

**KELA**  
**Sosiaali- ja terveysturvan selosteita**  
**35/2004**

Tuomas Aho

**Terveysvakuutusjärjestelmä**  
**Hallinnollisia ja juridisia näkökohtia**

**Tutkimusosasto**

Helsinki 2004

ISBN 951-669-647-3

ISSN 1455-0113



## ALKUSANAT

Peruspalveluiden järjestämisvastuu Suomessa on perustuslain mukaan julkisella vallalla. Perustuslain tasolla ei kuitenkaan ole säännelty sitä, miten julkinen valta vastaa palvelujen järjestämisestä. Kuntien vastuu hyvinvointi- ja muiden peruspalveluiden järjestämisestä perustuu erityislainsäädäntöön.

Peruspalveluiden järjestämisvastuuta koskevan sääntelyn kantavana ajatuksena on ollut kuntien roolin kehittäminen keskeiseksi ja käytännössä ainoaksi julkista valtaa edustavaksi järjestämisvastuulliseksi toimijaksi paikallisesti. Kunnan järjestämisvastuun piiriin kuuluvia ydinpalveluita ovat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Niiden merkitys myös kuntataloudelle on keskeinen.

Varsinaista keskustelua ei juuri ole käyty siitä, miten tarkoituksenmukaista on säilyttää totaali- ja osittainen vastuu kunnille jatkuvasti kasvaneen palvelujen kirjon järjestämisestä. Keskustelu ylikunnallisen yhteistyön muodoista tai kuntahallinnon ulkopuolisesta organisoitumisesta vastamaan tiettyjen peruspalveluiden järjestämisestä on niin ikään ollut vähäistä. Näin siitä huolimatta, että suomalaisen kuntakentän pirstaloituneisuudesta tiedetään seuraavan monia tehotomuushaittoja järjestämisvastuun käytännön toteuttamisessa.

Terveydenhuollon järjestämisvastuun alueellistamista näyttäisivät puoltavan niin kokemukset yksittäisten, erityisesti pienten kuntien vaikeuksista tasapainottaa terveydenhuollon budjettiaan kuin tilastot keskimääräisistä asukaskohtaisista terveysmenoista kunnissa. Erityisesti tarve vähentää hallinnon yleiskustannuksia ja parantaa hallinnon valmiuksia neuvotella, kilpailuttaa, ohjata ja valvoa laatua puoltavat järjestämisvastuun säilyttämistä riittävän isoille alueellisille toimijoille – kadottamatta kuitenkaan tuntumaa alueellisiin tarpeisiin ja arvostuksiin.

Sekä tarve varmistaa järjestämis- (ja rahoitusvastuullisen) toimijan riittävä koko – erotukseksi pelkästä alueellisesta yhteistyöstä palvelujen tuottamisessa – että pyrkimys eriyttää tilaajatoiminnot palvelujen tuotannosta ovat lähtökohtina terveysturvajärjestelmälle. Tarkastelun kohteena on terveydenhuollon järjestämisvastuun jakautuminen alueellisen vakuutuspiirin ja kunnan kesken siten, että ohjaus-, tilaaja- ja rahoitustoiminnot siirtyvät alueelliselle vakuutusrahastolle palvelutuotantoon liittyvien toimintojen jäädessä kunnan vastuulle. Kunta vakuuttaisi verovaroin kuntalaiset terveysturvajärjestelmän puitteissa, ja terveysturvajärjestelmän toimijat (terveysturvapiiri ja valtakunnallinen rahasto) vastaisivat terveyspalvelujen rahoittamisesta kuntien vastatessa edelleen julkisten terveysturvajärjestelmien tuotannosta yhdessä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Erikseen on tarkasteltu, missä muodossa kunnat yksin tai yhdessä voivat tuottaa terveysturvajärjestelmän palveluja.

Terveysvakuutusjärjestelmän piirteet ovat vasta hahmottumassa. Tämä raportti on juridinen selvitys, joka perustuu lähinnä Kelasta esiin tuotuihin näkemyksiin terveysvakuutusmallista. Terveysvakuutusjärjestelmää koskeva keskustelu on nähtävä alkuvaiheessa olevana prosessina. Tässä raportissa pyritään hahmottamaan tuon prosessin juridisia ehtoja. Allekirjoittanut vastaa raportissa esitetyistä näkemyksistä yksin.

Raportti on kirjoitettu Kelan tutkimusosaston toimeksiannosta. Allekirjoittanut kiittää Kelaa sekä erityisesti johtaja, VTT Mikael Forssia ja terveystutkimuksen päällikkö, LKT Timo Klaukkaa mielenkiintoisista keskusteluista ja avusta selvityksen laatimisessa.

Espoossa toukokuussa 2004

*Tuomas Aho*

## TIIVISTELMÄ

Raportti on tarkoitettu selvitykseksi terveystakuutusjärjestelmän juridisista ehdoista. Raportissa pyritään luomaan kuva siitä, mitä edellytyksiä ja ehtoja terveydenhuollon järjestämisen osalta julkiselle vallalle asetetaan. Lähtökohtana on, että perustuslain säännökset julkisen vallan järjestämismäärästä eivät sellaisenaan viittaa kuntiin, vaan järjestämismäärä voidaan lainsäädännössä säilyttää muullekin taholle, jonka voidaan katsoa edustavan ”julkista valtaa”.

Terveystakuutusjärjestelmä merkitsisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämismäärästä siirtämistä kunnilta suuremmille alueellisille toimijoille, joita tässä kutsutaan terveystakuutuspiireiksi. Järjestämismäärästä siirtäminen koskisi palveluiden rahoittamista ja tilaamista. Samalla toteutuisi aidosti ja selkeästi nykyisin kuntatasolla hiljalleen edennyt pyrkimys eriyttää kunnan sisäisesti tilaajatoiminnot palvelujen tuotannosta: terveystakuutuspiiri toimisi alueellisena tilaajana, ja kuntien terveystakeskukset, sairaanhoitopiirit, yksityiset lääkäriasemat ja kolmannen sektorin toimijat vastaisivat palvelutuotannosta. Mallilla luotaisiin alueellinen tilaaja (terveystakuutuspiiri), joka olisi riittävän iso ja osaava toimija silmällä pitäen vaativia tilaajatoimintoja. Samalla olisi mahdollista tavoitella siirtymistä rahoituksen yksikanavaisuuteen: yhtäältä terveydenhoidon, toisaalta hoitoon jonottamisen ja kuntoutuksen rahoittamista samasta lähteestä hoitoketjun kokonaisvaltaisen tarkastelun mahdollistamiseksi ja sitä kautta julkisten ja yksityisten menetysten minimoimiseksi.

Tässä juridisiin näkökohtiin ja ehtoihin rajoittuvassa raportissa on tarkasteltu keskustelussa esillä ollutta terveystakuutusmallia erityisesti kunnallisen itsehallinnon ja kuntalaisten oikeuksien kannalta. Kilpailu- ja hankintalainsäädännön tarkempi tarkastelu on jätetty myöhemmän vaiheeseen.

Raportin johtopäätöksenä on, ettei perustuslain kunnallista itsehallintoa tai kansalaisten sosiaalisia oikeuksia koskevista säännöksistä ole johdettavissa esteitä terveystakuutuspiirin kaltaiselle järjestämismäärästä uudelleenorganisoinnille. Se edellyttäisi kuitenkin kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidonlain muuttamista. Kuntien asema ei olennaisesti muuttuisi verrattuna esimerkiksi sairaanhoitopiirin pakkojäsenyyteen. Kuntien taloudellinen itsehallinto ei olennaisesti muuttuisi, koska terveystakuutusjärjestelmä rahoitettaisiin ainakin pääosin kuntien ”vakuutusmaksuilla”, toisin sanoen kunnat rahoittaisivat järjestelmää verovaroin ”otamalla terveystakuutuksen” terveystakuutuspiiriltä kuntalaisten puolesta. Terveystakuutuspiiri vastaisi näillä resursseilla kuntien terveystakeskuksilta ja yksityisiltä tehtävistä hankinnoista. Kunnalla säilyisi keskeinen rooli palvelujen tuottajana, jolle kuitenkin tulisi neuvottelevoite tilaajana toimivan terveystakuutuspiirin kanssa. Kunta vastaisi – kuten nykyäänkin – yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa palvelutuotannon perusinfrastruktuurista siinä laajuudessa kuin laadukkaiden terveystakeskusten järjestäminen kuntalaisille edellyttäisi ottaen huomioon palvelutuotannossa tosiasiaissa käytössä olevat muut vaihtoehdot. Kunnan järjestämismäärästä painopiste siirtyisi siten rahoituksen järjestämisestä palvelujen tuotannon organisointiin. Kunta päättäisi itse, miten se organisoisi oman palvelutuotantonsa.



## SISÄLLYS

1	TAUSTAA: JULKISEN TERVEYDENHUOLLON KESKEISET KIPUPISTEET .....	9
1.1	Julkisen terveydenhuollon tehtävämäärittely, päätösvalta ja vastuu .....	9
1.2	Hoitoketjun rahoituksen monikanavaisuus .....	10
1.3	Kustannusten epätasainen jakautuminen alueellisesti ja eri vuosina .....	11
1.4	Järjestämisvastuun ja palvelutuotannon päällekkäisyys .....	12
2	NYKYTILANNE – JULKISEN TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMIS- VASTUU .....	14
2.1	Yleistä julkisen terveydenhuollon lakisääteisistä tehtävistä .....	14
2.2	Järjestämisvastuun sisältö ja toteuttaminen .....	15
2.2.1	Terveydenhuollon ohjaus, tuotanto ja rahoitus .....	15
2.2.2	Lisänäkökohtia perusterveydenhuollon järjestämisvastuusta .....	16
2.2.3	Lisänäkökohtia erikoissairaanhoidon järjestämisvastuusta .....	17
2.3	Lakisääteisten palvelujen laatu ja valvonta .....	17
2.4	Hankintalainsäädäntö ja kilpailuttamisvelvoite .....	18
3	TERVEYSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄ .....	20
3.1	Yleistä terveysvakuutusjärjestelmälle asetetuista tavoitteista ja sen keskeisistä piirteistä .....	20
3.2	Jaettua järjestämisvastuuta koskevan mallin keskeiset piirteet .....	21
3.2.1	Alueellisen vakuutuspiirin järjestämisvastuu .....	21
3.2.2	Kunnan järjestämisvastuu .....	23
3.2.3	Sairaanhoidopiirin rooli .....	24
3.2.4	Kuntalaisen asema .....	25
3.3	Alueellinen vakuutuspiiri .....	26
3.3.1	Tehtävät .....	26
3.3.2	Asiantuntemus .....	27
3.3.3	Alueellinen edustus .....	27
3.3.4	Alueellinen jako .....	28
3.3.5	Kannustimet .....	29
3.4	Terveysvakuutusrahasto .....	29
3.4.1	Tehtävät .....	29
3.4.2	Tarvittava asiantuntemus .....	30
3.5	Rahaston kattaminen .....	30
3.5.1	Yleistä .....	30
3.5.2	Rahaston varat .....	31
3.5.3	Alijäämän kattaminen .....	32
3.5.4	Valtionosuuksien käsittely .....	32
3.5.5	Asiakasmaksuista päättäminen .....	32
4	JULKISTEN TERVEYSPALVELUJEN TUOTANTO .....	33
4.1	Organisointivaihtoehdot .....	33
4.1.1	Yleistä – tavoitteena palvelutuotannon eriyttäminen .....	33
4.1.2	Palvelukuntamalli – tuotannon eriasteinen eriyttäminen hallinnon sisällä ...	34
4.1.3	Kuntayhtymä .....	35

4.1.4 Sairaanhoidopiiri .....	36
4.1.5 Liikelaitos .....	37
4.1.6 Uusimuotoinen liikelaitos .....	39
4.1.7 Osakeyhtiö .....	40
4.2 Palvelutuotannon organisointivaihtoehdoille asetettavat laadulliset kriteerit .....	42
4.2.1 Riittävän koon hyödyntäminen .....	42
4.2.2 Osaamisen varmistaminen .....	44
4.3 Vaihtoehtojen tarkastelua .....	44
4.3.1 Yleistä .....	44
4.3.2 Resursointi .....	45
4.3.3 Ohjaus ja valvonta .....	46
<b>5 JURIDISIA NÄKÖKOHTIA .....</b>	<b>47</b>
5.1 Terveysvakuutuksen suhde julkisyhteisöihin ja olemassa oleviin organisaatioihin .	47
5.1.1 Kunnat .....	47
5.1.2 Kela .....	47
5.1.3 Suhde yksityisiin vakuutusmarkkinoihin .....	48
5.2 Juridista arviointia .....	48
5.2.1 Rahasto osana julkista valtaa .....	48
5.2.2 Suhde kunnalliseen itsehallintoon .....	49
5.2.3 Suhde kansalaisten perusoikeuksiin .....	50
<b>KIRJALLISUUS .....</b>	<b>53</b>
<b>LIITE .....</b>	<b>54</b>



# 1 TAUSTAA: JULKISEN TERVEYDENHUOLLON KESKEISET KIPUPISTEET

Seuraavassa kuvataan yhteenvedonomaaisesti julkisessa keskustelussa yleisimmin esiin tuotuja selityksiä julkisen terveydenhuollon ongelmista.

## 1.1 Julkisen terveydenhuollon tehtävämäärittely, päätösvalta ja vastuu

Vuoden 1995 perusoikeusuudistuksen yhteydessä hallitusmuotoon sisällytettiin ns. sosiaaliin perusoikeuksiin kuuluva oikeus terveydenhuoltoon. Tämä nykyään perustuslain 19 §:ään sisältyvä säännös velvoittaa julkista valtaa turvaamaan, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä.

Perustuslain 22 §:ssä veloitetaan julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutuminen. Valtion ja kuntien tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut. Säännöksen on katsottu velvoittavan myös tuomioistuimia perusoikeusmyönteiseen laintulkintaan.

Terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on käytännössä kuntien tehtävä. Suurin osa julkisista terveyspalveluista on lakisääteistä. Lainsäädännössä (erityisesti kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki) kunnat on veloitettu järjestämään laissa tarkoitettut terveyspalvelut. Kunnan järjestämisvastuu kattaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoito toteutetaan pääosin sairaanhoitopiirin pakkojäsenyydellä.

Yksilön oikeuden sosiaali- ja terveyspalveluihin katsotaan oikeuskirjallisuudessa tyypitellyn jaon mukaan määräytyvän joko nk. subjektiivisena oikeutena tai määrärahasidonnaisena oikeutena. Jaottelu on johdettu viime kädessä perustuslain säännöksistä. Suurin osa terveyspalveluista luokitellaan tässä jaottelussa määrärahasidonnaisiksi. Se tarkoittaa, että kuntalaisilla on oikeus palveluihin kunnan varaamien määrärahojen puitteissa. Terveyspalveluista subjektiivisena oikeutena voidaan mainita lähinnä oikeus kiireelliseen sairaanhoitoon.

Edellä kuvattu jaottelu menettäneenä vähitellen merkitystään, ja se on nykyiselläänkin riitautettu.<sup>1</sup> Perusoikeuksista voitaneen johtaa, että myös terveyspalvelujen piirissä yksilöllä on oikeus tiettyihin ja myös tietyn tasoihin terveyspalveluihin, eikä niitä käytännössä voida evätä resurssien puutteeseen vedoten. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa lähtökohtana on pidetty sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täy-

---

<sup>1</sup> Tätä jaottelua on pidetty ainakin osin virheellisenä: ks. Liljeström 2003.

sivaltaisena jäsenenä. Hoitotakuun voimaantulon (2005) voidaan uskoa muuttavan vallitsevaa tulkintaa subjektiivisia oikeuksia korostavaan suuntaan.

Potilasjonot, hoidon viivästyminen sekä puutteelliset diagnoosit ja hoito ovat todellisia. Juridinen keskustelu siitä, toteutuvatko perustuslain vaatimukset potilaan oikeuksista, saattaa tuntua pikemminkin saivartelulta eikä välittömästi auta usein pitkässä jonossa hoitoa odottavaa potilasta. Hoitotakuusta haetaan ratkaisua jonoihin. Sen positiiviset vaikutukset tai mahdolliset kielteiset seuraukset ovat toistaiseksi arvailujen varassa. Kokemus opettaa, että normien asettaminen on vasta tahdonilmaisuuksien ensimmäinen askel eikä ratkaise perusongelmia. Vasta toimintatapojen kehittämisen avulla parannetaan tehokkuutta, joka koituu viime kädessä potilaan hyväksi. Normien asettamiseen ja (vain) niiden muodolliseen täyttämiseen tuijottaminen saattaa pikemminkin johtaa sokeuteen, jossa perimmäinen tavoite – potilaan ja rahoittavan julkisyhteisön kannalta tehokkaasti annettu laadullisesti riittävän korkeatasoinen hoito – jää sivuseikaksi.

Nykyinen valtio–kunta-asetelma julkisen terveydenhuollon tavoitteiden asettamisessa, ohjauksessa, resursoinnissa, jne. on saattanut osaltaan vaikuttaa siihen, ettei enää tiedetä, kuka on vastuussa. Keskustelussa on yleensä tyydytty toteamaan, etteivät kunnat huolehdi järjestämisvastuustaan. Yleisesti aletaan kuitenkin myöntää, ettei useilla kunnilla ole riittäviä edellytyksiä huolehtia järjestämisvastuustaan. Edellytysten rajallisuus ei ehkä edes ensisijaisesti liity taloudellisiin voimavaroihin vaan osaamiseen eli pienten kuntien rajallisiin hallintoresursseihin. Silti peruskysymys siitä, onko mielekäästä edelleen säilyttää järjestämisvastuu yksin kunnille, ei toistaiseksi ole joutunut laajemman keskustelun kohteeksi.

## **1.2 Hoitoketjun rahoituksen monikanavaisuus**

Terveydenhuollon rahoitus perustuu useaan lähteeseen eli sen rahoituspohja on useampitahoinen: hajautettu kunnallinen rahoitus, potilaiden omavastuuosuus, keskitetty Kansaneläkelaitoksen (Kela) rahoitus ja lisäksi työnantajien rahoitus. Myös terveydenhuollon rahoituksen tarkasteluun voidaan ottaa huomioon erilaiset tulonsiirrot, jotka rahoitetaan usean julkisen tahon ja usean yksityisen tahon toimesta. Tuoreessa selvityksessä nähdään vaarana yhtäältä osaoptimoinnista seuraava kokonaiskustannusten tarpeeton nousu, toisaalta hoidon laadun mahdollinen epäoptimalisuus suhteessa kustannuksiin, hyvinvointivaltion periaatteisiin ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiin hyvästä hoidosta.<sup>2</sup>

Selvitys edellyttää julkisen rahoituksen koordinaatiota eli sitä, että kahta eri ohjausjärjestelmää paremmin hyväksikäyttäen saataisiin sairaanhoidon tehtävät ja vastaavat kustannukset

---

<sup>2</sup> Vohlonen ym. 2003.

vastaamaan hoitamattomuudesta aiheutuvia julkisia ja yksityisiä menetyksiä. Kahdella eri ohjausjärjestelmällä viitataan yhtäältä julkisesti rahoitettuun julkiseen terveydenhuoltoon ja toisaalta lähinnä Kelan rahoitukseen, jolla rahoitetaan työstä poissaoloja, lääkkeiden käyttöä, työterveyshuollon ja kuntoutuksen toteuttamista ja monia muita terveydenhuollon suoria ja epäsuoria toimintoja, samalla kun kuntien avulla julkisesti rahoitetaan vain julkista erikoissairaanhoidtoa ja perusterveydenhuoltoa. Yhdellä julkisella rahoituksella ohjataan siten kysyntää ja toisella julkisella rahoituksella tarjontaa.

Raportissa kiinnitetään huomiota siihen, että vaikka palvelujen pitkä odotusaika ja niiden laaduttomuus johtavat julkisten menojen tarpeettomaan kasvuun, ei tätä näkökohtaa oteta huomioon palvelujen tarjontaa resursoidessa. Sairaanhoidon tuloksellisuus, joka viime kädessä näkyy hoidon laatuna ja jonotusaikoina, jää liian vähälle huomiolle. Ja tämä on siis seurausta siitä, että ”julkiset rahoittajat eivät ole yhdessä riittävän kiinnostuneita siitä, mikä on kokonaiskustannusten koko tai hoidon oikea ajoittuminen potilaan sekä häntä hoitavan lääkärin näkökulmasta”. (Tässä mielestäni kohtuullisempaa kuin puhua rahoittajien puuttuvasta kiinnostuksesta olisi sanoa, että järjestelmä nykyisellään ei mahdollista sitä, että hoitoketjua tarkasteltaisiin kokonaisuutena kustannusten kokonaisoptimoinnin tarkoituksessa.)

Raportin johtopäätökset vahvistavat sen vallitsevan olettamuksen, että terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuudesta seuraa tehottomuushaittoja – sekä potilaan että kansantalouden kustannuksella. On helppo yhtyä raportissa esitettyyn toteamukseen, että ”on epätarkoituksenmukaista, että odottamisesta aiheutuvat menot ovat suurempia kuin sen jälkeisen hoidon kustannukset”.

Hoitoketjun rahoituksessa kokonaisvaltainen tarkastelu kustannustehokkuuden kokaisoptimoimiseksi näyttääkin nousevan yhä tärkeämmäksi argumentiksi. Se näyttäisi puoltavan terveydenhuollon rahoituksen kehittämistä kohti yksikanavaisuutta.

### **1.3 Kustannusten epätasainen jakautuminen alueellisesti ja eri vuosina**

Kaikilla kunnilla on koosta riippumatta samat tehtävät ja sama järjestämisvastuu peruspalvelujen suhteen. Kainuun maakuntahallintokokeilu merkitsee tosin poikkeusta tähän pääsääntöön.<sup>3</sup>

Suomen kunnat ovat asukas pohjaltaan keskimäärin hyvin pieniä. Suomessa oli vuoden 2004 alussa 200 kuntaa, joissa on alle 2 000 asukasta ja yli 300 kuntaa, joissa on alle 8 000 asukasta. Yli 15 000 asukkaan kuntia oli vuoden 2004 alussa 67.

---

<sup>3</sup> Kainuun kokeilu keskeisten peruspalveluiden järjestämisestä maakunnallisesti tulee muodostamaan poikkeuksen tähän sääntöön.

Ikärakenteen muutokseen perustuva kuntien sosiaali- ja terveystoimen kasvu nopeutuu merkittävästi jo vuosina 2005–2010. Kasvu saattaa vielä nopeutua tämän jälkeen. Kuntaliiton laskelmien mukaan näihin palveluihin kohdistuvat kuntien menot kasvaisivat yksistään ikärakenteen muutoksen seurauksena 6 prosenttia vuodesta 2000 vuoteen 2020.

Terveydenhuollon asukaslukuun suhteutetut kustannukset eroavat kuntien välillä. Kuntakoko ei ole suinkaan ainoa terveydenhuollon kustannuseroja kuntien välillä selittävä tekijä. Tilastojen perusteella sosiaali- ja terveystoimen asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät 20 000–40 000 asukkaan kunnissa. Yksistään terveystoimen kustannuksia vertailtaessa asukaskohtaiset kustannukset olivat pienimmät yli 100 000 asukkaan kunnissa. Asukaskohtaiset kustannukset olivat suurimpia kaikkein pienimmissä kunnissa. Näissä kunnissa myös kustannukset kasvoivat nopeammin kuin isommissa kunnissa.

Suurin yksittäinen ongelma pienissä kunnissa liittyy kustannusten ennakoimattomaan ja suureenkin vaihteluun. Pienissä kunnissa jopa yksittäinen kallis hoitotoimenpide, jota ei ole voitu ennakoida, saattaa johtaa budjetin ylittymiseen. Tällä on merkittäviä vaikutuksia paitsi kunnan taloudenhoitoon myös kansalaisten yhdenvertaisuuteen. Kuntatalouden rationalisoinnin merkittävänä vaikeuttajana ovat ennakoimattomat muutokset niin palvelujen kysynnässä, tuloissa kuin menoissakin.

Toisekseen ongelmat liittyvät hallinnollisiin valmiuksiin ja osaamiseen. Järjestämisvastuu on ennakoimista, suunnittelua, tarkoituksenmukaisten toimintatapojen hakemista ja mahdolliseen ulkoistamiseen (ml. kilpailuttaminen) liittyviä toimia. Näistä vastaaminen menestyksellisesti edellyttää hallinnollisia resursseja ja osaamista. Voidaan olettaa, että ainakaan liika pienuus ei ole hyväksi: järjestämisvastuullisen yksikön pienuus merkitsee joko liian pieniä resursseja tai ainakin hallinnollisten yleiskustannusten suhteellista nousua. Liika suuruus voi puolestaan merkitä hallinnon tuntuman irtautumista asiakkaiden tarpeista ja palvelutuotannon ongelmista ja sitä kautta aiheuttaa kitkaa ohjauksen ja tuotannon välille. Tätä olettamaa tukevat em. tilastot, joiden mukaan terveydenhuollon asukaskohtaiset kustannukset ovat pienimmillään keskikokoisissa kunnissa. Liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä ei kuitenkaan tule tehdä.

#### **1.4 Järjestämisvastuun ja palvelutuotannon päällekkäisyys**

Kunnallisen terveystoimen tuotannon perusyksikkö on terveyskeskus, jonka tehtävistä säädetään kansanterveyslaissa. Kunnalliset terveyskeskukset ovat joko yksittäisen kunnan omia tai toimivat kuntayhtymänä palvelleen kahta tai useampaa kuntaa. Vajaassa puolessa Suomen kunnista (188) on oma terveyskeskus, kun taas 248 kuntaa saa perusterveydenhuollon palvelut kuntayhtymän terveyskeskukselta. Muutama kunta ostaa lähes kaikki terveys-

keskuspalvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. Terveyskeskus käsittää usein avohoidon lisäksi vuodeosastohoito palveluita ja muuta sairaalatyypistä toimintaa.

Kunta voi huolehtia palvelujen tarjonnasta käyttämällä olemassa olevia resursseja hyväkseen parhaaksi katsomallaan tavalla. Teoriassa kaikki tarjolla olevat Suomen lääkäri- ja hoitaja-resurssit ovat kuntien käytettävissä. Kunnan valinnanvapautta sen suhteen, miten se huolehtii palveluiden tuottamisesta, ei lainsäädännöllä juurikaan rajoiteta.

Tilaaaja- ja tuotantotoimintojen erottamisella pyritään luomaan neuvottelutilanne, joka joiltakin osin toisi markkinamekanismin hyötyjä. Käytössä on eri muotoisia tilaaja-tuottajamalleja. Vastaavasti puhutaan sopimusohjauksesta, jolla viitataan neuvottelutilanteeseen toimijoiden välillä hallinnollisen määräysvallan käytön sijasta. Muodollisesti selkeimmin tilaaja- ja tuotantotoiminnot on eriytetty kuntien ja sairaanhoitopiirien välisessä suhteessa. Erikoissairaanhoidon osalta kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä käydään neuvottelut siinä mielessä, että tilaaja ja tuottaja sopivat palvelutuotannon ehdoista. Kuntien sisällä tilaaja-tuottajamallia soveltamalla on haettu samanlaista neuvottelutilannetta.

Voidaan kuitenkin uskoa, että tilaaja-tuottajamallilla ei saavuteta merkittäviä hyötyjä erityisesti, jos neuvotteluosapuolilla ei ole mitään vaihtoehtoisia (kilpailevia) neuvottelukumppaneita tai jos neuvotteluosapuolten neuvotteluvoima muusta syystä (esim. tiedon ja osaamisen puutteesta) on epäsuhtainen. Näin voidaan uskoa olevan esim. pienen kunnan ja suuren sairaanhoitopiirin välisessä neuvottelutilanteessa. Tilaaaja-tuottajamallin hyödyt onkin saavutettavissa vasta, kun osapuolet on selkeämmin erotettu toisistaan myös siten, että ainakin potentiaalisesti tarjolla on vaihtoehtoinen etenemistie (neuvottelukumppani).

## 2 NYKYTILANNE – JULKISEN TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISVASTUU

### 2.1 Yleistä julkisen terveydenhuollon lakisääteisistä tehtävistä

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetussa laissa (733/1992) kunnalle annetaan harkintavalta järjestää palvelujentuotanto haluamallaan tavalla. Eräissä laeissa (mm. kehitysvammaisten erityshuollosta annettu laki) tähän harkintavaltaan on tosin säädetty poikkeuksia. Kuntaa sitoo siten velvollisuus järjestää palvelut ja turvata niiden taso, mutta muilta osin (tapa, jolla palvelut järjestetään) harkintavalta on laaja. Vaihtoehtoja ovat seuraavat:

- tuottaa palvelut itse
- tuottaa palvelu yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa
- hankkia palvelu ostopalveluna toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä
- hankkia palvelu yksityiseltä palveluntuottajalta
- perustaa palveluja tuottava osakeyhtiö tai muu yksityisoikeudellinen yhteisö tai olla siinä osakkaana, tai hankkia palvelu valtiolta tai muulta julkisyhteisöltä.

Hankittaessa palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta kunnan on varmistuttava siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta. Muutoin ei ole säädetty, minkälaista menettelyä kunnan tulee noudattaa palveluja mahdollisesti hankkiessaan.

Laissa ei yksityiskohtaisemmin säännellä toiminnan laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa. Erityisesti perustuslain yhdenvertaisuussäännöksen (6 §) on kuitenkin katsottu rajoittavan valtionosuuslainsäädäntöuudistuksen mahdollistamaa erilaisuutta kuntien palveluvalikoimassa ja palvelujen järjestämistavoissa. Terveyspalveluja on annettava siten, ettei ihmisiä ilman lääketieteellisesti perusteltua syytä aseteta eri asemaan mm. heidän ikänsä, terveydentilansa tai vammaisuutensa perusteella.<sup>4</sup>

Kunta on siten julkisen terveydenhuollon järjestämismääräyksen perusyksikkö mutta kunnan harkintavalta sen suhteen, miten perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan, on varsin laaja edellä kuvatuin, lähinnä yhdenvertaisuusperiaatteesta johdettavin rajoittein. Sairaanhoidopiirin toiminta on jossain määrin tarkemmin säänneltyä.

---

<sup>4</sup> Hallintoneuvos Marita Liljeström, KHO, Esitelmä [www.stm.fi/suomi/eho/oikeus\\_hoitoon](http://www.stm.fi/suomi/eho/oikeus_hoitoon) 26.9.2003.

## 2.2 Järjestämismvastuun sisältö ja toteuttaminen

### 2.2.1 Terveysthuollon ohjaus, tuotanto ja rahoitus

Kunnan tehtäviä koskevassa sääntelyssä voidaan erottaa palvelujen järjestämismvastuu ja palvelujen tuottaminen. Terminologia ei ole lainsäädännössä kuitenkaan aina johdonmukainen. Kunnan järjestämismvastuu tarkoittaa, että palveluja on kuntalaisten saatavilla. Järjestämismvastuuseen kuuluu useimmiten viranomaistehtäviä, valvontaa ja rahoituksesta sopimista. Kuntalaissa tarkoitettu tehtävien hoitaminen tarkoittaa järjestämismvastuuta.<sup>5</sup>

Kunnille lainsäädännössä osoitettu julkisten terveyspalvelujen järjestämismvastuu merkitsee käytännössä vastuuta palvelujen ohjauksesta, järjestämisestä, varsinaisesta palvelujen tuottamisesta sekä valvonnasta.

Järjestämismvastuusta johtuu velvollisuus huolehtia palvelujen saatavuudesta, mutta kunta päättää itse, millä tavoin palvelut tuotetaan.

Lakisääteisten palvelujen yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien mukaan sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänitasolla suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallituksille.

Valtion ohjauksen osalta puhutaan normiohjauksesta, resurssiohjauksesta ja informaatio-ohjauksesta. Pitkään jatkunut pyrkimys vahvistaa kunnallista itsehallintoa on merkinnyt normiohjauksen vähentymistä valtion ja kuntien välisessä suhteessa. Sen käänköpuolena on ollut toisistaan poikkeavien standardien noudattaminen palvelujen kriteereinä, mikä on johtanut väistämättä eroavaisuuksiin palvelujen laadussa maan eri alueiden välillä. Kehityksen voidaan katsoa olleen ainakin jossain määrin ristiriidassa kansalaisten yhdenvertaisuutta ja heille turvattujen palvelujen yhdenmukaisuutta koskevan perustuslaillisen periaatteen kanssa.

Viime vuosikymmenen aikana on edelleen siirrytty normi- ja resurssiohjauksesta kohti kuntien itsehallinnollista tulostuuta. Viime vuosikymmenen alun valtionosuusuudistuksen tavoitteena oli lisätä kunnallista itsehallintoa. Valtionosuuksia ruvettiin antamaan kunnille korvamerkitsemättöminä osuuksina. Valtionosuuksien kuntalaskutus perustuu kuitenkin todellisiin, potilaskohtaisiin kustannuksiin. Viime vuosikymmenen aikana valtionosuuksien osuus terveydenhuollon toimintamenoista on laskenut merkittävästi.

Pyrkimys kehittää tilaaja- ja tuottajatoimintoja toisistaan erillään on edellyttänyt uudentyyppisiä ohjausmekanismeja. Kehitys kunnan ja palveluntuottajan välisessä suhteessa onkin kul-

---

<sup>5</sup> Harjula-Prättälä 1995, 96.

kenut kohti sopimusohjausta. Tämä pätee erityisesti kunnan ja sairaanhoitopiirin väliseen ohjaussuhteeseen. Ajatus on, että osapuolet pyrkivät parantamaan toimintaansa sopimalla toimintansa ehdoista. Sopimusohjauksen suhde tilaaja-tuottajamalliin on läheinen. Sopimusohjauksella tarkoitetaan sellaista tilaaja-tuottajamallia, jossa eksplisiittisesti sovitaan sopimuksin ja jossa sopimuksia käytetään keskeisenä toiminnan ohjauksen välineenä. Myös kunnan ja yksityisen palveluntuottajan väliset ostosopimukset ovat sopimusohjausta.<sup>6</sup>

### *2.2.2 Lisänäkökohtia perusterveydenhuollon järjestämisvastuusta*

Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan käytännössä joko yksin kunnan toimesta tai kansanterveystyön kuntayhtymän kautta. Kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin kansanterveyslaissa tai muutoin säädetään tai määrätään. Kunnat voivat yhdessä huolehtia kansanterveystyöstä perustamalla tätä tehtävää varten kuntayhtymän. Kunta voi toisen kunnan kanssa sopia myös siitä, että tämä hoitaa osan kansanterveystyön toiminnoista. Jos kansanterveyslain (66/1972) mukainen toiminta on annettu kuntayhtymän tehtäväksi, sen hoidettavaksi on annettava myös kansanterveystyötä koskevien muiden lakien mukaiset tehtävät. Tästä poiketen jäsenkunta voi päätöksensä mukaisesti hoitaa ympäristöterveydenhuollon tehtävät muullakin tavalla itse tai yhteistyössä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa.

Kansanterveystyöhön eli perusterveydenhuoltoon kuuluvina keskeisimpinä tehtävinä kunnan tulee ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen sekä järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Edelleen kunnan tulee järjestää sellaiset kunnan asukkaiden tarvitsemat mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa, huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää lääkinnällinen pelastustoiminta ja ylläpitää sitä sekä järjestää paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius. Muita keskeisiä tehtäviä ovat mm. kouluterveydenhuolto (ks. liite).

Kunnan tulee suunnitellessaan ja kehittäessään kansanterveystyötä olla yhteydessä asianomaisen sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden.

Kunnan asukkaalla tarkoitetaan henkilöä, jonka kotikuntalaissa tarkoitettu kotikunta kyseinen kunta on. Henkilön asuin- ja kotikunnalla tarkoitetaan kuntaa, jonka asukas hän on.

---

<sup>6</sup> Paunio 1999.



Toimintoja varten tulee kunnalla olla terveyskeskus. Sen toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanoitoille tai järjestää liikkuvien toimintayksiköiden avulla. Kunta voi mainittujen toimintojen lisäksi antaa terveyskeskuksen hoidettavaksi kunnalle muissa laeissa säädettyjä kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä. Kunta voi sopia alueellaan toimivan työnantajan kanssa siitä, että kunnan työterveyskeskus järjestää työnantajan palveluksessa oleville työntekijöille työterveyshuoltolain 14 §:ssä tarkoitettuja sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja.

### *2.2.3 Lisänäkökohtia erikoissairaanhoidon järjestämistä*

Erikoissairaanhoidon (1062/1989) mukaan sairaanhoitopiiriin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille sellaisia niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa, sekä vastata terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.

Sairaanhoitopiiriin tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien kyseisten viranomaisien kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.

Henkilön kotikunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon lain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Kunnalla on sama velvollisuus kiireellisissä tapauksissa järjestää sellaisen henkilön erikoissairaanhoidon, jolla ei ole Suomessa kotipaikkaa. Henkilön asuin- ja kotikunnalla tarkoitetaan kuntaa, jonka asukas hän on.

Erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Läänin alueella erikoissairaanhoidon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallitukselle.

## **2.3 Lakisääteisten palvelujen laatu ja valvonta**

Kunnan järjestämien terveyspalvelujen laatua ei ole yleensä laissa yksityiskohtaisesti säännelty tai muutoin määritelty. Pyrkimys korostaa kunnallista itsehallintoa ja sitä kautta kun-

nan omaa harkintavaltaa merkitsi luopumista yksityiskohtaisesta normiohjauksesta valtion ja kuntien välisessä suhteessa. Kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja potilaslaissa sekä alemman asteisissa säännöksissä on tiettyjä varsin yleisluonteisia kriteerejä palvelujen laadun määrittämiseksi.

Rinnan yksityiskohtaisemman normiohjauksen ja kuntien itsehallinnollisen roolin korostamisen kanssa valtion viranomaisten edellytykset valvoa kunnallisen palveluveloitteen toteutumisesta on karsittu lähes olemattomiin. Lääninhallitus voi nykyisin puuttua kunnan toimintaan vain tehdyn kantelun perusteella. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva perusturvalautakunta voi sosiaali- ja terveysministeriön esityksestä selvittää, onko yksittäisen kunnan palvelujärjestelmä asianmukainen. Lautakunta voi päätyä toteamaan, että järjestelmässä on kunnasta johtuvasta syystä puutteita. Tällöin lautakunta voi antaa kunnalle suosituksen siitä, miten ja missä ajassa havaitut puutteet tulee korjata. Lautakunta ei ole muutoksenhaku-elin vaan arvioi kunnan palvelujärjestelmää kokonaisuutena.

Ainakin osin seurauksena huolesta ja kritiikistä, joka on kohdistunut terveyspalvelujen laadussa alueellisesti ilmeneviin eroavaisuuksiin, alkaneella vuosikymmenellä on otettu käyttöön myös terveyspalvelujen laatusuosituksia. Kuitenkin (vasta) mielenterveyspalveluille, kouluterveydenhuollolle ja vanhustenhuollolle on toistaiseksi annettu laatusuosituksia. Laatusuositukset eivät ole oikeudellisesti sitovia mutta niiden voidaan uskoa olevan varsin ratkaisevia mm. perusturvalautakunnan tai lääninhallitusten ratkaisutoiminnassa.

## **2.4 Hankintalainsäädäntö ja kilpailuttamisvelvoite**

Suurella määrällä pakottavaan EU-normistoon perustuvalla kansallisella julkisilla hankintoja koskevalla lainsäädännöllä on suuri vaikutus siihen tapaan, jolla terveyspalvelujen tuotantoa mahdollisesti eriytetään julkishallinnosta.

Julkisilla hankinnoilla tarkoitetaan viranomaisten ja muiden julkishallintoon kuuluvien toimijoiden tavara- ja palveluhankintoja sekä rakennusurakoita eli verovaroin suoritettavia hankintoja. Taustalla on pyrkimys julkisten varojen mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Hankintalainsäädännön pääperiaatteena on hankintojen tehokas ja avoin kilpailuttaminen sekä tarjouskilpailuun osallistuvien syrjimätön kohtelu.

Ostavan julkisyhteisön (hankintayksikkö) on hyväksyttävä tarjouksista joko se, joka on kokonaistaloudellisesti edullisin hankinnan arviointiperusteiden mukaan, tai se, joka on hinnaltaan halvin. Kokonaistaloudellisuuden arviointiperusteita voivat olla esimerkiksi hinta, toimitusaika, valmistumispäivä, käyttökustannukset, laatu, elinkaarikustannukset, esteettiset tai toiminnalliset ominaisuudet, tekniset ansiot, huoltopalvelut, toimitusvarmuus, tekninen tuki

ja hankinnan kohteen aiheuttamat ympäristökustannukset. Käytettäessä valintaperusteena kokonaistaloudellista edullisuutta hankintailmoituksessa tai tarjouspyyntöasiakirjassa on mainittava kaikki ne arviointiperusteet, joita sovelletaan tarjousta hyväksyessä.

Kunta joutuu kilpailuttamaan ulkoistettavat palvelut. Tämä koskee vallitsevan tulkinnan mukaan (= kuntien noudattaman käytännön mukaan) muita kuin toisen viranomaisen (toinen kunta, kuntayhtymä) tuotettavaksi annettavaa palvelua.

Terveyssektorilla eräiden muiden sektoreiden ohella voidaan soveltaa joustavampaa menettelyä. Edes suuremmilta hankinnoilta ei tällä sektorilla edellytetä Euroopan laajuista hankintailmoituksen tekemistä. Tämä on käytännössä johtanut monissa tapauksissa kilpailuttamisen täydelliseen laiminlyöntiin, mikä ei kuitenkaan ole ollut lainsäätäjän tarkoitus. Terveystuollossa kilpailuttamisesta on toistaiseksi vähän kokemuksia. Se on nähty pikemminkin rasitteena kuin mahdollisuutena. Tämä selittyy suurelta osin toistaiseksi puutteellisista valmiuksista tuotteistaa terveystuoluita. Hankintaosaamisen parantaminen kunnissa onkin nähty suurena haasteena.<sup>7</sup>

Hankintalainsäädäntö on uudistumassa vuonna 2005. Sen peruseriaatteisiin tuskin tulee olennaisia muutoksia.

---

<sup>7</sup> Hankinta saadaan tehdä ilman kilpailua vain erityisistä syistä. Mikäli hankintayksikön valitseman hankintamenettelyn mukaan kaikki halukkaat voivat tehdä tarjouksen (avoin hankintamenettely), tarjouspyynnöstä on ilmoitettava julkisesti. Tarjouksia on joka tapauksessa kilpailun aikaansaamiseksi pyydettävä riittävältä määrältä toimittajia.

### 3 TERVEYSVAKUUTUSJÄRJESTELMÄ

#### 3.1 Yleistä terveystakuutusjärjestelmälle asetetuista tavoitteista ja sen keskeisistä piirteistä

Terveystakuutusmalli tarkoittaisi maan jakamista piireihin, joiden asukas pohja olisi huomattavasti nykyistä yksittäisen kunnan keskikokoa suurempi. Terveystakuutuspiiri muodostuisi alueesta, jonka kuntien yhteenlaskettu asukasluku olisi vähintään 100 000. Terveystakuutuspiirejä olisi siten joitakin kymmeniä.

Toimintamallin keskeisenä tavoitteena on tilaaja- ja rahoittajaroolin eriyttäminen varsinaisesta tuotannosta. Mallilla tavoitellaan erityisesti seuraavia etuja nykytilanteeseen:

- terveydenhuollon rahoitusvastuun alueellistaminen terveystakuutuspiiriin

Tällä tavoiteltaisiin yksittäisten kustannuserien vaikutuksen pienentämistä ja sitä kautta kustannusten tasaamista kuntien kesken vakuutusmallin mukaisesti. Rahoitusvastuun siirtäminen terveystakuutuspiirille tähtää niiden etujen saavuttamiseen, jotka yleensä liittyvät vakuuttamismalliin.

- tilaajatoimintoihin liittyvä osaaminen ja riittävän suuri neuvotteluvoima suhteessa palveluntuottajiin

Rahoituksen järjeistämisen ohella järjestelmällä tavoitellaan tilaajaosaamista, neuvotteluvoimaa ja tehokkaaseen hallintoon liittyviä valmiuksia.

- tilaajatoimintojen itsenäisempi rooli hankintatoiminnan tehostamiseksi

Kuntatasolla eri muodoissa sovelletulla tilaaja-tuottajamallilla on pyritty kysyntäolosuhteiden (markkinaehtoisemman toimintatavan) luomiseen. Väistämättä hallinnollisella eriyttämisellä on saavutettu vasta markkinaolosuhteiden ensimmäinen vaihe, hankintaa koskevan päätöksenteon (ehkä osin näennäinen) riippumattomuus tuotannosta. Tilaaja-tuottajamallilla voidaan kuitenkin ottaa tärkeä askel kohti todellisia kysyntäolosuhteita. Se on tärkeää myös jääviysongelmien poistamiseksi ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Se on myös minimiedellytys uskottavuuden synnyttämiseksi tasapuolisiin toimintaedellytyksiin usean vaihtoehdoisen palveluntuottajan välillä. Markkinamekanismin hyötyjä ei saavuteta täysimääräisesti pelkällä kuntahallinnon sisäisellä eriyttämisellä.

Terveystakuutusmalli merkitsi tilaaja- ja tuottajatoimintojen todellista eriyttämistä. Sen vaikutuksia voidaan kuitenkin pehmentää sitoumuksilla puolin ja toisin.

Samalla järjestelmä merkitsi alueellisen vastuun säilyttämistä eräänä järjestelmän keskeisenä tunnuspiirteenä. Terveysvakuutuspiiri olisi alueellinen toimija, jonka tuntuma paikallisiin tarpeisiin ja olosuhteisiin olisi mahdollista säilyttää vahvana.

Toimintamalli ei merkitsisi tosiasiallisesti eikä edes muodollisesti luopumista kunnan järjestämismallista sen keskeisimmän ominaisuuden osalta: kunnan tehtävänä olisi edelleen ylläpitää terveydenhuollon infrastruktuuria sen varmistamiseksi, että kuntalaisten saatavilla on riittävä määrä peruspalveluja.

Kunnan rooli säilyisi tärkeänä myös rahoituksessa. Kunnan rahoitusvastuu toteutuisi sitä kautta, että se rahoittaisi terveysvakuutuspiiriä ”vakuuttaen” tällä tavoin kuntalaisensa. Yhdenvertaisuus toteutuisi nykyistä paremmin siksi, että alueellisuus vähentäisi terveydenhuollon kuntakohtaisten kustannusten vaihteluja. Vakuutuspiiri toimisi vakuuttajana ja vastaisi viime kädessä siitä, että alueen asukkaiden tarvitsemiin terveyspalveluihin löytyy rahoitus.

Toimintamallia voidaankin kutsua jaetun järjestämismalliksi.

Varsinainen terveyspalvelujen tuotantokapasiteetti olisi puolestaan kunnan tai kuntayhtymän käsissä suoraan tai liikelaitoksen taikka yhtiön muodossa.

## **3.2 Jaettua järjestämismallia koskevan mallin keskeiset piirteet**

### *3.2.1 Alueellisen vakuutuspiirin järjestämismallista*

Alueellisen vakuutuspiirin keskeisiä tehtäviä ovat

- alueellisen vakuutusrahaston ylläpito

Alueellisen vakuutusrahaston perustehtävänä on varmistaa vakuutuspiirin alueen kuntien asukkaiden terveyspalvelujen rahoitus.

Vakuutusrahaston resurssit muodostuisivat ensisijaisesti kuntien sille suorittamista maksuosuuksista (vakuutusmaksuista) ja (mahdollisesti) toissijaisesti valtionosuuksista. Valtionosuudet voitaisiin joko kanavoida suoraan vakuutuspiirille tai kierrättää ne kuntien kautta.

- alueen kuntalaisten vakuuttaminen (= vastuu näiden terveydenhuollon rahoituksesta)

Vakuutuspiirin kunnat vakuuttaisivat kunnan jäsenet vakuutuspiirissä. Käytännössä tämä tarkoittaisi kunnan suorittamaa määrärahaosuutta alueelliseen vakuutusrahastoon kunnan väestömäärän ja mahdollisten muiden tekijöiden osoittamassa suhteessa.

Vakuutuspiirillä olisi lakisäätöinen tehtävä ja velvollisuus rahoittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannukset samojen kriteerien mukaisesti kuin nykyisinkin. Kuntalaisella olisi mahdollisuus saada palveluja ainakin koko piirin alueella, mikä tasaisi alueen sisäisiä eroja jonotuksessa. Järjestelmän kautta olisi helppo rahoittaa myös alueen ulkopuolella kuntalaiselle tarjotut terveyspalvelut. Kyseessä olisi tällöin kahden vakuutuksenantajan eli terveysvakuutuspiirin välinen laskutus (jossa lisäksi valtakunnallinen terveysvakuutusrahasto voi toimia selvityskeskusena). Tämä helpottaisi edessä olevan hoitotakuun hallinnointia ja mahdollistaisi potilaalle joustavasti julkisten palvelujen käytön valtakunnallisesti, jos siihen olisi tarvetta.

- neuvottelemine julkinen ja yksityisen sektorin palveluntuottajien kanssa palvelusopimuksista ja tarvittaessa yksityisten palveluntuottajien kilpailuttaminen

Järjestämisvastuuseen liittyvän ohjauksen ja rahoituksen alueellistamisen keskeisiä tavoitteita on tilaajaosaamisen liittyvien valmiuksien vahvistaminen. Kuntakentän pirstaleisuudesta johtuva hallinnollisten osaamisvoimavarojen hajautuminen liian pieniin yksiköihin ilmenee puutteina kuntakentän tilaajaosaamisessa ja neuvotteluvoumassa sekä tieto- ja muiden järjestelmien kehittymättömyytenä ja suhteellisena kalleutena. Viimeksi mainittu selittää mm. terveydenhuollon kustannuslaskentaan nykyisellään liittyvät puutteet.

Huolimatta siitä, että julkinen palvelutuotanto säilyisi julkisen terveydenhuollon perusinfrastruktuurina, suunnitelmallinen, kilpailuun perustuva yksityisen palvelukapasiteetin käyttö muodostaisi tärkeän lisän riittävän palvelukapasiteetin varmistamiseksi. Markkinamekanismin, kilpailuttamisen sekä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöhön perustuvien palveluiden tuottamistavoilla voidaan saada aikaan entistä tehokkaampia palveluiden tuottamistapoja. Olennaisempaa kuitenkin kuin se, onko tuottaja julkinen vai yksityinen organisaatio, on toimintatapa, johtaminen ja kannustinrakenteet. Yksityisten palveluntuottajien markkinoille tulon voidaan uskoa edistävän innovatiivisuutta palveluiden järjestämisessä ja tuotannossa. Vaihtoehtoisten palveluntuottajien kilpailu-uhka kannustaa ja haastaa palveluorganisaatioita arvioimaan toimintonsa tehostamisessa huomattavasti tehokkaammin. Monet markkinoiden kehityksestä johtuvat tekijät tukevat liian keskitettyjen ohjausjärjestelmien purkamista ja puoltavat aiempaa selkeämmän markkinaohjauksen käyttöä hyvinvointipalveluidenkin tuottamisessa.

Avoimempaan kilpailutilanteeseen on kuitenkin syytä edetä hallitusti, välivaiheiden kautta. Organisaatioille on tarkoituksenmukaista antaa puitteet, joissa ne hakeutuvat muuttuvan tilanteen mukaisesti yhteiskunnallisessa päätöksenteossa annettuja ja

markkinoiden asiakaskysynnän asettamia päämääriä kohti.<sup>8</sup> Vakuutuspiirin rooli tilaajana edistäisi ”roolijakoa” markkinoiden kehittämisessä: kustannustietoisuuden lisääminen läpinäkyvyyttä lisäämällä ja vertailuhintojen käytön avulla sekä palvelutuotannon monimuotoisuuden edistäminen ja tätä kautta vaihtoehtojen lisääminen.

– perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön edistäminen

Neuvotteluvoiman puute ilmenee erityisesti sairaanhoitopiirien ja pienten kuntien välisessä suhteessa. Tavoitteena voidaan pitää nykyistä tasavertaisempaa neuvotteluasetelmaa. Tämä ei ole mahdollista yksittäisten (pienien) kuntien toimiessa neuvotteluosapuolena. Alueellinen vakuutuspiiri neuvotteluosapuolena merkitsisi vahvempaa tilaajaa ja siten tasavertaisempaa neuvottelutilannetta.

Vakuutuspiirin tehtävänä olisi laatia alueen palvelustrategia ja vuosisuunnitelmat. Se perustuisi palvelutarpeen arvioon vakuutuspiirin alueella. Alueellinen strategia mahdollistaisi terveyskeskusten muodostaman kokonaisuuden hyödyntämisen (mm. mahdollisuuden erikoislääkäritasoiseen erikoistumiseen terveyskeskuskohtaisesti). Palvelustrategian keskeinen sisältö olisi terveyskeskuskohtainen palvelukysyntä (vakuutuspiirin rahoittamat tilaukset). Vakuutuspiiri vastaisi palvelustrategiansa ja vuositilautensa mitoituksella viime kädessä, että tarjontaa on riittävästi. Kuntien omistamien terveyskeskusten kapasiteetti voitaisiin ottaa huomioon realistisesti. Resursseja voitaisiin helpommin siirtää terveyskeskusten välillä.

### 3.2.2 Kunnan järjestämisvastuu

Kuntien järjestämisvastuu nykyisellään on totaalinen. Se merkitsee ohjauksen ja rahoituksen lisäksi vastuuta varsinaisesta palvelujen tuottamisesta. Tätä varten kunnilla on suoraan ja eräillä kunnilla kansanterveystyön kuntayhtymien kautta omistuksessaan perusterveydenhuollon tuotantokapasiteetti eli terveyskeskukset (terveysasemat ja sairaalat).

Terveysvakuutusmallissa kunnan järjestämisvastuun keskeiset elementit olisivat seuraavat:

- ”vakuutuksen ottaminen” kuntalaisille sen alueen terveysvakuutuspiirissä, mihin kunta kuuluu
- vastaaminen omistajana suoraan tai suuremman kokonaisuuden osana palvelukapasiteetin ylläpidosta.

---

<sup>8</sup> Jääskeläinen 2000.

Vakuutuksen ottaminen kuntalaisille merkitsisi käytännössä osallistumista vakuutusrahaston pääoman ylläpitoon määrättyjen kriteerien perusteella. Kunnat ensisijaisesti vastaisivat sen alueen vakuutuspiirin voimavaroista, johon kunta kuuluu.

Käytännössä keskeisin tehtävä olisi omistajana vastata joko yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa riittävän palvelukapasiteetin ylläpidosta. Kunta olisi velvollinen huolehtimaan riittävän palvelukapasiteetin saatavuudesta. Terveysvakuutuspiirillä olisi velvollisuus hyödyntää kunnan omistuksessa olevaa kapasiteettia ottaen huomioon hoidon saatavuus paikallisesti, hintataso ja muut vastaavat seikat. Tämän rinnalla vakuutuspiiri voisi kuitenkin hyödyntää naapurikuntien, yksityisen ja kolmannen sektorin kapasiteettia. Potilaan kunnan oma infrastruktuuri olisi kuitenkin tiettyjen ehtojen puitteissa ensisijainen palveluntuottaja.

Kunta olisi tällöin palveluntuottaja, jolta vakuutuspiiri ostaa palveluja. Kuntalainen ei huomaisi välttämättä mitään eroa järjestelmässä; kuntalainen ei asioisi terveysvakuutuspiirin kanssa vaan suoraan kunnan tai yksityisen palveluntuottajan kanssa.

### *3.2.3 Sairaanhoidopiirin rooli*

Sekä kansanterveyslaissa että erikoissairaanhoitolaissa korostetaan toimivan työnjaon merkitystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus.

Sairaanhoidopiirit ovat syntyneet tarpeesta keskittää erikoisosaamista (erikoislääkärin tason osaamista ja valmiuksia) vaativat diagnoosi- ja hoitotoimenpiteet alueellisiksi kokonaisuuksiksi pääsääntöisesti keskussairaalan yhteyteen. Tämä perustelu ei sinänsä ole menettänyt merkitystään, mutta diagnosointi- ja hoitovalmiuksien laajentaminen perusterveydenhuollossa keventäisi keskussairaaloiden ongelmallista jonotilannetta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on kehitetty jatkuvasti. Se toimii vaihtelevasti, mutta paikoitellen hyvin. Hoidon porrastuksen periaatteen mukaan potilaita on hoidettava oikeassa hoitopaikassa oikeaan aikaan. Käytännössä tämän periaatteen toimimattomuus on näkynyt siten, että jos perusterveydenhuolto ei ole hyvin toimiva, potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoitoon. Vastaavasti hyvät valmiudet perusterveydenhuollossa keventävät painetta kalliimmassa erikoissairaanhoidossa.

Terveysvakuutusjärjestelmän haasteita on yhteistyön edelleen kehittäminen ja rajan häivyttäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Alueellisen vakuutuspiirin roolina olisi tämän yhteistyön kehittäminen sen käytössä olevia ohjausmekanismeja hyödyntämällä.



Pyrkimys perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon raja-aitojen madaltamiseen sekä vakuutuspiirien alueellinen luonne puoltaisivat sitä, että vakuutuspiiri tulisi ainakin siirtymäkauden jälkeen sairaanhoitopiirien suhteen samaan neuvotteluasemaan kuin kunnat ovat nykyisin. Sairaanhoitopiirien rahoitus tapahtuisi siten samalla lailla kuin perusterveydenhuollon rahoitus eli vakuutuspiirille osoitettavalla laskutuksella. Vakuutuspiirin ohjaus- ja rahoitusvastuu kattaisi siten sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon.

Sairaanhoitopiirien asemaan muutos ei välttämättä vaikuttaisi. Niiden olemassaolo perustuisi jatkossakin kuntien jäsenyyteen. Tämä ei tarkoittaisi sitä, etteikö sairaanhoitopiirien toimintaa voitaisi kehittää esim. liikelaitostoiminnan suuntaan. Toisaalta vakuutuspiiri ei olisi sairaanhoitopiirin jäsen, mikä tekisi neuvotteluasetelman aidommaksi. Alueellinen vakuutuspiiri olisi yksittäisiä kuntia tasavertaisempi neuvotteluosapuoli sairaanhoitopiirien kanssa myöskin, että sillä olisi suuremman kokonsa vuoksi vahvempi osaaminen, liikkumavara ja aito asema neuvotteluosapuolena.

#### *3.2.4 Kuntalaisen asema*

Kuntalaisen asema terveyspalvelujen käyttäjänä ei muuttuisi vakuutusjärjestelmässä. Jaetun järjestämisvastuun voimaantulo ei juuri näkyisi kuntalaiselle.

Kuntalainen asioisi terveyskeskuksen kanssa kuten ennenkin. Tarvittaessa kuntalainen voitaisiin ohjata terveyskeskuksesta tutkimuksiin tai hoitoon muualle (naapurikunnan terveyskeskukseen tai yksityiselle lääkäriasemalle) sen mukaan kuin vakuutuspiiri on tähän valtuuttanut. Kuntarajat eivät muodostaisi kynnystä hoidon tarkoituksenmukaiselle järjestämiselle.

Vakuutuspiirin tehtävänä olisi huolehtia riittävin tilauksin, että jonotusajat pysyvät kohtuullisina. Hoitotakuun toteutumisen hallinnointi helpottuisi tätä kautta. Alueellisuus mahdollistaisi järkevän työnjaon perusterveydenhuollon yksiköissä alueella. Se mahdollistaisi mm. erikoislääkäripalvelujen kattavamman tarjonnan, koska terveyskeskusten sisälle voitaisiin rakentaa osaamista, joka palvelisi koko vakuutuspiirin aluetta. Tähän verkostoon voitaisiin helposti kytkeä myös alueellisia yksityisiä lääkäriasemia.

### 3.3 Alueellinen vakuutuspiiri

#### 3.3.1 Tehtävät

##### *Palvelusopimukset*

Edellä jo kuvattiin alueellisen vakuutuspiirin järjestämisvastuun sisältöä. Sen keskeiset elementit olisivat kuntalaisten vakuuttaminen ja palvelusopimusten tekeminen alueen kuntien terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien kanssa. Tarvittaessa palveluja voitaisiin ostaa alueen ulkopuolelta yksityiseltä ja julkiselta sektorilta.

Täsmällisemmin tilaajatoiminnosta vastaaminen merkitsee

- palvelukysynnän ennakkointia ja palvelutarpeen määrittelyä vakuutuspiiriin alueella
- neuvottelumekanismiin perustuvaa arviota palvelutuotannon hintatasosta
- palvelusopimusten tekemistä alueen terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien ja yksityisten palvelutuottajien kanssa
- palvelusopimusten tekemistä alueen ulkopuolisten terveyskeskusten, sairaanhoitopiirien ja yksityisten palvelutuottajien kanssa, mikäli siihen on tarvetta.

##### *Ostojen rahoitus*

Vakuutuspiiri rahoittaisi käytännössä kaikki julkisen terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta potilaan omavastuusuutta. Kuntien terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien tulot perustuisivat siten hankintahintaan, jonka vakuutuspiiri maksaisi. Näin saavutettaisiin todellinen tilaaja-tuottaja-asetelma, jossa neuvotteluvoimaa omaava vakuutuspiiri pystyisi aitoon tasavertaiseen neuvotteluasemaan myös suurten terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien kanssa.

Vahvalla vakuutuspiirillä olisi intressi painostaa tuottajatahoa kehittämään omaa kustannuslaskentaansa, mikä edesauttaisi eri tuottajatahojen kustannusvertailun, hinnoittelun ja kilpailuttamisen tarpeita.

##### *Hoitoketjun yhteentoimivuus*

Vakuutuspiirin kolmas tärkeä tehtävä olisi hoitoketjun yhteentoimivuuden kehittäminen rahoittajan näkökulmasta. Hoitoketjun rahoituksen yksikanavaisuuden vastinparina on luontevasti hoitoketjun nivoutuminen mahdollisimman tehokkaasti yhteen. Se tarkoittaa luonnolli-

sesti perusterveydenhuollon sisäisten viiveiden eliminointia mutta erityisesti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä toipilasvaiheen kokonaisvaltaista tarkastelua sekä potilaan että kokonaisvaltaisen kustannustehokkuuden näkökulmasta.

### 3.3.2 *Asiantuntemus*

Vakuutuspiirin asiantuntemuksen pitäisi sisältää ainakin seuraavat osa-alueet:

– terveydenhuolto

Vakuutuspiirillä olisi keskeinen vastuu järjestelmän toimivuudesta. Se merkitsisi erityisesti alueen julkisen terveydenhuollon tarpeiden määrittelyä, valmiutta määrittellä alueen tarpeet sekä näkemystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittämisestä.

– hankintaosaaminen

Vakuutuspiiri toimisi palvelujen hankkijana. Se edellyttäisi valmiutta hankintastrategian laadintaan, kilpailuttamisen toteuttamiseen ja laadunvalvontaan.

– varojenkäyttö (taloushallinto)

Vakuutuspiirin kautta kanavoitaisiin huomattava osa alueen verovaroista, mikä luonnollisesti edellyttäisi merkittäviä taloushallinnollisia valmiuksia.

– alueen tuntemus

Mallin tärkeänä piirteenä on riittävän koon ja alueen tarpeiden tuntemuksen yhdistäminen. Tämä tarkoittaisi seudullisten ja demografisten näkökohtien huomioon ottamista päätöksenteossa.

### 3.3.3 *Alueellinen edustus*

Vakuutuspiirin organisaation lähtökohtana olisi riippumattomuus julkisen ja yksityisen terveydenhuollon palvelutuotannon organisaatioista. Vakuutuspiirin tehtävä, terveydenhuollon rahoituksesta ja ohjauksesta vastaaminen, määräytyisi laissa. Kunnilla olisi lakisääteinen velvollisuus rahoittaa oman alueensa vakuutuspiiriä ja sitä kautta vakuuttaa oman kuntansa asukkaat. Kunnat eivät olisi kuitenkaan vakuutuspiirin ”jäseniä”. Tämä olisi tärkeää tilaajatuottajaroolien eriyttämisen kannalta juuri sen sairaanhoitopiirien jäsenyydessä toteutuvan kaksoisroolin välttämiseksi, joka aiheuttaa varsin kummallisen tilanteen sairaanhoitopiirien hallinnossa. Alueellinen edustus voitaisiin turvata muutoin kuin kuntien suoralla edustuksel-

1a. Alueellinen edustus tulisi kuitenkin ottaa muulla tavoin huomioon vakuutuspiirien hallinnossa.

Toisaalta olisi tärkeää hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti olemassa olevia hallinnollisia organisaatioita.

### *3.3.4 Alueellinen jako*

Alueellisessa jaossa on erotettava hallinnollinen jako ja toiminnallinen (hoidollinen) liikkumavapaus.

#### *Hallinnollinen jako*

Maan jakamisessa vakuutuspiiriin tulisi ottaa huomioon toiminnan optimaalinen järjestäminen. Tämä sisältäisi seuraavien kriteerien huomioon ottamisen:

- Yhtäältä yksittäisen vakuutuspiirin tulisi olla kooltaan riittävän suuri.
- Toisaalta sillä pitäisi olla tuntuma alueeseen ja sen pitäisi mielellään heijastella luontevasti seudullisia rajoja.
- Sen pitäisi olla tasaveroinen toimija sikäläisen sairaanhoitopiirin tai sikäläisten sairaanhoitopiirien kanssa.

Johtopäätös edellä sanotusta on, että alueellisen vakuutuspiirin pitäisi olla asukas pohjaltaan vähintään yhden keskisuuren sairaanhoitopiirin kokoinen. Vakuutuspiiri kattaisi siten useita kuntia, eikä haitaksi olisi, vaikka se ulottuisi vähintään kahden sairaanhoitopiirin alueelle.

#### *Toiminnallinen (hoidollinen) liikkumavapaus*

Toiminnallinen liikkumavapaus tarkoittaa, että yhtäältä vakuutuspiirin puitteissa voidaan haakea alueellisuuden ja toiminnallisen tehokkuuden optimaalinen yhdistelmä, mutta että vakuutuspiiri ei toiminnan järjestämisessä olisi viime kädessä sidottu oman alueensa tuottajiin vaan hoitoa voitaisiin tarjota oman alueen ulkopuolella ilman hallinnollisia esteitä. Voidaan kuitenkin ajatella, että näin tapahtuisi yleensä vain hoidollisista eikä taloudellisista syistä.

### 3.3.5 Kannustimet

Voidaanko luoda kannustimet varmistamaan tehokas tuotanto? Tuskin siinä mielessä kuin voittoa tavoittelevan vakuuttajan ollessa kyseessä. Vakuutuspiirillä olisi kuitenkin velvollisuus tukeutua kustannustehokkaisiin ratkaisuihin, jos se voi tapahtua heikentämättä potilaan oikeuksia. Vakuutuspiirin tehtävä olisi edistää kustannusvertailua alueellaan vaatimalla palveluntuottajilta korkeatasoista kustannuslaskentaa osana kilpailuttamista.

Voidaankin sanoa, että vakuutuspiirillä on mahdollisuus tehostaa alueellista tuotannon tehokkuutta asettamalla kriteeriksi alueen tehokkaimmat käytännöt, jonne voidaan ohjata kysyntää.

Ratkaistavaksi jää kysymys, miten estää alueellinen vapaamatkustajaongelma eli tehokkaampien alueiden hyväksikäyttö. Tätä voitaneen torjuta juuri mahdollisuudella ohjata asiakas tehokkaampien yksiköiden suuntaan ensisijaisesti alueen sisällä ja toissijaisesti myös tukeutulla alueen ulkopuoliseen tarjontaan.

Edelleen voitaisiin ajatella, että alueellisella vakuutuspiirillä olisi ”tulosvastuu” valtakunnalliselle rahastolle kompensationsa tämän jälkitakaajaroolista.

## 3.4 Terveysvakuutusrahasto

### 3.4.1 Tehtävät

Valtakunnallisen rahaston rooli voisi olla kevyempi tai keskeisempi riippuen siitä, kuinka itsenäisiksi alueellisten vakuutuspiirien rooli haluttaisiin. Rahaston rooliin voisivat kuulua seuraavat keskeiset toiminnot:

- rahastopuskuri

Valtakunnallinen terveysvakuutusrahasto olisi rahastopuskuri, joka ylläpitäisi valtakunnallista rahastoa. Siitä katettaisiin kaikki terveydenhuoltoon osoitettavat resurssit. Näin siinä tilanteessa, että alueellisten rahastojen perustaminen katsotaan epätarkoituksenmukaiseksi.

- maksuliikenteen hoitaminen

Hallinnollisen tehokkuuden vuoksi rahasto hoitaisi keskitetysti maksuliikenteen.

- mahdollisten veroluonteisten maksujen kerääminen

Valtakunnallisena rahastona sen olisi mahdollista kerätä ja hallinnoida kansalaisilta ja yrityksiltä kerättävät veroluonteiset terveysvakuutusmaksut (jos sellainen otettaisiin käyttöön).

- parhaiden käytäntöjen kartoitus

Vakuutusrahasto voisi toimia valtakunnallisena osaamiskeskuksena parhaiden käytäntöjen selvittämisessä ja kouluttajana vakuutuspiireille ja vakuutuspiirien tuottajille.

### 3.4.2 *Tarvittava asiantuntemus*

Tässä ei voida eikä ole tarkoituksenmukaista mennä aiheeseen tarkemmin, vaan todetaan ainoastaan otsikkotasolla, mitä osaamista terveysvakuutusrahastolla pitäisi olla. Terveysvakuutusrahaston asiantuntemuksen pitäisi kattaa ainakin kolme keskeistä sektoria seuraavista:

- sosiaaliturvan rahoitusjärjestelmä
- vakuutusjärjestelmän tuntemus ja siihen liittyvät tilastolliset ja aktuaariset laskelmat
- terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus
- terveydenhuoltoon liittyvät osto- ja neuvottelukäytännöt.

## 3.5 **Rahaston kattaminen**

### 3.5.1 *Yleistä*

Kuntien peruspalvelujen tuotanto rahoitetaan nykyisellään verotuloilla, toiminnasta syntyvillä tuotoilla (palvelumaksuilla) ja valtionosuuksilla.

Vakuutuspiirin ydintehtävä on julkisen terveydenhuollon rahoitus omalla alueellaan. Se tapahtuisi ensisijaisesti kuntien maksamista vakuutusmaksuista kertyvillä tuloilla. Vakuutusmaksuilla kunnat kattaisivat osuutensa alueen terveystuloista, jota vakuutuspiiri hallitsisi. Järjestelmä ei siten merkitsisi kuntien kautta tapahtuvan (verorahoitteisen) rahoituksen merkityksen vähentymistä. Kunnat keräisivät edelleenkin verotuksensa kautta resurssit, jotka ohjattaisiin alueen vakuutuspiirin rahastoon. Sen sijaan vakuutuspiiri voisi olla suoraan valtionosuuksien vastaanottaja ilman, että kunnat toimisivat välikätenä. Rahoituksen kanavoiminen suurelta osin kuntien kautta korostaisi kuntien roolia rinnakkaisena järjestämistä vastuullisena yksikkönä sekä järjestelmän paikallista tai alueellista luonnetta ja järjestelmän läpinäkyvyyttä suhteessa kunnallishallintoon.

Asiakasmaksujärjestelmään terveystakuuksella ei välttämättä olisi mitään vaikutusta. Sekä julkiset että vakuutuspiirin käyttämät yksityiset palveluntuottajat keräisivät asiakasmaksut nykyisen käytännön mukaisesti. Päätöksenteko asiakasmaksuista on kuitenkin ratkaistava: vaihtoehtona on vakuutuspiirin päätös, alueen kuntien sopimus tai valtakunnallinen normitus. Alueellista päätöksentekoa puoltavat kunnallisen, poliittisesti vastuullisen päätöksenteon kytkeminen asiakasmaksutason määrittelyyn; valtakunnallista päätöksentekoa puoltavat erityisesti kansalaisten yhdenvertaiseen kohteluun liittyvät näkökohdat.

Mikä tärkeintä, järjestelmä mahdollistaisi monikanavaisen rahoitusjärjestelmään liittyvien ongelmien vähentämisen tai eliminoimisen. Erityisesti jos vakuutuspiirin ja Kelan kautta tapahtuva rahoitus muodostaisi yhden ainoan kanavan, nykyiseen monikanavaisuuteen liittyvät epäkohdat voitaisiin poistaa. Näitä epäkohtia on erityisesti sairauspäivärahan hallinnoinnin ja terveydenhuollon erillisyyden, jonka johdosta kunnilla ei ole taloudellista kannustinta hoitoon pääsyn ja sitä kautta sairausajan lyhentämiseen. Tämä merkitsee sekä potilaan aseman ja oikeuksien kannalta että järjestelmän tehokkuuden kannalta merkittävää epäkohtaa.

Vakuutuspiirin rahoitus tapahtuisi kuntien terveystbudjetin kautta. Rahoituksen luonne ja kohde tosin muuttuisivat ja tulisivat ehkä sidotummaksi. Kun terveystvakuutusmaksu määräytyisi alueellisesti (tai valtakunnallisesti), yksittäisen kunnan budjettivalta luonnollisesti pienenesi. Sen positiivisena käänköpuolena olisi kansalaisten aseman yhdenvertaistuminen terveydenhuollossa, koska alueellisesti kaikille voitaisiin käytännössä turvata yhtäläiset palvelut.

Järjestelmä parantaisi huomattavasti julkisen palvelutuotannon kustannusten läpinäkyvyyttä: kunnilla olisi intressi sisällyttää kaikki todelliset kustannukset (oman palvelutuotantonsa piirissä annetun hoidon) laskutukseen, koska muuten kunta subventois muiden samaan vakuutuspiiriin kuuluvien kuntien asukkaiden terveystpalveluja. Todellisten kustannusten läpinäkyvyys on ehkä keskeisin elementti luotaessa todellisia kilpailuolosuhteita julkisen ja yksityisen sektorin sekä julkisen sektorin eri toimijoiden välille.

Ainakin siirtymäkauden aikana vakuutuspiirien tulisi hyväksyä tietynasteiset eroavaisuudet terveystkeskusten laskutuksessa.

### *3.5.2 Rahaston varat*

#### *Tuotot ja ylijäämä*

Rahaston tuotot muodostuisivat alueellisten vakuutuspiirien suorituksista. Vakuutuspiirien kunnilta keräämät varat muodostaisivat rahaston tuoton rungon. Rahaston tulisi huolellisesti

hoitaa varoja ja ylijäämää. Vertailua voi luontevimmin hakea Kelan sosiaaliturvarahaston toimintaperiaatteista.

### *3.5.3 Alijäämän kattaminen*

Alueelliset terveydenhuollon menot katettaisiin ensisijaisesti alueellisen vakuutuspiirin alueen kunnilta keräämistä vakuutusmaksuista. Alueellisen (kirjanpidollisen) alijäämän kattaminen tapahtuisi toissijaisesti valtakunnallisen vakuutusrahaston ylijäämästä eli jonkin tyyppisestä maksuvalmiusrahastosta.

Vakuutusrahaston alijäämän kattaminen tapahtuisi ensisijaisesti kuntien toimesta. Lakisääteisesti kunnille voitaisiin alijäämän syntymistilanteessa asettaa takuu- ja maksuvalmiussuoritus, jolla kunnat asukasluvun tai muun vastaavan kriteerin perusteella vastaisivat osuudesta valtakunnallisen alijäämän kattamiseksi.

### *3.5.4 Valtionosuuksien käsittely*

Luultavasti ainakaan ensi vaiheessa ei olisi tarkoituksenmukaista puuttua valtionosuuksien jakoperusteisiin, vaan valtionosuuksia saavat kunnat kattaisivat osaksi valtionosuuksillaan vakuutusmaksut. Pidemmällä aikavälillä valtionosuusjärjestelmään sisältyvä alueellinen ”tulontasaus” olisi mahdollista toteuttaa suoraan vakuutusrahaston puitteissa.

### *3.5.5 Asiakasmaksuista päättäminen*

Kunnille on nykyjärjestelmän puitteissa säädetty liikkumavara terveyskeskusmaksun perimässä. Liikkumavapautta rajoittaa sekä kertakäynteihin liittyvä että vuotuinen maksukatto. Kunta voi valita asiakasmaksuissa sovellettavaksi kertamaksun tai vuosimaksun. Sairaalat perivät maksua poliklinikkakäynniltä, päiväkirurgisista toimenpiteistä, hoitopäivältä, sarjahoidosta ja kuntoutuksesta. Niiden maksuille on vastaavasti toimenpidettä tai hoitopäivää kohden laskettu maksukatto.

Terveysvakuutusjärjestelmässä olisi ratkaistava, päättäisikö kunta vai vakuutuspiiri terveyskeskuskohtaisista tai vakuutuspiirikohtaisista asiakasmaksuista. Näin olisi siitä riippumatta, asetetaanko asiakasmaksukatot valtakunnallisesti vai ei.



## 4 JULKISTEN TERVEYSPALVELUJEN TUOTANTO

### 4.1 Organisointivaihtoehdot

#### 4.1.1 Yleistä – tavoitteena palvelutuotannon eriyttäminen

Kunnalla on varsin suuri harkintavalta sen suhteen, missä (juridisessa tai toiminnallisessa) muodossa se tuottaa palveluja. Tämä pätee myös peruspalveluihin kuten terveydenhuoltoon. Edelleen nykyisin normaali tapa on järjestää terveydenhuolto hallinnon sisäisesti, kunnan puitteissa. Terveydenhuolto on osa kunnan hallintoa ja ohjaus tapahtuu käyttäen hallinnon ohjausmekanismeja.

Kunnille lainsäädännössä osoitettu terveystalouden järjestämisvastuu merkitsee käytännössä vastuuta palvelujen rahoituksesta, ohjauksesta, järjestämisestä ja varsinaisesta palvelujen tuottamisesta. Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan joko yksin kunnan toimesta tai kansanterveystyön kuntayhtymän kautta. Erikoissairaanhoito järjestetään pääosin sairaanhoitopiirin kautta.

Tarve ohjausjärjestelmien kehittämiseen on tuonut tilaaja-tuottajamallin ja sen erilaiset sovellutukset. Tilaaja-tuottajamallin perusideana on ollut luoda kysyntälähtöinen ohjausmekanismi, ei ehkä niinkään (ainakaan alun perin) käynnistää markkinaolosuhteiden luomista.

Paine resurssien yhdistämiseen kansainvälisestikin arvioiden erittäin hajanaisessa kuntakentässä on kova. Tämä merkinnee jollakin aikavälillä järjestämisrahoitusvastuun alueellistamista eli vastuun siirtämistä yksittäisistä kunnista useamman kunnan käsittäviin yksiköihin. Alueellisuuden idea on yhdistää taloudelliset ja osaamisresurssit suurempiin yksiköihin, mikä helpottaisi palvelujen tuotannon tilaajaohjausta, vahvistaisi hankintaosaamista, tasaverataistaisi tilaajan neuvotteluasemaa suhteessa tuottajatahoihin (perusterveydenhuolto ja sairaanhoitopiiri) ja helpottaisi pitkäjänteisempää suunnittelua.

Toisaalta tämä edellyttäisi isoja ratkaisuja sen suhteen, mikä on kunnan nykyisin hallinnoiman tai omistaman palvelutuotantorakenteen (terveyskeskukset) kohtalo, erityisesti pitäisi ratkaista,

- jäisikö se kunnan omistukseen tai ohjaukseen ja jos ei, niin kenen
- yhdistettäisiinkö myös palvelutuotanto alueellisesti laajempiin yksiköihin
- onko perusteltua viedä julkinen palvelutuotanto kohti yritysmäisempää toimintaa vai säilytetäänkö se pääosin virastomaisena
- onko tärkeämpää kohdistaa suora poliittinen kontrolli järjestämistoimintoon vai tuotanto-toimintoon vai ei kumpaakaan?

Nykytilanteen keskeinen piirre on, että kunnat sekä hallinnoivat että omistavat perusterveydenhuollon infrastruktuurin. On vaikea kuvitella tilannetta, jossa kyseinen infrastruktuuri siirtyisi sellaisen organisaation vastuulle ja omistukseen, jossa kunnat eivät olisi jäseninä tavalla tai toisella. Muuntyyppiset pakkoratkaisut herättäisivät myös vaikeita kysymyksiä kunnallisen itsehallinnon näkökulmasta.

Tässä tarkastelussa keskitytäänkin juridisiin malleihin, jossa kunnat olisivat alueellisesti nykyistä laajemmissa, palvelujen tuottamisesta vastaavissa yksiköissä jäseninä tai osakkaina. On kuitenkin korostettava, että nykyistä suurempiin alueisiin keskitetty järjestämisvastuu (”vakuutuspiiri”) ei sinänsä edellytä rinnalleen alueellisempaa tuotantoa. Alueellistamista puoltaakin enemmän tarve etsiä synergioita naapuriterveyskeskusten välillä terveyskeskusten toimitilojen ja osaamisresurssien tehokkaaksi hyödyntämiseksi, kuten päivystysrasituksen jakamiseksi yms.

Palvelujen tuotanto voidaan eriasteisesti ulkoistaa kuntakonsernin sisällä ja sitä tapahtuu lisääntyvästi. Eriyttämisen esiaste on toiminnon laskennallinen eriyttäminen kunnan kirjanpidossa. Tästä voidaan edetä budjetin mukaisen eriyttämisen kautta aina juridiseen erillisyyteen. Viimeksi mainittu tarkoittaa yhtiöittämistä kunnan omistuksessa. Kunnan liikelaitos edustaa välimuotoa. Tilaaja–tuottajamallia sovelletaan myös hallinnon sisäisesti.

Kuntayhtymän käyttö merkitsee toiminnallista ja kirjanpidollista erillisyyttä jäsenkunnasta sekä omaa talousarviota. Sairaanhoidopiiri on juridiselta luonteelta kuntayhtymä.

#### *4.1.2 Palvelukuntamalli – tuotannon eriasteinen eriyttäminen hallinnon sisällä*

Palvelukuntamallilla tarkoitetaan tässä strategista ajattelutapaa, joka tähtää viranomaistointana pääosin tapahtuvan palvelujen tuotannon kehittämiseen, tilaaja-tuottajamallin käyttöönottoon ja ulkoistetun palvelutuotannon hyödyntämiseen ostopalvelujen suunnitelmallisella käytöllä.

Tilaaja–tuottajamalli merkitsee palvelutarpeen määrittelyn, siihen liittyvän resurssien kohdentamisen ja valvonnan (tilaajatoiminto) erottamista hallinnon sisällä palvelujen tuotannosta (tuotantotoiminnot).

Esimerkiksi Oulun kaupungin soveltama ydinkunta–palvelukuntamalli on sovellus tilaaja-tuottajamallista. Mallissa ydinkunnalla eli valtuustolla, kaupunginhallituksella ja lautakunnilla on vastuu yhteiskunnallisesta ohjauksesta eli palvelujen järjestämisvastuu. Ydinkunta päättää, mitä tehdään, kuinka paljon ja minkä laatuista palveluja kuntalaisille tarjotaan. Palvelukunta muodostuu varsinaisista palveluyksiköistä, joiden tehtävänä on tuottaa palvelut

ydinkunnan tilauksesta mahdollisimman tehokkaasti ja kannattavasti. Palveluyksiköt määrittelevät itse, miten palvelut tuotetaan mahdollisimman kilpailukykyisesti. Palveluja voidaan ulkoistaa kilpailuttamalla. Ne toimivat liikeyrityksen tapaan ja ne tulee pääsääntöisesti organisoida liikelaitoksen muotoon. Yhtiöittäminen on mahdollista erillisellä päätöksellä. Palvelujen järjestäminen tapahtuu ydinkunnan tilauksin tilaajayksiköiltä. Alkuvaiheessa käytetään sopimusohjausmallia.

#### *4.1.3 Kuntayhtymä*

Tilaaaja–tuottajamalli toteutuu yksittäisen kunnan hallinnon sisäistä eriyttämistä selkeämmin kunnan ja kuntayhtymän välisessä suhteessa. Perusterveydenhuollon sektorilla kuntayhtymiä (kansanterveystyön kuntayhtymiä) oli vuoden 2003 lopussa 69 ja niissä jäsenenä mukana olevia kuntia yhteensä 219. Lakiin kunnallislain muuttamisesta (979/92) perustuva vuoden 1993 kuntayhtymä uudistus merkitsi paitsi kuntainliitto-nimen vaihtumista kuntayhtymä-nimeksi myös kuntayhtymien toiminnan perusteen muuttumista jäsenkuntien yhteiseksi sopimukseksi, perussopimukseksi. Uudistus on mahdollistanut suurempia vapauksia kuntayhtymähallinnon järjestämisessä ja toimielinten asettamisessa. Kuntayhtymät perustetaan kuntien keskinäisellä perussopimuksella, jossa sovitaan myös siitä, miten jäsenkunnat järjestävät kuntayhtymän päätöksenteon. Kuntayhtymä on oikeustoimikelpoinen eli se tekee omissa nimissään sitoumuksia ja käyttää puolestaan puhevaltaa (kuten yritysikin). Jäsenkunnat vastaavat kuitenkin viime kädessä kuntayhtymän velvoitteista.

Kuntayhtymät ovat itsenäisiä julkisoikeudellisia yhteisöjä, ja niihin sovelletaan kuntia koskevaa lainsäädäntöä. Vuoden 1993 kuntayhtymä uudistuksen myötä niin toimielinten kuin luottamushenkilöpaikkojenkin määrää on supistettu jonkin verran ainakin alkuvuosina. Yhtymävaltuuston käyttö on ollut yleistä uudistuksen jälkeenkin, vaikka erityisesti kansanterveystyössä ja ammatillisessa koulutuksessa on otettu käyttöön myös uutta organisaatiomallia edustava, ylintä päätösvaltaa käyttävä yhtymäkokous. Tehtyjen selvitysten mukaan käyttömenojen rahoitus on perustunut lähes kaikissa kuntayhtymissä ainakin osittain jäsenkuntien maksuosuuksiin, jotka puolestaan määräytyvät pääasiassa palvelun käytön mukaan. Sekä ostopalvelujen että tuotteistuksen ja hinnoittelun käyttö ovat yleistymässä; ostopalveluja käytti kyselyhetkellä noin sata kuntayhtymää, ja lähes joka toinen kuntayhtymä oli tuotteistanut tai hinnoitellut palvelujaan.<sup>9</sup>

Huolimatta alueellisen yhteistyön merkityksen korostamisesta terveydenhuollon kehittämisessä kuntayhtymien käyttö perusterveydenhuollossa ei ole lisääntynyt viime vuosina. Päin-

---

<sup>9</sup>Pekola-Sjöblom 2000.

vastoin, kehitys on jopa johtanut irtaantumiseen kuntayhtymistä. Syinä on nähty mm. kuntien puutteelliseksi koetut edellytykset ohjata yhtymän toimintaa ja sen kalleus.

#### *4.1.4 Sairaanhoidopiiri*

Sairaanhoidopiiri on laissa tehtäviensä ja hallintonsa puolesta yksityiskohtaisesti säännelty kuntayhtymätyyppi. Sen alue muodostuu sairaanhoidopiirin kuntayhtymään kuuluvista kunnista ja sen tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoitolaissa säädetty erikoissairaanhoito alueellaan. Se voi jakautua sairaanhoitoalueisiin siten kuin sairaanhoidopiirin kuntayhtymän perussopimuksessa määrätään.<sup>10</sup> Vuonna 1992 voimaan tulleen muutoksen jälkeen kunta voi myös sopia palvelujen ostamisesta sellaiselta sairaanhoidopiiriltä, johon se ei kuulu.

Sairaanhoidopiiriin tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä kuntien terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoidopiiri antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Lisäksi se lain mukaan vastaa piirinsä kunnallisten terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Edelleen sairaanhoidopiirille on laissa säädetty velvollisuus huolehtia alueellaan tehtävälänsä kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta.

Sairaanhoidopiirillä on erikoissairaanhoidon järjestämiseksi sairaaloita sekä tarpeen mukaan niistä erillään olevia sairaanhoidon toimintayksiköitä ja muita toimintayksiköitä. Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymä päättää sairaaloiden ja muiden toimintayksiköiden perustamisesta ja lakkauttamisesta. Kuntayhtymä voi päättää, että toimintayksikköön kuuluu useampi kuin yksi sairaala tai erillinen toimintayksikkö taikka niiden osia edellyttäen, että ne yhdessä muodostavat hoitovastuussa olevan kokonaisuuden.

Sairaanhoidopiiriin rahoitus perustuu kuntien sille suorittamiin rahoitusosuuksiin, jotka määräytyvät palvelujen käytön perusteella (hinta sovitaan etukäteen).

---

<sup>10</sup> Sairauksien harvinaisuuden, erikoissairaanhoidon vaativuuden tai erikoissairaanhoidon järjestämisen asettamien erityisten vaatimusten perusteella voidaan osa erikoissairaanhoidosta määrätä erityistason sairaanhoidoksi. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan sairaanhoidopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoidopiiri, jonka alueella on lääkärinkoulutusta antava yliopisto. Valtioneuvoston asetuksella annetaan säännökset siitä, mitkä ovat erityisvastuualueita ja mitkä sairaanhoidopiirit kuuluvat mihinkin erityisvastuualueeseen.

Kunta–sairaanhoitopiiri-suhteessa toteutuu viranomaistoiminnan sisäinen tilaaja-tuottajamalli mutta – kuten muissa kuntayhtymissä – vain osittain: tilaaja- ja tuottajatoiminnot ovat selkeästi erilliset mutta käytännössä kunta joutuu tilaamaan palvelut ensisijaisesti omalta sairaanhoitopiiriltään, eikä todellista neuvottelutilannetta esim. hinnasta pääse syntymään. Hintaneuvotteluissa on lähinnä kysymys budjetoinnista, koska sairaanhoitopiirin alijäämän kattavat jäsenkunnat. Budjetointi on usein vain suuntaa-antavaa, ja se johtuu kunnan velvollisuudesta kattaa mahdollinen alijäämä, joka voi syntyä myös siitä, että kysyntä ylittää budjetoidun. Lisäksi vaihtoehtoisten palveluntarjoajien käyttö on lähinnä teoreettinen mahdollisuus. Kunta voi tosin ostaa palveluja myös sellaiselta sairaanhoitopiiriltä, johon se ei kuulu.

Jonojen purkamisen yhteydessä lisäkapasiteettia on haettu yksityisiltä palveluntuottajilta mutta vain kysyntähuipun tasaamiseksi.

#### *4.1.5 Liikelaitos*

Pyrkimys kehittää kunnallisen peruspalvelutuotannon tulosoajasta ja toiminnan kannattavuutta on johtanut liikelaitoksen muodossa tapahtuvan toiminnan yleistymiseen. Liikelaitokset ovat nykyisin jo yleisiä erityisesti vesihuollossa ja joukkoliikenteessä. Niille on tyypillistä suuri asiakaskunta ja asiakasmaksujen merkittävä osuus tulolähteenä. Liikelaitosta käytetään myös luotaessa markkinaolosuhteita, joissa liikelaitoksen ohella toimii tai halutaan toimivan yksityisiä palveluntuottajia (kuten Helsingin joukkoliikenne). Liikelaitokset toimivat kuitenkin usein myös olosuhteissa, joissa niillä on luonnollinen monopoli (tyypillisesti vesilaitokset), joka tarkoittaa sitä, ettei käytännössä markkinoilla voi esiintyä muuta tarjontaa. Kilpailuvirasto valvoo luonnollisten monopolien hinnoittelua.

Oleennaista kunnalliselle liikelaitokselle on, että se on osa kunnan viranomaisorganisaatiota eikä mitenkään juridisesti itsenäinen yksikkö. Siinä mielessä kunnallisesta liikelaitoksesta voidaan perustellusti käyttää lainausmerkkejä. Kunnallista liikelaitosta ei tulekaan sekoittaa valtion liikelaitoksiin. Liikelaitoksen muodossa tapahtuva palveluntuotanto on suhteessa palvelun käyttäjiin ja muuhun kunnan omaan tuotantoon. Liikelaitos ei ole erillinen oikeushenkilö vaan se on tulosoajauksen työkalu, jonka piirteitä ovat eriytetty päätöksenteko (oma hallitus tai johtokunta), viranomaistoimintaa selkeämmät tulostavoitteet sekä erillinen kirjanpito ja tilinpäätös. Sillä on kuitenkin yleensä itsenäinen asema kunnan talousarviossa. Lisäksi sen investointien rahoitus ja niitä koskeva päätöksenteko voi tapahtua liikelaitoksen itsensä puitteissa. Liikelaitoksen eriyttäminen kunnan kirjanpidossa merkitsee omaisuuden ja toiminnan kirjanpidollista eriyttämistä, joka mahdollistaa tuloksen seurannan ja tuottovaatimuksen asettamisen. Liikelaitokselle asetetaan yleensä tuottovaatimus, joka lasketaan sijoitetulle pääomalle.

Kunnallisista liikelaitoksista ei ole juuri lainkaan lain tai sitä alemman asteisia säännöksiä tai määräyksiä. Kuntalaissa säädetään vain, että valtuusto päättää kunnan liikelaitokselle asetettavista toiminnallisista ja taloudellisista tavoitteista. Kunnat ovat voineet varsin vapaasti perustaa ja ovat perustaneet liikelaitoksia juuri tästä syystä: kysymys on viime kädessä kirjanpidollisesta ja toimintojen ohjaukseen liittyvästä järjestelystä. Liikelaitoksen perustaminen on kuitenkin merkittävä päätös, ja valtuusto yleensä antaa perustamisen yhteydessä yksityiskohtaisiakin sääntöjä.

#### *HUS – laboratoriot ja kuvantaminen*

Liikelaitostaminen voidaan toteuttaa myös sairaanhoitopiirin sisällä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on päätetty muodostaa laboratorio-, kuvantamis- ja ravitsemustoiminnat liikelaitoksiksi. HUS:n HYKS-Laboratoriodiagnostiikka muuttui liikelaitokseksi 1.1.2004 alkaen. Samalla nimi muuttui HUSLABiksi. Liikelaitoksesta on arvioitu tulevan taloudellista hyötyä toistuvien laboratoriotutkimusten vähentymisenä, yksikkökustannusten pienenemisenä ja ulkoisten myyntitulojen lisääntymisenä.

Kilpailulainsäädännön kannalta liikelaitostaminen on relevantti kysymys, jos liikelaitos toimii alueella, jolla on yksityisiä palveluntuottajia. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perustama ja omistama laboratorioliikelaitos todettiin kilpailunrajoituslain tarkoittamaksi elinkeinonharjoittajaksi koko toimintansa osalta. Laboratoriokeskuksella todettiin lisäksi olevan Pirkanmaan alueella määräävä markkina-asema lakisääteisessä toiminnassaan palvelu- ja keskuslaboratorioiden markkinoilla. Määräävän markkina-aseman väärinkäyttöä ei kuitenkaan todettu. Päätöksen keskeinen ongelmanasettelu liittyi liikelaitoksen pyrkimykseen laajentaa toimintaansa voimakkaasti yksityisille laboratoriomarkkinoille, samalla kun sairaanhoitopiirin itse tarvitsemat laboratoriopalvelut on suljettu kilpailulta. Vaikka varsinaista alihinnoittelua ei havaittukaan, kilpailun kannalta ongelmalliseksi todettiin se, että Laboratoriokeskuksella on kilpailulta suojatusta alueesta johtuvia mittakaavaetuja, jotka voivat vääristää kilpailua. Suoja-alue syntyy, kun liikelaitokseksi muutettu laboratorio on osa sairaanhoitopiirin organisaatiota.<sup>11</sup>

#### *Keski-Suomen pelastuslaitos*

Uutta on pelastuslaitoksen organisointi liikelaitokseksi. Esimerkiksi Keski-Suomen pelastuslaitos aloittaa toimintansa niin kutsutun keskuskuntamallin pohjalta Jyväskylän kaupungin liikelaitoksena vastaten yhteensä 30 kuntaa kattavasta alueesta. Kunnat ovat edustettuina johtokunnassa ja osallistuvat luonnollisesti toiminnan rahoitukseen. Johtosäännössä määritellään Keski-Suomen pelastuslaitoksen toiminta-ajatus, organisaatio, laitoksen tehtävät, lautakunnan tehtävät, pelastusjohtajan tehtävät ja muun henkilöstön ottaminen.

<sup>11</sup> Kilpailuviraston päätös 24.5.2002, dnro 1057/61/98.

#### 4.1.6 Uusimuotoinen liikelaitos

Vertailun vuoksi otetaan tässä yhteydessä tarkasteluun myös valtion uusimuotoinen liikelaitos. Valtion liikelaitos eroaa eräissä tärkeissä seikoissa kunnan liikelaitoksesta. Vuoden 2003 alussa voimaan tulleilla uudistuksilla mm. vahvistetaan niiden erillisyyttä budjettihallinnosta ja selkeytetään niiden ohjausta koskevia säännöksiä.

Valtion liikelaitoksella tarkoitetaan valtiokonserniin kuuluvaa yksikköä, jolla on oma tase, oma liikekirjanpito ja omat hallintoelimet ja joka vastaa ensisijaisesti itse sitoumuksistaan. Liikelaitoksen tehtävistä säädetään kutakin liikelaitosta koskevassa erillislaissa. Liikelaitoksen oma pääoma muodostuu peruspääomasta, muusta omasta pääomasta ja arvонkorotusrahastosta. Peruspääoma muodostuu mm. niistä omaisuuseristä, jotka valtio on sijoittanut liikelaitokseen aloittavassa taseessa toiminnan käynnistyessä. Muu oma pääoma sisältää erityisesti syntyneen liikevoiton. Liikelaitoksen oletetaan rahoittavan toimintansa tuotoillaan ja tuottavan lisäksi voittoa. Ilman liikelaitokselle asetettua tuottovaatimusta se olisi kilpailuolosuhteissa yksityisiä toimijoita edullisemmassa asemassa. Tuottovaatimus asetetaankin eduskunnassa liikelaitosta koskevan erillislain tai valtion budjettikäsittelyn yhteydessä ja se on tietty korko peruspääomalle.

Liikelaitos on itsenäinen toimija, jonka erillisuus valtiosta on viety varsin pitkälle. Merkittäviä eroja yksityisoikeudelliseen yhtiöön ovat ohjausmahdollisuus (eduskunnan päätöksillä ja erityisesti valtioneuvosto- ja ministeriötason päätöksin) sekä valtion viimekätinen vastuu liikelaitoksen vastuista. Viimeksi mainittu tarkoittaa mahdollisuutta ottaa velkaa, jolla käytännössä on valtiontakaus.

Eduskunta asettaa edelleen liikelaitoksen palvelu- ja muut toimintatavoitteet. Valtioneuvosto ja ministeriöt tekevät muut ohjauspäätökset. Valtion liikelaitokset ovat valtion laitoksia, joiden toiminnassaan edellytetään noudattavan liiketaloudellisia periaatteita. Valtion liikelaitokset myyvät tavaroita ja palveluja markkinoilla kilpailutilanteessa. Liikelaitoksen ohjaus perustuu tulos- ja palvelutaso-ohjaukseen. Eduskunta asettaa vuosittain talousarvion käsitteilyn yhteydessä liikelaitoksen keskeiset palvelu- ja muut toimintatavoitteet. Valtioneuvosto taikka asianomainen ministeriö hyväksyy näissä puitteissa liikelaitoksen palvelu- ja muut toimintatavoitteet sekä päättää tulostavoitteesta.

Valtioneuvosto vahvistaa liikelaitoksen aloittavan taseen, päättää muista omaisuuden siirroista liikelaitokselle tai liikelaitokselta budjettitalouteen, määrää ja vapauttaa liikelaitoksen hallituksen sekä vahvistaa liikelaitoksen tilinpäätöksen. Liikelaitos ei kuitenkaan muodosta erillisvarallisuutta vaan on osa valtiokokonaisuutta. Subventiota ja kilpailutilanteen vääristymistä pyritään välttämään sillä, että ”luovutettava” omaisuus arvioidaan liikelaitoksen aloitusvaiheessa käypään hintaan.

Liikelaitoksen hallituksen ja toimitusjohtajan tehtäviä ja vastuuta on laajennettu osakeyhtiölain mukaisia periaatteita noudattaen. Aiempaan lainsäädäntöön verrattuna liikelaitoksen hallituksen lisäksi myös liikelaitoksen toimitusjohtaja on liikelaitoksen lakisääteinen toimielin. Liikelaitoksen hallitus nimittää ja irtisanoo liikelaitoksen toimitusjohtajan. Liikelaitoksen hallituksen ja toimitusjohtajan vastuu vastaa osakeyhtiölain periaatteita. Liikelaitoskonsernin käsitettä on laajennettu: liikelaitoskonsernin konsernitilinpäätökseen sisältyvät kaikki liikelaitoksen määräysvallassa olevat yritykset.

Liikelaitoksen sekä ohjaavan ministeriön ja muiden liikelaitoksen palveluja tarvitsevien viranomaisten välisissä suhteissa pyritään siirtymään tilaaja-tuottajajärjestelmän mukaisiin menettelytapoihin.<sup>12</sup> Valtion talousarvioon otetulla hankintamäärärahalla ministeriö ja muu viranomainen hankkivat liikelaitokselta tai muilta toimijoilta tarvitsemansa palvelut. Jos liikelaitokselle on asetettu liiketaloudellisesti kannattamattomia palvelu- ja muita toimintatavoitteita eikä voida toimia tilaaja-tuottajajärjestelmän mukaisesti, valtion talousarvioon otetaan erityinen määräraha tällaisen tehtävän rahoittamiseksi.

Liikelaitoksen lainanotossa ja liikelaitoksen myöntämissä takauksissa noudatetaan periaatteita, joilla pyritään turvaamaan aito kilpailutilanne: liikelaitokselta peritään takausmaksu, jonka tavoitteena on saattaa liikelaitos rahoitusmarkkinoilla samaan asemaan kuin sen kilpailijat. Liikelaitoksilta peritään myös palvelumaksua valtion viranomaisten liikelaitoksille tuottamista keskitetysti hoidetuista palveluista.

#### *4.1.7 Osakeyhtiö*

Kunta voi tuottaa palveluja myös yksityisoikeudellisen yritystoiminnan muodossa. Kuntalaki ei aseta estettä kunnan osakuudelle yhtiössä edellyttäen, että toiminta kuuluu kunnan toimialaan. Yhtiön toimialana on tällöin kyseisten palvelujen, vrt. terveystalouden, tuotanto. Kunnallisia osakeyhtiöitä on perustettu toistaiseksi hyvin vähän peruspalvelutoimintoja varten eikä käytännössä lainkaan julkisen terveydenhuollon piirissä, lukuun ottamatta eräitä erityistoimintoja, kuten kuvantaminen. Pirkanmaan Coxa muodostaa osakeyhtiönä (ks. laatikko) poikkeuksen tästä myös siinä mielessä, että sen omistajiin julkisyhteisöjen ohella kuuluu yksityissairaala.

---

<sup>12</sup> Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valtion liikelaitoksista 161/2002 vp.



## Coxa

Mikään ei estä omistuspohjan ulottamista muihin julkisyhteisöihin tai yksityisiin tahoihin. Tamperelainen Coxa on tästä esimerkki. Sen omistajina ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Tampereen kaupungin, Valkeakosken, Vammalan ja Mäntän kaupunkien lisäksi saksalainen sairaalayhtiö, Invalidisäätiö sekä eräät muut sairaanhoitopiirit. Sairaala tuottaa kyseisten kuntien ja sairaanhoitopiirien puolesta mainittujen kuntien asukkaiden tarvitsemat tekonivelleikkaukset.

Osakeyhtiö on itsenäinen oikeushenkilö, jonka ylintä päätösvaltaa käyttävät yhtiökokouksessa osakkeenomistajat (kunta ja mahdolliset muut osakkaat). Yhtiön johto (hallitus, toimitusjohtaja) vastaa yhtiön toiminnan asianmukaisesta järjestämisestä.

Toiminnallisesti ja ohjauksen kannalta osakeyhtiön asema eroaa merkittävästi hallinnollisista (hallinnollinen eriyttäminen) organisointivaihtoehdoista: kunta ei voi muodollisesti antaa yhtiön johtoa sitovia määräyksiä muuta kuin laissa tarkoitettulla tavalla (yhtiön hallituksen valitseminen yhtiökokouksessa). Tällä on erityisesti vaikutusta arvioitaessa hallinnollisen ohjauksen vs. kysyntäperusteisen ohjautumisen käyttökelpoisuutta. Osakeyhtiön oletetaan myös tuottavan voittoa. Tappiollisen toiminnan jatkuminen edellyttää jossakin vaiheessa pääoman lisäämistä, johon omistajat joutuvat osallistumaan. Toiminnan jatkaminen pysyvästi tappiollisena ei ole ainakaan yhtiömuodon käytön hengen mukaista.

Kun kunta omistaa enemmistön jostakin yhtiöstä tai käyttää määräämisvaltaa yhteisössä, näiden katsotaan kuuluvan osaksi kuntakonsernia. Kuntakonserni ei ole lain tuntema termi vaan ohjauksen tarpeisiin ja kunnallisen omistuksen läpinäkyvyyden varmistamiseksi luotu käsite. Kunnan konserniohjeessa voidaan määrätä kuntakonserniin kuuluvien yhtiöiden ja yhteisöjen toimintapolitiikasta sekä raportointivelvollisuudesta kuntaan päin (ottaen kuitenkin huomioon omistajan rajoitettu mahdollisuus antaa muodollisesti sitovia määräyksiä).

Mitä lähemmäksi julkinen valta (kunta) markkinoita – yhtiönä tai muutoin – tulee, sen relevantimmaksi nousee kysymys kilpailusääntöjen noudattamisesta. Kunnan omistama yritys ei muodosta poikkeusta velvollisuudesta noudattaa kilpailunrajoituslakia ja julkisen tuen kieltä koskevia kansallisia tai eurooppalaisia säännöksiä. Lähtökohtaisesti tämä tarkoittaa määrävän markkina-aseman väärinkäytön kieltä, kieltä suosia yritystä muiden markkinoilla toimivien yritysten kustannuksella ja kieltä antaa julkisia tukia myöskään julkisomisteiselle yritykselle, jos subventoitu yritys hinnoittelee tuotteensa merkittävästi alle kaupallisesti toimivien yritysten hintatason ja alihinnoittelu vääristää merkittävästi kilpailuasetelmaa markkinoilla. Arviointiin vaikuttaa kuitenkin aina subventoidun toiminnan luonne sekä markkinoiden rakenne ja kilpailutilanne.

Tuotannon muuttaminen yhtiömuodossa tapahtuvaksi ja siten viranomaistoiminnan muodossa tapahtuvasta tuotannosta luopuminen merkitsee palveluhankinnan ulkoistamista, jonka johdosta se voi tulla hankintalainsäädännön (laki ja asetus julkisista hankinnoista) soveltamisen piiriin. Hankinnat saattavat tulla tällöin kilpailuttamisen piiriin ja kynnsarvot ylittävät hankinnat saatetaan joutua laittamaan tarjouskilpailuun. Jos kunnallinen yritys joutuu kilpailuttamaan hankintoja, ei sen omistuspohjaa voida mitenkään käyttää kriteerinä hankintapäätöksessä. Hankintapäätös tulee tehdä sen mukaan, mikä tarjous on kokonaistaloudellisesti edullisin.

Kilpailuttamisvelvollisuus tulee kuntaomisteiselle tuottajalle (yhtiö) silloinkin, kun yhtiö tuottaa palveluja vain kunnalle itselleen eikä lähde kilpailemaan muiden yritysten kanssa muille markkinoille. Se, että yhtiö pitäytyy vain julkisen palvelutuotannon korvaavassa tuotannossa omistajakuntien alueella, ei ole peruste olla kilpailuttamatta.

## **4.2 Palvelutuotannon organisointivaihtoehdoille asetettavat laadulliset kriteerit**

### *4.2.1 Riittävän koon hyödyntäminen*

#### *Hallinnollinen tehokkuus*

Jatkuva keskustelu kuntien liian suureksi arvioidusta määrästä ja kuntaliitosten ja kuntayhteistyön tarpeellisuudesta on vahva todiste siitä, että Suomen kuntakenttää pidetään toiminnallisesti hajanaisena. Esimerkiksi perusterveydenhuollon puolella yli kaksisataa kuntaa ylläpitää omin voimin perusterveydenhuoltoa (sekä tilaaja- että tuottajatoiminnot) tukeutumatta kuntayhtymien tai muutoin tapahtuvaan yhteistoimintaan. Paikallisuus on luonnollisesti arvoinensa, mutta tehokkuuden kannalta voidaan perustellusti esittää epäilyksiä.

Hallinnollisella kustannustehokkuudella voidaan ymmärtää hallinnollisten yleiskustannusten suhdetta itse palvelujen tuottamisen välittömiin kustannuksiin. Kovin hajanaisen järjestelmän voidaan uskoa synnyttävän enemmän hallinnollisia yleiskustannuksia kuin suurempina alueellisina kokonaisuuksina toimivan järjestelmään.

#### *Johtamisosaaminen*

Riittävän koon voidaan uskoa paremmin turvaavan riittävän resursoinnin palvelutuotannon johtamiseen. Keskeisiä johtamisen osa-alueita ovat toiminnan yleinen suunnittelu ja ohjaus sekä henkilöstöhallinto.

### *Lääkäri- ja henkilöstöresurssit*

Perusterveydenhuollon piirissä eli terveyskeskuksissa keskeisiä työuupumuksen aiheuttajia on lääkäriresurssien vähäisyys, mikä on näkynyt mm. päivystystoiminnan järjestämisen vaikeutena. Edelleen se vaikeuttaa terveyskeskuksen sisällä erikoistumista, mikä nähdään tärkeänä motivointitekijänä erityisesti nuoremman lääkärikunnan keskuudessa.

### *Tietojärjestelmien hyväksikäyttö*

Tietotekniikan hyödyntäminen potilastietohallinnossa ja hoitoonohjauksessa sisältää merkittävän toiminnan tehostamispotentiaalin. Tämä potentiaali on suurelta osin hyödyntämättä. Syinä uskotaan olevan sirpaleisen kuntakentän halu toteuttaa omia ratkaisujaan, jotka toteutetaan oman alueen ja sairaanhoitopiirin muista ratkaisuista itsenäisinä, usein räätälöityinä ratkaisuinä. Tämä on aiheuttanut merkittäviä lisäkuluja ja toiminnallista tehottomuutta.

Kansallisen terveysprojektin loppuraporttissakin todetaan, että toimiva tietohallinto muodostaa perustan terveystalouden tuottamiselle, dokumentoinnille, toimintojen johtamiselle ja seurannalle, palveluprosessien kehittämiseksi sekä terveyspolitiikan ja sen osa-alueiden arvioimiselle.

Kansallinen terveysprojekti kaipasi yhteensopivien tietojärjestelmien kehittämistä: tämän turvaamiseksi määritellään sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin, Suomen Kuntaliiton ja muiden toimijoiden yhteistyönä potilaskertomuksen ydintietojen koodaustapa, terveydenhuollon järjestelmien yhteensopivuuden takaavat hallinnolliset palvelut sekä avoimuus järjestelmien väliseen saumattomaan tietojen vaihtoon. Terveystalouden perusjärjestelmien sisältämistä potilastiedoista on tarkoitus muodostaa aluetietojärjestelmiä, joissa potilastiedot ovat turvallisesti ja virheettää käytettävissä valtakunnallisesti yhtenäisessä muodossa. Tuomalla aluetietojärjestelmään potilas-, tutkimus- ja hoitotietojen yhteyteen myös yhtenäisesti koodatut kustannustiedot luodaan edellytykset tuottaa järjestelmän ohjausta tukevaa valtakunnallista vertailutietoa hoitomenetelmien kustannuksista ja vaikuttavuudesta.

Eräs keskeinen johtopäätös kansallisessa terveysprojektissa onkin tulevaisuuden tietojärjestelmien perustuminen alueellisiin ratkaisuihin.

## 4.2.2 Osaamisen varmistaminen

### *Omistajaohjaus*

Julkisen terveydenhuollon tehtävänä ei ole voiton tuottaminen eikä palvelujen tuottamiseen sidotun omistuksen arvon kasvattaminen. Sen tehtävänä voidaan katsoa olevan tuottaa mahdollisimman tehokkaasti terveystalvuuja osoitettuun tarpeeseen. Siinä mielessä (perinteisesti voittoon tähtäävästä) omistajaohjauksesta ei voida puhua.

Sen sijaan voidaan puhua hyvästä omistajaohjauksesta siinä mielessä, että ”omistaja” varmistaa päätöksillään hyvän *managementin*, ammattijohdon, toiminnan läpinäkyvyyden suhteessa ”omistajiin” ja sen, että toiminta muutoinkin on mahdollisimman rationaalista.

### *Henkilöstöhallinto ja kannustimet*

Julkisen terveydenhuollon vetovoiman turvaaminen työnantajana on ollut mm. kansallisen terveysprojektin tavoitteita. Palkkauskysymysten ohella erityisesti terveydenhuollon piirissä työoloilla ja työn järjestelyyn liittyvillä muilla järjestelyillä (päivystysvastuun keventäminen ym.) katsotaan olevan tärkeä merkitys erityisesti lääkärien saatavuuden varmistamiseksi. Julkisen terveydenhuollon joutuessa kilpailemaan jatkossa yhä enemmän yksityisten palveluntuottajien kanssa työvoimasta, joudutaan hakemaan sellaisia palkkaus- ja muita henkilöstöhallinnollisia järjestelyjä, jotka mahdollistavat rekrytoinnin julkiselle sektorille myös jatkossa.

Edellä kuvatun hyvän omistajaohjauksen rinnalla aivan keskeinen kriteeri julkisen terveydenhuollon hyvälle hallinnolle on hyvä henkilöstöhallinto.

## **4.3 Vaihtoehtojen tarkastelua**

### *4.3.1 Yleistä*

Tarkastelun keskeisenä perusolettamana on ollut tilaajatoimintojen ja tuotantotoimintojen entistä selvempi erottaminen toisistaan perusterveydenhuollossa. Tilaaja–tuottajamallin perusidea on, että tilaaja kykenee määrittelemään kysynnän (todellinen palvelutarve) täsmällisemmin ja objektiivisemmin kuin taho, joka itse vastaa tuottavasta organisaatiosta. Tilaaja ja tuotantotoimintojen erottaminen toisistaan merkitsee siirtymistä kohti olosuhteita, joissa kysyntä ja tarjonta saatetaan tasapainoon sopimusohjausta ja markkinainformaatiota hyödyn-

tämällä. Edelleen se merkitsee julkisen palvelutuotannon täydentämistä yksityisellä palvelutuotannolla, minkä voidaan uskoa lisäävän innovatiivisuutta palvelutuotannon muodoissa.

Tilaja–tuottajamalli voi periaatteessa toteutua kaikkien olemassa olevien organisointivaihtoehtojen puitteissa. Eriyttämisvaihtoehdon ääripäänä on luonnollisesti julkisen terveydenhuollon tuotantotoimintojen yhtiöittäminen, josta ei ole juurikaan kokemuksia.

Teoriassa tuotantotoimintojen organisointi tilajaorganisaatiosta erillään edellä kuvattuja organisointivaihtoehtoja noudattaen voi tapahtua sairaala- tai terveyskeskuskohtaisesti, kunnan koko tuotanto eriyttäen tai peräti alueellisesti. Kehitys (ja tarve) näyttäisi olevan kohti alueellisia, nykyistä laajempia yksiköitä, jotta edes vähäisiä skaalaetuja saavutettaisiin.

Kunnille laissa osoitetun terveystalujen järjestämisvastuun myötä kunnat ovat paitsi hallinnollisesti viranomaisvastuussa julkisesta terveydenhuollosta myös omistavat suoraan tai kuntayhtymien (mukaan luettuna sairaanhoitopiirit) kautta terveydenhuollon infrastruktuurin. Organisointia koskevassa tarkastelussa on siten huomioitava kuntien asema myös omistajana. Mikäli kunnat säilyvät jatkossakin perusterveydenhuollon hallinnoijina tai omistajina, mikä on luultavaa, erityistä huomiota on kiinnitettävä omistajaohjaukseen. Suoran poliittisen kontrollin (poliittinen edustus) on jossain määrin annettava tilaa asiantuntijaomistajuudelle.

Vaihtoehtona olemassa oleville organisaatiomalleille voidaan ajatella alueellista sairaalaliikelaitosta, jonka jäsenenä useat alueen kunnat olisivat. Liikelaitos nykymuotoisista kunnallisista liikelaitoksista poiketen olisi itsenäinen, yksittäisestä kunnasta erillinen oikeushenkilö. Jäsenkunnat kattaisivat liikelaitoksen alijäämän perussopimuksessa sopimallaan tavalla. Se soveltaisi liikekirjanpitoa. Tärkeänä voidaan pitää kustannuslaskennan ja sitä kautta hinnoittelun läpinäkyvyyden kehittämistä. Liikelaitosmallin käyttöön liittyy se ongelma, että liikelaitosmalliin liittyy ominaispiirteensä itsekannattavuus (tai pyrkimys siihen) asiakasmaksutulojen nojalla. Toisaalta tämäkään ei ole ehdoton este. Nykyinen lainsäädäntö mahdollistaa kuntien yhteistoiminnan monin tavoin ja monessa eri muodossa. Ylikunnallisen luonteensa vuoksi liikelaitos saattaisi edellyttää uutta lainsäädäntöä, jos kuntayhtymiä koskeva lainsäädäntö ei tähän soveltuisi. Sairaalaliikelaitos saattaisi edellyttää lainsäädäntöä varsinkin, jos kuntien olisi pakko olla jäsenenä (osakkaana) jossakin sairaalaliikelaitoksessa.

#### *4.3.2 Resursointi*

Terveystalujen eri organisointivaihtoehtojen rahoitusta koskeva tarkastelu voidaan perustaa joka tapauksessa kahdelle olettamalle:

- Järjestelmä säilyy keskeisiltä osiltaan verorahoitteisena riippumatta tahosta, joka ensi kädessä suorittaa maksun tuottajayhteisölle.
- Asiakasmaksujen suhteellinen merkitys ei nouse olennaisesti vaan tilaava julkisyhteisö rahoittaa valtaosan.

Em. olettamille rakentunut järjestelmä on mahdollista toteuttaa minkä tahansa organisointivaihtoehdon puitteissa. Myöskään liikelaitos tai peräti yhtiötyyppinen organisaatio ei edellytä rahoituksen perustamista asiakasmaksuihin, vaan laskutus voi perustua yhtä lailla julkisyhteisö-tilaajalta perittäviin maksuihin.

### *4.3.3 Ohjaus ja valvonta*

Suomen terveydenhuollossa ohjauspolitiikan vaiheet ovat edenneet tiukasta sääntöohjauksesta yksityiskohtaisen ohjauksen purkamisen kautta informaatio-ohjauksen painottamiseen sekä toisaalta kansalaisten perusoikeuksien korostamiseen. Terveydenhuollon epäkohtien kärjistyminen ja suurempi julkisuus viime vuosina on nostanut esiin normiohjauksen tarpeellisuuden. Tähän on vastattu mm. laatusuosituksia kehittämällä.

Näkemyksistä riittävästä (lain edellyttämästä) terveystalouden tasosta saa siten sisällön laatusuositusten, mahdollisten määräysten ja yleisesti (mahdollisesti myös tuomioistuimissa) vaikiintuvan tulkinnan kautta.

Uuden perustuslain seurauksena vahvistuneen kunnallisen itsehallinnon voidaan katsoa nostaneen entisestään kynnystä antaa yksityiskohtaisia sitovia määräyksiä. Samasta syystä varsinainen viranomaisvalvonta on nykyisellään rajattu minimiinsä. Lääninhallitusten valvonta-tehtävä on nykyisellään rajattu vain kanteluiden kautta käynnistyvään valvontaan.

Järjestämisvastuun siirtäminen kunnan yläpuolelle alueellisiin yksiköihin antaisi edellytykset tarkastella valvontatarpeita painottaen kansalaisten yhdenvertaisuutta nykyisen kunnallisen itsehallinnon korostamisen sijaan. Vastaavasti saattaisi olla perusteltua asettaa kaikki terveystalouden tarjoajat (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) yhtenäisen, mahdollisesti keskitetyn valvonnan piiriin. Voidaankin kysyä, olisiko potilaiden oikeuksien kannalta perusteltua yhdenmukaistaa (ja tehostaa) valvontaa.

## 5 JURIDISIA NÄKÖKOHTIA

### 5.1 Terveysvakuutuksen suhde julkisyhteisöihin ja olemassa oleviin organisaatioihin

#### 5.1.1 Kunnat

Edellä on kuvattu terveysvakuutusjärjestelmän suhdetta kuntiin. Kunnat eivät olisi jäseninä alueellisissa vakuutuspiireissä, vaan niiden suhde olisi paremmin kuvattavissa termein vakuutuksen tilaaja vs. vakuuttaja. Kunta ottaisi kuntalaisille vakuutusturvan maksamalla vakuutusmaksua vakuutuspiirille, joka puolestaan rahoittaisi kunnan omistaman julkisen terveydenhuollon ja muiden palveluntuottajien toiminnan tilausmaksuilla. Aitoon tilaaja-tuottajasuhteeseen pääseminen edellyttäisi toimintojen todellista erottamista edellä kuvatulla tavalla. Kunnalla ei olisi suoraa vaikutusvaltaa vakuutuspiirin eli tilaajatoimintojen päätöksentekoon. Sen sijaan kunta vastaisi terveyshuollon palvelujen ylläpidosta omistajana. Se, että resurssit kanavoidaan tilaajan kautta, ei ole mitenkään uutta, vaan sitä sovelletaan jo sairaanhoitopiirien rahoituksessa. Sairaanhoitopiirien ja kuntien välisessä suhteessa tilaaja-tuottajamalli on kuitenkin näennäisempi ja epätäydellisempi kuin terveysvakuutusmallissa, koska kunnat istuvat faktisesti kummallakin puolella neuvottelupöytää.

Alueen kuntien ja vakuutuspiirin keskusteluyhteys terveydenhuollossa voitaisiin turvata esimerkiksi alueellisella neuvottelukunnalla, jossa voisi olla kuntien ja vakuutuspiirin lisäksi yksityisen palveluntuottajien edustus. Tilaajatoimintojen riippumattomuus yksittäisissä hankinnoissa tulisi kuitenkin turvata.

#### 5.1.2 Kela

Terveydenhuollon kannalta Kelan pääasiallinen tehtävä on myöntää sairausvakuutuskorvauksia yksityishenkilöille ja osarahoittaa työterveyshuoltoa. Sairauspäivärahalla korvataan työkyvyttömyydestä aiheutuvaa ansionmenetystä alle vuoden kestävänsä sairauden aikana. Jos henkilön sairaus jatkuu yli vuoden, hän voi hakea työkyvyttömyyseläkettä.

Vakuutuspiiriin toiminnot vastaavat osittain Kelan alueiden nykyisiä toimintoja, mutta vain osin. Nykyisin kuntien ja Kelan välillä ei ole suoranaista julkisen terveydenhuollon rahoitukseen liittyvää yhteyttä. Kela korvaa työnantajalle ja yrittäjälle tai muulle omaa työtään tekeväälle työterveyshuollosta aiheutuneet tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset sairausvakuutuslain nojalla. Edelleen Kela toimii sairausvakuutusjärjestelmän kehittäjänä ja osallistuu työkyvyn heikkenemiseen liittyviin ratkaisuihin, kuten kuntoutuksen järjestämiseen, eläkkeelle siirtymisen arviointiin ja – osana kuntoutusta – psykoterapian tukemiseen.

Kelan kokemus tilaajatoiminnoista ulottuu tänä päivänä erityisesti kuntoutukseen ja osin työterveyshuoltoon. Kela kilpailuttaa kuntoutuslaitoksia ja auditoi niiden toimintaa.

Kelan toiminta Suomessa jakautuu viiteen vakuutusalueeseen, ja ne jakautuvat edelleen vakuutuspiireihin, joita on 82. Kelan toiminnan jakautuminen vakuutusalueisiin, terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus ja ennen kaikkea sairausvakuutusjärjestelmän hallinnoinnista vastaaminen merkitsevät synergiaa terveystakuutusjärjestelmän kanssa. Edellä on pidetty tärkeänä hoitoketjun rahoituksen yksikanavaisuutta. Se puoltaisi Kelan ja terveystakuutusjärjestelmän jonkinasteista ”yhteenkuuluvuutta”.

### *5.1.3 Suhde yksityisiin vakuutusmarkkinoihin*

Terveystakuutusjärjestelmä olisi luonteeltaan julkinen terveydenhuollon rahasto siinä mielessä, että sen kautta kanavoitaisiin ensisijaisesti – jollei pelkästään – verovaroja. Sen tulot perustuisivat valtaosaltaan kuntien budjetistaan maksamiin korvauksiin (vakuutusmaksuihin), jotka kunnat olisivat keränneet veroina tai saaneet valtionosuuksina.

Sillä ei olisi kilpailijaa, kuten työeläkeyhtiöillä työeläkevakuuttamisessa on. Sen asema olisi verrattavissa lähinnä Kelaan. Myös sen taloudellinen liikkumavapaus olisi verrattavissa Kelan vastaavaan: sille voisi kertyä omia varoja (ylijäämiä), jotka on sijoitettava toimintaa turvaavalla tavalla.

Julkisen terveydenhuollon rahoituksessa ei siten syntyisi markkinoita, joilla muut vakuutusyhtiöt voisivat toimia. Viime kädessä kysymys on siitä, että kansalaiset rahoittavat julkisen terveydenhuollon verovaroin, eivät ottamalla henkilökohtaisia vakuutuksia. Kuntien tehtävä olisi toimia verovarojen kanavoijana vakuutusjärjestelmään.

## **5.2 Juridista arviointia**

### *5.2.1 Rahasto osana julkista valtaa*

Perustuslaissa asetetaan julkisen vallan tehtäväksi huolehtia sosiaalisten perusoikeuksien (mukaan lukien terveydenhuolto) toteutuminen. Se, miten julkinen valta tämän tehtävän hoitaa, jää lailla säädettäväksi. Tunnetusti lailla on kunnille säilytetty leijonanosa julkisen vallan palvelutehtävien organisoimisesta ja rahoittamisesta. Kunnilla on kuitenkin melko pitkälle ulottuva vapaus järjestää palvelut haluamallaan tavalla.



Perustuslaissa ei ole täsmennetty sitä, että nimenomaan kunnan hoidettavaksi tulee antaa mainitut tehtävät. Kunnille tehtävät on määrätty lain tasolla. Perustuslaista ei näyttäisi johtuvan estettä, että kuntien rinnalla terveydenhuollon järjestämisvastuu ulotettaisiin toiselle julkisoikeudelliselle instituutiolle, terveystakuuspiirille tai rahastolle.

Perustuslaista on johdettavissa vain julkisen vallan velvollisuus huolehtia mainittujen oikeuksien toteutumisesta. Siitä ei ole johdettavissa tarkempia rajoituksia. Lailla (kansanterveyslailla ja erikoissairaanhoidoilla) voidaan siten säätää julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuusta, rahoituksesta (tiettyyn rajaan asti) ja organisoinnista.

### 5.2.2 *Suhde kunnalliseen itsehallintoon*

Kuntien hallinnon tulee perustua kunnan asukkaiden itsehallintoon. Kunnille annettavista tehtävistä säädetään lailla: kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädetyt tehtävät. Kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla.

Kunnan tehtävistä voidaan yksityiskohtaisemmin säätää tavallisella lailla. Lakien on hyvin harvoin katsottu edellyttävän perustuslain säätämisyjärjestystä sillä perusteella, että se puuttuu kuntien itsehallintoon. Kunnan tehtävistä ja velvollisuuksista julkiseen terveydenhuoltoon liittyen on säädetty tavanomaisessa lainsäätämisyjärjestyksessä. Yksityiskohtaisemmin kunnan tehtävistä terveydenhuollon järjestämisessä on säädetty kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidoilla ja sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuuslaissa. Sanotuissa laeissa määräytyy yksityiskohtaisemmin kunnan järjestämisvastuun sisältö, muodot ja yleisellä tasolla määriteltynä palvelujen taso.

Terveystakuusmalli puuttuu kuntien järjestämisvastuuseen tavalla, jonka voidaan katsoa edellyttävän lainsäädäntöä. Järjestelmän käyttöönotto ilman muutoksia voimassa olevaan lainsäädäntöön ei liene mahdollista. Tätä edellyttänevät ainakin seuraavat piirteet järjestelmässä:

- kunnan velvollisuus osallistua oman alueensa vakuutuspiiriin (rahoittajana)
- vakuutuspiirin viimekätinen vastuu kuntalaisen hoidon kustannusten kattamisesta.

Todennäköisesti tarkempi analyysi osoittaa, että on muitakin piirteitä, jotka edellyttävät muutoksia lakiin.

Terveystakuusjärjestelmä olisi kunnan hallinnosta erillinen, mutta sen toiminta perustuisi läheiseen vuorovaikutukseen kunnan palvelutuotannon kanssa. Kunnalle on vakiintuneesti

katsottu voitavan antaa lakisääteisesti tehtäviä myös niin, ettei niihin osoiteta voimavaroja valtion puolelta.

Terveysvakuutusjärjestelmän käyttöönotto edellyttäisi, että lailla asetetaan kunnille velvollisuus vakuuttaa kuntalaiset terveysvakuutusjärjestelmän piirissä. Tämä on todennäköisesti kriittisin kohta kunnallisen itsehallinnon toimivuuden arvioinnin kannalta. Edelleen lailla tulisi varmistaa jatkossakin, että kunta ylläpitää terveyskeskusta itse tai kuntainliiton jäsenenä. Muutos olisi se, että kunnan rahoitus kanavoituisi terveysvakuutuksen kautta.

### *5.2.3 Suhde kansalaisten perusoikeuksiin*

Perustuslaista on johdettavissa useita julkisen terveydenhuollon järjestämiseen välittömästi tai välillisesti vaikuttavia periaatteita. Keskeisimmät näistä ovat

- kansalaisten yhdenvertaisuus
- velvoite turvata, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät terveyspalvelut sekä velvoite edistää väestön terveyttä
- velvoite turvata perusoikeuksien käytännön toteutuminen: julkisen vallan tulee lainsäädäntötoimin, voimavaroja myöntämällä ja toiminnan asianmukaisella järjestämisellä huolehtia siitä, että jokaiselle turvataan riittävät terveyspalvelut.

Juridisen arvioinnin kannalta keskeisin kysymys on, onko kunnan järjestämisvastuu johdettavissa perustuslain tasolta, ts. puuttuuko terveysvakuutusjärjestelmän käyttöönotto perustuslaintasoiseen sääntelyyn. Tämä on arvioitava kunnalliseen itsehallintoon, peruspalvelujen järjestämisvastuuseen tai kansalaisten perusoikeuksiin liittyvien periaatteiden valossa.

Toisaalta erityisesti perusoikeuksien toteutumista voidaan tarkastella myös toisesta ellei peräti vastakkaisesta näkökulmasta: kykeneekö nykyjärjestelmä eli yksin kuntien järjestämisvastuuseen perustuva järjestelmä toteuttamaan käytännössä kansalaisten perusoikeudet?

Kuntalaisen oikeudet perustuslaissa säädettyihin ja muussa lainsäädännössä turvattuihin terveyspalveluihin, ja vieläpä tietyn tasoisine, ovat pitkälti riippumattomia siitä tavasta, jolla terveyspalveluja tuotetaan.

Potilaslaki eli laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sisältää säännökset potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvistä keskeisistä periaatteista. Sillä ei puututa kunnallista terveydenhuoltoa koskevaan lainsäädäntöön sisältyvään kunnan (tai minkään muun tahon) velvollisuuteen järjestää terveyden- ja sairaanhoitoa. Erityisesti laissa säädetään henkilön oikeudesta saada ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden

voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaan terveydentilasta johtuvan hoidon tarpeen arvioinnin tulee perustua lääketieteellisesti hyväksyttäviin kriteereihin.

Potilaslailla pyritään määrittämään nimenomaan hoidon laatua: se edellyttää, että hoidon tarpeen arvioinnin sekä potilaan hoidon ja kohtelun on oltava laadultaan hyvää ja muutoinkin täytettävä potilaslaissa määritellyt hyvän hoidon ja kohtelun kriteerit. Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaslain 4 §:ssä säädetään hoitoon pääsystä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Jos henkilölle ei heti voida antaa tarpeelliseksi katsottavaa hoitoa, hänet on terveydentilansa mukaan joko ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Palvelujen saannin peruseriaatteeksi oikeuskäytännössä on vakiintumassa yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi. Tämä tulee ottaa huomioon palvelusuunnitelmissa.

Lainsäädännön luonne puitelainsäädäntönä merkitsee juuri sitä, että lainsäädännössä asetetaan järjestämisvelvoitteet ja kuntalaisten oikeudet, mutta siinä ei puututa yksityiskohtaisesti palveluiden tuottamistapaan. Lainsäädäntö jättää siten kunnille mahdollisuuden harkintaan palvelujen järjestämisessä. Tätä harkintaa on perustuslain yhdenvertaisuussäännöksestä johtuen käytettävä niin, että kunnan asukkaat saavat ainakin terveydenhuollon perusturvaan kuuluvia palveluja yhtenäisten perusteiden mukaisesti.

Julkisen terveydenhuollon kriisiytymistä koskenut keskustelu on johtanut siihen, että taas on alettu kiinnostua siitä, kykenevätkö kunnat turvaamaan lain edellyttämän palvelutason. Perusoikeusnäkökulmasta kiinnostus on kasvanut myös sen suhteen, kykeneekö järjestelmä turvaamaan kansalaisten yhdenvertaisen kohtelun ottaen huomioon merkittävätkin alueelliset eroavaisuudet palvelutasossa. Nykyisellään kunnassa esiintyvän palvelutarpeen arviointi kuuluu ensisijaisesti kunnalle itselleen. Eduskunnan oikeusasiamies on joutunut ottamaan kantaa sekä kysymykseen palvelujen riittävydestä että yhdenvertaisuudesta. Hänen mukaansa lakisääteisten terveystalvelujen turvaamisvelvoite tulee ottaa huomioon kunnissa talousarviopäätöksiä tehtäessä ja lakeja sovellettaessa. Erikoissairaanhoitolaki kytkee kotikunnan järjestämisvelvollisuuden yksittäisen potilaan hoidon tarpeeseen, ei yleiseen kunnassa esiintyvään tarpeeseen.<sup>13</sup> Kunnan järjestämisvastuulle kuuluvissa tehtävissä on kysymys perusturvaan kuuluvista talveluista, joiden saatavuus julkisen terveydenhuollon on turvattava. Toisaalta kuntakohtaisia eroja ei voida pitää lainsäädännön perusteella lainvastaisina sillä

---

<sup>13</sup> Eduskunnan oikeusasiamiehen päätös 488/2000 erikoissairaanhoidon järjestäminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä.

edellytyksellä, että ainakin terveydenhuollon perusturvaan kuuluvat palvelut turvataan kaikille kohtuullisessa ajassa ja niin, että suuria eroavaisuuksia hoitoon pääsyssä ei tämän vuoksi synny.

Oikeudellisestikin tilanne on jännittynyt: sekä puutteet palvelutasossa että kansalaisten epäyhdennukainen kohtelu julkisessa terveydenhuollossa saattavat johtaa toisenkinlaiseen tulkintaan: kaikki kunnat eivät suoriudu perustuslaissa ”julkiselle vallalle” säädetyistä, terveydenhuoltoon liittyvistä tehtävistä. Ottaen huomioon järjestelmän edessä olevat haasteet ja todennäköiset vaikeudet myös keskustelun perusoikeuksien toteutumisesta voidaan uskoa käyvän yhä vilkkaampana.

## KIRJALLISUUS

Harjula H, Prättälä K. Kuntalaki. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1995.

Jääskeläinen J. Markkinoiden avaaminen ja kilpailun edistäminen sosiaalisektorin hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 15, 2000.

Liljeström M. Terveyspalvelujen järjestämistä koskevat kiistat hallintotuomioistuimissa. Defensor Legis 2003; (1).

Paunio P. Sopimusohjaus Suomessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1999.

Pekola-Sjöblom M. Kuntaliitoista kuntayhtymiin: tutkimus kuntayhtymien kehityspiirteistä, organisaatioista ja kuntayhtymäjohtajien näkemyksistä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2000.

Vohlonen I, Vehviläinen A, Kinnunen J, toim. Terveysturva ja sen rahoitus. Tuloksia tutkimus- ja kehittämishankkeen ensimmäisestä vaiheesta. Kuopio: Kuopion yliopisto ja Efektia, 2003.

## LIITE

Kansanterveystyöhön eli perusterveydenhuoltoon kuuluvina tehtävinä kunnan tulee kansanterveyslain (66/1972) mukaan

1. ylläpitää terveysneuvontaa, johon luetaan kansanterveydellinen valistustyö, raskauden ehkäisyneuvonta siihen sisältyen, ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestäminen
2. järjestää kunnan asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus
3. ottaen huomioon, mitä mielenterveyslaissa on säädetty, järjestää kunnan asukkaiden tarvitsemat sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa
4. huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittava sairaankuljetusvalmius
5. ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito
6. ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon luetaan kunnassa sijaitsevien perusopetusta ja lukiokoulutusta antavien koulujen ja oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta sekä niiden oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhoito sekä terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus
7. ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien muuta kuin 6 kohdassa tarkoitettua koulutusta järjestävien oppilaitosten opiskelijoille näiden kotipaikasta riippumatta opiskelijaterveydenhuoltoa, johon luetaan oppilaitosten terveydellisten olojen valvonta, opiskelijan terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto; yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden terveydenhoito ja sairaanhoito sekä hammashuolto voidaan kuitenkin kunnan suostumuksella järjestää myös muutoin sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla
8. tuottaa kunnan alueella sijaitsevilla työ- ja toimipaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja
9. järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvin osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa

10. järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään
11. järjestää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen hammashoito, potilaan asuinpaikasta riippumatta.

Kunnan terveystieteellisillä on lisäksi asevelvollisten kutsuntoihin ja oikeuslääketieteellisiin tutkimuksiin liittyviä lakisääteisiä velvollisuuksia.

Edelleen kunnan tehtävänä on huolehtia sairaanhoitoon kuuluvan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kelan tehtäväksi. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot.

