



SANNA LAUSLAHTI

Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot
ja niiden käyttämisen esteet



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
päärakennuksen luentosalissa A1, Kalevantie 4, Tampere,
23. päivänä maaliskuuta 2007 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Taloustieteiden laitos

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 1216
ISBN 978-951-44-6880-3 (nid.)
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2007

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 602
ISBN 978-951-44-6881-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Taloustieteiden laitos

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 1216
ISBN 978-951-44-6880-3 (nid.)
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2007

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 602
ISBN 978-951-44-6881-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

SISÄLLYS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| ESIPUHE | 7 |
| TIIVISTELMÄ | 8 |
| ENGLISH ABSTRACT | 10 |
| JOHDANTO JA TUTKIMUSASETELMA..... | 12 |
| Terveysthuollon kustannuskehitys..... | 12 |
| Erikoissairaanhoidon kustannukset ja kunnat..... | 14 |
| Perustelut tutkimuskuntien valinnalle..... | 15 |
| Tutkimusasetelma | 16 |
| Tutkimustehtävä | 16 |
| Metodiset lähtökohdat | 17 |
| Tutkimuksen aineisto..... | 19 |
| Tutkimukseen liittyvä aiempi tutkimus | 23 |
| Tutkimuksen rakenne | 26 |
| ERIKOISSAIRAANHOITO OSANA TERVEYDENHUOLTOA | 28 |
| Terveysthuolto | 28 |
| Perusterveydenhuolto..... | 30 |
| Erikoissairaanhoido | 32 |
| Erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat toimijat | 33 |
| Valtio | 36 |
| Sairaanhoidopiiri | 40 |
| Hoitava lääkäri..... | 41 |
| Kuntalainen..... | 41 |
| KUNTA JA ERIKOISSAIRAANHOIDON KUSTANNUKSIIN VAIKUTTAVAT KUNNAN TOIMIJAT | 43 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Kunta ja kunnan eri roolit erikoissairaanhoidossa | 43 |
| Kunnan poliittis-hallinnollisten toimijoiden ohjausmekanismit ja erikoissairaanhoidon kustannukset | 44 |
| Erikoissairaanhoidon kustannukset ja kunnan eri toimijat | 45 |
| KUSTANNUSTEORIA JA KUSTANNUSKÄSITTEET | 47 |
| Kustannus- ja tuotantoteoria | 47 |
| Kustannuskäsitteet | 50 |
| Kustannushallinta ja johdon laskentatoimen tarjoamat välineet | 52 |
| Tavoitteiden asettaminen ja suunnittelu | 54 |
| Seuranta | 56 |
| Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinta keinojen ryhmittely | 58 |
| KUSTANNUSHALLINNAN KEINORYHMÄT JA KEINOT | 63 |
| Tarpeen ja kysynnän keinot | 63 |
| Tarpeesta terveyspalvelutarpeeseen | 64 |
| Terveyspalveluiden ja erikoissairaanhoidon kysyntä | 69 |
| Tarpeeseen ja kysyntään vaikuttaminen | 72 |
| Ennaltaehkäisevällä työllä sairastavuuteen vaikuttaminen | 77 |
| Terveydenedistäminen | 78 |
| Sairauksien ehkäisy | 81 |
| Tapaturmien ja väkivallan ehkäisy | 83 |
| Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen | 84 |
| Tarjonnan keinot | 85 |
| Tarjonnan keinot ja haasteet | 86 |
| Asiakasmaksut | 89 |
| Palveluntarjontapaikka | 93 |
| Priorisoinnit | 94 |
| Jono ja jonohallinta | 104 |
| Käytön keinot | 106 |
| Omalääkäri | 107 |
| Teknologioiden hyödyntäminen | 107 |
| Hoidon porrastus | 109 |
| Hoitoketjut | 112 |
| Hoitoon lähettäminen ja lähetekäytännöt | 115 |
| Portinvartijuus | 117 |
| Lääkärin osaaminen ja lähettäminen | 118 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|
| Organisaation kehittämisen keinot..... | 119 |
| Organisaation rakenteiden kehittäminen | 121 |
| Palvelutuotantovaihtoehdot | 123 |
| Johtamisosaamisen kehittäminen | 132 |
| Sisäinen yrittäjyys | 133 |
| Kannustinjärjestelmät ja lääkärin toiminta | 134 |
| Ostamisen keinot..... | 134 |
| Sairaanhoidopiirin hintoihin vaikuttaminen | 139 |
| Kilpailuttaminen ja kilpailun lisääminen..... | 141 |
| Palvelusetelit..... | 145 |
| Tilaaaja-tuottajamalli | 146 |
| Sopimusohjaus..... | 151 |
| Tilaaajarenkaat | 157 |
| Omistajaohjauksen keinot..... | 158 |
| Kuntayhtymän omistajaohjaus | 160 |
| Corporate Governance..... | 161 |
| Sairaanhoidopiirin valtuustossa vaikuttaminen..... | 162 |
| Hallintoneuvoston hyödyntäminen..... | 164 |
| Sairaanhoidopiirin hallitus ja siihen vaikuttaminen | 164 |
| Sairaanhoidopiirin toimitusjohtaja ja ylin johto | 171 |
| Palkitsemis- ja palkkausjärjestelmät..... | 171 |
| Sisäinen valvonta..... | 172 |
| Yhteen veto keinoryhmistä ja keinoista | 173 |
| HUS JA TUTKIMUSKUNNAT..... | 174 |
| HUS:n kuvaus | 174 |
| HUS:n jäsenkunnat ja sen tehtävät | 174 |
| HUS:n johtamisjärjestelmä..... | 175 |
| HUS lukuina | 177 |
| HUS:n hinnoittelu ja laskutusjärjestelmä | 178 |
| Jäsenkuntien laskutuksessa näkyvät muutokset lukuina 2002-2005 | 179 |
| Omistajakunnissa näkyvät rakenteelliset muutokset 2000-2004 | 181 |
| Tutkimuskuntien kuvaus..... | 186 |
| EMPIIRISET TUTKIMUSTULOKSET | 188 |
| Erikoissairaanhoidon kustannushallinta ja kustannusten kasvun taustat..... | 188 |
| Miksi erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet?..... | 191 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Kuntien käyttämät keinot tarpeen ja kysynnän keinoryhmässä | 194 |
| Kuntien käyttämät keinot tarjonnan keinoryhmässä | 199 |
| Kuntien käyttämät keinot käyttövaiheen keinoryhmässä | 203 |
| Kuntien käyttämät keinot organisaation kehittämisen keinoryhmässä | 212 |
| Kuntien käyttämät keinot ostaminen keinoryhmässä | 218 |
| Kuntien käyttämät keinot omistajaohjaus keinoryhmässä | 222 |
| Kuntien tärkeimmät käytetyt keinot | 226 |
| Kuntien tärkeimmät käyttämättä olevat keinot ja niiden käyttämisen esteet | 234 |
| Onko kunnissa mahdollista alentaa kustannuksia ottamalla tärkeimmät käyttämättömät keinot käyttöön? | 244 |
| TUTKIMUSTULOKSET JA NIIDEN ARVIOINTI | 245 |
| Kunnilla on useita keinoja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia | 245 |
| Kunnat käyttävät vain osaa keinoista | 247 |
| Keinojen käyttämiselle ei ole välttämättä esteitä | 258 |
| Tutkimuksessa nousseita havaintoja ja toimenpide-ehdotuksia | 261 |
| Tutkimuksen arviointi | 264 |

Esipuhe

Lasten terveelle tulevaisuudelle.

Väitöskirjani on ollut hyvin rakas viimeiset vuodet. On vaikea luopua ja antaa se pois käsistään. Toivon, että kirja antaa ajatuksia ja ideoita päättäjille ja virkamiehille. Olen pyrkinyt keräämään yksien kansien väliin kuntien käyttöön soveltuvat keinot. Monet keinojen hyödyistä näkyvät vasta vuosien päästä, joten toivotan kärsivällistä kehitystyötä kuntiin ja sairaanhoitopiireihin.

Väitöskirja usein mielletään yksilötyöksi. Sitä se on osin, mutta se ei synny kuitenkaan vain yhden ihmisen päässä. Tutkimuksen kannalta on ollut monia tärkeitä henkilöitä. Tärkeimmät henkilöt tutkimuksen sisällön näkökulmasta ovat olleet ohjaajani professori Pentti Meklin ja appiukkoneni professori Kalevi Lauslahti. Pentille kiitos erityisesti siitä, että sait minut ottamaan kokonaisvaltaisen tutkimusotteen ja johdatit pois syvistä vesistä, joihin lähes hukuin. Kaleville kiitos niistä lukuisista lukemiskerroista, kommenteista ja lehtileikkeistä. Niiden ansiosta pääsin sisällä terveydenhuollon mielenkiintoiseen maailmaan. Loppuvaiheessa aloimme olla jo sokeita työlleni ja saimme arvokkaat kommentit HT yliopettaja Tuija Rajalalta. Suurkiitokset Tuija.

Työ harppasi eteenpäin myös joulukuussa, kun sain esitarkastajieni, professori Juha Kinnusen ja KTT Hennamari Mikkolan, tarkastuskommentit. Kaunis kiitos teille.

Lisäksi on annettava kiitos KT Martti Hellströmille. Sain arvokkaita vinkkejä sinulta, joita pidin tietyin väliajoin esillä. Kiitos Taru Oulasvirralle hyvin tehdystä aineiston purkamisesta. Lisäksi kiitän Tampereen Yliopistoa saamastani taloudellisesta tuesta sekä konsortiossa mukana olleita ohjaajia ja ohjattavia. Tapaamisemme olivat erittäin hyödyllisiä ja opettavaisia.

Lopuksi suurkiitos perheelleni ja lähisukulaisilleni. Kiitos Antti ja lapseni Ville, Vivianne ja Vilma, että jaksoitte antaa minulle tilaa ja tukea.

Paljon olen oppinut. Olen myös oppinut sen, että kun luulee tietävänsä huomaakin, että ei tiedäkään kaikkea. Oppimismatkani ei ole päätepisteessä. Se on vasta alkanut.

Espoossa helmikuussa 2006
Sanna Lauslahti

Tiivistelmä

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet laman jälkeiset vuodet ja kustannusten kasvun odotetaan jatkuvan. Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää mitä keinoja kunnilla on hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia, mitkä niistä ovat tärkeimpiä käytettyjä ja käyttämättömiä keinoja. Lisäksi tutkimuksessa etsittiin vastausta keinojen käytön esteistä sekä sitä, kuinka paljon olisi mahdollista alentaa kustannuksia, jos käyttämättömiä tärkeimpiä keinoja voitaisiin käyttää vapaasti.

Tutkimus on kvalitatiivinen ja poikkitieteellinen. Empiirisessä osassa on käytetty tapaustutkimusmenetelmää. Tutkimuskuntia olivat HUS:n omistajakunnista Helsinki, Espoo, Hyvinkää, Kerava, Lapinjärvi ja Siuntio. Tutkimuksen viitekehys on rakennettu teorioiden ja kirjallisuuden pohjalta sekä sitä on täydennetty empiirisillä tuloksilla. Viitekehys on hierarkkinen ja se etenee erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinoryhmistä keinoihin ja toimenpiteisiin. Tutkimuksen keinoryhmiä ovat tarpeisiin ja kysyntään vaikuttaminen, tarjontaan vaikuttaminen, käyttöön vaikuttaminen, organisaation kehittäminen sekä kunnan ulkopuoliseen organisaatioon vaikuttaminen ostamisen keinoin ja omistajaohjauksen kautta.

Tutkimuksen mukaan kunnilla on runsas määrä erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinoja. Keinojen avulla kunnat voivat vaikuttaa määriin ja hintoihin(/yksikkökustannuksiin). Empiiristen tulosten mukaan kunnissa ei ole kokonaisvaltaisia hankkeita erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Erikoissairaanhoidon kustannuksista puhutaan paljon, mutta varsinaiset projektit, niiden hallitsemiseksi puuttuvat. Kunnissa puuttuu kustannusanalyttinen lähestyminen, tavoitteellisuus, järjestelmällinen seuranta sekä nimetyt vastuunkantajat erikoissairaanhoidon kustannuksille.

Kuntien tärkeimpiä käytettyjä keinoja ovat hoidon porrastus, yhteistyö ja osaamisen varmistaminen sekä organisaation rakenteiden kehittäminen ja hoitoketjut. Keinoista eniten käytettyjä ovat osaamisen varmistaminen, tarjontaan vaikuttaminen, organisaation rakenteiden kehittäminen sekä hoidon porrastus.

Organisaation kehittäminen keinoryhmän keinot nousevat ylös käyttämättä olevina tärkeimpinä keinoina. Tärkeimpiä käyttämättä olevia keinoja on myös käyttöön vaikuttamisen ja ostamisen keinoryhmissä. Tärkeimmät käyttämättömät keinot liittyvät organisointiin, prosessien kehittämiseen, osaamisen kehittämiseen ja yhteistyöhön sekä johtamiseen. Haastateltavien arvioiden pohjalta laskettuna HUS:n alueella voidaan alentaa kustannuksia yli 100 miljoonaa euroa vuodessa, jos kaikki tärkeimmät keinot voitaisiin ottaa käyttöön. (taustatekijöiden pysyessä ennallaan)

Empiiristen tulosten mukaan monet erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinojen käyttämisen esteistä voidaan poistaa tai osassa keinoja niitä ei ole lainkaan. Esteitä ovat ammattikuntien asenteet, joista esille nousevat lääkäri- ja hoitaja-ammattikuntien asenteet. Samoin esteinä mainittiin eri päättäjryhmien vastustus, kuten poliittiset päättäjät.

AVAINSANAT: KUSTANNUSHALLINTA, ERIKOISSAIRAANHOITO, KUNTA, KUSTANNUS

English abstract

Since the economic recession in Finland the costs of specialised health care have risen and are expected to rise still further. The task of the study was to ascertain the means at the municipalities' disposal to control the costs of specialised health care, which of these are the most important, used or not used. The study further sought answers to the barriers to the use of means and explores the extent to which it is possible to reduce costs if it were possible to make free use of the means not used at present.

The study is qualitative and interdisciplinary. The empirical part applies a case study approach. The municipalities involved are those of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, namely Helsinki, Espoo, Hyvinkää, Kerava, Lapinjärvi and Siuntio. The frame of reference of the study is built on theories and the literature and supplemented with empirical findings. The frame of reference is hierarchical; it progresses from the groups of means for cost control of specialised health care to means and measures. The groups of means in the study are exerting influence over needs and demand, exerting influence over supply, over use, development of the organisation and exerting influence on the organisation outside the municipality through buying and owner guidance.

The research shows that the municipalities have at their disposal a large number of means to control the costs of specialised health care. Through these means the municipalities can exert influence over quantities and prices (/unit costs). The empirical findings show that there are in the municipalities no holistic projects in cost control of specialised health care. Much is said about the costs of specialised health care, but real projects to control these are lacking. The municipalities lack a cost-analytical approach, goal-orientedness, systematic monitoring and named individuals to carry the responsibility for the costs of specialist health care.

The main means employed by the municipalities are the division of labour in provision of care, co-operation and ensuring expertise, likewise the further development of organisational structures and chains of care. The most used means are ensuring expertise, exerting influence over supply, further developing organisational structures and division of labour in care.

The means of the group of means further development of the organisation emerge as a most important unused means. Among the most important unused means are also exerting influence over use and buying in means groups. The most important unused means are related to organisation, process development, development of expertise and cooperation and leadership. Calculated on the basis of the estimates of interviewees the costs in the area of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa could be reduced by more the ten million Euros per

year if all the most important means could be made use of (assuming that the background factors remain constant).

The empirical findings show that many of the barriers to the use of cost control means can be removed or for some of the means they do not exist. The barriers include attitudes of professional groups, including those of the medical and nursing professions. Other barriers mentioned included opposition in various groups of decision-makers such as political decision-makers.

KEYWORDS: COST CONTROL, SPECIALISED MEDICAL CARE, MUNICIPALITY, COST

Johdanto ja tutkimusasetelma

Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet laman jälkeisen ajan tasaisesti. Kustannusten nousun ennakoidaan jatkuvan, koska muun muassa suuret ikäluokat ovat tulossa eläkeikään. Maassamme on edessä uusi tilanne; työtä tekeviä on yhä vähemmän. Lisäksi ikääntymisen arvioidaan vaikuttavan terveydenhuollon kustannusten nousuun. Työvoiman väheneminen saattaa johtaa myös terveydenhuollossa palkkojen nousuun. Nämä tuovat terveydenhuoltoon, ja myös erikoissairaanhoitoon, kehittämispaineita. Ensinnäkin mistä rahoitus, kun sosiaali- ja terveydenhuolto vie yhä enemmän rahaa kunnissa. Toiseksi miten hallitsemme kasvavaa erikoissairaanhoidon palvelutarvetta tilanteessa, jossa tekijöitä, lääkäreitä ja hoitajia, saattaa olla yhä vähemmän. Tutkimus pyrkii tuomaan osaratkaisun kartoittamalla keinoja, joiden avulla kunnat voivat hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia. Keinoilla pyritään vaikuttamaan erikoissairaanhoidon palveluiden käytön määriin ja määrien sisältöön sekä hintoihin ja hintojen muodostumiseen. Lisäksi tutkimus etsii syitä siihen, mitkä ovat tärkeimpien käyttämättömien keinojen käytön esteet.

Terveydenhuollon kustannuskehitys

Terveydenhuollon kustannusten kasvu on ollut jatkuvasti esillä julkisessa keskustelussa. Perusteita keskustelulle on, koska terveydenhuollon menot ovat lähes kaksinkertaistuneet 30 vuoden aikana; vuonna 1976 ne olivat 6,3 miljardia euroa ja vuonna 2005 11,2 miljardia euroa (vuoden 2004 hinnoin). Lamavuosina kustannukset laskivat. Samalla on tapahtunut menorakenteellisia muutoksia; vuodenasastohoidon osuus kokonaismenoista on laskenut sekä lääkkeiden ja farmaseuttisten tuotteiden osuus on noussut (Stakes 2006.) Suomen kehitys ei poikkea OECD-maiden kehityksestä. OECD-maissa lääkekustannusten osuuden ja kustannusten kasvu on yleistä. (OECD 2005,4.)

Erikoissairaanhoidon ja yleensä terveydenhuollon kustannusten kasvu ei ole uusi asia, sillä esimerkiksi 1970-luvulla pohdittiin sitä, miksi terveydenhuollon kustannukset ovat kasvaneet. Toisaalta tilanne oli 1970-luvulla toinen kuin tänään, koska väestön terveydentila oli Suomessa muita maita heikompi. Sairastavuus ja kuolleisuus olivat Suomessa keskimäärin suurempia kuin muissa teollisuusmaissa. Yhtenä syynä tähän pidettiin sairauksien ehkäisyn ja hoidon epäsuhdetta. 1970-luvulla kustannusten kasvun syiksi mainittiin muuan muassa palvelujen lisääminen, väestön ikärakenteen muuttuminen vanhusvoittoiseksi, diagnosointi- ja hoitomenetelmien kehittyminen sekä väestön sairausajan

toimeentuloturvan paraneminen. (Kaitaranta 1977, Laurinkari & Niemelä 1978, 6.)

Terveydenhuollon kustannusten kasvu ei ole vain Suomessa esiintyvä ilmiö. Yleisesti OECD-maissa terveydenhuollon menot (sisältävät investoinnit) ovat kasvaneet voimakkaasti. Ne ovat suuremmat kuin koskaan aikaisemmin ja niiden osuus bruttokansantuotteesta on kasvussa. Vuonna 2004 poikkeuksena on nostettu Suomi, jonka terveydenhuollon menojen osuus bruttokansantuotteesta on laskenut vuoden 1990 7,8 prosentin osuudesta vuonna 2004 7,5 prosenttiin. (Oxley & MacFarlan 1994, 5, OECD 2005,1-3, OECD 2006.) Vuonna 2004 OECD-maissa käytettiin bruttokansantuotteesta 8,9 prosenttia terveydenhuoltoon, kun vuonna 1990 vastaava osuus oli 7,1 prosenttia ja vuonna 1970 se oli hieman yli 5 prosenttia. Samaan aikaan OECD-maiden kansalaisten terveydentila on kehittynyt myönteiseen suuntaan. Tästä kertoo muun muassa ihmisten eliniän pidentyminen. (OECD 2005,1-3, OECD 2006.)

On nostettava esille, että huomattavan suurikaan bruttokansantuoteosuus ei takaa kokonaisuutena parempaa hoitoa. Esimerkiksi voidaan nostaa Yhdysvaltojen 14 prosentin bruttokansantuoteosuus. Tästä osuudesta huolimatta 44 miljoonalta kansalaiselta puuttuu terveydenhuollon korvausjärjestelmä. (Kukkonen 2005.) Vastaavasti Palu (1993) toteaa, että jatkuvasti kasvaneet terveydenhuollon kustannukset eivät korreloi terveydentilan kehittymisen kanssa (Palu 1993,5).

Kustannusten kasvun syyt löytyvät kasvavista tarpeista, hoitokeinojen kallistumisista ja ihmisten eliniän pitenemisestä (Kukkonen 2005). Merkitsevä selittäjä on lääketieteellinen kehitys sairauksien ehkäisyssä, diagnosoinnissa ja hoidossa (Koivukangas, Karinen & Ohinmaa 2000, 20, OECD 2005, 3). Uusista lääketieteen mahdollisuuksista esimerkkeinä voidaan mainita geeniteknologia, täsmälääkkeet, uudet elinsiirto- ja varaosatekniikat, kuvantamistekniikat ja varaosien kasvattaminen (Goldsmith 2004). Terveydenhuolto on joutunut omilla valinnoillaan kustannuskierteeseen; yhä useampi sairaus voidaan hoitaa, mutta yhteiskunnan halukkuus maksaa uusista tutkimuksista ja hoidoista on tullut yhä valikoivammaksi. (Ryynänen, Myllykangas, Kinnunen & Takala 1997, 8.) Uuden teknologian myötä on syntynyt uusia potilasryhmiä, kuten hyvin pienet keskukset ja elinsiirtopotilaat (Nissinen, Kauhanen & Myllymäki 1994, 352). Väestön ikääntyminen on tuonut oman lisänsä tautikirjoon. Lisäksi terveydenhuollon kustannusten kasvua selittää ikääntyvän väestön osuuden kasvu; yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut kaikissa OECD-maissa. Ikääntyvä väestö tarvitsee enemmän terveyspalveluita ja pitkäaikaishoitoa. (Nissinen ym. 1994, 352, OECD 2005,3.) Ikääntyminen ei näytä tuovan kuitenkaan niin suuria paineita erikoissairaanhoidon käyttöön kuin on ennakoita. Syynä on se, että somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö keskittyy viimeiseen 3-4 elinkuukauteen. (Häkkinen, Noro, Peltola, Martikainen, Nihtilä 2005, 6-7.)

Kustannusten kasvun odotetaan jatkuvan. Terveydenhuollon kustannuksia kasvattavat tulevaisuudessa edellä mainitun lääketieteen kehityksen lisäksi muun muassa väestön vanheneminen, terveydenhuollon erityinen inflaatio eli hintojen nousu ilman laadun tai määrän muutosta, kansalaisten avunhakemiskynnyksen laskeminen, kasvavat odotukset terveydenhuoltoa kohtaan ja medikalisaation

lisääntyminen. (Oxley & MacFarland 1994, 5, Tulevaisuusvaliokunta 2004, 55, OECD 2005, 3.) OECD-maissa uusia terveystriskejä on odotettavissa ja jotkin riskit voivat vähentyä. Terveystriskejä on saatu vähennettyä OECD-maissa, esimerkiksi tupakointi on vähentynyt. Keinoina ovat olleet tiedottamiskampanjat ja verotuksen kiristäminen. Toisaalta samaan aikaan muissa elementeissä terveystriskit ovat kasvaneet, kuten lasten ja aikuisten lihavuusongelmat ovat lisääntyneet. Lihavuus on taas useiden terveystriskeiden taustalla, kuten korkeassa verenpaineessa ja kolesterolissa, diabeteksessa, sydän- ja verisuonitaudeissa, astmassa, niveltulehduksessa ja syöpäsairauksissa. (OECD 2005, 6-7.)

Erikoissairaanhoidon kustannukset ja kunnat

Kuntien rooli on merkittävä, koska ne ovat terveydenhuollon suurin rahoittaja (Stakes 2006). Merkittävänä rahoittajana kunnilla on tarve löytää keinoja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia, koska muun muassa alijäämäisten kuntien määrä on noussut, erikoissairaanhoidon kustannusten osuus on kasvanut ja lait ovat tuoneet muutoksia.

Ensinnäkin kuntien heikentynyt taloudellinen tilanne; osalla kunnista tilanne on saattanut parantua. Vuonna 2005 kuntien kattamaton alijäämä nousi lähes 500 miljoonaan euroon kuntien tilinpäätösten ennakkotiedon mukaan. Kuntien velkaantumiskehitys jatkui vuonna 2005. (Tilastokeskus 2006, Kuntaliitto 2006.) Kuntaliiton (2006) mukaan kuntien vaikeutuneen taloudellisen tilanteen ovat aiheuttaneet ansiotulovähennykset, indeksikorotusten leikkaukset ja toimintakustannusten kasvu johtuen palveluiden kysynnästä ja kuntien työntekijöiden ansiotason noususta (Kuntaliitto 2006).

Toinen merkittävä tekijä ovat lakimuutokset. Vuonna 1993 uudistettiin valtionosuuslainsäädäntö, joka siirsi taloudellista ohjausvaltaa erikoissairaanhoidosta kunnille. Uudistuksessa selkeytyi kuntien omistajarooli kuntayhtymissä ja järjestämisvastuu sekä se vahvisti kuntien neuvotteluvoimaa kuntayhtymissä. Lisäksi laki antoi kunnille mahdollisuuden valita palvelut parhaaksi katsomaltaan tuottajalta tietyin rajoituksin. (Pekurinen, Junnila, Tunturi & Vainio 1997.) Kunnan on oltava jäsenenä yhdessä sairaanhoitopiirissä. Lain myötä aiemmin kuntayhtymille maksettua valtionosuutta tuli kunnille. (STM 2003.) Hoitotakuun voimaan tulon myötä tuli muutoksia kuntien asemaan erikoissairaanhoidon järjestäjänä. Hoitotakuun lakimuutoksissa määriteltiin sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidosta vastuulliseksi järjestäjäksi. Samoin uutena asiana tulivat kiireettömän hoidon jonotusajat. (Erikoissairaanhoidolaki 17.9.2004/856.) Vastuu kustannuksista säilyi edelleen kunnilla.

Kolmanneksi erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet nopeammin kuin kuntien koko käyttötalous. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon muutos oli vuosien 2003-2004 välillä 6,8 prosenttia, kun käyttötalouden muutos oli 4,7 prosenttia. Sama kasvu näkyi myös vuosien 2002 ja 2003 välillä, jolloin kustannukset nousivat 6 prosenttia. Erikoissairaanhoidon kustannukset olivat yli

miljardin suuremmat kuin perusterveydenhuollossa. Kustannukset olivat vuonna 2004 3 901 miljoonaa euroa ja niiden osuus oli lähes 60 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista. Erikoissairaanhoidon osuus kuntien käyttötaloudesta oli 15 prosenttia sekä osuus sosiaali- ja terveystoimesta oli 28 prosenttia. (Tilastokeskus 2005/12,2004.)

Taulukko 1. *Kuntien käyttötalous ja erikoissairaanhoido vuonna 2004 (Tilastokeskus 2005/12).*

| Kuntien käyttötalous | 2004 | muutos ed.vuoteen % |
|------------------------------------|--------|------------------------|
| Erikoissairaanhoido milj. € | 3 901 | 6,8 |
| Perusterveydenhuolto | 2 841 | 5,1 |
| Kuntien käyttötalous yhteensä | 26 190 | 4,7 |
| Osuus kuntien käyttötaloudesta | 15 % | |
| Osuus sosiaali- ja terveystoimesta | 28 % | |

Neljäntenä tekijänä ovat terveydenhuollossa tapahtuvat (ja tapahtuneet) muutokset, joiden vuoksi erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun ennustetaan jatkuvan myös seuraavien vuosien aikana. Erikoissairaanhoidon kustannuksia nostavat samat syyt kuin yleensä terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon kustannusten taustalla ovat muun muassa

- väestön ikääntyminen (Tilastokeskus 2003, STM 2004:21).
- yhä useampi sairaus voidaan parantaa
- terveydenhuollon teknologia on yhä kalliimpaa; erityisesti ns. täsmälääkehoidot, robottivälitteiset leikkaukset ja etädiagnostiikka tulevat olemaan kalliita.
- uhkaava työvoimapula nostaa palkkakustannuksia. (muun muassa STM 2002, Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 1997, STM 2003, Koivukangas & Valtonen 1995, 8-13, STM 2004:21.)
- laitoshoidosta väheneminen ja avohoidon lisääntyminen (Säynäjäkangas 1999, luku 2.1, Ryynänen ym. 1997, 80-83, Lammintakanen 2005, 36-37).

Perustelut tutkimuskuntien valinnalle

HUS:n eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntien valinta tutkimuskohteeksi oli perusteltua, koska HUS ja sen omistajakunnat edustavat merkittävää osaa suomalaisista. HUS:n piirissä on Suomen väestöstä 27 prosenttia. Samoin HUS:n alueen kunnat ovat hyvin erilaisia; erikokoisia ja kehitysvaiheessa, kaupunkimaisia ja maaseutumaisia, erilaisilla sosioekonomisilla taustoilla jne. (HUS joti 2005, Sotkanet 2005, Tilastokeskus 2005, Kuntaliitto 2005.) Mielenkiintoiseksi tutkimuskohteeksi HUS:n omistajakunnat tekee myös se, että kuntien omistama HUS on uudehko kuntayhtymä. HUS on toiminut nykyisessä muodossaan vuodesta 2000 alkaen.

Uusi kuntayhtymä muutti kuntien ohjausvoimaa verrattuna entiseen tilanteeseen. Kunnalle on eri asia ohjata pienempää erikoissairaanhoidon tuottajaa kuin olla ostajana ja jäsenkuntana suuressa kuntayhtymässä.

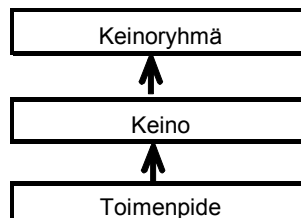
HUS:n alueen kunnissa on tarvetta erikoissairaanhoidon kustannushallinta tutkimukselle, koska sairaanhoitopiirin jäsenkuntien asukaskohtaiset tarvevakioidut ja deflatoidut kustannukset ovat nousseet vuoden 2000 775,6 eurosta vuonna 2005 848,5 euroon. Kasvua on 9 prosenttia. (vuoden 2005 rahanarvolla, HUS 2006.) HUS:n alueen kunnat ovat mielenkiintoisia tutkittavia, koska eri sairaanhoitoalueilla ja kunnissa tarvevakioidut asukaskohtaiset nettokustannukset vaihtelevat muun muassa Jorvin sairaanhoitoalueen tarvevakioidut nettokustannukset ovat korkeimmat ja Porvoon sairaanhoitoalueen matalimmat. Lisäksi on nostettava esille se, että HUS asukaskohtaiset tarvevakioidut nettokustannukset ovat selkeästi Suomen korkeimmat. (Punnonen 2005,2006, Stakes 2006.)

Toisaalta on nostettava esille se, että HUS:n omistajakunnat asettivat perustamisvaiheessa tavoitteeksi alentaa kustannuksia. HUS työryhmä toteaa raportissaan vuonna 2004: ”Perustamisvaiheen aikana suunnitellut toiminnalliset muutokset on onnistuttu kohtuullisessa määrin toteuttamaan. Sen sijaan taloudellisia tavoitteita ei ole saavutettu juuri lainkaan. Erikoissairaanhoidon kustannuskehitys on ollut selvästi yli kuntien muiden toimintamenojen kasvun.” (HUS työryhmä 2004). Lopuksi on todettava, että kustannushallinnan ongelmat ovat myös kansallisen tason kysymys (STM 2003).

Tutkimusasetelma

Tutkimustehtävä

Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, mitä keinoja kunnilla on hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia eli miten kustannuksia voidaan hallita sekä mitä keinoja käytetään ja mitkä ovat tärkeimpien käyttämättä olevien keinojen käytön esteet. Keinoilla vaikutetaan kustannuksiin vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimuksessa käytetään hierarkkista rakennetta keinoissa: keinoryhmä, keino ja toimenpiteet.



Kuva 1. *Keinojen hierarkia*

Tutkimustehtävä on pyritty ratkaisemaan asettamalla seuraavat tutkimuskysymykset, jotka nojaavat Schlehin ajatuksiin (1962), mikä on asetettu tavoitteeksi ”erikoissairaanhoidon kustannushallinta” ja millä keinoin tavoitteisiin hakeudutaan ”keinoryhmät, keinot ja toimenpiteet tavoitteen saavuttamiseksi” (Schleh 1962, 9-10).

| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kirjalli- suus | <ul style="list-style-type: none"> • Mitä keinoja kunnalla on hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia teoreettisesti? |
| Empiiri- nen Case- tutkimus | <ul style="list-style-type: none"> • Mitä keinoja kunnilla on käytössä sekä mitä taloudellisia vaikutuksia niiden käyttämisestä on syntynyt? • Mitkä ovat tärkeimpien käyttämättä olevien keinojen käytön esteet? • Kuinka paljon kunta voisi alentaa erikoissairaanhoidon kustannuksia, jos viittä tärkeintä käyttämättä olevaa keinoa käytettäisiin? |

Tutkimuksen lopputulos sisältää vastaukset asetettuihin kysymyksiin.

Metodiset lähtökohdat

Tutkimus on kunnallistaloudellinen, joka käyttää eri tieteenalojen käsitteitä ja lähestymistapoja. Kontekstina on kunta ja kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinta.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Tutkimukset voivat käyttää kvantitatiivista tai kvalitatiivista menetelmää tai näiden yhdistelmiä. Yhdistelevän tutkimuksen vastustava argumentti perustuu usein metodeihin liittyvien epistemologisten ja paradigmaattisten erojen korostamiselle ja siten metodisten tarkastelujen yhdistämisen ongelmallisuudelle. (Kovalainen 2005, 73.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on dynaaminen vuorovaikutus teorian, käsitteiden ja aineiston kanssa. Samoin teoria ja käsitteet muuttuvat aineiston pohjalta. (Filstead 1979, 34-38.) Kvalitatiivinen tutkimusprosessi muodostuu kulloinkin tutkimukseen osallistuvien ihmisten tuottamaksi kokonaistilanteeksi (Räsänen 2005, 88). Kvalitatiivinen menetelmä antaa siten tutkijalle tilaa enemmän kuin kvantitatiivinen tutkimus, jossa on selkeät ja täsmälliset käytännöt. Edellä mainitut asiat ovat perusteita sille, miksi tutkimukselle on valittu kvalitatiivinen menetelmä. Kvalitatiivisen tutkimuksen määritetään yleensä olevan fenomenologinen, induktiivinen, subjektiivinen, prosessorientoitunut ja siinä on sosiaaliantropologinen maailman kuva. Lisäksi se on holistinen. (Reichard & Cook 1979, 9-16.) Tutkimuksessa induktiivisen analyysin sijaan käytetään deduktiivista analyysiä, koska olemassa olevaa tietoa ja teoriaa on olemassa riittävästi, vaikkakaan tutkimusaihetta ei ole tässä muodossa varsinaisesti aiemmin tutkittu. Grönforsin (1982) mukaan deduktiivisessa analyysissä on kaksi vaihetta, jossa ensimmäinen vaihe on ns. a priori-vaihe, jolloin kausaalisuhteet, joiden uskotaan vallitsevan tarkasteltavien muuttujien välillä,

muodostetaan teoreettisella tasolla. Suhteiden määrittelyä ohjaavat muiden tutkijoiden teorit, aikaisempi tutkimus ja tutkijan oma intuitiivinen looginen päättely. Toisessa vaiheessa tehdään aineiston keruu empiirisesti. Empiirisen aineiston kerääminen perustuu saatuun teoreettiseen malliin. (Grönfors 1982, 28-30, McNeill 1989, 50.)

Empiirisessä osassa on käytetty case-tutkimusta eli tapaustutkimusta, koska tutkimuksessa on kartoitettavia ja selvittäviä tutkimuskysymyksiä. Kartoittavassa tutkimuksessa etsitään uusia näkökulmia ja löydetään uusia ilmiöitä. Selittävässä tutkimuksessa haetaan tilanteelle selitystä. (McNeill 1989, 9-13, Freebody 2003, 82.) Tutkimus kartoittaa kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinoja ja selittää sitä, mitkä ovat keinojen käytön esteet.

Tapaustutkimuksia on tyypiltään monenlaisia. Jäsentävässä ja analysoivassa tehdään tarkastelua viitekehyksen luomiseksi tai analysointia jo olemassa olevan viitekehyksen avulla, tarkastelua useasta toisistaan täydentävästä näkökulmasta sekä yleistämistä teorioiden ylitse. (Salmi & Järvenpää 2000, vertaa Filstead 1979, 34-38.) Tapaustutkimus voi olla selvittävä ja kartoittava, esimerkiksi Yinin (1989) mukaan selvittävä tapaustutkimus voidaan jakaa kahteen tyyppiin: selvittävään ja kuvaavaan case-tutkimukseen. (Yin 1989, 13-23.) Tapaustutkimus antaa mahdollisuuden tarkastella tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti. Tapaus eli case voi olla muun muassa tapahtuma, prosessi, organisaatio tai paikka. (Yin 1989, 13-23.) Tapauksia voi olla yksi tai korkeintaan muutama ”havainto”, joita analysoidaan yksityiskohtaisesti ja monidimensionaalisesti. (Yin 1989, 13-23, Salmi & Järvenpää 2000.) Tässä tutkimuksessa tapauksina ovat tutkimuskunnat. Yin (1989) mukaan useamman tapauksen tutkimukset ovat yleistyneet. Yhtenä syynä on se, että ne ovat jyrkempiä ja painavampia. Monen tapauksen tutkimukset eroavat yksittäistapaustutkimuksista siten, että niiden tulee olla replikoivia ja niissä tulee olla vahva teoreettinen viitekehys. (Yin 1989, 52.) Tutkimuksessa tapauksia on kuusi ja taustalle on tehty teorioiden ja kirjallisuuden kautta viitekehys.

Salmi ja Järvenpää (2000) haluavat korostaa kuitenkin tieteen kumulatiivista kertymistä. Tapaustutkimuksessa tarvitaan taustalle usein useita teorioita. (Salmi & Järvenpää 2000.) Tässä tutkimuksessa on pyrkimys, luoda uusia näkökulmia ja olemassa olevan tiedon uutta jäsentämistä teorioiden ja käsitteiden sekä empiirisen aineiston kautta. Samoin tutkimuksessa käytetään yhden teorian sijaan useita teorioita poikkitieteellisesti. Tapaustutkimus soveltuu tähän hyvin myös sen takia, että siinä on enemmän vapausasteita kuin muissa (McClintock & Brannon, Maynard-Moody 1983, 149-152).

Tutkimus on soveltava. Tutkimuksessa ratkaistaan ongelmaa ”kustannushallinnan keinojen tunnistaminen”, tutkimus tehdään kentällä ”haastattelut”, tutkimus on metodien yhdistelmä ”erilaiset aineistot ja menetelmät”, tutkimus tehdään ulkopuolisessa organisaatiossa ”kunnissa”, aihe tulee rahoittajan aloitteesta ”yliopistolta tullut aloite” ja tutkimus suunnataan asiakkaalle ”tutkimusta hyödyntävät kunnat”. Tutkimuksessa on muutamia perustutkimuksen piirteitä, kuten tutkimus kehittää ja testaa teoriaa sekä aikaa ja kuluja menee niin paljon kuin ongelma vaatii. (katso esimerkiksi Hirsjärvi ym. 1996, 124.)

Kvalitatiivisen aineiston analyysi pohjautuu aineistotriangulaatioon (Salmi & Järvenpää 2000). Analysointitekniikkana on teorian mukainen teemoittelu ja siihen perustuva luokittelu sekä tyypittely, ääriyhmien ja poikkeavien tapausten tunnistaminen (Yin 1989, 105-125). Analysoinnin apuna ovat laskenta, taulukot ja grafiikka. (Kelle 1995, 1-3.)

Tutkimus eteni Case-tutkimuksen vaiheiden mukaisesti, jossa ensin määritellään ja selvennetään tutkimuskysymys, seuraavaksi suunnitellaan tiedon keruu, jonka kerätään data ja tehdään analysointi sekä lopuksi raportoidaan (Freebody 2003, 82-83). Alla on kuvaus tutkimuksen analysointivaiheen etenemisestä:

- Tutkimuksen ensimmäinen vaihe oli aineistoon tutustuminen. Aineistoa olivat haastattelunauhut, haastattelunauhoista puretut tekstit, muistiinpanot, tilastot ja dokumentit. Aineiston analyysi tehtiin lukemalla tekstejä ja käyttämällä samaan aikaan rinnalla Excelin suodatus- ja taulukointiominaisuuksia muun muassa Pivot-tilukkoita, kaavioita sekä tarkasteltiin rinnakkain haastatteluaineistoa taustatietoina olleisiin tilastoihin ja dokumentteihin. (Hirsjärvi ym. 1996, 209-215, Hirsjärvi & Hurme 2001, 143-154.)
- Tutkimuksen aineisto ryhmiteltiin, jotta ilmiö voitaisiin havainnollistaa (Seidel & Kelle 1995, 52-55, Räsänen 2005, 95). Ryhmittelyssä käytettiin hyväksi kirjallisuuden kautta rakennettua hierarkkista rakennetta (Araujo 1995, 96-118, Räsänen 2005, 95). Haastatteluaineiston havainnot luokiteltiin taustatietojen, tutkimuskysymysten ja teorian mukaisiin keinoryhmiin ja niiden alla oleviin keinoihin. Tapaustutkimuksissa on yleistä käyttää ryhmittelyä; mitä enemmän samoja havaintoja sitä parempi sisäinen validiteetti. (Yin 1989, 109.)
- Tutkimuksessa luokiteltiin havainnot sekä liitettiin asiayhteyksiin sekä havaintoja ryhmiteltiin esimerkiksi matriisien avulla ja pyrittiin löytämään eri osatekijöiden toisiinsa liittyviä yhteyksiä sekä tunnistamaan mahdollisia ristiriitaisuuksia ja poikkeavuuksia eri vastaajien asematason sekä kuntakokojen ja kuntien välillä. Samoin tunnistettiin alueita, jotka jäivät ilman vastauksia. Lisäksi tehtiin ristiintarkistukset Excelin suodattimella ja taulukoinnilla.
- Viimeisenä palattiin takaisin kokonaisuuteen, tulkintaan sekä ilmiön teoreettiseen uudelleen hahmottamiseen. Johtopäätösosassa tehtiin tulkinta kirjallisuuden ja empiirisen aineiston tulosten välillä. (Hirsjärvi ym. 1996, 209-215, Hirsjärvi & Hurme 2001, 143-154.)

Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksen aineisto jakautuu kahteen osaan: kirjallisuuteen ja empiiriseen kunta-aineistoon. Kirjallisuutta on käytetty keinojen kartoittamiseen ja viitekehysten rakentamiseen. Empiirisellä aineistolla on täydennetty keinoja,

tunnistettu tärkeimpiä käytettyjä sekä tärkeimpiä käyttämättömiä keinoja ja niiden esteitä.

Tapaustutkimuksen empiirinen aineisto voidaan kerätä dokumenteista, haastatteluista, suorista havainnoista, arkistoista ja osallistuvan havainnoinnin avulla (Yin 1989, 85, Freebody 2003, 82). Empiirinen aineisto voi jakautua primääriseen ja sekundääriseen aineistoon. Tutkija kerää primäärisen aineiston itse haastattelemalla ja sekundäärinen aineisto tulee muista lähteistä ja voi olla erimuotoista. (McNeill 1989, 99.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tieto kerätään pääosin henkilöiltä. Haastattelut oleellinen osa tapaustutkimusta (Yin 1989,89).

Tutkimuksen empiirinen aineisto jakautuu kahteen osaan. Primääriaineistona ovat haastattelut ja sekundääriaineistona ovat dokumentit, raportit ja tilastot: kuntien toimintakertomukset ja selvitykset, tilastot Stakesin Sotkanetin tietokannasta, tilastokeskuksesta ja kuntaliitosta sekä raportointi- ja tilastotiedot HUS:n johdontietojärjestelmästä (joti). Sekundääriaineistoa on hyödynnetty haastatteluiden taustalla ja tulososan analysoinnissa, esimerkiksi lukutietoja avulla on pyritty vahvistamaan tekstilähdettä tai haastatteluaineistoa, valintaperusteena tai taustoittavana tietona.¹

Haastatteluaineisto

Kvalitatiivinen aineisto voidaan kerätä haastatteluiden tai kyselyiden avulla. Haastatteluita voidaan tehdä hyvin eri tavoin: täysin strukturoidusta haastattelusta syvähaastatteluun. Tämän tutkimuksen primääriaineistona ovat teemahaastattelut. Yksi syy teemahaastattelun valinnalle on se, että tutkimuksen haastateltavat ovat eri työtehtävistä, organisaatiotasoista sekä kunnista, siksi eri aiheemat voivat vastaajan taustoista riippuen vaihdella. Teemahaastattelu mahdollistaa aiheiden käsittelyn vapaasti eri järjestyksessä (Freebody 132-133). Kyselytutkimus ei anna mahdollisuuksia edetä esimerkiksi haastateltavan tietämyksen mukaan. Kyselytutkimuksen kysymykset ovat yhdenmukaiset kaikille vastaajille. Lisäksi haastattelumenetelmän hyvänä puolena on se, että haastattelijalla voi toistaa kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä, selvittää sanamuotoa ja näin lisätä vastausten määrää. (Jyrinki 1974,11-27.) Samoin haastattelututkimuksen päästään syvemmälle kuin kyselyssä. Siinä päästään sisälle haastateltavalla olevaan passiiviseen tietoon. (Holstein & Gubrium 2002, 116.) Tutkimusaihe on laaja, jonka vuoksi kyselytutkimuksella ei välttämättä olisi saatu yhtä syvällistä tietoa haastateltavilta. Lisäksi käsitteiden ymmärtämistä ei olisi voitu varmentaa kyselytutkimuksessa yhtä hyvin kuin haastattelussa.

Tutkija huomioi riskin siitä, että esimerkiksi tutkija saattaa vaikuttaa vastaamiseen ja siten tutkimustuloksiin tulkitsemalla puutteelliset ilmaukset omien odotustensa ja arvostustensa suuntaan ja vastaajat voivat vastata muun

¹ Tutkimuksen lukutietojen aikasarjat voivat vaihdella joko sen vuoksi, että tietoa ei ole ollut saatavissa samoilta kausilta tai asiayhteyden vaateiden vuoksi. Lukutietojen ajoittuminen juuri samalla kaudelle, ei ole kuitenkaan ratkaisevaa tutkimustehtävän ratkaisemisessa.

muassa sen mukaan, mitä haastattelija odottaa haastattelijan odottavan häneltä. (Jyrinki 1974,11-27.)

Tutkimuksen haastattelurungon taustalla ovat kirjallisuus ja tutkimuskysymykset sekä esihaastattelut. Ensinnäkin haastattelun teemat ovat kirjallisuudesta ja teorioista sekä haastattelurunko on kirjallisuuden, teorioiden ja tutkimuskysymysten pohjalta. Toiseksi tutkimusaiheen ymmärtämisen ja eri tutkimusvalintojen taustalla ovat esihaastattelut, koska tutkijan on hyvä tehdä esihaastatteluja useassa vaiheessa, jotta saadaan kuva haastateltavan kohdejoukon kokemuksista. Vasta näiden haastatteluiden jälkeen voidaan laatia haastattelurunko. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 72-73.) Tutkimuksen lopullisen haastattelurungon taustalla ovat Nurmijärven, Espoon, Porvoon ja Sammatin terveydenhuollon tai taloushallinnon virkamiesjohdolle, Lohjan ja Espoon sairaanhoitoalueiden johtajille, yhdelle hallituksen ja valtuuston jäsenelle sekä HUS:n taloustoiminnoissa työskentelevälle henkilölle tehdyt haastattelut.

Aineiston painoarvoa lisää riittävä määrä tutkimuskohteita erilaisilla taustatekijöillä (Yin 1989, 52, vertaa McNeill 1989, 15, Kuosmanen ym. 2004, 38). Erikoissairaanhoidon kustannushallinnan kysymykset saattavat poiketa toisistaan eri kunnissa. Tutkimuskuntia ovat Helsinki, Espoo, Hyvinkää, Kerava, Siuntio ja Lapinjärvi. Alla on tutkimuskuntien valintakriteereitä:

- sijainti eri sairaanhoitoalueilla ”toiminta erilaista eri alueilla johtuen eri sairaanhoitoalueiden lähtökohdista”²
- eri koko ja kehitysvaihe ”kustannushallintakysymykset poikkeavat toisistaan”³
- erilaiset ikärakenteet ja sosioekonomiset taustat ”kustannuksiin vaikuttavat tarvetekijät”⁴.

Suurin tutkimuskunta on Helsinki 559 046 asukkaalla ja pienin Lapinjärvi 2 979 asukkaalla. Tutkimuskuntien asukasmäärien kehitys vaihtelee vuosien 2000-2004 välillä Lapinjärven -1,1 prosentista Siuntion 9,5 prosenttiin. Väestön ikärakenne vaihtelee 0-6-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden osuuden osalta Keravan 18,10 prosentista Lapinjärven 29,60 prosenttiin. 75 vuotta täyttäneitä on vähiten Espoossa 3,8 prosenttia ja eniten Lapinjärvellä 10,80 prosenttia. Korkeasteen koulutuksen saaneita on vähiten Lapinjärvellä 13,7 prosenttia ja eniten Espoossa 41,2 prosenttia.

² HUS alueen eri sairaanhoitoalueilla toisistaan poikkeavat tarvevakioidut kustannukset (Punnonen 2005).

³ Palvelujen kustannuksiin vaikuttavat tekijät (Blomster 2001/25,42).

⁴ Epidemiologisessa tutkimuksessa muuttujina käytetään ikää, sukupuolta, rotua ja sosiaalista asemaa sosiaalista taustaa, koska ne korreloivat terveyden ja elämän pituusodotuksen kanssa (Cockerham 1978, 29, Valkonen 1993, 241-251, Klarman 1964, 25.) Erikoissairaanhoidon kustannusten kannalta väestötekijöillä on merkitystä (Karinen, Ohinmaa & Koivukangas 1999, 57). Koulutustausta vaikuttaa (Klarman 1965, 29, Nissinen ym. 1994, 179, Häkkinen, Järvelin, Rosenqvist & Laitinen 2003, 32-35). Ikä vaikuttaa (Noro, Häkkinen & Laitinen 1999, 13-16, Karinen ym. 1999, 57, Blomster 2001, 11, Lahtinen, Mikkola & Palomäki 2004, 11).

Taulukko 2. Tutkimuskunnat (Sotkanet, Joti 2005/10).

| Kunta | SHA-Alue | Asukkaat 31.12 2004 | Muutos-% 2000- 2004 | 0-6 v+yli 65 v % 2004 | yli 75 vuotiaat 2004 | Korkea-asteen koulutus 15 vuotta täyttäneistä (%) |
|------------|---------------|------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|
| Helsinki | HYKS | 559 046 | 0,6 % | 20,50 | 6,50 | 33,9 |
| Espoo | Jorvi | 227 472 | 6,7 % | 18,90 | 3,80 | 41,2 |
| Hyvinkää | Hyvinkää | 43 523 | 2,3 % | 22,50 | 6,60 | 25,9 |
| Kerava | Peijas | 31 361 | 3,6 % | 18,10 | 4,00 | 28,7 |
| Siuntio | Länsi-Uusimaa | 5 312 | 9,5 % | 20,80 | 4,50 | 28,6 |
| Lapinjärvi | Porvoo | 2 979 | -1,1 % | 29,60 | 10,80 | 13,7 |

Tapaustutkimuksessa pyritään ymmärtämään syvällisesti ”tapaus” (Yin 1989, 13-23, 125-126, Salmi & Järvenpää 2000). Sen vuoksi kustakin kunnasta on perusanalyysi, joka perustuu Sotkanetin, HUS:n johdon tietojärjestelmään (joti), kunnan toimintakertomuksiin ja muihin aineistoihin. Lisäksi ymmärtämistä on syvennetty kuntaan liittyvällä sekundääriaineistolla.

Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja. Yleensä haastattelut tehdään kahdenkeskisesti. Yksilöhaastatteluissa henkilöt voivat ilman sosiaalisia paineita vastata vapaasti kysymyksiin. (Holstein & Gubrium 2002, 117.)

Tutkimuksessa on käytetty ns. lumipallo-otantaa. Tutkija etsi muutamia avainhenkilöitä, jotka ovat hyvin mukana tutkimuksen kohteen mukaisessa toiminnassa. Heidän haastattelujen jälkeen heitä pyydettiin ehdottamaan muita henkilöitä. Lisäksi potentiaalisten haastateltavien nimiä saatiin puhelinkeskusteluissa. (McClintock ym. 1983, 149-152, McNeill 1989, 39.) Haastateltavien henkilöiden valintakriteerinä oli aihealueen syvälinen asiantuntemus ja päivittäinen kosketus tutkimusaiheeseen, siksi haastattelut ovat niiltä virkamiehiltä, joilla on toimensa puolesta paras asiantuntemus tutkimusalueeseen. Heitä haastateltiin kunnan edustajina, koska tutkimus lähestyy tutkimusaihetta kuntien näkökulmasta.

Aineisto sisältää yhteensä 17 haastattelua.⁵ Haastateltavien alin organisaatiotaso on terveysaseman päällikkötaso.⁶ Haastattelumäärä tavoitteena oli aluksi, että suurissa kunnissa haastatellaan 2-3 henkilöä, keskisuurissa kunnissa 2 ja pienissä kunnissa haastatellaan 1 henkilö. Ensimmäisen haastattelukierroksen jälkeen johtopäätöksenä oli, että suurimmissa kunnissa on perusteltua tehdä useampi haastattelu organisaatioiden moniportaisuuden vuoksi, jotta aineisto saataisiin kattavammaksi. Samoin pienistä kunnista oli tarvetta saada terveysasematasosta vastaavan henkilön haastattelu.⁷ (katso liite 1)

Tutkimuksessa on tehty testihaastattelu aihealuetta tuntevalla henkilöllä ennen varsinaisia haastatteluja, koska haastattelu on kokeiltava yhdellä tai useammalla haastattelulla (Yin 1989, 80, McNeill 1989, 34).

⁵ Kvalen (1996,102) mukaan tavallisesti haastateltavien määrä kvalitatiivisissa tutkimuksissa on nykyisin 15 (Hirsjärvi & Hurme 2001, 58).

⁶ pääosa yllääkärinimikkeellä

⁷ Siuntion osalta ei onnistuttu saamaan terveysasematasoa vastaajaa vastaajaksi.

Haastatteluiden kesto on 40 minuutista yli kahteen tuntiin. Haastattelut on litteroitu (Räsänen 2005, 91).⁸ Haastatteluiden kulku oli seuraava:

- Haastatteluajaksi varattiin pääsääntöisesti 2 tuntia. Haastattelut suoritettiin 1.12.2005- 3.2.2006 välisenä aikana.
- Haastattelut suoritettiin haastateltavien omissa työhuoneissa tai kokoustiloissa. Haastattelut nauhoitettiin.
- Aluksi haastateltavat saatettiin tietoiseksi tutkimusalueen sisällöstä antamalla haastateltavalle haastattelurunko. Haastattelun alussa oli johdattelevat kysymykset. Johdattelevien kysymysten jälkeen siirryttiin teemapohjaiseen käsittelyyn. Osioissa kartoitettiin mitä keinoryhmiä ja niiden sisältämiä keinoja on käytetty sekä mitä kustannushyötyjä on saatu. Sen jälkeen kartoitettiin kunnan viisi tärkeintä käytettyä keinoa sekä viisi tärkeintä käyttämättä olevaa keinoa ja niiden käytön esteitä. Viiden käyttämättä olevan tärkeimmän keinon osalta kysyttiin erikseen henkilön omaa arviota siitä, jos keinoja voisi vapaasti käyttää, niin kuinka paljon niiden avulla voisi saada säästöjä eli alentaa kustannuksia. Haastattelun lopuksi pyydettiin haastateltavia laittamaan keinoryhmät järjestykseen erikseen määrän ja yksikkökustannusten kannalta sekä lopussa tehtiin vielä yksi teoriaa testaava kysymys. Määrän ja yksikkökustannuskysymyksessä vastaajien ymmärrys käsitteiden sisällöstä vaihteli, jonka vuoksi se pudottiin pois lopullisesta analysoinnista. Haastattelurunko toimi pohjana kaikissa haastatteluissa. Haastatteluissa eteneminen ja painotukset vaihtelivat haastateltavan mukaan.

Tutkimukseen liittyvä aiempi tutkimus

Kokonaisvaltaista kuntien erikoissairaanhoidon kustannushallinnan tutkimusta ei ole varsinaisesti tehty. Terveystaloustieteen bibliografia osoittaa, että Suomessa ei ole tehty aihetta vastaavaa tutkimusta (Mikkola 2001). Sen sijaan erikoissairaanhoidon koskevaa tutkimusta löytyy sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Esimerkiksi Suomessa terveystaloustieteellinen tutkimus on keskittynyt taloudelliseen arviointiin, terveydenhuollon rahoitukseen ja organisointiin sekä kysyntään ja käyttöön (Mikkola 2001,13). Kansainvälistä tutkimustietoa löytyy muun muassa koskien sairaaloissa tapahtuvaa kustannushallintaa ja makrotasoisia kustannushallintaa.

⁸ Nauhoituslaitteita ovat Sony IC-recorder ja MP3-laite Creative. Nauhat sijaitsevat tietokoneen kovalevyllä ja erillisellä disketillä sekä flashmuistissa lukuun ottamatta Sony IC-recorderilla tehtyjä nauhoituksia. Yksi haastattelu on rikkonainen johtuen teknisistä laitteista. Haastattelusta on yksityiskohtaiset muistiinpanot siltä osin, kun teknistä laitetta ei ollut käytettävissä.

Makrotasoiset kustannushallinta tutkimukset

Ulkomaisista tutkimuksista on nostettava esille makrotasoiset tutkimukset. Reinhardt, Hussey ja Anderson (2004) ovat tehneet tutkimuksen liittyen Yhdysvaltojen terveydenhuollon kustannuksia nostaviin tekijöihin. Heidän mukaansa kustannusten nousua ei selitä vain yksi tekijä, vaan tekijöitä on useampia. (Reinhardt, Hussey & Anderson 2004.) Yksi kansallisella tasolla näkyvä ilmiö on terveydenhuollon korvaukset. Näitä ovat tutkineet Martin ja Harrison (1992). He ovat pyrkineet luomaan mallin ja myös ottamaan käyttöön asiantuntijajärjestelmä, jonka avulla voidaan hallita terveydenhuollon kustannuksia. (Martin & Harrison 1992, 819.)

Erikoissairaanhoidon kotimaiset tutkimukset liittyen tuottajan ja tilaajan suhteisiin

Suomessa kunnat ostavat sairaanhoitopiiriltä erikoissairaanhoidon palveluita, vaikkakin se ilmenee käytännössä palveluiden tilaamista sairaanhoitopiiriltä käyttämällä erilaisia sopimusmenettelyjä. Kyse on palvelun ulkoistamisesta ja sopimusohjauksesta. Ulkoistamisen yksikkökustannusten käyttäytymistä julkisella sektorilla ovat tutkineet tapaustutkimuksen muodossa Kulmala, Ojala, Ahonniemi ja Uusi-Rauva (2006) (Kulmala, Ojala, Ahonniemi & Uusi-Rauva 2006, 130.) Erikoissairaanhoidon tuottajan ohjausta on käsitelty sopimusohjauksen kautta ja yhtenä näkökulmana ovat olleet kustannukset, esimerkiksi Pasanen 1999, Kuosmanen, Meklin, Rajala ja Sihvonen 2004 sekä Sihvonen 2006.

Erikoissairaanhoidon tarjonta vaikuttaa erikoissairaanhoidon käyttöön ja näin kunnan kustannuksiin. Aiheeseen liittyen on hyvin paljon kansainvälistä ja kotimaista tutkimusta varsinkin priorisoinnista. Sitä ovat käsitelleet muun muassa Klein 1998, Lammintakanen 2005 sekä Madden, Martin, Downey ja Singer 2005. Tarjontaan liittyvät myös kustannus-vaikuttavuustutkimukset, joita on tehty paljon sekä kansainvälisesti että kansallisesti. Kotimaassa taloudellisen arvioinnin tutkimusjulkaisuja on eniten osa-analyyseissä ja kustannusvertailuissa. (Mikkola 2001,13.) Esimerkiksi Barry, Frank ja McGuire ovat tutkineet tasa-arvon vaikutuksia mielenterveyshuollon kustannuksiin (Barry, Frank & McGuire 2006, 623).

Erikoissairaanhoidon tuottajan kustannushallinta tutkimukset

Useat tutkimukset ovat kohdistuneet sairaalaan ja sairaalaorganisaation kustannuksiin ja niiden hallintaan. Samoin sairaalapalvelujen yksikkökustannuksia on tutkittu. Intiassa Kasturi, Jamalluddin ja Hemchandra (2005) ovat lähestyneet sairaalan yksikkökustannusten määrittelyn näkökulmasta (Kasturi, Jamalluddin & Hemchandra 2005, 48). Yksikkökustannusten määräytymisessä vaikuttaa yhtenä tekijänä kapasiteetti ja toiminta-aste. Ling ja

Benton (2003) ovat tutkineet kustannushallintaa sairaalan kapasiteetin johtamisen kannalta. (Ling & Benton 2003, 596.) Erikoissairaanhoidon tutkimusta edustaa Wiili-Peltola (2005) tutkimus, joka kohdistui sairaalaorganisaatioon ja sen hallinnan kehittämisen haasteisiin. (Wiili-Peltola 2005.) Kustannusten alentamista ja hallintaa on tutkittu sairaaloiden näkökulmasta, esimerkiksi Evans, Hwang ja Nagarajan (2001). Heidän mukaansa kustannushallintaa voidaan tehdä lyhentämällä potilaiden sairaalassaoloaikaa profiloimalla lääkäreitä johdon laskentatoimen hallintatekniikoilla. (Evans, Hwang & Nagarajan 2001, 73.) Kustannusten alentamiseen liittyy läheisesti tehokkuus ja sen parantaminen. Sitä on tutkinut Yaneer (2005) ja hänen tutkimuksensa kohdistui terveydenhuollon ja julkisen terveydenhuollon tehokkuuden parantamiseen (Yaneer 2005, 459).

Kotimaiset erikoissairaanhoidon kustannuksiin liittyvät yksittäiset tutkimukset

Erikoissairaanhoidon kustannuksiin liittyvää tutkimusta on tehty yksittäisistä näkökulmista muun muassa tekonivelten leikkausten tehokkuus, kustannukset ja kustannustehokkuus (Rissanen 1996) sekä kustannusvertailut laitospalveluiden käytön ja kustannusten eroista (Vohlonen, Keskimäki, Pekurinen & Pohjanlahti 2000) ja terveyspalveluiden tarve ja kustannukset alueittain (Häkkinen ja Laukkanen 1999). Kokonaisvaltaisemmin erikoissairaanhoidon kustannuksia ovat lähestyneet Karinen, Koivukangas ja Ohinmaa (1999). He ovat tutkineet ja tunnistaneet Oulun läänin kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksia selittäviä tekijöitä. (Karinén, Koivukangas & Ohinmaa 1999.) Snellman ja Pekurinen (2005) ovat selvittäneet erityisen kalliiden hoitojen kustannusten syitä eri sairaanhoitopiireissä vuosina 2003 ja 2004 (yli 80 000 euroa) (Snellman & Pekurinen, 2005). Erikoissairaanhoidon tuottavuutta on lähestytty useissa tutkimuksissa esimerkiksi alueellisesta näkökulmasta (Linna & Häkkinen 1999). Valtonen ja Rissanen (1999) ovat tutkineet laman vaikutuksia terveydenhuollon menoihin (Valtonen & Rissanen 1999). Peltokorpi, Kujala ja Lillrank (2004) ovat tutkineet keskeneräisen potilaan kustannuksia (Peltokorpi, Kujala & Lillrank 2004). Ovaskainen (2005) on tehnyt tutkimuksen kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seurannasta ja ennakoinnista (Ovaskainen 2005). Ikääntyvien ihmisten terveystalvelujen käyttöä ja kustannuksia ennustavia tekijöitä ovat tutkineet Noro, Häkkinen ja Laitinen (2000) (Noro, Häkkinen & Laitinen 2000).

Kuntien kustannushallinta

Kuntien kustannushallintaan liittyy kuntien johdon laskentatoimen alueilla tehty tutkimus. Näsi, Hokkanen ja Latvanen (2001) ovat tutkineet johdon laskentatoimen hyväksikäyttöä ja kehittämistarpeita erilaisissa kunnallisissa

toimintayksiköissä (Näsi, Hokkanen & Latvanen, 2001). Kotonen (2000) on lähestynyt talousohjausta kassavirtalaskelman näkökulmasta (Kotonen 2000). Kallio, Manninen, Meklin ja Oulasvirta (2000) ovat tutkineet kuntalain muutoksen vaikutuksia talousjohtamiseen (Kallio, Manninen, Meklin, Oulasvirta 2000). Kuntien talouden ohjausta ja muutosta on tarkastellut Karila (1998) (Karila 1998). Loikkanen ja Susiluoto (2005) ovat tutkineet kuntien palvelutarjonnan kustannustehokkuuden syitä ja selittäneet eroja taustatekijöillä (Loikkanen & Susiluoto 2005). Vastaavasti muun muassa Helin, Hyypiä ja Lankinen (1996) ovat tutkineet erilaisten kuntien kustannuserojen taustoja ja analysoimaan erojen syitä (Helin, Hyypiä & Lankinen 1996).

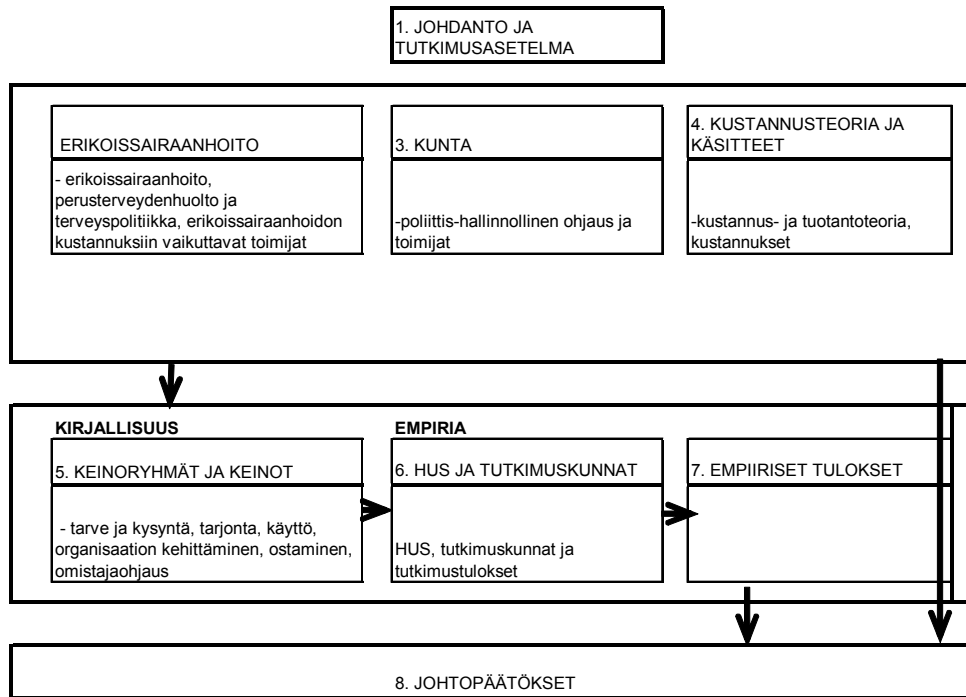
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (HUS) koskevia tutkimuksia ja raportteja on tehty Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta. Tahvanainen (2004) on tarkastellut väitöskirjassaan HUS:ia ja sen rakentumista. (Tahvanainen 2004.) HUS:n toiminnan tehostamisesta on STM:n selvitysmiesraportti vuodelta 2003 (STM työryhmämuistio 2003:4, 21-27).

Tutkimuksen rakenne

Tutkimuksessa on kolme osakokonaisuutta: teoria ja käsitteet, kirjallisuus ja empiria sekä johtopäätökset. Ensinnäkin teoria ja käsite osuudessa hahmotetaan mitä erikoissairaanhoito on ja sitä, miten se asemoituu suhteessa muihin palveluihin. Toiseksi siinä käydään läpi kuntaa ja sen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavia kunnan toimijoita. Kolmantena osiossa on kustannuksiin liittyvät teoriat ja käsitteet.

Tutkimuskysymyksiin saadaan vastaukset kirjallisuuden ja empirian kautta. Tässä osassa kartoitetaan kirjallisuuden kautta keinoja ja empiriassa tarkastellaan HUS:ia ja tutkimuskuntia. Pääosa sisällöstä keskittyy tutkimuskysymysten mukaiseen analysointiin ja johtopäätöksiin.

Tutkimuksen viimeisessä osassa ovat johtopäätökset ja tutkimuksen arviointi. Siinä tarkastellaan vuoropuhelun avulla kirjallisuutta ja tutkimuksessa saatuja empiirisiä tutkimustuloksia sekä tehdään johtopäätökset.



Kuva 2. Tutkimuksen rakenne ja eteneminen

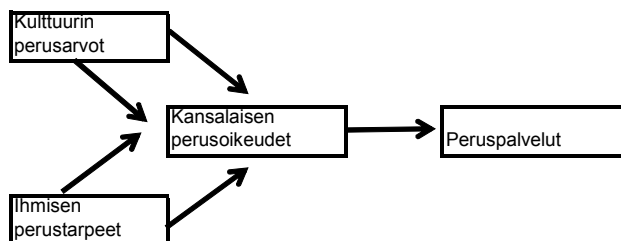
Erikoissairaanhoito osana terveydenhuoltoa

Erikoissairaanhoito on peruspalvelu ja kuuluu terveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidon, samoin kuin terveydenhuollon, rahoitus on monikanavainen. Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimenpalvelut liittyvät kiinteästi toisiinsa. Yhteiskunnassamme laajasti näkyvä terveystaloudellinen politiikka vaikuttaa erikoissairaanhoitoon ja sen tarpeisiin sekä siten muun muassa kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumiseen ja kustannustenjakoon. Kustannushallinnassa on tärkeää huomioida eri toimijat. Kunnan lisäksi erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavia toimijoita on useita. Näitä toimijoita ovat: valtio, sairaanhoitopiirit, lääkärit ja hoitajat kuntien perusterveydenhuollossa, yksityisillä terveysasemilla, työterveyshuollossa ja opiskelijoiden terveydenhuollossa, sairaanhoitopiireissä ja yksityisissä sairaaloissa sekä kuntalaiset, ammattijärjestöt, kansalaisjärjestöt, tiedotusvälineet sekä lääke- ja laitevalmistajat.

Terveydenhuolto

Terveydenhuolto nähdään yhteiskuntamme peruspalveluna (Niemelä 1994, 1-17, Kainulainen 1994,87-122). Peruspalvelut ovat hyvinvointipalveluiden ydinpalveluita. Osa peruspalveluista on välttämättömiä ja tarpeellisia elämän jatkumiseksi. Muita peruspalveluita terveydenhuollon palveluiden lisäksi ovat sosiaalipalvelut, koulutuspalvelut ml. kirjasto, pelastuspalvelut ja tekniset infrastruktuuripalvelut kuten vesi, lämpö, tietö jne. Palvelut voidaan jakaa rakenteellisesti välttämättömiin ydinpalveluihin, tarpeellisiin peruspalveluihin ja hyödyllisiin elämänlaatu palveluihin. Peruspalvelut voidaan jakaa vielä erikseen perus- ja erikois palveluihin, esimerkiksi erikois palveluita ovat vammaisille suunnatut erikois palvelut, koska ne mahdollistavat vammaiselle kansalaiselle normaalin elämisen tason. Niemelän (1994) mukaan luokittelussa tarkastellaan asioita käytännön tasolla eli poliittisena asiana. Käytännön tason konkretisoimiseksi on mahdollista käyttää apukäsitteitä ”välttämätön”, ”tarpeellinen” ja ”hyödyllinen”. Peruspalvelukäsitteen määrittelyyn vaikuttavat useat tekijät, kuten kulttuurin perusarvot, kansalaisen perusoikeudet ja ihmisen perustarpeet. Erikoissairaanhoidossa useimmat palvelut ovat välttämättömiä ihmisille ja siten ne voidaan luokitella peruspalveluiksi. (Niemelä 1994, 1-17.)

Peruspalvelujen määrittäminen kattavasti ja yleisesti ei ole mahdollista, koska kuntien väliset erot ovat suuret (Knuutinen 1994, 31).



Kuva 3. Peruspalvelu-käsitteen jäsenmalli (Niemelä 1994, 17).

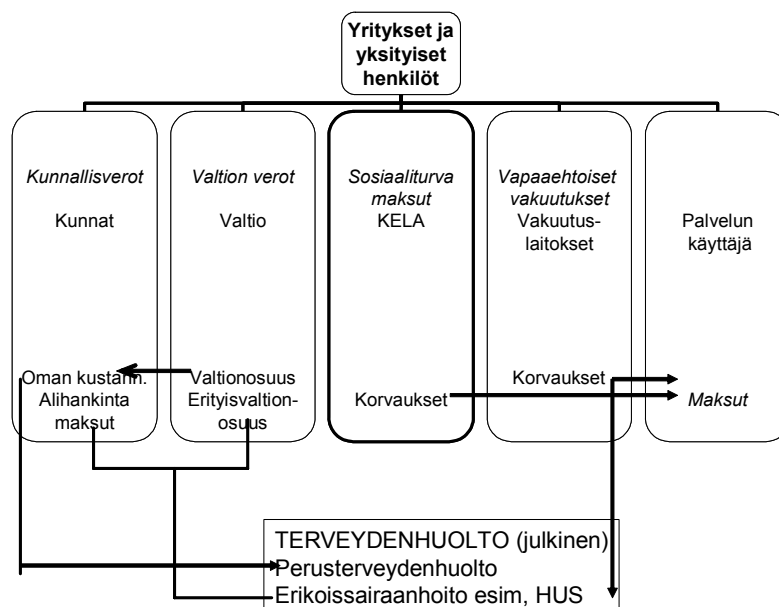
Terveystenhoito jaetaan sairauksien ehkäisyyn, sairaanhoitoon, kuntoutukseen ja terminaali- eli saattohoitoon. Samoin osa terveydenhuoltoon on väestön terveyden ylläpitäminen. Terveystenhoitoon liittyy tiiviisti muita tahoja, kuten sosiaalihuolto. (Nissinen ym. 1994, 310.) Terveysthongelmien ehkäisyyn vaikuttaa yhteiskuntapolitiikan eri alueet kuten talouselämä, asuminen ja ympäristö, kasvatus- ja koulutus, sosiaaliturva ja aluepolitiikka. (Laurinkari & Niemelä 1978, 11).

Terveystenhoitoa säädellään lainsäädännöllä, joka määrittelee toiminnan luonnetta ja linjauksia. Lainsäädäntö ei määrittele yksityiskohtaisesti palvelujen laajuutta, sisältöä tai järjestämistapaa. Lainsäädännössä on määritelty keskeiset kansanterveystyön ja erikoissairaanhoiton palvelut, jotka kunnan tulee järjestää. (STM 2001:7.)

Terveystenhoillon kentässä erotettavassa kolme osapuolta; tuottajat, kuluttajat ja palvelujen kustantajat eli maksajat (Nissinen ym. 1994, 344). Lisäksi voidaan tunnistaa vielä yksi rooli eli ostajan rooli eli tilaaja. Tilaaja toimii myös maksajana. Palveluiden tuottajat voivat olla julkisyhteisöjä, kolmannen sektorin organisaatioita tai yksityisiä yrityksiä ja myös kuntien ja yksityisten yhteisesti omistamia yrityksiä (esimerkiksi Coxa Oy), kuten kunnan terveysasema, sairaanhoitopiiri, yksityinen lääkäriasema jne. Julkinen palvelutuottaja voi olla kunnan oma terveysasema, kuntien yhteisomistuksessa kuntayhtymä, yksityinen yritys tai muu yhteisö. Kuntalainen palvelujen käyttäjänä maksaa niin välittömästi kuin välillisesti maksamalla veroja, palvelumaksuja tai vakuutusta. Julkisten palvelujen käytössä maksajana tuottajaan päin ovat kunnat, KELA, vakuutusyhtiöt, yritykset ja yksityiset henkilöt. Palvelujen maksajana eli kustannusten kattajana on viime kädessä kansalainen (yritys tai henkilö). Ostajana eli tilaajana voi toimia kunta, vakuutusyhtiö, yritys tai muu organisaatio tai yksityinen henkilö.

Terveystenhoillon rahoitus eli kustannusten kattaminen on monikanavainen. Rahoitus voidaan jakaa julkis- ja osin yksityisrahoitteiseen toimintaan. Vastuu kunnallisten terveystpalvelujen rahoittamisesta on kunnalla. Julkisen terveydenhuollon rahoitus perustuu veroihin ja maksuihin. Verovaroja kerätään kuntien kunnallisverotuksella ja valtionverotuksella (välilliset ja välittömät verot). Valtion kanavoi terveydenhuollon rahoitusta kunnille maksamalla

valtionosuuksia ja kuntalaisille korvauksia Kansaneläkelaitoksen kautta. Kunnan valtionosuus määräytyy muun muassa asukasluvun, ikäjakauman, sairastavuuden, työttömyyden ja kunnan syrjäisyyden mukaan. Valtionosuutta voi saada myös investointihankkeisiin. Julkisessa terveydenhuollossa noin 10 prosenttia rahoituksesta kerätään asiakasmaksuilla. (STM 2001:7.) Erikoissairaanhoidossa maksujen osuus on vielä pienempi eli noin viiden prosentin luokkaa. (Kuntaliitto 2003). Asiakasmaksut ovat käytössä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Yksityisellä sektorilla tapahtuvan terveydenhuollon rahoitus tulee palvelua käyttävältä asiakkailta, yrityksiltä (työterveyshuolto) ja/ tai vakuutusyhtiöltä sekä Kansaneläkelaitokselta sairasmaksuista. Sairasmaksuista rahoitetaan työnantajien ja vakuutettujen maksuosuuksilla. (STM 2001:7.)



Kuva 4. *Terveyspalveluiden kustannusten maksajat*

Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuolto on toimintaa, joka käsittää sairauksien ehkäisyä ja hoitoa. Usein se on potilaan ensimmäinen kontakti terveydenhuoltoon. (Palu 1993, 8, Nissinen ym. 1994,317.) Perusterveydenhuollon tehtäviä hoidetaan kuntien terveyskeskuksissa. Kunnalla tulee olla terveyskeskus, jonka toimintoja voidaan sijoittaa sivuvastaanoitoille tai liikkuville toimintayksiköille. (Kansanterveyslaki 14-15 §.) Kunnan on oltava yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa, jotta kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat kokonaisuuden (Kansanterveyslaki 27 §). Toisaalta sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoitopalveluiden yhteensovittamisesta ja yhteistyössä

terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (Erikoissairaanhoitolaki 10 §).

Perusterveydenhuoltoa sääntelee Kansanterveyslaki. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilön ja hänen elinympäristönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Kunnan vastuulla on kansanterveystyö. Kunnat voivat perustaa sen hoitamista varten kuntayhtymän tai sopia, että toinen kunta hoitaa osaa sen toiminnoista. Suomessa oli vuonna 2003 278 terveyskeskusta, joista kuntayhtymämuotoisia oli 70 ja kuntien omia terveyskeskuksia 208. (Kansanterveyslaki, STM 2004:11, 10.) Kansanterveystyön tehtäviä ovat terveysneuvonnan ylläpitäminen sisältäen

- valistamis-, ehkäisyneuvonta-, terveystarkastustehtävät
- sairaanhoito sisältäen lääkärin tutkimuksen tai hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen
- mielenterveyspalvelut
- sairaankuljetus
- hammashuolto tutkimuksineen, hoitoineen, valistus- ja ehkäisytoimintoineen
- kouluterveydenhuolto kunnan oppilaitoksissa, työterveyshuoltopalvelut
- seulonnat ja joukkotarkastukset
- kiireellisen avosairaanhoidon järjestäminen (Kansanterveyslaki 14 §).

Taulukko 3. *Kunnan järjestämismvastuulla olevat terveydenhuollon palvelut (Elonheimo & Mattila 2004, 263).*

| Lähipalvelut | Yhteiset tuki- ja hoitoyksiköt | Erityispalvelut |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| Avovastaanotto | Vuodeosastohoito ** | Terapiapalvelut |
| Ehkäisevä terveydenhuolto (neuvolat ja kouluterveyd.h.) | Katkaisuhoitoyksikkö | Oikomishammaslääkäri |
| Mielenterveys- ja päihdehoitoyksikkö* | Päivystys | Ympäristöterveydenhuolto*** |
| Lääkinnällinen kuntoutus | Diagnostiset tutkimukset | Erikoislääkärikonsultit**** |
| Kotihoito (kotisairaanhoito ja kotipalvelut) | Työterveyshuolto | Erikoissairaanhoidon tilaajarengas**** |
| Hammashuolto | Sairaankuljetus*** | |
| | Tukipalvelut | |
| | Apuvälinevarasto ja jakelu | |
| | Hallinto- ja toimistopalvelut | |

* rajanveto sosiaalihuolto ** rajanveto sosiaali- ja kunnan muihin vanhusien asumispalveluihin *** voi olla ulkoistettu tai kuulua muuhun toimialaan **** rajanveto erikoissairaanhoito

Kansallinen terveydenhuoltoprojekti on ehdottanut, että terveyskeskuksen palvelut pitää antaa seutukunnallisina. Väestömäärän pitäisi olla vähintään 20 000-30 000. Perusteena on se, että pienten terveysasemien, joissa on 10-15 lääkäriä, toiminta on haavoittuvainen. Suurempien yksiköiden avulla voidaan taata erityispalveluita myös pienempiin kuntiin. Kuitenkin osa terveydenhuollon palveluista tulee antaa kuntalaisen lähellä eli siellä missä asukkaat ovat. (Elonheimo & Mattila 2004, 264.) Kunta- ja palvelurakenteen hankkeen (PARAS-hanke) yhteydessä on annettu kesällä 2006 seuraavia ohjeita: muodostetaan järjestämisvastuullinen sosiaali- ja terveystoiminta (sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito), jonka väestöpohjan tulee olla vähintään 100 000 asukasta, mieluiten 150 000-200 000 asukasta. Piiri jaetaan palvelualueisiin, joiden vähimmäispohja on 20 000 asukasta. (Kuntaliitto 2006.) Samalla on nostettava esille se, että suuruus ei tuo välttämättä pelkkiä etuja. Se voi tuoda uusia kustannuksia hallinnon kasvaessa ja myös etäännyttää päätöksentekijöitä kuntalaisista. Toisaalta palveluiden keskittäminen suurempiin yksiköihin on tarpeellista muun muassa niissä palveluissa, joiden käyttäjämäärät ovat pienehköt ja/tai investoinnit suuret ja/tai palvelun tuottamisessa tarvitaan erityisosaamista.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoitolain mukaan erikoissairaanhoito on lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita. Kuntoutukseen luetaan mukaan neuvonta, kuntoutustarvetta ja – mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot (Erikoissairaanhoitolaki 1 §). Erikoislääkäripalveluita annetaan myös terveyskeskuksissa ja ne vaihtelevat kunnittain, jonka vuoksi rajaa perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon välille on osin vaikea tehdä. Erikoissairaanhoitoa annetaan lisäksi muissa laitoksissa, kuten yksityisillä terveysasemilla. Erikoislääkäri voi tehdä sairauksia ehkäisevää työtä, varhaista toteamista, tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. (Nissinen ym. 1994, 317-318.) Erikoissairaanhoito vie merkittävän osa kuntien kustannuksista (Elonheimo & Mattila 2004, 269).

Erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoitolaissa (Erikoissairaanhoitolaki 1 §). Laki määrittelee muun muassa kuntien ja sairaanhoitopiirien vastuita ja sen mitä luetaan erikois- ja erityissairaanhoitoon sekä milloin, missä ja kenelle erikoissairaanhoitoa on annettava (Erikoissairaanhoitolaki). Kuntien vastuulla on asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestäminen (Erikoissairaanhoitolaki 3 §).

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tehtävänä on erikoissairaanhoidon järjestäminen (Erikoissairaanhoitolaki 10 §).

Erikoissairaanhoidon palveluista osa voidaan määritellä erityistason sairaanhoidoksi. Sen järjestämiseksi maa on jaettu sairaanhoitopiirien erityisvastuualueisiin. Erityistason sairaanhoitoa annetaan yliopistollisissa keskussairaaloissa, joilla on vastuu vaativasta erityissairaanhoidosta omalla maantieteellisellä erityisvastuualueellaan. (Erikoissairaanhoitolaki 9 §, 11 §.) Lisäksi erikoissairaanhoidon palvelut voidaan jakaa potilaan hoidon tarpeen mukaan psyykkisiin ja somaattisiin hoitoihin.

Erikoissairaanhoidossa voidaan tunnistaa erikseen kiireellinen ja ei-kiireellinen hoito. Kiireellisessä hoidossa potilas saa sairaalassa välittömästi hoitoa. Välitön hoito on silloin, kun se tehdään vuorokauden kuluttua yhteydenotosta. Muulla kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan sairauksia, jotka hoitamattomana olennaisesti pahenevat tai aiheuttavat palautumattomia muutoksia lyhyen ajan kuluessa. Näille potilaille hoito annetaan kolmen viikon kuluessa. (Erikoissairaanhoitolaki 31 §, STM 2004:13, 3-5, www.kuntaliitto.fi.)

Sairaanhoidon järjestämisestä on omat säädöksensä. Pääsääntöisesti kuntayhtymä tarjoaa jäsenkuntiensa asukkaiden sairaanhoitoa. Henkilölle on annettava sairaanhoitoa kuntayhtymässä, jos hänellä on kiireellistä sairaanhoitoa vaativa sairaus kotikunnasta riippumatta. (Erikoissairaanhoitolaki 30 §.)

Viimeisten vuosien aikana yksi tärkeistä kehittämiskohteista erikoissairaanhoidossa, ja terveydenhuollossa, on ollut hoitoon pääsy. Ns. hoitotakuussa tuli kiireettömään hoitoon tärkeitä potilaan asemaa parantavia muutoksia maaliskuussa 2005. Hoitotakuu muutti kansanterveyslakia, erikoissairaanhoitolakia, potilaan oikeuksia koskevaa lakia sekä asiakasmaksulakia. Laissa säädetään kiireettömän hoidon hoitoon pääsyajoista sekä terveyskeskukseen että sairaalaan. (Erikoissairaanhoitolaki 31 §, STM 2004:13, 3-5, www.kuntaliitto.fi.)

Erikoissairaanhoito liittyy tiiviisti kunnan perusterveydenhuoltoon ja sosiaalipuolen toimintoihin, kuten vanhustenhuoltoon. Lisäksi erikoissairaanhoidon tarpeeseen ja sen sisältöön vaikutetaan kunnan muissakin toiminnoissa – unohtamatta valtiotason toimintoja ja päätöksiä.

Erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat toimijat

Erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat kunnan toimijoiden lisäksi (näitä käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa) monet muut toimijat. Tämän vuoksi on tarpeen luoda katsaus eri toimijoihin ja siihen, miten kukin toimija vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Kirjallisuudessa toimijoita on lähestytty eri tavoin, kuten jakamalla toimijat julkisiin ja yksityisiin toimijoihin, tehtävien mukaan sekä potilas ja muiden intressitahojen mukaan ja tuottaja näkökulmasta.

Terveydenhuollon toimijat jakautuvat julkisiin ja yksityisiin toimijoihin. Julkinen puoli voidaan jakaa kahteen osaan valtio- ja kuntatoimijoihin (Itkonen 1997,42). Kunta sijoittuu julkisessa hallinnossa paikallishallintoon, kun valtio

toimii keskushallinto ja väliportaan hallintotasoilla. Yksityisiä toimijoita ovat vakuutusyhtiöt ja terveydenhuollon yritykset. Näiden toimijoiden lisäksi terveydenhuollon kenttään vaikuttavat myös ammattijärjestöt sekä kehittämisohjelmia tai terveydenhuollon tutkimusta tai rahoitus tarjoavat Stakes, Sitra ja Tekes sekä Yliopistot ja Suomen Akatemia. Viimeksi mainitut etsivät uusia toimintamalleja. (STM esitteitä 2005:8.) Tulevaisuusvaliokunnan (2004) mukaan toimijoita ovat

- väestö: kansalaisina, veronmaksajina, poliittisina toimijoina, terveyspalveluiden potilaina, asiakkaina ja kuluttajina
- poliittiset päättäjät: valtio-, alue- ja kuntatasoilla
- viranhaltijat ja asiantuntijat, jotka muotoilevat, ohjaavat ja toimeenpanevat terveystaloutta
- palveluita tuottavat organisaatiot: julkiset, yksityiset, kolmas sektori; laitos- ja avopalvelut; peruspalvelut ja erikoispalvelut; lähipalvelut ja keskitetyt palvelut
- viranomaiset, jotka seuraavat ja valvovat (Tulevaisuusvaliokunta 2004, 50-51).

Isomäki (1998) lähestyy terveydenhuollon toimijoita potilaasta lähtevänä ilmiönä ja hän sisällyttää tarkeluun myös muut intressiryhmät. Hän lähestyy toimijoita siten, että potilas on keskiönä ja häntä ympäröivät yhteiskunta, lääketiede ja oma lähipiiri. Yhteiskuntaan sisältyvät muun muassa sairaalahallinto, kuntayhtymät, KELA, politiikka, valtio ja kansalaiset. Lääketieteen sisällä on lääketieteellinen henkilöstö, kuten lääkärit, hoitajat, apteekkarit, sairaalafyysikot, institutionaalisesti katsottuna laitokset sekä hoito- ja tutkimusvälineitä ja lääkkeitä toimittavat tahot. Omassa lähipiirissä ovat perhe, sukulaiset, ystävät, työtoverit, työnantaja, mahdollisesti potilastoverit sekä lasten leikkikaverit ja opettajat. Tässä tarkastelussa eri toimijoilla on toisiinsa nähden erilaiset tavoitteet. Kaikki sidosryhmät eivät tavoittele terveyttä mihin hintaan hyvänsä, jotkut saattavat nähdä esimerkiksi taloudelliset näkökulmat tärkeämpinä. (Isomäki 1998, 87-93.)

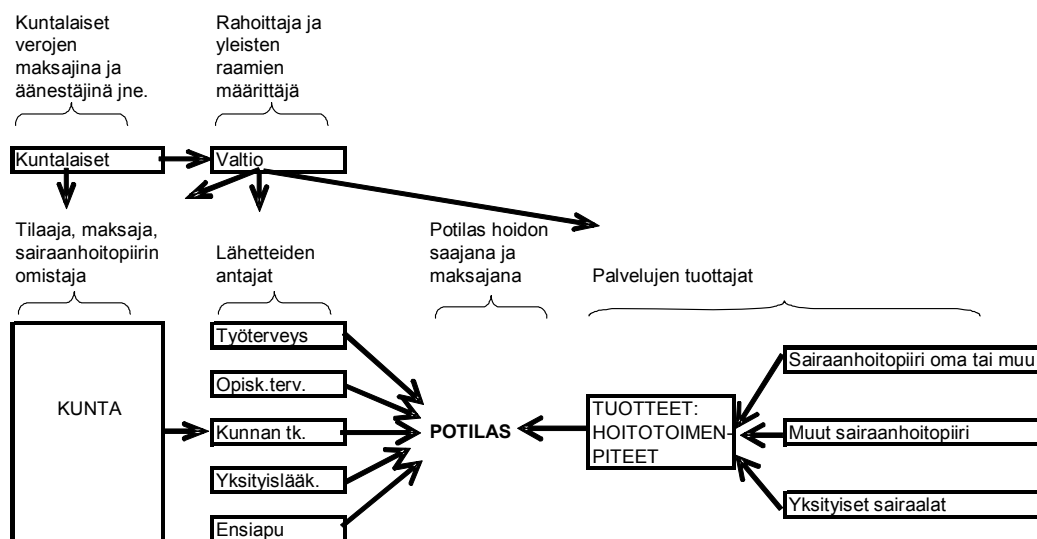
Poliittisilla päättäjillä sekä sairaalalla ja sairaalahallinnolla voi olla kustannuksiin liittyviä tavoitteita. Välillisesti kustannuksiin liittyviä tavoitteita ovat veronmaksajien ja potilaan omistajien toive saada matalat verot, jonka saavuttaminen onnistuu esimerkiksi madaltamalla tuotantokustannuksia ja pienentämällä käyttömääriä. Yksityisten toimijoiden kustannuksiin liittyviä välillisiä tavoitteita, kuten liikevoittoa ei saada nostettua ilman kustannusten alentamista tai hintojen korottamista. Ristiriita esimerkiksi kunnan kanssa syntyy siitä, että kunta ei halua erikoissairaanhoidon palveluiden hintojen korotuksia, koska ne vaativat lisää verotuloja. Verotuloja saadaan lisää esimerkiksi korottamalla kunnallisveroprosenttia, joka on taas vastoin kuntalaisen tavoitteita. Toinen ristiriitainen tavoite erikoissairaanhoidon kustannuksissa on se, että henkilöstöllä on tarve saada lisää palkkaa. Se nostaa taas erikoissairaanhoidon tuottajan kustannuksia. Tämä aiheuttaa kunnan erikoissairaanhoidon palveluiden kustannusten nousua, jollei tuottavuutta voida lisätä. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan liittyvien toimijoiden vaateet – ja ne usein kasvattavat kustannuksia.

Sairaanhoitopiriin kustannuksia, ja siten kunnan myös kunnan kustannuksia, nostavia toimijoita ovat esimerkiksi ammattiyhdistysliike (kiinteiden kustannusten nousu palkoissa; lääkärien tavoite saada hyvä palkka) ja lääketehaat (muuttuvat kustannukset, yrityksen tavoite on parantaa liikevoittoa nostamalla hintoja ja lisäämällä lääkkeiden käyttöä).

Taulukko 4. *Toisiinsa vuorovaikutussuhteessa olevien intressiryhmien hypoteettiset preferenssit (Isomäki 1998, 92).*

| Sidosryhmä | Ensisijainen tavoite | Toissijainen tavoite |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| Potilas | Terveys | Ei hintadiskriminointia |
| Potilaat | Terveys | Ei hintadiskriminointia |
| Lääkäri, lääkärikunta | Terveys | Hyvä palkka, status |
| Hoitaja, hoitajat | Terveys | Hyvä palkka |
| Lääketehdas | Liikevoitto | Terveys |
| Apteekki, apteekkari | Liikevoitto | Terveys |
| Sairaala, sairaalahallinto | Terveys | Kustannukset alas |
| Lääkäriasema (yksityinen) | Liikevoitto, kustannukset alas | Terveys |
| Ammattiyhdistysliike (LL, TEHY) | Hyvä palkka, työllisyys | Terveys |
| Poliitikot, päättäjät | Terveys | Säästöt, veronalennukset, ei hintadiskriminointia |
| Veronmaksaja | Alhaiset verot | Terveys |
| Potilaan omaiset | Terveys | Ei hintadiskriminointia, alhaiset verot |

Erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavia toimijoita ovat muun muassa valtio, sairaanhoitopiirit, hoitavat lääkärit, kunta ja kunnan poliittis-hallinnolliset toimijat ja kuntalainen/potilas. Kuosmanen ym. (2004) ovat erottaneet erikoissairaanhoidon tärkeimmiksi toimijoiksi kunnan ja sen omat toimijat, perusterveydenhuollon eri toimijat, potilaan ja erikoissairaanhoidon tuottajat. (Kuosmanen ym.2004) Lillrank ja Haukkapää-Haara (2005) ovat tunnistaneet lisäksi regulaattoreina valtion ja professiot sekä loppukäyttäjän rooleina voivat olla veronmaksaja, kansalainen ja potilas (Lillrank & Haukkapää-Haara 2005, 15.)



Kuva 5. Erikoissairaanhoidon kustannusten kannalta tärkeimmät toimijat (mukaeltu Kuosmanen ym., 2004).

Yhteenvedona voidaan todeta, että tärkeimpiä kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavia toimijoita ovat valtio ja sen sisällä olevat toimijat, sairaanhoitopiiri ja sen sisällä olevat toimijat, potilasta hoitava lääkäri, kunta ja sen toimijat, kuntalainen sekä lääke- ja laitevalmistajat, ammattijärjestöt sekä jossain määrin kansalaisjärjestöt ja muut vastaavat toimijat. Toimijat vaikuttavat kustannuksiin eri tavoin.

Valtio

Valtio voi vaikuttaa normi-, taloudellisen- ja informaatio-ohjauksella kustannuksiin. Informaatio-ohjauksella valtio antaa palvelutuottajille ja kunnille esimerkiksi vertailutietoja. (STM 2002, 43-53, Tahvanainen 2004, 22-23.) Valtio voi toimia ”kysynnän määrittelijänä”, ja tietyin osin ”kustannusrakenteisiin vaikuttajana”. Valtion rooli kunnan erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumiseen ja hallinnan mahdollisuuksiin on merkittävä. Valtio vaikuttaa toimillaan pääosin määrään ja kustannustenjakoon. Kunnat toimivat päätöksenteossaan säädöshierarkian mukaisesti

- Perustuslaki
- Erityislaki ja sen nojalla annettu asetus
- Kunnallislaki
- Hallintomenettelyä koskevat erityislait ja ennen vuotta 1983 annetut asetukset
- Hallintomenettelylaki
- Valtioneuvoston päätökset
- Ministeriön päätökset
- Johtosäännöt (Harjula, Laakso 1993, 17).

Tärkeä valtiotason toimija on Kela. Kansaneläkelaitoksen hallinnoima sairausvakuutus täydentää julkista terveydenhuoltoa korvaamalla yksityisten terveystalveluiden kustannuksia ja avohoidon lääkekustannuksia sekä maksamalla lyhytaikaisesta sairaudesta aiheutuneita tulon menetyksiä. (Tahvanainen 2004, 20, STM esitteitä 2005:8.) Pohdittava asia on, voidaanko sairausvakuutuksen korvausjärjestelmällä vaikuttaa sairaanhoitopiirien käyttöön, esimerkiksi jos yksityisten sairaaloiden suorittamien toimenpiteiden korvauksia nostettaisiin, siirtyisikö jokin osa julkisten palveluiden kysynnästä yksityiselle puolelle. Toinen tärkeä valtio tason toimija on STM, joka valmistelee lainsäädäntöä sekä seuraa ja ohjaa sen toteutumista. STM vaikuttaa suoraan muun muassa suoraan terveydenhuollon rahoitukseen terveydenhuollon valtioneuvoston hyväksymällä tavoite- ja toimintaohjelmalla, joka sisältää voimavarapäätöksen. STM:n alla on useita virastoja ja laitoksia. Niiden tehtävänä on huolehtia tutkimus-, kehittämis-, tilastointi- ja valvontatehtävistä esimerkkeinä näistä ovat Stakes, FinOHTA, Kansanterveyslaitos, Lääkelaitos ja TEO. Lääninhallitusten tehtävänä on vastata sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisesta ohjauksesta ja valvonnasta. Kuntien tehtävänä on vastata terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta. (Tahvanainen 2004, 20, STM esitteitä 2005:8.)

Lainsäädäntö ohjaa kuntia ja muita toimijoita

Valtiolla on lakien kautta vaikutusta erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Niillä voidaan vaikuttaa sairauksien ehkäisyyn, kustannusten jakoon, tuottamiseen ja siihen, kuka saa tehdä hoitotoimenpiteitä. Samoin lainsäädännössä on erotettavissa yleislait ja tiettyjä aloja erikseen säätelevät erityislait. Terveystalveluita pyritään järjestämään ensisijaisesti yleislakien nojalla. Henkilöt, jotka eivät saa näiden nojalla riittäviä palveluita, on oikeus erityislaissa säädettyihin palveluihin. Kuntien terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kannalta oleellimmat yleislait ovat kansanterveyslaki (28.1.1972/66) ja erikoissairaanhoidolaki (1.12.1989/1062), joissa säädetään kunnan velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluita sekä niihin liittyvää toimintaa. Kuntalaki (17.3.1995/365) taas säättää, että kunnan tulee hoitaa laissa määrätyt tehtävät. Muita tärkeitä yleislakeja ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (3.8.1992/734). Lisäksi on lakeja, joita voidaan jakaa kustannusjakoon vaikuttaviksi laeiksi ja ennaltaehkäiseviksi laeiksi sekä muiksi laeiksi.

Kustannusten jakoon liittyviä lakeja ovat

- sairausvakuutuslaki (21.12.2004/1224), jonka tarkoituksena on varmistaa vakuutetun oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisesta työkyvyttömyydestä. Lisäksi laissa on mukana raskauden ja lapsen hoidon aiheuttaman ansiomenetyksen turvaaminen sekä työterveyshuollon kustannusten korvaaminen.

- laki liikennevakuutuslain (27.3.1991/626) perusteella korvattavasta kuntoutuksesta. Siinä säädetään liikennevahingon johdosta tarvittavan kuntoutuksen korvaamisesta.
- laki tapaturmavakuutuksen (27.3.1991/625) perusteella korvattavasta kuntoutuksesta, jossa säädetään tapaturmavakuutuslaissa tarkoitetun työtapaturman ja ammattitautilaissa tarkoitetun ammattitaudin johdosta tarvittavasta kuntoutuksesta.
- laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta (23.8.1991/1161). Siinä säädetään kansaneläke- ja sairausvakuutuslain mukaisesta vakuutettujen kuntoutuksen korvaamisesta ja järjestämisestä. (www.finlex.fi.)

Ennaltaehkäisevää lainsäädäntöä ovat

- säteilylaki (27.3.1991/592), jonka tavoitteena on estää ja rajoittaa säteilystä aiheutuvia terveydellisiä ja muita haittavaikutuksia. Tässä laissa pyritään vaikuttamaan säteilyn käyttöön ja muihin toimintoihin, joista voi aiheutua ihmisen terveyden kannalta haitallista altistumista säteilylle.
- huumausainelakia (27.12.1993/1289) sovelletaan huumausaineiden ja niiden valmistuksessa käytettävien aineiden valvontaan.
- raittiustyölaki (19.11.1982/828)
- päihdehuoltolaki (19.1.1986/41)
- rikoslaki (19.12.1889/39), jossa säädetään huumausaineiden käytön rangaistavuudesta
- mielenterveyslaki (14.12.1990/1116), jonka sisällä mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Samoin siihen sisältyy mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Tässä työssä pyritään väestön elinolosuhteita kehittämään siten, että voidaan ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöiden syntyä. Mielenterveys sairauksia potevien tulee saada sairauden arviointi tai on annettava sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveyslaki liittyy myös suoraan hoidon antamiseen.
- alkoholilaki (8.12.1994/1143), jonka tarkoituksena on ohjata alkoholin kulutusta ja näin ehkäistä alkoholin käytöstä aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja.
- laki tupakkaverosta (29.12.1994/1470), jossa säädetään, että tupakkatuotteista on suoritettava tupakkaveroa. Siihen liittyy laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi.
- valmisteverotuslaki (29.12.1994/1469), joka koskee mineraaliöljyjä, alkoholi ja alkoholijuomia ja valmistettua tupakkaa. Valmisteveroa maksetaan valtiolle.
- tartuntatautiasetus (31.10.1986/786), jossa on määritelty ennaltaehkäisevää työtä tartuntataudeissa. Siinä on määritelty myös eri toimijoiden vastuut määritellyissä tartuntatautisairaustapauksissa.

- lääkelaki (19.4.1987/395), jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edistää lääkkeiden ja niiden käytön turvallisuutta sekä tarkoituksenmukaista lääkkeiden käyttöä. Laissa pyritään myös varmistamaan lääkkeiden asianmukainen valmistus ja saatavuus maassa. (www.finlex.fi.)

Muita lakeja ovat

- laki yksityisestä terveydenhuollosta (9.2.1990/152), jossa annetaan mahdollisuus tarjota väestölle yksityisesti terveydenhuollon palveluita.
- laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (28.6.1994/559), jonka tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. (www.finlex.fi.) Lain merkitys on määrään vaikuttaminen siten, että palvelut tuotetaan ammattitaidoilla välttämättä uusintakäynnit.

Valtion taloudellinen ohjaus suuntaa toimintaa kunnissa

Valtion taloudellista ohjausta tehdään jakamalla valtionosuuksia kuntien eri tehtäville ja antamalla harkinnanvaraisia avustuksia. Valtionosuudet voidaan jakaa ei-ehdolliseksi tai tehtäväkohtaisesti ehdolliseksi. (STM 2002, 83-102.) Tehtäväkohtaisella valtionosuuksilla voidaan vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin esimerkiksi siten, että valtionosuuksia kohdistettaisiin nykyistä enemmän ennakoivan terveydenhuollon puolelle ja pyrittäisiin vaikuttamaan erikoissairaanhoidon tarpeisiin ja kysyntään. Harkinnanvaraisilla investointiavustuksilla on mahdollista vaikuttaa muun muassa erikoissairaanhoidon tuotantoprosessien tehostamiseen, tilojen käytön tehokkuuteen tai tehostumukseen. Harkinnanvaraisilla kehittämisavustuksilla valtio voi ohjata erikoissairaanhoidon kustannusten rakenteiden ja prosessien kehittymistä sekä ohjata tarjonnan muodostumista.

Informaatio-ohjaus antaa vertailutietoja

Informaatio-ohjauksen avulla valtio antaa palvelutuottajille ja kunnille esimerkiksi vertailutietoja. Lääninhallituksella on informaatio-ohjausrooli. Se pyrkii auttamaan palvelurakenteiden kehittymistä arvioimalla, seuraamalla ja tarkistamalla terveydenhuollon palveluiden tuotantoa, rakennetta ja kehitystä. Lääninhallituksen rooli on kuitenkin lähinnä kanteluihin reagoimista eli passiivista, koska kuntien itsehallinto on vienyt lääninhallitusten roolia pienemmäksi. (STM 2002, 43-53).

Sairaanhoitopiiri

Sairaanhoitopiiri on omistajakuntien erikoissairaanhoidon ”tuottaja” ja ”omistusyhteisö”. Kunta voi ostaa erikoissairaanhoidon palveluita miltä tahansa sairaanhoitopiiriltä, mutta sen on kuuluttava sairaanhoitopiiriin. Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin alue muodostuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymän omistajakunnista. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimuksessa voidaan määritellä sairaanhoitopiirin jakautuminen sairaanhoitoalueisiin. Sairaanhoitopiirin vastuu on laajempi kuin vain sinne lähetettyjen potilaiden hoitaminen, koska sen tehtävinä on vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon tarpeeseen, järjestää koulutusta, toimia sovittujen yhteistyölinjojen ja hoitoketjujen mukaisesti (tarvittaessa palauttaa virheelliset läheteet) ja suunnitella kustannustehokkaasti toimintansa. (Erikoissairaanhoitolaki 7 §, 10 §, Elonheimo & Mattila 2004, 270.)

Erikoissairaanhoitolain mukaan sairaanhoitopiiriin on sovittava toimintaansa yhteen ja tehdä yhteistyötä terveyskeskusten ja sosiaalilautakuntien kanssa, jotta kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat eheän kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin veloitteet näkyvät myös terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjauksessa ja laadun valvonnassa. Samoin sairaanhoitopiiriin tulee tuottaa sellaisia erikoissairaanhoidon palveluita, joita terveyskeskusten ei ole järkevää tuottaa. Sairaanhoitopiirillä on vastuu tehtäväalansa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (Erikoissairaanhoitolaki 10 §.)

Erikoissairaanhoitolaki määrittelee sairaanhoitopiiriin hallintoa. Sairaanhoitopiiriä ohjaa sekä poliittinen johto että virkamiesjohto. Sairaanhoitopiirillä on valtuusto ja omistajakuntien ollessa kaksikielisiä tai erikielisiä tulee olla kielelliselle vähemmistölle oma lautakunta. Valtuusto voi määrätä osavastuualueeseen kuuluviksi sairaaloita tai muita toimintayksiköitä, joilla on oma johtokunta. (Erikoissairaanhoitolaki 16-21 §.) Lisäksi kuntalaissa on määräyksiä kuntayhtymille. Kuntalain 81 §:ssä todetaan seuraavasti ”Kuntayhtymän päätösvaltaa käyttävät jäsenkunnat yhtymäkokouksessa tai päätösvaltaa käyttää perussopimuksessa määrätty jäsenkuntien valitsema toimielin.” Kuntayhtymä pitää yhtymäkokouksen vähintään kaksi kertaa vuodessa. Kokousedustajat valitsee jäsenkunnan kunnanhallitus tai valtuuston päättämä kunnan muu toimielin. Valtuustojen jäsenten tulee edustaa eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta kuntayhtymän alueella. (Kuntalaki 76-84 §.) Sairaanhoitopiirien ylimmät poliittiset elimet ovat näin kuntayhtymän hallitus ja valtuusto. Omistajakuntien valtuustojen hyväksymä kuntayhtymän perussopimus on sairaanhoitopiiriin ohjauksessa oleellisin asiakirja. Siinä määritellään päätöksenteko, eri toimielimet ja niiden kokoonpano, yhtymäkokouksen tehtävistä jne. (Kuntalaki 78 §.)

Kustannushallintaan poliittinen johto vaikuttaa lähinnä ”omistajaohjauksella” muun muassa asettamalla tavoitteita, tekemällä linjauksia sekä hyväksymällä budjetin hallituksessa ja tekemällä lopullisen hyväksynnän valtuustossa.

Käytännön tason ohjausta ja toiminnan yhteensovittamista kunnan muiden toimintojen kanssa voidaan tehdä osavastuualueilla kuten sairaanhoitoalueiden lautakunnissa. Sairaanhoitopiirin tuotantorakenteisiin voidaan vaikuttaa niin hallituksessa kuin lautakunnissa. Virkamiesjohto on avainasemassa päätösten valmistelijoina ja toimeenpanijoina.

Samoin kuin kunnalla niin, sairaanhoitopiirillä on reaali- ja rahaprosessi. Nämä prosessit liittyvät tiivisti kunnan vastaaviin prosesseihin. Reaaliprosessissa esiintyvät panokset kuten työvoima, laitteet ja tilat, toiminta eli prosessit, suoritteet ja vaikuttavuus. (Nissinen ym. 1994, 350.) Rahaprosessissa sairaanhoitopiiri maksaa korvauksia tuotannontekijöiden käyttämisestä esimerkiksi palkkoja työntekijöille ja saa rahaa palveluiden myymisestä. Sairaanhoitopiirin johto määrittää palvelutuotantoprosesseja ja vaikuttaa palveluiden laatuun ja tehokkuuteen. Sairaanhoitopiirissä määritellään kapasiteetti ja hallitaan toiminta-astetta. Toiminta-aste vaikuttaa suoraan yksikkökustannusten tasoon; alhainen toiminta-aste nostaa yksikkökustannuksia. Toisaalta palvelutuotantoprosessien kehittyminen saattaa näkyä alentuvina hintoina kunnilla.

Hoitava lääkäri

Hoitava lääkäri on potilaan ”agentti”, joka määrittelee hoitotarpeen ja tekee potilaan puolesta hankintapäätöksen erikoissairaanhoidon tarpeesta (STM 2002, 69). Samoin sairaanhoitopiirin ylilääkärillä tai hänen antamien ohjeiden mukaan muu sairaanhoitopiirin kuntainliiton lääkäri voi päättää potilaan sairaanhoidon aloittamisesta ja lopettamisesta (Erikoissairaanhoidolaki 33 §). Lääkärit vaikuttavat suoraan erikoissairaanhoidon tarpeen ja kysynnän muodostumiseen. He vaikuttavat siten suoraan kustannusten muodostumiseen.

Hoitavan lääkärin valitsee kuntalainen; periaatteessa tämä tarkoittaa sitä, että hän voi valita vapaasti käyttääkö hän julkisen vai yksityisensektorin lääkäriä. Yksityisellä sektorilla lääkärin valinta on mahdollista, mutta julkisella puolella se ei ole mahdollista, koska kunta määrittelee kuntalaisen väestövastuulääkärin ja esimerkiksi päivystykseen mennessään kuntalainen ei voi tosiasiaassa valita lainkaan lääkäriään. Tämä on erikoissairaanhoidolain vastaista, koska sen mukaan potilaalle tulee, toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa, pyrkiä varaamaan mahdollisuus valita häntä hoitava lääkäri asianomaisen toimintayksikön lääkäreistä (Erikoissairaanhoidolaki 33 §). Hoitava lääkäri voi toimia kunnan terveysasemalla, yksityisellä terveysasemalla, opiskelijoiden terveydenhuollossa, työterveyshuollossa tai erikoissairaanhoidossa (STM 2002, 69).

Kuntalainen

Kuntalaisen rooleja ovat palvelujen käyttäjä ”potilas”, palvelujen ”rahoittaja” veronmaksaja ja maksujen maksaja sekä vaikuttaja ”äänestäjä ja muut keinot”

(Kuosmanen ym. 2004, Lillrank & Haukkipää-Haara 2005, 15). Kuntalainen vaikuttaa myös lähiympäristöönsä, esimerkiksi potilaan omaisena.

Kuntalainen voi vaikuttaa suoraan erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumiseen niin käytön määrän kuin sisällön suhteen. Kuntalainen voi valita lähetteen antavan hoitopaikan. Hoitopaikan valinnan jälkeen hoidon sisällöstä päättäminen jää hoitavalle lääkärille (Erikoissairaanhoidolaki 33 §). Hoitavan lääkärin tulee tehdä hoitopäätöksiä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilas voi halutessaan kieltäytyä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Kuntalainen voi valita hoitopäätöksen jälkeen halutessaan erikoissairaanhoidon tuottajaksi joko oman sairaanhoitopiirinsä tai yksityisen palveluntarjoajan. Kunnalle syntyviin kustannuksiin näillä on suuri ero; potilaan valitessa julkisen sektorin palvelun, ovat kustannukset kunnan ja potilaan kannettavana. Jos potilas valitsee yksityisen tai kolmannen sektorin palvelun tuottajan, tulevat kustannukset kannettavaksi potilaalle ja KELAlle ja/tai yksityiselle vakuutusyhtiölle. Palveluiden rahoittajana kuntalainen toimii joko välillisesti veronmaksajana tai suoraan maksujen muodossa. Kuntalainen voi vaikuttaa kuntalain mukaan kunnan valtuutettujen valintaan (Kuntalaki). Kuntalainen voi epäsuorasti vaikuttaa kunnan toimintaan valinnoillaan. Kuntalaisella on suurempia mahdollisuuksia vaikuttaa toimintaan. Tästä takeena ovat kuntalain määräykset. Kuntalain mukaan valtuuston tulee antaa kunnan asukkaille ja palveluiden käyttäjille edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan sekä kuntalaisilla on aloiteoikeus (Kuntalaki.)

Määrän hallinnasta on nostettava esille kuntalaisen oma vastuu terveydentilastaan ja sen ylläpitämisestä. Erikoissairaanhoidon (terveydenpalveluiden) tarpeeseen kuntalainen voi vaikuttaa myös muun muassa elämäntapojensa, terveyskulttuurin luojana, kouluttautumisen, sosiaalisten suhteiden, työllistämisen, arvojen, uskomusten, asenteiden, tapojen ja omaksutun oman terveyskulttuurin kautta (Meriläinen 1986).

Kunta ja erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat kunnan toimijat

Kunnilla on itsehallinto. Se on kuitenkin rajoitettua itsehallintoa muun muassa siksi, koska kuntien tulee hoitaa niille lailla määrätyt tehtävät. Kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumisessa lait vaikuttavat merkittävästi. Erikoissairaanhoidossa kunnalla on useita rooleja. Kunta on vastuullinen palvelun järjestämisestä eli kunta toimii ”järjestäjänä”. Kunta on erikoissairaanhoidon palveluiden ”ostaja”. Samoin kunnan on lain mukaan kuuluttavat sairaanhoitopiiriin, joten kunta on erikoissairaanhoidon tuottajan ”omistaja”. (Erikoissairaanhoidolaki 3 §, Kuosmanen ym. 2004, Lillrank & Haukkapää-Haara 2005, 15.)

Kunta ja kunnan eri roolit erikoissairaanhoidossa

Suomi on jaettu kuntiin, joilla on itsehallinto. Itsehallinnosta on turvattu perustuslailla. Kunnan perustehtävä on edistää asukkaiden hyvinvointia ja kestävä kehitystä alueellaan. (Kuntalaki 1 §.)

Kuntien itsehallinto rajoitettua, koska esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluiden tarjoamisen osalta kunta ei voi päättää vapaasti mitä palveluita tarjotaan kuntalaisille ja mitä ei. Kuntalain toinen pykälä ottaa seuraavan askeleen vapaan päätöksenteon rajoittamista kohti. Sen mukaan kunta hoitaa niitä tehtäviä, joita se on itselleen ottanut ja niitä tehtäviä, jotka sille on lailla säädetty. Kunnille ei voida antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä lailla. (Kuntalaki 2 §.) Erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa kunta voi toimia rajoitetusti, koska lakeja ei voi olla noudattamatta.

Kunnilla on silti vapausasteita päättää siitä, miten kunta tuottaa palvelunsa. Kuntalaki antaa laajahkot oikeudet palveluntuottamisen näkökulmasta. Kuntalain mukaan kunta hoitaa sille annetut tehtävät itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai se voi hankkia palvelut muilta palvelujen tuottajilta. (Kuntalaki 2 §.) Toisaalta erikoissairaanhoidossa rajoittavana tekijänä on erikoissairaanhoidolaki, jossa todetaan, että kunnan tulee kuulua kuntayhtymään eli sairaanhoitopiiriin (Erikoissairaanhoidolaki 3 §).

Kunta on erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäjä ja ostaja, siten kunnan pitäisi pystyä vaikuttamaan ostohintaan sekä ostettaviin palveluihin ja niiden määriin ja laatuun. Periaatteessa kunnan pitäisi pystyä vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumiseen tältä osin. Hoitotakuun myötä erityisesti määrään kohdistuvat vaikutusmahdollisuudet ovat vähentyneet, koska kunnan tulee toimia lain säätämässä aikarajoissa ja järjestämisvastuu on säädetty sairaanhoitopiirille. Toisaalta jos kunta ei voi vaikuttaa ostajana, niin kunnalla on kuntalain ja erikoissairaanhoidolain mukaan omistajana sairaanhoitopiirin tuottajaan nähden vaikutusmahdollisuuksia muun muassa vaikuttamalla perussopimuksella ja budjeteilla sekä vaikuttamalla sairaanhoitopiirin hallituksessa tai valtuustossa tai lautakunnassa. Kunta voi näiden toimielimillä vaikuttaa kustannusten muodostumiseen ja laatuun. Kunta voi halutessaan toimia myös ”tuottajan roolissa” ja siten vaikuttaa suoraan kustannusten muodostumiseen, laatuun ja määrään. (Erikoissairaanhoidolaki 16-17 §, 24 §, 5.3.1999, 241, Kuntalaki 76-87 §.)

Kunnan poliittis-hallinnollisten toimijoiden ohjausmekanismit ja erikoissairaanhoidon kustannukset

Ohjauksella tarkoitetaan vaikuttamista minkä tahansa toimintayksikön suuntaamiseen välittömästi tai välillisesti sekä määrään että laatuun halutun tuotoksen aikaansaamiseksi. Lunqvistin (1992) määrittelyssä ohjaus voidaan jakaa suoraan ja epäsuoraan ohjaukseen sekä edelleen erityiseen ja yleiseen ohjaukseen. Suorassa ohjauksessa annetaan suoria käskyjä. Yleisessä ohjauksessa annetaan sääntöohjausta. Epäsuorassa ohjauksessa voi olla erityistä tai yleistä ohjausta kuten määrärahaohjausta, rekrytointiohjausta, organisointiohjausta sekä informaatio-ohjausta. (Oulasvirta, Ohtonen & Stenvall 2002, 19-21.)

Kunnan ohjausjärjestelmässä on kaksi ulottuvuutta; poliittinen ja hallinnollinen. Poliittista vaikuttamisvaltaa edustavat valtuusto ja sen puheenjohtaja sekä lautakunnat puheenjohtajineen. Poliittista taustavaltaa käyttävät puolueiden väliset neuvottelukunnat ryhmäpuheenjohtajineen. Hallinnollista valtaa edustavat kunnanjohtaja ja ylimmät virkamiehet. (Heuru 2000, 199-220.) Kunnan sisällä talouden ohjausjärjestelmiin vaikuttavat luottamushenkilöt (poliittinen ohjaus), talousjohto (virkamiesohjaus) ja sektoriasiantuntijat (sektoriohjaus) Kunnan ohjaus perustuu Kuntalakiin, kunnan johtosääntöihin ja yksittäisiin rakennetta muokkaaviin päätöksiin (Karila 1998, 82). Kunnan ohjaukseen liittyvät valmistelu, täytäntöönpano sekä muu hallinto. Valmistelussa pyritään tahdonsyntymiseen, tahdonmuodostumiseen ja -omaksumiseen. Tahdon syntyminen voi tapahtua kunnan organisaation ulkopuolella. (Heuru 2000, 63-92, 229-233.)

Valtuusto käyttää ylintä päätösvaltaa. Muita toimielimiä ovat kunnanhallitus, lautakunnat ja johtokunnat sekä niiden alla toimivat jaostot sekä toimikunnat. (Kuntalaki 17 §.) Valtuusto päättää toiminnan ja talouden keskeisistä

tavoitteista, hallinnon järjestämisen periaatteista, päättää talouden ja rahoituksen periaatteista sekä hyväksyy talousarvion. Lisäksi valtuusto valitsee jäsenet kunnallisiin luottamuselimiin (Kuntalaki 13–14 §, 16 §.) Näin valtuusto voi vaikuttaa esimerkiksi siihen, keitä ja millä osaamisella valitaan esimerkiksi kuntayhtymän luottamuselimiin. Valtuusto voi siirtää toimivaltaa muille elimille, luottamushenkilöille tai virkamiehille. Valtuusto hyväksyy tarpeelliset johtosäännöt. Johtosäännöistä määrätään kunnan eri viranomaisista sekä toimivallan jaosta ja tehtävistä. (Kuntalaki 13–14 §, 16 §). Valtuusto voi olla itse aktiivinen ohjaaja, koska valtuustolla voidaan nähdä oleva tahdonsynnyttämismvastuu. Sitä voidaan toteuttaa valtuustoaloitteilla. Valtuusto voi näin päättää joko omista aloitteistaan tulleita esityksiä, jotka hallitus on laittanut valmisteltavaksi kunnan organisaation ja sen jälkeen hyväksynyt valtuustolle ehdotettavaksi päätökseksi Toisaalta valtuusto saattaa päättää muualla virinneistä päätöksistä. (Heuru 2000, 63-92, 229-233.) Valtuuston vaikuttaminen on pääosin epäsuoraa sekä yleisesti että erityisesti.

Hallinnollisen organisaation ylimpänä on kunnanjohtaja. Kunnanjohtaja on kunnan viranhaltija, joka johtaa kuntalain mukaan kunnan hallintoa. Kunnanjohtajan esimies on kaupunginhallitus. Kunnanjohtaja toimii esittelijänä kaupunginhallitukselle. Kunnanjohtajalla on merkittävää vaikutusvaltaa kunnan tahdonmuodostukseen; kunnanjohtaja voi tehdä aloitteen, valmistella ja laittaa täytäntöön. (Kuntalaki 24 §, Heuru 2000, 199-220.) Kunnanjohtaja ja virkamiehet voivat tehdä ohjausta suoraan ja epäsuoraan, jonka osalta sitä voidaan tehdä yleisesti että erityisesti.

Kunnan virkamiehillä on valmisteluvastuu, joka toteutuu esittelyvastuuna eri toimielimissä. Valmisteluvastuu on yleisesti käsittäen laaja. Se toteutuu ennen muuta talousarviossa ja -suunnitelmassa. Lisäksi virkamiesten muotosidonnainen viranhaltijaesittely eli esittelystä päättäminen on lisääntynyt. (Heuru 2000, 234-272.)

Erikoissairaanhoidon kustannukset ja kunnan eri toimijat

Erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa tärkeitä toimijoita ovat ensinnäkin valtuusto, joka voi esimerkiksi talousarviossa antaa tietyn summan käytettäväksi erikoissairaanhoidon ja edellyttää toimenpiteitä, jotta annettu määräraha saadaan riittämään rikkomatta lakeja. Toiseksi kunnanhallituksella on oma roolinsa. Se yleensä vastaa kuntakonsernin ohjauksesta muun muassa antamalla ohjeita edustajille ja tekemällä yhteistyötä sairaanhoitopiirin ja sen luottamuselinten jäsenten kanssa. esimerkiksi vaikuttamalla sairaanhoitopiirin hallituksen jäseniin. Kolmanneksi terveydenhuollon palveluista huolehtiva lautakunta vastaa kysynnästä ja sen hallinnasta, perusterveydenhuollon toimivuudesta sekä sairaanhoitopiirille tehtävästä tilauksesta. Lisäksi lautakunta on tärkeä työpari esimerkiksi HUS:ssa olevalle sairaanhoitoalueen lautakunnalle, kun pyritään kehittämään poikki organisaatioiden meneviä palvelutuotantorakenteita. Neljänneksi virkamiesten vastuu on merkittävä. He valmistelevat ja toteuttavat poliittisten elinten päätöksiä. Kustannushallinta tapahtuu päivittäistasolla heidän

toimestaan esimerkiksi siinä, miten terveydenhuoltoa johdetaan. Kunnanjohdossa vaikuttajia sairaanhoitopiirin päin ovat esimerkiksi kunnanjohtaja, terveystoimenjohtaja ja terveysasemista vastaavat. Lisäksi tärkeitä toimijoita ovat lääkärit ja hoitohenkilöstö sekä muu kunnan henkilöstö.

Kustannusteoria ja kustannuskäsitteet

Kustannushallinta voidaan käsittää kustannusten vähentämiseksi, ennallaan pitämiseksi tai kustannusten kasvun hallitsemiseksi. Kustannushallinta pohjautuvat kokonaiskustannusfunktion kahteen elementtiin; määrä ja hinta sekä näiden taustalla oleviin tekijöihin. Erikoissairaanhoidon kustannuksiin liittyy palveluiden tuotanto, jossa on ensinnäkin kyse valinnoista: kunta voi tuottaa itse palvelut tai hankkia ne toiselta toimijalta. Toiseksi siinä on kaksi toisiaan seuraavaa tilannetta: oikealla tasolla oleva kapasiteetti ja toiminta-aste ja palveluiden tuottamistilanne eli käyttövaihe, joka on vuorovaikutustilanne potilaan ja häntä hoitavan terveydenhuollon työntekijän välillä. Palveluiden tuottamisesta syntyviin kustannuksiin kunnat voivat vaikuttaa suoraan, jos palvelun tuottaminen on itsellä, tai muussa tapauksessa epäsuoraan omistajana ja ostajana.

Kustannus- ja tuotantoteoria

Tutkimuksen keskeisin teoriapohja on mikrotalousteoria, jonka yksi osa-alue on tuotanto- ja kustannusteoria. Mikrotalousteoria tarkastelee talousteoriaa yksittäisten talouden toimijoiden kannalta, kuten esimerkiksi kuluttajien ja yritysten käyttäytymistä sekä niiden kautta muodostuvaa markkinoiden toimintaa. Keskeisiä elementtejä ovat kysynnän muodostuminen kuluttajien kautta ja tarjonnan muodostuminen organisaatioiden toimesta. Uusklassisessa mikrotalousteoriassa pyritään optimoimaan yksittäisen henkilön hyötyä tiettyjen rajaehto- ja tarjonnan suhteen on eri kuin yrityksissä. Yrityksen pyrkivät yleensä maksimoimaan kysyntää. Sen sijaan kunnat pyrkivät toimimaan erikoissairaanhoidon palveluissa pääosin (ei kaikin osin) päinvastoin. Kunnat voivat hallita kustannuksiaan vaikuttamalla kysyntään (ja tarpeisiin) ja tarjontaan.

Kustannusteoria perustuu tuotantoteoriaan. Teorioista käytetäänkin yhteistä nimitys tuotanto- ja kustannusteoria. Teorioiden liitännäisyys selviää hyvin laskettaessa kokonaiskustannukset, joihin vaikuttaa tuotannontekijöiden määrä ja hinta. (Vehmanen & Koskinen 1997,41. Kokonaiskustannukset ovat organisaation käyttäessä n kappaletta eri tuotannontekijöitä tuottaakseen suoritteita määrän x , niin tuotoksen ja kustannusten välinen riippuvuus voidaan ilmaista seuraavasti

$$X = f(r_1q_1 + r_2q_2 + \dots + r_nq_n)$$

X= tuotannon määrä aikayksikössä, r_i = tuotannontekijän i kokonaiskäyttö

q_i =tuotannontekijät i yksikköhinta, f =tuotantofunktio

Kokonaiskustannusten tarkastelu edellisen funktion on pohjalta jää vajanaiseksi, koska se ei huomioi transaktiokustannuksia. Transaktiokustannuksia ovat kaikki sopimuksen tekemiseen ja hyödykkeiden vaihtamiseen liittyvät kustannukset: neuvottelu-, suunnittelu-, laadinta-, valvonta—ja täytäntöönpanokustannukset. Lisäksi niihin sisällytetään tehokkuustappiot, jotka liittyvät sopimuksen tekemiseen ja täytäntöönpanoon. Coasen (1937) mukaan juuri transaktiokustannukset määräävät sen, mitkä liiketoimet suoritetaan markkinoilla ja mitkä yrityksissä tai vastaavissa organisaatioissa. Kustannushallinnassa tärkeä on kokonaiskustannusten hallinta, jota voidaan tarkastella Milgromin ja Robertsinkin (1992) kaavan mukaan seuraavasti

$$C = CP + C^t$$

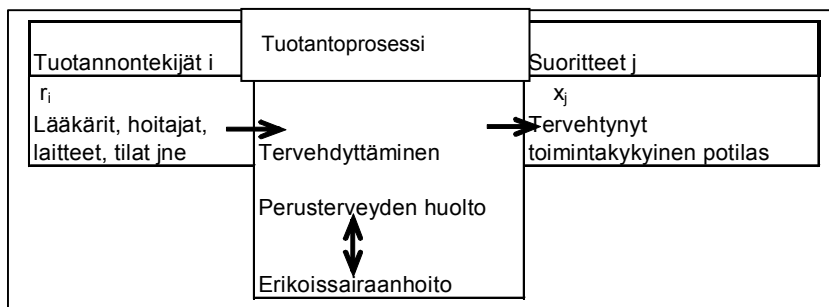
C=kokonaiskustannus

CP=tuotantokustannukset

C^t =transaktiokustannukset

Transaktiokustannuksia ei voida minimoida markkinamekanismeilla. Transaktiokustannukset ovat eksternaliteetteja, jolloin päätöksentekijät eivät ole kiinnostuneita ottamaan niitä täysimääräisesti huomioon. (Salonen 1996,97.)

Tuotantoteoriassa organisaation tuotanto käyttää hyväkseen tuotannontekijöitä ja synnyttää tuotantoprosessissaan suoritteita (Vehmanen & Koskinen 1997,41). Tuotannontekijöitä terveydenhuollossa ovat lääkärin, hoitajien ja tukipalveluita tuottavien henkilöiden työpanokset, lääkkeet, laitteet ja tilat. Keskeisinä toimijoina ovat perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon tuottaja, sosiaalitoimen vanhuspalvelut sekä hoidettava potilas. Erikoissairaanhoidon tuotantoprosessia on tarkasteltava kokonaisuutena, jossa mukana ovat potilaan hoitoon liittyvät kaikki toimijat. Kunnat eivät voi vaikuttaa suoraan erikoissairaanhoidon tuottajan tuotantoprosessiin, eikä sen tuotannontekijöihin. Kunnat voivat kehittää tuottajan kanssa yhdessä tuotantoprosesseja. Kunnat voivat vaikuttaa omiin tuotantoprosesseihin sisältäen tuotannontekijöihin liittyvän vaikuttamisen.



Kuva 6. Terveydenhuollon tuotantoprosessi

Tuotantoteoria jakaa tuotannontekijät alkeis-, inhimillisiin, potentiaalisiin ja dispositiivisiin tuotannontekijöihin. Alkeistuotannon tekijöitä tarvitaan jatkuvasti. Niitä käytetään välittömästi tai välillisesti. Inhimilliset tuotannontekijät vaikuttavat joko lyhyt- tai pitkäaikaisesti. Inhimillinen tuotannontekijä voidaan luokitella myös käyttötekijäksi kuten alkeistuotannontekijät. Dispositiivinen tuotannontekijä on johtamistyötä ja valmistusprosessia tukevaa työtä, jota ei luokitella käyttötekijöihin. Potentiaalituotannontekijät ovat pysyviä ja pitkävaikutteisia. Ne antavat raamit organisaation kapasiteetille. Potentiaalituotannontekijät eivät riipu tuotannonmäärästä. (Riistamaa & Jyrkkiö 2000, 37, Vehmanen & Koskinen 1997, 42-43.) Terveystieteissä alkeistuotannontekijöitä voivat olla esimerkiksi välittömästi käytettävät lääkkeet ja välillisesti käytettävä energia. Esimerkki inhimillisestä lyhytvaikutteisesta työsuorituksesta on lääkärin tai hoitajan hoitotoimenpide. Dispositiivinen tuotannontekijä voi olla esimerkiksi ylilääkärin esimies- ja hallintotyö. Potentiaalituotannon tekijöitä ovat muun muassa sairaalarakennukset, röntgenlaitteet, tietokoneet ja ohjelmistot. Tällä jaolla voidaan lähestyä myös kustannushallintaa, jossa on tunnistettavissa kaksi vaihetta ensinnäkin käyttövaihe ”käyttö” ja toiseksi edellytysten luonti ”organisaation kehittäminen”.

Kustannushallinnassa ovat tärkeitä tuotantoprosessiin liittyvät käsitteet: tuottavuus ja taloudellisuus sekä vaikuttavuus. Tuottavuus tarkoittaa sitä, kuinka paljon tuotannontekijöillä saadaan tuotoksia. (Vehmanen & Koskinen 1997, 44-45.) Meklinin (2002) ja Lumijärven (1999) mukaan tuottavuus on suoritteiden tai tuotteiden suhde tuotannontekijöihin (suorite kpl /tuotannontekijä kpl). Mitä enemmän saadaan suoritteita aikaan samalla tuotannontekijämäärällä, sitä parempi on tuottavuus. (Kuosmanen ym. 2004, 42.) Tuottavuus liittyy kannattavuuteen ja sen myötä myös kustannuselementtiin (Neilimo & Uusi-Rauva 1999, 302), kuten myös taloudellisuus. Taloudellisuudessa tulee mukaan rahallinen ulottuvuus. Taloudellisuus on kustannusten ja suoritusten suhde (kustannukset/suoritteet). Toiminta on sitä taloudellisempaa, mitä pienemmillä kustannuksilla suoritteet saadaan tuotetuiksi. (muun muassa Neilimo & Uusi-Rauva 1999, 304, Jyrkkiö & Riistama 2000, 38, Alhola & Lauslahti 2000.) Kunta voi antaa erikoissairaanhoidon tuottajalle sairaanhoitopiirille tavoitteeksi tuottavuuden ja/tai taloudellisuuden parantaminen. Tuottavuuden parantamiseksi voidaan antaa esimerkiksi korvalääkärille tavoitteeksi hoitaa yhä useampi potilas terveeksi. Taloudellisuus tavoitteena voi esimerkiksi olla se, että 10 miljoonan euron leikkaussalikustannuksilla tulee saada 1000 leikkausta tehtyä vuoden aikana. Kummatkin tavoitteet ovat ohjaavia kustannusten hallitsemiseksi. Kuitenkin vaikka toimittaisiin tuottavasti ja taloudellisesti voi lopputuloksena olla, että hoidon laatu kärsii, jolloin esimerkiksi potilaiden uusintakäynnit tai leikkaukset kasvavat. Sen vuoksi kustannushallinnassa tarvitaan käsitettä vaikuttavuus. Meklinin (2002) mukaan vaikuttavuudella on useita merkityksiä. Terveystieteissä vaikuttavuus on muutos potilaan terveydentilassa eli potilas pyritään saamaan terveeksi tai ainakin terveemmäksi. Vaikuttavuutta on myös terveyden säilyttäminen ja sairauksien estäminen. (Kuosmanen ym. 2004, 42.)

Kustannuskäsitteet

Kustannuslaskennan käsitteiden avulla voidaan luokitella kustannuksia. Luokittelua voidaan hyödyntää johtamisen eri vaiheissa: päätöksenteossa, suunnittelussa ja seurannassa. Käsitteistön avulla pystytään tunnistamaan eri kustannuslajien käyttäytymisessä samankaltaisuuksia (Vehmanen & Koskinen 1997).

Kustannusten rekisteröinti tehdään kustannuslaskentajärjestelmässä. (Amey & Egginton 1972, 401). Kustannuslaskennan keruujärjestelmä liittyy tiiviinä osana ulkoiseen laskentaan eli kirjanpitoon.. Perinteinen kustannuslaskenta etenee kustannuslajilaskennasta, kustannuspaikkalaskentaan ja suoritekohtaiseen laskentaan. Perinteisen laskennan ongelmana on välillisten kustannusten kohdistuminen aiheuttamisperiaatteiden vastaisesti. Toimintolaskenta on pyrkinyt tuomaan vastauksen siihen, että aiheuttamisperiaatetta voidaan noudattaa. (Horngren & Sundem 1993, 112-116)

Kustannuskäsitteiden luokittelu on kehittynyt vuosikymmenten aikana kustannuslähtöisestä talousajattelusta toimintaa ja johtamista tukevaan ajatteluun. Samalla ovat rakentuneet kustannuskäsitteistöt ja -luokittelut. Drury (1989) kustannusten luokittelun lähtökohtana on toiminnan johtamisen tukeminen. Kustannuskäsitteitä tarvitaan arvon määrittämiseen, päätöksentekoon ja suunnitteluun sekä kustannushallintaan. (Drury 1989,19.) Allenin ja Myddeltonin (1987) mukaan kustannuslaskennassa tarvitaan kustannuskäsitteitä edellisten lisäksi ennustamisessa ja raportoinnissa. (Allen & Myddelton 1987,22.)

Kustannuksia voidaan erotella sen mukaan ovatko ne menoja vai kuluja (Drury 1989,19). Kulut ja menot ovat ulkoisen laskennan käsitteitä. Kulusta ei odoteta enää tuloa tai muuta vastaavaa. Se on tuottanut tulonsa tai muun vastaavan tilikauden aikana. Menolle on tulo-odotuksia tai muita vastaavia seuraavien tilikausien aikana. Se näkyy taseen aktiivapuolella. (Alhola & Lauslahti 2000, 19.)⁹ Tästä esimerkkinä voidaan ottaa perusterveydenhuollossa käytettävä ultraäänilaitte, josta on tehty vuosittain käytön tai kulumisen mukaan poistoja (=kulukirjauksia). Taseessa näkyy hankintamenon ja poistojen välinen erotus. Jos laite menee käyttökelvottomaksi ja siitä on taseessa jäljellä poistamatonta hankintamenoa, niin tästä poistamattomasta erästä tehdään kulukirjaus. Tässä tutkimuksessa käytetään sisäisen laskennan termiä kustannus.

Yksi tapa tarkastella kustannuksia on jakaa ne tuotantoteorian mukaan kustannuslajeihin. Kustannuslajit voidaan tuotantoteoriasta johdatellen jakaa potentiaali- ja käyttötekijöihin. Potentiaalitekijät luovat organisaation kapasiteetin ja henkiset puitteet. Ne voivat olla aineellisia tekijöitä kuten laitteet ja rakennukset tai aineettomia tekijöitä kuten ihmisten osaaminen ja organisaatio. Käyttötekijät ovat lyhytvaikutteisia tekijöitä kuten aineet, palvelut jne.

⁹ KIRJANPITOLAKI 5:1 § ”Tuotoista vähennetään kuluina ne menot, joista ei todennäköisesti kerry niitä vastaavaa tuloa, samoin kuin menetykset.”

Kustannukset voidaan siten jakaa työsuorituksiin, aineisiin, lyhyt vaikutteisiin ja pitkävaikutteisiin tuotantovälineisiin. (Riistama & Jyrkkiö 1994, 37, 95.)

Yleisesti kustannukset jaetaan kiinteisiin ja muuttuviin kustannuksiin. Kiinteät kustannukset pysyvät samoina, ellei tehdä kokonaissopeutusta. Ne ovat luonteeltaan potentiaalitekijäkustannuksia eli kapasiteettitekijäkustannuksia, jotka syntyvät tuotantovalmiuden ylläpidosta. Muuttuvat kustannukset nousevat tai laskevat määrien muutosten suhteessa. Kustannukset voivat olla luonteeltaan puoli-muuttuvia kustannuksia kuten sairaalarakennusten ja laitteiden kunnossapitopito. Kiinteät voivat olla myös luonteeltaan puolikiinteitä tai hyppäyksittäin muuttuvia. (Amey & Egginton 1972, 418-420, Allen & Myddelton 1987, 15-20, Drury 1989, 25-28, Neilimo & Uusi-Rauva 1997, 54-56, Alhola & Lauslahti 2000, 19.) Valmiuskustannukset tulevat siitä, että tuotanto laitetaan käyntivalmiuteen (Neilimo & Uusi-Rauva 1997,55). Kunnan ostaessa erikoissairaanhoidon palvelut sairaanhoitopiiriltä tai muulta toimijalta voidaan kustannukset luokitella muuttuviksi kustannuksiksi. Jos kunta tuottaa erikoissairaanhoidon palveluita itse omilla lääkäreillään ja omissa tiloissa, näkyvät kustannukset kiinteinä. Jos kunta ostaa lääkäripalvelun ulkopuolelta omiin tiloihin, näkyvät kustannukset muuttuvina ostopalvelukustannuksina ja muilta osin kiinteinä kustannuksina. Kun tarkastellaan sairaanhoitopiiriä ja kuntaa rinnakkain, niin kustannukset näkyvät näillä kahdella toimijalla eri tavoin. Kuntien erikoissairaanhoidon kustannukset näkyvät pääosin palveluiden ostoissa. Sen sijaan sairaanhoitopiirissä merkittävin osa kohdistuu palkkoihin ja niihin liittyviin sivukustannuksiin. Lisäksi sairaaloiden kiinteitä kustannuksia ovat pääomakustannukset ja ylläpitokustannukset rakennuksista sekä käyttöomaisuuden poistot. (Agnihotri 2005, 49-52).

Kustannukset voidaan jakaa välittömiin ja välillisiin kustannuksiin sekä erillis- ja yhteiskustannuksiin (Drury 1989,19-25). Välittömät kustannukset voidaan kohdistaa suoraan suoritteille. Välilliset kustannukset ovat usean suoritteen aikaansaamisesta aiheutuneita kustannuksia. (Amey & Egginton 1972, 403, Horngren, & Sungren 1993, 113, Drury 1989,19-25.) Erilliskustannukset voivat olla välittömiä tai välillisiä kustannuksia (Neilimo & Uusi-Rauva 1997, 57). Yhteiskustannukset ovat niitä kustannuksia, joissa ei tapahdu muutoksia suoritteiden määrien muuttuessa. (Drury 1989,19-25). Edellisiä käsitteitä käytetään esimerkiksi hinnoittelussa, seurannassa ja päätöksenteossa.

Päätöksenteossa ja suunnitelmissa kustannukset voidaan jakaa ns. ”uponneisiin kustannuksiin” (sunk costs), harkinnanvaraisiin kustannuksiin sekä raja- ja lisäkustannuksiin. Uponneet kustannukset ovat jo syntyneet ja ne jäävät organisaatioille vaikka toiminta lopetettaisiin. (Drury 1989, 25-31 Allen & Myddelton 1987,27.) Harkinnanvaraisia kustannuksia voivat olla esimerkiksi erikoissairaanhoidon kohdistuvat kehitys- tai ohjelmistohankkeet tai koulutuskustannukset. Vaikka nämä kustannukset jäisivät pois, palvelutuotanto toimisi edelleen. ”Rajakustannuksilla tarkoitetaan sitä kustannusten lisäystä, joka aiheutuu kun toiminta-astetta nostetaan yhdellä yksiköllä. Lisäkustannuksilla tarkoitetaan niitä kustannuksia, jotka aiheutuvat kun toiminta-astetta nostetaan mielivaltaisella, lähinnä yhtä yksikkö suuremmalla määrällä.”

(Neilimo & Uusi-Rauva 1997, 55). Kunnan edustajan tehdessä sairaanhoitopiirin hallituksessa päätöksiä, voidaan tarvita juuri edellä olevia käsitteitä, jotta tehdä kustannuksien kannalta paras päätös. Esimerkiksi jos tarvitaan lisäsuoritteita ja vaihtoehtoina ovat niiden tekeminen sairaanhoitopiirissä tai ulkoa ostaminen. Tällöin voi olla tilanne, että erikoissairaanhoidossa illalla tuotetun leikkauksen rajakustannus voi olla matalampi kuin ostohinnan.

Kustannusten johtamisessa on tarvetta tunnistaa, mitä kustannuksia voidaan hallita tai mihin voidaan vaikuttaa sekä samalla tunnistaa kuka voi hallita ja miten eli ”millä keinolla/keinoilla”. Kustannukset voidaan jakaa hallittaviin/vaiikutettavissa oleviin ja ei-hallittaviin/vaiikutettavissa oleviin kustannuksiin. Hallittavia kustannuksia ovat ne kustannukset, joista esimerkiksi päällikkö vastaa. Ei-hallittavia kustannuksia ovat ne, joihin ko. päällikkö ei voi vaikuttaa. (Amey & Egginton 1972, 420, Drury 1989,31, Neilimo & Uusi-Rauva 1997,59.)

Kustannushallinta ja johdon laskentatoimen tarjoamat välineet

Kustannushallinnassa tarvitaan johdon laskentatoimen sisältämiä välineitä. Välineitä voidaan hyödyntää niin kunnan kuin sairaanhoitopiirin johtamisessa. Johdon laskentatoimen tehtävänä on tukea organisaatioiden johtamista.

Virkkunen (1954) toi 1950-luvulla Suomeen Management Accounting-ajattelun. Johdon laskentatoimen ajatus perustuu johdon tehtäviin. Virkkunen (1954) jakoi johtotehtävien mukaan laskentatoimen haarat ja tehtävät seuraavasti:

- Suunnittelutehtäviä tukevat suunnittelulaskelmat, joita ovat vaihtoehtois- ja tavoitelaskelmat.
- Edustamistehtäviä ja tarkkailutehtäviä varten tehdään tarkkailulaskelmia sekä toiminnan tarkkailua että varallisuuden ja varainhoidon tarkkailua varten. (Näsi 1990, 79-84.)

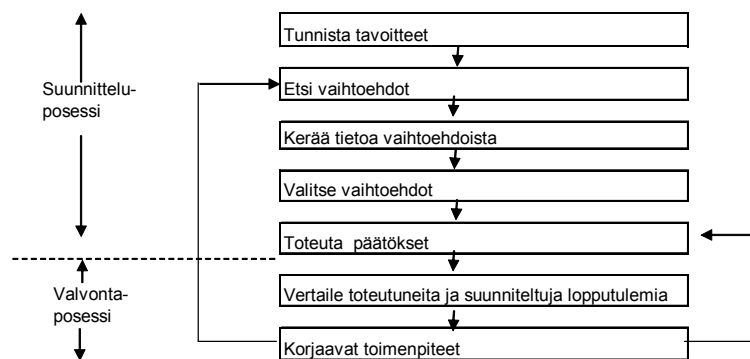
Johdon hallintaprosessi sisältää kaksi toisiinsa liitännäistä osaa; suunnittelun ja valvonnan. Suunnittelu tarkoittaa päättämistä mitä tehdään, milloin ja kuinka. Valvonta on tarkastelua, että halutut tulokset saavutetaan. Johdon valvontaprosessi sisältää neljä osaa

1. Toimintasuunnitelman ”ohjelmoinnin”, jossa valitaan laaja-alaisesti organisaation aktiviteetit ja määritellään mitä resursseja kukin ”ohjelma” saa
2. Budjetoinnin, joka sisältää määrällisiä ehtoja rajatulle kaudelle. Budjetti muuntaa toimintasuunnitelma luvuiksi.
3. Laskennan liiketoiminnoittain.
4. Arvioinnin, jossa kerätään tietoa tulevaa budjetointia varten kuin arvioidaan johdon toimintaa. (Allen & Myddelton, 1987, 11.)

Kustannushallinnasta on eri asiantuntijoilla erilaisia painotuksia. Kustannushallintaa voidaan tarkastella päätöksenteko- ja suunnitteluprosessin jatkumona; tavoitteista korjaaviin toimenpiteisiin. Schleh (1962) on todennut seuraavasti: ”

1. Selvittääkää tavoitteet
2. Määrätkää säännöt, selvittääkää edellytykset ja rajoitukset, jotka vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen.
3. Laatikaa toimintamenetelmä, jota noudatatte tavoitteisiin pyrkiessänne.
4. Toteuttakaa tämä ohjelma.
5. Tarkkailkaa, kokeilkaa ja parannelkaa toimintaohjeitanne tai menetelmiänne.”(Schleh 1962, 9-10.)

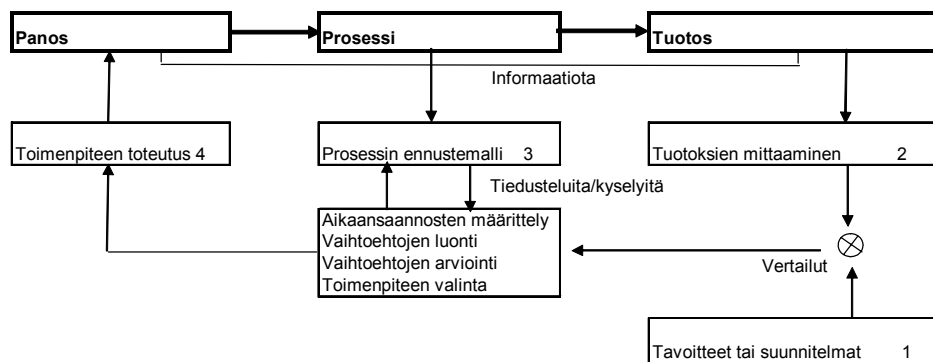
Vastaavasti Drury (1989) on lähestynyt kustannushallintaa tavoitelähtöisesti. Ensin asetetaan tavoitteet. Tavoitteiden asettamisen jälkeen tunnistetaan eri mahdollisuudet tavoitteisiin pääsemiseksi. Eri vaihtoehtoista kerätään niihin liittyvät tiedot, jonka jälkeen tehdään valinnat. Valintojen jälkeen tehdään toteutus. Toteutuksen jälkeen seurataan miten valinnat ovat onnistuneet ja miksi eivät sekä tehdään mahdolliset korjaavat toimenpiteet. (Drury 1989, 5-10.) Tavoitelähtöinen tarkastelu sopii myös kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa, esimerkiksi kunnan valtuuston talousarviossa – ja suunnitelmassa asetettu tavoite voi olla minimoida erikoissairaanhoidon kustannuksia. Tavoite vaatii eri vaihtoehtojen kartoittamista, valinnan tekemistä ja lopulta päätöksen toteuttamisen. Vaihtoehtojen kartoittamisessa lasketaan kustannukset hyödyntäen muun muassa aiemmassa luvussa käsiteltyjä käsitteitä.



Kuva 7. *Päätöksenteko, suunnittelu ja hallintaprosessi (Drury 1989).*

Otley (1987) näkee hallintaprosessin mukana myös ennustusmallit, eikä vain toteumia. Hallintaprosessin lähtökohdat löytyvät tuotantoteorian puolelta. Hallinta sisältää tuotantoprosessin, jossa prosessiin laitetaan sisään tuotannontekijöitä sekä prosessista tulee ulos lopputuloksia. Otleyyn mallissa tulevat ensin tavoiteasetanta tai suunnitelmat, jonka jälkeen mitataan lopputuloksia. Näitä kahta vertaillaan keskenään. Samanaikaisesti tehdään

ennusteita mahdollisista selittävästä syistä, mahdollisista uusista vaihtoehdoista sekä niiden tuomista lopputuloksista. Viimeisenä vaiheena tulee toteutus. (Otley 1987, 15.)



Kuva 8. Otley'n valvotun prosessin malli (Otley 1987, 16).

Kustannushallintaan liittyy käsite kustannusjohtaminen, jonka keskeinen idea on strateginen kustannushallinta, jolla tarkoitetaan eri laskentakohteiden analysointia, tavoitteiden mukaisten kustannustasojen määrittämistä ja kustannustehokkuutta parantavia operaatioita. Shankin ja Govindarajan (1999) mukaan olennaista on koko organisaation arvoketjun kattava kustannusymmärrys. Kustannusymmärrystä voidaan lisätä muun muassa asiakaskohtaisten kannattavuusanalyyysien ja vertailemalla kustannusrakenteita toisiinsa. (Partanen 2001, 11.)

Organisaatioiden talouden ohjaukseen perustuva ohjaus on viime vuosina saanut kritiikkiä osakseen. Perinteinen talouden ohjaus ei ota huomioon nykyajan organisaation ja strategian asettamia vaatimuksia. Taloudellisiin mittareihin keskittyminen on saattanut jättää ei-taloudelliset mittarit täysin ilman huomiota. Organisaatioiden johtaminen edellyttää talouden lisäksi tietoa prosesseista ja laadusta, asiakkaista, henkilöstöstä. (Alhola & Lauslahti 2004.) Kaplanin ja Nortonin kehittämä tuloskortti on yksi väline johdon laskentatoimissa. He ovat tehneet tunnetuksi korttia 1990-luvulta lähtien useissa artikkeleissa ja teoksissa. (Järvenpää, Partanen & Tuomela 2003, 196-197.) Kaplanin ja Nortonin Balanced score cardissa on neljä näkökulmaa: talous-, asiakas-, prosessi- sekä oppimis- ja kasvunäkökulma. Näkökulmien avulla pyritään varmistaa vision ja organisaation päämäärien saavuttaminen. (esimerkiksi Kaplan & Norton 2006.)

Tavoitteiden asettaminen ja suunnittelu

Organisaatioissa tehdään jatkuvasti pieniä ja isoja päätöksiä. Päätöksiä voidaan tehdä intuitiivisesti tai järjestelmällisesti. Intuitiivisesti tehtävässä päätöksenteossa tehdään päätös harkinnan, mielipiteiden tai käsitysten pohjalta. Järjestelmällisessä päätöksenteossa tehdään laskelmiin perustuvaa vaihtoehtojen

vertailua. Näitä laskelmia ovat tavoitelaskelmat, joita ovat suunnittelulaskelmat ja päätöksentekoa tukevat tavoitelaskelmat. Laskelmia tehdään sekä pitkälle että lyhyelle aikajänteelle. Päätöksentekolaskelmissa on mitattavissa olevia tekijöitä ja harkinnanvaraisia tekijöitä. Tyypillisiä päätöksentekolaskelmia ovat tuotantopoliittiset laskelmat kuten ostaa vai valmistaa, suoritevalinnat ”tuotetaanko palvelu 1 vai 2”, hinta- ja markkinointipoliittiset laskelmat ja investointilaskelmat. (Jyrkkiö & Riistamaa 2000, 188-210.)

Suunnittelu voidaan jakaa lyhyen, keskipitkän ja pitkäaikavälin suunnitteluun. Suunnittelu on ollut yksi laskentatoimen tärkeimmistä tehtävistä 1960-luvulta lähtien. Tuolloin laskentatoimen rooli muuttui yrityksen päätoimintojen johtajia avustavaksi toiminnoksi. Lisäksi 1960-luvulla nousi esille budjetin rinnalle pitkäjänteisen suunnittelu. (Näsi 1990, 84, 193-195.)

Pitkän tähtäimen suunnitelmaa edustaa strateginen suunnitelma. Suunnitelma voidaan tehdä joko erikseen tai budjetin teon yhteydessä. Strateginen suunnitelma kohdistuu organisaation toiminnan peruslähtökohtiin toiminta-ajatukseen, liike-ideaan, missioon, visioon, kriittisiin menestystekijöihin, tavoitteisiin ja niiden toteuttamiseen tähtääviin keinoihin eli strategioihin. (Alhola & Lauslahti 2000, 257.)

Budjetti on lyhyen tähtäimen suunnitelma, joka ilmaisee rahassa organisaation tai sen osan tietyn ajan toimintasuunnitelman (Jyrkkiö & Riistama 2000, 226, Vehmanen 1997, 348). Toisaalta se voi olla pelkästään määrällinen toimintasuunnitelma (Jyrkkiö & Riistama 2000, 226). Budjetti on keskeinen osa organisaatioiden ohjausjärjestelmiä. (Näsi 1990, 193-195.) Budjetin tehtävänä on pyrkiä tehostamaan organisaation toimintaan laatimalla toimintasuunnitelmia, joissa tavoitteet ilmaistaan reaaliprosessiin liittyvin käsittein. Suunnitelmiin liittyvät myös organisaation ulkopuoliset tekijät. Budjetti on operatiivisen johdon työväline, joka auttaa johtoa toiminnan suunnittelussa, tarkkailussa ja koordinoinnissa. (Jyrkkiö & Riistama 2000, 226.)

Suunnitelmien teko ei yksin riitä. Suunnitelmien toteutuminen kannalta tärkeää on, että ne näkyvät muun muassa yrityksen viestinnässä, seurannassa, informaatiojärjestelmissä, johtamisessa, tavoite- ja kehityskeskusteluissa sekä palkitsemisjärjestelmissä. (Alhola & Lauslahti 2004.)

Talousarvio- ja suunnitelma kunnan ohjausvälineenä

Kunnat tekevät vuosittain talousarvio- ja taloussuunnitelman, jonka valtuusto hyväksyy. Talousarvio on yhden vuoden suunnitelma ja taloussuunnitelma koskee kolmea tai useampaa vuotta. (Kuntalaki 65§.) Talousarvio ja –suunnitelman on kuntien toiminnan ja talouden ohjausväline. Sen sisältö jakautuu yleisperustelu-, käyttötalous-, investointi- ja rahoitusosat. (Heuru 2000, 173-181, 193, 258.) Niiden rooli osana poliittista ohjausta on vahvistunut vuoden 1997 jälkeen Kuntalain uusien säädösten voimaantulon myötä. Uusien säädösten mukaan valtuutetuille voidaan pitää erillisiä valtuustoseminaareja. Budjettivaltaa on hajautettu valtuusto alaspäin sekä nettobudjetointi ja budjettien kehysmäisyys on lisääntynyt. (Kallio, Manninen, Meklin & Oulasvirta 2000, 9.)

Julkisen sektorin budjetin teolla on pitkät historialliset perinteet. Budjetin teon historian taustat liittyvät kuntien ja valtion välisen taloudelliseen suhteeseen. Kuntien budjettivalta liittyi kuntien itsenäisyyteen. Ruotsissa tehtiin jo 1600-luvulla budjetteja, vaikkakin kunta oli nivottu osaksi valtion taloutta ja budjettien perimmäinen tarkoitus oli valtion talouden tehostaminen. Ensimmäisiä itsenäisiä budjetteja tehtiin jo 1800-luvulla. 1919 tuli esille määrärahakäsite. Määrärahalla tarkoitettiin sekä kohdetta että siihen käytettävää rahamäärää. Lisätalousarvio syntyi 1940-luvulla. Talousarvion luonne muuttui 1990-luvulla menotaloudesta tulotalouteen, jolloin menoja pyrittiin sopeuttamaan tuloihin. Kehitys muutti talousarvion luonnetta kunnan sisäiseksi ohjaavaksi instrumenteiksi ja samalla lisätalousarvion alkuperäinen verotukseen sidottu tarkoituksen pohja katosi. Talousarvion luonnetta muutti omalla painollaan tulosjohtamisperiaatteet, jossa valtuusto on tavoitteiden asettajan ja tavoitteiden toteutumisen valvontatehtävä. Virkamiesten tehtävä on järjestää toiminta siten, että tavoitteisiin päästään. (Heuru 2000, 173-181, 193, 258.)

Valtuuston vaikuttamisen kannalta on oleellista se, kuinka yksityiskohtainen budjetti on ja mikä on sen sitovuustaso valtuustoon nähden. Budjetin sitovuus on sisäistä, eikä sitä voi ulottaa ulkopuolisiin tahoihin. Valtuuston kustannustekijöihin vaikuttamisen alaa rajaavat myös subjektiiviset oikeudet; kunnan tulee tarjota lain mukaiset palvelut kuntalaisille. Määrärahojen ylittämistapauksissa alemmat luottamuselimet tuovat välittömästi asian valtuuston hyväksyttäväksi. Valtuustolla on myös mahdollisuus vaikuttaa talousarviossa erityisperusteluilla eli määrärahanormeilla. Ne voivat olla määräyksiä, edellytyksiä, ehtoja ja tavoitteita. Näitä normeja valtuusto voi tehdä ilman hallituksen valmistelua, mutta muutokset menevät hallitukseen. (Heuru 2000, 193-199.)

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Budjetti on tärkeä keino kustannushallinnassa kunnissa, joissa ylimpänä päättäjänä on valtuusto. Valtuusto voi vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannusten tasoon talousarvioin käyttötalousosassa oleviin erikoissairaanhoidon kokonaiskustannuksiin määrittelemällä tavoitehintatason. Kuntien asettama tavoitetilä erikoissairaanhoidon kustannuksille on ennen kaikkea ohje sairaanhoitopiirin hallituksen ja valtuuston edustajille sekä toive kustannuskehityksestä sairaanhoitopiirille.

Seuranta

Seuranta, johdon laskentatoimen viitekehityksessä, on prosessi, jossa päälliköt pyrkivät varmistamaan sen, että yritys järjestää ja käyttää resurssejaan tehokkaasti ja vaikuttavasti tavoitteiden saavuttamiseksi (Allen & Myddelton, 1987, 11). Hyvä seurantajärjestelmä tekee johtamisen helpommaksi.

Seurantajärjestelmä on apukeino pyrittäessä saamaan aikaan tehokasta toimintaa. (Schleh 1962, 52-66.)

Suomessa seuranta nousi laskentatoimen näkyväksi tehtäväksi 1960-luvulla (Näsi 1990, 193-195). Seurannalla on pitkät historialliset taustat. Organisaatioihin liittyvät seurantaongelma nousi esille osakeyhtiönlain tulon myötä jo vuonna 1855 yritysten toiminnan kasvaessa. (Amey & Egginton 1972, 381.)

Seurantaa voidaan tarkastella useista näkökulmista. Pääsääntö on, että seurantaa tarkastellaan sen mukaan kenen näkökulmasta asiaa on tärkeä. Seurantaan liittyy arviointien ja johtopäätösten jälkeen korjaavat toimet tai suunnitelmien uudelleenlaadinta. Organisaatioteorioiden pohjalta on kaksi näkökulmaa seurantaan: ulkoinen ja sisäinen seuranta. Seurantaraporteissa erotetaan vaikutettavissa ja ei vaikutettavissa olevat erät toisistaan. (Amey & Egginton 1972, 381-396.) Saman toteaa myös Schleh (1962) ”seurannan tulee koskea tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa” (Schleh 1962, 54).

Schleh (1962) on tarkastellut seurantaa yksityisen työntekijän valvonnan näkökulmasta. Seurannan tarkoitus on ennen kaikkea innostaa työntekijää toimimaan. Periaate on varmasti hyvä myös organisaatiotasoiseen tarkkailuun. Samoin seurannan perusasioita ovat, että se on ajan tasalla ja arvostusta annetaan suoritusten periaatteella. (Schleh 1962, 50-57.)

Seurannassa on tietoa suunnitelmien ja toteumien eroista, jotta voidaan tehdä korjaavat toimenpiteet. Tämä voi näkyä siten, että joko suunnitelmat pysyvät ennallaan, jos toteuma vastaa suunnitelmia, tai vaihtoehtoisesti voidaan joutua korjaamaan suunnitelmia, jos ne eivät ole enää toteuttamiskelpoisia. (Drury 1989, 11, Schleh 1962, 52-66.) Seurantaraportit voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen raportointiin (Amey & Egginton 1972, 396).

Yksi osa kustannushallintaa on seurannassa tehtävät analyysit kustannuseroista. Taloudellisessa seurannassa verrataan yleensä budjetin ja toteuman eroja. Voi olla useita erilaisia syitä miksi kustannuseroja syntyy. Erot voivat syntyä ensinnäkin siitä, että budjetti on laadittu väärin. Toiseksi budjetti on voitu tehdä oikein, mutta budjetin oletukset ovat muuttuneet. Kolmanneksi toimenpiteet ovat voineet osoittautua tehottomiksi. Neljäntenä syynä voi olla se, että seurantatiedon oikeellisuus ei ole riittävä. Viidentenä voidaan nostaa esille satunnaisuus. Eroihin reagointiin voi olla erilaisia sääntöjä, joissain organisaatioissa voidaan asettaa euromääräinen raja ja toisissa voidaan antaa prosentuaalinen poikkeamaraja. Organisaatioissa saattaa olla eri asioille määritelty eri tasoja esimerkiksi kontrollikarttojen avulla. Kustannusanalyysissä on tärkeintä noudattaa järkeä; kaikkea ei ole taloudellisesti järkevä analysoida. Analysointikin itsessään on kallista. (Hirsch & Loudeback 1986, 820-823.) Lopuksi on todettava, että on tärkeää, että raportteja seurataan ja toiminnalle löytyvät vastuulliset henkilöt. Samoin seurantavastuullinen vastaa myös siitä, että niiden perusteella tapahtuu toimenpiteitä (Schleh 1962, 58).

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunnissa voidaan ajantasaisella seurannalla vaikuttaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa mahdollisten poikkeamien aiheuttavien syiden poistamiseen tai muihin toimenpiteisiin. Kuntien valtuustoissa voidaan tehdä erikoissairaanhoidosta erillistä seuranta sisältäen korjaavat päätökset. Sairaanhoidopiirin hallituksessa istuvien rooli on tärkeä. He voivat puuttua ja vaatia johdolta toimenpiteitä, jotta esimerkiksi asetettujen tavoitteiden mukaisia kustannuksia ei ylitetä. Kunnissa seuranta ilmenee eri organisaatiotasolla eri painopistein; vastuuhenkilöt seuraavat ja johtavat niitä asioita, johon he voivat vaikuttaa.

Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinta keinojen ryhmittely

Kustannushallinta voi olla kustannusten vähentämistä, ennallaan pitämistä tai kustannusten kasvun hallintaa. Hallinto/hallinta viittaa käsitteenä johonkin prosessiin (tapahtumasarjaan), ja se on vaikuttamista organisatoristen yksikköjen käyttäytymiseen niin, että ne toimivat asetettujen päämäärien toteuttamiseksi (Gorpe 1984, 10). Vastaavasti esimerkiksi Kuosmanen ym. (2004) ovat lähestyneet erikoissairaanhoidon kustannushallintaa sen mukaan, mitä mahdollisuuksia kunnalla on vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin. (Kuosmanen ym. 2004, 25, 31) Se miten vaikuttamista tehdään, niin siihen on löydettävissä useita keinoja eri teorioissa ja tarkastelunäkökulmissa. Esimerkiksi julkisen valinnan teoriaan liittyvät muun muassa politiikka, organisaatiomuodot, tuotanto, verotus, säästäminen, omistajuus, tulonjako, intressiryhmät jne. Pollitin (1995) mukaan voidaan tehdä kustannusten leikkauksia, budjettikattoja ja pitää rahoitusrakenne julkisena, tehdä tulosityksiköitä, hyödyntää sopimusohjausta, desentralisoida päätösvaltaa, erottaa tilaaja ja tuottaja toisistaan, luoda markkinoiden ja näennäismarkkinoiden tyyppisiä mekanismeja, asettaa tulostavoitteita ja tulostavoitteita sekä johtaa tuloksen mukaan, tehdä määräaikaista sopimuksia ja tulospalkkiojärjestelmiä ja paikallisia sopimuksia sekä määrittää palvelustandardeja, ottaa käyttöön laatuajattelu ja painottaa asiakastyytyväisyyttä. (Niskanen 1997, 10-11.)

Kustannushallinnassa yksi tapa on tarkastella eri strategianäkökulmia. Kunnalla voi olla kolme erilaista selviytymisstrategiaa; tulo-, kustannus- ja tehokkuusstrategiat. Tulostrategiassa nostetaan maksuja. Kustannusstrategiassa pienennetään kustannuksia muun muassa kilpailuttamalla ja ulkoistamalla. Kolmantena mahdollisuutena on tehostaa toimintaa muun muassa johtamismenetelmiä uudistamalla. (Valtonen & Rissanen 1999, 51.) Kustannusstrategian avulla varmistetaan julkisen vallan tehtävä huolehtia kansalaisten tarpeiden tyydyttämisestä. Sen takaamiseksi on perusteltua etsiä vaihtoehtoisia tuotantotapoja, poistaa resurssien vajaakäyttöä, kartoittaa kustannuksia ja mahdollisesti muuttuneita tarpeita. (Malkki 1994, 134, Scott

2001, 10). Esimerkiksi OECD-maissa kustannusten rajoittamistapoja olivat 1989-1992 (tärkeysjärjestyksessä) markkinatyypiset mekanismit, keskushallinnon uudet tehtävät, desentralisointi, yksityistäminen, menokatot, uudelleen organisointi, sisäiset markkinat ja keskushallinnon hajauttaminen. (Kiviniemi, Oittinen, Vahre, Niskanen & Salminen 1994, 31.)

Erikoissairaanhoidon kustannushallintakeinot ovat monin osin samat kuin yleensä terveydenhuollon kustannushallintakeinot. White (1999) on ehdottanut terveydenhuollon kustannushallinnan keinoiksi vaihtoehtoista viitekehystä, jossa ensimmäisenä asiana arvotetaan järjestelmänhallintatavoitteita. Tavoitteet voidaan jakaa palveluihin (sairaalapalvelu) ja kustannuselementteihin (hinta, volyymi). (White 1999). Cohen (1999) näkee yhtenä tärkeänä osana Whiten nostaman tavoitehakuisuuden hinnan ja volyymin suhteen, mutta tärkeämpää on tarkastaa tarpeelliset poliittiset ratkaisut koskien valitsevia eettisiä näkemyksiä terveydenhuollosta. (Cohen 1999, 700.)

Kunnan erikoissairaanhoidon konkreettisia keinoja kustannusten hallitsemiseksi ovat: purkaa ja estää päällekkäisten toimintojen syntyminen, alueellinen yhteistoiminta, voimavarojen käytön tehostaminen, terveydenhuollon porrastaminen, tutkimus- ja hoitomenetelmien arviointi sekä rahoitus- ja ohjausjärjestelmien muuttaminen. (Ryynänen ym. 1997, 37-39.) STM (2003) on ehdottanut muun muassa seuraavia toimenpiteitä erikoissairaanhoidon kustannuskehityksen ja taloudenhoidon hallitsemiseksi: henkilöstömäärien hallinta, laskutuksen uudistaminen, päivityksien ja päällekkäisyyksien purkaminen, EVO-rahoituksen tarkistaminen, tukipalveluiden uudelleen organisointi, hoitoketjujen toimivuuden varmistaminen ja omistajaohjauksen vahvistaminen omistajakuntien yhteisen tahdon selkiyttämällä sekä sopimusohjauksen parantaminen. (STM työryhmämuistio 2003:4, 21-27.)

Yksi mahdollisuus kustannushallintaan on lähestyä sitä, niiden syiden kautta, jotka ovat nostaneet tai laskeneet kustannuksia. Esimerkiksi USA:ssa terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet 1970-luvulta lähtien (Cohen 1999, 697). USA:ssa terveydenhuollon kustannuksia nostaneita tekijöitä ovat: maksukykyisyys, markkinat ja hinnat, palkkakustannukset, hajanainen rahoitus, terveydenhuoltojärjestelmien kapasiteetti, hallinnollinen monimutkaisuus ja sen kustannukset ja haluttomuus järjeistää terveydenhuoltoa. (Reinhardt, Hussey & Anderson 2004.) Esimerkiksi Japanissa sairaanhoidon kustannukset laskivat vuonna 2002 ensimmäistä kertaa Japanin historiassa. Toimenpiteinä olivat tiukka hinta- ja määräkонтроlli palkkiojärjestelmien ja erilaisten yhteismaksujen lisääminen. (Ikegami & Campbell 2004.) Kunnat voivat vaikuttaa osaan näistä tekijöistä.

Toinen lähtötapa on tutkia kuntien välisten erojen syitä: mikä aiheuttaa vaihteluita erikoissairaanhoidonkustannuksissa eri kunnissa ja niiden syitä. Erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat kunnittain huolimatta siitä, että palvelutarvetta kuvaavat tekijät, kuten väestön ikä- ja sukupuolirakenne ja sairastavuus vakioidaan. (Koivukangas ym. 2000, 21.) Vastaava ilmiö näkyy myös HUS jäsenkuntien sisällä. (Kuntaliiton tarvevakioidut nettokustannukset, Punnonen 2004.) STM (1998a,b) mukaan vaihtelua selittävät kuntien päätettävissä olevat tekijät kuten palvelurakenne sekä hoitojärjestelyt ja –

käytännöt (Koivukangas ym. 2000, 21). Kustannusten alueellisia eroja on pyritty selittämään muun muassa kunnan koolla, yksityisellä palvelutarjonnalla, resursseilla, työttömyysasteella, valtionavuilla, työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrällä ja ikärakenteella ja sairastavuudella. Häkkisen (1995) mukaan ikärakenne ja työkyvyttömyys, kunnan talouden tila ”mitä rikkaampi kunta sitä pienemmät ovat kustannukset” sekä palvelurakenteet (laitosvaltaiset ja palvelutuotannoltaan tehottomat kunnat voisivat säästää noin 20 prosenttia) ovat selittäviä tekijöitä. Lintusen (1981) ja Pekolan (1992) tutkimuksen mukaan terveyskeskusten asukaskohtaisiin menoihin ja yksikkökustannuksiin vaikuttavat henkilöstön kapasiteettitekijät. Samoin Iivarin ja Jämsenin (1992) mukaan kuntien sosiaali- ja terveystaloudelliset painotukset, toiminnan tehokkuus ja palvelujen järjestäminen vaikuttavat ratkaisevasti kustannuksiin. (Koivukangas ym. 2000, 22.)

Reinhardtin (1989) mukaan kustannushallinnassa voidaan nähdä tarjonta- ja kysyntästrategia sekä strategiat, joilla vaikutetaan markkinoihin kokonaisuudessaan. Julkinen ohjaus voi kohdistua terveyspalvelujen tarjontaan, kysyntään tai kumpaankin. (Palu 1993,23, Vohlonen 1997, 203-204.) Herzlinger ja Schwarz ovat tutkineet kustannushallintaa ja löytäneet organisaatioiden käyttäneen kolmea strategiaa terveydenhuollon kustannushallinnassa: motivoimalla työntekijöiden tarvetta, muuttamalla terveydenhuoltojärjestelmää ja ottamalla käyttöön ohjelmia, joiden avulla voidaan vähentää terveydenhuollon palveluiden tarvetta. (Martin & Harrison 1992, 820).

Keinoja voidaan lähestyä mikro- ja makrojohtamisella. Tarjontapuolen strategioissa vaikutetaan mikrotasolla tuotannon tehokkuuteen taloudellisilla kannustimilla ja laeilla rajoitetaan terveydenhuollon omistajuutta sekä makropuolella tehdään alueellista suunnittelua, jotta jakelu on tasainen alueiden ja sosiaaliluokkien välillä. Kysyntäpuolen strategioissa mikrojohtamisessa vaikutetaan siihen, että potilaita pyritään muuttamaan asiakkaisiksi tekemällä kustannusten jakoa sekä vaikuttamalla lääkäreiden ja potilaiden päätöksiin. Makropuolen johtamisessa määritellään sairaaloiden budjetteja. Markkinoihin vaikuttamisessa tehdään hintaohjausta. (Palu 1993, 23.) Mikroekonomian mukaan organisaatiot pyrkivät saamaan mahdollisimman tyytyväisiä asiakkaita mahdollisimman pienin kustannuksin. Siinä haetaan tehokkuutta muun muassa organisaation rakenteita ja teknologiaa hyödyntämällä. Lisäksi kustannushallintaa voidaan tarkastella makroekonomian tasolla, jossa tavoitteena on se, että terveydenhuolto kuluttaisi oikean tason bruttokansantuotteesta. (Oxley & MacFarland 1994, 6.)

Kustannushallintaa voidaan tehdä valvonnalla, tarkastelemalla kokonaisvaltaisesti terveydenhuoltosektoria ja hoitoon pääsyä, parantamalla tehokkuutta ja hallitsemalla tarjontaa. Tehokkuuden parantamisen keinoja ostamiseen liittyen ovat toimijoiden roolien vahvistaminen, parempien ostoagenttien hankkiminen, ostajien vastuun lisääminen, kilpailun lisääminen, hinnoittelun ja sopimuksen tekotapojen kehittäminen ja sairaaloiden autonomian lisääminen. (Oxley & MacFarland 1994, 26-41.) Esimerkiksi Morriseyn (2003) on nostanut esille kilpailun ja sen puuttumisen. Hänen mukaansa kilpailun puuttuminen antaa mahdollisuuden hintojen nostamiseen. (Morrisey 2003.)

Kustannuksia on pyritty myös hallitsemaan uusilla toimintamalleilla kuten kilpailuttamisella, tilaaja-tuottajamallien avulla, ostorenkailulla, kehittämällä toimintaa, ulkoistamalla ja yhtiöittämällä tukitoimintoja sekä lisäksi potilasjonoilla. Kuntien potilasjonojen osalta kuntien vaikutusmahdollisuudet kaventuivat maaliskuusta 2005 hoitotakuun tultua voimaan. Tilaaja-tuottajamalliin kuuluva sopimusohjaus on ollut yksi tapa pyrkiä hallitsemaan kunnan erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä (Kuosmanen ym. 2004, 9).

Kunnat voivat vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan ja siten sairaaloiden toimintaan välillisesti omistajaohjauksella hallituksessa ja valtuustossa. Sairaaloiden kustannushallintaa on tehty kolmella tavalla. Ensinnäkin kustannuksia on hallittu budjettien avulla, joissa on mahdollisesti ollut sanktiota budjettiylitystilanteiden varalle. Samoin niissä on tehty toimenpiteitä korvaavien tulolähteiden osalta, kuten sairaaloiden vaateet lisämaksuista potilaille. Toiseksi uusien sairaaloiden osalta on tehty tarvesääntöjä laitteille, jotta sairaaloissa ei sijoitettaisi liikaa sairaalalaitteisiin. Kolmanneksi joissakin maissa on suoraa kontrollia henkilöresursseihin, palveluvolyymeihin ja maksuihin. (Oxley & MacFarland 1994, 28-29.) Vastaavasti Lingin ja Bentonin tutkimuksessa tärkeimmät sairaalan kustannushallintaan vaikuttavat tekijät ovat laitteet ja teknologia sekä työvoimaa koskevat päätökset. Lisäksi sairaalan kapasiteettia koskevat päätökset näkyvät kustannuksissa. (Ling & Benton 2003, 596.) Kunnan edustajat valtuustossa voivat vaikuttaa jokaiseen näistä tekijöistä, esimerkiksi talousarvion ja –suunnitelman hyväksymisen yhteydessä.

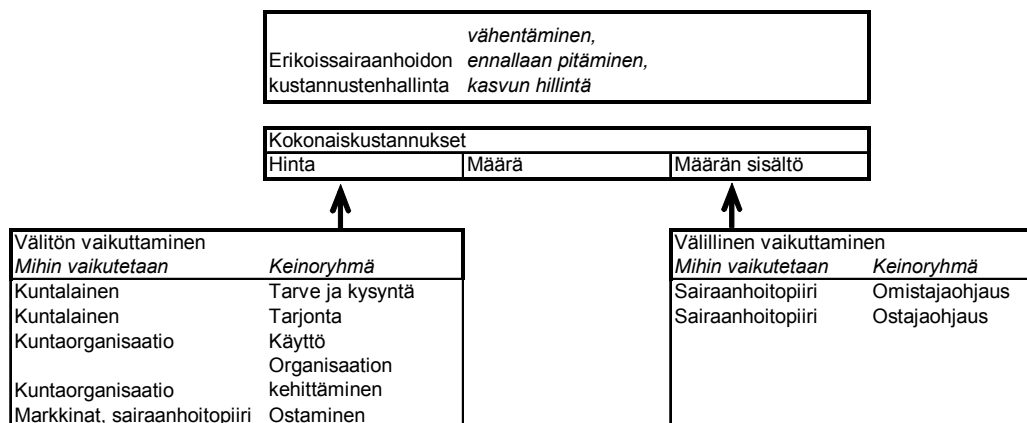
Lopuksi voidaan ottaa esille Blomsterin (2001) viitekehys, jossa on tunnistettu sosiaali- ja terveystalouden kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä laajasti. Palveluiden kustannuksiin vaikuttavat taloudelliset tekijät (tulot, hinnat ja verot), markkinoiden rakenne ja ulkoiset tekijät (yhteiskunnan rakennemuutos, tulonjako, eturyhmien painostus ja korporativismi) sekä organisaatorakenne ja sisäiset tekijät (väestömuutokset ja kotitalouden rakenne, arvot ja asenteet ja kotitalouksien elämäntavat ja teknologia). (Blomster 2001, 42.)

Taulukko 5. *Sosiaali- ja terveystalouden kustannuksiin vaikuttavat tekijät (Blomster 2001/25,42).*

| Tekijät | Kotitalouksien kysyntä |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Taloudelliset tekijät | 1. Tulot, 2. Hinnat ja 3. Verot |
| B. Markkinoiden rakenne, ulkoiset tekijät | 4. Yhteiskunnan rakennemuutos, 5.1 Tulonjako ja 5.2 Eturyhmien painostus ja korporativismi |
| C. Organisaatorakenne, sisäiset tekijät | 6. Väestömuutokset ja kotitalouden rakenne, 7. Arvot ja asenteet ja 8. Kotitalouksien elämäntavat ja teknologia |

Yhteenveto ja keinoryhmittely

Tutkimuksessa tarkastellaan erikoissairaanhoidon kustannushallintaa sen mukaan, mitä mahdollisuuksia kunnalla on vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Kunnat voivat vaikuttaa kustannuksiin vaikuttamalla joko hankittavien palvelujen määrään tai hintaan. (vertaa Amey & Egginton 1972, 420, Kuosmanen ym. 2004, 25, 31.) Näihin voidaan vaikuttaa siten, että vaikutetaan niiden taustalla oleviin tekijöihin. Kunnan kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat kysyntä, tarjonta, tuotantoprosessi käyttövaiheessa ja organisaatioiden kehittäminen sekä sairaanhoitopalveluiden ja oman erikoissairaanhoidon tuotannonpalveluprosessin tuotannontekijöiden hinta. Sairaanhoidopiirin hintaan ja muihin hintoihin sekä mahdollisesti määriin kunta voi vaikuttaa ostamiseen liittyvissä toiminnoissa. Lisäksi kunnat omistavat sairaanhoidopiirin, jonka vuoksi kunnat voivat vaikuttaa omistajaohjauksella sairaanhoidopiirin kustannusten muodostumiseen. Kunnan näkökulmasta vaikuttamista voidaan tehdä välittömästi ja välillisesti. Kunnat voivat välittömästi vaikuttaa omilla toimillaan, vaikkakin joissakin näissä enemmän tai vähemmän rajoitetusti, tarpeeseen ja kysyntään, tarjontaan, käyttöön, kuntaorganisaation kehittämiseen ja ostamiseen sekä välillisesti sairaanhoidopiiriin omistajaohjauksen.



Kuva 9. Kuntien erikoissairaanhoidon kustannushallinnan vaikuttamiskohteet ja keinoryhmät

Kustannushallinnan keinoryhmät ja keinot

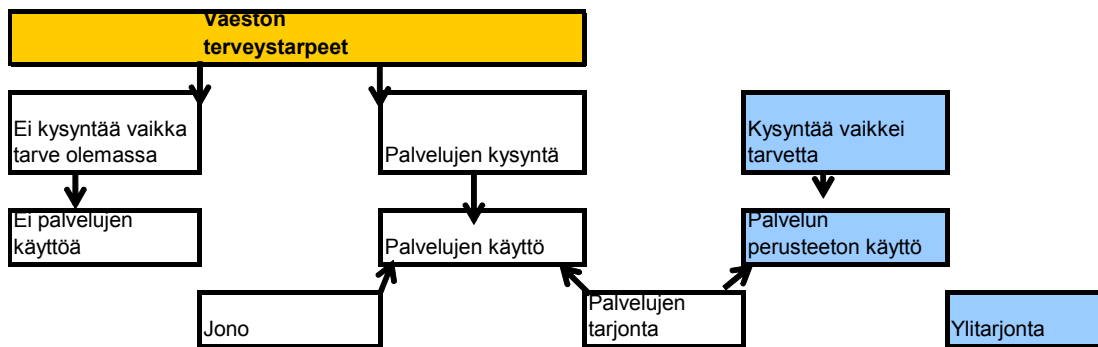
Tarpeen ja kysynnän keinot

Tutkimuksessa on yhdistetty tarpeen ja kysynnän keinot samaan ryhmään, koska terveyspalveluissa väestötason kysyntä ja tarve ovat osittain päällekkäisiä: on sekä palvelujen tarvetta ilman kysyntää että kysyntää ilman tarvetta. Terveyspalveluissa tarve on yksilötasolla se mitä potilas tarvitsee (tarve) ja se mitä hän toivoo tai katsoo tarvitsevansa (kysyntä). Ne ovat niin kietoutuneita toisiinsa, että niitä on vaikea erotella toisistaan. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala 2004.) Matthew:n (1971) mukaan on olemassa toisenlaisiakin lähestymistapoja. Kysyntä hoidolle tulee, kun yksilö kokee, että hän tarvitsee hoitoa ja toivoo saavansa sitä. Käyttö tapahtuu silloin, kun henkilö saa hoidon. Tarve ei ole välttämättä sama kuin kysyntä eikä kysyntää välttämättä seuraa käyttö. Toisaalta voi olla kysyntää ja käyttöä ilman tarvetta. (Williams 1992, 57.)

Tarve ja kysyntä, käyttö sekä tarjonta liittyvät toisiinsa, joten selkeää rajanvetoa ei voida vetää keinoryhmien välillä. Mäntyrannan, Elonheimon ja Brommelsin (2004) mukaan tarve on terveysongelma, johon voidaan vastata terveydenhuollon menetelmin ja yhteiskunnalla on varaa. Kysyntä on sitä, mitä potilaat ilmaisevat haluavansa. Tarjonta on sitä, mitä palvelujärjestelmä tarjoaa menetelmiensä ja voimavarojensa sekä ammattilaisten, virkamiesten ja poliittisten päättäjien arvojen ja asenteiden puitteissa. Seuraavaksi tarkastellaan tarvetta, kysyntää ja tarjontaa suhteessa toisiinsa nähden

1. Tarvetta voi olla ilman kysyntää tai tarjontaa. (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2004, 48-49.) Kunnalla voi olla kysyntää ilman potilaiden kysyntää, kuten kunta näkee tarpeellisena lasten rokotukset, mutta joskus esimerkiksi lasten vanhemmat tai lapset eivät välttämättä koe niitä tarpeellisena ja toivo saavansa niitä. Rokotusten avulla kunta vähentää riskiä sairastua vakaviin sairauksiin, vähentää jälkitauteja sekä estää epidemiat – jopa panepidemiat. Kunta voi rokotusten avulla vaikuttaa erikoissairaanhoidon kysynnän ja käytön määrään, koska osa ehkäistävästä taudeista vaatii sairaalahoitoa.
2. Kysyntää voi olla ilman tarvetta kuten kosmeettiset toimenpiteet (Mäntyranta ym.2004, 48-49).

3. Tarjontaa voi olla ilman tarvetta tai kysyntää. Nämä voivat olla rutiiniksi syntyneitä toimenpiteitä esimerkiksi synnytyksen yhteydessä tehtävä rutiininomainen välilihan leikkaus..
4. Kysyntä ja tarve ilman riittävää tarjontaa ilmenevät jonoina.
5. Tarve ja tarjonta ilman kysyntää, on henkilön tahdosta riippumatta annettua hoitoa. (Mäntyranta ym. 2004, 48-49.) Kunnissa voidaan pyrkiä esimerkiksi alentamaan psykiatristen palveluiden tulevaa käyttöä, ottamalla henkilö varhaisessa vaiheessa pakkohoitoon.
6. Kysyntä ja tarjonta ilman tarvetta voi olla esimerkiksi silloin, kun annetaan antibiootteja virustartunnoissa.
7. Tilanteessa, jossa tarve, kysyntä ja tarjonta kohtaavat, on olemassa potilaalle oireita antavaan sairauteen näyttöön perustuva hoito. Toisaalta tässäkin yksilöllä voi olla tarve, mutta lääketieteellisesti tarvetta ei ole. (Mäntyranta ym. 2004, 48-49.) Kunta voi sopia erikoissairaanhoidon palveluntuottajan kanssa, että hoitoja ei anneta, jos potilaalla ei ole lääketieteellisesti osoitettua tarvetta.



Kuva 10. *Kysyntä, käyttö ja tarjonta* Nenonen ym. (2000) (Mäntyranta ym. 2004, 49).

Tarpeesta terveystarpeeseen

Tarve on keskeinen käsite kansantalous- ja hallintotieteessä, psykologiassa, sosiologiassa ja lääketieteessä. Tarvekäsite on kaksitahoinen. Sitä voidaan käyttää sosiaali- ja yhteiskuntapoliittisten ohjelmien vaikuttimena tai inhimillisen käyttäytymisen selittäjänä. Tarpeet voivat olla myös merkityksettömiä tai vahingollisia. Ihmisen tyydyttyessä tarpeitaan, hän pyrkii määrättyä tavoitetta kohden, mutta toisaalta tavoitteen olemassaoloa havainnoidaan ja se todetaan tutkimalla ihmisen tarvepyrkimyksiä. Ihmiset voivat erehtyä tarpeistaan ja tarpeentyydytyksen asteesta. (Allardt 1976, 21-31.)

von Wright:n mukaan olento tarvitsee sitä, mitä vailla sen paha on olla, tai mikä on olennolle paha, on sen hyvinvoinnille vahingollista. (Suominen 1997.) Tarpeen yksilö tuntee ja ilmaisee. Se ei ole kuitenkaan yksilön ominaisuus. Tarve on ilmaus yksilön suhteesta toisiin yksilöihin ja yhteiskuntaan.

Hyvinvointiyhteiskunnassa nähdään yhtenä ihmisen perustarpeista terveystarve. (Pickin & Leger 1994,25.)

Tarvetta voidaan lähestyä seuraussellisesti; mitä lopputulosta haetaan. Tällöin vain lopputulos voi oikeuttaa keinot. (Culyer 1992, 33-36, Williams 1992, 58-59.) Tarve selittävänä käsitteenä tarkoittaa jonkin asian selittämistä viittaamalla lopputulokseen tai tarkoitukseen. Finalistinen selitys sisältää kausaalisen elementin, jolloin ehtona käyttäytymisen ilmenemiselle on sellainen asiantila, että käyttäytyminen on edellytyksenä tarkoitukseen saavuttamiselle; käyttäytyminen B on ehtona päämäärän M saavuttamiselle. Tarpeita voidaan tunnistaa tutkimalla huonoja olosuhteita tai ihmisten kärsimysten syitä, ihmisten yhteisöllisiä pyrkimyksiä sekä ihmisten hyviä ja huonoja olosuhteita koskevia arvostuksia. (Allardt 1976, 21-31.) Culyer (1992) nostaa esimerkiksi moraalisena lopputuloksena ”yhteisön paremman terveydentilan”, jonka toteutumiseen tarvitaan tiettyjä resursseja kuten ruokaa, asuntoja ja terveydenhuoltoa (Culyer 1992, 34).

Yksi käytetympiä tarvetta korvaavia käsitteitä on resurssi, jonka avulla voidaan viitata instrumentaalisesti tärkeisiin hyvinvoinnin elementteihin. Esimerkiksi vanhuksen resursseja voidaan lisätä lonkkanivelleikkauksella. Resurssi viittaa enemmän ulkopuolisen henkilön tekemään arvioon, jolloin se ei välttämättä lisää subjektiivista elämänlaadullista hyvinvointia. Instrumentaalisesti tarve saatetaan tyydyttää, mutta elämän mielekkyys ei välttämättä kasva. (Suominen 1997.)

Tarve on eri asia kuin halu. Halua pidetään subjektiivisena ominaisuutena, jolloin henkilö voi itse kertoa asiasta. (Megone 1992, 12-13, Suominen 1997.) Alkoholisti voi tarvita alkoholia, mutta terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta hän ei tarvitse alkoholia. (Suominen 1997). Tarve ja halu ovat erilliset myös siten, että henkilö voi tarvita jotain, mutta hän ei halua sitä. Sinänsä ne voivat olla jatkumo, jolloin on sekä tarve että halu. (Megone 1992, 12-13.) Esimerkiksi henkilöllä voi olla halu päästä erikoislääkärin tutkittavaksi, mutta hoitavan lääkärin näkemyksen mukaan tarvetta ei ole. Toisaalta henkilöllä voi olla halu päästä erikoissairaanhoitotason tutkimuksiin ja lääkäri voi nähdä henkilöllä olevan tarpeen tutkimuksille. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreillä on tässä avainrooli, mitä tiukemmin lääkäri ottaa potilastilanteen haltuun, sitä paremmin voidaan hallita turhien läheteiden määrää erikoissairaanhoitoon.

Tarpeiden luokittelu

Tarpeita on luokiteltu eri tavoin. Aristoteles näkee, että me kutsumme tarpeeksi ensinnäkin sitä, mitä ilman on mahdotonta elää kuten ilma ja ruoka. Ilman niitä emme pysty olemaan olemassa. Toiseksi kutsumme tarpeeksi sitä, mitä ilman on mahdotonta saada hyvää olemassa oloa tai tulla joksikin. (Megone 1992, 14.) Terveystarpeiden luokittelusta löytyy vastaava jako sairauksien hoito ”kuoleman estäminen, iän pidentäminen” ja terveydenhoito ”hyvän elämän ylläpitäminen”.

Etzioni (1968) käyttää responsiivisuus-käsitettä. Hän esittää kuuden sosiaalisen tarpeen luettelon: hellyyden tarve, tarve tulla hyväksytyksi, tarve hahmottaa kokonaisuuksia, toistuvien palkintojen tarve, jatkuvuuden tarve ja vaihtelun tarve. Responsiivisia yhteiskuntia ovat ne, jotka voivat tyydyttää nämä tarpeet. (Allardt 1976, 27.)

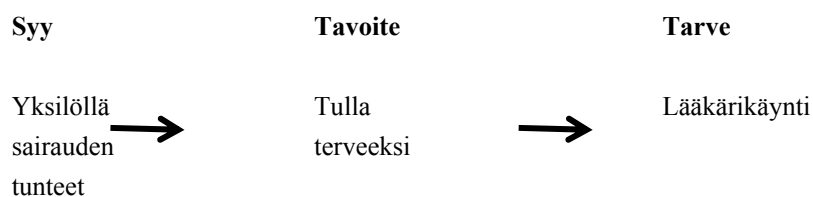
Maslow jakaa tarpeet viiteen kategoriaan: alin on fysiologiset tarpeet (nälkä, jano, fyysiset tarpeet), turvallisuuden tarpeet (asunto jne.), yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarpeet, arvonannon tarpeet (sosiaalinen hyväksyntä) ja itsensä toteuttamisen tarpeet (henkiset tarpeet). Ensimmäiseksi tyydytetään alimmat perustarpeet, jotta seuraavaksi voidaan tyydyttää ylemmillä hierarkioilla olevat tarpeet. Tarpeet uudistuvat ja ne tuottavat uudenlaisia tarpeita. Williams (1992) näkee saman asian haasteena ” tyydytetäänkö tarpeita vai ruokitaanko ahneutta?”, siksi on tärkeää kyetä priorisoimaan (Williams 1992, 63). Vastaavasti Marx ja Engels (1970) näkevät, että tarpeet muuttuvat ja uusiutuvat historiallisten olosuhteiden muuttuessa. Tarpeen tyydyttämiselle on olemassa aina minimitaso, mutta yhteiskunnassa on ollut tapana asettaa tarpeentyydytykselle vaatimuksia, jotka ylittävät minimitason. (Allardt 1976, 21-31.) Kuntien erikoissairaanhoidon kustannushallinnan kannalta on tärkeää löytää oikea taso luomatta aiheetonta tarpeiden kasvamista.

Psykologiassa on lähes aina päädytty seuraavaan kolmijakoon: ruumiilliset, sielulliset ja henkiset tarpeet. Allardt (1976) on jakanut vastaavasti tarpeet: Having (elintaso), Loving (yhteisyyssuhteet) ja Being (itsensä toteuttaminen). Tällöin tietyt tarpeet ovat sellaisia, että niiden tyydytys on määritelty yksilön omistamien ja hallitsemien resurssien avulla. Eräiden muiden tarpeiden osalta tyydytys tulee sen mukaan, kuinka ihminen käyttäytyy suhteessa muihin ihmisiin. (Allardt 1976, 21-31.) Terveys liittyy osana Having-tasoon. Purolan (1971) mukaan terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen elementin harmoninen tila. (Laurinkari & Niemelä 1978, 14-15.)

Bradshaw:n (1972) luokittelu perustuu tarpeen määrittelijään. Siinä ei ole mukana yhteiskuntaa tarpeiden määrittelijänä, vaan yksilö ja asiantuntijat:

1. normatiiviset tarpeet, kuten asiantuntijan määrittelemä tarve annetuissa oloissa
2. tunnetut tarpeet, jolloin tarve nähdään samanarvoisen kuin halu
3. ilmaistu tarve, kuten sairaaloiden jonolistat
4. vertailevat tarpeet, kuten jossain on ihmisiä samoilla

Spek (1972) jakaa yksilön tarpeiden arvioinnin yhteisön, lääketieteen asiantuntijoiden ja yksilön näkökulmiin. Kukin taho voi kysyä kolme kysymystä: ensinnäkin onko yksilö sairas ja toiseksi tarvitseeko yksilö julkisen terveydenhuollon palveluita sekä kolmanneksi vaatiiko yksilö julkisia palveluita. (Williams 1992, 59-60.) Yksilön näkökulmasta voidaan ottaa seuraava esimerkki: yksilö kokee sairauden oireita ja hän haluaa tulla terveeksi. Hän kokee tarvitsevansa lääkäriissäkäyntiä. Lääkäri arvioi oireiden pohjalta yksilön sairauden tilan ja tervehtymisen vaatimat hoidot. Lääkäriin arvioon vaikuttaa yhteiskunnan määrittäminen siitä, mitä on sairaus ja mitä sairauksia hoidetaan julkisin terveydenhuollon voimavaroin.



Kuva 11. *Esimerkki yksilön kokemus, tarve ja tavoite*

Rönkön (1993) mukaan taustamotiivit voidaan jakaa alkuperänsä mukaan biologisiin ja kulttuurivälitteisiin tarpeisiin. Biologiset tarpeet ovat suhteellisen vakioita ja kulttuurisidonnaiset tarpeet muuttuvat, koska siihen vaikuttavat historiallis-kulttuurilliset tekijät ja sosialisatiossa opitut tavat. Knuuttisen (1994) mukaan välttämättömyystarpeet voivat vaihdella hyvinkin runsaasti, jolloin perustarve voidaan tyydyttää monin eri tavoin. Tarpeiden tärkeäksi kokemisesta voidaan esittää vain todennäköisyyksiä. Tällöin ei voida kategorisoida sitä, että biologiset tarpeet koettaisiin aina muita tarpeita tärkeämmäksi. Kulttuurisissa tarpeissa koetaan eri tavoite eri yhteisöissä ja eri tilanteissa; jokin tarve voidaan kokea toisessa yhteisössä oikeutetuksi ja toisessa ei. (Knuuttinen 1994, 48-49.)

Terveystarve ja terveystarve

Käsitteellisesti on erotettava toisistaan terveystarve ja terveystarve. Ne ovat toisiinsa liitännäisiä tekijöitä, joista ensimmäisenä tulee terveystarve. Terveystarvetta seuraa terveystarve.

Matthew:n (1971) mukaan terveystarve on olemassa kun yksilöllä on sairaus tai ruumiillinen vika, johon on olemassa tehokas ja hyväksytty hoito tai hoitomenetelmä. Tarve voidaan määrittellä sairauden tai vamman mukaan tai hoidon tai hoidon vaatimien palveluiden mukaan. (Williams 1992, 57.) Yksilö ei kuitenkaan tarkastele tilannetta välttämättä edellä kuvatun kaltaisesti, vaan siten, että hän haluaa tulla terveeksi, on sitten hoitomenetelmiä tai ei.

Terveystarve on epämääräinen ja moniselitteinen käsite. Terveystarvetta on olemassa silloin, kun palvelulla on terveystarpeita tyydyttävä eli terveyttä ylläpitävä tai sairautta ehkäisevä, lievittävä tai parantava tai myös hoivan tarvetta tyydyttävä vaikutus. Tarvetta ei ole, jos palvelulla ei ole edellä mainittuja ominaisuuksia eli sen terveysraja-arvo on nolla (negatiivinen). Terveystarvetta tai terveystarvetta on niillä tyydytettävissä olevien ja niillä tietynä aikana tyydytettävien terveystarpeiden erotus. Yksilön terveystarve merkitsee kykyä hyödyntää terveydellisesti terveystarvetta. (Sintonen ym. 1987, 47-48.)

Laki mukaan asukkaiden tulee saada tarpeellinen erikoissairaanhoito (Erikoissairaanhoitolaki 3 §). Se mitä tällä tarpeellisella tarkoitetaan, ei ole yksiselitteistä määrittelyä huolimatta siitä, että tarvetta on määritelty ja pohdittu lääkärin, kansanterveystieteilijöiden, filosofien, terveystaloustieteilijöiden ja

terveyspalveluiden suunnittelijoiden toimesta. Terveyspalveluiden tarpeen määritelmä on muuttunut myös ajan myötä. Sitä voidaan tarkastella

1. sairauslähtöisesti. Tarve on olemassa, kun on terveysongelma, joka vaatii hoitoa. Laajemman määritelmän mukaan terveyspalveluiden tarve syntyy, kun on sellainen puute tai häiriö terveydessä tai sosiaalisessa hyvinvoinnissa, joka edellyttää ehkäiseviä, hoitavia, kuntouttavia tai yhteisöllisiä toimenpiteitä.
2. tarjontalähtöisesti, jolloin terveyspalveluiden tarve on olemassa vasta, kun sairauteen tai hyvinvoinnin ongelmaan on tarjota myös ratkaisu kuten parantava hoito, kivun tai muiden oireiden lievitys, sairauden ehkäisyn menetelmä tai saattohoito. Näkökulma erottaa terveystarpeet (health needs; kaikki terveysongelmat) ja terveyspalveluiden tarpeet (health care needs; terveysongelmat, joihin palvelujärjestelmällä on tarjolla apua)
3. asiantuntijalähtöisesti, joka korostaa, että tarve tulee olla arvioitavissa. Arvioija on muu kuin terveyspalvelun käyttäjä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista rakentuu juuri tähän. (Mäntyranta ym. 2004, 44-46.) Sen mukaan terveydentilan määrittämisen suorittaa terveydenhuollon ammattihenkilöt terveydenhuollon toimintayksikössä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2 §).
4. käyttäjälähtöisesti, jolloin määrittely perustuu henkilön kokemukseen, näkemykseen, odotuksiin ja arvoihin. Tällöin käyttäjä ei halua terveyspalveluita, vaan parempaa terveyttä. Käyttäjä ilmaisee tarpeen yksityiselle tai julkiselle palveluntuottajalle. Yksilötasolla ilmaistut tarpeet ilmaisevat väestötasoista kysyntää.
5. potilastyölähtöisesti, jolloin hoidontarpeen arvioinnissa yhdistyy asiantuntijalähtöinen lääketieteellinen diagnoosi ja sen vaatimat vakiintuneet hoitokäytännöt sekä potilaan ilmaisema hoidontarve.
6. väestötasolähtöisesti, jolloin asiantuntijat arvioivat palvelutarvetta potilas-väestöryhmän tai tietyn alueen kannalta.
7. terveyshyötylähtöisesti, jolloin tarve lähtee kyvystä hyödyntää palveluita. Terveyspalvelujen tarve on yksilöiden tai väestön ominaisuus; henkilöllä voi olla terveysongelma ja palvelujärjestelmällä ratkaisu, mutta henkilöltä puuttuu kyky hyötyä palvelusta. Tällöin ei palvelulla ole tarvetta. Terveysshyötyä käytetään perusteena suunnattaessa niukkoja resursseja.
8. oikeudenmukaisuuslähtöisesti, jolloin lähtökohtana ovat terveyden ja terveyspalveluiden käytön sosioekonomiset tai maantieteelliset erot väestössä.
9. voimavaralähtöisesti, koska terveystarpeet ja terveyspalvelutarpeet eroavat toisistaan. Rajoituksia tuovat sekä käytössä olevat menetelmät että resurssit sekä kaikkia terveysongelmia ei voida ratkaista, eikä kaikkiin yhteiskunnalla ole varaa. (Mäntyranta ym. 2004, 46-48.)

Terveyspalveluihin vaikuttaa se, että tarve ei ole vakio ja tarpeet kasvavat. Tästä esimerkkinä voidaan nostaa esille hyvinvointiyhteiskunnan rakentaminen, jossa terveyspalveluissa pyrittiin tyydyttämään keskeiset palvelutarpeet. Palvelutarpeet olivat suppeammat alussa kuin lopussa. (Lehto 2004, 24.) Kaikkia terveystarpeita ei voida tyydyttää terveyspalveluilla, koska ei ole välttämättä tietoa tai ei ole teknologiaa tai sitten on tietoa ja teknologiaa, mutta ei ole rahaa tai resursseja. Se osa terveystarpeista, joka voidaan tyydyttää hyödyntämällä nykyistä tietoa ja teknologiaa täysimääräisesti ilman voimavararajoituksia kutsutaan terveyspalveluilla tyydytettäviksi terveystarpeiksi. Voimavarojen niukkuuden ja käytön tehottomuuden vuoksi terveyspalveluilla voidaan tyydyttää vain osa tarpeista. Terveyspalveluiden riittävydeksi kutsutaan vaikuttavuuden ja terveyspalveluiden tyydytettävissä olevien terveystarpeiden suhdetta. (Sintonen ym. 1987, 47.)

Yksilötasolla tarpeen määrittely on ratkaistu antamalla lääkärille valta. Lääkärin lähete, resepti, kanta sairaalaan ottamiseen, todistus työkyvyttömyydestä ja erää muut lausunnot ovat perusteltavissa tieteelliseen näyttöön tarpeesta. Lääkäri ottaa näin kantaa siihen, onko tarve ”näennäistä”, ”liiallista” vai ”vähemmän merkityksellistä”. (Lehto 1994, 25.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Erikoissairaanhoidon palvelutarpeen määrittely on lääkäreillä, jotka voivat toimia muun muassa kuntien perusterveydenhuollossa, sairaanhoitopiirin sairaaloissa, työterveyslääkäreinä tai yksityisen sektorin lääkäreinä. Lääkäri voi vaikuttaa tilanteessa, jossa potilas haluaa päästä erikoissairaanhoidon, mutta erikoissairaanhoidotasoisien hoidon tarvetta ei ole; mitä tiukemmin lääkäri ottaa potilastilanteen haltuun, sitä paremmin voidaan hallita turhien lähetteiden määrää. Kunnalle erikoissairaanhoidon palvelutarpeet voivat syntyä muun muassa siitä, että potilaan elämä on vaarassa, potilaalla on olemassa olevilla ja hyväksyttävillä hoitomenetelmillä parannettava vakava sairaus, potilas aiheuttaa muille vaaraa tai annettavan hoidon avulla säästetään kunnan muissa kustannuksissa huomioiden kansallisen tason vaikutukset. Palvelutarpeisiin vaikuttaa palveluiden tarjonnan laajentaminen, jolloin voidaan myös luoda aiheetonta tarpeiden kasvattamista.

Terveyspalveluiden ja erikoissairaanhoidon kysyntä

Terveystarpeita tyydytetään terveyspalveluiden avulla (Mäntyranta ym. 2004, 48). Kysyntään vaikuttavat talousteorian mukaan hinnan ja määrän suhde, sekä kysynnän taso ja vakuutusjärjestelmät (Klarman 1965, 20-40). Todellisella kysynnällä tarkoitetaan sitä tuotteiden määrää, jonka ostajat ovat halukkaita ja kykeneväisiä ostamaan tiettyyn hintaan. Hintojen lisäksi kysyntään vaikuttaa tulotaso. Tulojen noustessa kysyntä kasvaa, vaikka hinnat eivät muuttuisikaan. Samoin muiden vastaavien tuotteiden hintojen muutokset vaikuttavat toisiinsa.

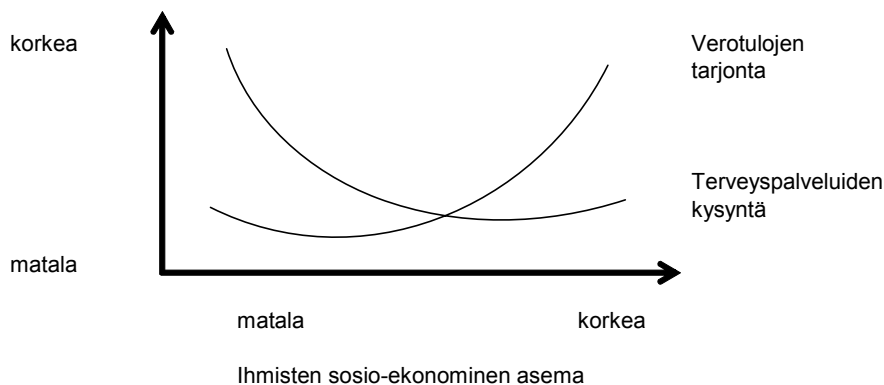
Samoin kysyntään vaikuttaa seuraavanlainen tilanne, jos tulot pysyvät samana ja hinnat nousevat, tuntevat ihmiset itsensä köyhemmiksi ja ostavat näin vähemmän. Kysyntä kasvaa kun tavaroiden hinnat laskevat ja näin tavaralla on yhä useampi potentiaalinen ostaja. Kysyntää voidaan kuvata kysyntäkäyrällä, jossa näkyy kysynnän ja hinnan välinen suhde. Tavarat voidaan luokitella kahteen luokkaan normaaleihin ja alempi arvoisiin tuotteisiin, joiden kysyntä laskee, kun henkilöiden tulotaso nousee. Tavarat voivat olla toisiinsa nähden korvaavia tai täydentäviä. (Dolan 1977, 36-41.) Pääosa erikoissairaanhoidon kysynnästä on todennäköisesti sellaista, johon ei vaikuta henkilöiden tulotason tai hintojen muutos, esimerkiksi hyvin sairas potilas todennäköisesti harvemmin pohtii onko hänelle hoitoon varaan tai mikä on sairaalapäivän hinta. Sen sijaan vähemmän sairaiden osalta, joiden elämää sairaus ei päivittäin haittaa, voisi olettaa, että asiakasmaksujen nostaminen tai tulotason aleneminen nostaisi kynnystä päästä erikoissairaanhoidon.

Kysyntäteoriassa oletetaan, että yksilö voi itse arvioida hyödykkeen arvon tai hyödyn. Terveyspalveluissa tämä ei päde täysin. Yksilö ei aina pysty itse tietämään, mitä terveyspalveluita hänen tulisi käyttää edistääkseen terveyttään. Yksilö luovuttaa tai delegoi päätöksen tarvitsemistaan terveyspalveluista usein häntä hoitavalle henkilölle. Tätä suhdetta kutsutaan agenttisuhteeksi, jolloin lääkäri tai hoitaja määrittelee potilaan puolesta hänen tarvitsemat terveyspalvelut. (Sintonen ym. 1987, 39-40.) Kunta voi vaikuttaa omien lääkäreiden toimintaan muun muassa antamalla ohjeita.

Suomisen (1987) mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa käsitellään yleensä kysyntää, koska ihmisen oletetaan olevan kykenevä esittämään ja valitsemaan tarvitsemansa asiat. Tässä näkemyksessä ihminen on rationaalinen, suorittaa valintoja ja koska kaikilla on tähän mahdollisuus, ihmiset tekevät itselleen rationaalisia valintoja. (Lehto 1994, 25, Suominen 1997.)

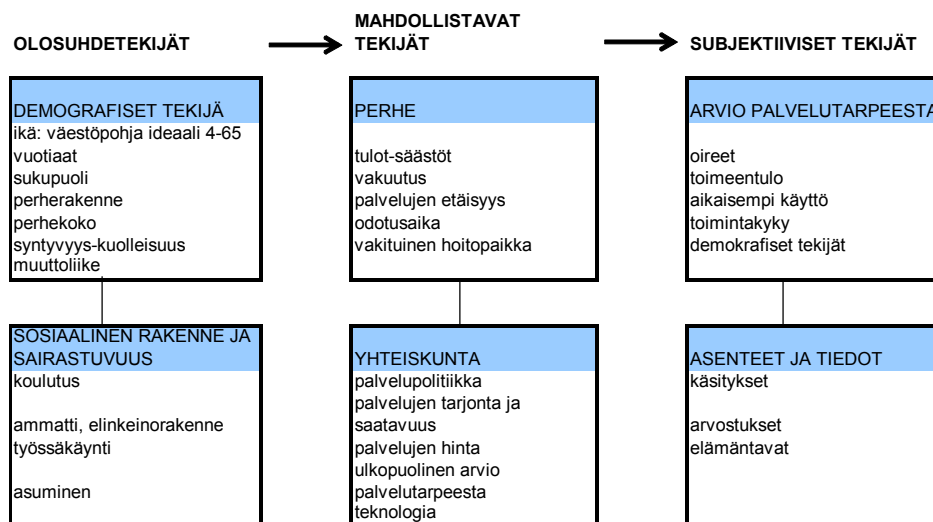
Terveyden kysyntää on silloin, kun yksilön huonolla terveydellä on kielteisiä vaikutuksia ja hän haluaa edistää terveyttään parantamalla tai lievittämällä sairautta sekä ehkäisemällä ennalta sairastumista. Kysyntää on silloin, kun yksilöt ovat halukkaita maksamaan positiivisen hinnan hyödykkeestä eli lisäämään terveyttä. Tässä yhteydessä maksaminen tarkoittaa halua käyttää palvelua käyttämällä aikaansa, voimiaan ja muita voimavarojaan. Edellä olevasta johtuen, mitä korkeampi hinta on, sitä vähemmän hyödykettä kysytään. Terveyden kysyntä on eri kuin tavarankysyntä. Terveyttä ei voi välttämättä ostaa, vaan yksilöt itse tuottavat terveyttä käyttämällä terveyspalveluita, ruokailutottumuksilla jne. Siksi terveyden kysynnästä syntyy ns. johdettua kysyntää terveyden tuotannossa tarvittaville panoksille tai rakennusaineille. Terveyden kysyntä saa aikaan terveyspalveluiden kysyntää. Terveyspalveluita kysytään, koska niiden avulla pyritään saamaan terveyshyötyä. Terveyden kysynnästä voi syntyä myös muiden palveluiden kysyntää kuten lenkkiosastojen hankintojen kasvua, liikuntasalien käytön kasvua jne. (Sintonen ym. 1987, 37-39.) Erikoissairaanhoidon kysynnän määrän hallinnassa on tärkeää ylläpitää kuntalaisten halua ylläpitää omaa terveyttään. Kuntalaisen rooli on tässä tärkein, mutta kunta voi omilla toimenpiteillään vaikuttaa kuntalaisten hyvään terveyteen, esimerkiksi tarjoamalla liikuntapalveluita riskiryhmille.

Vohlosen (1997) mukaan kysyntä (ja kustannukset) jakautuu epätasaisesti siten, että 20 prosenttia väestöstä käyttää 80 prosenttia terveyspalveluista (Vohlonen 1997, 56 Tulevaisuusvaliokunta 2004, 14). Kuntien on tärkeää tunnistaa erikoissairaanhoidon (ja terveyspalveluiden) 20 prosenttiin kuuluvat suurkäyttäjät ja pyrkiä hallitsemaan heidän erikoissairaanhoidon kysyntää ja käyttöä. Sama pätee verotulojen tarjontaan, jossa voidaan nähdä vastaava käyrä. (Vohlonen 1997, 56).



Kuva 12. Tulojen tarjonta ja palveluiden kysyntä sosioekonomisen taustan mukaan (Vohlonen 1997, 56).

Terveyspalveluiden kysyntä on jatkuvasti muuttuva prosessi, joka on monimutkaisten henkilökohtaisten odotusten, yhteiskunnan arvojen ja markkinavoimien tuoma summa (Stakes 1995, 47). Blomster (2001) jakaa keskeiset kysyntätekijät kuuteen luokkaan: demografisiin tekijöihin, sosiaaliseen rakenteeseen ja sairastuvuuteen, perheeseen, yhteiskuntaan, arvioon palvelutarpeesta sekä asenteisiin ja tietoihin. (Blomster 2001, 11.)



Kuva 13. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kysyntään vaikuttavat tekijät (Blomster 2001, 11).

Marshall H. Beckerin terveysuskomusmallissa on vastaavia terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia muuttujia. Siinä ovat mukana yksilön omat havainnot (havaittu herkkyys taudille x, havaittu vakavuus taudille x) ja muuttuvat tekijät (demografiset, sosiaalipsykologiset kuten persoonallisuus, ystävät, viiteryhmät ja ryhmäpaine) sekä rakenteelliset tekijät kuten tietämys sairaudesta. Viimeksi mainitut vaikuttavat yksilötason havaintoihin. Muuttuvissa tekijöissä on omana kohtanaan massamedioiden kampanjat, muistutuskortit lääkäriltä, perheenjäsenen tai ystävän sairastuminen sekä lehtiartikkelit. Nämä vaikuttavat sairauden x hoitamiseen (perceived threat of disease x). (Cockerham 1978, 79.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Oletettavasti pääosa erikoissairaanhoidon tarpeista ja kysynnästä ei ole lyhyellä tähtämellä hallittavissa, koska suurin osa potilaista on hoidon tarpeessa. Pitkällä aikajänteellä on tärkeää tunnistaa erikoissairaanhoidon (ja terveystalouden) 20 prosenttiin kuuluvat suurkäyttäjät ja pyrkiä hallitsemaan heidän erikoissairaanhoidon kysyntää ja käyttöä.

Tarpeeseen ja kysyntään vaikuttaminen

Erikoissairaanhoidon palveluiden käytön määrään ja sisältöön vaikuttavat ihmisten tarpeet ja kysyntä. Kysymys onkin, voidaanko tarpeeseen ja kysyntään vaikuttaviin tekijöihin vaikuttaa ja miten. Keinoina voivat olla muun muassa terveydenedistäminen ja sairauksien ehkäisy ml. riittävän ajoissa tunnistetut sairaudet. Yksi mahdollisuus on jakaa vaikuttamisen keinoja terveystalouden mukaan:

1. taudin aiheuttaja ”Agent”
2. ympäristö ”Environment”
3. isäntä ”Host” (Nissinen ym.1994, 185).

Kysyntää voidaan ohjata vaikuttamalla kysynnän taustalla oleviin tekijöihin; koettuun tarpeeseen, aikaan, hintaan, laatuun, riskiin ja vaivaan. Näillä on vaikutusta terveydenhuollon palveluiden kysyntään. Hintaa ei ole käytetty keinona kysynnän hallitsemiseksi erikoissairaanhoidossa. Ajalla on omat vaikutuksensa. Potilaalle se konkretisoituu jonoina. Jonot vaikuttavat kysyntään ohjaamalla potilaita yksityiselle sektorille (ne joilla on siihen varaa) tai ne vähenevät kokonaiskysynnän pienentyessä potilaiden kuollessa jonoissa tai parantuessa omia aikojaan tai kyllästyessä jonottamiseen. (Lillrank & Parvinen 2004, 1053.) Hintaa ja jonoja käsitellään tarjontakohdassa tarkemmin.

Edellisten pohjalta on tehty seuraava jaottelu tarve- ja kysyntätekijöihin vaikuttamisen keinoista

1. Vaikuttaminen ympäristöön demografisiin ja sosiaalisiin tekijöiden kautta
2. Vaikuttaminen taudin aiheuttajiin ennaltaehkäisevällä työllä

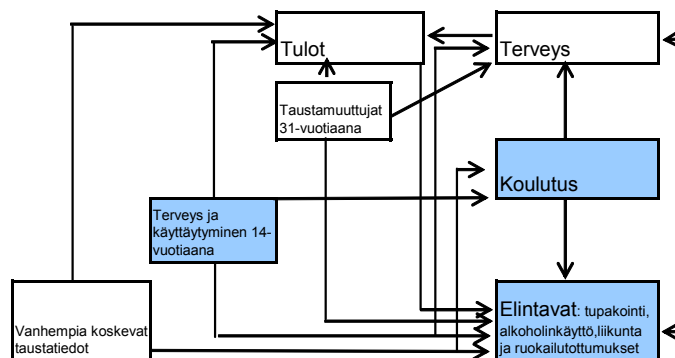
3. Vaikuttaminen terveyskäyttäytymiseen Tarjonnan keinot käsitellään omana keinoryhmään.

Demografisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikuttaminen

Demografiset ja sosiaaliset tekijät selittävät useiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon kustannuksia, esimerkiksi epidemiologisessa tutkimuksessa muuttujina käytetään ikää, sukupuolta, rotua ja sosiaalista asemaa sosiaalista taustaa, koska ne korreloivat terveyden ja elämän pituusodotuksen kanssa (Cockerham 1978, 29). Palvelutarpeeseen vaikuttavat työkyvyttömyysaste, ikävakioitu kuolleisuus sekä ikä- ja sukupuolirakenne. Samoin tulotaso vaikuttaa palveluiden kysyntään lisäävästi. (Blomster 2001, 25.) Demografisia tekijöitä ovat ikä, sukupuoli, perherakenne, perhekoko, syntyvyys-kuolleisuus, muuttoliike. Sosiaalisia tekijöitä ovat koulutus, ammatti, työssäkäynti ja asuminen. (Blomster 2001,11.) Väestötekijät vaikuttavat kunnan erikoissairaanhoidon kustannuksiin (Karinen ym. 1999, 57). Kunnan rooli väestötekijöihin vaikuttavana toimijana on merkittävä, koska esimerkiksi kunta voi vaikuttaa kaavoituksella, elinkeino- ja opetustoimessa koulutustasoon, työttömyysasteeseen sekä tulotasoon.

Terveydenhuollossa keskeinen tarvetekijä on ikä. Sillä on U:n muotoinen vaikutus siten, että kustannukset laskevat neljään ikävuoteen asti, jonka jälkeen ne alkavat loivasti kasvaa. Kasvu nopeutuu 65 ikävuoden jälkeen. (Blomster 2001, 11.) Vanhusten pieni määrä merkitsee terveydenhuollon palveluiden pienempää tarvetta (Lahtinen ym. 2004,11), koska ikääntyvät käyttävät muita ikäryhmiä enemmän terveyspalveluita. Keskeisimpiä käytettäviä palveluita ovat lääkärikäynnit, terveydenhoitajan käynnit, lääkkeiden käyttö, sairaalahoidon ja kotihoidon käyttö. Palveluiden käyttö lisääntyy iän myötä, etenkin sairaalahoidossa ja kotihoidossa. (Noro ym. 1999, 13-16, Karinen ym. 1999, 57.) Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannusten tilastotiedot vuodelta 2003 vahvistavat edelliset väitteet. Korkeimmat terveydenhuollon kustannukset ovat yli 85-vuotiaiden ikäryhmässä ja toiseksi eniten kustannuksia on 75-84-vuotiaiden ryhmässä sekä alhaisimmat kustannukset ovat 15-49-vuotiaiden ikäryhmässä (Lahtinen ym. 2004, 12). Häkkisen ym. (2005) mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö keskittyy viimeiseen 3-4 elinkuukauteen (Häkkinen ym. 2005, 6-7). Lisäksi lapsiväestö käyttää erikoissairaanhoidoa enemmän. 0-9-vuotiaat käyttävät muita enemmän erikoissairaanhoidoa (Sundberg 1992, 30 lasten ikä oli alle 7, Karinen ym. 1999, 57). Yksi keino kunnille on pyrkiä optimoimaan ikärakenne. Keinon käyttäminen voidaan kuitenkin nähdä epäeettisenä. Jos kunta haluaisi vähentää terveydenhuollon kustannuksia, tulisi sen keskittyä saamaan väestöpohjaiseen 15-49-vuoden ikäisiä työssäkäyviä kuntalaisia ja minimoida varsinkin yli 85-vuotiaiden määrää. Kestävämpi keino on se, että kunnissa huolehditaan ikääntyneiden toimintakyvystä (Räty 2006). Kaikkia sairauksia lienee vaikea edes ennaltaehkäisevällä työllä estää kuten syöpiä. Kunnissa voidaan pohtia varojen lisäämistä ennaltaehkäisevään työhön varsinkin riskiryhmissä, jotta erikoissairaanhoidon kysyntää voidaan hallita.

Valtosen ja Häkkisen (1999) lama-ajan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia koskevassa tutkimuksessa selittävinä tekijöinä ovat elinkeino- ja ikärakenne, väestön tulotaso sekä valtionosuudet (Valtonen & Häkkinen 1999, 53). Häkkinen, Järvelin, Rosenqvist ja Laitinen (2003)¹⁰ mukaan miehillä tärkeimmät terveyteen vaikuttavat tekijät ovat koulutus (+), alkoholinkäyttö (-), tupakointi (-), liikunta (+) ja epäterveet ruokailutottumukset (-). Naisille tärkeitä tekijöitä ovat ainoastaan alkoholin käyttö (-), liikunta (+) sekä epäterveet ruokailutottumukset (-).” Tutkimuksen oleellisin tulos on se, että miesten koulutuksella on vaikutusta terveyteen, esimerkiksi miehillä 1 vuoden lisäkoulutus lisää terveysindeksiä 0.02 yksikköä, mikä on lähellä kliinisesti merkittävää terveydentilan muutosta. Viiden vuoden lisäkoulutus parantaa terveyttä 0.1 yksiköllä, joka on huomattava muutos. Miesten koulutuksen vaikutuksesta puolet on välitöntä ja toinen puoli välillistä vaikutusta terveellisemmistä elämäntavoista. Naisten koulutuksen vaikutus on välillistä. Elintapojen vaikutukset ovat pääosin välittömiä terveydelle. Sen vuoksi on tarvetta kiinnittää huomiota miesten koulutukseen, jonka lisääminen parantaisi heidän terveydentilaansa sekä suoraan että välillisesti terveellisemmillä elintavoilla. (Häkkinen ym. 2003, 32-35.) Yksi keino kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten hallitsemiseksi on huolehtia erityisesti miesten ja myös naisten riittävästä koulutustasosta.



Kuva 14. *Terveydentilaan vaikuttavat tekijät (Häkkinen ym. 2003, 34.) Tummalla kunnan vaikutusalueella olevat tekijät.*

Alhainen sosiaalinen asema näyttää lähes kaikissa tutkimuksissa olevan yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja eräin poikkeuksin myös sairastavuuteen. Toisin päin ilmaistuna parempi koulutus merkitsee keskimäärin parempaa terveyttä. (Nissinen ym. 1994, 179.) Jo keskiajalla Paracelsus totesi ammattiteillä olevan vaikutusta sairastavuuteen (Cockerham 1978, 7). Paremmiin koulutetut ovat terveystietoisempia ja asenteiltaan positiivisempia kuin vähemmän koulutetut (Klarman 1965, 29). Toisaalta koulutustason ja elintason nousu voivat lisätä terveyspalveluiden kysyntää (STM 2004:11). Huolimatta tästä hyvässä

¹⁰ tutkimus tehtiin Pohjois-Suomessa 1966 syntyneille henkilöille ja siinä käytettiin suomalaista terveyteen liittyvää elämänlaatu indeksimittaria (15D) apuna.

sosiaalisessa asemassa olevat ihmiset ovat yleensä keskimääräistä terveempiä ja pitkäikäisempiä kuin heikommassa asemassa olevat. Alempien sosiaaliryhmien huonompi terveys ja suurempi kuolleisuus johtuvat terveyttä heikentävistä vaaratekijöistä kuten epäedulliset elinolot (fyysisesti raskas työ, epäterveellinen työympäristö, huonot asuinolot), epäterveelliset elintavat (ravitsemus, päihteet) ja psykososiaaliset stressitekijät (työttömyys, asuntovaikeudet, sosiaalisen tuen puute). (Valkonen 1993, 241-251, Klarman 1964, 25.) Huonossa sosiaalisessa asemassa olevat käyttävät muita helpommin kalliimpia toimenpiteitä (STM 1993, 25). Ikääntyvät yksinasuvat käyttävät enemmän terveyspalveluita kuin muut (Noro ym. 1999, 15). Sosiaaliseen asemaan liittyy tulotaso. Tulostasolla on merkitystä terveyspalveluiden kysyntään siten, että mitä korkeammat tulot sitä matalampi on terveyspalveluiden kysyntä. Tätä oletusta tukevat seuraavat tutkimukset: Häkkinen (1991), Sundberg Ruotsista (1996) ja Puffer Englannista (Blomster 2001, 15.) Kirjallisuudessa löytyy myös lähes vastakkaisia näkemyksiä, joiden mukaan hyvä sosiaalinen asema ja tulojen nousu eivät takaa alhaisia kustannuksia. Blomsterin (2001) kirjallisuuskatsauksessa on todettu, että tuloilla ei näytä olevan ratkaisevaa vaikutusta (Blomster 2001, 25). Lisäksi työn luonne vaikuttaa sairaalahoidon tarpeeseen; fyysisesti raskaampi työ aiheuttaa enemmän sairaalaviikkoja kuin psykologisesti stressaava työ. (Sundberg 1992, 30.) Kunnissa on mahdollista vaikuttaa väestön tulotason nostamiseen, ja näin sosiaalisen asemaan, sekä työpaikkarakenteeseen elinkeino- ja koulutuspoliittisin keinoin.

Sairastumista lisää pitkä työttömyys muun muassa masentumiseen sairastumisen todennäköisyys kasvaa. Lisäksi työttömät tupakoivat ja syövät epäterveellisemmin kuin työssä käyvät. (Nissinen ym. 1994, 182.) Sairauksien, köyhyyden ja työttömyyden kasautuminen koskee työläisimmät, erityisesti miehiä ja vielä enemmän eläkeikää lähestyviä (Tuomikoski 1993, 238). Kunnan keinoina tässä ovat muun muassa elinkeinopolitiikka, jossa huolehditaan väestön koulutuksen ja yritysten osaamisvaateiden kohtaamisesta, syrjäytymiskehityksen ehkäisyn aloittaminen jo alakouluikäisistä sekä aktivoiva sosiaalipolitiikka.

Sukupuolen ja palveluiden käytön väliset yhteydet vaihtelevat eri tutkimuksissa (Blomster 2001, 11). Naiset ovat fyysisesti vahvempia kuin miehet ja elävät pitempään, mutta käyttävät miehiä enemmän terveyspalveluita (Cockerham 1978, 33). Sundbergin (1992) mukaan kuitenkin naisilla on enemmän hoitoviikkoja sairaalassa, josta yksi osa selittyy sillä, että naiset synnyttävät sairaalassa (Sundberg 1992, 30). Ikääntyvissä on eroa sukupuolten välillä. Ikääntyvät naiset käyvät useammin lääkärissä, mutta harvemmin sairaalahoidossa kuin miehet (Noro ym. 1999, 15).

Kunnan koko saattaa vaikuttaa sairaalahoidon määrään. Aasukkaat, jotka asuvat suurissa kaupungeissa, tarvitsevat vähemmän hoitoviikkoja sairaalassa kuin maaseudulla asuvat. Aasukkaat, jotka asuvat pienissä kaupungeissa taas vaativat enemmän hoitoviikkoja kuin maalla asuvat. (Sundberg 1992, 30.)

Suomessa on syntynyt uusia riskejä sosiaalisen rakenteen muutoksen myötä. Riskejä on tullut seuraavista syistä: Suomi on muuttunut siirtolaisia vastaanottavaksi maaksi, perheiden asema on muuttunut sekä yksinhuoltajien ja eronneiden määrä on kasvanut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993, 25.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Demografisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on vaikutusta erikoissairaanhoidon kysyntään. Kunnilla on useita keinoja vaikuttaa näihin tekijöihin. Kunnat voivat vaikuttaa demografisiin tekijöihin esimerkiksi kaavoituksen kautta ja perheiden kokoon palveluilla ja tukirahoilla. Ikääntyminen koskee kaikkia kuntia. Ikääntyneiden kannalta kuntien toimenpide on toimintakyvyn ylläpito. Yksi mielenkiintoinen keino on huolehtia poikien koulutustasosta, jota voidaan tehdä opetustoimenpuolella. Monet keinoista liittyvät pitkällä aikajänteellä näkyvään kustannuskehitykseen, joista viimeisimpänä voidaan mainita kuntien elinkeinotoiminnan kehittäminen siten, että se takaa kuntalaisille mahdollisimman korkean tulotason. Tämä taas edellyttää, että kunta on huolehtinut siitä, että työpaikkoja vastaavaa osaamista löytyy.

Taulukko 6. *Yhteenveto keinoista, joilla voidaan vaikuttaa demografisiin ja sosiaalisiin tekijöihin*

| Mihin vaikutus | Tavoite | Miten | Kuka | Miten muun muassa |
|-----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ikärakenne | Tasapainoinen ikärakenne | Kaavoitus, Palvelurakenteet | Valtuusto | Kaavapäätökset, strategia |
| Koulutus-taso | Koulutustason nosto - erityisesti miehet | Aloituspaiikat Poikien opetuksen tukeminen Kaavoitus | Opetusltk Opettajat Valtuusto | Strategia Toimintamallit Kaavapäätökset (pientalopainotus, tonttien koko ja asuntojen koko) |
| Tulotaso | Tulotason nosto | Elinkeinopolitiikka | Valtuusto, hallitus | Elinkeinorakenteen kehittäminen siten, että keskitytään korkean tuottavuuden ja palkkatason aloihin. |
| Työttömyys | Työttömyyden alentaminen | Elinkeinopolitiikka Sosiaalityö | Valtuusto, hallitus, lautakunta | Yritysten houkutteleminen ja huolehtiminen osaavan työvoiman saatavuudesta ”osaamisen ja työpaikkojen osaamisvaateiden kohtaaminen”. |
| Syrjäytyminen | Syrjäytyneiden määrän alentaminen | Koulutuspolitiikka Sosiaalipolitiikka | Valtuusto ja lautakunnat | Ennaltaehkäistä syrjäytymistä lapsuudesta lähtien. Aktivoiva sosiaalipolitiikka |
| Perherakenne | Yksinhuoltajien määrä, erot | Sosiaalityö Yhteistyö | Lautakunta Virkamiehet | Perheiden tukeminen, perheneuvolat |

Ennaltaehkäisevällä työllä sairastavuuteen vaikuttaminen

Ennaltaehkäisevä työ on perusterveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä. Ehkäisevä työ, ihmisten omasta terveydestä kantama vastuu ja terveelliset elintavat vähentävät palvelujen kysynnän kasvua. Ennaltaehkäisevässä työssä on kysymys terveystieteiden minimoinnista ja terveyshyödyn maksimoinnista. (muun muassa STM 2004.) Terveystieteiden maksimointia voidaan tehdä terveystieteiden ja terveyden edistämisen, yhteisön kehittämisen ja osallistumisen keinoin. Sairausten esiintyvyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat sosioekonomiset tekijät sekä ympäristö-, etniset- ja kulttuuritekijät. (Pickin & Leger 1994,25.)

Kunnissa tehdään ehkäisevää terveydenhuoltoa muun muassa neuvoloissa, kouluissa ja oppilaitoksissa ja terveystieteissä. Terveystieteillä on oma roolinsa, koska se tavoittaa suurimman osan kunnan väestöstä. Kun pyritään koko väestön terveydentilan parantamiseen, on kattavuus tärkeä. (Kunnamo 1998,644.) Ennaltaehkäisevän työn voidaan olettaa vaikuttavan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden kysynnän ja käytön määrään tai vähintään ennaltaehkäisevän työn tavoitteena on hyvä olla kysynnän ja käytön alentaminen.

Sairausten esiintyvyyteen liittyvät kuolleisuus, sairastavuus ja riskitekijät. (Pickin & Leger 1994,25.) Kuolleisuuden on katsottu kuvaavan väestön terveyttä yleisemmin; on oletettu, jos kuolleisuus on suuri, niin väestöllä on enemmän sairauksia ja toimintakyvyn puutteita. Koskisen (1998) mukaan kuolleisuus antaa ennen kaikkea lasten ja nuorten ryhmästä vajavaisen kuvan heidän terveydestään. (Koskinen 1998, 21.) Sairastavuus eli morbiditeetti tarkoittaa huonoa terveyttä eli sairastamista. Sairastavuus vaihtelee vakavuustasoiltaan; lyhytaikainen -, krooninen eli pitkän aikajakson – tai kuolemaan johtava sairaus. Sairastavuusmallien kuvaamisessa käytetään kahta käsitettä insidenssi eli sairastumis- tai esiintymistiheys ja prevalenssi eli taudin yleisyys tai tautitapausten määrä jonakin ajankohtana. (Pickin & Leger 1994,25.)

Ennaltaehkäisevä työ kohdistuu riskitekijöiden syntymiseen. Suurimpia riskitekijöitä/uhkia kansanterveydelle ovat väestön lihominen ja alkoholin käyttö, joihin liittyvät Suomen yleisimmät sairaudet. Näitä sairauksia ovat nikotiiniriippuvuus, metabolinen oireyhtymä (ylipaino, korkea verenpaine, korkea veren rasvapitoisuus sekä sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, josta on alttiutta tyyppi II sokeritautiin ja sydän- ja verisuonitauteihin) sekä päihteisiin liittyvät sairaudet. (STM 1993, 9-31, STM 2004:11, Tulevaisuusvaliokunta 2004, 73.) Nämä sairaudet lisäävät erikoissairaanhoidon kysynnän ja käytön määrää. Lisäksi riskitekijöitä ovat köyhyys, kaupungistuminen, ikääntyneiden määrä ja kroonisten tautien yleisyyden kasvu, vastustuskyvyn heikentyminen antibiooteille ja muille tavallisille lääkkeille sekä väkivalta (Koskenvuo & Mattila 1998, 16). Riskejä lisäävät pakotupakointi ja liikunnan vähyys (STM 1993, 29-31). Tuki- ja liikuntaelinten sairauden, mielenterveyden häiriöt ja tapaturmat sekä väkivalta eivät ole viime aikoina vähentyneet (Koskinen 1998, 37). Silti suomalaisten terveydentila on pääosin kehittynyt haluttuun suuntaan; työikäisten työkyky on melko hyvä ja ikääntyneiden toimintakyky on entistä parempi. Ennaltaehkäisevä toiminta ja valistus nähdään olevan halpoja keinoja

terveydenhuollon säästöjen saamiseksi. (STM 1993, 9, STM 2004:11, Tulevaisuusvaliokunta 2004, 73.) Kuntien ennaltaehkäisevän työkohdistamista voidaan tehdä erityisesti kansanterveyden suurimpien riskitekijöiden vähentämisessä.

Terveydenedistäminen

Terveydenedistäminen on yhteisön perustehtävä. Sen avulla pyritään turvaamaan yhteisön jatkuvuus, toimintakyky ja hyvinvointi. (Nissinen ym. 1994, 277.) ”Terveyden edistämisen päämääränä on yksilön odotettavissa olevan terveen eliniän pidentäminen” (Koskenvuo & Mattila 1998, 16-20). Terveydenedistäminen on kansanterveystyön johtava periaate, jossa on sekä yksilöön että yhteisöön kohdistuvia muotoja. Se on lähtökohdiltaan sekä terveyttä lisäävä että sairauksia ehkäisevä sekä se liittyy tarpeen mukaan joko ympäristön ja yhteiskunnan rakenteisiin tai yksilöiden käyttäytymiseen. Terveyspolitiikka on työkalu terveydenedistämiseksi. (Nissinen ym. 1994, 277.) Terveydenedistämässä ovat olennaisia: terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveyspalveluiden uudistuminen. (Koskenvuo & Mattila 1998, 16.)

Terveyden edistäminen käsittää kaikki ne toiminnot, joilla lisätään väestön ja yksilön terveellistä toimintaa sekä vähennetään vastaavasti epäterveellistä toimintaa. Tähän liittyvät eri tasoilla tehtävät poliittiset päätökset, jotka ohjaavat ihmisiä valintoihin. (Koskenvuo & Mattila 1998, 16-20.) Näitä päätöksiä ovat valtiotasolla muun muassa alkoholi- ja tupakka- tai polttoaine- ja autoverot sekä lait. Lakien avulla pyritään luomaan joukko kieltoja ja rajoituksia. Lait ohjaavat yksilötason käyttäytymistä. Yksilötason terveystyöskäytymiseen vaikuttavat perhe, ystävät, koulutoverit ja opettajat eli verkostot, joissa yksilö toimii. Terveysneuvonnan tulisi pyrkiä hyödyntämään näitä verkkoja. Lääkärillä on oma roolinsa yksilön käyttäytymisen ohjailulla. (Koskenvuo & Mattila 1998, 20, Koskinen 1998, 37.)

Kunnissa terveydenedistämistä voidaan tehdä monin eri tavoin. Väestön terveyden kannalta taloudellisimmat ja vaikuttavimmat keinot ovat liikenne-, ravinto-, liikunta-, ympäristö-, asunto-, koulutus- ja työsuojelupolitiikan tarjoamat ennaltaehkäisykeinot (STM 1993, 16-17). Jokainen näistä keinoista vaikuttaa eri tavoin erikoissairaanhoidon kysynnän ja käytön määriin. Seuraavaksi on muutamia esimerkkejä terveydenedistämisen keinoista ja vaikutuksista

1. Liikunnan lisääminen, koska säännöllinen liikunta vähentää vaaraa enneaikaiseen kuolemaan, kuolla sydäntautiin, diabeteksen kehittymiseen, korkeaan verenpaineeseen, paksusuolisyövän kehittymiseen, masentumiseen ja ahdistuksien tuntemiseen. Liikunta auttaa alentamaan kohonnutta verenpainetta, painon hallintaa sekä säilyttämään terveet luut, lihakset ja jänteet. Liikunta vahvistaa iäkkäitä henkilöitä ja siten

vähentää vaaraa kaatua liikkuesssa. Liikunta edistää ihmisten psyykkistä hyvinvointia. (U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General, 1996, Koskinen 1998, 37, STM1993, 30-31.)

- Kunnat voivat edistää liikuntaharrastusta kunnan liikuntatoimessa tuottamalla itsepalveluita tai avustamalla järjestöjä/seuroja, koulut voivat antaa liikuntapaikkoja seuroille käyttöön sekä edistää ja aktivoida liikuntataittoa, kouluterveydenhuollossa ja terveydenhuollossa voidaan antaa liikuntareseptejä, tehdä kuntotestausta ja neuvontaa. Toisaalta urheiluharjoittelu, joka on rasittavaa, useita kertoja viikossa ja vaihtelevaa lisää vaaroja ja haittoja. (Vuori 1998, 461-471, STM 1993, 30-31.) Lisäksi liikunnan edistämistä voidaan tehdä kehittämällä kevyen liikenteen väyliä, perusliikuntapaikkoja ja niiden turvallisuutta (STM 1993, 30-31).
2. Vaikuttaminen terveellisiin ruokailutottumuksiin, koska se auttaa alentamaan riskiä sairastua sepelvaltimotautiin, verenpaineeseen, perifeeriseen valtimosairauteen, aivoverisuonten sairauteen, syöpätauteihin, lihavuuden tuomiin vaivoihin, diabetekseen, osteoporoosiin jne. (Koskenvuo & Vertio 1998).
 - Kunnissa voidaan vaikuttaa terveellisiin ravintotottumuksiin muun muassa neuvolassa, päivähoitossa, koulussa kouluruokailuineen, terveydenhuollossa terveydenhuollon ammattilaisten antamalla neuvoilla ja suosituksilla.
 3. Vaikuttaminen alkoholin käyttöön, koska alkoholismi aiheuttaa monisairastavuutta ja joko osin tai kokonaan seuraavia sairauksia: suun ja nielun syöpä, ruokatorven syöpä, kurkunpään syöpä, maksasyöpä, alkoholipsykoosi, alkoholiriippuvuus, verenpainetauti, maksakirroosi, akuutti haimatulehdus, liikennetapaturmat, alkoholimyrkytys, lasten pahoinpitelyt jne. (katso Poikolainen 1998 lähteenä D.R. English ym. 1995, Koskinen 1998,37.)
 - Kuntien lääkäreille voidaan antaa tehtäväksi ottaa esille potilaan alkoholikäyttö.. Silti lääkärit eivät vielä ota asiaa puheeksi, ennen kuin haitat ovat ilmeisiä ja näkyviä. WHO suosittaa, että perusterveydenhuollossa selvitetäisiin ja kirjattaisiin alkoholin kulutusmäärät ja tavat terveystietomuksiin. (Aira 2000.) Kunnissa voidaan tehdä päihdetyötä neuvolassa vanhemmille, kouluissa lapsille ja nuorille sekä sosiaalitoimessa ml. Katkaisuhoidot.
 4. Huumeiden käytön estäminen, koska huumeriippuvuus lisää kuolemanvaaraa ja sairastavuutta muun muassa hepatiitti A, C tai C-tartunnan, AIDSiin johtavaan HIV-tartuntaan tai Infektiivisen endokardiittiin, myrkytystiloihin sekä vauvojen pienipainoisuuteen.

- Kunnissa voidaan tehdä ennaltaehkäisevää työtä kouluissa, neuvoloissa ja terveyskeskuksissa sekä sosiaalitoimessa. Terveyskeskuksissa voidaan antaa hepatiitti C-, B- ja A viruksia vastaa rokotuksia ja sosiaalitoimessa jakaa ilmaisia neuloja. (Poikolainen 1998, 498-499.)
5. Työ-, asuin- ja vapaa-ajanympäristön muokkaaminen terveyttä edistäviksi, ennen kaikkea terveydeltään heikommissa väestöryhmissä, on terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan merkittävin tavoite (Koskinen 1998,37).
 - Asuinympäristössä ja kuntien palvelutarjonnassa huomioidaan lasten ja vanhusten liikunta ja muut aktiviteetit. (STM 1993, 30-31).
 6. Terveysriskien minimoinnissa on ympäristöterveydenhuollossa kolme osa-alueetta. Ensimmäisenä ovat ne ympäristöterveydenhuollon osa-alueet, jotka sisältävät merkittäviä terveysriskejä, mutta jotka pääosin ovat kunnossa, kuten kuntien talousveden laatu, elintarvikkeiden turvallisuus ja säteilyturvallisuus. Toisena ovat ne osa-alueet, joissa asiat eivät ole hallinnassa, kuten sisäilman laatu, yhdyskuntailman laatu, meluhaitat, tapaturmat ja onnettomuudet sekä ympäristön psyykkiset ja sosiaaliset terveysriskit. Kolmantena ovat ne osa-alueet, joiden avulla edistetään terveyttä tai hallitaan riskejä, kuten ilmastomuutosten torjunta, otsonikerroksen ohentamisen torjunta, yhdyskuntasuunnittelu ja rakentaminen terveellisyyteen pyrkien, kansalaisten osallisuuden lisääminen sekä tutkimus- ja kehitystyö ympäristöterveyden edistämiseksi. (Tuomisto 1998, 666-667, Terveysuojelulaki.)
 7. Mielenterveysongelmien vähentäminen.
 - Mielenterveystyötä voidaan tehdä kouluissa, työyhteisöissä sekä terveys- ja sosiaalitoimessa samalla luoden edellytyksiä kansalaistoiminnalle (mukana myös oppilaitokset, työyhteisöt, järjestöt, kunnat, RAY, OPM, TM, STM). (STM 1993, 30-31.)
 8. Terveysriskien pienentäminen sosiaalisen tuen avulla, koska sosiaalisen tuen puute ja eristyisyys liittyvät kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Niitä voidaan pitää akuuttien ja kroonisten sairauksien riskitekijöinä. Esimerkiksi ikääntyneillä ja vakavasti sairailta se näkyy tavallista suurempana kuolleisuutena sydän- ja verisuonisairauksissa. Sepelvaltimokuolleisuudessa tämä näkyi miehillä kaksinkertaisina ja naisilla kolminkertaisina kuolleisuuslukuina verrattaessa sosiaalista tukea saaviin. (Heikkinen 1998, 681-688.)

Sairauksien ehkäisy

Sairauksien ehkäisyllä eli preventiolla tarkoitetaan keinovalikoimaa, jonka avulla ylläpidetään terveyttä vaikuttamalla tautien ilmaantumiseen ja pyritään minimoimaan sairauksien aiheuttamat haitat. Tavoitteena on estää sairauksien synty ja näin lievittää inhimillistä kärsimystä, lisätä yksilön ja yhteisön toimintakykyä sekä säästää sairaanhoidon kustannuksissa. Sairauksien ehkäisyllä pyritään yksilön ja yhteisön terveyttä ylläpitävien voimien kasvattamiseen. Sairauksien vähentämisessä pyritään vähentämään sairauksien, tapaturmien ja ennen aikaisten kuolemien ilmaantuvuutta väestössä.

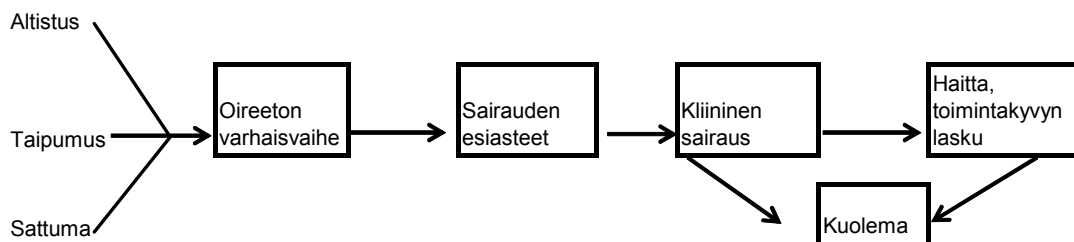
Keinot ja toimenpiteet voidaan jakaa: yksilö- ja väestötasoon. Väestötasolla voidaan arvioida rokotusohjelman hyötyjä ja haittoja. Yksilötasolla voidaan määrittellä, mikä on turvallista liikuntaa sepelvaltimopotilaalle. Yksilötason toimenpiteet voivat poiketa ikäryhmän, sukupuolen, potilasryhmän tai perinnöllisen alttiuden. (Koskenvuo & Mattila 1998, 19.)

Sairauksien ehkäisy jaetaan kolmeen osaan

1. Primaaripreventio on toimintaa ennen kuin taudin esiaste on alkanut kehittyä. Näitä toimia ovat esimerkiksi perusterveydenhuollossa rokotukset ja terveysneuvonta. Neuvonnan aiheita ovat: synnytykseen ja vanhemmuuteen valmistautuminen, ravitsemus- ja seksuaalineuvonta, tupakoinnin ja painon vähentäminen ja optimaalisen liikunnan harrastaminen. Samoin sitä ovat rajoitukset ja hygienia- ja terveydenhuollon parantaminen influenssaepidemioiden aikana.
 - Rokotuksia ovat lapsille neuvolakäyntien yhteydessä annettavat rokotteet kuten BCG, polio, Hib ja hinkuyskä-, kurkkumätä ja jäykkäkouristusrokotteet sekä muiden riskiryhmien influenssarokotukset.
 - Ehkäisevää lääkehoitoa voidaan altistuksen jälkeen antaa influenssaan, Hepatiitti A ja B, meningokokkiin, jäykkäkouristukseen ja rabieseen. Muuta ehkäisevää mikrobihoitoa ovat reumakuume, virtsatieinfektio, bakteerlendokardiitti, kirurgiset infektiot ja immuunivajaustilat. Menopausissa voidaan käyttää hormonihoidon.
 - Kouluikäiset ovat tärkeä kohderyhmä, siksi tarvitaan entistä tiiviimpää koulujen ja terveydenhuollon yhteistyötä. Proaktiivisessa ja reaktiivisessa primaaripreventiossa varaudutaan jo etukäteen eliminoimaan mahdollinen terveysriski, kuten kouluissa opastetaan lapsia pysymään poissa tupakkakokeiluista. (Koskenvuo & Mattila 1998, 17-20, Nissinen ym. 1994, 286-288.)
 - Terveyskeskuksissa voidaan tehdä seulontaa/interventioita, kun potilas käy vastaanotolla. Potilaalle voidaan ehdottaa verenpaineen mittaamista tai kolesteroliarvon määrittämistä tai ikääntyneelle näön ja toimintakyvyn tarkistamista. Interventiona tehty seulonta on järkevää, jos

kustannusvaikuttavuusarvio ei tue terveystarkastusten järjestämistä. Terveyskeskuksissa väestövastuulliset lääkärit ja terveydenhoitajat voivat todennäköisesti tehdä vaikuttavaa henkilökohtaista terveystarkastusta. (Kunnamo 1998,644.)

2. Sekundaaripreventio pyrkii estämään sairauden pahenemisen poistamalla riskitekijöitä tai minimoimalla niiden vaikutusta. Sekundaaripreventio on lähinnä sairauden hoitoa. Sinänsä sairauden esiasteisiin tai niitä aiheuttavien riskitekijöiden seulonnat voidaan lukea ehkäiseväksi toiminnaksi. Esimerkiksi neuvolassa tehtävät seurannat kehityksestä ja kasvusta voidaan luokitella sekä primaari-että sekundaaripreventioiksi. (Koskenvuo & Mattila 1998, 17-20, Nissinen ym. 1994, 286-288.)
3. Tertiaariprevention tavoitteena on estää olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemista. Se liittyy käsitteellisesti kuntoutukseen, jonka pyrkimyksenä on palauttaa työ- ja toimintakyky tai hidastaa niiden heikkenemistä. (Koskenvuo & Mattila 1998, 17-20, Nissinen ym. 1994, 286-288.)



Kuva 15. Terveystarkastuksen prosessi (Nissinen ym. 1994, 289).

Työperäisten terveyshaittojen primaarinen ehkäisy toteutuu lainsäädännöllä ja muilla työterveys- työsuojelusäädöksillä. Lisäksi näitä täydentävät alempi asteiset säädökset. Työterveyshuollon roolina on ehkäistä työstä johtuvia terveyshaittoja primaari-, sekundaari- ja tertiaariprevention keinoin. Usein näitä keinoja käytetään samanaikaisesti. Työterveyshuollossa voidaan tehdä työpaikkaselvityksiä riskien minimoimiseksi liittyen tapaturmavaaraan, kemialliseen turvallisuuteen, fyysikaalisiin tekijöihin, biologisiin tekijöihin ja orgaaniseen pölyyn, fyysiseen ylikuormitukseen ja ergonomiaan, psyykkisiin tekijöihin ja työkykyongelmiin liittyen. Samoin työterveyshuollossa tehdään terveystarkastuksia. Työyhteisöissä tehdään TYKY-toimintaa, joissa osa-alueina ovat työntekijän terveys, työympäristö ja työyhteisö. (Rantanen 1998, 646-665.)

Se, mitä sairauksia ehkäistään, vaatii priorisointia. Jos sairauden ehkäisyn etiologiset edellytykset ovat olemassa, voidaan sairauden kohteiden valintaa ja priorisointia tehdä seuraavien tekijöiden pohjalta: sairauden vaikeusaste, tarttuvuus, yleisyys tai sairastumisikä. (Koskenvuo & Mattila 1998, 18.) Etusija tulee asettaa Leppön (1998) mukaan ne sairaudet, jotka aiheuttavat suuria terveysmenetyksiä ja ovat ehkäistävissä. Näitä menetyksiä voidaan arvioida kuolleisuus, sairastavuus, elämänlaatu tai muilla mittareilla. Etusijalle asetetaan

ongelman laajuus ja vakavuus sekä se, missä määrin ongelmaa voidaan ehkäisykeinoin vaikuttaa. (Leppo 1998, 690.)

Ennaltaehkäisevää työtä voidaan lähestyä asiakasryhmittäin; vanhukset, vammaiset, mielisairaavat, lapset jne. Samoin on käytetty sairauteen perustuvaa ryhmäjakoa esimerkiksi diabeetikot. Lisäksi on mahdollista tarkastella tarpeita elämänkaaren mukaan, koska edellisissä ryhmittelyissä keskitytään sairauksien hoitoon ja niistä saattaa jäädä huomioimatta ennaltaehkäisevä työ eli terveydenhoito tai ne henkilöt, joille terveystalvet eivät ole voineet tarjota mitään palvelua. Elämänkaariajattelussa otetaan huomioon terveyteen vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. (Pickin & Leger 1994,25, katso liite 2.)

Tapaturmien ja väkivallan ehkäisy

Turhia sairastumisia tulee tapaturmien ja väkivallan käytön vuoksi. Mantilan (2005) mukaan tapaturmien ja väkivallan aiheuttamista vammoista pääosa on lieviä venähdyksiä, ruhjeita ja revähdyksiä. Alkoholi liittyy erityisesti väkivallan aiheuttamiin vammoihin. Tapaturmien riskitekijöitä ovat merkittävyysjärjestyksessä: äskettäin koettu väkivalta, aktiivinen liikunta urheiluseurassa, päivittäiset stressioireet ja eläminen ei-ydinperheessä. Väkivallan vastaava lista on seuraava: äskettäinen tapaturma, päivittäiset stressioireet, tupakointi ja eläminen ei-ydinperheessä. Vahvin tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuoleman ennustaja on pojilla huono koulumenestys ja tytöillä tupakointi. Liikunta urheiluseurassa on vahvin sairaalatasoisen hoidon välttämisen ennustaja niin tytöillä kuin pojilla. Sosioekonomisista tekijöistä vain perherakenne ja maantieteellinen alue selittävät vammoja. Sen sijaan keskimääräistä huonompi terveydentila ja negatiiviset terveystottumukset ovat sosioekonomista taustaa merkittävämpiä riskitekijöitä. Liikuntatapaturmiin on syytä kiinnittää huomioita. (Mantila 2005.) Alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja on nostanut esille myös Koskinen (1998) (Koskinen 1998,37).

Yleensä nähdään, että tapaturmien ehkäisyn tehokkain tapa on tehdä ympäristö automaattisesti turvallisemmaksi. Sen lisäksi toiseksi tehokkainta on lainsäädäntö, kuten nopeusrajoitusten rikkomisesta rangaistaan sakoilla. (Tulevaisuusvaliokunta 2004, 74.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Ennaltaehkäisevän työn avulla voidaan vaikuttaa myös erikoissairaanhoidon kustannuksiin, koska mitä terveempiä kuntalaiset ovat, sitä vähemmän tarvitaan erikoissairaanhoidoa (ja yleensä terveydenhoitoa ja muita tukitoimia). Ennaltaehkäisevän työn vaikutukset näkyvät kysynnän ja käytön määrissä. Ennaltaehkäisevän työn kustannukset näkyvät lyhyellä tähtämällä etupainotteisesti muissa kuin erikoissairaanhoidon kustannuksissa ja vasta pitkällä tähtämällä erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Kuntien

luottamushenkilöt valtuustossa ja eri lautakunnissa voivat tehdä suoraan päätöksiä ennaltaehkäisevän työn lisäämisestä sekä kohdistaa varoja keinojen käyttämiseen ja asettaa tavoitteita talousarviossa ja – suunnitelmassa. Keinoja kunnilla on useita. Keinoissa on perustelua keskittyä erityisesti kansanterveyden suurimpien riskitekijöiden vähentämiseen (muun muassa lihominen, alkoholin ja muiden päihteiden käyttö). Merkittävä asia on tarkastella kunnissa ennaltaehkäisevää työtä poikkihallinnon, koska sitä tehdään useissa eri toiminnoissa.

Terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen

Terveyskäyttäytymisellä on vaikutusta sairastavuuteen (Tulevaisuusvaliokunta 2004, 73.) Terveyskäyttäytymiseen voidaan vaikuttaa terveysneuvonnalla ja –kasvatuksella. Terveysneuvonta on vuorovaikutus, jossa pyritään jakamaan tietoa ja muuttamaan terveyskäyttäytymistä optimaaliseksi ihmisen omilla ehdoilla. Sen sijaan terveyskasvatus saatetaan kokea tapahtumaksi, jossa terveyskasvatuksen kohde pyritään muuttamaan kasvattajan arvoihin sitoutuvaksi. (Koskenvuo & Mattila 1998, 19.) Yksilötasolla terveyskasvatukselle pyritään vaikuttamaan yksilöihin ja heidän toimintaansa. Tavoitteena on saada ihmiset omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja, käyttämään tarkoituksenmukaisesti tarjolla olevia terveyspalveluita ja osallistumaan sekä omaa että ympäristönsä terveyttä koskevaan päätöksentekoon. Yhteisötasolla tavoitteena on luoda sellaiset edellytykset, että väestön on mahdollista käyttäytyä terveyttä edistävasti ja säilyttävästi osallistumalla suunnitteluun, päätöksentekoon ja tiedon kulkuun.

Terveyskasvatuksessa on tärkeää vaikuttaa käyttäytymiseen mahdollisimman nuorena. Terveyskasvatustyötä tehdään äityis- ja lastenneuvoloissa, lastentarhoissa, kouluissa, työpaikoissa ja vanhustyössä. Terveyskasvatuksen tärkeimmät ajoitukset ovat elämän muutoskohdissa kuten koulun ja työelämän aloittamisen, avioliiton solmimisen, lasten syntymisen tai eläkkeelle siirtymisen aikoina. (Laurinkari & Niemelä 1978, 47-49.) Terveyskasvatuksen yksi osa on neuvonta asiakas- tai potilaskontaktissa. Terveysneuvonnassa annetaan neuvoja koskien terveyttä ja sairautta. Neuvonta voi liittyä terveydentilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai suoranaisesti sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon. Neuvontatilanteita voi olla erilaisia: sairaanhoidon yhteydessä, terveystarkastuksessa, seulontatutkimuksessa tai neuvolakäynnillä. (Vertio 1998, 447.)

Terveysneuvonnassa voidaan keskittyä tupakoinnin ehkäisyyn, liikunnan lisäämiseen, terveelliseen ravintoon, aivojen muovautumiseen, tapaturmien ehkäisyyn, suu- ja hammassairauksien ehkäisyyn, huumeiden käytön ehkäisyyn, alkoholin käyttöön sukupuolitautien ehkäisyyn ja raskauden ehkäisyyn. (Duodecimin 1998).

Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tahoja on useampia. Kunnalla on tärkeä rooli, koska se tavoittaa toiminnoissaan lähes kaikki kuntalaiset. Terveyskäyttäytymisellä on vaikutusta erikoissairaanhoidon kustannuksiin, koska sen avulla voidaan vaikuttaa kysynnän ja käytön määriin. Tulokset näkyvät pidemmällä aikavälillä. Terveellisillä elämäntavoilla ihminen pienentää sairastumisen riskiä. Yksi terveyskäyttäytymisen osa-alue, joka ei noussut esille edellisissä, on henkilön hoitoon hakeutumiseen vaikuttaminen. Kunnat voivat vaikuttaa tähän potilastilanteissa, terveyskasvatuksen yhteydessä, neuvolatilanteissa jne. Kunnissa terveyskäyttäytymisen vaikuttavat henkilöt ovat suorittavassa työssä terveysasemilla, kouluissa ja neuvoissa. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttamista on hyvä tarkastella poikkialueellisesti.

Tarjonnan keinot

Tarjonta on tärkeä tekijä kysynnän muodostumisessa. Kysynnän ja tarjonnan laki on malli, joka selittää ja ennustaa myytävien tuotteiden määrän ja hinnan kilpailuilla markkinoilla. Sen mukaan, jos tuotetta on kysyntää vähemmän, ovat ihmiset valmiit maksamaan siitä enemmän. Toisaalta jos tuotteita on kysyntää enemmän, niin tuotteiden hinnat laskevat. (Dolan 1977, 43-47.)

Talusteoriassa oletetaan hyödykkeen tarjonnan olevan riippuvainen tarjoajien saamasta korvauksesta. Tällöin oletetaan, että jos esiintyy riittävän suuri määrä maksuhalukkuuden tukemaa kysyntää, niin sen oletetaan luovan hyödykkeen tarjontaa. Oletuksena on: mitä korkeampi saatava hinta on, sitä enemmän on myös tarjontaa. Terveyspalveluiden tarjonta on kuitenkin Suomessa julkisen sektorin hoidettavana, siksi talusteoriat eivät täysin päde. Julkinen järjestelmä on vakuutusjärjestelmä kansalaisille, koska sairastumisen ajankohta ja kustannukset ovat ei-ennustettavia ja ei-hallittavia yksilölle. (Sintonen ym. 1987, 40-41.)

Normaalissa markkinatilanteessa palveluiden tarjonta, kysyntä ja hinta elävät näissä tekijöissä tapahtuvien muutosten mukaan. (Klarman 1965, 74.) Tällöin hintamekanismi takaa, että kysyntä ja tarjonta ovat tasapainossa. Terveyspalveluita ei voida tarkastella normaalin markkinatilanteen mukaan, koska kyse on epätäydellisestä kilpailusta. Yleisintä terveyspalveluissa on se, että kysyntä on suurempi kuin tarjonta. (Sintonen ym. 1987, 133.) Toisaalta terveyspalveluiden kysyntään vaikuttaa tarvetekijöiden lisäksi tarjonta (Eloheimo 2004, 110). Terveyspalveluiden kysyntä kasvaa, koska terveydenhuollon teknologiat sekä sosiaaliset ja demografiset tekijät muuttuvat. Tarjonnan ja kysynnän välille syntyy väistämättä eroa johtuen poliittisella tasolla olevista kustannushallinta- ja kustannustehokkuustavoitteista. (Bion & Bennet 1999, 2-11.)

Kysyntään vaikuttavat hinta ja sen muutokset. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa, kuten esimerkiksi palveluiden hintojen ja asiakkaiden

tulojen vaikutus, on noussut esiin kysyntätekijöinä. Palvelukysyntä liittyy usein olosuhdetekijöihin (ikä, asuinpaikka) tai esimerkiksi yksilön toimintakykyyn. Palveluiden kysyntätutkimuksia on tehty suhteellisen vähän, eikä yhtenäistä menetelmää tai käsitteistöä ole luotu. (Blomster 2001.)

Hinnasta ja terveystalouden suhteesta löytyy muun muassa Yhdysvalloista historiatietoa. Yhdysvalloissa 1960-luvulla terveystalouden hinnat nousivat muita palveluita enemmän. Normaalin teorian mukaan kuluttajat olisivat hakeneet korvaavia palveluita, mutta terveystalouksissa tämä laki ei toiminut. (Klarman 1964, 28-29.)

Tarjonnan keinot ja haasteet

Tarjonnan haasteet

Tarjonta luo terveystalouksissa kysyntää. Kustannuksiin voidaan vaikuttaa tarjontapuolen ratkaisulla. Tarjonnan haaste on kasvava kysyntä, koska muun muassa väestö ikääntyy ja yhä useampi sairaus voidaan parantaa. (STM 2004:11, Blomster 2001, 20, 17,25.)

Terveydenhuollon tarjonta on laajentunut ja syventynyt. Hemmingin, Kankaan ja Topon (1993) mukaan lääketieteen toiminta-alue on laajentunut sairauksien ja vaivojen hoidosta sairauksien ehkäisyyn, terveyden ylläpitoon, oireettomien tautien hoitoon, fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten (alkoholismi) vajavuuksien hoitoon, kasvun ja kehityksen hallintaan (vaihdevuodet, vanheneminen) sekä elämän syntyyn (keinotekoiset raskaudet) ja kuolemaan. Lääketieteen teknologioiden kehittyminen on vaikuttanut medikalisaatioon kehämäisesti. Tästä esimerkkinä on raskauksien ja synnytysten kehä, jossa raskauksien kulkuun vaikuttava teknologia on kehittynyt, kuten leikkaustekniikka, vesiterapia ja synnytyspihdit. Samalla raskaana olevat naiset on nähty turvallisuuden takia järkeväksi ottaa terveydenhuollon piiriin. Tekniikat ovat kehittyneet edelleen. Nyt myös normaalit raskaudet ja synnytykset ovat muuttuneet lääketieteen korkeaa teknologiaa vaativiksi. (Hemminki, Kangas & Topo 1993, 96-99.) Teknologioiden kehittyminen on nostanut erikoissairaanhoidon kustannuksia, koska kysyntä on kasvanut tarjonnan laajenemisen vuoksi ja uusi teknologia maksaa, eikä se myöskään aina tuo mukanaan säästöjä muissa kustannuksissa. Osa uudesta palvelutarjonnasta on tarpeellista, mutta osaa on vaikea perustella, kuten oireettomien tautien hoito.

Tarjonnan haasteena on resurssien riittävyys. Lääkärivaje rajoittaa tarjontaa. Lääkärivajetta on sekä terveystalouksissa että sairaanhoitopiireissä. (Vänskä, Hyppölä, Halila, Virjo, Mattila, Kumpusalo, Kujala & Isokoski 2005, 21-22.) Lääkärivajeen taustalla on samalla tunnistettava se, että lääkärin määrä on kasvanut tasaisesti. (Stakes 2005, 28.) Historiallista taustaa tarkasteltaessa voidaan todentaa lääkärin määrän voimakas kasvu. 1900-luvun alussa oli 373 lääkäriä, 1920 657 lääkäriä, 1940 1 394 lääkäriä, 1960 2 915 lääkäriä, 1980 9

517 lääkäriä, 2000 18 925 lääkäriä ja 2003 20 119 lääkäriä. Lääkärien määrä on 1900 luvulta-2000-luvulle kaksinkertaistunut 20 vuoden välein. Vuonna 2003 lääkäreistä 47 prosenttia työskenteli sairaaloissa. Lääkärien osapäivätyö on lisääntynyt viime vuosina. (Vänskä ym. 2005, 19-20.) Lääkärien määrä suhteessa 10 000 asukkaaseen on kasvanut (vuonna 1995 18,9, 2003 21,6). (Stakes 2005.) Erikoissairaanhoidon tarjonta on kasvanut lääkärimääriä tarkasteltaessa; pelkästään vuosien 2000 ja 2004 aikana on tullut lisää erikoislääkäreitä 14,9 prosenttia (Lääkäriliitto 2005, Säynäjäkangas 1999, luku 2.1).

Taulukko 7. *Lääkärien ja erikoislääkärien määrän kehitys (Lääkäriliitto 2005).*

| Vuosi | Lääkärit | Erikoislääkärit | Erikoislääkärit % |
|----------------------|-----------------|------------------------|--------------------------|
| 1960 | 2 915 | 1 195 | 41 |
| 2000 | 18 925 | 11 355 | 60 |
| 2004 | 20 717 | 13 052 | 63 |
| Muutos 2000-2004 kpl | 1 792 | 1 697 | |
| Muutos 2000-2004 % | 9,5 % | 14,9 % | |

Tarjonnan keinot

Tarjonnan kysymyksiä ovat millä hinnalla tarjotaan, mitä tarjotaan, milloin tarjotaan ja missä tarjotaan (Klarman 1965, 74). Tarjonnan pohtiminen on tarpeellista ja sen on hyvä olla jatkuvaa, koska lähes ilmainen terveydenhuolto ja erikoissairaanhoido luovat väistämättä tarjonnan riittämättömyyttä kysyntää nähden. Tarjonnan riittämättömyys ilmenee jonoina. (Sintonen ym. 1987,50 ja 133.) Jono voi olla myös tietoinen valinta, jonka avulla hallitaan erikoissairaanhoidon kustannuksia.

Tarjonnan keinoja ovat jonot, ajanvaraukset, tarjonnan rajoittamiset perustuen lääketieteelliseen tarpeeseen tai hintojen korottamiset Sintonen ym. 1987,50 ja 133). Samoin voidaan vaikuttaa terveydenhuoltosektorin ulkopuolisiin tekijöihin. Tarjontapuolella on mahdollista parantaa tuottavuutta eli lisätä terveydenhuollon tuotosta nykyisillä kustannuksilla tai voimavaroilla. Tällöin tarjontaa saatetaan vähentää esimerkiksi jonkin sairauden vähenemisen myötä tai ylikysyntätilanteessa pyritään vaikuttamaan terveydenhuollon tuottavuuteen ja/tai tehokkuuteen muuttamalla tuotantotapoja. Yli- tai alikysyntätilanteessa voidaan säädellä (voimavarojen lisäämisellä tai vähentämisellä) terveydenhuollon voimavaroja joko määrällisesti tai laadullisesti. (Sintonen ym. 1987,50 ja 133.) Kleinin ym. 1986 mukaan kysynnän säätelyä on mahdollista tehdä tarjontaan liittyvillä ratkaisuilla kieltämällä, valitsemalla, ohjaamalla toiseen palveluun, vaikeuttamalla hoitoon pääsyä, viivyttämällä, alentamalla hoidon tasoa ja lopettamalla hoidon. (Blomster 2001, 7, 20.) Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa toimivat lääkärit

voivat tehdä lähes kaikkia Kleinin listaamia toimenpiteitä. Samoin kuntien ja sairaanhoitopiirissä toimivat poliittiset päättäjät voivat tehdä lakien antamissa puitteissa päätöksiä. He voivat tietoisesti tehdä esimerkiksi alibudjetointia, joka saattaa johtaa erikoissairaanhoidon jonojen syntymiseen tai päättää toimipisteiden vähentämisestä, joka saattaa vaikeuttaa yksilön hoitoon pääsemistä esimerkkinä tästä matkan pidentyminen.

Tarjonnan keinoja on yhteiskunnassamme käytetty, esimerkiksi erikoissairaanhoidon palvelutarjonnassa on tapahtunut palvelurakennemuutos. Laitoshoidon sijaan kasvua on syntynyt avohoidon puolella. (Säynäjäkangas 1999, luku 2.1, Joti 2006/6, Sotkanet 2006/6.) Akuuttien potilaiden sairaansijat ovat vähentyneet vuodesta 1960. OECD:n (2005) tilaston mukaan Suomessa oli 2,3 akuuttia hoitoa varten olevaa sairaansijaa 1 000 henkilöä kohti. Muissa maissa sairaansijoja on enemmän kuin Suomessa tuhatta henkilöä kohden. (OECD 2005/6.) Uusien leikkaustekniikoiden ja teknologian yleisen kehityksen myötä erikoissairaanhoidon painopiste on siirtynyt kohti avohoitokäyntejä. Lisäksi palvelurakenteen muutos on siirtänyt hoivaa ja perushoitotyötä sosiaalihuollon laitoksiin ja palveluihin. (STM 1999, luku 3.) Erikssonin tutkimuksessa todetaan: ”Taloudelliset näkökohdat ovat päiväkirurgisen toiminnan suurimman edut verrattuna normaaliin sairaalatoimintaan. Toimenpiteen suorittaminen päiväkirurgisesti säästää yhteiskunnan varoja ja vapautuvat sairaalapaikat voidaan käyttää muiden potilaiden hoitoon.” (Eriksson 1996). Lisäksi kehitykseen on vaikuttanut lääkehoitojen kehittyminen (Ekroos 2004, 25).

Lait määrittelevät kuntien erikoissairaanhoidon tarjontaa

Koska hyödykkeitä tai palveluita on niukasti, joudumme tekemään valintoja. Normaalisissa markkinataloudessa vaihtoehtoja on useita. (Dolan 1977, 4). Tilanne on toinen erikoissairaanhoidossa, koska kunnan on toimittava lakien mukaan. Lait lähtevät perustuslaista. Esimerkiksi perustuslain 22 § sisältää vaateen perusoikeuksien turvaamisesta seuraavasti ”Julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen” (Perustuslaki 22 §). Se merkitsee sitä, että myös ihmisten oikeudet terveystalouteen toteutuvat (Paunio 2002).

Erikoissairaanhoidolaki sisältää määräykset enimmäisaikarajoista hoitoon pääsystä. Hoito on annettava säädetyissä aikarajoissa. Potilaalle tulee järjestää mahdollisuus saada kyseessä oleva hoito yhteistoiminnassa toisen kunnan muilta palveluntuottajilta tai kuntayhtymän kanssa tai hankkia sopimukseen perustuen hoito muilta palveluntuottajilta, jos kunta tai kuntayhtymä ei voi antaa hoitoa aikarajojen puitteissa. Kiireellistä sairaanhoitoa tarvitsevalle tulee antaa hänen sairautentilansa edellyttämä hoito välittömästi. Muissa tapauksissa edellytetään lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. (Erikoissairaanhoidolaki 30-31 §) Potilaslaki antaa kunnille liikkumatilaa palvelujen tarjonnan järjestämiseen. Sen mukaan potilaalla on oikeus saada ilman syrjintää hänen terveyden tilansa

edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat terveydenhuollon käytettävissä. (Potilaslaki 3 §.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Erikoissairaanhoidon tarjonnan laajeneminen on yksi selittäjä kasvaneisiin erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Kuntien vastuuta, mikä kuuluu kunnan hoidettavaksi, määrittelee entistä voimakkaammin valtio. Kunnissa pystyttiin ennen hoitotakuun lakimuutoksia määrittämään vapaammin kiireettömässä hoidossa tarve, tarjottavat palvelut ja tarjonta-ajat. Valtiotasolla voidaan tutkia, mitä todella kuuluu yhteiskunnan korvattavaksi. Valtion tekemät päätökset näkyvät kuntien kustannusten muutoksina. Huolimatta valtion roolista tarjonnan määrittäjänä, on kunnilla mahdollisuus tehdä toimenpiteitä. Lisäksi palvelujen tarjontaan vaikuttaa vastuu huolehtia riittävästä tarjonnasta kriisitilanteiden ja kiireellisten tapausten varalta. Se nostaa kuntien kustannuksia. Kuntien mahdollisuudet käyttää tarjonnan keinoja ovat rajallisia.

Asiakasmaksut

Tarjonnan yksi osa-alue on hinta. Julkisella puolella hinta on potilaalle maksu. Hinnalla on vaikutus terveystalouden tai muiden hyödykkeiden kysyntään. Kysyntään vaikuttaa potilaiden halu maksaa palvelusta tullakseen terveemmiksi. Maksu voidaan nähdä laajana käsitteenä, jossa mukana on henkilön käyttämä aika, voimat ja muut voimavarat. (Sintonen ym. 1987, 37.)

Hintaa asetettaessa huomioidaan sekä kysyntä että kustannukset. Hinnan muutoksilla on vaikutus, palvelusta ja palvelujärjestelmästä riippuen, terveystalouden kysyntään (Blomster 2001, 17,18-25, Klavus, Pekurinen, Järvelin & Mikkola 2004 ym., 440-447). Samoin vakuutuksilla saattaa olla oleellista vaikutusta kysyntään. Vakuutusten oletetaan nostavan niiden korvattavien palveluiden kysyntää, koska vakuutus madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä. Näistä on tehty tutkimuksia lähinnä Yhdysvalloissa; Keeler 1988, Frank ym. 1986, Ver-Hernandez 1999, Manning 1985, Weding 1988. Toisaalta terveystalouksissa potilaan informaatio ei riitä arvioimaan tarjolla olevien palveluiden tarpeellisuutta, joten lääkäri toimii potilaan agenttina. Tarjonnan-kysynnän ja hintojen välinen yhteys ei ole kuitenkaan täysin varmasti osoitettavissa, koska potilaan hoidon tarpeen arvioi lääkäri. (Blomster 2001, 17,18-25.)

Maksujen käyttö osana määrän hallintaa on kunnissa lähes minimaalista, koska hintojen maksimimäärät on määritelty – joustoa on vain alaspäin. Maksujen periminen julkisista palveluista on hyvin tarkkaan säädelty asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Se astui voimaan 1993 ja rajoitti kuntien liikkumavapautta asiakasmaksujen perimiseen – lailla säädettiin maksuttomista palveluista ja asetuksella rajoitettiin palveluiden maksujen enimmäismääriä, silloin kun palvelun käyttöön liittyy merkittäviä

yhteiskunnallisia tavoitteita. (STM 1993, 5-7, Klavus ym. 2004, 445.) Maksujen muuttamisella pyrittiin siihen, että kysyntää voitaisiin ohjata sellaisiin palveluihin, joiden avulla säästettäisiin tulevia kustannuksia. Esimerkkinä tästä voidaan ottaa lasten ja nuorten hammashuoltopalvelut sekä neuvolapalvelut lapsille ja odottaville äideille. (STM 1993,12.)

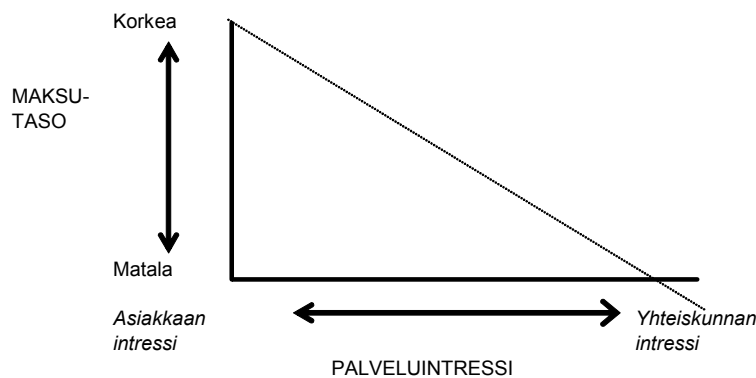
Julkisen sektorin asiakasmaksuilla on kaksi tavoitetta: ensinnäkin palveluiden rahoittaminen maksutulojen keräämisellä ja toiseksi palvelujen käytön ohjaaminen. Terveyspalveluissa hinnan eli maksun vaikutus on riippuvainen maksun ja käytön välisestä yhteydestä eli hintajoustoista. Maksujen keräämisessä tai kysynnän/käytön ohjaamisessa voi olla tilanne, että hinta ei vaikuta palvelujen kysyntään eli kysyntä on täysin joustamaton hinnan suhteen. Silloin kysyntä pysyy samana eri hinnoilla. Jos hintajoustoja on, kustannushallintaa voidaan tehdä asiakasmaksun avulla ohjaamalla palvelujen käyttöä ja sen kohdentumista toivottuihin palveluihin. Samalla on muistettava, että hinta voi vaikuttaa koko väestön terveydentilaan. Hintojen korotus voi vähentää lääketieteellisesti tarpeellisia käyntejä tai hoitoja. Olennaista on, miten maksujen avulla voidaan välttää tarpeettomia käyntejä potilastasolla eli niitä käyntejä, joista ei ole potilaan terveydelle merkitystä. Samoin hintamekanismin avulla voidaan väestötasolla ohjata palvelujen käyttöä kustannusvaikuttaviin palveluihin. Suomessa ei ole juurikaan tehty hintajoustoista tutkimusta. (Klavus ym. 2004, 440-447.)

Suomessa maksujen käyttöön liittyy muitakin näkökulmia kuin pelkkä kysyntä ja sen hallinta. Knuutilan (1994) tutkimuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen maksullisuuteen suhtaudutaan erittäin kriittisesti. Maksuista aiheutuvat haitat nähdään suurempina kuin hyödyt. Lapsissa ja nuorissa ei haluta suurta tuottokertymää. Maksuttomuudella pyritään saamaan sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja kohdistamaan kysyntää ennaltaehkäiseviin palveluihin. (Knuutila 1994,72-73.) Maksuja voidaan periä vapaasti yksityisten ja kolmannen sektorin palveluissa, joissa sairausvakuutusjärjestelmä korvaa osan hoidosta (Kauttonen, 1993).

Maksujen perusteita voidaan luokitella usealla eri näkökulmalla

Maksujen takana eri toimijoilla on omat intressinsä. Ensinnäkin asiakkaalla on kysyntää käyttää jotain palvelua. Toiseksi yhteiskunnalla on halu saada asiakas käyttämään tiettyjä palveluita. Nämä intressit sijoittuvat saman ulottuvuuden eri päihin. Näillä intresseillä voidaan lähestyä myös palveluiden hinnoittelua. Korkealla hinnalla pyritään vähentämään asiakkaiden kysyntää, niissä palveluissa, joissa yhteiskunnalla ei ole voimakkaita haluja tuottaa. Toisaalta matalalla hinnalla tai ilmaisuudella voidaan herättää kansalaisen halu käyttää yhteiskunnan tärkeiksi näkemiä palveluita. Joissain tapauksissa yhteiskunta voi jopa antaa etuuksia palveluiden käyttämisestä, kuten päihdeongelmallisille kohdennetut palvelut. Toinen tapa lähestyä maksuja on jakaa palvelut syvyysuunnassa kolmitasoiseksi: hoitoon, ylläpitoon ja asumiseen. Ensimmäisen portaan maksut tulee olla pienet ja kasvaa, kun siirrytään ylläpidon

ja asumisen tasoille. Tästä esimerkkinä ovat erikoissairaanhoidossa pienehköt klinikkamaksut ja suuremmat hoitopäivämaksut. Palveluiden hinnoittelu voi lähteä myös palvelutyypin jaottelulla, jossa voi olla ennaltaehkäisevä toiminta, akuuttipalvelut, pitkäaikaishoito ja hoiva, lasten päivähoito sekä terveydentilaan tai sosiaaliseen tilaan liittymättömät palvelut. Ennaltaehkäisevien palveluiden tulee olla maksuttomia ja akuuttihoitojen suoriteperusteisia maksuja, jotka eivät ole tulosidonnaisia. Sen sijaan pitkäaikaishoidon ja hoivan palvelut terveydenhuollossa tulee olla tulosidonnaisia. Ajokorteista ja muista todistuksista tulee periä kustannusperusteiset maksut. (STM 1993, 39-43.) Edellä olevat pohdinnat näkyvät nykyisen maksupolitiikan linjausten takana selkeästi. Kunnissa voidaan päättää antaa ilmaiseksi päihdehuollon palveluita, jotta alkoholikierre saadaan katkaistua. Kunnat voivat pyrkiä maksuttomuuden avulla säästämään tulevaisuuden erikoissairaanhoidon kustannuksia.



Kuva 16. *Asiakaan ja yhteiskunnan palveluintressit ja maksutaso (STM 1993, 40).*

Erikoissairaanhoidossa maksujen osuus on pieni

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu siihen, ettei asiakkailta saa peritä kuin pieniä maksuja (Knuutila 1994,72-73). Suomessa asiakasmaksujen osuus on 20,2 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa asiakasmaksujen osuus on n. viisi prosenttia. (Kuntaliitto 2003.) Maksuja kerätään terveyskeskuksissa käyntimaksuina ml. hammashoito ja sairaaloissa poliklinikka- ja hoitopäivämaksuina. Asiakasmaksuihin kuuluvat myös potilaiden omavastuuosuudet sairausvakuutuksen korvaamasta yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, yksityisestä hammashuollosta sekä reseptilääkkeistä ja matkoista. (Klavus ym. 2004, 440-441.) Sairaalapalveluiden maksut ovat valtakunnallisesti säädeltyjä (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista). Erikoissairaanhoidossa oletetaan, että erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin hintajousto on pienempi kuin terveyskeskuksen, koska potilaan tarpeen on arvioinut asiantuntijalääkäri. Samoin voidaan päätellä, että vuodeosastohoidon hintajousto on poliklinikkakäyntiä matalampi, koska potilas ei voi vaikuttaa kovinkaan paljon vuodeosastohoitoon. Newhousen ja Phelpsien (1976)

tutkimuksen mukaan sairaaloiden vuodeosastohoidossa asiakasmaksuilla tai vakuutuksilla ei ole vastaavaa merkitystä kuin lääkäri- ja avohoitopalveluissa, eikä maksuilla ole juuri vaikutusta siihen, kuinka kauan potilas on sairaalahoidossa. Tutkimus vahvistaa, sen että osastohoito ja avohoito eivät ole toisiaan korvaavia palveluita, vaan pikemmin toisiaan täydentäviä. (Klavus ym. 2004, 440-449.)

Terveydenhuollon asiakasmaksuille on erikseen määritelty maksukatto/vuosi. Maksukatossa on mukana terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon laitoksissa. Maksukatossa ei ole kuitenkaan mukana hammashoitoa, sairaankuljetuksia, lääkärintodistuksia, erikoismaksuluokan lisämaksuja tai yksityisen lääkärin käyntikustannuksia. Vastuu seurannasta on käyttäjällä. (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 26 § a,b.) Maksukaton olemassaolo voi muuttaa markkinoiden kysyntäkäyrän muotoa, koska potilaan saatua maksukatto täyteen, ei hintamekanismi enää ohjaa kysyntää. Tällöin kysyntä voi kasvaa merkittävästikin. (Klavus ym. 2004, 445.)

Hintojen muutokset vaikuttavat monitahoisesti

Asiakasmaksupäätöksiä tehtäessä on tarpeellista tunnistaa, miten päätös vaikuttavaa eri väestöryhmiin (vanhuksiin, lapsiin, kroonisesti sairaisiin ja lapsiperheisiin). Tämä siksi, koska terveydenhuollon maksuissa ei ole tulosidonnaisuutta kuten päivähoitomaksuissa. Alemmissa tuloluokissa hinnan vaikutus on suurempi, jolloin hinnan korotus voi rajoittaa palvelujen käyttöä alhaisemmissa tuloluokissa. Alhaisimmissa tuloluokissa sairastavuus on myös suurempaa. Wedingin (1988) mukaan huonommassa terveydentilassa olevilla hinnan vaikutus on pienempi kuin terveemmäksi kokevien. (Klavus ym. 2004, 445-447.)

Hintoja muutettaessa on tarpeellista tunnistaa hintojen muutosten vaikutukset toisiaan korvaavissa ja toisiinsa vaikuttavissa palveluissa. Esimerkiksi jos terveyskeskuksen maksua nostetaan, yksityislääkärille siirtymisen kynnyksensä saattaa madaltua. Yksityisten terveystakuutusten hintojen lasku voi kasvattaa vakuutusten kysyntää ja näin siirtää kysyntää ja käyttöä yksityiselle sektorille. Yksityisten vakuutusten lisääntyminen lisää myös terveyspalveluiden käyttöä. Suomen järjestelmässä yksityisten vakuutusten ottaminen ei ole kovinkaan houkuttelevaa kaksinkertaisen vakuuttamisen takia; veroilla maksetaan julkista terveydenhuoltoa ja suorilla vakuutusmaksuilla yksityisiä vakuutuksia. Siirtymää yksityisen vakuutuksen piiriin voi syntyä, jos julkiset palvelut eivät toimi riittävän hyvin. (Klavus ym. 2004, 445-447.)

Arvioitaessa hintoja uudelleen on huomioitava se, että arviolta alle viisi prosenttia väestöstä aiheuttaa noin 80 prosenttia kunnallisen terveydenhuollon kustannuksista. Näin maksutuotot ovat peräisin hyvin pieneltä joukolta kuntalaisia. Siksi terveydenhuollon maksujen korottaminen kohdistuisi myös hyvin pienelle joukolle palveluiden käyttäjistä – viisi prosenttia suurikästäistä

toisi 27 miljoonan euron lisäkustannukset ja 95 prosenttia vähemmän käyttävistä 7 miljoonan euron lisäkustannukset. (Klavus ym. 2004, 452.)

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunnilla on hyvin rajoitettu mahdollisuus käyttää hintaa keinona. Erikoissairaanhoidossa kunnat voivat vain alentaa tai poistaa maksuja, joka voi olla perustelua, jos se tehdään niissä hoidoissa ja potilasryhmissä, jotka tuovat kunnalle tulevaisuudessa kustannussäästöjä. Asiasta voivat päättää kunnan valtuusto tai terveyslautakunta. Lisäksi muissa palveluissa voidaan poistaa maksuja, jos toimenpiteen avulla säästetään erikoissairaanhoidon ja terveydenhuollon tulevissa kustannuksissa. Kansallisen tason selvitettävä kysymys on: voidaanko maksujen avulla välttää tarpeettomia käyntejä potilastasolla eli niitä käyntejä, joista ei ole potilaan terveydelle merkitystä ja sitä, miten hinnan avulla voidaan ohjata palvelujen käyttöä kustannusvaikuttaviin palveluihin.

Palveluntarjontapaikka

Sillä missä palvelu tuotetaan, on vaikutusta kysyntään ja käyttöön. Aika-, hinta- ja matkakustannuksilla on vaikutusta sekä hoitoon pääsyyn että kysyntään. Pitkä välimatka on tutkimusten (Tuomainen 1985, Salmela 1988, Whitehouse 1985, Olroyd 1986) mukaan vähentänyt terveyspalveluiden kysynnän tarvetta. Sairaalapalveluissa saavutettavuudella ”matka-aika” on merkittävin selittävä tekijä Cohenin ja Leen tutkimuksessa (1985) mukaan. Merkityksellisempi kuin kodin ja lääkärin matka, on työpaikan ja lääkäriin välillä oleva matka. (Blomster 2001,16.)

Palvelujen tarjontapaikkamäärällä on vaikutusta myös kustannusten muodostumiseen. Esimerkiksi Keski-Suomen röntgenpisteiden verkoston harventamisen avulla asiantuntijat arvioivat, että kustannusten nousu on hallittavissa (Lantto 2002).

Tarjontapaikan määrittelyyn vaikuttavat erikoissairaanhoidon määräykset. Siinä määritellään, että sairaanhoitopiirin toimintayksiköitä käytetään ensisijaisesti kuntayhtymän jäsenkuntien asukkaiden hoitoon. Erityistason erikoissairaanhoidon palveluita tulee järjestää sairaanhoitopiiri, jolla on hallinnassaan yliopistollinen keskussairaala. Samoin Sosiaali- ja terveysministeriö voi asetuksella säätää erityistason sairaanhoidon keskittämisestä ja niistä kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköistä, joiden tulee vastata keskitettävästä erityistason sairaanhoidosta. (Erikoissairaanhoidolaki 30 §, 11 §.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunta voi vaikuttaa lakien mukaan palveluntarjontapaikkoihin sisältäen sen missä ja miten palvelut tarjotaan. Kunta voi valita palveluntarjontapaikakseen oman terveyskeskuksen, muun palvelutuottajan tai sairaanhoitopiirin sekä vaikuttaa ostaja- ja omistajaohjauksella siihen, missä sairaanhoitopiirin toimipisteet ovat ja mitä palveluita ne tarjoavat. Vaikuttavina päätöksentekotahoina ovat lautakunta, hallitus ja viime kädessä lopullisena päätöksentekijänä valtuusto. Samoin vaikuttavia henkilöitä ovat johtavat virkamiehet kunnassa ja sairaanhoitopiirissä sekä kunnan luottamushenkilöt sairaanhoitopiirissä. Jos tarjontapaikkakysymys koskee yksittäisiä palveluita, päätöksenteko voidaan tehdä lautakunnassa tai linjausten sallimissa puitteissa virkamiespäätöksellä. Merkittävimmät strategiset linjaukset päätetään valtuustossa joko erillispäätöksenä tai talousarviopäätöksenä. Kunta voi omistajana ja ostajana vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimipisteisiin esimerkiksi päättää valtuustossa talousarvion ja –suunnitelman yhteydessä toimipisteistä.

Priorisoinnit

Priorisointi on puhuttanut kansainvälisesti 1980-luvulta lähtien. Priorisointia tarvitaan, koska rajallisten rahallisten ja muiden resurssien vuoksi on mahdotonta toteuttaa täydellistä terveystarpeiden tyydyttämistä. Tarpeet kasvavat jatkuvasti ja terveydenhuollon mahdollisuudet kasvavat resursseja nopeammin. (Ryynänen, Kinnunen, Myllykangas, Lammintakanen & Kuusi 2004, 70-74, NHC 2004, 8-9, Lammintakanen 2005, Vuorenkoski 2005.) Priorisointi nähdään välttämättömänä. ”Mikään yhteiskunta ei ole koskaan kyennyt eikä tule kykenemään tarjoamaan kaikille kansalaisille kaikkia niitä terveystarpeita, joista he saattaisivat hyötyä.” (Ryynänen ym. 1997,29.) Tarpeet voidaan hyväksyä, mutta kaikkien tarpeiden tyydyttämistä ei voida nähdä julkisen vallan toimin mielekkääksi hoitaa. Knuutilan (1994) mukaan on parempi pyrkiä tasapuolisuuteen kuin kaikkien tarpeiden tyydyttämiseen. (Knuutila 1994, 51.) Priorisointiprojekteja on ollut useissa maissa kuten Uudessa Seelannissa, Skandinavian maissa, USA:n Oregonissa, Hollannissa, Israelissa ja Canadassa. Lisäksi Itävalta ja Islanti tutkivat priorisoinnin käyttämistä terveydenhuollossa. (NHC 2004,8-9.)

Priorisoinnin tavoitteena on rajoittaa kustannuksia tai kustannusten kasvua, ohjata palvelujen kysyntää, vähentää vähiten vaikuttavien ja tehottomampien tutkimusten ja hoitojen käyttöä. (Ryynänen ym. 1997,29). Priorisointitarpeen taustalla voi olla syynä muun muassa voimavarojen epätasainen kohdentuminen, potilaskohtaisten kustannusten suuruus, kustannusten suuruus laatupainotettua elinvuotta kohti, huono suhteellinen toimintakyky, vähäinen merkitys yleisön silmissä, kyseenalainen hyöty tai poliittisen vastustuksen epätodennäköisyys (Picking & Leger 1994, 229-230).

Priorisoinnista käytetään eri nimityksiä kuten priorisointi (*prioritisation* tai *priority setting*), säännöstely (*rationing*) ja terveydenhuollon valinnat

(Vuorenkoski 2005). Priorisointi on valintojen tekemistä tärkeiden ja vähemmän tärkeiden asioiden välillä, tärkeimpiin asioihin keskittymistä ja vähemmän tärkeiden asioiden syrjäyttämistä (Ryynänen ym. 1997,29, Hetemaa, Vuorenkoski, Keskimäki 2003, luku 1). Priorisointi ilmenee yksittäiselle potilaalle hoidon saamatta jäämisenä (Hetemaa, Vuorenkoski & Keskimäki 2003, luku 1). Säännöstely on jonkin asian tekemättä jättämistä (Vuorenkoski 2005). Norheimin (1999) mukaan säännöstely on potentiaalisesti hyödyllisen hoidon eväämistä terveydenhuollon taloudellisten tai organisatoristen mekanismien avulla (Hetemaa ym. 2003, luku2).

Priorisointeja on tehty ilman priorisointijärjestelmiä, esimerkiksi kunnissa on siirretty mielenterveyspotilaita yhä enemmän avohoitoon ja laman aikana tehtiin kustannusleikkauksia (Ryynänen ym. 1993, 80-83, Lammintakanen 2005, 36-37). Hoitotakuu on konkreettinen toteutus valtakunnantasolla tehdystä priorisoinnista (Lammintakanen 2005, 120). Valtakunnallista priorisointia edustaa sairausvakuutusjärjestelmä (Ryynänen ym. 2004, 70-74, Vuorenkoski 2005). Valtakunnallisen tason priorisointia ovat potilaiden maksuosuudet (Hetemaa ym. 2003, Ryynänen ym. 1997,29). Paikallistasoista priorisointia edustavat jonot ja seulonnat (Vuorenkoski 2005, Ryynänen ym. 1997,29). Paikallistasoista ja myös valtakunnallista priorisointia on palvelujen rajoittaminen. Priorisointia tapahtuu myös silloin, kun päättäjät suuntaavat resursseja johonkin toimintaan ja ottavat toisesta toiminnasta vastaavan summan pois. Erikoissairaanhoidossa ja yleensä terveydenhuollossa priorisointia on aina tehty hoitovalinnoilla; potilaita on luokiteltu eri kiireellisyysluokkiin läheteissä. (Ryynänen ym. 1997,29.)

Priorisointi ei ole yksinkertaista (Holm 1998, 1000-1001). Siihen liittyy tunnelatauksia (Lammintakanen 2005,118). Samoin haasteet liittyvät siihen, kuinka organisoida jatkuvaa dialogia poliitikkojen, ammattilaisten ja julkisuuden kanssa periaatteista, joihin tulisi vedota rajoitettaessa kysyntää sekä kuinka voidaan hallita parhaiten ristiriitaisia arvoja ja kilpailevia vaatimuksia. Priorisointi on välttämätön poliittisessa prosessissa, jossa joudutaan tekemään vaikeista ratkaisuista sosiaalisesti hyväksytyjä ja saamaan terveydenhuollon ammattilaiset toteuttamaan näitä ratkaisuja. Periaatteessa priorisointi tulee helpommaksi, kun kavennetaan ajattelua, esimerkiksi onko vanha vähemmän oikeutetumpi samaan elämän pelastavan sydänleikkauksen kuin nuori. Jos fokusta laajennetaan, tulee tehtävä vaikeammaksi. Esimerkiksi jos lähdetään puhumaan siitä, että annetaanko ko. varat vanhusten toimintakyvyn ylläpitämistä varten vai tehdäänkö leikkaus. (Klein 1998, 959-960.)

Huolimatta priorisoinnin vaikeudesta huolimatta on hyvä todeta, ettei kansalaisten samanarvoisuus voi merkitä sitä, että kaikkien kansalaisten tarpeet tyydytetään aina ja samalla tavalla. Tarpeiden järjestykseen laittaminen vaikuttaa

1. lääkärin työhön. Lääkärin tekemät hoitopäätökset sitovat noin 70 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista.
2. potilaan asemaan. Potilas ei ole terveyspalveluita käyttäessään täysivaltainen kuluttaja. Kuluttaja-asemaa tulee käyttää vain silloin, kun henkilö käyttää täysin omia varojaan. Tuloksellinen hoitotoiminta

onnistuu, kun potilaan toiveita kuunnellaan ja elämäntilanne otetaan huomioon.,

3. poliittiseen ohjaukseen. Siinä erilaisten toimintatapojen keskinäisestä tärkeysjärjestyksestä päätetään edustuksellisen demokratian keinoin. Samalla tulee huomioida jousto, jossa hyvä palvelujärjestelmä sallii määrätilanteissa jopa improvisoidut ja ainutkertaiset ratkaisut. (Kekomäki 2004.)

Ryynänen, Myllykangas, Kinnunen ja Takala (1993) ovat esittäneet priorisoinneille useita vaateita, joista kunnalle tärkeitä ovat muun muassa terveydenhuollon kustannusten rajoittaminen, varmuuden vuoksi tehtävien tutkimusten välttäminen, ennaltaehkäisyn tärkeys ja viimeisen elinvuoden alkamisen ennakointi. Arvioiden mukaan 80 prosenttia terveydenhuollon varoista kuluu potilaan viimeisen elinvuoden aikana. (Ryynänen ym. 1993, 80-83, Häkkinen ym. 2005.)

Priorisoinnissa on huomioitava perustuslain, potilaslain, kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon tuomat velvollisuudet kansalaisia kohtaan. Näiden mukaan priorisoinnissa tulee huolehtia, että jokaisella on riittävät terveystaloudet ja terveyttä edistetään. Lainsäädännöllisesti on tilaa tehdä priorisointeja. Lakia voidaan tulkita kohtuullisen väljästi esimerkiksi potilaslaki nojaa voimavarojen rajoihin. Terveydenhuoltoon tarjottavat rahalliset resurssit ovat poliittinen kysymys ja samoin väestön terveyttä voidaan edistää muillakin keinoin kuin terveydenhuollon menetelmin kuten koulutustasoa nostamalla. (Perustuslaki, Erikoissairaanhoidonlaki, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Lääkäriliitto 2005.)

Priorisoinnit ovat merkityksellisiä kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Ei ole mitään merkkejä siitä, että priorisointien tarve vähenisi. Voisi jopa sanoa, että priorisointien tarve kasvaa, koska terveydenhuollon teknologiat kehittyvät ja samanaikaisesti erikoissairaanhoidon kohdistettavan raha määrä ei välttämättä kasva vastaavasti, vaan siihen saattaa kohdistua yhä enemmän kustannushallintapaineita.

Priorisointitasot

Priorisointeja tapahtuu eri tasoilla: makro- eli valtakunnallisella tasolla (terveydenhuollon kokonaisresurssit), meso- eli alue- ja paikallistasolla, mikro- eli lääkäritasolla ja potilastasolla. Makrotasolla hallitus, eduskunta tai keskusvirastot ohjaavat lainsäädännön ja ohjeiden avulla tai tekevät rahoitus tai palveluiden tuottamistapoja koskevia päätöksiä. Mesotasolla kunta, kuntayhtymä tai sairaalan johto antaa määräyksiä ja toimintaohjeita voimavarojen käytöstä. Mikrotasolla lääkäri tai hoitoryhmä tekee päätöksiä asettaen potilaita tutkimus- tai hoitojärjestykseen. (Ryynänen ym. 1997, 30-31, Hetemaa ym. 2003, luku 2.) Potilastasolla hoidettava valitsee oman arvionsa mukaan sopivimmat tutkimukset tai hoidot tai päättää lääkäriin käynnistä (Ryynänen ym. 1997, 30-31). Päätöksentekijöinä ovat terveydenhuollon ammattilaiset ja muut asiantuntijat, terveydenhuollon hallinnossa työskentelevät (valtio, kunta), kansalaisten

edustajat valtion ja kuntien luottamuselimissä, tuomioistuimet, kansalaiset ja potilaat (Vuorenkoski 2005).

Taulukko 8. *Priorisointitasot ja –tavat esimerkein (Ryynänen ym. 1997,31).*

| Taso | Sisäinen priorisointi | Ulkoinen priorisointi |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Makrotaso | Keskushallinto ohjaa rahojen käyttöä terveydenhuollossa esim. korvamerkityt valtionosuudet ja Hoitotakuu | Eduskunta tekee päätöksiä terveydenhuoltoon käytettävistä voimavaroista |
| Mesotaso | Kunta kilpailuttaa sairaaloita ja lähettää potilaan niistä edullisimpaan | Sairaanhoidopiiri päättää jonkin toiminnan lakkauttamisesta tai käynnistämisestä |
| Mikrotaso | Lääkäri valitsee potilaalle halvimman hoidon tai hoitopaikan | Lääkäri tekee potilaiden välisiä valintoja esimerkiksi priorisointilistat Oregonissa |
| Potilataso | Potilas päättää mennä yksityislääkärin sijaan työpaikkalääkärille | Potilas päättää, ettei menekään hammaslääkärille, vaan tekee sen sijaan ulkomaan matkan |

Priorisointeja voidaan lähestyä myös seuraavasti:

1. yleisen rahoitustason kohdistaminen terveyspalveluihin ”terveydenhuollon kokonaisresurssit” (makro)
2. budjetin jakaminen maantieteellisiin alueisiin ja palveluihin (makro)
3. resurssien jakaminen tietyille hoitomuodoille (meso)
4. valinta, jonka potilaiden tulisi saada tullessaan hoitoon (mikro)
5. päätöksen kuinka paljon käytetään yksittäiseen potilaaseen varoja (mikro). (Klein 1993, 309-311, NHC 2004, 10.)

Priorisointia voi olla kahdenlaista; sisäistä ja ulkoista priorisointia. Sisäisessä priorisoinnissa tehdään valintoja potilaiden kliinisten tutkimusten ja hoitojen välillä kuten hoidetaanko kalliimman lääkkeen sijaan halvemmalla lääkkeellä. Ulkoisessa priorisoinnissa tehdään valintoja potilaiden ja potilasryhmien välillä esimerkiksi vähennetäänkö psykiatrasta hoitoa ja lisätäänkö sydänkirurgiaa. (Ryynänen ym. 1997, 30-31.) Kunta voi vaikuttaa erikoissairaanhoidon sisäiseen priorisointiin esimerkiksi seuraavasti: kunnan edustaja kuntayhtymän valtuustossa voi pyytää hyväksymään talousarvioon lauseen, jossa kustannuksia pyritään alentamaan käyttämällä halvimpia hoitoja ja tutkimuksia. Kunnan valtuustossa voidaan tehdä myös ulkoista priorisointia rajoitetusti.

Priorisointi voidaan jakaa horisontaaliseen ja vertikaaliseen priorisointiin. Horisontaalista priorisointia on sairauksien välinen priorisointi ja vertikaalista priorisointia on samaan sairaustilaan käytettyjen eri hoitomuotojen välinen priorisointi. (Hetemaa, Vuorenkoski & Keskimäki 2003, luku 2.)

Priorisointia voidaan tehdä implisiittisesti ja eksplisiittisesti. Implisiittiset priorisointipäätökset tehdään siten, että syyt niiden takana eivät ole selviä. (NHC 2004, 9-10.) Implisiittinen tapa on joustava yksittäiselle potilaalle, koska yksittäisen potilaan tarve huomioidaan hyvin. Se sopii monimuotoisiin klinisiin päätöksentekotilanteisiin. Implisiittinen priorisointi voidaan tulkita potilaiden ”harhauttamiseksi”, kun potilaiden annetaan ymmärtää, ettei priorisointia tapahtuisi. (Vuorenkoski 2005.) Eksplisiittisessä priorisoinnissa edellytetään selkeää ja julkisesti saatavaa pohjaa, jossa kriteerit ja prosessit on suunniteltu asettamaan prioriteetit. Eksplisiittinen priorisointi keskittyy pääosin rahoituksen ja terveydenhuollon resurssien jakamiseen sekä järjeistämään kustannuksia muun muassa lääkkeissä, laitteissa ja tietyissä prosesseissa. (NHC 2004, 9-10, Vuorenkoski 2005.) Eksplisiittinen priorisointi antaa kansalaisille mahdollisuuden arvioida priorisoinnin perusteita (Vuorenkoski 2005). Eksplisiittisessä mallissa voidaan tehdä selkeitä päätöksiä mitä ja ketä hoidetaan, mutta siinä voi tulla myös vaikeuksia, josta esimerkkinä voidaan mainita Yhdysvaltojen oikeustapaukset. Lisäksi eksplisiittisessä mallissa voi tulla ristiriitoja. Terveydenammattilaiset haluavat hoitaa potilaita eikä toimia hoidon antamisen esteenä. (Sabin 1998, 1000-1007.)

Priorisointikriteerit

Lähestymistapoja priorisointikriteerien asettamisessa on useita. Yhteisymmärryksen löytäminen oikeiden kriteerien suhteen on vaikeaa (Madden, Martin, Downey & Singer 2005, 10). Stakesin (1995) raportin mukaan peruseriaate priorisoinnille on terveystarve. Ihmisoikeuksiin nojaavia kriteereitä ovat hoidon tarve, huolehtiminen potilaan elämän laadusta välittämällä ja kipua lievittämällä sekä toisten oikeudet puolustaa terveyttä potilaan terveyden vaarantaessa koko yhteisöä. Edellä mainitut periaatteet liittyvät julkisin varoin kustannettuun terveydenhuoltoon. (Stakes 1995, 46.) Laajempi näkemys priorisointiin tulee, kun tarkastellaan sitä anglosaksisen kirjallisuuden kolmiovertauksen avulla. Kolmiovertauksen kulmina ovat hyvä laatu, hallitut kustannukset sekä moitteeton hoidon saatavuus. Teorian mukaan kaksi näistä voidaan toteuttaa, mutta kolmen toteutumista samanaikaisesti ei voida taata. Tästä osoituksena on Suomen tilanne. Suomen palvelujärjestelmän tieteellis-tekninen laatu kestää kovan kansainvälisen vertailun. Hoidon saatavuus on ongelma, joka näkyy pitkinä potilasjonoina. Kustannukset per capita ovat EU:n ja OECD:n pienimpiä. (Kekomäki 2004.)

Lääkäriliiton (2005) mukaan priorisoinnin on perustuttava eettisesti hyväksyttäviin periaatteisiin. Ensimmäinen periaate on ihmisarvonperiaate, jossa kaikki ihmiset ovat samanarvoisia ja heillä on yhtäläiset oikeudet riippumatta heidän ominaisuuksistaan tai asemastaan yhteiskunnassa. Toiseksi tulee olla solidaarista priorisointia tarpeen mukaan, jolloin samanlaisen hoidon tarpeessa olevalle tulee antaa yhtäläinen hoito. Kolmanneksi on kustannusvaikuttavuus, jolloin valitaan sellaiset toimintavaihtoehdot, jotka

tuottavat käytettyihin resursseihin nähden eniten terveyttä tai elämänlaatua potilaille. (Lääkäriliitto 2005.)

Priorisoinnin perusteina voivat olla kaikille hoitoa, mutta ei kaikille kaikkea hoitoa, hoidon tarve, vaikuttavuus (Quality eli laatupainotteinen elinvuosi eli quality-adjusted life-years, kansalliset hoitosuosituksot ja käypä hoito) sekä taloudellinen kokonaisvaikuttavuus (ETENE 2005). Priorisoinnin tavoitteena tulee olla yhteisen ja yksilön hyvän tasapainottaminen sekä periaatteena mahdollisimman monien auttaminen käytettävissä olevien voimavarojen antamisissa puitteissa. ETENEn (2001) mukaan: ”Eettisinä valintakriteereinä ovat hoidon vaikuttavuus, oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden toteutuminen sekä ihmisarvon ja potilaiden oikeuksien kunnioitus.” Priorisoinnin pohjalle on hyvä olla arvokeskustelua ja selkeitä pelisääntöjä, jotta vältettäisiin sattumaan perustuva potilaiden hoito.” (ETENE 2001, 8).

Maynard (1999) jakaa periaatteet kahteen tavoitteeseen: terveydenhuollon tehokkuuteen kansanterveyden kannalta ja oikeudenmukaisuuteen/tasa-arvoisuuteen. Periaatteita voivat olla muun muassa tuottaa mahdollisimman paljon kokonaisterveyttä, kohdentaa jokaiselle samat voimavarat tehokkuudesta riippumatta, hoitaa kaikkein sairaimmat, priorisoida yhteiskunnan vähäosaisimmat ja/tai yhteiskunnan kannalta tärkeimmät kansalaiset ja/tai niitä, jotka terveydenhuollon palveluita eniten ”ansaitsevat” esimerkiksi ne, jotka noudattavat terveellisiä elämäntapoja ja priorisoida tiettyjä ikäryhmiä. (Hetemaa ym. 2003, luku 2.)

Lehto (2004) lähestyy priorisointia palvelutarpeella:

1. Tarve pidetään edelleen kiistattomasta määriteltävissä olevana, mutta vastaavaa palvelujen tarjontaa ei voida antaa koko väestölle. Tarve jaetaan kahtia kaikille turvattavaan ”perustarpeeseen” ja ei tarjottavaan ”ei niinkään tärkeään tarpeeseen”.
2. Erotellaan ”todellinen” tarve ”näennäisestä” tarpeesta. Tämä lähtee siitä, että palvelutarpeen epämääräisyys on syynä tarpeen ja palvelutarjonnan kasvavaan epäsuhtaan.
3. Tarve määritellään poliittisesti, jolloin poliittiset intressit, valtasuhteet ja arvot vaikuttavat. (Lehto 2004, 24.)

Lääkäriliiton (2005) mukaan priorisointipäätösten tulee perustua tiedon lisäksi arvoihin ja eettisiin periaatteisiin. Priorisoinnissa ei voida pelkästään tavoitella mahdollisimman suurta kansanterveyshyötyä, koska silloin voidaan unohtaa oikeudenmukaisuus yksilötasolla. Sama kansanterveyshyöty on saavutettavissa eri keinoin. Resursseja ei tule jakaa pelkästään kysynnän perusteella, koska se ei vastaa aina potilaiden todellisia tarpeita, eikä näin edistä tehokkaasti terveyttä. Yksitasolla voidaan nähdä erilaisia arvoja. Yksi esimerkki voi on, että päätös jättää tekemättä vanhuksen sepelvaltimoiden ohitusleikkaus, voi perustua joko tosiasioihin (vanhus on liian huonokuntoinen leikattavaksi) tai arvoihin (potilasarvo: potilas ei halua tulla leikatuksi tai ammattikunta/yhteisönarvo: sydänkirurgia resurssit halutaan käyttää nuorempien leikkaamiseen). Yksilötasolla priorisointi on sitä, että ensin päätetään tarjotaanko leikkaus vai ei. Sen jälkeen arvioidaan haluaako potilas leikkausta siihen liittyvät riskit tuntien. (Lääkäriliitto 2005.)

Jotta vältetään ei-lääketieteelliset ja eettisesti väärät priorisointitavat (ikä, hoidon hinta), voidaan käyttää seuraavia kolmea pääsuuntausta prioriteettien asettamisessa (Ryynänen ym. 2004, 70-74). Yksittäisen linjan valinta ei ole kuitenkaan ratkaisevaa, vaan prioriteettien asettamisessa tarkastellaan useita näkökulmia samanaikaisesti (Hetemaa ym. 2003, luku 2, Ryynänen ym. 2004, 70-74).

1. Hoitomenetelmien arviointi, jota Suomessa tekee FinOHTA, Duodecim-seuran Käypä hoito-ohjelma ja osittain myös alueelliset hoitosuosituksot. FinOHTAn roolia on ehdotettu vahvistettavaksi.
2. Hoitorajojen määrittäminen (Uuden Seelannin malli), jossa määritetään hoidettavuuden raja eli miten sairas potilaan pitää olla, jotta hoitotakuu koskisi häntä. Suomen hoitotakuun hoitorajat noudattavat tätä periaatetta.
3. Kustannusvaikuttavuuden määrittämiseen perustuvat menetelmä (Oregonin malli), jolloin arvioidaan hoitomenetelmien vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Menetelmät asetetaan tärkeysjärjestykseen odotettavissa olevan tuloksellisuuden perusteella. Suomessa on kokeiluprojekteja muun muassa HUS-piirissä. (Ryynänen ym. 2004, 70-74.) Kustannusvaikuttavuustutkimuksia on tarvetta koordinoida globaalisti, ei ole perusteltua, että pienenä maana Suomi keskittyisi kaikkiin hoitomenetelmiin.

Priorisointimallit

Priorisointimalleja on useita. Tunnetuin priorisointimalli on Oregonin malli, jossa on määritelty rahat riittämään tietyille määrälle diagnooseja tai hoitomuotoja. (Ryynänen ym. 1997,32-33, Tengs ym. 1996, Hetemaa ym. 2003:6, luku 3, Oregon 2005.) Priorisoinnin ensimmäisessä aallossa priorisointia tehtiin teknisesti (Hetemaa ym. 2003, luku2), esimerkiksi teknisten laskelmien avulla. Yksi näistä menetelmistä on QALY eli laatu-painotteinen elinvuosi, joka lasketaan kertomalla aika ja elämänlaatu. (Vuorenkoski 2005 kts. Oregonin pisteytystapa.) Allokatiivisen tehokkuuden huomioiva menetelmä on PBMA (Programme Budjeting and Marginal Analysis). Sen avulla voidaan arvioida optimaalinen rahoitustasapaino valitun palveluryppään sisällä. Mallia on kokeiltu erityisesti tilaaja-tuottajajärjestelmissä. (Hetemaa ym. 2003, luku 2.) Teknologisen arvioinnin priorisointijärjestelmä tähtää määrittelemään vaikutusten arviointia perustuen relevanttien hoitojen vaikuttavuuteen ja taloudellisiin lopputuloksiin (todennäköisesti tai suuruus). Hyvinvoinnin saavuttamismalli keskittyy hyvinvointitappioihin. Taloudellinen malli pyrkii valitsemaan yhden tai useamman hoidon satunnaisesti kontrolloiduista tutkimuksista (Sassi 2003,141-154). Suomessa kehitetty 15D-malli nojaa siihen, että terveydenhuollon menetelmiä tarkastellaan muutoksena elämän pituudessa ja laadussa. 15D-mallissa arvioidaan potilaan hyötyä hoidosta tutkimalla terveydentilan muutosta potilaan oman arvion pohjalta. (Kukkonen 2005.)

Eri maissa on tehty priorisointeja ja priorisointimalleja. Lönningin-komitea teki 1990-luvulla Norjan ensimmäisen laajapohjaisen priorisointijärjestelmän, jossa oli viisi luokkaa (Ryynänen ym. 1997, 32). Uuden Seelannin mallin (veroperusteinen rahoitus) priorisoinnin lähtökohdat ovat potilaan ominaisuuksissa ja tarpeissa (Hetemaa ym. 2003:6, luku 3, Ryynänen ym. 1997, 34). Israelin mallissa sairasraha-astot saavat riskin (perustuu ikään) perusteella maksun hallituksella, jotta voivat tarjota standardi peruspalvelukorin palvelut, jotka laki määrittelee. (Chinitz, Shalev, Noya & Israeli 1998, 1000-1007). Espanjassa terveystalvueluiden tarjonnan priorisointia ja säännöstelyä on tehty kolmella tavalla: muodostamalla terveysetupaketteja, rajoittamalla lääke-etuja ja jonotuslistoilla (Gamind 1999, 55-70). Hollannin Dunningin komitea esitteli vuonna 1991 priorisointiraportin, jossa esiteltiin peruspakettkäsite. Peruspaketissa on määritelty palvelut, jotka tulee pystyä tarjoamaan kaikille. Komitea kehitti myös ns. Dunningin siivilän. (Ryynänen ym. 1997, 33.) Jatkossa Hollannissa pyritään enemmänkin vaikuttamaan lääkärin hoitopäätöksiin antamalla näyttöön perustuvia ohjeita kuin tekemään priorisointia terveydenhuollon paketeilla (Lammintakanen 2005, 27-28).

Priorisointimallit ovat joutuneet usein tiukan arvostelun kohteiksi. Useimmat mallit ovat jääneet vaille käytännön toteutusta. Niitä on arvostelu epäeettisiksi. Oregonin malli on ollut tiukimman kriteerin kohteena. Ainoa hyväksyttävä peruste oli Hanasaaren seminaarissa potilaan saama terveyshyöty eli vaikuttavuus sisältäen hoidon kiireellisyys, sairauden ennuste, sairauden aiheuttama kärsimys ja sairauden aiheuttama mahdollisesti muille. (Ryynänen ym. 1997, 37-39.) Lammintakanen (2005) arvioi, että jatkossa on käytössä useampia lähestymistapoja kuin yhden ainoan työkalun käyttäminen (Lammintakanen 2005, 42).

Suomessa Ryynänen ym. (1997) priorisointimallissa hoitorajoja tarkennetaan, hoito perustuu tieteelliseen näyttöön, terveydenhuollossa on jatkuvaa koulutusta ja ylläpidetään laatustrategiaa, huomioidaan mahdollisuus kerätä maksuja ja tehdä sen avulla priorisointeja sekä annetaan kansalaisille mahdollisuus osallistua. (Ryynänen ym 1997, 83-89.)

Priorisointi erikoissairaanhoidossa

Sairaaloilla on rajalliset budjetit, siksi on tarpeen löytää keinoja, joiden avulla voidaan päättää käytettävistä hoitomenettelyistä. Kukkosen (2005) mukaan ”Kriteereitä päätöksille ovat muun muassa hoitomenetelmien keskinäiset vaikuttavuuserot terveydentilaan ja kustannukset. Tarvitaan keinoja myös hyödyttömien hoitojen toteamiseksi. Tarvitaan myös mittausmenetelmiä, joilla hoidolla aikaansaatua terveyshyötyä voidaan arvioida suhteessa kustannuksiin. Lisäksi on voitava valita yhteiskunnan kustannuksella hoidettavat sairaudet ja niille oikeat hoitomenetelmät. Tieto hoidon vaikuttavuudesta mahdollistaa oikeat voimavarojen suuntaamispäätökset. Ihmisille pystytään siten takaamaan oikeudenmukaisempi ja laadukkaampi hoito, kuin pelkällä kaikkien hoitojen

rajattomalla tarjoamisella. Hallitsematon hoitaminen johtaa kustannuskriisin kautta myös välttämättömien palveluiden tason laskuun.” (Kukkonen 2005.)

Erikoissairaanhoidossa, tai yleensä sairaaloissa, on tehty omia priorisointimalleja ja priorisointitutkimuksia. Priorisointi- ja linjaustutkimukset ovat keskittyneet sairaaloihin, paikallistasoon, uusiin teknologioihin ja lääkkeisiin. Daniel ja Sabin ovat kehittäneet ”accountability for reasonableness” eli AFR viitekehyksen oikeudenmukaiseen priorisointiin. Kehyksen edellytyksenä on neljä vaatetta: merkityksellisyys ”relevance”, julkisuus ”publicity”, korjattavuus ”revisions/appeals” ja toimeenpano ”enforcement”. Merkityksellisyyden järkiperusteet rajoituspäätöksissä perustuvat syihin (informaatioon ja arvoihin). Päätösten pohjana on näyttö sekä oikeudenmukaisesti ajattelevien osapuolten (lääkärit, potilaat ja muu) tulee hyväksyä perusteet asiaan kuuluviksi, jotta väestön terveydenhuollon tarpeet voidaan kohdata niukoissa voimavaroissa. Tiedon ja mallien on oltava julkisia siten, että rajoituspäätökset ja niiden perusteet tulee olla yleisön nähtävissä. Korjattavuuden täyttämiseksi tulee olla mekanismit riitatilanteiden ratkaisemiseksi koskien rajoitustenasettamispäätöksiä sisältäen mahdollisuuden tehdä uusia päätöksiä uusien todisteiden valossa. Toimeenpanon on perustuttava joko vapaaehtoiseen tai julkiseen lainsäädäntöön, jotta varmistetaan, että edellä mainitut kolme vaatetta toteutuvat. Lisäksi vaaditaan selvät säännöt kuinka päätökset laitetaan toteen. Danielin ja Sabinin mallia käytetään kansainvälisesti yleisesti tutkimuksissa ja päätöksenteossa. (Madden ym. 2005, 10-11, Hetemaa ym. 2003, luku 2.)

Erikoissairaanhoidon potilasjonoja voidaan käyttää priorisointivälineenä. Samoin yksi väline on pisteyttäminen. Priorisoinnin tekeminen pisteyttämällä ei ole uusi asia, vaan siitä on puhuttu jo 1970-luvulla. Järjestelmiä on paikallisista yhtä sairaala koskevista järjestelmistä koko maan kattaviin järjestelmiin. Samoin ne voivat koskea yhtä sairautta tai toimenpidettä, kaikkia elektiivisiä toimenpiteitä tai useita erikoissaloja yhtä aikaa. Järjestelmien vaihtelua tuovat kriteerit eli onko kiirellisyyskriteereissä otettu mukaan sosiaalisia kriteereitä. (Hetemaa ym. 2003, luku 4.)

Kunta ja erikoissairaanhoidon priorisointi

Priorisointi on väline, jonka avulla voidaan vaikuttaa erikoissairaanhoidon kysynnän ja käytön määrään. Kunta voi pyrkiä hallitsemaan kustannuksia priorisoimalla. Kunnan rooli priorisoijana voidaan nähdä pienenä, koska kunta edustaa liian suppeaa näkökulmaa ja sisältää kapeita kuntaintressejä. Sen sijaan valtakunnallisesti määriteltyjen priorisointiperiaatteiden toteutus tulisi tapahtua sairaanhoitopiireittäin erillisen johtoelimen koordinoimana. Kuitenkin kuntien osallistuminen ja vuorovaikutus on välttämätöntä. Priorisointivalinnat valtakunnallisten yleisten linjausten ja mahdollisten ohjaustoimenpiteiden tukemana on syytä tapahtua sairaanhoitopiirien tasolla osana pysyviä toimintarakenteita. (Ryynänen ym. 1993, 98-99.)

Kuntien mahdollisuudet vaikuttaa priorisointiin ovat vaihdelleet. 1990-luvun alkuun asti lääkäreitä ohjeistettiin valtakunnallisin määräyksin ja ohjein (lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeet). Ohjeistus purettiin. Sen jälkeen ohjausvalta ja – vastuu siirtyi kunnallisten viranomaisten tehtäväksi (Lääkäriliitto 2005.) Kuntien valtaa vaikuttaa erikoissairaanhoidon priorisointiin on kaventanut hoitotakuu, joka on paluuta takaisin valtakunnalliseen ohjaukseen (Kukkonen 2005).

Kunnilla on useita keinoja vaikuttaa eri tasoilla tapahtuvaa erikoissairaanhoidon priorisointiin huolimatta siitä, että priorisointia on rajattu valtakunnallisilla päätöksillä. Kunta voi muun muassa mesotaso hakea kustannussäästöjä lähettämällä potilaan edullisimpaan sairaalaan, esimerkiksi HUS:n piirin sairaaloiden hinnoissa on eroja. Terveyslautakunta voi vaikuttaa tähän. Mesotasolla kunnan edustajat sairaanhoitopiirin luottamuselimissä voivat olla päättämässä toimintojen lakkauttamisista tai käynnistämistä. Mikrotasolla perusterveydenhuollon lääkäri voidaan ohjeistaa valitsemaan potilaalle halvin hoito ja lähettämään halvimpaan hoitopaikkaan. Tämä voidaan asettaa myös tavoitteeksi kunnan talousarviossa ja –suunnitelmassa.

Kunnilla on erilaisia priorisointiprosesseja ja - malleja. Möttösen (1999) mukaan ensinnäkin jotkut kunnat ovat keskustelleet arvoistaan tarkoituksenaan selkeyttää palveluohjaustaan. Toiseksi osa kunnista on jakanut palvelunsa ydinpalveluihin ja tukipalveluihin. Kolmanneksi joissakin kunnissa palvelut on jaettu niiden tärkeyden mukaan. Priorisoinnit ovat olleet usein leikkauksia joko leikkaamalla kaikista palveluista yhtä paljon tai selektiivisten leikkausten tekeminen, joka on selkeää palveluiden luokittelua. Poliitikoille ensimmäinen on ollut suosituin, koska on helpompaa olla puhumatta konkreettisista palveluista. (Lammintakanen 2005, 38.)

Kunnallisessa priorisointipäätöksenteossa on välttämätöntä keskustella millä kriteereillä päätös tehdään, mihin palveluihin ja/tai mihin potilasryhmään päätös kohdentuu, millä tavoin päätökset laitetaan toimeksi sekä kohdentuuko päätös terveyspalveluihin, voimavaroihin vai palvelujen saatavuuteen ja kattavuuteen. Samoin päätöksenteossa on yhtenä näkökulmana tarvetta huomioida eettisten periaatteiden toteutuminen. Oikeudenmukainen priorisointi täyttää neljä kriteeriä julkisuus, hyväksyttävyyden, päätösten korjattavuus ja toimeenpano. Priorisoinnin seuraukset voivat olla toivottuja ja ei toivottuja. Tärkeää on tunnistaa päätösten vaikuttavuus. (Lammintakanen 2005, 46-47.)

Valtuustolle kuuluu kunnan strateginen ja poliittinen johtajuus. Edellä oleviin sisältyy tarvittavien arvovalintojen tekeminen, palvelujen priorisointi ja siitä vastaaminen. Samoin siihen lukeutuu toiminnan riittävien resurssien varmistaminen. (Kuntaliitto 2005.) Kunnat suuntaavat varoja eri lohkoille. Samalla varoja kohdistetaan terveydenhuollon sisällä. Esimerkiksi viime vuosikymmenellä sepelvaltimo-ohitusleikkaukset priorisoitiin lastenpsykiatristen palveluiden edelle. (Huttunen 2001.)

Kunnissa priorisointi näkyy osana suunnitteluprosessia. Päätökset tehdään poliittisella tasolla, jolloin todellisuuden ja odotetun ero voi olla joskus suuri. Lisäksi merkittävä ongelma on, että palvelun tuottajat eivät toimi tavoitteiden mukaisesti, joita poliittisessa prosessissa on asetettu. (Lammintakanen 2005, 39.)

Kunnan toimijat voivat tehdä oman konkreettisen priorisointiohjelman. Tästä esimerkkinä voidaan mainita Tampereella tehty mielenterveyskeskuksen hoidon priorisointiohjelman. Sen teosta on vastannut alan asiantuntijalääkäri. Priorisointiohjelmassa on suosituksia hoidon porrastamiseksi perusterveydenhuollon ja mielenterveyskeskuksen kesken sekä samalla on tehty oman työn mallinnus. (Tampereen Kaupunki 2005.)

Kuntien kannalta on tärkeä huomata, että sairaanhoitopiirin lääkärit priorisoivat työssään. HUS:ssa priorisoidaan joka päivä jokaisen potilaan kohdalla. Potilaalle pyritään löytämään sopivin ja tuloksellisin hoito sekä pyritään välttämään turhia tutkimuksia. Lisäksi joku otetaan jonoon ja joku toinen pääsee suoraan leikkaukseen. (Jääskeläinen 2002.) Lääkäri pyrkii toimimaan potilaan parhaaksi niiden resurssien puitteissa, joita on käytettävissä. Lääkärillä on keskeinen rooli priorisointipäätösten teossa, koska lääkäreillä on priorisointien teon vaatima välttämätön lääketieteellinen asiantuntemus. Lääkäri voi toimia klinikkona potilasrajapinnassa tai hallinnossa ja asiantuntijana. Kliinikkoroolissa lääkärillä on kliininen autonomia toimia hoidettavan potilaan parhaaksi yhdessä tämän kanssa neuvotellen ja antaen hänelle mahdollisuus osallistua hoitopäätöksentekoon. Samalla on huomioitava ulkopuolelta annetut määrätyt reunaehdot. Hallinnollisella tasolla lääkäri toimii usein asiantuntijana. (Lääkäriliitto 2005.) Vaikeinta priorisointi on kolmannella tasolla eli silloin kun yksittäinen lääkäri joutuu asettamaan potilaita tutkimus- tai hoitojärjestykseen tai tekemällä valintoja eri hoitomuotojen välillä (Huttunen 2003).

Kuntalaisten rooli osana terveydenhuollon päätöksentekoa, ja siten priorisointipäätöksiä, on pieni. Syynä on muun muassa se, että sairauksien hoito koetaan terveydenhuollon ammattilaisten osaamisalaksi, jota tavallinen kuntalainen ei ymmärrä eikä osaa sekä päätöksentekovalta on siirtynyt alan ammattilaisille. Kuntalainen ei pysty poliittisten vaikutusmahdollisuuksien kautta vaikuttamaan suoraan terveydenhuollon tavoiteasetantaan, toimintamuotojen etsintään tai tuloksellisuuden kehittymiseen.

Jono ja jonohallinta

Jonot ovat yksi keino hallita kysyntää ja käyttöä. Kunnilla on ollut mahdollisuus tehdä kuntakohtaisia jonoja. Ne ovat liittyneet sairaanhoitopiirin ja sen jäsenkunnan asemaan ja tehtäviin erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä. Kuntakohtaiset jonot eivät ole lainvastaisia. (Paunio 2002.) Hoitotakuun tulo rajoittaa jonojen käyttöä keinona, koska siinä määritellään kiireettömälle hoidolle maksimajat.

Jonojen muodostumisen syytä voi olla kuitenkin useita. Palveluiden tarjonta saatetaan mitoittaa tarkoituksellisesti pienemmäksi kuin kysyntä, jolloin muodostuu hoito- ja tutkimusjonoja (Blomster 2001, 17,25). Jonoja syntyy tyypillisesti silloin, kun palveluja tarjotaan ilmaiseksi sekä silloin, kun kysyntä ja tarjonta ovat epätasapainossa (Torkki, Linna, Seitsalo & Paavolainen 2002, 289, Sintonen ym. 1987,50 ja 133). Lisäksi tarjonta voi olla riittämätöntä, jonka

taustalla olevia syitä voivat olla poliittiset valinnat, palvelurakenne, palvelujen tuottajien monopoliasemasta ja taloudellisten kannusteiden puuttuminen sekä palveluiden järjestämistavat, tiedon epäsymmetria ja tarvittavien palveluiden vaikea ennakoitavuus. Jonoihin vaikuttaa myös palveluiden tuottajien mahdollisuus valita hoidettavat potilaat erilaisten tarve- ja kiireellisyystekijöiden perusteella. Perusterveydenhuollon lääkäreillä voi olla portinvartijan rooli. He vaikuttavat potilaiden lähettämiseen jatkotoimenpiteisiin erikoissairaanhoidon. Näin he voivat omalla painollaan vaikuttaa jonojen syntymiseen. Kunta voi vaikuttaa tietoisesti jonojen syntymiseen alibudjetoimalla. Taustalla voi olla kunnan tavoite vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin siten, että pienemmällä hinnalla saataisiin vähintään entinen määrätaso. (Klavus ym. 2004, 444.)

Jonojen lyhentymiseen voidaan vaikuttaa. Järvelinin, Mikkolan ja Keskimäen (2004) tutkimuksen mukaan jonotusaikaan vaikuttaa hinnoittelutapa. Pakettihinta lyhentää jonoja verrattuna muihin hinnoittelutapoihin. Hollannissa on saatu vastaavia tutkimustuloksia. Samoin lääkärin kriteerit vaikuttavat jonoihin. Lääkärin hoitokäytännöissä on havaittu paljon eroja. Sen sijaan, että lisätään lääkärin määriä, on vaikuttavampaa kehittää kannustejärjestelmiä ja leikkaussalien tehokkaampaa käyttöä. Tutkimuksen mukaan leikkaustekniikka liittyen välilevytyrän leikkauksen tekemiseen mikrokirurgisella leikkaustekniikalla lisäsi jonoja. (Järvelin, Mikkola & Keskimäki 2004, 29-34.)

Jonojen lyhentymiseen vaikuttaa jonojärjestys. Torkki, Linna, Seitsalo ja Paavolainen (2002) mukaan mukaan jonotuslistojen hallinta eri sairaaloissa ja potilaskategorioissa eroavat merkittävästi toisistaan. Pitkät jonot heikentävät jonokuria. Jonoja on tarvetta rutiininomaisesti raportoida. Jonopriorisoinnin toimia käytännön tasolla sekä nostaa esille sisäänpääsyyn liittyvät mahdolliset ongelmat. Samoin on hyvä seurata jonokuria sekä kysynnän ja tarjonnan tasapainoa. (Torkki ym. 2002, 611-618.)

Jonojen kääntöpuoli on, että tietyt sairaudet voivat pahentua jonotusajan aikana ja pieni leikkaus voi muuttua kalliiksi leikkaukseksi pitkine parantumisaikoineen. Lisäksi tarkasteltaessa kokonaiskustannuksia sisältäen muun muassa työnantajan ja/ KELA maksamat korvaukset, voidaan sanoa jonojen olevan kansallisella tasolla osin osaoptimoiva keino. Kokonaiskustannusten havainnollistamiseksi Peltokorpi, Kujala ja Lillrank (2004) ovat kehittäneet käsitteen keskeneräinen potilas (KEP). He ovat laskeneet keskeneräisen potilaan kustannuksia. Kustannuksissa huomioidaan työntekijän ja työnantajan kustannukset. Kokonaiskustannuksissa ovat mukana lääkkeet, työkyvyttömyyden kustannukset, vakuutuskorvaukset, hoidon kustannukset, pitkittyneen kivun ja säryn seuraukset potilaan elämänlaadulle jne. Keskeneräisissä kustannuksissa minimoidaan varastointikustannuksia eli sairaansijojen ja odotustilojen käyttöä, arvoa tuottamattomien toimintojen käyttöä eli jonojen hallintaa, tukipalveluita jne., varaston vanhentumista eli potilaan kunnan huonontuminen lisää hoitokustannuksia ja heikentää lopputuloksen laatua, käyttöpääoman kustannuksia sekä vähentyneen tuotantokapasiteetin riskiä eli pyritään estämään pullonkaulat, ylimääräiset vuoteet osastoilla ja parantamaan läpimenoaikoja. Samoin pyritään vähentämään

heikentynyttä tuotantoprosessin kontrollia eli ylitöiden määrää, työntekijöiden ja potilaiden tyytymättömyyttä sekä epätyytyttävän palvelun täsmällisyyttä sekä parantamaan joustavuutta ja toimitusaikaa eli nopeuttamaan hoitoon pääsyä, jonka avulla estetään muun muassa potilaan tulonmenetykset. Tutkimuksen mukaan KEP-konsepti soveltuu useampaan erilaiseen terveysongelmaan. (Peltokorpi ym. 2004, 11-28.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kuntien mahdollisuus käyttää jonoja kiireettömässä hoidossa ovat rajalliset. Jonojen käyttäminen on perusteltua esimerkiksi, jos sairaudesta ei aiheudu muita kustannuksia muille toimijoille tai sairaus ei haittaa oleellisesti henkilön päivittäistä elämää. Tärkeää on myös kustannusten hallinnassa, että potilas saa hoidon ajoissa. Pahimmillaan kunnan saavuttamat lyhyellä aikavälillä näkyvät säästöt voivat nostaa makrotasolla tarkasteltuna kustannuksia.

Käytön keinot

Käyttö muodostuu kysynnän ja tarjonnan yhteisvaikutuksesta. Baudrillardin (1988) mukaan käyttö ei pohjautu pelkästään tarpeisiin, vaan siihen vaikuttaa kasvavassa määrin toiveet/halut. (Bocock 1993, 3.) Käytön, tarjonnan sekä kysynnän keinot nivoutuvat toisiinsa. Palveluiden käytössä on merkityksellistä hoidon tarve, johon vaikuttaa kulttuuri ja palvelujen tarjonta (Mäntyranta ym., 2004, 48).

Palvelujen käyttö näkyy erilaisina toimenpiteitä potilastilanteessa. Käyttötilanteessa vaikutetaan kysyntään. Riittävien terveyspalveluiden järjestämiseksi on kyettävä ohjailemaan väestön kysyntää siten, että se vastaa todellista objektiivisesti mitattavaa ja priorisoitavissa olevaa palvelujen tarvetta. Käytännössä se on yhdistelmä ammattilaisen objektiivista ja potilaan subjektiivista näkemystä tarpeesta. Palvelujen tuottaja aiheuttaa itse kysyntää ja käyttöä määräämällä jatkotutkimuksia ja seurantakäyntejä, joita potilas itse ei välttämättä koe tarvitsevänsä. Samoin palvelujen tuottajat luovat välillisesti kysyntää tuottamalla palveluita, jotka ovat olemassa perinteisten hoitotapojen myötä. (Mäntyranta ym. 2004, 51-52.)

Mäntyrannan ym. (2004) mukaan erikoissairaanhoidon käyttöön lyhyellä tähtämellä vaikuttavia tekijöitä ovat terveydenhuollon ammattilaisten työhön liittyvät tekijät potilastilanteessa kuten lääkärin osaaminen, potilaan tunteminen, lääkärille annetut ohjeet, menetelmät, portinvartijajärjestelmät, teknologian tuomat mahdollisuudet, kustannukset, hoidonporrastus ja hoitoketjut. Samoin käyttöön vaikuttavat jo aiemmin läpi käytyt potilaaseen liittyvät tekijät kuten yksilön oma näkemys tarpeesta, johon taas vaikuttavat sosiaalinen ympäristö, aiemmat kokemukset ja asenteet. (Mäntyranta ym. 2004, 52-53.) Edellä olevat keinot voidaan sisällyttää myös organisoimisen ja johtamisen kohtaan, mutta ne on

tutkimuksessa eriytetty omaksi kohdakseen, koska ne näkyvät välittömästi potilastilanteessa eli palvelun käyttövaiheessa. Edellä luetellut tekijät vaikuttavat välittömästi lääkärin tekemiin erikoissairaanhoidon läheteisiin eli käytön määrään.

Omalääkäri

Yksi käytön määrän hallintakeino saattaa olla omalääkärijärjestelmä eli väestövastuulääkärijärjestelmä. Omalääkärijärjestelmä ei ole kuitenkaan toiminut riittävän hyvin Suomessa. Omalääkärijärjestelmä saattaa kasvattaa volyymeita. Esimerkiksi tutkimusten mukaan ikääntyvillä sairaalan poliklinikkakäyntejä lisää omalääkäri tai muu tietty lääkäri. Näyttää sille, että omalääkärijärjestelmällä ei voida saavuttaa kustannussäästöjä, vaan sen avulla voidaan parantaa hoidon laatua. (Noro ym. 1999, 15-16.)

Omalääkärijärjestelmän ongelmia ovat henkilöstöressurssien puute terveyskeskuksissa, jonka syinä ovat työvoiman huono saatavuus ja työjärjestelyt. Kankaan ja Vänskän (2006) mukaan terveyskeskusten keskittyminen ja määrän väheneminen voidaan nähdä myönteisenä kehityksenä, jos omalääkärijärjestelmä saadaan toimimaan laadukkaasti. Tällöin potilaiden tarve hakeutua päivystykseen vähenee, kun potilaat pääsevät päiväsaikana nopeasti hoitoon. Omalääkärityössä on tärkeää keventää päivystysvelvoitetta. Se lisää työn houkuttelevuutta ja auttaa terveyskeskusten lääkärivajausta sekä väestövastuulääkärijärjestelmä saataisiin toimimaan. (Kangas & Vänskä 2006, 2507-2510.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Omalääkäri toiminta voidaan nähdä tärkeänä niin potilaalle kuin erikoissairaanhoidon käyttömäärien hallinnassa. Toivottavaa on, että toimiva omalääkärijärjestelmä vähentäisi ainakin ns. turhien läheteiden määrää. Kunta voi vaikuttaa omalääkäritoimintaan riittävällä resursoinnilla ja hyvällä johtamisella. Riittävän resursoinnin taustalla ovat valtuuston talousarvion- ja suunnitelman sisällä myönnetty riittävät määrärahat sekä kunnan operatiivisen johdon kyky tehdä omasta työyhteisöstään houkutteleva ja motivaatiota ylläpitävä. Samoin mahdollisuuksia tuo lääkäreiden ja hoitajien työnjaon uusi tarkastelu. Johtavilla virkamiehillä on vastuu poistaa virkojen täyttämiseen liittyvät esteet.

Teknologioiden hyödyntäminen

Tietotekniikan hyödyntäminen on alkutaipaleella. Tietotekniikka tarjoaa uusia mahdollisuuksia kuten telelääketiede, potilastietojärjestelmät, konsultaatiojärjestelmät jne. Käytännön elämässä tietotekniikka mahdollistaa

esimerkiksi ikääntyneillä kotihoitoajan pidentäminen. Tietotekniikkakustannukset tulevat kasvamaan seuraavina vuosina. Kasvun edellytyksenä ovat säästöt palveluprosesseissa. (Kajander & Konttinen 1996.) Antti-Pojan (1993) tutkimuksen mukaan atk-pohjaiset lähetejärjestelmät auttavat potilaan hoitoon pääsyä ennen kaikkea kiireellisissä tapauksissa. (Itkonen 1997, 102-105.) Teknologiat laajasti katsottuna sisältävät hallinnolliset ja potilaaseen liittyvät teknologiat ja hoitotilanteeseen liittyvän teknologian (Li & Benton, 596-614), jota sivuttiin aiemmin tarjonnan yhteydessä.

Tieto- ja viestintäteknikan hyödyntäminen näkyy telelääketieteen kehittymisenä. Telelääketiede tarkoittaa teleyhteyksien soveltamista lääketieteessä. Telelääketieteen käyttöönoton perusteluita ovat pyrkimys alentaa kustannuksia, lisätä kansalaisten tasa-arvoa, parantaa terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, lisätä henkilöstön tietotaitoa, hoitaa potilas vähintään yhtä hyvin kuin vanhoilla menetelmillä, parantaa ja nopeuttaa konsultaatioita sekä uudistaa organisaatioita ja toimintamalleja. (Itkonen 1997, 39-93.) Telelääketiedettä voidaan tehdä maan rajat ylittäen; Suomesta voidaan tarjota palveluita jopa kansainvälisesti (Koivukangas ym. 2000, 16).

Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa potilas on yhteinen. Potilaan hoidon ja muun muassa lähetehallinnan kannalta on tärkeää vähintään näiden kahden eri toimijan tietojärjestelmien yhteensovittaminen. Tästä on säädös erikoissairaanhoidolaissa. Laki määrittelee kuntayhtymälle vastuun tietojärjestelmien yhteensovittamisesta ja täydenniskoulutuksesta (Erikoissairaanhoidolaki 10 §).

Itkosen (1997) mukaan tietotekniikan hyödyntämistä jopa odotetaan alueellisessa yhteistyössä. Ne nähdään järkevinä ja hyödyllisinä. Tietotekniikka muuttaa sairaaloiden ja terveyskeskusten yhteistyötä. ”Valtaosa lääkäreistä (90 prosenttia terveyskeskuslääkäreistä ja 78 prosenttia sairaalalääkäreistä) arvioi, että sairaaloiden ja terveyskeskustelun tulisi käyttää nykyistä enemmän telelääketieteen ja telemaattisten sovellutusten mahdollisuuksia. terveydenhuollon alueellisen yhteistyön kehittämisessä. ” Tietotekniikkaa voidaan hyödyntää potilaan lähettämässä sekä palautetiedon antamisessa ja hankkimisessa. (Itkonen 1997.)

Uusien teknologioiden käyttöönotossa kustannuksia voidaan tarkastella kahdella aikaperspektiivillä. Ensinnäkin lyhyellä aikajanaalla kustannukset kasvavat investointien ja uusien käyttökustannusten myötä. Toiseksi pitkällä aikajänteellä teknologia alentaa terveydenhuollon kustannuksia positiivisten terveysvaikutusten vuoksi. (Koivukangas ym. 2000, 20.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa voidaan teknologioita tarkastella kahdesta suunnasta. Ensinnäkin miten ja mitä teknologioita hyödynnetään potilastyössä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa sekä missä mitäkin teknologiaa käytetään (liittyy myös hoidon porrastukseen), esimerkiksi tehdäänkö raskaana olevien äitien ultraäänitutkimus kunnassa

(edellytyksenä riittävän suuret määrät) vai sairaanhoitopiirissä. Toiseksi on teknologian hyödyntäminen hallinnollisessa työssä ja potilastyötä tukevissa tukiprosesseissa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan mainita sähköiset potilastietojärjestelmät. Seuraavat uudet käyttöön otettavat teknologiat ovat muun muassa digitaalinen potilaskertomus sekä alueelliset ja valtakunnalliset potilasrekisterit. Kunnan erikoissairaanhoitoon liittyvien teknologiavalintoihin vaikuttavia toimijoita ovat terveydenhuollon lääkärit ja määrärahojen myöntäjinä poliittiset päättäjät valtuustossa ja lautakunnissa. Vastaavasti erikoissairaanhoidon teknologiavalinnoista vastaavat toimijat ovat lääkäreitä ja kunta voi pyrkiä vaikuttaa valintoihin sairaanhoitopiirissä toimivien luottamushenkilöiden kautta. He voivat linjata ja kohdentaa varoja talousarviossa ja –suunnitelmassa. Päätöksenteon kriteereinä voi olla muun muassa säästöt jossain toisessa tekijässä, turhien läheteiden väheneminen ja palveluiden laadun paraneminen siten, että potilaan turhat uudelleen käynnit vähenevät erikoissairaanhoidossa, koska tunnistetaan nykyistä paremmin potilaan sairaus ja hoito saadaan riittävän ajoissa.

Hoidon porrastus

Sairaanhoito voidaan porrastaa kotona tapahtuvaan hoitoon, terveyskeskuksen vuodeosastohoitoon, erikoissairaanhoitoon ja erityistason sairaanhoitoon (Harju 1993, 11). Hoidonporrastuksessa on huomioitava erikoissairaanhoitolain vaatimukset. Se antaa määräyksiä ja velvoitteita eri osapuolille. Erikoissairaanhoitolain 10 § mukaan ”Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee sille kuuluvia tehtäviä hoitaessaan olla alueensa kuntien sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien asianmukainen suorittaminen edellyttää.” Samoin laissa velvoitetaan sairaanhoitopiiri antamaan alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluita, joita ei ole järkevää tuottaa terveyskeskuksissa. (Erikoissairaanhoitolaki 10 §.)

Hoidon porrastuksella on kustannusvaikutuksia. Esimerkiksi jos hoidon porrastus ei toimi optimaalisesti, potilasta saatetaan hoitaa väärällä porrastustasolla, joka lisää kustannuksia. (STM 1993, 18, 41.) Monet sairauksista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa hyvin kustannustehokkaasti (Palu 1993, 8). Hoidon porrastuksen kehittämisessä on kehitettävää. Hokkasen (1992) mukaan terveyskeskuksissa koetaan ongelmiksi seuraavat asiat: sairaalat eivät tunne terveyskeskusten toimintamahdollisuuksia, potilaita jää turhaan sairaalan kontroleihin, terveyskeskukset eivät saa sairaaloista riittävän hyvin epikriisitietoja ja läheteitä palautetaan liikaa. Sairaalat kokevat terveyskeskuksissa järjestetyt konsultaatiopalvelut tarpeettomiksi, kun taas terveyskeskukset kokevat puhelinkonsultaatiot hyviksi. Ongelmaksi voi

muodostua pitkäaikaispotilaiden pääsy porrastuksen mukaiseen hoitopaikkaan. Samoin erikoissairaanhoidossa saatetaan tehdä perusterveydenhuoltoon kuuluvia tehtäviä. Esimerkiksi vanhuspsykiatria ei edellytä keskussairaalahoittoa, vaan ihmisläheisempää hoitomuotoa. Harjun (1993) mukaan sairaalan kontrolleja voi siirtää terveyskeskukseen. (Harju 1993, 11.)

Kunnan erikoissairaanhoidon kustannusten muodostumisessa on tärkeä keino oman perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon taso. Pirkanmaan Sairaanhoidopiirissä tehdyn tutkimuksen (2004) mukaan se, että mitä monipuolisempi ja kestävämpi perusterveydenhuolto on, sitä vähemmän joudutaan tilaamaan erikoissairaanhoidon palveluita. Osa erikoissairaanhoidon palveluista voidaan siirtää kuntien itsensä hoidettavaksi, jolloin kustannukset saattavat todennäköisesti pienentyä. Yksi vaihtoehto voi olla erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen raja-aidan madaltaminen tai poistaminen. Saumaton yhteistyö sisältää yhteistyön sosiaalitoimen kanssa. Panostaminen perusterveydenhuoltoon, ei automaattisesti tarkoita sitä, että erikoissairaanhoidon kustannukset pienenevät. (Kuosmanen ym. 2004, 34, 37 52-55, 73.) Toisaalta Korttilan ja Kukkasen (1999) tutkimuksessa todetaan, että jos kunnalla on keskimääräistä alhaisemmat perusterveydenhuollon ja/tai sosiaalitoimen käyttökustannukset, niin erikoissairaanhoidon käyttökustannukset ovat vastaavasti keskimääräistä korkeammat (Korttila & Kukkanen 1999, 41). Esimerkiksi sosiaalipuolella vanhustenhuollossa yksikkötasolla pohditaan sitä, kuinka paljon kotipalvelu pystyy helpottamaan paineita muissa hoitomuodoissa (Lumijärvi 1994, 75-76). Kunnissa on näiden syiden vuoksi perusteltua tarkastella kustannuksia kokonaisuutena, jossa mukana ovat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja sosiaalitoimen terveydenhuoltoon liittyvät yksiköt.

Terveyskeskusten toimenpidevalmius tuo mahdollisuuksia hoidon porrastukseen. Suomessa toimenpidevalmius on poikkeuksellisen korkea verrattuna avoterveydenhuollon lääkärin toimenpidevalikoimaan kansainvälisesti. Turusen (1998) mukaan terveyskeskuksen runsas toimenpidetarjonta esimerkiksi endoskooppiset tutkimukset ja kaikututkimukset vähentävät erikoissairaanhoidon poliklinikan käyttöä ennen kaikkea sisätautien erikoisalalla. Samoin terveyskeskuksen aktiivisella toiminnalla pystytään korvaamaan erikoissairaanhoidon sairaansijojen käyttöä ennen kaikkea sisätautien ja neurologian erikoisaloilla. Terveyskeskuksen vuodeosaston peittävyuden kasvaessa kunnan erikoissairaanhoidon kustannukset pienenevät ja kansanterveystyön kustannukset suurenevat kokonaiskustannusten lisääntyessä vain hieman. Konservatiivisten erikoisalojen vuodeosastohoitoa on mahdollista korvata terveyskeskussairaalan aktiivisella toiminnalla, koska terveyskeskuksen vuodeosaston ja varsinkin aluesairaالاتasoisen sisätautiosaston potilaat ovat suurelta osin sama lukuun ottamatta akuuteimpia ja kaikkein vaikeimpia tapauksia. Esimerkkeinä voidaan ottaa rintakipuisen potilaan seuranta, ei-vaikeat astmakohtaukset, vanhusten virtsa- ja hengitystieinfektiot, leikkauksen jälkeinen kirurginen hoito, traumapotilaiden hoito ja muutamien konservatiivisten kirurgisilla osastoilla olevien hoito (kuten sappirakkotulehdus) voidaan järjestää terveyskeskuksen vuodeosastolla. Lisäksi erikoissairaanhoidon lähettämiseen

vaikuttavat terveyskeskuksen vuodeosaston kapasiteetti ja toimintamahdollisuudet päivystysaikana, käytettävissä olevat tutkimus- ja hoitomahdollisuudet sekä lääkärin kokemus (Lantto 2000). Vastaavasti Turunen (1998) nostaa esille toimivan terveyskeskussairaalan ja oikealla tasolla olevan toimenpideaktiivisuuden (Turunen 1998, 133-146).

Terveyskeskuksessa tarjottava erikoissairaanhoidotasoiset palvelut vaativat riittävän suuren käyttömäärän. Näin yksikkökustannukset saadaan kilpailukykyisiksi verrattuna muihin toimijoihin. Jos kehitys vie yhä suurempiin terveysasemiin ja asiakasmäärät kasvavat, tulee mahdolliseksi siirtää erikoissairaanhoidon toimenpiteitä lähelle asiakasta terveysasemalle. Esimerkiksi Keski-Suomessa tehtiin tutkimus liittyen radiologiseen toimintaan. Kustannukset olivat korkeat nimenomaan pienissä toimipisteissä, joissa tutkimusmäärät olivat alle 2 000 tutkimusta huolimatta siitä, että niissä ei ollut enää laitteisiin liittyviä poistoja, koska tasearvot olivat joko nolla tai hyvin pieniä. Esimerkiksi Jokilaakson sairaalassa tehtiin varsin pienelle väestöpohjalle erikoissairaanhoidotasoisia tutkimuksia, kuten tietokonekuvauksia, mammografioita ja doppler-ultraäänitutkimuksia erikoislaitteistoilla. Jokilaaksossa tutkimusten määrä oli pieni, joten niiden yksikkökustannukset olivat myös korkeat. (Lantto 2000.)

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunnilla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon porrastukseen. Kunta voi päättää yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa siitä, mitä tehdään perusterveydenhuollossa ja mitä erikoissairaanhoidossa. Yksi mahdollisuus on harventaa terveysasemaverkostoa ja samalla siirtää osa erikoissairaanhoidon hoidoista perusterveydenhuollon puolelle. Toisaalta siirtoihin saattaa liittyä kustannusriskejä, joita tarkastellaan seuraavaksi sairaanhoitopiiristä perusterveydenhuoltoon siirrettävien tehtävien kannalta

- Investointeja saatetaan tehdä turhaan. Esimerkiksi sairaanhoitopiirissä on ultraäänilaitekunta. Kunta ostaa vastaavan laitteen. Sairanhoitopiirin ultraäänilaitteen käyttö saattaa vähetä, jolloin yksikkökustannus yhtä tutkimusta kohden kasvaa. Ongelmaa ei muodostu, jos käyttömäärät ovat kasvussa ja tarvetta uuden laitteen hankinnalle on ollut sairaanhoitopiirissä ja käytön siirtyessä kunnan perusterveydenhuoltoon uuden laitteen hankinnalta vältytään.
- Kustannukset tulevat kahdesti maksetuksi, esimerkiksi kunta on päättänyt ottaa itselleen hoidettavaksi tietyt erikoissairaanhoidotasoiset palvelut ja varaa uudessa toimipisteessä tiloja erikoislääkäreille. Samaan aikaan sairaanhoitopiirissä ei tehdä omista tiloista luopumista vähenevän käytön mukaan, eivätkä käyttömäärät ole muualla kasvussa. Sairanhoitopiirin tilojen mahdollinen vähenevä käyttö näkyy yksikkökustannusten kohoamisena toiminta-asteen alentumisen vuoksi. Vähenevä käyttö näkyy lisäksi yleiskustannusten jakajan pienenemisenä, jolloin

yleiskustannusten kohdistettava yksikkökustannus nousee. Vaikka sairaanhoitopiiri tekisikin sopeuttamista, ei kunnan lasku erikoissairaanhoidosta todennäköisesti pienene, koska jonoissa olevia potilaita hoidetaan nopeammin eli jossakin toisessa paikassa käyttömäärä saattaa kasvaa.

Hoitoketjut

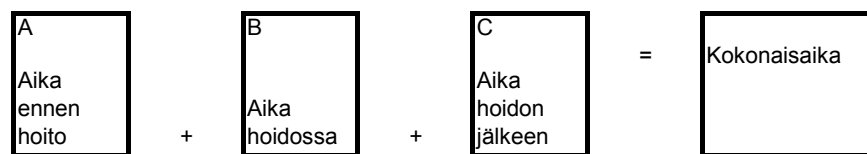
Hoitoketjujen kehittämistyö nähdään tarpeellisena. Hoitoketjujen saumaton toimivuus on kustannushallinnan yksi keino, koska erikoissairaanhoidon kustannukset syntyvät pääosin sairaalan hoitoprosessissa. Tärkeä kysymys on, miten potilaita hoidetaan sairaalassa ja hoito on sopimusten mukaista. Potilaan, ja myös kustannushallinnan, suuri riski on, Rynäsen ym. (1999) mukaan se, että potilas on sairaalan sisällä lähetettävänä erikoislääkäriltä toiselle. Tästä osoituksena ovat sairaanhoitopiirin sisäisten lähetteiden määrät. (Kuosmanen ym. 2004, 41, 73.)

Hoitoketjuissa on kaksi lähestymistapaa sairauden kiireellisyyden mukaan luokiteltuna; kiireelliset ja ei-kiireelliset. Ei-kiireelliset ajanvarauspotilaat ovat lähetteellä tulevia potilaita. Hoito suunnitellaan polikliinisen käynnin yhteydessä, jonka jälkeen hoito voidaan antaa samassa sairaalassa tai hoito voidaan päättää sairaalan poliklinikalla tai potilas ohjataan muualle hoitoon. Sairaalan valintatilanne tapahtuu potilaan lähettäneen lääkärin toimesta joko julkisessa tai yksityisessä terveydenhuollossa. Kiireellisiä ovat päivystyspotilaat, jotka voivat tulla lähetteellä tai ilman lähetettä. He tulevat ilman ajanvarausta, koska potilaan sairaus on ilmaantunut äkillisesti. (Lampinen 2003, 54.)

Hoitoketjuihin vaikuttavat monet tekijät. Ensinnäkin makrotasolla hoitoketjuihin vaikuttavat valtakunnalliset hoitosuosituksot eli asiantuntijoiden näyttöön perustuvat kannanotot tietyn taudin hoidosta ja valtakunnalliset hoito-ohjelmat eli tavoitteelliset ohjelmat, joissa pyritään kokonaisvaltaisesti tietyn taudin hoidon kehittämiseen. Hoitosuosituksia ovat muun muassa Duodecimin Käypä hoito-suositukset ja KELAn lääkekorvaukset. Toiseksi ketjuihin vaikuttavat kuntien ja sairaanhoitoalueiden välillä mesotasolla eli alueellisten hoitoketjujen sisällä sovitut työnjaot kunnan terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä erikoissairaanhoidon välillä. Alueellisissa hoitoketjuissa määritellään missä ja kuka tekee ne asiat, jotka hoitosuositus edellyttää tehtäväksi. Kolmanneksi ovat palveluketjut, jotka on laadittu huomioiden monia palveluita käyttävät potilaat. Se on näin laajempi. Mikrotasolla ovat potilaskohtaiset hoitoketjut. Sairaالاتasolla voi olla myös omia hoitosuosituksia ”toimintaohjeita” tai hoitoketjuja, joissa on läpikäyty työnjako ja potilaan kulku. Makrotasoiset hoitosuosituksot perustuvat näyttöön ja siitä alaspäin mentäessä korostuu asiantuntijan arvio. (Kaila, Kunnamo, Varonen & Lauri 2004, 239-246.)

Hoitoketjun toimivuutta voidaan tarkastella potilaan näkökulmasta. Vohlonen (1997) on tunnistanut hoitoketjun epätoimivuutta ja pituutta. Hoitoketjussa voidaan tunnistaa aika ennen hoitoa, aika hoidossa ja hoidon jälkeinen aika.

Näistä kolmesta saadaan laskettua tervehtymiseen kulunut kokonaisaika. (Vohlonen 1997, 49.)



Kuva 17. Kokonaisaika toimintahäiriöstä potilaan näkökulmasta (Vohlonen 1997, 49).

Hoitoketjujen toimivuutta voivat haitata korjattavissa olevat ongelmat. Esimerkiksi Helsingissä oli ongelmia tiedonkulussa ja hoitovastuussa. Tiedonkulun ongelmia olivat: omalääkärit jäivät tiedonkulun katveeseen ja potilas toimi kliinisen tiedon kuljettajana sekä potilaan tiedonsaanti omasta terveydentilastaan ei ollut varmaa ja se tapahtui viiveellä. Hoitovastuuta koskevia ongelmia olivat koordinoituvastuun epäselvyys, katkokset hoidon jatkuvuudessa erikoissairaanhoidossa nimetyn vastuulääkärien puuttuessa ja terveystieteiden omahoitajien heikko tavoitettavuus. Ratkaisuvaihtoehtoina tulivat: potilastapauksen muodostamisen yleisohje, potilaan hoitokalenteri, potilaan hoitokartta ja hoitosopimuksen malli. (Engeström, Engeström & Kerola, 2001.)

Pirkanmaalla on hoitoketjumalleja, esimerkiksi naisten virtsainkontinenssin primaaridiagnostiikkaan ja hoitoon. Hoitoketjumallissa perusterveydenhuollon mahdollisuudet hyödynnetään ja erikoissairaanhoidon ohjataan vain ne potilaat, jotka todennäköisesti hyötyvät erikoissairaanhoidon puolella tehtävistä hoidoista. Hoitoketjun toimijat ovat TAYS:n naistenklinikka ja fysiatrian klinikka, Mäntän aluesairaala sekä Ruoveden, Virtain ja Kurun terveystieteiden keskus. Projektiryhmän mukaan toimiva hoitoketjumalli selkiyttää työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja ohjaa resursseja mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Ryhmän mukaan hoitoketjumallien laatimisessa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Kujansuu, Törnävä, Mäkinen, Vilenius, Kolu, Matinpöytä, Jokela, Ristilä, Hättinen & Pekkarinen 2002.)

Lisäksi Pirkanmaalla on etsitty hoitoketjuihin ratkaisua prosessiajattelusta. Yksi prosessiajattelua hyödyntävä selvitys on olemassa alaselkäkipupotilaiden hoito- ja kuntoutusprosessista. Selvityksessä on kiinnitetty huomiota potilaiden tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen selkeään työnjakoon eri toimijoiden välillä. Moniongelmaisilla potilailla korostuu tarve moniammatilliseen interventioon, työkyvyn arviointiin ja ammatillisen kuntoutuksen suunnitteluun. Selvityksen mukaan yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä parantaa hoidon laatua. Vastaava selvitys on olemassa selkäydin vammaisen hoidosta ja kuntoutusprosessista. (Siirtola, Mattsen & Musikka-Siirtola 10/2001, 4 ja 11/2001,4.) Samaa prosessiajattelua löytyy Pirkanmaalla

hengityshalvauspotilaiden hoidosta, jonka hoitojärjestelmäsuosituksessa kiinnitetään huomioita työnjakoon, hoidon laatua parantaviin tekijöihin sekä hoito- ja kustannusvastuuseikkoihin (Laasonen, Hietaharju, Jussila, Kontiala, Tulppo & Ylä-Mononen 2002).

Hoitoketjuja kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Hoitoketjut vahvistavat nykyisen terveydenhuoltojärjestelmä rutiineja ilman kyseenalaistamista. Niiden avulla ratkaistaan työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä eri tautiryhmissä. Saarenpää-Seppälän (2004) mukaan hoitoketjurutiineilla ei kuitenkaan ratkaista potilaan hoidon hallinnan ja koordinoinnin ongelmaa. Merkittävä vaikeus on ollut siinä, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asiantuntijalääkärit eivät tunne toisiaan ja suoraa kommunikointia ei ole. Viime vuosina erikoissairaanhoidosta takaisin lähetettyjen potilaiden eri diagnoosimäärät ovat olleet kasvussa. Hoidonporrastuksessa toimijat sopivat keskenään yhteisin sopimuksin kuka hoitaa ja missä. Osapuolten luottamus voidaan saavuttaa sopimuksen avulla. Potilastasolla sopimuksena voidaan tehdä hoitosopimus. Hoitosopimuksessa sovitaan potilaan ja hoitavien osapuolten kanssa toimimisen yhteisestä alueesta. Se on osa potilaan hoitokertomusta. (Saarenpää-Seppälä 2004, 10, 161-164.) Esitetty kritiikki hoitoketjuja kohtaan on korjattavissa sillä, että hoitoketjujen kuvaus tähtää toiminnan kehittämiseen.

Hoitoketjujen toimivuutta on pyritty parantamaan omaneuvoijilla ja palvelusuunnitelmissa. Lex Makropilotti 811/2000 3 §:n mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon omaneuvoijalla tarkoitetaan henkilöä, jonka asiakas on valinnut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujensa ja etuuksiensa toteuttamiseen osallistuvista sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöistä avustamaan, edistämään ja seuraamaan palvelujensa saumatonta toteuttamista. Saumattomalla palveluketjulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä yksikkö on palvelujen järjestäjä ja toteuttaja. Palveluketjusuunnitelma on asiakkaan yhden tai useamman saumattoman palveluketjun toteuttamiseksi ja seuraamiseksi laadittu yksilöllinen suunnitelma. (Grönroos & Perälä 2002, 46.) Tästä yhtensä esimerkkinä voidaan ottaa Pirkanmaan palveluohjaus-projekti perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielenterveyspalveluiden välillä. Palveluohjaus-toimintatavan lähtökohtana on asiakas, hänen voimavaransa ja tarpeensa. Projektin mukaan keinoina voivat olla eri tahojen yhteistyön lisääminen ja toiminnan jäsentäminen sekä asiakkaalle nimetään oma palveluohjaaja, joka toimii yhteyshenkilönä eri tahojen välillä. Omaneuvoijan myötä asiakkaan juokseminen eri asiantuntijoiden luona vähenee ja päällekkäisyydet vähenevät. (Sundström & Kilcku 2004, 6-43.)

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannushallinnan näkökulmasta

Hoitoketjujen alueellinen toimivuus on kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteinen asia, johon liittyy olennaisesti hoidon porrastaminen. Kuntien terveydenhuollosta

vastaavat toimijat voivat vaikuttaa hoitoketjuihin ja niiden rakentumiseen kunnan ja sairaanhoitopiirin välille. Kunta ei voi vaikuttaa suoraan hoitoketjuihin kuten esimerkiksi sairaanhoitopiirin sisäisiin hoitoketjuihin. Kaikkia hoitoketjuja ei ole tarvetta kuvata. Valintaperusteena voivat olla esimerkiksi seuraavat: onko hoitoketjulla laajamittaista käyttöä, onko mukana useita toimijoita, liittyykö hoitoketjuun merkittäviä ongelmia ja miten suuret kustannukset ovat kyseessä. Hoitoketjujen kuvaamiseen on syytä liittää samalla mukaan toiminnan kehittäminen. Potilaan ja myös kustannusten kannalta on tärkeää pohtia tietyissä potilasryhmissä palveluneuvojan ”potilaan projektipäällikkö” käyttöönottoa. Näin varsinkin monisairaalan potilaan hoito hallittaisiin. Palveluneuvojana toimisi luontevasti oma perusterveydenhuollon lääkäri. Hoitoketjut ovat operatiivisia asioita, joten vastuu niiden toimivuudesta ja kehittämisestä voidaan nähdä olevan virkamiehillä ja myös sairaanhoitoalueen lautakunnalla. Palveluneuvojatoiminnan käynnistämisestä voidaan päättää joko terveyslautakunnassa tai valtuustossa.

Hoitoon lähettäminen ja lähetekäytännöt

Sairaalaan lähettäminen on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöalue. Yhteistyöalueella potilas siirtyy terveydenhuoltojärjestelmässä sairaanhoidon hoitoketjussa yksiköstä toiseen. Sairaalalähete on sen tehneen lääkärin pyyntö toiselle lääkärille potilaan tutkimista tai hoitamista varten. (Itkonen 1997,100.) Vastaavaa määrittelyä käyttää myös Toivanen (1997). Hänen mukaansa sairaalaan lähettäminen on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen ilmiö. Lähettävä lääkäri tekee merkittävän taloudellisen toimenpiteen kirjoitettuaan lähetteen. (Toivanen 1997, 1-24.) Erikoissairaanhoidon kustannukset syntyvät aina yksittäisten lääkärin määräämillä hoitopäätöksillä. Tällöin hallinnollisilla ja taloudellisilla sopimuksilla voidaan tukea palvelujen toteuttamista, kunhan työnjakosopimukset ovat olemassa. (Elonheimo & Mattila 2004, 270.) Lähettävillä lääkäreillä ei ole kuitenkaan suoranaista kustannusvastuuta määräämistään erikoissairaanhoidosta. Maakunnissa on luotu raportointijärjestelmä, jossa vertaillaan eri lääkärin erikoissairaanhoidon lähetemääräyksistä keskenään. (Uotila 2004:3, 48.)

Erikoissairaanhoidon pääseminen vaatii lääkärin lähetteen lukuun ottamatta kiireellistä sairaanhoitoa. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä joko lähetteen perusteella tai kutsumalla potilas tutkimuksiin sairaalaan. (Erikoissairaanhoidolaki 31 §, STM 2004:13, 4-5, www.stm.fi.) Lähetteen antajina voivat olla kunnan oma terveyskeskus, yksityislääkärit, muut sairaalat sekä työterveys- ja opiskelijaterveydenhuolto. Kunnan terveyskeskuksella on mahdollisuus seurata erikoissairaanhoidon menevien potilaiden määriä ja samalla tarkkailla kunnan budjettia. Jos lähete tulee muualta kuin omasta terveyskeskuksesta, kunnan terveyskeskus ei voi olla selvillä näiden potilaiden määristä ja heidän aiheuttamistaan kustannuksista reaaliajassa. Sairaanhoitopiirin kuukausiseurannan kautta voidaan tehdä jälkiseurantaa. (Kuosmanen ym. 2004, 39-41.)

Lääkärillä on lakisääteinen oikeus määrätä potilaan diagnoosin vaatimat hoidot. Ristiriitatilanteita voi syntyä muiden normien ja ohjaustekijöiden kanssa kuten esimerkiksi annetut taloudelliset rajoitukset. Ohjaustekijöistä kunnalliset johtosäännöt, budjettirajoitukset ja muut kliinisen työn ulkopuolelta tulevat ohjaustekijät voivat uhata lääkärin mahdollisuutta antaa hyvää hoitoa. Lääkäriliitto ei näe asianmukaisena sääntöjä, joissa potilaan hoitoa koskevat päätökset pyritään siirtämään virkamiehille tai muille elimille, jotka eivät omaa lääketieteellistä asiantuntemusta. (Lääkäriliitto 2005.)

Lääkäri ottaa hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen sekä tekee päätöksen yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta haluamaansa hoitoon, jos lääkäri ei näe sitä tarpeelliseksi. Potilaalle on ilmoitettava, missä ja milloin hänet hoidetaan riittävän aikaisessa vaiheessa. Tilanteessa, jossa terveyskeskus tai sairaala ei pysty hoitamaan potilasta määräajassa, on järjestettävä hoitoon pääsy muualla. Muualla tapahtuva hoito voi olla toisessa sairaanhoitopiirissä tai yksityissektorilla. Järjestely ei saa aiheuttaa potilaalle lisäkustannuksia. Toisaalta potilas voi kieltäytyä järjestetystä hoidosta. (STM 2004:5-8, 13) Sairaalan valinta kuuluu lääkäreiden mielestä kunnalle (Lampinen 2003, 5, 115-119).

Lääkäreiden lähetekäytäntöjä ohjaavat hoitoon pääsystä on tehty suositukset. Suositukset on laadittu yleisimpiin tutkimuksiin ja hoitoihin. Ne eivät kata kaikkea annettavaa hoitoa (www.stm.fi.) Kriteereissä otetaan kantaa erikoisalojen kiireettömän hoidon aiheisiin. Kriteerit ovat elinjärjestelmäkohtaisesti. STM:n oppaassa (2005) todetaan kriteerien tulkinnoista seuraavasti: ”Sisätautialojen kriteereitä tulkittaessa on huomioitava, että valtaosa sisätautierikoisalalan hoitoa vaativista potilaista tarvitsee hoitoa päivystyksenä tai kiireellisesti. Raja kiireettömään hoitoon on usein liukuva ja voidaan määrittää vasta sitten, kun diagnoosiin on päästy. Samoin kriteereissä on painotettu sitä, että hoidon aiheita harkittaessa on huomioitava potilaan kokonaistilanne. Jos kriteereistä poiketaan, asiasta tulee tehdä merkintä sairauskertomukseen.” Lääkäri voi poiketa kriteereistä, jos hoitoon sisältyvät riskit ovat vähäisemmät kuin hoidosta saatava hyöty. Kriteerit ovat kohtuullisen tarkat ja kertovat milloin potilas on oikeutettu saamaan erikoissairaanhoidon palveluita. Alla on esimerkki STM:n oppaasta

**EPÄSELVÄN LAIHTUMISEN JA VÄSYMYKSEN
KIIREETÖN ERIKOISSAIRAANHOIDON KONSULTAATIO
ICD-tautiluokitus**

R53 Aegritudo et lassitudo (huonovointisuus ja väsymys)

R63.4 Reductio ponderis abnormis (poikkeava painonmenetyk)

Perusterveydenhuollon tutkimukset / tehtävät

- Jos potilaalla on toistuva väsymys, lievää painonvaihtelua ja heikkoutta, mutta ei objektiivisia tutkimuslöydöksiä, tilanne ei pääsääntöisesti hyödy erikoissairaanhoidon konsultaatiosta.

**Kiireettömässä lähetteessä edellytettävät tiedot ja läheteindikaatiot
erikoissairaanhoitoon**

Kiireettömän konsultaation edellytyksenä tulee olla vähintään yksi alla luetelluista

tekijöistä. Niiden olemassaolosta huolimatta voi olla perusteltua pidättäytyä konsultaatiosta tai hoidosta, jos siitä ei ole odotettavissa hyötyä potilaan liitännäissairaudet ja muut tekijät huomioiden (esim. hoitomyöntyvyys). Mikäli kriteerit eivät täyty, sairaus pitäisi pystyä pääsääntöisesti hoitamaan perusterveydenhuollossa. Ohjaavista kriteereistä poikkeavat hoitopäätökset on perusteltava kirjallisesti.

- Potilaalla on alle 5 %:n painon lasku, johon liittyy yleisoireita, kuten heikkouden tunnetta tai väsymystä. Syy ei selviä perusterveydenhuollon tutkimuksissa. Erikoissairaanhoidon selvityksiä oireen suhteen ei ole aikaisemmin tehty.

- Potilaalla on ilman syytä tapahtunut painon lasku yli 5-10 %, johon liittyy oireita (esim. väsymys). Syy ei selviä perusterveydenhuollon tutkimuksissa. (STM 2005:5, 13-16.)

Pohdinta kuntien ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunta ja sairaanhoitopiiri ovat avaintoimijoita lähetehallinnassa. Kunta voi ohjeistaa ja seurata lääkäreidensä toimintaa ja esimiehet voivat puuttua tarpeen sitä vaatiessa lääkäreiden toimintaan. Kunnan vaikutuskentän ulkopuolelle jäävät yksityisten toimijoiden lähetteet. Tältä osin merkittävä rooli on sairaanhoitopiirin lähetteen vastaanottavilla lääkäreillä, jotka voivat huolehtia, että yksityinen ja julkinen potilas saavat samanlaisen kohtelun. Kunta voi vaikuttaa epäsuorasti kahdella tavalla. Ensinnäkin kunta voi kirjata sopimukseen edellä mainitun tavoitteen ”yhtäläisestä kohtelusta”. Toiseksi kunnan edustajat hallituksessa voivat vaatia esimerkiksi selvityksen asiasta. Lähetekäytäntöihin vaikuttamalla vaikutetaan palveluiden käyttömääriin.

Portinvartijuus

Perusterveydenhuollon lääkäreiden rooli on tärkeä, koska perusterveydenhuollon lääkäri on usein potilaalle ensimmäinen kontakti terveydenhuollon järjestelmässä. Perusterveydenhuollon lääkäri voidaan nähdä myös portinvartijana. (Oxley & MacFarland 1994, 43.) Yksi mahdollisuus on Englannin tapaan se, että perusterveydenhuollon lääkärit toimisivat portinvartijoina entistä tiiviimmin (Palu 1993, 8). Kunta voi vaikuttaa omiin lääkäreihin ja sairaanhoitopiirin lääkäri voi toimia ”portinvartijana”. Erikoissairaanhoidolain 31 § todetaan seuraavasti ”Jos henkilöllä todettu sairaus tai oire on tarkoituksenmukaisinta hoitaa terveystieteiden keskuksessa, on hänet ohjattava jatkohoitoon asianomaiseen terveystieteiden keskukseseen ja annettava terveystieteiden keskukselle tarpeelliset hoito-ohjeet”. (Erikoissairaanhoidolaki 31 §.)

Esimerkiksi Tampereella on käytössä portinvartijajärjestelmä. Tampereen yliopistollisen sairaalan ensiavussa työskentelee kaupungin oman terveydenhuollon palkkalistoilla oleva lääkäri. Hän tekee tarkastuksen ensiavussa kaikille ilman lähetettä tuleville tamperelaisille. Hän arvioi potilaan

tarpeen sekä ohjaa hänet sairaanhoitopiiriin palveluiden piiriin tai kaupungin omiin yksiköihin tai kotiin, jos hoito voidaan antaa heti. (Kuosmanen ym. 2004, 39-41.) Samoin Keski-Suomessa on käynnistetty vuoden 2006 alussa NOVA-hanke eli nopean vasteen toimintatapa päivystystyössä. Tavoitteena on nopeuttaa päivystyspotilaan hoitoprosessia siten, että nykyistä suurempi osa potilaista siirtyy suoraan kotiin, avohoitoon tai terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle sairaalan vuodeosaston sijaan. Potilaan tilanne ja hoidon sekä hoitopaikan tarve arvioidaan päivystyspoliklinikalla. 80 prosenttia potilaista pyritään ohjaamaan nopean vasteen yksiköstä eteenpäin kahden tunnin kuluessa ja jatkohoitopaikkaan viimeistään kahden vuorokauden kuluessa. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2006.)

Lääkärin osaaminen ja lähettäminen

Lääkärin osaamisen vaikutuksia on tutkittu sairaalatoiminnassa, mutta voidaan olettaa, että vastaavat asiat ovat pääosin samat perusterveydenhuollossa. Lin ja Bentonin (2003) mukaan työnjohtamisessa on tärkeää työvoiman kehittäminen koulutuksen, toimenkuvien laajentamisen sekä esikunnan kompetenssin vahvistaminen. (Lin & Benton 2003.)

Osaamisen merkitystä on tutkittu läheteiden näkökulmasta. Harjun (1993) ja Vehviläisen (1996) mukaan matalat lähetemäärät ovat yhteydessä yleislääkäreiden ammattitaitoon. Lääkärit, joilla on enemmän ammatillista lisäkoulutusta, lähettävät vähemmän kuin heikommin koulutetut lääkärit. Tutkimusten mukaan läheteiden määrän vähentämiseen paras keino on koulutuksen lisääminen. Lisäksi Harjun (1993) mukaan läheteharkinnassa on tarvetta hyödyntää enemmän sairaaloiden erikoislääkäreiden puhelinkonsultaatioita. (Itkonen 1997, 102-105.) Vehviläisen, Kumpusalon, Voutilaisen ja Takalan (1996) mukaan erikoissairaanhoidon konsultaatioiden määrään vaikuttavat terveystieteiden keskuksen lääkärin ikä ja erikoistuminen. Terveystieteiden keskuksen lääkärit lähettävät noin 1,4-5 prosenttia potilaistaan erikoissairaanhoitoon. (Lantto 2000.)

Harjun (1993) tutkimuksen mukaan läheteitä lähettävät vähiten yleislääketieteen erikoislääkärit ja eniten lyhytaikaiset sijaiset. Tutkimuksen yhteydessä tehtiin interventio lähetekäytäntöön, jossa lääkäreitä kehoitettiin keskustelemaan potilaan sairaalahoidon tarpeesta ennen lähettämistä sisäisellä konsultaatiolla ja sairaalalääkärin puhelinkonsultaatiolla. Edellä olevat konsultaatiot vähensivät läheteitä 25 prosenttia. Intervention jälkeen lähetekäytäntö palasi aikaisemmalle tasolle, koska toimintatapaa ei normitettu hallinnollisella normilla. Tutkimuksessa paikkakunnan etäisyys vaikutti sairaalan poliklinikan käyttöön. Kustannukset pysyivät ennallaan vaikka sairaalaa käytettiin vähemmän. Syynä on se, että kunnat joutuvat aina maksamaan sairaalan kustannukset. (Harju 1993, 163-165.)

Hoitohenkilöstön osaaminen nousee esille tärkeänä tekijänä erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Osaava lääkäri voi vaikuttaa erikoissairaanhoidon käytön määrään. Osaamiseen voidaan vaikuttaa rekrytoimalla, kouluttamalla, mentorointijärjestelmillä ja pitämällä osaavat lääkäri pitkään kunnan palvelussuhteessa. Vastuu osaamisesta on kuntien, ja myös sairaanhoitopiirin, operatiivisella johdolla.

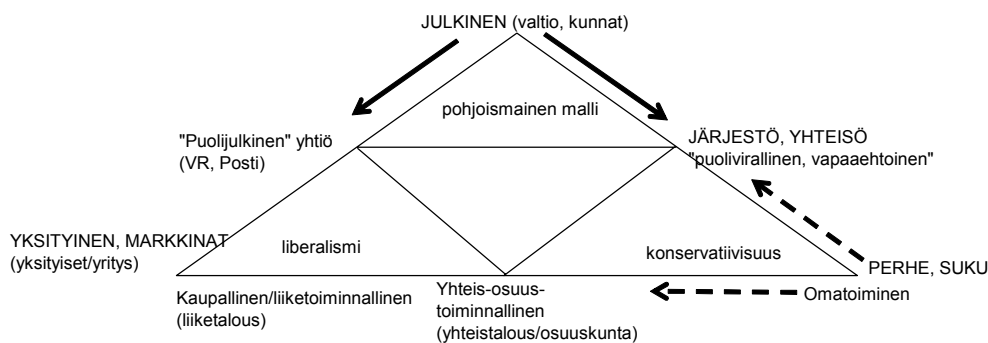
Organisaation kehittämisen keinot

Organisaatiota voidaan tarkastella eri tavoin. Organisaatioita voidaan jakaa rakenteeseen, tavoitteisiin, osallistujiin ja teknologiaan sekä organisaatiota ympäröivään ympäristöön. Organisaatiokäsitettä on määritelty rationaalisesti, naturalistisesti ja avoimella järjestelmällä. Näitä on integroitu toisiinsa, kuten Etzionin (1964) rakenteellisessa lähestymismallissa, Lawrence ja Lorsch:n (1967) tilanneteoreettisessa lähestymisessä sekä Thomsonin (1967) eri tasot sisältävässä mallissa (tekninen taso, johtamis- ja instituutiotaso). (Scott 2003, 18-30.) Samoin organisaatiokäsitettä on lähestytty monesta näkökulmasta. Rakenteellisessa mallissa tarkastellaan organisaatiota tavoitteellisesti. Tavoitepohjaisesti määriteltynä organisaatio on ihmisten joukko ja rakenne, jota ohjataan ja koordinoidaan kohti yhteisiä päämääriä. Järjestelmäohjauspohjaisessa määritelmässä organisaation avulla hallitaan sisään tulevia tuotantotehtäviä, organisaation prosesseja ja suoritteita. Organisaation väline, jonka avulla pyritään hallitsemaan. (Watson 2006,47.) Organisaatiota voidaan lähestyä myös toimintamallien kautta, joita tarvitaan palveluiden tuottamiseksi. Toimintamallit sisältävät organisaatoratkaisut, johtamisjärjestelmän sisältäen esimerkiksi raportointi- ja budjetoitijärjestelmän, palkitsemisjärjestelmän ja tuotantoprosessin. (Lehtinen & Storbacka 1986, 127.) Kehittämisenäkökulma on osa organisaation toimintaa. Etzionin (1970) mukaan organisaatio on joukko sosiaalisia ihmisryhmiä, jotka on muodostettu ja niitä uudistetaan erilaisia päämääriä varten (Etzioni 1970,9).

Hyvinvointipalveluiden organisointiin liittyvät eri roolit ja tehtävät. Hyvinvointipalvelujen, näin myös erikoissairaanhoidon, organisoinnissa voidaan erottaa kolme erilaista roolia ja tehtävää. Nämä ovat valvonta, rahoittaminen ja tuottaminen. (Malkki 1994, 129, Vohlonen 1997,206-207.) Toimijoina ovat rahoittaja eli palvelun ensisijainen maksaja, edunsaaja eli palvelusta hyötyvä, tuottaja sekä valvoja. Edunsaaja voi olla yksityinen tai julkinen organisaatio. Rahoitus voi olla yksityistä tai julkista tai näiden kombinaatio. Palvelujen tuottaja voi olla yksityinen, julkinen tai näiden yhdistelmä. Valvojana voi olla yksityinen tai julkinen taho. (Kiviniemi ym. 1994, 16.)

Organisaation yksi osa on tuotantoprosessi (Watson 2006, 43-44). Organisaatiot voivat tehdä valinnan siitä tuottavatko ne palvelu itse vai ostetaanko palvelut ulkopuolelta. Hyvinvointipalveluiden tuottajina voivat olla

julkinen ja yksityinen sektori sekä perhe ja suku. Lisäksi tuottajina näiden välissä ovat yhä laajemmin toimivat järjestöt ja yhteisöt, puolijulkisen yhteisöt (perustavoitteena on järjestää tärkeät infrastruktuuripalvelut) sekä yksityisen ja perheen välissä olevat osuustoiminnalliset yhteisöt (asumisyhteisöt tai palveluyhteisöt). (Niemelä 1994, 19-22, Myllymäki 2003, 80.) Pohjoismaissa hyvinvointipalveluiden tuotanto on perustunut julkiseen tuotantoon. Yhdysvalloissa pohjana on yksityinen tuotanto. Euroopan maat toimivat perhe- ja sukukeskeisesti. Suomessa on paineita siirtää julkista tuotantoa kohti yksityistä sektoria ja järjestöille. Kotitalouksien puolelta tulee paineita palveluiden tuottamisesta järjestöille. (Niemelä 1994, 19-22.)



Kuva 18. Hyvinvointipalveluiden tuottamisen subjektit ja tuottamisvastuut– kehittyvä ideaalityypittely (Niemelä 1994, 21-22).

Kilpailuttaminen tai yleensä markkinoilta palveluiden ostaminen on yksi vaihtoehto julkisen toiminnan kehittämisen rinnalla. Oman toiminnan kehittämisessä voidaan pyrkiä tuottavuutta ja taloudellisuutta parantamalla alhaisiin kustannuksiin. (Kuosmanen ym. 2004, 42.) Tuottavuuden parantaminen voidaan tehdä organisoimalla uudelleen voimavaroja, substituomalla panoksia eli delegoimalla tehtäviä henkilöstöryhmältä toiselle, korvaamalla henkilöstöä pääomalla esimerkiksi uusilla teknologioilla tai vanhaa pääomaa uudelleen eli muuttamalla terveydenhuollon tuotantotapoja. (Sintonen ym. 1987, 50.) Esimerkiksi Bionin ja Bennetin (1999) mukaan tehohoidon prosessien kehittämisessä nousivat esille henkilöstön osaamisen lisäksi organisaation ja johtamisen kehittäminen (Bion & Bennet 1999, 2-11).

Omaa toimintaa voidaan kehittää kannustamalla henkilöstöä sisäiseen yrittäjyyteen, rakentamalla oikeaan suuntaan ohjaavia kannustin- ja palkkausjärjestelmiä ja/tai kehittämällä kunnan omaa palvelutuotantoa ja/tai yhdistämällä hallintokuntia uudella tavalla. Esimerkiksi palvelutuotantorakenteissa voidaan hakea verkostoratkaisuilla uusia mahdollisuuksia tehostaa palvelutuotantoa tai yhdistää eri organisaatioita keskenään. (Malkki 1994, 133.) Mäkelä (1994) nostaa esille johtamisen sisältäen muun muassa toimintakulttuurit, asenteet, motivaation sisältäen kannustinjärjestelmät (Mäkelä 1994, 147-172). Lumijärven (1985) mukaan klassisen hallintotieteen teorian mukaan johtamisen keskeisimpiä alueita ovat

suunnittelu, organisointi, henkilöstöhallinto, johtaminen, koordinointi, tiedottaminen ja talous. (Autio 1992, 145).

Organisaation kehittämisen ja palvelutuotantovalinta keinoryhmän keinot on jaettu edellä olevien erilaisten näkökulmien kautta seuraaviin keinoihin: rakenteiden ja yleensä oman toiminnan kehittämiseen, palvelutuotantovalintoihin sekä johtamisen osa-alueisiin johtamisosaaminen, kannustinjärjestelmät, sisäinen yrittäjyys ja talous. Palvelutuotantoprosessit ja osaaminen on sisällytetty käyttökohtaan, koska ne näkyvät lyhyellä tähtämellä suoraan potilastilanteessa. Tässä käsiteltävät keinot sisältävät edellytysten luontia eli hallinnollisen tason keinoja keskipitkällä tähtämellä.

Organisaation rakenteiden kehittäminen

Organisaatioiden rakenteet ovat poikkeavat toisistaan palveluorganisaatioissa ja tuotanto-organisaatioissa, koska asiakas on mukana palveluorganisaatioon tuotannossa. Organisaatiota on perinteisesti rakennettu funktionaalisesti, kuten tuotanto ja hallinto. Funktionaalisen organisaation ongelma on se, että ne eivät toimi aina asiakaslähtöisesti. Asiakasta saatetaan siirtää henkilöltä toiselle. Organisaation rakenne voi muodostua myös tuotettavien palveluiden ja asiakasryhmien mukaan. Organisaatorakenteena voi olla lisäksi projektiorganisaatio ja verkko-organisaatio. Projektiorganisaatio voidaan muodostaa toteuttamaan yhtä erityistä asiakaskokonaisuutta. Verkostomainen organisaatio koostuu useasta erillisestä yksiköstä, jotka ovat läheisessä vuorovaikutuksessa keskenään. Riippuvuudet toisista voivat olla teknisiä, tietopohjaisia, ajallisia, taloudellisia, juridisia ja sosiaalisia. (Lehtinen & Storbacka 1986, 128-129.) Kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä voidaan tunnistaa seuraavia verkostomaisia riippuvuuksia toisistaan:

- taloudellisesti kunta on sidoksissa Sairaanhoitopiiriin tilikauden tulos vaikuttaa kunnan omistussuhteesta riippuen kunnan tilikauden tulokseen (konserni).
- kunnalla on juridinen suhde sairaanhoitopiiriin, koska kunta omistaa tietyn osuuden sairaanhoitopiiristä. Juridinen suhde näkyy perussopimuksena. Tätä suhdetta käsitellään omistajaohjaus-luvussa erikseen. Omistus näkyy kunnan taseessa.
- kunnalla on teknisiä suhteita sairaanhoitopiiriin. Teknisestä suhteesta esimerkkinä voidaan ottaa potilastietojärjestelmät.
- ajalliset suhteet liittyvät palvelutuotannon järjestämiseen. Kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä on ajallisia riippuvuuksia.
- kunnan ja sairaanhoitopiirin välillä on sosiaalisen tason vuorovaikutusta eri henkilöiden välillä.

Kunnan terveydenhuollon organisaatorakenteita voidaan lähestyä seuraavasti: kunnan oman organisaation rakenteet, sairaanhoitopiirin rakenteet ja edelliset kaksi kokonaan yhdessä tai osin yhdessä tai kunnan ja yksityisen toimijan yhteiset rakenteet. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon eri tasojen (piirin sisällä) ja terveyskeskusten yhteensovittaminen säästäisi eräiden kuntien

kustannuksia. (Vohlonen ym. 2000, 213.) Siten yksi mahdollisuus on nivoa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon yhdeksi toimijaksi, koska rajapinta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on osin keinotekoinen, potilas ja hoitoketjut ovat yhteisiä.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon (aluesairaala) yhdistämistä on kokeiltu Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Mäntän seudun kunnissa (Mänttä, Vilppula) vuoden 2002 alusta lähtien. Tavoitteena oli saada terveydenhuollon kustannukset laskemaan lähelle Pirkanmaan keskiarvoa 2004, koska kaikkien erikoissairaanhoidon palveluiden keskittäminen yliopistosairaalan tiloihin ei ole kokonaiskustannuksiltaan tehokasta. Lähtökohtana oli asiakaslähtöinen organisointi matalalla organisaatiolla ja palveluprosessien joustavuus. Osaaminen palveluketjujen sisällä ja joustava yhteistyö peruspalveluihin pystytään paremmin turvaamaan erikoislääkäreiden ja erityistyöntekijöiden liikkua yliopistosairaalan ja terveydenhuoltoalueen välillä. Näin on pystytty siirtämään paikallistasolle potilaiden sairauksien polikliinista seuranta ja päiväkirurgiaa sekä lisäämään puheterapian toimintaverkoston osaamista lasten päivittäisessä elämässä. Terveydenhuoltoalueen kustannustaso on laskenut ja samalla hoidon saatavuus ja laatu on osin parantunut. (Lammintakanen 2004, 271-280.) Pirkanmaan sairaanhoitopiiri tiedotteen 13.10.2005 mukaan ” Stakesin ennakkotietojen mukaan Mäntän sairaala oli vuonna 2004 Suomen aluesairaaloista tuottavin, kun tuottavuutta mitataan hoitajaksoina tai episodeina” .Uuden toimintamallin avulla on saatu parannettua terveydenhuollon tehokkuutta. Aluetta on rakennettu henkilöstön kanssa prosessina. (Pirkanmaan Sairaanhoitopiiri 2005.) Junnilan (2005) mukaan järjestelyn myötä on saavutettu seuraavia hyötyjä: ”

1. Mäntän ja Vilppulan terveydenhuollon reaalin menokehitys on kääntynyt lievään laskuun, vaikka Pirkanmaalla ja koko maassa reaali-menot ovat samanaikaisesti nousseet.
2. Terveydenhuollon menot ovat laskeneet vuosien 2001-2003 aikana Mäntässä reaalisesti -5 % ja Vilppulassa - 1 %. Samanaikaisesti terveydenhuollon reaali-menot ovat kasvaneet Pirkanmaalla ja koko maassa + 7 %.
3. Väestön tarpeeseen nähden terveydenhuollon menot ovat kohtuullisella ja tavoitteeksi asetetulla tasolla, kuntien talouden kannalta ne ovat vielä korkeat.
4. Palvelujen käyttö on edelleen hyvin runsasta, mutta väestö kaipaa vielä enemmän palveluja
5. Rakenteelliset järjestelyt päällekkäisyyksien poistamiseksi on suurelta osin saatettu päätökseen, palveluja ollaan nyt kehittämässä sisällöllisesti.
6. Toiminnalliset muutokset ja sairaansijojen määrän vähentäminen on toteutettu, mutta henkilöstömäärää ei ole sopeutettu toiminnan edellyttämälle tasolle.
7. Terveydenhuoltoalue on edennyt nopeasti asetettuja tavoitteita kohti, silti paljon on vielä tehtävää.” (Junnila 2005).

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Terveydenhuollon rakenteiden kehittäminen voidaan nähdä tarpeellisena, jotta sekä yksikkökustannuksia että käyttömääriä hallittaisiin. Rakenteiden kehittäminen on tiivis osa hoitoketjuja ja hoidon porrastusta. Mäntän-malli, jossa on yhdistetty erikoissairaanhoidon-perusterveydenhuolto, on syytä ottaa vakavasti yhtenä kehittämisvaihtoehtona varsinkin keski-suurissa ja pienissä kunnissa. Tähän myös tähtää PARAS-hankkeen piirimalli-ajattelu. Kunnilla on mahdollisuus vaikuttaa rakenteiden kehittämiseen eri tasoilla. Kunta ja kunnanvaltuutetut voivat päättää terveydenhuollon rakenteiden muuttamisesta. Sairaanhoidopiirien rakenteiden kehittämisessä on paljon työtä ja tässä vastuu on erityisesti sairaanhoidopiirin hallituksella ja sairaanhoitoalueiden lautakuntien jäsenillä sekä sairaanhoidopiirin toimivalla johdolla. Kunnan oman terveydenhuollon rakenteiden kehittämisvastuu on terveyslautakunnalla ja toteuttamisvastuu johtavilla virkamiehillä.

Funktionaalinen organisointi ei ole välttämättä toimivin rakenne erikoissairaanhoidossa. Sitä on tarvetta täydentää verkostomaisesti yli organisaatorajojen tehtävällä rakenteella. niin kunnan sisällä kuin kunnan ja erikoissairaanhoidon välillä. Yksi verkostomainen toimintamalli on aiemmin käyttövaiheessa mainitut hoitoketjut, mutta verkostomaista toimintamallia voidaan tehdä lisäksi hallinnollisella tasolla nivoen se johtamiseen, kuten määrittämällä yhteisiä tavoitteita kokonaiskustannuksiin, yksikkökustannuksiin tai käyttömääriin liittyen sekä myös laadullisia tavoitteita.

Palvelutuotantovaihtoehdot

Uuden palvelutuotantotavan valinnan taustalla voivat olla useat syyt. Ensinnäkin taustalla voi olla se, että omat voimavarat eivät riitä palvelujen tuottamiseen tai halutaan etsiä taloudellisempia palveluiden tuottamistapoja. Toiseksi nykyisessä palvelutuotannossa voi olla huonoa laatua tai viiveitä eli uudella palvelujen järjestämisellä halutaan parantaa palvelutasoa, joustavuutta tai tehostaa omaa tuotantoa. Kolmanneksi saattaa olla tarve uudelle palvelulle ja se halutaan antaa ulkopuoliselle tuotettavaksi. Neljänneksi voi olla halu välttää investoinnit. Viidenneksi toiminta voi olla tilapäisluonteista. (Korhonen ym. 2004, 290-291.)

Palvelutuotantovaihtoehtojen ja sen sisältämien markkinaperusteisten mallien käyttämisen tavoitteena voivat olla kustannusten alentaminen (Pasanen 1999, 43), toiminnan tehostaminen, parempi palvelu ja tuloksellisuus sekä individualistisen ideologian toteuttaminen, joka korostaa yksilön valinnanvapautta (Kiviniemi ym.1994, 13- 18, Niskanen 1997, 11). Kustannusten pienentämistä voidaan hakea palveluntuottajien kilpailuttamisen, kilpailun lisäämisen ja palvelutoiminnan tehostamisen, tilaajien ja tuottajien roolien eriyttämisen (muun muassa Iso-Britannia, Uusi-Seelanti ja Ruotsi) sekä potilaiden valinnan vapautta lisäämällä (muun muassa Tanska, Norja ja Ruotsi) (Pasanen 1999, 43).

Markkinaperusteisiin malleihin liittyvää keskustelua on lisännyt kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä näkyvä epäluulo ja luottamuspuola, siitä huolehtivatko molemmat vastuistaan asianmukaisesti. Kuntien epäluulo on johtanut osin siihen, että kunnat ovat alkaneet ottaa vastuuta erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseen ja hankkivat kilpailuttamalla palveluita ohi sairaanhoitopiirien. (Elonheimo & Mattila 2004, 269-270.)

Julkinen hyvinvointipalvelutuotanto voidaan järjestää joko rakenneteorian tai valintateorian mukaan. Rakenneteoriassa korostetaan suurtuotannon etujen saavuttamista edellytyksenä tehokkaalle ja taloudellisesti hoidetulle palvelutuotannolle. Samalla siinä korostetaan kunnan kokoa ja päätöksenteon keskittämistä, jotta toimittaisiin suunnitelmallisesti ja rationaalisesti. Valintateoreettisessa ajattelussa hyvinvointipalvelujen tuotantoyksiköt voivat olla sekä julkisia että yksityisiä että virallisia ja epävirallisia organisaatioita. (Malkki 1994, 129-131.) Terveystieteiden tutkimuksessa esiintyy koko tämä kirjo: kuntien terveyskeskukset, kuntayhtymät, yksityiset terveysasemat ja lääkärit muodostavat terveydenhuollon ”palveluteollisuuden”. Laki antaa siihen mahdollisuuden. (Malkki 1994, 129-131, Erikoissairaanhoidolaki, Ohtonen 2002,76.) Kunnan tehtävänä on tunnistaa palveluiden tuottajat ja tutkia sen jälkeen, mitkä palvelut on mahdollista tuottaa eri vaihtoehtoisilla tuotantotavoilla ja mitkä palvelut jätetään julkisen sektorin tehtäväksi. (Malkki 1994, 129-131.)

Valintateoreettisen mallissa on erilaisia palvelujen tuottamistapoja. Tuottamistapoina voivat olla julkisen vallan järjestämät palvelut, franchising (edustussopimus), tilaaja-tuottajamalli, voucherimalli eli palveluseteli, keskinäiset tukiryhmät ja vapaaehtoiset järjestöt, osuuskunnat ja yhtiöittäminen. (Malkki 1994, 131-152.) Lisäksi yhtenä vaihtoehtona on liikelaitosmalli. Lisäksi julkinen sektori voi perustaa yhteisyrityksen yksityisen sektorin kanssa, kuten esimerkiksi Tampereella perustettu Coxa Oy. Siinä on mukana muun muassa Orton Oy.

Markkinaperusteisiin malleihin voi liittyä seuraavia asioita: käyttäjämaksut, ostopalvelut, tuotantosopimukset, palvelusetelit, reaaliomaisuudesta luopumiset, uudistetut liikelaitokset, uusosuuskunnat, osakeyhtiöittäminen ja sisäinen yrittäjäisyys. (Kiviniemi ym. 1994, 13- 18, Niskanen 1997, 11.) Julkisen organisaation kehityspolku voi olla seuraava: virasto->”vapaavirasto”->liikelaitos->julkinen yhtiö-> yksityistetty yhtiö (Kiviniemi ym. 1994, 13- 14).

Vaihtoehtoisissa palvelumalleissa on eroja verrattaessa rahoitusta, valvontaa ja tuotantoa. Markkinaperusteisessa mallissa julkisen vallan rooli kaventuu, jolloin samaan aikaan asiakkaiden ja markkinoiden vaikutusvalta kasvaa. Vaihtoehtoisia tapoja voidaan käyttää monella eri tavalla; asiakkaan osuus tai julkisen vallan osuus palveluntuottamiskustannuksista voivat vaihdella. Malkin (1994) mukaan ”vaihtoehtoiset tuotantotavat soveltuvat parhaiten palveluihin, joissa on selkeästi kyse asiakkaalle suoritettavasta yksittäisestä toimenpiteestä tai tehtävästä (esimerkiksi lasten päivähoito tai laboratorio- ja röntgenpalvelut)”. Palvelujen tuotannon siirtäminen julkiselta sektorilta on perusteltua, jos asiakkaan oikeusturva ei vaarannu ja yksityinen tai muu tuottaja tekee palvelut vähintään yhtä laadukkaasti kuin julkinen sektori sekä edullisemmin kuin julkinen sektori. Käyttämällä eri tuotantotapoja kannustetaan eri organisaatioita

jatkuvaan toiminnan kehittämiseen ja osoittamaan perusteluja palvelutuotannon jatkumiselle. Vaihtoehtojen käyttämiselle voi kertyä säästöjä, jos maksetaan suoritteiden mukaan eikä mahdollisesta ylikapasiteetista. Samoin roolijako palvelujen tuottajien ja ostajien välillä selventää toimintaa ja auttaa keskittymään olennaisimpaan. Suurin haaste on julkisen sektorin kiinteät kustannukset, ja se miten ne voidaan sopeuttaa tilanteeseen esimerkiksi selvittämällä sen, mikä on paras ajankohta omasta tuotannosta luopumiselle. (Malkki 1994, 146-148.)

Markkinaohjautuvuus ilmenee sairaaloissa paloittaisina markkinamekanismien käyttöönottoina (Niskanen 1997, 187). Vaiheittain tehty käyttöönotto lienee järkevä eteneminen, koska ulkoistamisen kohteeksi sopii vain osa erikoissairaanhoidon palveluista (Ohtonen 2002, 76). Vaiheittain eteneminen on tarpeen, jotta voidaan saada markkinaperusteisen mallin positiiviset elementit täysimääräisesti käyttöön ja pystytään estämään negatiivisten ilmiöiden esiintyminen. Markkinaohjautuvuus lisää sairaanhoidossa kustannustietoisuutta, tehostaa taloudellisesti toimintaa, parantaa mahdollisesti laatua, lyhentää jonoja, ehkä vähentää asiakasmaksujen vuoksi turhia käyntejä, selkeyttää osaamisprofieileja, alentaa yksikkökustannuksia, osoittaa tuotannollisia pullonkauloja, lyhentää potilaiden sairaalassaoloaikaa ja pakottaa kyseenalaistamaan itsestäänselvyksiä. Toisaalta on esiintynyt tiettyjä ongelmia kuten organisaatioiden välistä ristiriitaisuutta, pienryhmien eristäytymistä, organisatorista fragmentoitumista, johdon keskittymistä tulosjohtajalle, strategian epämääräisyyttä, jatkuvaa epäselvyyttä itseohjautuvuuden lisäämisestä vai yhteiseen strategiaan keskittymisen välillä, selkään puukotusta, yli jyräämistä ja jopa tarpeettomien palveluiden tuottamista asiakastyytyväisyyden takaamiseksi ja kustannuslaskennan vaikeuksia. (Niskanen 1997, 187.)

Markkinaehtoiisiin malleihin siirtyminen ei ole kuitenkaan ongelmatonta, koska kuntien terveystalouksien muutosta rajoittaa kilpailevien palveluiden niukkuus tai puuttuminen (Mäkelä 1994,32). Lisäksi yksityisten terveydenhuoltomarkkinoiden ongelmana ovat epäsymmetrinen informaatio ja agenttiongelmia (Vihanto 1996, 87).

Vohlonen (1997) on nostanut esille tärkeän näkökulman: ”Epäjohdonmukaisesti tai epätaloudellisesti toimivien markkinoiden (market failure) tuloksena vaihdettaville hyödykkeille ei synny oikeaa kustannus- ja laatutasoa. Sairastumista, palvelujen kysyntää yhteiskunnassamme ohjaa muu kuin taloudellisesti tarveharkintainen vapaaehtoisuus. Palvelujen tuottamiseen tarvittavien kustannusten ja niistä maksettavan hinnan erotus on katettava voimavaroilla, jotka voisivat vaihtoehtoisesti käytettynä tuottaa enemmän”. Tätä tilannetta hallitaan julkisella ohjauksella, jotta yhteiskunnallisia voimavaroja hyödynnettäisiin tehokkaasti eli saataisiin allokatiivista tehokkuutta lisää. (Vohlonen 1997, 203-204.)

Markkinaperusteiset organisaatiot vaativat suuria organisatorisia muutoksia. Muutoksiin liittyvät aina muutuskustannukset. Riskinä on myös, että ne saattavat vääristää organisaation yhteiskunnallisia tavoitteita. Uudistuksien suurin haaste ja samalla karikko on, miten henkilöstö saadaan muutokseen mukaan. Epäonnistuneille muutoshankkeille tyypillistä oli, että henkilöstöä ei ollut kuunneltu lainkaan. Samoin eri maiden kokemusten mukaan, onnistumisen

edellytyksenä on kilpailun ja kehittyneiden markkinoiden olemassa oloalalla. (Kiviniemi ym. 1994, 25-31.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Palvelutuotantovalinnoilla voidaan vaikuttaa kustannuksiin. Markkinaehtoisten mallien käyttämiseen liittyy kustannusriskejä, jotka on ennakoitava päätöksiä tehdessä. Yksi riskeistä on se, että lyhyellä tähtämellä voidaan alentaa yksikkökustannuksia, esimerkiksi palveluntarjoajien käyttäessä ”markkinoille sisään meno hinnoittelu” strategiaa, mutta pitkällä tähtämellä kustannustasot nousevat vähitellen. Toinen riski on se, että palvelun laatu unohdetaan, jolloin uusintakäyntien määrä saattaa kasvaa. Kolmanneksi on otettava huomioon mahdolliset osaoptimoinnit tuotantotapavalintoja tehtäessä. Esimerkiksi Kuosmanen ym. (2004) nostavat palvelutuotannon järjestämistä ja siinä tehtäviä muutoksia seuraavasti ”Kunnat vastaavat sairaanhoitopiirien rahoittamisesta. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että erikoissairaanhoidon säästeliäs käyttö tai palvelujen hankkiminen muualta ei pitkällä aikavälillä takaa välttämättä todellisia säästöjä. Jos kunnat vähentävät sairaanhoitopiirin palvelujen käyttöä, jäljelle jäävän käytön yksikkökustannukset pyrkivät kasvamaan sairaanhoitopiirin budjetin kattamiseksi.” Sairanhoitopiirit voisivat toimia palveluiden järjestäjinä ja tiedottaa kunnille koko maan erikoissairaanhoidon palvelutarjonnasta. Tällöin kunnat voisivat vertailla ja kilpailuttaa tuottajia keskenään. (Kuosmanen ym. 2004, 69). Kuntien vähentäessä sairaanhoitopiirin palveluiden käyttöä, niin silloin on tarvetta sairaanhoitopiirissä joko sopeuttaa toimintaa alaspäin vähenevän käytön mukaan tai kyetä myymään poistuvaa käyttöä vastaava määrä muualle. Ohtonen (2002) toteaa samoin, että kunnalla on aina viime kädessä rahoitusvastuu kuntayhtymä kapasiteetista ja sen aiheuttamista kustannuksista (Ohtonen 2002, 76). Vohlonen (1997) mukaan nykyisessä rahoitusmallissa ongelmana ovat osaoptimoinnit eri toimijoiden välillä. Ne voidaan välttää, jos hajautetussa julkisessa ohjauksessa otetaan huomioon epidemiologisten ja strategisten muutosten yhteensovittaminen. Kustannusten laskua voidaan saada aikaiseksi voimakkaammalla julkisella ohjauksella sairaanhoidon rahoituksessa ja vapaammalla kysynnän ohjauksella avosairaanhoidossa. (Vohlonen 1997, 208.) Lopuksi on nostettava esille transaktiokustannukset, jotka tulevat uusina kustannuksina markkinaehtoisissa malleissa.

Päätöksenteko palvelutuotantovalinnoista on kuntien luottamushenkilöiden vastuulla. Palvelutuotantovalintoja voidaan linjata esimerkiksi talousarviosta ja –suunnitelmasta päätettäessä.

Franchising

Franchising-mallilla hoidetaan palveluiden ja palveluiden tuotannon jakelua, se perustuu keskusyksikön ja sitoutumattoman paikallisyksikön sopimukseen

(Lehtinen & Sotrbaca 1986, 138). Franchisingillä palveluiden tuotanto voidaan siirtää yksityiselle yritykselle kahdella tavalla: vuokraamalla tuotantovälineitä tai antamalla toimilupa. Julkinen sektori voi vuokrata omistamansa välineet ja tilat, jolloin kunnan riskinä on julkisen sektorin omistamien laitteiden korjaus ja investoinnit. Toimilupatilanteessa yksityinen yrittäjä saa toimiluvan ”concession” alueelliseen monopolimaiseen yritystoiminnan harjoittamiseen omilla välineillään. (Kiviniemi ym 1994, 21.)

Harisalon (1993b) mukaan perinteisessä Franchising- eli edustusopimusmallissa kunta myöntää luvan tuotantoyksikölle palveluiden tuottamiseen. Edustusopimusmallissa tuottaja tuottaa palvelut ja kerää tarvittavat maksut asiakkailta. Palveluntuottaja voi olla velvollinen tilittämään osan tuloistaan kunnalle, joka kattaa kunnan kustannuksia palvelun valvonnasta. Malli sopii hyvin, jos on mahdollisuus saada voittoa. (Malkki 1994, 135)

Franchising-mallin käyttäminen voisi olla ratkaisu nykytilanteessa, jossa on vaikea nähdä eroa milloin lääkäri toimii yrittäjänä ja milloin työsuhteisena. Franchising-mallissa lääkäriyrittäjä maksaisi joko kuukausikorvausta tai tiettyä prosenttia liikevaihdosta kunnalle tai sairaanhoitopiirille liittyen esimerkiksi työtilan, välineiden ja yhteisten vastaanottopalveluiden käyttöön. Lääkäriyrittäjä voisi näin myydä palveluitaan sekä kunnalle/sairaanhoitopiirille että suoraan kuntalaisille. Norjassa on ammatinharjoittajamalli, jossa lääkäri tilat, laitteet ja avustavan henkilökunnan ilmaiseksi. (Mäntyselkä, Aira, Myllykangas, Vehviläinen & Kumpusalo 2511, 2006.)

Yrittäjöpohjaisiin malleihin siirtyminen ei välttämättä ole helppoa, saati nopeaa tai edes mahdollista. Mäntyselän, Airan, Myllykankaan, Vehviläisen ja Kumpusalon (2006) tutkimuksen¹¹ mukaan suurin haaste yrittäjöpohjaisessa mallissa on vastustus, jota on kuntien luottamuselimissä, hallinnossa ja myös lääkärien joukossa. Lääkäreiden kielteisyys liittyy pelkoon hallinnon vaikeudesta, työmäärän kasvamisesta ja nykyisten etujen menettämisestä. Hallinnon kielteisyys liittyi aatteellisiin tekijöihin sekä pelkoon kansanterveystyön rapautumisesta, kustannusten kasvusta ja kontrollin menettämisestä. (Mäntyselkä ym. 2006, 2511.)

Pälveen (2006) mukaan, kun virkoja ei saada täytettyä, kunnat joutuvat ulkoistamaan perusterveydenhuollon töitä sekä lääkärivuokrausyhtiöille että ammatinharjoittajille. Ammatinharjoittajien eläkejärjestelmissä on haasteita, koska tulkinnat eivät ole selviä. (Pälve 2006, 2455.)

¹¹ tutkimus kohdistui terveyskeskuksiin ja siellä tapahtuvaa ammatinharjoittamiseen. 16 prosenttia vastaajista kannatti terveyskeskustoiminnan yksityistämistä. Nuoremmat lääkärit suhtautuvat positiivisemmin yksityistämiseen. Yrittämiseen suhtaudutaan varauksellisesti huolimatta siitä, että monet terveyslääkärit toimivat kuitenkin sivutoimisesti yrittäjinä ja vielä useampi on harkinnut siirtymistä yksityislääkäriksi. Puutteena nähtiin yrittäjyyteen liittyvä osaamisen puuttuminen. (Mäntyselkä ym. 2511-2517.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Franching-mallia on hyvä tutkia kunnissa yhtenä ratkaisu mahdollisuutena lääkäripulaan. Lääkäripulan ratkaiseminen on myös erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnassa avainkysymyksiä, koska näin voidaan hoitaa potilaita enemmän perusterveydenhuollossa ja vähentää lähetteen määrää. Lisäksi sairaanhoitopiireissä mallin käyttöä olisi hyvä tutkia.

Yhtiöittäminen ja yksityistäminen

Yhtiöittämisellä tarkoitetaan kunnan oman organisaation tehtävän tai toiminnon siirtämistä perustettavaan yksityisoikeudelliseen yhtiöön. Etuina ovat päätöksenteon nopeutuminen, tulosalueiden vastuiden selkiytyminen ja joustavuus sekä saavutettavat taloudelliset edut. Haittoja ovat ristiriitojen syntyminen tavoitteissa sekä ohjaus- ja koordinoitijärjestelmien puutteellisuus. Yhtiöittämisestä on vaikea löytää hyötyä, jos toimintaa ei saada kannattavaksi. Yhtiöittäminen sopii suurtuotantoon ja mittavien palveluiden järjestämiseen. (Malkki 1994, 144-145.) Liikelaitoksia ja virastoja voidaan organisoida osakeyhtiölain mukaisiksi osakeyhtiöiksi. Yhtiöittämisellä haetaan organisatorista tehokkuutta ennen kaikkea kilpailutilanteessa. Niiden katsotaan mahdollistavan paremman tuloksen ja tehokkaamman tulosseurannan. (Kiviniemi ym. 1994, 23.)

| Etuja | Mahdollisuuksia |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Päätöksenteon nopeutuminen ja toiminnan joustavuus | Paremmat yhteistyömahdollisuudet yksityissektorin kanssa |
| Rahoitusmahdollisuuksien monipuolistuminen | Tehokkaampi toiminta |
| Tulostavoitteiden selkeys | Taloudellisempi toiminta |
| Vastuualueiden selkeys ja liikkumavaran lisääntyminen | Kunnan taloudellisen aseman parantuminen |
| Haittoja | Uhkia |
| Ohjaus-, koordinointi- ja seurantajärjestelmän puutteellisuus | Yhtiöiden ajautuminen eri linjoille kaupungin (kunnan) tavoitteiden kanssa |
| Yhtiön ja kunnan intressien ristiriitaisuus | Demokraattisen kontrollin heikkeneminen |
| Tiedottamiseen liittyvät heikkoudet | Kunnan talouden kokonaistilanteen hämärtyminen |

Kuva 19. *Tupakan (1992) mukaan yhtiöittämisen edut, haitat, mahdollisuudet ja uhat (Malkki 1994, 145).*

Kunnalliset osakeyhtiöt, jotka ovat pääosin kuntien omistuksessa, ovat osa julkista sektoria. Yksityistäminen tapahtuu, jos kunta myy osakkeensa ulkopuolelle. (Kiviniemi ym. 1994, 26.) Liikelaitostaminen ja yhtiöittäminen ovat muuttaneet toimintaa monella tavalla positiiviseen suuntaan. Omistajatahojen tekemä poliittis-hallinnollinen ohjaus ja yhteiskunnalliset velvoitteet ovat vähentyneet, yhteistyö muiden alan organisaatioiden kanssa on lisääntynyt, johtaminen on muuttunut tulosjohtamiseksi, taloudellinen liikkumavara on lisääntynyt ja kehittynyt suotuisasti, hintapäätösten teko on itsenäisempää ja kevyempää. Samoin yksiköt ovat etsineet itselleen tuloja ja kustannussäästöjä, kehittäneet uusia tuotteita samalla karsien vanhoja tuotteita ja ne ovat ottaneet käyttöön uutta teknologiaa. Lisäksi palveluverkostot eivät ole kasvaneet samassa mitassa kuin palvelujen tarjonta, eivätkä henkilöstömäärät ole lisääntyneet vastaavasti. Samalla organisaatiot ovat madaltuneet ja organisaatioihin on luotu asiakaspalautejärjestelmiä. (Kiviniemi ym. 1994, 37-58.)

Yhtiöittämistä seuraa usein yksityistäminen. Yksityistäminen on edennyt globaalisti. Monet maat ovat omaksuneet yksityistämisen. Näitä maita ovat muun muassa Euroopassa, Latinalaisessa Amerikassa ja nyt jopa Itä-Euroopan maissa. (Fraser & Wilson 1988, Graham & Prosser 1991,1.) Yksityistäminen on uudehko ilmiö, koska pitkälle viime vuosisadalle asti yhtiöitä otettiin valtioiden haltuun (Fraser & Wilson 1988, 1-9).

Yksityistäminen eli organisaation myynti ”privatization” voidaan tehdä myyntinä yhdelle strategiselle ostajalle ”private sale”, laajalle yleisölle pörssissä ”stock market flotation”, yrityksen johdolle tai työntekijöille ja asiakkaille. Näin voidaan myydä vain osa yritystä, jolloin julkiselle sektorille voi jäädä määräysvaltaa varsinkin, jos osakkeet ovat muita äänivaltaisempia. (Kiviniemi ym. 1994, 21.)

Perusteluna yksityistämiselle on ollut se, että ne nähdään toiminnallisesti ja taloudellisesti tehokkaampina kuin julkisen sektorin omistamat laitokset (Aho 1993, 7, Kiviniemi ym. 1994, 21). Knuutilan (1994) tutkimuksen mukaan yksityistämisen tulee olla tarkoituksenmukaista (Knuutila 1994, 74-75). Yksityistäminen on Yarrowin (1986) mukaan pyrkimys pilkkoa dominoivat yritykset keskenään kilpaileviksi yksiköiksi ja siten varmistaa kilpailuolosuhteet (Aho 1993, 6, Kiviniemi ym. 1994, 26).

Ulkoinen ympäristö vaikuttaa voimakkaasti siihen, miten yksityistäminen onnistuu. Yksityistäminen onnistuu, jos markkinoilla on kilpailua. Yksityistettyjen organisaatioiden tuottavuuden kehitystä tarkasteltaessa on syytä olla kriittinen, koska tuottavuus voi olla myös yleisen taloudellisen suuntauksen ansiosta parantunut. Useissa tapauksissa esimerkiksi Englannissa tuottavuuden nousu ja sen kasvukehitysnäkymät ovat olleet syy ja yksityistäminen seurausta eikä päinvastoin. Englannin kaikissa tapauksissa yksityistäminen ei ole näkynyt hinnoittelussa varsinkaan, jos toimija on ollut määräävässä markkina-asemassa; hinnoittelussa on käytetty keskimääräisiä kustannuksia eikä rajakustannuksia. Luonnollisten tai lakisääteisten monopolien tai voimakkaasti säädellyissä olosuhteissa olevien organisaatioiden yksityistäminen ei välttämättä takaa, että omistusmuodon muuttaminen lisääisi tehokkuutta. Omistusmuodon muuttamisen

lisäksi on tarpeen muokata yritys rakenteita ja lisätä kilpailupainetta sisäisessä tehokkuudessa. Yksityistämisen riskinä voi olla, että julkista varallisuutta myydään alihintaan, unohdetaan kilpailun edistäminen ja tehokkaan sääntelyjärjestelmän luominen. (Aho 1993, 15-44.)

Pilkkominen on hyvä vaihtoehto kilpailun lisäämiseksi. Pilkkomisessa on varottava, ettei se merkitse mielekkäiden taloudellisesti toimintakykyisten kokonaisuuksien purkamista, joissa synergiaedut ovat suuret. Yksityistämisen muita toimintatapoja ovat yrityksen kertamyyni, myynti asteittain, rakentamalla alliansseja ja fuusioita, myymällä merkintäoikeuksia, suunnatuilla aneilla sekä yrityksen myynti henkilökunnalle ja/tai johdolle. Yksityistämisstrategiaan vaikuttaa ensisijaisesti asetetut tavoitteet. (Aho 1993, 29, 52.)

Englannissa NHS aloitti terveydenhuollon yksityistämisen vuonna 1979. Toimenpiteinä olivat laajempi yhteistyö NHS:n ja yksityisen sektorin kanssa sekä lisääntynyt kilpailu kansallisesti, ruokapalveluissa ja pesulapalveluissa NHS:n itsensä sisällä. 1988 mennessä oli paikallis- pesulapalveluista ulkoistettu ja pääosa ruokapalveluista. Muutoksella saatiin säästöjä. (Fraser & Wilson 1988, 89-91.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon näkökulmasta

Toiminnan yhtiöittäminen tai yksityistäminen ei ole paras keino erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa, jos vastaavaa voidaan toteuttaa tehokkaammin muilla keinoilla. Lisäksi se edellyttää riittävän määrän toimijoita ja yhteiskunnan vaatiman varautumistehtävän varmistamista. Yhtiöittämisen (ja myös yksityistämisen) näkökulmasta katsottuna sairaanhoitopiirin sisällä on sellaisia palvelutoimintoja, joille on olemassa markkinoita, kuten laboratorio- ja tukipalvelut.

Liikelaitos markkinaehtoistamismallina

Liikelaitostaminen on julkisen sektorin tapa markkinaehtoistaa palvelu- ja tavaratuotantoaan. Sen ero yksityiseen yritykseen tulee siitä, että liikelaitoksien tehtävänä on huolehtia poliittisten päätöksentekijöiden määrittämästä yleisestä edusta. Julkisten liikelaitosten tulee tuottaa yhteiskunnalle yhtä paljon hyötyä kuin ne aiheuttavat kustannuksia. Kunta ja valtio voivat rahoittaa liikelaitosten toimintaa ostamalla niiltä palveluita tai maksamalla korvauksia, kun nettohyödyt ovat yhteiskunnalle merkittävät. Nykyisin liikelaitoksille asetetaan tulosvaatimuksia. Valtion liikelaitoksissa 1980- luvulla haettiin tuottovaatimusta pääomalle sekä liikekirjanpidollista taloudellista tulosta. (Kiviniemi ym. 1994, 22.)

Liikelaitostamisen ja yhtiöittämisen etuina ovat kilpailukykyyn ja palvelujen laadun paraneminen, oma taloudellinen vastuu, johtamisen edellytysten paraneminen, hallinnon keventyminen ja päätöksenteon nopeutuminen.

Liikelaitostyyppinen ratkaisu saattaa olla yksi vaihtoehto erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoidopiiri voisi toimia tilaajana ja edustaisi peruskuntia. Sairaanhoidopiirin poliittis-hallinnollinen johto toimisi tilaajana sekä sairaala ja muut yksiköt toimisivat tuottajina. (Kuosmanen ym. 2004, 72.)

Yhteiset yritykset, keskinäiset tukijärjestöt, vapaaehtoisjärjestöt ja osuustoiminta

Eri toimijat voivat muodostaa yhteisiä tuotannollisia yrityksiä. Yhteisyritys on useamman oikeudellisen henkilön muodostama erillinen ja pysyväksi tarkoitettu oikeushenkilö. Perustajat omaavat määräysvallan yrityksessä. Yhteistoiminta voi perustua myös sopimukseen, ilman oikeushenkilön perustamista. Yhteisyritys voi toimia horisontaalisesti eli samalla toimialalla tai vertikaalisesti emoyhtiöiden liiketoiminnan ylä- tai alapuolisilla markkinoilla tai diagonaalisesti eri liiketoiminnan alalla ja markkinoilla kuin emoyhtiöt. Yhteisyrityksiä voidaan myös luokitella niiden tarkoituksensa mukaan valmistukseen, jakeluun, ostoihin jne. (Händelin 1996, 56-57.)

Yhteisyrityksen hyötyinä voivat olla täydentävän teknologian ja tutkimusmenetelmien käyttö, pääoman hankkiminen, riskinjako, yrityskoon suurentamisella saatavat hyödyt, markkinoille pääsy, markkina-aseman vahvistaminen ja ylikapasiteetin purkaminen sekä sisämarkkinoiden toteutumisen edistäminen ja kilpailukyvyyn parantaminen. Joskus motiivina voi olla kilpailun rajoittaminen. (Händelin 1996, 57-58.)

Haittoina voivat olla monopolien kasvu, markkinoiden jakaminen ja alalle pääsyn estäminen. Horisontaalisissa yhteisyrityksissä haittoina voivat olla ylihinnat ja suorituskyvyyn lasku johtuen muun muassa määräävästä markkina-asemasta. (Händelin 1996, 58.)

Yksi tuotantotapa on keskinäiset tukiryhmät. Keskinäisen tukiryhmät ovat ihmisten vapaaehtoisesti muodostamia ryhmiä. Niissä auttavina osapuolina ovat toiset ehkä saman ongelman läpikäyneet ihmiset. Esimerkkeinä keskinäisistä tukiryhmistä näistä ovat AA-kerhot, perheväkivallasta kärsineet ja sairaaloissa lapsia hoitavien ja omaisensa menettäneet ryhmät. Vapaaehtoisia järjestöjä ovat Suomen Punainen Risti, kylätoimikunnat ja Mannerheimin Lastensuojeluliitto sekä Kirkon toiminnot. Järjestöt ovat yhä enenevässä määrin tulossa peruspalveluiden tuottajiksi. (Malkki 1994, 139.) Järjestöt ovat saaneet tukea Raha-automaatti yhdistykseltä. Tuen antamista on aloitettu vähentämään, jonka on riskit siitä, että lähivuosina järjestöjen palvelutuotanto vähenee. Se tulee näkymään myös kuntien taloudessa, koska järjestöjen palvelutuotantohintoja alentaa saatu tuki. Lisäksi merkittäviä toimijoita ovat syöpäjärjestöt ja muut elinsairauksien omat potilasjärjestöt.

Osuuskunta on jäsenyhteisö, jossa päätösvalta perustuu ”jäsen” ja ”ääni” periaatteelle ja osuuskunnan tulos jaetaan jäsenille sen mukaan missä suhteessa he ovat käyttäneet osuuskunnan palveluita. (Kiviniemi ym. 1994, 23). Osuustoiminta on yhteenliittymä, joka toimii yhteisten taloudellisten, sosiaalisten ja koulutuksellisten tavoitteiden saavuttamiseksi yritysmäisessä muodossa. Osuustoiminnalla on kaksi puolta; toimintaa, joka edistää jäsentensä poliittisia

ja/tai sosiaalisia etuja sekä osuustoimintaa, joka edistää jäsentensä taloudellisia intressejä. Osuustoiminnan tehtävä on turvata jäsentensä palvelujen tai tavaroiden saanti mahdollisimman edullisesti. (Malkki 1994, 141.) Skurnik (2005) on nostanut esille osuustoiminnan osana kuntien palvelutuotantotoimintaa ja sen voisiko osuustoiminnasta ottaa kunnissa oppia. Osuustoiminnan ajattelun lähde ei lähde maksimaalisesta ahneudesta vaan kohtuullisuudesta. (Skurnik 2005.)

Erikoissairaanhoidossa on olemassa jo edellä mainittu periaate. Kuntayhtymä on eräänlainen osuuskunta, jonka tehtävänä on turvata jäsenten palveluiden saanti laadukkaasti ja kustannustehokkaasti.

Johtamisosaamisen kehittäminen

Palveluorganisaation johtajilta edellytetään toimimista lähellä asiakasta ja tärkeää on oma esimerkki. Palveluorganisaation johtaja palvelee henkilöstöön luomalla mahdollisuuksia. Palvelujohtamisessa on viisi pääosaa: liiketoiminnan logiikka, tarkoitus, toimintamallit, perusarvot sekä kulttuuri ja palvelukulttuuri. Johtamisosaamiseen kuuluvat menetelmäkokemus, ihmisten johtamiskokemus, toimialakokemus ja asiakaskokemus. (Lehtinen & Storbacka 1986, 31-132.)

Lisäksi on nostettava esille muutostoiminnan merkitys, koska seuraavina vuosina muutosten tekeminen on selkeästi tarpeellista. Malkin (1994) mukaan oleellinen kysymys suomalaisella julkisella sektorilla on, kuinka muutosta kyetään ja pystytään johtamaan (Malkki 1994, 134). STM (1993) kiinnitti samaan asiaan huomiota vuotta aiemmin. Johtajien valikoitumisessa on ollut puutteita; johtamiskokemukseen, - koulutukseen ja – taitoon ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Valinnat olivat perusteltu lähinnä peruskoulutuksella, tutkimuksellisilla tai poliittisilla ansioilla. Jo tuolloin kiinnitettiin huomioita hallinnonalojen riittämättömään yhteistyöhön, joka näkyy ennen kaikkea ennalta ehkäisevässä työssä. Tilannetta voidaan parantaa johtamiskoulutuksella, pätevyysvaatimusten tarkistamisella, asiakaspalautteen käyttönä osana johtamista ja lisäämällä koulutukseen substanssialoilla johtamiskysymyksiä. (STM 1993, 48.)

Johtaminen on yksi tärkeimmistä asioista, on kyse sitten erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon johtamisesta, esimerkiksi perusterveydenhuollon toimimattomuuden syitä voidaan hakea osin johtamisesta ja resurssien puutteesta. Vehviläisen, Takalan, Liukon, Kujalan ja Takalan (2002) mukaan työoloihin terveyskeskuksissa ei olla tyytyväisiä. Terveyskeskuksesta lähtemisen syinä ovat pakkotahtisuus, kiire, erikoistumisen tarve ja uusi työpaikka. (Mäntyselkä 2006, 2516.)

Pohdinta kunnan ja erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Johtamisosaaminen on edellytys organisaation toiminnalle. Johtamisella vaikutetaan organisaation henkilöstön toimintaan ja näin kustannusten

muodostumisen osa-alueisiin, esimerkiksi huono työnjohto perusterveydenhuollossa voi johtaa kasvaviin lähetemääriin erikoissairaanhoidon. Toinen esimerkki on työn pakkotahtisuus ja kiire, johon vaikuttaa se, miten päivittäistä työtä johdetaan ja myös resurssien riittävyys. Vastuu johtamisesta on kuntien ja erikoissairaanhoidon virkamiesjohdolla. Kuntien luottamushenkilöt sairaanhoitopiiriin hallituksessa ja valtuustossa voivat vaikuttaa esimerkiksi asettamalla strategiseksi tavoitteeksi johtamisosaamisen vahvistamisen. Lisäksi kuntien edustajat hallituksessa voivat osallistua sairaanhoitopiiriin ylimmän johdon valintoihin. Hyvä johtaminen on tärkeä perusta kuntien erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa.

Sisäinen yrittäjyys

Yksi oman toiminnan johtamismalli on sisäinen yrittäjyys. Yrittäjyyttä on yritetty luoda tulosityksiköillä ja palkitsemisella. (Lehtinen & Storbacka 1986, 132.) Sallin (1998) mukaan sisäisellä yrittäjyydellä tarkoitetaan henkilöstön käyttöä uudenlaisena muutosvoimana, jossa henkilöstö etsii uusia mahdollisuuksia, hakee uudistuksia, on joustava toimeenpanossa, on valmis riskinottoon ja ulkopuolisten resurssien etsimiseen. (Malkki 1994, 133.) Sisäistä yrittäjyyttä voi luonnehtia korostuneeksi oma-aloitteellisuudeksi, vastuuntunnoksi ja sitoutuneisuudeksi. Se voi myös konkretisoida ulkoiseksi yrittäjyydeksi. Sisäinen yrittäjyys vaatii organisaation pilkkomista pieniksi osiksi – tulosityksiköiksi. (Niskanen 1997, 13.) Sisäinen yrittäjyys tarkoittaa julkisen sektorin sisäisen toiminnan vapauttamista siten, että esimerkiksi tulosityksikön johtajalla on valta ja vastuu toiminnan tuottamisesta yrittäjämäisesti. Tavoitteena on toiminnan taloudellisuus ja tehokkuus. Käsite on lähellä henkilöstöyritystä, jossa kunnan entinen henkilöstö tekee liiketoimintaperiaatteiden mukaisesta palvelutuotantoa kunnan omistamalla välineillä ja kunnan tiloissa. Sisäisen yrittäjyyden kannustamisen välineitä ovat tulospalkkiot, byrokratioista vapautuminen ja tuloksellinen toiminta. Sisäistä yrittäjyyttä toteutetaan nettobudjetoituilla tulosityksiköillä, tulosjohtamisella ja sisäisillä markkinoilla. (Kiviniemi ym. 1994, 24.)

Heinonen ja Paasio (2005) toteavat seuraavasti sisäisestä yrittäjyydestä ja ulkoistamisesta: "Ulkoistamisessa, yksityistämisessä tai kilpailuttamisessa tehokkuusvaatimus ikään kuin siirretään kuntaorganisaatiosta pois. Tehottomuus jää kuntaorganisaation vanhoihin toimintatapoihin. Sisäisessä yrittäjyydessä ei näin tapahdu, vaan kehittäminen tapahtuu nimenomaan kuntaorganisaation sisällä työyhteisön toimintatavoista ja työntekijöistä käsin. Vaikka kysymys on konkreettisesta työkuulttuurin muutoksesta, tutkimus osoittaa, että pienetkin muutokset työtavoissa voivat merkitä suuria muutoksia tuloksellisuudessa. Sisäinen yrittäjyys kehittää omia työtapoja ja tehokkuutta." (Heinonen & Paasio 2005).

Kankaan ja Kujalan mukaan (2004) mukaan sisäistä yrittäjyyttä pyrittiin rakentamaan perusterveydenhuoltoomme, kun Suomessa rakennettiin väestövastuu lääkärijärjestelmää. Järjestelmässä haluttiin antaa lääkärin

toimenkuvaan yrittäjyyden elementti. Tässä ei kuitenkaan ole onnistuttu. (Mäntyselkä ym. 2006, 2511.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Sisäistä yrittäjyyden periaatteet ovat hyvä keino myös erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Sitä voidaan käyttää keinona niin kunnan toiminnoissa kuin sairaanhoitopiirissä.

Kannustinjärjestelmät ja lääkärin toiminta

Palkitsemisella voidaan vaikuttaa työntekijän motivaatioon. Sitä voidaan antaa rahallisesti ja henkisesti, kuten positiivisten palautteiden antaminen. Jotta palkitsemisen avulla lisätään esimerkiksi tuottavuutta, tulee tuottavuustavoitteiden saavuttaminen olla yhtenä palkitsemisperusteena. (Lehtinen & Storbaca 1986, 92) Yksi tapa ohjata toimintaa on vaikuttaa työntekijöiden toimintaan. Esimerkiksi lääkärin toimintaan voidaan vaikuttaa palkkauksen avulla. Lääkärille voidaan maksaa suoriteperusteista, kuukausipalkkaa tai kapitaatioperusteista palkkaa. Suoriteperusteisessa palkassa lääkäri saa palkkaa tehtyjen suoritteiden mukaan. Kuukausipalkassa lääkäri saa tietyn ja saman palkan sovitun kuukausituntimäärän mukaan. Kapitaatioperusteisessa järjestelmässä lääkäri saa etukäteen määritellyn korvauksen kustakin hänelle listautuneesta tai hänen väestövastuuseen kuuluvasta asiakkaasta. Viimeksi mainittu on käytössä useiden maiden perusterveydenhuollossa. Lääkäreiden käyttäytymiseen eivät vaikuta kuitenkaan vain taloudelliset palkkiot, vaan etiikalla, lainsäädännöllä, jatkokoulutuksella, ammatillisella ylpeydellä ja monilla muilla tekijöillä on merkitystä lääkärin toimintaan. (Niemelä 1999, 71.)

Tulospalkkausjärjestelmien rakentaminen on mahdollista myös terveydenhuoltoon. Tulospalkkausjärjestelmät kytkeytyvät toiminnan kehittämiseen ja toimintatapojen muuttamiseen sekä hyvään johtamiseen. Samoin henkilöstö on kokenut tulospalkkauksen kunta-alalla positiivisena asiana. Tulospalkan suuruus vaikuttaa järjestelmän onnistumiseen. Tulospalkkausjärjestelmä perustuu selkeille tavoitteille sekä mittareille. (Ylikorkala, Hakonen, & Hulkko 2005, 85).

Ostamisen keinot

Ostaminen on yksi keinoista vaikuttaa kunnan erikoissairaanhoidon kustannuksiin, esimerkiksi kilpailuttamisen tavoitteeksi voidaan asettaa ostohintojen alentaminen. World Health Report (2000) nostaa strategisen ostotoiminnon keskeiseksi keinoksi terveydenhuollon suorituskyvyn

parantamiseksi. Maiden on hyvä siirtyä passiivisesta ostomallista, joissa seurataan ennalta määriteltyjä budjetteja tai yksinkertaisimmillaan maksetaan laskuja, strategiseen ostotoimintomalliin päättämällä, mitkä terveydenhuollon palvelut ostetaan, kuinka ja keneltä. Terveydenhuollon järjestelmät ovat jo muuttuneet monissa Euroopan maissa kohti ostajan ja tilaajan erottamista. Kun hierarkkiset suhteet heikentyvät, ostotoiminnan kehittäminen on nähty tehokkaana strategiana, jotta voidaan vastata väestön terveystarpeisiin ja lisätä tuottajien tehokkuutta. (Figueras, Robinson & Jakubowski 2005.) Erikoissairaanhoidon ostamiseen liittyvä toiminta on Suomessakin vielä alkuvaiheessa. Sihvosen (2006) mukaan kunnilla ei ole ostostrategioita. Kunnat toimivat kuten muut toimivat tai kuten on ennenkin toimittu. Uusiin toimintamalleihin siirtymisen yhtenä ongelmana on kuntien heikko ostajaosaaminen. (Sihvonen 2006, 239-240.)

Erikoissairaanhoidon palveluiden ostaminen sairaanhoitopiiriltä näkyy kunnassa muuttuvina kustannuksina. Lisäksi ostamiseen liittyy omia välittömiä kustannuksia - transaktiokustannuksia. Transaktiokustannuksia ovat kaikki sopimuksen tekemiseen ja hyödykkeiden vaihtamiseen liittyvät kustannukset: neuvottelu-, suunnittelu-, laadinta-, valvonta—ja täytäntöönpanokustannukset. (Salonen 1996, 97.) Transaktiokustannukset näkyvät kunnalla kiinteinä kustannuksina. Lisäksi kustannukset näkyvät kunnan tuloslaskelmassa eri kustannuslajeina; sairaanhoitopiiriltä tehty palveluostot näkyvät palveluostoina ja transaktiokustannusten pääosa näkyy palkoissa ja niihin liittyvissä kustannuksissa.

Ostettavat palvelut voivat olla erilaisia, siksi niihin kohdistuu esimerkiksi erilaisia ohjaustapoja. Ostettavat palvelut voidaan jakaa Kraljicin (1985) mukaan neljään luokkaan, joita voidaan tarkastella kahdella ulottuvuudella: saatavuuden riski ja ostojen vaikutus taloudelliseen tulokseen. Näitä luokkia ovat volyymituotteet, strategiset tuotteet, rutiini tuotteet ja pullonkaulatuotteet.

- Volyymituotteissa haetaan kilpailuttamisella lyhyellä tähtämellä parhaita sopimuksia. Kilpailuttamisella haetaan parempia tuotteita/markkinatuntemusta, haetaan vaihtoehtoisia toimittajia, uudelleen jaetaan ostovolyyymeita eri toimittajien kesken, optimoidaan tilausmääriä ja pyritään tavoite-hintaan.
- Strategissa palveluissa haetaan kumppanuutta toimittajan kanssa strategisissa tuotteissa. Tavoitteena on luoda pitkäaikainen luottamuksellinen yhteistyö. Toimenpiteinä ovat tulevaisuuden tarpeiden ennakointi, toimittajariskien analysointi, huolellinen toimittajan valinta, kustannusanalyysit, tehokkaammat tilausmuutosprosessit ja toimittajien luokittaminen.
- Pullonkaulatuotteissa haetaan turvattua toimitusta. Tavoitteena on varmistaa toimitukset niin lyhyellä kuin pitkällä tähtämellä. Toimenpiteinä ovat hyvä tulevaisuuden tarpeiden ennakointi, toimittajariskein analysointi, oman aseman määrittely toimittajan asiakaslistalla, varautumiset ja vaihtoehtoisten tuotteiden tai toimittajien hakeminen.

- Rutiinituotteissa pyritään alentamaan logistista monimutkaisuutta, parantamaan toiminnallista tehokkuutta ja alentamaan toimittajien määriä. Toimenpiteinä ovat alasopimukset tuotteissa tai tuoteperheissä, tuotelajitelmien standardointi, tehokkaiden prosessien luominen tilauksiin ja tilausten teon delegointi sisäisille käyttäjille. (Weele 1994, 119-123.)

Erikoissairaanhoidon palveluiden ostaminen voidaan luokitella eri palveluryhmittäin eri luokkiin. Osa erikoissairaanhoidon palveluista on volyymituotteita sekä osa strategisia tuotteita.

| | | | |
|-------------------------------------------|--------|-----------------------|------------------------------------------|
| Ostojen vaikutus taloudelliseen tulokseen | Korkea | Volyymituotteet | Strategiset tuotteet |
| | | Tarjouskilpailut | Partnership |
| | | Tavalliset tuotteet | Pullonkaulatuotteet |
| | Matala | "Systems contracting" | Jatkuvuuden ja saatavuuden varmistaminen |
| | | Matala | Korkea |
| | | Saatavuus riski | |

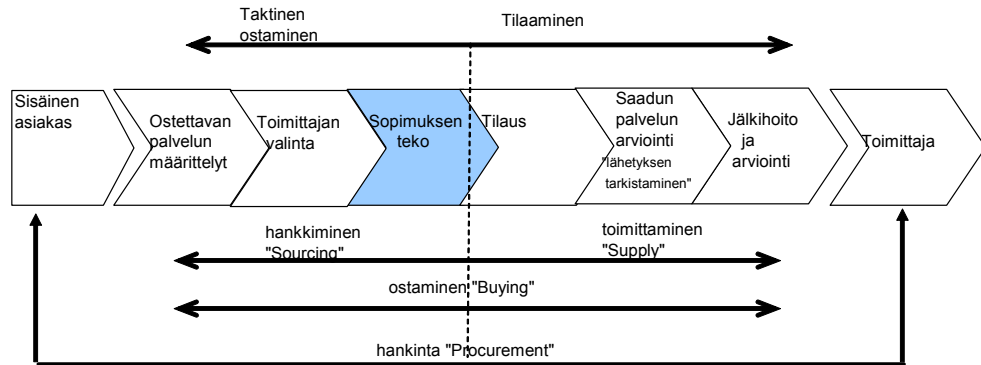
Kuva 20. Ostettavien palveluiden luokittelu Kraljicin (1985) mukaan (Weele 1994, 119-120.)

Erikoissairaanhoidon ostamisessa voidaan tunnistaa eri päätöksentekijöitä. Korttilan ja Kukkasen (1999) mukaan kuntien ostojen päättäjänä toimii luottamuselin ja toteuttajana virkamiesorganisaatio. Perusterveydenhuollon palveluissa ostopalveluiden päätöksentekijänä ostopalveluihin siirtymisessä on yleensä luottamushenkilöelin. Samoin tuottajan valinnassa sekä perusterveydenhuollon palveluissa että oheispalveluissa on päättäjänä yleensä luottamushenkilöelin. (Korttila & Kukkanen 1999, 49.) Siirtyminen ostopalveluihin on kuitenkin luonteeltaan strateginen päätös, josta viime kädessä päättää valtuusto. Kunta ostaa erikoissairaanhoidon palveluita pääosin ostopalveluna sairaanhoitopiiristä ja vähäisessä määrin muilta toimijoilta.

Ostoprosessi

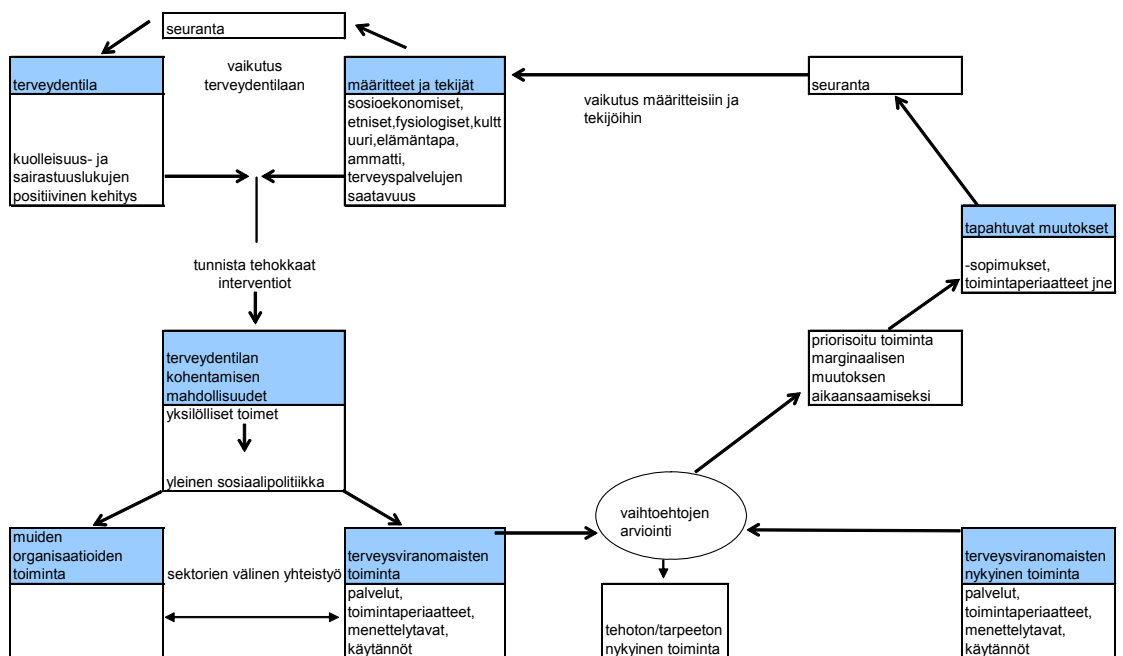
Kustannushallinnan kannalta on tärkeää huolehtia, että ostoprosessi on kunnan hallinnassa, koska ostaminen ei ole vain yksi vaihe, vaan siihen liittyy useita toisiaan seuraavia toimintoja. Sitä voidaan kuvata ostoprosessin avulla. Ostaminen lähtee ostettavan palvelun määrittelystä, jonka jälkeen tehdään toimittajan valinta ja sopimus. Sopimuksen teon jälkeen ostaja tekee tilauksen. Toimittamisen jälkeen tehdään saadun palvelun arviointi sekä mahdolliset

jälkihoidolliset toimenpiteet. (Weele 1994, 50.) Jokaisella vaiheella on vaikutusta kustannuksiin ja niiden muodostumiseen, esimerkiksi jos ostettavan palvelunmäärittelyssä unohdetaan määritellä laatutaso, voivat kunnan kustannukset kasvaa.



Kuva 21. Ostoprosessi (mukaeltu kevyesti Weele 1994, 9).

Terveydenhuollon ostamisessa on viisi avaintekijää: terveystarpeiden arviointi, terveysvoimavarojen vaihtoehtojen arviointi, priorisointi, sopimukset ja sopimusten ulkopuolisen toiminnan hoitaminen (Pickin & Leger 1994, 216). Ostamisen on hyvä perustua terveystarpeisiin, joka ei ole kuitenkaan sama kuin palveluiden kysyntä, eikä tuottajalta saatuihin suoritetietoihin (Konttinen 1994, 249).



Kuva 22. Ostamiskaavio Unwinin ja Mercerin mukaan (Pickin & Leger 1994, 217).

Ostamisessa on tärkeää, että ostaja tietää mitä ostaa. Ostamisen kohteen määrittelyssä yksi tapa on tehdä palvelukuvauksia. Palvelukuvaus voi olla vähintään kahdella tasolla: yleisellä ja konkreettisella eli yksityiskohtaisella tasolla. Lisäksi on hyvä tarkistaa, että eri osapuolet ymmärtävät sen. Palvelukuvauksessa on perustelut palvelutarpeelle, kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja tavoiteltava laatu sekä asiantuntijatasoiset yksityiskohtaisemmat kuvaukset palvelun sisällöstä. Laatuvaatimukset kohdistuvat useimmiten hoitoon pääsyyn ja odotusaikoihin sekä mahdollisesti asiakastyytyväisyyteen. (Korhonen ym. 2004, 290-295.)

Palvelukuvauksen pohjalta tehdään tarjouspyyntö, jonka perusteella toimittajat tarjouksensa antavat. Eri toimittajat kilpailutetaan tässä vaiheessa. Kilpailutuksen tavoitteena on löytää kokonaistaloudellisesti edullisin palvelujen toimittaja. (Korhonen ym. 2004, 290-295.) Kun tarjoukset on saatu, ne läpikäydään ja tehdään toimittajan valinta tarjouksessa määriteltyjen valintakriteerien pohjalta. Neuvotteluvaihe toimittajan kanssa on yksi kriittisimmistä vaiheista ja ostajan tulisi tehdä huolelliset valmistelu ja miettiä läpi neuvottelustrategia ennen neuvottelujen aloittamista. Neuvotteluissa tärkeitä selvillä olevia asioita ovat esimerkiksi tärkeimmät päämäärät, vaihtoehdot, ehdot, legimitteetti, suhteet, kommunikointi ja sitoutuminen. (Grant & Richardson 2004, 86-87.)

Sopimuksen teko sijoittuu ostoprosessissa toimittajan valinnan ja tilauksenteon väliin. Sopimuksessa sovitaan muun muassa hinnoista, toimitusajoista, sakoista, takuuajoista, vakuutuksista, vastuista, oikeuksista, velvollisuuksista ja maksuehdoista korjausmaksuista. (Weele 1994, 9, 50.)

Sopimuksissa voidaan tunnistaa kolme eri mallia. Ensinnäkin väljästi määritellyt blokkisopimukset, joissa on määritelty palvelujen sisältö, määrä ja kustannukset. Näissä sopimuksissa ei ole mukana yksityiskohtaisia palvelupaketteja tai suoritehintoja. Toteutuneilla potilasmäärillä ei ole näin vaikutusta hintaan. (Konttinen 1994, 244, Pasanen 1999, 21, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 21.) Mallista kehittyneempi muoto on ns. täsmennetty kokonaissopimus ”sophisticated block contract”. Siinä sovitaan tarkemmin hinnoista ja määristä esimerkiksi erikoisaloittain ja mahdollisesti karkeasti eriteltynä kustannustason mukaisiin ryhmiin. Kustannus-suoritevolyymit-sopimusmallissa ”cost and volume contract” määritellään palvelut hoitopäivinä ja avohoitokäynteinä keskimääräisine hintoineen. Malli edellyttää kustannuslaskentaa ja kehittyntä tietotuotantoa. Viimeinen malli on potilaat ja potilaskohtaiset kustannukset-malli eli hoitokohtainen sopimus ”cost per case contract”, joka vaatii yksityiskohtaista tietotuotantoa ja kustannuslaskentaa. Viimeisintä mallia tuottajapuoli pitää riskipitoisimpana. (Konttinen 1994, 244, Pasanen 1999, 21.) Sopimukset voivat olla myös sekamalleja. Esimerkiksi pienten erikoisalojen satunnaisvaihtelua voidaan pienentää kapitaatiosopimuksella ja kokonaissopimuksella. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 200, 21.) Erikoissairaanhoidon sopimuksissa määritellään yleensä tuotteista, niiden hinnoista ja määristä sekä mahdollisista könttäsommista esimerkiksi ensiaputapauksia varten. Samoin sopimuksessa sovitaan korvauserusteiden lisäksi tasausmenettelystä (yli- ja

alikäyttötilanteissa), toimijoiden työnjaosta, seuranta- ja arviointijärjestelmistä tietopalveluineen sekä kilpailuttamishdoista ja sopimusajanjaksosta. (Kuosmanen ym. 2004, 19).

Ostamiseen liittyviä keinoja kustannusten hallitsemiseksi

Ostamisessa vaikutetaan hintaan, määrään ja laatuun, joista kukin vaikuttaa omalla painollaan kunnan erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Ostamisen keinoja ovat muun muassa

- Vaikuttaminen sairaanhoitopiiriltä saatuihin hintoihin, esimerkiksi Mikkolan (2000) mukaan hintojen parempi vertailtavuus vahvistaisi kuntien neuvotteluasemaa suhteessa sairaanhoitopiireihin.
- Vaikuttaminen hintoihin kilpailuttamalla. Sen avulla uskotaan saavutettavan taloudellisia hyötyjä. (Pekurinen 1994, Sihvonen 2006.)
- Vaikuttaminen hintoihin tilaaja-tuottamalla. Sen avulla voidaan pyrkiä parantamaan markkinoiden toimivuutta ja vaikuttamaan sairaaloiden tuloksellisuuteen. Tilaaja-tuottajamalliin nivoutuu tulosohjaus, sopimusohjaus ja kilpailuttaminen. (Pasanen 1999).
- Vaikuttaminen hintaan, määrään ja laatuun hallitsemalla ostamisprosessia sopimusohjauksella, esimerkiksi Sihvosen (2006) mukaan tilaajat tavoittelevat taloudellista sopimusta sairaanhoitopiirin kanssa. Sopimusohjauksen tavoitteet heijastavat tehokkuutta, taloudellisuutta ja kustannustietoisuutta, silti sopimusohjaus ei ole vaikuttanut niihin.
- Vaikuttaminen hintoihin tilaajarenkiaan avulla.
- Määrittämällä tarkkaan mitä ollaan ostamassa ja millä laadulla.

Sairaanhoitopiirin hintoihin vaikuttaminen

Hinnat ovat osa ostoehtoja (Weele 1994, 50). Kuntien maksama hinta vaikuttaa suoraan kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Huomioitava on kuitenkin, että kuntien mahdollisuudet vaikuttaa sairaanhoitopiirin antamiin kuntahintoihin ovat rajalliset (Klavus ym. 2004, 444). Ostohintoihin vaikuttavat sisäiset tekijät, kuten organisaatio ja teknologia, ja ulkoiset tekijät, kuten taloudelliset, sosio-poliittiset ja teknologiset tekijät. Hintaan vaikuttaa toimittajan halu saada mahdollisimman korkea hinta ja ostajan halu saada mahdollisimman alhainen hinta. (Weele 1994, 219.)

Ostohinnat voivat olla kustannuspohjaisia, markkinahintaisia, kilpailutettuja ja neuvoteltuja. Myyntihintoja asettaessaan toimittaja huomioi muun muassa arvioitua kysyntää, kilpailijoiden määriä, odotettua hintakehitystä, tilausmääriä, toimittajan roolia ostajalle ja tuotteen tuomaa arvoa asiakkaalle. Kotlerin (1984) mukaan hinnoittelumenetelminä voivat olla kustannuspohjainen hinnoittelu, tavoitekatepohjainen hinnoittelu, arvoperusteinen hinnoittelu, markkinaperusteinen eli kilpailijoiden hintoihin perustuva hinnoittelu ja

tarjouspohjainen hinnoittelu. Alennukset ovat osa hinnoittelua. Alennuksia voivat olla muun muassa määräalennukset, bonusalennukset, alueelliset alennukset, ajalliset alennukset ja myynnin edistämisalennukset. Hinnoittelun taustalla vaikuttaa toimittajan kustannusrakenne se, kuinka paljon toimittajalla on henkilöstö-, materiaali-, laite- ja välillisiä kustannuksia. (Weele 1004, 220-225.) Hinnoittelutapoina sopimuksissa voivat olla

- ”Fixed price plus incentive fee” eli kiinteä hinta ”urakkapalkkio” ja houkutuspalkkio. Tämän tyyppisellä sopimuksella pyritään kannustamaan toimittajaa toimimaan yli standarditason.
- ”Cost-plus contract” eli hankintameno- ja voittolisäsopimukset. Tässä sopimustyyppissä on erilaisia variaatioita; tuotantokuluihin lisätään prosenttilisä, kustannuksiin lisätään kiinteä maksu ja kustannukset, joiden osalta on taattu katto. Nämä sopimuksen ovat usein kalliita tilaajalle
- ”Cost-reimbursable contracts” eli laskutustyösopimus. Tämän tyyppiset sopimukset perustuvat kiinteisiin tuntihintoihin työvoimassa ja koneissa. Näissä sopimuksissa on perusteltua sisällyttää rangaistusjärjestelmä, jotta voidaan minimoida tunteja ja kustannuksia. Ostajan tulee varmistaa, että tarkastuksia varten toimittajalla hyvä kustannuslaskentajärjestelmä, maksimihinnat on kirjattu sopimukseen, summat ylitetään sopimalla siitä kirjallisesti ja kustannukset on eritelty hyvin laskulla
- ”Agreement with price adjustment” eli sopimus, jossa hintoja voidaan muuttaa sovitun indeksin mukaan. Tämän tyyppiset sopimukset ovat yleensä käytössä, jos sopimusaika on pitkä.
- Lisäksi on hyvä sopia erikseen lisätoimitusten hinnoista. (Weele 1994, 50.)

Mikkola (2002) on tarkastellut hintatyyppien vaikutuksia. Hänen tutkimuksensa mukaan pakettihinta kannusti lisäämään selän välilevytyräleikkauksia noin kahdeksan prosenttia sekä lyhensi hoitojakson pituutta lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa noin puoli päivää. Lisäksi jos toimenpiteen kustannusvaikuttavuutta käytettäisiin ohjeena palvelujen priorisoinnissa ja hinnoittelua kannusteena, pakettihinnat olisivat epäjohdonmukaisia kannusteita. DRG-hinnoittelun¹² (DRG=diagnosis related groups) käyttö lisäisi sairaalapalveluiden hinta- ja kustannusinformaatioita, koska se standardoisi eri sairaaloiden hinnoittelukäytäntöjä. Näin kuntien neuvotteluasema ostajana vahvistuisi. Pienten kuntien kustannusvaihtelua DRG-hinnoittelu ei poistaisi, vaan kustannusvaihteluiden vähentäminen on tehokkaampaa muodostamalla isompia ostajaorganisaatioita tai solmimalla pidempiä sopimuksia kuntien ja sairaaloiden kesken. (Mikkola 2002.) Lehtosen (2002) mukaan DRG-pohjainen hinnoittelu on kasvattanut kustannustietoisuutta, mutta hinnoittelumallin käyttö lisännyt epäluuloisuutta johtuen siitä, että sitä on käytetty keinona laskuttaa liikaa. Kunnat ovat pystyneet hallitsemaan

¹² DRG-hinta sisältää tavallisesti potilaan sairaalahoitojakson aikana tapahtuvan toimenpiteen, tutkimukset ja ylläpidon (Mikkola 2002).

kustannuksia DRG-pohjaisessa järjestelmässä, kun budjetti on tehty perustuen tilauksiin ja kun sairaanhoitopiiri aktiivisesti teki työtä tuottaakseen palvelunsa sen mukaan. (Lehtonen 2002, 40-44.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Yksi kustannushallinnan keinoista on ostohinnoista neuvottelemine osana sopimuksen ostoehtoja. Hinnan rinnalla on hyvä tarkastella samalla laatua, jos näin ei tehdä niin esimerkiksi potilaiden uusintakäynnit voivat lisääntyä ja kustannukset kasvaa. Kunnissa erikoissairaanhoidon hintoihin vaikuttaminen on kirjallisuuden mukaan vaikeaa. Syynä on se, että sairaanhoitopiirillä on monopolistinen asema erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisessa. Huolimatta siitä, että kunnat eivät pääse todelliseen neuvotteluasemaan hinnoissa, on kunnissa mahdollisuus vaikuttaa sairaanhoitopiirin toimintaan luottamuselimissä. Vahva vaikuttaja on sairaanhoitopiirin valtuusto. Valtuusto voi vaikuttaa kunnan ostohintoihin edellyttämällä sairaanhoitopiiriltä esimerkiksi toiminnan tehostamista talousarvion- ja suunnitelman sisällä, jonka myötä syntyy mahdollisuus alentaa hintatasoa. Kunnat voivat myös vertailla sairaanhoitopiirien hintoja keskenään. Toisaalta se edellyttää taustalle sairaanhoitopiireille yhtenäistä kustannuslaskentaa ja hinnoittelua. Jos tämä tieto on, niin sitä voidaan käyttää hyväksi hintaneuvotteluissa ja muissa päätöksissä. Vertailukelpoisen tiedon tuottaminen kustannuslaskennassa voi olla kuitenkin vaikeaa, koska sairaaloilla on useita palveluita ja ne toimivat usein matriisiorganisaatioina (Agnihostri ym 2005, 48).

Kilpailuttaminen ja kilpailun lisääminen

Kilpailuttamisella pyritään löytämään oikea hinta ja laatusuhteeltaan taloudellisin vaihtoehto. Se vaatii mahdollisuuden vertailla eri palvelujen tuottajien palveluita keskenään. (Pasanen 1999, 17.) Kilpailuttaminen on keino, jolla erikoissairaanhoidon palvelulle haetaan parasta hintaa markkinoilta ja vaikuttamaan siten kunnan erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Kilpailu on osa talusteoriaa ja sen sisällä olevaa markkinataloutta. Kilpailun keskeinen tehtävä on saada selville paras ja antaa hänelle sopiva palkinto (Vihanto 1996, 77). Ahon (1993) mukaan ” Parhaimmillaan kilpailu on prosessi, joka pakottaa yritykset toimimaan tehokkaasti (optimikoko, minimikustannukset) sekä tarjoamaan mahdollisimman laajan tuote- ja palveluvalikoiman mahdollisimman alhaisin hinnoin (siirretään tehokkuusetu kuluttajille).” (Aho 1993,11). Kilpailu ei ole kuitenkaan aina se paras ratkaisu, koska kilpailu ei ole aina kansantaloudelle suotavaa saati sitten kannatettavaa (Vihanto 1996, 78). Stiglitzin (1994) mukaan kilpailu on lähes aina epätäydellistä. Epätäydellinen kilpailu tarkoittaa kilpailun puutteellisuutta. (Okko 1996, 1-3.)

Kilpailuun liittyy tehokkuus ja siihen liittyvät luokittelut. Sintosen (1987) mukaan tehokkuuden avulla pyritään joko saamaan käytettävissä olevilla

voimavaroilla mahdollisimman suuri vaikuttavuus tai saavuttamaan kiinteä tavoite mahdollisimman pienin voimavaroin. (Vohlonen & Pekurinen 1992, 13.) Allokatiivinen tehokkuus toteutuu, jos kuluttajien tarpeet tyydytetään hinnoilla, jotka vastaavat rajakustannuksia. Yksityistäminen on perusteltua, jos se kasvattaa taloudellista kokonaistehokkuutta. Sisäinen tehokkuus taas edellyttää, että toiminta pohjautuu minimikustannuksiin. Kilpailun staattinen suoristuskyky on hyvä, jos hyödykettä tuotetaan juuri niin paljon, niin edullisin kustannuksin ja alhaisin suhteellisin hinnoin, kuluttajien tarpeiden suhteellinen merkittävyys, tuotantotekniset mahdollisuudet ja tuotantoresurssien suhteellinen saatavuus mahdollistavat. Staattinen näkökulma korostaa olemassa olevan tiedon pohjalta tunnettujen tuotantomahdollisuuksien parasta mahdollista hyödyntämistä ja hyväksyy ainoastaan normaalivoitot. Toimialan kilpailukyky on hyvä, jos kilpailu synnyttää uusia ja edullisempia hyödykkeitä sekä tuotantoprosesseja, joiden avulla kansantalouden kasvu voidaan turvata. Luonnollisessa monopolissa tehokkuuden mittarina ovat kokonaistuottavuuslaskelmat, jotka kuvaavat teknistä tehokkuutta ja osin allokatiivista tehokkuutta. (Vohlonen & Pekurinen 1992, 13, Aho 1993, 14-17.)

Kunta voi ostaa joko sairaanhoitopiiristä tai muualta toimijalta kilpailuttamalla. Pekurisen (1994) mukaan kilpailun lisääminen tuo terveydenhuollolle useita hyötyjä. Sen uskotaan parantavan kustannustietoisuutta, kannustavan arvioimaan paremmin palvelujen hintalaatusuhdetta ja lisäävän hoitokäytäntöjen kriittistä arviointia sekä parantavan tuottavuutta, tuottavan kustannussäästöjä ja laskevan palvelujen hintoja. Lisäksi kilpailusta ei arvioida koituvan merkittävästi haittaa vaikkakin joitakin haittatekijöitä hänen tutkimuksessaan nousee esille, kuten laatu saattaa jäädä kustannusten alle, lyhytnäköinen taloudellinen ajattelu voi vallata alaa, väestön eriarvoisuus kasvaa ja palvelutarjonnan päällekkäisyydet voivat lisääntyä. (Pekurinen 1994, 11-13.) Kilpailun lisääntyminen voi tuoda haittatekijänä kustannusten nousua muihin toimintoihin liittyvissä kustannuksissa. Esimerkiksi Englannin terveydenhuollon kilpailuttaminen on lisännyt hallinnollisia kustannuksia. Niiden kasvu voidaan nähdä hyväksyttävänä, jos vastaavasti tulee enemmän mikro-tehokkuutta. (Oxley & MacFarland 1994, 6.) Siksi taloudellisesti tehokkaiden rakenteiden edistäminen vaatii sopivissa suhteissa markkinaohjausta ja suoraa koordinaatiota. Rakenteiden muovautumista ohjaava pyrkimys tulee olla transaktiokustannusten minimointi. (Aho 1993,11.)

Sihvosen (2006) mukaan kilpailuttaminen tai palveluiden ostaminen muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä tuo seuraavia etuja: kunta saa mitä on tilannut, tuottaja tekee sen mitä on sovittu, rahaa on säästynyt sekä tuottaja ml. sairaanhoitopiiri pyrkivät parantamaan omia prosessejaan. Haittana tai vaikeutena ovat: kunta saa mitä on tilannut, ostamisen osaaminen on vähäistä, sairaanhoitopiirillä on monopoliasema, sairaanhoitopiirillä ja kunnilla on riippuvuus toisistaan sekä tuottajien keskinäinen vertailu on vaikeaa. (Sihvonen 2006, 240.)

Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon tuottamisessa ei käytännössä ole kilpailua. Yksityiset toimijat ovat monitoimialaisia ja toiminta keskittyy lähinnä perusterveydenhuollon puolelle. (Stakes 2004/30, 2-8, Korhonen ym. 2004, 289-

290.) Kilpailua vähentävänä yhtenä tekijänä on se, että julkisyhteisö-tilaajaa sitovat julkisen sektorin hankintasäännöt, jotka perustuvat lakeihin. Omana toimintana tai julkisella palvelutuottajalla tuotettavia palveluita ei ole pakko kilpailuttaa. (Korhonen ym. 2004, 289-290.) Lisäksi erikoissairaanhoidon palveluiden kilpailua vähentää palvelutarjoajien vähyys ja kunnan rooli omistajana sairaanhoitopiirissä sekä poliittiset intressit. Esimerkiksi kilpailun onnistuminen on oltava riittävästi pelureita. Philipsin (1995) mukaan Selteniin nojaten vastaus on, 4 on vielä muutamia/harvoja ja 6 on jo monta. (Okko 1996, 4.)

Kilpailu ei synny vain avaamalla markkinoiden mahdollisuuksia ja purkamalla julkisia monopoleja. Samalla tarvitaan markkinoita luovaa politiikkaa kilpailevien tuottajien saamiseksi markkinoille muun muassa aktiivisella elinkeinopolitiikalla. Markkinoita voidaan suunnitella, luoda, ylläpitää ja puolustaa julkisen sektorin toimenpitein. (Kiviniemi ym. 1994,31, Lehto 2003, 40.) Esimerkiksi Vohlosen ja Pekurisen (1991) mukaan suomalaista terveydenhuoltoa ei voida kehittää aitojen markkinaperusteiden mukaan, koska se ei välttämättä johda yhteiskunnallisen hyödyn paranemiseen. Markkinoiden toiminnan edellytyksenä on riittävän suuri joukko tuottajia ja ostajia. Samalla kenellä tahansa pitäisi olla mahdollisuus ryhtyä tuottajaksi ja lopettaa toimintansa halutessaan. Samoin ostajalla ja tuottajalla on oltava kyky arvioida palveluiden ominaisuuksia. (Malkki 1994, 131-132.)

Täydelliseen kilpailuun pääseminen erikoissairaanhoidossa lienee lähes mahdotonta. Täydellinen kilpailu edellyttäisi kysynnän ja tarjonnan vapaata muodostumista sekä rationaalisia valintoja tekevää kuluttajaa. Kilpailun ideaalimallin toteutumisen edellytyksenä on riittävä määrä toimijoita ja jokaisen markkinaosuuden tulee olla kyllin pieni, hyödykkeiden tulee olla samanlaisia, jokaisella hyödykkeellä on markkinoilla muodostunut yksi hinta, markkinoilla on täydellinen tietämys hyödykkeen ominaisuuksista, markkinoille on vapaa pääsy sekä hinnat muodostuvat kysynnän ja tarjonnan yhteisvaikutuksesta. (Ohtola 2002, 77.)

Kannustimet, ja myös sanktiot, ovat tärkeitä kilpailun onnistumiseksi. Niitä voi olla sisäisiä ja ulkoisia. Ne voivat olla joko vahvoja ja heikkoja; voimakkuuteen vaikuttavat omistusmuoto ja ulkoiset olosuhteet. Kannustinjärjestelmät vaikuttavat yritysten käyttäytymiseen ja taloudellisiin tehokkuusvaikutuksiin. Yrityksen toimiessa kilpailua sisältävillä markkinoilla, niin sen kannustin saavuttaa sekä sisäinen että allokatiivinen tehokkuus ovat korkeat. Yksityistäminen edistää sisäistä tehokkuutta ja kilpailu allokatiivista tehokkuutta. Yksityisellä yrityksellä kannustimet sisäiseen tehokkuuteen tulevat voitonmaksimointitavoitteista sekä konkurssin että valtauksen uhasta. Yritysten ulkopuolella oleva hintajärjestelmä ohjaa tuotantoa ”näkymättömän käden” periaatteella ja kasvattaa siten allokatiivista tehokkuutta. Lisäksi on eksogeenisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat yritysten käyttäytymiseen kuten julkisen vallan toimenpiteet. Valtion ja kuntien lakisääteisillä tai luonnollisilla monopoleilla on markkina-asemansa takia mahdollisuus asettaa hinnat liian korkealle. Kilpailun puuttuminen heikentää niin dynaamista kuin sisäistä tehokkuutta. Sääntelyä voidaan perustella kilpailullisten olosuhteiden turvaamiseksi. (Aho 1993, 9.)

Sairaanhoitopiiriltä puuttuvat kannustimet ja sanktiot, koska se on monopoliasemassa. Vihanto (1996) nostaa esille kannustimien käytön monopoliasemassa olevissa organisaatioissa. Toiveet tilapäisestä monopoliasemasta voivat saada aikaan suotavaa taloudellista käyttäytymistä. Toisaalta hänkin nostaa monopolin tuoman lamaannuttavan vaikutuksen, joka ilmenee tehottomuutena. Lisäksi monopolien tehottomuuden valvonta on evoluutioteorian mukaan mahdotonta, koska vertailuyritykset puuttuvat. Monopolitilanteessa kannustimilla on voimakas merkitys; miten varmistaa parhaiden hoitomenetelmien käyttöönotto, jos kannustimet niiden käyttämiseksi ovat puutteelliset. Esimerkiksi vakuutusyhtiöt saavat ehkä sairaalat toimimaan tehokkaammin sitoutumalla maksamaan leikkauksista vain alalla vallitsevan keskimääräisen maksutason verran. Tällöin sairaalan kannattaa säästää, koska saadut säästöt tulevat sairaalan omaksi hyödyksi. Järjestelmä toimii, jos vakuutusyhtiö pystyy valvomaan suoritteiden laatua. Kilpailussa menestyminen perustuu näin suhteelliseen suorituskykyyn kuten avoimilla markkinoilla ja pohdinnat ”oikeasta” hintatasosta menettävät merkityksensä. (Vihanto 1996, 82-83.)

Terveystieteiden kilpailuun siirtymiselle on lainsäädännöllisiä, rakenteellisia ja epäsuorista hintatuista aiheutuvia esteitä. Lainsäädännöllisiä esteitä ovat julkisen sektorin erityisvelvoitteet, ammatinharjoittamisen laillistaminen ja rekisteröinti, kuntien velvollisuus taata sairaanhoitopiirin tappio ja potilaiden tiukka tietosuoja. Rakenteellisia esteitä ovat sairaanhoitopiirien asema tuottajamonopoleina, tuottajien vähäinen määrä sairaalapuolella, kunnallinen luottamushenkilöjärjestelmä, työsuhteiden virkasuhteisuus, palkkojen keskitetty säätely ja potilaiden heikko valinnanvapaus hoitopaikan suhteen. Lisäksi epäsuorat hintatuet asettavat tuottajat eriarvoiseen asemaan. (Pekurinen 1993:4, Pekurinen 1994, 23). Lisäksi kilpailun estäviä tekijöitä ovat terveydenhuollon ammatteihin liittyvät perinteet ja normit, terveydenhuoltotyön luonne, sekä ammattijärjestöjen ja henkilökunnan asenteet (Korttila & Kukkanen 1999,50-51).

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

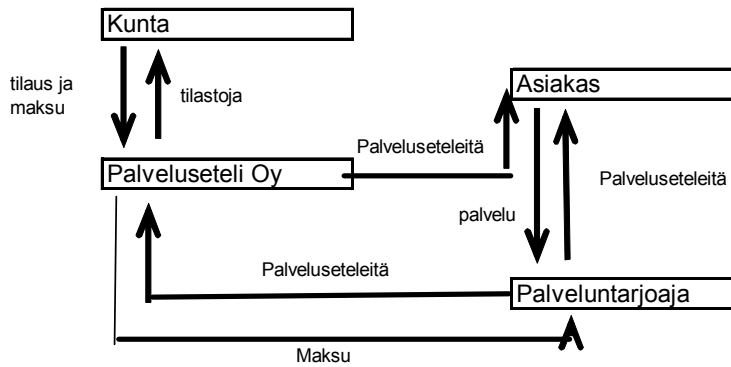
Kilpailuttaminen on keino vaikuttaa hintoihin ja siten kunnan kustannuksiin. Tällä hetkellä sairaanhoitopiireiltä puuttuvat muun muassa kannustimet ja sanktiot, jotka syntyvät normaaleissa markkinaolosuhteissa. Erikoissairaanhoidossa on mahdollisuus lähteä kokeilemaan kilpailuttamista, mutta se edellyttää muun muassa sitä, että sairaanhoitopiiri sopeuttaa toimintaansa käyttömäärien muuttuessa. Samoin kunnilta vaaditaan riittävää osaamista toimia ostajana ja sitä, että markkinoilla on riittävästi palveluntarjoajia. Kaikkiin erikoissairaanhoidon palveluihin ei kilpailuttaminen välttämättä sovi, kuten kaikkiin erityistason sairaanhoitopalveluihin, jossa tarvitaan erityisiä laitteita, erityistä osaamista ja potilaiden sairaudet ovat vaativia sekä sairaudesta paraneminen saattaa kestää pitkään eli hoitosuhde on pitkä. Kilpailuttamista voi tehdä palveluissa, jotka ovat yleisiä ja potentiaalisten

”asiakkaiden” määrä on suuri. Valintapäätöksiä tehdessä rinnakkain on hyvä olla kunnan oman toiminnan kustannukset (+laatu), sairaanhoitopiirin hinta (+laatu) ja ulkopuolisten toimittajien hinta (+laatu). Kilpailuttamisen lisääminen on kunnissa ennen kaikkea poliittinen kysymys, johon ei välttämättä liity rationaalinen pohdinta ”miten saamme kustannuksia alemmaksi tai hallittua”. Kilpailuttamisesta päättävät valtuutetut ja lautakunnan jäsenet.

Palvelusetelit

Yksi vaihtoehto kilpailun lisäämiseksi ja potilaiden valinnan vapauden lisäämiseksi ovat palvelusetelit, joita voitaisiin käyttää myös erikoissairaanhoidossa edellyttäen, että niiden avulla saavutetaan kustannushyötyjä. Erikoissairaanhoidon palvelusetelivaihtoehdossa kunnat hankkisivat itse tai sairaanhoitopiirien välityksellä yksityislääkäreiltä tai yksityislääkäriryhmiltä palveluita. Potilas voisi näin valita yksityisen palveluntuottajana, oman sairaanhoitopiirin sairaalan tai toisen sairaanhoitopiirin sairaalan. (Lampinen 2003, 122.) Palveluseteleitä on EU-maissa käytetty sosiaali- ja terveyspalveluissa 1990-luvulla. Ensimmäisen kokeilut tehtiin 1980-luvulla Englannissa. Setelien avulla on ollut tavoitteena lisätä potilaan valinnanvapautta, tehostaa palvelutuotantoa ja parantaa työllisyyttä. (Mikkola 2003,15.)

Palveluseteli (kulutusseteli tai voucher) on ennalta määrätylle henkilölle annettu shekki, jota on käytettävä ennalta määrättyyn tarkoitukseen. Sillä voi ostaa palvelun vaihtoehtoisilta palveluntuottajilta. Siinä yhdistyy julkinen rahoitus ja yksilöllinen valinnanvapaus. Malli siirtää päätöksenteon valtuustosta palvelun käyttäjälle. (Kiviniemi ym. 1994, 21, Lehto E.2003, 59.) Palvelusetelimallissa kunta arvioi ensin palvelutarpeen. Sen jälkeen asiakas saa tietyn summan palvelutarpeen tyydyttämiseksi. (Lehto E.2003, 59.) Palvelusetelijärjestelmässä kuntalainen voi valita itse palvelun tuottajan. Kunta osallistuu palvelun valvontaan ja rahoitukseen, mutta ei sen tuottamiseen. Seteli voi kattaa joko kaikki palvelun kustannukset tai osan. (Malkki 1994, 137-138.) Julkinen sektori voi joko korvauksetta tai korvausta vastaan antaa palvelusetelin (Oittinen, Vahre, Niskanen & Salminen 1994, 21). Lounassetelijärjestelmä on yrityselämän puolelta hyvä esimerkki palvelusetelijärjestelmästä. Järjestelmän etuna on se, että maksetaan vain tuotetuista palveluista, eikä mahdollisesta ylikapasiteetin ylläpidosta. Samalla kunta voi hyödyntää markkinamekanismeja. Ongelmina voivat olla oikeus setelin saamiseen ja hallinnointijärjestelmän raskaus. Järjestelmä vaatii oman ylläpidon, jakelun, laadun valvonnan ja laskutusjärjestelmän. (Malkki 1994, 137-138.) Mikkolan (1993) mukaan palvelujärjestelmään liittyvät lisääntyvät hallintokustannukset ja se vaatii perustavanlaatuisia muutoksia kunnan päätöksenteko-, organisointi- ja rahoitusjärjestelmissä (Mikkola 2003:15).



Kuva 23. *Lundin palvelusetelimalli (Niemelä 1997, 13).*

Saatujen kokemusten mukaan palveluseteli näyttäisi soveltuvan erityisesti niihin palveluihin, joissa on todellista tarjontaa pitämään palvelujen hintaa ja laatutasoa kohtuullisena. Palvelusetelit ovat lisänneet tuottajien välistä kilpailua laadulla jonkin verran. Markkinoiden toimivuuden vaikeuksista kertonee se, että setelin kiinteää hintaa on jouduttu korottamaan, jotta yritykset pysyisivät markkinoilla. (Mikkola 2003, 15.) Palvelusetelien käyttäjät eivät välttämättä ole kiinnostuneet käyttämään seteleitä. He ovat olleet halukkaita käyttämään perinteisesti järjestettyjä kunnallisia palveluita. Samoin palvelusetelijärjestelmässä on syytä kiinnittää huomioita yksinkertaiseen hallintaan matalin kustannuksin ja palveluiden laadun takaamiseen esimerkiksi arvioimalla valittavat toimittajat etukäteen. Palveluseteleitä voidaan käyttää rajalliseen määrään hyvinvointipalveluita (Niemelä 1997, 33-36.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Kunnat voivat lähteä rajoitetusti käyttämään palveluseteleitä erikoissairaanhoidossa, jos se osoittautuu kustannustehokkaaksi keinoksi. Esimerkkinä voidaan ottaa tilanne, jossa sairaanhoitopiirin jonot ovat pitkät ja kunta näkee tärkeänä potilaan nopean hoitoon pääsyn. Perusteena voivat olla myös kunnan säästöt jossain toisessa toiminnossa. Palveluseteliä voidaan käyttää vaihtoehtona ostopalvelulle tai omalle tuotannolle ja niiden rinnalla.

Tilaaaja-tuottajamalli

Kilpailujärjestelmän luonti edellyttää tilaajan ja tuottajan erottamista. Suomen julkisessa terveydenhuollossa tilaajan ja tuottajan suhteiden epämääräisyys ja yhteen kietoutuminen hämärtää palvelujen tilaajan ja tuottajan roolia ja haittaa kilpailun toteutumista. (Pekurinen 1994, 34.) Kickertin (1997) mukaan tilaaja-tuottajamalli eli tilaajan ja tuottajan erottaminen on osa julkisen hallinnon uutta

ajattelua New Public Managementtiä (NPM). NPM:ään liittyvät yritysjohtamisen opit ja tekniikat sekä markkinamekanismit kilpailuttamisineen. Samoin tilaajan ja tuottajan välistä toimintaa ohjataan keskinäisillä sopimuksilla. (Efektia 2004,7.) Kilpailuttaminen on oleellinen osa mallia (Pasanen 1999, 17). Suomalainen tilaaja-tuottaja malli perustuu kuitenkin pitkälti yhteistyöhön – ei kilpailuun kuten muualla. Muissa maissakin on siirretty painopistettä yhteistyöpohjaisuuteen. Yhteistyö sisältää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ja työnjaon kehittämisen. (Pasanen 1999, 78-87.)

Tilaaja-tuottajamalli voidaan nähdä olevan osa tulosohjausta. Mallin periaatteena on, että poliittiset ostajat tai heidän edustajansa tilaavat verovaroilla palveluja tarjousten perusteella joko yksityisiltä tai julkisyhteisöiltä. Malli ei kuitenkaan anna valintavaltaa asiakkaille, vaan valinnan tekevät poliittiset päättäjät. Brommelsin ja Korhosen (1991) mukaan mallin edelläkävijä maita terveydenhuollossa ovat olleet Iso-Britannia, Uusi-Seelanti ja Ruotsi. Mallin tavoitteena on ollut tuottajamonopoliin murtaminen, tuottavuuden nostaminen ja palvelukyvyn parantaminen. (Pasanen 1999, 15.)

Tilaaja-tuottajamalleilla on pyritty parantamaan markkinoiden toimivuutta, koska terveydenhuollon tuottajamonopolit vaikeuttavat markkinoiden toimivuutta. Ostajien ja tarjoajien välillä on hyvä olla sekä vuoropuhelua että jännitettä, jotta terveystalouden markkinat toimisivat. Esimerkiksi Isossa Britanniassa tilaaja-tuottajamalliin siirryttäessä NHS:n markkinat eivät voineet olla täydellisen kilpailun markkinoita edes teoriassa. NHS:llä oli tilanteita, joissa markkinoita hallitsi joko yksi ainoa ostaja (monopsoni) tai yksi ainoa myyjä (monopoli). NHS:n ongelmia olivat NHS:n tehottomuus ja heidän riittämätön kompetenssinsa. (Pickin & Leger 1994, 213.)

Mallissa tilaaja päättää mitä palveluita tilataan ja tuottaja huolehtii tuotannon oikeasta määrästä. Tilaaja-tuottajamalli on ohjauksjärjestelmä ja organisaatiomuoto. Sen avulla voidaan saavuttaa parempi hinta-laatusuhde, lisätä asiakkaiden valinnanvapautta, käyttää hyväksi markkinamekanismeja ja sisäistä yrittäjyyttä, lisätä kilpailuttamista ja edistää toimivien markkinoiden syntymistä, luoda uusia vaihtoehtoisia tuotantomuotoja sekä edistää seudullista yhteistuotantoa ja hankintaa. Mallin toteuttamisen päätös tehdään kunnan luottamushenkilöorganisaatiossa. Mallin onnistuminen edellyttää muun muassa asiakaslähtöisyyttä, verkostoitumista, kumppanuusajattelua, laadun määrittelyä ja hallintaa, kehittyntä laskentajärjestelmää, hankinta-, kilpailuttamis- ja sopimusosaamista ja palveluprosessien määrittelyä, tuotteistamista ja hinnoittelua. (Efektia 2004, 7-10.)

Tilaajien ja tuottajien eriyttäminen on teknisesti helppoa erikoissairaanhoidossa. Suomessa palvelujen tilaajina toimivat yleensä kunnat ja tuottajina sairaanhoitopiirit, jotka delegeivät vastuunsa omille tuotantoyksiköilleen. Sairaanhoitopiirit myyvät kunnille palvelujaan. Mallin toteuttamisen haasteena on se, että tilaajakunnat omistavat sairaanhoitopiirin. Siitä voi aiheutua tilaajien ja tuottajien välisten roolien ja vastuusuhteiden selkeytymättömyyttä ja siten syntyä tehottomuutta. Muihin maihin verrattuna Suomessa on paljon tilaajaorganisaatioita ja ne ovat väestöpohjaltaan pienempiä. Pienellä tai keskisuurella kunnalla ei ole riittävän suurta väestöpohjaa eikä

tietotaitoa vaikuttaa tuottajina toimiviin sairaanhoitopiireihin. (Pasanen 1999, 78-87, STM 2004:11.)

Erikoissairaanhoidon palvelujen ostajana on kunta. Toisenlaisia ajatuksiakin on noussut. OECD (1998) on ehdottanut sairaanhoitopiirien muodostamista ostoagenteiksi, jotka ostavat palvelut sieltä mistä ne edullisimmin saavat. (Pasanen 1999, 78-87.) Konttisen (1994) mukaan sairaanhoitopiirit voisivat siirtyä ostajapuolen leiriin ja olla mukana kansanterveystyössä. Sairaalat voisivat keskittyä olemaan nykyistä itsenäisempiä palvelujen tuottajia sekä samalla kansanterveystyö ja sosiaalitoimi voisivat lähestyä toisiaan päällekkäisyyksien purkamiseksi laitoshoidosta. Lisäksi hän yhdistäisi nykyisen hajanaisen lainsäädännön yhden lain alle. (Konttinen 1994, 251.) Haittana tämän mallin käyttöönotosta olisi uusi hallinnollinen taso, joka etäännyttäisi päätöksentekoa ja lisäisi kustannuksia. Vastaaviin tuloksiin voidaan päästä tulosohjauksen avulla, jossa sairaaloille asetetaan selkeät tavoitteet esimerkiksi kustannustehokkuudesta.

Tilaaaja-tuottajamalliin liittyy sopimusmenettely ja sopimukset osapuolten välillä (Pasanen 1999, 78-87). Tilaaaja-tuottajamallissa kunta tekee sopimuksen palvelun tuottajan kanssa ja suorittaa palvelun tilaamisen. Tilaaaja määrittää palvelujen tarpeen ja halutun laatutason. Tuottaja vastaa siitä, että halutut palvelut tuotetaan. (Malkki 1994, 136.)

Tilaaaja-tuottajamalli ei ole täysin riskitön. Mallin riskinä on muun muassa osaoptimointi, jolloin tuottaja ja tilaaaja ajavat vain omaa etuaan. (Efektia 2004, 13). Lumijärvi (1994) nosti saman asian esille. Resurssiniukkuus saattaa ajaa tilaajia ja ostajia hakemaan vaihtoehtoja halvimman vaihtoehdon pohjalta, jolloin ei saada välttämättä hinta/laatusuhteiltaan parasta palvelua tai vaikuttavuus jää huomioimatta. Sairaalat, joissa on opetusta ja siksi kalliita, saattavat pahimmassa tapauksessa joutua sulkemaan ovensa. Kehitys voisi johtaa jopa terveydenhuollon tason laskuun. Tuottajat saattavat lähteä hakemaan asiakkaita, jotka ovat edullisimpia ja välttelemään vaikeimpia tapauksia. (Lumijärvi 1994, 15.) Kansainväliset kokemukset sopimusohjauksesta eivät ole täysin positiivisia muun muassa hallinnointikustannukset ovat nousseet kohtuuttoman paljon. Sopimusohjauksen suunnittelu- ja kokeiluvaiheessa on syytä ottaa nämä ongelmat huomioon. Näin voitaisiin etsiä uusia keinoja mahdollisten ongelmien välttämiseksi varsinaisessa sopimusohjauksen käytännön toteutuksessa. (Pasanen 1999, 94-96.)

Kunnissa tilaaaja-tuottajamalliin siirtyminen ei ole välttämättä helppoa, esimerkiksi Ruotsin Sollentunassa kuntaorganisaatio uudistettiin tilaaaja-tuottajamallin mukaisesti. Alkuvaikeuksia liittyi politiikkojen vaikeus irrottautua vanhoista rooleistaan ja vastuusuhteistaan sekä ammattiyhdistysliikkeen epäselvyys neuvottelukumppanina. (Malkki 1994, 136.)

Taulukko 9. *Samankaltaisuus ja erilaisuus Suomen ja muiden maiden sopimusohjauksjärjestelmissä (Pasanen 1999,92)*

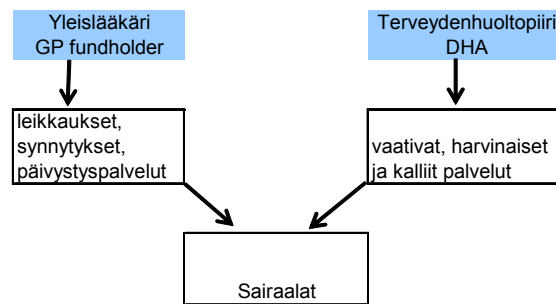
| SAMANKALTAISUUS | ERILAISUUS Suomi | Muut Maat |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tilajien ja tuottajien roolit erotetaan toisistaan | Tilajat ovat pieniä ja paikallisia. Lähtökohtana yhteistyö | Tilajat pieniä ja suuria, alueellisia. Lähtökohtana kilpailu |
| Palvelut tuotteistetaan ja hinnoitellaan tietyin perustein | Tuotteistus- ja hinnoitteluperiaatteet kirjavia; vertailu vaikeaa | Tuotteistus- ja hinnoitteluperiaatteet vaihtelevia; vertailumahdollisuuksissa vaihtelevuutta |
| Palveluista suoritetaan korvauksia tietyin periaattein | Kokonaiskorvaukset, yksityiskohtaiset ovat korvausperiaatteet lisääntymässä | Pääosin yksityiskohtaisia suoritekorvauksia |
| Sopimusmenettelyssä käytetään kannustejärjestelmiä | Kannusteiden avulla sopimusten mahdollisimman hyvään toteuttamiseen | Kannusteiden avulla kustannusten kontrollointiin ja riskien jakoon |
| Sopimuksilla katetaan tietyt palvelut | Somaattinen ja psykiatrinen sairaanhoito | Somaattinen, psykiatrinen ja geriatrinen sairaanhoito; osittain perusterveydenhuolto |
| Sopimuskausien kestoa pyritään pidentämään | Sopimukset yksi- tai useampi vuotisia (3 v.) | Sopimukset pääosin useampi vuotisia |

Kokemukset Isosta Britannian, Ruotsista ja Uudesta-Seelannista

Isossa Britanniassa erotettiin vuonna 1991 terveystalvuiden tilajien (paikallispääri, yleislääkärit) ja tarjoajien vastuu (itsehallinnolliset julkiset sairaalat, yksityissairaalat). Samalla luotiin NHS:n sisämarkkinat, joilla tarjoajat (esimerkiksi sairaalat) kilpailevat palvelujen myymisestä ostajille. (Pickin & Leger 1994, 19-20, Konttinen 1994, 243, Pasanen 1999, 43.) Yleislääkäri on rahoista vastaava, joka ostaa potilaiden tarvitsemat perustalvut kuten lääkkeet, laboratorio- ja röntgen-tutkimukset, tavallisimmat operatiiviset sairaalatalvut kuten leikkaukset, synnytykset ja päivystystalvut. Budjetin yleislääkäri saa osaksi paikallispääriiltä ja osaksi FHSA:lta (Family Health Services Authority). Edellä mainitut ovat perusterveydenhuollon tuottajaorganisaatioita ja RHA:n alaista toimintaa. (Konttinen 1994, 243.) Paikallispäärien tehtävä on ostaa väestön tarpeiden mukaisesti määritellyt talvut sekä laatia, laittaa täytäntöön ja valvoa sopimukset (Pasanen 1999, 44). Paikallispääri ostaa vaativat, harvinaiset ja kalliit talvut sairaalatrusteilta. Pääri voi ostaa talvut sieltä mistä se katsoo parhaimmaksi. Ostaminen on kohdistunut lähinnä oman seudun sairaaloihin. Paikallispääri määrittelee väestönsä palvelutarpeet. Sen pohjalta paikallispääri määrittelee sen, mitä trustien on tuotettava. Mallin toteuttaminen ei tuonut kuin vähäisiä säästöjä ja ei ole näyttöä, että hoidon taso olisi parantunut. Samoin

kilpailua ei syntynyt. (Konttinen 1994, 243, Pasanen 1999, 43-46, Scott 2001,106-126.)

Vuonna 1997 tuli uusi ohjelma, jossa ehdotettiin kilpailusta ja sisämarkkinoista luopumista sekä siirtymistä yhteistyöhön ja integroituun hoitojärjestelmään. Ohjelmassa säilytettiin tilaajat ja tuottajat. Tilaaminen siirtyi noin 500 perusterveydenhuollon organisaatiolle ”Primary Care Groups”, jossa väestöpohjana oli keskimäärin 100 000 asukasta. Uudessa ohjelmassa paikallispiirit toimivat valvonta-, ohjaus- ja sääntelytehtävissä sekä tekevät yhteistyötä paikallistoimijoiden kanssa. Julkiset sairaalat velvoitettiin tekemään yhteistyötä ja sairaalat velvoitettiin entistä selvemmin vastuulliseksi toiminnan tuloksellisuudesta ja laadusta. Vuosittaiset ostosopimuksen olivat uudessa ohjelmassa 3-5 vuotta. (Pasanen 1999, 45.)



Kuva 24. Sairaalapalveluiden ostajat Isossa Britanniassa 1990-luvun alussa

Ruotsissa terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu on maakäräjillä. Ruotsin hallinto on kolmiportainen; valtio, maakäräjät ja kunta. Maakäräjillä on verotusoikeus. Ruotsissa on erotettu tilaaja ja tuottaja sekä valinnanvapautta käyttämällä on pyritty tekemään markkinaosuuksien uudelleenjakamiseen. Maakäräjien toiminta on erilaista eri maakäräjissä ja tilaajatahojen väestöpohja vaihtelee 10 000- 300 000. Arviointituloksissa positiiviset vaikutukset tuottavuuteen kohdistuivat pääosin alkuvuosille. Avainhuomio on, että perusterveydenhuollon rooli tilaamisessa on tarpeellinen. Tukholmassa ilmenneet epäkohdat liittyivät keskusjohdon kyvyttömyyteen hallita uudistusten toteuttamista. Lisäksi vaikeuksia oli tasapainottaa ja sopeuttaa sairaanhoidon kapasiteetti sekä rakenteet tuottavuudessa tapahtuneisiin muutoksiin – erityisesti tuottavuuden kasvuun. Ruotsissa kokemukset ovat olleet tilaaja-tuottajamalleissa myönteisiä. (Pasanen 1999, 49.)

Uudessa-Seelannissa 1990-luvun alussa luotiin tilaajan ja tuottajan erottamisen yhteydessä 680 000-1 080 000 väestöpohjia tilaajapiireille. Samalla luotiin 23 valtion omistamaa tuotantoyksikköä. Kyseiset yksiköt muodostuivat yhdestä suuremmasta ja useammasta pienestä sairaalasta sekä muista sairaalan toimintaan liittyvistä palvelujen tuottajista. Samalla pienistä, terveyskeskustyyppisistä yksiköistä muodostettiin ns. community trusteja. Uudistusten yhteydessä yleislääkäreitä kannustettiin luomaan kollektiivisia ryhmiä ajamaan etujaan sopimusmenettelyssä. Näiden avulla ajateltiin voitavan pienentää sopimusmenettelyyn liittyviä transaktio- ja hallintokustannuksia sekä tasaamaan palvelujen tuottajien ja tilaajapiirien välistä riskienjakoa. Vuonna

1996 uusi hallitus teki uuden ohjelman, jossa korostettiin kilpailun sijaan yhteistyötä sekä samalla päätettiin tuottajaorganisaatiot ”CHET” lakkauttaa ja muodostaa näistä pienempiä yksioita. Tavoitteeksi asetettiin integroitu hoitojärjestelmä sekä palvelujen tuottajien välinen yhteistyö ja koordinaatio. (Pasanen 1999, 51-52.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Tilaaaja-tuottamalli on rakenteellisesti jo olemassa kuntien ja sairaanhoitopiirin välillä; kunta on tilaaja ja sairaanhoitopiiri on tuottaja. Jatkossa on tarvetta selkeyttää rooleja. Kunnan terveydenhuollosta vastaava lautakunta tilaa erikoissairaanhoidon palvelut sekä pyrkii vaikuttamaan maksettavaan hintaan ja ohjaamaan tuottajaa sopimuksella. Sairaanhoitopiiri toimii tuottajana, joka toimii asiakaslähtöisesti, yhteistyöhakuisesti ja pyrkii minimoimaan kustannuksiaan sekä toimii yhteisesti hyväksytyin sopimuksen mukaan.

Sopimusohjaus

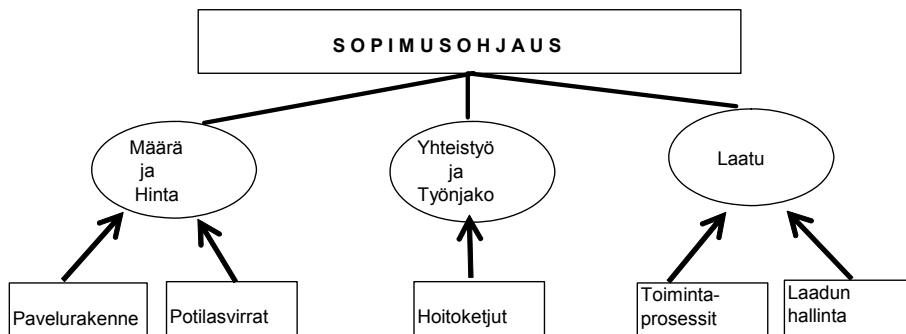
Kuosmasen ym. (2004) mukaan ”Sopimusohjaus on yksi terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jossa toimintaa johdetaan tilaajan ja tuottajan keskinäisin sopimuksin”(Kuosmanen ym. 2004, 16). Sopimusohjauksen odotetaan tehostavan terveydenhuollon resurssien kohdentamista ja hyödyntämistä. Sopimusohjaus on sukua tulosohjaukselle. (Pasanen 1999, 10-14.) Sopimukset ovat yksi tapa tehdä kustannushallintaa ja niissä voi olla suoritusmittareita. (Oxley & MacFarland 1994, 39.)

Sopimusohjauksen ja tilaaja-tuottajamallin suhteista toisiinsa nähden on ristiriitaisia tulkintoja. Yksi tulkinta on, että sopimusohjaus on osa tilaaja-tuottajamallia (Efektia 2004, 7). Toisen tulkinnan mukaan sopimusohjaus ei ole tilaaja-tuottajamallin synonyymi, vaan se on käsitteenä laajempi kuin tilaaja-tuottajamalli. Sopimusohjaus on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jonka tavoitteena on kunnan, terveystieteiden ja sairaanhoitopiirin välisellä tiiviillä yhteistyömenettelyllä vaikuttaa terveydenhuollon kustannuskehitykseen, parantaa kustannusten ennakoitavuutta sekä toiminnan tuloksellisuutta ja tehokkuutta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 1.)

Sopimusohjausta tai sitä lähellä olevia toimintamalleja on kokeiltu. Siihen on siirrytty Keski-Suomessa, Pirkanmaalla, Riihimäen seudulla, Pohjois-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa ja Oulussa. (Pasanen 1999, 61, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 9-12.) Sopimusohjauksen periaatteita on kokeiltu muun muassa Yhdysvalloissa, Uudessa-Seelannissa, Isossa-Britanniassa, Saksassa, Hollannissa, Ruotsissa ja Tanskassa. WHO:n (1996) mukaan Saksassa ja Hollannissa on sopimusmenettely ollut käytössä pitkään yksityislääkäreiden ja vakuutusjärjestelmän välillä. (Pasanen 1999, 40-55.) Suomessa eri malleja vielä hiotaan. (Kuosmanen ym. 2004, 19, Sihvonen 2006).

Sopimusohjausmalli tuo uusia kustannuksia, kuten suunnittelu-, neuvottelu-, seuranta- ja valvontakustannuksia. Sopimusohjauksessa näiden kustannusten avulla pyritään vähentämään aikaisemman ohjausjärjestelmän kustannuksia. (Kuosmanen ym. 2004, 45.) Vastaavat hallintokustannukset nousevat esille myös Englannissa (Oxley & MacFarland 1994, 24).

Sopimusohjauksessa tilaaja ja tuottajat tekevät keskenään läpinäkyvän sopimuksen. Sopimusohjauksessa määritellään samalla tilaajan ja tuottajan väliset suhteet pelisääntöineen. Se on prosessi, jossa määritellään palvelujen tarve, tilattavien palvelujen määrä ja niiden tuottaja, työjako tilaajan ja tuottajan välillä sekä sopimuksen kokonaishinta. Näin sen avulla voidaan sovittaa yhdessä eri puolten resurssit. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 1.) Punkarin (1996) mukaan palvelusopimus on keskeinen ohjausinstrumentti tuottajan toiminnan tehostamiseksi (Pasanen 1999, 17).



Kuva 25. Pekurisen (1999) mukaan terveydenhuollon sopimusohjauksen suhde palvelurakenteen uudistamiseen, potilasvirtojen ohjailuun, saumattomien hoitoketjujen rakentamiseen, toimintaprosessein uudistamiseen ja laadunhallinnan kehittämiseen (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000).

Ohjauksen keskeisiä käsitteitä ovat potilas, tilaaja, tuottaja, tuotteet ja sopimus. Potilas on keskeisin. Järjestelmän onnistumisen mittarina on se, miten hyvin potilaita kyetään hoitamaan. Tilaajana voi toimia yksi tai useampi kunta (tilaaja- tai neuvottelurengas). Tuottajana on yleisimmin sairaanhoitopiiri. Tuottaja voi olla myös toinen sairaanhoitopiiri tai yksityinen tuottaja. Tuottaja-organisaation ylin johto tekee sopimukset, jotka konkretisoituvat hoitohenkilökunnan työssä. Tuotteet voivat olla hoitopaketteja, jotka koostuvat useista eri suoritteista. Tuotteet voidaan tuotteistaa ongelmalähtöisesti tarpeiden mukaan (kaihileikkaus) tai tuottajalähtöisesti tuotettavista palveluista käsin (verikoe). Jokaiselle tuotteelle lasketaan omakustannusarvo, jonka pohjalta hinta asetetaan. Joissain tilanteissa joudutaan käyttämään sijaissuoritteita ja-tuotteita kuten hoitopäivä. Sopimuksella on yksityisoikeudelliset juuret. Sopimus voi syntyä silloin, jos osapuolet tarkoittavat ilmaisuillaan samaa asiaa. (Kuosmanen ym. 2004, 17-19.)

Sopimusohjauksen kokemukset ovat sekä positiivisia että negatiivisia. Hintatasoista ei ole riittävästi tietoa. Yleinen havainto on, että kustannustaso on noussut. Kilpailua korostavista malleista ollaan siirtymässä yhteistyötä

korostaviin malleihin. (Pasanen 1999, 55-59.) Sihvosen (2006) mukaan sopimusohjauksen ansiot eivät ole niinkään tehokkuuden ja taloudellisuuden lisääntymisessä vaan yhteistyön, informaation, luottamuksen ja avoimuuden lisääntymisessä. (Sihvonen 2006, vertaa Kuosmanen ym. 2004).

Taulukko 10. *Vertaileva yleiskuva sopimusohjaukseen liittyvistä kokemuksista eri maissa (Pasanen 1999, 57).*

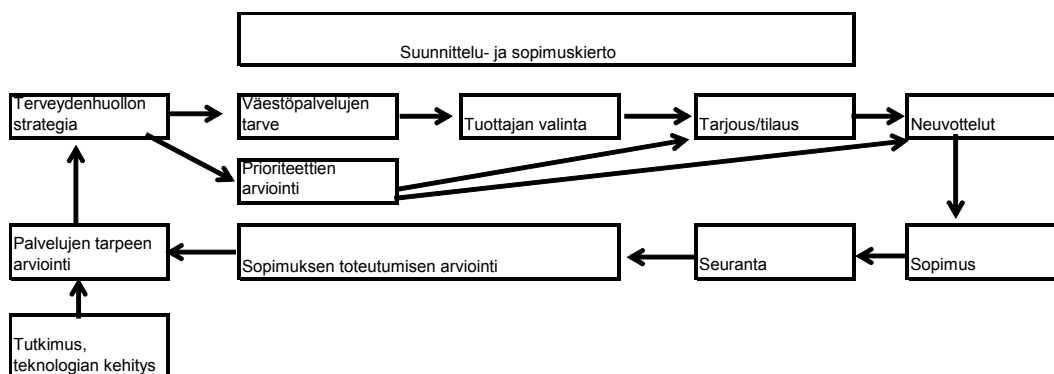
| Kriteeri/Maa | Ruotsi | Iso-Britannia | Uusi-Seelanti | Tanska |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Sopimusohjauksen uudistuksen uudistamistapa | Hajautetusti maakäräjätasolla | Keskitetysti keskushallintotasolta | Keskitetysti keskushallintotasolta | Hajautetusti maakuntatasolla |
| Palvelujen tilaajatahot | Maakäräjien sisäiset tilaajatahot/-alueet | Paikallispiirit ja budjettivastuulliset yleislääkärit | Aluepiirit | Maakunnat |
| Palvelujen tuottajatahot | Pääasiassa julkiset sairaalat; perusterveydenhuolto. | Julkiset ja yksityiset sairaalat sekä hoivapalvelutuottajat | Julkiset ja yksityiset sairaalat; yleislääkärit ja itsenäiset yhdistykset | Pääasiassa julkiset sairaalat |
| Sopimusohjauksen vaikutus palvelutoimintaan | Aluksi tuottavuuden parantumista; potilaiden hoito- ja odotusaikojen lyhentyminen: myöhemmin tuottavuudessa selvä lasku | Tuottavuudessa parantumista: hoidettujen potilaiden määrän kasvu; sairaanhoidon kustannusten kasvu, jonotusajoissa suuria vaihteluita | Tuottavuudessa ongelmia; potilaiden jonotusajat pidentyneet; kustannuksissa huomattava kasvu | Ei merkittävää muutosta tuottavuudessa |
| Sopimusohjauksen vaikutus palvelujen laatuun | Laatu ennallaan tai parantunut hiukan; huomiota enemmän laatutekijöihin | Laadussa ei merkittävää parannusta; laadusta keskeinen kilpailutekijä | Laadun parantuminen? Hintakilpailusta laatukilpailuun | Laadussa ei merkittävää muutosta |
| Sopimusohjauksen vaikutus hintoihin | Ei tietoa | Sairaaloiden väliset hintaerot kasvaneet | Hintojen nousu sairaaloiden monopoliaseman vuoksi | Ei tietoa |
| Sopimusohjauksen soveltaminen jatkossa | Nykyisessä muodossa | Ei nykyisessä muodossa | Ei nykyisessä muodossa | Nykyisessä muodossa |
| Yleisarvio | Myönteinen | Kielteinen (sopimuskäytäntö selkiytymätön) | Kielteinen (kilpailun puute) | Myönteinen |

Sopimusohjaukseen siirtyminen vaatii toimivaa kustannuslaskentaa ja tilaajan kykyä toimia ostajana. Eri tuottajille olisi hyvä olla samanlaiset tavat laskea kustannuksia, jotta palveluita voitaisiin vertailla keskenään. Periaatteessa kirjanpitolakia noudatettaessa on huolehdittava jaksotus-, kirjaamis- ja arvostuskäytäntöjen yhdenmukaisuudesta. Kustannuslaskenta on hinnoittelun peruspohja. (Pasanen 1999, 39-40.) Lisäksi sopimusohjaus edellyttää tilaajalta kykyä määritellä ostettava palvelu ja siihen liittyvät laatulementit, kykyä arvioida hinta-laatusuhde, neuvottelumenettelyjen hallintaa sekä menetelmiä seurata sopimuksen toteutumista. Tuottajalta vaaditaan tuotantoprosessien kuvaamista, kustannustehokkuuden hallintaa ja laadun järjestelmällistä ylläpitämistä. (Efektia 2004, 14.)

Sopimusohjausta voidaan kehittää myös siten, että sopimuksen sitovuustasoissa ja tuotteistuksessa löydetään oikea yksityiskohtaisuustaso, sanktiojärjestelmät ja neuvotteluihin käytettävä aika on oikein mitoitettu. (Idänpään-Heikkilä 2004, 302). Toisaalta sanktionjärjestelmien lisäksi tulisi olla positiivisista suorituksista palkitseva kannustinjärjestelmä.

Sopimusohjausprosessi

Sairaanhoitopiireissä on erilaisia toimintamalleja. Sopimusprosessi alkaa tarjouksen valmistelulla sairaanhoitopiirissä. Neuvotteluja käydään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä jo tässä vaiheessa. Perustietona ovat yleisimmin edellisten vuosien tiedot käytöstä. Palvelutarve määritellään historiatiedon, uusien palveluiden ja uusien teknologioiden muutostarpeiden, kuntien toivomusten ja asiantuntijoiden antamien tarpeen kehittymisarvioiden pohjalta. Kuntien luottamuselimissä sovitaan linjaukset terveydenhuollon strategiasta ja pohditaan mitä palveluita halutaan painottaa, arvioidaan erikoissairaanhoidon määräraha ja tehdään mahdollisesti suunnitelmia palvelurakenteen muutoksista. Kunnan saatua tarjouksen, se tarkistetaan viranhaltijoiden voimin. Tarkistuksen voi esimerkiksi tehdä terveyskeskuksen johtava lääkäri. Tarkistuksen jälkeen tehdään muutosesitykset. Sen jälkeen käydään sopimusneuvottelut, joihin osallistuvat kuntien johto sekä terveydenhuollon ja talouden asiantuntijat. Neuvottelujen lopputuloksena syntyy sopimus perusteluineen. Palvelujen toteutumista seurataan ja korjauksia sopimukseen voidaan tehdä kesken vuotta tarkistusneuvotteluissa. Ylityksistä ja alituksista sovitaan yhdessä. (Idänpään-Heikkilä 2004, 299-300.) Pirkanmaalla sopimusprosessi etenee samassa aikataulussa, mutta kunnittain voi olla vaihtelua valmistelussa ja päätöksentekokoelimityksissä. Esimerkiksi Valkeakoskella sopimuksen hyväksyy lautakunta, Tampereella valtuusto vahvistaa lopullisen tilauksen, Kolmostien tilaajarenkaassa terveyskeskuslääkärit tekevät tilauksen sekä Lounais-Pirkanmaan tilaajarenkaassa kunnan hallituksen jäsenet ja valtuuston puheenjohtajat linjaavat ja tarkistavat tilauksen. (Kuosmanen ym. 2004, 52-55.)



Kuva 26. Sopimusohjauksen vuosittainen toteutus (Idänpään-Heikkilä 2004, 300)

Laskutus ja tuotteistaminen

Sopimusohjaus sisältää laskuttamistavat ja tuotteistamisen. Käytössä on ollut laskutuksessa yli- ja alikäyttömalleja. Yli- ja alikäytön avulla pyritään tasaamaan sopimuksen ylittävää ja alittavaa palvelujen käyttöä, jotta taloudelliset riskit tasattaisiin tilaajan ja tuottajan kesken. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 13-15.) Yli- ja alikäytön käyttämisen avulla pyritään rajaamaan tuotanto sovitulle tasolla ja siten hillitsemään terveystieteiden kasvua sekä parantamaan kustannusten ennakoitua. Sairaanhoitopiiri varaa sovitun osan kapasiteetistaan kunnalle, jos sitä jää käyttämättä, niin alijäämäkorvaus on korvaus käyttämättä jääneestä kapasiteetista. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000,23-25.) Pirkanmaalla sairaanhoitopiiri on esittänyt vuoden 2001 toimintakertomuksessa, että yli- ja alikäyttömenettelyä tulee tarkastella uudelleen (Kuosmanen ym. 2004, 31). Stakesin (2000) mukaan sopimusohjauksessa on käytetty tuotteistuksessa seuraavia malleja: Keski-Suomessa hoitajakso ja avohoitokäynnit, Riihimäen seudulla hoitopäivät, hoitajakset, poliklinikkakäynnit ja hoitopaketit, HUS:ssa NordDrg eli pohjoismaiseen DRGHen, hoitopäivät ja avohoitokäynnit, Pirkanmaalla pohdittiin siirtymistä NordDrg:hen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 13.)

Sopimusohjaukskokemukset Suomessa

Pohjois-Savossa kokeiltiin sopimusohjausta 1990-luvun lopulla. KYS eli Kuopion Yliopistollisen sairaalan kanssa sovittiin seuraavista asiakohdista muun muassa palvelujen määristä karkealla tasolla, kustannusten kuntakohtaisesta seurannasta, ylittämistapojen menettelyistä ja vastuulääkärijärjestelmän pystyttämisestä.

Pirkanmaalla sopimusohjauksen suunnittelu alkoi 1996, jotta kunnat voisivat paremmin ohjata sairaanhoitopiirin toimintaa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2005.) Kaikki kunnan siirtyivät sopimusohjaukseen vuonna 1999. Pirkanmaalla kunnat voivat myös tuottaa itse erikoissairaanhoidon palveluita tai ostaa niitä muilta tuottajilta kuten yksityiseltä sektorilta. Näitä hankintoja käsitellään sopimusneuvotteluissa. Neuvotteluissa pyritään sovittamaan yhteen toimintaa. Neuvotteluissa läpikäydään kunnan vähentäessä ostojaan muutoksen syyt ja kuinka tilaajat aikovat palvelut järjestää. Tasausmenettelynä oli ensin 75/25 (jossa 75 % oli kiinteitä ja 25 % muuttuvia), jonka jälkeen se muutettiin 50/50. Pirkanmaalla sopimus konkretisoi alueellisen terveystalouden strategian. Pirkanmaan kokemukset antavat merkkejä siitä, että tuloksellisuus on parantunut osin sopimusohjausjärjestelmän aikana. Toisaalta empiirisen aineiston pohjalta ei ole tuottavuus- ja taloudellisuusluvuissa havaittavissa parannusta kuntatasolla. Vaikuttavuus oli parantunut eräiltä osin ja samoin kohdentuvuus oli parantunut. Kuntien edellytykset hallita kustannuksiaan olivat jonkin verran parantuneet, kuitenkin pettymystä näkyi siitä, että kuntien erikoissairaanhoidon kokonaiskustannukset ovat olleet kasvussa. Avainkysymyksiä nousi kustannusten hallinnan kannalta se, missä potilaat hoidetaan. Sopimusohjaus on lisännyt kuntien tietoisuutta, että päällekkäisyyksiä ja turhia hoitoja karsimalla sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa selkeyttämällä voidaan kustannuskehitystä ohjata haluttuun suuntaan (Kuosmanen ym. 2004, 19- 21,55, 61-65.)

Keski-Suomen kokeilussa oli muun muassa seuraavia lähtökohtia sopimuksen kesto kolme vuotta (ensimmäinen vuosi sitova), kannustejärjestelmien löytäminen eri osapuolille, NordDrg tuotteistuksen tavoittelemine, tilaajien riittävä asiantuntemus ja väestöpohjan suuruus. Sopimusohjauksen tavoitteena oli parantaa väestön terveyspalveluiden tarpeen ennakoitavuutta, terveydenhuollon toimintojen yhteensovittamista ja tarkoituksenmukaisuutta, terveydenhuollon toiminnan tehokkuutta sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyötä, työnjakoa ja toimintojen tuntemusta sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehityksen sovittamista kunnallistalouden rahoitusmahdollisuuksiin. Erityisiksi tavoitteiksi asetettiin tavoite parantaa erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuutta, erikoissairaanhoidon ohjattavuutta sekä kuntien vaikutusmahdollisuuksia erikoissairaanhoidon. Kokemukset kokeilusta koettiin antoisiksi ja opettavaisiksi sekä yhteisymmärrys ja osapuolten keskinäinen luottamus lisääntyi neuvotteluprosessissa. Lisäksi toiminnan ja talouden tietämys kummallakin osapuolella parani, koska neuvotteluissa aihealueina olivat talous, toiminta ja työnjako. Tilaaja tietämys parani siitä, mistä erikoissairaanhoidon kustannukset muodostuvat sekä tuottaja sai aikaisempaa paremmin tietoa tilaajan toiveista ja mahdollisuuksista. Keski-Suomen ensimmäinen neuvottelukierros toi useita parannusehdotuksia muun muassa pienten kuntien kanssa pidemmät sopimukset, tuotteistuksen kehittäminen NordDrg:hen parantaa sopimusmenettelyä, tuotekohtaisia sopimuksia kannattaa tehdä tärkeimmissä tuotteissa, joillakin aloilla voidaan harkita kapitaatioperusteista sopimusta (kuten psykiatriassa), tilaajarenkaalle

tulee antaa yksityiskohtainen yhteenveto, palvelujen priorisointi ja toiminnan painopistealueiden muutokset on hyvä olla selvillä hyvissä ajoin, hintavertailujen tekemiseksi on hyvä näkyä edellisen vuoden hinta uuden hinnan rinnalla jne. Positiivisten kokemusten myötä Keski-Suomi siirtyi sopimusmenettelyyn. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 4-17.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä Helsingin kaupungin terveystalossa oli ennen HUS:n syntyä sopimusohjauskäytäntö, jossa oli eriytetty järjestäjä ja tuottaja. Terveyskeskukset toimivat järjestäjinä. Tuottajina olivat Helsingin sairaanhoitopiirin tulosyksiköt, Helsingin yliopistollinen sairaala ja muut tuottajat. Osa-alueina olivat sopijaosapuolten määrittelyt, sopimuksen sisällön kuvaus, tuotteiden ja palveluiden hinnoittelun määrittely, sopimusprosessin kuvaus, sopimustenylitysten ja alitusten käsittely, sopimuserimielisyyksien ratkaisu sekä seurannan ja raportoinnin järjestäminen.. Sopimus jakautui kahtia. Tavoiteosa sisälsi toiminnan sanalliseen kuvaukseen, laatutason, potilaslinjaukset ja yhteistyökysymykset sekä valvonnan ja raportoinnin. Toisena osana oli palvelusuunnitelmaosa tilattavine tuotteineen, määriin ja hintoihin. Lisäksi työnjakosopimuksia, jossa määriteltiin sairaanhoitopalvelujen tuottajien tehtävät, palvelut ja niiden määrät (Pasanen 1999, 73, Helsingin kaupungin terveystalosto 1996:13-15.) Vastaavan tyyppistä kaksijakoista sopimusmenettelyä on ollut käytössä Kanta-Hämeessä, jossa on ensinnäkin sopimus, jossa sovitaan yhteisistä hoitokäytännöistä mukaan lukien työnjako, hoidon porrastus ja yksittäisen potilaan hoitoa koskevat ohjeet. Toiseksi sovitaan tuotantosopimuksesta. (Pasanen 1999, 71, Kokko 1995).

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Sopimusohjaus näyttää tutkimusten ja kokemusten valossa olevan hyvä keino myös kustannushallintaan, vaikka selkeät näytöt tutkimushetkellä puuttuvat. Sopimusohjaus lisää ymmärrystä osapuolten välillä, joten se tuo mahdolliseksi pohtia toiminnan kehittämistä yli juridisten organisaatioiden. Toiminnan kehittäminen taas tuo mukanaan kustannussäästämahdollisuuksia, jotka kylläkin näkyvät vasta muutamien vuosien päästä. Sopimusohjaus voidaan nähdä hyvänä keinona verkostomaisesti toimivissa organisaatioissa, jossa yhdessä hakeudutaan yhteisiin tavoitteisiin.

Tilaaajarengas

Tilaaajana voi olla tilaaajarengas tai tilaaajarengasta väljempi neuvottelurengas. Tilaaajarengas avulla pyritään parantamaan useamman kunnan kustannusten ennakoitavuutta ja toiminnan ohjattavuutta. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 22, 31.) Tilaaajarengas on pyritty luomaan tilauksen taustalle riittävä väestöpohja. Pekurisen mukaan erikoissairaanhoidon palveluiden tilaajan suositeltava väestöpohjana tulee olla 20 000-30 000. Tämä väestöpohja on riittävän suuri mahdollistaakseen palvelujen käytön ja kustannusten kohtuullisen

luotettavan ennustamisen ja riittävän asiantuntemuksen omasta takaa. (Pasanen 1999, 23, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2000, 31.) Punkarin ym. (1995) mukaan ostosopimukseen riittävä rahoituksellinen voima ja riskinsietokyky edellyttäisi jopa 50 000 asukkaan minimiväestöpohjaa. Häkkisen, Keskimäen, Linnakon ja Pekurisen (1996) arvion mukaan 15 000- 20 000 asukkaan väestöpohja olisi riittävä. (Pasanen 1999, 23.)

Tuottajan kannalta, jotta tuotanto olisi kapasiteetiltaan oikealla tasolla, on tärkeää tietää mahdollisimman hyvin miten paljon tilauksia tulee ja se, että ne ovat oikealla tasolla. Siksi yksi vaihtoehto on ollut muodostaa tilaajarenkaita pienten ja keskisuurten kuntien välille. Yli- ja alikäyttömenetelmä on ollut myös yksi keino hakea oikeata tilaustasoa. (Pasanen 1999, 94-96.)

Tilaajarenkaiden käyttö voi liittyä myös verkottumiseen, koska sairaanhoitopiirien ohjaaminen ei voi tapahtua vain yhtymäkokouksessa tai valtuustossa. Tarvitaan myös ohjaamista kliinisellä tasolla. Terveyskeskukset voivat verkottua suoraan sairaanhoitopiirinsä kanssa ja vaatia erikoissairaanhoidon tarpeeseen perustuvaa vastuullista suunnittelua. (Elonheimo & Mattila 2004, 270.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Tilaajarengasta voidaan perustella neuvotteluvoiman vahvistamisella, jonka avulla pyritään vahvistamaan kuntien neuvotteluvoimaa sairaanhoitopiiriin nähden, varsinkin pienten kuntien neuvotteluvoima on pieni. Kunnat voivat tilaajarengasta avulla pyrkiä vaikuttamaan nykyistä vahvemmin esimerkiksi hintoihin.

Omistajaohjauksen keinot

Kunnat omistavat sairaanhoitopiirit, jonka vuoksi kunnilla on omistajavalta sairaanhoitopiiriin nähden. Kunnilla on taloudellinen sidos sairaanhoitopiireihin, koska omistuksen osuuden mukaisesti sairaanhoitopiirin tilikauden tulos on osa kuntien konsernituloslaskelmaa. Lisäksi taloudellinen sidos näkyy omistajakunnan taseessa sekä omistuksen euromäärä. Lisäksi kunnat toimivat ostajina sairaanhoitopiireille. Merkitsevin tekijä ostamisen puolella on hinta, jonka korkeuteen vaikuttaa sairaanhoitopiiriin tuotannontekijöiden hinta, tuotantoprosessit ja palvelusuoritteilta vaadittava laatu. Omistajina kunnat voivat vaikuttaa luottamuselimissä näihin tekijöihin, jotka näkyvät sairaanhoitopiirissä pääosin kiinteinä kustannuksina. Siten onnistunut omistajuus, jossa esimerkiksi tavoitellaan kustannusten minimointia, näkyy kunnan erikoissairaanhoidon palvelukustannuslajissa mahdollisesti säästöinä tai kustannusten pysymisenä ennallaan tai vähintään kustannusten nousun hillitsemisenä.

Kunnat voivat vaikuttaa sairaanhoitopiiriin omistajaohjauksen keinoin. Omistajaohjauksen juuret ovat liiketaloustieteen puolelta, koska sillä on yrityksissä pitkä historia ja taustat löytyvät osakeyhtiöiden lainsäädännön kehityksestä. Yritysten ohjaus ja valvonta ongelma nousi esille osakeyhtiön lain myötä 1855, jonka jälkeen yritysten toiminta alkoi kasvaa. (Amey & Egginton 1972, 381). Aiemmin pienten yhtiöiden johdossa olivat omistajat itse (Hirvonen, Niskakangas, Wahlroos 1998, 25). Kasvu johti kahden eri ohjaustason heikkenemiseen. Ensinnäkin markkinoiden toiminta heikkeni, koska suuret yrityksen pääsivät hallitsemaan markkinoita suvereenisti. Toiseksi omistajuus ja johto erosivat toisistaan – yritykset siirtyivät managerikapitalismiin. Yritysten uudella päällikkötasolla tavoitteet eivät välttämättä vastanneet omistajien tavoitteita. (Amey & Egginton 1972, 381, Hirvonen ym. 1998, 25.) Kehitys johti omistuksen pirstoutumiseen, jolloin määräävässä asemassa ei ollut kukaan omistajista, vaan yritysjohto. Joissain tapauksissa on käynyt siten, että toimiva johto on nähnyt omistajat yhtenä sidosryhmänä muiden muassa – välttämättömänä pahana. Tässä on nostettava esille traditionaalinen neoklassinen teoria, jossa ei eroteta toisistaan johtoa, velkojia ja omistajia. 1930-luvulla taloustieteilijät alkoivat kiinnittää huomiota siihen, että johdolla, omistajilla ja velkojilla saattaa olla erilaisia tavoitteita, kuinka yrityksen resursseja käytetään. Johdon tavoitteet voivat poiketa omistajista. Johto voi haluta valtaa tai kasvattaa omia palkkioitaan. Omistajat taas pyrkivät maksimoimaan sijoituksena tuoton mahdollisimman pienellä riskillä. (Hirvonen ym. 1998, 22-23, 25, 28.) Kuntien ohjauksessa sairaanhoitopiireissä voidaan nähdä vastaavia ilmiöitä, kuten omistajat ja johto ovat erillään ja omistus on pirstoutunut useille kunnille sekä sairaanhoitopiiri hallitsee omalla markkina-alueella suvereenisti.

Omistajaohjauksessa on pohjimmiltaan kyse omistajien odotusten täyttämisestä. Pellervon raportti (1991) toteaa ”omistajan ohjauksessa ja valvonnassa on tavoitteena taata liikkeenjohdolle riittävä toimintavapaus oman asiantuntemuksen käyttöön, mutta samalla varmistaa, että johto tuntee vastuunsa omistajalle”. Omistajaohjauksen tarve on noussut esille, koska toimiva johto on joissain tapauksissa toiminut omistajien etujen vastaisesti. Esimerkiksi johdolla on saattanut olla henkilökohtaisia tavoitteita, joita on ajettu eteenpäin omistajien etujen vastaisesti. (Pellervo-seura 1991, 1-7.) Omistajaohjaus voidaan nähdä keinona, jonka avulla pyritään takaamaan se, että yhteisön johto toimii omistajien etujen mukaisesti.

Omistajaohjaukseen liittyy yritysten ohjauksen kehitys, joka on kulkenut manageri- ja stakeholderkapitalismista osakkeenomistajakapitalismiin. (Hirvonen ym. 1998, 2.) Osakkeenomistajakapitalismiin liittyvässä ohjauksessa on kyse siitä, että omistajat saavat varmistettua parhaimman mahdollisen hyödyn itselleen (Pellervo 1991, 1-7, Hirvonen ym. 1998, 26-29). Vastaavaa ajattelua käsittelee myös Haapanen, Lainema, Lehtinen ja Lähdemäki (2002) käsitellessään omistaja-arvo-ajattelua. Omistajuuden merkityksen korostuessa, omistajat asettavat yritysjohdolle entistä tiukempia vaatimuksia. (Haapanen, Lainema, Lehtinen & Lähdemäki 2002, 40.) Samankaltaisesta ajattelusta on kyse kuntayhtymän omistajaohjauksessa; omistajat haluavat saada mahdollisimman

hyvän hyödyn itselleen. Hyöty ilmenee säästöinä terveydenhuollossa unohtamatta vaikuttavuutta.

Julkisella sektorilla omistajaohjaus on noussut esille niin valtion omistajaohjauksen periaatteiden määrittelyissä kuin tutkimuksissa, raporteissa ja kirjoissa. Esimerkiksi Valkama (2004) on käsitellyt väitöskirjassaan omistajaohjausta muun muassa hallituksen näkökulmasta. Perinteisen käsityksen mukaan yhteisöjen hallituksen jäsenet ovat omistajien nimeämiä edustajia, joiden tehtävänä on huolehtia omistajien etujen täyttymisestä sekä valvoa yhtiön toimintaa. Hallituksen jäsen voi olla esimerkiksi poliittinen luottamushenkilö ja virkamies. Omistajaohjauksessa ristiriitaa aiheuttaa yhtiöoikeudellinen määritys, että hallitus ajaa yhtiön etua ja toisaalta hallituksen jäsen ajaa omistajakuntansa etua. (Valkama 2004, 183-188.) Johansson (2002) on tarkastellut Helsinkiä ja sen omistajaohjausta tytäryhteisöissä. Hän nosti raportissaan esille keskustelutarpeen muun muassa omistajastrategioihin ja hallituksen nimeämistapoihin, jotta asiantuntevuutta saataisiin lisättyä hallituksissa. (Johansson 2002, 26-28)

Kuntayhtymän omistajaohjaus

Kuntayhtymän omistajaohjaukseen vaikuttaa lainsäädäntö, joka sisältää ohjauskeinoja kuten sairaanhoitopiirin perussopimus, yhtymäkokous tai liittovaltuusto sekä hallitus. (Kuntalaki 78-86 §, Erikoissairaanhoitolaki 16 – 18, 21 §.) Perussopimus luo omistajaohjaukselle peruslinjaukset. Se on organisointi- ja informaatio-ohjausta. Perussopimuksessa määritetään omistajaohjauksen toteuttamisen peruseriaatteita, kuten kuka päättää eli kunta yhtymän päätöksenteosta, toimielinten jäsenten ja yhtymäkokousten lukumäärästä ja äänivallan jakautumisesta sekä palvelurakenteista eli sairaanhoitopiirin tehtävät ja sairaanhoitoalueet. Lisäksi esimerkiksi HUS:n perussopimuksessa määritetään lain mukaisen kalliin hoidon tasausjärjestelmästä ja laskutuksen muista perusteista. (Kuntalaki 78-79 §, Erikoissairaanhoitolaki 56 § HUS perussopimus 2004.) Perussopimus vaikuttaa suoraan kunnalle tuleviin kustannuksiin. Perussopimus hyväksytään erikseen kunkin kunnan valtuustossa.

Kuntayhtiön ohjausmuotoja voidaan luokitella kontrollin luonteen ja kontrolloivan päämiehen mukaan. Kontrollin luonne voi olla staattista tai dynaamista. Kontrolloiva päämies voi olla mallissa valtio tai kunta. Kunta voi tehdä passiivista ohjausta yhtiöjärjestyksellä, kunnan ja yhtiön välisillä sopimuksilla ja antaa konserniohjeita. Kunnan dynaamiset keinot ovat yhtiökokous edustajien valinta ja ohjeistaminen, pääomahuolto, pantit ja takaukset. Valtio vaikuttaa yhtiölainsäädännöllä, toimialakohtaisella lainsäädännöllä ja kuntayhtiöiden erityissäntelyllä. Dynaamisina keinoina valtiolla ovat toimilupaohjaus, rahoitusohjaus ja kilpailuvalvonta. (Valkama 2004, 176.)

| | Passiivinen | Dynaaminen |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Kunta | yhtiöjärjestys, kunnan ja yhtymän väliset sopimukset, konserniohjeet | yhtiökokous edustajien valinta ja ohjeistaminen, pääomahuolto, pantit ja takaukset |
| Valtio | yhtiölainsäädäntö, toimialakohtainen lainsäädäntö, kuntayhtiöiden erityissäädentely | toimilupahjaus, rahoitusohjaus, kilpailuvalvonta |

Kuva 27. Kuntayhtiön kontrolloinnin muodot (Valkama 2004, 176).

Corporate Governance

Corporate Governance on noussut esille viime vuosina yhtenä omistajaohjauksen käsitteenä, jonka tavoitteena on suojella ja helpottaa osakkeenomistajien etujen toteutumista (OECD 2004, 20). Cadburyn raportissa (1992) Corporate Governance määritetään seuraavasti: ”Corporate Governance is the system by which companies are directed and controlled” (Cadbury 1992, 14). Corporate Governancella tarkoitetaan yrityksen hallinnointi- ja ohjausjärjestelmiä sekä tiedottamisen periaatteita (HEX 2003). Corporate Governancen kattava ja tarkoituksenmukainen suomenkielinen vastine on yrityksen hallinta. Se ei ole käsitteenä vielä täysin selvä ja käytännöt vaihtelevat maittain, joten sen uskotaan kehittyvän seuraavina vuosina. Lähtökohtana kehittämislle on toiminnan läpinäkyvyys ja hallinnon korkeatasoinen järjestäminen. (Haapanen ym. 2002, 11-12.) Yrityksissä merkittävä osa hallinnasta määritellään pakottavalla lainsäädännöllä. Pakottavaa lainsäädäntöä ovat osakeyhtiö, kirjapito- ja arvopaperimarkkinalainsäädäntö. (HEX 2003.) Corporate Governance ei ole vain yritysten käyttöön soveltuva, vaan sen osa-alueita voidaan hyödyntää myös julkisella sektorilla. (Ekström 2004, 95). Vastaavaa lainsäädäntöä ovat kuntayhtymään liittyvät säädökset.

”Corporate Governancen” aluetta voidaan kuvata yrityksen hallinnan viitekehityksellä, jossa yrityksen toiminta kuvataan asiakas- ja pääomamarkkinoiden välissä tapahtuvana arvon muodostusprosessina. Sen ohjaukseen ja toteutukseen osallistuvat omistajat, hallitus, yritysjohto ja muut resurssit. Omistajien vaikutuskeinot voidaan jakaa suoriin ja epäsuoriin keinoihin. Epäsuoria keinoja ovat osakkeiden myynti/ostot ja yritysjohtajien suorat vaikutuskeinot ovat omistaja- ja äänivallan käyttö hallituksessa, hallintoneuvostossa ja/tai yhtiökokouksessa. Tärkein keino on viimeisin eli yhtiökokous, jossa päätetään voitonjaosta, hallituksen jäsenistä ja osakepääomaan liittyvistä järjestelyistä. Hallituksessa omistajien työvälineitä vaikuttaa yhtiöön ovat sijoittajasuhdetoiminnan perusteiden määrittelyt, johdon kompensatiojärjestelmät, pääomarakenne sekä tilintarkastusmekanismit ja

sisäinen valvonta. (Haapanen ym. 2002, 86-87). Norbyn komitea (2001) listasi seuraavia hallinnan alueita, joita tulee kehittää

1. osakkeen omistajien rooli ja vuorovaikutus yrityksen johdon kanssa
2. sidosryhmien rooli ja merkitys yritykselle
3. avoimuus ja läpinäkyvyys
4. hallituksen tehtävät ja vastuu
5. hallituksen koostumus
6. hallituksen ja johdon palkitseminen
7. riskienhallinta. (Norby-komitea 2001.)

Hieman eri tavoin on käsitelty välitöntä ja välillistä vaikuttamista.¹³ Välittömin ohjaus on silloin, kun omistaja esimerkiksi johtaa yritystä. Välitöntä ohjausta ovat yrityksen omistajarakenteen muokkaaminen ja yritysten osto- ja myyntimarkkinat. Välillisesti omistajat voivat vaikuttaa hallituksessa esimerkiksi valvonnalla, johdon palkitsemisjärjestelmällä sekä pääomarakenteita muuttamalla. (Lainema 1998, 16-17, S.A.M.I 1998,8.)

Tutkimuksessa on edellä olevien pohjalta valittu seuraavien lukujen yhteydessä käsiteltäväksi kunnan omistajaohjauksen keinoina valtuuston asema ja sen tehtävien kehittäminen, hallintoneuvoston hyödyntäminen, hallituksen toiminnan kehittäminen sekä valiokunnat, toimitusjohtaja ja ylimmän johdon asema, palkitsemisjärjestelmät ja palkkaus, sisäinen valvonta ja läpinäkyvä omistajatiedottaminen. Näiden lisäksi kunta voi erota sairaanhoitopiiristä, toimijoiden rooleja voidaan täsmentää ja eri elinten väliset yhteydet voidaan varmistaa sekä erityisesti perussopimuksella voidaan vaikuttaa kuntayhtymän toimintaan.

Sairaanhoitopiirin valtuustossa vaikuttaminen

Kuntien valtaa käyttää kuntayhtymissä, ja näin myös sairaanhoitopiirissä, valtuusto tai yhtymäkokous. Kuntayhtymässä ylin päätöksentekovalta voidaan keskittää yhtymäkokoukselle tai valtuustolle. Yhtymäkokous vastaa lähinnä osakeyhtiön yhtiökokousta. Yhtymäkokous sopii toimialalle, jossa toiminta on kapea ja rajattu. Yhtymävaltuusto muistuttaa kunnan valtuustoa. Se sopii hyvin laaja-alaisen yhtymän ylimmäksi päätöksentekoelimeksi, jonka toiminnan päätöksenteolla on keskeinen sija. (Valkama 2004,100, Kuntalaki 78 §, 81 §.)

- Kuntayhtymän valtuuston alla voi olla muita toimielimiä esimerkiksi hallitus. Vastaava hierarkkinen rakenne on osakeyhtiöillä. Hirvonen ym. (1998) toteavat hallituksen ja yhtiökokouksen suhteesta toisiinsa seuraavasti ” vaikka yhtiökokous on hierarkkisesti hallitusta ylempi toimielin, ei yhtiökokouksen ja hallituksen välinen suhde ole alistussuhde vaan yhteistyösuhde.” Esimerkiksi hallitus valmistelee yhtiökokouksen asiat ja kutsuu yhtiökokouksen koolle. Kuitenkin on huolehdittava siitä, että hallituksen nimitysasioissa, asian valmistelee esimerkiksi erillinen osakkeenomistajista koottu nimitysvaliokunta.

¹³ kirjallisuus lähteissä ristiriita vrt Haapanen ym. 2002, 86-87

Lisäksi hallituksen valmistellessa yhtiökokousasiat, tulee sen varoa tekemästä päätöksiä yhtiökokouksen puolesta. Yhtiökokouksen valta on strategisen tason vallan käyttöä ja valvontaa. Hallituksella on täysi vastuu operatiivisesta johtamisesta. (Hirvonen ym. 1998, 33, HEX 2003.) Yhtiökokouksen tärkeimpiä tehtäviä ovat hallituksen jäsenten nimittäminen ja tilinpäätöksen hyväksyminen (Haapanen ym. 2002, 83). Vastaavaa on sairaanhoitopiirin valtuustossa. Esimerkiksi HUS valtuusto

- päättää peruspääoman määrän ja jaon vahvistamisesta jäsenkuntien kesken
- tekee peruspääoman korottamis- tai alentamispäätöksen
- päättää peruspääoman koron suuruudesta
- antaa päätöksen eroavalle kunnalle maksettavan peruspääoman suuruudesta
- hyväksyy talousarvion ja – suunnitelman
- hyväksyy poistojen perusteet
- hyväksyy hinnoitteluperusteet
- päättää kalliin hoidon asukaskohtaisen maksun suuruudesta talousarvion hyväksymisen yhteydessä ja se kannetaanko se ennakkona
- päättää investointien rahoittamisesta joko lainanotolla tai peruspääoman korotuksella (jäsenkuntien suostumuksella) tai investointiavustuksella
- päättää toimenpiteistä ylijäämä- ja alijäämätilanteissa
- päättää rahastojen perustamisesta ja purkamisesta
- päättää tarkastuslautakunnan jäsenistä (Perussopimus 2004.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Sairaanhoitopiirin valtuusto käyttää merkittävää taloudellista ohjausvaltaa ja vaikuttaa kustannuksiin esimerkiksi hyväksymällä talousarvion ja – suunnitelman. Jos kuntayhtymän valtuuston toimintaa muutetaan joksikin toiseksi, on syytä huolehtia, että talousarvion ja –suunnitelman hyväksyminen sekä muut merkittävät päätökset on jatkossakin alistettu kuntien edustajille valtuustossa. Valtuuston kehittämisessä voidaan pohtia valtuuston jäsenten määrää ja heidän valintakriteereitään. On myös hyvä tutkia, tarvitaanko jatkossa nykyisen kaltaista valtuustoa, joka muodostuu poliittisin perustein valituista jäsenistä vai olisiko parempi, että edustajat tulisivat kuntien edustajina ja heillä olisi omistuksiansa mukaan äänivalta vastaavasti kuin yhtiökokouksissa. Uudistetun valtuuston on hyvä olla päättäjänä merkittävimmissä strategisissa toimenpiteissä. Valtuuston toiminnan kehittämistä rajaa lainsäädäntö.

Hallintoneuvoston hyödyntäminen

Kuntayhtymillä ei ole hallintoneuvostoa. Sen sijaan osakeyhtiöllä voi olla hallintoneuvosto, jonka tehtävänä on valvoa yhtiön hallintoa ja antaa lausunto tilinpäätöksestä ja tilintarkastuskertomuksesta. Yhtiökokous valitsee hallintoneuvoston. Osakeyhtiölain 8 luvun 11 a § mukaan ”Hallintoneuvoston on valvottava hallituksen ja toimitusjohtajan hoitamaa yhtiön hallintoa ja annettava varsinaiselle yhtiökokoukselle lausuntonsa tilinpäätöksestä ja tilintarkastuskertomuksesta. Hallituksen ja toimitusjohtajan on annettava hallintoneuvostolle ja sen jäsenelle ne tiedot, joita nämä pitävät tarpeellisina tehtävänsä hoitamiseksi”. (Osakeyhtiölaki 11 a §.)

Hallintoneuvosto voi antaa ohjeita hallitukselle asioista, jotka ovat laajakantoisia tai periaatteellisesti tärkeitä. Hexin (2003) suositus on, että hallintoneuvoston toimivalta rajoittuu hallinnon valvontaan ja ohjeiden antamiseen. Hallintoneuvosto lisää yhtiön hallintoon yhden lisäportaan, jonka vuoksi yhtiön omistajien ohjaaminen hankaloituu. Yksiportainen järjestelmä antaa omistajaohjaukselle paremmat mahdollisuudet toimia. Jos yhtiöllä on kuitenkin hallintoneuvosto, on parempi, että yhtiökokous valitsee hallituksen eikä hallintoneuvosto. Näin varmistetaan omistajaohjauksen riittävyys. (HEX 2003.)

Hallintoneuvostojen roolia on paljon arvostelu. Hallintoneuvostojen koko on usein suurehko. Suuressa hallintoneuvostossa jäsenet eivät välttämättä tunne vastuuta yrityksen menestymisestä, valmistautuminen saattaa olla heikkoa ja tilaisuudet voivat olla informatiivisempia kuin ongelmiin paneutuvia kokouksia. Näiden syiden vuoksi on tehty joskus pieniä työvaliokuntia, jolloin tapahtuu jako valtaa käyttäviin työvaliokunnan jäseniin ja hallintoneuvoston edustuksellisiin rivijäseniin. Tällöin rivijäsenet voivat kokea vielä vähemmän vastuuta. (Hirvonen ym. 1998, 39.)

Sairaanhoitopiirin hallitus ja siihen vaikuttaminen

Yrityksissä hallitus nähdään vahvana ohjauskeinona. Hallitus nähdään kirjallisuudessa tärkeimpänä omistajaohjausvälineenä (S.A.M.I 1998, 8-10). Kuntalaki edellyttää, että kuntayhtymissä on toimielin, joka valvoo kuntayhtymän etua, edustaa kuntayhtymää ja tekee sen puolesta sopimukset jne. Tästä päätetään perussopimuksen hyväksymisen yhteydessä (Kuntalaki 78 §.) Käytännössä tästä elimestä käytetään nimitystä hallitus. Sairaanhoitopiirin hallituksen jäsenet valitsevat omistajakuntien edustajat kuntayhtymän valtuustossa. Vastaavasti on yrityksissä, esimerkiksi Cadburyn Codessa (1992) todetaan, että osakkeenomistajien vastuu on valita hallituksen jäsenet (Cadbury Code 1992, 19).

Hallitus on tarpeellinen elin. Julkisissa yhtiöissä hallituksen ensisijainen tavoite on turvata omistajien etuja, huolehtia mahdollisessa kriisitilanteessa yhtiön selviytymisestä, suojella työntekijöiden eläkkeitä ja valita toimitusjohtaja. Yksityisissä yhtiöissä taas ensimmäisenä tavoitteena on auttaa toimitusjohtajaa,

päittää tavoitteista ja toimintapolitiikoista, auttaa johtoa tekemään päätöksiä, edustaa osakkeenomistajia, suojella työntekijöiden eläkkeitä, suojella omistajien etuja, auttaa kriisitilanteessa yhtiön selviytymisessä, valita toimitusjohtaja, laajentaa yhtiön mielikuvaa, edistää yhtiötä, toimia neuvottelijana, raportoida osakkeenomistajille ja toimia riittävänä vastuksena. (Ward 1991, 48.)

Hallituksen roolia määrittelevät omistajat esimerkiksi omistajien aktivoituminen saattaa vaatia kulttuurimuutoksen hallitustyöskentelyyn. Kulttuurissa, jossa omistajat eivät vaadi aktiivisesti esimerkiksi tuottoa, on hallitustyöskentely jäänyt usein passiiviseksi. Tuottoja aktiivisesti vaativalle omistajalle on tärkeää se, keitä hallituksessa on ja miten se vaikuttaa toimintaan. (Hirvonen ym. 1998, 26-29.) Hallituksen roolin määrittelyyn vaikuttavat yrityksen päämäärät ja strategiset tavoitteet, ulkoiset (toimiala, kilpailu, asiakasrakenne, toimialan menestystekijät, toimialan sääntely) ja sisäiset tilannetekijät (yrityksen koko ja monialaisuus, strategiset valmiudet, omistusrakenne, toimitusjohtaja ja muu johto). Näiden tekijöiden tunnistamisen jälkeen valitaan hallituksen rooli (palvelutehtävät, taloudellinen valvonta, organisatorinen ja/tai strateginen kyseenalaistaminen). Hallituksen rooli vaikuttaa suoraan hallituksen kokoonpanoon (jäsenmäärä, ulkopuolisten osuus, jäsenten valinta ja palkitseminen) ja hallituksen jäsenten pätevyysprofileihin (jäsenten profiili, hallituksen näkemys roolistaan, jäsenten sitoutuminen). Samoin se vaikuttaa hallituksen työnjakoon (tiedon hankinta, puheenjohtaja, valiokunnat) ja hallituksen työskentelyprosesseihin (kokousten määrä, agenda, hallituksen ja toimitusjohtajan suhde, muodollisuus, arvioinnit). (Haapanen ym. 2002, 120.)

Yrityksissä hallitus toimii omistajien ja toimitusjohtajan keskellä. Omistajat antavat tavoitteet. Hallitus määrittelee strategiat eli linjaukset, miten tavoitteisiin päästään. Toimitusjohtaja esikuntineen vastaa strategian toteuttamisesta sekä sen vaatimista resursseista ja valmiuksista. (Haapanen ym. 2002, 83.) Hirvonen ym. (1998) kiteyttävät hallituksen roolin seuraavasti: ”Ristiriitaisten tavoitteiden solukohtaan sijoittuu yrityksen hallitus, jonka tulee puolustaa osakkeenomistajia epäpätevää tai laiskaa yritysjohtoa kohtaan.” (Hirvonen ym. 1998, 23).

Hallitus edustaa yhtiötä, joten se voi kirjoittaa yhtiön toiminimen. Juoksevaan toimintaan liittyvät sopimukset allekirjoittaa toimitusjohtaja. Hallitus allekirjoittaa laajakantoiset sopimukset. Hallituksen velvollisuus on valmistella yhtiökokouksen päätöksiä. Samoin hallituksella on vastuu laittaa täytäntöön yhtiökokouksen päätökset. Hallitus allekirjoittaa toimitusjohtajan kanssa tilinpäätöksen toimintakertomuksineen. (Osakeyhtiölaki, Hirvonen ym. 1998, 79-82).

Hyvä hallitus tuo uutta näkökulmaa ongelmien ratkaisuun. Näin hallituksen avulla voidaan ylittää yhden johtajan kyvyt yhdessä. Yrityksessä on tärkeää toimitusjohtajan asenne. Joissain tapauksissa toimitusjohtaja ei halua toimia aktiivisen hallituksen kanssa. Toisaalta toiset eivät halua vastaanottaa rakentavia neuvoja. Aktiivinen hallitus tuo

- organisaation sisään lisää kokemusta ja asiantuntemusta
- lisää itsekuria ja accountabilityä
- kaikupohjaa johdon ideoille; mikä on hyvä idea ja huono idea

- rehellisiä objektiivisia mielipiteitä
- strategista suunnittelua ja konsultointia
- käsitystä avainhenkilöstöstä
- lisää kyseenalaistamista haastamalla johtoa kysymyksillä
- luottamuksellista ja empaattista konsultointia
- luovaa ajattelua ja päätöksentekoa
- arvokkaita suhteita sidosryhmiin. (Ward 1991, 9-27.)

Hallituksella on vastuu siitä, että yhtiöllä toimiva organisaatio. Hallitus vastaa organisaation muodostamisesta, ohjaamisesta ja valvomisesta. (Hirvonen ym. 1998, 79-82). Hallitus nimittää ja erottaa toimitusjohtajan ja mahdollisesti muun ylimmän johdon eli vastaa osaavasta johdosta, määrittää riskienhallinnan periaatteet, hyväksyy yhtiön strategiset tavoitteet ja arvot sekä varmistaa johtamisjärjestelmän toimivuuden. (Cadbury Code 1992, 14, HEX 2003, Haapanen ym. 2002, 12, Hirvonen ym. 1998, 82-83.) Johdon suorituskyvyn ja jatkuvuuden varmistamiseksi hallitus valitsee johdon ja osaavat ylemmän tason johtajat, varmistaa, että yhtiössä on jatkuvasti osaava johto, tarkistaa ylimmän johdon suoritukset, hyväksyy ylimmän johdon palkitsemis-palkkausjärjestelmät ja politiikat, jotka liittyvät yleiseen johdon kehittämiseen sekä valvoo johtoa, antaa palautetta johdolle sekä estää mahdollisten vahingollisten päätösten tekemisen. (Ward 1991,15-27, Hirvonen ym., 1998, 23, 87-90.)

Hallitus vastaa lakien ja säännösten noudattamisesta, päättää taloudenhoidosta ja sen valvontamekanismeista, valvoo toimivaa johtoa sekä edellyttää johdolta tehokasta toimeenpanoa. (Haapanen ym. 2002, 12.) SVH:n tutkimuksessa oli mainittu vastaavia asioita tehtäviksi: perusstrategian valitseminen ja hyväksyminen, toimitusjohtaja valitseminen ja erottaminen, liiketoiminnan seuranta ja valvonta, ylimmän johdon valitseminen, potentiaalisten johtohenkilöiden etsintä, investoinneista päättäminen, riskien hallinta, toimitusjohtajan tukeminen, yrityksen arvon kehittäminen sekä lakien noudattaminen. (Hirvonen ym. 1998, 82-83.)

Ward (1991) on listannut hallituksen konkreettisia tehtäviä. Päätehtävinä ovat yhtiön tavoitteiden saavuttaminen ja toimintapolitiikat sekä varmistaa johdon suorituskyky ja jatkuvuus. Hallitus tarkistaa yhtiön tavoitteet, tarkkailee organisaation suorituskykyä, ottaa omakseen tai muuttaa yhtiöjärjestystä, tarkistaa yhtiön tärkeimmät toimintapolitiikat sekä hyväksyy strategisen suunnitelman, muutokset yhtiösopimukseen, yrityskaupat, vuosisuunnitelman, merkittävimmät hintamuutokset ja rakennusohjelmat sekä pyytää säännöllisesti tarkastusta siitä, että yhtiön politiikkoja noudatetaan ja hyväksyy liiketoimintaa liittyvät uudet liiketoiminnat tai poistettavat liiketoiminnat. Hallitus hyväksyy ulkopuolisen juridisen konsultin käytön, huolehtii toiminnan laillisuudesta ja eettisyydestä sekä vahvistaa ulkopuolisen tilintarkastajan valinnan. (Ward 1991,15-27.)

Hallituksella tulee olla selkeä käsitys millä strategialla tavoitteisiin päästään. Strategian avulla hakeudutaan yhtiön omistajien asettamiin tavoitteisiin. Strategiatyössä ideat ja ehdotukset tulevat toimivalta johdolta. Hallituksen tehtävänä on arvioida ehdotuksien mahdollisuuksia ja uhkia sekä suhteuttaa ne yrityksen voimavaroihin. (Hirvonen ym. 1998, 86-92).

Kustannushallinnassa aktiivinen hallitus näkyy monella tavalla. Pitkä kokemus suurten yritysten johdosta auttaa yleisesti organisaatiota kustannustehokkaan toiminnan luomisessa. Kuukausittaiset tuloksatsaukset ja neljännesvuosittaiset strategiakatsaukset pakottavat tarkastelemaan toimintaa kriittisesti ja analysoimaan onnistumisia ja epäonnistumisia hallituksen asiantuntemusta hyväksi käyttäen. Johto voi hyödyntää hallituksen asiantuntemusta pohtiessaan ”epävirallisellakin tasolla” uusia investointeja, toiminnan kehittämistä jne. Ammattilaisista koostettu hallitus antaa usein lisäarvoa juuri pitkän aikajänteen suunnittelussa. Hallitus voi antaa ulkopuolisen näkemyksen keitä avainhenkilöitä tarvitaan ja millaisella osaamisella sekä miten palkitseminen suoritetaan. Hallituksen on perusteltua aika ajoin kyseenalaistaa toimintaa ja haastaa johto toimimaan entistä kustannustehokkaammin ja laadukkaammin. Hallituksen voi antaa johdolle oman asiantuntemuksensa alan konsultointia ja ideoita, joiden avulla toimintaa kehitetään aivan uudella tavalla kustannustehokkaaksi. (Ward 1991,15-27.)

Sairaanhoitopiirin hallituksessa tehtävät voivat olla vastaavankaltaisia kuin yrityksissäkin. Esimerkiksi HUS:n hallitus vastaa strategisten toimintatavoitteiden toteuttamisesta, toiminnan yhteensovittamisesta, valtakunnallisten ja erityisvastuualuekohtaisten tehtävien toteuttamisesta, yliopistollisen terveystieteellisen opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä, työnantajatoiminnasta ja hallinnon ohjauksesta. Hallitus käsittelee taloutta koskevat kuukausi- ja osavuositarkastukset sekä päättää niiden edellyttämistä toimenpiteistä. Hallitus valvoo sairaanhoitopiirin etua, edustaa sairaanhoitopiiriä ja tekee sen puolesta sopimuksia, jos muusta ei ole päätetty. Hallituksen toimivallasta määrätään johtosäännössä. (HUS perussopimus 2004, HUS ohjeet ja käytösäännöt 2004.) Hallitus vaikuttaa osin suoraan ja osin välillisesti kustannushallintaan.

Pohdinta kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Hallitus on kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa tärkeimpiä toimijoita. Se voi vaikuttaa suoraan sairaanhoitopiirin toimintaan ja sen kehittymiseen. Hallitus varmistaa sairaanhoitopiirin valtuuston päätöksen toteutumisen ja huolehtii omistajakuntien etujen täyttymisestä. Kuntien edustajat valtuustossa vaikuttavat hallituksen tehtäviin ja valitsevat hallituksen jäsenet, vaikkakin taustalla päätökset tehdään epävirallisesti puolueiden välillä.

Yksittäisen kunnan mahdollisuudet vaikuttaa hallituksen toimintaan ei ole suuri, mutta yhdessä muiden omistajakuntien kanssa voidaan tehdä voimakastakin vaikuttamista. Vaikuttamispaikka on sairaanhoitopiirin valtuustossa.

Hallituksen jäsenet

Kuntayhtymän hallituksen jäsenten lukumäärästä päätetään perussopimuksessa. Hallituksen kokoonpanoa sisältäen lukumäärä ja osaaminen sekä toimikautta on pohdittu yrityksissä. Esimerkiksi on todettu, että jäsenet tulee valita vuosittain. Näin omistajat voivat arvioida vuosittain hallituksen jäsenten sopivuutta toimintaan. (HEX 2003.) Hallituksen jäsenmäärä ollessa 4-8, voidaan saavuttaa riittävä asiantuntemus ja kollegiaalisen vastuun taso sekä varmistaa hallituksen työskentelyn tehokkuus. Jos hallitus on ylisuuri, voi valta siirtyä pienemmälle ”sisäpiirille”. Tällöin myös kokouksissa ei pystytä pohtimaan riittävän hyvin yhtiön haasteita. Suurissa hallituksissa hallituksen puheenjohtajan merkitys on suurempi, jolloin valta on siirtynyt hänelle. (Hirvonen ym. 1998, 54-55).

On kyse sitten osakeyhtiön tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymästä, niin hallituksen jäsenten toimikausi ei ole koskaan toistaiseksi, vaan se on määräaikainen. Hallituksen jatkuvuuden kannalta on hyvä, että kaikki eivät vaihdu samaan aikaan. Kuitenkin tarvitaan riittävästi rotaatioita. Hallituksen jäsenyyden pituus ei saa olla liian pitkä, koska tällöin jäsen saattaa tulla ”yrityssokeaksi”. Yleisesti nähdään 10 vuotta pisimpänä aikana. (Hirvonen ym. 1998, 56-57,66.)

Hallitus voi olla sisäinen tai ulkoinen. Sisäisessä hallituksessa jäseninä ovat toimitusjohtaja ja muu johto. Sisäisen hallituksen ongelmana voi olla, että jäsenistö saattaa keskittyä omien reviiriensä puolustamiseen, jolloin on vaikea katsoa toimintaa kokonaisvaltaisesti. Lisäksi omistajien eduista huolehtiminen voi jäädä vähäiseksi. Ulkoisessa hallituksessa jäseninä ovat omistajia edustavat ulkopuoliset asiantuntijat. Toisaalta hallitus voi olla myös sekahallitus, jossa on mukana toimivaa johtoa ja ulkopuolisia asiantuntijoita. Sekahallituksen ongelmana saattaa olla se, että sisäiset hallituksen jäsenet omaavat paremmat taustatiedot yhtiöstä kuin ulkopuoliset jäsenet. (Hirvonen ym.1998, 51.) Kuntien yhtymissä sekahallitus voidaan käsittää myös hallitukseksi, jossa on yhtäläillä ulkopuolisia ammattilaisia kuin poliitikkoja. Hallituksen puheenjohtajan ja toimitusjohtajan rooli on oltava selkeästi erotettu toisistaan. Toiseksi hallituksen jäsenistön on hyvä olla ei-johtohenkilöitä. Ainoa riippuvaisuus yhtiöön itsessään on palkkion maksu. (Cadbury 1992.) Analytikkojen arvostuksen mukaan paras hallitus on ulkopuolisista jäsenistä koostuva hallitus (Haapanen ym. 2002, 14).

Hallitukselta vaaditaan riittävät tiedot ja taidot sekä osaamista ja kokemusta. Hallituksen jäsenten pääsyvaatimukset määrittelee omistaja. Jäseniltä edellytetään omistajaorientoituneisuutta ja yleistä arviointikykyä, koska hallituksen keskeisenä tehtävänä on liiketoimintariskien arvioiminen ja mitoittaminen. Hallituksen jäsenen odotetaan kykyä keskustella tasaväkisesti toimitusjohtajan kanssa. Jäseneltä vaaditaan ennen kaikkea kokemusta yritysstrategioiden osa-alueilta ja analysointikykyä. Konkreettisina taitoja ovat kyky lukea laskentatoimen raportteja ja toimialatuntemus sekä viisaus ja laaja-alaisuus, kriittisyys, itsenäisyys ja riippumattomuus, yhteistyökyky, erityisosaaminen sekä ahkeruus ja ajankäyttö mahdollisuus. (Hirvonen ym. 1998, 63-66.) Paras jäsen ehdokas on henkilö, jolla on kokemusta suuren yrityksen johdossa (Ward 1991, 8, Hex 2003, Cadbury Code 1992,21).

Julkisen organisaation hallituksen jäsen voidaan valita asiantuntijuuden tai poliittisuuden pohjalta. Toisaalta valintakriteerinä voidaan nähdä toimielimen jäsenten edustavuus ymmärrettynä laajasti tai suppeasti, jolloin suppeassa mallissa hallitus muodostuu muutamasta viiteryhmästä ja laajassa useasta viiteryhmästä. Näissä kahdessa ulottuvuudessa voidaan tunnistaa neljä eri vaihtoehtoa. Liikkeenjohtoperiaatteessa jäsen valitaan muutamasta viiteryhmästä ja painotetaan asiantuntevuutta. Enemmistöperiaatteessa valinta tehdään muutamasta viiteryhmästä poliittisin perustein. Stakeholderperiaatteessa jäsenistö valitaan asiantuntevuuden perusteella useasta eri viiteryhmästä. Suhteellisuusperiaatteessa jäsenet valitaan useasta viiteryhmästä poliittisin perustein. Stakeholderperiaatteella muodostetussa hallituksessa vahvuus on laajassa osaamista edustavissa asiantuntevissa jäsenissä. Valkaman (2004) tulkinnan mukaan stakeholderperiaatteella valittu hallitus toimii myös laajempien sosiaalisten etujen ajajana, eikä vain omistajayhtiön etujen ajajana. (Valkama 2004, 187-187.)

| | | Toimielinten jäsenten valintaperuste | |
|-----------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------------------|
| | | Asiantuntevuus | Poliittisuus |
| Toimielinten jäsenten edustavuus ymmärrettynä | Suppeasti | Liikkeenjohtoperiaate | Enemmistöperiaate |
| | Laajasti | Stakeholderperiaate | Suhteellisuusperiaate |

Kuva 28. Kuntayhtiön hallituksen muodostamisen vaihtoehtoiset periaatteet (Valkama 2004, 186).

Sairaanhoitopiirin hallituksen johdossa on hallituksen puheenjohtaja. Puheenjohtajan tehtävänä on varmistaa, että tarpeelliset asiat tulevat käsiteltäväksi niin yhtiökokouksiin kuin hallituksen kokouksiin sekä valvottava toimivaa johtoa. (Cadbury Code 1992, 20.) Puheenjohtaja seuraa yhtiötä ja on tiiviissä yhteydessä toimitusjohtajaan ja muuhun johtoon. Hallituksen puheenjohtaja voi olla päätoiminen. Hallituksen puheenjohtajaksi valittavan tulee nauttia omistajien luottamusta, olla riippumaton yhtiöstä ja sen johdosta, yhteistyökykyinen, omata kykyä herättää arvontoa jäsenissä ja saada heidät antamaan panoksensa yhtiöön sekä olla ammatillisesti pätevä, jotta voi tuottaa lisäarvoa yhtiölle ja tukea toimivaa johtoa työssään. (Hirvonen ym. 1998, 59-85.) Oikeudellisesti puheenjohtajan asema on vastaava kuin hallituksen jäsenten. (Osakeyhtiölaki, Hirvonen ym. 1998, 59.) Puheenjohtajan toimikausi voidaan osakeyhtiössä määrittää esimerkiksi siten, että hänet valitaan vuosittain tai puolivuositain tehtävänä. (Hirvonen ym. 1998, 61.)

Hallitus ja valiokunnat

Hallituksella voi olla apuna valiokuntia, joissa asioita valmistellaan hallituksen jäsenien johdolla (Cadbury Code 1992, 24, Hirvonen ym. 1998, 143.) Toisaalta kuntayhtymässä valtuusto voisi nimetä valiokunnan siten, että siinä on sekä valtuuston että hallituksen edustus. Valiokunta ei tee päätöksiä, vaan hallitus valiokunnan valmisteluiden pohjalta (Hirvonen jne 1998, 113). Suositus on, että valiokuntia perustetaan. Valiokunta raportoi säännöllisesti hallitukselle. Hallitus vahvistaa valiokunnan työjärjestyksen. Yksi valiokunta, jota suositetaan perustettavaksi, on tarkastusvaliokunta. Tarkastusvaliokunnassa valmistellaan taloudellista raportointia ja valvontaa (HEX 2003.) Valiokunnan jäsenten tulee olla mielellään riippumattomia yhtiöstä (Cadbury Code 1992, 26, HEX 2003). Valiokunnan tehtäviä voivat olla yhtiön taloudellisen tilanteen seuranta, taloudellinen raportoinnin valvonta, sisäisen hallinnan ja riskien hallinnan riittävyyden arviointi, sisäisen tarkastuksen ohjaaminen, lakien ja määräysten noudattamisen seuranta ja tilintarkastajaan liittyvät asiat (HEX 2003). Valiokunniksi suositellaan perustettavaksi muun muassa nimitys-, palkitsemis- ja tarkastusvaliokunnat (Cadbury Code 1992, 24, HEX 2003, Hirvonen ym. 1998, 113). Nimitysvaliokunnan tehtävänä on hakea uusia hallituksen jäseniä. Lisäksi ylimmän johdon palkkiosta voidaan sopia hallituksen nimitysvaliokunnassa, jossa ei ole pääsääntöisesti mukana toimivaa johtoa. (Cadbury Code 1992, 26, HEX 2003). Palkitsemisvaliokunta tehtävänä on tehostaa toimitusjohtajan ja yhtiön johtoon kuuluvien henkilöiden palkitsemis- ja nimitysasioita (HEX 2003.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Edellisten pohjalta voidaan todeta, että HUS:n nykyisen hallituksen koko (17 jäsentä) on suurehko. Hallituksen toimivuuden parantamiseksi voidaan aiheellisesti kysyä, onko syytä pienentää HUS hallituksen jäsenmäärää 4-8 jäseneseen. Omistajakuntien valtuustot voivat päättää tästä muuttamalla perussopimusta. Lisäksi on hyvä pohtia onko syytä esimerkiksi HUS:ssa vahvistaa hallituksen osaamista. Uuden esimerkiksi liikkeenjohtoperiaatteella koottavan hallituksen käyttämisestä puoltavat seuraavat tekijät: HUS on yli 20 000 työntekijän ja yli miljardin euron kustannusten suurorganisaatio, poliittisten puolueiden jäseniä on vähäisesti eli parhaimpien osaajien löytäminen tästä joukosta ei ole taattua, tulevaisuuden haasteet vaativat nykyistä vahvempaa osaamista, tilaaja-tuottajamalliviitekehityksessä HUS voidaan nähdä tuottajaorganisaatioksi, jonka johtamisessa eivät painotu poliittiset valinnat, vaan toiminnassa haetaan laadusta, vaikuttavaa ja tehokasta toimintaa. Lisäksi poliittista valtaa käytetään monikerroksisesti: kunnan hallituksessa ja terveyslautakunnassa, sairaanhoitoalueen lautakunnissa, sairaanhoitopiirin valtuustossa ja hallituksessa, siten on syytä pohtia, missä todella halutaan poliittista valtaa käyttää ja miten.

Sairaanhoitopiirin toimitusjohtaja ja ylin johto

Sairaanhoitopiirin hallinto määritetään perussopimuksessa. Yhtiötä johdetaan vahvistetun johto-organisaation mukana. Se on oleellinen osa yhtiön hallinto- ja ohjausjärjestelmää, mutta sillä ei ole yhtiöoikeudellista asemaa. Johtoryhmä koostuu usein operatiivisista johtajista ja se kokoontuu säännöllisesti. (HEX 2003.) Hallituksen ja johtoryhmän saumaton yhteistyö on tehokkaassa johtoryhmätyössä tärkeää. Niiden on hyvä niveltyä toinen toisiinsa. (Porenne & Salmimies 1996, 150.) Hallituksen ja johtoryhmän erona ovat se, että hallitus päättää ja johtoryhmä valmistelee sekä toteuttaa päätöksiä. (Hirvonen ym. 1998,47-48.)

Yhtiössä toimitusjohtaja hoitaa yhtiön juoksevaa hallinto hallituksen antamisen ohjeiden ja määräysten mukaan. Näin on tilanne myös sairaanhoitopiireissä, joissa voi olla käytössä vastaavaa toimitusjohtajanimikettä tai sairaanhoitopiirin johtaja-nimike tmv. Osakeyhtiölain mukaan toimitusjohtajan tulee saada hallitukselta lupa toimiin, jotka ovat toimintaan ja sen laatuun nähden suuria. Toimitusjohtaja vastaa myös siitä, että yhtiön varainhoito on asianmukaisesti hoidettu ja kirjanpito lainmukainen. Toimitusjohtaja ei ole työsuhteessa. Hänen suhteensa yhtiöön on yhtiöoikeudellinen. Näin hänellä ei ole irtisanomissuojaa. Hän voi olla toistaiseksi tai määräajaksi nimetty. (Hirvonen jne. 1998, 46) Yhtiön toimitusjohtajalla on muita enemmän tietoa. Toimitusjohtaja voi säädellä sitä, mitä informaatiota hallitus saa. Valvonnassa ja seurannassa on tärkeää jäsenten itsenäiset mielipiteet toimitusjohtajan ja muun johdon toimenpiteistä sekä puuttuminen asioiden kulkuun esimerkiksi jos tuloksen tai toiminnan kehitys ei vastaa oletuksia. (Hirvonen jne. 1998, 101-103.)

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Johdolla on yksi merkityksellisimmistä rooleista toiminnan kannalta. Johto voi vaikuttaa suoraan toiminnan kustannusten muodostumiseen ja siten vaikuttaa kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Jatkossa hyvä kiinnittää huomioita johdon rekrytointikriteereihin ”paras asiantuntija ei ole aina paras johtaja” ja osaamisen kehittämiseen sekä tehdä johtajasopimuksia.

Palkitsemis- ja palkkausjärjestelmät

Omistajaohjauksen yksi osa-alue on palkitsemisjärjestelmä ja palkkausjärjestelmät. Palkitsemis- eli kannustinjärjestelmät yhdistävät omistajien ja johdon intressit yhteen. (Haapanen ym. 2002, 41). Niiden avulla pyritään vaikuttamaan hallituksen, toimitusjohtajan ja muun johdon toimintaa omistajan etujen mukaisesti (HEX 2003). Palkitsemisjärjestelmällä ohjataan johtoa tekemään valintoja, joilla omistajien tavoitteet saavutetaan. Palkitsemisjärjestelmän ajatus perustuu siihen, että johto pyrkii maksimoimaan

omaa hyvinvointiaan. (Haapanen ym. 2002, 41.) Palkitsemisjärjestelmä sisältää peruspalkkauksen, yhtiön tulokseen sidotut kannustinjärjestelmät, eläkejärjestelyt, osapalkitsemisen ja osakejohdannaiset palkitsemisjärjestelmät (HEX 2003). Palkitsemisjärjestelmällä on vaikutusta henkilöstön motivaatioon. Samoin sen avulla voidaan parhaimmillaan houkutella päteviä ja osaavia työntekijöitä eli palkitsemisjärjestelmää voidaan käyttää myös rekrytointikeinona. (Haapanen ym. 2002, 41-43.)

Palkkiojärjestelmässä on huomioitava kaksi ulottuvuutta. Ensinnäkin mikä on oikea taso palkkiolle eli palkkion suuruus ja osuus kuukausipalkasta. Toiseksi mikä on palkkion oikea rakenne. (Haapanen ym. 2002,41-43). Liian pieni palkkio tavoitteiden saavuttamiseksi ei motivoi riittävästi yrittämään, joten tavoitteiden ollessa haasteelliset on perusteluta, että palkkio on riittävän suuri.

Pohdintaa kunnan ja sen erikoissairaanhoidon kustannusten näkökulmasta

Koska palkitsemisjärjestelmä ohjaavat henkilöstön ja johdon toimintaa, on syytä pohtia sairaanhoitopiireissä johdon palkitsemisjärjestelmien rakentamista. Palkitsemisjärjestelmässä on hyvä huomioida myös muitakin kuin pelkkiä taloudellisia tavoitteita, jotta kustannusten minimointi ei esimerkiksi johtaisi vaikuttavuuden heikkenemiseen. Johdon palkitsemisjärjestelmästä on hyvä tehdä päätös valtuustossa ja tarkistaa sitä vähintään kerran vuodessa omistajien asettamien tavoitteiden mukaan.

Sisäinen valvonta

Kuntayhtymän toimintaa voi valvoa tarkastuslautakunta. Esimerkiksi HUS:ssa se valmistelee hallinnon ja talouden tarkastusta koskevia asioita sekä arvioi, onko valtuuston asettamat toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet toteutuneet. Tarkastuslautakunta toteuttaa valvontaohjausta valtuustolle. (HUS perussopimus 2004, HUS ohjeet ja käytösäännöt 2004.)

Sisäisen valvonnan tavoitteena on yleensä varmistaa, että toiminta on tehokasta ja tuloksellista. Samoin sen tehtävänä on tarkistaa, että yhtiössä toimitaan säädösten ja ohjeiden mukaisesti. Sisäinen valvonta tarkistaa tiedon luotettavuuden. (HEX 2003.) Lisäksi sisäisen valvonnan tehtävänä on löytää mahdolliset huijaukset (Cadbury Code 1992, 26). Sisäisen tarkkailujärjestelmän osa-alueita ovat organisaation eri tasoilla suoritettavat valvontatoimenpiteet, kuten hyväksymisvaltuuksista, työtehtävien jaoista sekä laskenta- ja ohjausjärjestelmien sisältämistä kontrolleista. Edellä mainitut löytyvät yhtiön laskentatoimenkäsikirjasta. Valvontatoimenpiteet sisältävät myös suojautumistoimet riskien varalta. (Hirvonen ym. 1998, 103-104).

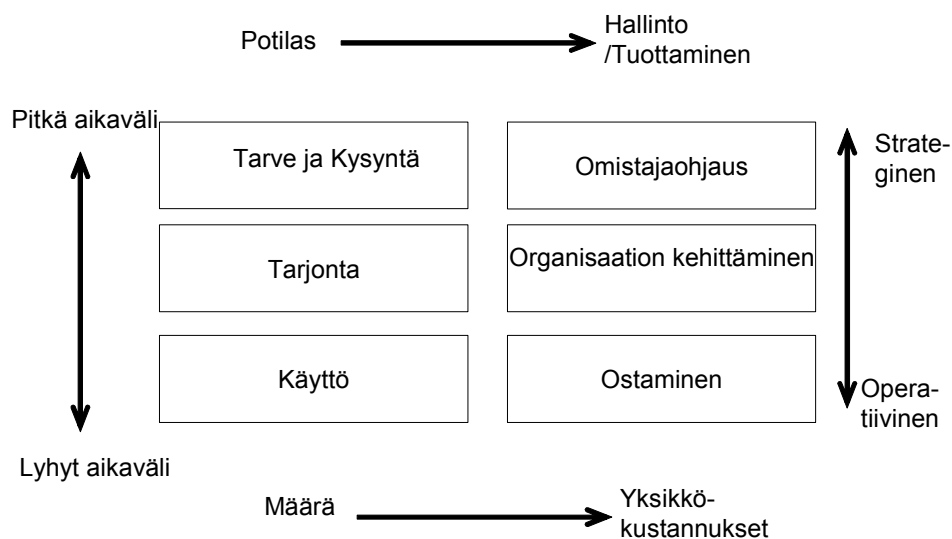
Tarkastusvaliokunnan jäsenmäärä voisi olla 3-5 henkilöä. Jäsenelle on etua liiketoiminnan tuntemisesta sekä kokemus laskentatoimesta ja tilinpäätöskäytännöstä. Jäsenillä on hyvä olla monipuoliset taustat. Tarkastusvaliokunta raportoi työstään hallitukselle. Tarkastusvaliokunnan

tehtäviä ovat tilinpäätöksiin ja osavuositarkastuksiin perehtyminen ja niihin liittyvien tarkastusraporttien läpikäynti, yhtiön sisäisen tarkkailujärjestelmän riittävyyden arviointi, lakien ja määräysten noudattamisen arviointi, yhtiön liiketoimintatavan noudattamisen arviointi, sisäisen tarkastusosaston tehtävien, organisatorisen aseman ja pätevyyden arviointi, ulkoisten tilintarkastajien esittämän tarkastussuunnitelman ja palkkion arviointi, ulkoisten tilintarkastajien tilintarkastuksen laadun ja laajuuden arviointi sekä suositusten antaminen ulkoisten tilintarkastajien valinnassa. (Hirvonen ym. 1998, 144-148).

Yhteenveto keinoryhmistä ja keinoista

Kirjallisuuden pohjalta voidaan todeta, että kunnilla on käytettävissään monia keinoja pyrkiessään hallitsemaan erikoissairaanhoidon kustannuksia. Useat näistä keinoista ovat sellaisia, että niiden avulla voidaan hallita yleensä terveydenhuollon ja myös sosiaalitoimen kustannuksia.

Kuutta edellisten lukujen sisällä läpikäytyä keinoryhmää voidaan tarkastella moniulotteisesti sen mukaan, miten ne näkyvät eri aikajänteillä, vaikutettavina kohteina, määrän ja yksikkökustannusten sekä strategisen ja operatiivisen tarkastelun kautta. Alla oleva kuva havainnollistaa karkealla tasolla viitteellisesti eri keinoryhmien sijoittumista eri näkökulmiin. Huomioitava on se, että keinoryhmät vaikuttavat toisiinsa ja keinoryhmien alla olevilla on vaikutusta toisiinsa sekä keinoryhmien keinot saattavat olla yhteisiä. Keinoryhmiä voidaan jaotella myös sen mukaan vaikutetaanko kuntaorganisaation sisällä vai ulospäin. Kuvassa voidaan tunnistaa eri hallintaulottuvuuksia potilaasta hallintoon ja tuottamiseen, operatiivisesta toiminnasta strategiseen toimintaan, nykyisyydestä tulevaisuuteen sekä määrästä yksikkökustannusten hallintaan. Esimerkiksi käyttötilanteen hallinta on pääosin operatiivista käyttöhetkellä tapahtuvaa toimintaa, joka vaikuttaa pääosin erikoissairaanhoidon läheteiden määrään.



Kuva 29. *Kuntien keinoryhmät erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa*

HUS ja Tutkimuskunnat

HUS:n kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUS:n taustat löytyvät vuodelta 1957, jolloin perustettiin Helsingin Yliopistollinen keskussairaala (HYKS) ja sen kuntaliitto. Omistajina olivat Uudenmaanläänin kunnat ja Helsingin Yliopisto. HYKSin vastuulla oli erikoissairaanhoidon järjestäminen sairaanhoitopiirissä sekä valtakunnalliset vastuut eräiden sairauksien hoidossa. Yhteistyötä muiden Uudenmaan sairaaloiden kanssa ei ollut. Sen jälkeen perustettiin lainmukaisesti sairaaloita Tammisaareen, Lohjalle, Hyvinkäälle, Porvooseen, Espooseen ja Vantaalle. 1970-luvun alussa tehtiin alueellisen sairaanhoidon suunnitelma, jossa kehitettiin Uudellemaalle sairaanhoitoalueet ja lähdettiin yhdenmukaistamaan alueen sairaaloiden toimintaa. Samaan aikaan HYKS eteni omaa kehitystietään. Sairaanhoitoalueiden järjestäytymisen jälkeen vuonna 1990 perustettiin erikseen Helsingin Sairaanhoitopiiri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja kuntien erillisenä omistama Helsingin Yliopistollinen keskussairaala. HYKS ja sairaanhoitopiirit sopivat työnjaosta, joka ei kuitenkaan onnistunut – potilasjonot pitenivät hoitoketjujen ja potilasohjauksen toimimattomuuden vuoksi sekä kustannukset nousivat. (Tahvanainen 2004, 11-12, 17,57.)

Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun ja kuntien heikon ohjauksen vuoksi perustettiin HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (Tahvanainen 2004, 11-12). HUS:n perussopimus hyväksyttiin edustajainkokouksessa 23.9.1999. Toiminta käynnistettiin vuonna 2000 (www.hus.fi) Kuntayhtymän säännöissä valta keskitettiin lähes kokonaan yhtymän hallitukselle. Vähäinen määrä alueellista demokratiaa jäi alueellisille lautakunnille ja pääkaupunkiseudun johtokunnille jäi keskustelumahdollisuus ilman päätäntävaltaa. Kuntien ohjausvoiman sijaan korostettiin virkamiesjohtovaltaa. Uuden toiminnan myötä sairaaloiden työjako on saatu aikaiseksi. (Tahvanainen 2004, 11-12.)

HUS:n jäsenkunnat ja sen tehtävät

HUS:n tehtävänä on tuottaa 31 jäsenkunnalle niiden järjestämisvastuulle kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja. Sairaanhoitopiirin jäsenkuntia ovat: Askola, Espoo, Hanko, Helsinki, Hyvinkää, Inkoo, Järvenpää, Karjaa, Karjalohja, Karkkila, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Lapinjärvi, Liljendal, Lohja, Loviisa, Mäntsälä, Nummi-Pusula, Nurmijärvi, Pernaja, Pohja, Pornainen,

Porvoo, Sammatti, Sipoo, Siuntio, Tammisaari, Tuusula, Vantaa ja Vihti. (HUS, 2006.) Aiemmin jäsenkuntana oli myös Myrskylä. Kunta erosi HUS:sta vuonna 2005. Sairaanhoidopiiri jakautuu viiteen sairaanhoitoalueeseen.



Kuva 30. Sairaanhoitoalueet ja sairaalat (HUS 2006).

Sairaanhoitopiiri tuottaa palveluita myös muille tilausten mukaan. Lakisääteisten tehtäviensä ohella sairaanhoitopiiri voi tuottaa terveydenhuollon palveluja myös muille kuin kunnille tai kuntayhtymille. Lisäksi sairaanhoitopiirillä on yliopistollisia opetustehtäviä sekä tutkimustoimintaa niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Sairaanhoitopiirin alueella on asukkaita noin 1,4 miljoonaa. (HUS 2005, HUS 2006.)

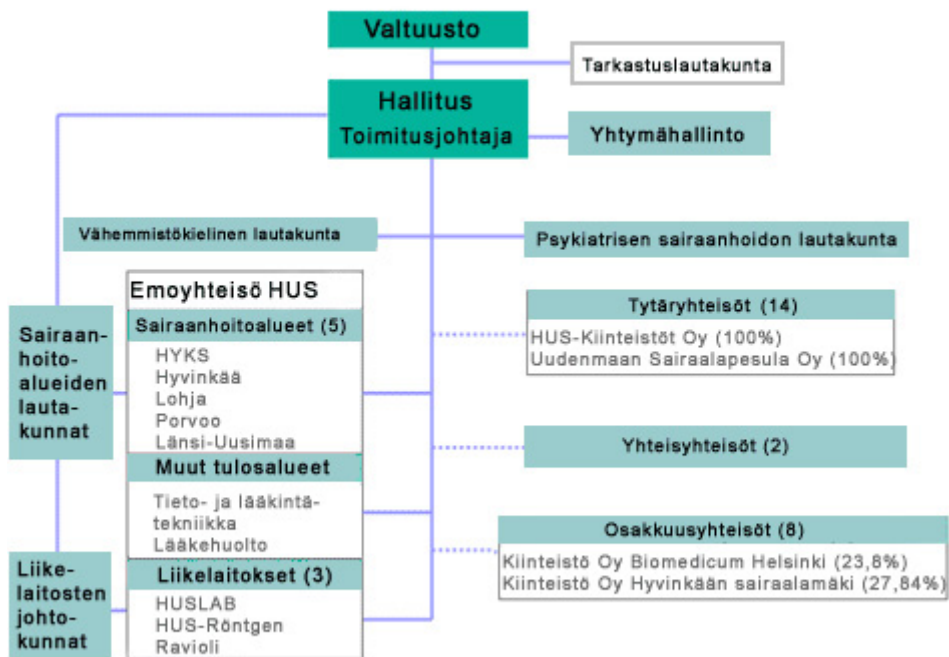
HUS:n johtamisjärjestelmä

HUS:n ohjaus jakautuu hallinnolliseen virkamies ohjaukseen ja poliittiseen ohjaukseen. Poliittista ohjausta tehdään kuntayhtymän valtuustossa ja hallituksessa sekä sairaanhoitoalueiden lautakunnissa. Lisäksi valtuuston alle sijoittuu tarkastuslautakunta sekä hallituksen alla ovat vähemmistökielinen lautakunta ja psykiatrisen sairaanhoidon lautakunta sekä sairaanhoitoalueiden lautakunnat. HUS organisaatio on matriisiorganisaatio. Matriisiohjaus perustuu lääketieteen toiminnan mukaisiin toimialoihin ja alueellisiin tulosalueisiin. Strateginen johtaminen on toimialojen mukaista ja tulosohjaus alueittaista. Tulosalueita ovat Hyksin, Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Vastuualueita ovat eri toimialat kuten kirurgia, sisätaudit jne. Vastuualueiden alla ovat vastuuyksiköt, kuten kirurgian alla on muun muassa anestesiologia ja tehohoito, elinsiirto- ja maksakirurgia, fysiatria ja fysioterapia,

käsikirurgia jne. Vuonna 2006 organisaatioon perustettiin HYKS-alue, joka muodostettiin Helsingin sairaaloista, Jorvista ja Peijaksesta. (HUS 2005, HUS 2006.)

Virkamiesjohdon ylimpinä eliminä ovat kuntayhtymän johtajisto ja johtoryhmä. Johtajistoon kuuluvat toimitusjohtaja, hallintojohtaja, hallintoylihoitaja, henkilöstöjohtaja, johtajaylilääkäri, investointi- ja kehittämisjohtaja, johtava ylilääkäri ja talusjohtaja. Tulos- tai toimialojen esimiehenä toimii toimitusjohtaja. Johtoryhmässä ovat johtajiston jäsenten lisäksi tulosalueiden johtajat, toimialajohtajat, hallintoylilääkäri ja henkilökunnan edustaja. (HUS 2006.)

HUS-konserni 2006



Kuva 31. HUS konserni 2006

Kuntien poliittista ohjausta voidaan tehdä sairaanhoitopiirin valtuustossa, hallituksessa ja sairaanhoitoalueiden lautakunnissa. Ylintä poliittista päätösvaltaa käyttää valtuusto. Sen toimikausi kestää kunnallisvaalikauden neljä vuotta. Valtuuston ja hallituksen kokoonpanoon vaikuttavat puolueiden saamat kannatukset kunnallisvaaleissa. Valtuusto kokoontuu noin kolme kertaa vuodessa. Jäsenkuntien ja Helsingin yliopiston edustajat valitsevat jäsenet HUS:n valtuustoon. (HUS 2005.) Jäsenkunnat nimeävät edustajat kukin omissa valtuustoissaan.

Valtuuston alla on hallitus, jonka tehtävänä on johtaa käytännön hallintoa. Hallituksen tehtävänä on

- edustaa sairaanhoitopiiriä ja tehdä sen puolesta sopimuksia.
- käsitellä kuntayhtymän toimintaa ja taloutta koskevat kuukausi- ja

osavuosisikatsaukset sekä päättää mahdollisista toimenpiteistä.

- huolehtia strategisten toimintatavoitteiden toteutumisesta.
- toteuttaa valtakunnallisten ja erityisvastuualuekohtaisia tehtäviä.
- järjestää yliopistollinen terveystieteellinen opetus- ja tutkimustoiminta.
- työnantajatoiminta.
- hallinnon ohjaus. (HUS 2005.)

Hallituksen alla ovat sairaanhoitoalueiden lautakunnat; Porvoon, Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Hyvinkään ja HYKS-sairaanhoitoalueen lautakunnat. Lautakunnat johtavat omien alueiden toimintaa, valmistelevat sairaanhoitoaluetta koskevat asiat hallituksen ja valtuuston käsittelyyn, huolehtivat alueita koskevien päätösten täytäntöönpanosta ja yhteistyöstä alueensa kuntien perusterveydenhuollon kanssa. (HUS 2006.)

HUS lukuina

HUS on suuri ja kasvava organisaatio. Vakinaisia työntekijöitä oli 20 773 vuoden 2005 lopussa (2003:19 993, 2004:20 382). Työntekijöistä lääkäreitä oli 2 435 (2003: 2 309, 2004: 2 374), hoitohenkilökuntaa oli 11 705 (2003:11 273, 2004: 11 465) sekä tutkijat, muut erityistyöntekijät ja muu henkilökunta oli 6 633 (2003:6 411, 2004: 6 543). Henkilöstön kasvua selittävät toiminnan laajentuminen ja hoitotakuu. Pääosa henkilöstöstä työskentelee HYKS:n alueella. (HUS, 2004, 2005, 2006.)

HUS:ssa oli vuonna 2005 3 753 sairaansijaa (2004: 3 674, muutos 2,2 prosenttia). HUS:n palveluista suurin osa oli avohoitokäyntejä, joita oli 1,5¹⁴ miljoonaa (2004: 1,7 miljoonaa). Hoitopäiviä oli 313 968¹⁵ (2004:331 045). Palveluita käytti 475 599 eri henkilöä (2004:469 509, muutos 1,3 prosenttia), joista 313 109 oli vain poliklinikkapalveluita käyttäneitä. Leikkauksia oli 100 252. Leikkauksia päivystyksenä oli 19 092. Synnytyksiä oli 17 308. (HUS 2005, 2006.)

HUS toimintatuotot olivat vuonna 2005 1 295,5 miljoonaa euroa, joista jäsenkunnilta tuli 1 033,0 miljoonaa euroa. Muut myyntitulot olivat 160,2 miljoonaa euroa, asiakasmaksut olivat 49,6 miljoonaa euroa, erityisvaltionosuus oli 36,4 miljoonaa euroa ja muut tulot olivat 16,2 miljoonaa euroa. Toimintakulut olivat 1 206,6 miljoonaa euroa, joista palkkoja oli 637,2 miljoonaa euroa, aineita, tarvikkeita ja tavaroita 238,1 miljoonaa euroa, palveluiden ostoja 149,4 miljoonaa euroa, muita henkilökuluja 156,0 miljoonaa euroa ja muita kuluja 36,2 miljoonaa euroa. (HUS 2006.) HUS:n kokonaiskuluista (sisältäen toimintakulut, rahoituskulut ja poistot) pääosa voidaan luokitella kiinteiksi kustannuksiksi (n. 70 %) ¹⁶. Jos toimintakuluihin

¹⁴ Osastohoito ja vaativat toimenpiteet (DRG-luokitus)

¹⁵ Sisältää psykiatriset ja hengityshalvauspotilaat

¹⁶ Muuttuvia kustannuksia ovat palveluiden ostot ja aineet, kiinteitä kustannuksia pääosa palkoista, muut henkilöstökulut ja muut kulut.

lisätään rahoituskulut 11,3 miljoonaa euroa ja suunnitelman mukaiset poistot, niin kulut olivat vuonna 2005 yhteensä 1 280,3 miljoonaa euroa.

Taulukko 11. *HUS toimintakulut ja tuotot vuonna 2005 ja 2004 (HUS 2006, 2005.)*

| Toimintakulut | 2005 | 2004 | Muutos | Muutos-% |
|--------------------------|---------------|---------------|-----------|--------------|
| Palkat | 627 | 586,8 | 40,2 | 6,9 % |
| Muut henkilöstökulut | 156 | 144,2 | 11,8 | 8,2 % |
| Palvelujen ostot | 149,4 | 137,1 | 12,3 | 9,0 % |
| Aineet, tarvikkeet ja ta | 238,1 | 225,3 | 12,8 | 5,7 % |
| Muut kulut | 36,1 | 33,2 | 2,9 | 8,7 % |
| Yhteensä | 1206,6 | 1126,6 | 80 | 7,1 % |

HUS:n hinnoittelu ja laskutusjärjestelmä

Palveluiden yleiset hinnoitteluperusteet päättää kuntayhtymän valtuusto. Hinnat ovat sairaalakohtaiset. Päätökset sairaalakohtaisten hintojen asettamisesta tekee kuntayhtymän hallitus. Samoja hinnoitteluperiaatteita sovelletaan jäsenkuntien, ulkokuntien ja muiden maksajien osalta, ellei muusta ole sovittu. Hinnat perustuvat tuotteistuksiin (DRG), jolloin kaikissa sairaaloissa pyritään luomaan kustannuksiltaan samanlaisia yhtenäisiä hoitokokonaisuuksia. Hinnat on muodostettu laskemalla sairaalalle aiheutuneet kulut (toimintakulut, rahoituskulut ja poistot). Hinnoittelu sisältää ns. erityisen kalliin hoidon tasausjärjestelmän. Tasausjärjestelmässä hyvitetään 80 prosenttia hoidon kustannuksista siltä osin kuin hoidetun potilaan laskutettavat kustannukset ylittävät HUS-piirissä yli 50 000 euroa vuodessa. (HUS 2005.)

HUS laskuttaa kuntia ennakoon. Kuntia laskutetaan kuukausittain 1/12 osa palvelusuunnitelmien kokonaissummasta. Tasauslaskutus tehdään neljä kertaa vuodessa toteutuneen käytön mukaan. Jos palvelusuunnitelmassa tehdään muutoksia, muutetaan vastaavasti ennakkolaskutusta. Huomioitava on, että ennakko ei sisällä yleislääketieteen tai pitkittyneen psykiatrisen hoidon hoitopäiviä. Ne laskutetaan erikseen käytön mukaan. Hallitus voi tarvittaessa päättää jäsenkunnalle suoritettavasta palautuksesta tai lisäkannosta, jos tehdyt suunnitelmat eroavat oleellisesti toteumasta. Muita maksaja-asiakasryhmiä laskutetaan käytön mukaan.

HUS:n kunnat ovat maksaneet viime vuosina laskuja vastaan enemmän kuin HUS:n kustannukset ovat olleet. Sen vuoksi HUS on hyvittänyt vuosittain kunnille huomattavan summan takaisin. HUS:n (2004) mukaan tuottojen ylityksellä on seuraava selitys ” HUS:n hinnat vuodelle 2003 määriteltiin kuntien tilauksiin sopeutetun tuotannon mukaan, jolloin suunniteltua vilkkaampi palvelujen käyttö tuotti myös suunniteltua enemmän tuloja. Hyvitys kunnille syntyy siitä, että lisääntynyt palvelutuotanto voitiin kulupuolen suhteen toteuttaa lähes talousarvion mukaisesti.” (HUS 26.1.2004 tiedote.)

Jäsenkuntien laskutuksessa näkyvät muutokset lukuina 2002-2005¹⁷

Vuosien 2002 ja 2005 välillä näkyy rakenteellisia muutoksia toimialojen välillä verrattaessa euromääräistä laskutusta (ilman hyvityksiä). Osaamiskeskuksen alla olevissa syöpätaudeissa ja sädehoidossa on suurin euromääräinen kasvu - jopa 54,9 prosenttia. Toiseksi suurin kasvu 26,2 prosenttia on neurologisissa -, silmä- ja korvataudeissa. Neurologian puoli on kasvanut eniten eli 32,1 prosenttia. Kolmanneksi eniten kasvua on sisätaudeissa. Vähiten kasvua on psykiatriassa, jossa kasvua on 7,4 prosenttia. (Joti 2006/6.)

Taulukko 12. HUS laskutus (ilman hyvityksiä) toimialoittain jäsenkunnat 2002-2005 (Joti 2006/6.)

| Toimialoittain t€ jäsenkunnat | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Muutos 2002-2005 2005-% |
|------------------------------------|---------|---------|---------|-----------|-------------------------|
| Sisätautitoiminnot | 205 193 | 212 264 | 226 514 | 252 275 | 22,9 % |
| Kirurgiset toiminnot | 253 877 | 255 778 | 269 526 | 304 517 | 19,9 % |
| Naistentaudit ja synnytykset | 83 853 | 82 680 | 86 782 | 92 485 | 10,3 % |
| Lasten- ja nuorten sairaudet | 116 630 | 123 586 | 128 950 | 136 019 | 16,6 % |
| Neurologiset sekä silmä- ja korvat | 93 383 | 94 480 | 102 176 | 117 820 | 26,2 % |
| Osaamiskeskuksset | 23 960 | 26 824 | 32 759 | 37 117 | 54,9 % |
| Psykiatria | 105 221 | 108 002 | 111 897 | 113 048 | 7,4 % |
| Kuvantaminen | 468 - | - | - | - | #VALUE! |
| Laboratoriotoinnot | 377 | 375 - | - | - | #VALUE! |
| Apteekki | 4 638 | 5 453 | 6 629 | 7 417 | 59,9 % |
| Tukipalvelut | - | - | - | - | #VALUE! |
| Hallinto ja työterveyshuolto | 6 334 | -2 708 | -1 689 | 8 419 | 32,9 % |
| Hus-toimiala yht. | 893 935 | 906 735 | 963 543 | 1 069 116 | 19,6 % |

Palvelumäärissä sisältäen NordDRG-tuotteet, hoitopäivät ja poliklinikkakäynnit ei ole suuria kasvukertoimia. HUS-tasolla katsottuna määrät ovat hieman laskeneet. Merkityksellisintä on se, että psykiatriassa määrät ovat laskeneet 9,1 prosenttia. Samoin osaamiskeskuksissa on kasvua vain 8,7 prosenttia vertaen laskutuksen kasvu on 54,9 prosenttia. Määrien arvioinnissa on huomioitava muutokset kuten se, että HUS on siirtymässä laskutuksessa hoitopäivistä ja poliklinikkakäynneistä NordDRG-palveluihin Tämä tekee vertailut eri vuosien välillä vaikeaksi. (Joti 2006/6.)

¹⁷ Tavoitteena oli saada tähän osioon lukuja vuodesta 2000 lähtien, mutta niitä ei ollut saatavilla.

Taulukko 13. HUS palvelumäärät toimialoittain jäsenkunnat 2002-2005 (Joti 2006/6).

| Toimialoittain kpl jäsenkunnat | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Muutos 2002-2005- % |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------------|
| Sisätautitoiminnot | 498 356 | 483 368 | 516 430 | 520 445 | 4,4 % |
| Kirurgiset toiminnot | 364 960 | 349 319 | 363 820 | 371 078 | 1,7 % |
| Naistentaudit ja synnytykset | 213 034 | 209 273 | 213 511 | 211 910 | -0,5 % |
| Lasten- ja nuorten sairaudet | 316 003 | 312 995 | 317 637 | 325 552 | 3,0 % |
| Neurologiset sekä silmä- ja korva: | 258 102 | 248 515 | 260 094 | 269 373 | 4,4 % |
| Osaamiskeskukset | 92 748 | 93 996 | 98 355 | 100 860 | 8,7 % |
| Psykiatria | 613 824 | 589 448 | 574 301 | 558 226 | -9,1 % |
| Kuvantaminen | 14 825 | - | - | - | #VALUE! |
| Laboratoriotoiminnot | 757 | 822 | - | - | #VALUE! |
| Apteekki | - | - | - | - | #VALUE! |
| Tukipalvelut | - | - | - | - | #VALUE! |
| Hallinto ja työterveyshuolto | 19 911 | 19 029 | 21 087 | 19 563 | -1,7 % |
| Hus-toimiala yht. | 2 392 520 | 2 306 765 | 2 365 235 | 2 377 007 | -0,6 % |

Eri toimialojen välillä näkyy jonkin verran rakenteellista muutosta. Sisätautien osuus on noussut niin euroissa kuin määrissä mitattuna. Psykiatrian osuus on laskenut erityisesti lukumäärissä.

Taulukko 14. Rakenteiden muutokset euroissa ja määrissä

| Rakenne jäsenkunnat | Euro | | | Määrät | | |
|--------------------------------------------|------------|------------|--------|------------|------------|--------|
| | Osuus 2002 | Osuus 2005 | Muutos | Osuus 2002 | Osuus 2005 | Muutos |
| Sisätautitoiminnot | 23,0 % | 23,6 % | 0,6 % | 20,8 % | 21,9 % | 1,1 % |
| Kirurgiset toiminnot | 28,4 % | 28,5 % | 0,1 % | 15,3 % | 15,6 % | 0,4 % |
| Naistentaudit ja synnytykset | 9,4 % | 8,7 % | -0,7 % | 8,9 % | 8,9 % | 0,0 % |
| Lasten- ja nuorten sairaudet | 13,0 % | 12,7 % | -0,3 % | 13,2 % | 13,7 % | 0,5 % |
| Neurologiset sekä silmä- ja korvasairaudet | 10,4 % | 11,0 % | 0,6 % | 10,8 % | 11,3 % | 0,5 % |
| Osaamiskeskukset | 2,7 % | 3,5 % | 0,8 % | 3,9 % | 4,2 % | 0,4 % |
| Psykiatria | 11,8 % | 10,6 % | -1,2 % | 25,7 % | 23,5 % | -2,2 % |
| | | | | | | |
| Hallinto ja työterveyshuolto | 0,7 % | 0,8 % | 0,1 % | 0,8 % | 0,8 % | 0,0 % |
| Hus-toimiala yht. | 100,0 % | 100,0 % | 0,0 % | 100,0 % | 100,0 % | 0,0 % |

Sairaaloittain suurimmat suhteelliset kasvut ovat lääkehuollossa ja Peijaksen sairaalassa. Pienin kasvu on Helsingin sairaaloissa ja Lohjan sairaanhoitoalueella. Määrissä sairaaloittain tilanne on lähes muuttumaton kokonaistasolla. Suurin kasvu on Peijaksen sairaalassa. Määrien vähenemistä on eniten Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella. (Joti 2006/6.)

Taulukko 15. HUS jäsenkuntien laskutus (ilman hyvityksiä) sairaaloittain/alueittain

| | Eurot t€ | | | EUROT: | | MAARAT: |
|----------------------------|----------|---------|---------|-----------|--------------------|--------------------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Muutos 2002-2005 % | Muutos 2002-2005 % |
| Hyks, helsingin sairaalat | 555 164 | 547 281 | 574 705 | 630 766 | 13,6 % | -1,2 % |
| Hyks, jorvin sairaala | 96 952 | 101 091 | 111 066 | 127 054 | 31,0 % | 1,4 % |
| Hyks, peijaksen sairaala | 57 989 | 65 307 | 72 091 | 81 337 | 40,3 % | 5,4 % |
| Länsi-uudenmaan sairaanhoi | 33 774 | 36 363 | 36 850 | 39 604 | 17,3 % | -4,6 % |
| Lohjan sairaanhoitoalue | 35 802 | 36 390 | 38 232 | 41 293 | 15,3 % | -0,3 % |
| Hyvinkään sairaanhoitoalue | 71 317 | 75 361 | 80 837 | 92 906 | 30,3 % | 2,0 % |
| Porvoon sairaanhoitoalue | 31 165 | 32 815 | 35 423 | 40 332 | 29,4 % | -0,5 % |
| Yhtymähallinto | 6 289 | 6 298 | 7 710 | 8 409 | 33,7 % | -1,0 % |
| Lääkehuollon tulosalue | 4 638 | 5 453 | 6 629 | 7 417 | 59,9 % | 0 |
| Hus-organisaatio yht | 893 089 | 906 360 | 963 543 | 1 069 116 | 19,7 % | 0,0 % |

Omistajakunnissa näkyvät rakenteelliset muutokset 2000-2004

HUS:n alueen kuntien erikoissairaanhoiton asukaskohtaiset nettokustannukset ovat nousseet nopeammin kuin alueen kuntien asukaskohtaiset nettokustannukset. Kautta linjan terveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ovat kasvaneet kuntien asukaskohtaisia nettokustannuksia nopeammin. Erikoissairaanhoiton asukaskohtaisten nettokustannusten osuus kunnan asukaskohtaisista nettokustannuksista on noussut 1,1 prosentilla.

Taulukko 16. Kuntien asukaskohtaisia nettokustannuksia HUS-alueella (Sotkanet 2006/6)

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000-2004 | Muutos-% vuositasolla |
|------------------------------------------------------------------------|--------|--------|------------------|-----------------------|
| Erikoissairaanhoiton nettokustannukset, euroa / as. | 593 | 744 | 25,5 % | 5,1 % |
| Kunnan nettokustannukset yhteensä, euroa / as. | 3 162 | 3 746 | 18,5 % | 3,7 % |
| Perusterveydenhuollon (ml hammashuolto) nettokustannukset, euroa / as. | 347 | 424 | 22,2 % | 4,4 % |
| Sosiaali- ja terveystoimen nettokust., euroa /as. | 2 003 | 2 424 | 21,0 % | 4,2 % |
| Sosiaalitoimen nettokustannukset, euroa/as. | 999 | 1 182 | 18,3 % | 3,7 % |
| Terveystoimen nettokustannukset, euroa/as. | 948 | 1 182 | 24,7 % | 4,9 % |
| Erikoissair.h. nettokust. osuus kunnan nettokust. | 18,8 % | 19,9 % | 1,1 % | |
| Erikoissair.h. nettokust. osuus kunnan terveyst. kust. | 62,6 % | 62,9 % | 0,4 % | |

HUS:n alueen asukasmäärä on kasvanut vuodesta 2000 vuoteen 2004 mennessä 3,3 prosentilla. Aukkaita on tullut lisää 45 211 eli yhden keskisuuren kaupungin

verran. Kuntien muuttomäärät ovat hidastuneet. HUS:n alueella näkyy väestön ikääntymiskehitys. Vuodesta 2000 vuoteen 2004 pienten lasten 0-6-vuotiaiden suhteellisen osuus on laskenut 0,5 prosentilla. Työikäisten 16-64-vuotiaiden osuus on laskenut 0,3 prosentilla ja eläkeikäisten eli 65-vuotta täyttäneiden osuus on noussut 0,6 prosentilla. Lapsiperheiden osuus on 1,3 prosentin laskussa huolimatta syntyvyyden kasvusta. Väestön koulutustaso on noussut, kuolleisuus pienentynyt ja työttömien osuus säilynyt ennallaan. (Sotkanet 2006/6.)

Taulukko 17. Väestörakenne HUS-alueella (Sotkanet 2006/6).

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000-2004 |
|--------------------------------------|-----------|-----------|---------------------|
| 0-6 -vuotiaat, % väestöstä | 8,7 | 8,2 | - 0,5 |
| 16-64 -vuotiaat, % väestöstä | 68,8 | 68,5 | - 0,3 |
| 65 vuotta täyttäneet, % väestöstä | 11,6 | 12,2 | 0,6 |
| 7-15 -vuotiaat, % väestöstä | 10,9 | 11,1 | 0,2 |
| Kunnan nettomuutto / 1000 asukasta | 6,1 | 1,7 | - 4,4 |
| Lapsiperheet, % perheistä | 45,7 | 44,4 | - 1,3 |
| Elävänä syntyneet | 16977 | 17603 | 626 |
| Väestö 31.12. | 1 387 266 | 1 432 477 | 45 211 |
| Koulutustasomittain (180) | 332 | 351 | 19,0 |
| Kuolleisuus / 100 000 asukasta (186) | 775,8 | 742,1 | -33,7 |
| Työttömät, % työvoimasta (181) | 8 | 8 | 0 |

HUS:n alueen kuntien ikävakioitu sairastavuusindeksi on laskenut. Sairauspäivärahaa saaneiden määrä on noussut. (Sotkanet 2006/6). Alkoholin myynti on kasvanut alueella vuoden 2000 7,9 litrasta 8,6 litraan (100 prosenttista alkoholia).

Taulukko 18. Väestön sairastavuus HUS:n alueella (Sotkanet 2006/6)

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000-2004 |
|--------------------------------------------------------------|------|------|---------------------|
| Sairastavuusindeksi, ikävakioitu | 90 | 85,9 | - 3,6 |
| Sairauspäivärahaa saaneet työikäiset / 1000 16-64 -vuotiasta | 81 | 87,8 | 6,8 |

Lääkekorvauksissa näkyy kasvua depressiolääkkeistä korvauksia saanneissa 20-64-vuotiaissa. Kasvua on myös diabeteksen ja astman vuoksi erityiskorvauksia saaneiden 40 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Psykoosin vuoksi korvauksia saaneiden 65 vuotta täyttäneiden osuudessa on kasvua. Merkille pantavaa on psykoosin vuoksi erityiskorvattavia lääkkeitä saavien osuuden kasvu; 1,2 prosentista 1,4 prosenttiin väestöstä. Sen sijaan 40 vuotta täyttäneissä

sepelvaltimo- ja verenpainetaudin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettuja on yhtä paljon vuonna 2004 kuin vuonna 2000. (Sotkanet 2006/6.)

Taulukko 19. Sairastavuutta kuvaavia tunnuslukuja HUS-alueella (Sotkanet 2006/6)

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000-2004 | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|---------------------|-----|
| Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 20-64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä | 6,1 | 7,5 | 1,4 | |
| Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 65 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä | 10,7 | 10,8 | 0,1 | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin astman vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 4,2 | 4,6 | 0,4 | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin diabeteksen vuoksi oikeutettuja 40 vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 3,7 | 4,4 | 0,7 | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja 65 vuotta täyttäneitä / 1000 vastaavanikäistä | 22,9 | 23,7 | 0,8 | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä | 1,2 | 1,4 | 0,2 | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin sepelvaltimotaudin vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 5,1 | 5,1 | - | |
| Erytyiskorvattaviin lääkkeisiin verenpainetaudin vuoksi oikeutettuja 40-vuotta täyttäneitä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 14,4 | 14,4 | - | |
| Lonkkamurtumat 65 vuotta täyttäneillä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 1,1 | 1 | - | 0,1 |
| Todettuja klamydiainfektioita / 100 000 asukasta (738) | 233 | 283,1 | 50,1 | |
| Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevat 16-64-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä | 1,3 | 1,1 | - | 0,2 |

Tarkastelujaksolla 2000-2004 ilmenee palveluiden käyttömäärissä rakenteellisia muutoksia. Ensinnäkin yksityistä lääkäriä käyttäneiden väestön osuus on noussut 2,6 prosentilla 33,5 prosenttiin. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit lääkärillä ovat laskeneet 21,1 prosentilla, mutta samalla muut avohoitokäynnit ovat nousseet. Perusterveydenhuollon lääkärin avohoidon potilaat ovat laskeneet 5,1 prosentilla. Toiseksi perusterveydenhuollon hoitopäivät 0-74-vuotiaissa ja yli 75-vuotiaissa ovat vähentyneet merkittävästi. Kolmanneksi 0-16-vuotiaiden psykiatrinen laitoshoido on noussut oleellisesti, mutta samaan aikaan 17-75-vuotiaiden on laskenut. Neljänneksi laitoshoido on laskenut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa esimerkiksi somaattisen erikoissairaanhoidon hoitopäivät niin 0-74-vuotiaiden kuin 75 vuotta täyttäneissä ovat laskeneet voimakkaasti. Mielenterveyshoito on siirtynyt avohoidossa perusterveydenhuollon lääkäreille. Rakenteelliset muutokset ovat vahvistuneet vuoden 2004 aikana.

Taulukko 20. Käyttötilastoa HUS-alueelta (Sotkanet 2006/6).

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000-2004 | Muutos 2000-2004 % |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------------------|--------------------------|
| Hoitopvät perusterveydenhuollossa 0-74 -vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä | 332 | 299 | -33 | -9,9 % |
| Hoitopvät perusterveydenhuollossa 75 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä | 17522 | 13567 | -3955 | -22,6 % |
| Hoitopvät psyk. laitoshoidossa 0-16 -vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä | 167,3 | 196,1 | 28,8 | 17,2 % |
| Hoitopvät psyk. laitoshoidossa 17-74 -vuotiailla / 1000 vastaavanikäistä | 489,8 | 418,7 | -71,1 | -14,5 % |
| Hoitopvät psyk. laitoshoidossa 75 vuotta täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä | 328,7 | 311,7 | -17 | -5,2 % |
| Hoitopvät somaattisessa erikoissairaanhoidossa 0-74 /1000 vastaavanikäistä | 539,6 | 488,2 | -51,4 | -9,5 % |
| Hoitopvät somaatt. erikoissairaanhoidossa 75 täyttäneillä / 1000 vastaavanikäistä | 3609,6 | 3261 | -348,6 | -9,7 % |
| Hoitopvät ympärivrk hoidon sis. sosiaalit. yks. 75 vuotta täyttäneillä/ 1000 vastaavanikäistä | 28345,8 | 30977,9 | 2632,1 | 9,3 % |
| Perusterv.h.kouluterveysdenhuollon käynnit / 1000 7-18 -vuotiaista | 2216 | 2215 | -1 | 0,0 % |
| Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä | 8,7 | 6,9 | -1,8 | -20,7 % |
| Yksityislääkärikäynneistä korvausta saaneet, % väestöstä | 30,9 | 33,5 | 2,6 | 8,4 % |
| Perusterv.h. avohoidon lääkärin potilaat yhteensä / 1000 asukasta | 552 | 524 | -28 | -5,1 % |
| Perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäynnit vuoden aikana / 1000 asukasta | 1714,4 | 1352,9 | -361,5 | -21,1 % |
| Perusterveydenhuollon avohoidon muut kuin lääkärikäynnit vuoden aikana / 1000 asukasta | 2522,4 | 2602,2 | 79,8 | 3,2 % |
| Perusterveydenhuollon lääkärin potilaat vuoden aikana / 1000 asukasta | 552,5 | 524,4 | -28,1 | -5,1 % |
| Perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäynnit vuoden aikana / 1000 asukasta | 0,1 | 2 | 1,9 | 1900,0 % |
| Perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit (muu ammattiryhmä kuin lääkärit) vuoden aikana / 1000 asukasta | 14,8 | 62,5 | 47,7 | 322,3 % |
| Perusterveydenhuollon vuodeosasto, keskimääräinen hoitoaika | 40,6 | 37,6 | -3 | -7,4 % |
| Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitajakset / 1000 asukasta | 29,41 | 26,58 | -2,83 | -9,6 % |
| Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäivät / 1000 asukasta | 1195,2 | 999,8 | -195,4 | -16,3 % |

Laitoshoidon on laskenut HUS:n alueella. Lasku näkyy niin hoitajaksoissa kuin hoitopäivissä. Hoitoaika on somaattisella puolella laskenut, mutta psykiatrisella puolella merkittävästi noussut.

Taulukko 21. *Laitoshoito HUS-alueella (Sotkanet 2005/10).*

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000- 2004 |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------------------|
| Psykiatrian laitoshoidon hoitajaksot / 1000 asukasta | 12,45 | 9,11 | -26,8 % |
| Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivät / 1000 asukasta | 414,5 | 367,5 | -11,3 % |
| Psykiatrian laitoshoidon keskimääräinen hoitoaika | 33,3 | 40,4 | 21,3 % |
| Sairaalahoidon hoitajaksot / 1000 asukasta | 221,06 | 207,33 | -6,2 % |
| Sairaalahoidon hoitopäivät / 1000 asukasta | 2354,2 | 2049,7 | -12,9 % |
| Somaatt. erikoissairaanhoidon keskimääräinen hoitoaika | 4,1 | 3,8 | -7,3 % |
| Somaatt. erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit vuoden aikana / 1000 asukasta | 923,7 | | |
| Somaatt. erikoissairaanhoidon hoitajaksot / 1000 as. | 170,98 | 165,51 | -3,2 % |
| Somaatt. erikoissairaanhoidon hoitopäivät / 1000 as. | 693,8 | 634,5 | -8,5 % |

Ikääntyneiden palveluiden käytössä näkyy muutoksia. Tehostetun palveluasumisen piirissä olevien 65 vuotta täyttäneiden osuus omasta ikäluokasta on kasvanut.

Taulukko 22. *Ikääntyneiden palvelut HUS-alueella (Sotkanet 2005/10)*

| | 2000 | 2004 | Muutos 2000- 2004 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-------------------------|
| Ikääntyneiden palveluasumisen 65 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. yhteensä, % vastaavanikäisestä väestöstä | 3,2 | 3,1 | -3,1 % |
| Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen 65 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12., % vastaavanikäisestä väestöstä | 1,1 | 1,8 | 63,6 % |
| Kodinhoitoapua vuoden aikana saaneet 75 vuotta täyttäneiden kotitaloudet, % vastaavanikäisestä väestöstä | 19,4 | 16 | -17,5 % |
| Omaishoidon tuen 65 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana, % vastaavanikäisestä väestöstä | 1,7 | 2 | 17,6 % |

Yhteenveto

Palveluiden käytössä on tapahtunut rakenteellisia muutoksia vuosien 2000-2004 välillä. Näistä muutoksista monilla voitaisiin olettaa olevan kustannuksia hillitseviä vaikutuksia. Mielenterveyspalveluiden käyttö on lisääntynyt, mutta yhä useampi mielenterveyspotilas hoidetaan avohoidossa, perusterveydenhuollon puolella sekä lääkkeiden avulla. Mielenterveyspuolen laitoshoidossa olevat potilaat ovat todennäköisesti sairaimpia, jonka vuoksi hoitopäivien lukumäärä on noussut. Yleisesti ottaen kaikissa taudeissa laitoshoidon on laskenut ja avohoidon kasvanut esimerkiksi ikääntyneiden laitoshoidon on siirtynyt terveydenhuollon

puolelta sosiaalipuolen laitoksiin. Samoin perusterveydenhuollon hoitopäivät ovat vähentyneet erityisesti yli 75 vuotta täyttäneissä; hoito tapahtuu terveyskeskussairaalan sijaan sosiaalitoimen puolella. Vaikea vammaisten hoito on siirtynyt sosiaalitoimen puolen laitoksiin, joka voi olla yksi selittävä tekijä perusterveydenhuollon hoitopäivien laskuun. Lisäksi sairastavuus on kehittynyt hyvään suuntaan. Yksityisten lääkkeiden käyttö on kasvanut.

Kustannuksia kasvattavia tekijöitä ovat väestön kasvu, ikääntyminen sekä mielenterveys-, astma- ja diabetespotilaiden määrän kasvu. Mielenterveyspotilaiden kasvu näkyy myös perusterveydenhuollon kustannusten kasvuna.

Tutkimuskuntien kuvaus

Empiirisen osan tutkimuskuntien valintakriteereinä olivat: sijainti eri sairaanhoitoalueilla, eri koko ja kehitysvaihe sekä eri ikärakenne ja sosioekonominen tausta.¹⁸ Kuntia vertailtiin Exceliin ajettujen taulukkojen avulla. Muutaman seulontakierroksen jälkeen tutkimuskunniksi valikoituivat Helsinki, Espoo, Hyvinkää, Kerava, Siuntio ja Lapinjärvi. Seulontaperusteina olivat valintakriteereiden alin ja ylin arvo. Kunnat poikkeavat toisistaan myös sairastavuudessa, kustannusrakenteissa ja käyttömäärissä.

Tutkimuskuntien sairastavuudet poikkeavat toisistaan. Terveyspalvelukerroyt vaihtelee tutkimuskunnittain Espoon 0,70:stä Lapinjärven 1,22. (Sotkanet 2005/10, Joti 2005/10)

Taulukko 23. *Tutkimuskuntien sairastavuus ja erikoissairaanhoidon terveyspalvelukerroyt (Sotkanet 2005/10, Joti 2005/10).*

| Kunta | Sairastavuus suhteutettuna Suomeen 2003 | | | ESH | |
|------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| | Alle 55-vuotiaiden työkyvyttömyysaste, ikä- ja sukupuolivakioitu | Erityiskorvattavien lääkkeiden saajat, ikä- ja sukupuolivakioitu | 0-64 -vuotiaiden kuolleisuus, ikä- ja sukupuolivakioitu (5-vuotiskauden tiedot) | Terveyspalvelukerroyt 2003 | |
| Helsinki | 82 | 84 | 112 | 0,81 | |
| Espoo | 58 | 85 | 72 | 0,70 | |
| Hyvinkää | 91 | 101 | 93 | 0,92 | |
| Kerava | 83 | 100 | 93 | 0,81 | |
| Siuntio | 86 | 88 | 87 | 0,84 | |
| Lapinjärvi | 134 | 92 | 88 | 1,22 | |

Tutkimuskuntien terveydenhuollon kustannusrakenteet poikkeavat toisistaan. Tutkimuskuntien erikoissairaanhoidon prosenttiosuudet terveydenhuollon

¹⁸ numeraaliset tiedot löytyvät aineisto luvusta

kustannuksista vaihtelevat 59,1 prosentista 76,1 prosenttiin (2003). Lisäksi asukaskohtaiset nettokustannukset ovat toisistaan poikkeavia; Espoon 621 eurosta Siuntion 827 euroon. Samoin vaihtelua on, kun tarkastellaan tarvevakioituja asukaskohtaisia nettokustannuksia koko maan keskiarvoihin. Alhaisin tarvevakioitu nettokustannus verrattuna koko maan keskiarvoon oli Lapinjärvellä ja korkein Siuntiossa. HUS:lta tulleiden kustannusten (palveluiden ostot HUS:lta) kasvuprosentti ja ei-deflatoidut nettokustannusten kasvuprosentti vaihtelevat kunnittain. (Punnonen 2005.)

Taulukko 24. Tutkimuskuntien erikoissairaanhoidon kustannusten vertailua (Sotkanet 2005/10, Joti 2005/10, Punnonen 2005).

| Kunta | %-osuus terveydenhuollon kust. 2004 | Nettokust./asu kas 2003 | Tarvevakioitu nettokustannus vrt koko maa 2003 | Tarvevakioitu :Järj.koko maa 2003 | HUS kasvu-% 2003-2004 | Nettokustkasvu- % (ei defl) 2000- 2003 |
|------------|-------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Helsinki | 59,1 | 786 | 118 | 18 | 5,4 % | 22,0 % |
| Espoo | 65,4 | 621 | 122 | 11 | 7,1 % | 18,7 % |
| Hyvinkää | 62,6 | 722 | 109 | 38 | 4,3 % | 14,4 % |
| Kerava | 63,5 | 684 | 118 | 19 | 5,2 % | 23,7 % |
| Siuntio | 76,1 | 827 | 152 | 1 | 2,5 % | 58,7 % |
| Lapinjärvi | 66,4 | 701 | 79 | 288 | 9,4 % | 10,6 % |

Tutkimuskunnilla on toisistaan poikkeavat lääkärikäytöt kuten esimerkiksi yksityislääkärillä käynnit vaihtelevat jonkin verran tutkimuskunnittain. Suurimmat erot kuntien välillä ovat yksityislääkärien läheteosuuksissa; vaihtelua on Siuntion 20,1 prosentista Hyvinkään 56 prosenttiin. Samoin HUS:iin saapuneiden läheteiden määrä tuhatta asukasta kohden vaihtelee tutkimuskuntien välillä Hyvinkää 10:stä Siuntion 27:ään. (Sotkanet 2005/10, Joti 2005/10.)

Taulukko 25. Tutkimuskuntien yksityislääkärikorvaukset ja lähetteet (Sotkanet 2005/10, Joti 2005/10)

| Kunta | Yksityislääkärikäynneistä korvausta saaneet, % väestöstä 2004 | Yksityislääkärilähetteet alkup.läheteistä 2004 | Lähetteet 1000 asukasta kohti 2004 |
|------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Helsinki | 33,4 | 24,8 % | 18,10 |
| Espoo | 36,9 | 26,7 % | 23,10 |
| Hyvinkää | 37 | 56,0 % | 10,39 |
| Kerava | 37,5 | 26,1 % | 21,78 |
| Siuntio | 30,3 | 20,1 % | 27,11 |
| Lapinjärvi | 27 | 32,4 % | 11,41 |

Empiiriset tutkimustulokset

Tutkimustuloksia tarkastellaan tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä. Taustoittavat kysymykset käsitellään ensimmäiseksi, kuten mitkä ovat syyt sille, että erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet tutkimuskunnassa. Tutkimuksen vastauksia tarkastellaan suhteessa teorioiden ja kirjallisuuden kautta muodostettuun viitekehukseen ja sen sisällä oleviin keinoryhmiin ja keinoihin. Lisäksi tuloksia tarkastellaan soveltuvien osien kunnan kokoon, vastaajaan asemasoon/tehtäviin sekä kunnittain. Keinoja on kartoitettua kysymällä haastateltavilta, mitä keinoja on yleensä käytössä. Sen jälkeen on tunnistettu tärkeimpiä keinoja sekä käytössä olevien keinojen näkökulmasta että käyttämättä olevien keinojen kannalta. Empirian primäärisenä aineistona ovat haastattelut. Tukevana materiaalina on käytetty kuntien dokumentteja sekä tilasto- ja taloustietoja. Tutkimustuloksissa käytetään kuvailun, analyysin ja synteysin vuoropuhelua. Vuoropuhelun avulla pyritään avaamaan aineisto mahdollisimman monipuolisesti.

Erikoissairaanhoidon kustannushallinta ja kustannusten kasvun taustat

Ensimmäisten kysymysten tavoitteena oli saada haastateltavat aiheeseen sisälle sekä hakea päällimmäiseksi nousevia asioita. Keinoja ja toimenpiteitä nousee esille kolmessa eri kysymyksessä ”Mitä toimenpiteitä on tehty”, keinoryhmittäisessä osuudessa sekä kartoitettaessa viittä tärkeintä käytettyä toimenpidettä. Keinoryhmittäisessä osuudessa haastateltavia autettiin lomakkeen avulla tunnistamaan keinoja. He valitsivat itse tärkeimmät keinot ”Viisi tärkeintä keinoa” kysymyksessä. Esteitä kartoitettiin keinoryhmittäisissä kysymyksissä ja ”Viittä tärkeintä käyttämättä olevaa keinoa” kysymyksessä. Kysymyksissä oli toisiinsa nähden toistoa reliabiliteetin lisäämiseksi.

Voiko erikoissairaanhoidon kustannuksia hallita?

Tutkimuksen ensimmäinen kysymys oli: ”Voiko erikoissairaanhoidon kustannuksia yleensä hallita?”. Pääosa haastateltavista näkee (13 haastateltavaa 17 haastatellusta), että erikoissairaanhoidon kustannuksia voi hallita tietyin osin. Muutaman vastaajan mukaan erikoissairaanhoidon kustannuksia ei voi hallita. Kustannushallinta nähdään vaikeana. Vastaajat löysivät jo tutkimuksen alussa

keinoja, joiden avulla kustannuksia voi hallita. Keinoja ovat muun muassa yhteistyö, palvelutasolupausten määrittäminen, perusterveydenhuollon riittävä resursointi ja osaaminen, läheteseuranta, hoitoketjut (potilas oikeassa paikassa), hoitomenetelmien hallinta, erilaiset palvelujen järjestämistavat, konsultaatiomahdollisuuksien hyödyntäminen sekä mahdollisuus hoitaa potilas perusterveydenhuollossa pidemmälle. Yksi haastatelluista tiivistää kustannushallinnan seuraavasti:

”Ensinnäkin on pakko ja toisaalta on. Mutta se edellyttää tietynlaista asennemuutosta myös koko tässä järjestelmässä.” (rahoitusjohtaja)

Pääosa haastatelluista näkee erikoissairaanhoidon kustannushallinnan laajempänä ilmiönä. Muutama heistä ymmärtää sen alkukysymyksiensä kohdalla sairaanhoidon tuottajan kustannushallinnaksi, jolloin pohdinta keskittyy HUS:iin ja HUS:lta tuleviin kustannuksiin.

Haasteltavien vastauksissa ei ole eroja asematasoittain. Kuntien kokoluokalla ei ollut vaikutusta vastauksiin. Haasteltavien asenne kustannushallintaa kohtaan on keinoja etsivä ”ratkaisukeskeinen asenne”. Positiivinen asenne kustannushallintaa kohtaan näkyy selkeästi huolimatta siitä, että HUS-alueen tarvevakioidut asukaskohtaiset erikoissairaanhoidon deflatoidut kustannukset ovat nousseet 9 prosentilla vuosien 2000-2005 välillä (Joti 2005, HUS 2006).

Miten paljon erikoissairaanhoidon kustannushallinnasta keskustellaan?

Erikoissairaanhoidon kustannushallinnasta on käyty näkyvää julkista keskustelua, joka on keskittynyt pääkaupunkiseudulla HUS:iin. Tutkimuksen saatujen vastausten mukaan erikoissairaanhoidon kustannuksista puhutaan paljon ja monella asematasolla. Keskustelun taustalla vaikuttavat useat tekijät. Ensinnäkin se, että HUS:n perustamiseen liittyivät voimakkaat odotukset kustannustason alenemisesta (HUS työryhmä 2004). Toiseksi HUS:n laskutus kunnille on noussut tasaisesti 2000-luvulla (Joti 2005). Kolmanneksi kunta- ja palvelurakenne uudistus on nostanut esille tarpeen rakenteellisille muutoksille. Rakenteellisia muutoksia pohditaan myös HUS jäsenkuntien alueella. Esimerkiksi Siuntiossa ja Hyvinkäällä nousi esille, että heidän sairaanhoitoalueillaan tehdään selvityksiä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisestä sisältäen sosiaalitoimen toimintoja. Neljäntenä tekijänä on se, että erikoissairaanhoidon kustannusten osuus kunnan käyttötaloudesta on merkittävä, esimerkiksi vuonna 2004 sen osuus oli 15 prosenttia (Tilastokeskus 2005/12).

Haasteltavien mukaan erikoissairaanhoidon kustannuksista puhutaan jopa päivittäin. Alla oleva terveysjohtajan vastaus kuvaa tilannetta:

”...se on ollut semmoinen kivi kengässä tässä kuntataloudessa aika laajasti Suomessa, että kyllä keskustellaan, etsitään keinoja”.
(terveysjohtaja)

Keskustelua on vähintään silloin, kun tilinpäätöstä ja budjettia tehdään. Keskustelua tapahtuu eri asematasoilla sekä hallinnollisessa että poliittisessa organisaatiossa muun muassa poliitikkojen, potilaiden, HUS:n virkamiesten ja lääkäreiden kanssa. Keskustelukysymyksen vastauksissa ilmenee turhautumisen ja voimattomuuden tunnusmerkkejä, jotka näkyvät seuraavasti: ”samat repliikit toistuu”, ”liian vähän faktoja” ja ”paljon yritetty ohjauskeinoja laihoihin tuloksiin”. Kustannushallinnassa koetaan voimattomuutta ennen kaikkea suurissa kaupungeissa ja niiden ylemmässä johdossa. Terveysasemien ylilääkäreiden vastaukset ovat toimintalähtöisempiä eli liittyvät pääosin potilastilanteisiin. Terveysasemien johdolla on selkeä halu nykyistä enemmän osallistua erikoissairaanhoidon kustannushallintaan.

”Ei näy ollenkaan, me ollaan ihan tämmöisiä maanläheisiä täällä, että me tehdään tätä omaa. Kyllä niistä pitäisi mun mielestä itse asiassa keskustella, mutta mun mielestä se edellyttäisi taas, että mulle annettaisiin enemmän tietoa, yksityiskohtaista tietoa. Koska sehän on vaan semmoinen potti, sanotaan vaan, että nyt ylitettiin näin ja näin paljon Hussin ja muuta, että ei tule tietoa tarpeeksi.” *(ylilääkäri)*

Mitä toimenpiteitä kunnissa on tehty erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa?

Erikoissairaanhoidosta ei ole pelkästään keskustelu, vaan kunnissa on tehty toimenpiteitä kustannushallinnassa. Toimenpiteet liittyvät osin sekä perusterveydenhuoltoon että erikoissairaanhoidon ja osin suoraan erikoissairaanhoidon. Toimenpiteiden taloudellisia vaikutuksia ei ole arvioitu. Toimenpiteiden todellista toteuttamista ja niiden laajuutta ei tässä tutkimuksessa voida vahvistaa. Esimerkiksi hoitoketjuja on määritelty, mutta kaikin osin käytännön tasolla ne eivät välttämättä näy. Lisäksi yhdessäkään kunnassa ei ole virallista ohjelmaa tai projektia varsinaisesti erikoissairaanhoidon kustannushallinnasta.

”No kaikki sairaanhoitopiirit varmaan jonkinlaista, mutta ei ole ollut varmaan semmoista napakkaa projektia. No mikä nyt on napakaprojekti, se on makuasia. Kyllähän vähän joka puolella on sitä yritetty.” *(terveysjohtaja)*

Kuntien tehdyistä toimenpiteistä nousevat esille voimakkaimmin yhteistyö ja neuvottelut. Yhteistyö ja neuvottelut näkyvät eri tasoilla eri tavoin. Ensinnäkin ne näkyvät yhteistyönä ja neuvotteluina HUS:n kanssa poliittis-hallinnollisella tasolla. Hallinnollisen tason yhteistyötä esiintyy ylimmässä virkamiesjohdossa, esimerkiksi hallinnollista yhteistyötä varten on olemassa erilaisia foorumeita. Toiseksi yhteistyötä tehdään lääketieteen ammattilaisten välillä, jolloin yhteistyö konkretisoituu yhteisinä hoitoketjuina, hoidon porrastusten muutoksina sekä

koulutusyhteistyönä. Kolmanneksi osalla kunnista on keskinäisiä liittoumia, joissa tavoitteena on hakea vahvempaa neuvotteluvoimaa HUS:iin nähden. Liittoumatason yhteistyö ilmenee kunnan ylimmän johdon tasolla, esimerkiksi seuraavasti:

”meillähän on tällainen oma Kuuma-Hus –ryhmä, jossa on kaikki ne luottamushenkilöt, jotka on tässä HUS:n organisaatiossa ja ne virkamiehet, jotka valmistelee niitä asioita. Ja me kokoonnutaan ehkä joka kuukausi, joka toinen kuukausi ainakin. Ja katsotaan tilanteet, sovitaan yhteislinjaukset miten toimitaan. Ja sillä tavalla on tehostettu sitä omistajaohjausta mahdollisimman pitkälle.” *(kunnanjohtaja)*

Muutamia mainintoja tehdyistä toimenpiteistä saivat HUS perustaminen, omistajaohjauksen vahvistaminen esimerkiksi perustamalla konsernijaos, tukitoimintojen keskittäminen, yksityiseltä sektorilta ostaminen, budjettiohjaus alibudjetoimalla ja HYKS-sairaanhoidon alueen perustaminen vuoden 2006 alusta. Lisäksi yhden maininnan saivat HUS ostopalveluiden kritisointi, kuntaprofiilien tekeminen ja osaamisen varmistaminen nimeämällä eurolääkäreille oma kouluttajalääkäri.

Haastateltavat ovat pääosin kuntien hallinnollisesta johdosta ja tasaisesti kaiken kokoisista kunnista. Vastauksissa ei noussut lainkaan esille toimenpiteitä, jotka liittyvät tarpeen ja kysynnän hallinnan ja tarjonnan rajoittamisen keinoihin. Samoin omistajaohjaus- ja ostajaohjauksen keinojen mainintoja on vähän.

Miksi erikoissairaanhoidon kustannukset ovat nousseet?

Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun taustalla on haastateltavien mukaan erityisesti medikalisaatio eli ihmisen tutkimisen ja häntä auttavan toiminnan lääketieteellistäminen. Se näkyy kahdella tavalla potilastilanteissa. Ensinnäkin potilaiden vaateet ovat kasvaneet. Potilaat haluavat päästä erikoissairaanhoidon ja tutkimuksiin. Toiseksi lääkäreillä jatkohoidon ja tutkimuksiin lähettämisen kynnys on madaltunut. Näihin liittyviä mainintoja esiintyy muutamissa vastauksissa; potilaita hoidetaan osin väärissä paikoissa ja teknologian on tuonut mukanaan uusia hoito- ja tutkimusmenetelmiä, jonka vuoksi hoitoa saavien määrä on kasvanut. Edellä olevia asioita kuvastavat kahden ylilääkärin vastaukset:

”...on tullut uusia tutkimusmahdollisuuksia, päästään diagnostiikassa paljon tarkempaan ja päästään pitemmälle, mutta ne tutkimukset on tietysti kalliita. Että ihan tämä teknologian tekniikan kehittyminen on yksi mikä nostaa paljon niitä kustannuksia. Sitten on tietysti myöskin ihmisten, potilaiden, vaatimustaso ja tietoisuus siitä, että asioita voidaan tutkia enemmän. Että halutaan lähetteet, halutaan tutkimuksia herkemmin kuin mitä aikaisemmin.” *(ylilääkäri)*

”No tietysti yksi tekijä on se, että kyllähän selvästi niin kun tällaisia yksittäisiä toimenpiteitä ja tutkimuksia tehdään herkemmin ja pyydetään herkemmin ja asiakkaat pyytää herkemmin, että vaikka ortopedia, niin vaikka tähytyksiä tehdään enemmän kuin aikaisemmin. Semmoisia monessa asiassa, missä on ollut ennen jotenkin konservatiivisempi linja, niin nyt sitten uusien tekniikoiden myötä ja uusien tämmöisten tutkimusmahdollisuuksien ja myöskin potilaiden odotusten myötä niin on tuota ehkä tehdään enemmän sitten jotain invasiivista hommaa, joka tietysti voi, ehkä se tulee halvemmaksi jos joku ihan joku operaatio, mutta sitten kuitenkin se on laajentanut sitä hoitoa saavien piiriä sen verran paljon, että siitä tulee niitä kustannuksia kuitenkin.” *(ylilääkäri)*

Vastaavia vastauksia on myös ylemmältä johdolta. Potilaiden vaateet ja lähettämiskynnyksiasiat nousevat esille erityisesti suurissa kaupungeissa.

” Ja sittenhän siellä on no ikääntyminen, väestömäärän kasvu ja sitten kyllähän nämä tuota x:ssa on siis koulutetumpi väestö kuin muualla, niin se vaatii enemmän ja ne varmaan ylikäyttää ikään kuin erikoissairaanhoidoa siitäkin syystä” *(terveysjohtaja)*

Edellä olevat näkökulmat näkyvät myös tilastoissa; hoitoa saavien määrän kasvu ilmenee tilastoissa. Yhä useampi asukkaista käyttää HUS:n palveluita. Tästä kertovat myös tilastot: 2003-2005 vuosien aikana HUS palveluita käyttäneiden eri henkilöiden osuus on kasvanut vuoden 2003 32,2 prosentista vuoden 2005 32,9 prosenttiin. (HUS 2004,2005,2006, Tilastokeskus.)

Taulukko 26. *HUS palveluita käyttäneet euroa henkilöt/asukasmäärä (HUS 2004, 2005,2006, Tilastokeskus).*¹⁹

| | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Palveluita käyttäneet henkilöt | 458029 | 469509 | 475509 |
| HUS palveluita käyttäneet eri henkilöt/asukasmäärä | 32,2 % | 32,8 % | 32,9 % |

Yksi kustannusten kasvun taustalla oleva syy on haasteltavien mukaan HUS ja sen johtaminen. HUS:n johtamista ei nähdä riittävän napakkana. Syinä HUS:n kustannusten nousuun, ja siten kuntien kustannusten nousuun, ovat henkilöstömäärän kasvu, palkankorotukset ja muut kustannuskasvupaineet. (kts. HUS kuvaus) Haastatellut ovat odottaneet, että HUS ei siirtäisi kustannuskasvua suoraan tuotteiden hintoihin, vaan pyrkisi tehostamaan toimintaansa.

¹⁹ Luvut sisältävät kaikki eri henkilöt. Luvut ovat viitteellisiä, koska luvuissa on mukana myös muiden kuin HUS:n jäsenkuntien potilaita.

Kustannusten kasvun selittäjinä saavat muutamia mainintoja tietämättömyys kustannuksista terveysasematasolla ja hoitotakuu. Yksittäisiä mainintoja on potilaiden, ikääntyneiden ja monisairaiden määrän kasvusta. Samoin kustannusten kasvun osasyinä tulevat esille lääkärin kokemattomuus, henkilöstön vaihtuvuus ja työvoimapula. Alla on erään ylilääkärin vastaus näiden osasyiden vaikutuksista:

”No varmaan sekin, että työvoima vielä vaihtuu vaikuttaa näihin kustannuksiin. Ja sitten semmoinen tietty perehtymättömyys, se on vähän niin kuin joka tasolla se perehtymättömyys, että tietyt ihmiset sen hallitsee, ja sitten mitä tänne alemmas tullaan, että ei ajatella kustannuksia, sitä vaan tehdään sitä työtä ihan täysillä. Työvoimapula on tällä hetkellä ja muuta, niin ihmiset ei jaksa ajatella tällaisia ajatuksia.”
(*ylilääkäri*)

Kustannuksiin ei ole kohdistunut vain kasvattavia tekijöitä, vaan haastatellut tunnistavat myös kustannuksia alentavia tekijöitä. Huomioitava on, että kaikki haastatellut eivät näe kustannuksia laskevia tekijöitä ympäristössään. Osin tekijät ovat samoja kuin ne, jotka selittävät kustannusten kasvua. Kustannuksia alentaneet tai kustannusten kasvua hillinneet tekijät liittyvät pääosin potilaan hoitotilanteen hallintaan; hoitoketjuihin sekä toimivaan hoidon porrastukseen ja perusterveydenhuoltoon sisältäen oman toiminnan kehittämisen, riskiryhmien tunnistamiseen ja hoitotakuuseen. Samalla on nostettava erikseen esille Lapinjärvi ja sen alhaisimmat tarvevakioidut kustannukset HUS:n alueella. Lapinjärven alhaisia tarvevakioituja kustannuksia selittävät haastateltavan mukaan kuntalaisten käsittely yksilöinä, kustannustietoisuus, hoitoketjujen ja perusterveydenhuollon toimivuus. Seuraavassa on muutamia otteita Lapinjärveltä:

”...me siis olemme yrittäneet koko ajan vaikuttaa kyllä tällaiseen kustannustietouden aikaansaamiseksi. Että meillä on tämä yksityislääkärijärjestelmä, joka on paljon käytetty, hyvin tunnettu ja siinä suhteessa, että aina pääsee johonkin. Ja myös tämä, että tässä ei ole vaihtunut henkilöstöä paljoakaan tässä perusterveydenhuollon toimipisteessä täällä Lapinjärvellä. Että on tutut hoitajat, jonne aina voi soittaa, jotka aina neuvoo, on aina paikalla. niin sillä on kyllä tietty tällainen merkitys tällaisella kokonaistasolla. Mutta tietysti siinä on ehkä myös tällaisia selittäviä tekijöitä, että potilaitahan kotiutetaan Helsingin sairaaloista hyvin nopeasti.” (*kunnanjohtaja*)

”Sitten on hyvä seuranta” (*kunnanjohtaja*)

”Yksi selittävä tekijä, että ne on oikeasti ihmisiä, ne on oikeasti meidän kuntalaisia ja me katsomme perään, että missä ne hoidetaan.”
(*kunnanjohtaja*)

”...vaikka meillä on alhaiset kustannukset, niin kukaan ei ole jäänyt ilman hoitoa.” (*kunnanjohtaja*)

Haastateltujen vastaukset eivät ole todennettuja faktoja tai tutkimustietoa, vaan ne pohjaavat arkielämässä saatuun tuntumaan. Tulosten tulkinta ongelma on se, että fakta- tai tutkimustietoa ei ollut liittyen toimenpiteisiin eikä varsinaisia kustannusanalyyssejä ole kunnissa tehty lukuun ottamatta Helsingin Kalleus-tutkimusta.

Kuntien käyttämät keinot tarpeen ja kysynnän keinoryhmässä

Tarpeen ja kysynnän keinoryhmän keinojen avulla pyritään hallitsemaan pidemmällä tähtäimellä erikoissairaanhoidon määrää ja sen sisältöä. Ne ovat samalla osa koko terveydenhuollon kustannushallintaa. Tässä ryhmässä mainintoja saavat eniten sairastavuuden keinot. Toiseksi eniten mainintoja on terveyskäyttäytymiseen vaikuttamisessa. Väestön kokoon ja sosiaali- ja demografisiin tekijöihin vaikuttamisesta on vähiten mainintoja. Haastateltavien asemalla tai kunnalla ei ollut vaikutusta vastauksiin.

Taulukko 27. *Tarpeen ja kysynnän keinoryhmän maininnat (noin lukuina)*

| Keino | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Demograafisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikuttaminen | 10 | 7 |
| Sairastavuuteen vaikuttaminen | 23 | 16 |
| Terveyksikäyttäytymiseen vaikuttaminen | 19 | 15 |
| Yhteensä | 52 | 38 |

Väestön kokoon ja demografisiin tekijöihin vaikuttaminen

Väestömäärään ja demografisiin tekijöihin vaikuttamisesta ei ole montaa mainintaa. Suurilla kaupungeilla on riittävä väestöpohja. Keskisuuretkin näkevät väestöpohjansa riittävänä. Yksi pieni kunta toteaa ratkaisseensa väestöasiaan liittyvän haasteen liittymällä terveydenhuollon kuntayhtymään. Demografisiin tekijöihin liittyen on tehty seuraavia toimenpiteitä: kysytään kaavoittaessa mielipidettä terveystoimelta, pyritään olemaan rakentamatta slummeja, naapuri-

ja perheapu, pyritään saamaan perheitä, ei haluta kasvattaa kuntaa isoksi ja vaikeimmilla alueilla henkilöstöä on enemmän. Haastateltujen mukaan demografisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikutetaan vähän. Niihin vaikuttaminen koetaan vaikeana.

Yleisesti terveysasematasolla koetaan kokoon ja demografisiin tekijöihin vaikuttaminen vieraana huolimatta siitä, että heillä on tietoa siitä, että sairastavuus painottuu alempiin sosiaaliluokkiin sekä ikääntyviin ja elämän viimeiset vuodet ovat kalliita. Lisäksi nähdään, että väestön koulutustason nouseminen voi nostaa vaatimustasoa ja siten kustannuksia. Tästä esimerkiksi voidaan nostaa sosioekonomisesti hyvillä taustoilla oleva Espoo, jossa on 13 korkeimmat erikoissairaanhoidon tarvevakioituidut asukaskohtaiset kustannukset Suomessa. (Hujanen, Pekurinen, Häkkinen 2006).

Mainintoja ei ole vaikuttamisesta ikärakenteeseen, kaavoitukseen ja palvelurakenteisiin, koulutustasoon vaikuttamisesta aloituspaikkamäärillä, poikien koulutustasoon, aktivoivaan ja syrjäytymistä ehkäisevään sosiaali- ja koulutuspolitiikkaan, tulotaseihin, työttömyyteen ja työpaikkarakenteeseen vaikuttamista työllisyys- ja elinkeinopolitiikalla. Mainitsematta jääminen ei tarkoita välttämättä sitä, että kunnissa ei näitä toimia tehdä, vaan todennäköisesti sitä, että niitä ei nähdä osana erikoissairaanhoidon kustannushallintaa.

Sairastavuuden alentaminen ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttaminen

Sairastavuuteen vaikuttaminen näkyy, erityisesti perusterveydenhuollossa ja neuvoloissa, useina eri toimenpiteinä. Sairastavuuden alla olevat toimenpiteet, liittyen terveydenedistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn, menevät vastauksissa limittäin. Samoin vastaukset nivoutuvat terveyskäyttäytymiseen. Sairastavuuteen vaikuttaminen muiden toimialojen kautta nousee esille vain muutamissa vastauksissa. Terveydenedistämistyötä tehdään järjestöjen kanssa yhdessä. Osa tehtävistä projekteista liittyy valtakunnallisesti käynnissä oleviin projekteihin. Sairastavuuden alentamiseen liittyviä laajoja hankkeita ei ole varsinaisesti käynnissä. Yhdessä kunnassa on budjetoitu ennaltaehkäisevään työhön rahat erikseen. Kunnan toimintamalli on seuraava: jos toimesta tulee pysyvä toimintatapa, niin se siirtyy normaalirahoituksen piiriin. Samoin yhdessä kunnassa strategia perustuu terveydenedistämiseen. Vastauksissa ei ole merkittäviä eroja haastateltavien asematason tai erikokoisten kuntien välillä.

Sairastavuuteen vaikuttaminen ennaltaehkäisevällä työllä nähdään olevan päivittäistä työtä, jonka tulokset näkyvät pitkällä ajanjaksolla. Se näkyy terveysasemalla keskeisenä työkenttänä, kuten alla oleva ylilääkäri toteaa vastauksessaan:

”Terveyskeskus-, terveysasematyössähän tämä ennaltaehkäisevä toiminta on ihan tai hyvinkin keskeinen yksi osa-alue meillä, ja nimenomaan terveydenhoitajat panostaa tähän aika paljon.” (ylilääkäri)

Käytettyjä toimenpiteitä on useita. Eniten mainintoja saavat interventiot. Interventioita tehdään alkoholin, lääkkeiden ja tupakoinnin käytön suhteen. Interventioista mainintoja esiintyy runsaimmin alkoholin käytöstä ja liikapainosta. Tavoitteena on vaikuttaa henkilöiden terveystietoisuuteen ja terveystietoisuuteen. Eri neuvolat nähdään tärkeänä osana ennaltaehkäisevää työtä. Ennaltaehkäisevää työtä ja terveystietoisuuteen vaikuttamista tehdään yhdessä kolmannen sektorin kanssa, koulujen, neuvoloiden ja sosiaalipuolen toimijoiden kanssa. Alla on lista eri toimenpiteistä, joita haastateltavat mainitsivat

- normaalin toiminnan sisällä riskipotilaiden tunnistaminen, terveystietoisuuteen vaikuttaminen interventioilla sekä erillisillä kampanjoilla (tupakointi, lääkkeet, alkoholi muun muassa VAMP-projekti ja liikapaino-projekti). Lisäksi on saatettu saada lisää terveydenhoitajia, jotka ovat keskittyneet metaboliseen oireyhtymään
- terveystietoisuuteen vaikuttaminen; liikunta-, ravinto- ja tupakointi
- ryhmät: laihdutusryhmät, liikuntaryhmät, hyvinvointiryhmät, kuntoutusryhmät sisältäen senioreihin kohdistettavat ryhmät
- neuvolat sisältäen liikuntaneuvolan ja liikuntareseptit
- kouluterveydenhuolto. Kouluissa on pyritty vaikuttamaan alkoholin käyttöön ja ohjaamaan terveellisiin elämäntapoihin
- vaikuttaminen 40-vuotiaiden miesten terveystietoisuuteen
- terveyspäivät ja kylätapahtumat, joissa muun muassa mitataan vyötärön ympäryksiä
- kondomien jakaminen (raskaudenehkäisy, sukupuolitaudit)
- asiakkaiden vaatimustasoon vaikuttaminen: lääkäri puhumalla ja selittämällä potilaille, lehdistötilaisuuksissa vaikuttaminen
- normaali terveystietoisuus ja riskiryhmien tunnistaminen
- koulujen karkkiautomaattien poistaminen
- lastensuojelutyö, varhainen puuttuminen, syrjäytymisen ehkäiseminen
- jalkojen hoito diabetespotilaille
- yhteistyö sosiaali-, liikuntatoimen ja kolmannen sektorin kanssa
- verenpaineen itsemittauspisteet
- fysioterapia
- kenkien nastoittaminen
- astman kotiohjaus
- sepelvaltimotautiin liittyvä yhteistyöhanke erikoissairaanhoidon kanssa
- strategia, joka perustuu terveydenedistämiseen
- fasilitaattoriparit "terveydenhoitaja-lääkäri", jotka miettivät miten kansansairauksien potilasvirtaa lääkärille voisi vähentää. Sen pohjalta syntyi työnjako malli, jossa lääkärin töitä siirtyi hoitajalle. Hoitaja tekee potilaalle määräaikatarkastuksia.
- omille työntekijöille työssä jaksamishanke
- seulontaohjelmat

- työvoimahallinnosta tullut projekteja kuten työkykyä uhkaavien tekijöiden varhainen tunnistaminen ja vajaatyökykyisen varhainen kuntouttaminen
- terveystietäytymisen dokumentointi

Terveystiedon edistäminen esiintyy tutkimuskuntien toimintakertomuksissa ja verkkosivuilla. Alla on listaus toimenpiteistä (yleisimmin näkyneet ensin):

- influenssarokotukset 65-vuotta täyttäneille ja riskiryhmille
- neuvolatoiminta
- papa- ja mammografiatutkimukset
- kouluterveydenhuolto sisältäen päihdetyön ja terveystarkastukset
- rokotukset
- lähiliikuntaprojekti, liikuntareseptit
- työterveyshuolto
- diabetesneuvonta ja jalkojen hoito
- lääkinnällinen kuntoutus
- elintapoihin ja terveyden eroihin vaikuttaminen
- lasten ja nuorten huonovointisuuteen puuttuminen
- koulutushanke, jossa tavoitteena on kouluttaa neuvolaterveydenhoitajia uuteen työtoteeseen, jotta lasten ja perheiden ongelmat voitaisiin havaita varhaisessa vaiheessa ja puuttua niihin

Keinojen ja toimenpiteiden käytön tuloksista on vaikea tehdä arvioita siitä, miten ne ovat vaikuttaneet. Haastateltavat tekivät joitakin johtopäätöksiä, kuten eräs ylilääkäri toteaa:

”Mutta kyllähän tämä kaikki sydän- ja verisuonisairauksien primääri- ja sekundaaripreventio, mikä on tapahtunut viime vuosikymmenenä, siis vaikuttaminen verenpaineeseen, rasvoin, tupakointiin, niin onhan se täysin muuttanut niiden sairauksien kuvaa. Eli tavallaan aikaisemmin suomalaiset miehet kuoli nuorena, että se on niin kun eläkeläisten tauti joku sydäninfarkti, että kyllähän se näkyy X:ssäkin. *(ylilääkäri)*

”No siis tärkeimmät liittyy varmaan näihin kolmeen asiaan. Johtuuko se sitten terveydenhuollosta tai ei, ihmiset tupakoivat vähemmän, niiden verenpaine on varmaan keskimäärin paremmin hallinnassa ja sekä ruokatottumusten että lääkityksen kautta kolesteroliarvot on niin X:ssä kuin muuallakin valtakunnassa laskenut huomasti tässä 70-luvulta 60-luvulta. ” *(ylilääkäri)*

Ja toisen ylilääkärin vastaava kommentti

”Kyllähän meillä sitten yleensä kylläkin hyvin mietitty sillä lailla, että se kohde on niin kun ihan kiistatta todellinen, että joku vaikka tupakointi terveystietäytymisenä, niin kyllähän se tiedetään, että kyllähän siitä on hyvin paljon evidenssiä, että mihin kaikkeen se liittyy.” *(ylilääkäri)*

Huolimatta siitä, että sairastavuuden alentamista tehdään kunnissa, jää joitakin keinoja mainintoja paitsi tai ne jäävät vähäisiksi, kuten työ-, asuin- ja vapaa-ajan ympäristön muokkaaminen terveyttä edistäväksi, ympäristöterveydenhuollon alueet, mielenterveystyö ja sosiaalisen tuen alueet. Sairauksien ehkäisyssä vähäisemmäksi jäävät tertiaaripreventiot, esimerkiksi kuntouttaminen sekä tapaturmien ja väkivallan ehkäiseminen eivät nouse esille joko lainkaan tai hyvin vähän.

Useat haastatelluista kokevat, että yksilön on kannettava vastuu omasta terveydestään nykyistä enemmän. Vastuuta omasta terveydestä on siirretty liian pitkälle muille. Eräs haastateltu toteaa: ”Vastuu omasta itsestä ja semmoista me tarvitaan kaikessa ei pelkästään täällä.” Yksi mahdollisuus on antaa internetissä tietoa kansalaisille, jotta he voivat itse lähteä arvioimaan terveydentilaansa. Siten voidaan osa turhista käynneistä välttää.

Tiivistelmä

Demografisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikuttaminen on vähäistä. Sairastavuuteen ja terveystyötyymiseen vaikuttaminen on yleistä. Terveydenhuolto halutaan nähdä yhä enemmän terveydenedistämisenä sairaudenhoitamisen sijaan. Ennaltaehkäisevä työ koetaan oleelliseksi osaksi päivittäistä työtä, jolloin kriittiseksi nousevat perusterveydenhuollon riittävät resurssit ja mahdollisuudet tehdä sairauksien hoidon lisäksi terveyttä edistävää työtä. Samalla kun huolehditaan sairastavuuden alentamisesta, niin voidaan vaikuttaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannuksiin. Vastauksissa nousee uutena painopistealueena esille väestön terveystyötyymiseen vaikuttaminen ja yksilön vastuu omasta terveydestään.

Johtopäätökset

Palvelujen kysynnän ja tarpeen hallinta on kunnissa mahdollista. Kunnilla on mahdollisuudet hallita pitkällä tähtäimellä kysynnän määrää. Kunnat ovat tässä avainasemassa valtion käyttämien keinojen rinnalla. Suurin haaste on se, että tulokset näkyvät vasta vuosien ellei vuosikymmenten jälkeen. Joissakin toimenpiteissä tuloksia voidaan saada nopeastikin, esimerkiksi influenssarokotukset riskiryhmille.

Sairastavuuteen vaikuttaminen ei ole vain terveydenhuollon vastuulla, vaan se on tarpeellista nähdä jatkossa yhä enemmän kunnan kaikki toimijat poikkileikkaavana toimintana. Terveydenedistämistyötä on mahdollista tehdä lisää muun muassa päivähoitossa ja kouluissa, joissa kohdataan joko koko ikäluokka tai lähes kaikki siitä. Tämä työ ei vaadi välttämättä lisää rahaa, vaan enemmänkin tahtoa ja kykyä nähdä asiat yhä enenevässä määrin yhteisinä kunnassa.

Jatkossa on syytä kiinnittää huomioita toimenpiteisiin, joilla voidaan vaikuttaa väestön terveystyötyymiseen ja siihen, miten yksilö saadaan

kantamaan nykyistä enemmän vastuuta omasta terveydestään. Lisäksi kunnissa voidaan huolehtia riittävästä ajasta ja resursseista perusterveydenhuollossa, jotta ennaltaehkäisevää ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavaa työtä voidaan toteuttaa.

Kysynnän ja tarpeen keinojen käyttämisessä on vielä paljon mahdollisuuksia varsinkin jos kaikki toimijat otetaan mukaan toimenpiteissä.

Kuntien käyttämät keinot tarjonnan keinoryhmässä

Tarjonnanhallinnan peruskysymykset ovat millä hinnalla tarjotaan, mitä tarjotaan, milloin tarjotaan ja missä tarjotaan (Sintonen ym. 1987,50-133). Näiden pohjalta tehtiin kysymyksenasettelun jaottelu hintaan, valikoimiin, jonoon ja odotusaikaan sekä tarjontapaikkaan. Haastatteluissa on tarjonnasta yli 60 mainintaa, joista tehtyjä toimenpiteitä sisältäviä on noin puolet. Kenelle tarjotaan ja valikoimat eli tarjonnan sisältöön liittyvät keinot nousevat voimakkaimmin esille.

Taulukko 28. *Tarjonnan keinojen maininnat (noin lukuina)*

| Keino | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja | | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|----|------------------------------------------|
| | Yleiset kommentit | | |
| hinta | 1 | 7 | 8 |
| jono ja odotusaika | 2 | 3 | 5 |
| tarjontapaikka | 7 | | 7 |
| tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen | 21 | 22 | 43 |
| Total | 31 | 32 | 63 |

Hinta eli asiakkaalta perittävä maksu

Hinta voidaan nähdä kahdella tavalla: kunnan maksamana hintana HUS:lle ja potilaan maksamana hintana. Tässä osassa tutkimusta hinnalla tarkoitetaan asiakkaan maksamaa hintaa eli perittäviä maksuja. Hintaan kohdistuvia mainintoja on vähiten, eikä siihen liittyviä toimenpiteitä ole oikeastaan lainkaan käytössä. 17 haastateltua 9 haastatellusta mainitsi ja pohti hinnan käyttämistä. He ovat pääosin johtotason vastaajia kaiken kokoisista kunnista. Maksujen periminen potilailta jakaa haastatellut osin kahtia. Pääosa haastatelluista näkee hinnan hyvänä keinona vaikuttaa kysyntään, jota voisi käyttää nykyistä enemmän. Kysynnän hallinnan vaikeus tulee esiin terveydenhuollon johtajan vastauksesta:

”...hintahan olisi ainoa, millä saataisiin tämä julkinen terveydenhuolto hallintaan. Kun kysyntä on rajoittamaton ja hinta on 11 euroa kolme kertaa ja loput ilmaisia, niin eihän siitä yhtälöstä selviä käytännössä millään. Se olisi erittäin hyvä keino niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa” (*terveydenhuollon johtaja*)

Yksi johtotason haastateltu nostaa esille kuntalaisten tietämättömyyden kustannuksista ja kunnan maksamista hinnoista. Sama asia näkyy lääkäritasolla, jossa ei ole tietoa siitä, mitä toimenpiteet maksavat. Ratkaisumalliksi hän ehdottaa, että voisi olla todellisten kustannusten mukaiset hintalistat seinillä. Kahden eri asematasoilla olevan haastateltavan mukaan asiakkaat voisivat olla halukkaampia maksamaan entistä enemmän varsinkin erikoissairaanhoidosta.

”Se on muuten jännä näistä hinnoista, niin kun ihan tavallinen matti meikäläinen kuulee, mitä yksi vastaanottokäynti maksaa, niin hän on hurjan hämmästynyt. Ihmiset luulevat, että se maksaa sen kymppin mitä he itse maksavat.” (*johtaja*)

Asiakkaan maksaman hinnan eli maksujen perimisen käyttöä hallintakeinona rajoittaa laki eli asiakasmaksulaki.

Tarjontapaikka

Tarjontapaikan muutoksiin suhtautumisessa ei esiinny negatiivisia asenteita. Tarjontapaikka menee vastauksissa osin päällekkäin hoidon porrastuksen kanssa. Tarjontapaikoissa on tehty joitain muutoksia. Tarjontapaikkaa on siirretty joillakin erikoisaloilla erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja myös päinvastoin. HUS on Espoossa rajannut itse pois muun muassa seuraavia sairauksia/sairausryhmiä: lastenneurologiset ja lasten psykiatriset sairaudet, kirurgian poliklinikka ei ota enää vastaan isoja patteja ja HUS ei ota vastaan enää hankalia diabetes- ja depressiopotilaita. Edellä mainitut sairaudet tulee hoitaa kunnan puolella. Toisin päin toteutettuja muutoksia on tehty esimerkiksi Helsingissä, jossa on yhdistetty sukupuolitautien poliklinikka ja keuhkosairauksien hoito HUS:iin sekä samalla lopetettu keuhkosairauksien vuodeosasto ja poliklinikka. Lisäksi muutokset ovat kohdistuneet päivystysten keskittämiseen. Keskittämisen avulla on pyritty muun muassa vähentämään turhia käyntejä. Erään haastateltavan mukaan päivystyksen siirto on hillinnyt kysyntää. Tarvetta päivystyspisteiden vähentämiseen on olemassa.

Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen

Palveluiden tarjonnan ja saatavuuden rajoittamisen maininnat tulevat lähinnä suurten ja keskisuurten kuntien johtajilta ja terveystasemien päälliköiltä. Keino on saanut tarjontaa keinoryhmässä eniten mainintoja – yli 40 kappaletta. Lähes

puolet maininnoista sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Toimenpiteet jakavat haastateltujen mielipiteet. Suurin osa vastanneista näkee ne tärkeinä tai neutraaleina, mutta varsinkin lääkäritaustainen saattaa nähdä erityisesti tarjonnan rajoittamisen eettisesti vääränä (3-4 haastateltua 17 haastattelevastasta). Priorisoinnin tärkeys tunnustetaan. Tarjonnan suorasta vaikutuksesta kysyntään muutama henkilö totesikin:

”Jokainen vuode täyttyy, se tulee lämpimäksi vääjäämättä, ja sen takia on ollut tavoitteena paikkojen vähentäminen”. (*rahoitusjohtaja*)

”Niin, ja että kaikki sairaalassa käynnit täyttyy aina. Se on tarjontavetoista eikä sairastavuusvetoista välttämättä” (*terveysjohtaja*)

”Niin jos ei ole palveluja tarjota, ei kansa osaa edes niitä kysellä, ja jotenkin tullaan toimeen, niin totta kai eihän silloin käytetäkään.” (*terveysasemien johtaja*)

Tarjonnan rajoittaminen priorisoimalla on vaikea aihe, jota ei haluta tuoda voimakkaasti esille. Kuitenkin priorisointia tapahtuu päivittäin; osa perusterveydenhuollon ylilääkäreistä näkee, että priorisointia tehdään päivittäin potilastasoisesti. Tautitason priorisointia ohjaa niin Käypä hoito-suositukset kuin hoitotakuu. Kunnan tasolla tehtävät priorisoinnit, liittyen tauteihin tai potilasryhmiin tai yksikköjen välinen rahan kohdistus, jäävät vastauksissa lähes näkymättömiin. Alla on esimerkkinä kahden johtotason, eri ammattitautaisen, näkemykset priorisointiin:

”Käytön rajoittaminen priorisoimalla. En usko siihen.” (*johtaja*)

”No minusta se on sinänsä tarpeen, että tehdään tiedostamatta tai julkituomatta joka kerta. Kuinka paljon voimavaroja pannaan vaikkapa keski-ikäisten miesten ohitusleikkauksiin tai vastasyntyneiden lasten teho-osastolle” (*rahoitusjohtaja*)

Tarjonnan rajoittaminen priorisoimalla esiintyy lähinnä suurten kuntien vastauksissa. Tarjontaa on pyritty rajoittamaan tekemällä HUS kanssa palvelusopimuksia²⁰, jotka eivät ole pitäneet. Hoitotakuu on leikannut edellä mainitun käyttöä. Vastausten mukaan hoitotakuu on muuttanut kuntien mahdollisuutta rajoittaa ja tehdä omia priorisointeja, koska se antaa määrityksen sille, mitä, ketä ja milloin hoidetaan. Eräässä kunnassa on pyritty tarjoamaan erikoissairaanhoidon korvaavan hoidon maksusitoumuksia, joiden käyttäminen on loppunut hoitotakuun myötä. Hoitotakuu on osin laajentanut ja osin

²⁰ palvelusopimukset tehdään vuosittain. Siinä sovitaan sekä euroista että määristä.

kaventanut palvelutarjontaa, jonka vuoksi se näkyy vastauksissa priorisoivana toimenpiteenä; neljä haastateltua luokittelee hoitotakuun priorisoinniksi. Palveluiden laajenemisesta löytyy esimerkki silmätaudeista, joiden kohdalta eräs ylilääkäri näki riskinä eksponentiaalisen läheteiden määrän kasvun. Hoitotakuu on tuonut myös sen, että joitakin läheteitä on saatettu palauttaa perusterveydenhuoltoon alhaisten pisteiden vuoksi. Hoitotakuu nähdään hyvänä asiana haastatellun asematasosta tai kunnasta riippumatta muun muassa siksi, että hoitotakuu selkeyttää käytäntöjä ja luo samalla yhteisiä käytäntöjä sekä vähentää kirjavuutta.

”Hoitotakuun yhteydessä kun tehtiin nämä linjaukset, niin sehän on niin kun yhdensortin rajaus” (*ylilääkäri*)

”On erittäin hyvä, että on tosiaan tämä hoitotakuu ja nämä yhteiskriteerit.” (*terveysasemien johtaja*)

Kunnissa ei ole tehty toimenpiteitä raja-arvojen asettamisessa. Raja-arvojen asettaminen tulee valtakunnan tasolta. Ne eivät nousseet esille keinona vastauksissa. Raja-arvoja on laskettu muun muassa verenpainetaudissa. Muutama haastateltu pohti sitä, että tehdäänkö terveistä sairaita.

Uudet palvelut eivät tulleet esille.

Jono ja jonohallinta

Jonoista on vastauksissa vähäisesti mainintoja. Edellä käsitelty palveluiden tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen liittyy jonojen muodostumiseen. Jonojen käytetyt keinot kohdistuvat lähinnä hoitotakuun vaateiden mukaiseen jonojen lyhentämiseen, joka nähdään tärkeänä, koska mitä nopeammin potilas saadaan kuntoon, sitä parempi se on potilaalle ja yhteiskunnan käyttämille verovaraille. Jonojärjestykset eivät nousseet vastauksissa esille.

Tiivistelmä

Kuntien mahdollisuudet vaikuttaa tarjonnan määriin, sisältöön ja kohdentamiseen ovat rajalliset. Hoitotakuu on kaventanut kuntien vaikutusmahdollisuuksia. Hoitotakuu koetaan hyvänä asiana, koska se yhdenmukaistaa ja antaa selkeät raamit toiminnalle. Makro- ja mesotason priorisoinneissa sekä raja-arvojen asettamisessa nähdään tärkeänä valtakunnallisesti asetettavat yhdenmukaiset periaatteet. Priorisointeja ohjaavat pääosin valtakunnalliset ohjeet. Priorisointien esteenä ovat niin lait kuin kuntien päätöksentekijät ja vaikuttavuustutkimusten vähäisyys. Kunta ei voi vaikuttaa potilaan maksamaan hintaan; hinta on kuitenkin tehokas ohjauskeino. Esteenä ovat lait. Palvelutarjontapaikkoihin kunnat voivat vaikuttaa ja niiden koetaan

vähentävän kysyntää. Palvelutarjontapaikkoja on muutettu ja niitä tullaan muuttamaan jatkossakin.

Johtopäätökset

Palvelujen tarjontaan liittyvät keinot ja toimenpiteet ovat oleellisia. Keinojen käytön avaimet ovat pääosin valtakunnan tason päättäjillä. Valtakunnan tasolla on syytä arvioida kriittisesti raja-arvoja ”ettei terveestä tehdä sairasta” ja asiakasmaksuja uudelleen sekä tehdä vaikuttavuustutkimusten pohjalta priorisointeja tautien, hoitomenetelmien ja potilasryhmien välillä.

Kunnat voivat käyttää tarjonta keinoryhmän keinoja jonkin verran nykyistä enemmän esimerkiksi seuraavasti: kunta voi vaikuttaa jonoihin siten, että se alittaa kiireettömien sairauksien hoitotakuun asettaman raja-arvot, kunta voi vaikuttaa palveluvalikoimiin karsimalla hoitotakuun ulkopuolelle jääviä palveluita sekä laittaa kuntalaisten ja lääkärien hintatietoisuuden lisäämiseksi hintalistoja näkyville ja tiedoksi potilaille. Samoin yksi tapa on laittaa potilaalle lähetettävään laskuun lisätiedoksi todelliset kustannukset.

Kuntien käyttämät keinot käyttövaiheen keinoryhmässä

Käyttövaiheessa keinot menevät osin limittäin tarjonnan ja organisaatioon liittyvien keinojen kanssa. Käyttövaiheessa on mukana lähinnä potilastilanteessa näkyviä ja vaikuttavia keinoja eli mikrotason keinoja, jotka voidaan lukea osaksi operatiivista johtamista. Käyttövaiheen keinoista on noin 130 mainintaa, joista pääosa sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Eniten mainintoja on hoidon porrastuksesta ja osaamisesta. Ne sisältävät eniten toimenpiteitä.

Taulukko 29. *Käyttövaiheen keinoryhmään liittyvät maininnat (noin lukuina)*

| Keino | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja | | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan |
|------------------|-------------------------------------------|----|------------------------------------------|
| | Yleiset kommentit | | |
| Portinvartija | 2 | 3 | 5 |
| Hoitoketju | 13 | 1 | 14 |
| käyttö | 1 | | 1 |
| lähetehallinta | 14 | 6 | 20 |
| menetelmät | | 2 | 2 |
| Omalääkäri | 2 | | 2 |
| Osaaminen | 24 | 8 | 32 |
| hoidon porrastus | 18 | 15 | 33 |
| Teknologiat | 16 | 4 | 20 |
| Total | 90 | 39 | 129 |

Omalääkäri ja hoitaja

Omalääkäritoiminnasta on kaksi mainintaa. Lisäksi kuntien kirjallisissa esittelyissä näkyvät omalääkäri- ja myös omahoitajajärjestelmät. Tässä yhteydessä nostan esille kaksi pientä kuntaa. Lapinjärvellä oli vuonna 2004 tarvevakioidusti HUS:n alueen toiseksi matalimmat asukaskohtaiset kustannukset ja Siuntiossa taas oli korkeimmat kustannukset. Näillä kahdella kunnalla on eroa toiminnallisesti. Siuntiossa on lääkäreissä ja myös organisoinnissa (kuntayhtymästä irrottautuminen) tapahtunut vaihdoksia. Lapinjärvellä on pitkään ollut sama yksityisen puolen lääkäri ja vakiintuneemman oloinen perusterveydenhuollon palvelu (kuntayhtymän lääkäri istuu Lapinjärvellä). Tältä osin Noron ym. (1999) väite, että omalääkäri lisää sairaalan poliklinikkakäyntejä, ei todennäköisesti pidä paikkansa. Lääkärin tuntiensa potilaansa hyvin, tunnetaan todennäköisesti potilaan vaivatkin paremmin ja näin turhia läheteitä voidaan vähentää. Tilapäisenä toimiva lääkärin nähdään lisäävän läheteitä erikoissairaanhoidon, koska hän ei tunne potilaiden taustoja. Seuraavana on kommentteja liittyen potilaan tuntemiseen ja tilapäishenkilöstöön²¹:

”Ja no sitten silloin 2003 kun me siirryttiin tähän omaan toimintaan, niin meillähän oli silloin 2 lääkäriä täällä ja sitten aika nopeasti sen jälkeen toinen lähti Kirkkonummelle vanhan työnantajan palvelukseen ja meillä oli sitten vaan yksi omalääkäri aika pitkä aika oliko jopa yli puoli vuotta. Eli näitä reppulääkäreitä sitten oli, ja kyllähän ei nyt ainakaan alenna kustannuksia reppulääkärit. Eli läheteet tuli ne pisti täältäkin paljon, mutta sitten yksityisten lääkäreiden käyttö lisääntyi.” (*kunnanjohtaja*)

”..jos ei saada sijaisia tai vakanssia täyteen eli joudutaan käyttämään reppufirmoja, päivystäjiä, niin se lisää kyllä läheteitä erikoissairaanhoidon. Eli ne on nuoria kollegoja, tuntevat huonosti potilaat.” (*johtava lääkäri*)

”Että palvelukysyntä ja se semmoinen subjektiivinen palveluntarve, niin se vaatii pitkäaikaisen luottamuksellisen hoitosuhteen, että siihen riittää, että puhelimessa todetaan, että tässä nyt ei tarvitse sitä eikä tätä, tai sitten puhelimessa todetaan, että pitäisiköhän nyt tulla tänne tai tehdäänkö näin ja näin. Eli semmoiset pitkäaikaiset hoitosuhteet musta on kyllä.” (*johtava lääkäri*)

Vastausten mukaan omalääkäri ja -hoitajajärjestelmä²² keinon käytön esteitä ovat kuntien vaikeus saada riittävästi resursseja, jolloin vakansseja ei saada täytettyä tai ei ole riittäviä taloudellisia edellytyksiä, ja henkilöstön pysyvyys,

²¹ vastaukset eivät tulleet omalääkäriin kohdistuvina

²² ei tullut suoraan este mainintaa

jotta potilaiden tunteminen olisi mahdollista. Alla on näkemyksiä omalääkäritoiminnan merkityksestä käyttöön:

”Että yksi semmoinen tekijä tässä mikä niiden läheteiden määrään tietyllä tavalla ehdottomasti rajoittaa, niin on tietysti tämä omalääkäriys, että semmoinen pidempi niin kun potilas-lääkäri –suhde.” (*ylilääkäri*)

”Väestövastuun puolen hyvä puoli tietysti, että potilaat tunnetaan. Ja sitä kautta voidaan ajatella, että pienennetään sitä tarvetta” (*kunnanjohtaja*)

Teknologian hyödyntäminen

Teknologioiden hyödyntämisestä on useampia mainintoja varsinkin suurista kunnista. Maininnoista noin 80 prosenttia sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Yleisellä tasolla on muutama vastaus; teknologia nostaa kustannuksia, helpottaa työtä ja toivotaan valtakunnallisesti yhtenäisiä tietojärjestelmiä. Teknologian käytön esteinä nähdään tietosuojalainsäädäntö ja yhteen sopimattomat atk-järjestelmät. Teknologian hyödyntämisen vaikutuksia ei osata arvioida eikä niitä ole seurattu. Teknologiaan hyödyntämiseen liittyviä toimenpiteitä ovat olleet:

- sähköinen potilaskertomus
- sähköinen konsultointi, jonka avulla vältetään turhat läheteet, esimerkiksi silmäpohjakuvaukset ja ihotaudit. Sähköinen konsultointi liittyy myös lähetehallintaan ja osaamiseen.
- sähköinen lähete- ja palautejärjestelmä
- Navitas-viitetietojärjestelmä, jonka avulla voidaan jakaa tietoja ja siten välttää turhat tutkimukset kuten kaksi kertaa eri paikoissa tehtävät laboratorio- ja röntgentutkimukset. Lisäksi se auttaa potilaan hoitoketjun kokonaisvaltaisessa hallinnassa. Haittana tai hidasteena on se, että potilaalta pitää pyytää lupa, jotta tiedot voidaan jakaa HUS ja kunnan välillä. Esteenä on tietosuojalainsäädäntö.
- perusterveydenhuollon puhelinneuvonta. Yhdellä terveysasemalla on tutkittu, että 20 prosenttia potilaista sai tarvitun avun puhelimesta.
- Yhdessä kunnassa pohditaan mallin ottamista pankkipalveluista aikuisiän diabeteksen hoitoon.

Hoidon porrastus

Hoidon porrastukseen on eniten mainintoja. Maininnat ovat kaiken kokoisista kunnista ja eri asematasoilta. Tehtyjä toimenpiteitä sisältäviä vastauksia on vähän yli puolet maininnoista. Haastatellut kokevat tärkeänä ja pääosin positiivisesti hoidon porrastuksen toimivuuden. Hoidon porrastuksessa tunnistetaan olevan kehitettävää, koska porrastukset eivät kaikin osin toimi riittävän hyvin, esimerkiksi potilasta saatetaan siirtää paikasta toiseen turhaan.

Huonosti toimiva porrastus voi lisätä läheteiden määrä erikoissairaanhoidon, josta yksi toteaa seuraavasti:

” Ultraäänitutkimukseen voi olla kolme kuukautta jono, niin kun meillä perusterveydenhuollossa ultraäänitutkimukseen, niin sehän on ihan niin kun kestämätön tilanne, koska kaikki se, meidän pitäisi saada joku maksa tai sappi tutkittua, ja jos siinä on kolme kuukautta jono, niin silloin se automaattisesti tarkoittaa sitä, että potilaalle pitää antaa kauheasti ohjeita siitä, että akuutisti kun se tilanne nyt pahenee, kun tulee se sappikivikohtaus, niin pitää mennä sitten erikoispoliklinikalle, jossa ne sitten pystyy käynnistämään sen tutkimuksen nopeammin., Tai sitten me joudutaan laittamaan läheteitä sen takia, että pitää panna vaan lähete sen takia, että meillä on kolme kuukautta jono johonkin kuvaukseen.”
(ylilääkäri)

Haastateltavien mukaan hoidon porrastamisessa on kyse siitä, että potilas hoidetaan oikeassa paikassa. Sen toteutumisen tukena ovat hoitoketjut, osaaminen ja resursointi, esimerkiksi osaamiskohdassa tulee esille erikoistason osaamisen vahvistamistarve perusterveydenhuollossa. Osaamisen lisäämisellä voidaan pyrkiä hoitamaan potilas mahdollisimman pitkälle perusterveydenhuollossa. Vastausten mukaan hoidon porrastamiseen vaikuttavat Käypä hoito-suositukset ja hoitotakuu. Hoitotakuu muutti hoidon porrastusta esimerkiksi kaihiin hoidossa.

Hoidon porrastuksen toimenpiteinä mainittiin:

- Gastroskopioiden hoidetaan perusterveydenhuollossa.
- Erikoissairaanhoidon kirurgit pitävät vastaanottoa terveysasemalla. Se on halvempaa kuin lähettää erikoissairaanhoidon poliklinikalle.
- Erikoissairaanhoidosta on ostettu erikoislääkäreitä. Ongelmana on edelleen se, että erikoissairaanhoidon kiinteät kustannukset saattavat tulla kaksi kertaa maksuun.
- Työnjakoa on mietitty yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa.
- Yli 75-vuotiaita on siirretty perusterveydenhuollon geriatrian muistipoliklinikalle.
- Hoitoketjuja kuvaamalla on pyritty kehittämään työnjakoa.
- Vanhuspalveluissa on tehty eri palveluiden keskittämistä yhden organisaation alle.
- Ortopedisien potilaiden osalta on tehty hoito- ja päivystyselvityksiä.
- Depressiopotilaiden hoivaa on siirretty perusterveydenhuoltoon.
- Diabetespotilaiden hoitoa on siirretty perusterveydenhuoltoon.
- Tammiharjasta on kotiutettu potilaita Espooseen.
- Erikoissairaanhoidon on siirtänyt potilaiden seurantoja perusterveydenhuoltoon muun muassa reuma-, syöpä- ja määrättyissä sisätaudeissa sekä sokeritautidissa.
- Psykiatriassa ja sukupuolitaudeissa on tehty uudet porrastukset.
- Lasten astma on siirretty perusterveydenhuoltoon.
- Kunnissa on yritetty parantaa terveysasemien toimintaa.

- Potilasohjauskeskuksesta tehdään selvitystä. Keskuksessa olisi asiantuntemusta sekä hoidoista että tiedot resursseista. Tavoitteena olisi sijoittaa potilas oikeaan tasoiseen hoitopaikkaan.
- Yhteispäivystyksiä (erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto) pohditaan.²³

Haastatellut näkevät, että perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa potilas entistä pidemmälle. Yksi ylilääkäri näkee tässä myös riskin: samalla on huolehdittava, että perusterveydenhuollon perustehtävä (ennaltaehkäisevä työ) ei unohdu. Samoin kun siirretään tehtäviä erikoissairaanhoitosta perusterveydenhuoltoon on hyvä huolehtia siitä, että perusterveydenhuollon resurssit ja osaaminen riittävät. Pahimmillaan tilanne voi johtaa ihmisten väsymiseen. Ylilääkäri tiivistä asian seuraavasti:

”Resursseja ei lisätä, mutta siirretään meille kuitenkin tavallaan hoitoketjun mukana töitä, niin kyllähän se pakosti tulee näkymään.”
(ylilääkäri)

”hyvä perusterveydenhuolto vähentää erikoissairaanhoidon käyttöä.”(ylilääkäri)

Hoitoketjut

Hoitoketjuista on jonkin verran mainintoja. Lähes kaikki niistä sisältävät tehtyjä toimenpiteitä. Maininnat ovat pääosin suurista kunnista ja muutamia keskisuurista kunnista sekä eri asematasoilta.

Alueellisia hoitoketjuja on HUS:n piirissä. Niiden tehtävänä on edistää hoidon sujuvuutta ja tehokkuutta silloin, kun potilaan hoito vaatii toimenpiteitä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Hoitoketjuissa kuvataan terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon työnjakoa potilaan hoitamisen eri vaiheissa ja ne tehdään näiden osapuolien yhteistyönä. Hoitoketjussa ei ole hoito-ohjeita, mutta siinä voidaan viitata valtakunnalliseen hoitosuositukseen. HUS kuntayhtymän alueet ovat määrittäneet jo useita kymmeniä hoitoketjuja muun muassa munuaisten kroonisen vajaatoiminnan hoitoon, diabetekseen, neurologiaan, verenpaineeseen, diabetekseen, geriatriassa muistihäiriöön, aivohalvaukseen ja osteoporoosiin, lasten astmaan, keuhkoahautautauti jne.(HUS 2005.)

Haastateltavien mukaan hoitoketjut ovat ohjeita lääkäreille. Kaikissa vastauksissa eivät näkyneet erikseen omat paikalliset hoitoketjut ja alueelliset hoitoketjut. Eräs ylilääkäri toteaa, että paikalliset hoitoketjut ovat tärkeimpiä ja alueellisia hoitoketjumappeja ei ole tullut edes avanneeksi. Vastaavasti toinen

²³ Toisaalta yhdessä kunnassa nähdään, että perusterveydenhuollossa tulee olla riittävästi päivystystoimintaa.

ylilääkäri toteaa, että suurin osa hoitoketjuista on jäänyt paperitasolle. Hoitoketjuihin suhtautuminen on neutraalia tai positiivista.

Hoitoketjujen määrittelyt ovat lähteneet lääkäreiden omasta kiinnostuksesta ja aloitteesta. Osa ylilääkäreistä kokee kuitenkin, että niiden rakentaminen on liian erikoissairaanhoitopainotteista. Samoin ei ole tiedossa, mitkä hoitoketjut ovat aktiivisesti käytössä tai onko niistä yleensä hyötyä. Erään ylilääkäriin mukaan niiden avulla voidaan välttää turhaa erikoissairaanhoidon konsultaatiota. Toisaalta joissain vastauksissa todetaan, etteivät hoitoketjut toimi. Vastauksissa on vaihtelua sen mukaan, missä hoitoketjut on lanseerattu ja tulleet läpikäytyä. Samoin tietyissä paikoissa on koettu, että hoitoketjuja on tehty yhdessä, jolloin samalla on mietitty hoidon porrastamista. Toisessa yksikössä saatetaan kokea päinvastoin.

Hoitoketjut koetaan hyviksi, mutta niiden käyttöönotto nähdään haasteellisena ja tiedon siirtämiseksi tulee varata oma aikansa perehdytyksissä. Samoin haastatellut näkevät, että niiden on hyvä olla yksinkertaisia. Eräs ylilääkäri toteaa seuraavasti:

”Niiden käytäntöön saaminen on yksi haaste, että vaikka tehdään hyvä malli, niin se, että kun meilläkin on kolmisensataa lääkäreitä X:ssä, että niiden vaihtuvuus on aika suuri. Että millä saadaan niin kun tavallaan tieto näistä kaikille menemään, niin se on toki yksi haaste... Mutta että tällainen hoitoketjumalli, että sen pitää olla sitten riittävän yksinkertainen.” (ylilääkäri)

Lähetekäytäntöihin vaikuttaminen

Lähetekäytännöistä on mainintoja kaiken kokoisista kunnista ja kaikilta asematasoilta. Noin 70 prosenttia maininnoista sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Lähetekäytäntöihin vaikutetaan hyödyntämällä Käypä hoito-suosituksia, kiireettömän hoidon perusteiden ohjeita, hoitoketjukuvaus- ja yhteisiä keskusteluita. Erään ylilääkäriin mukaan lääkärillä pitää olla sen verran ammattitaitoa, että tietää ketä pitää lähettää ja ketä ei. Vastaava vastaus tuli myös toiselta ylilääkäriltä:

”Mutta sehän ei sitten poista sitä, että nehän ei ole aukottomia koskaan ne ohjeet, että viimekädessä se on sitten kuitenkin sen lääkärin arvio ja osaaminen, että onko semmoinen asia että voin hoitaa itse vai ei.” (ylilääkäri)

Alla yhden johtajan vastaus lähetekäytäntöihin vaikuttamisesta:

”No tietysti ei meillä sisällä ole, mutta sitä on aina tarkasteltu silloin kun lähetteet lisääntyvät kovasti Hussiin. Niin voisi sanoa, että melkein joka vuosi se putkahtaa esiin, että lähetetäänkö liian herkästi vai olisiko voinut hoitaa perusterveydenhuollon puolella. Mutta se ei ole silloin, että mitä

hoidetaan ja mitä ei, vaan se on kysymys siitä enemmän, että mitä hoidetaan perusterveydenhuollossa eli meillä ja mitä erikoissairaanhoidossa. Mutta ei se suinkaan tätä... Nythän meillä on valtakunnallinen ohjeisto olemassa tähän kiireettömään hoitoonkin ja kiireellisethän hoidetaan aina.” (*kehittämisjohtaja*)

Lääkärien toimintaan puuttumiseen ei ole olemassa mitään järjestelmällistä käytäntöä, vaan sen käyttäminen näyttää riippuvan henkilöistä. Joissakin paikoissa on puututtu kuitenkin paljon lähettävän lääkärin toimintaan. Puuttuminen lähettävän lääkärin toimintaan on voinut tulla niin erikoissairaanhoidon puolelta kuin omalta ylilääkäriltä. Ylilääkäri on tässä avainasema. Joillakin terveysasemilla on joko säännöllistä tai epäsäännöllistä keskustelua. Esimerkiksi yhteisillä kahvihetkillä tai lounailla pohditaan lähettämiskriteereitä. Samoin nähdään, että yksityislääkärin läheteisiin tulee voida puuttua erikoissairaanhoidossa. Terveysasemalla ei voida sitä tehdä. Alla on yhden johtajan näkemys läheteikäytännöistä:

”Läheteikäytäntöihin jatkuvaa palautetta esimerkiksi sisätaudeissa napakkaa ohjeistusta läheteikäytäntöjen osalta. Lähettävälle lääkärille tulee viestejä suoraan tee silleen ja tälleen ja ei tarvitse tulla erikoissairaanhoitoon.” (terveysjohtaja)

Gatekeeper eli portinvartijuus ja läheteihallinta

Viisi haastateltua eri organisaatiotasoilta nostaa esille portinvartijajärjestelmän. Kaksi heistä näki, että nyt on jo käytössä portinvartijuus²⁴, koska erikoislääkärille pääsy vaatii läheteen; julkisen terveydenhuollon läheteiden portinvartijana toimii perusterveydenhuollon lääkäri. Yhden ylilääkärin mukaan lääkärin kokemus vaikuttaa gatekeeper-rooliin; mitä kokeneempi on, sitä paremmin portinvartijatehtävän voi hoitaa. Lieve ilmiötä esiintyy; jos perusterveydenhuollossa on tiukat läheteikäytännöt, siirtyy maksukykyinen asiakas yksityisen sektorin lääkärin puoleen saadakseen läheteen erikoissairaanhoitoon. Haastateltavien mukaan portinvartijuus tai yleensä läheteiden hallinta ei ole mahdollista työterveyshuollon, yksityisen tai muissa läheteissä. Tällöin läheteet ohittavat terveyskeskuksen. Tilanne on erikoinen, koska palveluiden maksaja kunta ei pääse vaikuttamaan näihin läheteisiin. Samoin kunta ei pääse vaikuttamaan HUS:n sisäisiin läheteisiin.

Ratkaisuja on mietitty. Yhdessä kunnassa on ollut ajatuksia laittaa oma päivystyspiste HUS:n kylkeen portinvartijaksi. Esteenä sen toteuttamiseksi ovat lääkärinkunnan hierarkiat. Eräessä kunnassa on pohdittu, voisiko seniorilääkäri tarkistaa kalliiksi luokiteltavat läheteet.

²⁴ yhdessä paikassa oli ollut aiemmin portinvartijajärjestelmän kaltainen toiminto, joka ei ollut toiminut

Lääkärin ja hoitajan osaaminen

Osaaminen ja lähetteet sekä hoidon porrastus liittyvät toisiinsa. Osaamisesta on yli 30 mainintaa, joista noin 75 prosenttia sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Lääkärin ja hoitajien osaaminen nousee voimakkaasti esille riippumatta kunnan koosta tai vastaajasta. Perusterveydenhuollon osaaminen nähdään olevan avainasemassa erikoissairaanhoidon ja terveydenhuollon kustannushallinnassa. Yleisesti arvellaan, että eurolääkärit, reppulääkärit ja kokemattomat lääkärit lähettävät enemmän lähetteitä. Eräs haastateltu näkee, että lääkärien välillä on valtavat erot siinä, miten lähetteitä tehdään. Kokemattomuus voi näkyä perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidon sisällä, jolloin potilasta voidaan siirrellä edes takaisin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Osaaminen voi vaihdella terveysasemittain. Alla on kahden eri terveysjohtajan pohdintoja osaamisen merkityksestä:

”Niin, ja sitten siihen taas vaikuttaa se, että jos on suuri vaihtuvuus tai niin kun meilläkin nyt lääkäripulatilanteessa, monissa kunnissa on se ongelma, että on liian vähän kokeneita lääkäreitä ja jatkuvuutta, että jos tulee joku keikka vaan, niin siinä on helppo joskus voi olla ratkaista asiat helpolla tavalla.” (*terveysjohtaja*)

” lääkärien osaaminen on avaintekijä, että se vaikuttaa hyvin vahvasti siihen, että lähetetäänkö erikoissairaanhoidon tai ei, että miten pitkälle pystyy itse hoitamaan.” (*johtaja*)

Osaamisen varmistamiseksi mainitaan useampia käytettyjä toimenpiteitä. Erityisesti tutkimuksen kahdessa suuressa kunnassa nousevat esille tutorjärjestelmät ja/tai vanhemman lääkärin konsultointi. Toiseksi eniten mainintoja saa koulutus. Koulutusta tarjotaan paljon muun muassa yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa (Helsingin terveyskeskuspäivät, alueelliset koulutuspäivät), joillakin on oma kouluttaja, koulutusohjelmilla, ulkopuolelta ostetuilla ja sisäisillä koulutuksilla. Parissa paikassa pidetään koulutuksia jopa viikoittain. Osaamista on laajennettu perusterveydenhuollossa erityissairaanhoidon puolelle kuten rekrytoimalla omia erikoislääkäreitä (korvalääkäri, keuhkolääkäri, gynekologi tai erikoissairaanhoidosta pyydetään erikoislääkäri terveysasemalle). Muutamissa vastauksissa nähdään tärkeänä se, että tietoja ja ongelmia jaetaan ”kahvipöydässä”, uusien lääkäreiden työnohjaus ja yleisesti työnohjauskysymykset. Yhdessä kunnassa valmistellaan osaamiskarttaa lääkäreille. Samoin on pidetty kehityskeskusteluita, mutta erikoissairaanhoidon ei ole niissä erityisemmin esillä. Lääkärien osaamisen varmistamisen esteeksi nähdään lääkäripula, työntekijöiden markkinat, professioiden hierarkkisuus ja johtamisen puutteet sekä työn epätasainen kuormittavuus.

Hoitomenetelmät ja yksilötasoinen käsittely

Hoitomenetelmistä on muutamia vastauksia yleisellä tasolla ja yksilötasoinen käsittely yhdeltä haastateltavalta. Haastatellut toivovat lisää vaikuttavuustutkimuksia. Yksi ylilääkäri toteaaakin, että potilaita voisi hoitaa kevyemmin sekä yksi terveystohtori ja ylilääkäri totesivat, että perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on paljon tuottamatonta käyttöä, jolle ei ole kustannusvaikuttavuutta.

Tiivistelmä

Kunnissa käyttövaiheen käytetyt keinot liittyvät pääosin osaamiseen, hoidon porrastukseen ja teknologioiden hyödyntämiseen. Keinot liittyvät osin toisiinsa, esimerkiksi osaamisen merkitys läheteiden määrän hallitsemiseksi on oleellinen. Perusterveydenhuollon osaaminen nähdään olevan avainasemassa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa; kokemattomat ja tilapäiset lääkärit lähettävät muita enemmän. Osaamisen vahvistamisen toimenpiteinä käytetään perehdyttämistä, koulutusta, mentor- ja konsultointia. Osaamisen vahvistamiseen liittyy useampia esteitä. Hoidon porrastuksia on tehty ja niissä on edelleen kehitettävää. Hoitotakuu on vaikuttanut tiettyjen sairauksien porrastukseen. Hoidon porrastuksissa nousi esille, että kun töitä siirretään, on tarpeen samalla siirtää resurssit ja huolehtia osaamisen riittävydestä. Teknologioiden hyödyntäminen on vielä alkutaipaleella. Hyödyntämistä tehdään muun muassa sähköisillä lähete- ja palautejärjestelmillä sekä viitetietokannoilla. Esteenä ovat atk-järjestelmien yhteensopimattomuudet.

Lähetekäytäntöihin vaikuttamisesta ja hoitoketjuista on neljänneksi ja viidenneksi eniten toimenpiteitä sisältäviä mainintoja. Lähetekäytäntöihin vaikuttamista ei kovin laajasti ole. Ylilääkäri ovat tässä avainasemassa. Kunnat eivät koe voivansa vaikuttaa yksityisen puolen läheteisiin. Hoitoketjuja on kuvattu, mutta niiden käyttäminen lääkärin työssä ei ole välttämättä yleistä eikä niiden hyödyistä ole tietoa.

Omalääkärijärjestelmä lisää lääkärinpotilastuntemusta. Haastateltavilla on huoli riittämättömistä resursseista ja henkilöstön vaihtuvuudesta.

Johtopäätökset

Lääkärin osaaminen ja pysyvyys ovat avaintekijöitä kustannushallinnassa, esimerkiksi potilastuntemus tulee pitkien työsuhteiden myötä, jonka vuoksi on tarpeen pystyä sitouttamaan lääkärit työhönsä. Kuntien on hyvä selvittää syyt, miksi osaaminen ei riitä ja miksi osaavia lääkäreitä ei saada rekrytoitua ja pidettyä, ja tehdä toimenpiteitä syiden poistamiseksi. Yksi todennäköinen syy lienee johtamisessa. Lääkärin vaihtuessa on huolehdittava siitä, että aikaa on riittävästi siirtää potilastieto jatkajille. Tarpeellinen toimenpide on vähentää

tilapäishenkilöstön käyttöä, jonka vuoksi kunnissa on hyvä pyrkiä pitämään nykyinen osaava henkilöstö ja täyttämään vapaana olevat vakanssit luomalla työyhteisö houkuttelevaksi.

Hoidon porrastuksia tarvitaan jatkossa, mutta samalla on hyvä huolehtia resurssien ja osaamisen riittävydestä. Samoin on perusteltua luoda mekanismi yksityisen puolen lähetille, esimerkiksi portinvartijajärjestelmällä, jotta yksityisen puolen läheteet saadaan samalle viivalle julkisen puolen läheteiden kanssa. _Taho, joka voi tehdä tämän, on HUS:n läheteen vastaanottavat lääkärit. He voivat tehdä läheteiden palautuksia yksityiselle sektorille samoin perustein kuin niitä tehdään kuntiin. Kunta voi edellyttää palvelujen maksajana sitä, että läheteiden kanssa noudatetaan kaikkien lähettävien tahojen kanssa samoja periaatteita. Vaikeutena on todennäköisesti se, että samat lääkärit istuvat usein kahdessa toimessa sekä julkisella että yksityisellä puolella. Hoitoketjukurvauksissa on syytä keskittyä tärkeimpiin tauteihin ja huolehtia kuvausten käyttöönottamisesta sekä tehdä ne yksinkertaisina.

Ryhmän keinot ovat pääosin kuntien käytettävissä ilman rajoituksia, vaikkakin vastaajat tunnistivat joitakin esteitä. Esteet ovat kuitenkin sellaisia, että ne ovat kuntien voitettavissa.

Kuntien käyttämät keinot organisaation kehittämisen keinoryhmässä

Organisaation kehittämisen osa-alueilla on runsaasti mainintoja. Eniten mainintoja on organisaation rakenteiden kehittämisestä, josta on eniten tehtyjä toimenpiteitä sisältäneitä mainintoja. Haastateltavat ovat eri kokoisista kunnista. Vastaukset ovat pääosin organisaatioiden ylemmstä ohdosta. Tämä keinoryhmä liittyy tiiviisti, ja on osin päällekkäin, edellä käsittelyn käyttö keinoryhmä kanssa. Tuotantovalinnat keino liittyy ostamisen keinoryhmään.

Taulukko 30. *Organisaation kehittäminen maininnat (noin lukuina)*

| Keino | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja | Yleiset kommentit | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan |
|-----------------|-------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| henkilöstö | 3 | 2 | 5 |
| johtaminen | 11 | 3 | 14 |
| kannustinjärj. | 9 | 4 | 13 |
| kust.tietoisuus | 2 | 3 | 5 |
| org. rakenne | 20 | 12 | 32 |
| seuranta | 15 | 4 | 19 |
| sis.yrittäjyys. | 5 | | 5 |
| tuot. valinnat | 1 | | 1 |
| yhteistyö | 5 | 2 | 7 |
| Total | 71 | 30 | 101 |

Organisaation kehittäminen rakenteiden kautta

Organisaation kehittäminen rakenteita kehittämällä näkyy eri paikkakunnilla eri tavoin. Keinoon liittyviä mainintoja on kaikilta eri asematasoilta. Pääosa vastauksista sisältää toimenpiteitä. Organisaatioiden rakenteiden kehittämisen taustalla ei ole ollut suoranaisesti erikoissairaanhoidon kustannushallinta. Organisaation rakenteiden kehittämisen näkökulmia käsiteltiin jo osin hoidon porrastuksessa. Organisaatioita on uudistettu muun muassa seuraavasti

- Helsingissä terveystyöryhmä on muutettu terveyskeskukseksi. Aiemmin johdettiin alueita. Toimintayhtenäisyys on lisääntynyt.
- Hyvinkäällä on muutettu lääkärin ja hoitajien työnjakoa, kuten sairaanhoitaja tekee virtsainfektioiden rutiinihoidot, päivystystoimintaan on lisätty henkilöstöä ja perusterveydenhuollon päivystykseen on rakennettu kolme jonoa avun tarpeen mukaan.
- Espoossa on lisätty geriatrian osaamista ja tehty geriatrinen osaamiskeskus Puolarmetsään. Terveystyöryhmään on tullut hallintoylilääkärin tilalle terveystyöryhmän johtaja vastaamaan koko Espoosta. Ennen olivat suuralueet.
- Loviisan seudulla potilas sai aiemmin valita hoitopaikan. Tällä hetkellä 99 prosenttia ohjataan HUS:iin.
- HUS:ssa on tehty liikelaitoksia.
- Helsingissä on jatkuvan parantamisen sykli-ajattelu.
- Siuntiossa on erottu perusterveydenhuollon kuntayhtymästä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita järjestetään uudelleen.
- Laboratorio- ja röntgen palveluita on siirretty HUS:iin tai ollaan siirtämässä.

Haastateltavien mukaan jatkossa voisi olla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteinen toimija, jonka avulla vältettäisiin potilaan siirtäminen paikasta toiseen. Sitä tapahtuu tällä hetkellä liikaa. Asiasta on käynnissä selvityksiä Hyvinkään alueella, Porvoossa ja Länsi-Uudellamaalla. Ajatuksena on, että perustason erikoissairaanhoidon olisi omilla alueilla ja erityistaso ostettaisiin HYKS-alueelta. Suurissa kaupungeissa asia ei nouse esille. Lisäksi lääkärin ja hoitajien työnjaossa nähdään kehittämismahdollisuuksia.

Yleisesti haastateltavilla on halua kehittää toimintaa; asema tai kunta ei vaikuta tähän. Eräs haastatelluista tiivistä ” tehdään varmaan paljon turhaakin”. Organisaatioiden uudistamisen esteinä ovat osaamattomuuden paljastuminen sekä luopumisen ja menettämisen pelko sekä kiire.

Palvelutuotantovalinnat

Palvelutuotantovalinnat ja /tai yhtiömuodot (edustussopimukset, yksityistämiset, yhtiöittämiset, liikelaitostamiset, yhteisyritykset, osuustoiminta) eivät nouse vastauksissa esille.(HUS:n sisällä on tehty liikelaitoksia). Tuotantovalinnat

näkyvät osin edellä läpikäytyssä hoidon porrastuksessa ja ostajaohjauksen puolella.

Sisäinen yrittäjyys

Sisäinen yrittäjyys ei ole yleisesti käytössä oleva keino. Mainintoja on viideltä ylemmältä johdosta olevalta haastateltavalta kolmesta eri kunnasta. Osia sisäisestä yrittäjyydestä on käytössä. Yhdessä kunnassa on kysytty lähtekö oma lääkäri tarjoamaan perusterveydenhuollon päivystyspalveluita, mutta hän ei halunnut. Samoin Jorvin lääkäreitä on jalkautettu tuntikorvausta vastaan terveysasemille. Erään haastatellun mukaan sisäinen yrittäjyys on asennekysymys. Helsingissä yrittäjyys on arvoissa mukana.

Johtaminen

Johtamisen kehittäminen nousee esille haastatelluilla, jotka ovat eri asematasoilta ja keskisuurista ja suurista kunnista. Johtamisen kehittäminen ei suoranaisesti ole liittynyt erikoissairaanhoidon kustannushallintaan. Johtamista on kehitetty luomalla johtamisvalmiuksia kouluttamalla (ammattitutkinnot JET) ja hakemalla yhteistä johtamiskulttuuria. Johtamisessa nousee esille esimiestyön puute; kukaan ei seuraa lähetteitä ja puutu niihin suurten kaupunkien terveysasemilla. Edellä oleva asia nousi jo käyttö keinoryhmässä esille. Johtaminen on hajallaan johtuen hoitajien ja lääkäreiden omista linjaorganisaatioista. Johtajien rekrytointikriteereistä ja seulonnoista ei ole mainintoja.

Kannustinjärjestelmät

Palkitsemisjärjestelmiä on käytössä, mutta ne liittyvät perusterveydenhuoltoon kuten esimerkiksi palkitaan potilastiedon tarkemmasta tuottamisesta sekä palkkiot toimenpiteiden määrän mukaan eli mitä enemmän suoritteita tekee sitä enemmän saa palkkaa. Eräässä kunnassa on tulospalkkausjärjestelmä, jossa palkitaan laadusta. Haastatellun mukaan sillä on vaikutusta myös erikoissairaanhoidon puolelle. Palkitsemisjärjestelmien rakentamisen esteenä on erään haastateltavan mukaan ammattiyhdistys ja toisen haastateltavan mielestä poliittinen päätöksenteko.

Suunnittelu ja seuranta sekä vastuu

Vastauksissa ei näy päätöksenteko, suunnittelu ja hallintaprosessien kokonaisuus loogisine jatkumoketjuineen. Terveysasematasolla ei ole erikoissairaanhoidon seurantaa; ei kustannusten, eikä palveluiden käytön määrän suhteen. Lisäksi terveysasemilta puuttuu tietämys oman vastuualueensa erikoissairaanhoidon

kustannuksista ja käyttömääristä. Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat tiedossa ylimmässä johdossa. Lisäksi haastatteluiden vastauksista jää hieman epäselväksi, kuka tosiasiallisesti kunnissa vastaa erikoissairaanhoidon kustannuksista. Lautakunnissa ei koeta erään haasteltavan mukaan olevan vastuuta erikoissairaanhoidon kustannuksista. Lautakunnissa kuitenkin seurataan kustannuksia. Seurannassa koetaan olevan kehitettävää. Lähetteitä saatetaan jonkin verran seurata (satunnaista), mutta sisältöihin ei välttämättä aina puututa. Osin näkemykset vaihtelevat kuntien sisällä. Ylimmän johdon mukaan erikoissairaanhoidon voi seurata omalla alueellaan. Toisaalta ylilääkäreiden mukaan ei voi tehdä seurantaa. Seuranta koetaan tärkeänä. Terveysasematasolla ylilääkärit ovat halukkaita kantamaan vastuuta erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnasta sekä seuraamaan niitä ja vertailemaan omaa toimintaa muihin vastaaviin. Olemassa olevien seurantajärjestelmien hyödyntäminen on vielä puolivälissä ja jossakin kunnissa on saatettu ottaa takapakkia. Edellä olevat ovat pääosin suurempien kuntien ongelmia. Seurantaa liittyviä toimenpiteitä ovat

- Lähetteitä lasketaan, mutta sisältöön ei puututa.
- Laboratoriokuluja seurataan kuukausittain lääkäreittäin, mutta niitä analysoidaan vähän.
- Ecomedilla voidaan koodeilla selvittää, mitä kullekin potilaalle on tehty kolmen kuukauden välein.
- Seurannassa numerot ovat kunnossa, mutta HUS ei näe vaivaa ennustamisessa.
- Effica-järjestelmä on otettu käyttöön.
- Käytössä on hoito-DW eli hoitotietojen tietovarasto.
- Gentiasta saadaan tietoja ja taloustilanteesta raportoidaan 3 kertaa vuodessa hallitukselle ja valtuustolle.
- Perusterveydenhuollossa on käytössä toiminnasta kertovia mittareita.
- Lautakunnassa seurataan kustannuksia.

Esteitä seurannan tekemiseen ovat: tietojärjestelmien käyttöön ei voi pakottaa ammattilaisia ”asenteet”, raporttien analysointi ja ajaminen vaatii erillisen ajan sekä johtamisjärjestelmän ”jos johtaja ei seuraa, niin ei alainenkaan” sekä tietojärjestelmien sekavuus.

Verkottuminen ja yhteistyö

Yhteistyötä ja verkottumista näkyy eri tasoilla ja eri tavoin. Esille nousevat HUS:n lääkärin jalkautuminen terveysasemalle, Kuuma-yhteistyö kuntien välillä, neuvottelukunnat säännöllisine tapaamisineen (Jorvi-Espoo, Porvoo), terveysaseman ja HUS:n lääkärin välinen yhteistyö sekä kuntien ja HUS:n välinen yhteistyö luomalla yhteisiä hoitoketjuja ja yhteiset hankkeet.

Resursointi

Resursointi perusterveydenhuollossa nähdään tärkeänä. Joidenkin kuntien vastauksissa on huolestuttavaa viestiä lääkäriresurssien riittämättömyydestä perusterveydenhuollosta. Haastateltujen mukaan riittämättömyydestä kertoo muun muassa se, että potilas saattaa maata väärässä paikassa. Toiminnassa on tärkeää, että lääkärit toimivat pitkään eivätkä vaihdu ja näin voidaan vähentää kuormitusta siten, että tutulle potilaalle voidaan antaa esimerkiksi puhelimesta hoito-ohjeet. Alla on yhden ylilääkärin konkreettinen esimerkki:

”...resurssipula on ihan jatkuva. Ja toinen resurssipula tavallaan on geriatrisen erikoissairaanhoidon ja meidän välillä, että meidän kotihoito pitää siellä potilaita, jotka tavallaan tarvitsisi geriatrista sairaanhoitopaikkaa. Mutta sitten kun niistä on pula, niin sitten sen mä tiedä, että ne sitten yrittää kaikkia keinoja kotisairaala ja muuta, että siinä on resurssipula.” (ylilääkäri)

”Lääkäripulahan meillä on ja sitten kaikki lääkärit vaihtuu aina niin usein, ei silloin ajatella, että se on ihan sama mitä sä teet.” (ylilääkäri)

Perusterveydenhuollossa kaivataan resurssien ja osaamisen riittävyyttä. Lääkäreistä on pula, jonka vuoksi joudutaan pysymään vain ”pinnalla”. Lisäksi perusterveydenhuollon työtaakka on kasvanut erikoissairaanhoidon kanssa tehtyjen tehtävien siirron yhteydessä (hoidon porrastus), jolloin ei ole samalla siirretty resursseja eikä varmistettu osaamista.

Kunnissa näkyy henkilöstön vaihtuvuus. Samoin on kasvanut ”reppulääkärien” käyttäminen.

Kustannustietoisuus

Muutamien haastateltavien mukaan kustannustietoisuutta ei ole terveydenhuollon henkilöstöllä eikä kuntalaisilla. Kustannustietoisuuden lisääminen nähdään tärkeänä. Toisaalta muutama haastateltu näkee siinä eettisiä ongelmia. Kustannustietoisuus on voimakkaimmin esillä Lapinjärvellä. He ovat yrittäneet vaikuttaa kustannustietoisuuteen. Eräs haastatelluista näkee, että lääkäreiden on hyvä nähdä kuinka paljon toimenpiteet maksavat, ja kuinka paljon hänen lähetteensä ovat tulleet maksamaan. Alla on erään ylilääkärin tiivistys asiasta:

”Jos puhutaan jostain säderasituksesta, että kuinka paljon säteitä tulee jää kehoon, niin kyllähän siinä voisi sitten sanoa, että kuinka paljon tulee tavallaan rasitusta jollekin yhteiskunnalle sitä säderasitusta. Eurorasitusta.” (ylilääkäri)

Tiivistelmä

Tutkimuskunnissa on tehty runsaasti organisaatioiden kehittämistä. Eniten toimenpiteitä on tehty rakenteiden, seurannan ja johtamisen kehittämisessä. Kehitettävää nähdään vielä olevan, kuten eräs haastateltu tiivistää ”tehdään varmaan paljon turhaakin”. Esimiestyön puute nousee esille vaikkakin johtamista on kehitetty erityisesti kouluttamalla. Vastuu erikoissairaanhoidon kustannuksista on epäselvä. Vastuun kantamiseen löytyy halua terveysasemien ylilääkäreiltä. Terveysasemien lääkäriresurssit nähdään riittämättöminä. Terveysasemilla on vaihtuvuutta lääkäreissä. Kunnissa on kehitetty seurantajärjestelmiä, mutta terveysasematasolla koetaan, että seurantajärjestelmät eivät ole riittäviä. Terveysasematasolla ei ole erikoissairaanhoidosta seurantaa, ei kustannusten, eikä palvelun käytön määrästä. Kustannustietoisuuden lisäämiselle on tarvetta kaikilla eri toimijoilla.

Johtopäätökset

Erikoissairaanhoidon kustannusten kasvun syinä saattavat olla lääkäripula, osaamisen riittämättömyys, tehtävien siirto ilman resurssien kasvattamista, reppulääkärit ja vaihtuvuus sekä tietämättömyys kustannuksista ja käytön määrästä terveysasematasolla ja vastuunkantajien epäselvyys. Voidaan sanoa, että kunnilla ja sairaanhoitopiireillä on useita mahdollisuuksia tehdä organisaatioiden kehittämistä:

- Johtaminen yhden linjajohdon kautta, jolloin hoitaja-lääkärijohtoiset organisoinnit nivottaisiin yhdeksi kokonaisuudeksi.
- Erikoissairaanhoidon kustannuksille on syytä saada joku kantamaan selkeästi vastuuta ja osavastuuta on hyvä vyöryttää vähintään terveysasematasolle asti. Samoin terveydenhuollon alueesta vastaavalla lautakunta voi vastata myös erikoissairaanhoidon kustannuksista tilaajavastuun ja kokonaishallintavastuun myötä.
- Seurantajärjestelmien kehittäminen on perusteltua yhdistää johtamiseen ja purkaa sitä ylhäältä alaspäin siten, että organisaation loppupäässäkin lääkäri näkisi kuinka paljon on käyttöä ja kuinka paljon kustannuksia on syntynyt omalla väestövastuualueellaan.
- Kuntalaisten ja työntekijöiden kustannustietoisuutta on tarvetta lisätä.
- Esimiestyötä ja siihen liittyviä toimenkuvia on hyvä kehittää sisältäen ajankäytön.
- Terveyspiirit ovat pohtimisen arvoisia vaihtoehtoja, kunhan huolehditaan Lapinjärven mallin mukaisesti siitä, että väestövastuulääkärijärjestelmä toimii siten, että ”lääkäri tuntee potilaansa”. Sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen raja on veteen piirretty, jonka vuoksi on tarvetta vähintään lisätä matriisiohjausta eri toimijoiden välillä.
- Kunnissa on hyvä puuttua henkilöstön vaihtuvuuden ja lääkäripulan syiden poistamiseen sekä huolehtia tehtävien siirryttyä osaamisesta ja

riittävästä resursoinnista. Näin varmistetaan lääkärien työssä jaksaminen ja estää uupuminen.

- Palkitsemisjärjestelmät antavat joitakin mahdollisuuksia.

Kuntien käyttämät keinot ostaminen keinoryhmässä

Ostamisesta ja siihen liittyvistä keinoista on mainintoja lähes 80 kpl, joista puolet sisältää tehtyjä toimenpiteitä. Vastauksissa näkee kaupungista riippumatta esille ostajana voimattomuutta HUS:iin nähden. Haastateltavat ovat pääosin terveysaseman yläpuolella olevia virkamiehiä. Ylilääkäritasolla ei koeta voivan vaikuttaa ostamisen keinojen käyttämiseen.

Taulukko 31. Ostaminen keinoryhmät maininnat (noin lukuina)

| Keino | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja | Yleiset kommentit | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan |
|--------------------|-------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| budj. rajoitteet | 9 | 2 | 11 |
| hintaa | 3 | 5 | 8 |
| kaikki | | 1 | 1 |
| ulk, kilp, mark | 15 | 18 | 33 |
| lasku | | 2 | 2 |
| ostorengas | 0 | 3 | 3 |
| sopimusohjaus | 7 | 3 | 10 |
| tilaaja-tuottajam. | 3 | 5 | 8 |
| Grand Total | 38 | 38 | 76 |

Hintoihin vaikuttaminen

Kunnat eivät koe pystyvänsä vaikuttamaan HUS:n hintoihin. Ne kokevat voimattomuutta HUS:n hintoja kohtaan; kunnat kokevat, että HUS sanelee hinnat. Kunnilla on haluja vaikuttaa hintoihin. Hintojen ei nähdä olevan kunnossa. Niiden ei nähdä pohjautuvan todellisiin kustannuksiin. Samoin DRG-hinnoitteluun ei luoteta täysin. Alla olevat vastaukset kuvastavat tunnelmia kuntakentältä

”Ei ole mitään mahdollisuutta vaikuttaa. Ja Hushan tekee jopa näin, että ne kesken vuotta toteaa, että nyt heillä kustannuslaskenta osoittaa, että täytyy korottaa näitä ja näitä hintoja taannehtivasti vuoden alusta. Että semmoisia...” (terveysjohtaja)

”Ja sitten hinnoista neuvottelemisen on toistaiseksi kehittymätön nämä hinnoittelujärjestelmät erikoissairaanhoidossakin, että se hinnan

muodostus ei perustu niihin oikeisiin kustannuksiin ja muuta, että loppupeleissä ne laskuttaa kaikki menonsa kunnilta tavalla tai toisella.”
(*terveysjohtaja*)

Yksi keino kahden haastatellun mukaan on lääkärin ostaminen HUS:sta omalle terveysasemalle, siten kunta saa palvelun HUS:n normaalihintoja halvemmalla. Suurin huoli haastatelluilla on se, että maksaako kunta kuitenkin kaikki kiinteät kustannukset muodossa tai toisessa.

Ostaminen, kilpailuttaminen ja markkinoiden luonti

Kilpailuttaminen on normaali markkinatalouden keino vaikuttaa hintoihin. Keinoryhmässä on yli 30 mainintaa, joissa hieman alle puolessa on mainittu tehtyjä toimenpiteitä. Kunnissa keinon käyttö ei ole ollut kuitenkaan laajaa. Kilpailuttaminen jakaa mielipiteet. Osa haastateltavista näkee ulkoa ostamisen ja kilpailuttamisen positiivisesti ja osa taas negatiivisesti. Hoitotakuu on vähentänyt kuntien kilpailuttamista, koska hoitotakuu on antanut järjestämisvastuun sairaanhoitopiirille. Kilpailuttamista on edelleen kunnissa. Kokemukset ovat yleisesti ottaen olleet hyviä. Pieni kunta kokee itsensä pieneksi kilpailuttamistilanteessa eli heikoksi ostajaksi. Alla on kokemuksia kilpailuttamisesta ja muistakin toimintamalleista

”Ja sitten X:n sairaalan kirurgit käy pitämässä täällä meillä vastaanottoa. Näiden konsultaatioiden hintahan on murto-osa siitä, mitä se maksaisi Hus-piirissä käytyä. Sanotaan, että ihotaudit, ihotautikäynti esimerkiksi tuossa X:n Hyvivalossa niin maksaa meille kun otetaan, että se potilas joutuu itse maksamaan 22 euroa, niin me maksetaan 20 euroa. Jos se kävisi Hyksin iho- ja allergiasairaalassa niin se olisi 250 euroa.”
(*terveysjohtaja*)

Ostaminen ja kilpailuttaminen näkyvät muun muassa seuraavina mainintoina:

- Erikoissairaanhoidon palveluita ostetaan yksityiseltä esimerkiksi sisätaudit, ihotaudit, lastentaudit, neurologia, ENMG-tutkimukset jne.
- Sairaalan kirurgeilta ostetaan vastaanottopalveluita.
- On ostettu paksusuolen täyhystyksiä ja ennen hoitotakuuta ostettiin ihotauti- ja keuhkolääkäri, neurologin, ortopedin ja muutamien muiden erikoislääkärien palveluita.
- On ostettu yksityissektorilta ja kilpailutettu.
- Kilpailutetaan mammografiatutkimuksia.

Yhden haastatellun mukaan kilpailun pitää olla aitoa ja palveluseleitä voisi käyttää joustovarana. Kilpailuttamisen suurimpana esteenä nähdään se, että HUS ei sopeuta toimintaansa eli kustannukset tulevat kunnille kaksinkertaisina. Esteenä ovat myös poliittiset päätöksentekijät ja osaamisen puutteet.

”Ja vähäisessä määrin me ostetaan jotain muualta, että nytkin, mutta se on kuriositeetti enemmän. Ja sitten siinä on se ongelma, että kun me ollaan kun Hus voi kuitenkin lakisääteisesti laskuttaa meitä, niin jos me ostetaan paljon muualta, niin sitten ne Hussin kiinteät kustannukset tulee kuitenkin laskutetaan meiltä, että siinä helposti käy niin, että me maksetaan molempia, eli ei ole semmoista aitoa tilannetta, että se pitäisi ensin saada sovittua Hussin kanssa, että ne vähentää kiinteitä kustannuksia sen verran, kun me sanotaan, että me halutaankin ostaa muualta. Se ei näytä olevan kovin helppo nakki.” *(terveysjohtaja)*

Markkinoiden luontia ei kunnissa ole tehty. Toisaalta haastatelluista kaikki eivät välttämättä halua luoda markkinoita, koska erikoissairaanhoidon tulee olla julkisen sektorin tehtävä. Erään haastatellun mukaan meillä ei ole mitään yksityissektoria; ongelma on se, että samat lääkärit ovat kummallakin puolella. Yksi haastatelluista näki, että terveydenhuollon kokonaisuus on sekava vyyhti, jota ei kukaan hallitse.

Tilaaja-tuottajamallin käyttäminen

Tilaaja-tuottajamallista on alle kymmenen mainintaa. Sitä on kokeiltu 1990-luvulla Helsingissä. Se epäonnistui, koska se oli liian yksityiskohtainen. Tilaaja-tuottajamallit ovat kunnissa keskustelun kohteena. Osa on mallin puolesta ja osa vastaan. Osa sanoo, että se sopii pienelle kunnalla ja toinen sanoo, että se ei sovi.

Sopimusohjaus

Sopimuksia tehdään, mutta sopimusohjausta nimenomaisessa merkityksessä ei ole. Sopimuksissa sovitaan määrästä, mutta ei hinnoista. Vastauksissa nousee esille turhaumaa; sopimuksia tehdään, mutta ne eivät ole pitäneet, koska niihin ei ole aidosti sitouduttu. Vastauksissa tulee lähes yhteneväisesti esiin; erikoissairaanhoido tuottaa kunnat maksavat. Kunnissa ei koeta olevan ostajan asemassa HUS:iin nähden.

Tilaajarengas

Tilaajarengas nousee esille muutamassa vastauksessa. Kaksi haastatelluista näki, että olisi hyvä luoda vahva ostajaorganisaatio HUS:iin nähden. Se saattaisi tuoda neuvotteluvoimaa kunnille.

Alibudjetointi

Neljä kuudesta kunnasta on käyttänyt alibudjetointia keinona hallita kustannuksiaan. Se liittyy ostamistilanteeseen. Erään johtajan mukaan alibudjetointi on tehokas väline, koska joka kerta budjettiylitysten yhteydessä syntyy kriittinen keskustelu. Samoin hän näkee, että alibudjetointi on tuottajalle viesti vetää kapasiteettia alaspäin.

”viimekädessä lainausmerkeissä alibudjetoidaan, vedetään kapasiteettia alaspäin, se on ainoa keino saada, millään muulla tavalla se ei tapahdu.”
(*rahoitusjohtaja*)

Laskutus

Yhtenä keinona nousee kahdella saman kunnan haastateltavalla laskutus ja kapitaatiopohjaiseen laskutukseen siirtyminen.

Tiivistelmä

Ostamisen keinot ovat hyvin kapeasti käytössä tutkimuskunnissa. Käytetyin keino on ulkoa ostaminen. Pääosa maininnoista oli tästä keinosta. Hoitotakuu on kaventanut keinon käyttöä, koska järjestämisvastuu on annettu hoitotakuussa sairaanhoitopiirille. Ulkoa ostettaessa tai HUS:n lääkäripalveluita ostettaessa nähdään riskinä ja esteenä se, että HUS ei sopeuta toimintaansa eli kustannukset tulevat kunnille kaksinkertaisesti. Pienet kunnat kokevat itsensä ostajina voimattomina. Budjettirajoitteen käyttö on nähty hyvänä ja sitä käytetään neljässä tutkimuskunnassa.

Tutkimuskunnissa koetaan ongelmaksi se, että HUS on monopoli ja lain mukaan sillä on aina mahdollisuus laskuttaa. Rahaa tulee sisään kaikissa tapauksissa. HUS ei näin joudu kokemaan normaalia painetta sopeuttaa toimintaansa. Kunnissa rahan niukkuus on arkea, mutta HUS:ssa ei tätä tilannetta ole. HUS valta-asema näkyy siinä, että esimerkiksi sopimuksia tehtäessä todellista sopimusohjausta ei ole. Kunnilla ei ole todellista vaikutusmahdollisuutta neuvottelutilanteissa hintoihin. Huomioitava on, että toisaalta omistajaohjauksessa kuntien edustajat ovat hallituksessa päättämässä hinnoista eli kunnilla on tosiasiallisesti mahdollisuus vaikuttaa hintoihin.

Johtopäätökset

Todellista ostajaroolia kunnilla ei ole HUS:iin nähden. Kuntien ostaja-aseman vahvistamista olisi järkevää pohtia. HUS:ssa on sopeutettava omia kustannuksia alaspäin, jos kunta siirtyy ostamaan palveluita muualta. Lisäksi ostajaohjauksen yksi toimenpide on vahvistaa eri toimijoiden rooleja. Näin on tehtykin, mutta

toimijat eivät ole vielä omaksuneet selkeästi omia roolejaan tai niitä ei ole annettu toimijoille. Eräs haastatelluista nosti keinona esille Tanskan mallin, jossa lääkäri toimii ostajana. Lääkäri hakee lyhimmän jonon ja hinnan. Sama henkilö näki, että sairaaloiden pitäisi katsoa myös omia hintojaan ja pitäisi olla piilokilpailuttamista sairaaloiden välillä.

Kuntien käyttämät keinot omistajaohjaus keinoryhmässä

Omistajaohjaus keinoryhmässä on mainintoja hieman yli 50, joista suurin osa on yleistä kommentointia ja kehittämisajatuksia. Tehtyjä toimenpiteitä on vähäisesti. Maininnat sisältävät myös niiden henkilöiden vastaukset, jotka kokivat, ettei omistajaohjaus kuulu omaan työhön. Pääosa maininnoista kohdistuu erilaisiin ohjaustoimenpiteisiin.

Omistajaohjauksen maininnat ovat pääosin ylimmältä johdolta. Terveysasemien ylilääkärit eivät kokeneet vaikutusmahdollisuuksia omistajaohjaukseen. Omistajaohjaus on, ostaminen keinoryhmän lisäksi, keskustelua herättävä aihe kunnasta tai koosta riippumatta. Kunnilla on vähän keinoja käytettävissään. Ajatuksia omistajaohjauksen kehittämisestä on. Kunnat ovat yrittäneet vaikuttaa HUS:iin, mutta yritykset eivät ole muuttaneet tilannetta riittävästi kuntien mielestä. Pienissä ja keskisuurissa kunnissa koetaan vaikutusmahdollisuudet omistajaohjauksen keinoryhmässä pieniksi. Kuntien johdossa on turhaumaa omistajaohjauksen suhteen. Taustalla lienee osin se, että HUS:n omistajakunnat asettivat perustamisvaiheessa tavoitteeksi saada kasvavat erikoissairaanhoidon kustannukset hallintaan. Tavoitteeksi oli asetettu saada säästöä vuosittain 83-167 miljoonaa euroa. Tavoitetta ei ole saavutettu.

Taulukko 32. Omistajaohjaukseen liittyvät maininnat (noin lukuina)

| Keino | Mainintoja, joissa oli käytettyjä keinoja | Yleiset kommentit | Mainintoja sis. yleiset kommentit asiaan |
|--------------------|-------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| ero kuntayhtymästä | | 1 | 1 |
| hallitus | 1 | 9 | 10 |
| johto | | 2 | 2 |
| lautakunta | 1 | | 1 |
| ohjaus | 8 | 17 | 25 |
| rooli | 3 | 6 | 9 |
| valiokunta | | 1 | 1 |
| valtuusto | | 2 | 2 |
| yhteistyö | 3 | | 3 |
| Total | 16 | 38 | 54 |

Kirjallisissa dokumenteissa tulevat esille samat asiat kuin haastatteluissa. HUS:n omistajat kokevat vallan olevan HUS:n virkamiehillä eikä omistusyhteisöillä. Taustalla voidaan nähdä olevan pirstaleinen omistus, jolloin omistajien ohjauksen sijaan vallitsee virkamiesjohdon määräävä asema. HUS:n

omistajaohjauksen ongelmista kertovat useammat raportit. ”Nykyisellään HUS:n hallintorakenne ei anna kunnille riittävää ohjausvoimaa omistamansa sairaanhoitopiirin toimintaan... Kuntayhtymien hallinnon eräs keskeinen ongelma on ollut niihin kuuluvien omistajakuntien tahdon huono välittyminen päätöksentekoon. Ongelmaa ovat lisänneet nykymuotoiset yhtymävaltuustot, joiden jäsenet kukin omista syistään - ovat eräin osin toimineet valitsijakuntiensa ilmaiseman tahdon vastaisesti”. Lisäksi ohjauksen heikkoudesta saattaa kertoa osin se, että taloudellisia tavoitteita ei ole juuri lainkaan saavutettu ja erikoissairaanhoidon kustannuskehitys on ollut selvästi yli kuntien muiden toimintakustannusten kasvun. (HUS työryhmä 2004.) Omistajaohjauksen heikkoutta on käsitelty myös Helsingin Kaupungin sosiaaliterveystoimessa, jossa on todettu: ”Tällä hetkellä HUS:in toimialajohtajat toimivat ja saavat toimia kuin omistajat” (Helsingin Kaupunki 2004, sosiaali- ja terveystoimi). Ongelmien syiden etsimisessä on palattava sairaanhoitopiirin perustamisen lähtökohtiin. Sairaanhoitopiirien perustamisen tavoitteena ei ollut kuntien vallan vahvistaminen, vaan maakunnallisen hallinnon vahvistaminen. (Nylander 1990, 5).

Valtuuston kokoonpano ja valiokunnat

Valtuuston kokoonpanon muodostamistapaa ei ole muutettu HUS piirissä. Käytössä ei ole myöskään valiokuntia. Erään keskisuuren kunnan haastattelun mukaan kuntien rahkeet eivät riitä valtuuston kokoonpanoa muuttamaan. Valiokuntien käyttö ei innostanut haastateltuja, koska tällöin saattaa muodostua sisäpiirejä.

HUS:n omistajakuntien sosiaali- ja terveysjohtajien asettama HUS-työryhmä ehdottaa, että yhtymävaltuusto purettaisiin ja pääkaupunkiseudun johtokunnat purettaisiin perussopimuksen muutoksella. Yhtymävaltuusto tilalle tulisi yhtymäkokous²⁵ ja johtokuntien tilalle tulisi nykyisessäkin perussäännössä mainittu pääkaupunkiseudun yhteinen lautakunta. Lainsäädäntö edellyttää edelleen liittovaltuustoa, mutta sen toimia tulee tarkistaa. (HUS-työryhmä 2004.)

Omistajaohjaus yleensä

Tutkimuskunnissa on eri tavoin vahvistettu omistajaohjausta: on perustettu konsernijaos, kaupunginhallitus on ottamassa selkeämmin ohjaavaa roolia, kaupunginjohtaja on ollut aktiivinen HUS:n toimijoihin päin, kuntien edustajat ovat jättäneet valtuustossa hyväksymättä talousarvion, on pyritty vaikuttamaan virallisesti ja epävirallisesti, on ollut vuoropuhelua eri organisaatioiden välillä

²⁵ vastaa osakeyhtiöiden yhtymäkokousta. Kuntaliiton (2006) mukaan ”Kokousedustaja toimii kuten asiamies ja käyttää kokouksessa kunnan puolesta omistajan puhevaltaa. Yhtymäkokous soveltuu siten parhaiten ylimmäksi toimielimeksi sellaiseen kuntayhtymään, jossa palvelutuotannon tehokkuus on tärkeä ja yhteiskuntapoliittisen harkinnan osuus vähäinen. Näissä usein tehtävälueeltaan rajatuissa kuntayhtymissä korostuu kunnan omistajavallan käyttö”

sekä vaikutettu luottamushenkilöihin ja virkamiehiin muun muassa talousarviokeskusteluissa²⁶.

Haastateltujen mukaan omistajaohjausta tulee vahvistaa ja maksajalla tulee olla mahdollisuus päättää. Kuntien kannat eivät tule ajetuksi riittävän hyvin nykyisissä poliittisissa toimielimissä. Vastausten mukaan kuntien pitää saada annettua sitovia ohjeita edustajille sekä edustajien on vaikutettava enemmän investointeihin, henkilöstöasioihin ja toiminnan tehostamiseen. Asiaa sivuten on maininnat siitä, että kuntien on tärkeää johtaa erikoissairaanhoidon perusterveydenhuoltoa kokonaisuutena ja seuranta on tarvetta parantaa, jotta kannanottoja voisi paremmin tehdä. Haastateltavien mukaan on hyvä selvittää mahdollisuus muuttaa HUS:n valtuusto yhtymäkokoukseksi ja vähentää poliittista ohjausta HUS:iin päin, koska kyse on tuottajaorganisaatiosta. Yhtenä vaihtoehtona nähdään se, että kuntayhtymän voisi muuttaa toiseen muotoon, kuten kuntien omistamaksi osakeyhtiöksi, ja samalla rakentaa hallinto ammattilaispohjaiseksi. Kehittämisen esteiksi koetaan laki, vahvat professiot ja poliittiset päätöksentekijät.

Hallituksen kokoonpano ja hallitustyöskentely

HUS hallitus koostuu pääosin poliitikoista. Yksi konkreettinen toimenpide on tehty; hallituksen puheenjohtaja on rekrytoitu politiikan ulkopuolelta. Kunnissa on yritetty aktiivisesti vaikuttaa hallitukseen. Eräs haastatelluista kuvaa HUS:n hallitusta aluepolitiikan näyttämönä. Tutkimuskunnat eivät ole tyytyväisiä HUS:n hallituksen toimintaan, koska esimerkiksi kuntien edustajat eivät ota riittävän ota riittävästi tietoa edustamiensa kuntien tavoitteista ja toiveista sekä heidän roolit menevät sekaisin.

”No poliittisten ryhmien pitäisi miettiä, että sinne hallitukseen tulee sen tyyppisiä osajia, jotka pystyy noin laajassa ja vaativassa koneistossa sitä hallitustehtävää hoitamaan.” *(rahoitusjohtaja)*

Osan haastateltavista on sitä mieltä, että HUS:n hallituksen kokoa tulee pienentää ja se on hyvä muuttaa ammattilaispohjaiseksi. Erään haastateltavan mukaan hallituksen koko voisi olla 7 henkilöä ja sen tulisi edustaa tuottajanäkökulmaa. Hallitukselta odotetaan jämäkkää johtamista ja linjauksia siitä, mitä tehdään. Esteinä toimenpiteille nähdään poliitikot ja poliittinen järjestelmä.

”...meidän pitäisi tehdä se tilaus Hussille, ja Hussissa pitäisi olla ammattilaishallitus, joka katsoo sen ja sparraa johdon tekemään sen organisaation hyvin. Tänä päivänä kun siellä on iso 17 hengen hallitus”
(terveysjohtaja)

²⁶ talousarviokeskustelut näkyvät myös ostaminen keinoryhmässä

HUS:n johto

HUS johto nousi esille yhdellä haastateltavalla. Johto pitäisi pystyä vaihtamaan, jos tavoitteissa ei pysytä ja lääkäreiden sijaan tarvitaan ammattijohtajia HUS:iin. Esteenä ovat poliittinen päätöksenteko, työehtosopimukset, ammattiyhdistykset, vakiintuneet käytännöt ja asenteet.

Yhteistyö omistajakuntien välillä

Yhteistyö omistajakuntien välillä nousi esille ilman auttamista. Omistajakunnat ovat liittoutuneet keskenään muun muassa Kuuma-kunnat ja pääkaupunkiseudun kunnat. Samoin on neuvotteluryhmiä suurten kuntien ja HUS:n välillä.

Eroaminen ja liittyminen toiseen kuntayhtymään

Myrskylä on eronnut HUS:sta. Hyvinkäällä on pohdittu siirtymistä Päijät-Hämeeseen tai Kanta-Hämeeseen. Matkat tekevät toteuttamisen hankalaksi. Jos ei olisi ollut Hyvinkään sairaala, olisi saatettu vaihtaa sairaanhoitopiiriä.

Roilien täsmentäminen

Rooleja ei ole täsmennetty. Tarvetta on täsmentää rooleja. Se näkyy monella tavoin, esimerkiksi valtuutettu päättää samoista asioista ristiriitaisesti eri paikoissa; Luottamushenkilö saattaa muuttua HUS:iin luottamuselimeen mennessään HUSlaiseksi.

”...ne samat valtuutetut, jotka on ensin hyväksynyt budjetin Hussinkin osalta, ne saattaa olla seuraavana päivänä Hussin puolella päättämässä muuta, kun mitä he ovat edellisenä päivänä kaupungin valtuustossa päättäneet. Että tähän kuvastaa sitä, että ei tässä ole sitouduttu siihen, että mä olen itse sitä mieltä, että viimekädessä se sana lähtee sieltä kaupunkien valtuustosta. Ja silloin ne, jotka on Hussissa niiden tehtävänään olisi toteuttaa sitä kaupungin valtuuston tahtoa ei niin, että ne lähtee Hussin edusmiehiksi ja –naisiksi niin kun nyt tapahtuu.”
(rahoitusjohtaja)

Rooleista on seuraavia mainintoja: vastapuolet puuttuvat, yksittäisen kunnan lautakunta tai konsernijaos ei pysty vaikuttamaan HUS:iin ja tilaaja-tuottaja roolit eivät ole selkeät (tilaaja-tuottajamallit ostaminen keinoryhmästä nivoutuvat näin omistajaohjauksen puolelle tuottajaohjauksena). Kehittämisaikatuksia haastatelluilla on muutamia. HUS:n on tuottajaorganisaatio. Tilaajapuolella, terveyslautakunnissa, on syytä olla poliittinen päätöksenteko sisältäen strategisen johtamisen ja tilausten tekemisen. Terveyslautakunta saattaa tällä hetkellä

seurata asioita, mutta HUS ei reagoi lautakunnan näkemyksiin. HUS:n edellytetään toteuttavan kuntien valtuustojen antamia ohjeita. Operatiivinen johtaminen on hyvä olla ammattilaisten tekemää sekä on tarvetta löytää selkeä uusia asetelma poliittisella ja ammattilaisjohtamiselle. Esteinä kehittämistoimenpiteille ovat vanhat perinteet, vahvat professiot, sekava kenttä, johtamisosaamisen puute ja poliittisesti saavutetut edut.

Sisäinen valvonta, Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen ja omistajatiedottaminen

Sisäinen valvonta, Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen ja omistajatiedottaminen eivät nousseet esille.

Tiivistelmä

Omistajaohjaus on vasta alkutaipaleella. Omistajaohjaus sisältää useita keinoja, mutta ne ovat vähäisesti käytössä. Tutkimuskunnissa puhutaan kuitenkin paljon omistajaohjauksen kehittämisestä. Omistajaohjausta halutaan vahvistaa, koska tutkimuskunnissa koetaan voimattomuutta omistajina ja nykyiseen omistajaohjaukseen ollaan tyytymättömiä. Joitakin toimenpiteitä asian ratkaisemiseksi on tehty ja niitä on käynnissä.

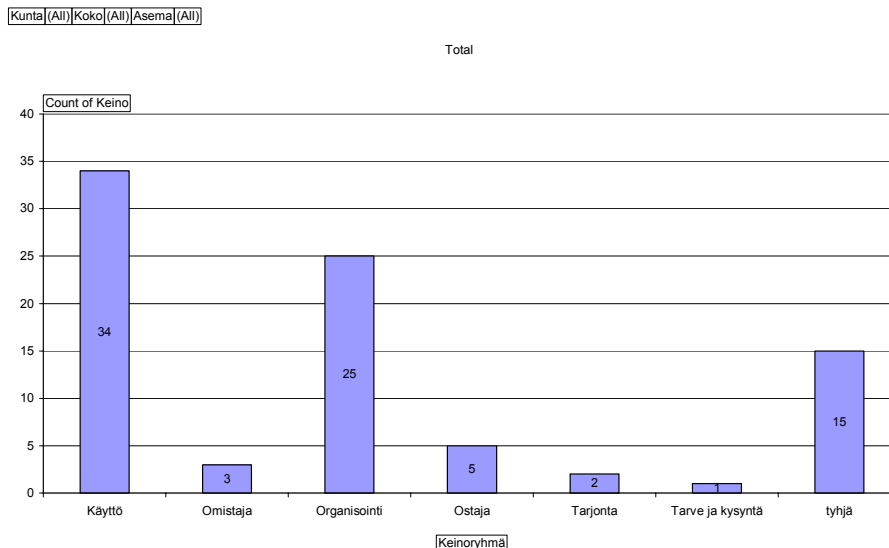
Johtopäätökset

Poliittis-hallinnollinen omistajaohjaus kaipaa uudistamista. Se voidaan nivota yhteen omistajaohjauksen kehittämisen kanssa. HUS:n hallinnossa on tarvetta johtamisosaamista sisältävän ammattilaisuuden lisäämiseksi. Muutos voidaan aloittaa hallituksesta ja sitä myötä edetä alaspäin HUS:n johtoon. Jatkossa voi olla hyvä, että hallitus on huomattavasti nykyistä pienempi ja koostuu poliitikkojen sijaan ammattilaisista. Samoin eri toimijoiden rooleja on tarvetta selkeyttää ja sairaanhoitoalueiden lautakuntien poliittista ohjausta vahvistaa. HUS on tuottajaorganisaatio, jota voidaan johtaa sen mukaisesti. Kunnat ovat tilaajia ja omistajia, jotka päättävät viime kädessä strategisista asioista.

Kuntien tärkeimmät käytetyt keinot

Tutkimuksen loppupuolella haastateltavia pyydettiin luettelemaan viisi tärkeimmäksi koettua keinoa. Keinot pyydettiin laittamaan tärkeysjärjestykseen. Samalla kysyttiin, mitä vaikutuksia niillä on ollut.

Keinoryhmistä mainintoja on eniten käyttö keinoryhmästä ja toiseksi eniten organisaation kehittäminen keinoryhmästä. Samoissa ryhmissä on myös suurimmat määrät ensimmäisiä sijoja. Vähäisesti mainintoja on ostaja-, omistaja, tarjonta ja tarve- ja kysyntä keinoryhmissä. Tyhjiä vastausten²⁷ osuus on 15 prosenttia.



Kuva 32. Tärkeimmät käytetyt keinoryhmät

Pienissä kunnissa keinoryhmistä eniten käytössä ovat käyttö keinoryhmän keinot (60 prosenttia) ja organisaation kehittämisryhmän keinot (30 prosenttia). Keskisuurissa kunnissa 40 prosenttia käytetyistä keinoista on käyttö keinoryhmästä, kolmasosa organisaation kehittäminen keinoryhmästä, 12 prosenttia ostaminen keinoryhmästä sekä tarpeen ja kysynnän hallintakeinoryhmästä on yksi maininta. Suurissa kunnissa vastaukset painottuvat tasaisemmin käyttö- (36 prosenttia) ja organisaation kehittäminen keinoryhmiin (32 prosenttia). Muille keinoille on muutamia mainintoja. Helsingistä on mainintoja viiteen, Hyvinkäältä neljään, Keravalta kolmeen sekä Lapinjärveltä ja Siuntioista kahteen keinoryhmään. Tyhjiä vastauksia on 15 kpl. Tyhjiä vastauksia on suhteellisesti eniten keskisuurista kunnista. Tärkeäksi koetut käytetyt keinot sijoittuvat aika kapea-alaisesti, on kyse suuresta tai pienestä kunnasta.

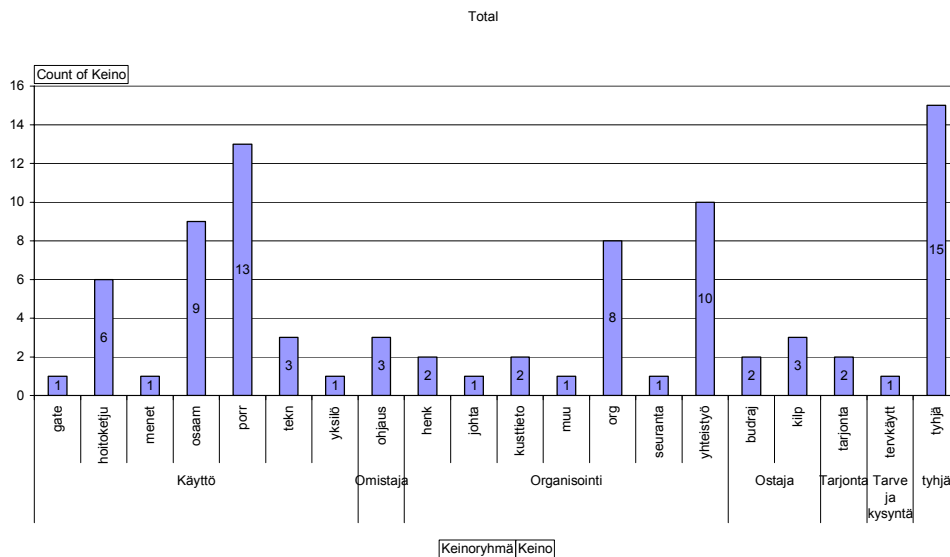
Taulukko 33. Tärkeimmät käytetyt keinot ryhmittäin ja kunnittain suhteellisina osuuksina

²⁷ Vastaaaja pyydettiin listaamaan viisi tärkeintä käytettyä keinoa ja kaikki eivät listanneet viittä keinoa, vaan niitä saattoi olla vastaajalla vähemmän.

| Keinoryhmä | Koko | | |
|------------------|-------|------------|-------|
| | Pieni | Keskisuuri | Suuri |
| Käyttö | 60 % | 40 % | 36 % |
| Omistaja | 0 % | 0 % | 6 % |
| Organisointi | 30 % | 24 % | 32 % |
| Ostaja | 0 % | 12 % | 4 % |
| Tarjonta | 0 % | 0 % | 4 % |
| Tarve ja kysyntä | 0 % | 4 % | 0 % |
| tyhjä | 10 % | 20 % | 18 % |
| Grand Total | 100 % | 100 % | 100 % |

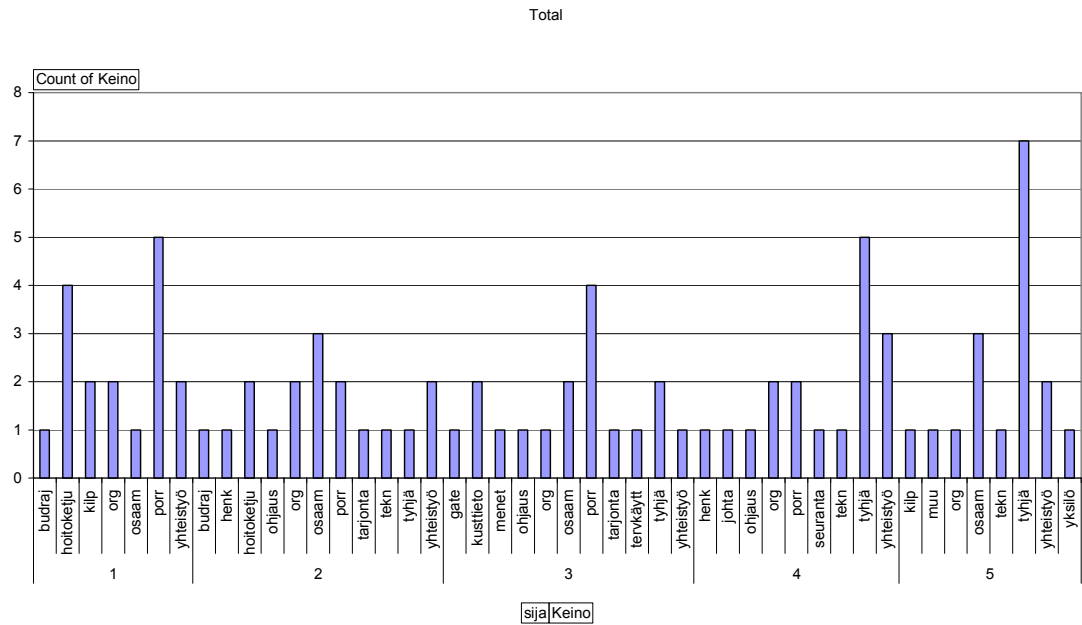
Keinoista eniten mainintoja on hoidon porrastukseen (13 kpl) Toiseksi eniten on mainintoja yhteistyöstä (10 kpl). Kolmanneksi eniten mainintoja on lääkärin ja hoitajien osaamisen varmistamisesta (9 kpl). Organisaation rakenteiden kehittämistä on neljänneksi eniten mainintoja (8 kpl).

Kunta[(All)]Asema[(All)]



Kuva 33. Tärkeimmät käytetyt keinot keinoryhmittäin

Ensimmäisiä sijoja on eniten hoidon porrastukselle (5 kpl). Toiseksi eniten ensimmäisiä sijoja on hoitoketjuille (4 kpl). Ensimmäisiä sijoja on myös yhteistyölle (2 kpl), kilpailuttamiselle (2 kpl), organisoinnille (2 kpl), osaamiselle (1 kpl) ja budjettirajoitteille (1 kpl).



Kuva 34. Tärkeimmät käytetyt keinot sijoittain

Tarpeen ja kysynnän hallintaan, tarjontaan, omistajaohjaukseen ja ostamiseen liittyvät keinot eivät nouse tärkeimpien käytettyjen keinojen listoille. Vain yksi henkilö nostaa tarjonnan ja kysynnän hallinnan keinoryhmän keinoista sen, että terveystyöntekijöiden vaikuttaminen on ollut tärkeimpiä keinoja. Tarjonnan keinoissa on yksittäisiä mainintoja priorisoimisesta. Omistamisen keinoista käytössä ovat olleet päätöksentekoelementtiin vaikuttaminen ja HUS:n seuranta. Ostamisen puolella tärkeimpiä käytettyjä keinoja ovat olleet budjettirajoitteiden käyttäminen ja kilpailuttaminen.

Käyttöpuolen keinoista tärkeimpiä käytettyjä keinoja ovat hoidon porrastaminen, osaamisen varmistaminen, hoitoketjut, teknologioiden hyödyntäminen, menetelmien kehittäminen sekä portinvartijuus. Organisaation kehittämisessä tärkeimpiä ovat olleet yhteistyö ja uudelleen organisoimiset sekä kustannustietoisuuden lisääminen. Yksittäismainintoja on lisäksi budjetista, johtamisesta, henkilöstöjohtamisesta, resursoinnista ja seurannasta. Liitteessä 2 on lista tärkeimmistä keinoista keinoryhmineen.

Taulukko 34. Tärkeimmät käytetyt keinot keinoryhmittäin annetun tärkeysjärjestyksen mukaan

| Count of Keino | | sija | | | | | Grand Total |
|------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|-------------|
| Keinoryhmä | Keino | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Käyttö | gate | | | 1 | | | 1 |
| | hoitoketju | 4 | 2 | | | | 6 |
| | menet | | | 1 | | | 1 |
| | osaam | 1 | 3 | 2 | | 3 | 9 |
| | porr | 5 | 2 | 4 | 2 | | 13 |
| | tekn | | 1 | | 1 | 1 | 3 |
| | yksilö | | | | | 1 | 1 |
| Käyttö Total | | 10 | 8 | 8 | 3 | 5 | 34 |
| Omistaja | ohjaus | | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| Omistaja Total | | | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| Organisointi | henk | | 1 | | 1 | | 2 |
| | johta | | | | 1 | | 1 |
| | kusttieto | | | 2 | | | 2 |
| | muu | | | | | 1 | 1 |
| | org | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 8 |
| | seuranta | | | | 1 | | 1 |
| | yhteistyö | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 10 |
| Organisointi Total | | 4 | 5 | 4 | 8 | 4 | 25 |
| Ostaja | budraj | 1 | 1 | | | | 2 |
| | kilp | 2 | | | | 1 | 3 |
| Ostaja Total | | 3 | 1 | | | 1 | 5 |
| Tarjonta | tarjonta | | 1 | 1 | | | 2 |
| Tarjonta Total | | | 1 | 1 | | | 2 |
| Tarve ja kysyntä | tervkäytt | | | 1 | | | 1 |
| Tarve ja kysyntä Total | | | | 1 | | | 1 |
| tyhjä | tyhjä | | 1 | 2 | 5 | 7 | 15 |
| tyhjä Total | | | 1 | 2 | 5 | 7 | 15 |
| Grand Total | | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 85 |

Pienten kuntien haastateltavien mukaan tärkein käytetty keino on hoidon porrastus. Samoin keskisuurissa kunnissa tärkeimmiksi käytetyiksi keinoiksi nousevat hoidon porrastus, kilpailuttaminen ja organisaation rakenteiden kehittäminen. Suurissa kunnissa osaaminen ja yhteistyö sekä organisaatioiden kehittäminen ja hoidon porrastus ovat tärkeimpien käytettyjen keinojen listalla. Omistaja- ja ostamiseen liittyvät keinot tulevat esiin pääosin kuntien hallinnollisen johdon vastauksissa, eivät terveydenhuollon operatiivisesta toiminnasta vastaavien vastauksissa. Kaupungeittain tarkasteltaessa Helsingissä on eniten mainintoja osaamisen varmistamisesta, Espoossa yhteistyöstä, Siuntiossa ja Keravalla hoidon porrastuksesta, Hyvinkäällä kilpailuttamisesta ja organisaation rakenteiden kehittämisestä. Lapinjärvellä vastaukset hajautuvat tasaisesti.

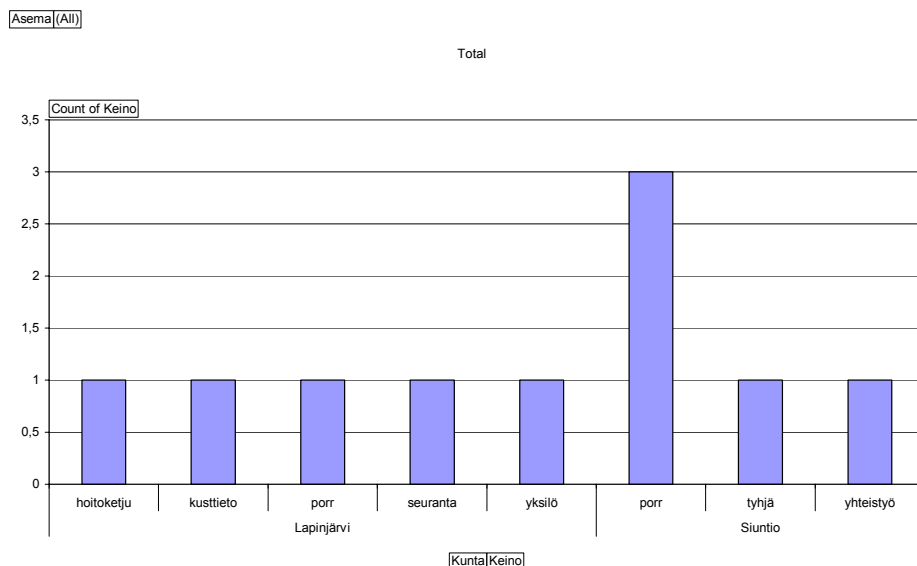
Haastateltavia pyydettiin myös arvioimaan miten eri keinot vaikuttavat määriin ja yksikkökustannuksiin käytetyissä keinoissa. Kovin merkittäviä johtopäätöksiä ei voida vetää vaikutuksista, koska haastateltavat eivät pystyneet arvioimaan vaikutuksia ja tyhjiä vastauksia tuli paljon.

Taulukko 35. Haastateltavien arviot tärkeimpien käytettyjen keinojen vaikutuksista määrään ja yksikkökustannuksiin keinoryhmittäin

| Keinoryhmä | Määrä | Yks.kust | tyhjiä |
|------------------|-------|----------|--------|
| Käyttö | 17 | 6 | 15 |
| Omistaja | 0 | | 3 |
| Organisointi | 8 | 6 | 16 |
| Ostaja | 1 | 2 | 3 |
| Tarjonta | 2 | | |
| Tarve ja kysyntä | 1 | | |
| Tyhjä | 0 | | 15 |
| Grand Total | 29 | 14 | 52 |

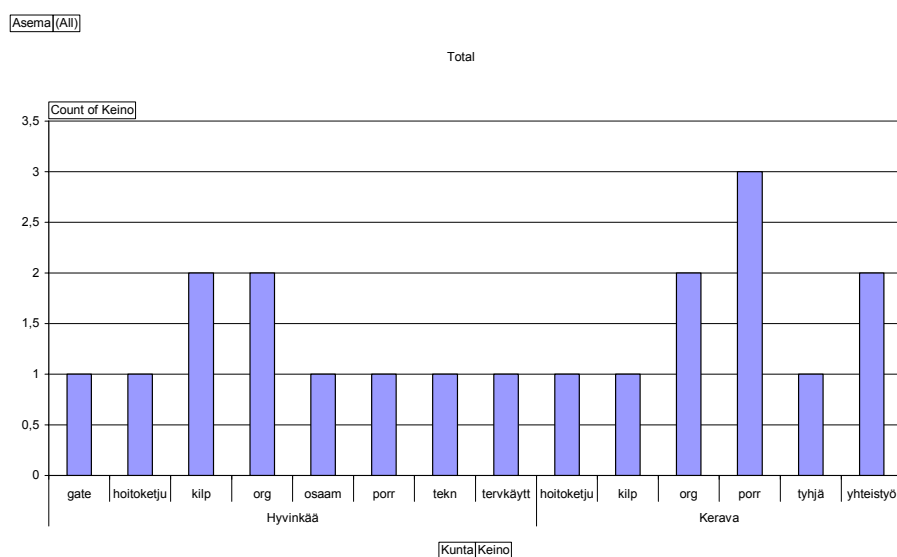
Keinojen käyttö kohdassa pyydettiin myös arvioimaan, onko keinojen käytöstä mahdollisesti syntynyt uusia kustannuksia. Haastateltavien mukaan jonkin verran uusia kustannuksia on tullut, mutta ne eivät ole olleet merkittäviä.

Kuntien välillä on eroja. Lapinjärvellä on käytetty keinoja tasaisesti ja Siuntiossa keinot ovat painottuneet hoidon porrastamiseen. Lapinjärvi oli vuonna 2003 sijalla 288 ja Siuntio oli maan kalleimpia kuntia erikoissairaanhoidossa, kun tarkastellaan tarvevakioituja erikoissairaanhoidon nettokustannuksia. Kunnat poikkeavat toisistaan väestönkasvussa. Siuntio on kasvukunta ja Lapinjärvi asukasluvultaan laskeva. Lapinjärvellä yksityislääkäriltä tulee enemmän läheteitä kuin Siuntiossa. Lapinjärven läheteiden määrä asukasta kohden on merkittävästi pienempi kuin Siuntiossa. Lapinjärvellä on esimerkiksi toiminut pitkään sama yksityinen lääkäri, joka tuntee Lapinjärveläiset asukkaat hyvin.



Kuva 35. Lapinjärven ja Siuntion tärkeimmät käytetyt keinot

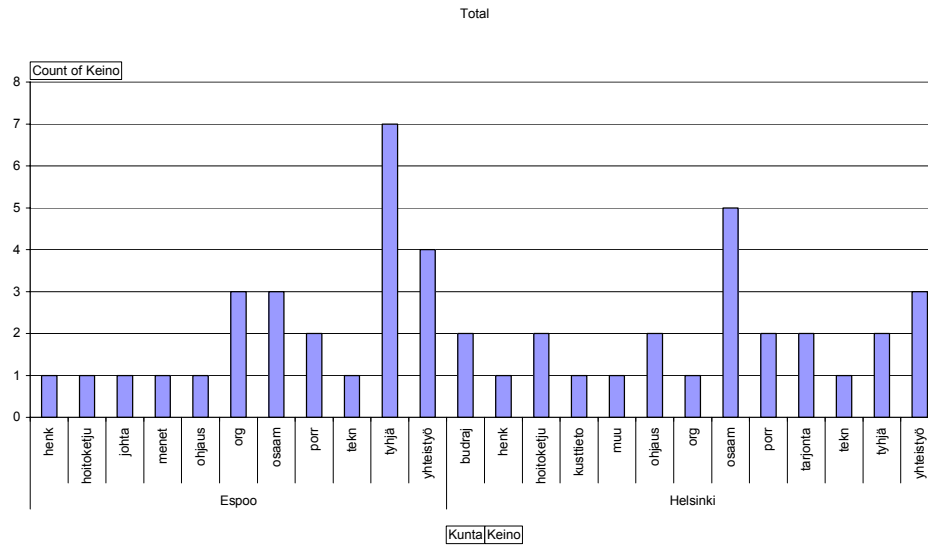
Keskisuurissa kunnissa voidaan tunnistaa poikkeavia painotuksia keinojen välillä. Hyvinkäällä on kilpailutettu ja tehty rakenteiden kehittämistä. Keravalla on tehty toimenpiteitä hoidon porrastuksen, yhteistyön ja rakenteiden kehittämisen puolella. Kummatkin ovat asukasluvultaan kasvukuntia. Kun tarkastellaan vuoden 2003 tarvevakioituja erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia nettokustannuksia, niin Kerava on sijalla 19 ja Hyvinkää vähän halvempaa sijalla 38. Kunnissa on toisistaan poikkeavat lähetevirrat; Hyvinkäällä erikoissairaanhoidon lähtevien lähteiden määrän on pienempi. Hyvinkään erikoissairaanhoidon nettokustannusten kasvu (ei deflatoituna eikä tarvevakioituna) oli vuosien 2000-2003 välillä 14 prosenttia, kun vastaava arvo oli Keravalla 24 prosenttia.



Kuva 36. Hyvinkään ja Keravan tärkeimmät käytetyt keinot

Helsingissä nousee esille erityisesti osaamisen kehittäminen, kun taas Espoossa nähdään tärkeänä yhteistyö. Espoon asukaskohtaiset tarvevakioidut nettokustannukset ovat hieman korkeammat vuonna 2003 kuin Helsingillä. Espoosta tehdään lähteitä enemmän erikoissairaanhoidon per asukas kuin Helsingissä. Espoossa käytetään myös yksityislääkäreitä enemmän ja niitä tulee erikoissairaanhoidon enemmän kuin Helsingissä. Espoo on kasvukunta ja Helsingin asukkaat ovat pysyneet lähes ennallaan. Helsingissä on tehty järjestelmällistä terveydenhuollon kehittämistyötä viimeisten vuosien aikana.

Asema (Alli)



Kuva 37. Helsingin ja Espoon tärkeimmät käytetyt

Tiivistelmä

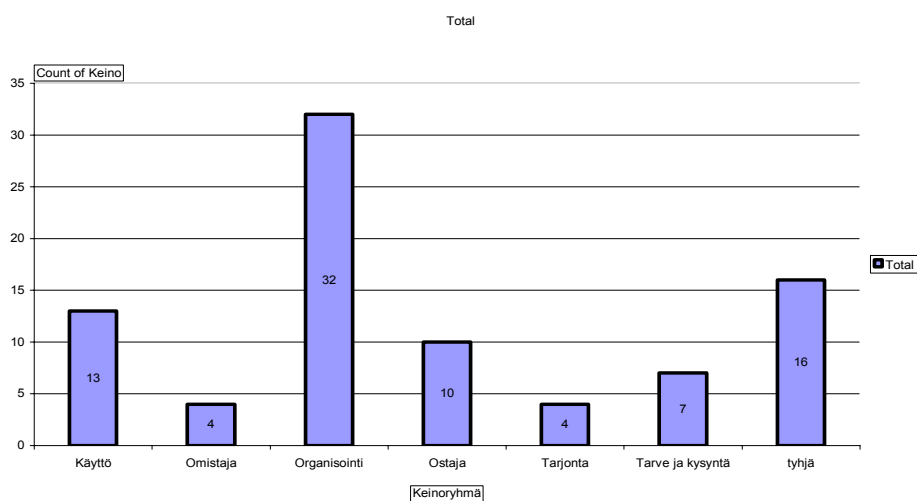
Tutkimuskuntien tärkeimmät käytetyt keinot tulevat käyttö ja organisaatioiden kehittäminen keinoryhmistä. Omistaja-, ostaminen ja tarjontakeinoryhmien keinoja on vähäisesti käytetty. Kokoluokittain on jonkin verran eroa, kuten pienissä kunnissa keinot painottuvat käyttö keinoryhmään, kun suurissa kunnissa keinot sijoittuvat käyttö- ja organisaatioiden kehittäminen keinoryhmiin. Tärkeimmät käytössä olleet keinot ovat hoidon porrastus, yhteistyö ja osaamisen varmistaminen sekä uudelleen organisoinnit ja hoitoketjut. Tärkeimmissä käytetyissä keinoissa on eroja kokoluokittain ja kunnittain. Samoin haastateltujen asematasojen välillä on hieman vaihtelua.

Johtopäätökset

Tärkeimpien käytettyjen keinojen vaikutuksista määriin ja yksikkökustannuksiin ei voida tehdä johtopäätöksiä, koska vastauksia saatiin liian vähän. Lisäksi vastaukset perustuivat arkielämän tuntumatietoon. Käytetyistä keinoista ei löytynyt selkeää tutkimus- tai muuta raportointitietoa keinon hyödyllisyydestä ei yksikkökustannusten eikä määrän suhteen. Jatkossa on hyvä huolehtia siitä, että tärkeimpien toimenpiteiden vaikutuksia seurataan.

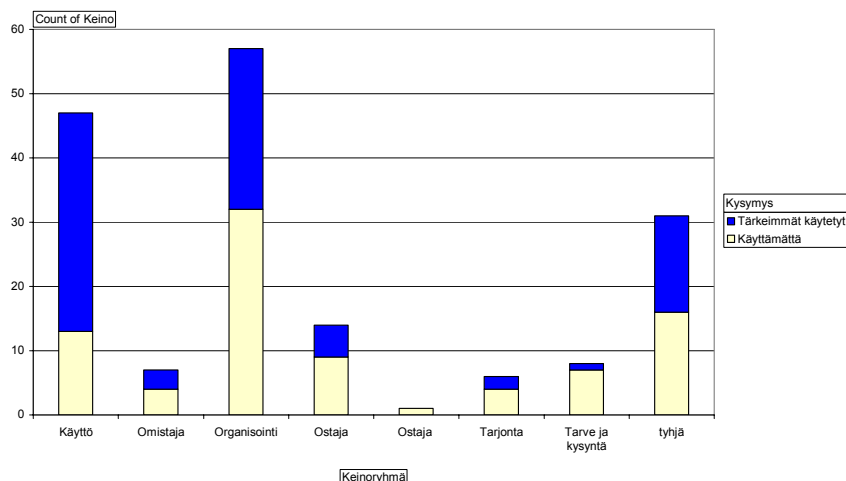
Kuntien tärkeimmät käyttämättä olevat keinot ja niiden käyttämisen esteet

Haastateltavilta kysyttiin, mitkä ovat tärkeimmät käyttämättä olevat keinot, jotka he ottaisivat käyttöön, jos he saisivat päättää itsevaltiaan tavoin keinojen käyttöönotosta. Keinoryhmistä organisaation kehittämisen keinoryhmästä on eniten mainintoja (32 kpl) ja toiseksi eniten on käyttö keinoryhmästä (13 kpl). Kolmanneksi eniten mainintoja on ostamisen (10 kpl) sekä tarpeen ja kysynnän hallinnan keinoryhmästä (7 kpl). Neljänneksi eniten (4 kpl) on omistajaohjauksen ja tarjonnan keinoryhmästä. Tyhjiä vastauksia on 16 kpl.



Kuva 38. Tutkimuskuntien tärkeimmät käyttämättä olevat keinoryhmät

Verrattaessa vastauksia käytössä oleviin tärkeimpiin keinoihin, voidaan todeta, että kunnat ottaisivat organisaation kehittämisen keinoja nykyistä enemmän käyttöön. Lisäksi ostamisen, tarpeen ja kysynnän sekä kysynnän keinoryhmän keinoja käytettäisiin nykyistä enemmän. Nykyisiin tärkeimmiksi koettuihin keinoihin verrattuna otettaisiin enemmän käyttöön organisaatioiden rakenteiden kehittämistä, sairastavuuteen ja terveyskäyttämiseen ja hintoihin vaikuttamista sekä kannustinjärjestelmiä.



Kuva 39. Vertailu tärkeimpien käytettyjen keinoryhmien ja käyttämättä olevien keinoryhmien välillä

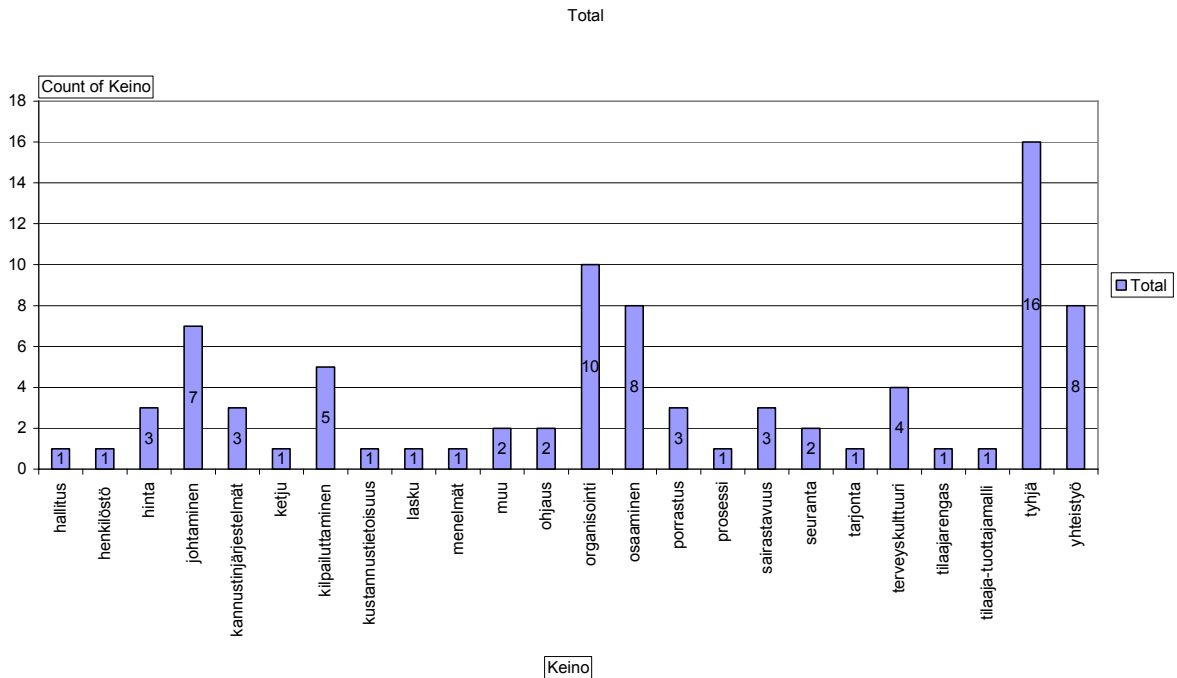
Edellä olevaa vahvistaa se, että ensimmäiselle sijalle asetetaan pääosin organisaation kehittämisen keinoryhmän keinoja. Suurissa kunnissa on eniten mainintoja organisaation kehittäminen keinoryhmässä, keskisuurissa kunnissa käyttö, ostaminen ja organisaation kehittäminen keinoryhmissä sekä pienissä kunnissa tarpeen ja kysynnän hallinta keinoryhmässä.

Taulukko 36. Tärkeimmät käyttämättä olevat keinoryhmät sijoittain ja kuntakoon mukaan

| Count of Keino | sija | | | | | | Grand Total |
|------------------|------|----|----|----|----|---|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Keinoryhmä | | | | | | | |
| Käyttö | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | | 13 |
| Omistaja | 1 | 2 | | | | 1 | 4 |
| Organisointi | 9 | 7 | 4 | 6 | 6 | | 32 |
| Ostaja | 1 | 2 | 4 | 3 | | | 10 |
| Tarjonta | 2 | 1 | 1 | | | | 4 |
| Tarve ja kysyntä | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 7 |
| tyhjä | | | 2 | 6 | 8 | | 16 |
| Grand Total | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 1 | 86 |

| Count of Keino | Koko | | | Grand Total |
|------------------|-------|------------|-------|-------------|
| | Pieni | Keskisuuri | Suuri | |
| Keinoryhmä | | | | |
| Käyttö | | 5 | 8 | 13 |
| Omistaja | | | 4 | 4 |
| Organisointi | 1 | 5 | 26 | 32 |
| Ostaja | 1 | 5 | 4 | 10 |
| Tarjonta | | 3 | 1 | 4 |
| Tarve ja kysyntä | 6 | | 1 | 7 |
| tyhjä | 2 | 7 | 7 | 16 |
| Grand Total | 10 | 25 | 51 | 86 |

Tutkimuskunnissa tärkeimpiä käyttämättä olevia keinoja ovat uudelleen organisoinnit sisältäen prosessien kehittämisen (10 kpl), osaamisen kehittäminen (8 kpl) ja yhteistyö (8 kpl), ja johtaminen (7 kpl). Seuraavaksi tärkeimpinä (4-5 mainintaa) nähdään kilpailuttaminen ja terveyskulttuuriin vaikuttaminen.



Kuva 40. Tärkeimmät käyttämättä olevat keinot keinoryhmittäin

Tärkeimpinä pidetyissä keinoissa listattiin noin 70 kappaletta toimenpiteitä. 52 vastauksessa on este ja 10 vastauksessa on maininta, ettei mitään estettä ole. Osalle vastauksista ei saatu esteistä mainintoja. Esteistä nousevat esille voimakkaimmin eri toimijat, kuten professiot ja erityisesti lääkäri/hoitajaprofessiot, päättäjistä erityisesti poliittiset päättäjät sekä muutosvastarinta vallan menettämispelkoineen. Lisäksi esteistä nousevat esille johto (HUS, oma johto), eduskunta ja lainsäädäntö, rahan niukkuus ja resursointi sekä suuruus. Yhden maininnan saivat Helsinki, Kela, omistajarooli, uskallus ja kokemus, virkaehtosopimukset sekä STM, Yliopisto ja Stakes. Liitteessä 4 on erittely esteistä sekä liitteessä 5 on esteet keinoryhmittäin tarkasteltuna.

Tarpeen ja kysynnän keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Tarpeen ja kysynnän hallinta keinoryhmässä on vain seitsemän mainintaa kolmelta haastatellulta. Vastaukset liittyvät terveyskulttuuriin vaikuttamiseen ja

ennaltaehkäisevään työhön. Ennaltaehkäisevässä työssä halutaan tietää nykyistä enemmän eri keinojen käytön vaikuttavuudesta, tehdä ennaltaehkäiseviä toimia (panostaminen lapsiin, vaikuttaminen diabeteksen ja korkean verenpaineen aiheuttajiin) sekä vaikuttaa turvallisuuteen ja liikenteeseen.

Ennaltaehkäisevän työn esteinä ovat resursointi, uskallus ja kokemuksen puute. Terveyskulttuurin muuttamisen esteenä on maininta suurista ruokayrityksistä ja asenteista.

Mainintoja ei ole vaikuttamisesta sosiaali- ja demografisiin tekijöihin sekä sairastavuuden hallinnasta on vähäisiä mainintoja.

Tarjonta keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Tarjonnan keinoryhmän tärkeimmät käyttämättä olevat keinot liittyvät pääosin hintaan ja tarjonnan laajuuteen sekä syvyyteen. Priorisointien käyttämistä keinona ei ole mukana.. Priorisointia sivuten on maininta kustannusvaikuttavuustutkimusten lisäämisestä. Asiakkaiden maksuihin ja niiden tasoon on vastauksia eri lähestymistavoilla. Haastatellut näkevät seuraavat toimenpiteet tärkeinä asiakasmaksuissa ja yleensä hintatietoisuuden lisäämisessä

- asiakasmaksujen nostaminen; esteenä on eduskunnan säätämä laki
- hintalistojen laittaminen seinälle hintatietoisuuden lisäämiseksi
- laskujärjestelmän uudistaminen hintatietoisuuden lisäämiseksi; potilas maksaisi koko laskun ja saisi sen takaisin ”sairasvakuutusjärjestelmästä”.

Kustannusvaikuttavuustutkimuksen lisäämisen esteenä mainitaan yliopistot ja Stakes.

Käyttötilanteen keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Käyttövaiheen keinoryhmän keinoja käytettäisiin nykyistä enemmän. Keinoja tässä ryhmässä on kohtuullisen suuri määrä verrattuna esimerkiksi tarjonnan keinoryhmän keinojen määrään. Keinoista voimakkaimmin nousee esille osaaminen ja toiseksi eniten hoidon porrastus ja hoitoketjut. Yksi maininta on medikalisaatiosta ja sen hallinnasta.

Osaaminen nähdään avaintekijänä erikoissairaanhoidon kustannusten hallitsemiseksi. Mitä parempi osaaminen perusterveydenhuollossa (myös erikoissairaanhoidossa) on, sitä pidemmälle potilas voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa sillä edellytyksellä, että resurssit riittävät työn hoitamiseen. Osaamiseen on jo kiinnitetty huomioita. Siihen liittyviä keinoja on käytössä, mutta haastateltavien mukaan ei riittävästi. Tärkeiksi nähtyjä käyttämättömiä toimenpiteitä on osaamisen kehittämisessä useita:²⁸:

- Osaamista ja resursseja tarvitaan lisää säätiössä. Esteenä nähdään rahan niukkuus; säätiöissä halutaan minimoida kustannuksia..

²⁸ kukin vastaus on tullut eri vastaajilta suurista ja keskisuurista kunnista eri tasoilta

- Soveltavaa koulutusta on tarvetta vahvistaa, jotta potilas voidaan pidemmälle ja tehdä parempia päätöksiä. Esteenä ovat työkiireet ja suoritepohjainen palkkaus, jonka vuoksi ei haluta olla työpaikalta poissa.
- Koulutusta tarvitaan lisää asioissa, joihin kustannukset liittyvät. Koulutustarjontaa on paljon, mutta pitää osata valita, mikä on hyödyllistä. Koulutusta ei ole ohjelmoitu tällä hetkellä. Estettä ei ollut.
- Osaa lääkäreistä on perustelua kouluttaa managereiksi. Esteenä on peruslääkärikoulutus (lääkäriprofessiot). Peruslääkärikoulutusta on tarvetta muuttaa siten, että siinä opetettaisiin erilaisia työtapoja ja hoitoja sekä annettaisiin edellytyksiä arvioida koko ajan niiden tehokkuutta.
- Resursseja on tarvetta vahvistaa rekrytoimalla muutama erikoislääkäri, joilla on vahva terveystieteiden kokemus.
- Ostajaosaaminen vaatii vahvistamista ja uudelleenorganisoimista esimerkiksi ostajayksikkö, joka vastaisi erikoissairaanhoidon tilauksesta. Yksikkö käyttäisi työkaluina sopimusohjausta ja DRG-hintoja. Esteenä ovat yhteisen ymmärryksen puute, osaaminen ja resurssit.
- Työpaikat pitää tehdä houkutteleviksi, jotta voidaan saada paremmin osaavaa henkilöstöä ja pitää vanhat työntekijät. Haastatellun mukaan estettä ei ole.
- Tehokasta erikoislääkärikonsultaatiojärjestelmää on perusteltua kehittää.

Hoidon porrastus ja hoitoketjut nähdään tärkeinä käyttämättä olevina keinoina. Niiden tärkeys tuli esille jo tärkeimpien käytettyjen keinojen puolella. Keinot liittyvät läheisesti myös edellä mainittuun osaamisen vahvistamiseen. Tavoitteena on hoitaa potilas mahdollisimman pitkään perusterveydenhuollossa ja/tai kotiuttaa potilas mahdollisimman nopeasti perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen puolelle. Neljä eri haastateltua kolmesta eri kunnasta tekisivät seuraavat toimet (suurista ja keskisuurista kunnista):

- sosiaalitoimen laitospaikkojen ja henkilöstön lisääminen. Esteenä on rahan niukkuus, jolloin päätöksentekijät eivät painota omaa toimintaa kunnassa. Samoin eri hallintokunnat tekevät omat budjettinsa toisistaan riippumatta.
- psykiatrisen puolen kuntoon laittaminen. Osa HUS:n nykyisistä vastuista voidaan antaa kunnille. Esteenä on muutosvastarinta. Samoin psykiatrien heikko asema lääkäriarvostusjärjestelmässä nousee esille.
- kiirettömän hoidon sisäisissä läheteissä on tarvetta tehdä lähete terveyskeskuksen kautta, jolloin osa läheteistä jäisi terveyskeskukseen. Esteenä ovat asenteet ja tieto.
- potilasohjausta voi tiukentaa. Esteeksi on lääkärikunta (lääkäriprofessiot).

- medikalisaation on vähennettävä erityisesti vanhustenhuollossa. Esteenä ovat vakiintuneet käytännöt. Alla on perustelu:

”heidän elämänlaatu ei tule terveydenhuollon kautta siinä määrin kun nyt kuvitellaan tulevan sieltä.” (terveysjohtaja)

Organisaation kehittämisen keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Organisointi ja johtaminen keinoryhmässä on eniten tärkeimpiä käyttämättä olevia keinoja. Kunnat kantavat omaa vastuuta toiminnastaan. Haastateltavien vastaukset painottuvat suuriin kuntiin, mutta muistakin kunnista on vastauksia. Haastateltavat ovat eri asematasoilta. Keinoja esiintyy vastauksissa laajasti: uudelleen organisointi/prosessit/työnjako, yhteistyö, johtaminen ja esimiestyö, seuranta, sanktiot ja palkitsemisjärjestelmät, henkilöstörakenne, kustannustietoisuus ja organisaatiokulttuuri.

Rakenteiden organisoinnista, sisältäen lääkärin ja hoitajien työnjaon, on yhdeksän mainintaa seitsemältä eri haastateltavalta. He ovat terveysasematason yläpuolella olevia henkilöitä. Heidän mukaansa tärkeitä käyttämättä olevia keinoja ovat

- terveydenhuoltoalueen rakentaminen, jossa yhdistyy perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalitoimen alueita. Toinen haastateltavista ei nähnyt esteitä. Toinen näki vallan ja vaikutusmahdollisuuksien menettämisen pelon.
- Helsingin ja pk-seudun sairaaloiden toimialarationalisointi tai rakennemuutos, jossa haetaan erikoistumista ja johdetaan ammattilaisjohtajilla. Esteinä mainitaan vallan menettämisen pelko ja poliittiset päättäjät sekä monimutkainen päätöksenteko sekä PK-seudun kilpajuoksu.
- tuotantorakenteiden uudistamisen tekeminen parantamalla prosessien toimivuutta ja kehittämällä hoidon porrastusta. Samoin on tavoiteltava korkeampaa toiminta-astetta. Esteenä mainitaan HUS:n hallitus ja johto.
- prosessien kuvaaminen. Sen osalta ei ole esteitä.
- transaktioiden määrän vähentäminen prosesseissa. Esteenä on terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen; ei ole osaamista prosessien kehittämisestä
- lääkärin ja hoitajien työnjaon kehittäminen. Esteenä ovat lääkärit ja perinteet; ”on kiva tehdä helpompia hommia.”

Yhteistyöstä on kahdeksan mainintaa kuudelta eri asematasolta olevalta haastateltavalta. Mainintoja on seuraavista näkökulmista

- Erikoissairaanhoidon toimijan edellytetään tekevän yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa ja on tarvetta saada parempaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. On hyvä yhteisesti sopia hoitolinjauksista ja Kustannuksia ei saa siirtää yksipuolisesti

perusterveydenhuoltoon. Esteinä mainitaan suuruus, HUS johtoporras, hallinnollinen hahmottomuus ja kulttuurierot. Alla on kuntien tunteja hyvin kuvaava vastaus

” Että ne tulisi niin kun tänne. Että mulle olisi esimerkiksi selvää ihan oikeasti se, että miten mä täällä ihan konkreettisesti toimin. Että vaikka me kuinka tätä omaa prosessia järjeistetään ja muuta, niin me ehkä tehdään se kuitenkin vaan sitten ihan näille meidän asiakkaille näiden takia, että ei me katsota sinne erikoissairaanhoidon, oteta mukaan mitenkään viimeisen päälle. Niiden prosessien ja kaiken sen kokonaisuuden tunteminen niin varmaan auttaisi siinä.” *(ylilääkäri)*

- Yhteistyötä on tarvetta lisätä ja yhteistyösuhteita kehittää; kuntien välistä yhteistyötä ja seudullista yhteistyötä. Esteinä ovat päätöksentekijät, muutosvastarinta ja toimenpiteiden purevuus.

Johtamisesta ja esimiestyöstä on kuusi mainintaa neljältä eri haastatellulta. Esimiestyö maininnat tulivat terveysasemien ylilääkäreiltä ja johtamisen maininnat tulivat terveysasemien yläpuolella olevilta haastateltavilta. He näkevät, että johtamista on tarvetta kehittää niin omassa toiminnassa kuin HUS:ssa seuraavanlaisesti

- On tarvetta lisätä ammatillisjohtamista ja saada lääkärit pois johtamasta. Samoin johtopaikat on syytä nimetä uudella tavalla (haastateltu tarkoittaa tässä HUS:sia). Esteinä ovat poliittinen järjestelmä päättäjineen ja lääkäriprofessiot.
- Johtaminen ja oma toiminta on hyvä saada haltuun sekä kyetä vaikuttamaan hallinta- ja päätöksentekojärjestelmiin. Esteinä ovat muutosvastarinta ja toimenpiteiden purevuus.
- Johtamista on tarve kehittää. Siihen ei ole estettä.

Sanktioista ja palkitsemisjärjestelmistä on kolme mainintaa kahdelta eri haastateltavalta. He ovat suurien kuntien ylemmästä johdosta. Palkitsemisjärjestelmiä halutaan kehittää siten, että palkkion saa terveyshyödyn tuottamisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Esteinä ovat ammattiliitot, professiot, johtamisjärjestelmän ja tulosalueiden epäselvyydet. Sanktiojärjestelmästä yksi haastateltavista haluaa nostaa esille, että HUS:n johtoon on hyvä kohdistua myös sanktiouhka ”johtajien vaihtaminen” on oltava mahdollista, jos tavoitteita ei saavuteta:

”...Nyt on vaan kysymys kanssa siitä, että miten kauan, eli milloin on valmiutta tehdä todella kovia päätöksiä, ja mä näkisin, että ne alkaisi varmaan ne päätökset, että selkeästi osoitetaan Hussin johtajille, että jos et tässä tavoitteessa pysy, sut vaihdetaan. Ei kukaan halua kovin helpoilla sellaista julkista häpeää nolausta että sut joudutaan vaihtamaan.” *(rahoitusjohtaja)*

Seuranta nousee esille kahden suuren kunnan ylilääkäriltä. He haluavat saada paremmin seurantatietoa lähetteistä ja omasta budjetista. Läheteiden

seurannassa on tarvetta seurata sitä, että hoitolinjauksia noudatetaan ja potilaat pystytään hoitamaan mahdollisimman paljon perusterveydenhuollossa. Esteenä on esimiesresursointi; esimiestyötä hoidetaan oman toimen ohella, jonka vuoksi aikaa ei ole. Budjetin osalta huoli on siinä, että tällä hetkellä ei ole mitään käsitystä rahoista ja raportointi laahaa perässä.

Yksittäisesti nousee esille henkilöstörakenteen läpikäynti. Sen esteenä on maininta eri ammattiryhmistä (lääkäri- ja hoitajaprofessiot). Samoin yksi ylilääkäri näkee tärkeänä keinona kustannustietoisuuden lisäämisen, jolloin yhdessä mietitään miten kustannuksia voidaan vähentää. Tähän ei ole mitään estettä.

Osin hoitajien ja lääkärien työnjaosta/henkilöstörakenteesta/organisoinnista liittyvä vastaus on toive organisaatiokulttuurin muuttamisesta siten, että hoitaja- ja lääkäritoiminnot yhdistyvät uudella tavalla sekä erikoissairaanhoidon halutaan arvostavan perusterveydenhuoltoa. Eräs haastatelluista nostaa esille seuraavan yksinkertaisen perusasia

”Mä olen sanonut niin, että heittänyt ja puhunut toistuvasti siitä, että jos jokainen siivoaisi omat nurkkansa, niin sillä jo varmasti saavutettaisiin kovin paljon.” *(terveysjohtaja)*

Tämän keinon käyttämisen esteeksi haastateltava näkee perinteisen johtamisen, kiinnostuksen tai ajan puutteen.

”Eli kyllä mä edelleenkin näen, että tämä oman prosessin virtaviivaistaminen kuitenkin niin, että ei osaoptimoida vaan että katsotaan kokonaisuutta, niin se olisi se keino. Että osaoptimointi ei tietenkään ole fiksum. Mutta se, että sä teet sen omasi ja sitten huolehdi ne rajapinnat ja katsoo sen kokonaisuuden, niin siitä tulisi. Silloin voisi jopa sanoa, että ihan sama kenen organisaatiossa tai kenelle tämä kuuluu. Että sen mä tekisin.” *(terveysjohtaja)*

Haastatteluissa nousee voimakkaasti esille yhteistyön ja organisoinnin keinojen käyttäminen. HUS:n voimakas rooli toimijana näkyy useissa vastauksissa. Esteenä koetaan monin paikoin poliittinen järjestelmä ja HUS:n johto sekä HUS:n suuruus. Samoin työsuhteisiin ja työnjakoon liittyen toteuttamisen esteenä mainitaan ammattijärjestöt ja ammattikunnat (lääkäri- ja hoitajaprofessiot).

Ostamisen keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Ostamisen keinoryhmässä on mainintoja kymmenen kahdeksalta eri haastateltavalta. He ovat eri kokoluokan kunnista ja pääosin terveysasemien yläpuolella olleilta henkilöiltä. Tärkeimpinä käyttämättä olevina keinoina mainitaan

- kilpailuttaminen (3 kpl). Kaksi haastateltavaa tunnistaa seuraavia esteitä: kuntien omistajarooli (vastaa voitoista ja tappioista), poliittisen päättäjän asenteet sekä ostajaosaamisen puute.
- organisointi ja tilaajarengas (3 kpl). Kaksi haastatelluista henkilöistä tekisi kunnille yhteisen ostajaorganisaation. Esteenä ovat poliittiset päättäjät, johtavat viranhaltijat ja yhteisen ymmärryksen puute sekä asenteet. Yksi haastateltavista laittaisi koko rakenteen uusiksi: perusterveydenhuollon lääkäri yrittäjäksi, joka erikoissairaanhoidon tuottajaa valitessa hakisi nopeimman jonon ja halvimman hinnan.
- aito tilaaja-tuottajamallin käyttöönotto ja kuntien pakkomaksajaroolin poistaminen (2 kpl). Kunnat eivät voi olla aitoja tilaajia, koska kunnilla on pakkomaksajan rooli. Esteinä ovat eduskunnan rohkeus ja lainsäädäntö
- palvelusetelien laajempi käyttö. Esteenä ovat asenteet.
- julkisen ja yksityisen puolen rajojen alentaminen. Terveystuottoa on hyvä tarkastella kokonaisuutena, esimerkiksi voisiko yksityinen puoli lähettää myös julkisen puolen laboratorioon. Esteenä mainitaan Kela.

Haastattelujen mukaan tutkimuskunnat haluavat toimia vahvempina tilaajina. Esteenä ovat omistajuus ja johtavat toimijat mukaan lukien eduskunta.

Omistajaohjauksen keinoryhmän tärkeimmät keinot ja niiden käyttämisen esteet

Omistajaohjauksen keinoryhmässä on neljä mainintaa kolmelta eri haastateltavalta suurista kunnista. He ovat ylintä johtoa. Heidän mukaansa

- hallitukseen on syytä saada ammattilaisia poliitikkojen tilalle. Esteenä mainitaan poliittinen järjestelmä; henkilöiden vaikea luopua vallasta.
- HUS luottamuselimien edustajilta edellytetään vuoropuhelua kuntiin.
- HUS:iin on tarvetta saada selkeämpi, suoraviivaisempi ja matala johtamisjärjestelmä sekä vähentää poliittista päätöksentekoa. Esteeksi nähdään poliittiset päättäjät ja HUS johto.
- ohjauksessa tarvitaan nykyistä syvemmälle menevää kustannusanalyysiä. Esteenä ovat vahvat ammattikunnat; lääkärinkunta ei halua nokkia toista.

Tiivistelmä

Haastattelujen mukaan kunnilla on useita keinoja käytettävissä erikoissairaanhoidon kustannusten hallitsemiseksi. Tutkimuksessa ei noussut tärkeimpien käyttämättä olevien keinoryhmien joukkoon tarpeen ja kysynnän hallinnan keinoryhmä, jonka vaikutukset näkyvät pidemmällä aikajänteellä. Suurin osa tärkeimmistä käyttämättömistä keinoista on organisaation kehittäminen keinoryhmässä. Tärkeimpiä käyttämättä olevia keinoja ovat organisaation rakenteiden kehittäminen, osaamisen kehittäminen, yhteistyö ja

johtamisen parantaminen. Yleisimmät esteet ovat eri toimijat kuten ammattikunnat (erityisesti lääkärit/hoitajat) ja päätöksentekijöistä erityiset poliittiset päättäjät vallan menettämispelkoineen. Tärkeimmissä käyttämättä olevissa keinoissa on eroja erikokoisten kuntien välillä; suurissa kunnissa korostuu johtaminen ja keskisuurissa organisaation rakenteiden kehittäminen.

Kun tarkastellaan hyödylliseksi koettuja keinoja määrän ja yksikkökustannusten kannalta, ei haastateltavilla ole täysin selkeää kuvaa, mihin toimenpiteet vaikuttaisivat.

Tarpeen ja kysynnän sekä tarjonnan keinoryhmien keinoille on vähäisesti mainintoja. Tulevaisuudessa osa haastatelluista uskoo keinoja tarvittavan, vaikkakaan ne eivät nouse tärkeimpien listoille tänään. Käyttöryhmästä nousee esille tärkeimpänä osaaminen, jonka kehittämisessä ei ole välttämättä esteitä ja jos niitä on, niin esteitä voivat olla muun muassa työkiireet, yhteisen ymmärryksen puute ja resurssit. Käyttövaiheen keinojen käytön esteet liittyvät lääkäriammattikuntaan ja rahan niukkuuteen. Organisaation kehittämisessä tärkeimpinä käyttämättä olevina keinoina ovat yhteistyö ja rakenteiden kehittäminen. Organisaation kehittämisen esteitä ovat muun muassa ammattikunnat, päättäjät, HUS:n johto ja suuruus. Samoin kuntien ja HUS välisen yhteistyön ratkaiseminen nähdään tärkeänä. Ostaminen keinoryhmä ei noussut esille voimakkaasti. Kuntien asemaa ostajana halutaan vahvistaa. Tutkimuskunnat haluavat toimia vahvempina tilaajina. Esteenä ovat lait ja asenteet. Omistajaohjaus keinoryhmän keinot kokee omakseen lähinnä suurten kuntien ylin johto. Keinojen käytön esteenä ovat poliittisen päättäjät.

Johtopäätökset

Kunnissa on paljon käyttämättä olevia keinoja erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Monet tärkeimmiksi koetuista käyttämättä olevista keinoista eivät tarkoita suuria rahasummia, vaan ne voivat olla kokonaiskustannuksiin suhteutettuna pieniä panoksia. Silti resurssien vähäisyys näkyy vastauksissa; kun aikaa ei ole, niin ei ole aikaa kehittää toimintaa. Erillisenä asiana on nostettava esille kustannustietoisuus ja sen lisäämisen tarve. Kustannustietoisuuden kasvattamishalua löytyy terveysasemien toiminnasta vastaavilla ylilääkäreillä. Kunnissa voidaan antaa heille tähän myös mahdollisuus jakamalla vastuuta erikoissairaanhoidon kustannuksista terveysasemien ylilääkäreille.

HUS ja sen eri toimijat nousevat esille eri paikoissa. Tärkeänä keinona tutkimuskunnissa nähdäänkin yhteistyö. Suurin haaste lienee tässä yhteisen ymmärryksen löytäminen; miten HUS ymmärtää kuntien toimintaa ja miten kunnissa ymmärretään HUS:n toimintaa.

Kuntien tärkeäksi kokemien käyttämättä olevien keinojen käyttämiselle ei ole ylitsepääsemättömiä esteitä. Lainsäädännölliset esteet ovat asia erikseen. Monia keinoja voidaan käyttää ilman lainsäädännöllisiä esteitä, kuten palvelusetelit, sopimusohjaus ”yhteistyömalli”, kilpailuttaminen edellyttäen HUS:n toimintojen sopeuttamista tai uusia asiakkaita sekä ostaja-aseman vahvistaminen.

Onko kunnissa mahdollista alentaa kustannuksia ottamalla tärkeimmät käyttämättömät keinot käyttöön?

Tutkimuksen viimeinen tutkimuskysymys oli, mitä taloudellisia vaikutuksia kunnalle olisi, jos viisi tärkeintä keinoa otettaisiin käyttöön. Arviointien oletuksena oli se että hinta, määrä ja tarvetekijät säilyvät nykyisellään. Kysymykseen vastaaminen oli vaikeaa. Syynä lienee se, että erikoissairaanhoidon kustannuksia ei seurata terveysasematasolla, vastuukysymykset ovat epäselvät sekä toimenpiteitä tehdään ilman selkeää tavoiteasetantaa taloudellisesti eikä seurantaa toimenpiteiden vaikuttavuudesta tehdä yleensä. Seuraavassa kappaleessa olevat euromäärät ovat haastateltavien antamia arvioita eli eivät perustu laskentatietoon tai muuhun vastaavaan, joten niiden suuruusluokka oikeellisuutta ei voida todentaa tässä tutkimuksessa..

Suurten kuntien johdossa nähdään mahdollisuuksia alentaa kustannuksia, jos kaikki keinot otettaisiin käyttöön. Kustannusten alenemiset olisivat Helsingin kokoisessa kaupungissa noin 30 miljoonaa euroa vuodessa. Se muodostuisi niin yksikkökustannusten alentamisen kuin määrien laskun kautta. Espoon arvio kustannusten laskusta on noin 25 – 35 miljoonan luokkaa vuodessa. Keskiuurissa kunnissa arvioidaan kustannusten alenemisen olevan 6-8 miljoonaa euroa, jos asiakasmaksulaki muuttuisi ja maksut nelinkertaistettaisiin, eräs haastateltava näki jopa yli 17 miljoonan euron vuotuiset säästöt. Pienessä kunnassa nousee esille ennaltaehkäisevä työ. Siinä nähdään kustannusten kasvua lyhyellä aikavälillä ja säästöjä pitkällä. Keskipitkällä tähtäimellä kustannusten laskun arvioidaan olevan kymmenien tai satojen tuhansien eurojen luokkaa vuodessa. Jos keinot ovat täysimääräisesti käytössä, voidaan erikoissairaanhoidonkustannuksissa HUS:n alueella alentaa kustannuksia yli 100 miljoonaa euroa vuodessa, josta alla on laskelma vuoden 2004 luvuilla laskettuna.

HUS:n jäsenkuntien laskutus vuonna 2004 pohjalta laskelmat

| | |
|------------------------------------------------|---------------------------|
| Tutkimuskuntien osuus laskutuksesta | 60 % |
| Arvioidut kustannusten laskut tutkimuskunnissa | 67,6-81,6 miljoonaa euroa |
| Suhteutettu kustannusten aleneminen koko HUS | 113-136 miljoonaa euroa |

Tutkimustulokset ja niiden arviointi

Kunnilla on useita keinoja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia

Kirjallisuuden mukaan erikoissairaanhoidon, ja yleensä terveydenhuollon, kustannusten kasvun syitä on useita kuten väestön ikääntyminen, hoitokeinojen kallistuminen, kansalaisten kasvavat tarpeet, sekä uudet diagnosointi- ja hoitomenetelmät, joiden vuoksi on syntynyt uusia potilasryhmiä ja ihmisten elinikä on pidentynyt. (Kaitaranta 1977, Laurinkari & Niemelä 1978, 6, Myllymäki 1994, 352, Ryyänen ym. 1997, 8, Kukkonen 2005, Koivukangas ym. 2000, 20, OECD 2005,3.) Empiriaosassa ja kirjallisuudessa tuli esille myös se, että kuntalaisten halu päästä erikoissairaanhoidon ja tutkimuksiin on kasvanut (Oxley & MacFarland 1994, 5, Tulevaisuusvaliokunta 2004, 55, OECD 2005, 3, Mäntyranta ym. 2004, 48-49). Kirjallisuudessa mainittujen tekijöiden lisäksi empiirisissä tuloksissa nousee esille neljä muuta kuntien erikoissairaanhoidon kustannusten kasvuun vaikuttanutta tekijää. Niiden vaikutukset näkyvät pääosin kustannusfunktion määräelementissä. Ensinnäkin lääkäreillä jatkohoitoon ja tutkimuksiin lähettämisen kynnyks on madaltunut. Toiseksi potilaita hoidetaan osin väärissä paikoissa eli hoidon porrastus ei toimi täysin. Kolmanneksi HUS:ia ei ole tutkimuskuntien mukaan johdettu riittävän hyvin. Neljänneksi nousevat esille henkilöstöön liittyvät tekijät kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden kokemattomuus, henkilöstön vaihtuvuus ja työvoimapula sekä ”reppu”-ja ”euro”lääkärit. Edellä olevan pohjalta voidaan loogisesti päättelemällä olettaa, että kustannuksia alentavat tekijät ovat ainakin osin samoja kuin kustannuksia nostavat tekijät. Monet näistä ovat kuntien vaikutuskentän sisällä, siksi voimme päätellä, että erikoissairaanhoidon kustannushallinta on monin osin kuntien käsissä – erityisesti siinä miten terveydenhuoltoa johdetaan.

Tutkimuskunnissa puhutaan erikoissairaanhoidon kustannuksista paljon eri organisaatiotasolla ja käynnissä on useita toimenpiteitä terveydenhuollon kehittämiseksi. Käytetyistä keinoista ja/tai toimenpiteistä vain osa liittyy suoraan erikoissairaanhoidon kustannushallintaan. Tärkeimmät erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat keinot keskittyvät pääosin lyhyellä ja keskipitkällä tähtäimellä vaikuttaviin keinoihin. Niiden käyttö liittyy pääosin määriin ja niiden hallintaan. Hintoihin vaikuttaminen on vähäistä.

Kirjallisuuden ja myös empiiristen tulosten perusteella voidaan todeta, että kunnilla on useita keinoja hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia. Empiriaosan tuloksena on se, että kunnat voivat hallita erikoissairaanhoidon

kustannuksia vähintään tietyin osin. Pienemmällä ja keskisuurella kunnalla keinojen käyttöönottaminen on rajoitetumpaa kuin suurella kunnalla, erityisesti ostaminen ja omistajaohjaus keinoryhmissä. Kunnissa ei ole kokonaisvaltaisia hankkeita erikoissairaanhoidon kustannushallinnassa. Tämän vuoksi kustannushallinta vaatii tiukempaa otetta kuntien ja sairaanhoitopiirien johdossa.

| Pääosin pitkätään | | Pääosin keskipitkätään | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Tarve ja kysyntä | | Organisaation kehittäminen ja palvelutuotantovalinnat | |
| Demografisiin + sosiaaliintekijöihin vaikuttaminen, sairastavuuden alentaminen, terveyskäyttäytyminen | Voi vaikuttaa | Organisaation ja rakenteiden kehittäminen, palvelutuotantovalinnat, sisäinen yrittäjyys, johtamisen kehittäminen, kannustinjärjestelmät, johdon laskentatoimen kehittäminen, verkostoituminen ja yhteistyö, henkilöstöresurssit, kustannustietoisuus, laatu | Voi vaikuttaa |
| Tarjonta | | Ostaminen | |
| Palvelun tarjontapaikka | Voi vaikuttaa | Sopimusohjaus, ostorengas, budjettirajoitteet, ostaminen muualta/kilpailuttaminen/kiilp.edistäminen | Voi vaikuttaa |
| Jono ja jonohallinta | Voi osin vaikuttaa | Laskutus, tilaaja-tuottajamalli | pieni, keskis. hyvin vähän |
| Hinta, Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen (painoarvoltaan merkittävien) | Ei hyvin vähän vaikuttaa | Hinta | Ei voi vaikuttaa |
| Pääosin lyhyttäin | | Pääosin pitkätään | |
| Käyttö | | Omistaminen | |
| Omalääkäri ja -hoitaja, teknologiat, hoidon porrastus, hoitokehittämät, vaikuttaminen lähetekäytäntöihin, Gatekeeper, osaamisen varmistaminen, yksilö | Voi vaikuttaa | Valtuuston aseman ja tehtävien kehittäminen, hallintoneuvosto, hallitustoiminnan kehittäminen, toimitusjohtajan ja ylimmän johdon asema, palkitsemisjärjestelmät ja palkkaus sekä sisäinen valvonta, omistajatiedottaminen, ohjaustoimenpiteet, omistajakuntien yhteistyö, SHA-lautakuntien kehittäminen, roolien täsmentäminen, Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen | Suuri voi vaikuttaa, pieni, keskis. hyvin vähän |
| Menelmät | Voi osin vaikuttaa | Ero sairaanhoitopiiristä | Voi vaikuttaa |

Kuva 41. Erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinoryhmät ja keinot ja minkä keinon käyttöön kunta voi vaikuttaa

Yksi empiirisistä tuloksista on se, että erikoissairaanhoidon kustannushallinnasta puuttuu kustannusanalyttinen lähestyminen, tavoitteellisuus, järjestelmällinen seuranta sekä nimetyt vastuunkantajat. Erikoissairaanhoidon ja terveydenhuollon johdetaan osin arviotiedolla, ei faktatiedolla. Tehdyille tai tehtäville toimenpiteille ei ole asetettu selkeitä taloudellisia tai määrällisiä tai vaikuttavuuteen liittyviä tavoitteita. Samoin toimenpiteiden vaikutuksia ei seurata järjestelmällisesti tai ne puuttuvat kokonaan. Useimmissa tutkimuskunnissa on vähäistä seuranta ja/tai puutteelliset seurantajärjestelmät tai jos seurantajärjestelmiä on, niiden hyödyntäminen ei ole järjestelmällistä. Toisaalta on nostettava esille, että tietoa on ja sitä löytyy useista paikoista, kuten HUS:n johdon tietojärjestelmästä ja omista järjestelmistä. Nämä ovat syitä, miksi tutkimuskunnista ei löydy keinoihin tai toimenpiteisiin liittyvää numeraalista tietoa; ei kokonaiskustannuksista, määristä, yksikkökustannuksista/hinnoista tai vaikuttavuudesta.

Tutkimuskuntien kustannushallintaa heikentää se, että johtamisnäkökulmasta erikoissairaanhoidon kustannukset ovat osin tai jopa lähes isännättömiä; kustannusvastuuta ei ole delegoitu kaupunginjohdosta riittävän alas terveysasemien johtoon. Poliittisella tasolla, esimerkiksi lautakuntien, vastuuta ei

ole myöskään selkeästi määritelty. Terveysasemien johdolla on halua osallistua nykyistä enemmän erikoissairaanhoidon kustannushallintaan.

Kunnat käyttävät vain osaa keinoista

Tutkimuskunnat käyttävät vain osaa keinoista ja niiden käyttö on keskittynyt tiettyihin keinoryhmiin. Keinoryhmistä eniten käytettyjä ja tärkeimpiä ovat käyttö keinoryhmän keinot ja toiseksi käytetyimpiä ovat organisaation kehittäminen keinoryhmän keinot. Tärkeimpiä käytettyjä keinoja ovat hoidon porrastus, yhteistyö ja osaamisen varmistaminen sekä organisaation rakenteiden kehittäminen ja hoitoketjut. Näissä on eroja kuntakokoluokittain ja kunnittain. Keinoista eniten käytettyjä ovat osaamisen varmistaminen, tarjontaan vaikuttaminen, organisaation rakenteiden kehittäminen ja hoidon porrastus.

| Tarve ja kysyntä | | Organisaation kehittäminen ja palvelutuotantovalinnat | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Sairastavuuden alentamiseen vaikuttaminen | yleistä | Organisaation ja rakenteiden kehittäminen | yleistä |
| Terveyskäyttäytymiseen vaikuttamista | jonkin verran | Johdon laskentatoimen kehittäminen, verkostoituminen ja yhteistyö, johtamisen kehittäminen | jonkin verran |
| Demografisiin + sosiaalisintekijöihin vaikuttaminen | vähän | Kannustinjärjestelmät | vähän |
| | | Palvelutuotantovalinnat, sisäinen yrittäjyys, henkilöstöresurssit, kustannustietoisuus, laatu jne. | ei oikeastaan lainkaan |
| Tarjonta | | Ostaminen | |
| Palvelun tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen | yleistä | Ostaminen muualta kuin HUS; kilpailuttaminen ja kilpailun edistäminen, budjettirajoitteet | jonkin verran |
| Palvelun tarjontapaikka | vähän | Sopimusohjaus | vähän |
| Palvelun tarjontapaikka, hinta, jono ja jonohallinta | ei oikeastaan lainkaan | Hinta, tilaaja-tuottajamalli, ostorengas, laskutus | ei oikeastaan lainkaan |
| Käyttö | | Omistaminen | |
| Osaamisen varmistaminen, omalääkäri ja -hoitaja | yleistä | Ohjaustoimenpiteet, omistajakuntien yhteistyö | jonkin verran |
| Teknologiat, hoidon porrastus, hoitoketjut, vaikuttaminen lähetekäytäntöihin | jonkin verran | Valtuuston aseman ja tehtävien kehittäminen, hallintoneuvosto, hallitustoiminnan kehittäminen, toimitusjohtajan ja ylimmän johdon asema, palkitsemisjärjestelmät ja palkkaus sekä sisäinen valvonta, omistajaliedottaminen, SHA-lautakuntien toiminnan kehittäminen, vaiokuntien käyttäminen, eri elinten roolien täsmentäminen, ero sairaanhoitopiiristä, kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen | ei oikeastaan lainkaan |
| Yksilö, menetelmät, gatekeeper | ei oikeastaan lainkaan | | |

Kuva 42. Tutkimuskuntien käyttämät keinot käytön laajuuden ja yleisyyden mukaan

Yhteistyö on nostettava vielä erikseen esille, koska sen käyttöä ilmenee tutkimuskunnissa useissa keinoryhmissä ja se esiintyy eri organisaatiotasoilla eri tavoin. Yhteistyötä tehdään kolmella eri tavalla. Ensinnäkin on yhteistyötä ja neuvotteluita HUS:n kanssa sekä poliittisella että hallinnollisella tasolla. Hallinnollisen tason yhteistyötä tehdään ylimmässä virkamiesjohdossa. Hallinnollista yhteistyötä varten on perustettu erilaisia foorumeita. Toiseksi yhteistyötä tehdään lääketieteen ammattilaisten välillä. Yhteistyö konkretisoituu yhteisinä hoitoketjuina, hoidon porrastusten muutoksina sekä koulutusyhteistyönä. Kolmanneksi osalla kunnista on keskinäisiä liittoumia, joilla haetaan vahvempaa neuvotteluvoimaa HUS:iin nähden. Liittoumatason yhteistyö ilmenee kunnan ylimmän johdon tasolla. Voidaan todeta, että yhteistyö on yleistymässä oleva hyvä ja tarpeellinen keino.

Tarve ja kysyntä: Kunnissa ei ole aktiivista vaikuttamista kuntalaisten erikoissairaanhoidon palveluiden käyttämiseen.

Kirjallisuuden mukaan tarpeen ja kysynnän keinoryhmän keinoilla voidaan vaikuttaa pitkällä aikajänteellä määrien ja niiden sisällön kehitykseen. Kysyntätekijöihin vaikuttaminen voidaan jakaa kolmeen osaan. Ensinnäkin voidaan tunnistaa henkilö ja hänen terveystyönsä käyttämiseen vaikuttaminen sosiaalipsykologisiin tekijöiden kautta (persoonallisuus, ystävät, viiteryhvät, ryhmäpaine), henkilön omaan arvioon palvelutarpeesta (havaittu herkkyys taudille, havaittu vakavuus taudille x) sekä asenteisiin ja tietoihin. Toiseksi on vaikuttaminen demografiseen ja sosiaaliseen rakenteeseen, sairastavuuteen, perheeseen ja yhteiskuntaan. Kolmantena on vaikuttaminen taudin aiheuttajiin tekemällä ennaltaehkäisevää työtä ja edistämällä terveyttä sekä ehkäisemällä sairauksia ja tapaturmia. (Cockerham 1978, 79, Nissinen ym. 1994, 185, Blomster 2001,11.)

Empiiristen tulosten mukaan tutkimuskunnissa käytetään yleisesti tarpeen ja kysynnän keinoryhmän keinoja ja toimenpiteitä. Tämä keinoryhmä ei nouse kuitenkaan tärkeimmäksi ryhmäksi, eivätkä keinot tärkeimpien keinojen joukkoon. Sairastavuuteen vaikuttaminen on osa terveyskeskuksissa tehtävää ennaltaehkäisevää päivittäistä työtä. Sairastavuuden pienentämiseksi on tehty terveydenedistämistoimenpiteitä ja sairauksien ehkäisemistä. Sen sijaan tapaturmien ja väkivallan ehkäisy ei noussut haastatteluissa keinona esille ja ympäristöön vaikuttaminen on vähäistä. Terveystyönsä käyttämiseen vaikutetaan erilaisilla interventioilla muun muassa hoitotilanteissa ja kylätapahtumissa. Vaikuttamista yksilön terveyspalveluiden käyttämiseen ei esiintynyt.

Tarjonta: Tarjonnan keinot eivät nouse tärkeimpien käytettyjen keinojen joukkoon

Kirjallisuuden mukaan yhteiskunta voi säädellä terveydenhuollon kysyntää. Kleinin ym. (1986) mukaan tarjontaa voidaan säädellä kieltämällä, valitsemalla, ohjaamalla toiseen palveluun, vaikeuttamalla hoitoon pääsyä, viivyttämällä, alentamalla hoidon tasoa ja lopettamalla hoito (Blomster 2001,20). Tarjonnan peruskysymykset ovat millä hinnalla tarjotaan, mitä tarjotaan, milloin tarjotaan (aika) ja missä tarjotaan (aika, matkakustannukset) (Salmela & Tuomainen 1985, Salmela 1988, Whitehouse 1985, Olroyd 1986, Sintonen ym. 1987,37, 50,133).

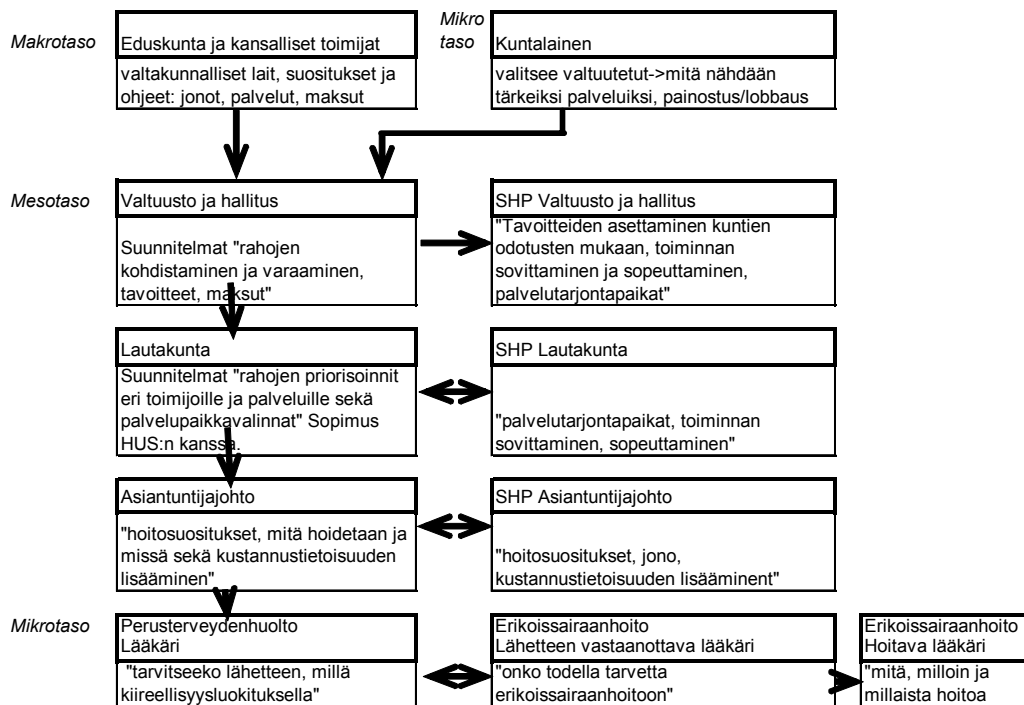
Kirjallisuus nostaa tarjonnan tärkeäksi tekijäksi kysynnän muodostumisessa. Tarjonnan keinoilla pyritään vaikuttamaan kysynnän määrään ja sisältöön. (Dolan 1977, 43-47, Blomster 2001, 17,25, ks. STM 2004:11, ks. Kuosmanen ym. 2004, 25, 31-41.) Tarjonnan keinot eivät nouse kuitenkaan tutkimuskunnissa tärkeimpien käytettyjen keinojen joukkoon. Tarjonnan merkitys nähdään tärkeänä, kuten eräs haasteltu toteaa: ”jokainen vuode täyttyy”. Tutkimuskunnat ovat käyttäneet tarjonnan keinoja kapea-alaisesti, koska lainsäädäntö rajoittaa niiden käyttämistä. Käytetyistä keinoista yleisin on

tarjonnan rajoittaminen, joka perustuu pääosin valtakunnallisiin ohjeisiin ja potilaskohtaiseen priorisointiin.

Kirjallisuuden ja empiiristen tulosten pohjalta voidaan todeta, että kunnat ja sairaanhoitopiirit voivat tehdä tarjontarakenteiden muutoksia. Tätä on jo tehty, esimerkiksi laitoshoidon sijaan kasvua on syntynyt avohoidon puolelle, joka voidaan nähdä yhtenä tapana priorisoida (Säynäjäkangas 1999, luku 2.1, Ryytänen ym. 1993, 80-83, Lammintakanen 2005, 36-37). Vastaavasti HUS:n alueella on siirtymää laitoshoidosta avohoitoon. Kirjallisuuden mukaan etäisyys ja matkustusaika vaikuttavat vuodeosastojen ja avohoitopalveluiden käyttöön. Salmelan (1998 a,b c) mukaan niiden käyttö vähenee, kun etäisyys ja matkustusaika palvelupisteeseen pitenevät (Lantto 2000, Blomster 2001,16). Vastaavasti empiirisissä tuloksissa tuli esille, että eräässä kunnassa päivystyksen siirto on hillinnyt kysyntää. Tutkimuskunnissa on käynnissä palvelutarjontapaikkoihin liittyviä pohdintoja.

Empiiristen tutkimustulosten mukaan maksujen käyttö osana määrän hallintaa on lähes olematon tutkimuskunnissa, koska hintojen maksimimäärät on määritelty – joustoa on vain alaspäin. Lisäksi kuntalaiset ovat tietämättömiä kustannuksista ja kunnan maksamista hinnoista. Sama asia ilmenee lääkäritasolla, jossa ei ole tietoa siitä, mitä toimenpiteet maksavat. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että hinta ja kustannustietoisuutta tarvitaan lisää niin potilaille kuin hoitohenkilökunnalle.

Kirjallisuuden ja empiiristen tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että palvelujen tarjontaa voidaan rajoittaa erityisesti valtakunnallisilla päätöksillä, koska kuntien tarjonnan keinojen käyttöä rajoittavat lait. Hoitotakuu on konkreettinen toteutus valtakunnantasolla tehdystä priorisoinnista (Lammintakanen 2005, 120). Vastaavasti tutkimuksen empiirisissä tuloksissa tuli esille, että hoitotakuu on priorisointia. Toisaalta priorisointia on tehty ilman priorisointijärjestelmiä (Ryytänen ym. 1993, 80-83, Lammintakanen 2005, 36-37, Sihvonen 2006, 236). Tuloksissa nousee priorisoinneista kaksi asiaa ylös. Ensinnäkin priorisointi on vaikea aihe, jota ei haluta tuoda voimakkaasti esille. Priorisointia tapahtuu ja se näkyy kuitenkin eri tavoin eri organisaatiotasoilla kunnissa. Tutkimuskunnissa tarjontaa on pyritty rajoittamaan tekemällä HUS:n kanssa sopimuksia, jotka eivät ole kuitenkaan pitäneet. Hoitotakuu on leikannut keinon käyttöä. Hoitotakuun tulo koetaan positiivisena asiana, koska se yhdenmukaistaa käytäntöjä. Raja-arvojen asettamisessa nousee esille tärkeä näkökulma valtakunnan tason päätöksissä huomioitavaksi: tehdäänkö nykyisin terveistä ihmisistä sairaita.



Kuva 43. Kunnan tarjonnan keinoryhmän keinot ja toimijat, yhteenveto kirjallisuudesta ja empiirisistä tuloksista

Käyttö: Tutkimuskunnissa käytetään runsaasti käyttö keinoryhmän keinoja, mutta ei järjestelmällisesti

Kirjallisuuden mukaan käyttö muodostuu kysynnän ja tarjonnan yhteisvaikutuksesta. Baudrillardin (1988) mukaan käyttö ei pohjautu pelkästään tarpeisiin, vaan se pohjautuu kasvavassa määrin toiveisiin/haluihin (Bocock 1993, 3), jotka on ryhmitelty tutkimuksessa kysynnän ja tarpeen keinoryhmään. Käyttötilanteessa on useita keinoja ja ne vaikuttavat käyttömääriin: terveyskeskuslääkärin ja erikoissairaanhoidon lääkärin osaaminen, omalääkärijärjestelmä, hoidon porrastus, hoitoketjut, portinvartijuus, lähetekäytännöt ja teknologiat (Lantto 2000, Noro ym. 1999, 15-16, Palu 1993, 8, Harju 1993, 11, STM 1993, 18, 41, Turunen 1998, 133-146, Korttila & Kukkanen 1999, 41, Kuosmanen ym. 2004, 34, 52-55, 73, Kujansuu ym. 2002, Oxley & MacFarland 1994, 43, Itkonen 1997, 102-105, Vohlonen ym. 2000, 213, Lammintakanen 2004, 271-280, Junnila 2005). Lääkäri on käyttötilanteessa tärkein henkilö (Kuosmanen ym., 25, 31-4).

Empiiristen tulosten mukaan tutkimuskunnissa käytetään eniten käyttökeinoryhmän keinoja. Eniten käytettyjä keinoja ovat osaaminen, hoidon porrastus ja teknologioiden hyödyntäminen. Tärkeimpinä käytettyinä keinoina ryhmässä ovat hoidon porrastus ja osaaminen, joista viimeksi mainittu tulee esille muissakin kohdissa. Yleisesti voidaan sanoa, että keinoja on paljon

käytössä, mutta ei järjestelmällisesti. Keinot eivät ole suoranaisesti kohdistuneet erikoissairaanhoidon kustannushallintaan.

Tutkimuskunnissa on käytössä omalääkärijärjestelmät, mutta ne eivät toimi, koska lääkäreiden vaihtuvuus on liian suuri ja virkoja ei saada täytettyä. Omalääkärijärjestelmiä ollaan joissain kunnissa laajentamassa omahoitajiin. Syynä lienee se, että omalääkäri ja omahoitaja tuntevat potilaansa hyvin. Silloin tunnetaan todennäköisesti potilaan vaivatkin paremmin, siten voidaan olettaa, että omalääkärijärjestelmällä voidaan turhia lähetteitä vähentää ja potilas tulee hoidettua paremmin. Tätä oletusta tukee empiirisissä tuloksissa esiin nousevat havainnot siitä, että tilapäisenä toimiva lääkärin nähdään taas lisäävän lähetteitä erikoissairaanhoidon, koska hän ei tunne potilaiden taustoja.

Kirjallisuuden mukaan tietotekniikkaa voidaan hyödyntää potilaan lähettämisessä sekä palautetiedon antamisessa ja hankkimisessa. Samoin teknologia tuo uusia mahdollisuuksia hoidon toteuttamiseksi. Perusteluna käytölle ovat olleet pyrkimykset alentaa kustannuksia, nopeuttaa ja parantaa konsultaatiomahdollisuuksia, lisätä yhteistyötä sekä hoitaa potilasta vähintään yhtä hyvin kuin vanhoilla menetelmillä. (Itkonen 1997, 39-93.) Tietotekniikka antaa mahdollisuuden telelääketieteen, potilastietojärjestelmien ja konsultaatiojärjestelmien kehittämiseen (Kajander & Kontinen 1996). Empiiristen tulosten mukaan tietotekniikkaa on hyödynnetty tutkimuskunnissa ja se koetaan myös tärkeäksi käytetyksi keinoksi. Tuloksissa ei nouse esille teknologioiden hyödyntäminen hoidoissa ja tutkimuksissa. Sen sijaan tärkeinä koetaan tieto- ja tietoliikennetekniikoihin liittyvät potilastietojärjestelmät tietojen jakamiseksi, sähköiset konsultaatiomahdollisuudet ja yhteiset tietojärjestelmät. Teknologioiden nähdään nostavan kustannuksia ja helpottavan työtä.

Empiiristen tulosten mukaan hoidon porrastus on tärkein käytetty keino. Väärä porrastus voi lisätä kustannuksia. Kirjallisuudessa hoidon porrastus nousee myös tärkeänä keinona esille. Monipuolinen ja kestävä perusterveydenhuolto antaa mahdollisuudet siirtää osan erikoissairaanhoidon palveluista kuntien itsensä hoidettavaksi, esimerkiksi kaikki sairaudet ja niiden jälkitilanteet eivät edellytä sairaalatasoista hoitoa. Samoin saumaton yhteistyö sosiaalitoimen kanssa on tärkeää. (Palu 1993, 8, Harju 1993, 11, STM 1993, 18, 41, Turunen 1998, 133-146, Korttila & Kukkanen 1999, 41, Lantto 2000, Kuosmanen ym. 2004, 34, 52-55,73.) Empiiristen tulosten mukaan hoidon porrastuksessa on kehitettävää. Se ei toimi täysin ja huonosti toimiessaan se lisää lähetteiden määriä. Tutkimuskunnissa on tehty toimenpiteitä, kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidosta on siirretty tehtäviä perusterveydenhuoltoon sekä päinvastoin. Kunnissa on syntynyt ongelmia siitä, että tehtäviä siirrettäessä resurssit eivät ole aina siirtyneet. Johtopäätöksenä voidaan todeta, tässä tapauksessa hyväkin keino voi muuttua huonoksi keinoksi, kun se tehdään puolittain osaoptimoiden, esimerkiksi edellä olevassa tapauksessa se voi johtaa pahimmillaan työntekijöiden väsymiseen kasvavan työmäärän alla.

Kirjallisuuden mukaan hoitoketjuja on olemassa alueellisista potilaskohtaisiin hoitosopimuksiin (Saarenpää-Seppälä 2004, 161-164 Grönroos & Perälä 2002, 46). Toimiva näyttöön pohjautuva hoitoketju selkiyttää työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja ohjaa resursseja

mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti (Kujansuu ym. 2002). Empiiristen tutkimustulosten mukaan hoitoketjuja on kuvattu tutkimuskunnissa, mutta kaikin osin ne eivät ole käytössä joka paikassa. Kunnissa koetaan hoitoketjut yhdeksi tärkeimmiksi käytetyiksi keinoksi. Hoitoketjujen kuvaaminen ei takaa kuitenkaan niiden käyttöönottamista.

Kirjallisuuden pohjalta voidaan päätellä, että lähetekäytäntöihin vaikuttaminen on tärkeä hallintakeino. Lähettävä lääkäri tekee merkittävän taloudellisen toimenpiteen lähettäessään potilaan lääkäriin (Toivanen 1997, 1-24). Läheteiden lähettämässä on eroja; läheteitä lähettävät vähiten yleislääketieteen erikoislääkärit ja eniten lyhytaikaiset sijaiset. Samoin ammatillisen lisäkoulutuksen saaneet lähettävät vähemmän kuin heikommin koulutetut. Yleislääkäreille ei ole annettu läheteohjeita Suomessa. (Harju 1993, 163-165, Itkonen 1997, 102-105.) Empiiristen tulosten mukaan tutkimuskunnissa lähetekäytäntöihin vaikuttavat paikallisia ohjeita enemmän valtakunnalliset ohjeet, kuten Käypä hoito-suositukset. Paljon lähettävän lääkärin toimintaan ei ole järjestelmällisesti puututtu, eikä lähetekäytäntöihin vaikuttaminen ole aktiivisesti käytössä oleva keino. Keino ei näy siten tärkeimpien käytettyjen keinojen listalla.

Kirjallisuus nostaa yhtenä käytön hallintakeinoina portinvartijajärjestelmän. Portinvartijana voi toimia esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkäri. (Palu 1993, 8, Oxley & MacFarland 1994, 43.) HUS:ssa portinvartijana toimivat julkisen sektorin lääkärit perusterveydenhuollossa ja HUS:n erikoisalojen lääkärit. Empiiristen tutkimustulosten mukaan portinvartijuus ei ole tärkeimpiä käytettyjä keinoja. Esille on nostettava myös se havainto, että tutkimuskunnat eivät hallitse lähetevirtojaan, koska läheteiden hallinta ei ole mahdollista työterveys- ja yksityisen tai muiden läheteiden osalta. Tällöin läheteet ohittavat terveystieteiden keskuksen. Vastaava asia nousee esille myös kirjallisuudessa (Kuosmanen ym. 2004, 39-41). Voidaan todeta, että tilanne on erikoinen, koska palveluiden päämaksaja eli kunta ei pääse vaikuttamaan näihin läheteisiin. Samoin kunta ei pääse suoraan vaikuttamaan HUS:n sisäisiin läheteisiin. Sen sijaan epäsuoraan kunta voi vaikuttaa esimerkiksi asettamalla sairaanhoitopiirin talousarviossa tavoitteita asian suhteen.

Osaamisen kehittäminen on tärkeimpiä käytettyjä keinoja ja sen sisältämiä toimenpiteitä käytetään paljon. Kirjallisuuden mukaan osaaminen on tärkeää, koska se liittyy niin lähetehallintaan kuin hoidon porrastuksen ja hoitoketjujen toimivuuteen. Terveystieteiden erikoistuminen ja kokemus vaikuttavat erikoissairaanhoidon konsultaatioiden ja läheteiden määrään (Lantto 2000). Läheteiden määrän vähentämisen paras keino on koulutuksen lisääminen ja konsultaatioiden lisääminen (Harju 1993, 163-165, Itkonen 1997, 102-105). Tutkimuskunnissa osaamista on kehitetty ja varmistettu mentorjärjestelmillä, konsultaatiomahdollisuuksilla, perehdytyksellä ja yhteisillä tilaisuuksilla. Kuntien ongelma on lääkäripula, joka näkyy tilapäislääkärien käyttönä. Tilapäislääkärien käyttämisen arvioidaan lisäävän lähetemääriä. Yhtenä syynä tähän on se, että tilapäisesti toimiva lääkäri ei tunne potilaiden taustoja yhtä hyvin kuin vakainainen lääkäri. Keinoina tuloksissa nousevat esille tilapäishenkilöstön käytön vähentäminen ja henkilöstöjohtaminen.

Organisaation kehittäminen: Yhteistyö on tärkeä käytetty keino organisaation kehittämisessä – tulokset ovat vielä vähäisiä

Organisaatiota kehittämällä luodaan edellytyksiä kustannustehokkaalle toiminnalle. Kirjallisuuden mukaan keinoja on tässä useita. Omaa toimintaa voidaan kehittää kannustamalla henkilöstöä sisäiseen yrittäjyyteen, rakentamalla oikeaan suuntaan ohjaavia kannustin- ja palkkausjärjestelmiä, uudistamalla kunnan omaa palvelutuotantoa, yhdistämällä hallintokuntia uudella tavalla, muuttamalla toimintakulttuureita ja asenteita, nostamalla hyvällä henkilöstöjohtamisella motivaatiota sekä hakemalla palvelutuotantorakenteissa verkostoratkaisuilla uusia mahdollisuuksia sekä käyttämällä johtamisen keskeisimpiä alueita suunnittelua, organisointia, henkilöstöhallintoa, johtamista, koordinoimista, tiedottamista ja taloutta (Autio 1992, 145, Malkki 1994, 133, Mäkelä 1994, 147-172). Empiiristen tulosten mukaan organisaation kehittäminen keinoryhmä on tärkeä. Tärkeimpiä käytettyjä keinoja ovat yhteistyö ja oman toiminnan organisointi sekä henkilöstöresurssit ja kustannustietoisuus. Keinoista eniten käytössä ovat organisaation rakenteiden kehittäminen, seurannan kehittäminen (johdon laskentatoimi) ja johtamisen kehittäminen. Keinot tähtäävät sekä määrin että oman toiminnan yksikkökustannusten ”hinnan” alentamiseen.

Empiiristen tulosten mukaan organisaatioiden rakenteiden kehittäminen on yksi tärkeimpiä ja myös yleisesti käytetty keino, jolla voidaan vaikuttaa yksikkökustannuksiin, ja myös määrin. Se menee osin päällekkäin hoidon porrastuksen kanssa. Tärkeä toimenpide on ollut HUS:n muodostaminen, jossa on tavoiteltu tehokkuuden parantamisella kustannusten alentamista. Kustannuksia ei ole saatu alennettua. Tuotantovalinta ei ole tärkeä keino, eikä sitä ole yleisesti käytetty. Näyttää sille, että HUS:ssa on kaksi kehityssuuntaa pienten ja keskisuurten kuntien perusterveydenhuollon-erikoissairaanhoidon-sosiaalitoimen yhdistäminen ja suurten kuntien erikoissairaanhoidon erikoisosaamiskeskukset ja erillään olevat perusterveydenhuollon toimijat. Halua kehittää toimintaa on.

Empiiristen tulosten mukaan johtamisen kehittämistä tehdään kouluttamalla ja hakemalla yhteistä johtamiskulttuuria. Tuloksena se ei ole uusi, koska kirjallisuuden mukaan johtamiseen on kiinnitetty julkisella sektorilla huomioita jo pidempään. STM:n (1993) mukaan johtajien valikoitumisessa on ollut puutteita jo vuonna 1993 (kansallisella tasolla); johtamiskokemukseen, -koulutukseen ja – taitoon ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Keinoina ovat olleet muun muassa johtamiskoulutus, pätevyysvaatimusten tarkistaminen, asiakaspalautteen käyttö osana johtamista ja koulutukseen lisätään substanssialoilla johtamiskysymyksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993, 48.) Empiiristen tulosten mukaan organisaatiossa vastuiden jakaminen (johtaminen) ja siihen liittyvä seuranta ovat normaali johtamisen keino. Tutkimuskunnissa on tosin epäselvää, kuka tosiasiallisesti vastaa erikoissairaanhoidon kustannuksista.

Kirjallisuuden mukaan kannustinjärjestelmillä voidaan vaikuttaa johdon ja lääkärin toimintaan. Lääkärille voidaan maksaa suoriteperusteista kuukausipalkkaa tai kapitaatioperusteista palkkaa. (Niemelä 1999, 71.)

Empiiristen tulosten mukaan palkitsemisjärjestelmiä on käytössä, mutta ne eivät liity erikoissairaanhoidon kustannushallintaan. Lopuksi on todettava, että palkitsemisjärjestelmät voivat toimia myös itseänsä vastaan; tärkeämmäksi voivat nousta suoritteiden määrä laadun sijaan.

Empiiristen tulosten mukaan johdon laskentatoimen osa-alueet ovat käytössä kapea-alaisesti ja niiden kehittämistä on tehty jonkin verran. Tutkimuskunnissa on kehitetty seurantajärjestelmiä. Tuloksissa nousee esille se, että terveysasematasolla ei tehdä erikoissairaanhoidon seurantaa, ei eurojen eikä määrän suhteen. Seurantaa tehdään kuntien johdossa. Terveysasemilla on halua seurata ja ottaa vastuu erikoissairaanhoidon kustannuksista sekä vertailla omaa toimintaa muihin.

Empiirisissä tuloksissa yhteistyö nousee esille eritasoisina yhteistyömuotoina ja verkottumisena. Yhteistyö on yksi tärkeimmistä käytetyistä keinoista. Sen takana on osin lainsäädäntö; erikoissairaanhoidolaissa määrätään sairaanhoitopiiri tekemään yhteistyötä ja koordinoimaan. Yhteistyö ilmenee HUS:n lääkäreiden jalkautumisena terveysasemille, kuntien välisenä yhteistyönä, kuntien ja erikoissairaanhoidon neuvottelukuntina jne. HUS:n kanssa tehtävä yhteistyö koetaan joiltakin osin negatiivisesti siten, että tutkimuskunnissa koetaan, että HUS määrää ja lähettää sanktioita.

Empiiristen tulosten mukaan perusterveydenhuollon henkilöstön resursointi on tärkeää. Joillakin tutkimuskunnilla on ongelmia perusterveydenhuollon resurssien riittämättömyydestä. Tulosten mukaan riittämätön resursointi voi johtaa hoidonporrastuksen toimimattomuuteen siten, että potilas saattaa olla väärässä paikassa hoidettavana. On pääteltävissä, että resurssien puute johtaa henkilöstön korkeaan vaihtuvuuteen ja kasvattaa ”reppulääkärien” käyttämistä. Täten lääkäripula, osaamisen riittämättömyys, tehtävien siirto ilman resurssien kasvattamista, reppulääkärit ja vaihtuvuus, ovat selittäjiä erikoissairaanhoidon kustannusten kasvulle.

Tärkeä, ja ei välttämättä rahallisia resursseja vaativa, keino on kustannustietoisuus. Empiiristen tutkimustulosten mukaan kustannustietoisuus on vähäisesti käytetty keino. Kustannustietoisuutta ei ole riittävästi henkilöstöllä eikä kuntalaisilla. Tuloksissa tulee esille, että kustannustietoisuutta voi lisätä laittamalla kokonaiskustannukset potilaalle lähtevään laskuun, hintalistat seinällä sekä lääkäreiden on hyvä nähdä kuinka paljon hänen lähetteensä ovat maksaneet ml. vertailut toisiin. Toisaalta tuli esille se, että kustannustietoisuuden lisäämiseen voi liittyä eettisiä ongelmia.

Ostaminen: Tutkimuskunnilla ei ole todellista ostaja-asemaa HUS:iin nähden; keinot ovat vähäisesti käytössä

Empiiristen tulosten mukaan ostamisen keinot ovat vähäisessä käytössä. Hoitotakuu on vienyt ostamisen ja sen ohjauksen mahdollisuuksia askeleita taaksepäin, koska lainsäädäntö antoi järjestämisvastuun sairaanhoitopiirille. Kunnat kokevat ostajina voimattomuutta HUS:n edessä. Edellisen pohjalta voidaan tehdä johtopäätös, että kunnilla ei ole todellista ostaja-asemaa HUS:iin

nähdän. Tulosten mukaan tärkeimpien käytettyjen keinojen listalle nousevat vain alibudjetointi ja kilpailuttaminen. Yleisimmin käytössä olleet keinot ovat ostaminen muualta ja budjettirajoitteet. Muita vähäisesti, tai ei lainkaan, käytettyjä keinoja ovat kilpailuttaminen, sopimusohjaus (ei teorian mukaisesti), tilaaja-tuottajamalli ja hinta. Kirjallisuuden mukaan keinoja kustannusten hallitsemiseksi on kuitenkin olemassa, kuten palveluntuottajien kilpailuttaminen, kilpailun lisääminen ja palvelutoiminnan tehostaminen, tilaajien ja tuottajien roolien eriyttämistä sekä potilaiden valinnan vapauden lisääminen (Pasanen 1999, 43).

Kirjallisuuden mukaan hintoihin vaikuttaminen on hyvin vähäistä kunnissa (Kuosmanen ym. 2004, 25, 31-41) ja sama asia tulee esille myös empiirisissä tuloksissa. Kunnat kokevat, että hinnat tulevat HUS:lta annettuina. HUS:ssa on käytössä DRG-hinnat, mutta niihin ei luoteta täysin. Saatujen vastausten mukaan hinnoittelu ei ole kunnossa HUS:ssa. Esiin tuli, että hinnoittelun tulisi sisältää kannustinjärjestelmiä myös tuottajaan päin, jotka liittyisivät osana HUS:n johdon palkkiojärjestelmiä.

Kirjallisuuden mukaan kilpailuttaminen voi parhaimmillaan pakottaa yrityksen toimimaan tehokkaasti sekä tarjoamaan mahdollisimman laajan tuote- ja palveluvalikoiman mahdollisimman alhaisin hinnoin (Aho 1993, 6-8). Kuitenkaan kilpailu ei ole aina se paras ratkaisu, koska kilpailu ei ole aina kansantaloudessa suotavaa saati sitten kannatettavaa. Monopolitilanteessa eli kilpailun puuttuessa on tarvetta kannustimille ja sanktioille. (Vihanto 1996, 78-82.) Palvelusetelit ovat yksi kilpailuttamisen muoto, jossa potilas kilpailuttaa toimijoita. Niiden tavoitteena on lisätä valinnanvapautta ja tehostaa palvelutuotantoa (Mikkola 2003,15). Empiiristen tulosten mukaan kilpailuttamista ja muilta toimijoilta ostamista on jonkin verran. Kuntien välillä on eroja. Kokemukset kilpailuttamisesta ovat olleet pääosin positiivisia. Hoitotakuu vähensi kuntien kilpailuttamista, koska hoitotakuu antoi järjestämisvastuun sairaanhoitopiirille. Yhtenä huolena nousee esille se, että kuntien ostaessa palveluita muualta HUS ei sopeuta toimintaansa. Vastaava asia nousee esille myös kirjallisuudessa (Harju 1993, 163-165, Ohtonen 2002, 76, Kuosmanen ym. 2004, 69). Tutkimuskunnissa on epäilyksiä siitä, että kustannukset tulevat kahdesti maksettua. Palveluseteleiden käyttö nähdään joustomahdollisuutena, mutta keinona sitä ei ole käytetty. Kilpailun edistämistä ja markkinoiden luontia ei ole tehty. Kilpailuttamisesta on nostettava yksi haaste esille, joka ei tule ilmi kirjallisuudessa eikä tuloksissa, lääkäripalveluissa voi tulla eteen tilanne, että joku toimija voi pyrkiä valitsemaan parhaimmat ja helpoimmat potilaat ilman vastuuta.

Kilpailujärjestelmän luonti edellyttää tilaajan ja tuottajan erottamista eli tilaaja-tuottajamallia. Suomen julkisessa terveydenhuollossa tilaajan ja tuottajan suhteiden epämääräisyys ja yhteen kietoutuminen hämärtää palvelujen tilaajan ja tuottajan roolia ja haittaa kilpailun toteutumista (Pekurinen 1994, 34). Perttulan (1994) ja Valkaman (1994) mukaan tilaaja-tuottajamallissa julkisen sektorin virasto pilkotaan tilaajiin/ostajiin ja tuottajiin/myyjiin. Myyjät voivat olla julkisen sektorin tai yksityisen sektorin toimijoita. Kilpailuttaminen on oleellinen osa mallia. Järjestämisvastuu säilyy viranomaisella. (Pasanen 1999, 17.)

Empirian ja kirjallisuuden pohjalta voidaan todeta, että malli on jo rakenteellisesti olemassa; kunnat ovat tilaajia ja HUS on tuottaja. Empirian tulosten mukaan malli ei kuitenkaan toimi johtuen monista syistä, kuten lainsäädäntö, tilaaja-osaamisen puuttuminen sekä yleensä ajattelumallit, asenteet kunnissa ja HUS:ssa.

Kirjallisuuden mukaan sopimusohjaus on osa tilaaja-tuottajamallia ja se on terveydenhuollon ohjausjärjestelmä, jolla pyritään hallitsemaan kustannuksia (Oxley & MacFarland 1994, 39, Pasanen 1999, 10-14, Kuosmanen ym. 2004, 16-19, Efektia 2004, 7). Kunta voi sopimuksessa sopia painotuksista ja määristä (Kuosmanen ym. 2004, 25, 31-41). Empiiristen tulosten mukaan tutkimuskunnissa ei ole teorian mukaista sopimusohjausta, vaikkakin HUS:n jäsenkunnissa sopimuksia on tehty. Sopimuksissa on sovittu määristä, mutta ei hinnoista. Sopimuksen eivät ole pitäneet ja kunnat kokevat, että HUS sanelee.

Omistajaohjaus: Omistajaohjaus on kunnissa alkutaipaleella

Kirjallisuuden mukaan omistajaohjauksella voidaan vaikuttaa hintojen muodostumiseen vaikuttamalla sairaanhoitopiirin tuotantoprosessiin ja sen johtamiseen sekä tuotannon tekijöihin liittyviin tekijöihin. Keinoja on useita muun muassa sairaanhoitopiirin valtuuston toiminnan kehittäminen, valtuuston jäsenten valinta, jäseniin vaikuttaminen sekä hallitukseen liittyvät toimenpiteet (jäsenten valinta, kokoonpanoon ja jäseniin vaikuttaminen), valtuustossa ja sairaanhoitopiirin alueellisessa lautakunnassa vaikuttaminen, omistajakuntien yhteistyö, roolien täsmentäminen, valiokunnat ja sisäinen valvonta. Empiiristen tulosten mukaan omistajaohjaus keinoryhmän keinoja käytetään vähäisesti. Kuitenkin suurten kaupunkien ylin johto näkee omistajaohjauksen tärkeänä keinoryhmänä. Kirjallisuuden mukaan omistajaohjauksen tarve on lisääntynyt, koska toimiva johto on joissain tapauksissa toiminut omistajien etujen vastaisesti (Pellervo 1991, 1-7). Empiiristen tulosten mukaan vastaavaa tarvetta esiintyy HUS:ssa; HUS:n johto ei mene kuntien haluamalla tavalla eteenpäin, vaan toimivat ja saavat toimia kuin omistajat.

Kirjallisuudessa on viime vuosina noussut esille käsite Corporate Governance. Se on järjestelmä, jolla yrityksiä johdetaan ja valvotaan (Cadbury 1992, 14). Omistajaohjaus voidaan jakaa välittömään ja välilliseen ohjaukseen. Ensinnäkin ohjausta voidaan tehdä välittömästi omistajan johtaessa yritystä, omistajarakenteita muokkaamalla yritysrajat ja yritysjärjestelyillä sekä ostamalla tai myymällä osakkeita. Tästä on yksi esimerkki HUS:sta; Myrskylä on eronnut HUS:sta vuonna 2005. Lisäksi eräs kunta on pohtinut samaa, mutta eroamisen tekee hankalaksi pitkät välimatkat toiseen sairaanhoitopiiriin. Toiseksi ohjausta voidaan tehdä välillisesti vaikuttamalla hallituksessa tai hallintoneuvostossa tai yhtiökokouksissa tai valtuustossa esimerkiksi luomalla johdolle palkitsemisjärjestelmiä (Lainema 1998, 16-17, S.A.M.I 1998,8-10, Haapanen ym. 2002, 86-87, osakeyhtiölaki, erikoissairaanhoitolaki). Empiiristen tulosten mukaan tutkimuskunnat ovat pyrkineet vaikuttamaan hallitukseen ja valtuustoon, mutta näyttöä onnistumisesta ei ole.

Kirjallisuuden ja empiirisen aineiston perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitopiirin valtuusto on tärkeässä roolissa, koska siellä hyväksytään omistajien tavoitteet. Lisäksi valtuusto voi käyttää lähes kaikkia ohjaustapoja; määrärahaohjausta, kannustinjärjestelmiä, rekrytointiohjausta, organisointiohjausta, informaatio-ohjausta sekä valvontaohjausta. Empiriassa nousi esille yhtenä kehittämisvaihtoehtona valtuuston muuttaminen yhtymäkokoukseksi, koska omistajakuntien tahto välittyi heikosti päätöksentekoon ja valtuuston jäsenet ovat toimineet valitsijakuntiensa tahdon vastaisesti. Kirjallisuuden mukaan yhtymäkokous muistuttaa kunnan valtuustoa ja osakeyhtiön yhtiökokousta sekä se sopii laaja-alaisen yhtymän ylimmäksi päätöksentekuelimeksi, jonka toiminnassa päätöksenteolla on keskeinen sija (Heuru 2001, Valkama 2004,100, Kuntalaki). HUS:n jäsenkunnat odottavat edustajien vaikuttamista nykyistä enemmän investointeihin, henkilöstöasioihin sekä toiminnan tehostamiseen

Kirjallisuuden ja empirian pohjalta voidaan päätellä, että hallituksen rooli on merkittävä sairaanhoitopiirin ohjauksessa. Yleensä hallituksen rooli nähdään tärkeänä organisaatioissa, koska hallitus on omistajan asialla ja edistää omistajien etua sekä on johdon tukena (Ekström 2004, 95, Haapanen ym. 2002,12-14, Cadbury Code 1992, 14, HEX 2003, Hirvonen ym. 1998, 82-83). Kirjallisuuden mukaan omistajaohjauksessa ristiriitaa aiheuttaa se, että hallitus ajaa organisaation etua ja toisaalta hallituksen jäsen ajaa omistajakuntansa etua (Valkama 2004, 183-188). Vastaava asia tulee esille myös empiirisissä tuloksissa; jatkossa HUS:n hallituksen jäsenien edellytetään ajavan kuntien etua eikä HUS:n etua.

Kirjallisuuden mukaan hallituksen tehtävänä on ohjata toimintaa ja sillä on käytössään useita tapoja tehdä ohjausta: johdon kompensatio- ja palkkiojärjestelmät, johdon ja toimitusjohtajan rekrytointi, pääomarakenteiden hallinta, tilintarkastus, mekanismien ja sisäisen valvonnan määrittelyt, riskien hallinta, toimitusjohtajan tukeminen, lakien noudattaminen, liiketoiminnan seuranta ja valvonta, perustrategian valitseminen ja hyväksyminen, johtamisjärjestelmän toimivuuden varmistaminen, valvoa ja edellyttää johdolta tehokasta toimeenpanoa sekä päättää resursseista, investoinneista ja desinvestoinneista päättäminen tai ehdottaminen päätettäväksi (Lainema 1998, 16-17, S.A.M.I 1998,8 Hirvonen ym. 1998, 82-83 Cadbury Code 1992, 14, HEX 2003, Haapanen ym. 2002, 12, ks. Demp-Neubauer 1992, Ward 1991,15-27, osakeyhtiölaki). Kustannustenhallinnassa on tärkeää vaikuttaminen budjetin kautta. Siinä hallitus voi vaatia johdolta esimerkiksi kustannusten alentamista. Hallituksen ei tule hyväksyä suunnitelmaa, joka ei ole omistajien odotusten kannalta riittävä. (Hirvonen ym. 1998, 90-92.) Empiirisen aineiston pohjalta voidaan nähdä, että HUS:n hallitus edustaa merkittävää vallankäyttöä, koska HUS:n hallituksella on useita strategisesti tärkeitä tehtäviä. Hallituksen toimivallasta määrätään johtosäännössä (HUS perussopimus 2004, HUS ohjeet ja käyttösäännöt 2004.) Empiiristen tulosten mukaan HUS:n hallituksen toimintaan ei olla täysin tyytyväisiä. HUS:n hallitus toimii aluepolitiikan näyttämönä. Kuntien edustajat eivät valmistaudu riittävän hyvin ja roolit menevät sekaisin. On kuitenkin muistettava, että hallituksen roolia määrittelevät omistajat. Jos

omistajat aktivoituvat, edellyttää se myös kulttuurimuutosta hallitustyöskentelyyn.

Hallituksen koolla ja kokoonpanolla on oma merkityksensä kirjallisuuden mukaan. Kustannushallintaa aktiivisesti vaativalle omistajalle on tärkeää se, keitä hallituksessa on ja miten he vaikuttavat toimintaan. Hallituksen jäsenmäärän ollessa 4-8, voidaan saavuttaa riittävä asiantuntemus ja kollegiaalisen vastuun taso sekä varmistaa hallituksen työskentelyn tehokkuus. (Hirvonen ym. 1998, 26-29, 54-55.) HUS:n hallituksen jäsenet ovat pääosin poliitiikkoja lukuun ottamatta yliopiston edustajia ja hallituksen puheenjohtajaa. Empiriaosassa tuli esille tarve muuttaa hallituksen kokoonpanon pienemmäksi ja asiantuntijahallitukseksi.

Keinojen käyttämiselle ei ole välttämättä esteitä

Kirjallisuuden ja empiiristen tutkimustulosten pohjalta todeta, että kunnat voivat hallita kohtuullisesti erikoissairaanhoidon kustannuksia, koska kunnilla on useita keinoja toimenpiteineen käytettävissään ilman esteitä tai ne ovat ainakin pääosassa keinoja poistettavissa. Keinojen vaikuttamisaikajänne vaihtelee keinoryhmittäin ja keinoittain. Haastateltavien arvioista laskettuna HUS:n alueella voidaan alentaa kustannuksia yli 100 miljoonaa euroa vuodessa, jos kaikki tärkeimmät keinot voitaisiin ottaa käyttöön. On kuitenkin huomioitava, että edellinen summa perustuu haastateltavien antamaan arvioon ja taustalla on oletus, että taustatekijät säilyvät ennallaan kuten rahanarvo ja kuntalaisten määrä.

Kunnat haluaisivat ottaa käyttöön lisää samoja keinoja kuin on jo käytössä

Empiiristen tutkimustulosten mukaan tutkimuskunnat haluaisivat ottaa käyttöön lisää samoja keinoja kuin on jo käytössä. Kunnat ottaisivat käyttöön selkeästi eniten organisaation kehittäminen keinoryhmän keinoja, jossa vaikutetaan pääosin yksikkökustannuksiin ”hintoihin” ja sen taustalla oleviin tekijöihin. Samoin kunnat näkevät tärkeinä käyttämättä olevina keinoryhminä käyttö- ja ostaminen keinoryhmän keinot. Eri kokoluokan kunnissa on eroja. Keskisuurissa kunnissa lähes yhtä tärkeitä keinoryhmiä ovat organisaation kehittäminen, käyttö ja ostaminen. Pienissä kunnissa painottuvat tarpeen ja kysynnän keinoryhmä. Suurten kuntien osalta erottuu selkeästi yksi keinoryhmä ylitse muiden; organisaation kehittäminen. Kunnittain on jonkin verran eroja. Organisaatiotasoittein on eroja; ylilääkärit ottaisivat ero keinoryhmiä käyttöön tasaisesti, kun taas johtajilla painottuu organisaation kehittäminen.

Kunnat haluaisivat ottaa keinoista käyttöön rakenteiden uudistamista, osaamisen kehittämistä, yhteistyön lisäämistä ja johtamisen kehittämistä. Kunnissa on eroja kokoluokittain. Suurten kuntien osalta keinoista tärkeimpiä ovat johtaminen ja yhteistyö sekä osaaminen. Keskisuurissa nousevat esille organisaation rakenteisiin vaikuttaminen sekä hinta ja osaaminen. Kunnittain on

pieniä eroja. Organisaatiotasoin voidaan tunnistaa eroja; ylläkärit näkevät tärkeimmiksi käyttöön otettavina keinoina osaamisen ja yhteistyön, mutta johtajat näkevät tärkeimmiksi rakenteiden kehittämisen ja johtamisen.

Osalle keinoista ei ole lainkaan esteitä

Empiiristen tulosten mukaan monet erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinojen käyttämisen esteistä voidaan poistaa ja osassa niitä ei ole lainkaan. Tutkimustulosten mukaan esteitä ovat ammattikunnat, joista erityisesti nousevat esille lääkäri- ja hoitaja-ammattikunnat. Samoin esteenä ovat eri päättäjryhmät, joista tutkimus tuo esille erityisesti poliittiset päättäjät. Esteenä on myös yleinen muutosvastarinta vallan menettämiseen. Lisäksi esteitä ovat johto (HUS, oma johto), eduskunta ja lainsäädäntö, rahan vähäisyys ja resursointi sekä suuruus. Samoin yksittäisesti nousevat esille Helsinki, Kela, omistajarooli, uskallus ja kokemus, virkaehtosopimukset sekä STM, Yliopisto ja Stakes.

Tarpeen ja kysynnän keinoryhmässä tärkeimmille käyttämättä oleville keinoille ei noussut esille merkittävästi esteitä. Sen sijaan tarjonnan keinoryhmässä haluttaisiin käyttää hintaa nykyistä enemmän keinona, mutta hinnan käyttämisen esteenä on asiakasmaksulaki. Käyttökeinoryhmässä nousee esille, että osaamisen varmistamisen esteenä ovat useat syyt, kuten peruslääkärikoulutus ja lääkäripula, sekä hoidon porrastuksen esteenä ovat asenteet. Organisaation kehittämisen keinoryhmässä rakenteiden kehittämisen esteenä ovat lähinnä ammattikunnat ja normaali muutosvastarinta aseman menettämisen takia. Yhteistyön tekemiseen ei ole suuria esteitä. Ostamisen keinoryhmässä kilpailuttamisen esteenä ovat lähinnä poliitikot ja asenteet sekä osaaminen. Omistajaohjauksen lisäämisen esteenä ovat pääosin poliitikot.

Taulukko 37. Esteet keinoryhmittäin ja keinoittain, jotka on kerätty sekä keinoryhmäkäsittelyistä että tärkeimmistä käyttämättä olevista keinoista

| Keinoryhmä | Ottasi käyt-töön Esteet |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarve ja kysyntä | Esteet (kerätty sekä keinoryhmistä että tärkeimmäksi koetuista 7 käyttämättä olevista keinoista) |
| Terveyskäyttäytyminen | 4 resurssit, uskallus, kokemus |
| Sairastavuuden alentamiseen vaikuttaminen | 3 suuret kansainväliset ruokalan konserni, ymmäryksen puuet |
| Sosiaaliin ja demografisiin tekijöihin vaikuttaminen | 0 |
| Tarjonta | 4 |
| Hinta | 3 asiakasmaksulaki (4 kpl) |
| Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen Jono ja jonohallinta, tarjontapaikka | poliittiset päättäjät (2 kpl), laki, professiot ja heidän asenteet ja erikoisalojen väliset jännitteet (2 kpl), kustannusvaikuttavuustekimusten puute sis Yliopistot ja Stakes (3 kpl) |
| Käyttö | 0 |
| Osaamisen varmistaminen | 13 |
| Hoidon porrastus | 8 resurssointi, lääkärripula, virkaehtosopimukset, terveydenhuollon hierarkiat, johtaminen, työn epätasainen kuormittuvuus (kaksi mainintaa ei esteitä), kunnan pienuus |
| Hoitoketjut | 3 asenteet (2 kpl), tieto, muutosvastarinta, ammattikuntien väliset jännitteet |
| Menelmät | 1 lääkärikunta ei halua (liittyi potilasohjaukseen) |
| Omalääkäri ja -hoitaja, teknologiat, lähetekäytännöt, yksilö | 1 vakiintuneet käytännöt |
| 0 | 0 |
| Organisaation kehittäminen ja palvelutuotantovalinnat | 32 |
| Organisaation ja rakenteiden kehittäminen | reuna-alueiden vastus, professiot (4 kpl), hus hallitus ja johto, aseman menettäminen (2 kpl), poliitikot, monimutkaiset päätöksentekojärjestelmät, 9 osaamattomuus, ei esteitä (1 kpl) |
| Verkostoituminen ja yhteistyö | 8 hallinnollinen hahmottuus, johto, ei esteitä (2 kpl) |
| Johtamisen kehittäminen | 6 professiot, poliittinen järjestelmä, ei esteitä (2 kpl) |
| Kannustinjärjestelmät | professiot (2 kpl), ammattiliitot/virkaehtosopimukset (4 kpl), oma laiskuus, 3 poliitikot, vastuiden epäselvyys/todentaminen (2 kpl) |
| Johdon laskentatoimen kehittäminen | 2 tietojärjestelmien sekavuus, resurssit, johtamisesta kiinni, aika |
| Laatu tmv. | 2 |
| Henkilöstöresurssit | 1 suuruus, hallinnollinen hahmottomuus, johto, eri esteitä (2 kpl) |
| Kustannustietoisuus | 1 ei esteitä |
| Palvelutuotantovalinnat, sisäinen yrittäjyys | 0 |
| Ostaminen | 11 |
| Ostaminen muualta kuin HUS; kilpailuttaminen ja kilpailun edistäminen | ei esteitä (2 kpl), poliitikot (3 kpl), asenne (2 kpl), osaaminen (2 kpl), kuntien omistajarooli, HUS ei sopeuta toimintaansa (2 kpl), KELAN korvauskäytännöt, laki, ei esteitä (1 kpl) |
| Tilaja-tuottajamalli ml muut organisoinnit | 3 lainsäädäntö, päättäjät, johtavat viranhaltijat, yhteisymmärryksen puute |
| Sopimusohjaus | 1 pienuus, eduskunnan rohkeus |
| Laskutus | 1 uskalluksen puute poliitikot ja johto, aika ei ole kypsä |
| Ostorengas, budjettirajoitteet, hinta | 1 |
| Omistaminen | 4 |
| Ohjaustoimenpiteet | professiot, poliitikot ja poliittinen järjestelmä (6 kpl), laki (2 kpl), HUS |
| Hallitustoiminnan kehittäminen | 2 hallitus, STM |
| Toimitusjohtajan ja ylimmän johdon asema, palkitsemisjärjestelmät ja palkkaus | 1 poliitikot ja poliittinen järjestelmä (5 kpl), laki, valta (2 kpl) |
| Valtuuston aseman ja tehtävien kehittäminen, hallintoneuvosto, sisäinen valvonta, läpinäkyvä omistajafiedottaminen, omistajakuntien yhteistyö, SHA-lautakuntien toiminnan kehittäminen, valiokunnat, eri elinten roolien täsmentäminen, Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen, ero sairaanhoitopiiristä | 1 ammattiyhdistys/työehtosopimukset, asenteet, poliitikot (2 kpl), HUS johto |
| 0 | 0 |

Tutkimuksessa nousseita havaintoja ja toimenpide-ehdotuksia

Yleisesti voi todeta, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kustannushallinnan keinot ovat osin samoja ja sen vuoksi niitä on hyvä tarkastella samanaikaisesti. Sekään ei välttämättä ole riittävää laajuus, koska keinojen käyttö voi näkyä kunnan muissa toiminnoissa; yhdessä paikassa tehty kustannusten lasku voi osoittautua toisessa paikassa jopa kustannusten laskua suurempana kustannusten kasvuna. Lisäksi on jopa mahdollista, että kuntatasolla tehty kustannusten alentamiskeino osoittautuu suurempina kustannuksina valtiolla ja/tai potilaalla ja/tai muulla toimijalla. Erikoissairaanhoidon kustannushallintaa on siksi perusteltua tarkastella kokonaisvaltaisesti, jossa huomioidaan kaikki rahoittajat ja minimoidaan tämän kokonaisuuden kustannuksia. Tältä osin voidaan todeta, että Suomen monikanavainen rahoitusjärjestelmä ei ole välttämättä paras, koska se ei kaikissa tapauksissa johda kokonaisuuden kannalta pienimpiin kustannuksiin.

Kunnat voivat vaikuttaa erikoissairaanhoidon kustannuksiin, mutta se on rajallista, koska muun muassa valtiotasolla tehdään päätöksiä, jotka voivat näkyä suoraan kuntien kustannusten nousuna tai laskuna. Kunnat tarvitsevat kustannushallinnassa valtiotasolta tukevia päätöksiä, koska valtiolla on merkityksellinen rooli kustannuksiin vaikuttavana tahona.

Tarpeen ja kysynnän keinot tulivat esille empiriaosassa vähäisemmin kuin kirjallisuudessa. Näiden keinojen käyttäminen näkyy ensisijaisesti pitkällä aikajänteellä määrissä ja toimenpiteiden kohteena ovat kuntalaiset. Keinoryhmän keinojen käyttäminen ei ole vain terveydenhuollon asia, vaan se koskettaa koko kuntaorganisaation toimintaan. Empiriaosan perusteella voidaan olettaa, että kunnissa tarvitaan nykyistä enemmän poikkihallinnollista ajattelua erikoissairaanhoidon (terveydenhuollon) kustannushallinnassa. Tarpeen ja kysynnän hallinta keinoja ovat työ-, asuin- ja vapaa-ajan ympäristön muokkaaminen terveyttä edistäväksi, ympäristöterveydenhuollon alueet, mielenterveystyö ja sosiaalisen tuen alueet, toimenpiteet väkivallan ja tapaturmien ehkäisemiseksi sekä terveystyöikäytymiseen, asenteisiin ja tietoihin vaikuttaminen sisältäen vaikuttamisen yhteisön käyttäytymiseen ja mielipidejohtajiin. Lisäksi perusterveydenhuollon puolella tarvitaan riittävät resurssit, jotta ennaltaehkäisevää työtä voidaan yleensä suorittaa. Tutkimuksessa nousee esille yksilön vastuu omasta terveydestään sekä väestön terveyspalveluiden käyttöön ja terveystyöikäytymiseen vaikuttaminen. Kirjallisuudesta voi tehdä yhden poiminnan liittyen poikien koulutustason vaikutuksesta kustannuksiin, jonka pohjalta on syytä pohtia poikien positiivisen diskriminaation käyttöä kouluissa. Kunnat tarvitsevat tukevia toimenpiteitä tässä keinoryhmässä valtiolta. Valtio voi tukea kuntien työtä esimerkiksi verotuspäätöksillä. Tästä esimerkkinä arvonlisäveron käyttäminen ennaltaehkäisevän työn keinona, koska hinta ohjaa kysyntää.

Tarjonnan keinot näkyvät pääasiallisesti määrissä. Tarjonnan keinojen käyttö on kunnissa rajallista. Kunnat voivat kuitenkin pohtia, mitkä ovat palveluiden

tarjontapaikat yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa ja esimerkiksi sitä, mitä erikoissairaanhoidon palveluita pitää tarjota nykyistä enemmän ja nopeammin, jotta potilaan sairauspäivien määrä minimoitaisiin. Valtiotasolla voi olla hyvä pohtia asiakasmaksujen kehittämistä rinnakkain vaikuttavuustutkimusten ja priorisointipäätösten kanssa. Esimerkiksi hintamekanismin avulla voidaan väestötasolla ohjata palvelujen käyttöä kustannusvaikuttaviin palveluihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993, 39-41, Klavus ym. 2004, 440-447). Tähän tietenkin liittyy myös ristiriitaisia arvioita sen tehosta; erikoissairaanhoidossa hintajoustoa ei ole täysin osoitettavissa, koska erikoissairaanhoidon tarpeen arvio lääkäri eikä potilas (Blomster 2001, 17,25). Toisaalta hinta ei ole ratkaiseva tekijä palvelujen käytössä varsinkaan kun palveluiden suurkäyttäjä joukko on pieni (Klavus ym. 2004, 440-447). Empiirisissä tuloksissa nousi esille se, että potilaat voisivat olla halukkaampia maksamaan erikoissairaanhoidosta nykyistä enemmän, jota on syytä pohtia yhtenä toimenpiteenä. On todennäköistä, että yhteiskuntamme ei voi välttyä eri tasoilla tehtäviltä priorisoinneilta ja raja-arvojen tarkistamisilta.

Käytön keinot liittyvät pääosin nykyhetkeen, operatiiviseen johtamiseen ja määriin. Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen vanhuspalvelut ovat tässä avainasemassa. Vanhusten palveluiden tarjonta on oltava riittävää. Perusterveydenhuollon omalääkärillä on vaikutusta lähetemääriin, jonka vuoksi sen toimivuus on varmistettava. Omalääkärin toimintaa on perusteltua, kirjallisuuteen ja myös empirian tuloksiin nojaten, laajentaa case-manageriksi, jotta potilas ei olisi eri toimijoiden välillä ilman hänestä vastaavaa henkilöä. Samoin HUS:ssa tapahtuva erikoistuminen lisää tarvetta tehdä nykyistä enemmän perusterveydenhuollossa potilashallintaa. Lisäksi tutkimuksessa nousee esille se, että perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa potilaita nykyistä enemmän perusterveydenhuollossa. Tämän toteuttaminen vaatii kuntien puolelta lisää resursseja, vuodepaikkoja ja tutkimusmahdollisuuksia perusterveydenhuoltoon. Hyvin toimiva perusterveydenhuolto ja vanhustyö vähentävät erikoissairaanhoidon käyttöä. Hoitoketjujen kuvauksissa on hyvä jatkossa huolehtia toiminnan kehittämisenäkökulman toteutumisesta, keskittyä suuri volyymin tai kalliiden hoitoketjujen kuvaamiseen sekä huolehtia niiden riittävästä lanseerauksesta lääkäreille ja tiedon siirtämisestä uusille lääkäreille perehdytyksen aikana. Lähetehallinnassa on hyvä, että esimiesten yhtenä tehtävänä on läheteiden valvonta sekä samalla tulee pyrkimys tavoitteeseen, jossa lääkärin jatkohoitoon ja tutkimuksiin lähettämisen kynnyksestä arvioidaan aktiivisesti. Samoin on tarvetta, että sairaanhoitopiirin lääkärin antaisivat perusterveydenhuollon lääkäreille palautetta läheteistä; muutama lause erikoislääkäriltä voi olla hyvinkin tärkeää perusterveydenhuollon lääkärille ja näin myös erikoissairaanhoidon kustannuksille. Osaava ja kokenut lääkäri lähettää oikeat potilaat oikeaan aikaan erikoissairaanhoidon, siksi on huolehdittava osaamisesta ja henkilöstön pysyvyydestä henkilöstöjohtamisen keinoin. Tutkimuksessa nousevat esille kunnan ulkopuolelta tulleiden läheteiden hallinnan hankaluus. Niiden osalta HUS:n lääkäreillä on hyvä olla portinvartijarooli, jotta yksityisen ja julkisen puolen potilaat saavat saman kohtelun.

Organisaation kehittämällä vaikutetaan keskipitkällä tähtäimellä pääosin yksikkökustannusten muodostumiseen. Rakenteiden kehittämistä on syytä pohtia vakavasti, koska nykyinen jako perus- ja erikoissairaanhoidon nähdään sekä kirjallisuudessa että empiirisissä tuloksissa vaikeana. Mielenkiintoisen kehittämismahdollisuuden antaa erillisten hoitaja- ja lääkäriorganisaatioiden purkaminen sekä lääkärien ja hoitajien työnjako. Johtamisen kehittäminen nähdään tutkimuksessa tärkeänä. Johtamisosaamista on vahvistettu, mutta sitä on tarvetta edelleen vahvistaa. Kansallisella tasolla on hyvä tehdä selvitys, voisiko jatkossa olla lääkäreillä johtamiseen erikoistuvain ja lisätä yleislääketieteeseen erikoistuvien koulutusmääriä. Samoin on hyvä tunnistaa se, että erinomainen asiantuntija ei ole aina paras johtaja. Kustannuseuranta ja –vastuu tarvitsevat kehittämistä. Erikoissairaanhoidon kustannuksilla on hyvä olla selkeät vastuuhenkilöt ja kustannuksia on tarvetta seurata vähintään terveysasematasolla. Kustannustietoisuuden lisääminen potilaille ja lääkäreille on halpa keino. Henkilöstöjohtamisessa on tarvetta selvittää henkilöstön vaihtuvuutta, sairauspoissaoloja ja rekrytointiongelmia aiheuttavia syitä. Syiden tunnistamisen jälkeen voidaan tehdä toimenpideohjelma niiden poistamiseksi. Kyse on johtamisesta ja myös palkkauspolitiikasta.

Ostamisen keinoilla vaikutetaan pääosin lyhyellä tähtäimellä hintaan, määrään ja laatuun. Kunnilla ei ole kuitenkaan todellista ostajaroolia erikoissairaanhoidon palveluissa, kun ostaminen tapahtuu sairaanhoitopiiriltä. Tilanne on syytä korjata. Tutkimuksessa nousee esille tarve tehdä vertailuja muiden tuottajien hintoihin, jonka yksi mahdollisuus on se, että kansallisesti määritetään yhtenäinen kustannustenlaskentamenetelmä. Tällä hetkellä kehitetään ja käytetään yhä enemmän DRG-hintaa. Jos hinnat olisi samalla tavalla määritelty, niin kunta voisi helpommin vertailla hintoja ja vaatia palvelutuottajaa tuottamaan tietyllä hinnalla. Kilpailun lisäämistä on hyvä tehdä tarkasti harkitusti ja hallitusti rationaalisin perustein. Tilaaja-tuottajamallin edellytykset ja rakenteet ovat olemassa, mutta eri toimijoiden rooleja on tarvetta täsmentää; terveyslautakunnalla on vahva tilaajavastuu erikoissairaanhoidon palveluiden osalta, jonka toinen osapuoli on esimerkiksi sairaanhoitoalueen tuottajalautakunta tai muu tuottaja. Sairaanhoitopiirin johdolla ja alueellisilla lautakunnilla on vastuulla palvelutuotannon kustannustehokasta ja laadukastoiminta sekä hintatason hallinta välttäen osaosaoptimoinnit.

Omistajaohjauksen kautta vaikutetaan yksikkökustannuksiin eli kunnan maksamiin hintoihin. Omistajaohjaus hakee muotoaan ja sitä on tutkimuksen mukaan tarvetta vahvistaa kaikilla osa-alueilla: liittoutumista muiden omistajien kanssa, sitovien ohjeiden antaminen, roolien täsmentäminen ja valtuuston toiminta. HUS:n Hallitusta kohtaa on empiiristen tulosten mukaan tyytymättömyyttä. Samoin nousi kehittämisajatuksia, kuten hallituksen parempi toimivuus vaatisi jäsenmäärän pienentämistä 4-8 jäseneseen ja hallituksen poliittisten jäsenten vaihtaminen ammattilaisiin. Jos edellinen toteutetaan, vaatii se samalla valtuuston roolin vahvistamista ja kunnan lautakunnan tilaajaroolin vahvistamisen. Lisäksi tutkimuksessa nousee esille se, että sairaanhoitopiirin johto pitäisi pystyä vaihtamaa, jos omistajien odotuksia ei täytetä. Lisäksi on tarvetta saada ammattijohtajia täydentämään lääkärijohtajien osaamista.

Tutkimuksen arviointi

Tutkimus oli luonteeltaan poikkitieteellinen ja holistinen. Poikkitieteellisyys ja holistisuus varmistivat sen, että tutkimuksessa käsiteltiin mahdollisimman laajasti erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinoja. Tutkimus tuo esiin sen, että erikoissairaanhoidon kustannushallinta ei ole vain terveydenhuollon tehtävä, vaan se koskettaa koko kuntaa ja sen toimijoita. Lisäksi kustannushallintaa ei voida tarkastella vain kuntatasoisena ilmiönä, vaan sitä tulee tarkastella kansallisen tason ilmiönä, koska eri toimijat nivoutuvat toisiinsa kunnan sisällä kuin sen ulkopuolella. Esimerkiksi valtiolla on merkittävät rooli kustannusten määrittäjänä. Valtion ja kuntien päätösten taustalla vaikuttavat poliittiset puolueet, jotka harvemmin haluavat tehdä tarjontaa supistavia päätöksiä. Kunta voi vaikuttaa valtion toimijoihin epäsuorasti.

Huolimatta siitä, että kuntien erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttaa monet muut toimijat, niin kunnilla on oma tärkeä roolinsa ja myös mahdollisuutensa tehdä kustannushallintaa. Keinoja on useita. Kysymys on siitä, ottavatko kuntien päättäjät niin poliittisella kuin hallinnollisella tasolla asian eteenpäin vietäväksi pitkäkestoisella ja kokonaisvaltaisella hankkeella. Esteitä keinojen käyttämiselle on, mutta ne voidaan ottaa huomioon toimenpiteitä tehtäessä ja pyrkiä joko poistamaan tai lieventämään niiden vaikutusta. Tietenkin osa, kuten lainsäädännölliset esteet, ovat lähes ylitsepääsemättömiä.

Tutkimuksen ansioiksi voidaan nähdä se, että siinä on läpikäyty monipuolisesti eri tieteen alojen kirjallisuuden kautta ja empiirisesti kunnan koko erikoissairaanhoidon kustannushallinnan kenttä. Kokonaisvaltainen näkemys on tarpeen, koska se auttaa ymmärtämään yksittäisten asioiden merkitystä kokonaisuudessa. Tutkimuksen arvo tulee juuri siitä, että siinä on muodostettu kattava viitekehys ja kartoitettu laajasti kuntien eri keinot toimenpiteineen. Vastaavaa ei ole aiemmin tehty. Viitekehys soveltuu myös yleisimmin hyödynnettäväksi julkisen sektorin kustannushallintaan. Viitekehysten sisällä olevia keinoja ja toimenpiteitä voidaan hyödyntää yleisimminkin terveydenhuollon kustannushallinnassa. Tulkintaa siitä, että koko maan tärkeimmät käytetyt keinot ja käyttämättömät keinot ovat samoja, ei tule tehdä. Ne voivat vaihdella kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin.

Kustannusteoria loi pohjan tutkimukselle yksinkertaisella määrää kertaa hinta funktiolla. Yksinkertaistettuna kustannuksien hallinta tehdään vaikuttamalla näihin tekijöihin ja niiden taustalla oleviin tekijöihin. Tuotantoteoria näkyy tutkimuksessa varsinkin käyttö- ja organisaation kehittämissä. Transaktiokustannuksilla laajennettua kokonaiskustannusfunktiota tarvitaan erityisesti ostamisen keinojen yhteydessä. Lisäksi johdon laskentatoimen osat alueet sisältävät juuri näihin asioihin liittyvään seurantaan, esimerkiksi määrerien ja yksikkökustannusten seurantaan, sekä niihin liittyvään tavoiteasentaan ja päätöksentekoon. Tärkeä osa tutkimusta oli kokonaisvaltaisen viitekehysten rakentaminen. Kirjallisuus toimi hyvänä aineistona, jota täydennettiin

empiirisellä aineistolla. Tutkimuksessa luodun viitekehyksen haastateltavat näkivät hyvänä kokonaisuutena.

Methodisena valintana kvalitatiivinen tutkimusote toimi hyvin tutkimuksessa, koska sen avulla saatiin täydennettyä kirjallisuusaineistoa, saatiin haastateltavilta enemmän tietoa, käsitteiden ymmärtämiset voitiin varmistaa sekä annettua haastateltaville tietoa ja ymmärrystä kustannushallinnan kokonaisuudesta keinoineen. Lisäksi tapaustutkimuksen kautta tutkija pystyi tulkitsemaan ja ymmärtämään vastausten sisältöä, koska saatu tieto ei tullut vain haastatteluiden kautta, vaan sitä täydennettiin sekundäärisellä aineistolla ja erikseen tausta-aineistoksi tehdyillä kuntakohtaisilla analyyseilla.

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittauksen toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, esimerkiksi sitä, että kaksi tutkija päätyy samaan tutkimustulokseen (Carmines & Zeller 1981, 11, McNeill 1989, 14). Tutkimuksen reliabiliteettia parantaa haastattelurakenteen sisältämät toistot ja sekundääriaineistot. Lisäksi tutkimuksen reliabiliteettia ja myös yleistettävyyttä lisää kohtuullinen määrä tehtyjä haastatteluita.

Tulosten yleistettävyys tarkoittaa sitä, että yksittäisen tapauksen tutkimuksen tulokset tuovat esille merkittävät tekijät, jotka toistuvat (McNeill 1989, 15). Samoin tutkimuksen yleistettävyttä voi heikentää se, että kunnat ovat erilaisia ja tilanteet poikkeavat toisistaan eri organisaatiotasolla. Tältä osin yhtenä ratkaisuna oli se, että tutkimuskunnat ovat erilaisia ja vastaajat eri organisaatiotasoilta. Toisaalta on muistettava, että tapaustutkimus kohdistuu rajalliseen määrään tutkimuskohteita, joka heikentää yleistettävyttä. Toisaalta yleistettävyttä voidaan sanoa lisäävän se, että tutkimus pohjautuu pääasiallisesti olemassa olevaan tietoon, johon on pyritty löytämään uusi ryhmittely ja uutta tietoa. Vuoropuhelu olemassa olevan tiedon ja saadun empiirisen tiedon välillä näkyy johtopäätösosassa.

Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi vastaajat saattavat käsittää kysymyksen toisin kuin tutkija (Carmines & Zeller 1981, 17, McNeill 1989, 15). Haastatteluaineiston validiutta voi heikentää se, että vastaajat voivat antaa sellaisia vastauksia, joita hän olettaa haastattelijan haluavan ja, jotka hän kokee sosiaalisesti hyväksyttäviksi. Samoin haastateltavat voivat ottaa normaalia jyrkempiä kantoja. (Jyrinki 1974, 12, McNeill 1989, 47.) Tutkimuksen validiutta lisää teemahaastattelu, joka antaa mahdollisuuden väärinymmärryksiin puuttumiseen (Jyrinki 1974, 11-27). Tutkimuksessa on pyritty huolehtimaan edellisten validiutta heikentävien tekijöiden syntymisestä. Esimerkiksi jos haastateltava ei ymmärtänyt käsitettä, tutkija selitti käsitteen sisällön tai jos tutkija näki, että haastateltava ymmärsi kysymyksen väärin, tutkija pyrki ohjaamaan vastauksen kysymyksen mukaisesti. Selkein ongelma tutkimustilanteessa oli, että tutkijan piti huolehtia, että haastateltavat tarkoittivat juuri erikoissairaanhoidon eikä perusterveydenhuollon. Ulkoista validiteettia lisää

se, että tutkimus on yhtenäinen kokonaisuus tarkistamalla lopussa tutkimusta teemoittain läpi. Tuloksin validiteettia varmistaa se, että analyysissä on mukana vastaajien näkökulmat ja niiden merkitykset tutkimukseen.

Räsänen (2005) nostaa esille ”Kvalitatiivisen analyysin uskottavuus riippuu huomattavasti enemmän tutkijan omista kyvyistä ja luovuudesta.” Vaikkakin todellisuuden mittaamisen validiteetin ja reliabiliteetin mittaamisen kysymyksen ovat tärkeitä. Toisaalta kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei useinkaan viitata näihin käsitteisiin, vaan yleisimmin on puhe aineiston arvioitavuudesta ja analyysin toistettavuudesta. Räsänen (2005) nostaa aiheellisesti esille, että varsinkin haastattelijan toiminta voi heijastua hyvin paljon haastattelun kulkuun. (Räsänen 2005, 97.) Tutkimuksessa pyrittiin käsittelemään aineisto mahdollisimman monipuolisesti.

Lopuksi

Tutkimus oli tarpeellinen, koska aihe on ollut keskusteluissa niin kuntatasolla kuin valtakunnallisesti pinnalla ja vastaavaa kokonaisvaltaista tutkimusta kuntien erikoissairaanhoidon näkökulmasta ei ollut. Tutkimus haluaa antaa laajan ja kattavan keinovalikoiman kunnille. Joitakin keinoja on voinut jäädä tunnistamatta. Kukin kunta voi valita keinoista omaan tilanteensa parhaiten soveltuvimmat keinot. Tutkimuksen heikkous liittyy juuri sen vahvuuteen eli laajuuteen; tutkimuksessa ei ole päästy kovin syvälle keinoryhmiin ja keinoihin. Jatkotutkimusaiheita löytyy runsaasti muun muassa siitä, mitkä keinot soveltuvat eri tilanteissa oleville kunnille parhaiten. Lisäksi erikoissairaanhoidon kustannushallinta kaipaa tutkimusta, jossa sitä käsitellään koko julkisen sektorin näkökulmasta.

Lähteet

- Agnhotri Kasturi, Jamalluddin K., Hemchandra M., Analytical Approach Towards Determination of Unit Cost at A Tertiary Care Hospital: Case Study of Sanjay Gandhi Post Graduate Institute of Medical Science, Lucknow, India, Journal of Financial Management and Analysis, pages 48-54, 18, 2005
- Aho Leena, Yksityistäminen ja kilpailu, Länsi-Suomen taloudellinen tutkimuslaitos, julkaisu no 47, Vaasan Yliopisto, Vaasa 1993
- Aira Marja, Alkoholihaittojen sekundaaripreventio terveyskeskuksessa: lääkärin näkökulma, Kuopion Yliopiston julkaisu D. Lääketiede, Kuopio 2000
- Alander Virpi, Pekurinen Markku, Pitkänen Eero, Sintonen Harri, Sairaaloiden tuottavuus, kirjassa Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä: Suunnittelu, hallinto ja seuranta toimittaneet Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku, Lääkintöhallituksen tutkimuksia, Helsingin Yliopisto kansanterveystieteen laitos terveyden - ja sairaanhoidon hallinto, Kuopion yliopisto Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, 2000
- Alhola Kari, Lauslahti Sanna, Laskentatoimi ja Kannattavuuden hallinta, WSOY, Porvoo 2000
- Alhola Kari, Lauslahti Sanna, Taloutta johtamista varten; esimiehille ja asiantuntijoille, Edita, Helsinki 2004
- Allardt Erik, Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Porvoo 1976
- Allen, M. W. Essential management accounting / M. W. Allen, D. R. Myddelton, Prentice Hall New York :, 1992
- Amey, L.R, Eggington, D.A, Management accounting: a conspetual approach, Longman, London, 1972
- Araujo Luis, Designing and Refinig Hierarchical Coding Frames , in the book Computer-aided qualitative data analysis; Theory, Methods and Practice edited by Kelle Udo, Sage Publications 1995
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
9.10.1992/912,<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992
- Autio Auvo, Tutkimus kolmen keskussairaalan toimintaorganisaatiosta ja johtamistoiminnoista, kirjassa Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä: Suunnittelu, hallinto ja seuranta toimittaneet Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku, Lääkintöhallituksen tutkimuksia, Helsingin Yliopisto kansanterveystieteen laitos terveyden - ja sairaanhoidon hallinto, Kuopion yliopisto Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos, 2000

Barry Colleen L., Frank Richard G, McGuire Thomas G, The Costs of Mental Health Parity: Still An Impediment, Health Affairs, page 623, May/June 2006, 25,3

Bion J.F, Bennet D, Epidemiology of intensive care medicine: supply versus demand, Page Numbers: 2 – 11, British Medical Bulletin, Volume 55, Number 1 (May 1, 1999) ,

Blomster Peter, Katsaus sosiaali- ja terveystalouden kysyntää koskevaan kirjallisuuteen, Stakes 25/2001, Stakesin monistamo, Helsinki 2001

Bocock Robert, Consumption, Routledge, London 1993

Carmines Edward G, Zeller Richard A., Reliability and Validity Assessment, Sage University Paper, 1981

Chinitz David, Shalev Carmel, Galai Noya, Israeli Avi, Israel's basic basket of health services: the importance of being explicitly implicit, 317:1000-1007, BMJ,1998,http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7164/1000?ijkey=1a688bc648376f484a361e0c2e559fab2c54639a&keytype2=tf_ipsecsha

Cleemput Irina, Kesteloot Katrien, Health technology assessment in Belgium, pages 325-346 International Journal of Technology Assessment in Health Care Volume 16, Number 2 (Spring 2000)

Cockerham William C. Medical Sociology, University of Illinois, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, N.J 1978

Cohen Alan B., Hitting the “Target” in Health Care Cost Control, Journal of Health Politics, Policy and Law, pages 697-704, Vol 24, No 4, August 1999

Committee of Financial aspects of Corporate Governance, Gee Cadbury, Report of The Financial aspect of Corporate Governance, Burges Science Press, 1992, London

Cook Thomas D, Reichardt Charles, Beyond qualitative versus quantitative methods, research methods in evaluation research edited by Cook Thomas D, Reichardt Charles, Sage publications, Inc 1979

Corden Anne, Robertson Eileen, Tolley Keith, Meeting Needs in an Affluent Society, Avebury Ashgate Publishing Limited, Atheneum Press Ltd, Newcastle upon Tyne 1992

Culyer. A.J, Need, greed and Mark Twain's cat, kirjassa Meeting Needs in an Affluent Society, toimittaneet Corden Anne, Robertson Eileen, Tolley Keith , Avebury Ashgate Publishing Limited, Atheneum Press Ltd, Newcastle upon Tyne 1992

Dolan Edwin G, Microeconomics, The Dryden Press, Hinsdale, Illinois 1977

Doyle, David, Cost control : a strategic guide, Kogan Page, London 1994

Drury, Colin, Management and cost accounting, Van Nostrand Reinhold, London 1988

- Efektia, Tilaaaja-tuottajamalli suomalaisissa ja ruotsalaisissa kunnissa, Efektia Oy, Helsinki 2004
- Ekroos Vesa, Terveystuotannon palvelutuotanto; yksityisesti vai julkisesti, Talentum Media Oy, Talentum, Gummerus kirjapaino Oy, Helsinki 2004
- Ekström Bo-Erik, Pelastakaa Helsinki -globalisaatio strategia kuntataloudelle, EVA, 2004,http://www.eva.fi/files/991_PelastakaaHelsinki.pdf
- Eloheimo Outi, Perusterveydenhuollon palvelujenkäyttömalli, kirjassa Terveyspalveluiden suunnittelu toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 2004
- Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Kunnan oma palvelutuotanto kirjassa terveyspalveluiden suunnittelu, toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004
- Engeström Yrjö, Engeström Ritva, Kerosuo Hannele, Neuvottelevan työtavan kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä Helsingissä, Helsingin kaupungin terveystuotannon raportteja 2001:5, Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu, Helsinki 2001
- Erikoisalut,<http://www.laakariliitto.fi/abi/erikoisalut.html>
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062 asetuksineen,
<http://www.trasek.net/lakiasiat/Erikoissairaanhoidolaki.htm>
- Erikoissairaanhoidolaki
1.12.1989/1062,<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Eriksson Heidi, Anesthesia and analgesia for outpatient gynecological surgery, Helsinki, 1996
- Espoon kaupungin strategia 2004-2006
- Espoon kaupunginhallituksen pöytäkirjat 2004
- Espoon kaupunginvaltuuston pöytäkirjat 2004
- Espoon sosiaali- ja terveydenhuoltolautakunnan pöytäkirjat 2004
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, Terveystuotannon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, ETENE-julkaisuja I, 2001,<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>
- Etzioni, Amitai, Nykyajan organisaatiot, Tammi, Helsinki 1970

- Evans John H, Hwang Yuhchang, Nagarajan Nandu J., Management control and hospital cost reduction:additional evidence, Research Note, Journal of Accounting and Public Policy 20, pages 73-88, 2001
- Figueras J., Robinson R. and Jakubowski E. ,Introduction in Purchasing to improve health systems performance, Edited by Figueras J., Robinson R. and Jakubowski E, Open University Press, 2005, <http://www.euro.who.int/Document/E86300.pdf>
- Fligstein, Neil,Transformation of corporate control, Harvard University Press, Cambridge, MA 1990
- Fligstein, Neil,Transformation of corporate control, MA : Harvard University Press, Cambridge 1990,http://www.ecgi.org/codes/country_documents/uk/cadbury.pdf
- Filstead William, Qualiteve methods; A Needed Perspective in Evaluation Research, in the book Qualitative and quantitative methods in evaluation research edited by Cook Tohmas D, Reichardt Charles, Sage publicationsa, Inc 1979
- Fraser Robert, Wilson Michael, Privatization: The UK Experience and international trends, Longman Group UK Limited, Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, 1988
- Freebody Peter, Qualitative Research in Education; Interaction and Practice, Sage Publications , 2003
- Gamind Idoia, Priorities in healthcare: a perspective from Spain, Health Policy, Volume 50, Issues 1-2, 55-70, December 1999
- Goldsmith Jeff, Technology And The Boundaries of The Hospitals: Three Emerging Technologies, Health Affairs, Chevy Chase, Nov/Dec 2004, Vol 23, Iss 6 pg 149
- Gorpe, Peter, Organisaatio ja johtaminen, Weilin & Göös, Espoo1984
- Graham Cosmo, Prosser Tony, Privatizing public enterprises; Consititutions, the State, and Regulation in Comparative Perspective, Clarendon Press, Oxford 1991
- Grant Jennifer, Richardson Benjamin, A practical approach to health care negotiations, In Health Europe, McKinsey&Company
- Grönfors Martti, Kvalitatiiviset kettätyömenetelmät, Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva 1982
- Grönroos Eija, Perälä Marja-Leena, Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus, Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi 30/2002, Stakes aiheita, Stakesin monistamo, Helsinki 2002
- Haapanen Mikko, Lainema Matti, Lehtinen Lasse, Lähdesmäki Tuomo, Hallitus; omistajan asialla-Johdon tukena, Werner Söderström osakeyhtiö, Helsinki 2002
- Harju Simo, Sairanhoidon porrastus, Acta Unversitatis Tamperensis ser A vol 372, Tampereen Yliopisto, Tampere 1993

Health Systems Reviews 1995

Heikkinen Martti, Sosiaaliset tekijät ja terveys, , kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Heinonen Jarna, Paasio Kaisu, Sisäinen yrittäjäyys kuntatyössä, Kunnallisan kehittämissäätö, tutkimusjulkaisu 48, 2005, http://www.polemiikki.fi/files/1119-TutkJulk48_net.pdf

Heikki Helin, Markku Hyypiä, Markku Lankinen, Erilaiset kunnat Kustannuserojen taustat, Kunnallisan kehittämissäätö tutkimusjulkaisu nro 10 , Helsinki 1996

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri, Erikoissairaanhoidon hakeutuminen, Potilasopas, HUS, 2005, <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Hoitoketjut, <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,824,2547>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus, 2004

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perussopimus, 23.9.1999

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, hallituksen pöytäkirja ja tiedotteet

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, johdon tietojärjestelmä, <http://kunta.hus.fi/www.hus.fi>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Ohjeet ja käytösäännöt, 2004

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, toimintakertomus, 2003

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, valtuuston pöytäkirjat ja tiedotteet

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Valtuusto tiedotteet 2004, Valtuuston kokous 15.4.2004

Helsingin kaupungin hallituksen pöytäkirja, 20.1.2003, <http://66.102.9.104/custom?q=cache:q3fWRNIYnkQJ:www.hel.fi/pks-neuvottelukunta/04liite01.pdf+husin+omistajaohjaus+&hl=fi&ie=UTF-8>

Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa, Pääkaupunkiseudun neuvottelukunta, liite 1-2004, 24.5.2004

Hemminki Elina, Kangas Ilka, Topo Päivi, Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuohdet- esimerkki medikalisaatiosta kirjassa Terveys sosiologia, toimittaneet Karisto Antti, Lahelma Eero, Rahkonen Ossi, WSOY, Juva 1993

Hetema Tiina, Vuorenkoski Lauri, Keskimäki Ilmo, Priorisointi ja jonoasettamisindikaatiot- kirjallisuuskatsaus, Sosiaali- ja terveysministeriö, Monisteita 2003:6,<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/jono/luku3.htm>

Heuru Kauko, Kuntalaki käytännössä, Edita, Helsinki 2001

Heuru Kauko, Kunnan päätösvallan siirtyminen, akateeminen väitöskirja, Acta Universitatis Tampere, 2000,<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4862-6.pdf>

Hex Oy, Keskuskauppakamari, teollisuuden ja työnantajien keskusliitto, Corporate Governance, 2003/12

Hirsch, Maurice L. Cost accounting : accumulation, analysis and use Boston, cop. MA : Kent 1986

Hirsjärvi Sirkka, Hurme Helena, Tutkimushaastattelu; Teemahaastattelun teoria ja käytäntö, Yliopistopaino, Helsinki 2001

Hirsjärvi, Reme, Sajavaara, Tutki ja kirjoita, Tammi, Helsinki 2004

Hirvonen Ahti, Niskakangas Heikki, Wahlroos Juha, Hyvä hallitustyöskentely, WSOY, Juva 1998

Holm Søren, Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health car, BMJ, 317:1000-1007, 1998,http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7164/1000?ijkey=1a688bc648376f484a361e0c2e559fab2c54639a&keytype=tf_ipsecsha

Holstein James A, Gubrium Jaber F., Active interviewing, in the book Qualitative research methods, edited by Weinberg Darin, Blackwell publisher inc 2001

Horngren Charles T, Sundem Gary L, Introduction to Management Accounting, 5 th edition, Prentice Hall, In, 1993

Horngren Charles T., Bhimani Alnoor, Datar Skrikant M., Foster George, Management and Cost Accounting, third edition, Prentice Hall, Pearson Education limited 2005

HUS-työryhmä, Pääkaupunkiseudun SOSTER-johtajien asettama HUS-työryhmä, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallinnon kehittäminen, Muistio 13.8.2004,<http://216.239.59.104/custom?q=cache:4EnNernmFt0J:www.hel.fi/pks-neuvottelukunta/02liite02.pdf+erikoissairaanhoidon+kustannuskehitys&hl=fi&ie=UTF-8>

Huttunen Jussi, Suomalainen priorisointikeskustelu, Terveystieteiden foorumi, STM monisteita 2001:12,<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terfoorumi/huttunen.htm>

Häkkinen Unto, Järvelin Marjo-Riitta, Rosenqvist Gunnar, Laitinen Jaana, Terveystieteiden koulutus, elintavat: tuloksia Pohjois-Suomessa vuonna 1966 syntyneitä koskevasta tutkimuksesta, terveystaloustiede 2003 toimittanut Urpo Kiiskinen, Stakes Aiheita 3/2003, Stakesin monistamo, Helsinki 2003

- Häkkinen Unto, Laukkanen Mika, Terveyspalveluiden tarve ja kustannukset alueittain 1990-1997, Aiheita 30/1999, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakesin monistamo, Helsinki 1999
- Häkkinen Unto, Noro Anja, Peltola Mikko, Martikainen Pekka ja Nih tilä Elina, , Erikoissairaanhoidon keskittyminen viimeisiin elinkuukausiin, Chess Online, 2005/2, http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/72EFA8F4-082A-47DC-AFC1-83F8D497BAE9/0/chessonline2_2005.pdf
- Händelin Markus, Tuotannolliset yhteisyritykset kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996
- Idänpään-Heikkilä Ulla, Palvelujen tuottaminen julkisessa erikoissairaanhoidossa, kirjassa terveyspalveluiden suunnittelu, toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004
- Ikegami Naoki, Campbell Joh Creghton, Japan's Health Care System: Containing Costs And Attempting Reform, Health Affairs Chevy Chase, May/jun 2004, Vol 23, Iss 3, pg 26 11 pages
- Isomäki Veli-Pekka, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti potilaslähtöiset perusteet, Kuopion Yliopiston julkaisuja, 1998, Kuopio
- Itkonen Pentti, Tietoteknisesti tuettu terveydenhuollon alueellinen yhteistyö, Mallin kehittäminen ja soveltuvuuden arviointi, Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 47, Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio 1997
- Johansson Jan-Erik, Strategiaa etsimässä. Kuntien tytäryhteisöjen omistaja-ohjaus - tapaus Helsinki, <http://www.valt.helsinki.fi/staff/jjohanso/johansonHT.doc>
- Junnila Maijaliisa, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toteutumisen arviointi Kolme ensimmäistä vuotta, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hallitus 29.8.2005
- Jyrinki Erkki, Kysely ja haastattelu tutkimuksessa, Karisto Osakeyhtiön kirjapaino, Hämeenlinna 1974
- Jyrkkiö Esa, Riistama Veijo, Laskentatoimi päätöksenteon apuna, Werner Söderström Osakeyhtiö, Porvoo 2000
- Järvelin Jutta, Mikkola Hennamari, Keskimäki Ilmo, Analyysi sairaalajonoja selittävistä tekijöistä –vaikuttaako lääkäreiden määrä jonotusaikaan? Kirjassa terveystaloustiede 2004 toimittaneet Mikkola Hennamari, Klavus Jan, Stakes aiheita 3/2004, Stakes monistamo, Helsinki 2004, <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita3-2004.pdf>
- Järvinen Janne, Rationale for adopting activity-based costing in hospitals; Three longitudinal case studies Faculty of Economics and Business Administration, Department of Accounting and Finance, University of Oulu, Oulu 2005

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514279484/isbn9514279484.pdf>

Järvenpää Marko, Partanen Vesa, Tuomela Tero-Seppo, Moderni taloushallinto - Haasteet ja mahdollisuudet, Edita, Helsinki 2003

Jääskeläinen Antti, Eettisyys terveydenhuollon ohjaajana, Sairaalaviesti 2002/4, <http://66.249.93.104/custom?q=cache:Evo0gaQjN84J:www.kunnat.net/attachment.asp%3Fpath%3D1%3B29%3B145%3B30546%3B5702%3B38885%3B11415%3B10592+priorisointi+kunta+erikoissairaanhoido&hl=fi&ie=UTF-8>

Kaila Minna, Kunnamo Ilkka, Varonen Helena, Lauri Sirkka, Hoitosuositukset kirjassa terveyspalveluiden suunnittelu, toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004

Kainulainen Sakari, Peruspalvelut väestön, päätöksentekijöiden ja työntekijöiden silmin -empiirisiä tuloksia seitsemästä kunnasta Kirjassa Niemelä Pauli, Knuutinen Mikko, Kainulainen Sakari, Malkki Pertti, Peruspalvelut; Mitä ne ovat ja miten ne tulisi tuottaa, Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 23. Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio 1994

Kajander Ani, Konttinen Mauno (ed.), Information and Communication Technologies in Health Care, A report prepared for the STOA Unit of the European Parliament, Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 1996

Kallio Olavi, Manninen Juhani, Meklin Pentti, Oulasvirta Lasse, Kuntalaki muuttui - entä käytännön talousjohtaminen, KuntaSuomi 2004- tutkimuksia nro 22, Suomen Kuntaliitto ja Tampereen Yliopisto, Helsinki 2000

Kallio Olavi, Tavoitteiden seuranta kunnassa, kirjassa Kunnat 2000-luvun kynnyksellä toimittanut Paavo Hoikka, Tampereen Yliopisto, Tampere 1998

Kangas Mikko, Vänskä Jukka, Terveyskeskuspäivystys keskittyy ja vähenee, sivut 2507-2511, Suomen Lääkärilehti 23/2006

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kaplan Robert S, Norton David P, Alignment; Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies, Harvard Business School Press, Boston Massachusetts 2006

Karila Alpo, Kuntien talouden ohjaus ja sen muutos - Perinteisestä politiikasta rinnakkaisten ohjausjärjestelmien kokonaisuuteen, Suomen Kuntaliiton Acta-sarja, Helsinki 1998

Karinen Petri, Ohinmaa Arto, Koivukangas Pirjo, Oulun läänin kuntien erikoissairaanhoidon menoja selittävät tekijät, Terveystaloustiede 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999

Karisto Antti, Lahelma Eero, Rahkonen Ossi (Toimittajat), Terveys sosiologia, WSOY, Juva 1993

- Kauttonen Juha, Kilpailu laboratoriomarkkinoilla, Kilpailuvirasto, selvityksiä 3/1993, Helsinki 1993
- Kekomäki Martti, Onko terveystarpeilla tärkeysjärjestystä, kirjassa Terveyspalveluiden suunnittelu, toimittajat Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä 2004
- Kelle Udo, Introduction: An Overview of Computer-aided Methods in Qualitative Research, in the book Computer-aided qualitative data analysis; Theory, Methods and Practice edited by Kelle Udo, Sage Publications 1995
- Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Yhteistyötä ja kumppanuutta terveydenhuoltoon Keski-Suomessa; Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimusohjaukokeilu; loppuraportti, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 90/2000, Jyväskylä 2000
- Keski-Suomen Sairaanhoitopiiri, Nopean vasteen toimintatapa päivystystyössä, tiedote 13.2.2006
- Kiviniemi Markku, Oittinen Raili, Varhe Sppo, Niskanen Jouni, Salminen Ari, Julkiset palvelut menevät markkinoille; kokemuksia ja näkemyksiä liikelaitostamisesta ja yhtiöittämisestä, Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Efektia palvelu Oy, Painatuskeskus Oy, Helsinki 1994
- Klarman Herbert E. The Economics of Health, Columbia University Press 1965
- Klavus Jan, Laine Juha, Kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen menot ja olosuhdetekijät, terveystaloustieteen päivät 2001, Stakes 36/200, Stakesin monistamo, Helsinki 2001
- Klavus Jan, Pekurinen Markku, Järvelin Jutta ja Mikkola Hennamari, Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa, Kansantaloudellinen aikakauskirja 4/2004
- Klein Rudolf, Dimensions of rationing: who should do what? 307:309-311, British Medical Journal 1993
- Klein Rudolf, Puzzling out priorities, BMJ, 317:959-960, 1998, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7164/959>
- Knuutinen Mikko, Peruspalvelun käsitteen määrittelemiseen liittyvät odotukset ja problematiikka sivut 25-84, Kirjassa Niemelä Pauli, Knuutinen Mikko, Kainulainen Sakari, Malkki Pertti, Peruspalvelut; Mitä ne ovat ja miten ne tulisi tuottaa, Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 23. Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio 1994
- Koivukangas Pirjo, Karinen Petri, Ohinmaa Arto, Terveydenhuollon menorakenteiden taustat, Oulun läänin kuntien erikoissairaanhoidon palvelujen menoja selittävät tekijät, Oulun Yliopiston taloustieteiden tiedekunnan raportteja no 42, Oulu University Press, Oulu 2000

- Koivukangas Pirjo, Valtonen Hannu, Hyvinvointiklusteri: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, teollisuuden ja tutkimuksen verkko, Stakes, raportteja 181/1995, Helsinki 1995
- Kokko Simo, "Turhat" terveyskeskus käynnit, kirjassa Terveys sosiologia, toimittaneet Karisto Antti, Lahelma Eero, Rahkonen Ossi, WSOY, Juva 1993
- Kokko Simo, Lehto Juhani, Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. STAKES Raportteja 96. Jyväskylä 1993
- Konttinen Markku, liite 5 sairaalat tuottajiksi, lääkärit ja piirit ostajiksi kirjassa Pickin Chrissie, Leger Selwyn St, Terveystarpeet ja elämänkaari, Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu, Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Keuruu 1994
- Korhonen Kari, Idänpään-Heikkilä Ulla, Heistaro Sami, Terveyspalveluiden tilaaminen, , kirjassa terveyspalveluiden suunnittelu, toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004
- Korttila Kirsi, Kukkanen Leea, Erilaistuuko kunnallinen perusterveydenhuolto, KuntaSuomi 2004 -tutkimuksia nro 18, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1999
- Koskevuoto Markku, Mattila Kai, Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuoto Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998
- Koskinen Seppo, Suomalaisten terveys ja haasteita sen edistämiseksi, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuoto Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998
- Kotonen Ulla, Rahavirta-analyysit, erityisesti kassavirtalaskelma, kunnan talouden ohjauksen välineenä, Acta Universitatis Lappeenrantaensis 104, Lappeenranta 2000
- Kovalainen Anne, Sosiologian metodologinen anti liiketaloustieteelle, kirjassa Tutkimus menetelmien pyörteissä, Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat, toimittaneet Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna, Melin Harri, PS-kustannus Juva 2005
- Kujansuu Erkki, Törnävä Minna, Mäkinen Sari, Vilenius Arja, Kolu Sirpa, Matinlompola Kaarina, Jokela Raina, Ristilä Kirsti, Hätinen Marja-Liisa, Pekkarinen Leena, Virtsainkontinenssin alueellisen hoitoketjumallin luominen ja arviointi, projektin K5015 loppuraportti, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 14/2002, Tampere 2002
- Kukkonen Jarmo, Terveidenhuollon vaikuttavuuden arviointi rutiinisti kerätyn tiedon pohjalta, väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 355, Kuopion yliopisto, Kuopio 2005
- Kulmala Harri I, Ojala Mika, Ahonniemi Lea, Uusi-Rauva Erkki, Unit cost behaviour in public sector outsourcing, International Journal of Public Sector Management, pages 130-149, Vol 19, No 2, 2006

Kunnamo Ilkka, Terveyskeskuksen merkitys sairauksien ehkäisyssä, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Kuntalaki

Kuntalehti, Turku ohjaa yhtiöitään varmallalla kädellä, 2004/3

Kuntaliitto, Kuntaliitto tiedottaa: Kuntien taloustilanne heikko, Joka kolmannen kunnan vuosikate negatiivinen, http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;60;498;91390;97693;97555&voucher=8F6A6C72-0D9D-43D9-A179-8E8C4BDAE04A

Kuntaliitto, sairaanhoitopiirien väestötietoja ikäryhmittäin 31.12.2004, http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;10954

Kuntaliitto, Tietoja koko kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen maksutuloista 28.11.2003

Kuntaliitto, Kunta ja palvelurakenne uudistus, 2006 http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;82183;100780

Kuokkanen Martti, Terveysongelmat ja lääkärihoidon peittävyys pääkaupunkiseudulla, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:40, Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki 1984

Kuosmanen Päivi, Meklin Pentti, Rajala Tuija, Sihvonen Maarit, Kunnat erikoissairaanhoitosta sopimassa, Kunnallisalan kehittämissäätiö KAKS, Vammalan kirjapaino, Vammala, 2004

Kuusela Hannu, Ollikainen Reijo (toim). Riskit ja riskien hallinta - riskien tunnistaminen, vähentäminen ja siirtäminen. Tampere University Press. Vammala 1998

Laasonen Kirsi, Hietaharju Aki, Jussila Tapio, Kontiala Hannu, Tulppo Jaana, Ylä-Mononen Satu, Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 9/2002, Tampere 2002

Lahtinen Yrjö, Mikkola Teija, Palomäki Tarja, Suurten kaupunkine terveydenhuollon kustannukset vuonna 2003, Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kotka, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa, Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004

Lainema, Matti: Hallituksen strateginen rooli. WSOY, Juva, 1998

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785,

Lammintakanen Johanna, Health Care Prioritisation; Evolution of the Concept, Research and Policy Process, Väitöskirja, Kuopion Yliopiston Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 116, Kuopion Yliopisto, Kuopio 2005

Lammintakanen Johanna, Priorisointi osana päätöksentekoa, Sairaala 4/2005

Lampinen Tuula, Kuntien väliseen työnjakosopimukseen sisältynyt potilasohjausmalli ja potilaan osallistumismahdollisuus hoitavan sairaalan valintaan, Helsingin Yliopisto, Yliopistopaino, Helsinki 2003, <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/lampinen/kuntienv.pdf>

Lantto Eila, Radiologia Keski-Suomessa, alueellinen toimintamalli 2000-luvulle, FinOHTAn raportti 14, Stakesin monistamo, Helsinki 2000, <http://www.stakes.fi/finohta/raportit/014/r014f.html>

Lasse Oulasvirta, Jukka Ohtonen, Jari Stenvall. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2002:19, Edita Prima oy, Helsinki 2002, <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/oulasvirta/julkaisu.pdf>

Laurinkari Juhani, Niemelä Pauli, Terveys yhteiskuntapolitiikan tavoitteena, PAINOSAVOLAINEN, Helsinki 1978

Lehtinen Jarmo R, Storbacka Kaj, Palvelujohtaminen; teoriaa ja käytännön esimerkkejä, Karisto, Hämeenlinna 1986

Lehto Eero, Hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen keinona -oletukset, tavoitteet ja käytäntö, kirjassa Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta toimittaneet Ollila Eeva, Ilva Minna, Koivusalo Meri, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2003

Lehto Juhani Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve, kirjassa Terveyspalveluiden suunnittelu, toimittajat Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä 2004

Lehto Juhani, Uusi julkissektorin hallinta ja kilpailuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, kirjassa Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta toimittaneet Ollila Eeva, Ilva Minna, Koivusalo Meri, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2003

Lehtonen Taru, In Search of Efficiency- NordDRG Based Pricing and Case-mix accounting, Helsinki School of Economics and Business Administration Working Papers W-287, HeSe Print, Helsinki 2001

Leppo Kimmo, Ehkäisevä työ ja terveyspolitiikan prioriteetit, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Lillrank Paul, Haukkapää-Haara Pirjo, Terveystuottajan tilaaja-tuottaja-malli, KTM rahoitetut tutkimukset

1/2006,http://www.ek.fi/terveyspalvelualan_tyonantajaliitto/ajankohtaista/KTM-BIT240106.pdf

Lillrank Paul, Kujala Jaakko, Parvinen Petri, Keskenäinen potilas; terveydenhuollon tuotannonohjaus, Talentum, Helsinki 2004

Lillrank Paul, Parvinen Petri, Omistaja, prosessi, potilas, Suomen Lääkärilehti 10/2004 vsk 59,<http://www.bit.hut.fi/hema/docs/SLL102004-1052.pdf>

Ling Li, Benton W.C, Hospital capacity management decisions: Emphasis on cost control and quality enhancement, European Journal of Operational Research 146, pages 596-614, 2003

Linna Miika, Häkkinen Unto, Erikoissairaanhoidon tuottavuus alueellisesta näkökulmasta- Benchmarking-projektin näkökulma alueellisiin vertailuihin, Terveystaloustiede 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999

Loikkanen Heikki A, Susiluoto Ilkka, Paljonko verorahoilla saa?, Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut, nro 50, Vammala 2005
<http://www.polemiikki.fi/files/library/attachments/Tutkimus50.pdf>

Lumijärvi Ismo, Osittaisarvioinnista kokonaisarviointiin; multidimensionaaliset mallit erityisesti sosiaali- ja terveysalan tulosyksiköiden arvioinnin välineinä, Vaasan yliopisto, Tutkimuksia No 188, Hallintotiede 19, Vaasa 1994

Lumijärvi Ismo, Vaikuttavuusarviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksikössä; käsitteellisiä tarkennuksia ja sovellutusesimerkkejä, Vaasan yliopisto, Tutkimuksia No 188, Hallintotiede 19, Vaasa 1994

Lumijärvi Olli-Pekka ym., Toimintojohtaminen; Activity Based Managementin suomalaisia sovellutuksia, Weiling+Göös, Porvoo 1995

Lundquist, Lennart:förvaltning, stat och samhället. Studentlitteratur, Lund 1992

Lääkäriliitto, www.laakariliitto.fi, 2005, 2006

Lääkäriliitto,Lääkäri ja yhteiskunta julkaisussa Lääkäriin etiikka, Lääkäriliitto, 2005,<http://www.laakariliitto.fi/julkaisut/etiikka/s75.html>

Lääkäriliitto,Lääkärimäärien kehitys vuosina 1900-2004. Lääkäriliiton internetsivut, <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/maarankehitys.html>

Maciariello, Joseph A, Management control systems, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1984

McNeill Patrick, Research methods, Second edition, Roudedge 1990

- Madden Shannon, Martin J. Douglas, Downey Sarah, Singer Peter, Hospital priority setting with an appeals process: a qualitative case study and evaluation, *Health Policy* 73, 10-20, 2005
- Malkki Pertti, Julkisen palvelutuotannon järjestämisen vaihtoehtoja kirjassa Niemelä Pauli, Knuutinen Mikko, Kainulainen Sakari, Malkki Pertti, Peruspalvelut; Mitä ne ovat ja miten ne tulisi tuottaa, Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 23. Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio 1994
- Man Ard-Pieter de, *The Network Economy; Strategy, Structure and Management*, Edward Elgar, Cheltenham, UK 2004
- Martin Jack L., Harrison Terry P., Design and Implementation of Expert Systems for Controlling Health Care Costs, pages 819- 834, *Operations Research*, Vol 41, No 5, Septemer-October 1993
- Mantila Ville, Injuries and Their Risk Factors in Finnish Adolescents, *Acta Universitatis Tamperensis*; 1085, Tampereen yliopisto, Tampere 2004 <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6317-X.pdf>
- McClintock Charles C, Brannon Diane, Maynard-Moody Steven, Applying the Logic of Sample Surveys to Qualitative Case Studies: The Case Cluster Method in the book *Qualitative Methodology* edited by Maanen John van, Sage Publications 1983
- Megonen C.B. What is need kirjassa Meeting Needs in an Affluent Society, toim. Corden Anne, Robertson Eileen, Tolley Keith , Avebury Ashgate Publishing Limited, Athenaeum Press Ltd, Newcastle upon Tyne 1992
- Meriläinen Pirkko, Väestön terveydenhoidon kokonaisuus:itsehoito, virallisten ja epävirallisten terveyspalveluiden käyttö sekä niitä määräävät tekijät, Kuopion Yliopiston julkaisuja, Kuopio 1986
- Mikkola Hennamari, *Empirical Studies on Finnish Hospital Pricing Methods*, :Acta Universitatis oeconomicae Helsingiensis. A, Helsingin Kauppakorkeakoulu, Helsinki 2002
- Mikkola Hennamari, Hinnottelukäytännöt muuttuneet - vaikuttaako se hoitajakson pituuteen, *Terveystaloustiede* 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999
- Mikkola Hennamari, Häkkinen Unto, Klaukka Timo, Lääkemenot kasvavat tasaisesti koko maassa, *Terveystaloustiede* 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999
- Mikkola Hennamari (toim.), *Suomalaisen terveystaloustieteen bibliografia*, Terveystaloustieteellinen seura ry, Helsinki 2001
- Mikkola Hennamari, Kansainvälisen kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa, *Sosiaali- ja terveysministeriö*, Helsinki 2003

- Mikkola Hennamari, Pekurinen Markku, McCallum Alison, Järvelin Jutta, Kokemuksia perusterveydenhuollon kilpailutuksesta, kirjassa terveystaloustiede 2005 toimittanut Klavus Jan, Stakes aiheita 3/2005, Stakesin monistama, Helsinki 2005
- Morrisey Michael A, Cost Shifting: New Myths, Old Confusion, And Enduring Reality, Health Affairs, Chevy Chase, Jul-Dec 2003 pg W489, 3 pages
- Myllymäki Arvo, Kansalaisjärjestöt palveluiden tuottajina ja Raha-automaattiyhdistyksen tuki, kirjassa Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystaloustieteen näkökulmasta toimittaneet Ollila Eeva, Ilva Minna, Koivusalo Meri, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2003
- Mäkelä Tapio, Tulosjohdettu sairaala, Hallintotiede 1994 A6, Tampereen Yliopisto, Jäljennepalvelu, Tampere 1994
- Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Brommels Mats, Näkökulmia terveyspalvelujen tarpeen käsitteeseen, kirjassa Terveyspalveluiden suunnittelu, Toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä 2004
- Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha Terveyspalveluiden suunnittelu, Duodecim, Gummerus kirjapaino OY, Jyväskylä 2004
- Mäntyselkä Pekka, Aira Marja, Myllykangas Markku, Vehviläinen Arto, Kumpusalo Esko, Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon - vai ei ?, sivut 2511-2517, Suomen Lääkärilehti 23/2006 vsk 61,
- National Health, Prioritising Health Services; A background paper for the National Health Committee, New Zealand's National Health, October 2004, <http://www.nhc.govt.nz/publications/prioritisation-backgroundpapers.pdf>
- Neilimo Kari, Uusi-Rauva Erkki, Johdon laskentatoimi, Edita, Helsinki 1997
- Niemelä Jutta, Lääkärityön erilaiset korvausperusteet, Terveystaloustiede 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999
- Niemelä Jutta, The Use of Service Vouchers in the Social and Health Service in Different Countries, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1997
- Niemelä Pauli, Peruspalvelun käsite ja hyvinvointipalvelujen tuottamisen subjektit - tarkastelukehikko sivut 11-23, Kirjassa Niemelä Pauli, Knuutinen Mikko, Kainulainen Sakari, Malkki Pertti, Peruspalvelut; Mitä ne ovat ja miten ne tulisi tuottaa, Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 23. Kuopion Yliopiston painatuskeskus, Kuopio 1994
- Niskanen Jouni, Markkinaohjautuvuuden vaikutus arvoihin julkisessa sairaanhoidossa, Acta Wasaensia, No 56, Hallintotiede 3, Universitas Wasaensis, Vaasa 1997

Nissinen Aulikki, Kauhanen Jussi, Myllykangas Markku, Kansanterveystiede, WSOY, Juva 1994

No margin, no mission, Health Systems Review, 10557466, Jul/Aug 1995, Vol. 28, Issue 4

Noro Anja, Häkkinen Unto, Laitinen Olli, Terveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia ennustavat tekijät ikääntyvillä suomalaisilla, Terveystaloustiede 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999

Nylander Olli, Sairaanhoidopiiri; uusi organisaatio vai lisää byrokratiaa, Pirkanmaan Maakuntaliiton julkaisuja 69, Domus Offset, Tampere 1990

Näsi Salme, Laskenta-ajattelun kehitys viime vuosisadan puolivälistä nykypäiviin, Acta Universitatis Tamperensis, Tampereen Yliopisto, Tampere 1990

Näsi Salme, Hokkanen Arja, Latvanen Jaana, Johdon laskentatoimen hyväksikäyttö ja kehittämistarpeet erilaisissa kunnallisissa toimintayksiköissä. Jyväskylän yliopiston taloustieteiden julkaisuja N:o 125/2001, <http://www.polemiikki.fi/files/library/attachments/SalmeN%E4siTutkimus.pdf>

Nørby-udvalgets rapport om Corporate Governance i Danmark, Anbefalinger for god selskabsledelse i Danmark;<http://www.corporategovernance.dk/db/files/file006618a0f33.pdf>

OECD, OECD Principles of Corporate Governance 2004,<http://www.oecd.org/dataoecd/32/18/31557724.pdf>

OECD HEALTH DATA 2005, June 05,http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

OECD, Health at a Glance: OECD: n osoittimet vuonna 2005, Yhteenvedo suomeksi,<http://www.oecd.org/dataoecd/49/16/35618522.pdf>

OECD Health Data 2006, http://www.oecd.org/document/16/0,2340,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

Ohtonen Jukka, Satakunnan makropilotti: tulosten arviointi (toim.) , Stakes/terveydenhuollon menetelmien kehittämisyksikkö, Helsinki 2002 2002,7

Okko Paavo, Kilpailu, taloustiede ja integraatio kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996

Osakeyhtiölaki

Otley, D.T and Berry, A.J. Control, Organization and accounting", Accounting, Organizations and Society,1980

- Oulasvirta Lasse, Ohtonen Jukka, Stenvall Jari, asapainoista ratkaisua etsimässä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19, Helsinki 2002.
- Ovaskainen Päivi, Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta, Ann. Universitatis. Turkuensis C227, Turun yliopisto, Turku 2005
- Oxley Howard, MacFarland Maitland, Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency, Economic Department Working Papers No 149, OECD, Paris 1994
- Palu Toomas, Which Way Health care?, Publications of The Finnish Medical Association 1993:2, Green College, Oxford, Hakapaino Oy, Helsinki 1993
- Partanen Vesa, Muuttuva johdon laskentatoimi ja organisatorinen oppiminen: Field tutkimus laskentahenkilöstön roolin muutoksen ja uusien laskentainnovaatioiden käyttöönoton seurauksista, publications of the Turku School of Economics and Business administration, Series A-6, Grafia, Turku 2001
- Pasanen Virva, Kannattaako sopimusohjaus erikoissairaanhoidossa?; Vertailututkimus sopimusohjauksen soveltumisesta Suomessa ja eräissä muissa maissa, Vaasan Yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 228, Sosiaali- ja terveyshallinto, Vaasan Yliopisto, Vaasa 1999
- Paunio Riitta-Leena, Oikeus hoitoon- toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä? Hoitopääsy laillisuusnäkökulmasta, monisteessa Oikeus hoitoon - toteutuvatko perusoikeuden hoitoon pääsyssä? STM monisteita 2002:18,http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/oikeus_hoitoon/luku5.htm
- Pekurinen Markku, Kilpailun esteitä Suomen terveydenhuollossa, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 1993
- Pekurinen Markku, Kilpailuolot Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 9, Helsinki 1994
- Pekurinen Markku, Junnila Maijaliisa, Tunturi T, Vainio J, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sopimusohjaushanke, suunnitteluvaiheen loppuraportti, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/1997, Tampere 1997
- Pellervo-seura, Omistajaohjaus ja valvonta osuuskunnissa, Pellervon omistajaohjaustyöryhmän mietintö, 2001,<http://www.pellervo.fi/cg/00%205-11.pdf>
- Peltokorpi Antti, Kujala Jaakko, Lillrank Paul, Keskeneräisen potilaan kustannukset, Kunnallissalan kehittämissäätö, tutkimusjulkaisu nro 45, Helsinki 2004
- Peltokorpi Antti, Kujala Jaakko, Lillrank Paul, Keskeneräisen potilaan kustannukset; Menetelmä kunnille terveyspalveluiden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen, Kunnallissalan kehittämissäätö, Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki 2004

Perustuslaki

Pickin Chrissie, Leger SelWyn St, Terveystarpeet ja elämänkaari, Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu, Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Keuruu 1994

Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Mäntän sairaala, Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen arviointiseminaari 14.6.2005, Tiedote 15.6.2005,<http://www.pshp.fi/mantta/tiedote.htm>

Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Piiri palkitsee Mäntän terveydenhuoltoalueen työntekijä, tiedote 10.2005,http://www.pshp.fi/piiri/viestinta/tiedote_sisalto.php?id=184

Pirkanmaan sairaanhoidopiiri, sopimusohjaus, internetsivut 7.4.2005,<http://www.pshp.fi/piiri/toiminta/sopimusohjaus.htm>

Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri, Vakinaistetaanko Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toiminta?, tiedote 13.10.2005,http://www.pshp.fi/piiri/viestinta/tiedote_sisalto.php?id=180

Poikolainen Kari, Alkoholien käyttö, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Poikolainen Kari, Huumeiden käytön ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Porene Pertti, Salmimies Pekka, Tehokkuutta johtoryhmän ja hallituksen työskentelyyn, WSOY, 1996, Porvoo

Potilaslaki

Punnonen Heikki, Suomen Kuntaliitto, tarvevakioidut menot 2003

Pälve Heikki, Terveyskeskuslääkärin työntekomalleihin tarvitaan joustoa, sivu 2455, Suomen Lääkärilehti 23/2006 vsk 61

Pöntynen Inga, Yrityskaupat, yrityskeskittymät ja jalostettu kilpailuoikeudellinen suunnittelu kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996

Rantanen Jorma, työterveyshuolto, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Reinhardt Uwe, Hussey Peter S, Anderson Gerard F, U.S. Health Care Spending I An International Context, Health Affairs, Chevy Chase: May/Jun 2004, Vol. 23 Issue 3, <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=637141191&sid=1&Fmt=3&clientId=10156&RQT=309&VName=PQD>

- Reinikainen Veikko, Kilpailupolitiikka- lainkäyttöä ja mikrotalouspolitiikkaa kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996
- Roberts Velma, Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry, Journal of 49, Healthcare Management; Jul/Aug 2001; 46, 4 pages 230-
- Roller Edeltraud, Mathes Rainer, Eckert Thomas, Hermeneutic-classificatory Content Analysis: A Technique Compining Principles of Qantitative and Qualitative Research , in the book Computer-aided qualitative data analysis; Theory, Methods and Practice edited by Kelle Udo, Sage Publications 1995
- Räsänen Pekka, Havaintojen mittaus ja aineiston jäsentämisen metodologia, kirjassa Tutkimus menetelmien pyörteissä, Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat, toimittaneet Räsänen Pekka, Anttila Anu-Hanna, Melin Harri, PS-kustannus Juva 2005
- Räty Timo, Mikä lääkkeeksi väestötekijöiden kustannuspaineelle peruspalveluissa? Kuntapuntari 31.8.2006, http://www.tilastokeskus.fi/tup/kuntapuntari/kuntap_3_2006_peruspalvelut.html
- Ryynänen Olli- Pekka, Myllykangas Markku, Kinnunen Juha, Takala Jorma, Terveysten ja sairauden valinnat, Kuopion Yliopisto ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki 1997
- Ryynänen Olli-Pekka, Kinnunen Juha, Myllykangas Markku, Lammintakanen Johanna, Kuusi Osmo, Tulevaisuusvaliokunta teknologian arviointeja 20, Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet -skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi esiselvitys, Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004
- S.A.M.I Vuosikirja 1998, Hallitus yrityksen menestystekijänä, Libris Oy 1997
- Saarenpää-Seppälä Tarja, Yhteisen potilaanhoito; tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa, Acta Univrsitatis Tamperensis 1052, Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere 2004, <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6159-2.pdf>
- Sabin James E., Fairness as a problem of love and the heart: a clinician's perspective on priority setting, BMJ , 317:1000-1007, 1998, http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7164/1000?ijkey=1a688bc648376f484a361e0c2e559fab2c54639a&keytype2=tf_ipsecsha
- Sailas Raimo, STM, Monisteita 2001:12, Taloudellinen todellisuus: mikä on mahdollista, 2001
- Salmi, Virkkunen & Helenius Oy: 40-vuotisjuhlajulkaisu 1994.
- Salonen Hannu, Transaktiokustannukset ja kilpailu kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996

- Salmi Timo, Järvenpää Marko, Laskentatoimen case-tutkimus ja nomoteettinen tutkimusajattelu sulassa sovussa, Liiketaloudellinen aikakauskirja 2/00, ss. 263-275
- Salonen Hannu, Transaktiokustannukset ja kilpailu Jussi Kojamo (toim.) Kivi-Päivä 1995, 1996. Puheenvuoroja kilpailusta, Kilpailuvirasto, Helsinki.
- Sanday Peggy Reeves, The Ethographic Paradigm(s) in the book Qualitative Methodology edited by Maanen John van, Sage Publications 1983
- Sassi Franco, Setting priorities for the evaluation of health interventions: when theory does not meet practice, Health Policy, Volume 63, Issue 2, Pages 141-15, February 2003
- Savolainen-Mäntyjärvi Riitta, Kauppinen Tapani, Koettu terveys ympäristövaikutusten arvioinnissa, Stakes raportteja 249, Saarijärvi 2000
- Schleh Edward C, Tehokasta liikkeenjohtoa, WSOY, 1962, Porvoo
- Scott Claudia, Public and Private Roles in Health Care Systems; Reform Experience in Seven OECD Countries, State of Health, Open University Press, Suffolk 2001
- Scott Richard W., Organisations, Rational, Natural, and Open Systems, fifth edition, Prentice Hall, 2003
- Seidel John, Kelle Udo, Different Functions of Coding in the Analysis of Textual Data, in the book Computer-aided qualitative data analysis; Theory, Methods and Practice edited by Kelle Udo, Sage Publications 1995
- Siegel Stanley B, How to Tame Health Care Costs, Journal Of Accountancy, pages 83-84, August 2003
- Sihvonen Maarit, Neuvotteluiden kautta toimeenpanoon; sopimusohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa, Acta Universitatis Tamperensis 1154, Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere 2006 <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6642-X.pdf>
- Siirtola Taisto, Mattsen Kirsti, Musikka-Siirtola Marjatta, Alaselkäkipupotilaiden hoito- ja kuntoutusprosessi, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2001, Tampere 2001
- Siirtola Taisto, Mattsen Kirsti, Musikka-Siirtola Marjatta, Selkäydinvammaisen hoito- ja kuntoutusprosessi, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 11/2001, Tampere 2001
- Sillanaukee Päivi, Kokemuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistävän terveydenhuoltoalueen johtamisesta, kirjassa terveyspalveluiden suunnittelu, toimittaneet Mäntyranta Taina, Elonheimo Outi, Mattila Jukka, Viitala Juha, Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004

Sintonen Harri, 15D terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden mittauksessa?Stakes, Finohta TA-Info, 1996/2,<http://www.stakes.fi/finohta/tainfo/199602/19960205.htm>

Sintonen Harri, Pekurinen Markku, Jämsen Raimo, Linnakko Eero, Vinni Kari, Terveystaloustiede, WSOY, Juva, 1987

Skurnik Samuli, Osuustoiminnasta oppia? kuntapalvelut uudessa talousmallissa, Helsinki Kunnallissalan kehittämissäitiö 2006

Snellman Erna, Isolauri Jouko, Erityisen kalliit ja vaativat hoidot, sosiaali- ja terveysministerin selvityksiä 2005: 18, <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/4900/index.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Esitteitä 1999:13

Sosiaali- ja terveysministeriö, Hoitoon pääsyn turvaaminen, STM-tiedote, 01.12.2004, KT 10/2004,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2686/index.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut, Esitteitä 2001:7, STM, 2001,<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lspesite.htm#7>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö, Komiteamietintö 1993:17, Valtion painatuskeskus, Helsinki 1993

Sosiaali- ja terveysministeriö ja sen hallinnon ala, Esitteitä 2005:8,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/12/aa1138609127384/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin selvityshankkeen loppuraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:4, Helsinki 2003, <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/husloppuraportti/husloppu.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveystaloustiede vuonna 1998,<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/hallinon98/luku3.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaaliturvalla suunta 2004, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, julkaisuja 2004:21,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/dokumentit/2774/index.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaaliturvalla suunta, Julkaisuja 2004:21, 2004,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2774/index.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö, terveydenhuollon palvelu paranee; kiireettömään hoitoon määrääjässä, esitteitä 2004:13, Helsinki,

2004,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/is1106141552319/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveysthuolto Suomessa, Esitteitä 2004:11, 2004,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/12/aa1104481950993/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveyttä kaikille vuoteen 2000, Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 1993:2, Libris Oy, Helsinki 1993

Sosiaali- ja terveysministeriö, Yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteen, Oppaita 2005:5, Helsinki, 2005,<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/04/pr1112785786302/passthru.pdf>

Stakes, http://edustapalvelin.stakes.fi/portal/page?_pageid=53,65809&_dad=portal&_schema=PORTAL Sotkanet,

Sotkanet,http://edustapalvelin.stakes.fi/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL

Stakes, Terveysthuollon menot 1960-2003

Stakes, From Values to Choices; Report of the working group on health care prioritisation, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 1995

Stakes, Stakes taskutieto 2006,<http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Tasku2006.pdf>

Stakes, taskutieto 2005,<http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Tasku2005.pdf>

Stakes, Yksityiset terveystpalvelut 2003, tilastotiedote 30/2004,http://www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedotteet/Tt30_04.pdf

Stakes, Terveysthuollon menot ja rahoitus vuonna 2004, http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/AF6B3471-4117-4DF0-9279-956D418C4414/0/0601_liitetaulut.pdf

Stakes, Tilastotiedote 1/2006, 24.4.2006

STM, <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/sairalamaksut.htx> Asiakasmaksut

Sundberg Gun, The Demand for Health and Medical Care in Sweden, Department of Economics, Uppsala University, Economic Studies 1992:2 Uppsala 1992

Sundström Ritva, Kilkku Nina, Palveluohjaus perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja mielenterveysspalveluiden yhteistyömeneltänä, Pirkanmaan mielenterveyssyön

hankkeen Palveluohjaus-projektin loppuraportti 2002-2004, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/2004, Tampere 2004

Suomen Kuntaliitto, Kuntien nettokustannukset v.2003, €/As, ja vertailu mannersuomeen (=100),
<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;374;36984;10954;48923;10349;52644&field=FileAttachment&version=2>

Suominen Heikki, Terveystä tarpeena, Filosofisessa n&n aikakauslehdessä 2/97,http://www.netn.fi/297/netn_297_suom.html

Säynäjäkangas Pirjo, Keuhkokuumeesta aiheutunut sairaalahoito Suomessa 1972-1993, väitöskirja, Acta Universitatis Ouluensis Medica D 507, Oulu, 1999
pdf,<http://herkules.oulu.fi/isbn9514251385/>

Tahvanainen Aaro, Terveyspolitiikka Helsingissä ja Uudellamaalla, Acta Universitatis Tampereensis; 1040, Tampere, 2004,<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6112-6.pdf>

Tampereen mielenterveyskeskuksen hoidon priorisointiohjelma, 2005,<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/priorisointi>

Terveysuojelulaki

Tilastokeskus 2004

Tilastokeskus 2005

Tilastokeskus, Kuntien sosiaali- ja terveystoimen olivat 13,7 miljardia euroa vuonna 2004, 16.2.2005,http://www.stat.fi/til/ktt/2004/ktt_2004_2005-12-21_tie_004.html

Tilastokeskus, tiedote 15.2.2006, Kuntien talousahdinko jatkui viime vuonna,http://www.tilastokeskus.fi/ajk/tiedotteet/v2006/tiedote_011_2006-02-15.html

Toivanen, A. 1997: Sairaalaan lähettäminen. Perusterveydenhuollon lähetekäytännön kuvaus ja analyysi Harjavallan päivystysalueella eri lääkäriyhmien arvioimana. Turun yliopisto - Annales Universitatis Turkuensis, Turku, Painosalama Oy, Turku 1997

Torkki Markus, Linna Miika, Seitsalo Seppo, Paavolainen Pekka, Eteenkö leikkausjononjärjestyksessä?, SOT 2/2002 VOL 25, 289-292,<http://www.soy-foa.org/sot-lehti/2-2002/53.pdf>

Torkki Markus, Linna Miika, Seitsalo Seppo, Paavolainen Pekka, How to report and monitor the performance of waiting list management, International Journal of Technology Assessment in Health Care Volume 18/2002, Number 3

- Tuomikoski Hannu, Sairaus ja sosiaalisten ongelmien kasautuminen, kirjassa Terveys sosiologia, toimittaneet Karisto Antti, Lahelma Eero, Rahkonen Ossi, WSOY, Juva 1993
- Tuomisto Jouko, Ympäristölääketiede ja ympäristöterveyden huolto, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998
- Turunen Antti, Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa? Muutoksen sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla, Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 152, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Kuopion Yliopisto, Kuopio 1998
- Yin Robert K, Case Study Research; Design and Methods, Applied Social Research Methods Series Volume 5, revised edition, Sage Publications, Inc 1989
- U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General, 1996 (!!!!)
- Uotila Eila, terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:3, Helsinki 2004, <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/03/aa1078387144994/passthru.pdf>
- USA, Oregon The Prioritized List, <http://egov.oregon.gov/DHS/healthplan/priorlist/main.shtml>, USA, Oregonin lista, http://egov.oregon.gov/DAS/OHPPR/HSC/current_prior.shtml
- Valkama Pekka, Kilpailuneutraliteetin toteutuminen kuntapalveluiden näennäismarkkinoilla, Acta Universitatis Tamperensis; 1039, Tampereen yliopisto, Tampere, 2004
- Valkonen Tapani kirjassa Terveys sosiologia, toimittaneet Karisto Antti, Lahelma Eero, Rahkonen Ossi, WSOY, Juva 1993
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä, annettu 25.3.2004, <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>
- Valtonen Hannu, Rissanen Pekka, Lama, kuntien talous ja sosiaali- ja terveysmenot, Terveystaloustiede 2000, Mikkola Hennamari, Hedvall Maj-Britt (toim.) STAKES 45/1999, Stakesin monistamo, Helsinki 1999
- Ward John L, Creating effective boards for private enterprises, Jossey-Bass Publishers, California-Oxford 1991
- Varian Hal.R, Intermediate Microeconomics, A modern Approach, 5 th edition, W W Norton & Co Inc, 1999
- Watson Tony, Organising and Managing Work, second edition, Prentice Hall, Pearson Education limited 2006

- Weele A. J, Purchasing management; analysis, planning and practise, Chapman & Hall, London 1994
- Vehmanen Petri, Koskinen Kai, Tehokas kustannushallinta, WSOY, 1997, Porvoo
- Vehniäinen Irja, Linnosmaa Ismo, Mikko Hennamari, Valtonen Hannu, Sairaanhoidopiirien palveluhinnoittelu, Kirjassa terveystaloustiede 2004 toimittaneet Mikkola Hennamari, Klavus Jan, Stakes aiheita 3/2004, Stakes monistamo, Helsinki 2004, <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita3-2004.pdf>
- Vertio Harri, terveysneuvonnan periaatteet, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998
- Vihanto Martti, Kilpailupolitiikan säännöt talouden evoluutioteoriassa kirjassa Puheenvuoroja kilpailusta Kivi-päivä 1995, toimittanut Jussi Kojamo, Kilpailuvirasto, Edita Oy, Helsinki 1996
- White Joseph, Targets and Systems of Health Care Cost Control, Journal of Health Politics, Policy and Law, Pages 654-656, Vol 24, No 4, August 1999
- Wiili-Peltola Erja, Sairaala muutosten ristipaineessa. Hallinnan kehittämisen haasteita sairaalaorganisaatiossa, HAUS kehittämiskeskus Oy, HAUS-julkaisuja 1/2005, 2005
- Williams A., Priorities -not needs! kirjassa Meeting Needs in an Affluent Society, toimittaneet Corden Anne, Robertson Eileen, Tolley Keith , Avebury Ashgate Publishing Limited, Athenaeum Press Ltd, Newcastle upon Tyne 1992
- Virkki Matti, Muutos funktioista tiimipohjaiseen prosessiorganisaatioon, Helsingin Kauppakorkeakoulun julkaisuja B-160, Helsinki 1995
- Vohlonen Ilkka, Keskimäki Ilmo, Pekurinen Markku, Pohjanlahti Juha-Pekka, Laitospalvelujen käytön ja kustannusten kunnittaiset erot Kotkan keskussairaalaapiirissä kirjassa Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä: Suunnittelu, hallinto ja seuranta toimittaneet Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku, Lääkintöhallituksen tutkimuksia, Helsingin Yliopisto kansanterveystieteen laitos terveyden - ja sairaanhoidon hallinto, Kuopion yliopisto Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos 2000
- Vohlonen Ilkka, Managing market failure and preventing government failure, Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja B-3, Helsingin kauppakorkeakoulun HeSE print, Helsinki 1997
- Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku, Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä, kirjassa Sairaaloiden tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä: Suunnittelu, hallinto ja seuranta toimittaneet Vohlonen Ilkka, Pekurinen Markku, Lääkintöhallituksen tutkimuksia, Helsingin Yliopisto kansanterveystieteen laitos terveyden - ja sairaanhoidon hallinto, Kuopion yliopisto Hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitos 2000

Vuorenkoski Kimmo, Hoidon priorisoinnin eettisen periaatteet esitys, 2005, <http://www.stakes.fi/users/lauriv/p120505.pdf>

Vuori Ilkka, liikunnan lisäämisen vaikutukset, kirjassa sairauksien ehkäisy, toim. Koskenvuo Kimmo, Vertio Harri, Kustannus Oy Duodecim, Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1998

Vänskä Jukka, Hyppölä Harri, Halila Hannu, Virjo Irma, Mattila Kari, Kumpusalo Esko, Kujala Santero ja Isokoski Mauri, Lääkäri 2003; kyselytutkimus vuosina 1992-2001 valmistuneille lääkäreille, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9, Sosiaali- ja terveysministeriö, Yliopistopaino, Helsinki 2005, <http://www.laakariliitto.fi/files/L%E4%E4k%E4ri2003.pdf>

Yaneer, Bar-Yam, Improving the Effectiveness of Health Care and Public Health: A Multiscale Complex Systems Analysis, pages 459-466, Journal of Public Health Mar2006, Vol 96 Issue 3

Ylikorkala Anna, Hakonen Anu, Hulkko Kiisa, Tulospalkkauksesta toivoa toiminnan kehittämiseen; kokemuksia tulospalkkauksesta ja sen kehittämisestä terveydenhuollon yksiköissä vuosina 2000-2003, Tykes, Raportteja 41, Helsinki 2005

Liitteet

Liite 1 Haastatteluaineisto

| | Kunta | Asema | Yksikkö | Haastattelun pituus |
|--|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| | Helsinki | Rahoitusjohtaja | Talous- ja suunnittelukeskus | n. 2 h (ic 1/6) |
| | Helsinki | Kehitysjohtaja | Sosiaali- ja terveystoimi/Terveyskeskus | 1 h 28 min |
| | Helsinki | Terveysasemien johtaja | Sosiaali- ja terveystoimi/Terveyskeskus | 2 h 14 min |
| | Helsinki | Ylilääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/Terveyskeskus/Vuosaaren terveysasema | 1 h 20 min |
| | Helsinki | Ylilääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/Terveyskeskus/Kallion terveysasema | 2 h 6 min |
| | Espoo | Perusturvajohtaja | Sosiaali- ja terveystoimi | 1 h 58 min. |
| | Espoo | Johtaja/terveyspalvelut | Sosiaali- ja terveystoimi/terveyspalvelut | n. 1 h 50 min (ic 3/6) |
| | Espoo | vs Ylilääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/terveyspalvelut/Tapiolan terveystalo | 1 h 16 min |
| | Espoo | Ylilääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/terveyspalvelut/Samaria terveystalo | 40 min |
| | Espoo | Ylilääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/terveyspalvelut/geriatriinen keskus | 1 h 38 min |
| | Hyvinkää | Terveystoimen johtaja | Perusturvakeskus/terveydenhuolto | 1 h 46 min |
| | Hyvinkää | Johtava ylihoitaja | Perusturvakeskus/terveydenhuolto/Terveystoimen avohuolto ja täydentävät palvelut | 1 h 25 min |
| | Kerava | Kaupunginjohtaja | | 1 h 6 min. |
| | Kerava | Johtava lääkäri | Sosiaali- ja terveystoimi/terveydenhuolto | 1 h 53 min |
| | Siuntio | Kunnanjohtaja | | n. 2 h (ic 5/06, 6/06) |
| | Lapinjärvi | Kunnanjohtaja | | 1 h 47 min |
| | Loviisan seudun kuntayhtymä (Lapinjärvi) | Terveystoimen johtaja | | 1 h 33 min |

| Ikäryhmä | Terveyteen vaikuttavat tekijät | Kuolleisuus ja sairastavuus | Ennaltaehkäisy ja palveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät | Kuka |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Perinataalikausi | Raskauden laatu, synnytys ja elämän alkuvaiheet, äidin terveys | Kuolleisuus: alhainen syntymäpaino tai keskosuus, epämuodostumat, synnytyksessä saadut vammat Sairastavuus: keltatauti, keskosuus, perä-, keisarin ja pihtisynnytykseen liittyvät sairaudet sekä sikiökauden vaaratilanteet | Matka palveluihin, ennaltaehkäisevää toimintaa: tiettyjen ruoka-aineiden välttäminen ja vammautumista aiheuttavista taudeista tiedottaminen | Neuvolat, terveyskasvatus/-edistäminen, sosiaalivirasto ja asuntotoimi, terveydenhuolto: perus- ja erikoissairaanhoido |
| 1 vko-1v | Lähi- ja kotiympäristön laatu, rokotukset, kehityksen seuranta, perheen vaikutus | Kuolleisuus: kätkykuolema, epämuodostumat kuten sydänvika, hengityselinten sairaudet, hermoston sairaudet, sikiön aliravitsemus tai kehittymättömyys, tapaturmat, hapenpuute synnytyksen aikana Sairastavuus: hengityselinten sairaudet, ripuli ja oksentelu, kouristukset, nivustyrä | Sosioekonomiset tekijät vaikuttavat tapaturmiin sekä tartuntatauteihin sairastavuuteen Kotiympäristön turvallisuus Turvallinen synnytystievalinta | Sosiaalitoimi: päiväkotitoimi, perhetyöntekijät, huostaanotot jne. sekä neuvola rokotukset, tarkastukset, seuranta, kotikäynnit, tukiryhmät ja neuvonta muun muassa nukkuma-asennot ja hygienia ml. muu terveyskasvatus Terveystoimi: Terveystieteiden keskus-erikoissairaanhoido lastenlääkäripalvelut Perhe: kodin turvallisuus, tupakan savun poisto Asuntotoimi: terve asunto Yksityinen ja kolmas sektori: lastenhoito, vammaisten ja muiden erityisryhmien järjestöjen toiminta jne |
| 1-4 v | Rokotukset, kotitapaturmat, lähiympäristö, erityisryhmään kuuluminen, perheen vaikutus | Kuolleisuus: epämuodostumat, onnettomuudet, tapaturmat ja väkivalta, hermoston sairaudet, kasvaimet, tartuntataudit, hengitysteiden sairaudet, verenkiertoelimistön sairaudet, umpi- erityis- ja | Tapaturmissa vaikuttavat huonosti suunniteltu asunto ja ahtaus, turvallisten leikkipaikkojen puute, turvalaitteiden puute, vähäinen lasten | Sosiaalitoimi: sosiaalitoimi (perheiden tukihenkilöt, sosiaalieduista tiedottaminen, yöhoidot, huostaan otettujen lasten palvelut), päivähoido ja |

| | | | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>aineenvaihduntasairaudet, kätkykuolema, ruoansulatuselinten sairaudet Sairastavuus (sairaala): astma, hengitysteiden tulehdukset, kouristukset, ripuli, tiukka esinahka, liimakorva, pään vammat, turvonneet nielurisat</p> | <p>silmälläpito. Tartuntataudeissa lisääviä tekijöitä ovat perusmukavuuksien puute, ahtaus ja huono ravitsemus – köyhemmissä perheissä enemmän tauteja.</p> | <p>neuvola (rokotukset, neuvonta, terveyskasvatus, tuki) Yhdyskuntasuunnittelu: turvalliset leikkipaikat, tiet Yhteisöllisyys Asuntotoimi: terveet ja turvalliset asunnot Kaavoitus: turvallinen ympäristö Terveystoimi: terveyskasvatuskampanjat, erikoissairaanhoidon lastenlääkäripalvelut, ensiapupalvelut Perhe: terveyttä edistävät elämäntavat ja kommunikointi perheen jäsenten välillä Yksityinen sektori ja kolmas sektori: hoitojärjestelyt, järjestöjen tukitoiminta jne..</p> |
| 5-14 v. | <p>Kodin ulkopuoliset tapaturmat, pahanlaatuiset kasvaimet, peruskoulutus ja terveyskasvatus, erityisryhmään kuuluminen, ikätoverien vaikutus</p> | <p>Kuolleisuus: onnettomuudet, tapaturmat ja väkivalta, syöpä, hermoston sairaudet, epämuodostumat Sairastavuus (sairaala): krooninen nielurisatulehdus, alavatsan kipu, pään vammat, liimakorva, astma, hammaskaries, tiukka esinahka, kuurous</p> | <p>Köyhimpien perheiden tapaturmat ovat yleisimpiä kuin muiden perheiden. Turvallisia leikkipaikkoja, lasten silmällä pito muun muassa jalankulkija on yleisimmin liikenneturman onnettomuuteen joutuja. Fyysinen ympäristö: suojatiet, hidasteet, ali- ja ylikulkusillat Kodin turvallisuus</p> | <p>Sosiaalitoimen perheiden tukihenkilöt Koulu (kouluterveyden hoito, oppilashuolto, terveyskasvatus, kouluruokailu) Asuntotoimi: terve ja riittävän kokoinen asunto oikeassa paikassa Yhteisö Yksilön kasvattaminen: Yksilön oma vastuu terveydestään sen</p> |

| | | | | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>edistämisestä</p> <p>Terveystieteiden tutkimuskeskus: perus- (ensi apu, avohoito) ja erikoissairaanhoidon (ensi apu, lasten lääkärit)</p> <p>Liikunta- ja kulttuuritoimi: vapaa ajan virikkeitä kaikille, nuorisotyö</p> <p>Yhdyskuntasuunnittelu: turvallinen ympäristö ml. liikenneympäristö, leikkipaikat lähellä</p> <p>Poliisi: rikoksien ennaltaehkäisy</p> <p>Yksityinen ja kolmas sektori: järjestöt, kuljetuspalvelut, vapaa-aika</p> |
| 15-24 v | <p>Terveyskasvatus, aikuistuminen; onnettomuudet ja tapaturmat, erityisesti liikenneonnettomuudet; väkivalta, itse aiheutetut vammat; riskikäyttäytymisen kuten huumeet ja alkoholi, seksuaalinen aktiivisuus, sukupuolitaudit, lapsen syntymä, perhesuunnittelu, asunottomuus, stressi, ikätovereilta</p> | <p>Kuolleisuus muun muassa onnettomuudet, tapaturmat ja väkivalta, itsemurhat, syöpä, hermoston sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, epämuodostumat, mielenterveyden häiriöt jne. Sairastavuus (yleislääkäri): muun muassa hengityselinten sairaudet, ihotaudit, tartuntataudit, hermoston sairaudet, raskauden ajan hoito, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet</p> | <p>Terveystieteiden vaikuttavat huumeet ja alkoholi sekä sukupuolielämä. Lisäksi alempi sosioekonominen asema lisää onnettomuuksia, tapaturmia ja väkivaltaa sekä edellä mainittujen päihteiden käyttöä.</p> <p>Kaupunki- ja maaseutu ympäristöllä on oma vaikutuksensa. Kaupungeissa vähäosaisuutta on enemmän.</p> <p>Tietyt työympäristöt ovat riskialttiimpia kuin toiset</p> <p>Asunnon kunto esim. homeongelmat</p> | <p>Koulu: Toisen- ja korkeasteen koulutus; Opiskelijoiden terveyden huolto (terveystieto)</p> <p>Työterveyshuolto yhteistoiminta kunnan terveydenhuollon kanssa</p> <p>Sosiaalitoimi: päihdehuolto ml. katkaisuklinikat, syrjäytymiskierteen katkaisu</p> <p>Liikunta- ja kulttuuritoimi: liikunta ja vapaa-ajan palvelut</p> <p>Yhteisö</p> <p>Yksilön oma vastuu terveydestään sen</p> |

| | | | | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | tulevat paineet | | | <p>edistämisestä</p> <p>Terveyspalvelu: neuvonta, avohoito, perhesuunnittelupalvelut ja – neuvola.</p> <p>Erikoissairaanhoido: neuvontapalvelut, aborttipalvelut, huumeiden vieroitusyksiköt, gynekologipalvelut, psykiatriset palvelut nuorille, ensiapu, suupuolitautien hoito</p> <p>Poliisi: rikosten ennaltaehkäisy</p> <p>Yritykset ja kolmas sektori: alkoholistien palvelut, asuntolat, terapiaryhmät, perhesuunnittelu, aborttineuvonta, palvelevat puhelimet, kohtauspaikat nuorille työttömille ja asunnottomille jne.</p> |
| 25-44 v | Lapsen syntymä ja kasvatus, onnettomuuden ja tapaturmat, pahanlaatuiset kasvaimet, epäterveellinen elämän tapa, erityisryhmään kuuluminen, työperäiset sairaudet, mielenterveys, terveyden edistäminen, itsenäistyminen stressi | <p>Kuolleisuus: muun muassa syöpä, onnettomuudet ja tapaturmat, iskeeminen sydänsairaus, itsemurhat, hermoston sairaudet, hengityselinten sairaudet</p> <p>Sairastavuus: (yleislääkäri): muun muassa hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten vaivat, onnettomuudet, tapaturmat ja väkivalta, virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet jne</p> | <p>Kaupunki- ja maaseutu ympäristö vaikuttavat sairastavuuteen esim. asunnottomat muuttavat usein kaupunkiin.</p> <p>Osa työympäristöstä voi tuoda vaivoja; vaaralliset kemikaalit, raskas teollisuus tapaturmineen, toimistotyöntekijöiden toistuvat yksipuoliset liikesarjat, sairas rakennus syndrooma huonosta sisäilmasta, ruumiillista työtä tekevillä tuki- ja</p> | <p>Yksilön oma vastuu terveydestään sen edistämisestä</p> <p>Perheet tukiverkostot</p> <p>Yhteisö</p> <p>Terveyspalvelut: terveyskasvatus/edistäminen (naisten terveys, työhön liittyvä terveys, stressin hallinta, painon hallinta), perusterveydenhuolto (naisten ja miesten neuvolat, irtosolunäytteet ja muut seulontatutkimukset, irti</p> |

| | | | | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>liikuntaelin sairaudet.</p> <p>Asuntojen kosteus lisää sairauksia.</p> | <p>tupasta ja päihteistä palvelut, mielenterveyspalvelut, verenpaineen seulonnat) Erikoissairaanhoido (synnytyssairaalat, sisätautipalvelut, lapsettomuuden hoito jne.)</p> <p>Asuntotoimi: palvelut asunnottomille, korkeatasoiset kunnalliset asunnot</p> <p>Koulutoimi: aikuiskoulutus</p> <p>Kulttuuri- ja liikuntatoimi: liikunta- ja vapaa-ajantoiminta</p> <p>Poliisi. Alkoholi- ja huumevalitustyö, rikosten ehkäisy</p> <p>Yritykset ja kolmas sektori: vapaa-ajantoiminta, järjestöt, painon hallinta jne.</p> |
| 45-64 v | <p>Sydäninfarktit, aivohalvaukset, pahanlaatuiset kasvaimet, krooniset sairaudet, työperäiset sairaudet, hengityselinten sairaudet, seulonta (rintasyöpä, sydän- ja verisuonitaudit), mielenterveys, vanhuusikään</p> | <p>Kuolleisuus: muun muassa iskeeminen sydänsairaus, syöpä, aivoverenkiertosairaudet, hengityselin sairaudet, ruoansulatuselinten sairaudet, sydän- ja keuhkosairaudet Sairastavuus: (yleislääkäri): muun muassa hengityselinsairaudet, tuki- ja liikuntaelin sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, mielenterveyden häiriöt jne.</p> | <p>Hengityselin sairauden ovat yleisempiä kaupungeissa. Työympäristöön tulee edellä mainituilla tavoilla kiinnittää huomiota stressin ehkäisy, alaselän rasitusvammojen minimointi, sairastunut rakennus oireyhtymän syiden poistaminen, kemikaalien ja säteilyn minimointi syöpäriskien minimoimiseksi jne.</p> | <p>Yksilön oma vastuu terveydestään sen edistämisestä Perhe Terveyspalvelut: terveyskasvatus/, (sepelvaltimotaudin, syövän, osteoporoosin ehkäisy ja yhteisön kehittäminen) Perusterveydenhuolto: terveydenedistämiseen erikoistuneet neuvolat, naisten ja miesten neuvolat, seulonta, fysioterapia jne.</p> |

| | | | | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | valmistautuminen | | | <p>Erikoissairaanhoidon palvelut tarvittaessa</p> <p>Asuntotoimi: asuntoja asunnottomille, terveet asunnot</p> <p>Koulutoimi: aikuiskoulutus</p> <p>Sosiaalitoimi: tukipalvelut</p> <p>Poliisi: rikosten ehkäisy</p> <p>Yritykset ja kolmas sektori: kuljetuspalvelut, mielenterveyden tukiryhmät, oma-apuryhmät, saattokodit, neuvonta jne</p> |
| 65-74 v | <p>Kaikki pääasialliset akuuttien ja kroonisten sairauksien syyt, toimintakyvyn heikkeneminen (liikunta, aistit), dementia ja masennus, toimintakyvyn ja itsenäisyyden ylläpito, sosiaalinen eristäytyneisyys</p> | <p>Kuolleisuus: sepelvaltimotaudit, syöpätaudit, hengityselinten sairaudet, aivoverenkiertosairaudet, ruoansulatuselinten sairaudet, muut sydän- ja verosuonitaudit</p> <p>Sairastavuus: (yleislääkäri) muun muassa Verenkiertoelinten sairaudet (sepelvaltimo, aivo- ja sydänhalvaukset), hengityselinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten vaivat jne.</p> | <p>Eläkkeelle jääminen nostaa riskiä sairastua – tulotaso putoaa ja sosiaalinen elämä kokee muutoksen</p> <p>Ilman saastuminen lisää hengityselinten sairauksia.</p> <p>Asumisololla on merkitystä</p> <p>Liikenneyhteyksillä samoin</p> | <p>Yksilön oma vastuu terveydestään sen edistämisestä</p> <p>Perhe tukiverkostoineen</p> <p>Yhteisö muun muassa naapurien tuki</p> <p>Terveyspalvelut: terveyskasvatus/edistäminen (yhteisön kehittäminen, omanarvontunnon kehittäminen, sepelvaltimotaudin ehkäisy, syövän ehkäisy).</p> <p>Perusterveydenhuolto: terveydenedistämiseen erikoistuneet neuvolta, seulontatutkimukset (korkea verenpaine, näkö, kuulo, masennus, dementia, Parkinsonin tauti, pidätyskyvyttömyys, diabetes, anemia), naisten</p> |

| | | | | |
|--------|--------|---------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>ja miesten neuvolat, irtosolututkimukset, jalkojen hoito, fysioterapia ja apuvälineet.</p> <p>Erikoissairaanhoidon palvelut.</p> <p>Asunto: vanhuksille sopivat asunnot</p> <p>Sosiaalitoimi: kotihoito- ja tuki, turva- ja hälytyspalvelut, päiväkeskukset, ateriapalvelu, laitoshoido, apuvälinepalvelut, asuntojen korjaus- ja muutostyöt, palvelut omaishoitajille, sosiaalieduista tiedottaminen</p> <p>=>yhteistyö sosiaali- ja terveystoimi</p> <p>Koulutoimi: aikuiskoulutus</p> <p>Kulttuuri- ja vapaa-ajantoimi: liikuntaan ja vireyteen johtavat aktiviteetit</p> <p>Kuljetuspalvelut</p> <p>Poliisi: rikosten ennaltaehkäisy</p> <p>Yksityinen ja kolmas sektori: kuljetus, saattokodit, kerhot, palvelutalot, hoitokodit, päiväkeskukset, neuvonta, vapaa-ajan palvelut jne.</p> |
| yli 74 | Monien | Kuolleisuus: Sepelvaltimotauti, | Köyhyys lisää | Yksilön oma vastuu |

| | | | | |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>sairauksien esiintyminen yhtä aikaan, dementia ja masennus, toimintakyvyn ja itsenäisyyden ylläpito, sosiaalinen eristäytyneisyys, asumisen taso</p> | <p>syöpä, hengityselinten sairaudet aivoverenkiertosairaudet, muut sydäntaudit, mielenterveydenhäiriöt jne.. Sairastavuus (yleislääkäri): verenkiertoelinten sairauden, hengityselinten sairaudet, määrittelemättömät oireet, tuki- ja liikuntaelinten vaivat, hermoston sairaudet, mielenterveyden häiriöt, ihotaudit jne.</p> | <p>sairastavuutta. Huonokuntoisuutta lisäävät: eristäytyminen, leskeytyminen, liikuntarajoitteisuus, sairaalasta kotiuttaminen ja palvelutaloon muuttaminen. Kuoleman tapauksia on enemmän talvella. Huonot asunto-olot vähentävät muun muassa liikkumista Liikenneyhteydet lisäävät liikkumista</p> | <p>terveydestään sen edistämisestä Perhe: omaishoito, sukulaiset, tukiverkostot Yhteisö: naapuri, yhteishenki, virikkeinen ympäristö Terveyspalvelut: Terveyskasvatus/edistäminen (yhteisön kehittäminen, toimintakyvyn säilyttäminen, ruokavaliot, syövän varhainen havaitseminen), Perusterveyden huolto: Vanhusten seulontatutkimukset (korkea verenpaine, näkö, kuulo, masennus, dementia, Parkinsonin tauti, pidätyskyvyttömyys, huono suun terveys, diabetes, anemia), naisten ja miesten neuvolat, jalkojenhoito, fysioterapia, hoitotyö, kontingenssineuvonta ja apuvälineet. Erikoissairaanhoidon palvelut Asunto: vanhukselle sopiva asunto oikeassa paikassa Sosiaalitoimi: kotisairaanhoito, kotihoito- ja tuki, turva- ja hälytyspalvelut, päiväkeskukset, ateriapalvelu, laitoshoidon palvelut, apuvälinepalvelut,</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>asuntojen korjaus- ja muutostyöt, palvelut omaishoitajille =>sosiaalipuolen työntekijä mukana perusterveydenhuollon huoltotiimissä, yhteistyö</p> <p>Koulutoimi: aikuiskoulutus</p> <p>Kulttuuri- ja vapaa-ajantoimi: liikuntaan ja vireyteen johtavat aktiviteetit</p> <p>Kuljetuspalvelut</p> <p>Poliisi: rikosten ennaltaehkäisy</p> <p>Yksityinen ja kolmas sektori: kuljetus, saattokodit, kerhot, palvelutalot, hoitokodit, päiväkeskukset, neuvonta, vapaa-ajan</p> |
|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Liite 3 Tärkeimmät käyttämättä olevat keinot ja toimenpiteet (sijoittain)

| Keinoryhmä | Keino | Vastaus |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Käyttö | ketju | 3. Potilasohjauksen tiukentaminen |
| | ketju Total | |
| | menelmät | 5. Medikalisaation vähentäminen |
| | menelmät Total | |
| | osaaminen | 1. Rekrytoisi muutaman erikoislääkärin, joilla olisi terveyskeskusorientaatio. 2. Osaamista säätiöihin ja resursseja 2. Ostamiseen panostaminen/ostoyksikkö, "tilaajan roolin vahvistaminen" >"sopimusohjaus" "drg-hinnoittelu" 3. Koulutus 3. Osaavaa henkilökuntaa tekemällä työpaikka houkuttelevaksi 3. Soveltavan koulutuksen vahventaminen 3. Tehokkaan erikoislääkärikonsultaatiojärjestelmän kehittäminen.. 5. Lääkärien kouluttaminen managereiksi |
| | osaaminen Total | |
| porrastus | 1. Lisää sosiaalitoimen laitospaikkoja ja enemmän henkilöstöä 2. Psykiatrinen puoli kuntoon, osa HUS:n nykyisistä vastuista annettaisiin kunnille 4. Kiireettömän hoidon arvioinnissa pitäisi lähettää terveyskeskuksen kautta, jolloin osa jäisi | |
| porrastus Total | | |
| Käyttö Total | | |
| Omistaja | hallitus | 2. Hallitukseen ammattilaiset |
| | hallitus Total | |
| | johtaminen | 1. Selkeämpi, suoraviivaisempi ja matala johtamisjärjestelmä HUS:iin, poliittisen päätöksenteon |
| | johtaminen Total | |
| | ohjaus | 2. Syvemmälle menevä kustannusanalyysi 6. Espoon edustajat HUS:n hallituksessa ja valtuustossa vuoropuhelun laatu |
| ohjaus Total | | |
| Omistaja Total | | |
| Organisointi | esimiestyö | 2. Keskustelut omien lääkärin kanssa (esimiestyö) |
| | esimiestyö Total | |
| | henkilöstö | 4. Henkilöstörakenteen läpikäynti |
| | henkilöstö Total | |
| | johtaminen | 1. Ammattilaisjohtaminen 2. Oman toiminnan haltuunotto 3. Hallinta ja päätöksentekojärjestelmiin vaikuttaminen 4. Johtaminen 5. Johtamisen kehittäminen |
| | johtaminen Total | |
| | kustannustietoisuus | 4. Yhdessä miettiin, miten kustannuksia voisi vähentää |
| | kustannustietoisuus Total | |
| | muu | 1. Jokainen siivoaisi omat nurkkansa |
| | muu Total | |
| | org.kulttuuri | 5. Organisaatiokulttuurin muuttaminen |
| | org.kulttuuri Total | |
| | organisointi | 1. Helsingin ja pkseudun alueiden sairaaloiden toimialarationalisointi. 1. Terveystoimintalauehanke eteenpäin; yksi organisaatio pt ja esh:lle 1. Tuotantorakenteet 2. HUS rakeneet; erikoistuminen 2. Prosessien ja transaktioiden vähentäminen prosesseissa. 3. Terveystoimintalauehanke aikaansaaminen 4. Rakenteiden muuttaminen |
| | organisointi Total | |
| | palkitsemisjärjestelmä | 4. Palkitsemisjärjestelmä, jossa palkkion saa terveyshyödyn tuottamisesta. 5. Tulospalkkiojärjestelmä ajamaan tavoitteiden läpikäymistä |
| | palkitsemisjärjestelmä Total | |
| | prosessi | 2. Toimintajärjestelmien kuvaus |
| | prosessi Total | |
| | sanktiot | 3. Sanktiot budjettien ylityksistä, johtajien vaihtaminen tulee olla mahdollista. |
| | sanktiot Total | |
| | seuranta | 2. Läheteiden seuranta 5. Seurantajärjestelmät: yllälääkärin pitäisi pystyä seuraamaan paremmin omaa budjettia |
| | seuranta Total | |
| | työnjako | 4. Sairaanhoidtajien ja lääkärin työnjaon uudistaminen; sairaanhoidajat voisi hoitaa suuren osan lääkärin |
| työnjako Total | | |
| yhteistyö | 1. Parempi yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa 1. Yhteisesti sovittavat hoitolinjat 1. Yhteistyö 1. Yhteistyö panostaminen 2. Kuntien välisen yhteistyön lisääminen 3. Yhteistyösuhteiden kehittäminen 5. ESH pakottaminen yhteistyöhön PT:n kanssa 5. Seudullinen yhteistyö | |
| yhteistyö Total | | |
| Organisointi Total | | |

| | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ostaja | kilpailuttaminen | 2. Palvelusetelit, jos annettaisiin 70 prosenttia 4. Hallittu kilpailutusysteemi 4. Kilpailutus 4. Ostopalveluita ja Kilpailuttaminen |
| | kilpailuttaminen Total | |
| | organisointi | 3. Koko rakenne uusiksi. Pt lääkäri yrittäjäksi ja ehs tuottajaa valitessa hakisi nopeimman jonon ja 3. Kuntien yhteinen organisaatio |
| | organisointi Total | |
| | ostaminen | 2. Erikoissairaanhoidollain pykälä, jossa pakotetaan kunta maksamaan laskut automaattisesti |
| | ostaminen Total | |
| | tilaajarengas | 1. Tilaajarengas |
| | tilaajarengas Total | |
| | tilaaja-tuottajamalli | 3. Aito tilaaja-tuottajamalli |
| | tilaaja-tuottajamalli Total | |
| yksityisen ja julkisen rajojen alentamir | 3. Julkisen ja yksityisen rajan madalamtaminen | |
| yksityisen ja julkisen rajojen alentaminen Total | | |
| Ostaja Total | | |
| Tarjonta | hinta | 1. Asiakasmaksut 1. Hintatietoisuus ja kustannuselemennti: hintalista seinälle 2. Maksujärjestelmä: potilas maksaisi koko laskun ja sitten saisi sen takaisin "sairasvakuutusjärjestelmä" |
| | hinta Total | |
| | tutkimus | 3. Lisää kustannusvaikuttavuustutkimusta |
| | tutkimus Total | |
| Tarjonta Total | | |
| Tarve ja kysyntä | ennaltaehkäisevä työ | 1. Ennaltaehkäisevät toimet 2. Ennaltaehkäisevä työ ja tutkia, mitkä niistä on vaikuttavimpia 4. Turvallisuus ja liikenne |
| | ennaltaehkäisevä työ Total | |
| | terveyskulttuuri | 1. Ihmisten elämän tapojen muuttaminen 2. Ihmisten käyttäytyminen 3. Nuorison käyttäytymiseen vaikuttaminen 5. Terveyskulttuurin muutos sairauksien ihannoista pois |
| terveyskulttuuri Total | | |
| Tarve ja kysyntä Total | | |
| tyhjä | tyhjä | 3. tyhjä 4. tyhjä 5. 5. tyhjä |
| | tyhjä Total | |
| tyhjä Total | | |
| Grand Total | | |

Liite 4 Tärkeimpien käyttämättä olevien keinojen käytön esteet

| Keinoryhmä | (All) |
|-------------------------------------------|-------|
| Count of Vastaus | |
| Esteluokitus | Total |
| asenteet | 3 |
| asenteet,tieto | 1 |
| eduskunta,laki | 4 |
| Helsinki | 1 |
| johto | 4 |
| Kela | 1 |
| lääkäriprofessiot | 9 |
| muutosvastarinta | 6 |
| omistajarooli | 1 |
| osaamine, resursointi | 1 |
| poliittinen päättäjä | 1 |
| poliittinen päättäjä, asenteet, osaaminen | 1 |
| poliittiset päättäjät | 1 |
| poliittiset päättäjät lääkäriprofessiot | 1 |
| poliittisetpäättäjät, | |
| monimutk.päätöksentekojärj. | 1 |
| päättäjät | 2 |
| rahan niukkuus | 2 |
| resursointi | 3 |
| suuruus | 1 |
| suuruus, kulttuurierot | 1 |
| uskallus, kokemus | 1 |
| vallan menetys | 2 |
| virkaehtosop | 1 |
| Yliopisto, Stakes | 1 |
| yrietykset | 1 |
| (blank) | 35 |
| Grand Total | 86 |

Liite 5 Tärkeimmät käyttämättä olevat keinojen esteet keinoryhmittäin

| Count of Vastaus | Keinoryhmä | | | | | | | Grand Total |
|----------------------------------------------------|------------|----------|--------------|--------|----------|------------------|-------|-------------|
| | Käyttö | Omistaja | Organisointi | Ostaja | Tarjonta | Tarve ja kysyntä | tyhjä | |
| asenteet | | | | | 2 | | 1 | 3 |
| asenteet,tieto | 1 | | | | | | | 1 |
| eduskunta,laki | 1 | | | | 2 | 1 | | 4 |
| Helsinki | | | 1 | | | | | 1 |
| johto | | | 4 | | | | | 4 |
| Kela | | | | | 1 | | | 1 |
| lääkäriprofessiot | 3 | 1 | 5 | | | | | 9 |
| muutosvastarinta | 1 | | 5 | | | | | 6 |
| omistajarooli | | | | | 1 | | | 1 |
| osaamine, resurssointi | 1 | | | | | | | 1 |
| poliittinen päättäjä | | | 1 | | | | | 1 |
| poliittinen päättäjä, asenteet, osaaminen | | | | | 1 | | | 1 |
| poliittiset päättäjät | | 1 | | | | | | 1 |
| poliittiset päättäjät lääkäriprofessiot | | | 1 | | | | | 1 |
| poliittiset päättäjät, monimutk.päätöksentekojärj. | | | 1 | | | | | 1 |
| päättäjät | | 1 | | | 1 | | | 2 |
| rahan niukkuus | 2 | | | | | | | 2 |
| resurssointi | 1 | | 1 | | | | 1 | 3 |
| suuruus | | | 1 | | | | | 1 |
| suuruus, kulttuurierot | | | 1 | | | | | 1 |
| Uskallus, kokemus | | | | | | | 1 | 1 |
| vallan menetys | | | 2 | | | | | 2 |
| virkaehtosop | | | 1 | | | | | 1 |
| Yliopisto, Stakes | | | | | | 1 | | 1 |
| yrietykset | | | | | | | 1 | 1 |
| (blank) | 3 | 1 | 8 | 2 | 2 | 3 | 16 | 35 |
| Grand Total | 13 | 4 | 32 | 10 | 4 | 7 | 16 | 86 |

Liite 6 Keinoryhmät ja keinot täydennettynä ja korjattuna empirian pohjalta

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tarve ja kysyntä |
| Demografisiin + sosiaaliintekijöihin vaikuttaminen Sairastavuuden alentamiseen vaikuttaminen Terveyskäyttäytyminen |
| Tarjonta |
| Hinta Palvelun tarjontapaikka Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen Jono ja jonohallinta |
| Käyttö |
| Omalääkäri ja -hoitaja Teknologiat Hoidon porrastus Hoitoketjut Vaikuttaminen lähetekäytäntöihin lääkärin ohjeistamisen kautta "mitä hoidetaan" ja "mitä ei" Gatekeeper Osaamisen varmistaminen Yksilö Menelmät |
| Organisaation kehittäminen ja palvelutuotantovalinnat |
| Organisaation ja rakenteiden kehittäminen Palvelutuotantovalinnat Sisäinen yrittäjyys Johtamisen kehittäminen Kannustinjärjestelmät Johdon laskentatoimen kehittäminen Verkostoituminen ja yhteistyö Henkilöstöresurssit Kustannustietoisuus Laatu tmv. |
| Omistaminen |
| Valtuuston aseman ja tehtävien kehittäminen Hallintoneuvoston hyödyntäminen Hallitustoiminnan kehittäminen Toimitusjohtajan ja ylimmän johdon asema, palkitsemisjärjestelmät ja palkkaus Sisäinen valvonta Läpinäkyvä omistajatiedottaminen Ohjaustoimenpiteet Omistajakuntatahojen yhteistyö SHA-lautakuntien toiminnan kehittäminen Valiokuntien käyttäminen Eri elinten roolien täsmentäminen Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyksien varmistaminen |
| Ero sairaanhoitopiiristä, perussopimus |
| Ostaminen |
| Hinta |

Liite 6 Haastattelupohja

HAASTATTELURUNKO

TAUSTAT

| | |
|----------------|--------------------|
| Nimi | Kunta/yksikkö |
| Asema | Työvuodet kunnassa |
| Koulutus | Ikä |
| Muu työkokemus | |

JOHDATTELUA AIHEESEEN

Voiko yleensä erikoissairaanhoidon kustannuksia hallita?

Miten paljon erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnasta keskustellaan? Onko jotain toimenpiteitä tai päätöksiä tehty?

1. ERIKOISSAIRAANHOIDON KUSTANNUSKEHITYKSEN SYYT (2000-2004)

Mikä selittää teidän erikoissairaanhoidon kustannuskehitystä 2000-2004? (Mikä on nostanut kustannuksia ja mikä on laskenut kustannuksia)

2. MITÄ KEINOJA ON KÄYTÖSSÄ ERIKOISSAIRAANHOIDON KUSTANNUSTEN HALLITSEMISEKSI JA MITÄ HYÖTYJÄ SAATU (2000-2004)?

MITKÄ OVAT HYÖDYLLISEKSI KOETTUJEN KEINOJEN KÄYTÖN ESTEET?

Kysely etenee keinoryhmittäin. Katso keinoryhmää ja sen sisällä olevia keinoja toimenpiteineen (liite) sekä vastaa kysymyksiin.

Teorian testaamiseksi pyydän miettimään puuttuuko keinoja tai onko joku keino epäoleellinen?

| | a. | b. | | c. |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Keinoryhmä/keino | Onko jokin tähän ryhmään liittyvä keino aktiivisesti käytössä? Kyllä tai Ei | Jos vastasit edelliseen Kyllä, niin mitä toimenpiteitä on tehty? Milloin? | Mitä taloudellisia hyötyjä on saavutettu? Miten toimenpide on vaikuttanut käyttöön tai yksikkökustannuksiin? | Mikä muu keino olisi hyödyllinen? Onko keinon käytölle esteitä ja millaisia? |
| Tarpeen ja kysynnänhallinta | | | | |
| Demografisiin + sosiaaliintekijöihin vaikuttaminen | | | | |
| Sairastavuuden alentamiseen vaikuttaminen | | | | |
| Riittävän väestöpohjan luonti | | | | |
| Terveyskäyttäytyminen | | | | |
| Muita keinoja? | | | | |
| Keinoryhmä/keino | Onko jokin tähän ryhmään liittyvä keino aktiivisesti käytössä? Kyllä tai Ei | Jos vastasit edelliseen Kyllä, niin mitä toimenpiteitä on tehty? Milloin? | Mitä taloudellisia hyötyjä on saavutettu? Miten toimenpide on vaikuttanut käyttöön tai yksikkökustannuksiin? | Mikä muu keino olisi hyödyllinen? Onko keinon käytölle esteitä ja millaisia? |
| Tarjonnan hallinta | | | | |
| Palvelujen tarjonnan ja saatavuuden rajoittaminen | | | | |
| Palveluvalikoiman supistaminen, vaihtoehtoiset hoitomuodot | | | | |
| Teknologioiden hyödyntäminen | | | | |
| Muita keinoja? | | | | |

| | a. | b. | | c. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Keinoryhmä/keino | Onko jokin tähän ryhmään liittyvä keino aktiivisesti käytössä? Kyllä tai Ei | Jos vastasit edelliseen Kyllä, niin mitä toimenpiteitä on tehty? Milloin? | Mitä taloudellisia hyötyjä on saavutettu? Miten toimenpide on vaikuttanut käyttöön tai yksikkökustannuksiin? | Mikä muu keino olisi hyödyllinen? Onko keinon käytölle esteitä ja millaisia? |
| Käytön hallinta | | | | |
| Käytön rajoittaminen priorisoimalla | | | | |
| Käytön rajoittaminen raja-arvoja tarkistamalla | | | | |
| Käytön rajoittaminen hoitopakettien avulla ohjeistamisen kautta "mitä hoidetaan" ja "mitä ei" | | | | |
| Lääkärien osaamisen varmistaminen | | | | |
| Käytön ohjaaminen hinnan avulla | | | | |
| portinvartijuus | | | | |
| Interventio lääkärin toimintamalleihin | | | | |
| Keinoryhmä/keino | Onko jokin tähän ryhmään liittyvä keino aktiivisesti käytössä? Kyllä tai Ei | Jos vastasit edelliseen Kyllä, niin mitä toimenpiteitä on tehty? Milloin? | Mitä taloudellisia hyötyjä on saavutettu? Miten toimenpide on vaikuttanut käyttöön tai yksikkökustannuksiin? | Mikä muu keino olisi hyödyllinen? Onko keinon käytölle esteitä ja millaisia? |
| Organisointi ja oman toiminnan ohjaus | | | | |
| Organisoimalla omaa toimintaa uudelleen | | | | |
| Palkitsemisjärjestelmien rakentaminen | | | | |
| Hoidon porrastuksen ja hoitoon ohjaamisen kehittäminen, läpimenoaikojen nopeuttaminen | | | | |
| Tilaaajan ja tuottajan erottaminen | | | | |
| Sisäinen yrittäjyys | | | | |
| Johtamisen kehittäminen | | | | |
| Seurantajärjestelmien kehittäminen | | | | |
| Kustannustietoisuus | | | | |
| Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto | | | | |
| Keinoryhmä/keino | Onko jokin tähän ryhmään liittyvä keino aktiivisesti käytössä? Kyllä tai Ei | Jos vastasit edelliseen Kyllä, niin mitä toimenpiteitä on tehty? Milloin? | Mitä taloudellisia hyötyjä on saavutettu? Miten toimenpide on vaikuttanut käyttöön tai yksikkökustannuksiin? | Mikä muu keino olisi hyödyllinen? Onko keinon käytölle esteitä ja millaisia? |
| Omistajaohjaus | | | | |
| SHP hallitus tai SHA-lautakunnan kokoonpanon muuttaminen | | | | |
| SHP hallituksen tai SHA-lautakunnan toiminnan kehittäminen | | | | |
| HUS:n Valtuuston kokoonpanon muuttaminen | | | | |
| Valiokuntien käyttäminen HUS:ssa | | | | |
| Roolien täsmentäminen | | | | |
| Kunta-hallitus-valtuusto-lautakunnat yhteyskysien varmistaminen | | | | |

4. TEORETTISET TALOUDELLISET VAIKUTUKSET LYHYELLÄ JA PITKÄLLÄ TÄHTÄIMELLÄ

Jos edellä mainitsemanne viisi hyödyllisemmiksi kokemaan keinoa olisivat käytössä, niin miten paljon arvioitte saatavan säästöjä vuositasolla

1-3 vuoden tähtäimellä ? Entä 4 vuoden jälkeen?

Oletuksena, että nykyiset väestörakenteelliset tekijät säilyvät nykyisellään

5. KEINORYHMIEN TÄRKEYS

Mikä on eri keinoryhmien tärkeysjärjestys volyymin hallinnan kannalta?

| | Sija |
|------------------------------------------|------|
| Tarpeen ja kysynnän hallinta | |
| Tarjonnan hallinta | |
| Käytön hallinta | |
| Organisoinnin ja oman toiminnan hallinta | |
| Ostamisen hallinta | |
| Omistamisen hallinta | |

Mikä on eri keinoryhmien tärkeysjärjestys yksikkökustannusten hallinnan kannalta?

| | Sija |
|------------------------------------------|------|
| Tarpeen ja kysynnän hallinta | |
| Tarjonnan hallinta | |
| Käytön hallinta | |
| Organisoinnin ja oman toiminnan hallinta | |
| Ostamisen hallinta | |
| Omistamisen hallinta | |

TEORIAN TESTAUS (teorian täydentämistä on myös kohdassa 1) testaamisen tuntuuko, että kaikki oli tässä...

A: Katso suunnitelmassa olevaa kuviota: "Kuntien keinoryhmät erikoissairaanhoidon kustannusten hallinnassa"

Tuntuuko sinusta, että tässä on keinoryhmät lueteltu? Puuttuuko mielestäi keinoista jokin keino tai onko jokin epäoleellinen.