



VALTIONEUVOSTON KANSLIA



Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi

Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi

Julkaisija
VALTIONEUVOSTON KANSLIA

KUVAILULEHTI
15.11.2011

Tekijät

Hannu Valtonen, Itä-Suomen yliopisto
Markku Pekurisen johtama Terveyden ja hyvinvoinnin
laitoksen asiantuntijaryhmä

Julkaisun laji
Raportti

Toimeksiantaja
Valtioneuvoston kanslia

Toimielimen asettamispäivä

Julkaisun nimi

Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi

Tiivistelmä

Julkaisuun sisältyvät, talousneuvoston sihteeristön tilaamat asiantuntijaraportit porautuvat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ajankohtaiseen problematiikkaan, muun muassa väestökehitykseen ja monikanavaisuuteen liittyviin haasteisiin. Professori Hannu Valtonen laatima raportti *Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi* vertailee julkisuudessa esillä olleita sosiaali- ja terveydenhuollon vaihtoehtoisia kehitysmalleja. Raportti nostaa myös esiin potentiaalisesti tärkeitä näkökohtia, jotka ovat jääneet ehdotuksissa vähälle huomiolle. THL:n asiantuntijaryhmän raportti *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa* konkretisoi ja kehittää edelleen yhtä vertailussa mukana ollutta mallia. Raportti sisältää myös kuvauksen nykyisen rahoitusjärjestelmän pääpiirteistä sekä järjestelmien kansainvälistä vertailua.

Avainsanat

Sosiaali- ja terveydenhuolto, peruspalveluiden rahoitus, monikanavaisuus

Sarjan nimi ja numero Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 19/2011		ISSN 1799-7828	ISBN (nid.) 978-952-5896-87-9
Kokonaissivumäärä 117	Kieli Fi	Luottamuksellisuus julkinen	ISBN (PDF) 978-952-5896-86-2
Kustantaja Valtioneuvoston kanslia Julkaisu PDF:nä: www.vnk.fi/julkaisut Lisätietoja: julkaisut@vnk.fi		Taitto Politiikka-analyysiyksikkö, valtioneuvoston kanslia	
Julkaisun jakelu ja välitys julkaisut@vnk.fi			

Utgivare STATSRÅDETS KANSLI		PRESENTATIONSBLAD 15.11.2011	
Författare Hannu Valtonen, Östra Finlands universitet Expertgruppen vid Institutet för hälsa och välfärd ledd av Markku Pekurinen		Typ av publikation Rapport	
		Uppdragsgivare Statsrådets kansli	
		Datum då utredningen tillsattes	
Publikationens namn			
Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi (Förslag till utveckling av finansieringen av social- och hälsovården)			
Sammandrag			
<p>Expertrapporterna i publikationen har beställts av ekonomiska rådets sekretariat. De behandlar ingående den aktuella problematiken med finansieringen av social- och hälsovården, bl.a. utmaningarna som gäller befolkningsutvecklingen och finansieringen via flera kanaler. Professor Hannu Valtonens rapport <i>Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi (Bedömning av förslagen till finansiering av hälso- och sjukvården)</i> jämför de alternativa utvecklingsmodeller för social- och hälsovården som varit i offentligheten. Rapporten lyfter också fram sådana potentiellt viktiga synpunkter som fått liten uppmärksamhet i förslagen. Rapporten från expertgruppen vid Institutet för hälsa och välfärd, <i>Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa (Utvecklingen av finansieringen av social- och hälsovården: Mot en enda regional organisatör-finansiär)</i>, konkretiserar och vidareutvecklar en av de modeller som ingick i jämförelsen. Rapporten innehåller också en beskrivning av huvuddragen i det nuvarande finansieringssystemet och en internationell jämförelse av systemen.</p>			
Nyckelord			
Social- och hälsovård, finansiering av basservicen, finansiering via flera kanaler			
Publikationsseriens namn och nummer		ISSN	ISBN (tryck)
Statsrådets kanslis publikationsserie 19/2011		1799-7828	978-952-5896-87-9
Sidantal	Språk	Sekretessgrad	ISBN (PDF)
117	Fi	Offentlig	978-952-5896-86-2
Förläggare och distribution		Layout	
Statsrådets kansli Publikationen som PDF: www.vnk.fi/julkaisut Ytterligare information: julkaisut@vnk.fi		Enheten för politikanalys, statsrådets kansli	

ESIPUHE

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen on yksi julkisen vallan tärkeimpiä vastuualueita, johon myös käytetään merkittävä osa julkisista kokonaismenoista. Väestön ikääntymisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon meno-osuuden ennakoidaan entisestäänkin kasvavan. Kehitysnäkymä on haasteellinen paitsi julkisen sektorin rahoituksellisen kestävyuden myös alan kasvavan työvoimatarpeen kannalta. Tästä näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää, että järjestelmä pystyy tuottamaan laadukkaat ja tasapuoliset palvelut mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti.

Edessä oleva näkymä on herättänyt asiantuntijat pohtimaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän edellytyksiä selviytyä demografisen muutoksen vaikutuksista. Keskeisenä haasteena on nähty alueellisen väestökehityksen eriytyminen siten, että potentiaalisesti paljon hoitoa tarvitsevan ikääntyneen väestön osuus nousee erityisesti kasvukeskusten ulkopuolella hyvin korkeaksi samaan aikaan kun näiden alueiden luontainen veropohja supistuu. Suhteellisten pienten yksiköiden, kuten yksittäisten kuntien, varaan rakentuvan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän sopeutuminen tällaiseen kehitykseen on erittäin vaikeaa.

Samaan aikaan valokeilaan on nostettu myös muita erityisesti terveydenhuollon rahoitusta koskevia epäkohtia ja potentiaalisia ongelmia. Yksi suomalaisen järjestelmän ominaispiirteitä on julkisen rahoituksen jakautuminen useampaan eri kanavaan. Vaikka kunnat kantavat rahoituksellisen päävastuun, valtio osallistuu rahoitukseen sekä kunnille suunnatun valtionavun että sairausvakuutuksen kautta. Myös Kelan hallinnoima sairausvakuutus ja lakisääteinen työterveyshuolto voidaan nähdä itsenäisinä osina julkista tai puolijulkista rahoitusjärjestelmää.

Monikanavaisuus ei sinällään ole ongelma – ellei sellaiseksi katsota järjestelmän monimutkaisuutta ja vaikeaselkoisuutta. Ongelmia syntyy, mikäli järjestelmä johtaa tehottomuuteen kannustamalla vastuun ja kustannusten siirtelyyn eri rahoituslähteiden välillä. Tällaisia kannustinongelmia esiintyy esimerkiksi silloin, kun vastuu sairauden ennaltaehkäisystä ja hoidosta on eri rahoittajilla. Ongelmallista voi olla myös se, jos eri kanavien tuottamat osin rinnakkaiset palvelut asettavat kansalaiset saatavuuden ja laadun suhteen kovin erilaiseen asemaan riippuen sosioekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta. Esimerkkinä tästä voidaan mainita terveyskeskusten palvelutason jääminen jälkeen työterveyshuollon kehityksestä.

Tähän julkaisuun sisältyvät, talousneuvoston sihteeristön tilaamat asiantuntijaraportit puretuvat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen monimutkaiseen ja ajankohtaiseen problematiikkaan. Professori Hannu Valtosen laatima raportti *Terveydenhuollon rahoitusehdotusten arviointi* vertailee julkisuudessa esillä olleita vaihtoehtoisia sosiaali- ja terveydenhuollon kehitysmalleja. Raportti nostaa myös esiin potentiaalisesti tärkeitä näkökohtia, jotka ovat jääneet ehdotuksissa vähälle huomiolle. THL:n asiantuntijaryhmän raportti *Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa* konkretisoi ja kehittää edelleen yhtä vertailussa mukana ollutta mallia. Raportti sisältää myös kuvauksen nykyisen rahoitusjärjestelmän pääpiirteistä sekä järjestelmien kansainvälistä vertailua. Raporttien valmisteluvaiheessa järjestettiin työseminaari, johon osallistuivat ulkopuolisina asiantuntijoina finanssineuvos Raimo Jämsén STM:stä, ylijohtaja Aki Kangasharju VATT:sta sekä terveysturvan tutkimuksen päällikkö Hennemari Mikkola Kelasta. Heille kiitokset rakentavasta palautteesta ja kommentista. Molemmat raportit olivat esillä talousneuvoston kokouksessa 26.10.2010. Kiitän kirjoittajia ansiokkaasta työstä ja toivon, että julkaisu tarjoaa osaltaan hyödyllistä tausta-aineistoa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevan päätöksenteon tueksi.

Pekka Sinko
pääsihteeri

Sisälllys

ESIPUHE.....	5
TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSEHDOTUSTEN ARVIOINTI	9
<i>Hannu Valtonen</i>	
1 YHTEENVETO	11
2 ARVIOINTIKEHYS JA ARVIOITAVAT EHDOTUKSET	14
2.1 Arvointikehys	14
2.2 Arvioitavat rahoitusehdotukset.....	15
2.3 Terveydenhuollon erityispiirteet.....	16
3 RAHOITUSEHDOTUSTEN ARVIOINTI	17
3.1 Rahoitusehdotusten tavoitteet.....	17
3.2 Ehdotetun muutoksen luonne ja kattavuus.....	17
3.3 Nykyjärjestelmän edut ja ongelmat	20
3.4 Rahoituksellinen kestävyys	22
3.5 Legitimiteetti ja poliittinen kestävyys.....	23
3.6 Kansalaisten rooli.....	27
3.7 Hierarkiat ja kumppanuus vai markkinat?	30
3.8 Insenttiivit ja järjestelmän dynamiikka.....	33
3.9 Jakauma.....	35
3.10 Tuottavuus ja tehokkuus.....	38
3.11 Työvoiman saatavuus	40
4 LÄHTEET	41
SUMMARY: Assessment of health care financing proposals.....	46
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN KEHITTÄMINEN:	
KOHTI YKSIKANAVAISTA ALUEELLISTA JÄRJESTÄJÄ-RAHOITAJAA	51
<i>Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä</i>	
1 ASIANTUNTIJATYÖN TAUSTA, TAVOITE JA TOTEUTUS.....	53
2 ASIANTUNTIJARYHMÄN EHDOTUKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEKSI	55
3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON NYKYINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ.....	59
3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin	59
3.2 Suomen terveydenhuollon rahoitus kansainvälisestä näkökulmasta	64
3.3 Nykyisen rahoitusjärjestelmän keskeisiä taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia..	69
4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ALUEELLINEN JÄRJESTÄJÄ-RAHOITAJA	73
4.1 Alueellisen järjestämistä vastuun toteuttaminen	73
4.2 Raha seuraa asiakasta -periaate perustason palveluissa	80
4.3 Palvelujen tuottaminen asiakkaan kannalta joustavasti	86
4.4 Erityistason palvelujen tuottajien rahoitus	91
4.5 Kansallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu	95
4.6 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallintomalli.....	97
4.7 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan taloudellinen ohjaus	101
4.8 Valtakunnallinen ohjaus.....	107
5 LÄHTEET	113
SUMMARY: Proposal to reform health and social services financing: Towards a regional single-payer system	117

Terveystalouden rahoitusehdotusten arviointi

Hannu Valtonen

professori (terveystaloustiede)
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos,
Itä-Suomen yliopisto (Kuopion kampus)
PL 1627, 70211 Kuopio
sähköpostiosoite: hannu.valtonen@uef.fi
puh. +358-44-5948984

1 YHTEENVETO

Rahoitusehdotukset

Raportissa on arvioitu neljä erilaista terveydenhuollon rahoitusehdotusta¹, joista kahdessa (terveysrahasto ja kansallinen tilaaja-tuottaja) ajatuksena on koota terveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluiden rahoitus yhteen kansalliseen organisaatioon ja kahdessa (alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja ja nykyistä vahvemmat kunnat) koottaisiin nykyisin kuntien rahoittamia sosiaali- ja terveystalvuuja suurempien alueellisten toimijoiden tehtäväksi. Tehdyt ehdotukset ovat tarkoituksellisen yleispiirteisiä. Ehdotuksista STM:n työryhmän (2011) ehdotus on näistä neljästä ehdotuksesta lähinnä Kataisen hallituksen ohjelmaa.²

Kaikissa raporteissa ehdotetaan 1990-luvun alussa tehdyn päätöksenteon ja rahoituksen de-centralisaation muuttamista keskitetyimmäksi. Ehdotuksissa termillä 'rahoitus' viitataan kootujen julkisten varojen käyttöön terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämiseksi. Ehdotuksissa ei käsitellä yksityistä terveysvakuuttamista. Ehdotuksissa ei myöskään etsitä uusia terveys- ja sosiaalipalvelujen rahoituslähteitä. Kaikissa ehdotuksissa pidetään tärkeänä järjestäjäorganisaation rahoituksen turvaamista riittävän suuren rahoituspohjan avulla. Rahoituksen kestävyys on raporteissa esillä erityisesti pienten kuntien kapeasta rahoituspohjasta syntyvinä ongelmina ja ongelmien ratkaisuksi ehdotettuna palvelujen järjestäjätahon koon kasvattamisena.

Ehdotukset käsittelevät pääosin palveluihin koottavan rahoituksen välittämistä eri toimijoille ja näiden toimijoiden uudelleenorganisointia. Rahoituksen järjestäminen ehdotuksissa on terveyshuollon toimijoiden, järjestäjä-, vastuu- ja tuottajatahojen, ja erilaisten palvelu-, tulo- ja menovirtojen organisointia.

Taulukko 1 Rahoitusehdotusten luonne.

Ehdotus	Poliittinen päätöksenteo	Laajuus	Tilaajan ja tuottajan erottaminen
Huhtanen ym., kansallinen terveysrahasto	Eduskunta, Kelan poliittinen ohjaus	"Kuntien, valtion ja Kelan terveydenhoitoon käyttämät rahat"; eri vaihtoehtoja; (tulonsiirrot?)	Tilaaja/ostaja
Aronkytö ym., kansallinen tilaaja-rahoittaja	Ei määritelty, voisi olla omistaja, eduskunta tai kunta	Sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus, ml. työterveyshuolto	Tilaaja/ostaja
Pekurinen ym., alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja	Ei määritelty, voisi olla omistajakunnat tai eduskunta?	Valtion ja kuntien nykyinen terveyden- ja vanhustenhuollon rahoitus, ml. osin sairausvakuutus	Tilaaja/ostaja ja tuottaja/myyjä
STM, vahva kunta	Kunta	Valtion ja kuntien nykyinen rahoitus, ml. osin sairausvakuutus	Tilaaja/ostaja ja tuottaja/myyjä

¹ Kansaneläkelaitoksessa eri yhteyksissä tehty ehdotus **Kansallinen terveysrahasto**, Sitran asiantuntijaryhmän ehdotus **Kansallinen tilaaja-rahoittaja**, THL:n asiantuntijaryhmän ehdotus **Alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja** ja **Sosiaali- ja terveysministeriön** työryhmän ehdotus **Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamallien vaihtoehdot**.

² "Sosiaali- ja terveydenhuollon laadukkaiden, vaikuttavien ja oikea-aikaisten palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden varmistamiseksi uudistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta osana kuntarakenteen uudistamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu säilytetään kunnilla. Laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvuuja saatavuuden varmistamiseksi ja rahoituksen turvaamiseksi tulee muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuuseen kykeneviä vahvoja peruskuntia." (Hallitusohjelma 2011, 56)

Nykyjärjestelmän edut ja ongelmat

Nykyjärjestelmän keskeiset ongelmat ehdotusten mukaan ovat kansalaisten eriarvoisuus palvelujen saatavuuden suhteen ja järjestelmän odotettavissa oleva huono selviytyminen sekä palvelujen kysyntään että työvoiman tarjontaan vaikuttavista väestörakenteen muutoksista. Järjestelmän sisällä ongelmat liittyvät päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuuteen, liian pieneen järjestäjätahoon (nykyiset kunnat) ja järjestelmään sisään rakentuneisiin disinsentteihin ja kehittymistä estäviin tekijöihin. Päätöksenteon ja rahoituksen hajanaisuus estävät tasa-arvoisen palveluihin pääsyn ja laadukkaan, tehokkaan sekä tuottavan palvelutuotannon. Nämä ongelmat ehdotuksissa tunnistetaan hyvin samantyyppisesti.

Rahoitusehdotusten nykyistä terveys- ja sosiaalipalvelujen rakennetta ja toimintaa koskevissa teksteissä korostuvat nykyjärjestelmän ongelmat. Ehdotuksissa kiinnitetään vähemmän huomiota nykyjärjestelmän etuihin ja saavutuksiin. Koettujen uhkien perusvire on, että perusteiltaan hyvä nykyinen järjestelmä ei tulevaisuudessa enää toimikaan kunnolla. Nykyjärjestelmä ja sen periaatteet ovat kansalaisten yleisesti hyväksymiä. Suomen terveydenhuolto selviää myös varsin hyvin sekä suorituskyvyn että tasa-arvon suhteen muihin OECD-maihin verrattuna. Suomalainen terveys- tai vanhustenhuollon palvelujärjestelmä ei kokonaisuutena ole huonossa tilassa. Suomalaisen järjestelmän ilmeisiä vahvuuksia muun muassa OECD:n mukaan ovat suhteellisen alhaiset kustannukset prosentteina BKT:sta, joidenkin palveluiden käyttöasteet, jotka ovat OECD:n keskiarvojen yläpuolella, terveyden edistämisen menestys, hyvä tekninen laatu, maksujärjestelmän oikeudenmukaisuus tuloryhmien välillä ja kansalaisten tyytyväisyys järjestelmään. Heikkouksia puolestaan ovat lääkekustannusten nopea kasvu, epätasa-arvo tulojen suhteen perusterveydenhuollon lääkäriin pääsystä, henkilökunnan puute joillain alueilla ja pitkät odotusajat hoitoon pääsystä.

Rahoitusehdotusten keskeiset erot

Rahoitusehdotuksissa tehdään toisistaan poikkeavat ehdotukset sosiaali- ja terveyspalveluja järjestävästä toimijasta. Aronkydön et al. (2010) ja Kelassa kehitellyn kansallisen terveysrahaston toimija olisi valtakunnallinen organisaatio, joka tilaisi palveluja eri tuottajilta. Pekurisen (2011) ja STM:n työryhmän (2011) ehdotuksissa suurempi alueellinen toimija voisi tilata palveluja, mutta se voisi tuottaa niitä myös itse. Nykyistä vahvempi kunta (STM 2011) olisi nykyisiä kuntia suurempi toimija ja myös verotusoikeuden omaava poliittinen päätöksentekijä ja vastuunkantaja. Aronkydön et al. (2010) kansallinen tilaaja-rahoittaja voisi myös olla verotusoikeuden omaava toimija.

Rahoitusehdotuksissa on eroja niiden laajuuden suhteen, eli kuinka laajasti ne kattavat erilaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ja tulonsiirrot. Laajin ehdotus kattaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja työterveyshuollon (Aronkytö et al. 2010a). Huuhtasen ehdottamassa kansallisessa terveysrahastossa, jos se toteutettaisiin Kelan kautta, myös Kelan hallinnoimat erilaiset sosiaaliset tulonsiirrot olisivat saman organisaation vastuulla (Huuhtanen 2010a). Suppeampia ehdotuksia ovat STM:n työryhmän (2011) ehdotus nykyistä suuremmista vahvoista kunnista, joka on pääosin nykyisen kuntamallin mukainen ja Pekurisen ym. (2011) ehdotus, jossa kuntien nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kuuluisivat alueellisen palvelujen järjestäjän vastuulle.

Kolmas merkittävä ero ehdotusten välillä on niiden rakenne joko markkina- tai yhteistoimintamallina. Markkinamalleissa kilpailuun perustuvat insenttiivit ohjaavat toimintaa ja yhteistoimintamalleissa samoihin tavoitteisiin pyritään eri tahojen yhteistyön, erikoistumisen, koordinoinnin ja mittakaavaetujen avulla. Kansallisen terveysrahaston ehdotus on yhteistoiminta-

malli (esimerkiksi yksi Kelan rahastoista). Aronkydön ym. (2010, 9–10.) ehdotuksessa kuvailaan yksityiskohtaisimmin sekä julkisten että yksityisten tuottajien väliseen kilpailuun perustuva malli. Palvelutarjontaa järjestetään erottamalla tilaaja tuottajista, organisoimalla tuottajien välinen vapaa kilpailu annetuilla hinnoilla ja luomalla siten tuottajien kannusteet asiakkaiden terveyden edistämiseen. Myös Pekurisen ym. (2011) ja kansallisen terveystrahaston ehdotuksissa kilpailutuksen etuja voitaisiin saavuttaa, jos palvelujen tuottajat ja ostajat olisivat "samalla viivalla". STM:n työryhmän (2011) ehdotus on nykyisen kuntamallin mukainen.

Tuottavuus, tehokkuus ja jakauma

Tehokkuuden ja tuottavuuden lisäämisen keinot ovat periaatteessa kahdenlaisia: kilpailulliseen logiikkaan perustuvissa järjestelmissä oikein järjestetty kilpailu asiakkaista pakottaa tuottajat tehokkaiksi ja tuottamaan laadukkaita palveluja. Kilpailun myönteisiä vaikutuksia voidaan tavoitella muun muassa organisaatioiden tulovirran ja insentiivien järjestelyillä. Jos järjestelmä perustuu hierakisiin suhteisiin, tehokkuutta ja laatua on tuotettava organisaatioiden sisäisillä muun muassa johtamiseen liittyvillä järjestelyillä, tai yksiköiden koon kasvattamisella skaalaetujen takia.

Kansallisen tilaaja-rahoittajan mallissa on yksityiskohtaisimmin kuvattu voimat tai toiminnalliset prosessit, joiden avulla 'hyvä toiminta' tuotetaan. Muissa esityksissä haluttuihin lopputuloksiin johtavia prosesseja ei ole juuri kuvattu.

Rahoitusehdotusten uudelle järjestelmälle asettamat tavoitteet ovat samantyyppisiä. Tavoitteet jäävät kuitenkin varsin abstrakteiksi, koska ehdotuksissa ei ole selkeästi kerrottu, miten juuri tällä uudistuksella saavutetaan juuri nämä tavoitteet.

Kansalaisten asema tehdyissä ehdotuksissa

Kansalaisten näkökulmasta ja järjestelmän kestävyys kannalta järjestelmän legitimitetti on tärkeä kysymys. Ehdotuksissa pidetään tärkeänä demokratian toteutumista, erityisesti STM:n työryhmän (2011) ja Kansallisen terveystrahaston (Huuhtanen 2010b) ehdotuksissa. Terveyspoliittisen päätöksenteon asema ehdotuksissa on epäselvä. Niissä ei ole täsmällisesti määritelty, kuka uusissa rakenteissa tekisi terveyspoliittiset päätökset. Ehdotuksissa ei myöskään käsitellä sitä, miten kaavailut uudet organisaatiot hankkivat ja vahvistavat omaa legitimitettiään niin, että kansalaisten luottamus järjestelmään säilyy.

Kansalaisten ja kansalaisjärjestöjen roolia ehdotuksissa ei ole käsitelty. Kansalaisten aktiivisuus yksittäisinä asiakkaina, potilaina ja eri kansalaisjärjestöjen kautta on lisääntynyt sekä Suomessa että kansainvälisesti. Ilmiö on ristiriitainen: kansalaisten oman aktiivisuuden kasvu ja esiintyminen vaativina asiakkaina on myönteinen ilmiö, koska se pakottaa tuottajat reagoimaan herkemmin kansalaisten tarpeisiin. Toisaalta tämä aktiivisuuden kasvu voi olla sosioekonomisen aseman suhteen valikoivaa ja sen myönteiset vaikutukset voivat jakautua sosioekonomisen jaottelun yläpäähän. Ilmiö voi myös johtaa medikalisaationa tunnetun ilmiön vaikutuksiin: epärationaaliseen ja tehottomaan palvelujen käyttöön. Näin voi käydä erityisesti, jos kansalaisten luottamus julkisiin palveluihin horjuu ja yksityisten vakuutusten määrä lisääntyy. Ilmiö johtaa myös terveydenhuollon kustannusten kasvuun. Tehdyissä ehdotuksissa ei ole esitetty ratkaisuja tähän kehitykseen.

Myös työntekijöiden odotukset työelämästä ovat muuttuneet. Suuremmissa organisaatioissa voi olla mahdollista järjestää työpaikat houkuttelevammiksi paremmin kuin esimerkiksi pienissä terveyskeskuksissa. Raporteissa ei esitetä yksityiskohtia siitä, miten tämä tapahtuisi.

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on rakennettu 'kollektiivisena mallina', jossa poliittiset instituutiot määrittelevät tarpeet ja ohjaavat palvelutarjontaa. Suomalainen malli on toiminut hyvin. Suomessakin on kuitenkin syntymässä myös 'individualistinen malli', jossa kansalaiset itse vaikuttavat palveluihin tavanomaisten markkinoiden tapaan valitsemalla palvelutuottajan, esiintymällä vaativina asiakkaina ja myös kyseenalaistamalla tuottajan auktoriteetin. 'Individualistisen mallin' mukainen käyttäytyminen lisääntyy ja sen legitimitetti kasvaa. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen keskeinen ongelma on, miten säilytetään vanhemman 'kollektiivisen mallin' edut, mutta kyetään reagoimaan kansalaisten ja työntekijöiden muuttuneeseen käyttäytymiseen ja muuttuneisiin odotuksiin. Rahoitusraporteissa ei käsitellä tätä ongelmaa.

Tehdyistä rahoitusehdotuksista kansallinen terveysrahasto, Pekurinen ym. (2011) ja STM:n työryhmän (2011) esitys edustavat selvimmin 'kollektiivista mallia'.

2 ARVIOINTIKEHYS JA ARVIOITAVAT EHDOTUKSET

2.1 Arviointikehys

Tämän raportin tehtävänä on arvioida viime aikoina esitetyt terveydenhuollon ja sosiaalihuollon vanhustenhuollon rahoitusehdotukset. Arvioinnin tavoitteena on tuottaa eri ehdotusten vertailu systemaattisessa viitekehyksessä.

Arvioinnissa selvitetään, kuinka tehdyissä rahoitusehdotuksissa on käsitelty seuraavia seikkoja: terveydenhuollon erilaisten päätösten teko, järjestelmän poliittinen, sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys, vaikutukset tehokkuuteen, tuottavuuteen ja terveydenhuollon palvelujen ja rahoituksen jakaumaan sekä ehdotusten dynaamiset vaikutukset. Rahoitusehdotusten erojen ja ominaisuuksien arvioinnissa käytetään saatavilla olevaa kotimaista ja ulkomaista alan tutkimuskirjallisuutta.

Tehdyt rahoituksen ja toiminnan rakenteen ehdotukset eivät ole viimeistä yksityiskohtaa myöten valmiita sellaisenaan toteutettaviksi. Kaikissa ehdotuksissa tavoitteena on ollut nykyjärjestelmän perusongelmien hahmottaminen, järjestelmän tavoitteiden määrittely ja tavoitteiden saavuttamisen perusajatusten hahmottaminen. Tässä arvioinnissa pyritään arvioimaan tehtyjen ehdotusten peruslinjauksia eikä niiden kaikkia yksityiskohtia.

Terveydenhuollon rahoituksella on kaksi tehtävää:

- a) yhteiskunnan terveystaloudellisten tavoitteiden (laadukas, tehokas, tuottavasti tuotettu ja oikeudenmukaisesti jakautunut hoito ja oikeudenmukaisesti jakautunut rahoituksen rasitus) saavuttaminen ja (palvelutarjonta)
 - b) riittävä ja tasainen rahoituksen virta terveydenhuoltoon. (rahoituksen kokoaminen)
- Arvioitavat rahoitusehdotukset ja siten myös tämä raportti keskittyvät kohtaan a): Miten terveyden- ja osin myös sosiaalihuollon rahoitusvirtojen ja palvelujen tarjonnan järjestämisellä saavutetaan terveystaloudellisia tavoitteita.

Ensimmäinen tavoite saavutetaan, jos rahoitusjärjestelmän insentiivivaikutukset ovat 'oikeat'. Rahoituksen organisointi ei kuitenkaan yksin ilman itse toiminnan organisointia takaa terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamista. Toinen tavoite saavutetaan, jos rahoituslähteet ovat vakaat eivätkä esimerkiksi vaihtelevat vuodesta toiseen yllättävällä tavalla.

Terveydenhuollon järjestämisen tavoitteena on, että järjestelmä olisi tehokas, eli poliittisin päätöksin järjestelmään allokoiduilla resursseilla tuotettaisiin mahdollisimman suuri hyvinvoinnin määrä. Järjestelmän toiminnan tulosten, eli tuotetun hyvinvoinnin ja rahoituksen raskuuden, tulisi olla oikeudenmukaisesti jakautunut eri väestöryhmien kesken ja alueellisesti. Järjestelmän tulisi myös kestää vuodesta ja vuosikymmenestä toiseen, eli sen tulisi olla poliittisesti, sosiaalisesti ja rahoituskellisesti vakaa ja kestävä.

Rahoitus kootaan erilaisista lähteistä (kuten valtion ja kuntien verotulot, pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut, työnantajien ja asiakkaiden maksut) ja jaetaan toimintaan erilaisin mekanismein (poliittisilla päätöksillä, hallinnollisilla päätöksillä, vakuutuskorvauksina ja työterveydenhuollon korvauksina). Suomen nykyjärjestelmässä terveydenhuollon rahoitus ja toiminta eivät ole erotettavissa toisistaan, koska erillisistä rahoituskanavista rahoitetaan erillisiä toimintoja (kuten kuntien järjestämä terveydenhuolto, työterveyshuolto ja vakuutuksilla rahoitettu yksityinen terveydenhuolto).

Jos rahoitusta ja itse toimintaa voitaisiin tarkastella erillisinä toimintoina, olisi rahoituksen tehtävänä hankkia riittävä, tasainen ja jatkuva rahoituksen virta terveydenhuoltoon ja jakaa rahoitusrasitus väestölle oikeudenmukaisesti. Termi rahoitus tarkoittaisi tällöin rahoituksen kokoamista. Kun rahoitus ja toiminta ovat sidoksissa toisiinsa, kuten nykyjärjestelmässä, on rahoituksella myös toiminnan tuloksiin vaikuttavia insentiivi- ja oikeudenmukaisuusvaikutuksia. Termi 'rahoitus' tarkoittaa tällöin erilaisten maksajaosapuolten maksujen ja tuottajien tulonmuodostuksen järjestämistä. Näin ymmärretyn 'rahoituksen' uudelleen organisointi ei siksi yksinään ilman varsinaisen palvelutuotannon organisointia takaa terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamista.

Mikä tahansa järjestelmä jakaa tehtäviä eri osapuolille. Terveydenhuoltoa koskevassa päätöksenteossa voidaan erottaa kolme erilaista päätöksenteon tyyppiä: poliittiset päätökset, joita ideaalitapauksessa tekevät poliittisessa vastuussa olevat toimijat; hallinnolliset päätökset, eli poliittisten päätösten toteuttaminen; hoidon sisältöä koskevat ja kliiniset päätökset, eli yksittäisten asiakkaiden palveluja ja potilaiden hoitoa koskevat päätökset.

Järjestelmän pitkän aikavälin vaikutukset syntyvät toimijoiden insentiiveistä, eli siitä miten järjestelmä ohjaa eri toimijoita. Insentiivit puolestaan syntyvät toimijan motivaation perustan ja järjestelmän rakenteen kohtaamisesta ja toimijan tulkinnasta ympäristöstään.

2.2 Arvioitavat rahoitusehdotukset

Arvioitavat ehdotukset vanhimmasta uusimpaan:

Kansaneläkelaitoksessa eri yhteyksissä tehty ehdotus: **Kansallinen terveysrahasto**

Forss – Klaukka, 2003. Forss, M. – Klaukka, T. Yleinen terveysvakuutus - idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 16–17/2003, 1939–1940

Huuhtanen, 2010a. Rahastosta terveyttä jokaiselle?. Huuhtanen, J. Sosiaalivakuutus 2/2010, 25-26

Huuhtanen, 2010b. Kansallinen terveys (-ja hoiva)rahasto. Jorma Huuhtanen. 9.6.2010. Media-tapaaminen

Hyssälä – Mikkola, 2011: Pääjohtaja Liisa Hyssälän ja Terveysturvan tutkimuksen päällikön Hennamari Mikkolan haastattelu, 2011
Mikkola, H. 2011. Hennamari Mikkola, Kelan malli terveydenhuollon rahoituksen järjestämiseksi. Terveystaloustieteen päivä 4.2.2011

Sitran asiantuntijaryhmän ehdotus: **Kansallinen tilaaja-rahoittaja**

Aronkytö ym. 2010a. Aronkytö, T. – Hallipelto, A. – Kangasharju, A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki : Sitra, 2010. 29 s. 978-951-563-711-6. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. Sitran selvityksiä, ISSN 1796-7112 ; 24
Aronkytö ym. 2010b. Aronkytö, T. – Hallipelto, A. – Kangasharju, A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Talous & Yhteiskunta 3/2010, s. 32 – 36
Aronkytö ym. 2011. Aronkytö, T. – Hallipelto, A. – Kangasharju, A. 2011. Uusi terveydenhuollon ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä. Terveystaloustieteen päivät 4.2.2011

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmän ehdotus: **Alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja**

Pekurinen ym. 2011. THL:n asiantuntijaryhmä: Markku Pekurinen, Marina Erhola, Unto Häkkinen, Pia Maria Jonsson, Ilmo Keskimäki, Simo Kokko, Jukka Kärkkäinen, Eeva Widström, Lauri Vuorenkoski. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki : Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2011. - 116 s. Raportti 4/2011
Pekurinen, M. 2011. Terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämisehdotukset. Terveystaloustieteen päivä 4.2.2011

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön työryhmän ehdotus: Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamallien vaihtoehdot

STM:n työryhmä 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Helsinki 2011. 81 s. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita 2011:7

2.3 Terveydenhuollon erityispiirteet

Taloudellisena toimintana terveydenhuolto on erityislaatuista. Osin nämä erityispiirteet ovat sovellettavissa myös sosiaalipalveluihin, erityisesti vanhustenhuoltoon. Ensinnäkin tuottaja tietää kansalaisen terveysongelmista ja terveyspalveluiden tarpeesta enemmän kuin kansalainen itse (informaation asymmetrian³ ongelma). Toiseksi tuottajan (kuten sairaala tai lääkäri) asema suhteessa ostajaan (kuten kansalainen tai kunta) on vahvempi kuin tavanomaisessa palvelutuotannossa, koska terveydenhuollon organisaatiot, kuten sairaalat tai terveyskeskukset, ovat usein paikallisia monopoleja. Kolmanneksi sekä rahoittajan että palvelujen ostajan asemaa vaikeuttaa itse palvelun laadun todentamisen vaikeus. Neljänneksi, kaikissa kehittyneissä maissa toimintaa rahoittaa ja ohjaa ns. kolmas osapuoli, julkinen valta, julkinen tai yksityinen vakuutus ja tämä rakenne tuottaa sekä palvelujen ostajalle että myyjälle tavanomaisten tavaroiden markkinoista poikkeavan insentiivirakenteen.

Terveydenhuollon ja suurelta osin vanhustenhuollon erityisestä luonteesta taloudellisena toimintana johtuu, että tavanomaisten markkinoiden kyky ratkaista jakauma- ja tehokkuusongelmat tai kustannusten kasvun ongelma on taloustieteessä perinteisesti ja perustel-

³ Kenneth Arrow'n (1963) klassisen tekstin mukaan informaation asymmetria on terveyspalveluissa pahempi kuin muissa asiantuntijapalveluissa, koska kuluttajalla ei ole mahdollisuutta vertailla eri palveluntuottajia: Tulehtunut umpisuoli voidaan poistaa vain kerran.

lusti epäilty. Tämä tekee hyvän terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujärjestelmän organisoimista tavattoman vaikean kysymyksen.

Terveydenhuollon erityiset ominaisuudet syntyvät terveyden perusoikeuden luonteisesta asemasta, epävarmuudesta, informaation asymmetriasta ja siitä, että palvelujen tuottajien tavoitteisto ja motivaation perusta poikkeavat tavanomaisten markkinoiden voiton tavoittelusta. Kenneth Arrow'n (1963; Valtonen ym. 2010) klassisen tekstin mukaisesti yhteiskuntaan on syntynyt erilaisia markkinoiden ulkopuolisia sosiaalisia instituutioita⁴ (kuten lääkärille asetettu eettinen velvoite toimia potilaan eikä omaksi parhaakseen) ratkaisemaan markkinoiden epäonnistumisesta seuraavia ongelmia. Yksi keskeisiä markkinoiden ulkopuolisia voimia, jotka edesauttavat markkinoiden epäonnistumisen seurausten ratkaisua on luottamus. Järjestelmän tulee toimia niin, että se kykenee ylläpitämään ja lisäämään kansalaisten perusteltua luottamusta palvelujen tuottajiin.

3 RAHOITUSEHDOTUSTEN ARVIOINTI

3.1 Rahoitusehdotusten tavoitteet

Rahoitusehdotusten uuden palvelujärjestelmän tavoitteena on hyvin yhdenmukaisesti oikeudenmukaisesti jaettu, tehokas, tuottava ja laadukas palvelutuotanto. Kaikissa ehdotuksissa ehdotetaan, että palvelujen järjestämisvastuu organisoidaan suurempiin organisaatioihin. Suuremmat organisaatiot ovat joko alueellisia tai valtakunnallisia. Terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamiskeinojen yksityiskohdissa on eroja. Keinot käsittävät vähäisemmässä määrin poliittisen ja eniten hallinnollisen päätöksenteon uudelleenorganisointia. Kaikissa ehdotuksissa ajateltaneen kliinisen päätöksenteon kuuluvan terveysammattilaisille. Tehtyjen rahoitus- ja rakenne-ehdotusten vaikutusta kliiniseen päätöksentekoon⁵ ei ehdotuksissa pohdita yksityiskohtaisesti.

3.2 Ehdotetun muutoksen luonne ja kattavuus

Kaikissa ehdotuksissa nähdään tarpeelliseksi uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista järjestelmää. Termi 'rahoitus' viittaa näissä ehdotuksissa rahoituksen käyttöön – kuka rahoittaa, mitä toimintaa, millaista toimijaa ja millaisilla säännöillä. Rahoituksen kestävyys ja riittävyyden ajatellaan parantuvan suuremman rahoituspohjan omaavan järjestäjätalon myötä. Ehdotuksissa ei käsitellä julkisen rahoituksen suhdetta yksityiseen vakuutusrahoitukseen eikä esitetä uusia julkisia terveydenhuollon rahoituslähteitä.

Terveydenhuollon menestyneissä reformeissa on organisoitu tuottajien toimintaa ostajien ja tuottajien välisen voimasuhteiden epätasapainon takia. Saltmanin ja Figuerasin (1998) mukaan terveydenhuollon reformit, joissa järjestetään uudelleen palveluiden tarjontaa, ovat menestyneet suhteellisen hyvin. Näissä reformeissa on pyritty muuttamaan tuottajien käyt-

⁴ Merkittävä tällainen instituutio on sosiaalinen normi, jonka mukaan lääkärin eettisin perustein tulee toimia ensisijaisesti potilaan parhaaksi eikä omaksi parhaakseen. Normin noudattamista valvovat sekä lääkärin kollegat että laeilla säädetyt organisaatiot. Lääkärin tavanomaisista markkinoista poikkeava odotettu käyttäytyminen mahdollistaa tavanomaisista markkinoista poikkeavan luottamuksen palvelujen myyjän ja ostajan välillä.

⁵ Erialaisten terveydenhuollon rakenneuudistusten vaikutukset kliiniseen päätöksentekoon tunnetaan huonosti. Niillä voi olla vaikutusta kliiniseen päätöksentekoon, koska uudistukset voivat vaikuttaa laatuun (Stolt et al. 2011), laatuun ja alueellisiin eroihin (Nigam 2011) tai henkilökunnan kustannustietoisuuteen, työtyytyväisyyteen ja motivaatioon (Forsberg et al. 2002).

täytymistä sopimuksin ja kapitaatioon perustuvien maksujärjestelmin. Tuotannon organisoinnissa menestyksellisemmät toiminnot ovat olleet pyrkimys laadun parantamiseen, teknologian arviointi, hoitosuosituksien ja vähemmän intensiivisten palveluiden lisääminen. Julkisia sairaaloita on myös muutettu erilaisiksi julkisiksi yrityksiksi, joiden saamat tulot riippuvat toiminnasta. Vähemmän menestyksellisissä reformeissa sen sijaan on puututtu palveluiden kysyntään, muun muassa soveltamalla markkinareformeja kansalaisten palveluiden kysyntään. (Saltman – Figueras 1998, 99–100)

OECD:n raportissa (Journard et al. 2010, 7–8) todetaan, että riippumatta maan nykyisestä järjestelmästä OECD-maiden politiikassa harkittavia reformit voisivat sisältää paremman prioriteettien asettamisen, vastuiden selkeyttämisen hallinnon eri tasoilla, paremman laatu- ja hintainformaation käytön ja tasapainoisemmat tuottajien tulomuodostusjärjestelmät: Kaikki nämä koskevat enemmän järjestämisen ja tuotannon organisointia kuin kysynnän organisointia.

Raportissa myös todetaan, että ei ole olemassa yhtä järjestämistapaa, joka olisi systemaattisesti toisia parempi kustannus-vaikuttavan terveydenhuollon tuottamisessa. Tämän takia kirjoittajat eivät suosittele 'big bang' -reformia, vaan reformia, jossa lisätään politiikan koherenssia, omaksutaan samanlaisen järjestelmän maiden hyviä käytäntöjä ja lainataan toimivaksi havaittuja elementtejä muista järjestelmistä. (Journard et al. 2010, 7–8, 53) Arvioitavat ehdotukset ovat kaikki ensisijaisesti tuotannon ja palvelutarjonnan organisointiehdotuksia.

Kansallinen terveysturva olisi perusteellinen muutos nykyjärjestelmään verraten. Huuhtanen (2010a, 25): "Kuntien, valtion ja Kelan terveydenhoitoon käyttämät rahat⁶ koottaisiin yhteen rahastoon, ja kaikki yhteiskunnan tarjoamat terveyspalvelut rahoitettaisiin sitä kautta. Rahastoon ohjautuisi noin 15 miljardia euroa."

Aronkydön ym. (2010a, 5) mielestä tarvitaan myös kokonaisvaltainen uudistus: "Suomen uudistus on kuitenkin jäämässä puolittiehen, koska tuotantorakenteen ei anneta muuttua valinnanvapauden seurauksena. Nyt tarvitaan terveydenhuoltojärjestelmän entistä kokonaisvaltaisempaa uudistamista sekä tulevien että nykyisten ongelmien ratkaisemiseksi."

Pekurinen ym. (2011, 5) : "... pelkästään vähäisillä, nykyisen rahoitusjärjestelmän ongelmakohtia paikkaavilla osittaisuudistuksilla ei voida poistaa monikanavaisen rahoituksen ongelmia. Ongelmat voidaan ratkaista vain uudistamalla koko sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä. --- sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu tulee uudistaa samanaikaisesti."⁷

STM:n työryhmä ei määrittele yhtä reformivaihtoehtoa ja sen laajuutta vaan arvioi erilaisia vaihtoehtoja ja toteaa terveydenhuollon järjestämistavan olevan riippuvainen kuntarakenteen muutoksista. "Koska työryhmän tehtävänä ei ollut arvioida kuntarakennetta, on se pyrkinyt hahmottamaan toimivimpia vaihtoehtoja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi ottaen huomioon kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta olennaiset tilanteet, joihin kuntarakenteen uudistuksessa voitaisiin päätyä." (STM:n työryhmä 2011, 67) Työryhmän käsityk-

⁶ Termi 'käyttämät rahat' tarkoittaa rahoitusta, jonka yhteiskunta on poliittisilla päätöksillä päättänyt sijoittaa terveydenhuoltoon. Lauseessa ei oteta kantaa siihen, miten ja mistä rahoitus kootaan.

⁷ Pekurisen ym. (2010) ehdotus sisältää myös joukon monikanavaisen järjestelmän eri rahoituskanavien rajapintaa koskevia yksittäisiä muutosehdotuksia. "Yksittäin toteutettuina näillä ehdotuksilla voidaan poistaa joitakin ongelmia ja vähentää nykyjärjestelmän haittoja mutta osittaisuudistusten toteuttaminen ei olennaisesti vähennä monikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä aiheutuvia ongelmia." (Pekurinen ym. 2011, 80–84)

sen mukaan ideaalinen malli sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi olisi vahva kunta. (STM:n työryhmä 2011, 66)

Rahoitusehdotukset kattavat vaihtelevassa määrin julkisesti ja yksityisesti tuotetut palvelut. Kaikissa niissä kuitenkin rahoituksen osalta keskitytään julkiseen rahoitukseen ja yksityinen rahoitus (yksityinen vakuutus, yksityispalveluiden asiakasmaksut, myös työterveyshuollon rahoitus lukuun ottamatta Aronkytöä ym. 2010a) julkisten palvelujen asiakasmaksuja lukuun ottamatta jää ehdotusten ulkopuolelle. Palvelutuotannossa sen sijaan sekä yksityisille että julkisille tuottajille on ajateltu oma roolinsa.

Pekurinen ym. arvioivat erilaisia kattavuusvaihtoehtoja seuraavasti: Kapein rahoitusvastuu kattaisi nykyisen valtion ja kuntien rahoituksen ja nykyisen kunnallisen terveydenhuollon ilman nykyistä sairausvakuutusta: "Alueellisten toimijoiden yhteenlaskettu julkisen rahoituksen määrä olisi vuoden 2008 kustannustasossa noin 9,1 miljardia euroa. Laajimmillaan ... rahoitusvastuu kattaisi kaiken nykyisen valtion, kunnan ja sairausvakuutuksen kautta palvelujärjestelmään kanavoituvan julkisen rahoituksen. --- toimija vastaisi laajimman näkemyksen mukaan kaikesta kunnalliseen terveyden- ja vanhustenhuoltoon, työterveyshuoltoon, yksityiselle sektorille, lääkkeisiin, sairauspäivärahoihin ja matkakustannusten korvaamiseen tällä hetkellä ohjautuvien julkisten varojen käytöstä. --- yhteenlaskettu julkisen rahoituksen määrä olisi laajimmillaan noin 13 miljardia euroa." (Pekurinen ym. 2011, 33–34)

Kelan laskelmien (Mikkola 2011) mukaan erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, lääkkeet, matkat, lääkärinpalkkiot, kuntoutus, sairauspäivärahat, työterveyshuolto ja hammashoito yhdessä veivät vuonna 2009 noin 13.5 miljardia euroa. Terveysrahaston kattavuudesta on esitetty erilaisia vaihtoehtoja: Kaikki sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, terveyspalvelut ja vanhustenhoito mukaan lukien mielenterveys- ja päihdepalvelut, terveyspalvelut ja vanhustenhoito, terveyspalvelut" (Mikkola 2011; Hyssälä – Mikkola, haastattelu 2011). Huuhtasen (2010a) mukaan olennainen etu olisi se, että "Kaikki etuudet olisivat punnittavina koko ajan. Esimerkiksi maksetaanko potilaalle sadasta päivästä sairauspäivärahaa vai voidaanko palvelu tuottaa kymmenen päivää aikaisemmin, jolloin päivärahakausi lyhenisi". Ehdotuksessa olisi ainoana esitetyistä mahdollista sovittaa yhteen sekä palveluja että nykyisin Kelan kautta kulkevia sosiaalipoliittisia tulonsiirtoja.

Aronkytö ym. kanavoisivat kansalliselle tilaaja-rahoittajalle KATIRALLE sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet (vain pieni osa sosiaalihuollon viranomaistoiminnoista jäisi kunnille), työnantajien nykyisin työterveyshuollon yksikölle työntekijöistään maksaman rahoituksen (ns. sairaanhoidon osuus.), kunnallista verorahoitusta ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen rahoituksen. Kunnallinen verorahoitusosuus voitaisiin kanavoida kansalliselle tilaaja-rahoittajalle useilla tavoilla joko kuntien verotuksen kautta tai myöntämällä KATIRALLE oma verotusoikeus. (Aronkytö ym. 2010a, 10; Aronkytö ym. 2011)

Neljästä ehdotuksesta kansallinen tilaaja-rahoittaja on palvelujen rahoituksen kattavuudeltaan kaikkein laajin. Ehdotus sisältää kahdenlaista rahoitusta: potilassidonnaisen kapitaa-tiorahoituksen (pääosa terveydenhoidon rahoituksesta) ja infrastruktuurirahoituksen. Infrastruktuurirahoitus kattaa erikoissairaanhoitossa päivistysvalmiuden, ensihoidon, suuronnettomuus- ja epidemiavalmiuden ylläpidon sekä alueellisesti yhdenveroisen ja laadukkaan erikoissairaanhoito- ja keskussairaalamverkon ylläpidon. Lisäksi infrastruktuurirahoitus kattaa yliopistosairaaloiden ylläpidon ja tutkimuksen. Infrastruktuurirahoituksen piiriin kuuluu myös terveyden edistämisen viranomaistoiminta. (Aronkytö ym. 2010, 18)

Pekurinen ym. (2011, 95): "Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjälle, joka vastaa sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille." Ehdotus kattaa kuntien vastuulla olevat palvelut ja muun muassa avohoidon lääkkeiden rahoitus, suun terveydenhuollon järjestäminen, lääkinnällinen kuntoutus ja psykoterapian järjestäminen ohjattaisiin ehdotuksessa alueelliselle palvelujen järjestäjälle.

Sairausvakuutuskorvauksia vastaava rahoitus ehdotetaan ohjattavaksi kuntien valtionosuuksiin käytettäväksi perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen. Pekurinen ym. (2011, 81). Ehdotus ei kata työterveyshuoltoa. Vapaaehtoisen työterveyshuollon palvelujen sairausvakuutuskorvaus (korvausluokka II) ehdotetaan kuitenkin poistettavaksi. Pekurinen ym. (2011, 82).

STM:n työryhmä käsittelee raportissaan julkisia ja pääosin verorahoituksella rahoitettuja palveluja. Olennainen kattavuuteen liittyvä piirre työryhmän mukaan on, että sosiaali- ja terveydenhuolto on järjestettävä yhtenä kokonaisuutena ja järjestämis- ja rahoitusvastuun on oltava samassa organisaatiossa. Työryhmän mukaan: "Toiminnallinen kokonaisvastuu kytkeytyy järjestämiseen. Järjestämisestä aiheutuvat kustannukset ovat suuret ja sosiaali- ja terveydenhuolto on vaikea toteuttaa niin, että se vastaisi täydellisesti tarvetta. Palvelujen ja muiden tehtävien määrän ja laadun mitoittaminen on siten poliittinen kysymys. Järjestämisvastuussa olevalla toimijalla täytyy olla käsitys kokonaisjärjestelmän kustannustehokkuudesta ja vaikuttavuudesta, minkä takia järjestämissä päätös on aina samalla rahoituspäätös. Kustannustietoisuus toteutuu parhaiten kun järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu ovat samoissa käsissä." (STM:n työryhmä 2011, 60–61)

3.3 Nykyjärjestelmän edut ja ongelmat

OECD:n (2005) arvion mukaan Suomen terveydenhuolto selviää varsin hyvin sekä suorituskyvyn että tasa-arvon suhteen muihin OECD-maihin verrattuna. Suomalaisen järjestelmän ilmeisiä vahvuuksia OECD:n mukaan ovat suhteellisen alhaiset kustannukset prosentteina BKT:sta, joidenkin palveluiden käyttöasteet, jotka ovat OECD:n keskiarvojen yläpuolella, terveyden edistämisen menestys, hyvä tekninen laatu, maksujärjestelmän oikeudenmukaisuus tuloryhmien välillä ja kansalaisten tyytyväisyys järjestelmään (ks. myös esim. Muuri 2008). Heikkouksia puolestaan ovat lääkekustannusten nopea kasvu, epätasa-arvo tulojen suhteen perusterveydenhuollon lääkäriin pääsyssä, henkilökunnan puute joillain alueilla ja pitkät odotusajat hoitoon pääsyssä. (OECD 2005, 69) Lääkäriin pääsyn jakaumaongelmaa OECD:n raportissa luonnehditaan seuraukseksi käyttäjälle ilmaisten työterveyshuollon palveluiden helpposta saatavuudesta verrattuna maksullisiin ja säänneltyihin terveyskeskuspalveluihin, joita käyttää työelämän ulkopuolella oleva väestö. (OECD 2005, 68)

OECD:n arviossa todetaan myös, että järjestelmän kyvyssä vastata kuluttajien tarpeisiin on puutteita, koska terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyä joudutaan odottamaan ja elektiiiviseen kirurgiaan on jonoja. Tästä huolimatta, hieman paradoksaalisesti, suomalaiset ovat hyvin tyytyväisiä terveystaloudenjärjestelmään, mutta tämä taas voi osin selittyä odotusten alhaisuudella (OECD 2005, 33). Myös EU-maiden vertailussa suomalaiset ovat terveydenhuoltoonsa tyytyväisimpien joukossa (Special Eurobarometer 2010, 26)

Terveyden- ja vanhustenhuolto ja sosiaalipalvelut ovat suomalaisille tärkeä poliittinen kysymys. Kansalaisten erilaisten huolenaiheiden joukossa terveydenhuolto on jatkuvasti tärkeimpiä (Haavisto – Kiljunen 2011, 7; Eurobarometri 68, 3).

Kaikissa ehdotuksissa tunnistetaan nykyjärjestelmän ongelmia ja määritellään uuden järjestelmän tavoitteita samantyyppisesti. Näiden tavoitteiden saavuttamisen esteenä on nykyjärjestelmän hajanaisuus (kuten kuntien, potilaiden, työnantajien ja valtion ja Kelan osuuksiin pirstoutunut rahoitus tai koordinoimaton vanhustenhuollon rahoitusjärjestelmä), epäselvät vastuut, vääräsuuntaiset insentiivit ja kuntien rahoitus- ja järjestämishartioiden kapeus. Nykyjärjestelmän ongelmat tunnistetaan rahoituksen ja tuotannon ongelmina, siis palvelutarjonnan organisoimisen ongelmina.

Palveluiden kysynnässä eri ehdotuksissa keskeinen ongelma on väestön ikärakenteen muutos. Muita tunnistettuja ongelmia ovat medikalisaation uhka ja palveluiden käyttöä ja kustannuksia kasvattava moraalinen vaara (moral hazard). Ehdotuksissa ei nähdä sosiaali- ja terveysalaa koskevassa poliittisessa päätöksenteossa erityisiä ongelmia⁸. Ainoa tähän viittaava on ajatus järjestelmän hajanaisuudesta ja kokonaisvastuun puuttumisesta (esim. HUUHTANEN, 2010a).

Tehdyissä rahoitusehdotuksissa löydetään nykyjärjestelmästä monia ongelmia. Löydetyistä ongelmista huolimatta suomalainen terveys- tai vanhustenhuollon palvelujärjestelmä kokonaisuutena ei kuitenkaan ole huonossa tilassa.

Kansallista terveystaloutta ehdottava HUUHTANEN (2010a, 25) kuvaa nykyjärjestelmän ongelmat seuraavasti: "Kaikki tuntuvat tunnustavan, että terveystalouden tuottaminen on nyt liian pilkottua ja että palvelujen tuottamiseen liittyvät ongelmat pahenevat muun muassa ikääntyneen väestönosan kasvaessa. Taloudellinen kantokyky ratkaista terveydenhoidon ongelmat eri puolilla Suomea vaihtelee. Pienet kunnat joutuvat ostamaan palveluita, ja kuntia rahastetaan kylmän viileästi. Hoitoonpääsy riippuu siitä, missä sattuu asumaan ja mihin sosiaaliluokkaan sattuu kuulumaan. --- Kokonaisuuden hallitsemisesta ei ole merkkiäkään. Terveydenhoito on kuntien vapaassa vallassa ja monin paikoin villissä tilassa."

Kansallista tilaaja-rahoittaja -organisaatiota ehdottavien ARONKYDÖN ym. (2010a, 4–5) mukaan ongelmia on sekä nykyjärjestelmän rakenteessa että sen kyvyssä vastata tuleviin terveystarpeisiin. "Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on uudistuksen tarpeessa sekä ikääntymisen että itse nykyisen järjestelmän ongelmien vuoksi. Nykyinen järjestelmä on epätasa-arvoinen ja tarjontavetoinen. Järjestelmän hoitoketjuista ja rahoituksesta puuttuvat joustavuus sekä muutosta edistävä koordinaatio ja kannustimet."

Alueellisen palvelujen järjestäjän ja rahoittajan -organisaatiomallia ehdottavat PEKURINEN ym. (2011, 3) arvioivat nykytilan ongelmia seuraavasti: "... sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä on edelleen kansainvälisesti katsoen eräs maailman hajautetuimmista ja nojaa poikkeuksellisen pieniin väestöpohjiin. --- rahoitusjärjestelmän mahdollisuudet turvata rahoituksen kestävyys, yhdenvertainen palvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus ovat sitä paremmat, mitä suurempi on rahoittajan väestöpohja ja mitä vähemmän niitä on."

Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntamalleja selvittävässä STM:n työryhmän raportissa (2011, 23) tehdään nykytilan yhteenveto SWOT analyysinä. Työryhmän tunnistamat järjestelmän vahvuudet ovat pitkälti samoja kuin OECD:n (2005) raportissa.

⁸ Periaatteessa voisi olla mahdollista, että terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämisen rakenteet ovat oikeat, mutta poliittisten päätösten tekijät eivät ole osanneet tehdä 'oikeita päätöksiä'. Esimerkiksi voitaisiin ajatella, että kunnat eivät ole osanneet ja uskaltaneet käyttää niille 1990-luvun alussa annettua päätäntävaltaa desentralisaatiossa odotetulla tavalla. Tällöin havaitut ongelmat eivät syntyisi rakenteiden vaan tehdyn politiikan virheellisyydestä.

Taulukko 2 STM:n työryhmän nykytilan SWOT -analyysi.

<p>Vahvuudet Erikoissairaanhoidon tuottavuus Kokonaisjärjestelmän kustannukset suhteessa BKT:seen Kansalaisten yleinen hyväksyntä Korkeasti koulutettu henkilöstö</p>	<p>Heikkoudet Eriarvoistava palvelurakenne → ihmisten eriarvoisuus Peruspalvelujen tila Järjestelmän pirstaleisuus Kokonaisvastuun puute asiakasprosessista Johdettavuus ja ohjattavuus Kustannusten heikko hallinta ICT:n riittämätön hyödyntäminen Puutteellinen tietoperusta</p>
<p>Mahdollisuudet Demokraattinen päätöksenteko Hoitomenetelmien kehitys Tietoteknologian kehitys Sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy Poikkihallinnollinen päätöksenteko Asiakasosallisuus</p>	<p>Uhat Ei yhteistä visiota Ikkarakenteen ja huoltosuhteen muutos Sisäinen muuttoliike Talouden kehitys Kilpailu vähenevästä työvoimasta Medikalisaatio Koulutusjärjestelmän pirstaleisuus Koko yhteiskunnan eriarvoisuus KV-sääntelyn ennakoimattomat vaikutukset</p>

Lähde: STM:n työryhmä 2011, 23.

Sangen yhdenmukaisesti nykyjärjestelmän ongelmiksi nähdään huono rahoituksellinen kestävyys, alueellinen ja sosiaaliryhmittäinen epätasa-arvo, järjestelmän pirstaleisuus ja kokonaisvastuun puute, ja toimintaa uhkaavat väestörakenteen muutos ja mahdollinen puute työvoimasta.

Nykyjärjestelmän erityinen etu on, ainakin periaatteessa, kuntien mahdollisuus koordinoida laajasti sosiaali- ja terveystalvveluja. Kunnalla on halutessaan muun muassa mahdollisuus koordinoida kasvavan vanhusväestön terveys- ja sosiaalipalveluja. Samoin nykyjärjestelmässä on mahdollista koordinoida myös lasten päivähoidoa, varhaiskasvatusta ja erilaisia perheille ja lapsille tarkoitettuja terveys- ja sosiaalipalveluja.: "Monien väestöryhmien kuten iäkkäiden, mielenterveysasiakkaiden, päihdeasiakkaiden, lastensuojelun asiakkaiden ja vammaisten palvelut koostuvat sekä sosiaali- että terveystalvveluista." (STM:n työryhmä 2011, 60)

Toinen merkittävä nykyjärjestelmän etu on, että nykyiset kunnat koetaan legitimeiksi päätöksentekijöiksi.

3.4 Rahoituksellinen kestävyys

Rahoituksellinen kestävyys riippuu rahoituksen saatavuudesta ja tasaisuudesta ja järjestelmän kyvystä hillitä kustannusten liiallista kasvua.

Kaikissa raporteissa ehdotetaan nykyiseen kuntarakenteeseen perustuvan rahoituspohjan laajentamista niin, että rahoituksesta vastaisi väestöpohjaltaan suurempi alueellinen tai kansallinen organisaatio. Kelassa ehdotettu kansallinen terveysrahasto ja kansallinen tilaajarahoittaja ovat valtakunnallisia organisaatioita ja vahvoin kuntiin tai alueelliseen palvelujen järjestäjään perustuvat ehdotukset alueellisia malleja. Nykyisiä kuntia suurempia organisoitintahoja perustellaan viittaamalla muun muassa muiden Euroopan maiden ja pohjoismaiden terveydenhuollon organisointiin (kuten Thomson et al. 2009).

Suuremman vastuuorganisaation mahdollisuus tasata menojen vuosittaista satunnaisvaihtelua tai väestön ikärakenteen epäedullisesta muutoksesta seuraavaa rahoituksen saatavuuden ongelmaa ovat pientä paremmat. Laajemman väestöpohjan ajatellaan pienentävän väestön ikääntymisen vaikutusta sekä rahoituksen saatavuuteen että menojen muutokseen. Pohjoismaissa on myös uskottu suuremman mittakaavan tuottavan tehokkuushyötyjä (Hagen – Vrangbaek 2009, 115). Kustannusten kasvun hillinnästä Donaldson ym. (2005, 206) toteavat, että mitä suurempi osuus koko terveydenhuollon menoista on julkisia menoja ja mitä keskitettympi terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä, sitä pienemmät ovat kokonaismenot.

Pekurisen ym. (2011, 40) raportissa rahoituksellinen kestävyys ja sen kaksi aspektia ilmaistaan seuraavasti: ”Julkisen rahoituksen kestävyyttä parantavat muun muassa terveydenhuollon rahoittajien määrän vähentäminen tai rahoitusvastuun siirtäminen yhdelle kansalliselle toimijalle. Rahoituksen kestävyuden kannalta epävarmoja uudistuksia ovat muun muassa paikallisten rahoittajien (esim. kunta) rahoitusroolin vahvistaminen sekä perusterveydenhuollon ja sairaaloiden korvauserusteiden muuttaminen suoriteperusteiseksi. Rahoituksen kestävyuden kannalta riskialttiita ovat uudistukset, joilla rahoituksen painopistettä siirretään sairausvakuutusmaksujen, yksityisen vakuutuksen tai asiakasmaksujen suuntaan.”

STM:n työryhmän mukaan: ”Kustannustietoisuus toteutuu parhaiten kun järjestämisvastuu ja rahoitusvastuu ovat samoissa käsissä.” (STM:n työryhmä 2011, 61)

3.5 Legitimiteetti ja poliittinen kestävyys

Järjestelmän legitimiteetti tarkoittaa, että kansalaiset kokevat järjestelmän hyväksyttäväksi ja oikeudenmukaiseksi ja ovat valmiit toimimaan sen sääntöjen mukaisesti. Hyväksyttävyyttä edellyttää, että kansalaiset ymmärtävät – tai heillä ainakin on mahdollisuus ymmärtää – järjestelmän toiminnan säännöt ja periaatteet. Kansalaisilla tulisi säilyä tunne siitä, että he saavat veroina ja asiakasmaksuina maksamalleen rahoituksen osuudelle kohtuullisen vastikkeen. Tärkeää on myös, että kansalaiset voivat halutessaan ja haluamallaan tavalla osallistua omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon ja koko järjestelmän toimintaa koskevaan poliittiseen päätöksentekoon.

Legitimiteetti on keskeinen seikka järjestelmän kestävyuden näkökulmasta. John Rawlsin (Rawls 1957; 1988) mukaan oikeudenmukaisen järjestelmän täytyy tuottaa oma kannatuksensa. Tämä tarkoittaa sitä, että se on järjestettävä niin, että yhteiskunnan jäsenissä herää tätä järjestelmää vastaava oikeudenmukaisuuden tunne, tehokas pyrkimys toimia tämän järjestelmän oikeudenmukaisuussääntöjen mukaisella tavalla. (Rawls 1988, 257–258)

Laine ym. (2009, 164) määrittelevät poliittista kestävyyttä seuraavasti: ”Poliittista kestävyyttä koskeva kirjallisuus liittääkin kestävyteen myös käsitteet demokratia ja legitimiteetti korostaen sitä, että kestävä politiikka perustuu näiden periaatteiden toteuttamiseen ja toteutumiseen. Siten poliittisessa kestävyudessa on kyse myös päätöksenteon läpinäkyvyydestä ja päätösten seurauksista ihmisten elämään”. Myös Thomson et al. (2009, xxiv) katsauksessaan eurooppalaisiin terveydenhuollon reformeihin korostavat politiikan tekijöiden velvollisuutta kertoa reformien tavoitteet ja perusteet kansalaisille.

Terveydenhuollon järjestelmien legitimiteetistä ja uusien organisaatioiden legitimiteetin ansaitsemisen tavoista ei ole kovin paljon tutkimustietoa. NHS:n terveydenhuollon toimien

asiantuntijaorganisaatiota (NICE⁹) koskevassa tutkimuksessa on havaittu, että legitimitietin syntyyn ei riitä, että päätöksenteossa käytetään asiantuntijoiden¹⁰ osaamista. Syrettin (2003) mukaan legitimitietti ei ole saavutettavissa teknisillä ratkaisuilla (Syrett 2003, 715; ks. myös Brown – Calnan 2010). Wilmotin (2011) mukaan NICE ei ole onnistunut julkisuudessa perustelemaan päätöksensä oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ja tämä heikentää NICE:n päätösten legitimitiettiä.

Reformit kohtaavat myös työntekijöiden proffessionaalisen kulttuurin, kuten terveydenhuollon professioiden itselleen ajattelemat roolit, identiteetin ja ammatilliset alakulttuurit. Norjassa (Martinussen - Magnussen, 2011) havaittiin, että terveydenhuollon johtamisen ja lääketieteen tiedon kohtaamisessa osa lääkärijohtajista omaksui uuden johtamista koskevan tiedon, kun taas osalle tämä tieto jäi vieraaksi.

Terveydenhuollon eri järjestämistapojen legitimitietistä Laugesen (2005) arvioi, että eri reformien legitimitietissä on eroja. Hänen mukaansa sellaiset markkinauudistukset, joissa on pyritty ratkaisemaan päämies – agentti -suhteen ongelmia (kuten tuottajien ja tilaajien erottaminen, sairaaloiden johtamisen uudistaminen, tuottajien välinen kilpailu ja palvelusetelit) ovat legitimeimpiä kansalaisten silmissä. Sellaiset reformit, jotka lisäävät tuottajien vastuuta ja parantavat johtamisresursseja, ovat kestävimpiä markkinareformien osia. Sen sijaan rahoitukseen (erityisesti asiakasmaksut¹¹) ja jossain määrin tuotantoon liittyvät kilpailulliset reformit eivät ole saavuttaneet legitimitiettiä. Kilpailuun perustuvat reformit istuvat hänen mukaansa huonosti kansallisen terveystalouden malliin. Perussyynä tähän on kaksi seikkaa: ensinnäkin terveystaloudet ovat kansalaisten mielessä erilaisia kuin tavallomaiset tavat ja palvelut ja kansalliset vastustavat terveystalouden markkinareformeja.

Lehdon (2003, 37) mukaan legitimitietin ja reformin suhde voi toimia myös toisinpäin. Jos järjestelmän legitimitietti horjuu, sen kohtalo voi olla arvaamaton: " ... radikaaleimmat markkinoistamishenkiset terveydenhuoltoreformit on tehty eräissä entisissä Euroopan sosialistisissa maissa, joissa kaiken vanhan legitimaatio oli romahtanut eikä oikeastaan ollut kuin fiktioita markkinataloudesta, joiden varaan rakentaa uutta. Sielläkään ei toimivia terveydenhuolto-markkinoita ole saatu aikaan, vaan pikemminkin terveydenhuollon kaaostila."

Ruotsissa tuottajien toimintaperusteinen (activity-based financing) rahoitus on kohdannut legitimitietti-ongelman, koska toimintaperusteisella rahoituksella ei onnistuttu ratkaisemaan toimintojen ja kokonaiskustannusten tasapainoa. (Kastberg – Siverbo 2007) Kastbergin ja Siverbon mukaan toimintoperusteinen rahoitus Ruotsissa aluksi kasvatti tuottavuutta ja lyhensi jonoja¹². Heidän siteeraamissaan tutkimuksissa havaittiin kuitenkin, että kokonaiskustannusten kontrolli huononi ja erityisesti kustannusten pienentäminen muuttui vaikeaksi. Syynä tähän oli, että toimintoperusteinen rahoitus ei sisällä tuottajille insentiviä pitää tuotannon määrä kurissa, kun heille maksetaan hoidetuista potilaista. Puhtaassa toimintoperusteisessa rahoituksessa on täten sisäänrakennettuna tuotannon määrän kasvattamisen ten-

⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence; <http://www.nice.org.uk/>

¹⁰ Perusteellinen kotimainen katsaus asiantuntijavaltaan on Reunanen 1996.

¹¹ Esimerkiksi eri yhteyksissä ehdotettu Kelan sairausvakuutuskorvausten siirto kuntien valtionosuuksiin voidaan kokea 'saavutetun edun' menetyksenä ja käytettyjen yksityislääkäripalvelujen asiakkaalle koituvien kustannusten kasvuna ja siten ei-legitiiminä muutoksena. Legitimitietti-ongelmaa synnyttää myös se, että nykyisin osalla sairaanhoitovakuutusta rahoittavista ei ole käytännössä mahdollisuutta käyttää yksityispalveluja.

¹² Sama ilmiö on havaittu myös Norjassa, jossa "... terveyskeskuslääkärit siirtyivät helposti listalääkärijärjestelmään muun muassa sen tarjoamien edullisten taloudellisten ehtojen ja henkilökohtaisten vaikutusmahdollisuuksien takia (---). Uudistuksen onkin arvioitu parantaneen perusterveydenhuollon saatavuutta. Lisääntynyt palvelutuotanto lisäsi odotetusti kustannuksia, jotka rasittavat valtiota osittain suoritepohjaisen korvausmenettelyn kautta." Pekurinen ym. (2011, 37)

denssi. Tämä on tietysti järkevää, jos terveydenhuollon tuottavuus on alhainen. Tuotannon määrää ja kustannusten kasvattamisvaikutusta pyrittiin Ruotsissa rajoittamaan esimerkiksi tuotantokatoilla tai muuttamalla tuottajille maksettavia hintoja. Kustannusten kasvun hillintämenetelmät puolestaan nakersivat järjestelmän uskottavuutta.

Kaikissa tehdyissä ehdotuksissa palvelujen järjestäjäksi kaavailaan organisaatiota, joka olisi nykyisiä kuntia laajempi. Ehdotuksissa ei muotoilla näitä alueellisia organisaatioita kovin yksityiskohtaisesti (lukuun ottamatta STM:n työryhmän (2011) vahvoja kuntia, jotka olisivat ilmeisesti nykyisten kuntien kaltaisia). Niissä ei esimerkiksi määritellä, missä määrin uudet alueelliset tai valtakunnalliset organisaatiot tekevät terveys- ja sosiaalipoliittisia päätöksiä tai mikä on niiden suhde sairaanhoitopiiriorganisaatioon tai sosiaali- ja terveysministeriöön. Uusien organisaatioiden roolia määritellään pikemmin asiantuntijaorganisaatioina (rahoituksen järjestämiseen riittävän suuri ja asiantunteva palveluiden järjestäjäorganisaatio) kuin sosiaali- ja terveyspolitiikan ja legitimitietin hankkimisen, luomisen ja ylläpitämisen organisaatioina.

Kelassa tehdyssä ehdotuksessa on erilaisia vaihtoehtoja: Forssin ja Klaukan (2003) ehdotuksessa alueellinen vakuutusorganisaatio olisi väestöpohjaltaan yliopistosairaalan vastuualueen kokoinen ja ensisijaisesti asiantuntijaorganisaatio, jolla olisi asiakkaita edustava neuvottelukunta. "Vakuutusjärjestelmän palveluksessa olisi vakuutus- ja sosiaalilääketieteen, hoitotieteen, terveydenhuollon talouden sekä sopimusjuridiikan asiantuntijoita. --- Kansallisesti toimintaa seuraisi ja ohjaisi sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva asiantuntijaorganisaatio. Paikallistasolla kuntaryhmien etuja valvoisivat suunnilleen Kelan 84 vakuutuspiirin suuruiset yksiköt. Alueellisen toiminnan onnistumista varten asetettaisiin neuvottelukunta, jossa olisivat edustettuina muun muassa alueen kunnat ja sairaanhoitopiirit sekä terveysalan viranomaiset. Neuvottelukuntaa tulisi täydentää terveydenhuoltotutkimuksen ja terveys-taloustieteen asiantuntijoilla. Palvelujen käyttäjiä voisivat edustaa potilasjärjestöt tai alueen potilasasiamies." (Forss – Klaukka 2003, 1940)

Pääjohtaja Huuhtasen uudemmassa puheenvuorossa (Huuhtanen 2010b) käsitellään demokratian ja legitimitietin ongelmaa. Huuhtanen kysyy "Hukkuuko demokratia terveysrahastoratkaisussa?" ja hänen mukaansa demokratia toteutuu terveysrahastossa neljän kanavan kautta:

- "-1. Kunta toimii asukkaitensa puolesta "vakuuttajana" ja siten palvelujen asiamiehenä kuntalaistensa puolesta.
- 2. Terveysrahasto olisi Kelan hoitamana parlamentaarisessa valvonnassa
- 3. Paikallinen ja alueellinen demokratia voidaan toteuttaa paikallisten/alueellisten yhteistyöelinten avulla (Kela, kunta/kunnat, palveluntuottaja, mahd. asiakasryhmät kuten potilasjärjestöt)
- 4. Kelan strategia on asiakas/potilaslähtöinen. Kela tutkii minkälaisia palveluja asiakas/potilas haluaa ja tarvitsee sekä hyödyntää näitä tietoja kehittäessään palvelutoimintaansa. Terveysrahaston toteutuessa menettelyä sovellettaisiin myös terveydenhuoltoon." (Huuhtanen 2010b)

Aronkydön ym. (2010a) ehdotuksessa valtakunnallisesta ja alueellisesta organisaatiosta kaavailaan kahta erilaista vaihtoehtoa, joista toinen on eräänlainen vakuuttajaorganisaatio ja toinen poliittisessa vastuussa oleva ja verotusoikeuden omaava alueellinen organisaatio. "Kansallisesta tilaamisesta ja rahoituksesta vastaa valtakunnallinen organisaatio (KATIRA), joka rahoittaa tuottajia potilassidonnaisella kapitaatorahoituksella ja välillisellä infrastruktuurirahoituksella --- Kansallisen tilaajaorganisaation rahoitus koostuu kunnallisista verotuloista, sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksista sekä työnantajien työntekijämääränsä perusteella maksamasta rahoituksesta. Näistä jälkimmäisin maksetaan nykyjärjestelmässä työterveys-

huollon yksikölle. Kunnalliset verotulot ja valtionosuudet voidaan kanavoida joko kuntien kautta tai suoraan KATIRAlle.” (Aronkytä ym. 2010a, 15–16)

”Toinen pidemmälle viety vaihtoehto on, että KATIRAlle voitaisiin antaa oma verotusoikeus. Tällöin se päättäisi itse kansallisen terveys- ja vanhuspalveluihin tarvittavan veroprosentin suuruuden. ... Kuntien verotustarve pienenesi tältä osin, koska niiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuu siirtyisi kansalliselle organisaatiolle. Kuntien valtionosuudet ja verotusoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisiin tehtäviin säilyisivät kunnilla.” (Aronkytä ym. 2010a, 16) Ehdotusta esittelevässä artikkelissa todetaan, että ”KATIRAn johto olisi demokraattisesti valittu tavalla, joka jätetään tarkoituksella tässä ehdotuksessa hahmottelematta.” (Aronkytä ym, 2010b)

Aronkydön ym. 2010a ehdotuksessa kuntien päätöksenteon luonne muuttuisi: ” --- kuntien päätöksentekijät alkavat ratkaista uudenlaisia kysymyksiä. --- Kokonaisvaltaisen järjestämistä vastuun sijaan kunnat vastaisivat yleisestä terveyden edistämisestä, tuottaisivat neuvontapalveluita kaikille tarvitseville ja ohjaisivat vanhusasiakkaat oikeaan palvelumuotoon.” (Aronkytä ym. 2010a, 21–22)

Pekurisen ym. 2011 ehdotuksessa pidetään tarpeellisenä pitää päätöksenteko lähellä palveluja käyttäviä asukkaita. ”Julkisuudessa esillä ollut ajatus järjestämistä ja rahoituksen keskittämisestä yhdelle valtakunnalliselle toimijalle veisi päätöksenteon kauas palveluja käyttävistä asukkaista ja palvelut pääosin rahoittavista kunnista sekä synnyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoille monopsonin, yhden valtakunnallisen palvelujen ostajan.” (Pekurinen ym. 2011, 81) Ehdotetun alueellisen päätöksentekijän luonteesta, siitä miten poliittinen päätöksenteko ja vastuu järjestetään, ei raportissa ole yksityiskohtia.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä ja rahoitusvastuu annettaisiin ehdotuksessa alueelliselle palvelujen järjestäjälle ja rahoittajalle, joiden väestöpohjan tulisi olla vähintään 200 000 asukasta. Koko maassa alueita voisi olla 12–15.:

”Alueellinen palvelujen järjestäjä ja rahoittaja:

1. On väestöpohjaltaan riittävän suuri kantamaan kaikki nyt julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä aiheutuvat taloudelliset ja toiminnalliset riskit
2. Vastaa kaikkien nykyisten kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä alueensa asukkaille sekä asukkaidensa hoitamisesta aiheutuvista lääkemenosta.” (Pekurinen ym. 2011, 96)

STM:n työryhmän (2011) raportissa korostetaan demokraattisen päätöksenteon merkitystä ja kansalaisten oikeuksia: ”Demokraattisesti ohjattu päätöksenteko on paras tapa välittää sosiaali- ja terveydenhuoltoon oikeutettujen tahto päätöksentekijöille. Tämä edellyttää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjät ovat riittävän vahvoja tehdäksään aitoja poliittisia valintoja toiminnan sisällöstä suhteuttaen valinnat muihin yhteiskunnallisiin tarpeisiin yhdenvertaisuutta vaarantamatta.” (STM:n työryhmä 2011, 60) ”Kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista päätetään viime kädessä lainsäädännöllä, joka on lähtökohtaisesti kansallista. Kansallisella normi-, resurssi- ja informaatio-ohjauksella turvataan väestön yhdenvertaisuus, oikeusturva ja palvelujen laatu. Tästä syystä muun muassa alueelliset tulonsiirrot ovat välttämättömiä.” (STM:n työryhmä 2011, 62)

”Rahoitusratkaisujen periaatteiden, sisällön ja toiminnan tulee olla selkeät ja läpinäkyvät palvelujärjestelmän eri osapuolille. Lisäksi rahoitusratkaisujen tulee olla väestön tuntemia ja hyväksymiä. Väestön tulee saada tietoa palvelulohkoittain ja myös tuottajakohtaisesti palve-

lujen saatavuudesta, laadusta, tuottamiskustannuksista ja asiakkaille tulevista rahoitusosuuksista. Selkeys ja läpinäkyvyys ovat tärkeitä myös palvelujen tuottajien, niiden järjestämisvastuussa olevien toimijoiden kuin myös valtakunnallisen ohjauksen kannalta.” (STM:n työryhmä 2011, 63)

STM:n työryhmän ideaalimalli olisi siten nykyinen järjestelmä, mutta niin, että kunnat olisivat nykyisiä kuntia suurempia ja vahvempia toimijoita. Tämä olisi sekä legitimitetin että toiminnan kannalta STM:n mukaan hyvä vaihtoehto. Nykyjärjestelmässä kunnat ovat keskeinen palvelujen järjestäjä ja sellaisena legitimiiksi koettu politiikan tekijä. Kuntien legitimitetti kansalaisten näkökulmasta ei kuitenkaan ole itsestään selvää (Kuntademokratian ... 2006).

Kuntien palvelutuotannon legitimitettiin vähentävät terveydenhuollon rahoitusongelmat ja terveyskeskusten toiminnan koetut ongelmat (kuten vastaanottoaikojen ja henkilökunnan saatavuus).

3.6 Kansalaisten rooli

Kansalaisten valinnanmahdollisuuksia terveydenhuollossa on lisätty Euroopassa 1990-luvulta alkaen. Tavoitteena on ollut valinnanvapauden toteuttaminen sen itseisarvon takia. Toisena tavoitteena on ollut lisätä terveydenhuollon herkkyyttä reagoida kansalaisten tarpeisiin, lisätä innovatiivisuutta ja tehokkuutta. Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että kansalaisilla on riittävät tiedot ja valmiudet tehdä järkeviä valintoja. Thomsonin ja Dixonin (2006) mukaan kunkin maan kulttuuri ja sosiaaliset normit voivat vaikuttaa merkittäväällä tavalla valinnanvapauden toteutumiseen ja seurauksiin. Valinnanvapaus edellyttää pätevää asiakasta. Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä tuleekin tarkastella pätevän asiakkaan näkökulman lisäksi kulttuurisena ja sosiaalisena toimintana.

Kuluttajien valinnanvapauden lisääntymiseen liittyy riski: Kuluttajat eivät aina käyttäydy reformeissa odotetulla tavalla ja heidän käyttäytymisensä ei ole kokonaan julkisen vallan kontrollissa. Newmanin ja Kuhlmannin (2007) mukaan asiakkaan valinnanvapauden merkitys terveydenhuollossa Britanniassa ja Saksassa on erilainen ja tämä taas johtuu sekä maan kulttuurisesta perinteestä että valitusta politiikasta.

Terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmä ei saisi omalla toiminnallaan lisätä kansalaisten riippuvuutta palvelujärjestelmästä. Riippuvuusilmiöstä käytetään myös medikalisaation termiä¹³. Medikalisaatioon ei vaikuta vain kulloinenkin terveystalouden järjestelmä vaan se on laajemmin yhteiskunnassa tapahtuva terveyden aseman ylikorostuminen kaikessa toiminnassa. Kansalaisten valinnanvapauden ja oikeuksien lisääminen ja kysynnän markkinareformit saattavat lisätä medikalisaatiota. Kansalaiset eivät tällöin toimi tai voi toimia pätevän asiakkaan tavoin, vaan harhautuvat itse tai palvelujen tuottajat tulevat harhauttaneeksi heidät toimimaan lääketieteellisen terveydenhuollon näkökulmasta virheellisellä tavalla.

Laajemmin sama ilmiö voidaan nähdä kansalaisten kulutustottumusten ja terveydenhuoltoon kohdistuvien odotusten muutoksena. ”Kaikissa Pohjoismaissa on tapahtunut ja tapahtumassa muutos kansalaisten suhteessa terveystalouteen. Kansalaiset ovat muuttumassa palvelujen

¹³ Lancet – lehdessä on ilmestynyt mielenkiintoinen keskustelu medikalisaatio -termin nykyisestä merkityksestä (Lancet 2007). Riippuvuus terveydenhuollosta voi olla perusteetonta, kun potilaalle tehdään potilaan terveyden kannalta turhia toimenpiteitä tai terveydenhuollon toimin ratkotaan ongelmia (”mikä on elämän tarkoitus?”), jotka eivät ole sen ratkottavissa. Suurikin riippuvuus taas voi olla perusteltua, kun terveydenhuollon toimin voidaan merkittävästi parantaa potilaan terveydentilaa. Lääketieteen edistys on lisännyt tällaista perusteltua riippuvuutta (ks. Rosen (2007) artikkeli Lancetin ko. numerossa).

saajista aktiivisiksi ja tietoisiksi asiakkaiksi. Samaan aikaan on nähtävissä, että kansalaisten oman käyttäytymisen ja elintapojen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin on hyvin suuri.” (Willberg – Valtonen 2007, 39)

Kansalaisten rooli terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen organisoinnissa ja käytössä on useammanlainen:

- Kansalaisten äänestäessä vaaleissa terveys- ja sosiaalisektori on tärkeä poliittinen kysymys ja kansalaisten huolen aihe
- Kansalaiset vaikuttavat palvelujärjestelmään erilaisten kansalaisjärjestöjen, kuten potilasyhdistysten, kautta
- Kansalaisten käyttäytyminen yksittäisenä asiakkaana, potilaana tai asiakkaan omaisena on aktiivisempaa kuin ennen,
- Kansalaisten halukkuus ja mahdollisuudet sijoittaa omia varojaan erilaisten hyvinvointipalveluiden hankintaan on kasvanut.

Analysoidessaan erilaisia terveydenhuoltomalleja Winblad – Ringard (2009, 128) erottelevat 'kollektiivisen mallin', jossa poliittiset instituutiot määrittelevät tarpeet ja ohjaavat palvelutarjontaa ja 'individualistisen mallin', jossa kansalaiset itse vaikuttavat palveluihin tavanomaisten markkinoiden tapaan valitsemalla palvelutuottajan. Suomalainen palvelujärjestelmä on rakennettu 'kollektiivisen mallin' mukaisesti ja sellaisena se on toiminutkin hyvin. Jälkimmäinen, eli 'individualistinen malli' on kuitenkin vallannut alaa pohjoismaissa viime vuosikymmeninä ja sen legitimitetti on kasvanut.

Terveydenhuollon konsumerismia koskeneessa tutkimuksessa saatiin kaksi tärkeää tulosta potilaiden ja kansalaisten aktiivisuuden lisääntymisestä. Kansalaisten kollektiivinen toiminta on lisääntynyt: "Valtakunnallisten potilasjärjestöjen lukumäärä on lisääntynyt etenkin 1990-luvulta lähtien kiihtyvästi. Järjestöjen ominaisuudet ja toimintatavat vaihtelevat suuresti ja osalla on yhteyksiä myös kaupalliselle sektorille." --- "Suomalaisia valtakunnallisia potilasjärjestöjä ryhdyttiin perustamaan lisääntyvässä määrin 1960–1970-lukujen vaihteesta (ennen vuotta 1950: 12 järjestöä, < 1970: 25, < 1980: 44) ja selvästi kiihtyen 1990-luvulta lähtien (< 1990: 67, < 2000: 108, 9/2002: 117)." (Toiviainen 2007, 61 ja 77) Myös muualla Euroopassa potilasjärjestöjen aktiivisuus on kasvanut (Baggot – Forster 2008). Jones et al. (2004) arvioivat, että erilaiset terveydenhuollon kuluttajien ryhmät osallistuvat aikaisempaa enemmän terveyspolitiikkaan ja niistä on tulossa tärkeä osapuoli, joka nostaa kuluttajien, palvelujen käyttäjien ja omaisten äänen esiin politiikassa.

Myös yksittäisten potilaiden käyttäytyminen on muuttunut: "Yli puolet potilastyötä tekevästä lääkäreistä raportoi, että heillä on (erittäin) usein potilaita, jotka ilmoittavat jo vastaanotolle tullessaan haluavansa tiettyjä hoitoja tai tutkimuksia, sekä kyseisten tilanteiden lisääntymistä." (Toiviainen 2007, 61) Lääkärit kokevat tämän sekä kielteisenä että myönteisenä muutoksena. Toiviaisen mukaan (2007, 61) yleisimpiä syitä kielteiseen suhtautumiseen ovat potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen ja vastaanottotilanteen vaikeutuminen ja roolien muuttuminen, ja että lääkäri tekee päätökset lääketieteellisin perusteluin eikä potilaan vaatimusten mukaan. Myönteisen suhtautumisen yleisimmät syyt ovat, että potilas osallistuu hoitoonsa ja hoidossa tarvitaan yhteistyötä, ja että vastaanottotilanne sekä potilaan ja lääkärin vuorovaikutus helpottuvat.

Kansalaisten aktiivisuuden lisääntyessä ja käyttäytymisen muuttuessa terveydenhuollon palvelumarkkinoiden luonne muuttuu. " ... uusiin teknologioihin perustuvien terveyspalveluiden markkinat saattavat muistuttaa muiden sofistikoitujen kulutustavaroiden ja palvelujen (kuten

koulutus, finanssipalvelut) markkinoita pikemmin kuin tavanomaisten lääketieteellisten interventioiden markkinoita.” (Singh et al. 2004, 1055)

Kansalaiset ovat muuttumassa ja muuttuneet terveydenhuollon ‘potilaista’ ensin ‘asiakkaiksi’ ja lopuksi ‘kuluttajiksi’ (Henderson – Petersen 2002, 1–5). Tässä prosessissa valtion ja kansalaisten suhde on muuttunut. Hyvinvointivaltioiden keskeinen ajatus on ollut, että yhteiskunnan tulee huolehtia kansalaisten terveydestä. Tämä on mahdollisesti korvautumassa politiikassa ajatuksella, että kansalaisten itsensä tulisi olla aktiivisempia oman terveytensä edistämisessä. Poliitikasta riippumatta ainakin osa kansalaisista myös käyttäytyy kuluttajan logiikalla. Irvinen (2002) mukaan yksi tämän muutoksen olennainen seuraus on terveydenhuollon ammattiryhmien ja kuluttajien välisen valtasuhteen muutos.

Kansalaisten muuttuneen ja muuttuvan käyttäytymisen huomioiminen on välttämätöntä uudistusten onnistumiselle. Kirjallisuudessa pisimmälle menevissä ajatuksissa esiintyy nykyisin myös termi ”kuluttajien ohjaama terveydenhuolto” (Consumer-Directed Health Care), jonka ajatellaan helpottavan kustannusten hillintää ja parantavan järjestelmän toimintaa (Guo 2010).

Kansalaisten kulutustottumuksiin ja niiden muutoksiin liittyviä ilmiöitä käsitellään vain suppeasti tehdyissä rahoitusehdotuksissa. Niissä tunnutaan ajattelevan kansalaisten osuudesta Winbladin ja Ringardin terminologialla ‘kollektiivisen mallin’ hengessä. Potilasjärjestöjen ja muiden kansalaisjärjestöjen roolia ehdotuksissa ei ole määritelty.

Kansalaisten käyttäytymisen muutoksesta seuraa paine kasvavaan terveydenhuollon käyttöön ja kasvaviin kustannuksiin. Oletettavasti Suomessa ilmiö lisää myös yksityisten terveystalouksien kysyntää. Taloustieteessä tätä ongelmaa on käsitelty muun muassa moraalisen vaaran hillinnän kysymyksenä. Ongelmaan ei ole löydetty pätevää ratkaisua. Donaldson et al. (2005, 91–141) ovat koonneet näyttöä erilaisista terveydenhuollon moraalisen vaaran hillintäkeinoista. Potilaiden omat maksuosuudet hillitsevät ilmiötä, mutta suuri osa tästä käytön vähenemisestä osuus pienituloisten ja lasten osalle. Potilaiden maksuosuuden kasvattaminen ei myöskään lisää kustannus-vaikuttavaa palvelusten käyttöä. Ei-rahallisen (non-price) sääntelyn, kuten jonotusjärjestelmien, vaikutuksista muun muassa kansalaisten terveyteen ei ole kirjoittajien mukaan kunnollista näyttöä. Vastaavasti lääkäreihin kohdistuvista moraalisen vaaran hillintäkeinoista tiedetään, että suoriteperusteinen (fee-for-service) maksujärjestelmä (verratuna kiinteään palkkaan tai kapitaatorahoitukseen) voi kasvattaa terveydenhuollon käyttöä ja kustannuksia. Yhtä oikeaa ja parasta tuottajien maksujärjestelmää ei ole löydetty.

Kallio (2008) näkee mahdollisuuden hyvinvointivaltion julkisten palvelujen rapautumisen kehään: ”Koska kasvava osa kansalaisista hyödyntää yksityisiä lääkäripalveluja, voi jatkossa julkisen eli veroilla rahoitetun terveydenhuollon legitimizeetti pienentyä. Tätä voi seurata kehitys, jossa kannatusperustan heikkeneminen ja järjestelmän intressipohjan kapeneminen johtavat palvelujen tason huononemiseen, jolloin ne, joilla on varaa, siirtyvät markkinoille. Palvelujen huono taso taas lisää edelleen maksukykyisten siirtymistä markkinasektorille, mikä vauhdittaa julkisen järjestelmän rapautumista. Uhkana on, että yksityisten ja työterveyshuollon lääkäripalvelujen käytön lisääntymistä seuraa tilanne, jossa julkiset terveyskeskuspalvelut profiloituvat vain pienituloisten ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevien vaihtoehdoiksi. Tällaisen järjestelmän ”myyminen” hyvinvointivaltion rahoittajaksi profiloituville väestöryhmille voi olla poliittisesti vaikeaa.” (Kallio 2008, 488)

Tinghög et al. (2009) selvittävät millaisissa tilanteissa yksilöiden oma vastuu parhaiten voisi toteutua. He listaavat ominaisuuksia, joita terveyspalveluilla tulisi olla, jotta ne voitaisiin jättää yksilöiden omalle vastuulle:

- (i) yksilöiden tulisi voida arvioida sekä palvelutarve että laatu sekä ennen käyttöä että palvelun käytön jälkeen
- (ii) palvelun tulisi olla kohdennettu yksilöille, joilla on kohtuullinen autonomia
- (iii) palvelussa tulisi olla vain positiivisia ulkoisvaikutuksia
- (iv) palvelun kysynnän tulisi olla tarpeeksi suurta yksityisten markkinoiden synnyttämiseksi
- (v) palvelun tulisi olla niin halpaa, että useimmat yksilöt kykenevät kustantamaan sen
- (vi) palvelun tulisi olla 'elämäntyylin vahvistamista' pikemmin kuin 'lääketieteellinen välttämättömyys'.

Kansalaisten odotusten ja käyttäytymisen muutos näkyy – terveydenhuoltoon tunnetusta luottamuksesta huolimatta – yksityisen vakuutusrahoituksen suosion kasvuna. Vuonna 2010 Finanssialan keskusliiton tekemän vakuutustutkimuksen mukaan "Vapaaehtoisten vakuutusten määrä on jatkanut kasvuaan verrattuna aiempiin kyselyihin. Samaan aikaan usko siihen, että lakisääteinen sosiaaliturva takaisi riittävän turvan eri kriisitilanteissa, on kansalaisten keskuudessa vähenemään päin. Lähes puolet (47 %) on sitä mieltä, että vapaaehtoiset vakuutukset ovat välttämättömiä sosiaaliturvan täydentämiseksi." (Finanssialan Keskusliitto 2010, 6) Lasten sairauskuluvakuutuksia oli vuonna 2006 hieman yli 365 000 lapsella (nousua vuodesta 1999 12 %) ja kaikkiaan yksityisiä sairauskuluvakuutuksia oli vuonna 2006 hieman yli 600 000 suomalaisella (nousua vuodesta 1999 22 %) (THL 2011¹⁴). Suurissa kaupungeissa¹⁵ toteutetussa kyselytutkimuksessa yksityinen sairausvakuutus oli 15,8 prosentilla 20–80 vuotiaista (Jäntti 2008, liitetaulukko 2).

Aronkytä ym. (2010a) toteavat, että "Yleisen tulotason nousun myötä nousevaa palvelujen vaatimustasoa kutsutaan Wagnerin laiksi. Ihmisten kasvava kiinnostus oman ja läheistensä hyvinvointiin, yksilöllisyyden korostuminen (ns. i-sukupolvi) sekä kaupunkimainen elämäntapa lisäävät hyvinvointipalveluiden kysyntää." (Aronkytä ym. 2010, 4)

Pekurisen ym. (2011) raportissa mainitaan moraalinen vaara valinnanvapauden mahdollisena seuraamuksena. Lisääntyvän valinnanvapauden seurauksena voi tuottajan ja kuluttajan käyttäytyminen muuttua: "Kun kolmas osapuoli (valtio, kunta tai sairausvakuutus) maksaa suurimman osan palvelujen käytön kustannuksista kuluttajan ja tuottajan kiinnostus annettavan hoidon määrään ja kustannuksiin heikkenee. Tätä kutsutaan terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa moraaliseksi vaaraksi tai myös moraalikadoksi (moral hazard)." (Pekurinen ym. 2011, 73) Arvioidessaan monikanavaisen rahoituksen etuja ja haittoja Pekurinen ym. kertovat, että monikanavaisuus johtaa muun muassa siihen, että osa palveluista toimii kysyntä johtoisesti, mutta samaan aikaan se lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja tuottajien luomaa kysyntää. (Pekurinen ym. 2011, 20) STM:n työryhmä näkee medikalisaation uhkan: "Medikalisaatio on sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä uhka." (STM:n työryhmä 2011, 36)

3.7 Hierarkiat ja kumppanuus vai markkinat?

Erilaisissa uudistuksissa taloustieteen näkökulmasta on kyse työnjaon ja sen edellyttämän toiminnan koordinaation järjestämisestä. Koordinaatio voidaan tehdä joko markkinoiden avulla, kuten suuressa osassa taloutta tapahtuu. Koordinaatio voidaan myös toteuttaa hierarkia-

¹⁴ Työnantajien ottamat vakuutukset ovat tyypillisesti ryhmävakuutuksia, joten vakuutettujen määrä on tosiasiaassa tätä suurempi.

¹⁵ Helsinki, Tampere, Turku, Oulu, Kuopio, vuonna 2005–2006.

na, jolloin toimijoiden väliset suhteet eivät ole markkina-agenttien suhteita vaan johtamis-, kontrolli- ja yhteistyösuhteita, joissa ei noudateta markkinoiden toiminnan sääntöjä.

Järjestelmän rakentaminen joko markkinoiden toimintana tai hierarkiana sisältää erilaisen käsityksen voimista, jotka tuottavat menestyksellistä toimintaa. Markkinaratkaisuisissa luotetaan toimijoiden selkeisiin rooleihin ('ostaja' tai 'myyjä'), saman roolin ('myyjä') omaavien toimijoiden väliseen kilpailuun ja markkinoiden desentralisoituun päätöksentekoon. Hyvän toiminnan tuottava voima syntyy yksittäisten toimijoiden liikkeestä kilpailun olosuhteissa ja tuloksena olisi ideaalitapauksessa korkea palvelujen laatu, ostajille edullisimmat hinnat ja uusien palveluinnovaatioiden virta.

Hierarkkisissa ratkaisuisissa taas ajatellaan samoihin lopputuloksiin päästävän yhteistyöllä, asiantuntemuksen käytöllä, erikoistumisella, terveydenhuollon skaalaeduilla, markkinoiden ulkopuolisilla instituutioilla (luottamus) ja viranomaisten valvonnalla ja ohjeilla. Esimerkiksi joustavat ja siksi laadukkaat palveluketjut voitaisiin tuottaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöllä, ja tällöin tuottavuus ja edulliset kustannukset syntyisivät erikoistumisella ja skaalaeduilla.

Yksi olennainen piirre terveydenhuollon palvelutuotannon ymmärtämisessä onkin sen näkeminen joko yhteistoimintana tai markkinoilla tapahtuvana palveluiden tuottamisena ja ostamisena. Suomen nykyjärjestelmässä on molempien ajattelumallien aineksia. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon järjestäminen on mahdollista tulkita sekä markkinamallina (jossa kunta on ostajana ja sairaanhoitopiiri tuottajana) tai hierarkkisena suhteena (kunnat omistavat sairaanhoitopiirit ja voivat omistajina päättää piirin toiminnasta).

Kun kunnat omistavat sairaanhoitopiirit, niillä on markkinoiden ulkopuolinen omistus- ja hallintasuhde sairaanhoitopiireihin. Tällöin kunta ja sairaanhoitopiiri voivat ymmärtää toimivansa yhteistyössä kansalaisten terveyden edistämiseksi ja sairauksien hoitamiseksi. Kun kunta tekee sairaanhoitopiirin kanssa sopimuksen palvelujen tuottamisen ehdoista (määristä ja hinnoista) suhde on myös osittainen markkinasuhde, jossa kunnalla on ostajan intressi ja sairaanhoitopiirillä tuottajan ja myyjän intressi. Samanlainen kahden tulkinnan mahdollisuus syntyy, jos kunta tekee pitkäaikaisen ja luottamukseen perustuvan sopimuksen ei-julkisen palvelutuottajan kanssa.

Nykyjärjestelmässä erityisesti pienten kuntien ja sairaanhoitopiirin suhdetta leimaa informaation ja taloudellisen voiman epäsuhta. Kunnissa valitetaan yleisesti, että niillä on aivan liian vähän vaikutusvaltaa oman sairaanhoitopiirinsä hoidon määrään ja kustannuksiin. Kuntien on paljon helpompi kontrolloida oman terveyskeskuksensa kustannuksia kuin sairaanhoitopiirin kunnalle koituvia kustannuksia (Vuorenkoski 2008, 66–67).

Deber et al. (2008) ovat kehittäneet arviointikehikon, jossa kuvataan kumppanuus- ja markkinamallin ominaisuuksia julkisen vallan tehdessä palvelujen tuotannosta sopimuksia tuottajien kanssa.

Taulukko 3 Terveyspalveluiden kumppanuus- ja markkinamallit palvelutuottajien rahoituksessa.

Kumppanuusmalli	Markkinamalli
Terveysministeriöt keskittyvät tuottajaorganisaatioiden välisiin suhteisiin.	Terveysministeriöt keskittyvät tehokkuuden ja tuottavuuden mittaamiskriteerien kehittämiseen.
Terveysministeriöt ovat joustavia ja voivat tehdä kompromisseja sopimusten kehittämisessä, neuvotteluissa ja hallinnassa.	Terveysministeriöt keskittyvät ohjelmien kehityksen ja budjettien yksityiskohtiin.
Palvelusopimukset tehdään ensisijaisesti terveystoimialan vakauden näkökulmasta.	Palvelujen tuotantosopimukset tehdään ensisijaisesti kustannusten ja hinnan perusteella, jos muut seikat ovat samoja.
Ministeriöt suhtautuvat varovaisesti terveyspalvelujen tuotannon kokeiluihin.	Ministeriöt kannustavat vaihtoehtoisten palvelun tuotantopakokeiluihin.
Ministeriöt edistävät mieluummin tuottajien erikoistumista kuin kilpailua tuotannon etujen saavuttamiseksi.	Ministeriöt pyrkivät saamaan aikaan keskenään kilpailevien palvelujen tuottajien poolin.
Ministeriöt keskittyvät tarpeeseen; ne toimivat niin, että palvelut ovat saatavissa vaikka ne eivät olisi kannattavia (profitable).	Ministeriöt delegoivat päätökset palvelutuotannosta tuottajille; sopimusten yksityiskohdista ja tuottajasta riippuen, voittoa tuottamattomat palvelut ja potilaat saattavat jäädä palvelujen ulkopuolelle.

Lähde: Deber et al. 2008, 398, table 2.

Poliittisessa keskustelussa markkinoiden ja hierarkioiden jako voi myös muuttua kansalaisten oman vapauden ja vastuun ja yhteiskunnan vastuun jaoksi. Vallgård (2011) tarkastelee pohjoismaita tämän jaon suhteen. Jaossa voidaan korostaa joko yksilöiden käyttäytymistä tai elinolosuhteita huonon terveyden syynä.

Kaikissa malleissa ajatellaan erilaisten julkisten, yksityisten ja muiden tuottajien olevan mahdollisia palvelujen tuottajia. Kaikissa ei kuitenkaan ole eksplisiittisesti ilmaistu, miten potentiaaliset tuottajat saavat ostajien tilauksia. Tilaaminen voi tapahtua kilpailuna, mutta se voi myös tapahtua jonkin muun mekanismin kautta. Erityisesti erikoissairaanhoidon kilpailun aikaansaaminen on Suomessa hankalaa jo maantieteellisten seikkojen takia.

Kansallisen terveystalouden ehdotus on yhteistoimintamalli. Terveystalouden ei tarvitsisi uutta organisaatiota: "Terveystalouden voisi olla yksi Kelan rahastoista, kansaneläkerahaston, sairausvakuutusrahaston ja sosiaaliturvan yleisrahaston lisäksi. Sairausriskivakuutusjärjestelmä tosin sulautuisi terveystalouteen. Terveystaloutta voisivat johtaa Kelaa nykyisinkin johtavat eduskunnan valitsevat valtuutetut. Operatiivinen johtaminen kuuluisi Kelan hallitukselle. Organisaatio on jo valmiina." (Huuhtanen 2010a) Palveluiden korkea laatu ja tehokkuus saavutetaan erikoistumisella ja skaalaeduilla (Hyssälä – Mikkola 2011). Kelan tietojärjestelmät mahdollistavat seurannan ja valvonnan.

Forssin ja Klaukan (2003) ehdottama kuntien vakuutusjärjestelmä on asiantuntijaorganisaatio. "Kunta vakuuttaa asukkaansa samaan tapaan kuin työnantaja työntekijänsä erilaisten riskien varalta, --- Vakuutusjärjestelmä arvioi kuntaryhmittymän asukkaiden terveyspalvelujen tarpeen, neuvottelee lähiseudun yksiköiden kanssa palvelujen tuottamisesta ja hinnasta ja solmii niiden kanssa määräaikaiset palvelusopimukset." (Forss – Klauka 2003, 1039)

Aronkydön ym. (2010, 9–10.) ehdotuksessa selvimmän eksplikoitua sekä julkisten että yksityisten tuottajien väliseen kilpailuun perustuva malli. Palvelutarjontaa järjestetään erottamalla tilaaja tuottajista, organisoimalla tuottajien välinen vapaa kilpailu annetuilla hinnoilla ja luomalla siten tuottajien kannusteet asiakkaiden terveyden edistämiseen. Rahoitus puolestaan organisoidaan kansallisena yksikanavaisena verorahoituksena ja tuottajien rahoitus sidotaan

sairausriskiin eikä tuotettuihin palveluihin. Ehdotuksen olennainen piirre on myös tuottajien valvonta, joka perustuu kansalliseen tietojärjestelmään.

Pekurisen ym. mukaan ”Tuottajien välinen kilpailu parantaa (nykyjärjestelmässä – HV) sosiaali- ja terveydenhuollon tehokkuutta rajallisesti. Nykymuotoinen monikanavarahoitus heikentää kilpailuttamisen käyttömahdollisuuksia. Kilpailu terveydenhuollon markkinoilla ei voi toimia tehokkaasti, jos lääkärillä on mahdollisuus kilpailla itsensä kanssa toimiessaan samanaikaisesti virassa kunnallisessa sairaalassa ja yksityisenä ammatinharjoittajana yksityisellä sektorilla. Erityisesti ... hoitotakuu on nostanut esiin lääkäreiden kaksoisroolista aiheutuvia ongelmia varsinkin yliopistosairaalaapaikkakunnilla. Kilpailutuksella todennäköisesti saavutetaisiin taloudellisuusetuja ja pystyttäisiin parantamaan sosiaali- ja terveydenhuollon taloudellisuutta ja tehokkuutta, jos palvelujen tuottajat ja ostajat olisivat ”samalla viivalla” läpi koko toimialan markkinoiden.” (Pekurinen ym. 2011, 21)

STM:n työryhmän (2011) ehdotus on nykyisen kuntamallin mukainen.

3.8 Insentiivit ja järjestelmän dynamiikka

Insentiivit¹⁶ syntyvät toimijan motivaation (mitä toimija tavoittelee) ja toiminnan rajoitteiden seurauksena. Voittoa tavoittelevan ja altruistisen tuottajan reaktiot samaan rakenteelliseen muutokseen voivat olla erilaisia. Insentiivien merkitys toiminnan lopputulokselle ajatellaan helpommin käsitteellistettäväksi markkinamalleissa. Ostajan ja myyjän roolien ajatellaan tuottavan selvät insentiivit kullekin toimijalle markkinoiden taloustieteellisen mallin mukaisesti. Insentiivien käsitteellistämien yhteistyö- tai kumppanuusmallissa ei ole taloustieteelle samalla tavalla selkeää. Periaatteessa ongelmana on vaikeus nähdä, mistä ja miten syntyvät organisaation ’oikeaan’ suuntaan ohjaavat insentiivit, joiden voima on yhtä suuri kuin kilpailusta ja markkinoilta tulevien insentiivien. Toiseksi, taas taloustieteen näkökulmasta, yhteistyömallit ovat sosiaalisia rakenteita, joiden toiminta riippuu sosiaalisesta vuorovaikutuksesta yms. prosesseista, jotka eivät ole taloustieteellisen terveydenhuollon tutkimuksen keskeisiä kohteita.

Terveydenhuollon tuottajan tavoitteisto ja insentiivit on pitkään tutkittu kysymys. Mahdollisia tavoitteistoja ovat mahdollisimman suuri palvelujen määrä ja korkea laatu käytettävissä olevien resurssien puitteissa (Newhouse 1970), sekä korkea tuotannon määrä että taloudellinen tulos (Deneffe – Masson, 2002; Godager et al. 2009), tai tuottajan tulot ja altruismi, siis potilaan hyöty (kuten Ellis – McGuire 1990).

Terveydenhuollon toimijat reagoivat insentiveihin (Chaix-Couturier et al. 2000). Esimerkiksi kun tuottajan tulovirta sidotaan toimintaan, tuotettujen palveluiden määrä pyrkii kasvamaan. Ongelmana on, että pelkkä tuotettujen palveluiden määrän kasvattaminen ei välttämättä merkitse terveyspoliittisten tavoitteiden saavuttamista.

Magnussen (2010) toteaa, että on vaikea löytää eri insentiivien välistä tasapainoa tehokkuuden, laadun ja kustannusten kontrollin välillä ja että toiminnan eri tasojen välisen toiminnan

¹⁶ Insentiivi voidaan määritellä seuraavasti: Toimija (yksilö tai organisaatio) pyrkii saavuttamaan joitain tavoitteita (hyöty, voitto, kansanterveys jne.) mutta ei voi tehdä sitä täysin vapaasti, koska jotkin seikat (rajoitteet; raha, lait, hyvät tavat jne.) pysäyttävät tavoitteiden suuntaisen liikkeen. Toimijan toimintaan sen pyrkiessä tavoitteiden suuntaan vaikuttavat sekä tavoitteet (mitä halutaan) että rajoitteet (mikä estää tavoitteiden saavuttamista) ja tämä rakenne tuottaa toimijalle viitteitä – insentivejä - siitä, mitä sen tulisi tehdä saavuttaakseen paremmin tavoitteensa. Terveydenhuollossa voittoa tavoitteleva tuottajalla on insentiivi kasvattaa tuloja (esimerkiksi hankkimalla uusia asiakkaita nostamalla laatua) ja pienentää kustannuksia (esimerkiksi huonontamalla laatua tai valikoimalla helppoja potilaita) lisätäkseen voittoa.

koordinaatioon on vaikea löytää toimivia insentiivejä. Parasta olisi yrittää löytää yksinkertaiset insentiivit ja välttää ”signaalien sekoittamista”. Viitaten kokemuksiin Norjan sairaaloista hän sanoo, että ’pehmeät budjettirajoitteet tappavat kaiken, mitä yrität saavuttaa’. (Magnussen 2010). Mitä yksinkertaisemmat säännöt ovat ja mitä tiukemmin niistä pidetään kiinni, sitä selkeämmät ovat järjestelmän insentiivit. Markkinoiden tai muun insentiivijärjestelmän ’kurin-pitojärjestelmän’ ominaisuus perustuu siihen, että insentiivirakenteet todella toimivat, ja esimerkiksi sairaalalla olisi todellinen riski tehdä konkurssi.

Kilpailullisen rakenteen luominen palvelujen markkinoille ei sellaisenaan tuota kilpailun ajateltuja hyötyjä. Kilpailun vaikutukset syntyvät toimijoiden käyttäytymisen muutoksista, eikä ole varmaa että kilpailullisen rakenteen synnyttäminen sellaisenaan johtaa toivottuun käyttäytymisen muutokseen. (Kankaanpää et al. 2011)

Terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yksi erityispiirre on, että muodollisesti hallinnolliset ongelmat ja niitä koskevat päätökset muuttuvat helposti poliittisiksi ongelmiksi. Esimerkiksi Norjassa ennen sairaala-alueuudistusta sairaaloiden budjetissa oli pysyviä alijäämiä, jotka valtio kattoi vuodesta toiseen. Tilanne johti rahoitusjärjestelmän läpinäkymättömyyteen ja syytelyyn (”blame game”) siitä, mikä taho oli vastuussa alijäämistä ja lopulta valtion keskusvallan ja paikallisten toimijoiden välisen luottamuksen rapautumiseen. Periaatteessa sairaaloiden budjettitasapainon ongelma muuttui poliittiseksi kysymykseksi, koska hallinnollisia sääntöjä alijäämän hoitamiseksi ei voitu tai haluttu noudattaa. Hagen ja Kaarbøe näkevät sairaala-alueuudistuksen keskusvallan alueellisten toimijoiden vastuuden ongelman ratkaisuyrityksenä. (Hagen – Kaarbøe 2002)

Kilpailua edistävässä vakuutusremontissa Hollannissa (Schut – van de Ven 2011) havaittiin tuottajien välisen kilpailun vaikuttaneen terveyspalveluiden tuotantoon ja muun muassa pyrkimykseen koota ja jakaa laatuinformaatiota. Kilpailun vaikutus riippuu kuitenkin suoriutumismittareiden (performance indicators) kehittämisestä ja tuotteistamisesta. Kilpailu ei pienentänyt terveydenhuollon kokonaismenoja, koska hintojen laskuun yhdistyy mahdollinen palvelujen määrän kasvu.

Street ja Hussain (2004) kuvaavat kilpailun ongelmia tapauksessa, jossa hinnat ovat tuottajille kiinteitä. Kiinteät hinnat voivat heidän mukaansa luoda tuottajille insentiivin alentaa laatua tai siirtää kustannuksia muille sosiaali- ja terveyspalvelusten tuottajille. Esimerkiksi sairaalat voisivat lähettää potilaita pois huonommassa terveydentilassa kuin aikaisemmin. Ongelma voi myös syntyä jos asetetut hinnat ovat niin alhaiset, että tuottajat eivät voi kattaa niillä tehokkaan tuotannon todellisia kustannuksia.

Valinnanvapaudesta voi seurata kansalaisten käyttäytymisen muutoksia. Fotaki et al. (2008) tekevät katsauksen potilaan valinnanvapautta koskevaan kirjallisuuteen. Heidän mukaansa olosuhteissa, joissa paikalliset palvelut ovat huonoja (pitkät jonot) ja potilaat kykenevät matkustamaan, valinnanvapaus koetaan tärkeäksi. Vaikka potilaat eivät käyttäisikään valinnanvapauttaan, sen olemassaolo voi teoriassa kannustaa tuottajia parantamaan palveluiden laatua. Kirjallisuuskatsauksessaan he eivät kuitenkaan löytäneet vakuuttavaa näyttöä siitä, että valinnanvapaus olisi lisännyt palvelutuotannon tuottavuutta tai parantanut palveluiden laatua.

Ensimmäisen terveydenhuoltokontaktin valinta on laajasti mahdollista Euroopassa ja niissä maissa, joissa valinnanvapautta ei ole, sitä ollaan lisäämässä. Erikoislääkärin valinnan rajoituksilla pyritään vähentämään tarpeetonta ja epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä, mutta nämä rajoitukset eivät ole kansalaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten suosiossa.

Potilaat haluavat valita sairaalan vain hyvin harvoin, vaikka ilmoittaisivat haluavansa matkustaa hoitoon. Sairaalan valinnan halu kasvaa vain, kun hoitojonot ovat pitkät. Ylipäättään valinnanvapauden merkitys vaihtelee maasta toiseen ja kulttuuri ja sen normit säätelevät kansalaisten valinnanvapauden käyttöä. Thomson ja Dixon (2006)

Ehdotuksissa ei erikseen suunnitella terveyden- ja vanhustenhuollon asiakasmaksujärjestelmiä tai organisaatioiden sisäisiä maksu- ja palkkausjärjestelmiä.

Kansallisen terveystalouden ehdotuksessa (Huuhtanen 2010a): ”Kunnalliset yksiköt, yksityinen ja kolmas sektori tuottavat palveluja tasaveroisina kilpailijoina.” Aronkytö ym. (2010a) haluavat järjestää sekä julkisten että yksityisten tuottajien välistä kilpailua annetuilla hinnoilla. Pekurisen ym. (2011) tekstissä esitetään runsaasti kritiikkiä erilaisista nykyjärjestelmän disinsentiiveistä. Tekstissä todetaan: ”Suuri osa järjestelmää koskevista muutoksista, palvelujen tai etuuksien laajenuksista on toteutettu useimmiten erillisinä uudistuksina ilman että olisi selvitetty, miten kukin uudistus muuttaa eri osapuolien kannusteita ja käyttäytymistä ja millainen taloudellinen ja toiminnallinen kokonaisuus uudistuksen tuloksena muodostuu.” (Pekurinen ym. 2011, 17)

Eri toimijoiden kilpailuasetelman lisäksi järjestelmän dynamiikkaan vaikuttavat tuottajien omistus ja tuottajien ja ostajien väliset voimasuhteet. Esimerkiksi nykyisten sairaanhoitopiirien asemaa on usein pidetty ’liian vahvana’ suhteessa kuntiin. Sairaaloiden ja terveyskeskusten omistuksesta ehdotuksissa ei ole täsmällisiä muutosesityksiä. Huuhtanen (2010b) sanoo, että: ”ne jatkaisivat toimintaansa, mutta toiminnan juridinen muoto olisi toinen (liikelaitos tai osakeyhtiö) samoin rahoittaja (terveysrahasto). Sairanhoitopiirit voitaisiin joko pilkkoa yksiköihin tai yhtiöittää sellaisenaan.”

3.9 Jakauma

Terveydenhuollon palvelujen käytön jakauman oikeudenmukaisuuden arvioinnissa ajatellaan usein, että ’oikea’ jakauma olisi sellainen, jossa käyttö jakautuu palvelujen tarpeen mukaisesti eikä tulotason mukaan. Terveydenhuollon rahoitusrasituksen taas tulisi jakautua mieluummin maksukyvyyn kuin palvelujen käytön perusteella.

Terveydenhuollon rahoituksen tuloryhmien välisen jakautumisen tutkimuksessa on havaittu, että verorahoitteiset (erityisesti progressiiviseen verorahoitukseen perustuvat) järjestelmät tuottavat progressiivisen rahoitusrasituksen jakauman. Erityisen regressiivisiä ovat yksityiseen vakuutusrahoitukseen perustuvat tai kansalaisten asiakasmaksuilla rahoittamat järjestelmät (Wagstaff et al. 1999; Wagstaff – van Doorslaer 2000). Tutkimustulosten perusteella näyttää siltä, että suora verorahoitus on yleensä progressiivinen rahoitusmuoto, epäsuorat verot ovat regressiivinen muoto, pakollinen sosiaalivakuutus taas progressiivinen ja yksityinen vakuutus regressiivinen rahoitusmuoto. Siksi maissa, joissa terveydenhuollon rahoituksessa luotetaan eniten suoriin veroihin, jakaumavaikutukset ovat yleensä progressiivisia. (Donaldson et al. 2005, 173–176)

Palvelujen käytön jakaumavaikutukset syntyvät kahdella tavalla: kansalaiset voivat valikoitua hoitoon sosioekonomisen aseman tai kotinsa sijainnin perusteella ja hoitoon pääsyn jälkeen heitä voidaan kohdella eri tavoin. Valikoitumiseen voivat vaikuttaa kansalaisten omat valinnat (kysyntä; koulutuksen ja tulotason yhteys palvelujen käyttöön) ja palvelujen saatavuus (tarjonta; esimerkiksi alueellinen tai työmarkkina-aseman mukainen saatavuus). Tehdyissä rahoit-

tusehdotuksissa puututaan näistä tekijöistä tarjontaan, eli ajatellaan palvelujen uudelleenorganisoinnin tasaavan hoitoon pääsyä.

Doorslaer et al. (2004; 12 EU-maata) eivät löytäneet yleislääkärin (GP) käytössä tuloryhmittäisiä eroja, mutta erikoislääkärin käyttö suosii hyvätuloisia. Ilmiö on Euroopassa yleinen, mutta vahvempi maissa, joissa terveydenhuolto rahoitetaan yksityisillä vakuutuksilla tai yksityispalveluja tarjotaan nopeampana palveluvaihtoehtona.

Vakuutus kirjallisuudessa käytetään termillä 'käänteinen valinta' (adverse selection) tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakkaiden valikoituminen ja vakuutusmaksujen nousu estävät normaalien vakuutusmarkkinoiden toiminnan. Valikoitumista voi tapahtua myös muulla tavalla: jos tuottaja voi valita asiakkaansa, se voi kuoria päältä 'parhaat' asiakkaat ("cream skimming"); tuottaja valitsee kannattavimmat tai muuten miellyttävimmät). Ongelma on vakavin yksityiseen vakuutusrahoitukseen perustuvissa järjestelmissä. Sitä voidaan kuitenkin havaita myös esimerkiksi alueellisissa palvelutarjonnan eroissa. Norjassa on havaittu, että yksityisten erikoislääkäripalvelujen saatavuus on pienempi alueilla, joissa vanhusväestön väestöosuus on suurin (Midtun, L. – Hagen, T. 2006.). Ilmiö voi olla seurausta siitä, että palvelutuottajat eivät hakeudu eri alueille niiden palvelutarpeen vaan asiakkaiden varallisuuden perusteella. Ruotsissa (Tinghög 2011, 64) ja Norjassa (Monstad et al. 2010) on havaittu korkean tulotason lyhentävän jonotusaikaa julkisessa sairaalahoidossa. Syyinä jokin mekanismi, joka valikoi asiakkaita tulotason suhteen.

Pekurinen ym. näkevät työvoimasta käytävän kilpailun yhdistyvän potilaiden valikointiin terveyskeskusten ja yksityispalvelujen välillä: "--- eroksi jää silti se, että terveyskeskusten työ on perusasetelmaltaan raskasta ja vaativaa, koska yksityiset palvelut "kuorivat päältä" ne potilaat, joiden ongelmat ovat terveyskeskusten potilaita helppohoitoisempia¹⁷ tai yksinkertaisempia. Olisi lähdettävä siitä, että perusterveydenhuollon perustehtäviin kuuluu huolehtiminen ikääntyneistä, monisairaista ja sosiaalisesti moniongelmaisista kansalaisista. Se, että julkisin varoin ja toimin luodaan kilpailu- ja vertailuasetelmia, joilla jo rakenteellisesti raskaalle työlle tarjotaan työvoimaa muualle houkuttelevia vaihtoehtoja, ei ole hyvää terveyspalvelupolitiikkaa." (Pekurinen 2010, 46)

Suomessa jakaumaongelma on nähtävissä useammalla eri tasolla.

- Sosioekonomisten ryhmien välillä on eroja terveydentilassa (mm. elinajanodotteessa) ja tarpeeseen perustumattomia eroja terveyspalvelusten käytössä (STM 2007).
- Kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on merkittäviä ja pysyviä eroja terveydenhuollon ja vanhustenhuollon tarvekioiduissa menoissa (Hujanen ym. 2006).
- Alueelliset erot terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa kasvoivat 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun (Manderbacka ym. 2009).
- Yksityisen terveydenhuollon saatavuudessa on alueellisia eroja (Hujanen ym. 2006).
- Perusterveydenhuollon saatavuudessa (OECD 2005) ja potilaiden kohtelussa sairaalapalveluissa (Keskimäki 2003) on tulotasonryhmittäisiä tarpeeseen perustumattomia eroja, jotka ovat sangen pysyviä (Manderbacka et al. 2009).
- Työterveyshuollon palvelujen kattavuus ja saatavuus riippuu työntäjän koosta ja on huonoin pienten työntäjien palveluksessa olevilla työntekijöillä (Kela 2008).

¹⁷ Valikointi-insentivi ("kermankuorinta" (cream skimming) tai "kirsikoiden poiminta" (cherry picking)) syntyy tilanteessa, jossa tuottaja voi valita ketä hoitaa ja tuottajan saama maksu potilaan hoidosta ei riipu potilaan sairauden vaikeudesta, vaan esimerkiksi vain diagnoosista. Tuottajan kustannukset helppojen potilaiden hoidosta ovat pienemmät kuin saman diagnoosin omaavien vaikeiden hoidosta.

- Pienellä osalla suomalaisista kotitalouksista terveydenhuollon menot ovat katastrofaalisen suuria (yli 40 prosenttia käytettävistä tuloista välttämättömyysmenojen jälkeen). Katastrofaalisen suuret menot omaavien kotitalouksien suhteellinen osuus Suomessa on suurempi kuin esimerkiksi Virossa ja merkittävästi suurempi kuin muissa pohjoismaissa (Xu et al. 2003)

Kun kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä on menoeroja tarpeen vakioinnin jälkeen, järjestelmä kokonaisuutena ei ole reagoinut palvelutarpeeseen, niin että palvelujen tarve olisi ainoa alueellisia eroja selittävä tekijä. Alueellisia eroja kuvataan Hujanen ym. (2006, 47–48) raportissa seuraavasti: "Tarvevakioitujen menojen alueelliset erot ovat suuria sairaanhoitopiirien välillä ja erityisen suuria kuntien välillä. ... kuntien väliset erot ovat edelleen suuria. Vuonna 2004 tarvevakioitujen menojen ero "kalleimman" ja "halvimman" paikkakunnan välillä oli noin 2,5-kertainen. Kun menovertailuissa käytetään havaintoyksikkönä kuntien asemesta sairaanhoitopiirejä, suurimmat alueelliset erot tasoittuvat. --- Väestörakenteen (ikä- ja sukupuolirakenteen) muutos selittää laskennallisesti noin viidenneksen kuntien kustantaman terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kokonaismenojen kasvusta koko maassa vuosina 2000–2004. --- taloudellisesti nopeasti kasvavilla alueilla terveydenhuollon ja vanhustenhuollon menojen kasvu on ollut muita vähemmän sidoksissa väestörakenteen muutokseen. --- Kun ikä- ja sukupuolirakenteen muutos selittää vanhustenhuollon menojen kasvusta laskennallisesti runsaat 60 prosenttia ja perusterveydenhuollon menojen kasvusta noin 42 prosenttia selittää se vain 7–11 prosenttia sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden ja terveystalvelujen menojen kasvusta ja 18 prosenttia erikoissairaanhoidon menojen kasvusta." Jos järjestelmä ja hoidon kustannukset reagoisivat potilaiden hoidon tarpeeseen, tulisi hoidon kustannusten ja niiden muutoksen (jota alueiden ikärakenne osin mittaa) korreloida tarpeen ja sen muutoksen kanssa.

Hussey ja Andersonin mukaan yhden maksajan järjestelmissä rahoitus on yleensä progressiivinen verorahoitus. Nämä järjestelmät kokoavat riskit yhteen suureen pooliin, ja ne tarjoavat hallituksille mahdollisuuden kontrolloida terveydenhuollon menoja. Yhden maksajaosapuolen järjestelmissä on myös usean maksajaosapuolen järjestelmää paremmat mahdollisuudet subventoida pienituloisten palvelujen käyttöä. Yhden maksajan järjestelmät voivat myös olla sosiaalisen solidaarisuuden ja julkisen vallan legitimitetin kannalta monien maksajien järjestelmiä parempia. Useamman maksajan järjestelmät tai yhden maksajan järjestelmä, jossa kansalaiset halutessaan voivat valita erilaisista vaihtoehdoista (käytännössä usein vakuutuksen kautta), taas tarjoavat mahdollisuuden kansalaisten erilaisten tarpeiden ja preferenssien tyydyttämiseen. (Hussey – Anderson 2003)

Kaikissa rahoitusehdotuksissa ajatellut suuremmat alueelliset tai kansalliset toimijat ratkaisevat pienten kuntien rahoitusongelmaa ja täten mahdollistavat rahoituksen saatavuudesta johtuvan eriarvoisuuden poistamista. Ehdotuksissa ei ole käsitelty palvelujen kysynnästä johtuvia ei-tarpeenmukaisia eroja. Mahdollisten suurempien sosiaali- ja terveydenhuollon alueiden sisäisiä jakaumaeroja ei käsitellä.

Esimerkki: Tavoitteiden saavuttamisen tuottavat voimat ja järjestäjätahon koko

Kaikissa tehdyissä rahoitusehdotuksissa ehdotetaan palvelujen järjestäjätahon koon kasvattamista nykyisiä kuntia suuremmiksi. Ehdotuksissa ei kuitenkaan kerrota, miten koon kasvattaminen johtaisi kansalaisten tasa-arvon paranemiseen terveyden tai terveystalvelujen saavuttamisen suhteen. Taulukossa 4. on esitetty muutamia jakauma- ja tasa-arvo-ongelmia ja haettu vastausta siihen, voidaanko järjestäjän koon kasvattamisella ratkoa havaittuja tasa-arvo-ongelmia.

Taulukko 4 Tavoitteiden saavuttamisen tuottavat voimat. Voidaanko järjestäjän koola vaikuttaa?

Ongelma		Rajaus
Sosioekonomisten ryhmien väliset palvelujen saatavuuden erot	Kyllä, rajatusti	siltä osin kuin ne ovat alue-eroja.
Kuntien ja sairaanhoitopiirien väliset erot tarjonnan erot	Kyllä	jos alueellisten järjestäjien välillä on riittävä tasausmekanismi.
Alueelliset erot terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa	Kyllä, rajatusti	jos terveydenhuollon saatavuuden ja käytön erot pienenevät ja terveydenhuolto on tehokasta.
Yksityisen terveydenhuollon saatavuuden alueelliset erot	Ei	
Perusterveydenhuollon saatavuuden erot	Kyllä, rajatusti	rajatusti, jos työterveyshuolto jätetään uudistuksen ulkopuolelle.
Potilaiden kohtelu sairaalapalveluissa tulotason mukaan	Ei	
Työterveyshuollon palvelujen riippuvuus työntäjän koosta	Ei	jos työterveyshuolto jätetään uudistuksen ulkopuolelle.
Kotitalouksien katastrofaalisen suuret terveydenhuollon menot	Kyllä	jos asiakasmaksut pienenevät.

Järjestäjätahon koon kasvattaminen ei esimerkiksi voi ratkoa perusterveydenhuollon lääkärin saavutettavuuden eroa työssäkäyvän ja työvoiman ulkopuolella olevan väestön välillä, jos työterveyshuoltoa on jollain tavalla oteta uudistukseen mukaan. Koon kasvattaminen ei myöskään sellaisenaan voi ratkaista sellaisia terveydenhuollon palvelujen saavutettavuuden eroja, jotka joko johtuvat tuloeroista tai yksityis palvelujen epätasaisesta sijoittumisesta maassa.

3.10 Tuottavuus ja tehokkuus

Tuottavuus ja tehokkuus ovat taloustieteen näkökulmasta keskeisiä hyvän järjestelmän ominaisuuksia. Termejä määritellään usein eri tavoin. Tässä tuottavuudella tarkoitetaan tuotettujen palvelujen ja käytettyjen resurssien suhdetta: jos annetulla resurssimäärällä tuotetaan esimerkiksi edellistä vuotta enemmän palveluja, tuotannon tuottavuus on noussut. Palvelut ovat vaikuttavia, jos niillä on merkittävä vaikutus hoidettujen potilaiden terveydentilaan. Kustannus-vaikuttavia, eli tehokkaita, toimenpiteet ovat, kun ne on tuotettu tuottavasti ja ne ovat vaikuttavia. Palvelujärjestelmä on tehokas, kun palvelut tuotetaan tuottavasti ja tuotetuilla palveluilla on merkittävä vaikutus kansalaisten hyvinvointiin. Tehokkuutta ja tuottavuutta voidaan tarkastella joko reaalisuurein tai rahamääräisin suurein. Koko järjestelmän tehokkuuden osatekijöistä tekninen tehokkuus (tuotannon järjestäminen) ja allokatiivinen tehokkuus (oikeiden palveluiden tuottaminen) saavutetaan aivan eri tavoin. Teknistä tehokkuutta voidaan tavoitella työprosessien organisoimisella (kuten työnjaolla ja johtamisella). Allokatiivista tehokkuutta tavoitellaan valitsemalla kaikista mahdollisista hyvinvoinnin edistämisen toimista kustannus-vaikuttavia toimenpiteitä.

Tuottavuutta ja tehokkuutta voidaan ajatella kasvatettavan joko palvelujen järjestäjä - tilaaja- tai tuottajaosapuolen organisoinnilla. Kaikissa tehdyissä ehdotuksissa ajatellaan, että palvelujen tilaaja- tai järjestäjäosapuolen koon kasvattamisella on mahdollista lisätä palvelutuotannon tuottavuutta. Näin voisi tapahtua, jos suuremmalla tilaajalla olisi pientä tilaajaa parempi mahdollisuus esiintyä vaativana ja osaavana tilaajana suhteessa tuottajiin ja suuremmat järjestäjät voisivat nauttia skaalaeduista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tuottavan organisaation (sairaala, terveyskeskus, palvelukeskus) tuottavuuden ja sekä allokatiivisen että teknisen tehokkuuden aikaansaamisessa on kolme periaatteellista tietä:

- Organisaatioiden sisäiset järjestelyt (hyviin toimintatapoihin liittyvän tiedon välittäminen, työntekijöiden motivointi, yhteistyön organisointi toimintayksiköissä, johtaminen)
- Yksiköiden koon kasvattaminen skaalaetujen takia (skaalaedut tuotantokustannuksissa, riittävään toimenpidemäärään liittyvä oppiminen, skaalan mahdollistama erikoistuminen)
- Organisaatioiden tulovirran ja insentiivien järjestelyt (toimijoiden tulovirran sääntely, tuottavuus- ja tehokkuusinsentiivien rakentaminen tulovirtaan ja mahdolliseen tuottajien väliseen kilpailuun).

Rahoitusrakenteiden tuottavuus- ja tehokkuusseuraamuksia on vaikea arvioida käytettävissä olevan kirjallisuuden perusteella. Nykyisen rahoitusrakenteen vallitessa esimerkiksi suomalaisien sairaaloiden tuottavuuden on havaittu olevan hyvä norjalaisiin sairaaloihin verraten, vaikka maan sisällä on huomattavia tuottavuuseroja (Linna et al. 2006; Linna et al. 2010), mutta samaan aikaan perusterveydenhuollon ja hammashuollon tuottavuudessa on havaittu ongelmia (OECD 2005, 49).

Erityisesti terveyskeskusten tuottavuushistoriaa voidaan selittää tulovirran seurauksena: 1990-luvun suuren laman aikana tehdyt kuntien menoleikkaukset eivät näyttäneet vaikuttavan tehokkuuteen, mutta ne kasvattivat tuottavuutta. Terveyskeskusten tuottavuus nousi 1990-luvulla laman aikana ja alkoi laskea 1997, kun terveydenhuollon menot taas kasvoivat (Järviö ym. 2004) "Sairaaloiden benchmarking -aineistossa näyttää sairaaloiden tuottavuus laskeneen hieman vuodesta 2001 vuoteen 2005 ja että sairaaloiden välillä on huomattavia tuottavuuseroja. Suomen terveydenhuollon tuottavuus nousi lamaan liittyen vuosien 1990 ja 1994 välillä". (Vuorenkoski 2008)

Terveyskeskusten asiakkaiden kokemaa laatua on selvitetty VATT:n tutkimuksessa. Tutkimuksessa ei löydetty mitatun teknisen tehokkuuden ja koetun laadun välille selvää yhteyttä. Sekä tuottavien että vähemmän tuottavien terveyskeskusten laatu koettiin yleisesti hyväksi. Palvelujen saavutettavuudessa oli ongelmia, koska "terveyskeskuspalvelujen saatavuutta kuvaavat "aukioloaika", "yhteyden saaminen puhelimitse" ja "vastaanottoajan saaminen" sai viidennekseltä (vastanneista – HV) erittäin heikon (4–5) kouluarvosanan." (Kytö ym. 2009, 77)

Suuremman koon mahdollistamat edut ovat STM:n työryhmän mukaan (2011, 69) seuraavia: "Rekrytointimahdollisuudet ja mahdollisuudet henkilöstön erikoistumiseen ja täydennyskoulutukseen paranevat organisaation kasvun myötä, jolloin asiakkaan palveluihin voidaan saada entistä osaavampia asiantuntijoita. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoimintaa voidaan koota ja vahvistaa asiakkaan palvelujen laadun parantamiseksi. Aiempaa harvempiin organisaatioihin on mahdollista rekrytoida osaavimmat johtajat."

Toimintayksikön koon vaikutusta yksikön toimintaan on taloustieteessä yritetty selvittää ns, skaalaetuina ja skaalahaittoina. Skaalaetujen vallitessa toiminnan yksikkökustannukset alenevat yksikön koon kasvaessa. Skaalaetujen tai -haittojen olemassaolon todentaminen on osoittautunut vaikeaksi. Esimerkiksi Aletras (1999) ei löytänyt skaalaetuja sairaaloista. Englantilaisen katsauksen mukaan (Ferguson et al. 1997) jos sairaaloissa on skaalaetuja, tämä koskee vain pienehköjä sairaaloita (alle 200 vuodepaikkaa) ja tämän jälkeen skaalan kasvaessa

(300–600 vuodepaikan jälkeen) myös yksikkökustannukset kasvavat, mutta skaalaihaittojen tai -etujen suurusluokan arviointi on vaikeaa.

Suomalaisessa tutkimuksessa (Rissanen ym. 2002; Sund – Rissanen 2002) ei löytynyt lonkkamurtumapotilaiden hoidon tuloksissa eroja, jotka selittyisivät sairaanhoitopiirissä hoidettujen potilaiden määrällä.

3.11 Työvoiman saatavuus

Myös työmarkkinoilla tapahtuu muutoksia odotuksissa ja suhtautumisessa työhön ja palvelujärjestelmään. Saarinen (2010, 52–53) kertoo lääkäreiden asenteista markkinoistumiseen: "... väestötasoon verrattaessa lääkärit kannattavat varovasti tulkien jopa hieman vähemmän yksityisen hoidon lisäämistä. ... Lääkäreistä noin puolet on sitä mieltä, että yksityiset yritykset toimivat tehokkaammin kuin julkinen sektori. Tilaajan ja tuottajan erottamista nykyistä selvemmin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa kannattaa suhteellisen suuri osa lääkäreistä. Vähemmistö lääkäreistä on sitä mieltä, että omavastuuosuuksia julkisissa terveyspalveluissa tulisi lisätä, jotta valinnanvapautta hoitopaikan tai lääkärin suhteen voidaan parantaa. Selvästi yli puolet lääkäreistä on sitä mieltä, että kunta tai kuntayhtymä on sopivin alue järjestämään perusterveydenhuollon eli ei kaivata muutosta nykyiseen. --- Olenaisiin mielipiteitä selittävä taustatekijä on ideologia eli vastaajan poliittinen suuntautuminen. Toinen merkittävä selittävä tekijä on yksityisellä sektorilla toimiminen. Oikeistoon itsensä sijoittavat sekä yksityissektorilla toimivat lääkärit ovat valmiimpia markkinoistamaan terveydenhuoltoa. Lääkärityöhön liittyvät muuttajat eivät lopulta nouse erityisen merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi."

Kankaanrannan (2008) mukaan lääkäreiden ja hoitajien työskentelyolosuhteisiin ja työtyytyväisyyteen liittyvät tekijät ovat palkan ohella tärkeitä työn tarjontaan vaikuttavia seikkoja. Työtyytyväisyyttä lisäsivät koettu oikea suhde työmäärän ja palkan välillä ja mahdollisuus soveltaa omia ideoita ja näkemyksiä työssä. Kunnissa päivystysrasitus ja työn pakkotahtisuus lisäsivät työtytyymättömyyttä ja halukkuutta vaihtaa yksityiselle sektorille. Lääkärin työ on muuttanut myös niin, että työhön liittyy entistä enemmän johtamisen ja talouden hallinnan odotuksia (Kurunmäki 2004)

Rahoitusehdotuksissa mainitaan terveys- ja sosiaalipalveluiden ja erityisesti terveyskeskusten työvoiman saatavuuden ongelma. Erityisiä eksplisiittisiä ratkaisuja työvoiman saatavuuteen raporteissa ei ole.

Aronkytä et al. (2010a) toteavat työvoimapulan ja erityisesti terveyskeskusten lääkäreiden saatavuuden ongelman. Pekurinen ym. (2011, 19) mukaan monikanavarahoitus hidastaa kunnallisten palvelujen kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä yksityiselle sektorille. Lääkärityövoiman saatavuus on ollut merkittävä ongelma, joillakin erikoisaloilla kunnallisissa sairaaloissa, mutta viime vuosina ajankohtaistunut myös perusterveydenhuollossa. Yksityiselle sektorille kohdentuvat sairausvakuutuskorvaukset synnyttävät osaltaan julkisen terveydenhuollon työvoimapulaa ja rajoittavat työvoiman joustavaa käyttöä.

STM:n työryhmä (2011, 37): "Nykytuotoinen rahoitusjärjestelmä ylläpitää päällekkäistä palvelutarjontaa lähinnä työterveyshuollossa ja perusterveydenhuollossa, luo ylikapasiteettia erityisesti tutkimus- ja hoitopalveluissa, vaikeuttaa välillisesti palveluista päävastuussa olevan kuntasektorin työvoiman saatavuutta, hidastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisten tavoit-

teiden toteutumista sekä heikentää palvelu- ja rahoitusjärjestelmän läpinäkyvyyttä, hallintaa, ohjattavuutta ja tehokkuutta.”

4 LÄHTEET

- Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53 (5). 941–973.
- Baggot, R. – Forster, R. 2008. Health consumer and patients’ organizations in Europe: towards a comparative analysis, *Health Expectations*, Vol. 11, Issue 1, p. 85–94.
- Brown, P. – Calnan, M. 2010. Political accountability of explicit rationing: legitimacy problems faced by NICE. Editorial. *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol. 15, No 2. 2010.
- Chaix-Couturier, C. – Durand-Zaleski, I. – Jolly, D. – Durieux, P. 2000. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*. 12 (2): 133–142.
- Deber, R. – Hollander, M.J. – Jacobs, P. 2008. Models of funding and reimbursement in health care: A conceptual framework, *Canadian Public Administration / Administration Publique du Canada*, Vol. 51, No. 3, September / Septembre, 381–405.
- Deneffe, D. – Masson, R. T. 2002. What do not-for-profit hospitals maximize? *International Journal of Industrial Organization* 20. 461–492.
- Donaldson, C. – Gerard, K. – Mitton, C. – Stephen Jan, S. – Wiseman, V. 2005. *Economics of Health Care Financing, The Visible Hand*. 2nd ed. Palgrave Macmillan.
- Ellis, R.P. – McGuire, T.G. 1990. Optimal payment systems for health services. *Journal of Health Economics*. Vol. 9, Issue 4, 375–396.
- Eurobarometri 68. Kansalaismielipide Euroopan unionissa. Kansallinen raportti – Suomi. Standard Eurobarometer 68 / syksy 2007 – TNS Opinion & Social.
- Ferguson, B. – Posnett, J. – Sheldon, T. 1997. Concentration and Choice in the Provision of Hospital Services. CRD Report 8 (Summary). Centre for Health Economics. York Health Economics Consortium. NHS Centre for Reviews & Dissemination, The University of York.
- Finanssialan Keskusliitto, 2010, Turvaa vakuuttamisesta. *Vakuutus tutkimus 2010*, 15.6.2010.
- Forsberg, E. – Axelsson, R. – Arentz, B. 2002. Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physician’s cost awareness and work environment 2002. *European Journal of Public Health* 12: 44–50.
- Fotaki, M. – Roland, M. – Boyd, A. – McDonald, R. – Scheaff, R. – Smith, L. 2008. What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol. 13 No 3, 178–184.
- Godager, G. – Iversen, T. – Ma, C-T.A. 2009. Service motives and profit incentives among physicians. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9:39–57.
- Guo, K.L. 2010. Consumer-Directed Health Care: Implications for Health Care Organizations and Managers. *The Health Care Manager* Vol. 29, No 2, pp. 126–132.
- Haavisto, I. – Kiljunen, P. 2011 *Maailman paras maa*. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2011. EVA.
- Hallitusohjelma 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011.
<http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>
- Hagen, T. – Kaarbøe, O. 2006. The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals, *Health Policy* 76, 320–333.
- Hagen, T. – Vrangbaek, K. 2009. The changing political governance structures of Nordic health care systems, teoksessa: Magnussen, J. – Vrangbaek, K.- Saltman, R. (eds.), *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Open University Press.

- Henderson, S. – Petersen, A. 2002. In trodution. Teoksessa: Henderson, S. – Petersen, A. (eds.) Consuming health. The commodification of health care. Routledge. London and New York.
- Hujanen, T. – Pekurinen, M. – Häkkinen, U. 2006. Terveysthuollon ja vanhustenhoidon alueellinen tarve ja menot 1993–2004, Stakesin työpapereita 11.
- Hussey, P. – Anderson, G.F. 2003. A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health Policy* 66, 215–228.
- Irvine, R. 2002. Fabricating 'health consumers' in health care politics. Teoksessa: Henderson, S. – Petersen, A. (eds.) Consuming health. The commodification of health care. Routledge. London and New York.
- Jones, K. – Baggott, R. – Allsop, J. 2004. Influencing the national policy process: the role of health consumer groups. *Health Expectations*, Vol. 7 Issue 1, p. 18–28.
- Joumard, I. – André, C. – Nicq, C. 2010. Health Care Systems: Efficiency and Institutions, OECD Economics Department Working Papers, No. 769, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>
- Jäntti, S. 2008. Kansalainen terveysthuollusta valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkärituolissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 154. Kuopion yliopisto.
- Järviö, M-L. – Aaltonen, J. – Rätty, T. – Luoma, K. 2004. Terveysthuollon tuottavuuden ja tehokkuuserojen kehitys vuosina 1988-2002. VATT-keskustelualoitteita 354. VATT.
- Kallio, J. 2008. Yksityisten lääkärituolien käyttö ja ideologiset tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 73: 5. 477–493.
- Kankaanranta, T. 2008. Factors Influencing Physicians' and Nurses' Labour Supply Decisions. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1357.
- Kankaanpää, E. – Linnosmaa, I. – Valtonen, H. 2011. Public health care providers and market competition: the case of Finnish occupational health services. *The European Journal of Health Economics*. Vol. 12; 1, 3–16.
- Kastberg, G. – Siverbo, S. 2007. Activity-based financing of health care - experiences from Sweden. *International Journal of Health Planning and Management* 22: 25–44.
- Kela 2008. Kelan työterveyshuoltotilasto 2008, SVT. Sosiaaliturva 2010.
- Keskimäki, I. 2003. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 56, 1517–1530.
- Kuntademokratian valkoinen kirja. 2006. Kunnallisen demokratian kehittämishankkeen loppuraportti. Sisäasiainministeriön julkaisuja 56.
- Kurunmäki, L. 2004. A Hybrid Profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society* 29: 327–347.
- Kytö, H – Tuorila, H. Väliniemi, J. 2009. Potilaiden kokemus laatu ja mitattu tehottomuus, teoksessa: Terveysthuollon tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Aaltonen, J. – Järviö, M-L. – Luoma, K. (toim.) Julkaisut 49. VATT.
- Laine, V. – Sinko, P. – Vihriälä, V. 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009.
- Lancet 2007. Vol. 369, Issue 9562, 24 February 2007–2 March 2007.
- Laugesen, M. 2005. Why Some Market Reforms Lack Legitimacy in Health Care, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, No. 6, December 2005.
- Lehto, J. 2003. Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyshuollossa. teoksessa: Ollila, E. - Ilva, M. – Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveysthuollon näkökulmasta. Stakes, Raportteja 276.
- Linna, M. – Häkkinen, U. – Magnussen J. 2006. Comparing hospital cost efficiency between Norway and Finland. *Health Policy*. Aug; 77(3):268–78.

- Linna, M. – Häkkinen, U. – Peltola, M. – Magnussen, J. – Anthun, K.S. – Kittelsen, S. – Roed, A. – Olsen, K. - Medin, E. - Rehnberg, C. 2010. Measuring cost efficiency in the Nordic Hospitals – a cross-sectional comparison of public hospitals in 2002. *Health Care Management Science* 13:346–357.
- Magnussen, J. 2010. Reforming the Nordic health care systems: Lessons for Finland? *Terveystaloustieteen Päivä 5.2.2010 Helsinki*.
- Manderbacka, K. – Arffman, M. – Leyland, A. – Mccallum, A. – Keskimäki, I. 2009. Change and persistence in healthcare inequities: Access to elective surgery in Finland in 1992–2003. *Scandinavian Journal of Public Health*. 37: 131–138.
- Manderbacka, K. – Karvonen, S. – Arffman, M. – Keskimäki, I. 2009. Terveystaloustieteen keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus Alueiden väliset erot kasvussa 1992–2003. *Suomen Lääkärilehti* 43 vsk. 64, 3669–3674.
- Martinussen, P.E. – Magnussen, J. 2011. Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine* 73, 193–200.
- Midtun, L. – Hagen, T. 2006. The private-public mix of healthcare: evidence from a decentralised NHS country. *Health Economics, Policy and Law*. 1: 277–298.
- Monstad, K. – Engesæter, L.B. – Espehaug, B. 2010. Waiting time socio-economic status – and individual level analysis. *Working papers in economics*. No.11/10. Department of Economics. University of Bergen.
- Muuri, A. 2008. Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. *Stakesin tutkimuksia* 178. Helsinki: Stakes.
- Newhouse, J.P. 1970, *Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital*. *American Economic Review*, 60(1): 64–74.
- Newman, J. – Kuhlmann, E. 2007. Consumers enter the political stage? The modernization of health care in Britain and Germany, *Journal of European Social Policy* 17; 99.
- Nigam, A. 2011. The effects of institutional change on geographic variation and health services use in the USA. *Social Science & Medicine*, In Press, Accepted Manuscript. Available online 23 August 2011.
- OECD 2005. *OECD Reviews of Health Systems – Finland*, OECD 2005.
- Rawls, J. 1957. Justice as Fairness. *The Journal of Philosophy*, Vol. 54, No. 22, December 27–29 (Oct. 24, 1957), pp. 653–662.
- Rawls, J. 1988. *Oikeudenmukaisuusteoria*, WSOY, Helsinki.
- Reunanen, J. 1996. *Asiantuntijavalta*, Hallinnon kehittämiskeskus: Helsinki.
- Rissanen, P. – Sund, R. – Nordback, I. – Rousi, T. – Idänpään-Heikkilä, U. 2002. Lonkkamurtuman hoidon vaikuttavuuden rekisteriperusteinen mittaaminen ja vertailu. *Stakes. Aiheita* 21.
- Rose N. 2007. Beyond medicalisation. *Lancet*. Feb 24;369(9562):700–2.
- Saarinen, A. 2010. Suomalaiset lääkärit ja Suomen Lääkäriliitto osana hyvinvointivaltiota ja sen terveyspolitiikkaa, *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 114. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.
- Saltman, R.B. – Figueras, J. 1998. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. *Health Affairs*, March/April, 85–108.
- Schut, F. – van de Ven, W. 2011. Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health Economics, Policy and Law*, 6, 109–123.
- Singh, J. – Cuttler, L. – Silvers, J.B. 2004. Toward understanding consumers' role in medical decisions for emerging treatments: Issues, framework and hypotheses. *Journal of Business Research* 57, 1054–1065.

- Special Eurobarometer 2010. Patient safety and quality of healthcare. Summary report. April 2010. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate-General for Health and Consumers.
- STM 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Palosuo, H. – Koskinen, S. – Lahelma, E. – Prättälä, R. – Martelin, T. – Ostamo, A. – Keskimäki, I. – Sihto, M. – Talala, K. – Hyvönen, E. – Linnanmäki, E. (toim.): Sosioekonomisten terveysterojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 23. Helsinki.
- Stolt, R. - Blomqvist, P. - Winblad, U. 2011. Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, Vol. 72, Issue 4, February 2011, 560–567.
- Street, A. – Hussain, S.A. 2004. Would Roman Soldiers Fight for the Financial Flows Regime? The Re-issue of Diocletian’s Edict in the English NHS. *Public Money & Management*, October. 301–308.
- Sund, R. – Rissanen, P. 2002. Lonkkamurtuman hoidon vaikuttavuus. Teoksessa: Mikkola, Henni (toim.): *Terveystaloustiede 2002. Stakes, Aiheita 2*. Helsinki.
- Syrett, K. 2003. A Technocratic Fix to the “Legitimacy Problem”? The Blair Government and Health Care Rationing in the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 28, No. 4, August 2003.
- THL 2011. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto (Taulukko 33.) [Tiedot poimittu 6.7.2011.]
- Thomson, S. – Foubister, T. – Mossialos, E. 2009. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. *European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17*.
- Thomson, S. – Dixon, A. 2006. Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research & Policy* Vol 11 No 3, 167–171.
- Tinghög, G. 2011. The Art of Saying No. The Economics and Ethics of Healthcare Rationing. Linköping University Medical Dissertation No. 1215. Department of Medical and Health Sciences. Linköping University.
- Tinghög, G. – Carlsson, P. – Lyttkens, C.H. 2009. Individual responsibility for what? – A conceptual framework for exploring the suitability of private financing in a publicly funded health-care system. *Health Economics, Policy and Law*, 1–23.
- Toiviainen, H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. *Tutkimuksia 160*. Stakes.
- Wagstaff, A. – van Doorslaer, E. – van der Burg, H. – Calonge, S. – Christiansen, T. – Citoni, G. – Gerdtham, U-G. – Gerfin, M. – Gross, L. – Häkkinen, U. – Johnson, P. – John, J. – Klavus, J. – Lachaud, C. – Lauritsen, J. – Leu, R. – Nolan, B. – Peran, E. – Pereira, J. – Propper, C. – Puffer, F. – Rochaix, L. – Rodriguez, M. – Schellhorn, M. – Sundberg, G. – Winkelhake, O. 1999. Equity in the finance of health care: some further international comparisons, *Journal of Health Economics* 18. 263–290.
- Wagstaff, A. – van Doorslaer, E. 2000. Chapter 34: Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*. Vol. 1, Part 2, 2000, Pages 1803–1862.
- Vallgård S. 2011. Addressing individual behaviours and living conditions: four Nordic public health policies. *Scandinavian Journal of Public Health*. Mar;39(6 Suppl):6–10.
- Valtonen, H. – Kankaanpää, E. – Linnosmaa, I. 2010. Kenneth Arrow ja terveydenhuollon erityispiirteet, teoksessa: Ashorn, U. – Henriksson, L. – Lehto, J. – Nieminen, P. (toim.). *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*, Gaudeamus. Helsinki.
- van Doorslaer, E. – Koolman, X. – Jones, A. 2004. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*. Vol. 13, Issue 7, pages 629–647.
- Willberg M. – Valtonen H. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 36.

- Wilmot, S. 2011. Evidence, ethics and inclusion: a broader base for NICE. *Medicine, Health Care & Philosophy*. 14:111–121.
- Winblad, U. – Ringard, A. 2009. Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens, teoksessa: Magnussen, J. – Vrangbaek, K.- Saltman, R. (eds.), *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Open University Press.
- Vuorenkoski, L. 2008. Health Systems in Transition. Vol. 10 No. 4. Finland Health system review. Mladovsky, P. - Mossialos, E. (eds.). *European Observatory on Health Systems and Policies*. World Health Organization.
- Xu, K. – Evans, D. – Kawabata, K. – Zeramdini, R. – Klavus, J. – Murray, C. 2003. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 362: 111–17.

SUMMARY: Assessment of health care financing proposals

Hannu Valtonen, Professor (Health Economics)

Financing proposals

The report assesses four different health care financing proposals¹⁸, of which the first two (a health fund and national purchaser-provider) are based on the idea of pooling the financing of health care and social welfare services into one national organisation. The second two (regional service organiser and financier, and stronger municipalities) are founded on pooling social welfare and health services, currently financed by municipalities, into an entity managed by larger regional operators. These proposals are intentionally general in nature. That put forward by the Ministry of Social Affairs and Health working group is most aligned with the Government Programme of Prime Minister Katainen.¹⁹

All of the reports propose greater centralisation of the decentralised decision-making and financing model implemented in the early 1990s. The proposals use the term 'financing' to refer to expenditure of pooled public funds on the provision of health and social welfare services. The proposals do not handle private health insurance, nor do they seek new sources of financing for health and social welfare services. All proposals regard it as crucial that funding of the organisation responsible be secured on a sufficiently extensive basis. The reports highlight the sustainability of financing, particularly in the form of problems caused by the narrow financial basis of small municipalities, and in terms of the proposed solution to these problems: increasing the size of the service organiser.

The proposals primarily envisage the allocation of pooled financing to various service providing actors, alongside the reorganisation of such actors. Hence, they view the organisation of financing on the basis of that of health care actors, organisers, responsible parties and providers, and various service, income and expense flows.

¹⁸ The proposal made by the Social Insurance Institution Kela in various contexts, **The National Health Fund**, the proposal by an expert group of Sitra, the Finnish Innovation Fund **The National Purchaser-Financier**, the proposal by a THL expert group **Regional service organiser and financier** and the proposal by a working group of *the Ministry of Social Affairs and Health, Social Welfare and Health Care Municipal Model Alternatives*.

¹⁹ In order to ensure the equal availability of high-quality, effective and timely social welfare and health care services for all, the social welfare and health care service structure will be reformed as part of the restructuring of local government. Responsibility for the provision and funding of social welfare and health care services will remain with the municipalities. In order to ensure the availability of high-quality social welfare and health care services and their funding, economically robust municipalities that are capable of assuming the responsibility for the provision and funding of social welfare and health care must be formed. (Government Programme 2011, <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/en334743.pdf>)

Table 1 Characteristics of financing proposals.

Proposal	Political decision-making	Extent	Separating the purchaser and producer
Huhtanen et al., National Health Fund	Parliament, political steering by Kela – The Social Insurance Institution of Finland	'Funds spent by municipalities, the state and Kela on health care'; different options; (income transfers?)	Yes: Customer/purchaser
Aronkylö et al., national purchaser-provider	Not specified, could be an owner, Parliament or municipality	Public financing of social welfare and health care, incl. occupational health care	Yes: Customer/purchaser
Pekurinen et al., regional service organiser and financier	Not specified, could be owner municipalities or Parliament?	Government and municipalities' current financing for health care and care for the elderly, incl. health insurance in part	No: Customer/purchaser and provider/seller
Ministry of Social Affairs and Health, strong municipality	Municipality	Government and municipalities' current financing, incl. health insurance in part	No: Customer/purchaser and provider/seller

Advantages and problems of the current system

The proposals frame the key problems of the current system as inequality between citizens in terms of access to and availability of services, as well as the prospective inability to cope with demographic change, which will affect both demand for services and supply of labour force. Problems within the system reside in fragmented decision-making and financing, insufficiently large-scale service organisers (municipalities in their current form) and systematic disincentives and factors inhibiting development. Fragmented decision-making and financing prevent equal access to services and inhibit high-quality, efficient and productive service provision. All of the proposals arrive at a similar definition of these problems.

The current system's problems are emphasised in the financing proposals' sections on the current structure and functioning of health and social welfare services. Less attention is paid to the current system's advantages and achievements. Envisaged threats to the current system are couched in terms that describe it as basically effective, but unlikely to function properly in the future. Citizens are generally supportive of the current system and its underlying principles. In addition, in comparison with other OECD countries, Finland's health care system is faring reasonably well, both in terms of performance and equality. On the whole, the Finnish health and elderly care service system is not in poor condition. According to the OECD, the apparent strengths of the Finnish system lie in its relatively low costs as a percentage of GDP, the higher-than-OECD-average utilisation rates of some services, success in health promotion, high technical quality, an equitable payment system between income groups, and citizens' satisfaction with the system. Weaknesses, in turn, include the rapid rise of pharmaceutical costs, income-related inequality of access to doctor's appointments for basic health care, staff shortages in certain areas and extended waiting periods in terms of accessing care.

Key differences between financing proposals

The financing proposals differ on the actor that should provide social welfare and health care services. Aronkylö et al. (2010) and Kela suggest a national organisation, ordering services from various providers, as the operator of their proposed national health fund. Pekurinen (2011) and the Ministry of Social Affairs and Health (2011) envisage a larger regional actor which can both order and produce services. A larger actor than the current municipalities would emerge in the form of a stronger municipality (Ministry of Social Affairs and Health

2011). This would also be a political decision-maker and responsible party, with the power to levy and collect taxes. Aronkytö et al.'s (2010) national purchaser-financier could also have tax levying and collection powers.

The financing proposals differ in terms of their scope, i.e. the extent to which they cover various social welfare and health care services and income transfers. Social welfare and health care services are covered by the most extensive proposal, alongside occupational health care (Aronkytö et al. 2010a). If implemented via Kela, the national health fund proposed by Huuhtanen would vest responsibility for various social income transfers, administered by Kela, in the same organisation (Huuhtanen 2010a). Less extensive proposals include that of the Ministry of Social Affairs and Health working group (2011) on larger strong municipalities, mainly in line with the current municipal model, and that by Pekurinen et al. (2011), which would vest responsibility for social welfare and health care services, currently managed by municipalities, in regional service organisers.

The third major difference between the proposals is their structure: they are either market or cooperation based models. In market based models, incentives based on competition steer activity while cooperation based models have the same objectives, but achieved based on cooperation, specialisation, coordination and economies of scale. The national health fund proposal is a cooperation based model (e.g. one of the Kela funds). The most detailed model based on competition between public and private providers is given by Aronkytö et al. (2010, 9–10.). Service provision is organised by separating the purchaser from providers, and by organising free competition between providers through fixed prices, thus giving providers incentives to promote customers' health. The proposal by Pekurinen et al. (2011) and the national health fund proposal could also attain benefits from competitive tendering, if service providers and purchasers operate along the same lines. The proposal by the Ministry of Social Affairs and Health working group (2011) is in line with the current municipal model.

Productivity, efficiency and distribution

In principle, two kinds of method exist for enhancing efficiency and productivity: in systems based on competitive logic, properly organised competition for customers forces producers to be efficient and produce high-quality services. The positive impacts of competition can be pursued through means such as organising the income flow and providing organisations with incentives. If the system is based on a hierarchical relationship, efficiency and quality must be pursued through intra-organisational arrangements, e.g. management-related arrangements or by increasing unit sizes to create economies of scale.

Most detail on the forces or operational processes through which 'sound operations' are produced is provided by the national purchaser-financier model. No other proposals describe the processes which might lead to the desired outcomes.

Financing proposals set similar objectives for the new system. However, these objectives remain somewhat abstract due to the lack of any clear description of how they would be attained by the reforms in question.

Position of citizens

From the viewpoint of citizens, and in terms of the system's sustainability, its legitimacy is an important issue. Democratic accountability is deemed important by the proposals, particularly those made by the Ministry of Social Affairs and Health working group (2011) and the National Health Fund (Huuhtanen 2010b). However, no clear position is accorded to political decision-making on health issues; no precise definition is given to who would make health policy decisions within the new structures. Neither do the proposals deal with how the legitimacy of the planned new organisations would be acquired and strengthened so as to safeguard citizens' trust in the system.

No consideration is given to the role of citizens and non-governmental organisations. As individual customers, patients and through various non-governmental organisations, citizens have become more active, both in Finland and internationally. This is a contradictory phenomenon: while more-active citizens, in the form of demanding customers, is positive because it forces providers to respond more readily to citizens' needs, greater activity can be selective in terms of socio-economic status. The positive impacts can thereby be confined to the upper end of the socio-economic scale. This 'sharp elbows' phenomenon may also lead to 'medicalisation': irrational and inefficient use of services. This is a particular risk if citizens' confidence in public services falters and the number of private insurance policies increases. A result of this would be increasing health care costs. No solutions are presented for avoiding developments of this kind.

Employees' expectations of working life have also changed. It may be prove possible to make workplaces in larger organisations more attractive than, for instance, in small health centres. The reports furnish no details on how this might be achieved.

The Finnish social welfare and health service system is built as a 'collective model,' in which political institutions define needs and steer service provision. This has worked well. However, an 'individualistic model' is also emerging in Finland, with citizens influencing services as in conventional markets, by choosing the service provider, acting as demanding customers and challenging the authority of the provider. Behaviour along the lines of the 'individualistic model' is intensifying and gaining in legitimacy. In renewing the social welfare and health care service system, the key problem lies in identifying how to retain the benefits of the older 'collective model,' while developing the capacity to react to the changed behaviour and expectations of citizens and employees. The financing reports give no consideration to this problem.

Of the financing proposals made, that for a national health fund by Pekurinen et al. (2011) and the proposal by the Ministry of Social Affairs and Health working group (2011) are the clearest representatives of a 'collective model'.

Sosiaali- ja terveydenhuollon
rahoituksen kehittäminen:
Kohti yksikanavaista
alueellista järjestäjä-rahoittajaa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä

1 ASIANTUNTIJATYÖN TAUSTA, TAVOITE JA TOTEUTUS

Tausta

Terveydenhuollon rahoituksen uudistamiseksi on hiljattain julkistettu useita ehdotuksia, muun muassa Kelan (esim. Forss 2008), Sitran (Aronkylö ym. 2010) ja THL:n asiantuntijoiden toimesta (Pekurinen ym. 2011). Ehdotuksissa on runsaasti yhteisiä piirteitä mutta myös selviä painotuseroja. Kaikissa ehdotuksissa tavoitellaan riittävää rahoituspohjaa palvelujen järjestämiseksi taloudellisesti ja joustavasti, palvelujen järjestämisen ja rahoituksen yhdistämistä sekä palvelujen järjestäjän, tilaajan ja tuottajan roolien selkeyttämistä. Olennaisimmat erot koskevat lähinnä järjestämis- ja rahoitusvastuun tasoa ja kattavuutta. Ehdotuksilla tavoitellaan joko kansallista tai alueellista järjestämis- ja rahoitusvastuuta, joka kattaa kapeimmillaan terveyspalvelut ja laajimmillaan kaikki sosiaali- ja terveyspalvelut. Myös näkemykset sairausvakuutuksen roolista ja työterveyshuollosta vaihtelevat jonkin verran. Lisäksi ehdotusten yksityiskohtaisuuden taso vaihtelee.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta laaditussa raportissa monikanavaisen rahoituksen eduista, haitoista ja kehittämistarpeista THL:n asiantuntijaryhmä ehdotti yksikanavaisen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän toteuttamista alueellisella tasolla (Pekurinen ym. 2011). Maa jaettaisiin noin kahteentoista alueeseen, jotka vastaisivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta alueensa asukkaille. Valtionosuudet ja sairausvakuutusmaksut ohjattaisiin suoraan näille alueille, lisäksi alueen kunnat maksaisivat asukasmäärään perustuvan korvauksen palvelujen järjestämisestä. Alue tuottaisi osan palveluista itse ja hankkisi osan palveluista kunnilta sekä muilta julkisilta ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Asukkaiden asemaa vahvistettaisiin parantamalla valinnanmahdollisuuksia ja luomalla sitä tukevia kannusteita tuottajille. Perustason palvelujen tuottajat saisivat tulonsa hoito- ja hoivavastuulla olevien asukkaiden määrän ja heidän palvelutarvetta kuvaavien ominaisuuksien mukaan eli raha seuraisi asiakasta. Ehdotus pyrkii myös parantamaan palvelujärjestelmän tehokkuutta ja asiakassuuntautuneisuutta luomalla tähän kannusteita järjestelmän eri toimijoille.

Viimeksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen periaatteita on linjattu sekä sosiaali- ja terveysministeriön että hallituksen toimesta. Ministeriön asettama järjestämislakityöryhmä linjasi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen tavoitteita ja periaatteita (STM 2011a). Työryhmän peruslinjaukset tulevat osaltaan vaikuttamaan toimialan palvelujen järjestämistä ja rahoitusta koskeviin ratkaisuihin pitkällä aikavälillä. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelman mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu on samalla organisaatiolla, vahvalla peruskunnalla tai sosiaali- ja terveysalueella (Hallitusohjelma 2011).

Valtioneuvoston kanslia pyysi huhtikuussa 2011 Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) asiantuntijatyötä, jossa täsmennetään ja konkretisoidaan THL:n asiantuntijaryhmän aiemmin esittämää ehdotusta sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaisen rahoituksen toteuttamiseksi (Pekurinen ym. 2011).

Tavoite

Asiantuntijatyön tavoitteena on jatkokehittää ja konkretisoida THL:n asiantuntijaryhmän aiempaa ehdotusta sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä. Ehdotuksen mukaan maa jaettaisiin noin kahteentoista alueeseen, jotka vastaisivat sosiaali- ja

terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta alueensa asukkaille. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjattaisiin näille alueellisille järjestäjä-rahoittajille, jotka tuottaisivat osan palveluista itse ja hankkisivat osan muilta palveluntuottajilta. Asukkaiden asemaa vahvistettaisiin parantamalla valinnanmahdollisuuksia ja luomalla sitä tukevia kannusteita tuottajille.

Tässä asiantuntijatyössä pyritään vastaamaan erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Miten palvelujen järjestämisvastuu toteutetaan taloudellisesti ja tehokkaasti?
- 2) Miten perustason palvelujen tuottajien rahoitus toteutetaan "raha seuraa asiakasta" periaatteen mukaan?
- 3) Miten palvelujen tuotanto toteutetaan niin että palveluketjut toimivat asiakkaan kannalta joustavasti?
- 4) Miten erityistason palvelujen tuottajien rahoitus toteutetaan niin että se kannustaa kustannusvaikuttavaan toimintaan?
- 5) Miten kansallisesti ja muutamaani keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu ratkaistaan?
- 6) Millaisella hallintomallilla alueellisen järjestäjä-rahoittajan toiminta organisoidaan niin että varmistetaan riittävä demokraattinen päätöksenteko?
- 7) Miten alueellisen toimijan rahoitus järjestetään niin että se kannustaa kustannusvaikuttavaan toimintaan?
- 8) Millaista valtakunnallista ohjausta alueellisen järjestämis- ja rahoitusvastuun toteuttaminen edellyttää kansallisesti yhtenäisen toiminnan varmistamiseksi?

Kysymyksiä tarkastellaan yksityiskohtaisesti tämän raportin luvussa 4.

Toteutus

Asiantuntijatyön toteutusta varten THL:n sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ylijohtaja Marina Erhola nimesi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, taloutta ja rakennetta tunnevan THL:n asiantuntijaryhmän, johon kuuluivat puheenjohtajana tutkimusprofessori Markku Pekurinen ja jäsenenä ylijohtaja Marina Erhola, johtava asiantuntija Riitta Haverinen, erikoistutkija Liisa Heinämäki, tutkimusprofessori Unto Häkkinen, osastojohtaja Päivi Hämäläinen, kehittämisspäällikkö Pia Maria Jonsson, tutkija Jutta Järvelin, tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki, kehittämisspäällikkö Simo Kokko, kehittämisspäällikkö Merja Kovanen, ylilääkäri Minerva Krohn, kehittämisspäällikkö Jukka Kärkkäinen, tutkija Meri Larivaara, tutkimusprofessori Ismo Linnosmaa, kehittämisspäällikkö Anneli Milén, ylilääkäri Juha Moring, kehittämisspäällikkö Anu Muuri, tutkimuspäällikkö Anja Noro, erikoistutkija Timo Sinervo ja ylilääkäri Eeva Widström. Lisäksi ylijohtaja Marina Erhola kutsui asiantuntijatyötä tukemaan ulkoisiksi asiantuntijoiksi professori Pertti Palomäen ja lääkintöneuvos Tuomo Pääkkösen.

Asiantuntijatyön toteutusta varten perustettiin kahdeksan työryhmää, joiden toimeksiannot ja jäsenet on kuvattu jaksojen 4.1–4.8 alussa. Asiantuntijatyö toteutettiin hyödyntämällä teemaa koskevaa julkaistua kotimaista ja ulkomaista tutkimus- ja muuta asiantuntijatieta sekä asiantuntijoiden kokemusta ja näkemystä sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen kehittämisestä.

Asiantuntijatyö koskee periaatteessa koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Käytännössä empiirinen tarkastelu on jouduttu tietojen saatavuussyistä rajaamaan pääosin terveyden- ja vanhustenhuoltoon, jotka kattavat yhdessä noin 80 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveystoimen (pl. lasten päivähoidon) menoista.

Raportin toisessa luvussa kootaan yhteen ja esitetään asiantuntijaryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi. Ehdotukset perustuvat paitsi tämän asiantuntijatyön tuloksiin, myös THL:n toteuttaman aiemman selvitystyön tuloksiin (Pekurinen ym. 2011). Luvussa kolme kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon nykyinen rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin ja verrataan sitä eräiden muiden maiden vastaaviin järjestelmiin.

Toimeksiannon kysymyksenasetteluihin pyritään vastaamaan neljännessä luvussa. Kussakin jaksossa nostetaan esiin tarkasteltavan kysymyksen kannalta erilaisia, osin vastakkaisiakin näkökohtia. Eri jaksoissa tarkastellaan osin samoja asioita, mutta eri lähtökohdista ja järjestelmän eri tasoilta, siksi samaa asiaa koskevat havainnot ja päätelmät saattavat vaikuttaa osin ristiriitaisilta. Erilaiset näkemykset on haluttu tuoda selkeästi esiin havainnollistamaan tarkasteltavien kysymysten monimuotoisuutta ja sitä ettei kysymyksiin välttämättä löydy helppoa ja yksiselitteistä ratkaisua. Raportin toisessa luvussa esitettävät kokoavat ehdotukset edustavat asiantuntijaryhmän pohdintaan perustuvaa näkemystä suotavasta etenemistiestä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi.

Raportin kirjoittamisesta on vastannut Markku Pekurinen, kaikki asiantuntijaryhmän jäsenet ovat osallistuneet raportin kirjoittamiseen ja työstämiseen.

2 ASIANTUNTIJARYHMÄN EHDOTUKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON RAHOITUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISEKSI

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkeyttämiseksi on viimevuosina esitetty lukuisia yksityiskohtaisia ja laajempia ehdotuksia, jotka pyrkivät parantamaan rahoitusjärjestelmän kannustavuutta ja toimivuutta yhden rahoituskanavan sisällä tai lisäämään rahoitus- ja tuotantokanavien yhteistyötä ja koordinaatiota (esim. Forss 2008, Aronkytö ym. 2010, Pekurinen ym. 2011, STM 2011a).

Rahoitusjärjestelmän ongelmia on ratkottu yksitellen ja hitaasti. Yksittäisiä, järjestelmän kokonaisuuden kannalta pieniä ongelmia on ratkottu osittaisuudistuksilla, mutta rahoitusjärjestelmän keskeisiä ongelmia ei ole toistaiseksi ratkaistu.

THL:n asiantuntijaryhmä päätyi aiemmassa selvitystyössään näkemykseen, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämisessä on tultu vaiheeseen, jossa järjestelmän uudistaminen paremmin väestön muuttuvia odotuksia ja tarpeita vastaavaksi, asiakkaan aseman vahvistamiseksi ja kestäväen rahoituksen turvaamiseksi edellyttää syvällisempää muutosta palvelujen järjestämis-, rahoitus- ja tuotantotapaan kuin mihin järjestelmän osia vähitellen uudistamalla voidaan päästä (Pekurinen ym. 2011). Samansuuntaisia odotuksia poliittisille päättäjille esittivät myös THL:n kunta- ja sairaanhoitopiirikierrosten kuntapäättäjät ja sairaanhoitopiirien edustajat (THL 2009, Vuorenkoski ja Erhola 2010).

Yksikanavainen rahoitus toisi sosiaali- ja terveydenhuoltoon ohjattavuutta saman tahon vastatessa sekä palvelujen rahoituksesta että järjestämisestä. Samalla vastuu asiakkaan koko palveluprosessista ja sen kustannuksista olisi yhdellä selkeästi tunnistettavalla taholla. Vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta onkin tarpeen toteuttaa vastaisuudessa nykyistä kuntaa suuremmalla väestöpohjalla. Tämän suuntaisesti järjestämistä ja rahoitusta on linjattu myös hiljattain sosiaali- ja terveysministeriön toimesta (STM 2011b) ja pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa (Hallitusohjelma 2011). Sosiaali- ja tervey-

denhuollon yksikanavainen rahoitus olisi luontevaa toteuttaa esimerkiksi kuntien kautta rakentuvan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen järjestäjä-rahoittajan toimesta.

Seuraavassa esitettävät ehdotukset perustuvat paitsi tämän asiantuntijatyön tuloksiin, myös THL:n toteuttaman aiemman selvitystyön tuloksiin (Pekurinen ym. 2011), THL:n asiantuntijoiden kuntiin ja sairaanhoitopiireihin tekemän laajan aluekierroksen havaintoihin (THL 2009, Vuorenkoski ja Erhola 2011) ja asiantuntijoiden aikaisemman tutkimuksen ja käytännön kentän kokemuksen kautta muodostamaan kokonaisnäkemykseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistarpeista. Ehdotukset ovat myös sopusoinnussa tuoreen kansainvälisen tutkimustiedon kanssa, jonka mukaan rahoituskanavien ja palvelujen järjestäjätahojen määrän vähentäminen todennäköisesti parantavat myös terveydenhuollon julkisen rahoituksen kestävyttä (Thomson ym. 2009).

Rahoitusta ei voi tulevaisuudessa tarkastella irrallaan palvelujen järjestämisestä, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu tulee uudistaa samanaikaisesti (STM 2011a). Järjestelmän uudistamisessa luontevaa olisi edetä erilaisten alueellisten kokeilujen kautta, sen jälkeen kun rahoitus- ja järjestämisvastuun peruslinjauksista on päätetty.

THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa, että käynnistetään valmistelu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi tavoitteena:

Terveys- ja hyvinvointitavoitteet

- 1) Tuottaa väestölle enemmän terveyttä ja hyvinvointia kohtuukustannuksin
- 2) Turvata koko väestölle sosiaali- ja terveystalouden riittävä saatavuus asuinpaikasta riippumatta
- 3) Parantaa väestöryhmien ja alueiden välistä yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa
- 4) Parantaa asiakkaan asemaa ja lisätä asiakkaan valinnanmahdollisuuksia

Järjestelmätavoitteet

- 5) Parantaa palvelujärjestelmän toimivuutta (saatavuutta, yhdenvertaisuutta, taloudellisuutta, tuottavuutta, kustannusvaikuttavuutta, ym.)
- 6) Kannustaa terveys- ja hyvinvointiongelmien ennaltaehkäisyyn ja peruspalvelujen kehittämiseen
- 7) Tukea sosiaali- ja terveystalouden integraatiota

Rahoitus- ja järjestämisvastuun toteuttamisen yleisperiaatteet

Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu uudistetaan kokoamalla vastuu alueellisesti nykyistä suuremmille toimijoille seuraavien periaatteiden mukaisesti:

- a) Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on alueellisesti yhdellä toimijalla, alueellisella järjestäjä-rahoittajalla (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).
- b) Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjataan ja kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjä-rahoittajalle, joka vastaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).
- c) Raha kulkee asiakkaan mukana alueelliselta järjestäjä-rahoittajalta palvelujen tuottajalle (tukee tavoitteiden 4–6 saavuttamista).

- d) Alueellisen järjestäjä-rahoittajan väestöpohjan tulisi olla mielellään vähintäänkin 200 000 asukasta ja koko maassa alueita voisi olla esimerkiksi 12–15 (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).

Järjestämismvastuun sisältö

THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa, että alueellisen järjestäjä-rahoittajan järjestämismvastuu määritellään sosiaali- ja terveysministeriön asettaman järjestämislakityöryhmän esityksen mukaisesti (STM 2011a). Järjestämismvastuuseen sisältyy vastuu:

- väestön hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta ja edistämisestä
- julkisen vallan käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa
- sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen selvittämisestä
- sosiaali- ja terveydenhuollon yhdenvertaisesta saatavuudesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuudesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantotavasta päättämisestä
- tuotannon seurannasta ja valvonnasta
- järjestämiseen liittyvästä rahoituksesta
- voimavarojen tehokkaasta kohdentamisesta
- sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisestä

Rahoitus- ja järjestämismvastuun toteuttamisen yksityiskohtaiset periaatteet

Palvelujen alueellinen järjestäjä-rahoittaja

- On väestömäärältään ja toimintaedellytyksiltään riittävän suuri kantamaan kaikki nyt julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä aiheutuvat taloudelliset ja toiminnalliset riskit.
- Vastaa kaikkien nykyisten kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille sekä asukkaiden hoitamisesta aiheutuvista lääke- ja matkakorvauksista.
- Vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteensovittamisesta alueellaan sekä tuottaa tarvittavat palvelut itse tai hankkii ne muilta julkisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta.
- Hyväksyy asiakkaan valinnanvapauden piiriin kuuluvat julkiset ja yksityiset palveluntuottajat, joista asiakkaat voivat valita itselleen sopivimman, raha seuraa asiakasta -periaatteen mukaisesti.
- Voi vapaasti toteuttaa toiminnallisesti ja taloudellisesti tarkoituksenmukaiset ratkaisut palvelujen järjestämiseksi alueen väestön tarpeiden ja kansallisten linjausten mukaisesti.

Alueellisen järjestäjä-rahoittajan rahoitus

- Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset valtionosuudet ohjataan alueelliselle toimijalle esimerkiksi palvelujen suhteellista tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella. Palvelujen tuotanto-oloista (harva asutus, ym.) johtuvat järjestämiskustannuksia lisäävät olosuhdetekijät otetaan huomioon erillisvaltionosuudella.
- Käyttötarkoitukseen sidotuilla valtionosuuksilla voidaan tukea ja jouduttaa kansallisten prioriteettien toteuttamista sekä palkita alueellisia toimijoita hyvistä tuloksista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.
- Kunnat maksavat alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle kiinteän asukaskohtaisen (euroa per asukas) korvauksen palvelujen järjestämisestä. Siirtymävaiheen jälkeen (kun tarvittavat rakenteelliset järjestelyt on toteutettu) kuntien maksuja voidaan eriyttää ja palkita kuntia hyvistä saavutuksista esimerkiksi terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisessä.

- Kansaneläkelaitoksen hallinnoiman sairausvakuutuksen maksamia korvauksia vastaava rahamäärä (korvaukset yksityislääkärin palveluista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, lääkkeistä, matkoista, jne.) ohjataan alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan toiminnan käynnistymisvaiheessa ko. summa ohjataan alueelle maksettujen todellisten korvausten mukaisesti ja siirtymävaiheen jälkeen väestön tarpeiden mukaan samoilla periaatteilla kuin valtionosuus. Korvausten tekninen maksatus voi toteuta nykykäytännön mukaisesti.

Raha seuraa asiakasta

- Raha kulkee asiakkaan mukana palvelujen järjestäjä-rahoittajalta palveluntuottajalle, tuottaja saa tulonsa hoitovastuulla olevien tai hoitamiensa asiakkaiden määrän ja heidän ominaisuuksiensa mukaan.
- Asiakas valitsee perustason palvelujen tuottajan järjestäjä-rahoittajan hyväksymistä julkisista ja yksityisistä tuottajista. Hyväksymismenettely toteutetaan tuottajien kannalta tasapuolisesti. Palveluntuottajalla ei ole mahdollisuutta sulkea asiakkaita pois listaltaan, vaan tuottaja joutuu hyväksymään kaikki listautuvat asiakkaat. Asiakas voi halutessaan vaihtaa palveluntuottajan esimerkiksi kerran vuodessa.
- Asiakkaan valinnan piiriin kuuluva perustason palvelukokonaisuus määritellään kansallisesti yhtenevästi, mutta alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi täydentää sitä halumallaan tavalla.
- Asiakas voi valita kiireettömän erikoissairaanhoidon hoitopaikan vapaasti järjestäjä-rahoittajan hyväksymistä julkisista ja yksityisistä hoitopaikoista.

Tuottajien korvauseriaatteen – perustason palvelut

- Perustason palvelujen tuottaja saa korvauksen listautuneiden asiakkaiden määrän mukaan per capita periaatteella. Korvauksessa otetaan huomioon asiakasrakenne ja asiakkaiden odotettu hoidon tarve. Tuottajan saama korvaus voi vaihdella alueellisten erityispiirteiden mukaan. Korvausmenettely kannustaa tuottajia kilpailemaan palvelujen laadulla hinnan asemesta.
- Ikäihmisten palvelujen tuottaja saa korvauksen hoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuden ja odotetun hoidon tarpeen, so. asiakasrakenteen mukaan.
- Osa tuottajan saamasta korvauksesta voi määräytyä asiakkaiden palvelujen käytön mukaan.
- Tuottaja voi saada laatubonuksia onnistuneesta ennaltaehkäisystä, hyvästä palvelusta, hyvistä hoitotuloksista sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Tuottajien korvauseriaatteen – erityistason palvelut

- Päivystysvalmiuden ja muun välttämättömän toimintavalmiuden ylläpito rahoitetaan per capita periaatteella tuottajalle, muista palveluista tuottaja saa korvauksen asiakkaiden määrän ja tuotettujen palvelujen mukaan.
- Erityistason palveluista maksettavat korvaukset määritellään kansallisesti yhdenmukaisesti (esim. DRG -hoitajakson hinta) ottaen huomioon paikallisista tuotanto-oloista (yleinen kustannustaso, työvoiman saatavuus, etäisyydet, ym.) johtuvat hyväksyttävät erot tuotantokustannuksissa. Korvausmenettely kannustaa tuottajia kilpailemaan palvelujen laadulla hinnan asemesta.
- Tuottaja voi saada laatubonuksia hyvästä palvelusta ja hyvistä hoitotuloksista.

Demokraattinen päätöksenteko

- Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto toteutetaan kuntayhtymämallin mukaisesti.
- Alueen kunnat valitsevat edustajansa kuntayhtymän valtuustoon (epäsuora demokratia) tai valtuusto voidaan valita myös suorilla vaaleilla (suora demokratia). Molemmat menettelyt korostavat valittujen päättäjien vastuuta palvelujen järjestämisestä koko

- alueen väestölle, väestön tarpeiden mukaan. Päättäjät eivät ota kantaa yksittäisten kuntien maksuosuuksiin, vaan päättävät koko alueelle järjestettävistä palveluista.
- Silloin kun yksittäinen kunta on väestöltään riittävän suuri toimimaan järjestäjä-rahoittajana, päätöksenteko on osa kunnan normaalia demokraattista päätöksentekoa.

Kansallinen ohjaus

- Asiakkaiden valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelukokonaisuudet määritellään yhtenäisesti kansallisella tasolla.
- Tuottajille maksettavat asiakaskohtaiset korvaukset määritellään valtakunnallisesti yhtenäisesti, samoin kuin asiakkailta perittävät maksut ja asiakkaille korvattavien lääkkeiden, matkojen ym. korvausperusteet.
- Käyttötarkoitukseen sidotuilla valtionosuuksilla voidaan tarvittaessa tukea ja jouduttaa kansallisten prioriteettien toteuttamista sekä palkita alueellisia toimijoita hyvistä tuloksista, erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.
- Valtakunnallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävät hoidot ja palvelut määritellään kansallisella tasolla.
- Alueellisten järjestäjä-rahoittajien toimintaa ohjataan valtakunnallisten sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden toteuttamiseen säädösohjauksen, vuorovaikutusohjauksen ja voimavaraohjauksen keinoin hyödyntämällä ohjauskeinojen mahdollistamia kannusteita ja sanktioita.
- Alueellisten järjestäjä-rahoittajien toimintaa ohjataan kehittämällä ja hyödyntämällä kansallisia seuranta- ja vertailukehittämisen järjestelmiä ja näin osaltaan varmistetaan, että palvelujen saatavuus ja hyvälaatuiset palvelut turvataan tasapuolisesti koko maassa.

Edellä esitetty ehdotus tukee i) sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä syvällisempää yhdenytymistä alueellisella tasolla siirtämällä järjestämisvastuun kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista yhdelle alueelliselle toimijalle, ii) toteuttaa yksikanavaisen rahoituksen alueellisella tasolla kokoamalla kaikki nykyiset julkiset rahoituskanavat yhdeksi alueelliseksi rahoituskanavaksi, iii) parantaa asiakkaan asemaa lisäämällä valinnanmahdollisuuksia ja vähentämällä riskiä jäädä hoitamatta maksukiistojen takia, iv) parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta ja asiakas-suuntautuneisuutta luodessaan palvelujen tuottajille tähän kannusteita ja v) luo aiempaa paremmat mahdollisuudet laaja-alaiselle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON NYKYINEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄ

3.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta voidaan tarkastella ainakin neljästä eri näkökulmasta: rahoittajien, rahoitustapojen, rahoituksen käyttökohteiden ja rahoituksen käyttöperiaatteiden kannalta. Rahoittajia tarkasteltaessa pyritään tunnistamaan keskeiset palveluja rahoittavat instituutiot ja se millä tasolla rahoitusriskit tasataan (yksilön, yrityksen, vakuutuslaitoksen, kunnan, valtion, tms. tasolla). Rahoitustapa kertoo sen, mistä lähteistä ja miten palvelujen rahoittamiseen tarvittavat varat kerätään (verotuksella, vakuutuksella, asiakasmaksuilla, työnantajamaksuilla, lahjoituksilla yms.). Rahoituksen käyttökohteet kertovat, mihin tarkoituksiin institutionaaliset rahoittajat käyttävät keräämänsä varat (terveyspalveluihin, vanhus-ten palveluihin, sosiaalipalveluihin, yksityisiin palveluihin, yms.). Rahoituksen käyttöperiaatteet kuvaavat sitä, miten palvelujen tuottajat saavat tulonsa institutionaalisilta rahoittajilta eli palvelujen tuottajan rahoituksen periaatteita.

Rahoittajat

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut perinteisesti monikanavainen. Tällä hetkellä järjestelmään kanavoituu rahaa vähintäänkin kahdeksan rahoittajatahon eli institutionaalisen rahoittajan kautta. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt sekä Asumisen rahoitus ja kehittämisskeskus ja Raha-automaattiyhdistys. Institutionaaliset rahoittajat keräävät tarvitsemansa varat eri rahoituslähteistä veroina, vakuutusmaksuina tai vapaaehtoisina avustuksina kotitalouksilta ja työnantajilta. Rahoittajatahot käyttävät keräämänsä varat kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseen sekä korvaamaan yksityisten palvelujen käytön kustannuksia. Rahojen kohdentamisperiaatteet vaihtelevat rahoittajittain.

Rahoitustavat

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan Suomessa pääasiassa kuudella tavalla: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla.

Valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen keräämällä verotuloja monista lähteistä (tulovero, pääomavero, valmistevero, arvonlisävero, ym.). Tulovero määräytyy progressiivisesti verovelvollisen tulojen mukaan; suurituloiset maksavat prosentuaalisesti suuremman osan veronalaisista tuloistaan valtiolle veroina kuin pienituloiset. Pääomaveron on suhteellinen vero, jota jokainen verovelvollinen maksaa yhtä suuren osan pääomatuloistaan. Kulutukseen sidoksissa olevat välilliset verot, kuten valmisteverot ovat regressiivisiä; pienituloiset maksavat yleensä suuremman osan tuloistaan valmisteveroina valtiolle kuin suurituloiset. Myös arvonlisävero on regressiivinen vero, jota jokainen maksaa vaihtelevan suuren osan tavaroiden ja palvelujen hinnasta.

Kunnat rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveyspalveluista pääosin kunnallisveron tuotolla. Kunnallisvero on suhteellinen vero, eli jokainen kunnan verovelvollinen, suuri- ja pienituloinen, maksaa yhtä suuren osan veronalaisista tuloistaan veroa kunnalle. Veroprosentti vaihtelee kunnasta toiseen.

Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen¹. Sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu on kunnallisveron tapainen suhteellinen veroluonteinen maksu, jota jokainen verovelvollinen suomalainen maksaa yhtä suuren osan tuloistaan.² Sairaanhoitomaksu on luonteeltaan terveydenhoitoon käytettävä käyttötarkoitukseen sidottu terveysvero. Valtio rahoitti vuonna 2008 sairaanhoitovakuutuksesta puolet ja vakuutetut toisen puolen. Työtulovakuutuksen rahoittivat pääosin

¹ *Sairaanhoitovakuutuksesta* korvataan reseptilääkemenoja, yksityisen terveydenhuollon lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioita, lääkärin määräämää tutkimusta ja hoitoa sekä matkakuluja. Lisäksi siitä korvataan ylioppilaiden terveydenhuollon kustannuksia ja Kansaneläkelaitoksen järjestämän kuntoutuksen kustannuksia. *Työtulovakuutuksesta* maksetaan sairauspäivärahaa, kuntoutusrahaa, erityishoitorahaa, äitiys- ja isyysrahaa sekä vanhempain- ja erityisäitiysrahaa. Lisäksi siitä korvataan työnantajien työterveyshuollon kustannuksia sekä vanhempainloma-ajalta kertyviä vuosilomakustannuksia.

² Vuonna 2008 sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi sairaanhoitomaksuina kaikilta palkansaajilta ja yrittäjiltä perittiin 1,24 % paitsi eläke- ja etuustulojen saajilta 1,41 % (Kela 2009). Työtulovakuutuksen rahoittamiseksi palkansaajilta ja MYEL-vakuutetuilta yrittäjiltä perittiin sairausvakuutuksen päivärahamaksua 0,70 % ja YEL-vakuutetuilta yrittäjiltä 0,79 % tuloista. Työnantajien sairausvakuutusmaksu määräytyy maksettujen palkkojen perusteella ja oli 2,00 %. Päivärahamaksu on verotuksessa vähennyskelpoinen.

työnantajat, noin 70 prosenttia, palkansaajat ja yrittäjät runsaat 26 prosenttia ja valtion osuus työtulovakuutuksen rahoituksesta oli vajaat 4 prosenttia² (Kela 2009).

Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa erityisesti terveydenhuollossa kansainvälisesti korkea. Vain muutamissa muissa EU-maissa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon menoista on suurempi kuin Suomessa (OECD 2010). Kotitalouksien suuri rahoitusosuus johdetaan lähinnä lääkkeiden ja hammashoidon korkeista omavastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien maksuista ja omavastuista (lääkkeet 31 %, hammashoito 19 %)³.

Rahoitustapa ei ole yhdenmukainen. Palvelujen rahoitusrakenteesta riippuu muun muassa se, miten rahoitus kohdentuu väestöryhmien kesken. Niinpä esimerkiksi kun asiakasmaksujen osuus ja välillisten verojen laskennallinen osuus terveydenhuollon rahoituksessa on viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana kasvanut, terveydenhuollon kokonaisrahoitus on muuttunut lievästi regressiiviseksi eli suurituloisia suosivaksi (Klavus ja Kapiainen 2008).

Rahoituksen käyttö

Valtio maksaa kunnille laskennallisin perustein valtionosuutta sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen, valtion korvausta terveydenhuollon yksiköille opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuviin kustannuksiin, valtionavustusta kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeisiin sekä Kansaneläkelaitokselle valtion osuuden sairaanhoitovakuutuksesta ja työtulovakuutuksesta. Kunnat rahoittavat järjestämänsä perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut omilla verotuloillaan, saamallaan valtionosuuksilla ja asiakasmaksuilla. Kansaneläkelaitos korvaa sairaanhoitovakuutuksesta potilaille muun muassa lääkkeitä, yksityisistä terveystalouksista, kuntoutuksesta ja matkoista aiheutuneita kustannuksia sekä lisäksi maksaa korvauksia Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle ja EU-korvaukset sairaanhoidon kustannuksista. Lisäksi Kansaneläkelaitos maksaa työtulovakuutuksesta muun muassa korvauksia työnantajille työterveyshuollon järjestämisestä sekä sairauspäivärahaa, vanhempainpäivärahaa ja kuntoutusrahaa vakuutetuille.

Yksityiset vakuutusyhtiöt maksavat vapaaehtoisista sairausvakuutuksista ja pakollisista tapaturma- ja liikennevakuutuksista vakuutetuille korvauksia muun muassa asiakasmaksuista, haitasta ja vammasta. Vakuutusyhtiöt maksavat lisäksi korvauksia hoitolaitoksille annettusta hoidosta ja kuntoutuksesta.

Työnantajat maksavat osan työterveyshuollon palvelujen käytön kustannuksista. Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista palveluista asiakasmaksuja ja yksityisten palvelujen käytöstä omavastuuosuuksia. Asumisen rahoitus ja tutkimuskeskus osallistuu ikääntyneiden palveluasuntojen rahoittamiseen ja Raha-automaattiyhdistys rahoittaa vanhuspalvelujen palveluinnovaatioiden kehittämistä.

³ Vuonna 2008 asiakasmaksutuottojen osuus erikoissairaanhoidon käyttökustannuksista oli runsaat 4 % ja perusterveydenhuollon käyttökustannuksista 8,5 % (THL 2010a). Samana vuonna asiakkaiden omavastuuosuus kaikista Kansaneläkelaitoksen maksamista sairaanhoitokorvauksista oli 39 %. Asiakkaiden omavastuuosuus peruskorvatuista lääkkeitä oli 58 % ja erityiskorvatuista lääkkeitä noin 13 %. Lääkärinpalveluista asiakkaiden omavastuuosuus oli 75 %, hammaslääkäripalveluista 63 % sekä tutkimuksesta ja hoidosta 69 % (Kela 2009). Työterveyshuollon palvelut ovat potilasasiakkaille maksuttomia. Vanhusten laitoshoidon menoista kunnat rahoittivat 76 %, asiakkaat 21 % ja muut yksityiset yhteisöt loput (THL 2010b).

Rahoituksen kanavoituminen tuottajille

Institutionaalisilta rahoittajilta rahat kanavoituvat palvelujen tuottajille monin eri periaattein. Kunnat maksavat sairaanhoitopiireille korvauksen tuotettujen palvelujen (hoitajaksot, hoitopäivät, poliklinikkakäynnit, toimenpiteet, ym.) määrän perusteella. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluista kunnat maksavat omille yksiköilleen useimmiten kiinteän kunnan budjetoiman kokonaiskorvauksen. Ulkoistetuista ja liikelaitostetuista palveluista kunnat maksavat sopimuksen mukaan, hyvin erilaisin periaattein, määräytyvän korvauksen palvelut tuotavalle yritykselle.

Kansaneläkelaitos korvaa potilaille yksityisen sektorin palvelujen käytön kustannuksia tuotettujen suoritteiden mukaan, hyväksytyyn sairausvakuutuksen taksan perusteella ja lääkemenoja porrastetusti riippuen lääkkeelle hyväksytystä korvausluokasta. Matkat korvataan potilaalle halvinta matkustustapaa käyttäen.

Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten perusteella.

Kotitaloudet maksavat käyttämistään kunnallisista terveyspalveluista korkeintaan säädetyn käyttömaksun, yksityisen sektorin palveluista suoriteperusteisen palkkion ja pitkäaikaisesta laitoshoidosta määräosan tuloistaan.

Yhteenveto sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisistä rahoittajista, rahoitustavoista ja rahoitusperiaatteista on esitetty taulukossa 1. Terveys- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2008 on esitetty kuviossa 1.

Taulukko 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoittajat, rahoitustavat ja rahoitusperiaatteet.

TOIMINTO	Pääasiallinen rahoittaja*	Pääasiallinen rahoitustapa	Pääasiallinen rahoitusperiaate
Terveyskeskus	Kunnat 89 % Kotitaloudet 9 %	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti
Työterveyshuolto	Työnantajat 49 % Sairausvakuutus 42 %	Työnantajamaksut Työtulovakuutus	Työntekijämäärä Suoritteet
Yksityinen terveydenhuolto	Kotitaloudet 49 % Sairausvakuutus 35 %	Asiakasmaksut Sairaanhoitovakuutus	Suoritteet
Erikoissairaanhoito	Kunnat 92 % Kotitaloudet 4 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitajaksot, suoritteet
Lääkkeet	Sairausvakuutus 56 % Kotitaloudet 44 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	
Matkat	Sairausvakuutus 89 Kotitaloudet 11 %	Sairaanhoitovakuutus Omavastuut	Kustannukset
Vanhustenhuolto	Kunnat 80 % Kotitaloudet 20 %	Verotus Asiakasmaksut	Hoitopäivät, palvelut
Muu sosiaalitoimi	Kunnat Kotitaloudet	Verotus Asiakasmaksut	Kiinteä budjetti

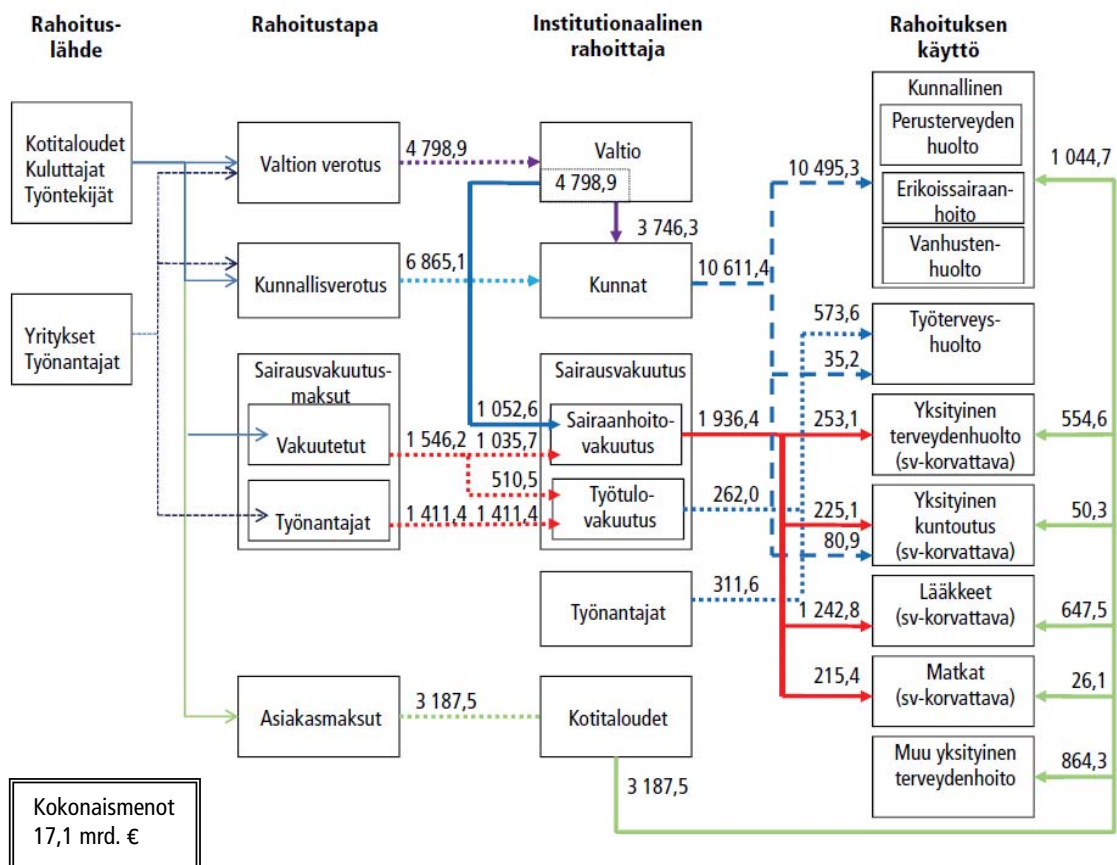
* Lähteet: THL 2010a,b sekä Kela 2009 ja Kela 2010b

Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat

Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 yhteensä 17,1 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus oli 76 prosenttia. Kunnat rahoittivat näistä menoista 40 prosenttia, valtio 22 prosenttia, kotitaloudet 19 prosenttia, Kansaneläkelaitos 14 prosenttia, työnantajat 2,5 prosenttia ja yksityiset vakuutukset 1,7 prosenttia. Keskeiset rahavirrat on esitetty kuviossa 1 ja kuviossa 2 on esitetty eri rahoittajatahojen osuus terveyden- ja vanhustenhuollon rahoituksesta vuonna 2008.

Kuntien osuus terveyden- ja vanhustenhuollon rahoituksesta kasvoi merkittävästi ja samanaikaisesti valtion osuus laski 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuun. Vuosituhannen taitteesta alkaen kunta-valtio -rahoitussuhteessa on tapahtunut merkittävä muutos, sillä valtion rahoitusosuus on kasvanut ja kuntien laskenut. Valtion osuus terveydenhuollon rahoituksesta kasvoi vuosina 2000–2008 runsaat 6 prosenttiyksikköä ja kuntien väheni runsaat 4 prosenttiyksikköä (THL 2010a). Sairausvakuutuksen rahoitusosuus on kasvanut tasaisesti 1990-luvun alusta. Kotitalouksien rahoitusosuus pysyi melko vakaana 1990-luvun alusta, mutta on laskenut 2000-luvun alusta.

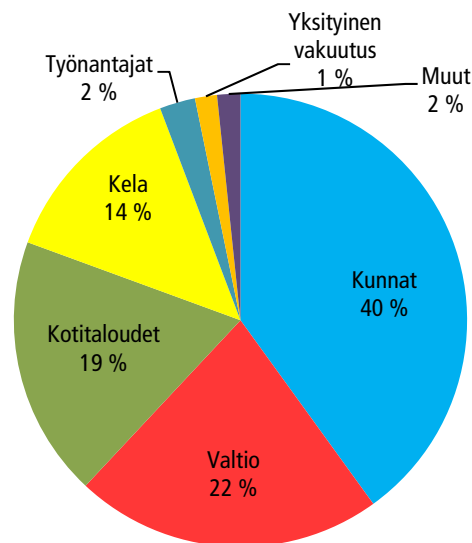
Kuvio 1 Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2008, miljoonaa euroa.



Lähteet: THL 2010a,b, Kela 2009, Kela 2010b.⁴

⁴ Terveydenhuollon menot kattavat kaikki terveystilaston erät (THL 2010a). Vanhustenhuollon menot kattavat sekä terveystilastoihin että sosiaalihuollon menoihin laskettavat menoerät. Tässä selvityksessä tarkasteltavat kuntien menoerät kattavat noin 80 % kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista (pl. lasten päihähoito).

Kuvio 2 Terveyden- ja vanhustenhuollon rahoitus vuonna 2008, osuus (%) kokonaisrahoituksesta.



Lähteet: THL 2010a,b, Kela 2009, Kela 2010b.

Valtion rahoitus kunnalliseen ja yksityiseen terveydenhoitoon

Suomen terveydenhuollon ulkomaiset arvioijat ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota erään järjestelmämme kansainvälisesti ainutlaatuisen ilmiön eli kahteen rinnakkaiseen julkiseen rahoituskanavaan, jotka rahoittavat osin samoja palveluja (esim. OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Tällöin viitataan kuntien ja valtion kautta kunnalliseen terveydenhuoltoon ohjautuvaan julkiseen verorahoitukseen ja sairausvakuutuksen kautta yksityisen terveydenhuollon, lääkkeiden ja matkakulujen korvauksiin ohjautuvaan julkisen sairausvakuutuksen rahoitukseen. Tämän lisäksi on huomattava, että myös valtio rahoittaa terveydenhuoltoa kahden eri periaattein toimivan rahoituskanavan kautta⁵. Kunnille maksettava valtionosuus muodostaa 'kunta-kanavan', jonka kautta valtion rahaa ohjataan kunnallisten terveyspalvelujen järjestämiseen laskennallisin perustein. Sairaanhoidovakuutuksen rahoittamiseksi maksettava valtion rahoitusosuus muodostaa 'kela-kanavan'. Kela-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu käyttötarkoitukseen sidottuna suoraan yksityiseen terveydenhuoltoon, lääkkeisiin ja matkoihin. Kunta-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu kunnille, mutta sitä ei ole sidottu terveyspalvelujen järjestämiseen, vaan kunta voi käyttää saamansa valtionosuuden vapaasti harkintansa mukaan.

3.2 Suomen terveydenhuollon rahoitus kansainvälisestä näkökulmasta

Useimmissa Suomen kanssa vertailukelpoisissa maissa terveydenhuoltoa rahoitetaan useamman rahoituskanavan kautta. Useamman rahoituskanavan taustalla on yleensä pitkä historiallinen kehitys, jonka aikana eri rahoitusmuodot ovat vähitellen kehittyneet ja terveydenhuollon rahoitus pohja on näin laajentunut. Suomen rahoitusjärjestelmä poikkeaa kuitenkin useim-

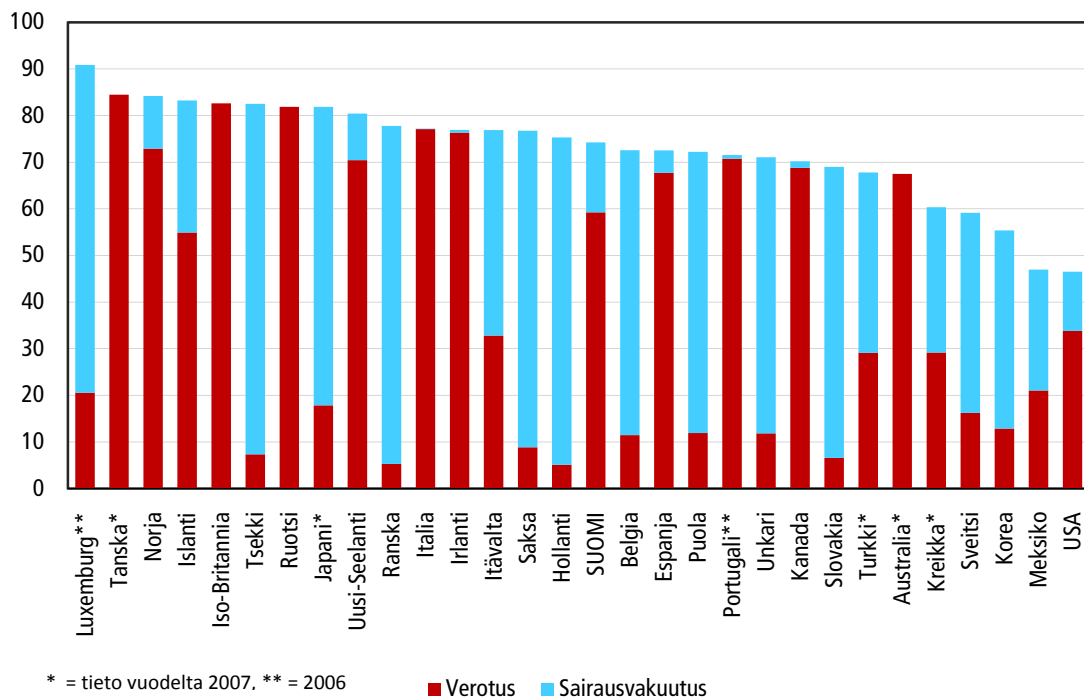
⁵ Valtion osuus sairaanhoidovakuutuksen rahoituksesta oli vuonna 2008 yhteensä 1 052,6 miljoonaa euroa (Kela 2009). Valtionosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin vuonna 2008 oli (vuoden 2009 talousarvioesityksessä esitettyjen tietojen mukaan, jolloin valtionosuudet vielä määräytyivät hallinnonaloittain) 5 075,5 miljoonaa euroa, josta arvioilta puolet suuntautuu terveydenhuoltoon eli noin 2 537,8 miljoonaa euroa (Valtion talousarvio vuodelle 2009). Siten valtion budjetista terveydenhuoltoon kohdennetusta runsaasta 3,6 miljardista eurosta, noin 30 prosenttia suuntautuu sairausvakuutuksen kautta rahoitettavaan yksityiseen terveydenhuoltoon (ml. reseptilääkkeet ja matkat) ja noin 70 prosenttia kunnalliseen terveydenhuoltoon.

mista maista siinä, että meillä on rinnan kaksi julkista rahoituskanavaa, jotka rahoittavat osin samoja palveluja. Tämä on kansainvälisesti ainutlaatuista (OECD 2005, Mattila 2011, Mossialos ja Srivastava 2008).

Pohjoismaissa terveydenhuolto rahoitetaan pääosin julkisista varoista. Paikallisen ja/tai alueellisen tason julkisen rahoituksen rinnalla valtio on keskeinen rahoittaja, yksityisen rahoituksen osuus on selvästi näitä vähäisempi (kuvio 3). Yksityisen rahoituksen osuus on Suomessa hieman suurempi kuin muissa pohjoismaissa. Valtion osuus julkisesta rahoituksesta on Suomessa suurempi kuin Ruotsissa, mutta pienempi kuin Norjassa ja Tanskassa (Rehnberg ym. 2009).

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuu, järjestämisvastuu ja tuottamisvastuu on toteutettu pohjoismaissa eri tavoin (taulukko 2). Suomessa järjestämisvastuu on kunnilla, Ruotsissa maakäräjillä, Tanskassa alueilla ja Norjassa järjestämisvastuu on jaettu valtion (erikoissairaanhoidon) ja kuntien (perusterveydenhuolto) kesken. Kysymystä rahoitusvastuusta ei ole mahdollista ratkaista irrallaan järjestämisvastuusta tai siitä, millä pelisäännöllä järjestämisvastuussa olevat tahot toimivat suhteessa palvelujen tuottajiin.

Kuvio 3 Julkisen rahoituksen osuus (%) terveydenhuollon kokonaismenoista OECD-maissa vuonna 2008.



Lähde: OECD 2010.

Järjestämisvastuu suuremmille toimijoille ja tuottajakunnan monipuolistuminen

Pohjoismaisten terveydenhuoltojärjestelmien kehityksessä on viime vuosina ollut nähtävissä kaksi selkeää kehityssuuntaa: järjestämisvastuu on siirtymässä tahoille, joiden väestöpohja on merkittävästi aikaisempaa suurempi ja taloudelliset "hartiat leveämmät" sekä pyrkimys tuottajakunnan monipuolistamiseen. Näihin kehityskulkuihin liittyvät uudistukset ovat tuoneet myös muutoksia palvelujen rahoitukseen.

Paitsi taloudellisesti leveämpiä hartioita on pyritty luomaan järjestäjätahoja, joiden asiantuntemus ja osaaminen riittävät niin lääketieteellisesti vaativaan hoitoon kuin palvelujen järjestelmälliseen seurantaan ja ohjaukseen (Jonsson ym. 2006). Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon järjestämisen väestöpohjat ovat Norjassa ja Tanskassa miljoonan asukkaan luokkaa ja Ruotsissa keskimäärin yli 200 000 asukasta.

Tuottajakunnan monipuolistumisen taustalla on ollut monia tekijöitä – muun muassa halu vahvistaa potilaiden oikeuksia lisäämällä valinnanvapautta sekä tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset palvelujen tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen (Häkkinen ja Jonsson 2009). Lisäksi koetut ongelmat palvelujen saatavuudessa ovat tukenet kehityskulkua, jossa markkinat on haluttu avata myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Tanskassa perusterveydenhuollon lääkärit ovat jo pitkään olleet yksityisiä ammatinharjoittajia. Norjan listalääkäri uudistuksessa 2001 entisestä julkisen sektorin työntekijöistä tuli niin ikään yksityisiä ammatinharjoittajia, jotka toimivat sopimuksella perusterveydenhuollon järjestäjätahon, kuntien, kanssa. Uudistuksessa säädettiin potilaan valinnanvapaudesta siten, että kunnilla on velvollisuus taata kullekin asukkaalle kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä valittavaksi ainakin kaksi vaihtoehtoista lääkäriä.

Taulukko 2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoitus Pohjoismaissa pääpiirteittäin.

	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Järjestämisvastuu				
Erikoissairaanhoido	336 kuntaa (21 sairaanhoitopiiriä)	18 maakäräjää + 2 aluetta +1 kunta*	4 aluetta	5 aluetta
Perusterveydenhuolto	336 kuntaa	18 maakäräjää + 2 aluetta +1 kunta*	430 kuntaa	5 aluetta
Sosiaalihuolto	336 kuntaa	290 kuntaa	430 kuntaa	98 kuntaa
Terveydenhuollon kokonaisrahoitus 2008 (OECD 2010)	Valtion ja kuntien verotus (59 %), sairausvakuutus (15 %), yksityisen rahoituksen osuus 26 %	Maakäräjävero (70 %), lisäksi valtion kapitaatioperustein tuki ja korvausmerkittävät tukia (12%), yksityisen rahoituksen osuus 18 %	Valtion ja kuntien verotus (73 %), sosiaalivakuutus (11 %), yksityisen rahoituksen osuus 16 %	Valtion ja kuntien verotus (85 %), yksityisen rahoituksen osuus 15 %
Tuottajien korvauserusteet				
Erikoissairaanhoido	Kunnat korvaavat suoriteperusteisesti (DRG, toimenpide, suoritteet)	Korvauseriaatteen vaihtelevat, tilaaja-tuottaja-mallit yleisiä, laatubonukset ja tulospalkkiot lisääntyneet vähitellen	Valtion rahoitus alueille kapitaatioperiaatteella, sairaalat alueellisen emoyhtiön ”tytäryhtiöitä”, korvauksista 40 % suoriteperusteisesti	Valtion rahoitus (80 %) kapitaatio- ja suoriteperusteista, kunnilla osarahoitusvastuu (20 %) kapitaatio- ja suoriteperusteista
Perusterveydenhuolto	Kunnat rahoittavat budjettiperusteisesti	Julkisia ja yksityisiä tuottajia, maakäräjien sisällä yhtenäiset tuottajien hyväksymiskriteerit, raha seuraa potilasta, korvauseriaatteen vaihtelevat alueittain	Kapitaatioperiaate (kunnat), suoriteperiaate (valtio), asiakasmaksut	Kapitaatio- ja suoriteperiaate

* 18 maakäräjää, 2 suurempaa alueellista järjestäjää (Västra Götaland ja Skåne) ja 1 kunta (Gotlanti)

Norjalaislääkärit siirtyivät helposti listalääkärijärjestelmään muun muassa sen tarjoamien parempien taloudellisten etujen ja henkilökohtaisten vaikutusmahdollisuuksien takia (Norges forskningsråd 2007). Uudistuksen onkin arvioitu parantaneen perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Uudistuksessa tosin koitui valtiolle odotettuja lisäkustannuksia, osin suoritepohjaisen korvausmenettelyn takia. Kuntien maksuosuus sen sijaan on kapitaatiopohjainen eli jokainen kunta maksaa perusterveydenhuollon palveluista tuottajille samansuuruisen korvauksen asukasta kohti.

Ruotsissa toteutettu perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistus edellyttää, että maakäräjäläydet hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita julkisista tai yksityisistä palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Ruotsissa raha seuraa potilasta ja korvaus potilasta kohti on kaikille tuottajille sama. Kun tuottajat saavat potilasta kohti yhtä suuren tulon, tuottajien odotetaan kilpailevan palvelujen laadulla ja asiakkaita puoleensa vetävät tuottajat hyötyvät hyvälaatuisten palvelujen tuottamisesta taloudellisesti.

Palvelujen yhteensovittaminen, järjestäminen ja rahoitus

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on sille ominaisia integraatio-ongelmia, joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integrointia kuntatasolla voidaan pitää suomalaisen järjestelmän vahvuutena, joka ainakin periaatteessa tarjoaa mahdollisuuden myös järkevään resursointiin ja priorisointiin. Käytännössä pienet kunnat joutuvat kuitenkin usein toimimaan taloudellisesti ahtaissa olosuhteissa ja niukalla henkilöstöllä.

Ruotsissa, missä sosiaalipalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla ja terveydenhuollon järjestämisvastuu maakäräjillä, esimerkiksi psyykkisesti sairaiden sekä vanhuspotilaiden palvelujen koordinointi ja integrointi ovat olleet jatkuvana ongelmana.

Norjassa ja Tanskassa ongelmaksi on koettu terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitahoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Vaikka integroitua ”Suomen mallia” on Norjassa tutkittu, siellä kuntia pidetään aivan liian pieninä kantamaan erikoissairaanhoidon järjestämisvastuuta (Stortingsmelding nr 47 2008–2009).

Palvelujen integroinnin kannalta kiintoisa rahoitus- ja järjestämismalli olisi sellainen, joka sovittaa yhteen niin sosiaalipalvelut kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestäminen vaatii näistä suurimman väestöpohjan, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen järjestämisen väestöpohja erillisesti toteutettuina voi olla selvästi pienempi rahoituksen vakauden ja riittävän ammattitaitoisen henkilöstön saatavuuden kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamiseksi palvelujen järjestäjän ja rahoittajan tulisi olla väestöpohjaltaan niin suuri, että se pystyy toteuttamaan kaikki toimialan palvelut.

Kansainvälisiä kokemuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien uudistamisesta

Viimeisten 20 vuoden aikana terveydenhuollon rahoitusta on uudistettu paikoin hyvin radikaalistikin, erityisesti EU:n uusimmissa Itä- ja Keski-Euroopan jäsenmaissa, mutta myös muualla. Thomson ym. (2009) tutkivat rahoitusuudistusten vaikutuksia erityisesti terveydenhuollon julkisen rahoituksen kestävyiden kannalta, ottaen huomioon järjestelmän kyvyn turvata palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus.

Useimmissa EU -maissa terveydenhuollon rahoituksesta vastaa yksi taho eli rahoitusriski tasataan kansallisella tasolla. Suomi poikkeaa täysin kaikista muista EU-maista. Suomessa rahoitusvastuu julkisesta terveydenhuollosta on 336 kunnalla. EU-maista lähimmäksi meitä rahoittajien määrässä pääsevät Saksa, Itävalta ja Ruotsi. Saksassa yli 200 sairaskassaa ja Itävallassa 21 vakuutusrahastoa vastaavat terveystalvelujen rahoituksesta (taulukko 3). Suomessa rahoitusvastuussa olevan kunnan keskikoko on noin 15 800 asukasta (mediaani 6 000), kun EU-maissa rahoittajan väestöpohja on vähintäänkin noin 400 000 asukasta, mutta useimmiten reilusti yli miljoona asukasta. Samoin palvelujen tilaajan väestöpohja on muissa maissa monikymmenkertainen Suomen kuntiin verrattuna. EU-maissa selkeänä suuntana näyttää kirjoittajien mukaan olevan pyrkimys vähentää terveystalvelujen rahoittajien määrää (Thomson ym. 2009).

Analysoituaan kaikkien EU:n jäsenmaiden rahoitusuudistukset Thomson ym. (2009) päätyivät jakamaan ne kolmeen ryhmään: 1) uudistukset jotka todennäköisesti parantavat rahoituksen kestävyttä, 2) uudistukset joiden vaikutus on epävarma ja 3) uudistukset jotka mahdollisesti vaarantavat rahoituksen kestävyden.

Julkisen rahoituksen kestävyttä parantavat muun muassa terveydenhuollon rahoittajien määrän vähentäminen tai rahoitusvastuun siirtäminen yhdelle kansalliselle toimijalle. Rahoituksen kestävyden kannalta epävarmoja uudistuksia ovat muun muassa paikallisten rahoittajien (esim. kunta) rahoitusroolin vahvistaminen sekä perusterveydenhuollon ja sairaaloiden korvausperusteiden muuttaminen suoriteperusteiseksi. Rahoituksen kestävyden kannalta riskialttiita ovat uudistukset, joilla rahoituksen painopistettä siirretään sairausvakuutusmaksujen, yksityisen vakuutuksen tai asiakasmaksujen suuntaan.

Yhteenvetona Thomson ym. (2009) toteavat että mitä suurempi on rahoittajan väestöpohja ja mitä vähemmän rahoittajia on, sitä paremmat mahdollisuudet rahoitusjärjestelmällä on turvata terveydenhuollon rahoituksen kestävyys, yhdenvertainen terveystalvelujen saatavuus ja hallinnollinen tehokkuus.

Taulukko 3 Terveyspalvelujen julkiset rahoittajat ja tilaajat EU-maissa.

	RAHOITTAJIA		TILAAJIA	
	Lukumäärä	Asukkaita/ rahoittaja	Lukumäärä	Asukkaita/ tilaaja
SUOMI	336	15 795	336	15 795
Kreikka	30	374 000	30	374 000
Itävalta	21	397 000	21	397 000
Malta	1	406 000	1	406 000
Saksa	200	411 000	200	411 000
Ruotsi	21	439 000	21	439 000
Luxemburg	1	471 000	9	52 000
Kypros	1	793 000	1	793 000
Slovakia	6	899 000	6	899 000
Tanska	5	1 098 000	5	1 098 000
Tšekki	9	1 140 000	9	1 140 000
Viro	1	1 340 000	4	335 000
Slovenia	1	2 010 000	1	2 010 000
Espanja	20	2 216 000	20	2 216 000
Latvia	1	2 271 000	8	284 000
Italia	20	2 943 000	20	2 943 000
Liettua	1	3 366 000	5	673 000
Irlanti	1	4 250 000	1	4 250 000
Bulgaria	1	7 538 000	28	269 000
Unkari	1	10 035 000	1	10 035 000
Belgia	1	10 517 000	7	1 502 000
Portugali	1	10 620 000	5	2 124 000
Hollanti	1	16 390 000	19	863 000
Romania	1	22 215 000	42	529 000
Puola	1	38 116 000	1	38 116 000
Iso-Britannia	1	60 520 000	152	398 000
Ranska	1	61 840 000	3	20 613 000

Lähde: Thomson ym. 2009.

3.3 Nykyisen rahoitusjärjestelmän keskeisiä taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia

Nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon perusta on luotu 1960 ja 1970-luvuilla ja sen osa-alueita on kehitetty eri aikoina. Suuri osa järjestelmää koskevista muutoksista, palvelujen tai etuuksien laajennuksista on toteutettu useimmiten erillisinä uudistuksina ilman että olisi selvitetty, miten kukin uudistus muuttaa eri osapuolien kannusteita ja käyttäytymistä ja millainen taloudellinen ja toiminnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus uudistuksen tuloksena muodostuu.

Sairausvakuutusjärjestelmä luotiin pääosin 1960-luvulla, jolloin julkiset terveydenhuollon palvelut olivat kehittymättömiä ja terveydenhuollon merkitys kansantaloudessa oli vielä vaatimaton. Terveydenhuollon bruttokansantuoteosuus oli 1960-luvun alkupuolella neljän prosentin luokkaa. Tuolloin ei ollut tarvetta pohtia rajankäyntiä julkisen ja yksityisen sektorin välillä eikä monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vaikutuksia. Sairausvakuutus toi lisää rahaa ja voimavaroja terveyspalvelujen järjestämiseen ja osallistui myös terveyskeskustoiminnan rahoittamiseen aina vuoteen 1982.

Palvelujen saatavuus on merkittävästi muuttunut sairausvakuutuksen perustamisen jälkeen 1970- ja 1980-luvuilla tapahtuneen kunnallisen terveydenhuollon kehittymisen myötä sekä työterveyshuollon laajetessa ja monipuolistuessa. Siirtyminen menoperusteisesta laskennalliseen valtionosuuteen kunnallisten palvelujen rahoituksessa vuonna 1993 muutti perusteellisesti kuntien taloudellisia kannusteita ja realisoi rahoitusjärjestelmään jo aiemmin sisältyneen mahdollisuuden siirtää rahoitusvastuuta muille toimijoille⁶. Valtionosuusuudistuksen jälkeen, syvän taloudellisen laman siivittämänä, eri rahoittajatahoille syntyi intressi pyrkiä siirtämään rahoitusvastuuta tarpeellisistakin palveluista toisille rahoittajille. Valtionosuusuudistus muutti-kin toimijoiden taloudelliset ja toiminnalliset suhteet.

Suomalainen terveydenhuollon julkinen rahoitusjärjestelmä, jossa julkinen sairausvakuutus toimii toisen verorahoitteen järjestelmän rinnalla ja rahoittaa osin samoja palveluja, on kansainvälisesti ainutlaatuinen (OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Ruotsissa sairausvakuutuksella oli aiemmin samankaltainen rooli kuin Suomessa, mutta siellä on sittemmin koordinoitu terveydenhuollon julkista rahoitusta. Ruotsissa maakunnat, joilla on terveydenhuollon järjestämistä vastuu, vastaavat julkisten palvelujen lisäksi maakuntansa väestön yksityisen sektorin palvelujen käytön ja lääkekustannusten rahoituksesta.

Julkisen rahoituksen monikanavaisuus on noussut toistuvasti esille erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa selvityksissä ja arvioinneissa 1990-luvun alusta alkaen. Eduskunta, sosiaali- ja terveysministeriö, valtiontalouden tarkastusvirasto, valtiontilintarkastajat, WHO, OECD sekä monet työryhmät ja ulkomaiset ja kotimaiset asiantuntijat ovat kiinnittäneet huomion otteeseen huomiota erityisesti terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuuteen. Myös kuntoutuksen julkisen rahoituksen monimuotoisuus on noussut usein esille. Vanhusten palveluissa monikanavainen rahoitus on ollut esillä koskien erityisesti investointeja. Sosiaalipalvelujen monikanavainen rahoitus ei ole toistaiseksi noussut laajempaan keskusteluun. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmää on tarkasteltu laajasti toisaalla (Pekuriinen ym. 2011).

Rahoitusjärjestelmän etuja ja ongelmia

Monikanavaisella rahoituksella on monia hyviä puolia. Esimerkiksi OECD:n Suomen terveydenhuoltoa koskeneessa maa-arvioinnissa nostettiin esille monia rahoitusjärjestelmän etuja (OECD 2005). Sairausvakuutuksen kautta saadaan suoraan terveydenhuoltoon käyttötarkoitukseen sidottua rahaa palvelujen toteuttamiseen. Rahoitusjärjestelmä tuo valinnanvapautta maksukykyisille asiakkaille, lisää yksityistä palvelutarjontaa ja tarjoaa kunnallisella sektorilla työskenteleville lääkäreille ja hammaslääkäreille mahdollisuuksia lisäansioihin. Se säästää myös kuntien menoja osan väestöstä käyttäessä kunnallisia palveluja korvaavia yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja. Rahoitusjärjestelmä on myös hillinnyt yksityisen sairausvakuutusjärjestelmän kehittymistä, joka olisi lisännyt väestöryhmien välistä eriarvoisuutta ja tehotomuutta.

Rahoitusjärjestelmään liittyy myös joukko ongelmia, kuten muun muassa OECD:n maa-arviointi toteaa (OECD 2005). Järjestelmä ylläpitää avohoitopalveluissa päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä lisää epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. Se lisää myös verorahoituksen (valtion ja kuntien verot, sairausvakuutusmaksut) tarvetta, koska vahvan julkisen sairausvakuutuksen olemassaolo on hidastanut yksityisen sairausvakuutuksen kehittymistä.

⁶ Menoperusteisen valtionosuusjärjestelmän aikana kustannusvastuun siirrolle ei ollut tarvetta, koska valtionosuus kattoi automaattisesti vakio-osan hyväksytyistä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon menoista.

Eri rahoitusjärjestelmien kautta kuntiin ohjautuu julkista rahaa yksityisiin ja julkisiin palveluihin eri perustein. Sairausvakuutuksen kautta julkinen raha ohjautuu menoperusteisesti ja käyttötarkoitukseen sidottuna yksityisen sektorin ja työterveyshuollon palveluihin. Valtionosuusjärjestelmän kautta julkista rahaa ohjautuu laskennallisin perustein kunnille, mutta valtionosuutta ei ole sidottu käyttötarkoitukseen. Kunnat ovat eriarvoisessa asemassa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä, koska esimerkiksi valtionosuuden määräytymisperusteissa ei oteta huomioon kuntaan sairausvakuutuksen kautta tulevaa julkista rahoitusta ja koska yksityisiä palveluja ei kaikkialla ole saatavilla.

Eri rahoituskanavien kautta palvelujärjestelmään kulkeutuvat rahavirrat ovat asukasta kohti laskettuna valtakunnallisesti ja eri puolilla maata eri suuria. Tämä vaikuttaa sekä julkisten että yksityisten palvelujen alueelliseen tarjontaan, palvelujen saatavuuteen ja väestön yhdenvertaisuuteen.

Päätöksenteko on eri rahoituskanavissa itsenäistä ja riippumatonta muiden rahoittajien päätöksistä. Päätöksenteossa ei kiinnitetä huomiota palvelujärjestelmän tai rahoituksen kokonaisuuteen, vaan rahoittajalle itselleen koituihin taloudellisiin ja toiminnallisiin seurauksiin. Rahoitusvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on hajautunut koko maan tasolla, alueellisesti ja paikallisesti - kokonaisvastuu rahoituksesta puuttuu.

Rahoitusjärjestelmän vaikutus toimijoiden kannusteisiin

Taloudellisesti merkittävin rahoitusjärjestelmän rakenteesta johtuva ongelma on se, että järjestelmä luo sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille ei-toivottuja taloudellisia kannusteita (Pekurinen ym. 2011). Järjestelmä ylläpitää päällekkäistä ja kannattavaa, mutta yhteiskunnan mitassa tehotonta tuotantokapasiteettia. Tästä yksityisen sektorin laboratoriotutkimusten hinnoittelu ja sairausvakuutuksen ylimitoitettut korvaustaksat ovat tunnettuja esimerkkejä (Miettinen ym. 1998, Valtion tilintarkastajat 2001, Punnonen 2010, 2011). Järjestelmä kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin.

Rahoitusjärjestelmästä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollossa on useita eri päättäjiä ja erillisiä päätöksentekoprosesseja. Tämä näkyy myös valtioneuvoston tasolla. Rahoitusasioiden hoitamisvastuu on jakautunut monelle taholle, pääosin sosiaali- ja terveysministeriöön ja osin valtiovarainministeriöön. Sosiaali- ja terveysministeriössä esimerkiksi sairausvakuutusasiat kuuluvat sosiaali- ja terveysministerille ja vakuutusosastolle ja kunnalliseen järjestelmään liittyvät asiat peruspalveluministerille ja kolmelle osastolle.

Rahoituksen moninaisuus luo mahdollisuuksia siirtää kustannusvastuuta muille. Tämä synnyttää tehottomuutta ja epäoikeudenmukaisuutta. Järjestelmä kannustaa tarkastelemaan palveluratkaisuja pelkästään kunkin toimijan omasta näkökulmasta, jolloin yksittäisen asiakkaan hoidon ja hoivan kokonaisuus ja palvelujärjestelmän kokonaisuus saattavat kärsiä. Tehottomuus ilmenee päällekkäisinä investointeina, kiistoina hoidon maksamisesta, hoitokokonaisuuden pirstoutumisena ja vaikeutena hallita rahoituksen määrää ja rakennetta. Monikanavainen rahoitus ylläpitää myös alueellista ja väestöryhmien eriarvoisuutta.

Rahoituksen hajautuminen monille tahoille heikentää järjestelmän läpinäkyvyyttä, hallintaa, ohjattavuutta ja tehokkuutta sekä synnyttää katkoksia asiakkaan palveluketjuihin. Toimijoilla on kannusteet optimoida omia kuluja, mutta ei ottaa huomioon kokonaiskustannuksia. Asiakkaalle ja potilaalle rahoitusjärjestelmän monimuotoisuus tekee vaikeaksi varautua ja hahmot-

taa etukäteen omaa maksuosuuttaan ja myös sitä kautta asiakkaat joutuvat tarpeettomasti rahoitusjärjestelmästä syntyneiden ongelmien maksajiksi.

Palvelujen tuottajien eriytynyt asema

Rahoitusjärjestelmän kehittämisvaihtoehtoja pohdittaessa on syytä todeta, miten erilaisessa asemassa eri sektoreiden palvelujen tuottajat ovat nykyisessä rahoitusjärjestelmässä. Taulukossa 4 on eritelty millaisia erilaisia seuraamuksia monikanavaisen rahoitusjärjestelmän luomat kannusteet tuottavat keskeisille sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreille.

Valtio rahoittaa yksityistä ja kunnallista palvelutuotantoa eri periaattein. Valtio osallistuu epäsuorasti yksityisten terveyspalvelujen käytön rahoittamiseen maksamalla puolet sairaanhoitovakuutuksen kuluista. Valtion rahoittaa kunnallisia sosiaali- ja terveyspalveluja maksamalla kunnille laskennallisin perustein valtionosuutta, joka ei ole käyttötarkoitukseen sidottua. Sairausrakuutuksen kautta tapahtuva rahoitus on suoraan korvamerkitty käytettäväksi terveyspalveluihin samoin kuin työnantajien työterveyshuollon järjestämiseen osoittama rahoitus.

Kustannuskehityksen hallinta on ongelmallista kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Kunnat pyrkivät säätelemään aktiivisesti sosiaali- ja terveystoimen kustannuskehitystä budjettitalouden kautta. Yksityisessä terveydenhuollossa kannusteet tuottajapuolella kustannuskehityksen hallintaan ovat heikommat, koska kolmas osapuoli maksaa suuren osan kuluista, tosin kasvava kilpailu terveyspalveluyritysten kesken voi muuttaa tilannetta vastaisuudessa.

Työvoiman saatavuudesta eri sektorit käyvät ajoittain melko kovaakin kilpailua. Työterveyshuolto ja yksityisen terveydenhuolto ovat viime vuosina pärjänneet työvoimasta kilpailtaessa kuntasektoria paremmin. Tästä huolimatta kunnallisia palveluja on saatavissa eri puolilla maata selvästi kattavammin kuin yksityisen terveydenhuollon tai työterveyshuollon palveluja.

Hoitoon pääsy kiireettömissä tapauksissa on kunnallisessa terveydenhuollossa ajoittain hidasta. Yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa ei vastaavia hoitoon pääsyongelmia ole. Yksityisiä erikoislääkäripalveluja saa myös joustavasti ilman lähetettä, kun julkisen sektorin erikoislääkärille tarvitaan aina lähete.

Asiakas voi valita vapaasti hoitopaikan ja hoitavan lääkärin yksityisessä terveydenhuollossa, kunnalliseen terveydenhuollossa valinnanvapaus on vähitellen käynnistymässä. Työterveyshuollossa valinnanvapaus koskee lähinnä työnantajaa, joka voi vapaasti valita työterveyspalvelujen tuottajan. Kansallinen ohjaus on sekä koko sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, mutta myös eri sektoreiden osalta vähäistä ja heikkoa. Ohjauksen heikkouteen vaikuttaa osaltaan se, että ministeriötasolla monikanavaisen rahoituksen kehittämis-, valmistelu- ja ohjausvastuut ovat jakautuneet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriössä kolmelle osastolle ja kahden eri ministerin vastuulle.

Taulukko 4 Palvelujen tuottajien erilainen asema monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä.

	PALVELUN TUOTTAJA		
	Kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto*	Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto	Työterveyshuolto
Rahoituslähde			
Valtio	Ei korvamerkitty (32 %)		
Kunta	Korvamerkitty (59 %)		
Sairausvakuutus		Korvamerkitty (31 %)	Korvamerkitty (46 %)
Työnantajat			Korvamerkitty (54 %)
Asiakkaat	Asiakasmaksut (9 %)	Omasvastuut (69 %)	Maksuton
Kustannusten kasvun säätely	Melko vahva	Heikko	Heikko
Työvoiman saatavuus	Haasteellinen	Hyvä	Erinomainen
Alueellinen palvelujen saatavuus	Melko hyvä	Epäyhtenäinen	Epäyhtenäinen
Hoitoon pääsy	Osin hidasta	Hyvä	Hyvä
Lähetteen tarve erikoislääkärille	Tarvitaan	Ei tarvita	Tarvitaan
Valinnan mahdollisuus	Lisääntyy vaiheittain	Hyvä	Työnantajalla
Kansallinen ohjaus	Heikko	Ei ohjausta	Heikko

* Tässä raportissa tarkastelluista menoista, jotka olivat noin 80 % kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista vuonna 2008.

4 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ALUEELLINEN JÄRJESTÄJÄ-RAHOITTAJA

4.1 Alueellisen järjestämismääräysten toteuttaminen⁷

Järjestämisen, rahoituksen ja tilaamisen yhdistäminen nykyistä suuremmille alueellisille toimijoille parantaa mahdollisuutta koordinoita palveluja ja muodostaa taloudellisesti ja tehokkaasti toimivia palveluketjukokonaisuuksia. Alueellinen järjestäjä-rahoittajamalli on merkittävä muutos verrattuna nykyiseen pirstaleiseen kuntavetoiseen tapaan huolehtia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä väestölle. Alueelliset toimijat ovat väestöpohjaltaan pääsääntöisesti nykyisiä peruskuntia suurempia. Asukasluvultaan suurimmat kaupungit voisivat jatkossakin toimia järjestäjä-rahoittajina (vuonna 2011 neljässä suurimmassa asukkaita yli 200 000).

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä alueensa asukkaille kansallisten säädösten ja linjausten (STM 2011a) mukaisesti. Alueellinen toimija järjestää ja hankkii (tilaa) väestölleen laadukkaat, riittävät ja kustannusvaikuttavat palvelut. Se voi myös tuottaa palveluja itse tai hankkia niitä ostopalveluna julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi alueellinen toimija varmistaa palvelujen oikeudenmukaisen (=väestön tarpeiden mukaisen) saatavuuden alueen eri osissa. Alueellinen toimija arvioi ja seuraa tuottajien toimintaa ja pyrkii minimoimaan palvelujen tuotannon osioiminnin. Alueellisella

⁷ Jakson 4.1 kirjoittamisesta on vastannut Jukka Kärkkäinen. Työryhmä: Liisa Heinämäki, Pia Maria Jonsson, Jutta Järvelin, Merja Kovanen, Minerva Krohn, Jukka Kärkkäinen (pj), Meri Larivaara ja Eeva Widström. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten palvelujen järjestämismääräykset toteutetaan taloudellisesti ja tehokkaasti (järjestäjä-tuottaja, tilaaja-tuottaja, järjestäjä-tilaaja-tuottaja)?

toimijalla on oltava riittävät hallinnolliset, tiedolliset ja taidolliset voimavarat, jotta se pystyy hoitamaan sille annetut tehtävät ja vastuut.

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja palvelujen tilaajana

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja tuottaa osan palveluista itse ja hankkii osan muilta julkisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Seuraavassa tarkastellaan alueellisen toimijan haasteita palvelujen tilaajana.

Palvelujen ”tilaaja” on alueellisen järjestäjä-rahoittajan tilaajatoiminto, joka sisältää erilaisia vaatimuksia. Alueellisen toimijan on resursoitava tilaajatoimintoon riittävä hallinto ja osaaminen. Asiakkaan valinnanvapaus on otettava huomioon palvelujen tilaamisessa (vrt. raha seuraa asiakasta-periaate luvussa 7). Riittävän tilaajaosaamisen varmistaminen on erityisen tärkeää. Tilaaja kilpailuttaa, arvioi ja hyväksyy yksityiset ja julkiset palvelujen tuottajat ja vastaa tuottajien itsensä ohella palvelujen hyvästä laadusta alueella. Tilaajalla tulee olla tuottajien palvelutuotannon ajantasainen seurantajärjestelmä. Tilaajatoiminnan toteuttaminen edellyttää, että alueella on kilpailevia palveluntuottajia. Myös palvelunkäyttäjien valinnanvapaus edellyttää vaihtoehtojen olemassaoloa. Keskitetyissä palveluissa (esim. erikoissairaanhoidon) asiakkaan valintamahdollisuus voi kuitenkin realisoitua yhtä aluetta laajemmalla alueella. Nykylainsäädännön perusteella palvelujen käyttäjän valinnanvapaus laajenee tulevaisuudessa koko maan kattavaksi vuoden 2014 alusta lukien (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 1326/2010). Yhden alueellisen järjestäjä-rahoittajan alueella erityispalveluja ei ole useinkaan kustannusvaikuttavaa järjestää kuin yhdessä tuotantoyksikössä (esim. erikoissairaanhoidon sairaalatoiminta).

Palveluhankinnat ovat lisääntyneet erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kilpailuttamisen pullonkauloiksi on nähty muun muassa palvelumarkkinoiden kehittämättömyys, strategisen suunnittelun puutteellisuus sekä sisällön ja laatutason määrittelystä johtuvat haitat (Komulainen 2010).

Voi olla tarkoituksenmukaista, että alueellinen järjestäjä-rahoittaja pitää itsellään merkittävän osan palvelutuotannosta. Näin sillä on yksityisten palveluntuottajien omistuksen keskittyessä mahdollisuus tuottaa palveluja itsekin sekä vertailla itse tuotettujen ja ulkoa hankittujen palvelujen hintoja. Voi myös olla järkevää, että alueellinen järjestäjä-rahoittaja tekee puitesopimuksia vain rajatun palveluntuottajajoukon kanssa. Näin siksi, että alueellisella järjestäjä-rahoittajalla tulee olla mahdollisuus suunnitella laajoja palvelukokonaisuuksia ja hakea niiden sisältä eri toimijoille palvelutuotannon tilaisuuksia ja rooleja.

Palvelujen hankinta ostopalveluna

Kunnallishallinnossa ulkoistamisella tarkoitetaan kunnallisen toiminnon siirtämistä ulkopuolisen palvelutoimittajan hoidettavaksi. Julkista hankintamenettelyä säätelevät Suomessa monet lait ja asetukset, kuten laki julkisista hankinnoista, valtioneuvoston asetus julkisista hankinnoista, valtioneuvoston asetus julkisista hankinnoista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta Kuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksista, laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta, jne. Euroopan unionissa hankintoja sääntelevät hankintadirektiivit. Julkiset hankinnat on kilpailutettava, kun niiden arvonlisäveroton arvo ylittää kansallisen kynnyksarvon (kansalliset ja EU-kynnyksarvot) (Komulainen 2010, www.hankinnat.fi). Hankinta- ja muu lainsäädäntö voivat aiheuttaa tulkintaongelmia. Euroopan komissio on nähnyt julkisten hankintojen lainsäädännön soveltamisessa muun muassa seuraavia ongelmia: direktiivien tulkinnallisuus, hankintamenettelyn valintaan liittyvät ongelmat, nopeutetun me-

nettelyn käyttäminen liian usein ja määräaikojen ylittäminen. Hankintalainsäädännön soveltamisen haasteena on Suomessa todettu erityisesti kilpailuttamisosaamisen vahvistaminen. (Komulainen 2010)

Aloilla, joilla asiakkaalta puuttuu riittävä tieto ja maksut on hoidettava julkisista varoista, markkinaorientoituminen tarkoittaakin lähinnä ns. kvasimarkkinoihin siirtymistä (Lillrank ja Haukkapää-Haara 2006). Kvasimarkkinoita luodessaan julkinen valta toimii markkinoilta lainatuin opein. Tarkoituksena on korvata julkisen sektorin palveluntuottajat itsenäisillä palveluntuottajilla. Kilpailu tarjoaa sekä positiivisia että negatiivisia kannustimia edistää toiminnan kustannustehokkuutta ja uuden innovointia. Kilpailun tulisi kohdistua terveysongelmiin ja niiden hoitoon, eikä kustannusten siirtelyyn toimijalta toiselle. Tilaaja-tuottajamalleihin siirtäessä olennaista on, miten määritellään palvelutuotteet ja palvelutyypit, joiden välillä kilpailu tapahtuu.

Tilaaja-tuottajamallissa toimijoiden välisten transaktioiden hallinta, sopimusten ja niihin pohjautuvien tilausten laatiminen, seuranta ja kehittäminen ovat vaativaa ja kallista asiantuntijatyötä. Sopimuksista aiheutuvia kustannuksia voidaan todennäköisesti vähentää, jos tilaajat ja tuottajat luovat pitkäaikaisia keskinäiseen luottamukseen perustuvia kumppanuussuhteita (Lillrank ja Haukkapää-Haara 2006). Hankintalainsäädännön mukaan myös kumppanuudet on kilpailutettava.

Palvelujen tuotteistus

Jotta palveluja voidaan tilata ja tuottaa, on palvelut kyettävä nimeämään ja täsmentämään eli palvelut on tuotteistettava. Tilaaja-tuottajamallien toimivuus riippuu ratkaisevasti tuotteistamisen onnistumisesta (Kuntaliitto 2010). Tuotteistamisessa keskeistä on laadun määrittely. Tuotteistamisella pyritään saamaan hyötyä toiminnan suunnitteluun, kehittämiseen sekä palvelujen järjestämiseen ja hankintaan.

Tuotteistamisella tarkoitetaan palvelun käsitteellistämistä siten, että tilaaja ja tuottaja kumpikin tietävät, mistä hankittavassa palvelussa on kyse. Palvelutuotteista muodostetaan kokonaisuusia, jotka voidaan kuvata ja joiden kustannukset voidaan laskea. Tuotteistaminen on yksikön toiminnan jäsentämistä asiakkaan käyttämissä palvelukokonaisuuksiksi eli tuotteiksi. (www.kunnat.net)

Tuotteistus on niiden tuotteiden paketoitua, joita asiakkaalle annetaan ja jotka hinnoitellaan. Palvelutuotteista muodostetaan määrätynlaisia kokonaisuusia, jotka voidaan kuvata ja joiden kustannukset voidaan laskea. Tuote voi olla tavara tai palvelu tai näiden yhdistelmä. Tuote voi olla hyvin suppea (esim. yksittäinen toimenpide) tai pitkäkestoinen palveluketju tai -kokonaisuus, joka koostuu monesta jaksosta ja suoritteesta. Tuotteistus tähtää palvelutuoannon hallintaan, jonka kautta voidaan arvioida palvelujen kustannuksia, laatua ja tuloksia. Välitön hyöty perustuu siihen, että tuotteistamisen avulla tehdään läpinäkyväksi toiminnan kustannukset sekä toimintakäytännöt. (www.kunnat.net) Alueellisen toimijan on huolehdittava siitä, ettei huomio kiinnity vain tilaajan ja tuottajan väliseen suhteeseen, vaan palvelujen hankinnassa tarkkaillaan myös palvelun saajan ja palvelun tarjoajan välistä suhdetta.

Tilaaaja-tuottajamalli vai järjestäjä-tuottajamalli

Tilaaaja-tuottajamallia on kokeiltu terveydenhuollossa muutamissa maissa kuten Englannissa, Ruotsissa ja Uudessa-Seelannissa. Näistä maista saatujen kokemusten perusteella tilaajan pitää olla vahva organisaatio, jolla on monipuolisesti asiantuntemusta monilta eri aloilta sekä osaamista palvelujen ostajana ja kilpailuttajana (Konttinen 2005, Lillrank ja Haukkapää-Haara 2006). Lisäksi tietojärjestelmien pitää olla pitkälle kehittyneitä ja tilaajien ja tuottajien käytössä pitää olla luotettavaa ja monipuolista tietoa palveluista, niiden kustannuksista, laadusta ja vaikuttavuudesta. Tilaaaja-tuottajamallin tuomana myönteisenä impulssina on yleensä pidettykin juuri tietojärjestelmien kehittymistä. Myös suoritteiden määrät ovat mallin käyttöönoton myötä yleensä kasvaneet, mutta tämä kehitys on saattanut ollut seurausta myös muista samanaikaisista terveydenhuoltoon kohdistuneista toimenpiteistä.

Vastoin odotuksia tilaaaja-tuottajamalli ei yleensä ole tuonut todellista kilpailua tuottajien välille eikä tätä kautta tavoiteltuja säästöjä. Lisäksi tilaaaja-tuottajamalli on saattanut vaatia lisäpanostusta hallintoon, jolloin myös kokonaiskustannukset ovat saattaneet kasvaa. On tärkeää kuitenkin pitää mielessä, että tilaaaja-tuottajamallia ei ole koskaan arvioitu perusteellisesti, joten luotettavaa tutkimustietoa mallin toimivuudesta, taloudellisuudesta, tehokkuudesta tai muista vaikutuksista ei ole saatavilla. Lisäksi mallin arviointia ovat vaikeuttaneet muut samanaikaiset toimenpiteet kuten terveydenhuollon rahoituksen lisääminen, kuten esimerkiksi Englannissa. Osa maista, jotka ovat kokeilleet tilaaaja-tuottajamallia, kuten Englanti ja Uusi-Seelanti, ovat myöhemmin siirtyneet malleihin, joissa palvelujen järjestäjä yhteistyössä tuottajien kanssa järjestää ja organisoii palvelut (Toth 2010).

Nykytietämyksen ja kansainvälisen kokemuksen perusteella on todennäköisempää, että palvelujen järjestämistä vastuuun taloudellinen ja tehokas toteuttaminen onnistuu paremmin järjestäjä-tuottajamallissa kuin malleissa, jotka perustuvat tilaaaja-tuottaja-asetelmaan. On huomattava kuitenkin, että mallien sekä koko terveydenhuollon taloudellisuuteen ja tehokkuuteen vaikuttavat monet muutkin järjestelmän ominaisuudet kuin pelkästään itse toimintamalli. Tällaisia ovat järjestelmään sisältyvät erilaiset kannusteet, tuottajien rahoitustavat, perusterveydenhuollon järjestämiskäytännöt, tietojärjestelmien toimivuus, jne.

Niin kauan kuin tilaaaja-tuottajamallin yllä kuvattuja edellytyksiä ei voi varmasti toteuttaa, kannattaa palvelujen järjestämistä vastuu toteuttaa nykytietämyksen ja kansainvälisen kokemuksen perusteella järjestäjä-tuottajamallin pohjalta. Järjestäjä vastaa palvelujen järjestämisestä alueellaan kansallisten säädösten ja linjausten mukaisesti, pyrkii hankkimaan väestölle laadukkaat ja kustannusvaikuttavat sekä yhdenvertaiset ja oikeudenmukaiset palvelut. Lisäksi järjestäjällä pitää olla vankkaa asiantuntemusta eri aloilta, Suomessa koko sosiaali- ja terveydenhuollosta. Alueellinen järjestäjä voi tehdä yhteistyötä tuottajien kanssa, mutta se voi myös kilpailuttaa tuottajia silloin kun kilpailuttamiselle on edellytykset.

Kuntien rooli palvelujen järjestämisessä ja rahoituksessa

Alueellisessa järjestäjä-rahoittaja mallissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja koskeva välitön päätöksenteko siirtyy pois nykyisiltä kunnilta (pl. asukasluvultaan riittävän suuret kaupungit – vuonna 2011 neljässä kaupungissa yli 200 000 asukasta). Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen (samalla myös palvelulupauksen määrittely ja palvelutilaus) siirtyy alueelliselle toimijalle, joka on yleensä nykyisiä kuntia suurempi. Peruskunnassa voi edelleen olla palvelutuotantoa (esim. terveyskeskukset tai -asemat).

Alueellisen toimijan perusrahoitus kerätään valtiolta ja kunnilta, lisäksi sairausvakuutusvarat ohjataan alueellisen toimijan käyttöön. Kuntien kannalta kyse on merkittävästä osasta verokertymästä (noin puolesta kuntien rahankäytöstä). Varojen käytöstä päättävällä alueellisella toimijalla ei kuitenkaan ole verotusoikeutta, vaan verotusoikeus säilyy valtiolla ja kunnilla. Palvelulupaus ja tilauksen sisältö on poliittinen päätös, vaikka asiantuntijuudella on siinä myös iso rooli. Palvelutuotanto ei sen sijaan ole poliittisen ohjauksen tarpeessa. Jos tilauksen sisällön määrittäminen rahankäyttöineen siirtyy alueelliselle toimijalle, on kuntalaisen kannalta seurauksena demokratiavaje. Kuntalainen joka haluaa vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja rahankäyttöön, ei enää pysty siihen vaikuttamaan nykyisellä tavalla suoraan kunnanvaltuuston kautta, kun päätösvalta siirtyy kunnalta alueelliselle toimijalle, mutta pysyy vaikuttamaan epäsuorasti kunnanvaltuuston valitsemien edustajien kautta.

Peruskunnille jää terveyden edistämiseen liittyviä tehtäviä sisältäen muun muassa muiden hallintokuntien toiminnan (kirjasto, koulu, liikunta ym.). Riskinä on, että tämä muu terveyden edistäminen ja ehkäisevä työ eriytyy sosiaali- ja terveyspalveluista. Alueellisen toimijan onkin tuotettava riittävästi tietoa peruskunnan ratkaisujen tueksi. Tämä sisältää seurantatietoa kunnan väestön terveydestä ja hyvinvoinnista ja jatkuvasti päivittyvää tietoa palvelujen käytöstä. Kuntia on motivoitava terveyden edistämiseen, jonka onnistumista voidaan seurata esimerkiksi TEA-viisarin avulla (Ståhl ym. 2010). Alueellisen toimijan rahoitusmekanismiin olisi luontevaa rakentaa malli, jossa kuntia palkitaan terveyden edistämisestä. Kunnille voidaan esimerkiksi ohjata rahaa terveyden edistämisen aktiviteetteihin tai niissä onnistuminen voidaan ottaa huomioon kuntien maksuosuudessa.

Palvelujen tuottamisen kannalta optimaalinen väestöpohja

Palvelujen tuottamisen kannalta optimaalinen väestöpohja riippuu tarkasteltavasta palvelusta. Erityispalvelujen kuten erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto on keskittynyt melko harvoihin sairaaloihin, ja väestöstä vain pieni osa käyttää vuoden aikana erityispalveluja. Vanhustenhuolto ja kotiin annettavat palvelut edellyttävät tiheää palveluverkostoa ja palvelujen tuottamista lähipalveluna. Joitain erityispalveluja kannattaa keskittää kansallisesti vain yhteen tai muutamaani tuotantoyksiköihin (ks. jakso 4.5). Kansainvälisesti erityispalvelujen tuotantoalueet voivat lähennellä jopa miljoonaa asukasta.

Palvelutuotannon toteuttamiseen alueella vaikuttavat palvelujen volyymin lisäksi monet muut seikat kuten asukastiheys, alueen maantiede (liikenneyhteydet, vesistöt), taajamien etäisyys toisistaan jne. Väestömäärää ei voikaan pitää palvelujen tarpeen ainoana mittarina. Tässä yhteydessä on hyvä tunnistaa järjestämisalueen ja tuottamisalueen ero. Mikäli alueen väestöpohja on riittävä peruspalvelujen ja/tai perus- ja erityispalvelujen järjestämiseen, ja järjestämisvastuu on osoitettu yhdelle organisaatiolle, on oletettavaa että palvelujen tuottamisalueiden määrittely vaihtelee alueellisten ominaisuuksien mukaan, paikallistuntemuksen perusteella. Samalla järjestämisalueella voi olla myös väestövastuultaan eri suuria tuottamisalueita eri palveluille palveluverkon tiheyden mukaan. Esimerkiksi usein käytettävät (tarvittavat) palvelut jakautuvat pienempiin tuottamisalueisiin kuin harvoin käytettävät (tarvittavat) palvelut. Erikoistuneempien palvelujen tuottaminen edellyttää suurempia väestöjä, esimerkiksi lastensuojelun erityisosaaminen ja erikoissairaanhoido vähintään 200 000 asukkaan väestöä.

Nykyiseen kuntavetoiseen malliin verraten alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa järjestämisvastuussa on vain yksi organisaatio, joka koordinoi eri palvelut yhteen. Huomio tuleekin kiinnittää järjestämisvastuun alueen laajuuteen, ei tuottamisalueen. Tuottamisalueet muodostuvat luontevimmin alueiden omien ratkaisujen pohjalta. Tilannetta voisi verrata isojen kau-

punkien kaupunginosa -ratkaisuihin: osa palveluista tuotetaan kaupunginosissa, osa kaupungin yhteisenä, kaupungin oman päätöksen mukaan.

Tutkittua tietoa palvelujen tuottamisalueen tai tuotantoyksikön optimaalisesta koosta ei ole riittävästi, varsinkaan kun on kyseessä koko sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja eriytystason kattava palvelujärjestelmä. Optimikoko riippuu tarkasteltavasta palvelusta ja näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueiden viranhaltijat esittivät vuonna 2010 arvioita, joiden mukaan 20 000–25 000 asukkaan väestöpohja olisi sopiva laajuinen peruspalvelujen tuottamiseen, mutta että järjestämispohja voisi olla selvästi laajempi, mahdollistaen harvemmin tarvittavien palvelujen tehokkaan järjestämisen sekä kehittämis- ja suunnittelutoiminnan ylläpidon (Heinämäki 2011). Tähän arvioon ei kuitenkaan välttämättä liity vielä taloudellisia perusteluita, koska yhteistoiminta-alueista kokemus on ajallisesti hyvin lyhyt.

Yhteistoiminta-alueiden kokemukset ovat silti kiinnostavia, koska ne pienemmässä mittakaavassa kuvaavat sitä miten mahdollinen siirtyminen väestöpohjaltaan suureen järjestäjärahoittajamalliin muuttaa palvelutuotantoa. On kuitenkin huomattava, että kokemukset yhteistoiminta-alueista kuvastavat vaihetta, jossa palvelut ovat siirtyneet vähitellen pienistä kunnista (mediaani 5 500 asukasta) laajemmille yhteistoiminta-alueille. Pienten kuntien palvelutuotanto on ollut pitkälti käsityömäistä ja muutos jo 20 000 asukkaan väestöpohjaan on merkittävä. Siksi näissä kokemuksissa painottuvat pienen kunnan eduiksi nähdyt alueen ja asiakkaiden palvelutarpeen tuntemus ja hallinnon keveys, ja kokemukset perustuvat perinteisten palvelusektorien ja -toimintojen sopeuttamiseen uudessa tilanteessa. Keskkokoisten kaupunkien palveluorganisaatioiden siirtyminen suuremman alueen vastuulle voisi tuottaa toisenlaisia kokemuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilta saaduista kokemuksista (Heinämäki 2011) voidaan kuitenkin edellä mainituin varauksin nostaa jo esitettyjen lisäksi seuraavia havaintoja palvelujen alueellisten tuotantojärjestelyjen pohdintaan:

- Noin 20 000 asukkaan väestöpohjaa perusteltiin organisaation näkökulmasta sillä, että se mahdollistaa suhteellisen matalan hallintorakenteen palvelujen tuottamisessa: Palvelualueiden esimiehet muodostavat joustavan ja sujuvan johtotiimin ilman moniportaista hallintoa.
- Toisaalta 20 000 asukkaan väestöpohjaa pidetään palvelujen kehittämisen kannalta riittämättömänä, koska se ei mahdollista vahvaa kehittämispanostusta. Vasta noin 40 000 asukkaan alueella nähtiin mahdolliseksi laadukas kehittämissuunnitelma.
- Erityispalveluista esitettiin arvioita, että vasta 70 000 asukasta tai enemmän muodostaisi riittävän väestöpohjan palvelutuotannolle. Terveystieteiden erikoissairaanhoidon pyritään yhä enemmän tuomaan osaksi peruspalveluja. Sosiaalihuollossa esimerkiksi geriatriset erityispalvelut ja lastensuojelu vaativat erityisosaamista, jonka turvaamiseksi tarvitaan selvästi nykyistä kuntakokoa laajempaa väestöpohjaa. Sen sijaan esimerkiksi vanhusten palvelujen suuresta käyttötiheydestä johtuen erikoistunutta vanhustyön osaamista voidaan kehittää jo noin 20 000 asukkaan väestöpohjalla.

Tulevaisuudessa palvelujen tuottamisessa tulevat aiempaa enemmän painottumaan perinteiset toimialuerajat ylittävä osaamisen käyttö, toimintojen yhdistäminen yli perinteisten sektorirajojen, toimivat tietojärjestelmät ja asiakkaan palvelukokonaisuudet. Tämä muuttanee myös näkemyksiä palvelujen tuottamisalueen koosta.

Suun terveydenhuollon järjestämisen erityiset näkökohdat

Väestön suun terveydenhoidon tarpeet ja palvelujärjestelyt poikkeavat muusta terveydenhuollosta. Lähes koko väestö tarvitsee säännöllisesti toistuvia suun ja hampaiden tarkastuksia. Korjaavan hoidon tarve on vähentynyt nuorilla ikäluokilla ja kasvanut vanhemmilla keski-ikäisillä ja jatkossa eläkeikäisten hoidon tarve kasvaa huomattavasti. Hoidon tarve vaihtelee alueellisesti, ja hoidon kysyntä erityisesti vaativan proteettisen hoidon osalta vaihtelee koulutus- ja tulotason mukaan. Lapset ja nuoret ovat yhä laajasti ennaltaehkäisevän terveydenhoidon tarpeessa. Noin puolet aikuisten hoitopalveluista tuotetaan yksityissektorilla, joka on tarjonnut valinnan vapautta maksukykyiselle väestölle suurissa kaupungeissa ja taajamissa. Julkisia suun terveydenhoitopalveluja keski-ikäiselle ja iäkkäälle väestölle on tarjottu vasta kymmenen vuoden ajan. Sosiaaliryhmien väliset erot suun terveydessä, palvelujen käytössä ja hoitotuloksissa ovatkin erityisen suuret (Suominen-Taipale ym. 2004, Nihtilä ja Widström 2005). Suun terveydenhuollossa kilpailua tuottajien välille ei ole juuri syntynyt ja asiakkaiden mahdollisuudet käytännössä vertailla palveluntuottajia hinnan tai laadun suhteen ovat vähäiset (Widström ym. 2011). Sen sijaan tiedossa on että palvelujen käyttäjät arvostavat pitkiä hoitosuhteita (Jacquot 2011, Nihtilä ja Widström 2005).

Jonkin verran tietoa ja käytännön kokemusta suun terveydenhoitopalvelujen järjestämisestä suuremmissa alueellisissa yksiköissä on kuntaliitoksista ja kuntayhtymistä. Tilaaja-tuottajamalleista ei hammashoidossa toistaiseksi ole juurikaan kokemuksia eikä Ruotsin tai Englannin kokemuksia voida suoraan soveltaa Suomeen. Suurin ongelma suun terveydenhoidossa on tällä hetkellä voimavarojen riittämättömyys suhteessa kasvavaan hoidon tarpeeseen aikuisilla ja hammasongelmien toissijaisuus terveydenhoidossa (Widström ym. 2009). Hammaslääkäreistä ja suuhygienisteistä on pulaa terveyskeskuksissa ja erikoishammaslääkäritasoisista palveluista terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidossa (Valtiovarainministeriö 2010). Ostopalvelut ja palvelusetelit ovat toistaiseksi olleet lähinnä ”mielenkiintoista kokeilla pienessä mittakaavassa”-tyyppistä toimintaa, jonka todellinen hyöty on selvittämättä. Alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa riskinä on että suun terveydenhuolto jää ”suurempien toimintojen jalkoihin” eikä alan erityisvaatimuksiin pystytä kiinnittämään riittävästi huomiota.

Ehdotukset

1. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tulee turvata alueellaan (tai erityispalveluissa tarvittaessa myös alueen ulkopuolelta) väestölle riittävät ja laadukkaat palvelut. Alueellinen toimija vastaa palvelujen järjestämisestä alueellaan kansallisten säädösten ja linjausten mukaisesti, hankkii väestölleen laadukkaat ja kustannusvaikuttavat sekä yhdenvertaiset ja oikeudenmukaiset palvelut. Alueellinen toimija tarvitsee arviointi- ja seuranta järjestelmän, jolla arvioidaan alueen eri osien väestön palvelutarpeet ja seurataan niiden toteutumista. Palvelut toteutetaan väestön tarpeiden perusteella. Palvelujen järjestämisvastuu toteutetaan ensisijaisesti järjestäjä-tuottajamallin mukaisesti.
2. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköt kuten sairaalat ja perusterveydenhuollon yksiköt tuottavat palvelut. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi tehdä yhteistyötä palvelujen tuottajien kanssa, mutta se voi myös kilpailuttaa tuottajia silloin kun kilpailuttamiselle on riittävät edellytykset. Alueella toimivien yksityisten palvelujen tuottajien palveluja kansalaiset voivat käyttää vapaasti kuten nykyin, mutta ilman julkista subventiota.
3. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan on huolehdittava riittävästä tiedon tuotannosta peruskuntiin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tueksi.

Kaksi vaihtoehtoa siirtymävaiheessa tuotannon järjestämiseksi alueellisen järjestäjä-rahoittajan toimialueella:

- 1) Uudistuksen käynnistyessä nykyiset palvelujen kunnalliset (peruskuntien ja kuntayhtymien) tuotantoyksiköt siirretään peruskunnilta alueellisille järjestäjä-rahoittajille (pl. yli 200 000 asukkaan kaupungit). Tämän seurauksena alueelliselle toimijalle tulee järjestäjä-rahoittaja -vastuiden lisäksi myös merkittävä vastuu alueen palvelujen tuotannosta. Lisäksi alueellinen toimija hankkii omia palvelujaan täydentäviä yksityissektorin palveluja kuten kunnat nyt. Alueellinen toimija voi myöhemmin hallitusti laajentaa ostopalvelujen käyttöä ja myös irrottaa hallinnastaan omia tuotantoyksiköitään esimerkiksi yhtiöittämällä niitä. Tällöin ne kilpailevat avoimilla markkinoilla yksityisten palveluntuottajien kanssa alueellisen toimijan sopimuksista.
- 2) Kunnat ja sairaanhoitopiirit jatkavat palvelutuotantoa. Kunnallisten tuotantoyksiköiden poliittinen vastuu kuitenkin poistetaan (ei enää luottamushenkilöhallintoa). Kunnat ja kuntayhtymät muodostavat tuotantoyksiköitä kuten vaihtoehdossa 1) esimerkiksi yhtiöittämällä nykyiset palveluyksiköt.

Vaihtoehto 2 (järjestäminen ja tuotanto eriytetty) olisi järjestäjän neutraalisuuden kannalta parempi vaihtoehto. Sosiaali- ja terveyspalvelujen hallitun rakennemuutoksen ja rahoitusjärjestelmän hallitun uudistamisen kannalta vaihtoehto 1) voisi tarjota turvallisemman etenemistien. Merkittävää julkista palvelutuotantoa tarvitaan myös tulevaisuudessa, riippumatta siitä miten palvelujen järjestäminen ja rahoitus ratkaistaan. Erityisesti valmiuteen ja viranomais-toimintaan liittyviä sosiaali- ja terveyspalveluja, päivystystä sekä myös muuta palvelutuotantoa tarvitaan palvelujen saamisen jatkuvuuden turvaamiseksi. Vaihtoehdossa 1) on mahdollista rakentaa toiminnan seurannassa ja ohjauksessa tarvittavat tietojärjestelmät palvelutuotannon tietojärjestelmien yhteyteen. Vaihtoehdossa 2) joudutaan suunnittelemaan ja rakentamaan toiminnan seurannassa ja ohjauksessa tarvittavat alueellisen toimijan tietojärjestelmät kokonaan erikseen tavalla, jonka toteuttamiseksi asia pitää selkeyttää lainsäädännössä.

4.2 Raha seuraa asiakasta -periaate perustason palveluissa⁸

Yksi keskeinen periaate alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa on, että raha kulkee asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle. Raha seuraa asiakasta -periaate, ei koske niinkään kysymystä järjestämis- ja rahoitusvastuusta, kuin sitä, mitä periaatteita noudatetaan alueellisen järjestäjä-rahoittajan ja tuottajien välisessä suhteessa. Seuraavassa tarkastellaan raha seuraa asiakasta -periaatteen soveltamista peruspalveluissa ja tähän liittyviä kysymyksiä.

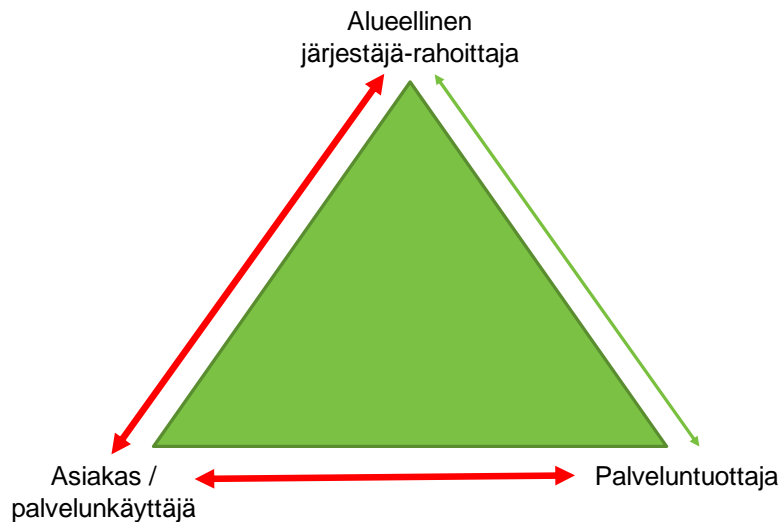
Mitä raha seuraa asiakasta -periaate tarkoittaa ja mitä vaikutuksia sillä tavoitellaan?

Määritelmällisesti raha seuraa asiakasta -järjestelmässä asiakkaalla on oikeus valita palveluntuottaja useammasta eri vaihtoehdosta, ja rahoittajan myöntämä korvaus valitusta palvelusta seuraa asiakasta hänen valitsemaansa tuotantoyksikköön (kuviokuva 4). Järjestelmän ominaisuuksiin kuuluu olennaisesti asiakkaan valinnanvapaus etukäteen määritellyissä rajoissa ja asiakkaan oikeus halutessaan vaihtaa tuottajaa. Henkilöille, jotka eivät tee aktiivista valintaa,

⁸ Jakson 4.2 kirjoittamisesta on vastannut Pia Maria Jonsson. Työryhmä: Unto Häkkinen, Pia Maria Jonsson (pj), Simo Kokko, Meri Larivaara, Anu Muuri, Anja Noro, Timo Sinervo ja Eeva Widström. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten perustason palvelujen tuottajien rahoitus toteutetaan "raha seuraa asiakasta" -periaatteen mukaan.

osoitetaan järjestäjän toimesta yleensä palvelujen tuottaja. Eri tuotantoyksiköitä kohdellaan tällöin etukäteen määritellyin periaattein ja yleensä mahdollisimman tasapuolisesti.

Kuvio 4 Raha seuraa asiakasta -periaate.



Kansainvälisesti valinnanvapausjärjestelmien keskeisenä päämääränä on ollut vahvistaa asiakkaiden asemaa julkisissa palvelujärjestelmissä, etenkin siellä missä on ollut poliittisia paineita ratkaista hoidon epätasaiseen saatavuuteen ja laatuun liittyviä ongelmia (Bevan ym. 2010). Asiakkaan aseman oletetaan vahvistuvan, kun hän saa aitoa päätösvaltaa eli hankintavaltaa palveluista. Palvelujen laadun odotetaan paranevan, kun asiakkaat voivat "äänestää jaloillaan" hyväksi tietämiään tai kokemiaan palveluntuottajia ja asiakkaan tekemillä valinnoilla on suora vaikutus tuotantoyksikköjen tuloihin (Grytten ja Sørensen 2009).

Lisäksi palvelujen ajallisen ja maantieteellisen saatavuuden oletetaan paranevan, koska palvelujen tuotanto on enemmän tai vähemmän pakotettu sopeutumaan paikalliseen kysyntään. Jos markkinat avataan myös muille kuin julkisille tuottajille, palvelujen saatavuuden odotetaan paranevan ja palvelujen monipuolistuvan myös siksi, että sosiaali- ja terveydenhuoltoon saadaan lisää ja erilaisia toimijoita.

Korvausjärjestelmän periaatteita muuntelemalla voidaan vaikuttaa tuottajien käyttäytymiseen. Ruotsissa maan eri maakäräjäalueille on syntynyt jossain määrin erilaisia perusterveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmiä, joiden pohjana on useita erilaisia korvausperiaatteita: kiinteä asiakaskohtainen korvaus, palvelutarpeilla painotettu asiakaskohtainen korvaus, suoriteperusteinen korvaus ja edellisten korvausmenetelmien yhdistelmät (Anell 2009). Tukholman läänin alueella, missä alueellista valinnanvapausuudistusta on seurattu järjestelmällisesti, yhtenä arvioinnin positiivisten tulosten syynä on mainittu onnistunut korvausperusteiden yhdistelmä, joka painottaa kiinteää korvausta, mutta jossa myös suoritteilla ja osoitetulla hoidon laadulla on osuutensa (Rehnberg ym. 2010).

Erääksi raha seuraa asiakasta -periaatteen ja siihen liittyvän valinnanvapauden potentiaalisiksi ongelmiksi on esitetty, että tuottajien mahdollinen keskittyminen suuren kysynnän keskuksiin (suuret ja keskisuuret kaupungit) voi lisätä väestöryhmien välistä epätasa-arvoa vähentämällä palvelujen saatavuutta sosioekonomisesti heikommilla alueilla, samalla kun palvelujen saatavuus yleisesti ottaen paranee (Burström 2008). Selkää empiiristä näyttöä tästä ei pohjoismaisista järjestelmistä kuitenkaan ole. Erityisesti sellaisissa sosiaalihuollon

palveluissa ja alueilla, joissa markkinoita ei vielä ole tai palvelujen kysyntä on vähäistä ja ajoittaista, raha seuraa asiakasta -periaatteen toteutuminen edellyttäneen erityistoimenpiteitä.

Valinnanvapausjärjestelmien määrittely ja rajaaminen

Jotta raha seuraa asiakasta -periaatetta voidaan käytännössä soveltaa, on tarpeellista luoda valinnanvapausjärjestelmiä, joiden kautta määritellään asiakkaan valinnan kohteita, esimerkiksi: perusterveydenhuollon peruspaketti, vanhusten asumispalvelut, hammashoito, jne. Pohdittavaksi jää miten raha seuraa asiakasta -periaatetta voidaan soveltaa palveluissa, joissa pyritään tukemaan koko ihmisen elämän hallintaan, esimerkiksi aikuissosiaalityössä vai rajataanko järjestelmän ulkopuolelle palvelujärjestelmän osia, jotka soveltuvat luontevasti vain julkisen sektorin hoidettavaksi.

Valinnanvapausjärjestelmiä ja niiden sisältämiä palvelukokonaisuuksia, "paketteja", on oltava riittävän monta, jotta niistä olisi mielekästä valita eli "ei sekoiteta hyviä omenoita ja huonoja päärynöitä". Toisaalta, paketteja ei saa olla liian monta, koska useiden eri valintojen tekeminen voi käytännössä olla asiakkaalle työlästä ja palvelujen järjestäjälle hallinnollisesti raskasta.

Asiakkaan kannalta keskeiseksi kysymykseksi muodostuu valittavan palvelukokonaisuuden laajuus. Järjestäjän kannalta tämä tarkoittaa palvelujen tuottajalle määriteltävän toimeksianton laajuutta. Terveystieteissä määritelty asiakkaan valinnanvapaus kattaa kunnallisen terveyskeskuksen koko toiminnan. Palvelupakettien laajuuden ja sisällön määrittelyssä on silti lukuisia vaihtoehtoja. Kattaako esimerkiksi perusterveydenhuollon "peruspaketti" vain lääkäripalvelut vai laajemman kirjon vastaanottopalveluja? Sisällytetäänkö neuvolapalvelut perusterveydenhuollon peruspakettiin vai muodostetaanko neuvolapalveluista erikseen valittava palvelupaketti? Kokemusta eri ratkaisuista voidaan tässäkin hakea Ruotsin maakäräjämaailmasta, missä esimerkiksi Tukholman malli on rajannut perusterveydenhuollon peruspaketin vain lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluihin sekä kotisairaanhoidon, kun taas esimerkiksi Västmanlandin malli on kattanut myös neuvolatoiminnan, kuntoutuksen ja jatkohoitotoimenpiteet.

Oma kysymyksensä on, määritelläänkö toimeksiantojen laajuus (palvelupaketit) valtakunnallisesti vai alueellisesti. Kansallisesti määritellyt yhtenäiset palvelukokonaisuudet voisivat helpottaa niin kansalaisten mahdollisuuksia toteuttaa valinnanvapautta kuin palvelujen hallinnointia erityisesti silloin kun valinnanvapautta ei ole rajattu alueellisen järjestäjä-rahoittajan toimialueelle vaan koskee koko maata. Tällöin sovittaisiin kansallisesti siitä, mitkä palvelut kuuluvat kunkin valittavan palvelukokonaisuuden (esim. perusterveydenhuollon lääkäripalvelut, neuvolapalvelut, jne.) piiriin. Samalla on tärkeä huomata, että kansallisten määriteltyjen palvelukokonaisuuksien luominen voi olla työlästä osassa sosiaalihuollon palveluja.

Riippumatta valinnanvapauden kohteena olevista palveluista, on ilmeistä että kaikkia palveluja ei ole realistista siirtää yhdellä kertaa valinnanvapausjärjestelmien ja raha seuraa asiakasta -periaatteen piiriin. Palvelupakettien määrittely ja pelisäännöistä sopiminen tulee viemään aikaa. Erilaisia järjestäjä-rahoittajan ja tuottajien välisiä suhteita säänteleviä malleja tulee todennäköisesti olemaan käytössä rinnakkain.

Tuottajien hyväksymismenettely ja tuottajakunnan koostumus

Valinnanvapausmallissa, jossa raha seuraa asiakasta, palvelujen järjestäjän ja tuottajien välinen suhde ei pohjaudu tilaaja-tuottajamallin mukaiseen hankintamenettelyyn, vaan järjestelmä edellyttää omia, perinteisestä hankintamenettelystä hieman poikkeavia pelisääntöjä. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtävänä on varmistaa, että tarjolla on tarpeeksi tuottajia ja että näiden tuottamien palvelujen laatu on hyväksyttävällä tasolla. Lopullisen hankinnan, so. palvelujen ostopäätöksen, tekee palveluja käyttävä asiakas.

Jotta tuottajia olisi alueella markkinoiden toimivuuden ja valinnanvapauden toteutumisen kannalta riittävä määrä, alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi joutua houkuttelemaan tuottajia esimerkiksi korvausperiaatteita ja korvausten suuruutta säätelemällä. Alueellinen toimija pyytää kiinnostuneita tuottajatahoja ilmoittautumaan ja täyttämään listautumiseen vaadittavat asiakirjat. Näihin voidaan sisällyttää alueellisen järjestäjä-rahoittajan määrittelemien laatu- ja kriteerien edellyttämät tiedot ja vaatimukset.

Tuottajien hyväksymismenettelyä voidaan verrata palvelusetelilaissa edellytettyyn kuntien vastuulla olevaan tuottajien hyväksymismenettelyyn (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä, 2009). Laissa hyväksymismenettelyn määrittely on kuitenkin jäänyt varsin yleiselle tasolle. Jotta kaikille asiakkaille voitaisiin taata hyvälaatuiset palvelut, palvelujen tuottajien hyväksymiskriteerejä on tarpeen kehittää kohti selkeää laadun seurannan ja raportoinnin velvoitetta.

Hyväksymiskriteerien määrittely vaatii asiantuntemusta ja voimavaroja. Suotavaa olisi, että tuottajien hyväksymismenettely noudattaisi yhtenäisiä kansallisia periaatteita ("minimivaatimuslistaa"), jotta kansalaisille voidaan turvata mahdollisimman tasalaatuiset palvelut koko maassa, ja asiakkaat voisivat vaivatta ja turvallisesti tehdä valinnan eri alueilla toimivien tuottajien välillä.

Jos pitemmän aikavälin tavoitteena on avata markkinat tasavertaisesti myös muille kuin julkisille palvelujen tuottajille, on tärkeää pyrkiä takaamaan tuottajien kilpailuneutraali kohtelu (Virtanen ja Joutsimo 2010). Tätä voidaan edistää erilaisin kansallisin ohjausdokumentein ja muilla valtakunnallisen ohjauksen keinoin (laadunseuranta, korvausmenettelyt, valvonta), jotka jättävät alueellisille toimijoille vain vähän tilaa oman tuotannon suosimiselle.

Tuottajien korvausperiaatteet

Valinnanvapausjärjestelmän ominaisuudet (esim. korvausperusteet) ja paikalliset olosuhteet (esim. asukastiheys) vaikuttavat palvelujen tuottajien käyttäytymiseen (Dixon ym. 2010). Asiakkaiden valinnanvapauden ja raha seuraa asiakasta -periaatteen toteutumisen kannalta, olisi tarkoituksenmukaista, että tuottajien korvausmenettelyt rakentuisivat yhtenäisille kansallisille periaatteille. Muutoin asiakkaiden liikkuminen alueelta toiselle voi tuottaa hankaluuksia järjestelmän hallinnoinnin ja kustannusten hallinnan kannalta, jos samoille tuottajille maksetaan korvauksia eri periaattein järjestäjätahosta riippuen. Toisaalta kansallisella tasolla päätetyt yhtenäiset korvaukset voisivat rajoittaa alueellisen järjestäjätahojen mahdollisuuksia houkutella alueelleen uusia palveluntuottajia.

Toimivien taloudellisten maksurutiinien kehittäminen on joka tapauksessa tärkeää, jotta asiakkaiden valinnan kohdentuminen eri tuotantoyksikköihin olisi palkitsevaa. Jotta tuottajat kilpailisivat asiakkaista ensisijaisesti palvelun laadulla (eikä niinkään hinnalla), palvelukokonaisuuksiin sisältyville palveluille tulisi määritellä yhtenäiset korvausperusteet. Alueellinen

järjestäjä-rahoittaja maksaa perustason palvelujen tuottajalle korvauksen tuottajalle listautuneiden (tuottajan valinneiden) asiakkaiden määrän mukaan. Pääosa tuottajan saamasta korvauksesta määräytyy per capita -periaatteen mukaan ottaen huomioon listautuneiden asiakkaiden palvelujen tarvetta ja sitä kautta hoidon odotettuja kustannuksia kuvaavia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, sairastavuus, jne. (ks. esim. Häkkinen ym. 2009). Pienempi osa tuottajalle maksettavasta korvauksesta voi perustua suoritteisiin ja määräytyä käyntimäärien, toimenpiteiden ja muiden mahdollisten suoritteiden mukaan.

Asiakasmääriin ja suoritteisiin perustuvien korvausten lisäksi tarvitaan myös laatubonuksien tyyppisiä kannusteita. Tällöin esimerkiksi perusterveydenhuollon tuottajan saama korvaus suurenee, jos tuottaja pystyy osoittamaan noudattaneensa hyviä, hoitosuosituksiin pohjautuvia hoitokäytäntöjä tai saavuttaneensa hyviä hoitotuloksia. Järjestelmän alkuvaiheessa bonuksia voidaan maksaa jo siitä, että tuottajat raportoivat palvelujen laatua ja vaikuttavuutta koskevia tietoja asianmukaisesti rekistereihin.

Asiakasmaksu voi muodostaa osan tuottajille maksettavista korvauksista. Asiakaskäynneistä tuottajille kertyville korvauksille on tarpeen asettaa kohtuullinen katto, jotta osittain suoritepohjaiseksi rakentuvassa korvausjärjestelmässä välttyttäisiin palvelujen tuottajia rohkaisemasta asiakkaita vähemmän tarpeellisille käynneille (ns. supplier induced demand). Perusterveydenhuollon lääkärikäyntien osalta katto voidaan konstruoida esimerkiksi siten, että asiakkaan ensimmäiset käynnit korvataan tuottajalle sataprosenttisesti, seuraavat pienemmällä prosentiosuudella. Sovitun vuosittaisen maksimikäyntimäärän yli menevistä käynneistä olisi korvauksena enää pelkkä asiakasmaksu. Jos hienosääntöä halutaan, korvattavia käyntimääriä voidaan modifioida riippuen potilaan perustaudista ja/tai terveysongelmasta.

Tärkeä ratkaistava kysymys on, miten suuren osan asiakkaan palveluketjun kustannuksista tuottajalle maksettava korvaus kattaa. Perusterveydenhuollossa käytännön kysymyksiä ovat esimerkiksi kattaako korvaus vain lääkärin vastaanoton kulut vai tuleeko korvauksen kattaa myös potilaan hoitoon liittyvät lääkekulut, laboratoriotutkimukset tai lähetteellä saatavien erikoissairaanhoidon palvelujen kulut. Jos erikoissairaanhoidon palveluja määritellään perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuksien osiksi tai jatkoksi, tämä antaa samalla perusterveydenhuollolle selkeän portinvartijaroolin, mikä osaltaan vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa suhteessa erikoissairaanhoitoon.

Asiakkaiden informointi

Valinnanvapausjärjestelmät eivät voi toimia tyydyttävästi, ellei asiakkailla ole mahdollisuutta saada ajantasaista tietoa vaihtoehtoisista tuottajista ja tuotettujen palvelujen sisällöstä ja laadusta (Dixon ym. 2010, Socialstryelsen 2011). Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtävänä on informoida väestöä valinnanvaihtoehdoista. Koska valinnanvapaus toteutuu (jo terveydenhuoltolainkin myötä tulevaisuudessa) kansallisella tasolla, on luontevaa, että keskeisen asiakasinformaation sisältö noudattaa kansallisia minimivaatimuksia, jotka määritellään alan keskeisten toimijoiden yhteistyönä.

Palvelujen tuottajille tulee säätää velvoite tuottaa kansalliselle toimijalle (esim. THL) etukäteen määriteltyä laatuinformaatiota palveluista raportoitavaksi palvelujen tuottajaa etsiville asiakkaille esimerkiksi internetin kautta (ks. esim. Palveluvaaka 2011). Kerättyä informaatiota voidaan käyttää myös tuottajien välisessä benchmarking -toiminnassa ja alueellisten toimijoiden järjestämien palvelujen seurannassa ja ohjaamisessa, joskin raportoinnin muodot tulee aina sovittaa kunkin kohderyhmän ja käyttötarkoituksen mukaisiksi.

Tilanteessa, jossa terveydenhuollon markkinoilla toimii erityyppisiä palveluntuottajia, näitä tulee kohdella neutraalisti ja tasavertaisesti myös järjestäjätahojen tai muun julkisen tahon jakaman asiakasinformaation suhteen. Ruotsin kokemukset viittaavat siihen, että asiakkaiden informointia on tarpeen valvoa viranomaisten taholta, jotta asiallisuuden ja tasapuolisuuden kriteerit tulevat täytetyiksi (Konkurrensverket 2010a,b).

Tilaaaja-tuottajamalli ja asiakkaan valinnanvapaus

Siirtyminen valinnanvapausjärjestelmään, jossa raha seuraa asiakasta on suuri muutos, joka vaatii perusteellista suunnittelua, aikaa ja asiantuntijaosaamista. Raha seuraa asiakasta -periaate on periaatteessa melko vaivatonta toteuttaa järjestäjä-tuottaja-asetelmassa. Palvelujen järjestäjä määrittelee valinnanvapauden piiriin kuuluvat peruspalvelut ja palvelukokonaisuudet, joiden tuottajan palvelujen käyttäjä valitsee omien mieltymystensä mukaisesti. Tilaaaja-tuottaja-asetelmassa raha seuraa asiakasta -periaate voi toimia tilaaaja-tuottajamallin rinnakkaisratkaisuna. Alueellinen toimija tilaa osan palveluista väestölle ja osassa palveluja tilaajan rooli jää palveluja käyttävälle asiakkaalle.

Alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa alueellinen toimija järjestää kaikki julkisesti rahoitettavat sosiaali- ja terveyspalvelut alueensa asukkaille. Valinnanvapausperiaatteen toteuttaminen ei ole periaatteellisessa ristiriidassa alueellisen järjestämävastuun kanssa. Alueellisen toimijan tehtävänä on järjestää ja siten varmistaa palvelujen saatavuus alueen asukkaille. Ongelmia voi syntyä, jos palvelujen järjestämisessä noudatetaan pitkälle vietyä tilaaaja-tuottajamenettelyä. Alueellisella toimijalla voi olla, ainakin toiminnan alkuvaiheessa, vaikeuksia ennakoida kuinka suuri kysyntäpaine eri palvelutuotantoyksiköihin kohdistuu. Näin siksi, että alueen väestöllä on mahdollisuus hankkia tarvitsemansa palvelut myös alueen ulkopuolisilta tuottajilta ja toisaalta muiden alueiden asukkailla on mahdollisuus valita palveluntuottaja alueen toimintayksiköistä.

Puhtaaksi viljellyssä raha seuraa asiakasta -järjestelmässä alueellinen järjestäjä-rahoittaja pystyy kuitenkin ennakoimaan varsin suurella tarkkuudella per capita -perusteiset korvausmenot, jotka riippuvat pääosin väestön määrästä, ikä- ja sukupuolijakaumasta, sairastavuudesta jne. Sen sijaan suoriteperusteisia korvauksia voi toiminnan käynnistyessä olla selvästi vaikeampi ennustaa. Sama koskee laatubonusina maksettavia palkkioita. Toisaalta kahden jälkimmäisen korvausperusteen merkitys tulee todennäköisesti olemaan korvausten kokonaismäärään nähden melko vähäinen, ne täydentävät tuottajan saamaa peruskorvausta. Lisäksi tuottajalle maksettaville korvauksille voidaan määritellä asiakaskohtainen katto.

Jos alueellinen järjestäjä-rahoittaja toimii myös palvelujen tuottajana, se kohtaa samat haasteet kuin muutkin julkiset ja yksityiset tuottajat. Osa sen tuotantoyksiköistä joutuu kilpailemaan muiden julkisten ja yksityisten palveluntuottajien rinnalla asiakkaiden suosiosta ja näiden tuotantoyksiköiden tulovirta määräytyy samoilla periaatteilla kuin niiden kilpailijoilla. Suuria asiakasvirtojen siirtymisiä alueelta toiselle on tuskin odotettavissa, ellei alueiden ja tuotantoyksiköiden välillä ole merkittäviä eroja mitatussa tai koetussa palvelujen laadussa. Jos asiakasvirrat suuntautuvat uudelleen valinnanvapauden lisääntyessä, sen tulisi johtaa palvelujen laatua tasoittaviin toimenpiteisiin.

Todennäköistä kuitenkin on, että joillakin alueilla mahdollisesti vapaaksi jäävä tuotantokapasiteetti tulee käytetyksi muualta tulevien asiakkaiden toimesta. Tällöin valinnanvapausjärjestelmän piiriin kuuluvien palvelujen kohdalla raha seuraa asiakasta, muutoin alueet laskuttavat toisiaan. Todellista taloudellista tappiota sopimuksin hankittujen palvelujen alikäytöstä tuskin

syntyy niin kauan kuin kansallisessa palvelujärjestelmässä esiintyy pikemmin jonoja ja palvelujen "alitarjontaa" kuin "ylitarjontaa". Tilaajien ja tuottajien yhteinen etu on pyrkiä saamaan sopimukseen joustavuutta ja väljyyttä.

Ajan myötä, palvelukokonaisuuksien ja tuotteiden määrittelyn seljetessä yhä useammat toiminnot voivat todennäköisesti siirtyä perinteisen hankintamenettelyn sijasta valinnanvapausjärjestelmien piiriin. Eräänlaisena välimuotona näiden kahden välillä voidaan pitää nykyistä palvelusetelilainsäädäntöä, josta voidaan hakea oppia valinnanvapausjärjestelmiä kehitettäessä. Kaikilta osin palvelusetelikokemukset eivät ole yleistettävissä raha seuraa asiakasta -malliin, koska mallien tavoitteet ja palvelujen korvauseriaatteet ovat erilaiset. Palvelusetelin käyttöönoton eräs keskeinen tavoite on julkisen ja yksityisen rahoituksen yhdistäminen. Tätä ei tavoitella raha seuraa asiakasta -mallilla, vaan yksi kantava ajatus on, että tuottajat saavat samasta palvelusta saman korvauksen ja että kilpailu asiakkaista tapahtuu ennen kaikkea palvelujen laadulla ja vaikuttavuudella.

Hiukan etäämpää katsoen eri rahoitusmallien kehitys (tilaaja-tuottaja, palveluseteli, raha seuraa asiakasta) heijastelee kahta kehittyneiden länsimaiden sosiaali- ja terveystalouden järjestelmien pitempiä aikoja megatrendiä. Ensinnäkin kustannusten ja hinnoittelun ohella palvelujen rahoitus ja käyttö määräytyvät palvelujen laadun ja vaikuttavuuden perusteella. Laatu ja vaikuttavuustietoa vaaditaan, tuotetaan ja raportoidaan aiempaa enemmän. Toiseksi asiakkaiden asema ja autonomia vahvistuvat avoimen ja läpinäkyvän tiedon tuella. Palvelusetelin ja raha seuraa asiakasta -periaatteen toteuttaminen, eivät kuitenkaan jätä asiakasta vain ulkoa tuotetun tiedon varaan, vaan antavat asiakkaalle aiemmin totuttua huomattavasti raskaamman ohjauskeinon – rahan siirtämisen huonoiksi koetuilta hyväksi koetuille palveluntuottajille. Tämä merkitsee hyvin suurta paradigman muutosta sosiaali- ja terveystaloudessa.

Paradigman muutos voi aluksi olla joillekin järjestäjä- ja tuottajatahoille haastava. Järjestäjätahot menettävät valtaa samalla kun ne joutuvat hallinnoimaan entistä monimutkaisempaa palvelujärjestelmää. Tuottajista vahvat ja hyvälaatuiset pärjäävät, mutta kaikki eivät välttämättä yhtä hyvin. Asiakkaiden näkökulmasta muutosten tavoitteita on kuitenkin vaikea kyseenalaistaa. Käytännössä toimivien ratkaisujen nikkaroiminen voi viedä aikaa, ja niiden luominen edellyttää laaja-alaista kokeilutoimintaa, seurantaa ja arviointia. Näiden avulla tulee pyrkiä hyödyntämään muista maista saatuja oppeja ja kokemuksia, mutta samalla löytää juuri Suomen olosuhteisiin parhaiten soveltuvat ratkaisut.

4.3 Palvelujen tuottaminen asiakkaan kannalta joustavasti⁹

Monituottajamalli ja palvelujen joustavuus

Monituottajamallilla tarkoitetaan asiakkaan tarvitsemien palvelujen tuottamista eri toimijoiden toimesta (julkiset ja yksityiset palvelujen tuottajat hoidon eri portailla). Sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan enenevästi etenemässä kohti monituottajamallia, jossa palveluja eriytetään ja ulkoistetaan pienempinä tai suurempina kokonaisuuksina myös yksityisille palveluntuottajille. Myös julkinen palvelutuotanto voidaan toteuttaa monin tavoin, esimerkiksi kunnallisena liikelaitoksena, osakeyhtiönä tai tilaaja-tuottaja -mallilla. Monituottajamalli voi olla ongelmallinen palvelun käyttäjän tarvitseman palvelun joustavuuden kannalta, kun samaan

⁹ Jakson 4.3 kirjoittamisesta on vastannut Jukka Kärkkäinen. Työryhmä: Liisa Heinämäki, Ilmo Keskimäki, Simo Kokko, Minerva Krohn, Jukka Kärkkäinen (pj), Ismo Linnosmaa, Anneli Milén, Juha Moring, Anu Muuri, Anja Noro, Timo Sinervo ja Eeva Widström. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten palvelujen tuotanto toteutetaan niin että palveluketjut toimivat asiakkaan kannalta joustavasti (omaa-ulkoistettua, julkista-yksityistä)?

kokonaisuuteen kuuluvat palvelut tuotetaan eri tuottajien toimesta. Ongelmat voivat liittyä palvelun saamisen ajoitukseen, hoitopaikkaan, tiedon kulkuun, erilaisiin tietojärjestelmiin, toimintakulttuurien eroavaisuuksiin jne.

Monituottajamallissa palveluketjun kokonaisuuden hallintaan on kiinnitettävä enemmän huomiota kuin yksituottajajärjestelmässä. Alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa palveluntuottajat saavat korvauksen työstään pääasiassa hoitovastuulla olevien asukkaiden ja suoritteiden määrän perusteella sekä palvelun käyttäjien valintojen mukaan raha seuraa asiakasta -periaatteella. Ilmeisenä riskinä on, että esimerkiksi yksittäinen terveystalouden tuottaja voi pyrkiä maksimoimaan suoritteiden määrää tai osuutta potilaan hoitamisessa lisätäkseen omia tulojaan ottamatta huomioon potilaan tarvitseman hoidon kokonaisuutta. Suurehkot alueelliset järjestäjä-rahoittajat antavat kuitenkin riittävän laaja-alaiset mahdollisuudet koordinoida palveluja kokonaisuuksina ja palveluketjuina.

Monituottajamalli voi myös hidastaa palvelujen integraatiokehitystä, kun eri toimijat organisoivat eritasoisia palveluja palveluketjun eri osissa tai palveluketjun samalla tasolla on useita rinnakkaisia palveluntuottajia. Sektori- ja kuntarajojen poistuminen alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa mahdollistaa palvelujen tarkoituksenmukaisen integraation, mutta samanaikaisesti hyvin pitkälle viety monituottajamalli voi hidastaa integraatioetujen saavuttamista. Palvelujen eriytyminen näkyy asiakkaalle palvelujen hajanaisuutena.

Monituottajamalli edellyttää päätöksenteon ja tiedonkulun sujuvuutta. Asiakkaan saadessa useiden palveluntuottajien palveluja samanaikaisesti, asiakkaan kokonaistilanne ja vastuu hoidon kokonaisuudesta voi jäädä tunnistamatta. Riski siihen, että asiakas ei saa kaikkea tarvitsemaansa hoitoa tai saa päällekkäistä hoitoa, kasvaa. Vastuu hoidon kokonaisuudesta voi jäädä epäselväksi ja vastuuta saatetaan pallotella palvelujen tuottajien kesken ja potilasturvallisuus voi vaarantua. Vastataanko tähän uhkaan yksilökohtaisella palveluohjauksella vai väljemmin palveluohjausta tehostamalla olisi ratkaistava, jotta voimavarat suunnataan yhteisten toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Muutoin vaarana on, että yksittäisissä palvelukokonaisuuksissa kehitetään erilaisia käytäntöjä (esim. toisaalla kehitetään palveluista tiedottamista, palveluihin ja palveluissa ohjaamista ennakoivasti ja yleisesti, toisaalla tietyn asiakkaan ohjausta vaiheessa, jossa asiakas on jo ohjautunut palveluun) ja voimavarat hajautuvat. Yksilökohtainen palveluohjaus ei välttämättä ratkaise vastuuongelmaa. Kysymys on myös palveluketjujen kokonaisuuksien rakentamisen järjestäjävastuusta.

Kansallisen terveystietojärjestelmässä hoitokokonaisuuden hallinnan tueksi ollaan rakentamassa uutta työkalua, tiedonhallintapalvelua, jossa, mikäli potilas ei kiellä, näkyvät potilaan tiedot kaikille palvelujen tuottajille yhtenä koosteena. Tiedonhallintapalveluun on tarkoitus viedä yksi kaikkia palveluntuottajia koskeva terveys- ja hoitosuunnitelma. Mikäli hoidon korvaaminen palvelujen tuottajille voidaan kiinnittää terveys- ja hoitosuunnitelman toteuttamiseen ja järjestäjällä on viimekäden vastuu kokonaisuudesta, on olemassa työkalu, joka voi uudella tavalla auttaa kokonaisuuden hallinnassa. Asiakastietolain (159/2007) mukainen uudistus on toteutettava vuoteen 2015 mennessä. Sosiaalipalvelut eivät ole ensimmäisessä vaiheessa mukana, joten työkalu tarvitsee tuekseen myös muita ratkaisuja.

Nykyisen julkisen palveluntuotannon avaaminen yksityisille yrityksille on monitahoinen kysymys, joka liittyy myös asiakkaan valinnanvapauteen. Asiakkaan valinnanvapautta voidaan aidosti lisätä, jos tarjolla on useampia saman palvelun tuottajia, jotka myös aidosti kilpailevat markkinoilla. Harvaan asutuilla seuduilla syntyy helposti alueellisia monopoleja, mikäli palveluntuottajia ei ole riittävästi. Esimerkiksi ikäihmisten asumispalveluissa ja laitospalveluissa on

pidetty tärkeänä sitä, että palvelun järjestäjä hallitsee tiloja.¹⁰ Eri toimijoiden toisistaan riippumattomat päätökset voivat johtaa myös epätarkoituksenmukaiseen palvelutarjonnan sijoitteluun ja ylikapasiteettiin.

Palveluohjaajan rooli palveluketjujen joustavuuden varmistajana

Monituottajamallin yhtenä riskinä on, että asiakkaan on vaikea hahmottaa, mitä palvelua on tarjolla missäkin palvelujen tuottajaorganisaatiossa. Kaikilla asiakkailla ja kaikkien sairauksien kohdalla asiakkailla ei ole mahdollisuuksia tehdä valintoja itsenäisesti. Samoin, kun asiakkaan sairaus tai sosiaalinen ongelma vaatii usean palveluntuottajan yhteistyötä, saattaa syntyä ongelmia.

Yksi ratkaisuvaihtoehto monituottajamallin mahdollisiin ongelmiin on ottaa käyttöön palveluohjaus (ks. esim. Muurinen ja Mäntyranta, päiväämätön). Palveluohjaaja/asiakasvastaava huolehtii siitä, että asiakas löytää tarvitsemansa palvelut ja hänen palveluketjunsä jatkuu mielekkäällä tavalla. Palveluohjaaja huolehtii asiakkaan tarpeiden toteutumisesta ja ohjaa hänet oikeaan paikkaan. Palveluohjaaja edustaa myös palvelun järjestäjää palveluntuottajien suuntaan. Usein palveluntuottajan tavoitteena on myydä mahdollisimman paljon tuottamia palveluja. Siksi palveluohjaajan keskeinen tehtävä on pitää huoli siitä, että palvelu vastaa asiakkaan palvelun tarvetta (asiakas saa riittävästi palveluja, mutta ei tarpeetonta palvelua). Palvelujen järjestäjän edustajana palveluohjaaja voi myös yksittäistä palveluntuottajaa kattavammin tuntee käytettävissä olevat palvelut ja toisaalta myös viestittää järjestäjälle palvelujen kehittämistarpeista kokonaisuuden näkökulmasta.

Yksi keskeinen kysymys on, kuinka suuriksi kokonaisuuksiksi palvelut kootaan. Asiakkaan, palvelujen käyttäjän kannalta olisi mielekästä muodostaa laajoja palvelukokonaisuuksia. Esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelut, jossa tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat samaan kokonaisuuteen. Tämä on mielekästä myös kustannusten hallinnan ja osuoptimoiminnin ehkäisemisen kannalta.

Esimerkiksi muistisairaalle ikäihmiselle voidaan yksinkertaisimmillaan hankkia tietty määrä kotihoitoa tai hoitopaikka dementiayksiköstä. Käytännössä palvelutarve kuitenkin vaihtelee yksilöllisesti ja tarvitaan monipuolisempi palveluvalikoima, kuten tietty määrä kotihoitoa, lääkärin vastaanotokäyntejä ja muita palveluja. Voikin olla mielekkäämpää määritellä hankittavat palvelut asiakkaan kuntoisuuden ja hoidon tarpeen perusteella, jolloin hoidon sisältö muuttuu yksilöllisen tarpeen mukaan.

Palveluohjaus soveltuu monille sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasryhmille. Erityisesti ikään-tyneet moniongelmaiset, varsinkin muistisairaant hyötyvät palveluohjauksesta. Samoin riskiryhmät, jotka ovat vaarassa "tippua palvelujärjestelmän ulkopuolelle" ja mahdollisesti myös kykenemättömiä käyttämään palveluja. Tähän ryhmään voi kuulua esimerkiksi mielenterveyshäiriöisiä ja päihdeongelmaisia. Palveluohjaajalla voi olla myös "edunvalvojan" rooli. Terveysyötymallissa palveluohjaaja integroituu palvelutuotantoon, jossa hän on keskeinen hoitovastuullinen ammattihenkilö, ns. asiakasvastaava (ks. esim. Muurinen ja Mäntyranta, päiväämätön). Monisairaille, paljon palveluja käyttävillä palveluohjaaja (asiakasvastaava) on ensisijainen kontaktihenkilö, joka perehtyy potilaan ongelmiin sekä seuraa ja vastaa että hoitosuunnitelma toteutuu. Jos asiakas ei kykene valitsemaan palveluja, palveluohjaaja toimii

¹⁰ Tilojen hallintaperiaate on ollut pitkään vahva, ja mm. RAY on tätä vaatinut. Viime vuosina on kuitenkin yleistynyt näkemys jonka mukaan tilojen hallinta, asuminen ja palvelut voidaan uusilla tavoilla toimien eriyttää toisistaan.

myös informaation tuottajana ja turvaa riittävän palvelun asiakkaalle. Huomattava on myös, että omaiset voivat toimia palveluohjaajan roolissa. Palveluohjaaja voi olla myös yksityinen toimija, jolta palvelu ostetaan.

Palveluketjujen joustavuuden varmistaminen sosiaalipalveluissa

Monituottajamalli on erityisen haasteellista, kun on kyse sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistyöstä. Eniten kokemuksia monituottajamallista on kotihoidossa (yhdistetty kotisairaanhoido ja kotipalvelu), jossa palveluketjujen sujuvuus edellyttää sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuuksia laitoshoidosta kotihoitoon. Myös tietojärjestelmien yhteen toimivuus on tärkeä palveluketjujen sujuvan toiminnan kannalta.

Nykyisin monituottajuus näkyy lisääntyvässä määrin kotihoidossa, kun esimerkiksi tukipalvelut tuotetaan usein yksityisenä palveluna. Käytännössä kotihoidon perinteinen kotipalveluus (siivous, asiointi, ruokapalvelu) on siirtynyt yksityisille palveluntuottajille, joskus useillekin. Tieto päätöksistä palveluntuottajille ja palvelutarpeista päätöksentekoon tulee saada sujuvasti kulkemaan palvelujen järjestäjän ja tuottajan välillä, mikä edellyttää huolellista organisointia aiempaa isommilla alueilla.

Monituottajuus on viime vuosina synnyttänyt ongelmia erityisesti vammaispalveluissa, joissa kunnat ovat kilpailuttaneet toimintojaan yksityisillä palveluntuottajilla. Osa palveluista on toiminut hyvin, mutta osassa on ollut selkeitä ongelmia ja puutteita esimerkiksi käyttäjien saamassa palvelun laadussa. Osa sosiaalihuollon asiakkaista tarvitsee palveluja niin intensiivisesti, ettei yksityinen tuottaja ole kyennyt vastaamaan asianmukaisesti asiakkaan tarpeeseen. Kun on kyse haavoittuvassa asemassa olevista ja ulkopuolisesta avusta riippuvista käyttäjistä, palvelujen järjestäjällä on erityinen vastuu varmistaa hoivan ja palvelujen taso ja jatkuvuus. Osa kunnista on toteuttanut kilpailuttamisen ja sen myötä palvelutuotantonsa niin, että pitkäaikaiset hoivasuhteet ovat katkenneet ja vaikeuttaneet entisestään haavoittuvassa asemassa olevien käyttäjien asemaa. Erityisesti sosiaalihuollon käyttäjien kohdalla nousevat esiin tietyt eettiset kysymykset, joita on vaikea toteuttaa monituottajamallissa. Palvelujen lisäksi sosiaalihuollon kokonaisuuteen liittyy usein myös etuuksien myöntämistä ja ohjausta sekä neuvontaa, joka tekee tilanteesta entistä haasteellisemmän. (ks. esim. Kokko ym. 2009, Muuri 2008)

Ikäihmisten palvelut monituottajamallissa

Ikäihmiset ovat suuri terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttäjäryhmä. Etenkin muistiongelmat ja monisairastavuus lisäävät palvelutarvetta ja palvelujen käyttöä. Asiakkaan valinnanvapaus toteutuu vaivattomasti silloin, kun ikäihmiset ovat kykeneviä tekemään itseään koskevia päätöksiä ja valitsemaan tarjolla olevista palvelukokonaisuuksista itselleen sopivimman. Muistiongelmiensa lisääntyessä ikäihmiset tarvitsevat valinnan tekemiseen tukea ja uusia toimintamalleja. Monet ikäihmisille suunnatut ympärivuorokautiset palvelut sisältävät sekä asumista että palvelua. Sosiaali- ja terveysministeriön ikähoivatyöryhmä esittää hoidon hinnoittelussa asumisen ja palvelun erottamista (STM 2011b). Tässä yksiportaisen ympärivuorokautisen hoidon mallissa ikäihminen muuttaa vain kerran ja sosiaali- ja terveyspalvelut mukautetaan asiakkaan tarpeen mukaan ilman paikanvaihdoksia ko. asumismuotoon, pois lukien sairaalahoitajaksot. Yksiportaisessa hoitomallissa tarvitaan palvelukokonaisuuksien tuotteistamista, mutta myös tukea ja ohjausta palvelukokonaisuuksien valinnassa. Mikäli asuminen ja palvelut erotetaan hinnoittelua varten, mutta liittyvät hoidon kannalta kiinteästi yhteen, on huolellisesti harkittava, mikä taho viimekädessä kilpailuttaa ja valitsee asumis- ja ruokapalvelujen tuottajan ja mikä taho määrittää palvelujen korvauserusteet. Palvelujen kilpailuttaminen kuu-

luu alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtäviin ja se voi toteuttaa kilpailutuksen käytännössä sopimaksi katsomallaan tavalla. Luontevaa olisi määritellä palvelujen korvauserusteet valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla.

Nykyisin ikäihmisten palveluketjun toimimattomuus on suuri ongelma. Etenkin päivystyskäynnit ja sairaalahoitajaksot kasaantuvat monisairaille iäkkäille ja ikäihmisille, joiden todellista tai kasvanutta palvelutarvetta joko terveydentilaan, toimintakykyyn tai asumisympäristöön liittyen ei ole kyetty tunnistamaan. Palvelujen räätälöinti ikäihmisen tarpeen mukaan edellyttää toimivaa ja kattavaa palvelutarpeen arviointia ja koordinoitusti tarjottavia tarvepohjaiseen tuotteistukseen perustuvia palvelukokonaisuuksia. Ikäihmisten kotona asumisen mahdollista-va hoito ja palvelu edellyttävät lisäksi toimivia ennaltaehkäiseviä ja ennakoivia palveluja sekä omaishoidon järjestämistä ja omaishoidon taloudellista tukea.

Ikäihmisten palveluketjut ovat yleensä ajallisesti pitkiä jo kotihoidossa, mutta varsinkin palveluasumisessa ja pitkäaikaishoidossa. Ikäihmisen palveluntarve ajan funktiona ei ole vakio. Palveluntarve muuttuu kuntoutumisen, sairauksien paranemisen tai vakiintumisen takia, mutta myös fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ja/tai terveydentilan heikentyessä. Palvelukokonaisuuksien määrittelyssä voi olla luontevaa määritellä aluksi asiakkaan palvelutarpeita vastaava minimi palveluvalikoima, jota tarkistetaan ikäihmisen muuttuvien tarpeiden mukaan. Todennäköisesti myös tässä tarvitaan palveluohjauksen tyyppistä menettelyä, koska palvelutuottajien suuri kirjo (yksityinen, julkinen, sosiaali- ja terveyspalvelut, muu palvelu) ja vaihtuvat palveluntarpeet edellyttävät palvelujen yksilökohtaista räätälöintiä. Edellä sanottu korostaa palvelukokonaisuuksien, ei yksittäisten palvelujen järjestämistä ikäihmisille.

Palvelusetelien hyötyjä ja haittoja asiakkaan palvelun joustavuuden kannalta

Palveluseteli on terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämistapa, jossa palvelun järjestäjä sitoutuu korvaamaan asiakkaan valitseman palvelun tuotantokustannukset järjestäjän määräämään arvoon asti. Palvelujen järjestäjän vastuulla on määrittää palvelusetelin arvo ja hyväksyä ne yksityiset palveluntuottajat, joilta asiakas voi palvelusetelillä ostaa palveluja (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 2009). Nykyisen lainsäädännön mukaan asiakas ei voi käyttää palveluseteliä julkisten palvelujen hankkimiseen.

Palvelusetelijärjestelmän tavoitteena on lisätä asiakkaiden valinnanvapautta ja parantaa palvelujen saatavuutta. Palvelusetelin saanut ja hyväksynyt asiakas valitsee itse palveluntuottajan, jolta hankkii tarvitsemansa palvelut. Lisääntyvän valinnanvapauden uskotaan myös lisäävän tuottajien välistä kilpailua asiakkaista, mikä puolestaan voi johtaa halvempiin palveluihin, parempaan laatuun ja jopa säästöihin palvelujen tuotantokustannuksissa.

Palvelusetelin mahdolliset ongelmakohdat liittyvät asiakkaiden informaatioon tuottajista sekä setelin markkinavaikutuksiin. Asiakkaat tarvitsevat informaatiota tuottajista valintojensa tueksi. Palvelujen järjestäjä voi tuottaa informaatiota hyväksymistään palvelujen tuottajista, niiden sijainnista ja palvelujen hinnoista asiakkaiden käyttöön. Informaation jakaminen yksityisistä palvelujen tuottajista sekä muista palvelujen järjestämismuodoista voi olla myös yksi palveluohjaajan tehtävistä.

Palvelusetelin markkinavaikutukset hintoihin ja laatuun riippuvat pitkälti siitä, kannustaako seteli yksityisiä palveluntuottajia tulemaan markkinoille ja lisäämään yksityistä palvelutarjontaa. Palveluseteli lisää asiakkaiden ja potilaiden ostovoimaa ja vahvistaa samalla yksityisten palvelujen kysyntää. Lyhyellä aikavälillä kysynnän lisääntyminen voi jopa nostaa yksityisten

palvelujen hintoja, jos hintoja ei säädellä. Pitkällä aikavälillä hintojen nousua voi rajoittaa uusien palveluntuottajien tulo markkinoille, mikä lisää hintakilpailua tuottajien kesken.

Hyvin toimivat yksityiset markkinat ovat keskeinen ehto hyvin toimivalla palvelusetelijärjestelmälle. Markkinoiden toimivuuden varmistamiseen on syytä kiinnittää huomiota, koska joissakin palvelusetelikokeiluissa on koettu ongelmaksi yksityisen palveluntarjoajan ja palveluntuottajien puute (Mikkola 2003). Jos yksityiset markkinat keskittyvät ja palvelutarjonta jää harvojen yritysten varaan, tämä voi nostaa yksityisten palvelujen hintoja.

Palveluseteliä voidaan tarkastella myös oikeudenmukaisuusnäkökulmasta. Palveluseteli voi asettaa palvelun käyttäjät eriarvoiseen asemaan varallisuuden perusteella. Kaikilla ei ole mahdollisuutta käyttää palveluseteliä, jos asiakkaan maksettavaksi jäävän omavastuun osuus palvelun hinnasta on korkeampi kuin julkisen sektorin lakisääteiset asiakasmaksut.

Ehdotukset

1. Monituottajamallissa palveluketjun kokonaisuuden hallintaan on kiinnitettävä enemmän huomiota kuin yksituottajajärjestelmässä. Monituottajamallin ongelmia voidaan vähentää esimerkiksi ottamalla käyttöön palveluohjaus. Palvelujen järjestäjän edustajana palveluohjaaja voi myös yksittäistä palveluntuottajaa kattavammin tuntee käytettävissä olevat palvelut ja toisaalta myös viestittää järjestäjälle palvelujen kehittämistarpeista kokonaisuuden näkökulmasta.
2. Palvelujen käyttäjän kannalta on tärkeää muodostaa laajoja palvelukokonaisuuksia. Esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelut, jossa tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat samaan kokonaisuuteen. Laajat palvelukokonaisuudet ovat perusteltuja myös kustannusten hallinnan ja osaoptimoinnin ehkäisemisen kannalta.
3. Markkinoiden toimivuuden varmistamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota, jos palveluseteleitä halutaan hyödyntää nykyistä laajemmin.

4.4 Erityistason palvelujen tuottajien rahoitus¹¹

Seuraavassa tarkastellaan erityistason palvelujen tuottajien rahoitusta erityisesti kustannusvaikuttavan tuotannon ohjauksen näkökulmasta. Erityistason palveluja ovat palvelut, jotka palvelutarpeen erityisen vaativuuden, osaamisen tarpeen tai palvelutarpeen harvinaisen esiintyvyyden perusteella on keskitetty alueellisen järjestäjä-rahoittajan toimialueella tai useiden alueellisten toimijoiden yhteiseksi tuotantoyksiköksi yhteen tai muutamiin yksiköihin maassamme. Terveystuotannon palveluista erikoissairaanhoidon palvelu on tyypillinen erityistason palvelu. Sosiaalipalvelujen erityispalveluja on määritelty tarkemmin luvussa 10.

Rahoitusratkaisulla voidaan ainakin neljällä tavalla kannustaa erityistason palvelujen tuottajia kustannusvaikuttavaan toimintaan: 1) otetaan käyttöön hoitoketjun arvoperusteinen rahoitusmalli (ns. value-based rahoitus), 2) maksetaan kannustepalkkioita hyvin suoriutuville tuottajille (laatubonukset), 3) julkistetaan laatutietoa tuottajista (esim. PERFECT, Palveluvaaka) ja 4) otetaan käyttöön täyskustannusvastuun periaate, jonka mukaan palvelujen tuotantoyksikössä tapahtuvien komplikaatioiden kustannukset maksaa kokonaisuudessaan palvelun tuottaja.

¹¹ Jakson 4.4 kirjoittamisesta on vastannut Jukka Kärkkäinen. Työryhmä: Unto Häkkinen, Päivi Hämäläinen, Ilmo Keskimäki, Jukka Kärkkäinen (pj), Meri Larivaara. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten erityistason palvelujen tuottajien rahoitus toteutetaan niin että se kannustaa kustannusvaikuttavaan toimintaan.

Eryteisesti keinot 2–4 soveltuvat erikoissairaanhoidon toiminnan ohjaukseen, mutta edellyttävät rekisteritiedon laadun parantumista ja tietojen nopeampaa tuottamista sekä panostusta hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta koskevaan tutkimukseen.

Hoitoketjun arvoperusteinen rahoitusmalli

Yksi vaihtoehto erityistason palvelujen tuottajien kannustamiseen kustannusvaikuttavaan toimintaan on ryhtyä kehittämään kannustinjärjestelmää arvoon perustuvan terveydenhuollon idealle (Porter 2010, Teperi ym. 2009). Tällöin arvo määritellään palvelujen tuloksen suhteen kuluihin. Yksittäisistä toimenpiteistä, hoitokajoista tai käynneistä maksamisen sijaan tuottajalle maksetaan korvaus terveysongelman ratkaisemisesta. Hinnoittelussa niputetaan yhteen palvelukokonaisuus tai hoitoketju, ei yksittäisiä toimenpiteitä tai vastaanottokäyntejä. Tuottaja saa siis korvauksen potilaan tarvitseman koko hoitoketjun toteuttamisesta, ei yksittäisten suoritteiden tuottamisesta. Esimerkkejä voisivat olla kakkostyyppin diabeteksen tai masennuksen hoidon kokonaisuus sisältäen tarvittavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja soveltuvien osin kuntouttavat palvelut ja sosiaalipalvelut.

Arvoon perustuvalla rahoituksella voidaan kannustaa erityisesti perusterveydenhuollon yksiköitä varmistamaan palveluketjun (perusterveydenhuolto-erikoissairaanhoido-perusterveydenhuolto) kustannusvaikuttavuutta. Hoitoketjun kokonaiskustannuksiin vaikuttaa erityisesti erikoissairaanhoidon palvelujen käytön määrä, siksi on tärkeää pyrkiä kehittämään kannusteita erikoissairaanhoidon potilaita lähettävälle yksiköille. Arvoperusteinen rahoitus luo lähettävälle perusterveydenhuollon yksiköille mahdollisuuden ohjata kustannusvaikuttavaan toimintaan koko palveluketjua, näin siksi, että erikoissairaanhoidon tulorahoituksesta merkittävä osa syntyy perusterveydenhuollon läheteiden kautta.

Porter (2010) on esittänyt palvelujen tuloksen arvioimista kolmesta näkökulmasta: 1) palvelun avulla saavutettu tai ylläpidetty terveydentila, 2) toipumisprosessi (toipumiseen tai tavanomaisen toimintakyvyn palautumiseen kulunut aika sekä hoitoon liittyvät hidasteet, haitat tai muut epämuavuudet kuten diagnoosivirheet, tehoton hoito, epämuukavaksi koetut palvelut, haittavaikutukset, hoitokomplikaatiot) ja 3) saavutetun terveydentilan pysyvyys (sairauden uusiminen tai pitkän aikavälin ongelmat, hoidosta koituvat pitkän aikavälin haitat).

Arvoon perustuvan rahoitusmekanismin käyttöönoton tekee pulmalliseksi se, että selkeää mallia sen soveltamiseksi ei vielä ole eikä käytännöllistä mallia ole siten lainattavissa muualta. Mallin operationalisoinnissa on vielä runsaasti tekemistä, vaikka itse ajatus sopisi erityisesti terveyspalvelujen tuottajien rahoittamiseen luontevasti. Ratkaistavia peruskysymyksiä ovat esimerkiksi, miten tuottajan saama korvaus määritellään, mitä toimintoja ja kuinka pitkän ajallisen hoitoketjun korvaus kattaa, miten tuotos määritellään ja mitataan, jne. Mallin käytännön toteutuksessa tulisikin lähteä liikkeelle siitä, että hinnoitellaan kokeiluluonteisesti joi-tain hoitoketjuja arvoon perustuvan terveydenhuollon periaatteiden mukaan ja testataan niiden toimivuutta käytännössä. Toinen mahdollisuus on soveltaa arvoon perustuvaa rahoitusajatus-ta hyödyntäen perinteisiä kustannusvaikuttavuuden arvioinnin työkaluja. Näin siksi, että arvoon perustuva lähestymistapa muistuttaa paljolti kustannusvaikuttavuuden tavoittele-lua, vaikka lähestymistavoissa on myös eroja.

Arvoon perustuva rahoitusmalli sopii erityistasoa paremmin perustason palvelujen tuottajalle, joka hakee konsultaatiotukea erikoissairaanhoidosta hoitoketjun osana (Teperi ym. 2009). Erikoissairaanhoidon sovellettuna rahoitusmalli voisi olla kaksiosainen: arvoon perustuva rahoitus perusterveydenhuollon kautta ja kapitaatioperusteinen rahoitus suoraan alueelliselta

järjestäjä-rahoittajalta. Rahoitusmalli kannustaisi perusterveydenhuoltoa primaari- ja sekundaaripreventioon sekä loisi perusterveydenhuollon toimijoille mahdollisuuden valvoa erikoissairaanhoidon sisältöä, laatua ja kustannuksia sekä saada tietoa hoidon vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtävänä on määritellä hoitokokonaisuudet ja niistä korvaukset.

Valtakunnallisesti yhtenäinen DRG¹² -hinnoittelu

Valtakunnalliseen DRG:hen perustuvaan erikoissairaanhoidon hinnoitteluun siirtymisellä voidaan lisätä järjestelmän läpinäkyvyyttä, tehokkuutta ja laatua. Tämä kuitenkin edellyttää, että järjestelmää kehitetään lähtien rahoitusjärjestelmän erityspiirteistä. DRG -hinnoittelu toimii tilaaja- tuottajamallissa, jossa sairaaloilla on tietty itsenäisyys ja tilaajalla (ei tuottajalla, kuten Suomessa) on kyky kehittää korvausjärjestelmää. Tulevaisuudessa korvausperusteiden määrittely tulisi tapahtua valtiovallan tai valtakunnallisen toimijan toimesta, kuten tapahtuu kaikissa niissä Euroopan maissa, joissa DRG -järjestelmä on käytössä (pl. Suomi ja Ruotsi) (Busse ym. 2011). Suomessa DRG -tuotteistus on käytössä 13 sairaanhoitopiirissä, mutta piirit soveltavat DRG -perusteisten palvelupakettien määrittelyssä ja hinnoittelussa sen verran epäyhtenäisiä periaatteita etteivät palvelupaketit ja niiden hinnat ole keskenään vertailukelpoisia.

Pelkkä DRG:hen perustuva hinnoittelu ei toimi sellaisenaan, vaan parhaimmaksi ovat osoittautuneet erilaiset sekajärjestelmät, joissa DRG -perusteisiin korvauksiin on yhdistetty kapi-taatio- tai suoritekorvauksia ja erilaisia kustannusten hillinnän mekanismeja (Busse ym. 2011). Lisäksi valtakunnallisen DRG -järjestelmän käyttöönotto edellyttää myös valtakunnallisia toimenpiteitä, joilla estetään järjestelmän väärinkäytökset (kuten ns. DRG-creep). Valtakunnallisen DRG -hinnoittelun myötä voidaan myös vaikuttavuus- ja laatutekijät ottaa huomioon palvelujen tuottajien rahoituksessa (Busse ym. 2011). Tulevaisuudessa DRG -ryhmittelyä tulisikin kehittää nykyisestä hoitajaksoperusteisesta koko hoitokokonaisuuden kattavaksi, mikä vastaa myös edellä kuvattua arvoperusteista lähestymistapaa.

Pitkäaikaishoidon RUG¹³ -maksujärjestelmä

Monisairaiden iäkkäiden hoitajakson pituuden kasvaessa yli 20 vuorokauden DRG -järjestelmä ei enää kuvaa luotettavasti hoitajakson kustannuksia. Tätä puutetta korvaamaan on kehitetty RUG -järjestelmä, joka on pitkäaikaishoidon asiakasrakennetta kuvaava luokitus. RUG -järjestelmässä asiakkaat ryhmitellään päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin ryhmiin (Fries ym. 1994, Björkgren 2002, 2004). RUG-luokitus kuvaa asiakasrakennetta ja hoidon tuotosta kliinisesti mielekkäällä tavalla. Hoidon vaikeutta ja kalleustasoa kuvataan kustannuspainoilla. Mitä suurempi kustannuspaino on, sitä enemmän hoito vaatii voimavaroja ja sitä kalliimpaa hoito on.

RUG -pohjaisen maksujärjestelmän tavoitteena on sekä rahoittajan että tuottajan kannalta oikeudenmukainen korvausjärjestelmä, jossa hoidosta maksettu hinta vastaa asiakkaan voimavarojen tarvetta ja siten hoidon todellisia kustannuksia. Lisäksi tavoitteena on lisätä palvelutuotannon tehokkuutta ja kustannustietoisuutta. RUG -maksujärjestelmässä hoidon hinta sovitaan etukäteen, joten palvelun tuottaja tietää potilaan hoidosta saamansa korvauksen

¹² DRG = diagnosis related groups (ks. esim. <http://www.norddrg.fi/Etusivu>)

¹³ RUG = resource utilization groups. RUG -luokitus sisältyy laajempaan RAI -järjestelmään, joka on Suomessa käytössä ikäihmisten kotihoidossa ja palveluasumisessa sekä pitkäaikaisessa vanhainkotihoidossa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Noin kolmannes Suomen pitkäaikaishoidon asiakkaista on RAI-järjestelmän piirissä.

etukäteen. Asiakasrakenteeseen perustuvan hinnoittelun tavoitteena on myös varmistaa hoidon laatua ja samanaikaisesti hallita kokonaiskustannusten kehitystä. Kokemukset maista, joissa asiakkaat voivat valita hoitopaikkansa ja joissa palveluntuottajien välillä on kilpailua viittaavat siihen, että asiakasrakenteeseen perustuva maksujärjestelmä on parantanut etenkin keskimääräistä kalliimpien asiakkaiden hoitoon pääsyä (Arling ja Daneman 2002).

RUG-pohjaisesta maksujärjestelmästä on jo pitemmältä ajalta kokemuksia Yhdysvalloista, jossa järjestelmää käytetään akuuttihoitoa seuraavan kuntoutushoidon ja pitkäaikaisen laitoshoidon korvaamiseen. Vastaava pitkäaikaisen hoidon hinnoittelu on käytössä myös Kanadassa, Sveitsissä, Espanjassa, Islannissa ja Italiassa (Björkgren 2005). Samankaltainen RUG-pohjainen maksujärjestelmä on Suomessa jo käytössä muun muassa Oulussa pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja laajenemassa myös eräisiin muihin suurimpiin kaupunkeihin.

RUG-järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden myös mielenterveyspalvelujen asiakasrakenteen huomioon ottavaan hinnoitteluun aiempaa luotettavammin. DRG-järjestelmällä voidaan kuvata luotettavasti vain noin puolta psykiatristen hoitajaksojen hinnasta. RUG-järjestelmää vastaava psykiatrisen sairaalahoidon asiakasrakenneluokitus (SCIPP¹⁴) on kehitetty Kanadassa, missä se on käytössä. Psykiatrian asiakasrakenneluokitusta testataan parhaillaan myös Suomessa.

Julkaistujen laatutietojen käyttö tuottajien ohjaamiseen

Sairaalatoimintaa kuvaavista rekistereistä saadaan monipuolista tietoa potilaille annetuista hoidosta, hoidon onnistumisesta, vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Sairaaloiden hoitotulokset ja hoidon kustannukset vaihtelevat PERFECT¹⁵-hankkeessa julkaistujen tutkimusten mukaan huomattavasti (http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect). Sama vaikuttavuus saavutetaan siis hyvin eri suurilla kustannuksilla ja yhtä suuret kustannukset johtavat eri suureen vaikuttavuuteen, myös sen jälkeen kun potilasrakenteen erot on otettu huolellisesti huomioon. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi hyödyntää näitä tietoja esimerkiksi pohtimalla sairaaloille räätälöitäviä laatubonuksia tai vastaavia kustannusvaikuttavuuden parantamiseen tähtäviä kannusteita. Vaikuttavuustiedon käyttöä bonusjärjestelmissä vaikeuttaa kuitenkin se, että tietoa hoidon vaikuttavuudesta saadaan aikaviiveellä, joka monesti on taulouden näkökulmasta pitkä.

Esimerkiksi PERFECT-keskoshankkeessa on ilmennyt suuria eroja pikkukeskosten hoidon järjestämisessä ja hoitotuloksissa (ks. alaviite 15). Syntyminen muussa kuin yliopistosairaalassa lisäsi pikkukeskosten riskiä kuolla alle vuoden iässä. Vuosina 2000–2003 yliopistosairaalassa syntyneiden pikkukeskosten osuus oli eri erityisvastuualueilla 53–94 %. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö suositteli keskosten hoidon keskittämistä yliopistosairaloihin. PERFECT-hankkeen tulosten julkaisemisen jälkeen yhä useampi pikkukeskosen onkin syntynyt yliopistosairaalassa (89 % vuonna 2008, 76 % vuonna 2000–2003). Myös alueelliset erot

¹⁴ SCIPP = system for classification of in-patient psychiatry.

¹⁵ PERFECT-hankkeessa arvioidaan eri rekistereistä kootuilla aineistolla annettua hoitoa, kustannuksia ja vaikuttavuutta. Tällä hetkellä sairaala- ja sairaanhoitopiiriakohtaista tietoa tuotetaan seitsemässä sairaudessa. Hankkeen tulosten mukaan vaikuttavuutta voidaan kokonaisvaltaisesti arvioida ainoastaan silloin, kun tiedetään mitä kaikille potilaille on tapahtunut hoidon jälkeen. Lisäksi sairaaloiden ja alueiden mielekäs vertailu edellyttää riittävän suuria potilasmääriä. Esimerkiksi suurissakin potilasryhmissä sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien yhden vuoden vaikuttavuustietojen tarkastelu on altis satunnaisuudelle. Hankkeen tuloksia on raportoitu laajasti *Annals of Medicine* julkaisussa. (<http://informahealthcare.com/toc/ann/43/S1> *Annals of Medicine* vol 43, Number S1, (June 2011))

ovat kaventuneet: vuonna 2008 yliopistosairaaloissa syntyneiden osuus vaihteli 74 %:n ja 93 %:n välillä. Keskosten hoitotuloksissa havaittujen erojen vuoksi yhden yliopistosairaalan synnytystoimintaa on auditoitu.

Ehdotukset

Erityistason palvelujen tuottajia voidaan kannustaa kustannusvaikuttavaan toimintaan esimerkiksi: 1) ottamalla käyttöön hoitoketjun arvoperusteinen rahoitusmalli (ns. value-based rahoitus), 2) maksamalla kannustepalkkioita hyvin suoriutuville tuottajille (laatubonukset), 3) julkistamalla laatutietoa tuottajista (esim. PERFECT, Palveluvaaka) ja 4) ottamalla käyttöön täyskustannusvastuun periaate, jonka mukaan palvelujen tuotantoyksikössä tapahtuvien komplikaatioiden kustannukset maksaa kokonaisuudessaan palvelun tuottaja.

Arvoon perustuva rahoitusmalli soveltuu hyvin perustason palvelujen tuottajille, joka hakee konsultaatiotukea erikoissairaanhoidosta hoitoketjun osana. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtävänä on määritellä hoitokokonaisuudet ja niistä maksettavat korvaukset.

Erikoissairaanhoidon toiminnan ohjaukseen soveltuvat erityisesti keinot 2–4, mutta niiden hyödyntäminen edellyttää rekisteritiedon laadun parantamista ja tietojen nopeampaa tuottamista sekä panostusta hoidon laatua ja kustannusvaikuttavuutta koskevaan tutkimukseen.

4.5 Kansallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu¹⁶

Seuraavassa tarkastellaan keskitettävien palvelujen tuotantoa, ei rahoitusta tai järjestämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa kannattaa valtakunnallisesti keskittää, jos sairauksien tai sosiaalisten tarpeiden erityislaadun tai harvinaisuuden edellyttämää erityisosaaamista ei ole riittävästi kaikilla alueellisilla järjestäjä-rahoittajilla tai osaamista ei ole kustannussyistä järkevää hajauttaa kaikille alueille. Sosiaalisesti ja psyykkisesti erityisen vaikeasti oireilevien potilaiden ja erityisen harvinaisten sairauksien hoito on tarkoituksenmukaista keskittää. Lisäksi hoidon keskittämistä puoltavat erityisen kalliita investointeja tai palveluratkaisuja vaativat tehtävät. Palvelujen hajauttaminen kaikille alueellisille toimijoille ei ole erityisen vaativan osaamisen ja teknisten voimavarojen käytön kannalta kustannustehokasta. Lisäksi keskittämällä varmistetaan erityispalvelujen kehittyminen ja palveluja tukevan tutkimuksen edellytykset.

Keskitettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisällöstä ja palvelujen tuotannosta tulisi päättää kansallisesti sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa ja säätää asetuksella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja muut asiantuntijalaitokset antavat asiantuntija-apua ministeriölle ohjauksen ja päätöksenteon tueksi.

Palvelutuotantoa voidaan keskittää tutkimus- ja diagnostiikkapalvelujen osalta (osaamiskeskukset) ja/tai varsinaisen hoidon ja kuntoutuksen osalta. Ensin mainitussa tilanteessa varsinaisen hoito/kuntoutus toteutetaan järjestäjä-rahoittajan alueella. Jälkimmäisessä tapauksessa voidaan hoitokin toteuttaa valtakunnallisesti keskitettynä. Keskitettyjä palveluja tuottavien yksiköiden vastuulle kuuluvat molemmissa tapauksissa tutkimus, seuranta, yhteistyö yliopistojen kanssa ja kansainvälinen yhteistyö.

¹⁶ Jakson 4.5 kirjoittamisesta on vastannut Jukka Kärkkäinen. Työryhmä: Marina Erhola, Riitta Haverinen, Päivi Hämäläinen ja Jukka Kärkkäinen (pj). Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten kansallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu ratkaistaan.

Esimerkkejä keskitettävistä palveluista

Valtakunnallisesti muutamiin yksikköihin on tällä hetkellä keskitetty esimerkiksi seuraavia palveluja: 1) Erityisen vaikeahoitoisten nuorten psykiatrinen laitoshoido on keskitetty kahteen yksikköön (Niuvanniemi ja Pitkäniemi), potilaan jatkohoido laitoksessa ja avohoido toteutetaan potilaan oman sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian yksikössä; 2) Oikeuspsykiatrinen ja erityisen vaikeahoitoisten psykiatristen potilaiden laitoshoido on keskitetty kahteen valtakunnalliseen yksikköön (Vanhan Vaasan ja Niuvanniemen sairaalat); 3) Elinsiirtoja (esim. maksansiirrot, sydämensiirrot) on keskitetty HYKS-sairaaloihin; 4) Harvinaisten sairauksien tutkimusta ja hoitoa on keskitetty yliopistosairaaloihin.

Lisäksi seuraavien asiakas-, potilas- ja sairausryhmien osalta on tarvetta palvelujen keskittämiseen alueellisen järjestäjä-rahoittajan maantieteellistä aluetta suuremmille alueille:

- 1) Lapset ja nuoret. Keskitettäviä ovat esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito, erittäin vaativat huostaanotto- ja sijoitusratkaisut, osa pitkäaikaissairaiden lasten ja nuorten kuntoutuspalveluista, erityisen vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatriset palvelut sekä huumeiden käyttäjien kuntouttava laitoshoido. Keskitää kannattaa myös sellaisten lasten ja nuorten hoito, joilla on useampia samanaikaisia neurologisia, somaattisia ja sosiaalisia ongelmia ja jotka vaativat samanaikaisesti monien erityisalojen tutkimus-, hoito- ja kuntoutusosaamista. Keskitetyissä palveluissa tarvitaan monipuolista erityisosaamista monilta aloilta: päihdepsykiatria, nuorisopsykiatria, neurologia, sosiaalityö, psykologia, kasvatustiede, perhetyö, lastensuojelu ja kriminaalihuolto.

Valtakunnallisesti muutamaaan paikkaan tarvitaan myös päihteitä käyttävien nuorten ongelmiin erikoistuneita palveluja (esim. erityisosaaminen keskitettynä valtakunnallisesti yhdelle alueelle), joista voidaan antaa hoidon lisäksi tarvittaessa konsultatiopalveluja muiden alueellisten järjestäjä-rahoittajien alueilla toimiville keskitetyille yksiköille. Tällaisia asiakasryhmiä ovat esimerkiksi avomuotoiseen intensiiviseen ja monipuoliseen hoitoon kiinnittymättömät nuoret, joilla on päihdeongelman lisäksi vakavia käyttäytymis- ja impulssikontrollin ongelmia, kuten toistuvaa väkivaltaisuutta, rahapeliongelmiä, prostituutiota, rikoksia, vaikeista neuropsykologisista ongelmista ja pitkäaikaisista päihdeongelmista kärsivät nuoret (esim. opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevat nuoret, joilla ADHD tai psykostimulanttien väärin käyttäjät) sekä nuoret, joilla on vaikea päihdeongelma yhdistyneenä vammaisuuteen (kehitysvamma, aisti- tai liikuntavamma) tai mielenterveysongelmaan (hyväksikäyttö tms. vuoksi traumatisoituminen, itsetuhoisuus, syömishäiriöt yms.).

- 2) Kehitysvammaiset. Vaikeasti psykiatrisesti oireilevat kehitysvammaiset, autistiset kehitysvammaiset. Keskitetty valtakunnallinen osaamisyksikkö takaisi lääke- ja hoitotieteellisen sekä terapiapalvelujen kehittymisen. Yksikön tehtävänä olisi hoitopalvelujen lisäksi välittää tietoa muille toimijoille sekä tehdä palveluja tukevaa tutkimusta. Terveystieteiden osalta tarvitaan em. ryhmien keskitetty järjestelmä (esim. kaksi erityistason erikoissairaanhoidon yksikköä), joka vastaisi lasten ja nuorten hoidosta ja kuntoutuksen suunnittelusta sekä osittain toteutuksesta. Valtakunnallisten yksiköiden tehtävänä olisi toimia lääketieteellisinä asiantuntijoina, jotka tarjoisivat palveluja poliklinikan kautta, konsultoimalla sekä osastopalveluna. Osastolla olisi sekä arviointijaksoa varten paikkoja, mutta myös kriisijaksoihin varaukset.
- 3) Harvinaiset sairaudet. Harvinaiseksi määritellään sairaus jonka yleisyys on enintään 1 / 10 000 asukasta ja kuhunkin sairausryhmään kuuluu enintään 500 henkilöä. Tällä hetkellä Suomessa harvinaisten sairauksien osaaminen kuuluu yliopistosairaaloiden toimenkuvaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella on säädetty nimettyjen sairauksien valtakunnallisesta keskittämisestä tiettyihin keskuksiin. Terveystieteiden osalta

mukaan erikoissairaanhoidon keskitettävät hoidot määritellään valtioneuvoston asetuksella. Asola (2010)

Ehdotukset

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotantoa on tarkoituksenmukaista keskittää valtakunnallisesti, jos sairauksien tai sosiaalisten tarpeiden erityislaadun tai harvinaisuuden edellyttämää erityisosaamista ei ole riittävästi kaikilla alueellisilla järjestäjä-rahoittajilla tai osaamista ei ole kustannussyistä järkevä hajauttaa kaikille alueille.
2. Sosiaalisesti ja psyykkisesti erityisen vaikeasti oireilevien potilaiden ja erityisen harvinaisten sairauksien hoito on tarkoituksenmukaista keskittää. Lisäksi hoidon keskittämistä puoltavat erityisen kalliita investointeja tai palveluratkaisuja vaativat tehtävät.

4.6 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallintomalli¹⁷

Kunnallinen itsehallinto ja kuntien toiminnan ohjaus demokraattisten periaatteiden mukaan on Suomessa vakiintunut hallinnon järjestämisen periaate. Tämä periaate koskee myös suoraan tai välillisesti kuntien järjestämien julkisten palvelujen hallintoa.

THL:n asiantuntijaryhmän ehdottamassa alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu kootaan yhdelle, väestöpohjaltaan riittävän suurelle alueelliselle toimijalle, joka vastaa kaikista julkisesti rahoitetuista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista saaden käyttöönsä kaiken tällä hetkellä palveluihin ohjattavan julkisen rahoituksen (Pekurinen ym. 2011).

Ehdotuksessa hahmoteltiin keskeisiä periaatteita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen uudistamiseksi, mutta esitetyt periaatteet eivät ole kovin yksityiskohtaisia. Ehdotuksessa ei myöskään eritelty tarkemmin palvelujen tuotannon järjestämistä, mutta todetaan tuotannon rahoituksesta, että se noudattaa periaatetta, jonka mukaan rahoitus seuraa asiakasta.

Tässä ehdotettuja periaatteita on tulkittu siten, että alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa Suomi on jaettu 12–15 hallinnolliseen alueeseen, jotka alueellaan vastaavat sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Palvelujen tuotanto on puolestaan ajateltu järjestettävän joko siten, että 1) alueellinen toimija voi toimia myös palvelujen tuottajana tai 2) palvelujen järjestäminen ja tuotanto on kokonaan erotettu ja alueellinen toimija vastaa vain palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Ensimmäisessä vaihtoehdossa alueellisen toimijan ohella tuottajina voi toimia myös muita kuntien hallitsemia palveluntuottajia ja yksityisiä yrityksiä. Toisessa vaihtoehdossa palvelujen tuottajina toimisivat kuntien hallitsemat yksiköt ja yksityiset palveluntuottajat. Molemmassa malleissa valtio hallitsemat palveluyksiköt tuottaisivat rajatusti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja (valtion mielisairaalat ja koulukodit). Lähtökohtaisesti on ajateltu, ettei valtion osuus palvelutuotannossa tule merkittävästi kasvamaan.

Seuraavassa esitellään vaihtoehtoiset mallit, joiden mukaan alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto voidaan toteuttaa jotta demokratiavaade toteutuisi. Lisäksi tarkastellaan suppeasti palvelujen tuottajapuolen hallinnon järjestämistä niiltä osin kuin palvelutuotanto tapahtuu

¹⁷ Jakson 4.6 kirjoittamisesta on vastannut Ilmo Keskimäki. Työryhmä: Liisa Heinämäki, Ilmo Keskimäki (pj), Simo Kokko, Merja Kovasin, Minerva Krohn, Jukka Kärkkäinen, Anneli Milén ja Juha Moring. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, millaisella hallintomallilla järjestäjän ja rahoittajan toiminta organisoidaan niin että varmistetaan riittävä demokraattinen päätöksenteko (demokratiavaade)?

julkisen sektorin omistamissa ja hallitsemisissa yksiköissä. Tarkastelussa pyritään arvioimaan vaihtoehtoisten hallintomallien seurauksia sekä etuja ja haittoja.

Vaihtoehtoiset hallintomallit demokratiavaateen toteuttamiseksi

Demokraattisen päätöksenteon järjestämisen vaihtoehtoja on ensisijaisesti etsitty nykyisen lainsäädännön mukaisista ratkaisuista. Järjestäjä- ja rahoittajapuolelle hahmottuu kaksi hallinnon järjestämisen päävaihtoehtoa:

- 1) Kuntayhtymämalli, jonka mukaisesti toimivat tällä hetkellä sairaanhoitopiirit, kuntayhtymämuotoiset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet sekä monet muut kuntien yhteistyötä edellyttävät palvelutuotantorakenteet. Tässä vaihtoehdossa päättävävaltaa edustaa kuntien nimeämistä edustajista koostuva valtuusto tai kuntayhtymäkokous.
- 2) Itsenäinen aluehallinto- tai maakuntamalli, jota tällä hetkellä noudatetaan Kainuun hallintokokeilussa ja jossa päättävävalta on suoraan vaaleilla valitulla valtuustolla.

Vaihtoehtojen arviointia

Seuraavassa arvioidaan alueellisen järjestäjä-rahoittajan vaihtoehtoisia hallintomalleja demokraattisen päätöksenteon edellytysten näkökulmasta, pohditaan sitä, miten hallintomalleissa toteutuu sosiaali- ja terveyspalveluja koskevan päätöksenteon integrointi muuhun kuntien sosiaali- ja terveyspoliittisesti keskeiseen päätöksentekoon sekä tarkastellaan lyhyesti hallintomallin vaikutusta kuntien asemaan.

Demokratiavaateen toteutuminen

Demokraattisen päätöksenteon näkökulmasta sekä kuntayhtymämalli että aluehallintomalli toteuttavat periaatteessa demokratiavaateen ja perustuslain säädökset kuntalaisten itsehallinnosta. Molemmissa päätöksenteko palautuu viimekädessä vaaleilla valittuihin edustajistoihin. Käytännössä päätöksenteko kuitenkin etääntyisi yksittäisistä kuntalaisista. Kummassakin mallissa merkittävä osa nykyisestä kunnallisesta päätöksenteosta siirtyisi uudelle hallintotasolle eikä kunnallisilla päättäjillä olisi suoraa mahdollisuutta vaikuttaa kuntalaisille tarjottaviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kehitystä korosta myös hallitusohjelman vahvoja peruskuntia koskeva linjaus, joka tulee jatkamaan viime vuosien kehitystä kohti suurempia kuntayksiköitä (Hallitusohjelma 2011). Ratkaisuksi on esitetty, että edustuksellisen demokratian järjestelmien ohelle kehitettäisiin kuntalaisille uusia osallistumisen ja vaikuttamisen muotoja.

Kuntien näkökulmasta molemmissa malleissa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen (samalla myös palvelulupauksen määrittely ja tilaaminen) siirretään alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle, mutta rahoitus kerätään kunnilta sekä aiemmin kunnille maksettuina valtion-osuuksina valtiolta ja sairausvakuutuksesta. Kuntien kannalta kyse on merkittävästä osasta verokertymää, eli noin puolesta kuntien rahankäyttöä. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa näiden rahojen käyttämisestä päättää alueellinen toimija. Kuntalaisten mahdollisuudet vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja rahankäyttöön heikkenevät, kun päätösvalta siirtyy kunnanvaltuutetuilta alueellisen toimijan toimielimiin valituille kunnan edustajille.

Hyvinvointi- vai identiteettikunta?

Kainuun hallintokokeilun arvioinnissa edellä mainittua päättäjävallan siirtymistä on kuvattu kuntien kovertumisena ontoiksi tärkeistä vastuista, päätösvalasta ja tehtävistä, jotka ovat määrittäneet kunnallista itsehallintoa. Kehityskulku johtaisi lopulta nykyisten kuntien luonteen

supistumiseen kuntalaisten asumista ja alkuperää luonnehtiviksi identiteettikunniksi (Airaksinen ym. 2008). Kainuun hallintokokeilun päätöksentekijähaastattelujen perusteella näin ei kuitenkaan näyttäisi tapahtuneen. Osa päättäjistä katsoo itsehallinnon vahvistuneen, vaikka kunnanvaltuustojen päätäntävällä budjetin perusteella arvioiden 60 prosenttia on siirtynyt maakuntatasolle. Suhteellisen tiukasti säädeltyjen sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien päätöksien siirtyessä maakuntavaltuustoon, kunnanvaltuustot ovat voineet keskittyä paremmin jäljelle jääneeseen kuntalaisten kannalta tärkeisiin päätöksiin (Jäntti ym. 2010).

Säilyttävä vai uutta linjaava päätöksenteko

Tehokkaan aluehallinnon näkökulmasta Kainuun hallintokokeilun arvioinnissa maakuntavaltuustomallia on kritisoitu vaikeuksista päättää alueellisen kehittämisen priorisoinnista. Jäntti ym. (2010) toteavat, että tulevaisuuteen katsovien ratkaisujen sijaan maakuntavaltuusto on pyrkinyt takaamaan lähivuosiksi elämisen edellytykset koko Kainuun alueella. Kirjoittajien mukaan perusongelma liittyy siihen, että suunnittelujärjestelmä, johon tuodaan paljon edunvalvoja, tuottaa lähtökohtaisesti kompromisseja, jotka saattavat olla esimerkiksi palveluverkon kattavuuden näkökulmasta hyviä ratkaisuja, mutta saattavat samalla jättää muut näkökohdat huomiotta. Kainuussa esimerkiksi aluekehittämiseen liittyvät kompromissit ovat herättäneet tyytymättömyyttä alueen keskuskunnissa, joiden näkökulmasta järjestelmä on ollut liian tasapäistävä ja toisaalta reuna-alueilla kritisoidaan kehittämispäätösten keskittymistä liikaa keskuskuntiin. Kritiikistä huolimatta vaaleilla valittua valtuustoa pidettiin Kainuun tapauksessa parempana kuin perinteistä kuntayhtymäpäättöksentekoa. Maakuntavaltuutettujen on katsottu toimivan leimallisesti maakunnan eikä yksittäisten kuntien edustajana (Jäntti ym. 2010).

Jossain määrin samansuuntaisia johtopäätöksiä on tehty arvioitaessa päätöksentekoa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla (Heinämäki 2011). Rahoitus- ja järjestämisvastuun jakautuminen on tuottanut kuntien luottamushenkilöille sekä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden viranhaltijoille epäselviä vastuu- ja hallintosuhteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus sekä alueellinen järjestäjä-rahoittaja selkeyttäisi palvelujen järjestämisvastuuta. Nykytilanteessa kuntien ollessa rahoitusvastuussa palvelujen järjestämisvastuussa olevalla kuntayhtymällä (esim. sairaanhoitopiiri) ei useinkaan ole riittävää toiminnallista vapautta esimerkiksi alueellisen palvelutuotannon taloudellisuuden ja tuottavuuden lisäämiseksi.

Alueellisen sosiaali- ja terveyspoliittisen päätöksenteon koordinointi

Haasteeksi palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun siirtyessä kunnalta alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle voi muodostua palvelujärjestelmää ja muuta hyvinvointipolitiikkaa koskevan päätöksenteon eriytyminen ja koordinoimattomuus. Vaikka sekä alueellisen toimijan että alueen kuntien päätöksenteko täyttävät demokratian vaatimukset, voivat valmistelijat ja päätöksentekijät painottaa eri näkökulmia silloin, kun samaan asiakokonaisuuteen liittyvä päätöksenteko tapahtuu eri tahoilla. Samanlainen päätöksenteon koordinaatiohaaste koskee sekä kuntayhtymä- että aluehallintomallia, mutta haaste korostuu aluehallintomallissa, jossa aluehallinnon päätöksenteko on myös muodollisesti kunnista riippumatonta. Myös Kainuun hallintokokeilun yhteydessä tällainen haaste on tiedostettu. Hallintokokeilun arvioissa Jäntti ym. (2010) esittivät, että tällaisissa tilanteissa koordinaatiolla on taipumus toteutua epävirallisten verkostojen kautta, mikä voi sujuvoittaa päätöksentekoa, mutta voi olla päätöksenteon läpinäkyvyyden ja demokratian kannalta ongelmallista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita koskevassa tutkimuksessa yhteistoiminta-alueiden edustajat kuvasivat palvelujen järjestämisen toteutuvan ensisijaisesti asiantuntija-arvion perusteella perinteisten kunnallishallinnon prosessien sijasta (Heinämäki 2011). Asiantuntijoiden asema korostui usein tyypillisesti niillä yhteistoiminta-alueilla, joiden taloutta kunnat eivät seuraa ja ohjaa tarkasti, vaan järjestämisvastuun siirtäminen oli toteutettu niin, että budjettirahoituksen myöntämisen jälkeen kunta ei pyrkinyt ohjaamaan palvelutuotantoa.

Kun yhteistoiminta-alueilla rahoitusvastuu on jäänyt kunnalle, mutta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ja päätöksenteko on siirtynyt pois, on alueellisen toimijan ja kunnan välille tarvittu uudenlaista päätöksentekoa tukevaa vuorovaikutusta. Tämä vuorovaikutus on sisältänyt muun muassa vuosittaisia palvelusopimuksia valmistelevaa palvelutarpeen arviointia sekä laajempaa palvelutarpeeseen vaikuttamaan pyrkivää tiedon välitystä yhteistoiminta-alueilta kuntiin päin. Tällä tavoin on voitu tukea kuntien mahdollisuutta vaikuttaa palvelutarpeeseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keinoin. Tähän mennessä kunnat ovat maksaneet asukkaiden yhteistoiminta-alueilla käyttämistä palveluista useimmiten suoriteperusteisesti, joten kuntia on tämä vaikuttamismahdollisuus myös kiinnostanut (Heinämäki 2011). Mikäli rahoitusvastuu siirtyisi pois kunnilta alueellisille toimijoille, voi riskinä olla, että kunnan kiinnostus palvelusuoritteiden määrittelyyn ja ohjaamiseen heikkenee. Niillä yhteistoiminta-alueilla, jotka on toteutettu kuntayhtymämallilla, palveluihin liittyvä päätöksenteko kytkeytyy nykyisin vahvasti talouden seurantaan. Rahoitusvastuun poistuessa kuntien edustuksellinen asema päätöksenteossa saisi uuden roolin. On mahdollista, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys kunnan muihin sektoreihin siinä vaiheessa heikkenee.

Demokratiavaade ja julkisten sosiaali- ja terveysten palvelujen tuottajien hallinto

Siirtyminen alueellisen järjestäjä-rahoittajan malliin ei sinällään vaikuta tuottajapuolen rakenteeseen ainakaan lyhyellä aikavälillä. Valtaosan sosiaali- ja terveysten palveluista tuottavat myös tulevaisuudessa julkisen sektorin palvelujen tuottajat. Ehdotetun mallin voi kuitenkin katsoa tukevan palvelujen monituottajuutta. Yksityisten palvelujen tuottajien rooli tulee säilymään merkittävänä ainakin niillä aloilla, joissa se jo tällä hetkellä on huomattava, kuten asumispalveluissa, ja todennäköisesti ainakin jossain määrin edelleen kasvamaan palveluissa, joissa monituottajuuden toteuttaminen on tarkoituksenmukaista ja siihen on hyviä edellytyksiä, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluissa ja elektiivisessä kirurgiassa. Valtion rooli palvelujen tuottajana tulee luultavimmin säilymään marginaalisena ja keskittyy jo nykyisin tuotettuihin erityispalveluihin (valtion mielisairaalat ja koulukodit).

Tuottajapuolen julkisten yksiköiden hallintomallille on useita vaihtoehtoja. Mahdolliset hallintomallit riippuvat siitä, miten julkinen palvelutuotanto järjestetään. Mikäli alueellinen järjestäjä-rahoittaja toimii palvelujen tuottajana, määräytyy tuotantoyksiköiden demokraattisen päätöksenteon vaatimus alueellisen toimijan hallintomallin kautta. Tuotantoyksiköt voivat kuulua suoraan kuntayhtymän tai maakuntatyypin aluehallinnon alaisuuteen, jolloin päätöksenteko voi periaatteessa tapahtua samalla tavoin kuin nykyisissä sairaanhoitopiireissä tai Kainuun maakunnan hallintokokeilussa. Nykykäytännön mukaisesti tuotantoyksiköt voivat olla myös liikelaitoksia tai osakeyhtiötä, jolloin toiminnan valvonta toteutuu esimerkiksi alueellisen toimijan nimittämän johtokunnan tai hallituksen kautta.

Mikäli alueellisen toimijan rinnalla on myös muita julkisia (kunnallisia) palveluntuottajia, niiden hallinto ja toiminta voidaan periaatteessa järjestää nykykäytäntöä vastaavasti. Tällöin mahdollinen hallintomalli voisi olla sellainen, että kunkin alueellisen toimijan alueella toimisi yksi tai useampia kuntien hallitsemia tuottajia, joiden demokraattisesta päätöksenteosta vii-

me kädessä vastaisivat palveluntuottajan omistajasta riippuen kuntien tai kuntayhtymien valtuustot. Varsinaisten palveluyksiköiden hallinto olisi kuitenkin ylläkuvatulla tavalla tarkoituksenmukaista järjestää valtuustojen nimittämien johtokuntien tai hallitusten kautta.

Yksityisten palveluntuottajien toimintaa ohjattaisiin erillisellä lainsäädännöllä nykyisen käytännön mukaan. Alueellisen järjestäjä-rahoittajamallin toteuttamisen edellyttämiä muutoksia yksityisten palveluntuottajien asemassa on kuvattu yksityiskohtaisemmin tämän raportin muissa osissa.

Ehdotukset

Kuntien demokraattinen itsehallinto on keskeinen osa suomalaisen hallinnon perinnettä ja sen turvaaminen on tärkeää uudistettaessa sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää. Alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa voidaan demokraattisen päätöksenteon edellytykset taata jo tällä hetkellä hallinnossa käytössä olevien mallien avulla joko kuntayhtymämallin tai maakuntatyyppisen aluehallintomallin kautta.

Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto ehdotetaan toteutettavaksi kuntayhtymämallin mukaisesti. On luultavaa, että kuntayhtymämallin toteuttaminen on siirtymävaiheessa hallinnollisesti yksinkertaisempaa ja siirtymässä voidaan hyödyntää olemassa olevia kuntayhtymiä, esimerkiksi sairaanhoitopiirejä, uudistuksen toteuttamisessa. Tämän lisäksi erillisen, itsenäisen aluehallintotason luominen sosiaali- ja terveydenhuoltoon saattaisi monimutkaistaa julkista hallintoa ja heikentää päätöksenteon koordinaatiota ilman, että järjestelystä saataisiin erityistä lisäarvoa.

Alueellisen järjestäjä-rahoittaja-kuntayhtymän valtuusto muodostettaisiin vallitsevan käytännön mukaan niin että alueen kunnat valitsevat valtuustoedustajansa. Vaihtoehtoisesti valtuusto voidaan valita myös suorilla vaaleilla. Molemmat menettelyt korostavat valittujen päättäjien vastuuta palvelujen järjestämisestä koko alueen väestölle, väestön tarpeiden mukaan. Päättäjät eivät ota kantaa yksittäisten kuntien maksuosuuksiin, vaan päättävät koko alueelle järjestettävistä palveluista.

Julkisten sosiaali- ja terveystalouden tuottajien hallinnossa demokratiavaade voidaan turvata vaihtoehtoisilla tavoilla. Mikäli alueellinen järjestäjä-rahoittaja toimii myös palvelujen tuottajana, demokraattinen hallinto ja ohjaaminen voidaan toteuttaa järjestäjä-rahoittaja-kuntayhtymän valtuuston kautta. Mikäli alueella toimii muita kuntien omistuksessa olevia julkisia tuottajia vastaavat omistajakuntien ja -kuntayhtymien valtuustot demokraattisesta tuottajien ohjauksesta ja seurannasta.

4.7 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan taloudellinen ohjaus¹⁸

Sosiaali- ja terveystalouden muuttuva rahoitus ja ohjaus

Rahoitusreformin yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi voi nähdä pyrkimyksen erottaa tai ainakin selkeyttää erilleen terveystalouden rahoitus ja tuottaminen. 1990-luvulta lähtien monissa sellaisissa maissa (esim. Iso-Britannia, Uusi-Seelanti), joissa rahoitus ja tuottaminen olivat jo lainsäädännöllisesti tai muiden pelisääntöjen kautta lukitut toisiinsa, ryhdyttiin näitä toiminto-

¹⁸ Jakson 4.7 kirjoittamisesta on vastannut Simo Kokko. Työryhmä: Unto Häkkinen, Pia Maria Jonsson, Simo Kokko (pj), Minerva Krohn, Anneli Milén ja Eeva Widström. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, miten alueellisen toimijan rahoitus (sis. valtionosuus, kuntien maksuosuus, sairausvakuutus, asiakasmaksut) järjestetään niin että se kannustaa kustannusvaikuttavaan toimintaan.

ja tarkoituksellisesti eriyttämään. Kansainvälinen käsitepari purchaser-provider split on kääntynyt suomenkielelle vaihtelevasti. Purchaser-rooliin voidaan viitata järjestämisen, tilaamisen, hankinnan tai ostamisen käsitteillä. Provider-rooli on kääntynyt palvelujen tuottamiseksi.

Tärkeä periaate palvelujen toteutumisessa on tarvittavan asiantuntemuksen ja toimivallan jakaantuminen kahteen tehtäväryhmään tai rooliin. Tilaajan tehtävänä on sille osoitetuilla voimavaroilla tilata, organisoida tai muuten toteuttaa (esim. palvelusetelillä) tarvittavien palvelujen tuotanto. Tätä varten tilaaja yleensä tekee tuottajan tai tuottajien kanssa sopimuksen palvelujen tuottamisesta. Sopimus voi vaihdella varsin yleisluonteisesta hyvinkin yksityiskoh- taiseen.

Tuottajan tehtävänä on huolehtia siitä, että palvelut tarjotaan sopimuksissa linjatuilla tavoilla. 1990-luvulla monissa Euroopan maissa toteutettujen reformien tärkeä periaate on ollut lisätä tuottajien itsenäistä harkintavaltaa sen suhteen, miten itse palveluprosessit toteutetaan, kun- han tilaajan kanssa sovitut ehdot täyttyvät.

Tilaaminen – silloin kun sillä tarkoitetaan tavoitteellista ja asiantuntevaa palvelujen tuotannon ohjausta – poikkeaa erityisesti terveydenhuollossa aikaisemmista perinteisistä ohjaus- ja ra- hoitusmenettelyistä. Esimerkiksi sairaaloille on monissa maissa perinteisesti annettu kiinteä budjetti, johon liittyvän yleisluonteisen toimintasuunnitelman saattamana sairaalan kliininen johto on saanut tehdä harkintansa mukaan parhaansa palvelutuotannon toteuttamiseksi. Avohoidon palveluista on maksettu tuottajille korvausta joko käynti- tai suoriteperusteisesti tai joissakin maissa kapitaatioperusteisesti. Käynnin tai muun suoritteen laajuus ja vaatavuus ovat voineet olla porrastetun hinnaston pohjana, mutta perinteiset ohjausjärjestelmät eivät yleensä kannustaneet tuottamaan erityisesti sellaisia palveluja, jotka on osoitettu vaikutta- vimmiksi ja hyödyllisimmiksi. Myöskään terveydelliseltä arvoltaan vähäisinä tai kyseenalaisina pidettävien palvelujen tarjoamista ei yleensä lannistettu taloudellisilla tai muilla keinoilla. 1980–1990-luvuilla tosin herättiin keskustelemaan ”priorisoinnin” nimikkeen alla siitä, pitäisi- kö joitakin hoitoja jättää kokonaan rahoittamatta julkisista varoista.

1990–2000-luvuilla perinteisten korvausmuotojen rinnalle alkoi ilmaantua kannusteilla tai myös taloudellisilla sanktioilla (”lannisteilla”) ohjaavia korvaus- tai sopimusmenettelyjä (Salt- man ja Figueras 1997). Näistä tärkeimpiä ovat olleet seuraavat:

- Palvelun laadusta esimerkiksi laatutavoitteiden toteutumisesta maksettavat bonus- tyyppiset korvaukset. Näistä tunnetuin lienee brittiläisen NHS:n käyttämä QOF- menettely (Quality and Outcome Framework). Tähän järjestelmään on koottu joukko hoitoprosessien laatua sekä myös infrastruktuuria, tietojärjestelmän, palvelujen käyt- täjille tiedottamisen jne. sisältöä tai laatua koskevia kriteerejä, joiden täytyminen johtaa merkittävän lisärahoituksen (bonus) saamiseen. (www.qof.ic.nhs.uk)
- Palveluille asetettavien tavoitteiden täyttymisestä maksettavat bonus-tyyppiset kor- vaukset; esimerkiksi rokotus- tai seulontatutkimusohjelman peittävyys, hoitoon mää- räajassa pääsyn kriteerien täytyminen.
- Palvelujen mitattavien tulosten tai vaikutusten perusteella maksettavat lisäkorvauk- set.
- Suomessa laajalti käytetty taloudellinen sanktio on ollut sairaanhoitopiirien perimä ns. sakkomaksu sellaisista hoitopäivistä, jotka potilas viettää sairaalassa erikoissairaan- hoidon tarpeelliset palvelut saatuaan odottaen jatkohoitopaikkaa.

Alueellisen toimijan kansallinen ja paikallinen ohjaus

Edellä esitellyt uudet taloudellisen ohjauksen muodot ja kannustimet ovat käytössä yleensä rahoittajan ja palvelujen tuottajan välillä. Rahoittaja haluaa vahvistaa tai täsmäohjata palveluprosesseja tahtonsa mukaisesti, kannustaa laadun kehittämiseen tai esimerkiksi valtakunnallisesti asetettujen tavoitteiden tai painotusten täyttämiseen.

Vuoden 1993 suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistuksen ja sitä seuranneiden kuntalaskutusikäntöjen uudistusten jälkeen kunnat tai kuntien yhteenliittymät (yhteistoiminta-alueet ja sairaanhoitopiirit) ovat kunnallisten palvelujen järjestäjiä ja rahoittajia. Sairaalat ja terveyskeskukset ovat tuottajia. Rahoittajaa ja tuottajaa ei ole kovin yleisesti erotettu muodollisesti toisistaan, vaikka erilaisia pyrkimyksiä ja virityksiä roolien eriyttämiseen onkin käytössä (Kokko ym. 2010). Kunnat ovat tässä tilanteessa saaneet osakseen arvostelua siitä, etteivät ne ole täyttäneet valtakunnallisia tavoitteita tai eivät sovelle suositteluja periaatteita. On voitu osoittaa, että palvelujen järjestämisessä on tingitty ennalta ehkäisevistä palveluista, päihdehuollon, mielenterveystyön tai muiden erityisryhmien palveluista (ks. esim. Leppo 2010). Perusterveydenhuollon voimavarojen kehityksen on arvosteltu jääneen kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidosta jälkeen. Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon palvelujen varmistamiseksi säädettiin asetus, koska suositukset eivät johtaneet toivottuihin vaikutuksiin. Hoitoon pääsystä ja yhteyden saannista on säädetty lainsäädännöllä ja muilla sitovilla säädöksillä.

Jos Suomeen luotaisiin nykyistä kuntien ja sairaanhoitopiirienkin kokoluokkaa suurempi alueellinen rahoitusrakenne ja alueelliset rahoittajat, pitäisikö valtion ohjata näitä alueellisia toimijoita edellä esiteltujen kaltaisilla keinoilla, jotta valtakunnallisesti yhtenäisen sosiaali- ja terveyspalvelupolitiikan toteutuminen varmistettaisiin? Pitäisikö uusiin rakenteisiin säätää peruskunnille omat ohjaus- ja kannustinmahdollisuudet?

Jos valtiovalta ottaisi Norjan tapaan rahoituksen perusvastuun käsiinsä ja delegoisi tehtävän Norjan mallin mukaisesti viidelle alueelliselle rahoitusorganisaatiolle, voisi hyvin odottaa, että valtiovalta huolehtisi ja varmistaisi valtakunnallisen politiikan toteutumisen suoraan käyttämällä valtaansa suhteessa rahoitusorganisaatioihin. Tällöin voisi odottaa, että alueelliset rahoittajat pystyisivät omien organisaatioidensa ja palvelujen tuottajien välille toiminnan ohjaamiseen tarvittavat kannustin- ja sanktiomenetelmät. Oma kysymyksensä tulisi olemaan, kuinka varmistettaisiin rahoittajista irralleen jäävien kuntien rooli ja sitoutuneisuus kehittää aktiivisesti esimerkiksi terveyden edistämistä ja toimia muutoinkin terveyttä ja toimintakykyä myönteisesti vaikuttavilla tavoilla esimerkiksi asuntopolitiikassa.

Jos alueelliset rahoittajaorganisaatiot taas luotaisiin kuntien sekä kuntien yhteistoimintaorganisaatioiden ja valtion "väliin" siten, että rahoitusvirrat tulisivat sekä valtiolta että kunnilta, olisi vaarana se, että nämä uudet organisaatiot ryhtyisivät käyttäytymään kuin kunnat nykyisin. Niitä olisi tarpeen ohjata valtiovallan toimesta nykyistä kuntien ohjausta tarkemmin, jotta ei jouduttaisi uudelleen samoihin ongelmiin kuin 1993 jälkeen. Osa valtiovallan ohjauksesta todennäköisesti toteutuisi nykyisenkaltaisena säädösohjauksena – hoitotakuu, neuvolapalvelut, mahdollisesti uusi ikääntyneiden subjektiivinen oikeus hoitoon ja hoivaan.

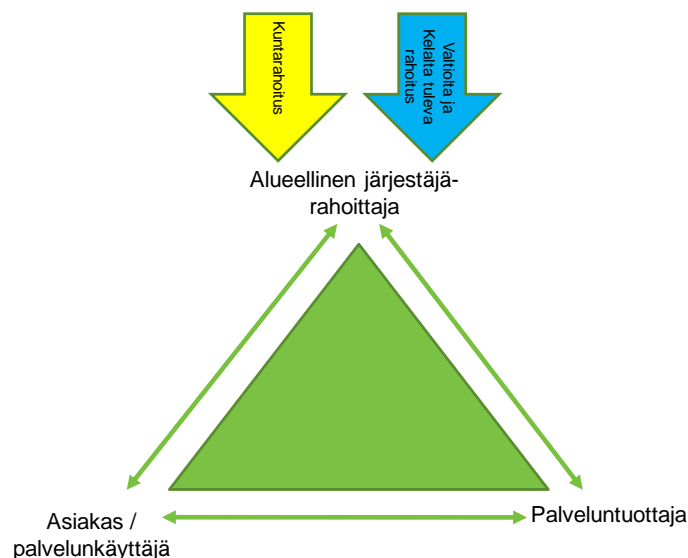
Palvelujärjestelmän rakenteiden uudistaminen on ollut 2000-luvulla vahvasti esillä. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhtenä pääteesiä on ollut, että perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen asianmukaiselle järjestämiselle tarvitaan riittävä väestöpohja. Tämä ei ole kuitenkaan johtanut palveluja tuotavien yksiköiden koon kasvamiseen, kuten uudistuksen alkumet-

reillä oletettiin. Terveyskeskusten ja terveysasemien verkko ei ole kokenut eikä ole kokemassa kovin radikaaleja muutoksia. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottaminen monipuolistuu yksityisten palveluntuottajien osuuden kasvaessa. Sairaalaverkoston tulevasta kehityksestä käydään myös vilkasta keskustelua, muun muassa synnytystoiminnan tai tekonivelkirurgian vähimmäisvolyymeista. Samaan aikaan erikoissairaanhoidon verkoston kehitystä ohjaa päivystysvalmiuden ylläpitämisen vaativuus ja kalleus, koska erikoissairaanhoidossa on siirrytty aikaisempaa hienorakenteisempaan erikoisalajakoon. Esimerkiksi aiemman yleiskirurgian ja yleissisätautien päivystyksen sijaan tarvitaan nykyisin useita suppeampien erikoisalojen päivystystä. On todennäköistä, että valtiolta haluaa tulevaisuudessakin ohjata alueellista palvelujen rahoittajaa palvelurakenteiden uudistamisessa, mutta samaan aikaan paikalliset ja alueelliset toimijat ja päätöksentekijät pyrkivät säilyttämään palvelulaitokset ja palvelutarjonnan mahdollisimman pitkälle entisellään (vrt. Heinämäki 2011).

Laadun kehittäminen ja laatuun liittyvien kriteereiden täyttymisen seuranta kuuluisi pääasiassa palvelujen rahoittajan ja tuottajan väliseen sopimusten maailmaan. Olisi kuitenkin selvitetävä, olisiko esimerkiksi harvinaisten sairauksien hoidon tason varmistamisessa, tai uusien tehokkaiksi osoittautuvien hoitokäytäntöjen (esim. aivohalvausten uusiutuva trombolyysiin perustuva hoito) edistämässä tarpeita, joiden toteutuminen pitäisi varmistaa ohjaamalla alueellisen rahoittajan toimintaa valtakunnallisesti.

Jos valtiovalle ja kunnille haluttaisiin antaa tässä tarkoitettu ohjausmahdollisuus, sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tavallinen kolmio, jossa ovat omissa kolmion kärjissään palvelujen käyttäjä, palvelujen tuottaja ja palvelujen rahoittaja, laajenisi kuviossa 5 esitetyllä tavalla.

Kuvio 5 Palvelujen rahoitus, tuotanto ja käyttö alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa.



Jos tulevia alueellisia palvelujen järjestäjä-rahoittajia haluttaisiin ohjata valtiovalan toimesta (eli ei luotettaisi siihen, että organisaatioilla on samat arvot ja tavoitteet kuin valtiovalalla), ohjauksen toteutuksesta ja keinoista voidaan esittää seuraavia periaatteita:

- 1) Rahoituksessa tarvittava palvelujen tarpeen mukainen taseus pitäisi sisältyä koko rahoituksen yleisratkaisuun valtakunnallisella tasolla.

- 2) Jos valtiolta haluaa osoittaa käyttötarkoitukseen sidottua rahoitusta joihinkin valikoituihin priorisoitaviin palveluihin, tämä on mahdollista, mutta onko valtiovallan vielä ohjattava alueellista rahoittajaa saadun rahan käytössä? Miksei alueellisen rahoittajan omiin toimintaperiaatteisiin luontevasti kuuluisi priorisoitavien palvelujen ja toimintojen tuottamisen kannustaminen? Tärkeisiin ja priorisoitaviin palveluihin – esimerkiksi ennalta ehkäisyyn - ohjaamisen pitäisikin kuulua pääasiassa palvelujen alueellisen rahoittajan ja palveluntuottajien välisen ohjaus- ja sopimusmenettelyn keinoin toteutettavaksi.
- 3) Taloudellisten ja vaikuttavien hoito- ja toimintamuotojen valintaa ja käyttöönottoa voitaisiin myös kannustaa valtiovallan toimesta, mutta voidaan yhtä hyvin kysyä, miksei tämä voisi olla alueellisen rahoittajan vastuulla. Samoin kuin edellä, tämänkin ohjauksen painopisteen pitäisi olla rahoittajan ja tuottajien välillä. Rahoittajilla on oltava tätä varten asiantuntemusta ja valmiuksia soveltaa sekä kotimaisesta että kansainvälisestä tutkimusnäytöstä saatavia perusteita ohjauksensa pohjaksi.
- 4) Jos halutaan viedä läpi palvelujärjestelmän laajamittaisia rakennemuutoksia, näiden tukeminen valtakunnallisilla kannustimilla alueellisten rahoittajien yläpuolelta voisi olla perusteltua. Tällaisia ovat olleet lähihistoriassa esimerkiksi psykiatrisen hoidon mitattava rakennemuutos 1980-luvulta lähtien, vanhainkoti-instituution asteittainen korvaaminen palveluasumisella, päiväkirurgian edistäminen, hoitotyön vastaanottotoiminnan laajentaminen ja vahvistaminen perusterveydenhuollossa ja päivystyspisteiden voimakas keskittäminen perusterveydenhuollossa. Tulevaisuudessa tarvittavia muutoksia ovat esimerkiksi pitkäaikaishoidon siirtäminen terveyskeskussairaaloista palveluasumisen ja kotihoidon piiriin, omahoidon edistäminen ja terveyshyötymallin tärkeimpien elementtien läpi vieminen pitkäaikaissairaiden avohoidossa. Tällöin erikseen kannustettaviksi valittaisiin muutoksia, joiden yleinen merkitys ymmärretään ja hyväksytään, mutta paikalliset viiveet ja erilaiset rakennemuutoksia hidastavat ”kotiin päin vetämiset” saataisiin hallintaan. Hyviä esimerkkejä siitä, miten taloudelliset kannustimet johtivat mittaviin rakenteellisiin muutoksiin palvelutuotannossa 1990-luvulla, ovat palveluasumisen voimakas lisääntyminen ja mielenterveystoimistojen palvelujen siirtyminen perusterveydenhuollon alaisuuteen yli puolessa maan sairaanhoitopiirejä.
- 5) Kuntien mukaan kytkeminen on tarkoin analysoitava sen jälkeen, kun on ratkaistu, miten kunnat osallistuvat palvelujen rahoitukseen tulevaisuudessa ja miten demokraattisen päätöksenteon asema muuttuu. Jos koko rahoitusrakenne perustuu vahvoihin peruskuntiin Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa tavoitteeksi asetetulla tavalla (Hallitusohjelma 2011), tarve tarkastella erillään kuntien ja rahoittajaorganisaatioiden tahtoa ja toimia vähenee tai poistuu. Jos rahoittajaorganisaatiot tulisivat kuitenkin yleisesti olemaan kuntien yhteisesti joillakin rakenteilla ylläpitämiä, peruskunnat olisi syytä kytkeä kokonaisuuteen mukaan ja rakentaa kannustavat ohjauselementit kuntien ja rahoittajien välille. Käytännön ratkaisuihin vaikuttaa olennaisesti myös se, miten nykyiset kuntien sosiaalihuollon palvelut toteutetaan, mihin sijoittuisivat ennen kaikkea sosiaalityö, lastensuojelu, vammaispalvelut, toimeentulotuki ja päihdepalvelut. Miten rakennettaisiin ja varmistettaisiin sosiaalihuollon yhteydet esimerkiksi työllistämistöimiin?

Kannusteilla ohjaus

Edeltävässä pohdinnassa on alueellisen rahoittajan kannustamista tarkasteltu tavallaan samanlaisena prosessina, joka syntyy rahoittajan ja palvelujen tuottajan välillä, mutta ulkopuolinen taho (valtio ja/tai kunnat) kuitenkin puuttuisi prosessiin tarvittaessa ja ohjaisi sitä sosiaali- ja terveyspolitiikassa tavoittelemiinsa suuntiin. Tässä asetelmassa itää tavallaan epäluulo siitä, että alueellinen rahoittaja kuitenkin ennen pitkää yrittää rahojen osoittautuessa riittävästi ”mennä yli siitä, missä aita on matalin”.

Voisiko asetelmaa muuttaa kokonaisuudessaan siten, että alueelliselle rahoittajalle luotaisiin yhteiskunnalliset ja taloudelliset odotukset sosiaali- ja terveydenhuollon hyvistä tuloksista. Rahoittajaa voitaisiin palkita (saattaa vastuuseen) terveyden ja hyvinvoinnin indikaattoreiden (oikein mitattuna) suotuisasta (kielteisestä) kehityksestä, terveyserojen kaventumisesta, työurien pidentymisestä, omahoidon ja lähipiiriltä saatavan avun ja hoivan kukoistuksesta, erilaisten sosiaali- ja terveydenhuollossa tai sen liepeillä näkyvien ongelmien vähenemisestä (alkoholi- ja huumeriippuvuus, runsaat sairauspoissaolot, oireenmukaisten lääkkeiden runsas käyttö jne.).

Tällainen lähestymistapa olisi varmaan kiintoisa kehiteltäväksi. Silti kyse on laajakantoisesta ja mittavasta ajattelun ja yhteiskunnallisen vastuun kohdistamisesta. Mittaamisen ja oikeudenmukaisen kausaalisen suhteen osoittamisen ongelmat olisivat suuret. Toimintaa myös mieluusti kohdennetaan helposti mitattavissa oleviin kannusteilla palkittaviin toimintoihin, jolloin vaikeasti mitattavat toiminnot voivat jäädä kehityksessä paitsioon. Alueellisen palvelujen järjestäjä-rahoittajan perustehtävä on edistää alueen väestön hyvinvointia ja terveyttä. Jos alueelliset järjestäjä-rahoittajat ovat väestöiltään sekä taloudellisilta ja henkisiltä voimavaroiltaan riittävän suuria kantamaan laajaa yhteiskunnallista vastuuta, niihin voisi hyvin soveltaa yllä kuvattuja ohjausmenettelyjä.

Sairausvakuutukselta tuleva rahoitus

Koska koko yksikanavaisen alueellisen rahoitusmallin perusajatuksena on pyrkiä eroon eri rahoittajälähteiden rinnakkaisesta toiminnasta syntyvistä ongelmista, sairausvakuutukselta koottavan rahoituksen pitäisi integroitua valtakunnallisen rahoituksen kanssa. Valtiolta ja sairausvakuutuksesta alueelliselle rahoittajalle ohjattava rahoitus pitäisi siis yhdistää, jos sairausvakuutus pidetään tulevaisuudessakin erillisenä instituutona.

Asiakasmaksutulot

Asiakasmaksut ovat herättäneet todelliseen merkitykseensä nähden paljon keskustelua ja synnyttäneet ladattuja rintama-asetteluja. Tärkeää on pitää kiinni Pohjoismaisesta periaatteesta, jonka mukaan asiakasmaksut ovat säädelyjä ja ne pidetään kohtuullisina ainakin erilaisten asiakas- tai perhekohtaisten kattosääntöjen avulla. Asiakasmaksuilla on Suomessa pyritty ohjailemaan palvelujen käyttöä esimerkiksi perimällä sairaaloiden poliklinikoilla tarjottavista perusterveydenhuollon päivystyspalveluista tavallisia terveyskeskusmaksuja korkeammat maksut. On vaikea arvioida, miten paljon tällaisilla ohjauskeinoilla on vaikutusta. Terveyskeskuskentältä kerrotaan kuitenkin epävirallisina arvioina, että maksujen ohjaava vaikutus näkyy muun muassa siinä, että vuosittaisen maksukaton täytyminen saattaa kannustaa palvelujen käyttöön. Samoin silloin, kun tarjolla on rinnakkain maksullinen tai maksuton palvelu – esimerkiksi lääkärin tai hoitajan vastaanottopalvelu – moni haluaa nimenomaan käyttää maksutonta palvelua. Ohjauksen nykyiset periaatteet antavat hyviä suuntaviivoja siitä, mihin tavoitteisiin ohjauksella pitäisi päästä. Asiakasmaksupolitiikan pitäisi tukea ennalta ehkäisevien palvelujen käyttöä. Maksujen ei pitäisi karsia tai lannistaa tarpeellista palvelujen käyttöä, esimerkiksi pitkäaikaisten sairauksien hoitosuunnitelmaa toteutettaessa. Maksupolitiikalla voidaan tukea perusterveydenhuollon tavallisten päiväaikaisten palvelujen käyttöä suhteessa esimerkiksi yhteispäivystysten käyttöön. Maksupolitiikalla on myös viisasta tukea itsehoitoa, omaisten ja läheisten tarjoamaa hoitoa ja tukea. Maksuilla ei esimerkiksi pitäisi luoda olosuhteita, joissa ympärivuorokautiseen hoitoon hakeutuminen muuttuu kotihoitoa edullisemmäksi.

4.8 Valtakunnallinen ohjaus¹⁹

Miksi valtakunnallista ohjausta tarvitaan?

Palvelujärjestelmä muutoksessa

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä on näihin päiviin asti noudatellut pohjoismaista integroitua mallia, jossa päävastuu palvelujen rahoituksesta, järjestämisestä ja tuottamisesta on hajautettu alueelliselle tai paikalliselle taholle, Suomessa kunnille.

Pohjoismainen malli on viime vuosina ollut vahvassa muutoksessa ja erityisesti terveydenhuoltojärjestelmien kehityksessä on nähtävissä useita yhteisiä kehityskulkuja (Magnussen ym. 2009). Rahoitus- ja järjestämisvastuu on siirtymässä tahoille, joiden väestöpohjat ovat aiempaa suuremmat ja taloudelliset ”hartiat aiempaa leveämmät”. Samanaikaisesti vastuu palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta on eriytymässä ja palvelujen tuottajakunta monipuolistumassa. Asiakkaan asema on vahvistumassa palvelujärjestelmän läpinäkyvyyden parantumisella ja valinnanvapauden lisääntyessä. Nämä muutokset leimaavat myös Suomen palvelujärjestelmän kehitystä, joskin muutostahti meillä on ollut selvästi hitaampi kuin muissa pohjoismaissa.

Seuraavassa käsitellään alueellisen järjestäjä-rahoittaja mallin toteuttamisen pohjalta nousevia kysymyksiä palvelujärjestelmän valtakunnallisesta ohjauksesta. Kysymykset ovat monessa suhteessa samankaltaisia kuin muissa pohjoisessa parhaillaan ratkotaan osana sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien uudistamista (Jonsson ym. 2006).

Alueellinen ja paikallinen autonomia vs. tasavertaiset palvelut

Toimiva lähidemokratia ja päätöksenteko lähellä kansalaista ovat Suomessa arvostettuja yhteisiä päämääriä, joita kunnallisen autonomian ja päätöksenteon katsotaan tukevan. Toimivassa kunnallisessa demokratiassa kuntalaisten odotetaan saavan omien tarpeidensa ja toiveidensa mukaan räätälöityjä palveluja.

Hajautetut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät tuottavatkin säännönmukaisesti alueellista vaihtelua ja eriarvoisuutta niin palvelujen saatavuudessa, tarjonnassa, henkilövoimavaroissa, osaamisen tasossa kuin palveluihin käytettävissä taloudellisissa voimavaroissa (The Kaiser Foundation 2009). Siellä missä palvelujärjestelmien seuranta on pitkälle kehittynyttä, eroja on havaittu myös palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa (SKL & Socialstyrelsen 2011).

Alueellisia eroja voidaan pitää rakenteellisina, loogisina seurauksina hajautetusta päätösvalasta. Vaihtelut kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä esimerkiksi palvelujen saatavuudessa, laadussa ja kustannuksissa ovat legitiimejä ja toivottuja edellyttäen, että maan eri osien väestöryhmien palvelutarpeissa ja toiveissa on todellisia eroja. Ongelmana on se, että alueelliset vaihtelut eivät yleensä näytä pohjautuvan eroihin väestön palvelutarpeissa, vaan selittyvät pikemmin muilla tekijöillä kuten kuntien vaihtelevilla verotuloilla, hoitotoiminnan tuottavuudella ja/tai palvelujen tuottajan kyvyllä tuottaa laadukkaita palveluja (Folmer Andersen ja Mooney 1990).

¹⁹ Jakson 4.8 kirjoittamisesta on vastannut Pia Maria Jonsson. Työryhmä: Marina Erhola, Riitta Haverinen, Päivi Hämäläinen, Pia Maria Jonsson (pj), Jukka Kärkkäinen, Anneli Milén, Juha Moring, Anu Muuri, Anja Noro ja Eeva Widström. Työryhmän tehtävänä oli pohtia, millaista valtakunnallista ohjausta alueellisen järjestämis- ja rahoitusvastuun toteuttaminen edellyttää kansallisesti yhtenäisen toiminnan varmistamiseksi.

Käytännössä hajautetut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät tasapainottelevat jatkuvasti toisaalta alueellisen ja paikallisen autonomian synnyttämien alueellisten vaihtelujen ja toisaalta kaikille kansalaisille tarjottavien tasavertaisten palvelujen välillä.

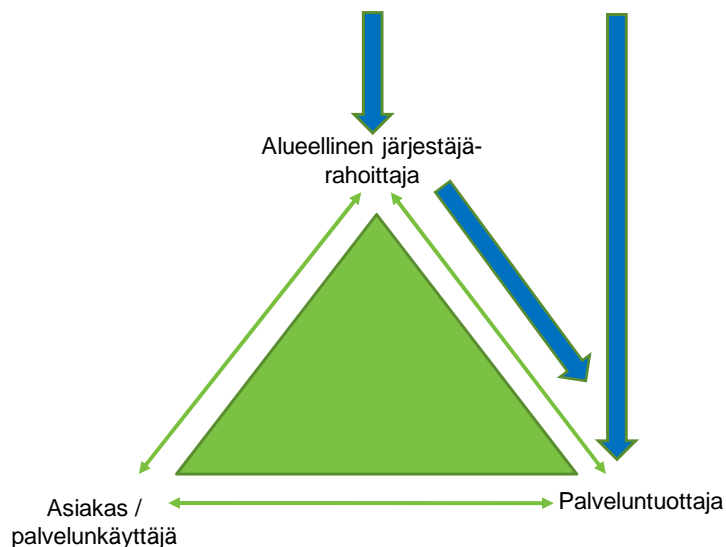
Suuret vaihtelut erityisesti palvelujen saatavuudessa ovat osoittautuneet poliittisesti herkiksi ja johtaneet eri pohjoismaissa valikoitujen ja kohdennettujen valtion ohjaustoimien käyttöön. Hyvä esimerkki tästä on Suomen hoitotakuulainsäädäntö. Tutkimuksilla kiistatta osoitetut suuret vaihtelut palvelujen laadussa ja vaikuttavuudessa eivät ole samassa määrin toimineet sosiaali- ja terveyspolitiikan moottoreina. Tämä selittyy osin sillä, että kansalaisten tietoisuus palvelujen laadun ja vaikuttavuuden vaihtelusta ei ole samalla tasolla kuin palvelujen saatavuudesta, mutta myös sillä että erot palvelujen saatavuudessa, esimerkiksi jonotusaikojen muodossa, ovat helpommin kansalaisten havaittavissa. Ilmeiset laatupuutteet esimerkiksi vanhustenpalveluissa ovat kuitenkin johtaneet valtion ohjaustoimenpiteisiin myös meillä.

Valtion ohjauskeinoja

Lainsäädäntö ja pehmeämmät ohjauskeinot

Hajautetussa järjestelmässä valtion keskeiseksi tehtäväksi voidaan katsoa yksittäisen ”pienen ihmisen” etujen ja oikeuksien vaaliminen silloin, kun alueellinen tai kunnallinen päätöksenteko ei takaa kaikilla kansalaisille hyvälaatuisia ja tasavertaisia sosiaali- ja terveyspalveluja (kuvio 6). Valtion ohjaava toiminta voi kohdistua niin palvelujen järjestämisestä vastuussa oleviin tahoihin kuin palveluntuottajiin.

Kuvio 6 Valtion ohjaus hajautetussa palvelujärjestelmässä.



Palvelujärjestelmän rakenteellisista tekijöistä johtuvaan palvelujen saatavuuden ja laadun vaihteluun voidaan parhaiten vaikuttaa suoraan rakenteellisin toimenpitein. Näin on käytännössä tehty laajoilla lainsäädännöllisillä uudistuksilla esimerkiksi Tanskassa terveydenhuollossa ja Norjassa erikoissairaanhoidossa. Molemmissa maissa järjestämisvastuussa olevien tahojen kokoa on 2000-luvulla olennaisesti kasvatettu ja valtion, syntyneiden alueiden ja kuntien väliin suhteisiin on tehty suuria muutoksia. Norjan sairaalauudistuksen seurannassa osoitettiin, että erot palvelujen saatavuudessa pienenevät uudistuksen yhteydessä juuri siellä, missä entiset aluerajat poistuivat (Norges Forskningsråd 2007).

Jos laajoille lainsäädännön kautta toteuttaville rakenneuudistuksille ei ole löytynyt hyväksyntää, valtion vaihtoehtona on ollut käyttää kohdennetumpaa lainsäädäntöä tai erilaisia pehmeämpiä ohjausinstrumentteja.

Yksityisten ja kolmannen sektorin tuottajien määrän kasvu Pohjoismaissa on johtanut näitä koskevan sääntelyn ja valvonnan kehittämiseen. Tuottajakunnan monipuolistuessa tarkennettu valtionohjaus on kohdistunut rahoittajien, järjestäjien ja tuottajien välisiin suhteisiin ja pelisääntöihin, esimerkiksi siihen millä kriteerein järjestäjätahot päästävät tuottajat julkisen rahoituksen piiriin tai millä tavoin tuottajille maksettavat korvaukset määräytyvät. Valtio voi myös periaatteessa asettaa kattoja esimerkiksi asiakasmaksuille.

Ruotsi on hyvä esimerkki hajautetun järjestelmän maasta, jossa terveydenhuollon puutteita ja maakäräjäalueiden välisiä vaihteluita on pyritty pienentämään varsin monin erityyppisin ohjaustoimin. Esimerkkejä valtionohjauksen vahvistumisesta 2000-luvulla ovat olleet kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitoprosessien ja hoitotulosten avoimet tilastovertailut (benchmarking) (SKL & Socialstyrelsen 2011). Valtio on myös pyrkinyt ohjaamaan maakäräjäalueiden toimintaa erilaisin korvamerkityin valtionavuin ("stimulanspengar").

Rahoitus ohjauskeinona

Alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa kuntien maksuosuus perustuu kiinteään kapitaatiokorvaukseen eli kunta maksaa alueelliselle toimijalle jokaisesta kuntalaisesta yhtä suuren korvauksen. Valtio rahoittaa alueellista toimijaa tarveperusteisen kapitaatiokorvauksen muodossa (ks. Häkkinen ym. 2009). Tarveperusteinen korvaus kompensoi kuntien maksuosuuksien epätasaisuutta rasittamatta lähtökohtaisesti heikommassa asemassa olevia kuntia. Mekanismit toimii kuntataloutta tasoittavasti riippumatta kuntien koosta. Samalla valtiovallalla on valtionosuuden perusteita säätelällä mahdollisuus ohjata tukea esimerkiksi vanhusväestön muuttuvien tarpeiden mukaan.

Periaatteessa pieni osa valtion rahoituksesta alueellisille toimijoille voitaisiin jakaa kuntien kautta. Kokemuksia tästä voidaan hakea Tanskasta, missä maan viidellä alueella ei ole verotusoikeutta ja noin 80 prosenttia alueiden tuloista tulee suoraan valtiolta. Pieni osuus valtion rahoituksesta jaetaan kunnille, joilla on terveydenhuollon osarahoitusvastuu (Pedersen ym. 2005). Mekanismin tarkoituksena on luoda kimmoke kuntien terveyttä edistävälle ja sairauksia ehkäisevälle toiminnalle. Mekanismin toimivuus edellyttää, että alueellisella järjestäjä-rahoittajalla on mahdollisuus laskuttaa kuntaa asukasperusteisen maksun lisäksi pienen osan palvelujen tuotantokustannuksista kunnan väestön käyttämien palvelujen määrän ja laadun mukaan. Tällöin terveyttä ja hyvinvointia aktiivisesti edistävät kunnat voisivat periaatteessa säästää rahaa. Tämä luonnollisesti edellyttäen, että terveyttä ja hyvinvointia edistävät toimenpiteet tosiasiallisesti vähentävät palvelujen tarvetta ja käyttöä kohtuullisella aikavälillä.

Tanskassa lyhyen aikavälin syy-yhteyden osoittaminen terveydenedistämiskäytännöiden ja väestön terveydentilan välillä on koettu ongelmalliseksi ja siksi on harkittu järjestelmää, jossa valtio tukee kuntien terveydenedistämistä suhteessa niiden konkreettisiin terveydenedistämistoimiin. Suomessa tällainen suoriteperusteinen valtio-osuus olisi toteuttavissa periaatteessa vaivattomasti, varsinkin kun kuntien terveydenedistämiskäytännöiden seuraamiseen on jo kehitetty kansallinen mittari, TEAviisari (Saaristo ja Ståhl 2011).

Yleisemminkin käyttötarkoitukseen sidotut ("korvamerkityt") suoriteperusteiset valtionavustukset ja bonukset ovat mahdollisesti tehokas kansallisen ohjauksen väline, joita voidaan

käyttää tukemaan kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden saavuttamista. Positiivisia kannusteita voidaan käyttää "negatiivisten" ohjauskeinojen kuten uhkasakkojen asemesta tai täydentämään niitä. Esimerkiksi Ruotsi on pyrkinyt ratkaisemaan hoitotakuuongelmia ja vähentämään alueellista vaihtelua palvelujen saatavuudessa maksamalla erityisiä korvauksia maakäräjäalueille, jotka pystyvät todentamaan hyviä tuloksia palvelujen saatavuudessa (Överenskommelse mellan staten och SKL 2011).

Paitsi hoitojonojen purkuun, Ruotsissa on osoitettu suoriteperusteisia tukirahoja muun muassa kirjoitettujen sairaslomien vähentämiseksi sekä vanhustenhuoltoon ja kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämisen tukemiseen jaetaan vuoden 2011 alusta lisärahoitusta (Överenskommelse om patientsäkerhet 2011). Niin hoitojonojen purkuun kuin potilasturvallisuuden edistämiseen suunnattujen erityisvaltionosuuksien myöntämisperusteita on tarkoitus ajan myötä kiristää.

Palkitsevan valtionohjauksen ongelmana voidaan pitää sitä, että valtion rahoitus kohdistuu alueellisille toimijoille, jotka jo ovat saavuttaneet toivottuja tuloksia. Samalla heikommin suoriutuvat alueet, jotka ehkä olisivat suuressa tukirahojen tarpeessa, jäävät ilman lisärahoitusta. Vasta-argumenttina voidaan luonnollisesti esittää, että ilman suoriteperustetta maksetuilla valtiontuilla on taipumus hävitä "mustaan aukkoon" eli alueellisen toimijan yleiseen rahoitukseen valtion alun perin osoittamasta käyttötarkoituksesta riippumatta. Ilmiö lienee monelle tuttu myös Suomen kunnille osoitettujen valtionosuuksien käytössä.

Selvää on, että mahdollisuus päästä osalliseksi valtion lisärahoituksesta ainakin herättää kysymyksiä ja keskustelua alueellisten järjestäjä-rahoittajien rakentamien palvelujärjestelmien toimivuudesta.

Normiohjauksesta

Keskeisissä rahoitusjärjestelmän toimivuuteen ja oikeudenmukaisuuteen liittyvissä kysymyksissä valtion voi olla syytä normittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa uusien sitovien säädöksin. Sikäli kuin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapauden ja raha seuraa asiakasta -periaatteen halutaan toimivan ilman suurempia ongelmia, voi olla tarpeellista harkita hyvien palvelujen kansallisia kriteerejä ja minimistandardeja. Tiukka normiohjaus asettaa kuitenkin myös monenlaisia haasteita. Erityisesti taloudellisesti vaikeina aikoina kansalaisten subjektiivisten oikeuksien tai palvelujen normittamisen lisääminen johtaa helposti ei-normitetun palvelun suhteellisen aseman ja saatavuuden heikkenemiseen.

Asiakkaan valinnanvapauden ja rahaa seuraa asiakasta -periaatteen toteutuminen tarkoittavat sitä, että palvelujen lopullinen hankintavastuu siirtyy asiakkaalle tai ei-autonomisten asiakkaiden kyseessä ollen heidän läheisilleen tai edustajilleen. Palvelujen järjestäjälle ja ammattihenkilöstölle jää toki edelleen tärkeä rooli asiakkaan informoimisessa palveluista, palvelujen laadusta, jne. Hyvien palvelujen minimistandardien tarkoituksena on suojella asiakkaita heikkolaatuisilta palveluilta esimerkiksi palvelujen tuottajien hyväksymismenettelyn kautta. Selkeä sääntely on hyödyllistä myös siksi, että se antaa valvontaviranomaisille mahdollisuuden puuttua ala-arvoiseen palvelutuotantoon.

Kriteerejä määrittelevän normituksen ensiaskelia on jo nähty palvelusetelilainsäädännössä. Palvelusetelilaki ei tosin määrittele selkeitä kansallisia tuottajien hyväksymiskriteerejä, mutta antaa yleisluontoisia hyväksymisperusteita, joita järjestämisvastuussa olevien kuntien tulee soveltaa. Vaikka yleistynyt hankintamenettely ja palvelusetelilain soveltaminen ovat mahdol-

listaneet tarkempien laatuksiteerien käytön kuntien toimesta, kriteerien määrittely ja kehittäminen ei ole vielä käynnistynyt laajassa mittakaavassa.

On ilmeistä, että kansallisen seurannan ja seurantajärjestelmien kehittäminen nivoutuvat kiinteästi yhteen palvelujen laadun minimistandardien ja palvelutuotannon kansallisen valvonnan kehittämisen kanssa. Voidaan kuitenkin kysyä, kuinka tarkkaan valtiovaltan on tarpeen sitovasti säännellä palvelujärjestelmän toimivuuden seuraamiseen tarvittavia järjestelmiä ja niiden tietosisältöjä.

Paitsi palvelujen laatua ja yhtenäisiä seurantajärjestelmiä valtiovalta voi halutessaan määritellä valtakunnallisesti yhtenäiset korvausmenettelyt ja asiakasmaksujen suuruuden. Jos raha seuraa asiakasta -periaatetta halutaan hyödyntää maksimaalisesti palvelujen laadun optimointiin, on syytä määritellä tuottajille valtakunnallisesti yhtenevät korvaukset tuotetuista palveluista. Tämä takaa sen, että kilpailu palveluja käyttävistä asiakkaista tapahtuu ensisijaisesti palvelujen sisällön ja laadun perusteella ei hintakilpailulla.

Vaikka sitoviin kansallisiin laatuvaatimuksiin ja korvaustaksoihin ei lopulta päädyttäisikään, on tarkoituksenmukaista, että kaikkia palvelujen tuottajia kohdellaan palvelujärjestelmässä tasa-vertaisesti, so. että identtisiä laatuvaatimus- ja korvausperiaatteita sovelletaan kaikkiin tuottajiin riippumatta siitä edustavatko nämä julkista, yksityistä vai kolmatta sektoria.

Informaatio-ohjauksen keinoja

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliset suunnitelmat ja ohjelmat kuten Kaste-ohjelma sekä kansalliset oppaat ja suositukset kuten Potilasturvallisuusopas (THL 2011) tai "Käypä Hoito"-suositukset (www.kaypahoito.fi) ovat hyviä esimerkkejä pehmeästä kansallisesta informaatio-ohjauksesta. Oppaat ja suositukset eivät ole sitovia, vaan niiden tarkoituksena on tukea palvelujen järjestäjiä ja tuottajia palvelujen kehittämisessä.

Uudenlaista ajattelua edustavat erilaiset vertaiskehittämisen foorumit, josta esimerkkinä on valmistumassa Kuntaliiton, THL:n, sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton ja Terveiden edistämisen keskuksen kehittämänä Innokylä (www.innokyla.fi). Se tarjoaa avoimena vuorovai- kuttuisena kansallisena innovaatioympäristönä yhteisen alustan niin tiedon saamiselle, välittämiseksi kuin vertaiskehittämiseksi. Innokylä tulee tarjoamaan tukea kehittämistyöhön, arviointiin ja osaamisen lisääntymiseen. Samalla yhteinen tietoperusta lisääntyy kehittämistyön tuloksista, kehitetyistä ratkaisuista ja niiden käyttöönotosta kuin myös taustalla olevista kehittämisen, arvioinnin ja käyttöönoton menetelmistä (STM 2011c).

Palvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuun siirtäminen kuntia suuremmille alueellisille järjestäjä-rahoittajille ei muuta informaatio-ohjauksen tarvetta. Informaatio-ohjauksen vaatima korkea asiantuntijaosaaminen puoltaa edelleen kansallisen tason tiedontuotantoa. Alueellisilla järjestäjä-rahoittajilla on todennäköisesti selvästi nykyisiä kuntia paremmat edellytykset toteuttaa kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteita. Alueellisen toimijan taloudelliset, tiedolliset, taidolliset ja muut voimavarat ovat selvästi lähes kaikkia nykyisiä kuntia runsaammat. Alueelliset toimijat ovat tarpeeksi suuria ja kykeneviä toimeenpanemaan käytäntöön kansallista sosiaali- ja terveyspolitiikka oman alueen tarpeisiin soveltaen.

Palvelujärjestelmän jatkuva kehittäminen ja kansalaisten aseman vahvistaminen edellyttävät kattavaa kansallista vertailutietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Yhtenäiset palvelujen laadun seuranta- ja raportointijärjestelmät ovat välttämätön edellytys asiakkaiden valin-

nanvapauden toteutumiselle. Ilman yhteismitallista vertailutietoa valittavista palveluista valinnanvapaus jää vain symboliseksi periaatteeksi eikä sen voida odottaa tukevan hyvälaatuista palvelutuotantoa.

Palvelujen laadun seurannassa Suomi on jäljessä muista pohjoismaista. Ruotsissa on jo 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan tarkoitettua rekisteriä. Maakäräjälueiden ja sairaaloiden välisen vertailutiedon tuottamisesta vastaavat yhteistyössä Ruotsin sosiaalhallitus, kunnat ja maakäräjät. Myös muut tahot, kuten yksityiset palvelutuottajat ja lääketeollisuusyhdistys tukevat vertailutietojen keräämistä, analysointia ja raportointia. Niin kansallisella kuin paikallisella tasolla hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on ”benchmarking”-tyyppinen vertailu ja nyttemmin myös niihin sidotut palvelujen tuottajille maksettavat suoritepohjaiset laatubonukset. Näihin verrattuna valvonnan ja erityisesti erilaisten sanktiomenettelyjen merkitystä toiminnan ohjaamisessa pidetään varsin rajallisena.

Myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi palvelujärjestelmän kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkökulmasta. Vastuu terveyspalvelujen seurannasta on Tanskassa jakaantunut terveydenhuollon eri tasojen välille. Kansallisella tasolla sosiaalhallitus on vastuussa muun muassa potilasrekisterin ja DRG-luokituksen ylläpidosta. Tanskan viisi aluetta vastaavat kansallisista laaturekistereistä ja potilaskyselyistä, joiden ylläpidon ja toteutuksen valtio rahoittaa. Hoidon laatua kuvaavia vertailutietoja tarjotaan kansalaisten käyttöön kaikille avoimessa verkkopalvelussa (www.sundhedskvalitet.dk), joka on ollut yksi meillä pilottikäytössä olevan Palveluvaakan (www.palveluvaaka.fi) esikuvista. Terveydenhuollon laatu- ja akkreditointi-instituutti vastaa Tanskan terveydenhuollon laatujärjestelmän ylläpidosta ja kehittämisestä sekä määrittelee laatukriteerejä ja -standardeja palveluntuottajien akkreditoinnin perustaksi.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallinen seuranta ja ohjaus ovat olleet myös Norjassa aktiivisen kehittämistyön kohteena. Kansallinen laaturekisteritoiminta ei kuitenkaan ole yhtä pitkällä kuin Tanskassa ja Ruotsissa. Valtio on investoinut informaatio-ohjaukseen erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle suunnatun tiedon välitykseen.

Alueellisen järjestäjä-rahoittajamallin toteuttamisen yhteydessä tarjoutuu mahdollisuus määrittellä myös uusia kansallisia seurantajärjestelmiä, jotka palvelevat palveluja käyttäviä asiakkaita heidän valinnoissaan, ammattihenkilöitä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kehittämisessä ja hallinnon ja politiikan päätöksentekijöitä palvelujärjestelmän kehittämisessä ja ohjauksessa²⁰.

Pohdintaa valtakunnallisen ohjauksen muodoista

Yhteiskuntapolitiikan tavoitteena on hyvinvoiva väestö, joka jaksaa tehdä tuottavasti pitkän työuran. Voidaan kysyä tukevatko nykyiset ohjauksen keinot – normiohjaus (lainsäädäntö), resurssiohjaus (valtionosuudet), vuorovaikutusohjaus (laatusuosituksiset yms. tiedolla vaikut-

²⁰ Kustannusvaikuttavan hyvän hoidon arvioinnissa on alettu keskustella monisairaiden potilaiden hoitokokonaisuuden tarkastelun merkityksestä, mikä ei hajautetuissa laaturekisteriratkaisuissa toteudu optimaalisella tavalla. Seurantajärjestelmien suunnittelu tulee olemaan haastava tehtävä, sillä terveydenhuollon voimavaroista suurimman osan kuluttavat ovat monisairaita. Palvelujen vertailua vaikeuttaa myös se, että tuottajayksikkötasolla asiakasmäärät jäävät helposti niin pieniksi, että luottamusvälit tulevat tilastollisissa vertailuissa niin suuriksi, että palveluja ei voida laittaa paremmuusjärjestykseen.

taminen), asiakasohjaus (mm. palvelusetelit, henkilökohtainen budjetti, asiakasneuvostot ja muut elimet) ja valvonta – näitä tavoitteita.

Valvonnan kehityssuunta on enenevästi kohti etukäteisvalvontaa. Lainsäädännössä yleinen suunta on kohti yleislakeja. Taustalla ovat kuitenkin perustuslain ns. turvapykälät, jotka ovat jännitteisessä suhteessa kuntien itsehallintoon. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakityöryhmä otti esille tämän kysymyksen (STM 2011a). Keskeinen kysymys onkin, kumpaa näkökohtaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa päätöksenteossa tulee ensisijaisesti painottaa, kansalaisten oikeuksia vai kuntien itsehallintoa. Kuntien itsehallinto on viime aikoina ollut korostetusti etusijalla kansalaisnäkökulman jäädessä taka-alalle.

Kansalaisten sosiaali- ja terveystalvelujen saamista ohjaavat toimialan kehyslainsäädäntö ja tulevaisuudessa mahdollisesti enenevästi uudenlaiset asiakasosallisuuden muodot, kuten erilaiset asiakasfoorumit ja ajantasaiset palautejärjestelmät ja asiakkaiden osallistuminen omien sosiaali- ja terveystietojen hallintaan. Asiakasohjaus tuo onnistuessaan uuden vahvan elementin valtakunnalliseen ohjausjärjestelmään. Valtion rooli on muuttumassa enenevästi eri sektoreiden yhteistyötä koordinoivaan suuntaan. Voimavaraohjaus tapahtuu ”yhden putken” valtionosuusjärjestelmän kautta valtiovarainministeriön toimesta. Tulevaisuudessa yhdeksi keskeiseksi kysymykseksi nousee, millä keinoilla valtiolta pyrkii säätelemään asiakasohjauksen ja voimavaraohjauksen suhdetta. Yksi mahdollisuus on ottaa käyttöön nykyistä laajemmin aktiivisia taloudellisia kannusteita, joilla pyritään aktivoimaan alueellisia järjestäjärahoittajia erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

5 LÄHTEET

- Airaksinen J, Haveri A, Pyykkönen H, Väisänen P. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Valtionvarainministeriön julkaisu 41/2008. Valtionvarainministeriö, Helsinki 2008.
- Anell A. Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Skriftserie 2009:1, KEFU, Lunds universitet; 2009.
- Arling G, Daneman B. Nursing home case-mix reimbursement in Mississippi and South Dakota, Health Services Research 2002;37:377–95.
- Asiakastietolaki. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Aronkytö T, Hallipeltö A, Kangasharju A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24. Helsinki 2010.
- Asola R. Harvinaiset sairaudet, kansallinen ohjelma – hankesuunnitelma. pp-esitys 27.9.2010. <http://harvinaiset.fi/tiedostopankki/syksyn-2010-seminaarin-esitykset/stm-raija-asola>
- Bevan G, Helderman JK, Wilsford D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. Health Econ Policy Law. 2010; 5(3):251–67.
- Björkgren M. Case-Mix Classification and Efficiency in Long-Term Care Facilities of the Elderly, Stakes Research Reports 124. Gummerus, Saarijärvi, 2002.
- Björkgren M. Hoidon tuotteistus ja hinnoittelu -kansainvälisiä kokemuksia maksujärjestelmistä pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi. 2005, ss. 136–146.
- Burström B. Vårdval: evidens och effekter för 'vård på lika villkor'. Läkartidningen 2008;105:2992–94.
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds.). Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, Berkshire 2011. Painossa.

- Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge B, Devlin N, Magee H. Patient choice. How patients choose and how providers respond. The King's Fund, London 2010.
- Folmer Andersen T, Mooney G (eds). The challenges of medical practice variations. MacMillan Press Limited, London, 1990.
- Forss M. Terveysthuollon järjestäminen Suomessa: muutamia näkökohtia. Muistio 5.11.2008.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). *Medical Care* 1994; 32(7): 668–685.
- Grytten J, Sørensen RJ. Patient choice and access to primary physician services in Norway. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(Pt 1):11–27.
- Hallitusohjelma. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011.
(www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp)
- Heinämäki L. Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. THL, Raportti 41/2011. Helsinki 2011.
- Häkkinen U, Jonsson PM. Harnessing diversity of provision. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges* pp.198–213. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.
- Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. THL, Raportti 3/2009. Helsinki 2009.
- Jacquot J. Trust in the Dentist-Patient Relationship: A Review. *JYI* 2011; 2(3). www.jyi.org/research
- Jonsson PM, Agardh E, Brommels M. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2006.
- Jäntti A, Airaksinen J, Haveri A. Siniset ajatukset - vapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtiovarainministeriön julkaisuja 20/2010. Valtiovarainministeriö, Helsinki 2010.
- The Kaiser Foundation. Explaining Health Care Reform: How Do Health Care Costs Vary by Region? December 2009.
- Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2008. Helsinki 2009.
- Kela. Työterveyshuolto 2008: yhteenveto. Ennakkotieto (Timo Partio 20.10.2010). Helsinki 2010b.
- Klavus J, Kapiainen S. Health care in Finland 1990-2006: Progressivity, incidence and socio-economic determinants. Technical Report to the World Health Organization, October 2008.
- Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L.K, Haverinen R, Kaskisaari M, Muuri A, Pekurinen M, Tammelin M. Kunta- ja palvelurakennemuutosten toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. THL Raportteja 36/2009. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
- Komulainen, M. Ulkoistaminen kunnissa. Acta 222. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2010. <http://acta.uta.fi>
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. (Konkurrensverkets rapportserie 2010:2) Stockholm 2010 a).
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. (Konkurrensverkets rapportserie2010:3). Stockholm 2010 b).
- Konttinen M (toim.). Tilaja-tuottamalli terveydenhuollossa. Stakes, Työpapereita 10/2005. Helsinki 2005.
- Kuntaliitto. Kehittyvät tilaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa, Raportti 2010.
<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/yleiskuvaus/Sivut/default.aspx>
- Kunnat.net. Yleiskuvaus tilaja-tuottaja – toimintatavasta.
<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/yleiskuvaus/Sivut/default.aspx>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.
- Leppo K. Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010-luvulle. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2010.
- Lillrank P, Haukka-Pää-Haara P. Terveysthuollon tilaja-tuottaja-malli. KTM 2006.

- Magnussen J, Vrangbek K, Saltman RB (eds). Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes. European Observatory on Health Systems and Policies 2009.
- Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Tampere 2011.
- Miettinen A, Seppälä E, Moilanen L, Mattelmäki-Rimpelä U, Willman K. Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorio-organisaation tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja 1998;35:94–102.
- Mikkola H. Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:15. Helsinki 2003.
- Mossialos E, Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland – Challenges and opportunities. Observatory Studies Series No 10. European Observatory on Health Systems and Policies 2008.
- Muuri A. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178, Stakes. Helsinki 2008.
- Muurinen S, Mäntyranta T. Asiakasvastaavatoiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. (päiväämätön)
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf
- Nihtilä A, Widström E. Haasteena oikeudenmukaisuus - keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 2005;70(3):323–33.
- Norges Forskningsråd. Evaluering av sykehusreformen, Oslo 2007.
- OECD. OECD Reviews of Health Systems. Finland. 2005.
- OECD. Health Data 2010. Paris 2010.
- Palveluvaaka <http://www.palveluvaaka.fi>
- Pedersen KM, Christiansen T, Bech. The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system. Health Economics, 2005;14:S41–S57.
- Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2011. Helsinki 2011.
- Porter ME. What is value in health care? NEJM 2010;363 (26):2477–2481.
- Punnonen H. Laboratoriotutkimusten huimat – jopa hirveät hinnat. Sairaalaviesti 2010;1:10–12.
- Punnonen H. Hinnat – osa avoimuutta. Sairaalaviesti 2011;1-2:47–52.
- Quality and Outcome Framework. www.gof.ic.nhs.uk
- Rehnberg C, Magnussen J, Luoma K. Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges pp.180-197. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.
- Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm- redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport 2010:12. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2010.
- Saaristo V, Ståhl T. TEAviisari 2010 – Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. THL, Helsinki 2011.
- Saltman RB, Figueras JF. European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications; European Series No 72. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
- SKL och Socialstyrelsen. Quality and Efficiency in Swedish Health Care 2010. Stockholm 2011.
- Socialstyrelsen. Valfrihet ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Delredovisning. Stockholm 2011.
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki 2011a.
- STM. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Helsinki 2011b.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf

- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen uudistamisen ja muutosjohtamisen tukihanke, STM:n loppuraportti, painossa. Helsinki 2011c.
- Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.
- Ståhl T, Rigoff A-M, Saaristo V, Wiss K. Terveiden edistämisen vertailutieto (TedBM) -hankkeen loppuraportti. THL, avauksia 9/2010. Helsinki 2010.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Kansanterveyslaitos, Helsinki, 2004.
- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra Reports 82. Helsinki 2009.
- Terveysdenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2010/20100182.pdf>
- THL. THL kuntien tukena. Raportti kuntakierrokselta 2009. THL, Avauksia 26/2009. Helsinki 2009.
- THL. Terveysdenhuollon menot ja rahoitus 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Terveys 12/2010. Helsinki 2010a.
- THL. Vanhustenhuollon menot ja rahoitus 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Henkilökohtainen tiedonanto Petri Matveinen ja Esa Arajärvi 28.10.2010. Helsinki 2010b.
- THL. Potilasturvallisuusopas. THL, Opas 15/2011. Helsinki 2011.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series No 17. EU 2009.
- Toth F. Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. Health Policy 2010;95:82–89.
- Valtion talousarvio vuodelle 2009. Helsinki 2008.
- Valtiontilintarkastajat. Valtiontilintarkastajain kertomus vuodelta 2000. Helsinki 2001.
- Valtiovarainministeriö. Peruspalvelujen tila-raportti 2010. Valtiovarainministeriön julkaisuja 12. Helsinki: Edita Prima OY 2010.
- Widström E, Väisänen A, Barenthin I. Justification for a Public Dental Service: Finnish, Norwegian and Swedish Experiences. OHDMBSC 2009; 8(1):17–24.
- Widström E, Väisänen A, Mikkola H. Pricing and competition in the private dental market. Community Dental Health 2011; 28:123–127.
- Virtanen M, Joutsimo M. Potilaan valinnanvapaus muuttaa rakenteita. Suomen lääkärilehti 2010; 65; 1990-91.
- Vuorenkoski L, Erhola M (toim.). THL sairaanhoitopiirien tukena. Raportti sairaanhoitopiirikierrokselta 2010. THL Avauksia 2/2011. Helsinki 2011.
- Överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti, 2011. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11226/a/124550>
- Överenskommelse om patientsäkerhet, 2011. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/11702/a/157917>

SUMMARY: Proposal to reform health and social services financing: Towards a regional single-payer system

Expert Group of the National Institute for Health and Welfare (THL)

Basic idea. The THL expert group proposes that responsibility for providing and financing health and social services be transferred from municipalities to 12–15 regional bodies (organiser-funders), with a minimum catchment population of 200,000. All public funding (the state, municipalities, national health insurance) of services would be channelled to such regional bodies. The role of the patients would be strengthened by implementing the principle 'money follows the patient'. A nationally uniform reimbursement system would encourage quality competition rather than price competition between service providers. Good quality and good outcomes would be rewarded.

Objectives. The aims of the reform include (i) providing more health and welfare for the population, at a reasonable cost, (ii) ensuring sufficient access to health and social services for the entire population, regardless of place of residence, (iii) enhancing equity of access between population groups and geographic areas and (iv) strengthening the patient's role and providing more freedom of choice. Further objectives include (v) improving the performance of the service system (access, equity, economic efficiency, productivity, cost-effectiveness), (vi) providing incentives for the prevention of health and welfare problems and the improvement of basic services and (vii) promoting the integration of health and social services.

Regional body (organiser-funder). The proposed regional bodies should have sufficiently large catchment populations and operating powers to enable them to bear the financial and operational risks involved in providing publicly funded health and social services. The bodies would be responsible for providing and funding health and social services for the region's residents, including reimbursements for out-patient medical expenses and travel costs. The bodies could provide the services independently, or purchase them from other public and private providers. The bodies would approve public and private providers operating within the patient's choice scheme and be responsible for integrating service provision.

Financing of regional bodies. State subsidies (currently paid to municipalities for health and social services) would be allocated to the regional bodies on the basis of criteria describing the relative need for services, allowing for circumstantial cost increasing factors such as sparse population. Municipalities would pay a fixed per capita payment for the provision of services. Funds currently used by national health insurance to reimburse expenses due to private health care (e.g. use of physician and dental services, examinations), out-patient medicines, travel costs etc. will be channelled to the regional bodies. The government might expedite the implementation of national priorities, through earmarked state subsidies to regional bodies. The government can reward regional bodies and they, in turn, can reward municipalities for good results e.g. in promoting health and welfare.

Money follows the patient. In the proposed model, patients can choose the provider of primary care services and non-urgent specialised hospital care, from among public and private service providers approved by the regional body. A provider of primary care services cannot exclude patients from its list, i.e. the provider must approve all patients who are willing to be listed. Patients are allowed to change the provider once a year. Service entities covered by the patient's choice scheme are defined uniformly at national level, but the regional body is free to complement them. Money follows the patient from the regional body to the provider;

the provider's revenue is based on the number of patients on the list or the number of patients treated allowing for the anticipated need and costs of care.

Provider reimbursement – primary care. The provider of primary care services is reimbursed prospectively on per capita basis, allowing for the case-mix, anticipated need and costs of care, as well as local circumstantial factors. Providers of elderly care services will be reimbursed according to the number of cases, allowing for the case-mix. The provider may be eligible for quality bonuses for successful preventative care, high quality service, good outcomes and promotion of health and welfare.

Provider reimbursement – specialist hospital care. Maintenance of emergency services and capacity for urgent hospital care will be reimbursed to the provider on a per capita basis. The provider will receive a prospective reimbursement for other services on the basis of the number of patients treated, and services provided. Reimbursement for specialist hospital care is determined uniformly at national level (e.g. rates for DRG based case payments), while allowing for acceptable differences in production costs due to local conditions (general cost level, availability of workforce, distances etc.). A provider may be eligible for quality bonuses for good service and outcomes.

Democratic decision-making. Governance of a regional body is arranged in line with the regional council model. Supreme decision-making power in a regional body is exercised by the regional council, whose term of office is the period between municipal elections, i.e. four years. The municipal councils of a region elect their representatives to the regional council, or alternatively the council may be elected by a direct vote. Both procedures emphasise the responsibility of elected decision-makers for providing services to the population of the entire area, in line with the population's needs. Whenever an individual municipality has a sufficiently large population to act as an organiser-funder, decision-making is part of the municipality's normal democratic decision-making process.

National steering. Service entities covered by the patient's choice scheme are uniformly specified at national level. Patient-specific reimbursements paid to providers are uniformly defined at national level, as are the use-charges and the criteria for reimbursement for out-patient medical expenses, travel costs etc. Earmarked state subsidies to regional bodies can be used to enhance the implementation of national priorities and to reward regional bodies for good performance, particularly in promoting health and welfare. Procedures and services to be centralised to one or few centres of excellence, are defined at national level. The operations of regional bodies are steered towards implementing national health and social policy objectives by applying a mixture of regulatory, financial, and feedback mechanisms to generate effective incentives and sanctions. National monitoring and benchmarking systems are used to reinforce the steering of regional bodies in order to ensure equal access to high quality services throughout the country.

Benefits of the proposal. The proposal (i) supports the deeper integration of health and social services at regional level, by transferring responsibility for the provision of all health and social services to one regional body, (ii) implements single payer system at regional level by pooling all current public financing sources into a single regional one, (iii) improves the role of patients by providing greater choice and lowers the risk of being denied care due to payment disputes, (iv) improves the efficiency and patient orientation of the service system, by providing service providers with the suitable incentives and (v) creates improved incentives for the broad-based promotion of the population's welfare and health.



VALTIONEUVOSTON KANSLIA

SNELLMANINKATU 1, HELSINKI
PL 23, 00023 VALTIONEUVOSTO
p. 09 16001, 09 57811
f. 09 1602 2165
julkaisut@vnk.fi
www.vnk.fi/julkaisut

ISBN Nid. 978-952-5896-87-9
ISBN PDF 978-952-5896-86-2
ISSN 1799-7828