikseen kullekin maakunnalle lainsäädäntöä täydentävät strategiset tavoitteet sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi. Tavoitteiden tulee perustua väestön hyvinvointi- ja terveysseurantatietoihin, palvelutarpeeseen sekä sosi-

aali- ja terveydenhuollon toimintaa ja taloutta koskeviin seurantatietoihin. Järjestämislakiluonnokseen kirjatut valtakunnalliset strategiset tavoitteet muodostavat sote-uudistuksen valtakunnallisesti keskeisen ohjaukskeinin.

Järjestämislain 13 § mukaisesti maakunnan on laadittava taloutensa ja toimintansa suunnittelua ja johtamista varten sosiaali- ja terveydenhuollon **palvelustrategia** osana maakuntalakiluonnoksen 34 §:n mukaista maakuntastrategiaa. Palvelustrategiassa maakunta päättää sen järjestämisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän aikavälin tavoitteet. Suunnitelman ensisijaisena tavoitteena on määritellä, miten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut toteutetaan maakunnassa. Maakunnan järjestämisvastuulla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen perustuu palveluja koskevaan erityislainsäädäntöön.

Yksi väline tuotannon ohjaukseen on **maakunnan palvelulupaus**. Järjestämislakiluonnoksen 14 § mukaan palvelulupaus on maakunnan asukkaille osoitettu tahdonilmaisu siitä, miten maakunta toteuttaa sosiaali- ja terveyspalvelut. Palvelulupauksessa maakunta asettaa tavoitteet sille, miten sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään ja tuotetaan maakunnan asukkaiden tarpeet ja paikalliset olosuhteet huomioon ottavalla tavalla. Tällöin on tarkasteltava myös järjestämislaissa määritellyjä periaatteita palvelujen saatavuudelle ja saavutettavuudelle sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Palvelulupauksessa maakunta voisi asettaa tavoitteeksi esimerkiksi tavanomaisten palvelujen vastaanottoaikojen saatavuutta myös arki-iltaisain tai hoitoon pääsyä laissa säädettyä enimmäisaikaa lyhyemmässä ajassa. Samoin voitaisiin määritellä miten maakunnan keskuskaupungista etäällä olevissa kunnissa asuvien lähipalveluja turvataan liikkuvilla, digitaalisilla tai muutoin kaikkien saatavilla olevilla palveluilla. Palvelulupaus voi koskea myös ehkäiseviä palveluja. Maakunnan palvelulupauksessa on otettava huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet.

Maakunnat ohjaavat tuotantoa sopimuksilla. Niitä tehdään sekä palveluntuottajien että muiden maakuntien kanssa. Järjestämislakiluonnoksen 15 § koskee **maakuntien yhteistyösopimusta**. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueelliseksi yhteensovittamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen kuuluvien maakuntien on tehtävä yhteistyösopimus valtuustokausittain. Sopimuksessa on otettava huomioon asiakkaiden tarpeet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliset tavoitteet. Yhteistyösopimuksessa on sovittava mm. toimenpiteet vaikuttavan, laadukkaan ja kustannustehokkaan sekä asiakkaan valinnanvapauden huomioon ottavan sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantorakenteen varmistamiseksi. Yhteistyösopimus maakuntien välisestä työnjaosta ohjaa myös tuotantoa. Maakuntien yhteistyösopimuksia käsitellään myös sosiaali- ja terveysministeriön välisissä neuvotteluissa.

Järjestämislakiluonnoksen 23 § mukaan maakunnan on tehtävä kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon **palvelun tuottajien kanssa sopimus tuotettavista palveluista ja suoritettavista korvauksista**. Valinnanvapausmallissa maakunnan ja valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevan tuottajan välille solmitaan sopimus, jonka avulla maakunta ohjaa tuotantoa. Palvelutuotannon ehdot voivat täsmentää kansallisia valinnanvapausjärjestelmän piiriin hyväksymisen kriteerejä ja ottaa huomioon alueellisia olosuhteita ja väestön tarpeita. Sopimuksen tekemisellä palvelun tuottaja sitoutuu myös noudattamaan 22 §:n mukaisia palvelun tuottajan velvoitteita. Sopimuksessa on lisäksi määriteltävä millä tavalla palveluja toteutettaessa varmistetaan 13 §:n mukaisten asiakkaiden palvelukokonaisuuksien toteutuminen.

Järjestämislakiluonnoksessa tuottajat veloitetaan toimittamaan **seurannan edellyttämät tiedot** maakuntien ja THL:n käyttöön ja maakunta käyttämään koottua tietoa toiminnan suunnittelussa ja johtamisessa. Nämä muodostavat tiedolla ohjauksen elementit. Tiedolla ohjaus sisältää tutkimustiedolla ohjaamisen (*evidence*), kuten näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja tutkimusraportit. Tiedolla ohjaaminen sisältää myös toiminnan kustannustiedon, laatutiedon, vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon sekä tuottavuustiedon (*statistics*) käyttöä ohjauksessa. Lisäksi tiedolla ohjaaminen sisältää kokemusperäisen tiedon käytön (*experience*), kuten asiakaspalautteiden, henkilökunnan potilasturvallisuusraportoinnin tai rakenteellisen sosiaalityön kautta syntyneen tiedon käytön toiminnan ohjauksessa.

Järjestämislakiluonnoksen 31 §:n mukaan maakunnan on seurattava alueensa väestön hyvinvointia ja terveyttä, järjestämänsä sosiaali- ja terveydenhuollon laatua, vaikuttavuutta ja kustannuksia sekä sitä, miten asiakkaiden palvelujen yhteensovittaminen on toteutunut. Lisäksi maakunnan on seurattava oman palvelutuotannon toimintaa ja taloutta sekä verrattava sitä muiden tuottamien palvelujen vaikuttavuuteen, tehokkuuteen ja taloudellisuuteen. THL:n tehtävänä on seurata ja arvioida väestön hyvinvointia ja terveyttä sekä maakuntien järjestämää sosiaali- ja terveydenhuoltoa. THL laatii sosiaali- ja terveysministeriölle 26 §:n mukaisten valtakunnallisten tavoitteiden laadinnassa ja maakuntien kanssa käytävissä neuvotteluissa tarvitta-

Taulukko 1. Esitetyn ohjaukokonaisuuden osa-alueiden vahvuuksien ja heikkouksien tarkastelu

Ohjaujärjestelmän osa-alue	Vahvuudet/Mahdollisuudet	Heikkoudet/Uhkat
Valtion ja maakuntien neuvotte- lut sekä järjestämistä koskevat sopimukset (hyvinvoinnin ja ter- veyden edistämisen kriteerit si- sällytetty osaksi)	Vahva palvelujen järjestämisen strategi- nen ohjaus tukee pitkän aikavälin kehi- tämistyötä Tukee sosiaali- ja terveydenhuollon in- tegraatiota sekä yhteistoimintaa muiden hallinnonalojen (esim. työllisyyspalvelut) kanssa Ottaa huomioon alueelliset tarpeet, Kykenee huomioimaan hyvinvointi- ja terveyserojen taustalla olevia tekijöitä	Palvelun tuottajien ohjaus hidasta
Palvelun tuottajien rekisteröin- ti/hyväksyminen (palvelun tuot- tajille määritellyt kriteerit ehkäi- sevien sote-palvelujen toteutta- miseen liittyen)	Varmistaa palvelun tuottajien lähtökoh- taiset edellytykset ehkäisevien palvelu- jen toteuttamiseen sekä tiedontuotan- toon päätöksenteon tueksi	Kriteerien määrittely ei voi olla kovin yksityiskohtaista, voi jäädä nimelliseksi Kriteerien määrittely liian kapeasti voi kapeuttaa toimintaa
Maakuntien ja tuottajien julkinen vertailutieto (mm. palveluiden kustannukset, toiminta, tuotok- set ja laatu)	Todettu tehokkaaksi keinoksi lisätä pal- velujen laatua Tuo esiin tiedot tavoitteiden saavuttami- sista ja onnistumisista Suuri potentiaali tehostaa tietojen käyt- töä toiminnan kehittämisessä	Yhteisesti hyväksytyt tietosisällön määrittely voi olla vaikeaa esim. laa- dun osalta. Edellyttää tietojärjestelmi- en ja lainsäädännön kehittämistä ⁴ Väestö ja päättäjät eivät ole tottunut hyödyntämään tietoa / tietoa ei ole helposti saatavilla
Maakuntien valtionrahoitukseen liitettävä määrätymistekijä (ns. HYTE-kerroin).	Tukee päätöksentekijöitä kohdentamaan toimintaa ehkäiseviin palveluihin	Ohjausvaikutus maakunnan päätök- sentekoon on rajallinen ja yksinään riittämätön Lisää rahoitusjärjestelmän monimut- kaisuutta ja ymmärrettävyyttä Jos määrätymistekijän painoarvo on hyvin vähäistä suurempi, vaarantaa rahoitusperiaatteen toteutumisen
Maakunnan ja palveluntuottajien väliset sopimukset sekä palvelun tuottajille maksettuihin korvauk- siin liitettävät kannusteet (HYTE- kertoimen pohjalta määritellyt maksuperusteet)	Tehokas ja kohtuullisen joustava keino palvelujen tuotannon ohjaukseen Suuri potentiaali tehostaa tietojen käyt- töä toiminnan kehittämisessä	Kriteerien määrittely liian kapeasti voi kapeuttaa toimintaa Vaatii pitkäjänteistä työtä tietopohjan ja siihen perustuvien indikaattoreiden ja kannusteiden kehittämisessä

⁴ Häkkinen ja Peltola 2016

KANNUSTAVA ELEMENTTI KUNTIEN VALTIONOSUUTEEN - HYTE-KERROIN

Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavan elementin ns. HYTE-kertoimen päämääränä on varmistaa kuntien aktiivinen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toiminta myös sote-uudistuksen jälkeen. Tässä muistiossa kuvataan kertoimen muodostaminen ja sen perusteella tehdyt koelaskelmat. Kerrointa ehdotetaan käytettäväksi kuntien valtionosuuden perusteena.

Sote-uudistuksessa sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakuntien järjestettäväksi, mutta vastuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä säilyy kunnilla. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuuluu edelleen kunnille, koska hyvinvointi ja terveys ovat yhteydessä koulutukseen, liikunta-, ruoka- ja kulttuuripalveluihin, kaavoitukseen, liikennejärjestelyihin sekä moniin muihin tehtäviin, jotka jäävät kuntien hoitavaksi myös sote-uudistuksen jälkeen. Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on suunnitelmallista ja aktiivista toimintaa, joka tarvitsee toteutuakseen pysyvät rakenteet. Näillä pysyvillä rakenteilla tarkoitetaan poikkihallinnollisia johtamisen käytäntöjä ja toimeenpanorakenteita (esimerkiksi hyvinvointityöryhmät ja koordinaatio), hyvinvointitavoitteisiin sitoutumista kuntasuunnittelussa, ajantasaista tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä ja niihin vaikuttavista tekijöistä (seurantajärjestelmä), vaikuttavia terveyden edistämisen käytäntöjä sekä riittäviä resursseja. Tehtävät eivät ole kunnille uusia. Tehtävä on määritelty Kuntalaissa (410/2015) sekä yksityiskohtaisemmin Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä on säädetty muun muassa nuorisolaissa (72/2006), laissa ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015), alkoholilaissa (1143/1994), tupakkalaissa (693/1976) ja asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011) sekä työterveyshuoltolaissa (1383/2001). Yksityiskohtaisemmin eri väestö- ja asiakasryhmien hyvinvoinnin edistämistä säädetään näitä ryhmiä koskevissa erityislaeissa. Sote-palveluiden siirtyessä maakunnille useissa kunnissa nämä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät tulee organisoida uudella tavalla.

Kuntien palkitseminen vaikuttavasta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä on tärkeää, koska sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillitseminen edellyttää hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehokasta toteuttamista ihmisten arkiympäristöissä. Tämä nousi esiin myös suuressa osassa kuntien 9.2.2016 mennessä antamia lausuntoja koskien hallituksen linjauksia itsehallintoalueiden määrästä ja aluejaosta.

Ehdotus kuntien kannustamiseen ei ole uusi. Kuntien palkitsemista niiden tekemästä hyvästä työstä asukkaidensa terveyden edistämiseksi on esitetty jo 2000-luvun alusta lähtien (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta 2001). Sote-uudistuksen yhteydessä STM:n ja VM:n asettama sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen selvityshenkilöryhmä (STM 2015) on myös ehdottanut kehittämään kannustinjärjestelmiä, joilla voidaan tukea ja palkita kuntia, jotka ovat kyenneet parantamaan tai ylläpitämään asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä.

Peruseriaatteet kannustimen muodostamiseksi

HYTE-kerroin täyttää samat vaatimukset kuin valtionosuuden muutkin kriteerit eli tiedot on kaikista kunnista ja kerroin päivittyy vuosittain. HYTE-kertoimelle ominaista on, että kunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa kertoimeen ja sen perusteena oleviin yksittäisiin indikaattoreihin.

Kannustava elementti muodostuu toimintaa kuvaavista ja tulosindikaattoreista

Kunnan toimintaa väestönsä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi kuvaava HYTE-kerroin on keskiarvo toimintaa kuvaavien indikaattoreiden keskiarvosta ja tulosindikaattoreiden keskiarvosta. Jotta yksittäisten indikaattorien lukumäärä ei määrittäisi HYTE-kertoimen muodostumista, on sekä toimintaa kuvaavien indikaattoreiden keskiarvolle että tulosindikaattoreiden keskiarvolle annettu sama painoarvo. Yksityiskohtaisempi kuvaus toimintaa kuvaavista ja tulosindikaattoreista on liitteessä 1.

Toimintaa kuvaavat indikaattorit mittaavat nykytilannetta. Ne muodostuvat THL:n Terveiden edistämisen vertailutietojärjestelmän aineistosta, joka mittaa kuntien toimintaa väestönsä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. HYTE-kertoimessa käytetään erikseen valikoituja indikaattoreita eli vain osa aineistosta:

- 1) peruskoulut (10 yksittäistä indikaattoria),
- 2) liikunta (10 yksittäistä indikaattoria) ja
- 3) kuntajohto (9 yksittäistä indikaattoria)

Toimintaa kuvaavien indikaattoreiden määrä on kohtalaisen suuri, jotta toimintaa voidaan arvioida mahdollisimman laajasti. Tämä osaltaan ehkäisee osa-optimoinnin mahdollisuutta eli jos indikaattoreita olisi vain muutama, tehtäisiin vain niitä asioita, joita HYTE-kertoimessa mitataan. Nyt valitut indikaattorit mittaavat laajasti toimintaa aina johtamisesta, seurannasta ja arvioinnista, resursseista ja kuntalaisten osallisuuden edistämisestä toiminnan järjestämiseen. Kuntien tiedot ovat kaikkien tarkasteltavissa avoimessa verkkopalvelussa www.teaviisari.fi.

Tulosindikaattoreissa mitataan muutosta. Indikaattorit on valittu siten, että ne edustavat eri ikäryhmiä. Oleellista on, että kunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa indikaattoreihin. Tulosindikaattorit muodostuvat kahdeksasta kuntakohtaisesta indikaattorista (taulukko 1). Jotta kunnan väestörakenne, sairastuvuus tai esimerkiksi työttömyystilanne eivät määrittäisi kunnan tulosta, mitataan lähtökohtaisesti muutosta näissä indikaattoreissa. Jos kuitenkin indikaattorin arvo on jo tavoitetilanteessa, otetaan tämä huomioon laskennassa siten, että kunta saa kyseisen indikaattorin osalta maksimipisteet. Tulosindikaattoreista laskettiin kahden viimeisimmän vuoden erotus kuvaamaan tapahtunutta muutosta. Saadut luvut vaihtelivat nollan molemmin puolin, mutta vaihtelun suuruudessa oli indikaattoreiden välillä suuria eroja. Erojen poistamiseksi kaikki erotukset skaalattiin ja keskistettiin niin, että vaihteluväliksi tuli 0–100. Näin päästiin eroon negatiivisista arvoista ja saatiin toimintaa kuvaavien indikaattoreiden kanssa vertailukelpoisia lukuja. Lopuksi näistä luvuista otettiin keskiarvo. Tulosindikaattorit ja kuntakohtaiset tulokset ovat kaikkien tarkasteltavissa avoimessa Sotkanet-verkkopalvelussa.

Tietojen luotettavuus ja tarkoituksenmukaisuus

Toimintaa kuvaavat indikaattorit perustuvat pääosin THL:n Terveiden edistämisen vertailutietojärjestelmää varten kunnilta suoraan kerätyistä tiedoista (TEA-tiedot) sekä Tilastokeskuksen kunnilta keräämiin tietoihin. TEA-tietoja kerätään kunnilta kahden vuoden välein. Tähän mennessä tiedonkeruu on toteutettu kolme kertaa yhteistyössä Kuntaliiton ja asianomaisen ministeriön kanssa. Liikunta-aineiston luotettavuutta arvioitiin vuonna 2014 tarkastamalla viiden indikaattorin paikkansa pitävyyttä. Se osoitti, että virheelliset vastaukset olivat satunnaisia ja että tiedot ovat varsin luotettavia. Lisäksi HYTE-kertoimessa käytettävien toimintaa kuvaavien indikaattorien yhteyttä väestön hyvinvointiin ja terveyteen on selvitetty kahdessa tutkimuksessa. Nummela ym. (2014) tutkimuksen mukaan liikunnan toimintaa kuvaavien indikaattoreiden kokonaisarvo oli yhteydessä kuntalaisten liikunta-aktiivisuuteen yksilötason tekijöiden huomioimisen jälkeenkkin. Saaristo ym. (2014) tutkimus osoitti, että peruskoulujen tupakkapolitiikalla on vaikutusta koululaisten tupakointiin kouluaikana koulun läheisyydessä. Kouluissa, joissa dokumentoitiin todetut tupakointitapaukset, tiedotettiin koulun tupakointiin puuttumisen käytännöistä ja tehtiin yhteenveto tupakointitapauksista, oppilaat tupakoivat harvemmin kuin niissä kouluissa, joissa vastaavia tupakointiin puuttumisen käytäntöjä ei ollut.

Tulosindikaattorit perustuvat sekä kysely-, rekisteri- että tilastotietoihin. Niiden luotettavuutta ei ole erikseen tarkasteltu, mutta indikaattorikuvauksissa (ks. esim. Sotkanet) on selvitetty tiedonkeruutavat ja mahdolliset virhelähteet.

Kannustavan elementin kehittäminen tulevaisuudessa

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavien elementtien kehittämisen haasteena on ollut mm. käytettävän tietopohjan puutteet. Tietopohjaa on kuitenkin kehitetty ja sen luotettavuutta arvioitu. Tehdyt alustavat laskelmat osoittavat nykyisen tietopohjan tarjoavan mahdollisuuksia kannustavien elementtien käyttöön. Tulevaisuudessa tietopohja tulee todennäköisesti kehittymään toivottuun suuntaan tuotteistuk-

sen sekä kirjaamiskäytäntöjen kehittymisen myötä. Tietopohjan vahvistumisen myötä kannustavassa elementissä käytettäviä indikaattoreita tulee tarkistaa säännöllisin väliajoin.

Nyt esitetty HYTE-kannuste kunnille on lähtökohta aktiiviselle kehittämistyölle myös tulevaisuudessa. Käytettävää indikaattorijoukkoa sekä eri indikaattorien painotuksia muutetaan jatkotyössä muille valtionosuuskriteereille tyypillisten analyysien lopputuloksena. Tämän työn ollessa vasta alussa lähtötilanteessa indikaattorit on valittu laajalta rintamalta ja niiden painotus on tahattomien ja epäedustavien vinoumien välttämiseksi asetettu tasasuuruiseksi.

Kannustavan elementin toimivuuden arviointi

Koelaskelman perusteella voidaan olettaa, että kannustin kykenee erottelemaan kuntia riittävästi. Kannustimen käyttöönoton jälkeen sen vaikuttavuutta arvioidaan pidemmällä aikavälillä. Käytännössä tarkastellaan esimerkiksi, miten tulosindikaattorit muuttuvat.

HYTE-kerroin sote-siirron jälkeisessä kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmässä

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien ja rahoituksen siirron seurauksena jäljelle jäävän kuntien peruspalvelujen valtionosuusjärjestelmän alustavissa koelaskelmissa hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on huomioitu siten, että järjestelmään on lisätty uusi kriteeri – HYTE-kerroin. HYTE-kertoimen perusteella valtionosuutta jaettaisiin n. 55 milj. euroa vuoden 2014 tasossa. Sote-tehtävien ja rahoituksen siirron jälkeen kuntien valtionosuuksiin jää kaikkiaan vajaat 3 mrd. euroa vuoden 2014 tasolla, joista HYTE muodostaisi siis n. 1,8 prosenttia. HYTE-kerroin sisältyisi valtionosuuksien lisäosiin, joista kunnat eivät suorita omarahoitussuutta (ts. ei kuuluisi valtionosuustehtävien kustannuspohjaan). Tätä puoltaa se, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteutuneiden kustannusten määrittäminen on vaikeaa. Lisäosien muut kriteerit ovat syrjäisyys, saamen kotiseutualueen kunnan lisä ja työpaikkaomavaraisuus.

HYTE-kerroin ja sen perusteella maksettava valtionosuus määräytyisi kaavalla = kunnan asukasluku * hinta * HYTE-keskiarvo/100. Hinta on määritelty siten, että lopputuloksena HYTE-kertoimen perusteella maksettava valtionosuus on yhteensä n. 55 milj. euroa. Kuten muidenkin valtionosuusperusteiden hinnat, myös HYTE-kertoimen hinta muuttuisi vuosittain valtionosuuksissa käytettävän hintaindeksin mukaisesti (kustannustason muutos). Mikäli kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät ja velvoitteet kasvavat jatkossa tai muutoin katsotaan tarkoituksenmukaiseksi, kertoimen hintaa voitaisiin myös muutoin muuttaa. Koelaskelman mukaan HYTE-kertoimen perusteella jaettava valtionosuus on keskimäärin 10,4 euroa asukasta kohden. Enimmillään se on 12,2 euroa ja alimmillaan 6,0 euroa asukasta kohden. Mediaaniarvo on 9,6 euroa per asukas. Kuntakoon mukaisesti tarkasteluna se kohdistuisi hieman enemmän asukasluvultaan suuriin kuin pieniin kuntiin. Yli 100 000 asukkaan kunnissa lisä on keskimäärin 11,4 euroa, kun alle 6 000 asukkaan kunnissa vastaava määrä on 9,3 euroa asukasta kohden. Maakunnittain tarkasteltuna vaihteluväli on Uudenmaan ja Pohjois-Pohjanmaan 10,9 eurosta Satakunnan 9,1 euroon per asukas.

Taulukko 1. Alustava ehdotus toimintaa kuvaaviksi ja tulosindikaattoreiksi

Toimintaa kuvaavat indikaattorit

Perusopetus, N=10

- **Kouluympäristön terveellisuuden ja turvallisuuden ja koulu yhteisön hyvinvoinnin edistämisen tarkastus tehdään koulussa kolmen vuoden välein** – 1 muuttuja
- **Opettajien, psykologin ja kuraattorin henkilöstömitoitus suhteessa oppilasmäärään** - 3 muuttujaa
 - Vähintään 16 tuntia viikossa työskentelevien opettajien lukumäärä/100 oppilasta
 - Koulupsykologin työpanos/100 oppilasta
 - Koulukuraattorin työpanos/100 oppilasta
- **Häiriöiden ja ongelmatilanteiden ehkäisy, puuttuminen ja seuranta** – 2 muuttujaa
 - Oppilaiden poissaolojen kokonaismäärää seurataan koko koulun tasolla
 - Koulussa on yhteisesti sovittu käytäntö tai menettelytapa koulutapaturmien ennaltaehkäisemisestä.
- **Koulupäivän liikuntaa lisäävien toimenpiteiden toteuttaminen** - 2 muuttujaa
 - Oppilaita aktivoidaan koulumatkaliikuntaan
 - Koulussa on pitkät liikuntavälitunnit
- **Kouluruokailun järjestämisessä tehtävä yhteistyö ja kouluruokailusuosituksen noudattaminen** – 2 muuttujaa
 - Koulussa noudatetaan kouluruokailusuositusta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008) koululounaan ja välipalojen järjestämisessä.
 - Koulun opetussuunnitelmassa kuvataan kouluruokailun järjestämisessä tehtävä yhteistyö ruokailusta vastaavan keittiöhenkilökunnan kanssa.

Liikunta, N=10

- **Kuntalaisten liikunta-aktiivisuuden ja liikuntapalvelujen käytön seuranta ja raportointi luottamushenkilöjohdossa** – 2 muuttujaa
 - Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta seurataan vähintään joka toinen vuosi
 - Lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuutta raportoidaan vuosittain hyvinvointikertomuksessa tai vastaavassa
- **Kuntalaisten ja liikuntatoimen välisen yhteistyön toteuttaminen esim. asiakaspalautteet** – 3 muuttujaa
 - Liikuntaseurojen ja yhdistysten sekä kunnan yhteinen asiantuntijaelin kokoontuu säännöllisesti
 - Seurojen, yhdistysten ja kunnan yhteiskokous järjestetään säännöllisesti
 - Kunta toteuttaa liikuntapaikkojen tai -palveluiden käyttäjille asiakaspalautekyselyjä vähintään joka toinen vuosi
- **Kunnassa järjestetyt liikkumisryhmät ja liikuntaneuvonta** – 1 muuttuja
 - Kohdennettuja liikkumisryhmiä järjestetään liikuntaseuratoiminnan ulkopuolella olevat lapset ja nuoret
- **Liikunnan poikkihallinnollisen yhteistyön toteuttaminen kunnassa** – 4 muuttujaa
 - Viimeksi laadittuun kunnan hyvinvointikertomukseen sisältyy kuvaus kuntalaisten liikunta-aktiivisuudesta
 - Kunnassa on määritelty, mikä hallintokunta koordinoi terveyttä ja hyvinvointia edistävää liikuntaa kokonaisuutena.
 - Liikunnan edistämisestä vastaavat viranhaltijat ovat osallistuneet lautakuntapäätösten vaikutusten ennakoarvointiin (EVA).
 - Kunnassa toimii poikkihallinnollinen työryhmä, jossa käsitellään liikunnan edistämistä

Kuntajohto, N=9

- **Laaja hyvinvointikertomus laadittu kerran valtuustokaudessa** – 1 muuttuja
- **Kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta ja raportointi luottamushenkilöjohdossa** – 1 muuttuja
 - Kuntalaisten elintapoja ja niissä tapahtuneita muutoksia raportoidaan valtuustolle vuosittain.

- **Paikallisen turvallisuussuunnitelman laatiminen ja käsittely kunnan luottamushenkilöjohdossa – 1 muuttuja**
 - Paikallisen turvallisuussuunnitelman perusteella on päätetty toimenpiteistä luottamushenkilöjohdossa.
- **Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurannan tavoitteet ja mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa – 1 muuttuja**
 - Kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa on määritelty mittarit/tunnusluvut, joilla väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista seurataan.
- **Kunnan hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista on arvioitu tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa kerran valtuustokaudessa – 1 muuttuja**
- **Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtamisvastuu ja poikkihallinnollisen yhteistyön toteuttaminen – 1 muuttuja**
 - Kuntaan on erikseen nimetty hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelija, koordinaattori, asiantuntija tms.
- **Kunnan hyvinvointitavoitteiden toteutuminen on huomioitu tälle valtuustokaudelle laaditussa investointiohjelmassa – 1 muuttuja**
- **Kuntalaisten osallisuuden edistäminen – 2 muuttujaa**
 - Kunnassa toimii hallituksen tai valtuuston asettama lapsiparlamentti
 - Kuntalaiset osallistuvat palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun asiakasraatien tai foorumien kautta

Tulosindikaattorit, N= 8

- **Kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, % 8. ja 9. luokan oppilaista**
 - Terveydentilansa keskinkertaiseksi, melko huonoksi tai huonoksi kokevien 8.- ja 9.-luokkalaisten osuus prosentteina Kouluterveyskyselyyn vastanneista ko. ikäluokassa.
Kouluterveyskysely kattaa noin 85 prosenttia ikäluokasta, eli tieto on varsin kattavaa. Aikuisilla koettu terveys ennustaa kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveyspalvelujen käyttöä väestössä. Vanhempien työttömyydellä ja erityisesti äidin koulutuksella on yhteys peruskouluikäisten koettuun terveyteen siten, että pelkän peruskoulun suorittaneiden äitien lapset kokevat terveytensä huonommaksi kuin kouluttautuneempien äitien lapset. Fyysisen kuntonsa hyväksi tuntevat kokevat myös terveydentilansa useammin hyväksi.
- **Tupakoi päivittäin, % 8. ja 9. luokan oppilaista**
 - Kerran päivässä tai useammin tupakoivien peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisten osuus Kouluterveyskyselyyn vastanneista.
AvoHilmon tietojen laadun parannuttua tieto voidaan poimia kahdeksannen luokan laajan terveystarkastuksen tiedoista. Tupakoinnin aloittamiselle on ominaista voimakas sosiaalinen sidonnaisuus. Nuorten tupakoinnin aloittamisen todennäköisyyttä voidaan vähentää vaikuttamalla vanhempien tupakointiin ja alkoholinkäyttöön. Koulun tupakkapolitiikalla ja sen toimeenpanolla voidaan vaikuttaa yläkoululaisten kouluikäiseen tupakointiin ja varmistaa, ettei koulu ole se toimintaympäristö, jossa nuori kokeilee tupakkaa ensimmäisen kerran tai aloittaa tupakoinnin sosiaalisen paineen vuoksi. Terveystieto oppiaineena tarjoaa monia mahdollisuuksia käsitellä tupakointia ja harjoitella sosiaaliseen paineeseen suhtautumista.
- **Ylipaino, % 8. ja 9. luokan oppilaista**
 - Ilmaisee painoindeksiin perustuen ylipainoisten peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisten osuuden prosentteina Kouluterveyskyselyyn vastanneista ko. ikäluokassa.
Ylipainon raja määrittyy iän ja sukupuolen mukaan. Nuoremmilla ikäryhmillä raja on pienempi kuin aikuisilla, esimerkiksi 14-vuotiailla pojilla 22,62 kg/m² ja tytöillä 23,34 kg/m². Avohilmon tietojen kattavuuden parannuttua tieto voidaan poimia kahdeksannen luokan laajan terveystarkastuksen tiedoista. Lasten ja nuorten lihavuus aiheutuu energian saannin ja kulutuksen välisestä epätasapainosta. Lasten lihavuuteen voidaan vaikuttaa lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon ohjaus ja -neuvontatoiminnalla. Pienempien lasten osalta neuvonta painottuu vanhempiin vaikuttamiseen. Kouluruokailulla voidaan vaikuttaa nuoren ruokaan liittyviin tietoihin, taitoihin, asenteisiin ja valintoihin sekä edistää hänen tervettä kasvuaan ja kehitystään. Myös terveystieto oppiaineena tarjoaa monia mahdollisuuksia käsitellä ylipainoa ja lihavuutta nuorten kanssa. Päiväkotien ja koulujen liikunnan

määrällä ja laadulla taas on merkittävä vaikutus lasten liikunta-aktiivisuuteen. Kunnan liikuntamahdollisuudet (esim. lähiliikuntapaikat ja seuratoiminta) vaikuttavat lasten ja nuorten liikunta-aktiivisuuteen.

- Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17–24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä
 - Koulutuksen ulkopuolelle jääneet ovat henkilöitä, jotka ko. vuonna eivät ole opiskelijoita tai joilla ei ole tutkintokoodia eli ei perusasteen jälkeistä koulutusta. Väestötietona käytetään keskiväkilukua. Koulutustiedot kerätään tutkintorekisteriin suoraan oppilaitoksilta. Vaille peruskoulun jälkeistä koulutuspaikkaa jäämistä ja sitä myöten koulutuksellista eriarvoistumista ja syrjäytymistä voidaan ehkäistä oppisopimuskoulutuksen, työpajatoiminnan ja nuorten yrittäjyyspajojen sekä etsivän nuorisotyön avulla sekä takaamalla riittävän määrän aloituspaikkoja sekä joustavia opiskelumahdollisuuksia. Koulutuksen keskeyttämistä voidaan ehkäistä toimivalla opiskeluhoollolla, esimerkiksi puuttamalla koulukiusaamiseen. Nuorisotakuuseen sisältyy koulutustakuu, joka turvaa jokaiselle juuri peruskoulun päättäneelle jatkokoulutuspaikan.
- Nuorisotyöttömät, % 18–24-vuotiaasta työvoimasta
 - Nuorisotyöttömät on 15–24-vuotias työnhakija, joka ei ole työsuhteessa eikä työllistyy päätoimisesti yritystoiminnassa tai omassa työssään ja joka ei ole päätoiminen opiskelija. Työttömänä pidetään myös työsuhteessa olevaa, joka on kokonaan lomautettu tai jonka säännöllinen viikoittainen työskentelyaika on alle 4 tuntia. Päätoimisia koululaisia ja opiskelijoita ei lueta työttömiksi myöskään lomien aikana. Nuorisotakuun mukaisesti jokaiselle alle 25 -vuotiaalle nuorelle tarjotaan koulutus-, työkokeilu-, työpaja- tai työpaikka 3 kk:n sisällä työttömäksi ilmoittautumisesta. Erilaisissa nivelvaiheissa olevien nuorten koulutukseen ja työelämään kiinnittymistä voidaan tukea tehostamalla opinto-ohjausta ja tarjoamalla monialaisesti tietoa, neuvontaa, ohjausta ja tukea (ohjaamatoiminta). Vastavalmistuneiden työllistymiskynnystä voidaan alentaa palkkatuella. Koulutustakuun avulla vähennetään suoraan perusopetuksesta työmarkkinoille siirtyvien kouluttamattomien nuorten määrää.
- Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä
 - Kuvaa köyhyyttä ja on mittarina parempi kuin kaikkien toimeentulotukiasiakkaiden osuus väestöstä. Mukana ovat ne asiakkaat, joiden tuen tarve jatkuu vuodesta toiseen. Köyhyyden ehkäisy edellyttää useiden eri hallinnonalojen toimia ja yhteistyötä. Parhaita keinoja köyhyyden ehkäisemiseen ovat koulutus, työllisyyden edistäminen sekä kuntalaisten osallistumismahdollisuuksien turvaaminen.
- Työkyvyttömyyseläkettä saavat 25–64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä
 - Ilmaisee pitkäaikaista tai pysyvää työkyvyttömyyttä. Yleisimmät sairausryhmät sen taustalla ovat mielenterveyden häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, yksittäisistä sairauksista depressio ja selkäsairaudet. Työkyvyttömyys ilmentää vain osin sairastavuutta, sillä eläkkeelle hakeutumiseen vaikuttaa myös mm. henkilön taloudellinen tilanne ja työttömyys. Väestösuhteutuksessa on käytetty Kelan vaakuutettua väestöä. Yksilölliset varhaiseläkkeet sisältyvät työkyvyttömyyseläkkeisiin. Tilastossa ovat mukana henkilöt, jotka saivat työkyvyttömyyseläkettä joko työeläke- tai kansaneläkejärjestelmästä tai molemmista järjestelmistä.
- Kaatumisiin ja putoamisiin liittyvät hoitajaksot 65 vuotta täyttäneillä / 10 000 vastaavanikäistä
 - Ikkäänmyöntäneiden ihmisten kaatumisia voidaan ehkäistä poistamalla ympäristöön liittyviä vaaranpaikkoja (esimerkiksi huolehtimalla asianmukaisesti hiekoittamisesta) sekä tarjoamalla mahdollisuuksia lihas-kunnan harjoittamiseen (liikkumisryhmät, liikuntaneuvonta), toimintakyvyn ylläpitämiseen (ulkoilureitit, fyysinen ympäristö) sekä sopivaan ja riittävään ravintoon (ravitsemus- ja ruokapalvelut). Tiedot saadaan hoitoilmoitusjärjestelmästä sisältäen sekä julkisen sektorin (kunnat, kuntayhtymät ja valtio) että yksityisen sektorin järjestämän sairaalahoidon.

Toimintaa kuvaavat indikaattorit - taustatietoja

Toimintaa kuvaavat indikaattorit mittaavat kunnan terveydenedistämisaktiivisuutta (TEA) eri toimialoilla. TEA on johdettu kansainvälisen kirjallisuuden ”health promotion capacity building” -käsitteestä (ks. esim. Hawe ym. 1997, Labonte & Laverack 2001a,b) hyödyntäen WHO:n Terveyttä edistävien sairaaloiden verkostossa tehtyä työtä (Groene & Garcia-Barbero 2005) sekä kompleksisuusteorian ajatuksia (esim. Kernick 2004) ja yleisiä laadunhallinnan viitekehyksiä (esim. European Foundation for Quality Management, EFQM).

TEA:n viitekehys muodostuu seitsemästä ulottuvuudesta: sitoutuminen, johtaminen, seuranta ja tarveanalyysi, voimavarat, yhteiset käytännöt, osallisuus ja muut ydintoiminnot. Viitekehys on geneerinen, eli toimialasta riippumatta toimiakseen tehokkaasti kunnan tulisi huomioida kaikki seitsemän ulottuvuutta. (ks. esim. Ståhl & Rimpelä 2010).

Tavoitteena on ollut kuvata kunnan toimialalla tekemää työtä yhdellä luvulla asteikolla 0–100 suhteessa laadukkaaseen toimintaan. Luku on painottamaton aritmeettinen keskiarvo seitsemästä TEA:n ulottuvuudelle lasketusta vastaavasta pistemäärästä. Kunkin ulottuvuuden sisällä on tunnistettu yksi tai useampia osakokonaisuuksia, joita on mitattu yhdellä tai useammalla indikaattorilla. Koska yksittäisten indikaattoreiden määrä voi vaihdella, yleisemmälle tasolle siirryttäessä on käytetty aina painottamatonta keskiarvoa, jolloin jokaisen kokonaisuuden sisällä jokainen osakokonaisuus saa saman painoarvon.

Kerätyt muuttujat on jaoteltu ulottuvuuksien alle sisällöllisin perustein. Menetelmän tutkimus- ja kehitystyötä on syvennetty hyödyntäen tilastollisia analyysimenetelmiä. Menetelmäraporteissa (Saaristo ym. 2010a,b, 2011, 2015; Saaristo & Ståhl 2010; Saaristo 2012) on kuvattu perusanalyysit ja niiden perusteella aineistoon ja tiedonkeruisiin tehdyt muutokset. Menetelmäraporteissa muuttujien välisiä yhteyksiä on tarkasteltu korrelaatioanalyysillä, hierarkkisella klusterianalyysillä ja regressioanalyysillä. Ulottuvuuksien alle sijoitettu muuttujaryhmien yhtenäisyyttä on tarkasteltu Cronbachin alfan avulla. Muuttujien soveltuvuutta indikaattoreiksi on tarkasteltu varianssianalyysin avulla. Osana kehittämistyötä tehtyjä pääkomponentti-, faktori- ja itsenäisten komponenttien analyysijä ei ole erikseen julkaistu.

Lähteet

- Groene O & Garcia-Barbero M. 2005. Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Country Policies, Systems and Services. Division of Country Support. WHO Regional Office for Europe.
- Hawe P, Noort M, King L, Jordens C. 1997. Multiplying Health Gains: the critical role of capacity-building within health promotion programs. *Health Policy* 39, 29–42.
- Kernick D. 2004. Models, metaphors and paradigm: making sense of the world and the road to complexity. In Kernick D (ed.) *Complexity and Healthcare Organization - a view from the street*. Radcliffe Medical Press. Cornwall, UK.
- Labonte R & Laverack G. 2001. Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? And For what purpose? *Critical Public health*, Vol 11, No. 1.
- Labonte R & Laverack G. 2001. Capacity building in health promotion, Part 2: whose use? *Critical Public health*, Vol 11, No. 2.
- Mercur, Sassi & McDaid (2013) Promoting health, preventing disease: Is there an economic case? Policy summary 6. WHO, OECD, WHO Observatory. Copenhagen, Denmark.
- Nummela O, Hätönen H, Saaristo V & Helakorpi S. 2014. Kuntalaisten vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus – siihen yhteydessä olevat yksilötekijät ja kunnan aktiivisuus terveyden edistämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (2014):4.
- Promoting health, preventing disease: The economic case (2015) Mercur, Sassi & McDaid (eds.) WHO, OECD, WHO Observatory. Open University Press, UK.
- Saaristo V. 2012. TEAviisari 2011. Kuntajohdon aineiston muodostaminen ja opiskeluterveydenhuollon indikaattorit. THL Raportti 60/2012.
- Saaristo V & Ståhl T. 2011. TEAviisari 2010: Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. THL Raportti 35/2011.
- Saaristo V, Alho L, Ståhl T & Rimpelä M. 2010. Terveystiedon edistämistä perusterveydenhuollossa kuvaavat tunnusluvut ja niiden raportointi – menetelmäraportti. THL Avauksia 10/2010.

- Saaristo V, Ståhl T & Rimpelä M. 2010. Terveystiedon edistäminen perusopetuksessa – menetelmäraportti. THL Avauksia 29/2010.
- Saaristo V, Kulmala J & Ståhl T. 2011. Terveystiedon edistäminen liikunnan toiminnassa. Menetelmäraportti. THL Avauksia 1/2011.
- Saaristo V, Kulmala J, Raisamo S, Rimpelä A & Ståhl T (2014). Tobacco Use Documenting Policy and Its Association With Pupils' Smoking and Their Perception of the Enforcement of School Smoking Bans in Finland. *Leadership and Policy in Schools* 13(2): 209-222, 2014
- Saaristo V, Nummela O & Ståhl T. 2015. Terveystiedon edistäminen toisen asteen oppilaitoksissa. Menetelmäraportti. THL Työpaperi 8/2015.
- Ståhl T & Rimpelä M. 2010. Väestön terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Teoksessa Ståhl T & Rimpelä A. (toim.) Terveystiedon edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteen. THL Teema 9.

MAAKUNTIEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMISEN KANNUSTIMET

Ehdotettu maakuntien rahoitusmalliin sisällytettävä HYTE-kerroin perustuisi kymmeneen tulos- ja toimintaa kuvaavaan indikaattoriin, jotka koskisivat kansansairauksien ehkäisyä, ikääntyvien toimintakyvyn edistämistä ja tapaturmien vähentämistä sekä syrjäytymisen ehkäisyä ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Kaikki kertoimeen sisällytettävät indikaattorit ovat sellaisia sosiaali- ja terveydenhuollon toimia koskevia indikaattoreita, joihin maakunta voi toiminnallaan vaikuttaa. Indikaattorit pohjautuvat THL:n, Kelan, TEM:n ja Tilastokeskuksen tilastotietoihin. HYTE-kerrointa voitaisiin soveltaa ensimmäisen kerran vuoden 2022 rahoituksen määrätymisessä, sillä maakuntapohjaista tietoa alkaa syntyä v. 2019 maakuntien aloittaessa toimintansa. Valtion talousarvioesityksessä käytetään määrätymisperusteena viimeisimmän toteutumavuoden mukaisia tietoja.

Lakiluonnokseen kirjattu ehdotus HYTE-kertoimeksi on valmisteltu suhteellisen nopealla aikataululla ja edellyttää vielä runsaasti jatkopohdintaa mm. indikaattorien keskinäisten painojen suhteen. Kertoimen rakenteen muutoksella saattaa myös olla maakunnittaisia vaikutuksia. Valmistelussa on huomioitu, että HYTE-kertoimen ohjausvaikutuksesta maakuntien rahoitusperusteena ei ole tutkimustietoa tai näyttöä. Sen sijaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön merkitystä maakuntien ja tuottajien välisessä ohjauksessa ja rahoituksessa voidaan pitää tehokkaampina keinoina ehkäisevien sote-palvelujen ohjauksessa. Jos tarveperusteista rahoitusta vähennetään huomattavasti, maakunnan rahoitus saattaa olla riittämätön vastaamaan palvelujen tarpeeseen ja rahoitusperiaatteen toteutuminen saattaisi heikentyä. HYTE-kertoimen painon tulisi olla tästä syystä alkuvaiheessa pieni, ja sitä voitaisiin myöhemmin kasvattaa asteittain, mikäli kerroin osoittautuu vaikuttavaksi ohjauksen välineeksi.

HYTE-kertoimen painoksi ehdotetaan 1 % maakunnan kokonaisrahoituksesta. Tämä vastaisi vuoden 2014 tasossa 167 milj. euroa. Tarveperusteisen rahoituksen painoa pienennettäisiin vastaavasti. HYTE-kertoimella on lain voimaantullessa kuitenkin myös viestinnällistä merkitysarvoa, mutta perustuslain turvaama rahoitusperiaatetta ei tule vaarantaa. HYTE-kertoimen vaikutuksesta maakuntien rahoitukseen on tehty alustavia laskelmia⁵. Jos HYTE-kertoimen paino olisi 1 %, HYTE-kertoimella maakuntiin kohdennettu rahoitus vaihtelisi maakunnittain 23 - 57 euron välillä per asukas. Maakunnan kokonaisrahoitukseen vaikutukset olisivat noin -6/+26 euroa/asukas verrattuna malliin, jossa ei ole HYTE-kerrointa. HYTE-kertoimen paino tulisi tarkasteltavaksi osana maakuntien valtion rahoituksen kokonaisuutta vähintään 4 vuoden välein.

Maakunnan rahoitukseen liittyvän määrätymisperusteiden merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on myös viestinnällinen. Olennaista on saada aikaan pysyvä ajattelu- ja toimintatapojen muutos hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi hallinnon kaikilla tasoilla ja erityisesti sote-palvelutuotannossa. Keskeisiksi ohjauskeinoiksi nousevat tällöin:

- Valtion ja maakuntien neuvottelut sekä järjestämistä koskevat sopimukset, jotka sisältävät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kriteerit, perustana mm. valtakunnalliset tavoitteet
- Palvelun tuottajien rekisteröinti/hyväksymiskäytäntö, joka sisältää palveluntuottajille määritellyt kriteerit, myös ehkäisevien sote-palvelujen toteuttamiselle
- Maakuntien ja tuottajien julkinen vertailutieto, joissa ovat mukana mm. palveluiden kustannukset, toiminta, tuotokset ja laatu
- Maakuntien palvelustrategiat ja palvelulupaukset

⁵ Koelaskelmat ovat hyvin alustavia ja tulokset voivat muuttua. Koelaskelmat on tehty tämän hetken tietojen perusteella, ne eivät siis suoraan kuvaa maakuntien tilannetta eivätkä järjestelmän kannustinvaikutuksia. Lisäksi itse indikaattorityössä ja kirjaamiskäytännöissä on kehitettävää, jotka voivat vaikuttaa tuloksiin.

- Maakuntien ja palveluntuottajien väliset sopimukset sekä palveluntuottajille maksettuihin korvauksiin liitettävät kannusteet (HYTE-kertoimen pohjalta määritellyt maksuperusteet)

Uudistuksessa kunnille jää edelleen vastuu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä ihmisten arkiympäristössä. Tämän toteuttaminen edellyttää kuntien ja maakuntien vuorovaikutuksen kehittämistä sekä maakuntien kunnille tarjoaman hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuen hyvien käytäntöjen toteutumista sekä edelleen kehittämistä.

Ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnan perusteella määräytyvä tekijä osana maakuntien rahoitusta

Tässä esitellään vaihtoehto, jossa maakuntien rahoitusmallissa tarveperusteisen rahoituksen osuutta pienennettäisiin ja malliin otettaisiin mukaan ehkäisevien sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoiminnan perusteella määräytyvä tekijä. Tämä edellyttää, että vaihtoehtoisen mallin vaikutukset arvioidaan huolellisesti. Jos tarveperusteista rahoitusta vähennetään huomattavasti, maakunnan rahoitus saattaa olla riittämätön vastaamaan palvelujen tarpeeseen. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä aikaansaadut säästöt mm. merkittävien kansansairauksien aiheuttamien terveydenhuoltokustannusten vähenemisenä näkyvät usein viiveellä. Ehkäisevät sote-palvelut sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat osa terveys- ja sosiaalipalveluja, ja sitä rahoitetaan myös tarveperusteisella rahoituksella. Jos HYTE-kerroin sisällytetään rahoitusmalliin, on tarkoituksenmukaista, ettei sen painoarvo alkuvaiheessa ole suuri. HYTE-kertoimen painoarvoa voisi myöhemmin kasvattaa asteittain, kun kokemuksia kertoimen vaikutuksista saadaan. Jos hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjausjärjestelmä toimii toivotulla tavalla, ehkäisevien sote-palvelujen vaikutukset pienentävät raskaampien ja kalliimpien palvelujen tarvetta. Lisäksi siirtymän turvin kyetään turvaamaan palvelut siirtymävaiheessa. Jos taas HYTE-kertoimen vaikutukset jäävät toteutumatta tai vähäisiksi, ei rahoitusmalli kohtaa palveluista aiheutuvia kustannuksia ja siten myös rahoitusperiaatteen toteutuminen voi vaarantua. Toimivan rahoitusjärjestelmän kannalta olennaista on, että saadaan aikaan kestävä ajattelu- ja toimintatapojen muutos niin maakunnissa kuin palvelujen tuottajien tasolla. Tähän voi vaikuttaa vain rajallisesti yleiskatteisen valtionrahoituksen kautta, ja muiden ohjauskeinojen merkitys korostuu.

Maakuntien rahoituslakiluonnokseen sisältyvä terveydenhuollon tarvekerroin sisältää yleisimmät kansansairaudet, jotka aiheuttavat merkittävän osan terveydenhuollon kustannuksista. Tätä on kritisoitu sillä, että se ei tarjoa kannustinta näiden sairauksien ennaltaehkäisyyn. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvekertoimen taustalla on THL:n tutkimustyö. Yksittäisiä kriteereitä (kuten sairautta) ei voi jättää tarvekertoimesta pois, koska niiden poisjättäminen vaikuttaa muiden kriteerien kustannuspainoihin. Kustannuspainojen laskenta perustuu mallin, jossa mukana kaikki tekijät. Jos tekijöitä otetaan pois, muuttuu myös muiden jäljelle jääneiden tekijöiden kustannuspainot. Mallit olisi estimoitava uudestaan, jotta jäljelle jääneille kriteerille voidaan laskea uudet, luotettavat kustannuspainot. Yksittäisten sairauksien poisjättäminen tarvekertoimesta edellyttäisi näin ollen uutta tutkimusta ja lisävalmistelua.

HYTE-kertoimen peruseriaatteet

Hyvän kannustinjärjestelmän ominaisuuksia ovat:

1. Palkittavan toimijan (tässä tapauksessa maakunnan) pitää kyetä vaikuttamaan mitattavaan tuotokseen omalla toiminnallaan ja mahdollisten muiden toimijoiden toimien vaikutukset pitää kyetä erottamaan palkitun toimijan mitatusta tuotoksesta.
2. Vaikka toimijoita olisi hyvä palkita monipuolisesti, järjestelmä ei saisi olla liian monimutkainen, koska silloin aikaansaadut parannukset jäävät helposti vähäisiksi suhteessa niiden eteen nähtyyn vaivaan ja järjestelmän ylläpidon kustannuksiin.
3. Jos kannustinjärjestelmän laadinnassa epäonnistutaan, rahoituksen perusteet ja itse järjestelmä muuttuvat epäselviksi. Vastoin hyvän hallinnon periaatteita järjestelmä ei olisi läpinäkyvä, eikä se tulisi aikaansaamaan toivottua muutosta. Pahimmillaan järjestelmää ei koettaisi sen enempää oikeudenmukai-

seksi kuin kannustavaksikaan. Erityisesti käytännön ja koetun oikeudenmukaisuuden kannalta voi olla ongelmallista, jos palkitseminen on mittareiden puutteista johtuen satunnaista, mutta sen väitetään perustuvan esimerkiksi estimoituun ”laatuun”. Ongelmat legitimitettiin kanssa: rahanjaosta muodostuu helposti lotto, jossa jonain vuonna voittaa toisena häviää.

HYTE-kertoimen tulisi sisältää toimintaa kuvaavia ja tulosindikaattoreita. Indikaattorit tulee valita siten, että prosessien mittaamisessa voidaan tulevaisuudessa lisääntyvästi hyödyntää tuotteistettua rekisteritietoa. Tällöin voidaan yksiselitteisesti tarkastella, kuinka paljon eri toimintoihin on resursseja laitettu, erityisesti voidaan tarkastella sitä, kuinka paljon on tehty ehkäisevää työtä. Tulosindikaattoreiksi tulee valita sellaisia muuttujia, joilla voidaan perustellusti osoittaa olevan yhteys ehkäisevään toimintaan. Tulosindikaattoreita arvioitaessa on myös syytä huomioida, että sosioekonomiset tekijät selittävät maakuntakohtaisia eroja. Valittavien indikaattoreiden tulee olla valideja ja hyvin saatavissa kaikista maakunnista. Indikaattoreita on mahdollista muuttaa sitä mukaa, kun indikaattorit kehittyvät. Lisäksi indikaattoreiden muuttaminen vähentäisi mahdollisuuksia tulosten manipulointiin.

Laskennassa on alkuvaiheessa painotettu toimintaa kuvaavia ja tulosindikaattoreita suhteessa 50 % /50 %. Myöhemmin painotuksia on mahdollista muuttaa. Toimintaa kuvaavien indikaattoreiden painottaminen tulosindikaattoreiden sijaan tukee kannustimen nopeaa reagointia, koska muutokset väestön terveydessä (lopputulosindikaattorit) näkyvät indikaattoreissa hitaammin kuin muutokset prosesseissa. Lisäksi tämän painotuksen myötä asiakkaiden valinnanvapaus ja siitä johtuva väestön palvelujen käyttö eri organisaatioissa ei aiheuta virheellistä lopputulosta.

Läpinäkyvyys ja selkeys puoltavat sitä, että HYTE-kerroin sisältäisi vain rajatun määrän indikaattoreita. Lisäksi indikaattorien tulee olla sellaisia, että maakunta pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan niihin. Esimerkiksi tupakoinnin vähentämisessä terveydenhuollon näyttöön perustuva toiminta⁶ on todettu kustannusvaikuttavaksi sekä kustannuksia säästäväksi⁷. Vastaavaa tutkimustietoa löytyy mm. kaikista keskeisistä kansansairauksista sekä sosiaalisen hyvinvoinnin ongelmien ehkäisystä.

Mallin painotuksilla ja kohdentamisella pyritään varmistamaan järjestelmän kannustavuus parempaan toimintaan sekä sen hyväksyttävyyden. Toisaalta pyritään minimoimaan se, että yksittäisen indikaattorin merkitys kasvaisi liian suureksi sekä mahdollisuudet manipuloida tuloksia. Tietoina käytetään tilastotietoja. Tämä kannustaa maakuntia panostamaan tietotuotannon laadun ja raportoinnin kehittämiseen ja ajantasaiseen tuottamiseen.

HYTE-kertoimessa käytettävät indikaattorit ovat sellaisia, joita voidaan mitata vuonna 2019, kun maakuntien toiminta käynnistyy. Tulosindikaattorien osalta tarvitaan vähintään kahden vuoden tiedot, jotta muutosta voidaan arvioida. Näin ollen kertoimen laskemiseen tulee tiedonkeruusta johtuva viive, joten HYTE-kertoimeen perustuva rahoitus voi olla käytössä vasta vuonna 2022.

Maakunnan HYTE-kerroin sisältää sekä toimintaa kuvaavia että tulosindikaattoreita, joita on yhteensä kymmenen (ks. liite). Indikaattorit saavat arvoja, joiden pohjalta lasketaan maakunnan HYTE-kannustin, joka saa arvoja 0-100. Alkuvaiheessa indikaattorit ovat samanpainoisia, mutta niiden painotusta on mahdollisuus muuttaa jatkossa. Maakunnan saamaa tulosta verrataan koko maan painotettuun keskiarvoon, jolloin voidaan muodostaa rahoituksen määräytymisessä käytetty HYTE-kerroin.

Koska maakunnat aloittavat toimintansa vuonna 2019, ei tarkkojen koelaskelmien tekeminen ole mahdollista. Lisäksi kertoimeen on tarkoitus sisällyttää indikaattoreita, joiden tietopohja kerääntyy vasta vuoden 2019 jälkeen. Valmistelussa tehdyt alustavat koelaskelmat on tehty olemassa olevalla tietopohjalla, laskevilla vastaavilla tiedoilla maakuntatasolla. Näin on päästy arvioimaan miltä kerroin voisi näyttää vuonna 2022, kun tilastotiedot maakuntatasolla ovat valmistuneet.

⁶ <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi40020>

⁷ Merkur S, Sassi F & McDaid D. 2013. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? WHO Europe Policy Summary 6.

Alustavat koelaskelmat osoittavat, että erot maakuntien välillä ovat maltilliset⁸. Jos HYTE-kertoimen perusteella jaettava rahoitus olisi painoltaan 1 % (167 miljoonaa euroa), vaihtelisi sen perusteella jaettava rahoitus 23-57 euroa/asukas. Maakuntien kokonaisrahoitukseen vaikutukset olisivat noin -6/+26 euroa/asukas.

HYTE-kertoimen kehittäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavan kertoimen kehittämisessä keskeisiä kysymyksiä ovat sisällöt (indikaattorit) sekä käytettävissä olevan tietopohjan kattavuus sekä sen edelleen kehittäminen. Julkiseen vertailutietoon perustuvaa kerrointa on valmisteltu THL:n toimesta. Liitteessä 1 esitellään ehdotukset indikaattoreista, joita voitaisiin käyttää HYTE-kertoimen pohjana. Indikaattorit kohdentuvat seuraaville sisältöalueille:

- 1) merkittävimpien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät indikaattorit,
- 2) ikääntyvien toimintakyvyn edistämiseen ja tapaturmien vähentämiseen liittyvät indikaattorit sekä
- 3) syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumista ehkäisevät sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät indikaattorit.

Tässä muistiossa liitteenä olevat laskelmat on tehty kertoimella, joka sisältää osittain eri sisältöalueisiin liittyviä indikaattoreita. Laskelmat ovat karkeita arvioita, koska kaikkia tietoja ei vielä ole saatavilla ja maakuntien toimintaa kuvaavat luvut ovat käytössä 2021.

Tietopohjan vahvistaminen. Edellä kuvatuista osa-alueista tehdään ehdotus tietopohjan kehittämiseksi sisältäen kuvauksen tietoaukoista ja ehdotuksen niiden täydentämisestä. Tähän mennessä kannustimia (esimerkiksi tuottajakorvauksiin liittyen) on kehitetty lähinnä terveydenhuollon käyttöön. Edistävän toiminnan sekä ehkäisevien palveluiden kannustavien elementtien kehittämisen ongelmana ovat mm. tietopohjan puutteet. Kattavimmat rekisterit ovat tällä hetkellä erikoissairaanhoidossa ja muussa laitoshoidossa, mutta niidenkin laadussa ongelmia. Suurimmat puutteet ovat sosiaalipalvelujen, toimintakyvyn ja työterveyshuollon tietopohjassa. Lisäksi ongelmia tuottaa sosioekonomisten tietojen rutiininomainen yhdistäminen muihin rekisteritietoihin. Tietopohjaa on kuitenkin kehitetty ja sen luotettavuutta arvioitu. Tehdyt alustavat laskelmat osoittavat tietopohjan tarjoavan jo mahdollisuuksia kannustavien elementtien jatkekehittämiseen ja käyttöön tulevan maakuntajaon mukaisesti. Tulevaisuudessa voidaan olettaa tarvittavan tietopohjan myös kehittyvän toivottuun suuntaan tuotteistuksen sekä kirjaamiskäytäntöjen kehittymisen myötä.

Reaaliaikaisuus. Kannustinjärjestelmän reaaliaikaisuus on haaste. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tuloksellisuus esim. väestötasolla mitattavana muutoksena näkyy viiveellä. Mikäli järjestelmästä halutaan nopeasti reagoiva, on indikaattoreihin tarpeen sisällyttää myös prosesseja kuvaavia indikaattoreita.

Toisen vaiheen kehittämistyö - Sisällöllinen laajentaminen. Jatkossa on tarpeen selvittää myös mahdollisuuksia laajempaa tarkasteluun: maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strateginen johtaminen (rakenteet, vastuut) sekä maakuntien kunnille suuntaaman hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tuen toteutumiseen. Nyt kehittämisvaiheessa olevia uusia ratkaisuja ovat myös esimerkiksi Sitran kehittelemät palvelupaketit. Niiden avulla voidaan tehdä palveluiden kustannuksista ja laadusta entistä läpinäkyvämpää.⁹ Palvelupaketteja pilotoidaan parhaillaan useilla alueilla ja niistä saadut kokemukset sekä tulokset julkaistaan kesällä 2016. Järjestelmän hyödyntämisen mahdollisuuksia seurataan kehittämistyön edetessä.

⁸ Koelaskelmat ovat hyvin alustavia ja tulokset voivat muuttua. Koelaskelmat on tehty tämän hetken tietojen perusteella, ne eivät siis suoraan kuvaa maakuntien tilannetta eivätkä järjestelmän kannustinvaikutuksia. Lisäksi itse indikaattorityössä ja kirjaamiskäytännöissä on kehitettävää, jotka voivat vaikuttaa tuloksiin.

⁹ <http://www.sitra.fi/hankkeet/sote-palvelupakettien-pilotointi>

HYTE-kertoimeen ehdotettavat indikaattorit

Merkittävimpien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät indikaattorit	
1. Terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen (äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto), (toiminta)	AvoHilmo/Kanta. Tieto saadaan, mutta ei tällä aikataululla. Edellyttää SPAT-koodin tarkentamista. <i>(Ei käytetty koelaskennassa 24.5.2016)</i>
2. Elintapaneuvonnan toteutuminen tyyppin 2-diabeteksen riskitekijät omaaville Käypä hoito – suosituksen mukaisesti, (toiminta)	Kanta. Tieto olemassa järjestelmissä, saadaan järjestelmästä vuonna 2019. <i>(Ei käytetty koelaskennassa 24.5.2016)</i>
3. Päihteiden käytön mini-intervention toteutuminen terveydenhuollon asiakkaille kalenterivuonna Käypä hoito - suosituksen mukaisesti, (toiminta)	AvoHilmo. LASKENNASSA 24.5.2016 KÄYTETTY: Avohilmo-tieto (SPAT 1273) Päihteiden/tupakan käytön strukturoitu kartoitus: (toimenpiteiden lukumäärä 2015/asiakkaiden kokonaismäärä 2015)*10000
Ikääntyvien toimintakyvyn edistämiseen ja tapaturmien vähentämiseen liittyvät indikaattorit	
4. Vammojen ja myrkytysten hoidosta aiheutuvat sairaalahoitajaksot ja /tai sairaalassa hoidetut potilaat (tulos)	Hilmo. Sotkanet-indikaattori nro 3037
5. Kaatumisen tai putoamisen seurauksena kuolemat (tulos)	Hilmo. Sotkanet-indikaattori nro 3973
Syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumista ehkäisevät sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät indikaattorit	
6. Tulottomat kotitaloudet, osuus kaikista toimeentulotukea saavista kotitalouksista (toiminta)	THL:n toimeentulorekisteri
7. [Pitkäaikais]työttömien toteutuneiden terveystarkastusten 1krt/v osuus suhteessa [pitkäaikais]työttömien kokonaismäärään (toiminta)	AvoHilmo, Tilastokeskus. LASKENNASSA 24.5.2016 KÄYTETTY: Avohilmosta SPAT1395, Opiskelu- ja työelämän ulkopuolella olevan terveystarkastus: (toimenpiteiden lukumäärä 2015/ työttömien lukumäärä 2014)*100 (Sotkanet id181)
8. Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneiden osuuden väheneminen (tulos)	KELA, THL. LASKENNASSA 24.5.2016 KÄYTETTY: Sotkanet id234: Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneet 25 - 64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä
9. Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavat 16 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (tulos)	KELA, Sotkanet id3328.

HYTE-kertoimen ja indikaattoreiden vaikutusarvioiti

Lähtökohtana kertoimen suunnittelussa on ollut, että sillä kyetään ohjaamaan maakunnan päätöksentekoa sekä sote-palvelujen tuotantoa. Maakuntien päätöksentekijöille rahoitukseen liitetyn kertoimen sisältö toimii viestinä ehkäisevien sote-palvelujen painottamisesta. Oletuksena on, että tämä painotus siirtyy myös sisältönä tuottajien kanssa tehtäviin sopimuksiin sekä tuottajille maksettaviin korvauksiin.

HYTE-kertoimen vaikutusten arvioinnissa joudutaan valmistelun tässä vaiheessa tyytymään mekaaniseen tarkasteluun, jossa tehdään oletuksia maakuntien eroista ja saavutettavista hyödyistä. Koelaskelman perusteella voidaan olettaa, että HYTE-kerroin kykenee erottelemaan alueita riittävästi. Kertoimen käyttöönnoton jälkeen sen vaikuttavuutta toiminnan tehokkuuteen on myös mahdollista arvioida erityisesti ehkäisevien palvelujen osalta huomioiden kuitenkin nykyisen tietopohjan rajoitteet. Kertoimen tuottamia hyötyjä voidaan arvioida vasta pidemmällä aikavälillä, kun se on ollut käytössä ja tietopohja on vahvistunut.

Kertoimen vaikutusten arviointia vaikeuttaa myös se, että tällä hetkellä kunnat määrittelevät hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan eri tavoin ja sen myötä ne arvioivat myös siihen liittyvät kustannukset hyvin eri tavoin. THL on raportoinut terveydenhuollossa terveyden edistämisen hallinnollisiksi menoiksi noin 23 milj. euroa. Lisäksi esimerkiksi pelkästään lasten ja perheiden ehkäisevien palvelujen menojen perusterveydenhuollossa (neuvola ja kouluterveydenhuolto) raportoidaan olevan noin 180 milj. euroa¹⁰. Näiden lisäksi ehkäisevää työtä tehdään muun muassa osana perusterveydenhuollon vastaanotto-toimintaa, sosiaalihuollon palveluja, ikääntyvien palveluja ja työterveyshuollon palveluja. Tarkempien lukujen määrittäminen edellyttää yhdenmukaista määrittelyä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palveluille. Tällä perusteella voidaan kuitenkin todeta, että hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen sekä ehkäisevien palvelujen osuus tulevien maakuntien budjetissa on merkittävä.

HYTE-kertoimen sisältöalueet on määritelty reformiministeriryhmän toimesta ja indikaattorit on valittu asiantuntijatyön pohjalta. Indikaattoreiden oletetaan ohjaavan maakunnan päätöksentekoa ja sote-palvelujen tuotantoa nostamalla esiin keskeisiä sisältöjä, joihin maakunta voi saada muutosta ja joilla on todettu olevan vaikutusta väestön hyvinvointiin ja terveyteen.

- i. **Merkittävimpien kansansairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvät indikaattorit** on valittu seuraavin perustein:
 - i) Terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittäminen (äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto) vahvistaa etsivää työtettä, jolla kyetään tukemaan perheitä varhaisessa vaiheessa ja vähentämään esimerkiksi raskaampien lastensuojelutoimenpiteiden tarvetta.
 - ii) Elintapaneuvonnan toteutuminen tyyppin 2-diabeteksen riskitekijät omaaville sekä
 - iii) Päihteiden käytön mini-intervention toteutuminen terveydenhuollon asiakkaille kalenterivuonna (molemmat Käypä hoito – suosituksen mukaisesti).Käypä hoito -suositukset perustuvat ajantasaiseen tutkimustietoon vaikuttavista hoitokäytännöistä. Niiden implementointi edellyttää kutienkin johdon sitoutumista, mitä HYTE-kertoimen oletetaan vahvistavan.
- ii. **Ikääntyvien toimintakyvyn edistämiseen ja tapaturmien vähentämiseen liittyvät indikaattorit** on valittu seuraavin perustein: Vammojen ja myrkytysten hoidosta aiheutuvat sairaalahoitajaksot ja /tai sairaalassa hoidetut potilaat sekä kuvaavat toteutettujen tapaturmien ehkäisytöiden onnistumista. Ikääntyvien kaatumisia ja kaatumistapaturmia voidaan tehokkaasti ehkäistä. Iäkkään henkilön kaatumisalttiutta lisääviä tekijöitä on monia, joiden tunnistamisen ja toimenpiteiden koordinaation tulee tahtua osana iäkkään sote-palvelujen kokonaisuutta.
- iii. **Syrjäytymisen ja työelämän ulkopuolelle joutumista ehkäisevät sekä työllisyyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen liittyvät indikaattorit** on valittu seuraavin perustein:
 - i) Toimeentulotukea koskevat indikaattorit kertovat yhden hyvinvoinnin osa-alueen - toimeentulon - tilanteesta viimesijaisen etuuden näkökulmasta.
 - ii) Tulottomien ja/tai pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavien korkea määrä ja/tai määrän lisääntyminen kertoo vakavasta köyhyys- ja syrjäytymisriskistä kyseisten henkilöiden ja perheiden kohdalla. Tällöin näiden henkilöiden/perheiden tukeen pitää panostaa erityisesti sosiaalityön ja monialaisen yhteistyön kautta.
 - iii) Työttömien terveystarkastukset tuo päättäjille kokonaiskuvan maakunnan työttömien terveyden-

¹⁰ Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013. THL. 2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201503191962>

lasta ja tarpeesta työ- ja toimintakyvyn arviointi-, hoito- ja kuntoutuspalveluille, jotka ehkäisevät työkyvyttömyyttä.

iv) Työkyvyttömyyseläkkeelle mielenterveyssyistä siirtyvien nuorten korkea osuus kertoo siitä, että nuorten mielenterveyttä pitää tukea sekä varhaisen tunnistamisen ja tuen keinoin että panostamalla nuorten mielenterveyspalveluihin.

Toimintaa kuvaavien indikaattoreiden sisällyttäminen kertoimeen lopputulosindikaattoreiden ohella tukee kertoimen nopeaa reagointia, koska muutokset väestön terveydessä (lopputulosindikaattorit) näkyvät indikaattoreissa hitaammin kuin muutokset prosesseissa. Toimintaa kuvaavat indikaattorit on valittu olemassa olevan tutkimustiedon ja Käypä hoito -suositusten pohjalta, jolloin niiden voidaan olettaa kohdentuvan vaikuttavaksi tiedettyihin prosesseihin. Lisäksi tämän painotuksen myötä asiakkaiden valinnanvapaus ja siitä johtuva väestön palvelujen käyttö eri organisaatioissa ei aiheuta virheellistä lopputulosta.

Hyväksyttävyyys tukee ohjausvaikutusta. HYTE-kertoimella tulee olla riittävä kentän toimijoiden hyväksyntä, muuten sillä ei saavuteta tavoiteltua ohjausvaikutusta. Kentän toimijoiden hyväksyntä varmistetaan jatkovalmistelun edetessä. Lähtökohtaisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavuutta on kuitenkin esitetty eri yhteyksissä tukemaan myös maakuntien toimintaa.

Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus ja yhteys muuhun sote-valmisteluun

Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavuutta tarkasteltaessa on todettu asian liittyvän ohjaus- ja kehittämISRakenteisiin sekä tietopohjan kehittämiseen. Lisäksi on kehitetty kunnille kohdennettava hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustin osaksi kuntien valtionosuutta.

Sote-järjestelmän ohjaus- ja kehittämISRakenteiden yhteys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustavuuteen. Sote-järjestelmän ohjauksella tulee olemaan merkittävä yhteys siihen, miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kokonaisuus toteutuu. Maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, ml. ehkäisevät palvelut, ohjaus sisällytetään osaksi yleistä sote-palvelujen ohjauskokonaisuutta. Ohjausta koskevien linjausten valmistelu on vielä kesken, koska niissä on otettava huomioon valinnanvapautta koskevat linjaukset.

Kannustinjärjestelmän kehittäminen tukee vaikuttavuus- ja kustannustietopohjan vahvistumista. Kustannus- ja vakutavuustietoryhmän tehtävänä on valmistella ehdotukset valtakunnallisesti yhtenäiseksi mittaristikoksi palveluiden tarpeen arviointiin sekä laadun, vaikuttavuuden, kustannusten ja tehokkuuden seuraamiseen. Ryhmä laatii myös ehdotukset indikaattoritiedon kokoamiseksi sekä valmistelee tarvittavat säännökset. Osana valmistelua otetaan huomioon hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulma.

Kuntien hyvinvoinnin edistämisen kannustin. Osana sote-uudistusta on valmisteltu kunnille suunnattua hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustinta. Kannustin kohdentuu kuntien vastuulle jääviin tehtäviin kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Maakuntien ja kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannustinjärjestelmät täydentävät toisiaan, ne eivät ole päällekkäisiä. Kannustavien elementtien kohdentaminen molempiin on perusteltua, koska hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulee toteutua kunnissa ja maakunnissa. Kunnille suunnattu rahallinen kannustin on esitetty toteutettavaksi valtionosuiden lisäosana, ollen suuruudeltaan noin 54 milj. euroa.

Lisäksi kuntien poikkihallinnollista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä vahvistaa maakuntien sote-järjestämislain 8 § mukainen kunnille tarjoama tuki. (Tästä tehdään erillinen valmistelu.)

Riskit ja niiden hallinta

- Tavoitteita ei saavuteta tai ne viipyvät. Kannustin ei ole merkittävä ohjaamaan toimintaa. Kannustimella vaikutetaan haluttuun toimintaan, mutta haluttu toiminta ei tuota riittäviä säästöjä.
 - Ratkaisu: Varmistetaan kannustimen oikea kohdennus.

- Jos HYTE-kertoimen painoa valmisteilla olevassa rahoitusmallissa nostetaan huomattavasti ja vastavasti tarvekertoimen painoa pienennetään, riskinä on, että maakunnan rahoitus on riittämätön palvelutarpeeseen nähden. Tuolloin seurauksena voisi olla joidenkin maakuntien talouden kiristyminen ja jopa valtion lisärahoituksen tarve osalle maakunnista.
- Indikaattoreita manipuloidaan. Valittuja indikaattoreita saattaa olla mahdollista manipuloida esim. kasvattamalla jonkin toiminnan määrää.
 - Ratkaisu: Riittävän yksiselitteiset indikaattorit ja niiden raportointitapa. Indikaattoreita on riittävä määrä. Virheellisten tietojen antaminen pitää sanktioida.
- Hallinnolliset kustannukset voivat muodostua oletettua suuremmiksi.
 - Ratkaisu: yksinkertaistetaan järjestelmää.
- Keskitytään vain rajattuihin, indikaattoreiden määrittämiin toimiin.
 - Ratkaisu: indikaattoreiden kattavuus varmistetaan ja arvioidaan muutostarpeita säännöllisesti.