

# JÄÄVUORI-ILMIÖ TERVEYDENHUOLLOSSA

SIMO KOKKO

Kaikkien teollistuneiden maiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat joutuneet 1990-luvulla samankaltaisten vaikeuksien eteen. Joko verotuksella tai veronomaisilla sosiaalivakuutusmaksuilla rahoitettavat rahoitusjärjestelmät eivät näytä enää pystyvän suosiolla rahoittamaan kaikkea sitä, mitä eri terveystalvelujen tuottajat osaisivat tai voisivat tehdä ja mitä palveluiden käyttäjät haluaisivat.

Rahoitusvaikeudet ovat tärkein yhteinen syy siihen, että monet maat ovat ryhtyneet uudistamaan terveydenhuollon rakenteiden ja toimintojen perusteita. Reformeilla on joko haluttu rajoittaa varojen käyttöä tai ainakin hallita kokonaiskustannusten kasvua. Samalla on haluttu myös saada enemmän vastinetta niille panoksille, joita terveydenhuoltoon käytetään.

Terveydenhuollon toiminnoista ja organisaatioista on löytynekin paljon tehostamisen varaa. Tehottomuudesta on arvosteltu ennen kaikkea entisen Neuvostoliiton ja muiden sosialistisen suunnitelmatalousjärjestelmän maiden järjestelmiä. Terveydenhuoltoa pidettiin poliittisista syistä etuoikeutettuna palveluna, eikä huomattu, miten raskaita ja tehottomia palvelujärjestelmistä syntyi.

Myös läntisen Euroopan maissa on jouduttu tarttumaan tehottomuuteen. Useimmissa maissa esiintyy palveluiden ylikapasiteettia, epätarkoituksenmukaista päällekkäisyyttä, tehottomia palvelukokonaisuuksia ja -prosesseja. Reformien näkyviä edelläkävijämaita ovat olleet Iso-Britannia, Alankomaat ja Ruotsi (Health care..., 1990; The reform..., 1994). Isossa-Britanniassa, Ruotsissa sekä entisissä sosialistisen järjestelmän maissa on haettu tehoa ja täsmäohjausta palveluiden tuotantoon erottamalla rahoittaminen ja palveluiden tuotanto toisistaan. Näissä maissa on

1990-luvulla pyritty myös käyttämään *kilpailuttamista* yhtenä palveluiden tuottamisen tehokkuuden edistämisen keinona.

Suomessa julkinen terveydenhuolto perustui rahoituksen ja palveluntuotannon lukitsemiseen tiiviisti toisiinsa vuoden 1993 alkuun asti. Kilpailua ei voinut tuona aikana syntyäkään. Valtionosuusuudistuksen yhteydessä kunnat saivat uusia vapauksia ja vastuita. Ne voivat käyttää myös oman kunnan tai kuntayhtymän ulkopuolisia palveluja ja myös kilpailuttaa näitä. Kuitenkin kunnan velvollisuus kuulla erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiiriin vie pohjan pois kilpailuttamiselta, koska oman sairaanhoitopiiriin palveluiden kustannuksista on kuitenkin vastattava.

Suomessakin on syntynyt keskustelua ja väittelyä kilpailun käyttämisestä terveydenhuollossa. Kilpailua vaativien mielestä koko valtiosuusuudistukseen ja ohjausjärjestelmän muutokseen liittyvät mahdollisuudet jäivät käyttämättä, jos kilpailua ei ryhdytä käyttämään hyväksi. Kilpailuvirasto on vaatinut kannanotossaan (1996) kilpailun esteiden poistamista terveydenhuollosta. Kilpailun puolesta puhujat ovat lupailleet kilpailun avulla saavutettavan tuntuvia säästöjä. Yksityiset terveystalveluiden tuottajat, jotka haluaisivat kilpailla kuntien rahoilla kustannettavista palveluista, yhtyvät kritiikkiin ja esittelevät omien palveluidensa kilpailukykyisiä yksikköhintoja. Vasta-argumentteina kysytään, onko muista maista vakuuttavaa näyttöä kilpailun todellisesta toteutumisesta ja väitteistä hyödyistä. Kilpailuun kriittisesti suhtautuvat eivät usko, että Suomen maantieteellisissä oloissa voisi todellisuudessa syntyä merkittävää kilpailua.

Tämän artikkelin tarkoituksena on muistuttaa, että tähänastisessa keskustelussa on si-

vuutettu lähes kokonaan muiden maiden kokemusten mukaan seuraavat tärkeät peruskäsitteet:

1. Voidaanko tavallisilta tavaroiden tai palveluiden markkinoilta saatuja kokemuksia soveltaa terveydenhuoltoon, jossa markkina-asetelmaan kuuluu palveluiden käyttäjän ja tuottajan lisäksi kolmas osapuoli, palveluiden rahoittaja?

2. Oltaisiinko Suomessa valmiita sopeutumaan ja tyytymään niihin ohjailutoimiin, joita kilpailuttamisen hyväksi käyttäminen toisi tullessaan?

3. Miten voidaan odottaa, että kokonaiskustannuksissa säästettäisiin – mahdollisesta yksikköhintojen alenemisesta huolimatta –, jos palveluiden tuottajat viritettäisiin kilpailuun siten, että niiden etujen mukaista olisi pyrkiä aina tuottamaan enemmän palveluita?

#### MARKKINOIDEN MALLIT JA TERVEYDENHUOLTO

##### *Tavalliset kuluttajan markkinat*

Terveyspalveluiden käyttäjän asema on muuttumassa passiivisena toimien kohteena olemisesta kohti samanlaista aktiivista itsemääräämistä, joka on tuttua esimerkiksi tavaratalossa tai kampaajalla asioimisesta. Kuluttajalla on omia tarpeita. Myyjät tai palveluiden tuottajat pyrkivät saamaan kuluttajan kuluttamaan mainonnan, tiedottamisen ja muun myynninedistämistoiminnan avulla. Heidän ei oleteta kantavan huolta siitä, että kotiin kertyy käyttämättä jääviä tai tehtäviinsä soveltumattomia kodinkoneita, tai siitä, että kampaamon asiakkaana ollutta kiukuttaa väärä hiusmalli tai hiusten väri. Kuluttajien odotetaan itse punnitsevan tuotteiden tai palveluiden hyödyt ja suhteuttavan nämä itse maksamiinsa kustannuksiin.

Markkinoiden ydin onkin tässä prosessissa, jossa on sulatettava yhteen tarpeet, ostohoukutukset ja omien varojen riittäminen eri tar-

peisiin, kun ulkopuolisia maksajia ei yleensä ole. Kuluttaminen on yksityisasia. Yhteiskunnalle ei ole merkittävää etua tai haittaa esimerkiksi siitä, värjäävätkö kansalaiset hiuksiaan. Kuluttaminen virkistää kansantaloutta, mutta se myös usein kuormittaa ympäristöä. Kuluttajien käytettävissä olevien varojen rajallisuus asettaa rajat kulutukselle ja markkinoille.

Terveyspalveluissa palveluiden käyttöön voivat johtaa erilaiset koetut tarpeet tai myös ulkopuolelta tulevat kehoitteet. Perinteisesti lääkärin palveluita on käytetty haettaessa apua vammoihin tai oireina ilmeneviin vaivoihin. Myöhemmin terveyspalveluiden käyttöön on ohjattu myös ehkäisy- ja kuntoutuksen merkeissä. Palveluiden käyttäjä on ollut perinteisimmillään potilas, toimien kohde, jonka mahdollisuuksia valita eri vaihtoehtojen välillä tai vaikuttaa omaan hoitoonsa on pidetty heikkoina. Nykyisin potilas tai asiakas tulee entistä useammin lääkäriin tilaamaan tai tahtomaan erilaisia tutkimuksia ja hoitoja.

Tällaisessa markkina-asetelmassa potilas ja lääkäri ovat asemien tasoittumisesta huolimatta palveluiden käytön teorian kannalta ”epäsymmetrisessä” asemassa. Toinen tietää omat vaivansa ja saattaa toivoa omien tietojensa ja mielikuviansa mukaisia tutkimuksia ja hoitoja. Toinen, joka on asiantuntija, voi perustellusti ohjata toimet ammattitiedon pohjalta omille urilleen. Syntyy mutkikas suhde, jossa pelissä ovat luottamus, vallan käyttö ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen koko dynamiikka.

Tavallisilla markkinoilla kuluttaja on totunut ja varautunut siihen, että myyjän perimmäisenä pyrkimyksenä on tavaran tai palvelun myyminen. Autokauppiaan ei odoteta ryhtyvän ensin tutkimaan, voisiko liikkeeseen tulleen asiakkaan vanhalla autolla kenties hyvinkin korjausten avulla ajaa edelleen, koska kauppias toimisi tässä tapauksessa vahingokseen. Terveyspalveluissa palveluiden käyttämisestä on yleensä pidetty terveyden kannalta hyödyllisenä. Kriittinen terveydenhuoltotutkimus on kuitenkin ryhtynyt väittämään,

että näytöt monien tutkimus- tai hoitotoimien hyödyistä ovat riittämättömiä tai että nämä toimet ovat hyödyllisiä vain valikoiduille potilaille tai erityisten ehtojen vallitessa.

Tarjolla on sellaisia terveyspalveluita, joiden käyttöä ei rahoita yleensä mikään ulkopuolinen osapuoli, esimerkiksi aikuisten hammashoito yksityishammaslääkäreiden vastaanotolla Suomessa. Näissä palveluissa toteutuvat omalla tavallaan markkinat. Valtaenemmistö terveyspalveluista on kuitenkin sellaisia, joiden kustannukset maksaa – tai kustannusten kattamiseen ainakin osallistuu – kolmas rahoittajaosapuoli.

### *Kolarivaurioiden korjaamisen logiikka*

Ns. suurella yleisöllä ja tiedotusvälineillä on yleisesti käsitys, että terveydenhuolto ja etenkin erikoissairaanhoidon toimet autojen kolarikorjauksen tapaan. Kolarin tapahduttua voidaan yleensä selkeästi määritellä, onko vaurioita syntynyt ja mitä näille pitäisi tehdä. Kolarikorjauksen logiikan terveydenhuolto hoitaa nykyaikaisin menetelmin niitä tarpeita, joita väestölle ilmaantuu. Tarpeita taas määräävät ihmisillä esiintyvät sairaudet ja vammat. Julkisen terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän tehtävänä olisi kolarikorjauslogiikan mukaan maksaa syntyneiden vaurioiden korjaamisen kustannukset.

Kustannusten maksajalle tämän logiikan mukaan toimittaessa olisi hyötyä kilpailuttamisesta silloin, kun syntyneiden vahinkojen korjaus voitaisiin antaa kulloinkin laatu- ja saatavuusnäkökohdat huomioon ottaen korjauksen edullisimmin tekeväälle.

Mielikuva kolarivahinkojen korjaamisesta soveltuu terveydenhuoltoon kuitenkin huonosti asiaa tarkemmin tutkittaessa. Terveydenhuollossa ei voida tutkimusten eikä myöskään ammattihenkilöiden kokemuksen mukaan määritellä yksiselitteisesti elimistön ehjää tilaa, jonka palauttaminen vaurioiden jälkeen olisi palvelujärjestelmän tehtävä. Jo terveydenhuollon toimintojen laaja kirjo tervey-

den edistämisestä, ehkäisevistä toimista, seulonnoista, hoidosta, kuntoutuksesta ja ihmisen sekä perheen tukemisesta myös pitkäaikaisen tai kuolemaan johtavan sairauden kohdatessa osoittaa, miten kapea on mielikuva pelkästä vaurioiden korjaamisesta.

Ihmisellä esiintyvien terveysongelmien ja oireiden tutkimus on osoittanut, että terveyspalveluiden näkyviin tulee vain pienehkö osa ihmisillä esiintyvistä ongelmista. Eroa ei näytä olevan siinä, ovatko nämä arkisia ongelmia ja vammoja vai vakaviksi katsottavia sairautiloja tai oireita (Verbrugge 1986). Itse asiassa juuri kaikkein tärkeimpien kansanterveysongelmien alueilla esiintyy paljon piiloon erisyistä jäävää palveluiden tarvetta. Sitä, että huomattava osa oireista ja ongelmista jää käytännössä näkymättömiin, on kutsuttu ”jäävuori-ilmiöksi” (ks. esim. Hannay 1979). Terveydenhuollon jäävuori-ilmiön tutkimuksissa on todettu, että hoitoon hakeutumisessa esiintyy hyvin satunnaisista tekijöistä syntyvää vaihtelua.

Hoitoon hakeutumisen vaihteluiden lisäksi vaikeasti selitettävää vaihtelua esiintyy myös lääketieteellisessä tutkimuksessa ja hoidossa (Coulter & McPherson 1985; Sanders & al. 1989). Vaihtelua esiintyy kehittyneiden maiden sekä välillä että sisällä. Näitä vaihteluja ja eroavuuksia tutkitaan vilkkaasti, koska tutkimuksen avulla voidaan ajatella osoitettavan epätarkoituksenmukaisuuksia ja tehotomuutta toimintakäytännöissä.

Esimerkkejä sekä jäävuori-ilmiön että hoitokäytäntöjen vaihtelun esiintymisestä keskeisillä terveydenhuollon alueilla on koottu taulukkoon 1.

Jäävuori-ilmiö ja terveydenhuollon toimintakäytännöissä esiintyvä huomattava vaihtelu yhdessä osoittavat, että kolarikorjauksen kaltainen logiikka ei sovellu ainakaan koko terveydenhuollon toiminnan malliksi. Tapaturmien ja monien äkillisten vakavien sairauksien hoidossa tämä logiikka toki omalla tavallaan pätee, mutta mitä yleisempiin ja arkipäiväisiin ongelmiin tullaan, sitä pulmallisemmaksi malliksi se käy.

Jos terveyspalveluiden jäävuori-ilmiötä ei olisi eikä tutkimus- ja hoitotoimissa esiintyisi todettua vaihtelua, vaan sekä hoidon tarpeen että kulloinkin tarvittavan hoidon muodon määrittely olisi yksinkertaista ja selkeää, terveydenhuollon kustannusten rahoittajat voisivat varmaan huoletta jättäytyä passiivisen maksajan asemaan.

Terveydenhuollon arkikäytäntö ja alan tutkimus ovat osoittaneet kuitenkin kiistatta sen, että rahalliset kannustimet ohjaavat myös toimintaa. Näin sanottaessa ei tarvitse syyttää lääkäreitä tai sairaaloita "tarpeettomista" tutkimuksista tai hoidoista rahan keräämiseksi, koska tarpeellista ja perusteltuaakin tekemistä on paljon enemmän kuin on voitu tehdä. Lääketieteessä on varmaankin alan sisään rakennettuna halu voida tietää tai tehdä enemmän. Vaihtelua voi aiheuttaa jo yksin terveyden ja sairauden ongelmakentän ja sovellettavan tiedon laajuus. Toiminnan luontaisen laventumistaipumuksen yhdistyminen pyrkimykseen tuottaa lisää taloudellista tulosta johtaa kuitenkin erityisesti Yhdysvaltojen kokemusten mukaisesti varsin vaikeasti hallittavaan kokonaiskustannusten nousuun.

Yhdysvalloissa ryhdyttiin 1940 ja 1950-luvulla käyttämään kaupallisia sairausvakuutuksia, koska terveyspalveluiden käytön yksikköhinnat kasvoivat korkeiksi etenkin sairaalahoidossa. Vakuutuksilla maksettiin syntyneitä kuluja aluksi kyselemättä, mutta pian jouduttiin soveltamaan vahinkovakuutuksista tuttuja kontrollitoimia. Myöhemmin terveyspalveluiden käytön säätelystä tai säätelyn yrityksistä on tullut maan koko terveydenhuoltoa ohjaava voima. Kun Euroopankin maat ovat toinen toisensa jälkeen joutuneet huomamaan, että rahat eivät riitä aikaisemmin vielä kovin vapaasti laajentuneen terveydenhuollon kustannusten rahoittamiseen, ne ovat ottaneet käyttöön samanlaisia keinoja. Mielenkiintoista ja suorastaan paradoksaalista on ollut, että kustannusten hallintaan joudutaan

*Taulukko 1. Esimerkkejä terveyspalveluiden piiriin hakeutumisessa toteutuvasta "jäävuori-ilmiöstä" sekä hoitokäytännöissä esiintyvistä vaihteiluista*

*Arkea lähellä olevat oireet ja ongelmat*

- \* tuki- ja liikuntaelämistön oireet ja kivut, esim. niska-hartiaseudun ja alaselän oireet
- \* tavallisimmat äkilliset infektioaudit, esim. "flunssa", suoliston tulehdukset
- \* päänsärky eri muodoissaan
- \* yleiset useimmiten vaarattomat patofysiologisesti poikkeavat tilat, esim. krooniset ihottumat, krooninen nuha, ihon sieninfektiot jne.

*Huolestuttavat tai pelottavat oireet, ongelmat ja mielleyhtymät*

- \* syöpävaarasta hyvin yksilöllisillä tavoilla viestivät oireet ja merkit, jotka käynnistävät sekä potilaassa että maallikossa toiveita ja tarpeita sulkea syövän mahdollisuus pois
- \* monenlaiset epäilyt allergioista tilanteissa, joissa allergian aiheuttajan ja olemassaolon selvittäminen ei ole varautumistoimien ja hoidon kannalta edes välttämätöntä

*Arkiset psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat*

- \* osa depressioista
- \* jännittäminen, pelot
- \* yleiset unihäiriöt
- \* yleiset ongelmat lähimmissä ihmissuhteissa ja työpaikoilla, seksuaaliset ongelmat
- \* väsyneisyys ja energiattomuus

*Tavallisten kroonisten sairauksien ja riskitekijöiden hoitolinjat*

- \* toimiin ryhtymisen rajat esim. kohonneen verenpaineen, korkean seerumin kolesteroliarvon, sokeriaineenvaihdunnan häiriön yms. alueilla
- \* tavoiteltava ihanteellinen tasapaino esim. verenpaineen tai diabeteksen hoidossa
- \* ylipainoisuus, tupakointi, alkoholin käyttö; milloin on syytä ryhtyä ammattiapuun perustuviin toimiin?

*Monet diagnostiset ja kirurgiset erityistoimenpiteet*

- \* tunnetut lääketieteellisillä seikoilla vaikeasti selitettävät vaihtelut esim. selkäreikkauksien, kohdunpoiston, sappileikkauksien, tietokone-tomografiatutkimusten, ultraäänitutkimusten jne. käytössä

Taulukko 2. Menettelyjä, joilla terveydenhuollossa on pyritty säätelemään palveluiden käytön kasvua ja hoitotoimien vaihtelua silloin, kun rahoittaja ja palveluiden tuottaja ovat eri organisaatioissa

#### Sisäinen säätely

Ammattikuntien (esim. lääkärit tai hammaslääkärit) eettiset säännöt ja sisäinen valvonta. Pyrkii kitkemään pois väärinkäytöksiä sekä tarpeettomia tutkimuksia tai hoitoja. Ei yleensä suuntaudu rajoittamaan tarpeelliseksi katsottavien tai normaaliin hoitokäytäntöjen mukaisten toimien määrää.

Hoitokäytännöistä ja toimintalinjoista sopiminen. Viime aikoina paljon esille tuotu keino vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua ja sitä kautta karsia pois epätarkoituksenmukaisia toimia. Hoitokäytännöiltä edellytetään entistä selvemmin ankuroimista luotettavasti tutkittuun näyttöön vaikuttavuudesta ja hyödyllisyydestä. Hoitokäytännöistä sopiminen voi käynnistyä ammattikuntien tai palveluita tuottavien organisaatioiden aloitteesta tai voi olla myös osa maksajaosapuolen ja palveluntuottajien välistä sopimismenettelyä.

#### Sekä sisäinen että ulkoinen säätely

Palveluiden rahoittajataho ja palveluiden tuottajat lyöttäytyvät yhteen. Palveluiden tuottajat joutuvat näin vastuuseen käytettävissä olevien voimavarojen riittävydestä ja oikeasta kohdistumisesta. Yhdysvaltojen terveydenhuollossa yleistynyt palveluiden tuottaminen HMO-periaatteella (health maintenance organisation) on esimerkki tästä.

Peruspalvelujärjestelmä tai yleislääkäri asete-

taan vastuuseen erikoissairaanhoidon käytöstä joko osaksi tai kokonaan. Brittiläinen yleislääkäripraktiikoiden "fundholding-järjestelmä" on esimerkki tästä.

#### Ulkoinen säätely

Maksajataho asettaa palveluiden käytön ehdoksi määrittämänsä kontrollimenettelyn läpi käymisen joko etukäteen tai jälkikäteen. Kontrollimenettely voi olla esimerkiksi kustannuksista vastaavan vakuutusyhtiön osoittaman lääkärin arviointi tai muu neuvottelumenettely, jolla varmistaudutaan, että hoidon tarve täyttää asetetut kliiniset kriteerit.

Palveluiden rahoittaja tilaa palveluita valikoiden ja haluamiaan määriä palveluiden tuottajilta. Tilauksella voidaan sopia esim. 150 lonkkaleikkauksen, 200 polvinivelen tähytyksen jne. tuottamisesta etukäteen neuvotteluissa sovittavaan kokonaishintaan.

Käyttöä säädelään käyttäjämaksuilla tai omavastuuosuuksilla. Tuntuvat käytön yhteydessä perittävät käyttäjämaksut tai omavastuuosuudet vaikuttavat tukitusti palveluiden käyttöä vähentävästi. Vähentyminen kohdistuu kuitenkin yleensä varallisuuden eikä hoidon tarpeen vakavuuden mukaan, mistä syystä tätä keinoa ei voi kovin tehokkaasti käyttää, jos pidetään hoidon saatavuuden yhdenvertaisuusperiaatteista kiinni.

hakemaan keinoja ja menetelmiä maasta, joka on itse kaikkein pahimmin epäonnistunut kustannusten kehityksen hallinnassa.

Länsi-Euroopan maat on jaettu perinteisesti verotuksella ja verotuksen kaltaisella sosiaalivakuutuksella terveydenhuollon rahoittaviin maihin. Verotusrahoitteisissa maissa (Iso-Britannia ja Pohjoismaat) palveluiden rahoitus ja tuotanto ovat olleet saman julkisen organisaation vastuulla. Näissä maissa toiminnan laajuutta ja kustannusten kehitystä säädeltiin 1990-luvulle asti asettamalla budjettimenettelyllä rajat varojen käytölle. Ruotsi joutui säättämään jopa maakuntahallintoaan sitovan lain, jolla asetettiin maakuntahallin-

non veroille enimmäismäärät. Tällä saatiinkin maan terveydenhuoltokustannukset, jotka kasvoivat aikanaan jopa samaa vauhtia kuin Yhdysvalloissa, kääntymään laskuun. Verorahoitusmaissa on kuitenkin esiintynyt toiminnan tehostumusta, josta on syytetty juuri budjettirahoitusta ja kannustimien puuttumista. Sosiaalivakuutusmaissa rahoittaja ja palveluiden tuottajat ovat olleet erillään toisistaan, mutta kustannuskehitystä on säädelty päättämällä sairausvakuutusmaksujen tasosta valtakunnallisesti sekä myös säätelemällä vakuutusjärjestelmän piiriin päästettävien lääkäreiden ja hoitolaitosten määrää.

Taulukkoon 2 on koottu esimerkkejä tär-

keimmistä keinoista säädellä terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja hallita kustannusten kehitystä sellaisissa järjestelmissä, joissa säätelyä ei voida tehdä yhdistyneiden tai samassa omistuksessa olevien rahoittaja- ja palveluorganisaatioiden sisäisen suunnittelun, päätöksenteon ja budjettiohjauksen avulla.

Osa keinoista on luokiteltu terveysalan eli palveluita tuottavan osapuolen "sisäiseksi", osa "ulkoiseksi" keinoiksi, joita rahoittajaosapuoli käyttää tai joiden käyttöä se ainakin edellyttää.

Professioiden itsesäätely ja palveluntuottajien kehittämät hoitokäytäntösuositukset tai -sopimukset ovat yhtäältä ammattityön tavalista ja tarpeellista kehittämistä sekä laadun varmistamista, mutta toisaalta näillä toimilla halutaan myös torjua tai vähentää professioiden sosiologian perusajatusten mukaan ulkoista kontrollia (Freidson 1970).

Monet säätelykeinoista ovat peräisin Yhdysvaltojen terveydenhuollon kehityksen eri vaiheista tai kehityslinjoista. Nämä tunnetaan järjestelmiä tuntemattomille vaikeasti aukeavalla nimellä "managed care". Käsitteen paras suomennos voisi olla "säädelyhoito". Käsitteen vaikeus on siinä, että sillä voidaan tarkoittaa keskenään hyvin erilaisia palveluiden käytön säätelyn tai palveluiden tuottajien kannustimien ohjailun toimia. Määrällisesti supistuva periaate, "unmanaged care" on muuttunut vastakohtaansa selvemmin määriteltäväksi. Säätelyhoito on sellaista, jossa palveluiden käyttäjä joko maksaa itse omista varoistaan kustannukset tai maksamisesta vastaava vakuutuslaitos korvaa kulut kyselemättä.

Managed care -kehityksen ääripää on HMO-lyhenteellä (health maintenance organization) tunnettu organisaatiomuoto. HMO tarkoittaa puhtaimmillaan sitä, että vakuutuslaitos päättää säästää palkkaamalla omat sairaalat ja lääkärit hoitamaan vakuutettujaan. Näin se varmistaa, että toiminnassa kuuluu isännän ääni, eivätkä palveluiden tuottajat voi lisätä omia tulojaan tekemällä aina vain aikaisempaa enemmän, koska rahoitus tulee omasta

talosta. Rahoituksen ja palveluntuotannon yhdistämisellä saatiin aikaan säästöjä ja HMO:t saivat lisääntyneestä tehokkuudesta kilpailuvaltiin vakuutusyhtiöiden väliin kilpailuun. Jos samaa menettelyä käytettäisiin autovakuutuskilpailussa, vakuutusyhtiöt voisivat tarjota edullisia vakuutuksia, joiden ehdoissa olisi kuitenkin rajoitus, että kolarikorjaukset pitää tehdä yhtiön omista tai ainakin yhtiön kanssa sopimuksen tehneissä korjaamoissa.

Yhdysvaltojen terveydenhuollon kentässä on vaikuttanut jo pitkään rinnakkain kaksi erilaista kannustinjärjestelmää. Vanhoissa järjestelmissä on maksettu suoritepohjaisia korvauksia hoidosta aina, kun hoitoa on annettu potilaille. Tämä on ollut yleensä potilaiden mieleen, mutta maksajien mielestä kestävämmän kallista. Suoritepohjaiset korvaukset johtavat yleensä palveluiden kysynnän kasvuun; puhutaan palveluntuottajien synnyttämästä palveluiden kysynnästä. Lääkäri tai sairaala saattoi erilaisin keinoin tähdätä siihen, että potilaat käyttäisivät entistä enemmän palveluita. Tähän voitiin pyrkiä mainonnalla, mielikuvien luomisella, tiedottamisella, kliinisissä tilanteissa käydyillä keskusteluilla, määräämällä potilaalle aikaisempaa laajemmin tutkimuksia, leikkauksia, kontrollikäyntejä, kuntoutusta jne. Koska terveysongelmien maailmassa vaikuttaa aikaisemmin esitelty jäävuori-ilmiö, ei voitu kovinkaan helposti osoittaa mitään tarpeettomaksi. Suoritekorvausjärjestelmien ongelma ei siksi olekaan toiminnan tahallinen vilkastuttaminen, vaan kannustimista syntyvän virityksen suunta.

Toisessa järjestelmässä viritys oli pian päinvastaisen suuntainen. Potilaat tiesivät, että heidän työnantajansa maksaa vakuutusyhtiölle vakuutusmaksut, ja HMO-maailmassa palveluntuottajat saivat yleensä tulonsa riippumatta siitä, miten paljon ne tekivät työtä tai synnyttivät suoritteita. Tärkein kannustin potilaiden hoitamiseen hyvin oli potilaan tai usein kokonaisten työntekijäjoukkojen mahdollisuus hakeutua muihin järjestelmiin, jos

HMO:n palvelu ei tyydyttänyt. Siinä, missä vahinkovakuutus pohjaisissa järjestelmissä epäiltiin palveluntuottajia liiallisesta aktiivisuudesta, managed care -järjestelmissä heräsi puolestaan epäily liiallisesta passiivisuudesta.

Näiden kahden ääripään välille syntyi erilaisia kompromissijärjestelyjä. Yksi tunnettu säätelemättömän ja säädelyn järjestelmän välinen kompromissi on ollut diagnosoitavien haitta-tilojen käyttöönotto sairaalahoidon korvauksissa. Tämä tarkoittaa sitä, että esimerkiksi tavallisesta silmän kaihi-leikkauksesta tai tavanomaisesta synnytyksen hoitamisesta maksetaan vakiokorvaus riippumatta siitä, jouduttiinko tekemään mahdollisesti ylimääräisiä toimia vai oliko hoitotehtävä kenties erityisen helppo ja pikaisesti ohitse. Näillä hinnoittelulla pyrittiin rajoittamaan palveluntuottajien mahdollisuuksia saada itselleen tuloja esimerkiksi pidentämällä hoitoaikoja tai tekemällä ylimääräisiä varmistelututkimuksia. Autojen korjaamisen maailmassa tämä voisi tarkoittaa sitä, että autokorjaamo ilmoittaa kolarin tai moottorin sylinterikorjauksen hinnan etukäteen, eikä saa lisätä laskutukseensa ylimääräistä sen vuoksi, että matkalla tuli vastaa yllättäviä ja aikaa vieviä ongelmia. Nämä laskutusperiaatteet eivät ole kuitenkaan osoittautuneet kovin yksinkertaisiksi käyttää, eikä niiden avulla ole onnistuttu hallitsemaan kustannusten kehitystä, koska ne eivät säätele tutkimiseen tai hoitoon ryhtymisen halukkuutta, vaan ne säätelevät kustannusten muodostumista sen jälkeen, kun toimiin on jo ryhdytty.

Ison-Britannian terveydenhuollon 1990-luvun uudistuksissa keskeisenä ajatuksena on ollut tehostaa toimintaa erottamalla aikaisemmin samaa organisaatiota olleet terveydenhuollon rahoittaja ja palveluiden tuottaja toisistaan. Rahoittajasta on tullut tilaajia, joiden odotetaan tietävän, mitä terveyspalveluita väestö tarvitsee ja miten paljon. Tilajia voivat olla joko alueelliset terveysviranomaiset (health authority) tai myös ne yleislääkäripraktiikat, joille on annettu oikeus hallita

osaa hoidossaan olevan väestön tarpeisiin varattua erikoissairaanhoidon terveydenhuolto-budjettia (fund holding practices). Suomalaisia sairaanhoitopiirejä kokoluokaltaan muistuttavat health authority -ostajat tekevät sairaaloiden kanssa uudenlaisia sopimuksia palveluiden määristä ja kustannuksista. Budjet-tihallintaan oikeutetut "fundholding"-praktiikat puolestaan vastaavat hallintaansa uskotuilla varoilla osasta potilaiden erikoissairaanhoidon tason tutkimuksia ja hoitoja sekä myös mm. potilaiden lääkekuluista silloin, kun lääkityksen on määrännyt oma yleislääkäri.

Tällaisen tilaaja-tuottaja-järjestelmän asentamisella brittijärjestelmään on haluttu tietoisesti vähentää sairaaloiden kliinisen johdon aikaisemmin horjumatonta valtaa suunnata palvelut kliinikkakohtaisesti oman harkinnan mukaan. Sillä, että palveluita voidaan tilata niin haluttaessa myös naapurisaira-alasta tai yksityisiltä palveluntuottajilta, synnyttiin ainakin kilpailuasetelma, jonka toivottiin tehostavan toimintaa ja auttavan kustannusten hallitsemisessa.

#### KOKEMUKSIA KILPAILUSTA

Tavallisessa tavaroiden ja palveluiden tuotannossa kilpailua pidetään hyödyllisenä, koska se pakottaa taloudellisuuteen toiminnassa. Kilpailussa häviölle jäävä joutuu viime kädessä poistumaan markkinoilta. Pelkkä kilpailun olemassaolo tai ilmaantuminen markkinoille johtaa usein markkinoita hallitsevien toiminnan terästyymiseen. Siitä, että kilpailun synnyttämä halukkuus myydä koko ajan entistä enemmän ei johda yleiseen vararik-koon, huolehtii kuluttajien varojen rajallisuus.

Ison-Britannian terveydenhuoltojärjestelmän toiminta on tehostunut 1990-luvulla erimittareilla mitaten. Birminghamin yliopiston terveydenhuollon hallinnon laitoksen järjestämällä kansainvälisellä kurssilla, jonka tarkoituksena oli esitellä ja arvioida kriittisesti brittijärjestelmän reformeja ja niiden seurauksia, kirjoittajalle esiteltiin kolme kilpaile-

vaa selitystä. Ensimmäinen kurssin pääesitelmöitsijä, joka edusti aluehallintoviranomaisia (health authority), katsoi, että kehittynyt ja terävöitynyt palveluiden ostotoiminta on saanut aikaan muutokset. Seuraavan päivän puhuja oli fundholding-järjestelmän piiriin kuuluvan praktiikan yleislääkäri. Hän piti edellä mainittua ostotoimintaa entisen järjestelmän jatkamisena uudella nimellä, mutta tehostumisen avaimet löytyivät hänen mielestään juuri yleislääkäreiden uudesta ostajaroolista. Kolmas puhuja oli terästeollisuudesta sairaalan toimitusjohtajaksi tullut ekonomi, jonka mielestä ostojärjestelyillä ei ole juuri ollut vaikutusta toiminnan tehostumiseen. Tehostumisen salaisuus on ollut "managementin" tuominen aikaisemmin ala-arvoisesti hallintoituun ja huonosti suunniteltuun järjestelmään.

Kaikki kolme puhujaa arvioivat avatun kilpailun vaikutuksia samansuuntaisesti. Kilpailua oli syntynyt selvästi vähemmän kuin oli odotettu. Sitä oli syntynyt lähinnä maan suurimpien kaupunkien sairaaloiden välille silloin, kun sairaaloita on uhattu sulkemistoimilla. Kilpailuja palveluja olivat olleet pääasiassa jotkut suurina sarjoina tehtävät tutkimus- ja leikkaustoimenpiteet, esimerkiksi tietokonetomografiatutkimukset, kaihileikkaukset ja ortopediset leikkaukset. Kaikki puhujat pitivät kuitenkin kilpailun ja yksittäisen palveluntuottajan aseman kyseenalaistamisen mahdollisuutta tervetulleena muutoksena aikaisemmin suljetussa järjestelmässä. Päätelmäksi nousi yleistys, jota pidetään ilmeisesti kaupankäynnissä laajaltikin pätevänä: kilpailun valloilleen pääseminen on melko harvinaista ja käsistä riistäytyessään järkevälle toiminnalle jopa vahingollista polkumynteineen. Sen sijaan kilpailun mahdollisuus voi olla hyvä kannustin ja tehokkuuteen terästäjä.

Ruotsissa terveydenhuollon rajoituksesta ja ohjauksesta vastaa maakuntahallinto. Eri maakäräjillä on ollut laaja harkintavaltta terveydenhuollon ratkaisujen välillä. 1990-luvun alkupuolella eräillä alueilla otettiin käyt-

töön sairaaloiden välillä kilpailua, joka perustui pitkälle "raha seuraa potilasta" -periaatteeseen. Ne sairaalat, jotka saivat eniten potilaita, saivat rahoitusjärjestelmästä hoitokorvauksina vastaavasti eniten rahaa. Tällä uusia oli määrä saada suljetuksi mm. osa Tukholman ja sen ympäristön liialliseksi arvioidusta sairaalakapasiteetista. Ensimmäisenä seurauksena olivat toimintojen voimakas laajeneminen ja selvä kustannusten nousu. Tämä johtui siitä, että kaikki sairaalat virittäytyivät sekä toimimaan tehokkaasti että myös houkuttelemaan aikaisempaa enemmän potilaita hoitoon, usein madaltaen hoitoon hakeutumisen kynnyksiä. Sairaaloilla oli tähän selvät kannustimensa (Svenson & Nordling 1996). Toiminnan laajentamisen ei tarvinnut perustua arveluttaviin toimiin, vaan jäävuoren näkymättömästä osasta on riittänyt tarpeellista ja perusteltavissakin olevaa tekemistä. Tämän seurauksena kilpailua avanneilla alueilla on jouduttu uudelleen palaamaan tiukkoihin kustannuskattoihin ja muihin vastaaviin rajoitustoimiin.

Syy siihen, että muutoin samansuuntaisia uudistuksia tehneet Iso-Britannia ja Ruotsi, jotka opiskelivat tiiviisti toistensa kokemuksia, valitsivat erilaiset tiet, on terveydenhuollon rakenteessa. Ison-Britannian järjestelmä perustuu vahvaan yleislääkärijärjestelmään, johon väestö luottaa. Ruotsissa yleislääkärijärjestelmää on yritetty viime vuosikymmeninä rakentaa, mutta sen muodostaminen kaupunkipaikkakunnille, joissa väestö on totunut suoraan käyttämään sairaaloiden akuuttivastaanottopalveluja, on osoittautunut hyvin vaikeaksi. Tästä syystä Iso-Britannia valitsi mallin, jossa kilpailuun sisältyvistä valinnoista vastaa potilaan agenttina yleislääkäri. Ruotsin kilpailua avanneilla alueilla valinnat suoritettiin suoraan palveluiden käyttäjä.

#### MITEN SUOMESSA?

Suomessa terveydenhuollon rahoitus ja palveluiden tuotanto olivat vuoden 1993 valtion-



osuusjärjestelmän ja terveydenhuollon suunnittelujärjestelmän uudistukseen asti tiiviisti lukittuja toisiinsa. Kunnallisten terveystalveluiden käyttöön ohjattuja verovaroja sai käyttää eräitä poikkeuksia lukuun ottamatta vain oman kunnan alueen (terveyskeskus, sairaanhoitopiiri ja erityistason hoidossa yliopistosairaalaapiiri) palveluntuottajien toimintaan. Kunnallisten palvelulaitosten talousarviot ja toimintasuunnitelmat huolehtivat toiminnan mitoituksista ja kustannusten enimmäismäärien asettamisesta. Kuntayhtymäpohjaisten palveluntuottajien välisessä kustannusten jaossa tultiin toimeen yksinkertaisilla toimintasuoritteiden pelimerkeillä: kuntalaskutus perustui avohoitokäytien ja sairaalahoitopäivien yksinkertaiseen tilastointiin.

#### *Muuttuneet pelisäännöt ja kannustimet*

Vuoden 1993 alusta avattiin mahdollisuus palveluiden hankkimiseen oman alueen ulkopuolisista sairaaloista ja myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Näitä uusia mahdollisuuksia käyttäessään rahoituksesta vastaava kunta voi edellyttää toiminnan laajuutta säätelevien maksusitoumusten käyttöä. Samalla ryhdyttiin muuttamaan kuntalaskutusta perustamaan yksityiskohtaiseen kustannuslaskentaan perustuvien suorite- tai tuotehintojen varaan. Oman sairaanhoitopiirin palveluiden käytössä kunnan keinoiksi vaikuttaa palveluiden laajuuteen ja kunnan kustannuksia jäi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päätöksenteon kautta vaikuttaminen toimintasuunnitelmaan ja talousarvioon. Viime vuosiin asti yksittäisten kuntien tai kuntaryhmittymien ja sairaanhoitopiirien välisiä myös toiminnan kokonaismääriä ja -kustannuksia koskevia sopimuksia ei ole ollut käytössä, tai nämä ovat olleet enintään kuntakohtaisia ennusteita palveluiden käytön kehityksestä.

Kunta voi nyt ohjata potilaita eri keinoin käyttämään oman sairaanhoitopiirin ulkopuolisia palveluita. Tässä ohjauksessa voidaan käyttää hyväksi myös kilpailun periaatteita. Muutamat kunnat ovatkin aktiivisesti ryhty-

neet käyttämään näitä keinoja. Kilpailun avulla on tavoiteltu sekä aikaisempaa edullisempia kustannuksia että myös toiminnallisia hyötyjä: joustavaa palveluiden saatavuutta, luottolääkäriasemassa olevien erikoislääkärikonsulttien ketjun syntymistä tukemaan terveyskeskuksen toimintaa jne.

Silti kunta, joka ohjaa potilaitaan muualle, ei voi kovin tehokkaasti vaikuttaa oman sairaanhoitopiirin palveluiden käyttöön. Oman sairaanhoitopiirin palveluiden käyttöä ei voida säädellä maksusitoumusmenettelyillä. Sairaalaan pääsyn ehdoksi ei voi myöskään asettaa oman kunnan terveyskeskuksesta saatua lähetettä, koska lainsäädäntö ei tunne tällaista rajausta. Potilaat hakeutuvat edelleen yleisesti ilman lääkärin lähetettä sairaalaan. Kunnan ohjauksen mahdollisuuksia kaventaa myös se, että suurehko osa sairaalan poliklinikka- tai osastohoitoon johtaneista lähetteisistä tulee saman sairaalan muilta erikoisaloilta (Sosiaali- ja terveysministeriön..., 1997). Lainsäädännössä ei ole myöskään säädetty mitään mahdollisuuksista rajoittaa sairaalan oikeuksia pitää potilasta pitkäaikaisesti esimerkiksi sairaalan poliklinikan hoidossa. Erikoissairaanhoitolain 10. §:n mukaan toiminta on tosin suunniteltava yhdessä terveyskeskusten kanssa siten, että näiden kahden sektorin palveluista muodostuu tarkoituksenmukainen toiminnallinen kokonaisuus.

Toisin sanoen kunta voi käyttää kilpailua ja saadakin kunnan asukkaille kenties edullisemmin palveluita oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelta, mutta se ei voi varmistua siitä, että oman sairaanhoitopiirin palveluiden käyttö vähenisi vastaavassa suhteessa. Tästä pitää jäävuori-ilmiö huolen.

On myös selvää, että jos kaikki sairaanhoitopiirin alueen kunnat ryhtyisivät ohjaamaan helpoimmin siirrettävissä olevia erikoissairaanhoidon palveluja oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle, sairaanhoitopiirin koko palveluvalmius ja talous joutuisivat kriisiin. Tavallisilla markkinoilla tätä pidettäisiin koviin pelisääntöihin kuuluvana hyväksyttävänä ilmiönä, mutta sairaanhoidossa on kyse suureh-

kolta osaltaan sellaisesta palvelusta, jota joudutaan pitämään yllä kansalaisten perustuvan kannalta samaan tapaan kuin palokuntaakin. Mitä enemmän toimintoja siirrettäisiin sairaanhoitopiirin ulkopuolelle, sitä kalliimmiksi muodostuisivat ne palvelut, jotka jouduttaisiin eri syistä kuitenkin pitämään yllä oman alueen sairaaloissa.

Toisten mielestä tämä kehitys olisi vain terveellinen osoitus toimintojen todellisista kustannuksista ja rakenteista, ja näiden piirteiden esille tuleminen voisi auttaa karsimaan päällekkäisyyksiä ja vähentämään sairaaloiden lukumäärää alkaen pienimmistä erikoissairaanhoidon sairaaloista. Toisaalta voidaan perustellusti arvioida, että jos kunnat ryhtyisivät rahoittamaan uusia kilpailussa menestyviä palveluntuottajia, palveluiden kokonaiskapasiteetti ja samalla myös kokonaiskustannukset pyrkisivät vain kasvamaan.

#### *Suomen erityispiirteet ja kilpailuttaminen*

Suomi sijaitsee erikoissairaanhoidon ohjailuun vaikuttamisen kannalta rakenneratkaisuiltaan Ison-Britannian ja Ruotsin välissä. Terveyskeskukset ovat ruotsalaisia terveyskeskuksia vahvempia, mutta peittävydeltään ja auktoriteetiltaan brittiläistä yleislääkärijärjestelmää heikompia – tai ainakin helpommin tarvittaessa kierrettävissä olevia – toimijoita terveydenhuollon kentässä.

Suomen terveyskeskukset ovat myös maailmanlaajuisesti ainutlaatuinen ja omaperäinen ratkaisu. Ainutlaatuista on laajan avopalveluiden valikoiman ja työryhmän lisäksi terveyskeskusten oma sairaalahoito nykymuodossaan. Terveyskeskussairaalat voisivat tietysti sijoittua kilpailua lisättäessä kilpailuttavien palveluiden joukkoon, tai niitä käyttäen kunnat voisivat kilpailuttaa erikoissairaanhoidoa erityisen tehokkaasti.

Missään muualla maailmassa ei ole valittu suomalaisen kunnan kokoista yksikköä terveydenhuollon rahoituksen väestöpohjaksi. Kuntien asukasluvun keskiarvo on noin 10 000 ja mediaani noin 6 000 asukasta. Jos ter-

veydenhuollon toimintaa rahoitetaan korvaten suoraan palveluntuottajille syntyvät kustannukset oikein laskien, väestöpohjan olisi oltava laskutustekniikasta ja eräistä tasaustekniikoista riippuen joka tapauksessa vähintään 10 000–20 000 asukkaan luokkaa (Häkkinen & al. 1994). Monissa tärkeissä erityispalveluissa rahoituspohjan olisi oltava laskelmien mukaan vielä tätäkin suurempi.

Kunnat pitävät nykytilanteessa erikoissairaanhoidon käytön ja kustannusten säätelyn vaikeuksia yhtenä suurimmista ongelmistaan. Jos erikoissairaanhoidon avattaisiin täysimittaiset markkinat, yksittäinen kunta olisi neuvotteluosapuolena ja palveluiden ostajana auttamattomasti liian pieni ja heikko. Siinä, missä eräät yksittäiset kunnat laskevat saavansa säästöjä harjoittamansa valikoivan kilpailuttamisen ja palveluiden ostomenettelyn tuloksena, sairaalat voisivat – noudattaen täysin hyväksyttäviä markkinatalouden periaatteita – ryhtyä antamaan uskollisille käyttäjille paljousalennuksia ja pakottaa eri puolilta palveluja hankkivat käyttämään korkeinta listahintaa silloin, kun nämä kuitenkin joutuvat jo maantieteellisistä syistä käyttämään alueen pääsairaalaa.

Jos Suomessa ryhdyttäisiin käyttämään todella kilpailua terveydenhuollossa, olisi valittava joko agentin, eli käytännössä terveyskeskuksen tai muutoin valittavan omalääkärin, avulla kilpailuttaminen tai ruotsalainen suoraan palveluiden käyttäjien valintojen avulla kilpaileminen.

#### *Omalääkäri tai terveyskeskus kilpailuttajana*

Jos kilpailuttamisen agentiksi valittaisiin terveyskeskus, ajatus pitäisi saada hyväksytyksi myös maan kaupunkipaikkakunnilla. Olisi hyväksyttävä uudenlaisia ohjausmenettelyjä, joita olisivat nykyisestään tuntuvasti tehostettu lähetepakko ja myös pitkäaikaista hoitoa varten annettava valtuutus tai hyväksyntä perusterveydenhuollon lääkäriltä. Terveyskeskus tai oma lääkäri voisi valita esimerkiksi edullisen hinnan perusteella sairaalan, joka

ei muutoin mielikuvien ja sijainnin puolesta olisi väestön suosiossa. Kuinka hallittaisiin tästä aiheutuvat ongelmat ja protestit siitä, ettei voisikaan käyttää esimerkiksi paikkakunnan omaa sairaalaa? Pääkaupunkiseudun terveydenhuollon ongelmia on yritetty turhaan ratkoa synnyttämällä kirjavaan sairaalapalveluiden kenttään tilaaja–tuottaja-suhteita.

Suomeen on esitetty hahmotelma (Häkkinen & al. 1995) markkinoihin perustuvasta järjestelmästä, jossa palveluntuottajat joutuisivat kilpailemaan pysyäkseen potilastulojen kautta markkinoilla. Tämän mallin mukaan kansalaisten pitäisi valita itselleen omalääkäri, joka voisi olla myös nykyisten terveyskeskusten ulkopuolinen lääkäri, joka olisi ostoorganisaatioiksi muodostettavien kuntien yhteenliittymien hyväksymä. Tämän lääkärin ratkaisut, lähettäminen tai lähettämisestä pidättäytyminen, sekä kuntien ostoyhteenliittymien neuvottelemat palvelusopimukset määrittäisivät erikoissairaanhoidon käytön. Käytön laajuuden ja sitä kautta kokonaiskustannusten säätely jätettäisiin omalääkäreiden epäkiitolliseksi tehtäväksi.

Tämä ajatus edustaa äärimmilleen vietyä uskoa perustason lääkärin kykyyn ja mahdollisuuksiin ratkaista koko terveydenhuollon perusongelma voimavarojen saamisesta riittämään kasvaviin tarpeisiin. Tällaiseen menettelyyn ei ole voitu mennä yhdessäkään yleislääkärijärjestelmän kolmesta suuresta Euroopan maasta (Iso-Britannia, Alankomaat ja Tanska), koska yleislääkärijärjestelmän hyväksyttävyyttä joutuisi liian kovalle koetukselle. Jos Suomessa esitetään terveydenhuollossa käytettäväksi kilpailua, joka perustuisi terveyskeskusten tai omalääkärin käyttämiseen ratkaisevassa asemassa, olisi ensin selvítettävä, miten kansa, sairaalat ja yleinen mielipide saataisiin uskomaan, että näin on pakko menetellä, ja sen jälkeen taipumaan terveyskeskuslääkäreiden tahtoon.

#### *Potilas itse kilpailun toteuttajana*

Jos kilpailun toteuttajaksi valittaisiin potilas

itse, yritettäisiin jäljitellä tavallisten tavaratai palvelumarkkinoiden tilannetta. Tämä voisi toimia, jos palveluiden tarve olisi hyvin selkeästi määriteltävissä. Terveyspalveluissa on toki sellaisia palveluita, jotka voitaisiin jättää tällä mekanismilla ohjailtaviksi. Esimerkiksi synnytyssairaalan tai muun synnyttämispaikan valinta voitaisiin jättää äidin valinnan varaan, koska käytännössä kaikki synnytykset hoidetaan ammattihenkilöiden toimesta. Ratkottavaksi jäisi kuitenkin kysymyksiä esimerkiksi siitä, miten suhtauduttaisiin esimerkiksi keisarinleikkausten yleisyydessä oleviin eroihin, koska korvaus tulisi olemaan näistä toimenpiteistä paljon suurempi kuin normaaliin alatietyssyntytysten hoitamisesta. Vastaavia muitakin selkeästi rajattavia hoitokohteita voitaisiin löytää.

Tämän tien valitessaan Suomi kuitenkin hylkäisi lyhytnäköisesti ne mahdollisuudet, joita perusterveydenhuollon roolin pitäminen tärkeänä tarjoaa ja joita muualla maailmassa Yhdysvaltoja myöten nykyisin tavoitellaan. Väestö altistuisi suoraan palveluiden laajentamispaineille, joita aiheuttaisivat sekä lääketieteen yleinen kehitys että sairaaloiden entistä voimakkaampi tarve saada itselleen potilaita ja suoritteita.

#### *Kunta kilpailuttajana*

Jos yleislääkärin mahdollisuuksiin ohjata potilaskohtaisesti hoitoa kilpailun ehtojen mukaisesti on syytä suhtautua epäilevästi, kunnan mahdollisuudet ohjata palveluiden käyttöä suurempina kokonaisuuksina – esimerkiksi erikoisalain palvelut kerrallaan – eivät ole juuri ongelmattomammat. Maassa on tosin tapahtunut 1990-luvulla tällaista määrätietoista ohjailua, mutta senkin väylät ovat perustuneet pääasiassa aikaisempiin perinteisiin käyttäen esimerkiksi naapurisairaanhoidopiirin puolelle jääneen aluesairaalan palveluja. Osalle kunnista nämä ovat muodostuneet säästöjä aiheuttaviksi käytännöiksi, osalle taas ongelmalliseksi päällekkäisyydeksi, josta on pyritty pääsemään eroon.

Kuntien käsiä sitoo ennen kaikkea kuntien paikkakunta- ja alueitsekkyyys, jonka taustalla on halu pitää veromarkat mahdollisimman tarkoin oman kunnan ja oman alueen talouselämän käsissä. Kunnille on ehdotettu (Paavilainen & al. 1998) oikeutta vaihtaa sairaanhoitopiiriä niin halutessaan, mutta sairaanhoitopiiriin kuulumisen olisi pakollista yhteisten vastuiden kantamisen ja tasausjärjestelmien toimimisen varmistamiseksi.

On todennäköistä, että kuntien ja samalla käytännössä terveyskeskusten harjoittama valikoiva palveluiden hankkiminen piirirajoista riippumatta lisääntyy, koska nykyinen kuntalaskutus, jossa lähes kaikki sairaaloiden tulot peritään hoitosuoritteissa, kannustaa kuntaa itsekkyyteen. Samalla on selvää, että kuntien mahdollisuudet hyötyä tästä menettelystä taloudellisesti eivät jakaudu oikeudenmukaisesti, koska pienet kunnat voivat vetäytyä yhteisen valmiuden ylläpitämisestä suuria kuntia huomaamattomammin ja pitemmälle. Jos keskussairaaloiden sijaintikunnat valitsisivat tällaiset strategiat, sairaanhoitopiirien toiminnan ja budjettien perusteet menisivät välittömästi uusiksi.

#### TEHOSTAMISTA JA KUSTANNUSKEHITYKSEN HALLINTAA TARVITAAN

Kansainvälinen kokemus kilpailun hyödyistä tai etenkin kilpailun tuottamista säästöistä kokonaiskustannuksiin ei puhu Suomessa esitettyjen lupauksen puolesta. On myös hyvin vaikea hahmotella mekanismeja, joilla tällaiset tuntuvat kokonaissäästöt kaikkien osapuolten menot huomioon ottaen voitaisiin saada aikaiseksi pelkällä kilpailuttamisella. Terveystenhoito on toimintaa, jossa esimerkiksi 15 prosentin säästöjen synnyttäminen edellyttäisi, että noin 15 prosenttia työntekijöistä siirretään työttömiksi, ellei toiminnoissa olisi tehottomuudesta johtuvaa tällaisen leikkauksen varaa. 1990-luvun kehitys on ollut toiminnan tehostumisen aikaa. Erilaisia henkilökohtaisen terveysalan ammattihenkilöiden

työpanoksen ulkopuolisia menoja on voitu rationalisointitoimin vähentää. Sairaaloiden tukipalveluita, laboratorioita, lääkehoitoa yms. järjestetään nykyisin aikaisempaa tehokkaammin ja vähemmin kustannuksin. Toimintaa on tehostettu tiivistämällä työtahtia. Seurauksena on ollut toiminnan laajuuden kasvu; lähes entisillä henkilöstövoimavaroilla on voitu saada aikaan entistä enemmän tehostunutta palvelua. Samalla on otettu pois juuri sitä "löysyyttä" ja pelinvaraa, jonka avulla kilpailuttaminenkin toisi tuloksia. Tehostamisen varaa on toki edelleen, mutta esteeksi näyttävät muodostuvan maantieteelliset seikat.

1990-luvulla sairaalat ovat vastanneet kuntien valituksiin erikoissairaanhoidon kustannusten kohoamisesta kuntatalouden vaikeiden vuosien aikana, että kuntien pitäisi olla vain tyytyväisiä, koska saavat lähes entisin kustannuksin paljon tehokkaammin palveluita. 2000-luvun kysymys on kuitenkin, kuinka sovittaa yhteen palveluiden entisestään vilkastunut kysyntä ja ilmeisesti edelleen supistuvat mahdollisuudet rahoittaa yhteisvastuullisesti palvelut.

Vahvin näyttö siitä, millä keinoilla voidaan hallita kustannuksia tehokkaimmin, on kustannuskattojen asettamisella. Suomessa tarvitaan entistä selvemmin sellaista ohjausta, jossa erikoissairaanhoidon ja muunkin terveydenhuollon kustannuksille asetetaan ehdottomasti noudatettavia enimmäismääriä, joiden olisi kuitenkin oltava oikeassa suhteessa kansantalouden kantokykyyn. Kuntien ja palveluiden tuottajien väliset suhteet ja sopimukset on rakennettava tulevaisuudessa tästä päästä.

Kaikista priorisointikeskusteluista huolimatta joudutaan turvautumaan järjestelyihin, joissa päättäjät huolehtivat voimavarojen asettamisesta terveydenhuollon käyttöön ja potilaiden hoidosta vastaavat lääkärit ja sairaalat joutuvat tekemään ikävän yhteensovittamistyön tarpeiden ja mahdollisuuksien välillä. Ohjauksessa voi käyttää ja pitääkin käyttää kehitettyjä hoitokäytäntösopimuksia, joiden toimintalinjojen pitää olla klinisen

näytön lisäksi koeteltuja myös kustannus-hyötysuhdetta ajatellen.

Nykyinen rahoituksen kuntapohjainen rakenne ja suoritepohjainen kuntalaskutus kannustavat vetäytymään yhteisten valmiuksien ylläpitämisestä tavalla, joka ei edusta kestävä kehitystä. Yksikköhintojen vertailuun perustuvaa kilpailuttamista tärkeämpää olisi hakea suomalaisen kuntakentän vahvuudet huomioon ottava ja heikkoudet oikaiseva kestävä kuntalaskutustapa. Tarvitaanko tässä muodollista sopimusohjausmenettelyä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin suunnitelmien tapaan vai voidaanko sopimukset saada syntymään sairaanhoitopiirien sisäisen suunnittelun, päätöksenteon, hoitokäytännöistä sopimisen ja budjettiohjauksen avulla, jää 2000-luvulla nähtäväksi.

Kun perusasioista huolehtimisen ongelmat olisi ratkaisu, voitaisiin selvittää, mikä osa

palveluista – esimerkiksi erikseen sovittavat tutkimukset, leikkaus- tai hoitotoimenpiteet – voisivat olla ohjailtavissa kilpailun avulla. Tällä hetkellä voidaan sanoa, että kilpailun mahdollisuuden ilmaantuminen terveydenhuollon kenttään on ehkä tuonut oman lisänsä palveluiden tehostumiseen, jota on tapahtunut ehkä eniten niillä alueilla Suomessa, joissa kilpailusta ei voi lainkaan puhua jo maantieteellisistä syistä. Silti kuntakenttä ei näytä uskovan siihen, että uusien palveluiden tuottajien tuominen mukaan palveluiden kenttään, jossa on kapasiteettia jo ennestään tarpeeksi tai monin paikoin liiaksikin, voisi olla ratkaisu kohoavien kustannusten ongelmiin. Tämä viesti on tietysti kovin epämieluisa niille, jotka haluaisivat saada jalansijaa kilpailun kautta. Heidät toivotetaan tervetulleiksi kentän laidalle säilyttämään peliä, mutta ei oikeasti pelaamaan.

#### KIRJALLISUUS

Coulter, A. & McPherson, K.: Socioeconomic variations in the use of common surgical operations. *Brit Med J* 291 (1985), 183–187

Freidson, E.: *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd Mead 1970

Hannay, D.: *The symptom iceberg. A study of community health*. London: Routledge & Kegan Paul, 1979

*Health care systems in transition. The search for efficiency*. Paris: OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1990

Häkkinen, U. & Keskimäki, I. & Linnakko, E. & Pekurinen, M.: *Terveydenhuollon UNELMA-malli*. S. 8–10. Teoksessa: Rissanen, P. & Valtonen, H. (toim.): *Terveystaloustiede 1995*. Aiheita 4/1995. Helsinki: Stakes, 1995

Häkkinen, U. & Linna, M. & Salonen, M.: *Korvausmenettelyn ja kuntakoon vaikutus erikoissairanhoidon taloudelliseen riskiin*. Suomen Lääkärilehti 49 (1994), 2454–2458

Kilpailuvirasto. *Terveydenhuoltoalan kilpailumahdollisuuksien parantaminen*. Kirjallinen aloi-

te sosiaali- ja terveysministeriölle 19.12.1996

Paavilainen, H. & Pietikäinen, M. & Telaranta, T. & Heikkilä, K.: *Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveydenhuollon toimivuus*. Sosiaali- ja terveysministeriö 1998

*The reform of health care systems. A review of seventeen OECD countries*. Health policy studies no 5. Paris: OECD, 1994

Sanders, D. & Coulter, A. & McPherson, K.: *Variations in Hospital Admission Rates. A Review of the Literature*. London: King's Fund, 1989

Sosiaali- ja terveysministeriön terveydenhuollon kehittämisprojekti. *Selvitystyön tilastotaulukot*. Toim. Nenonen, M. *Tilastotiedote* 23/1997. Helsinki: Stakes, 1997

Svenson, H. & Nordling, S.: *Effekter av nya ekonomiska styrformer – en litteraturoversikt*. S. 55–77. 1: *Den planerade marknaden. Om nya styrformer i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsens följer upp och utvärderar 1995:7. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996

Verbrugge, L.: *From sneezes to adieux: stages of health for American men and women*. *Soc Sci Med* 22 (1986), 1195–1212.