

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

RAPORTTI



RAPORTTI 21 /2012

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

THL:n asiantuntijaryhmä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Tämän raportin teksti on aiemmin julkaistu osana Valtioneuvoston kanslian julkaisua 19/2011, Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi.

THL:n asiantuntijaryhmä

Markku Pekurinen, Marina Erhola, Riitta Haverinen,
Liisa Heinämäki, Unto Häkkinen, Päivi Hämäläinen,
Pia Maria Jonsson, Jutta Järvelin, Ilmo Keskimäki,
Simo Kokko, Merja Kovanen, Minerva Krohn,
Jukka Kärkkäinen, Meri Larivaara, Ismo Linnosmaa,
Anneli Milén, Juha Moring, Anu Muuri, Anja Noro,
Pertti Palomäki, Tuomo Pääkkönen,
Timo Sinervo, Eeva Widström

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmän käännös ruotsiksi: Käännös-Aazet Oy

Tiivistelmän käännös englanniksi: Donesolutions Oy

ISBN 978-952-245-618-2 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-619-9 (verkko)

ISSN 1798-0089 (pdf)

URN:ISBN:978-952-245-619-9

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-619-9>

Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy

Tampere 2012

Esipuhe

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltoa on pyritty uudistamaan lukuisin hankkein kuluneen vuosikymmenen aikana. Rahoitusjärjestelmän uudistamista koskevat ratkaisut eivät kuitenkaan ole olleet mukana keskeisissä kehittämishankkeissa, kuten kansallisessa terveysthankkeissa tai kunta- ja palvelurakennemuutostuksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon merkittävä rakenteellinen uudistaminen on vielä edessä. Useimmat sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat muutokset ja palvelujen ja etuuksien laajennukset on toteutettu erillisinä uudistuksina, ilman että on selvitetty, miten kukin yksittäinen uudistus muuttaa eri osapuolien kannusteita ja käyttäytymistä ja millainen taloudellinen ja toiminnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus uudistuksen tuloksena muodostuu.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on rakentunut vaiheittain, muun muassa sairausvakuutusjärjestelmä 1960-luvulla, terveyskeskusjärjestelmä ja työterveyshuolto 1970-luvulla sekä nykyinen sairaanhoitopiirirakenne 1980–1990-lukujen taitteessa. Tästä on ollut seurauksena monikanavainen palvelujen rahoitusjärjestelmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkeyttämiseksi on viime vuosina esitetty lukuisia yksityiskohtaisia ja laajempia ehdotuksia, jotka pyrkivät parantamaan rahoitusjärjestelmän kannustavuutta ja toimivuutta yhden rahoituskanavan sisällä tai lisäämään rahoitus- ja tuotantokanavien yhteistyötä ja koordinaatiota.

Tämä raportin ovat laatineet Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijat valtioneuvoston kanslian toimeksiannosta. Raportti on jatkoa aiemmalle, sosiaali- ja terveysministeriön tilaamalle raportille Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa tässä raportissa sellaisia tulevaisuuteen suuntautuvia sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisen malleja, jotka vastaavat nykyistä paremmin väestön palvelutarpeeseen, parantavat väestöryhmien ja alueiden välistä yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa sekä tuottavat väestölle enemmän terveyttä ja hyvinvointia kohtuukustannuksin. Ehdotukset eivät ole sidottu mihinkään olemassa olevaan organisaatorakenteeseen, vaan ne ovat toteutettavissa vaihtoehtoisissa järjestelmissä.

Käynnissä olevan kuntarakennemuutoksen myötä kuntien määrä tulee todennäköisesti merkittävästi vähenemään, mutta kuntien määrä jäänee edelleen liian suureksi ja keskikoko liian pieneksi turvatakseen sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen taloudellisesti, toiminnallisesti riittävän kokonaisuutaisesti ja kestävästi ja väestön kannalta tasavertaisesti. THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveystalouden järjestämisen ja rahoitusvastuu siirretään 12–15 alueelliselle toimijalle (järjestäjä-rahoittajalle), joiden väestöpohja on vähintään 200 000 asukasta. Palvelujen järjestämiseen käytettävä julkinen rahoitus (valtio, kunnat, sairausvakuutus) ohjataan kokonaisuudessaan alueelliselle toimijalle. Ehdotus tukee sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä syvällisempää yhdentymistä alueellisella tasolla, lisää asiakkaan valinnanmahdollisuuksia ja palvelujärjestelmän tehokkuutta.

THL toivoo, että tämä raportti edistää ja tukee ennakkoluulotonta ja rakentavaa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja rakenteiden kehittämistä ja uudistamista sekä luo pohjaa tuleville lainsäädännöllisille ratkaisuille.

Helsingissä 15.3.2012

Pekka Puska
pääjohtaja,
THL

Marina Erhola
ylijohtaja,
sosiaali- ja terveystalouden toimiala, THL

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen:

Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) asiantuntijaryhmä

Perusajatus. THL:n asiantuntijaryhmä ehdottaa, että sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu siirretään kunnilta 12–15 alueelliselle toimijalle (järjestäjä-rahoittajalle), joiden väestöpohja on vähintään 200 000 asukasta. Palvelujen järjestämiseen käytettävä julkinen rahoitus (valtio, kunnat, sairausvakuutus) ohjataan kokonaisuudessaan alueelliselle toimijalle. Asiakkaan asemaa ja valinnanmahdollisuuksia vahvistetaan ja tuetaan toteuttamalla rahaa seuraava asiakasta periaate. Kansallisesti yhdenmukaisilla korvauksilla kannustetaan tuottajia kilpailemaan palvelujen laadulla hinnan asemesta. Tuottajia voidaan palkita hyvästä palvelusta ja hyvistä hoitotuloksista.

Tavoitteet. Uudistuksen tavoitteena on (i) tuottaa väestölle enemmän terveyttä ja hyvinvointia kohtuukustannuksin, (ii) turvata koko väestölle sosiaali- ja terveystalouden palvelujen riittävä saatavuus asuinpaikasta riippumatta, (iii) parantaa väestöryhmien ja alueiden välistä yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa sekä (iv) parantaa asiakkaan asemaa ja lisätä asiakkaan valinnanmahdollisuuksia. Lisäksi tavoitteena on (v) parantaa palvelujärjestelmän toimivuutta (saatavuutta, yhdenvertaisuutta, taloudellisuutta, tuottavuutta, kustannusvaikuttavuutta), (vi) kannustaa terveys- ja hyvinvointiongelmien ennaltaehkäisyyn ja peruspalvelujen kehittämiseen sekä (vii) tukea sosiaali- ja terveystalouden palvelujen yhteensovittamista.

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja. Väestömäärältään ja toimintaedellytyksiltään riittävän suuri kantamaan julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä aiheutuvat taloudelliset ja toiminnalliset riskit. Vastaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille, ml. lääke- ja matkakorvaukset. Tuottaa tarvittavat palvelut itse tai hankkii ne muilta julkisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta. Hyväksyy asiakkaan valinnanvapauden piiriin kuuluvat julkiset ja yksityiset palveluntuottajat sekä vastaa palvelujen yhteensovittamisesta.

Alueellisen toimijan rahoitus. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset valtionosuudet ohjataan alueelliselle toimijalle palvelujen tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella. Palvelujen tuotanto-oloista (harva asutus, ym.) johtuvat järjestämiskustannuksia lisäävät olosuhdetekijät otetaan huomioon erillisvaltionosuudella. Kunnat maksavat kiinteän asukaskohtaisen (euroa per asukas) korvauksen palvelujen järjestämisestä. Sairausriskin maksamia korvauksia vastaava rahamäärä (korvaukset yksityislääkärin palveluista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, lääkkeistä, matkoista, jne.) ohjataan alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle. Valtio voi tarvittaessa tukea ja

jouduttaa kansallisten prioriteettien toteuttamista käyttötarkoitukseen sidotuilla valtionosuuksilla. Valtio voi palkita alueellisia toimijoita ja ne kuntia hyvistä tuloksista esimerkiksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.

Raha seuraa asiakasta. Asiakas voi valita perustason palvelujen tuottajan ja kii-reettömän erikoissairaanhoidon hoitopaikan järjestäjä-rahoittajan hyväksymistä julkisista ja yksityisistä palveluntuottajista. Hyväksymismenettely toteutetaan tuottajien kannalta tasapuolisesti. Perustason palveluntuottajalla ei ole mahdollisuutta sulkea asiakkaita pois listaltaan; tuottaja joutuu hyväksymään kaikki listautuvat asiakkaat. Asiakas voi halutessaan vaihtaa perustason palveluntuottajan esimerkiksi kerran vuodessa. Asiakkaan valinnan piiriin kuuluvat palvelukokonaisuudet määritellään kansallisesti yhtenevästi, mutta alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi täydentää niitä haluamallaan tavalla. Raha kulkee asiakkaan mukana palvelujen järjestäjä-rahoittajalta palveluntuottajalle; tuottaja saa tulonsa hoitovastuulla olevien tai hoitamiensa asiakkaiden määrän ja ominaisuuksien mukaan.

Tuottajien korvausperiaatteet – perustason palvelut. Perustason palvelujen tuottaja saa korvauksen listautuneiden asiakkaiden määrän mukaan per capita periaatteella. Korvauksessa otetaan huomioon asiakasrakenne ja asiakkaiden odotettu hoidon tarve. Tuottajan saama korvaus voi vaihdella alueellisten erityispiirteiden mukaan. Ikäihmisten palvelujen tuottaja saa korvauksen hoidossa olevien asiakkaiden hoitoisuuden ja odotetun hoidon tarpeen, so. asiakasrakenteen mukaan. Tuottaja voi saada laatubonuksia onnistuneesta ennaltaehkäisystä, hyvästä palvelusta, hyvistä hoitotuloksista sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä.

Tuottajien korvausperiaatteet – erityistason palvelut. Päivystysvalmiuden ja muun välttämättömän toimintavalmiuden ylläpito korvataan per capita periaatteella tuottajalle. Muista palveluista tuottaja saa korvauksen asiakkaiden määrän ja tuotettujen palvelujen mukaan. Erityistason palveluista maksettavat korvaukset määritellään kansallisesti yhdenmukaisesti (esim. DRG –hoitajakson hinta) ottaen huomioon paikallisista tuotanto-oloista (yleinen kustannustaso, työvoiman saatavuus, etäisyydet, ym.) johtuvat hyväksyttävät erot tuotantokustannuksissa. Tuottaja voi saada laatubonuksia hyvästä palvelusta ja hyvistä hoitotuloksista.

Demokraattinen päätöksenteko. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto toteutetaan kuntayhtymämallin mukaisesti. Alueen kunnat valitsevat edustajansa kuntayhtymän valtuustoon tai valtuusto voidaan valita suorilla vaaleilla. Molemmat menettelyt korostavat valittujen päättäjien vastuuta palvelujen järjestämisestä koko alueen väestölle, väestön tarpeiden mukaan. Silloin kun yksittäinen kunta on väestöltään riittävän suuri toimimaan järjestäjä-rahoittajana, päätöksenteko on osa kunnan normaalia demokraattista päätöksentekoa.

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

Ehdotuksen edut. Ehdotus tukee (i) sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä syvämpää yhdentymistä alueellisella tasolla siirtämällä järjestämisvastuun kaikista sosiaali- ja terveystoimittajista yhdelle alueelliselle toimijalle, (ii) toteuttaa yksikanavaisen rahoituksen alueellisella tasolla kokoamalla kaikki nykyiset julkiset rahoituskanavat yhdeksi alueelliseksi rahoituskanavaksi, (iii) parantaa asiakkaan asemaa lisäämällä valinnanmahdollisuuksia ja vähentämällä riskiä jäädä hoitamatta maksukiistojen takia, (iv) parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta ja asiakassuuntautuneisuutta luodessaan palvelujen tuottajille tähän kannusteita ja (v) luo aiempaa paremmat mahdollisuudet laaja-alaiselle väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämälle.

Sammandrag

Utvecklingen av finansieringen av social- och hälsovården:

Mot regionala aktörer med samlat ansvar för organisering och finansiering av tjänster Expertgruppen vid Institutet för hälsa och välfärd (THL)

Grundtanke. En expertgrupp vid THL föreslår att ansvaret för organisering och finansiering av social- och hälsovården flyttas från kommunerna till 12–15 regionala aktörer med ett befolkningsunderlag på minst 200 000 invånare. All offentlig finansiering av tjänsterna (statlig, kommunal, sjukförsäkringsbaserad) koncentreras till de regionala aktörerna. Klientens ställning och valmöjligheter förbättras och stöds genom principen om att pengarna följer klienten. Med nationellt enhetliga ersättningar sporras tjänsteproducenter till att konkurrera med kvalitet i stället för pris. Producenter kan också få incitament för god service och goda vårdresultat.

Mål. Huvudmålsättningen med reformen är att (i) uppnå bättre hälsa och välfärd för befolkningen till rimliga kostnader, (ii) garantera hela befolkningen adekvat tillgång till social- och hälsovård oavsett var de bor, (iii) förbättra jämlikheten mellan befolkningsgrupper och regioner i fråga om tillgången till tjänster samt att (iv) förbättra klientens ställning och valmöjligheter. Övriga mål är att (v) förbättra servicesystemets funktioner (tillgång, likabehandling, ekonomi, produktivitet, kostnadseffektivitet), (vi) sporra till förebyggande av hälso- och välfärdsproblem och till utveckling av bas-servicen samt att (vii) stödja samordningen av social- och hälsotjänsterna.

Regionala aktörer med ansvar för finansiering och organisering. De regionala aktörerna ska vara tillräckligt stora både i fråga om folkmängd och verksamhetsförutsättningar för att ta de ekonomiska och funktionsrelaterade riskerna som tillhandahållandet av offentligt finansierade social- och hälsotjänster innebär. Aktörerna ska svara för tillhandahållandet och finansieringen av social- och hälsotjänster för invånarna i sin region, inklusive läkemedels- och reseersättningar. De kan producera de nödvändiga tjänsterna själva eller skaffa dem av andra offentliga eller privata leverantörer. De ska godkänna de offentliga och privata producenter av service som ingår i klientens valmöjligheter samt svara för samordningen av tjänsterna.

Finansieringen av regionala aktörer. De nuvarande statsandelarna för den kommunala social- och hälsovården koncentreras till de regionala aktörerna enligt kriterier som speglar servicebehovet. Bakgrundsfaktorer som höjer kostnaderna för organiseringen av tjänsterna och som beror på rådande förhållanden (glesbygd el. dyl.) beaktas i form av en särskild statsandel. Kommunerna betalar en fast ersättning (euro per invånare) för tillhandahållandet av tjänsterna. Ett penningbelopp som motsvarar sjukförsäkringsersättningarna (ersättningar för privatläkartjänster, privata undersökningar och behandlingar, läkemedel, resor osv.) styrs till den regionala aktören. Staten kan vid behov stödja och påskynda genomförandet av nationella prioriteringar gen-

om statsandelar som öronmärks för särskilda ändamål. Staten kan belöna regionala aktörer, som i sin tur kan belöna kommuner för goda resultat till exempel i att främja hälsa och välfärd.

Pengarna följer klienten. Klienten kan välja en serviceleverantör på basnivå och en vårdplats för icke-brådskande specialiserad sjukvård bland de offentliga och privata producenter som den regionala aktören har godkänt. Förfarandet för godkännande ska ge samma villkor för alla producenter. En serviceproducent på basnivå har ingen möjlighet att utesluta klienter från sin lista utan måste acceptera alla klienter som anmäler sig på listan. Klienten har vid behov rätt att byta producent av basservice exempelvis en gång per år.

Servicehelheter som ingår i klientens valmöjligheter fastställs enligt nationellt enhetliga principer, men den regionala aktören kan komplettera serviceutbudet på önskat sätt. Pengarna följer klienten från den regionala finansären till den som producerar servicen; producenten får sina intäkter enligt klientantal och egenskaper hos de klienter som den har vårdansvar för.

Ersättningsprinciper för serviceproducenter – basnivå. De producenter som tillhandahåller service på basnivå får sina intäkter enligt antal klienter på sin lista (per capita –princip). Vid ersättningen beaktas klientstrukturen och klienternas förväntade vårdbehov. Ersättningen till producenten kan variera enligt regionala särdrag. Den som producerar tjänster för äldre får ersättning utgående från klienternas vårdberoende och förväntade vårdbehov, dvs. enligt klientstruktur. Producenterna kan få kvalitetsbonus för lyckat förebyggande arbete, god service, goda vårdresultat samt för främjande av hälsa och välfärd.

Ersättningsprinciper för serviceproducenter – specialiserade tjänster. Producenten får ersättning per capita för jourverksamhet och annan nödvändig kontinuerlig beredskap. Andra tjänster ersätts enligt klientantal och producerade tjänster. För tjänster på högspecialiserad nivå fastställs ersättningar enligt nationella riktlinjer (t.ex. priset på en DRG-vårdperiod) med beaktande av acceptabla skillnader i produktionskostnaderna som beror på lokala förhållanden (allmän kostnadsnivå, tillgång till arbetskraft, avstånd mm.). Producenten kan också få kvalitetsbonus för god service och goda vårdresultat.

Demokratiskt beslutsfattande. Den regionala aktören ordnar sin administration på liknande sätt som dagens samkommuner. Kommunerna i regionen utser representanter till samkommunens fullmäktige, eller fullmäktige väljs genom direkta val. I båda förfaringssätt framhålls de valda beslutsfattarnas ansvar för ordnandet av tjänster för hela regionens befolkning och enligt invånarnas behov. När en enskild kommun har ett tillräckligt stort befolkningsunderlag som gör det möjligt för kommunen att fungera som självständig organisatör och finansär, kan besluten fattas inom ramen för kommunens normala praxis för demokratiskt beslutsfattande.

Nationell styrning. Servicehelheter som ingår i klientens valmöjligheter ska fastställas enligt enhetliga kriterier på nationell nivå. Klientspecifika ersättningar som betalas till producenterna fastställs enligt nationella kriterier, likaså klientavgifter samt principer för ersättningar som betalas till klienter för läkemedel, resor o. dyl. Öronmärkta statsandelar kan vid behov allokeras för särskilda ändamål för att stödja och påskynda genomförandet av nationella prioriteringar samt för att belöna regionala aktörer för goda resultat, i synnerhet för främjande av hälsa och välfärd. Behandlingar och tjänster som nationellt koncentreras till ett fåtal centra fastställs på nationell nivå. De regionala aktörernas verksamhet styrs i syfte att uppnå nationella social- och hälsopolitiska mål. Detta sker med hjälp av normstyrning, dialogstyrning och resursstyrning samt genom utveckling av nationella system för uppföljning och öppna jämförelser ("benchmarking") mellan producentorganisationer och -enheter. På detta sätt säkerställs tillgång på tjänster av god kvalitet på lika villkor i hela landet.

Fördelar med förslaget. Förslaget (i) stöder en djupare samordning av social- och hälsovården på regional nivå genom att organiseringsansvaret för samtliga social- och hälsojourer flyttas över till en enda regional aktör, (ii) innebär finansiering genom en kanal på regional nivå genom att sammanställa alla offentliga finansieringskanaler till en enda regional finansieringskanal, (iii) förbättrar klientens ställning genom ökade valmöjligheter och minskad risk för utebliven vård till följd av betalningstvister, (iv) bidrar till större effektivitet och bättre kundorientering inom servicesystemet genom att skapa incitament för serviceproducenterna och (v) skapar bättre möjligheter för främjande av befolkningens välfärd och hälsa på bred bas.

Abstract

Proposal to reform health and social services financing:

Towards a regional single-payer system

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

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

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

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

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

orities, through earmarked state subsidies to regional bodies. The government can reward regional bodies and they, in turn, can reward municipalities for good results e.g. in promoting health and welfare.

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

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

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

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

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

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

Sisälllys

Esipuhe
Tiivistelmä
Sammandrag
Abstract

1	Asiantuntijatyön tausta, tavoite ja toteutus	15
	Tausta	15
	Tavoite	16
	Toteutus	17
2	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittäminen	18
	Terveys- ja hyvinvointitavoitteet	19
	Järjestelmätavoitteet	19
	Rahoitus- ja järjestämävastuun toteuttamisen yleisperiaatteet.....	20
	Järjestämävastuun sisältö	20
	Rahoitus- ja järjestämävastuun toteuttamisen yksityiskohtaiset periaatteet.....	21
3	Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin	24
	Rahoittajat	24
	Rahoitustavat	25
	Rahoituksen käyttö	26
	Rahoituksen kanavoituminen tuottajille.....	27
	Terveys- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat	28
	Valtion rahoitus kunnalliseen ja yksityiseen terveydenhoitoon.....	28
4	Suomen terveydenhuollon rahoitus kansainvälisestä näkökulmasta	31
	Järjestämävastuu suuremmille toimijoille ja tuottajakunnan monipuolistuminen .	31
	Palvelujen yhteensovittaminen, järjestäminen ja rahoitus	34
	Kansainvälisiä kokemuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien uudistamisesta...	35
5	Nykyisen rahoitusjärjestelmän keskeisiä taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia .	37
	Rahoitusjärjestelmän etuja ja ongelmia	38
	Rahoitusjärjestelmän vaikutus toimijoiden kannusteisiin	39
	Palvelujen tuottajien eriytynyt asema.....	40
6	Alueellisen järjestämävastuun toteuttaminen	42
	Alueellinen järjestäjä-rahoittaja palvelujen tilaajana.....	42
	Tilaaaja-tuottamamalli vai järjestäjä-tuottajamalli	45
	Kuntien rooli palvelujen järjestämisessä ja rahoituksessa	46
	Palvelujen tuottamisen kannalta optimaalinen väestöpohja	46
	Suun terveydenhuollon järjestämisen erityiset näkökohdat.....	48
	Ehdotukset	49

7	Raha seuraa asiakasta -periaate perustason palveluissa	51
	Mitä raha seuraa asiakasta -periaate tarkoittaa ja mitä vaikutuksia sillä tavoitellaan?..	51
	Valinnanvapausjärjestelmien määrittely ja rajaaminen.....	53
	Tuottajien hyväksymismenettely ja tuottajakunnan koostumus	54
	Tuottajien korvausperiaatteet	54
	Asiakkaiden informointi	56
	Tilaaaja-tuottajamalli ja asiakkaan valinnanvapaus	56
8	Palvelujen tuottaminen asiakkaan kannalta joustavasti.....	59
	Monituottajamalli ja palvelujen joustavuus.....	59
	Palveluohjaajan rooli palveluketjujen joustavuuden varmistajana.....	61
	Palveluketjujen joustavuuden varmistaminen sosiaalipalveluissa	62
	Ikäihmisten palvelut monituottajamallissa.....	62
	Palvelusetelien hyötyjä ja haittoja asiakkaan palvelun joustavuuden kannalta	63
	Ehdotukset	64
9	Erityistason palvelujen tuottajien rahoitus	66
	Hoitoketjujen arvoperusteinen rahoitusmalli	66
	Valtakunnallisesti yhtenäinen DRG -hinnoittelu	68
	Pitkäaikaishoidon RUG -maksujärjestelmä	68
	Julkaistujen laatutietojen käyttö tuottajien ohjaamiseen	69
	Ehdotukset	70
10	Kansallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu ..	71
	Esimerkkejä keskitettävistä palveluista.....	72
	Ehdotukset	73
11	Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallintomalli.....	74
	Vaihtoehtoiset hallintomallit demokratiavaateen toteuttamiseksi	75
	Vaihtoehtojen arviointia	75
	Demokratiavaade ja julkisten sosiaali- ja terveystalouden tuottajien hallinto	78
	Ehdotukset	79
12	Alueellisen järjestäjä-rahoittajan taloudellinen ohjaus	80
	Sosiaali- ja terveystalouden muuttuva rahoitus ja ohjaus.....	80
	Alueellisen toimijan kansallinen ja paikallinen ohjaus	81
	Kannusteilla ohjaus	85
	Sairausvakuutuslta tuleva rahoitus.....	86
	Asiakasmaksutulot.....	86
13	Valtakunnallinen ohjaus	87
	Miksi valtakunnallista ohjausta tarvitaan?.....	87
	Valtion ohjauskeinoja.....	88
	Pohdintaa valtakunnallisen ohjauksen muodoista.....	94
	Lähteet.....	95

1 Asiantuntijatyön tausta, tavoite ja toteutus

Tausta

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

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

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

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

Tavoite

Asiantuntijatyön tavoitteena on jatkokehittää ja konkretisoida THL:n asiantuntijaryhmän aiempaa ehdotusta sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavaisesta rahoitusjärjestelmästä. Ehdotuksen mukaan maa jaettaisiin noin kahteentoista alueeseen, jotka vastaisivat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta alueensa asukkaille. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjattaisiin näille alueellisille järjestäjä-rahoittajille, jotka tuottaisivat osan palveluista itse ja hankkisivat osan muilta palveluntuottajilta. Asukkaiden asemaa vahvistettaisiin parantamalla valinnanmahdollisuuksia ja luomalla sitä tukevia kannusteita tuottajille.

Tässä asiantuntijatyössä pyritään vastaamaan erityisesti seuraaviin kysymyksiin:

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

Kysymyksiä tarkastellaan yksityiskohtaisesti tämän raportin luvuissa 6–13.

Toteutus

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

Asiantuntijatyön toteutusta varten perustettiin kahdeksan työryhmää, joiden toimeksiannot ja jäsenet on kuvattu lukujen 6–13 alussa. Asiantuntijatyö toteutettiin hyödyntämällä teemaa koskevaa julkaistua kotimaista ja ulkomaista tutkimus- ja muuta asiantuntijatietoa sekä asiantuntijoiden kokemusta ja näkemystä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisestä.

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

Tämä raportti on jaettu kolmeen osaan. Ensimmäisessä osassa (luku 2) kootaan yhteen ja esitetään asiantuntijaryhmän ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittämiseksi. Ehdotukset perustuvat paitsi tämän asiantuntijatyön tuloksiin, myös THL:n toteuttaman aiemman selvitystyön tuloksiin (Pekurinen ym. 2011). Toisessa osassa (luvut 3–5) kuvataan sosiaali- ja terveydenhuollon nykyinen rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin ja verrataan sitä eräiden muiden maiden vastaaviin järjestelmiin.

Raportin kolmannessa osassa (luvut 6–13) pyritään vastaamaan toimeksiannon kysymyksenasetteluihin. Kussakin luvussa nostetaan esiin tarkasteltavan kysymyksen kannalta erilaisia, osin vastakkaisiakin näkökohtia. Eri luvuissa tarkastellaan osin samoja asioita, mutta eri lähtökohdista ja järjestelmän eri tasoilta, siksi samaa asiaa koskevat havainnot ja päätelmät saattavat vaikuttaa osin ristiriitaisilta. Erilaiset näkemykset on haluttu tuoda selkeästi esiin havainnollistamaan tarkasteltavien kysymysten monimuotoisuutta ja sitä ettei kysymyksiin välttämättä löydy helppoa ja yksiselitteistä ratkaisua. Raportin ensimmäisessä osassa (luku 2) esitettävät kokoavat ehdotukset edustavat asiantuntijaryhmän pohdintaan perustuvaa näkemystä suotavasta etenevästä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistamiseksi.

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

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittäminen

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

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

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

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

Seuraavassa esitettävät ehdotukset perustuvat paitsi tämän asiantuntijatyön tuloksiin, myös THL:n toteuttaman aiemman selvitystyön tuloksiin (Pekurinen ym. 2011), THL:n asiantuntijoiden kuntiin ja sairaanhoitopiireihin tekemän laajan aluekierroksen havaintoihin (THL 2009, Vuorenkoski ja Erhola 2011) ja asiantuntijoiden

aikaisemman tutkimuksen ja käytännön kentän kokemuksen kautta muodostamaan kokonaisnäkemykseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistarpeista. Ehdotukset ovat myös sopusoinnussa tuoreen kansainvälisen tutkimustiedon kanssa, jonka mukaan rahoituskanavien ja palvelujen järjestäjätahojen määrän vähentäminen todennäköisesti parantavat myös terveydenhuollon julkisen rahoituksen kestävyyttä (Thomson ym. 2009).

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

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

Terveys- ja hyvinvointitavoitteet

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

Järjestelmätavoitteet

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

Rahoitus- ja järjestämismvastuun toteuttamisen yleisperiaatteet

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

- a) Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuu on alueellisesti yhdellä toimijalla, alueellisella järjestäjä-rahoittajalla (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).
- b) Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon julkinen rahoitus ohjataan ja kootaan yhteen alueelliselle palvelujen järjestäjä-rahoittajalle, joka vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta alueensa asukkaille (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).
- c) Raha kulkee asiakkaan mukana alueelliselta järjestäjä-rahoittajalta palvelujen tuottajalle (tukee tavoitteiden 4–6 saavuttamista).
- d) Alueellisen järjestäjä-rahoittajan väestöpohjan tulisi olla mielellään vähintäänkin 200 000 asukasta ja koko maassa alueita voisi olla esimerkiksi 12–15 (tukee tavoitteiden 1–7 saavuttamista).

Järjestämismvastuun sisältö

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

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

Rahoitus- ja järjestämisvastuun toteuttamisen yksityiskohtaiset periaatteet

Palvelujen alueellinen järjestäjä-rahoittaja

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

Alueellisen järjestäjä-rahoittajan rahoitus

- Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset valtionosuudet ohjataan alueelliselle toimijalle esimerkiksi palvelujen suhteellista tarvetta kuvaavien kriteerien perusteella. Palvelujen tuotanto-oloista (harva asutus, ym.) johtuvat järjestämiskustannuksia lisäävät olosuhdetekijät otetaan huomioon erillisvaltionosuudella.
- Käyttötarkoitukseen sidotuilla valtionosuuksilla voidaan tukea ja jouduttaa kansallisten prioriteettien toteuttamista sekä palkita alueellisia toimijoita hyvistä tuloksista terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.
- Kunnat maksavat alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle kiinteän asukaskohtaisen (euroa per asukas) korvauksen palvelujen järjestämisestä. Siirtymävaiheen jälkeen (kun tarvittavat rakenteelliset järjestelyt on toteutettu) kuntien maksuja voidaan eriyttää ja palkita kuntia hyvistä saavutuksista esimerkiksi terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisessä.
- Kansaneläkelaitoksen hallinnoiman sairausvakuutuksen maksamia korvauksia vastaava rahamäärä (korvaukset yksityislääkärin palveluista, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, lääkkeistä, matkoista, jne.) ohjataan alueelliselle järjestäjä-rahoittajalle. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan toiminnan käynnistymisvaiheessa ko. summa ohjataan alueelle maksettujen todellisten korvausten mukaisesti ja siirtymävaiheen jälkeen väestön tarpeiden mukaan samoilla periaatteilla kuin valtionosuus. Korvausten tekninen maksatus voi toteutua nykykäytännön mukaisesti.

Raha seuraa asiakasta

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

Tuottajien korvauseriaatteet – perustason palvelut

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

Tuottajien korvauseriaatteet – erityistason palvelut

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

Demokraattinen päätöksenteko

- Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto toteutetaan kuntayhtymämallin mukaisesti.
- Alueen kunnat valitsevat edustajansa kuntayhtymän valtuustoon (epäsuora demokratia) tai valtuusto voidaan valita myös suorilla vaaleilla (suora demokratia). Molemmat menettelyt korostavat valittujen päättäjien vastuuta palvelujen järjestämisestä koko alueen väestölle, väestön tarpeiden mukaan. Päättäjät eivät ota kantaa yksittäisten kuntien maksuosuuksiin, vaan päättävät koko alueelle järjestettävistä palveluista.
- Silloin kun yksittäinen kunta on väestöltään riittävän suuri toimimaan järjestäjä-rahoittajana, päätöksenteko on osa kunnan normaalia demokraattista päätöksentekoa.

Kansallinen ohjaus

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

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

3 Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä pääpiirteittäin

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

Rahoittajat

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

Rahoitustavat

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

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

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

Kansaneläkelaitos osallistuu sosiaali- ja terveystalouksien rahoittamiseen pääasiassa sairausvakuutusrahaston kautta. Sairausvakuutus jakautuu sairaanhoitovakuutukseen ja työtulovakuutukseen¹. Sairaanhoitovakuutus rahoitetaan vakuutettujen ja valtion yhtä suurella osuudella. Sairaanhoitovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävä sairaanhoitomaksu on kunnallisveron tapainen suhteellinen veroluonteinen maksu, jota jokainen verovelvollinen suomalainen maksaa yhtä suuren osan tuloistaan.² Sairaanhoitomaksu on luonteeltaan terveydenhoitoon käytettävä käyttötarkoitukseen sidottu terveysvero. Valtio rahoitti vuonna 2008 sairaanhoitovakuutuksesta puolet ja vakuutetut toisen puolen. Työtulovakuutuksen rahoittivat pääosin työnantajat, noin 70 prosenttia, palkansaajat ja yrittäjät runsaat 26 prosenttia ja valtion osuus työtulovakuutuksen rahoituksesta oli vajaat 4 prosenttia² (Kela 2009).

Kotitalouksien rahoitusosuus on Suomessa erityisesti terveydenhuollossa kansainvälisesti korkea. Vain muutamissa muissa EU-maissa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollon menoista on suurempi kuin Suomessa (OECD 2010). Kotitalouksien suuri rahoitusosuus johtuu lähinnä lääkkeiden ja hammashoidon korkeista oma-

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

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

vastuista, jotka yhdessä muodostavat noin puolet kotitalouksien maksuista ja omavastuista (lääkkeet 31 %, hammashoito 19 %)³.

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

Rahoituksen käyttö

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

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

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

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

Rahoituksen kanavoituminen tuottajille

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

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

Työnantajat maksavat työterveyspalvelujen tuottajille tekemiensä työterveyshuoltosopimusten perusteella.

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

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

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

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

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

Terveyden- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat

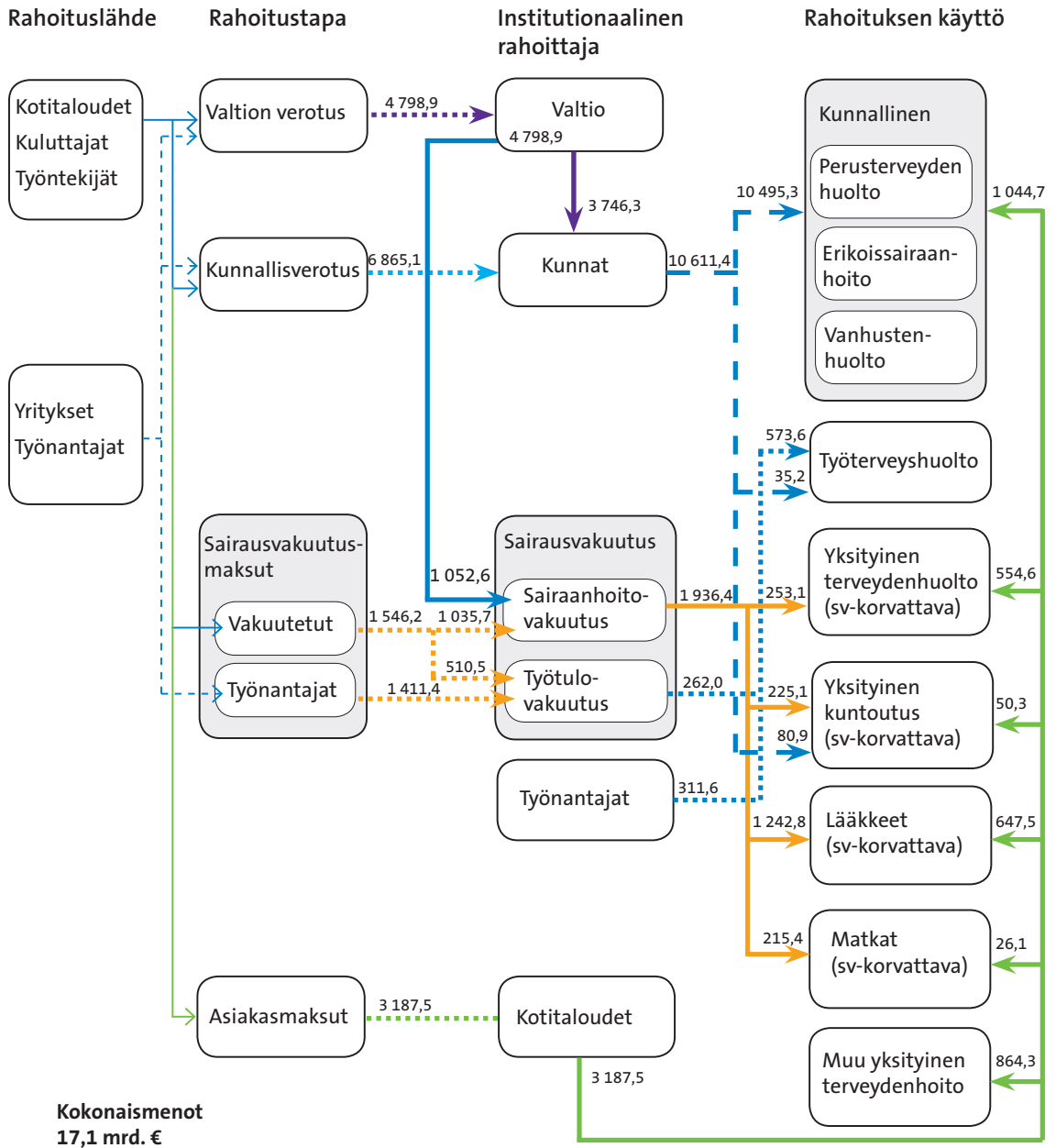
Terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 yhteensä 17,1 miljardia euroa, josta julkisen rahoituksen osuus oli 76 prosenttia. Kunnat rahoittivat näistä menoista 40 prosenttia, valtio 22 prosenttia, kotitaloudet 19 prosenttia, Kansaneläkelaitos 14 prosenttia, työnantajat 2,5 prosenttia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

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

Valtion rahoitus kunnalliseen ja yksityiseen terveydenhoitoon

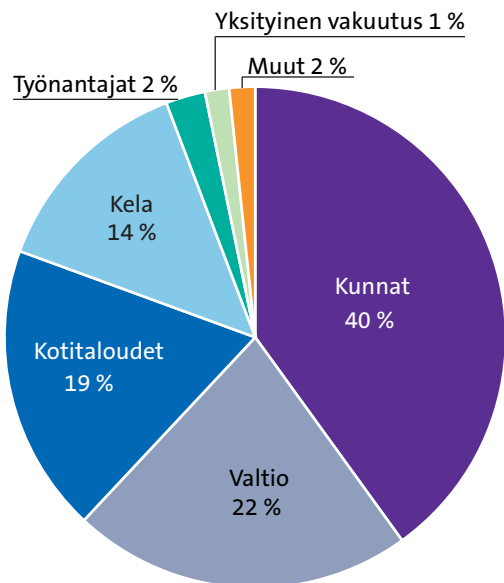
Suomen terveydenhuollon ulkomaiset arvioijat ovat toistuvasti kiinnittäneet huomiota erääseen järjestelmämme kansainvälisesti ainutlaatuisen ilmiöön eli kahteen rinnakkaiseen julkiseen rahoituskanavaan, jotka rahoittavat osin samoja palveluja (esim. OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Tällöin viitataan kuntien ja valtion kautta kunnalliseen terveydenhuoltoon ohjautuvaan julkiseen verorahoitukseen ja sairausvakuutuksen kautta yksityisen terveydenhuollon, lääkkeiden ja matkakulujen korvauksiin ohjautuvaan julkisen sairausvakuutuksen rahoitukseen. Tämän lisäksi on huomattava, että myös valtio rahoittaa terveydenhuoltoa kahden eri periaatteen toimivan rahoituskanavan kautta⁴. Kunnille maksettava valtionosuus muodostaa 'kunta-kanavan', jonka kautta valtion rahaa ohjataan kunnallisten terveyspalvelujen järjestämiseen laskennallisin perustein. Sairaanhoidovakuutuksen rahoittamiseksi maksettava valtion rahoitusosuus muodostaa 'kela-kanavan'. Kela-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu käyttötarkoitukseen sidottuna suoraan yksityiseen terveydenhuoltoon, lääkkeisiin ja matkoihin. Kunta-kanavan kautta valtion rahaa ohjautuu kunnille, mutta sitä ei ole sidottu terveyspalvelujen järjestämiseen, vaan kunta voi käyttää saamansa valtionosuiden vapaasti harkintansa mukaan.

⁴ Valtion osuus sairaanhoidovakuutuksen rahoituksesta oli vuonna 2008 yhteensä 1 052,6 miljoonaa euroa (Kela 2009). Valtionosuus sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannuksiin vuonna 2008 oli (vuoden 2009 talousarvioesityksessä esitettyjen tietojen mukaan, jolloin valtionosuudet vielä määräytyivät hallinnonaloittain) 5 075,5 miljoonaa euroa, josta arvioilta puolet suuntautuu terveydenhuoltoon eli noin 2 537,8 miljoonaa euroa (Valtion talousarvio vuodelle 2009). Siten valtion budjetista terveydenhuoltoon kohdennetusta runsaasta 3,6 miljardista eurosta, noin 30 prosenttia suuntautuu sairausvakuutuksen kautta rahoitettavaan yksityiseen terveydenhuoltoon (ml. reseptilääkkeet ja matkat) ja noin 70 prosenttia kunnalliseen terveydenhuoltoon.



KUVIO 1. Terveys- ja vanhustenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2008, miljoonaa euroa (THL 2010a,b, Kela 2009, Kela 2010b)⁵.

5 Terveys- ja vanhustenhuollon menot kattavat kaikki terveysmenotilaston erät (THL 2010a). Vanhustenhuollon menot kattavat sekä terveysmenoihin että sosiaalihuollon menoihin laskettavat menoerät. Tässä selvityksessä tarkasteltavat kuntien menoerät kattavat noin 80 % kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista (pl. lasten päivähoito).



KUVIO 2. Terveysten- ja vanhustenhuollon rahoitus vuonna 2008, osuus (%) kokonaisrahoituksesta (THL 2010a,b, Kela 2009, Kela 2010b)

4 Suomen terveydenhuollon rahoitus kansainvälisestä näkökulmasta

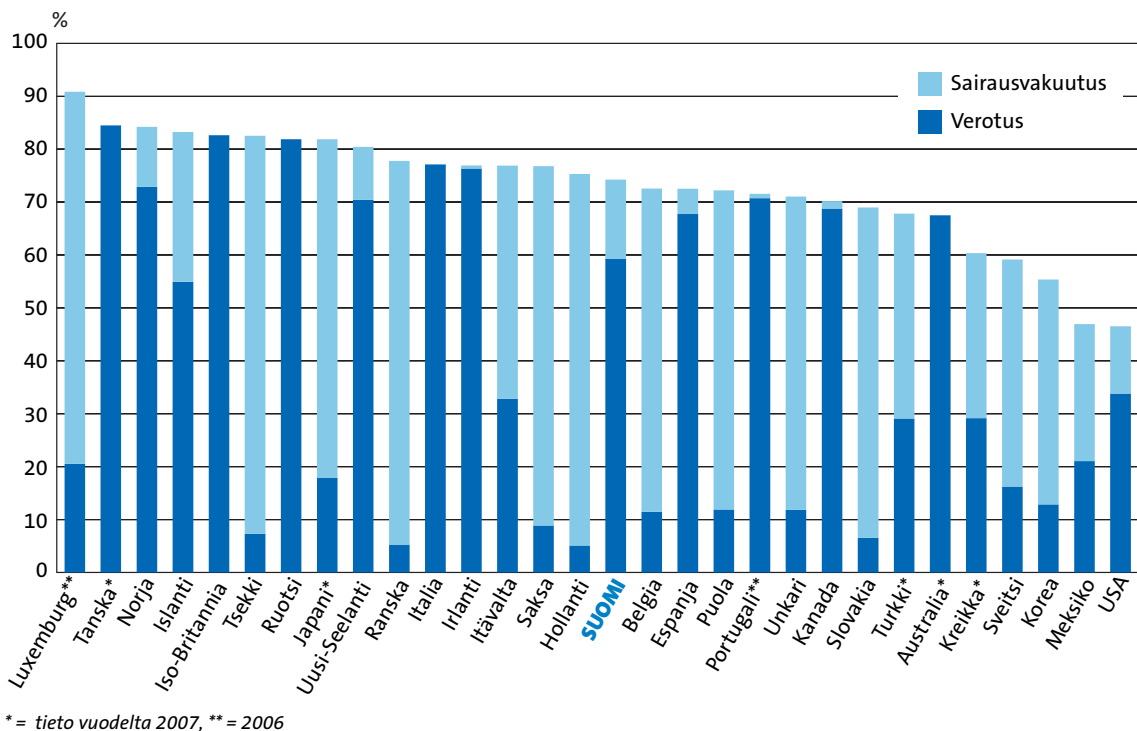
Useimmissa Suomen kanssa vertailukelpoisissa maissa terveydenhuolto rahoitetaan useamman rahoituskanavan kautta. Useamman rahoituskanavan taustalla on yleensä pitkä historiallinen kehitys, jonka aikana eri rahoitusmuodot ovat vähitellen kehittyneet ja terveydenhuollon rahoituspohja on näin laajentunut. Suomen rahoitusjärjestelmä poikkeaa kuitenkin useimmista maista siinä, että meillä on rinnan kaksi julkista rahoituskanavaa, jotka rahoittavat osin samoja palveluja. Tämä on kansainvälisesti ainutlaatuista (OECD 2005, Mattila 2011, Mossialos ja Srivastava 2008).

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

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

Järjestämisvastuu suuremmille toimijoille ja tuottajakunnan monipuolistuminen

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



KUVIO 3. Julkisen rahoituksen osuus (%) terveydenhuollon kokonaismenoista OECD-maissa vuonna 2008 (OECD 2010)

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

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

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

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

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

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

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

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

Palvelujen yhteensovittaminen, järjestäminen ja rahoitus

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

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

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

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

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

Kansainvälisiä kokemuksia terveydenhuollon rahoitusjärjestelmien uudistamisesta

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

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

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

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

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

TAULUKKO 3. Terveyspalvelujen julkiset rahoittajat ja tilaajat EU-maissa
(Lähde: Thomson ym. 2009).

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

5 Nykyisen rahoitusjärjestelmän keskeisiä taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia

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

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

Palvelujen saatavuus on merkittävästi muuttunut sairausvakuutuksen perustamisen jälkeen 1970- ja 1980-luvuilla tapahtuneen kunnallisen terveydenhuollon kehittämisen myötä sekä työterveyshuollon laajetessa ja monipuolistuessa. Siirtyminen menoperusteisesta laskennallisesta valtionosuuteen kunnallisten palvelujen rahoituksessa vuonna 1993 muutti perusteellisesti kuntien taloudellisia kannusteita ja realisoi rahoitusjärjestelmään jo aiemmin sisältyneen mahdollisuuden siirtää rahoitusvastuuta muille toimijoille¹. Valtionosuusuudistuksen jälkeen, syvän taloudellisen laman siivittämänä, eri rahoittajatahoille syntyi intressi pyrkiä siirtämään rahoitusvastuuta tarpeellisistakin palveluista toisille rahoittajille. Valtionosuusuudistus muuttikin toimijoiden taloudelliset ja toiminnalliset suhteet.

Suomalainen terveydenhuollon julkinen rahoitusjärjestelmä, jossa julkinen sairausvakuutus toimii toisen verorahoitteen järjestelmän rinnalla ja rahoittaa osin samoja palveluja, on kansainvälisesti ainutlaatuinen (OECD 2005, Mossialos ja Srivastava 2008). Ruotsissa sairausvakuutuksella oli aiemmin samankaltainen rooli kuin Suomessa, mutta siellä on sittemmin koordinoitu terveydenhuollon julkista rahoitusta.

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

Ruotsissa maakunnat, joilla on terveydenhuollon järjestämisvastuu, vastaavat julkisten palvelujen lisäksi maakuntansa väestön yksityisen sektorin palvelujen käytön ja lääkekustannusten rahoituksesta.

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

Rahoitusjärjestelmän etuja ja ongelmia

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

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

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

rausvakuutuksen kautta tulevaa julkista rahoitusta ja koska yksityisiä palveluja ei kaikkialla ole saatavilla.

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

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

Rahoitusjärjestelmän vaikutus toimijoiden kannusteisiin

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

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

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

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

tekee vaikeaksi varautua ja hahmottaa etukäteen omaa maksuosuuttaan ja myös sitä kautta asiakkaat joutuvat tarpeettomasti rahoitusjärjestelmästä syntyneiden ongelmien maksajiksi.

Palvelujen tuottajien eriytynyt asema

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

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

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

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

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

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

TAULUKKO 4. Palvelujen tuottajien erilainen asema monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä.

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

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

6 Alueellisen järjestämismvastuun toteuttaminen

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

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä alueensa asukkaille kansallisten säädösten ja linjausten (STM 2011a) mukaisesti. Alueellinen toimija järjestää ja hankkii (tilaa) väestölleen laadukkaat, riittävät ja kustannusvaikuttavat palvelut. Se voi myös tuottaa palveluja itse tai hankkia niitä ostopalveluna julkisilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Lisäksi alueellinen toimija varmistaa palvelujen oikeudenmukaisen (=väestön tarpeiden mukaisen) saatavuuden alueen eri osissa. Alueellinen toimija arvioi ja seuraa tuottajien toimintaa ja pyrkii minimoimaan palvelujen tuotannon osaoptimoinnin. Alueellisella toimijalla on oltava riittävät hallinnolliset, tiedolliset ja taidolliset voimavarat, jotta se pystyy hoitamaan sille annetut tehtävät ja vastuut.

Alueellinen järjestäjä-rahoittaja palvelujen tilaajana

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

Palvelujen ”tilaaja” on alueellisen järjestäjä-rahoittajan tilaajatoiminto, joka sisältää erilaisia vaatimuksia. Alueellisen toimijan on resursoitava tilaajatoimintoon riittä-

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

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

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

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

Palvelujen hankinta ostopalveluna

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

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

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

Palvelujen tuotteistus

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

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

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

Tilaaaja-tuottajamalli vai järjestäjä-tuottajamalli

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

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

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

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

Kuntien rooli palvelujen järjestämisessä ja rahoituksessa

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

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

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

Palvelujen tuottamisen kannalta optimaalinen väestöpohja

Palvelujen tuottamisen kannalta optimaalinen väestöpohja riippuu tarkasteltavasta palvelusta. Erityispalvelujen kuten erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto on keskittynyt melko harvoihin sairaaloihin, ja väestöstä vain pieni osa käyttää vuoden aikana erityispalveluja. Vanhustenhuolto ja kotiin annettavat palvelut edellyttävät tiheää palveluverkostoa ja palvelujen tuottamista lähipalveluna. Joitain erityispalveluja kannattaa keskittää kansallisesti vain yhteen tai muutamiin tuotantoyksiköihin (ks. luku 10). Kansainvälisesti erityispalvelujen tuotantoalueet voivat lähennellä jopa miljoonaa asukasta.

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

Nykyiseen kuntavetoiseen malliin verraten alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa järjestämisvastuussa on vain yksi organisaatio, joka koordinoi eri palvelut yhteen. Huomio tulee kiinnittää järjestämisvastuun alueen laajuuteen, ei tuottamisalueen. Tuottamisalueet muodostuvat luontevimmin alueiden omien ratkaisujen pohjalta. Tilannetta voisi verrata isojen kaupunkien kaupunginosa -ratkaisuihin: osa palveluita tuotetaan kaupunginosissa, osa kaupungin yhteisenä, kaupungin oman päätöksen mukaan.

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

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

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

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

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

Suun terveydenhuollon järjestämisen erityiset näkökohdat

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

Jonkin verran tietoa ja käytännön kokemusta suun terveydenhoitopalvelujen järjestämisestä suuremmissa alueellisissa yksiköissä on kuntaliitoksista ja kuntayhtymis-

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

Ehdotukset

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

Kaksi vaihtoehtoa siirtymävaiheessa tuotannon järjestämiseksi alueellisen järjestäjä-rahoittajan toimialueella:

- 1) Uudistuksen käynnistyessä nykyiset palvelujen kunnalliset (peruskuntien ja kuntayhtymien) tuotantoyksiköt siirretään peruskunnilta alueellisille järjestäjä-rahoittajille (pl. yli 200 000 asukkaan kaupungit). Tämän seurauksena alueelliselle toimijalle tulee järjestäjä-rahoittaja -vastuiden lisäksi myös merkittävä vastuu alueen palvelujen tuotannosta. Lisäksi alueellinen toimija hankkii omia palvelujaan täydentäviä yksityissektorin palveluja kuten kunnat nyt. Alueellinen toimija voi myöhemmin hallitusti laajentaa ostopalvelujen käyttöä ja myös irrottaa hallinnas-

taan omia tuotantoyksiköitään esimerkiksi yhtiöittämällä niitä. Tällöin ne kilpailevat avoimilla markkinoilla yksityisten palveluntuottajien kanssa alueellisen toimijan sopimuksista.

- 2) Kunnat ja sairaanhoitopiirit jatkavat palvelutuotantoa. Kunnallisten tuotantoyksiköiden poliittinen vastuu kuitenkin poistetaan (ei enää luottamushenkilöhallintoa). Kunnat ja kuntayhtymät muodostavat tuotantoyksiköitä kuten vaihtoehdossa 1) esimerkiksi yhtiöittämällä nykyiset palveluyksiköt.

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

7 Raha seuraa asiakasta -periaate perustason palveluissa

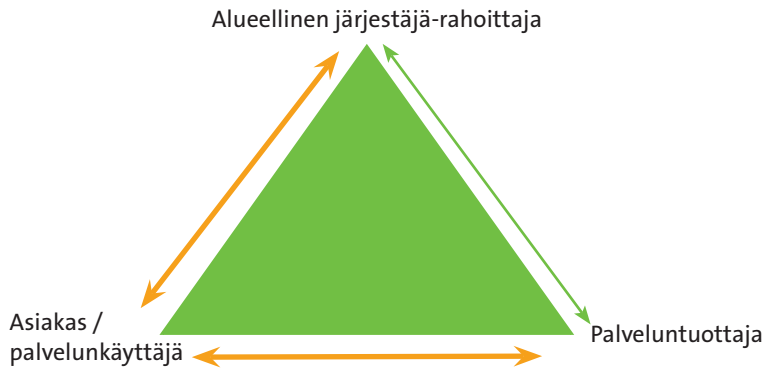
Yksi keskeinen periaate alueellisen järjestäjä-rahoittajan mallissa on, että raha kulkee asiakkaan mukana palvelujen järjestäjältä ja rahoittajalta palvelujen tuottajalle. Raha seuraa asiakasta -periaate, ei koske niinkään kysymystä järjestämis- ja rahoitusvastuusta, kuin sitä, mitä periaatteita noudatetaan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

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

Määritelmällisesti raha seuraa asiakasta -järjestelmässä asiakkaalla on oikeus valita palveluntuottaja useammasta eri vaihtoehdosta, ja rahoittajan myöntämä korvaus valitusta palvelusta seuraa asiakasta hänen valitsemaansa tuotantoyksikköön (kuvio 4). Järjestelmän ominaisuuksiin kuuluu olennaisesti asiakkaan valinnanvapaus etukäteen määritellyissä rajoissa ja asiakkaan oikeus halutessaan vaihtaa tuottajaa. Henkilöille, jotka eivät tee aktiivista valintaa, osoitetaan järjestäjän toimesta yleensä palvelujen tuottaja. Eri tuotantoyksiköitä kohdellaan tällöin etukäteen määritellyin periaatein ja yleensä mahdollisimman tasapuolisesti.

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

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



KUVIO 4. Raha seuraa asiakasta -periaate.

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

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

Erääksi raha seuraa asiakasta -periaatteen ja siihen liittyvän valinnanvapauden potentiaaliseksi ongelmaksi on esitetty, että tuottajien mahdollinen keskittyminen suuren kysynnän keskuksiin (suuret ja keskisuuret kaupungit) voi lisätä väestöryhmien välistä epätasa-arvoa vähentämällä palvelujen saatavuutta sosioekonomisesti heikomilla alueilla, samalla kun palvelujen saatavuus yleisesti ottaen paranee (Burström 2008). Selkää empiiristä näyttöä tästä ei pohjoismaisista järjestelmistä kuitenkaan ole. Erityisesti sellaisissa sosiaalihuollon palveluissa ja alueilla, joissa markkinoita ei vielä ole tai palvelujen kysyntä on vähäistä ja ajoittaista, raha seuraa asiakasta -periaatteen toteutuminen edellyttäneen erityistoimenpiteitä.

Valinnanvapausjärjestelmien määrittely ja rajaaminen

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

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

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

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

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

Tuottajien hyväksymismenettely ja tuottajakunnan koostumus

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

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

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

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

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

Tuottajien korvausperiaatteet

Valinnanvapausjärjestelmän ominaisuudet (esim. korvausperusteet) ja paikalliset olosuhteet (esim. asukastiheys) vaikuttavat palvelujen tuottajien käyttäytymiseen (Dixon ym. 2010). Asiakkaiden valinnanvapauden ja raha seuraa asiakasta -periaatteen toteutumisen kannalta, olisi tarkoituksenmukaista, että tuottajien korvausmenettelyt rakentuivat yhtenäisille kansallisille periaatteille. Muutoin asiakkaiden liikkuminen alueelta toiselle voi tuottaa hankaluuksia järjestelmän hallinnoinnin ja kustannusten

hallinnan kannalta, jos samoille tuottajille maksetaan korvauksia eri periaattein järjestäjätahosta riippuen. Toisaalta kansallisella tasolla päätetyt yhtenäiset korvaukset voisivat rajoittaa alueellisen järjestäjätahojen mahdollisuuksia houkutella alueelleen uusia palveluntuottajia.

Toimivien taloudellisten maksurutiinien kehittäminen on joka tapauksessa tärkeää, jotta asiakkaiden valinnan kohdentuminen eri tuotantoyksikköihin olisi paljolti paljolti. Jotta tuottajat kilpailisivat asiakkaista ensisijaisesti palvelun laadulla (eikä niinkään hinnalla), palvelukokonaisuuksiin sisältyville palveluille tulisi määritellä yhtenäiset korvausperusteet. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja maksaa perustason palvelujen tuottajalle korvauksen tuottajalle listautuneiden (tuottajan valinneiden) asiakkaiden määrän mukaan. Pääosa tuottajan saamasta korvauksesta määräytyy per capita -periaatteen mukaan ottaen huomioon listautuneiden asiakkaiden palvelujen tarvetta ja sitä kautta hoidon odotettuja kustannuksia kuvaavia tekijöitä, kuten ikä, sukupuoli, sairastavuus, jne. (ks. esim. Häkkinen ym. 2009). Pienempi osa tuottajalle maksettavasta korvauksesta voi perustua suoritteisiin ja määräytyä käyntimäärien, toimenpiteiden ja muiden mahdollisten suoritteiden mukaan.

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

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

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

Asiakkaiden informointi

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

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

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

Tilaaaja-tuottajamalli ja asiakkaan valinnanvapaus

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

Alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa alueellinen toimija järjestää kaikki julkisesti rahoitettavat sosiaali- ja terveystyöpalvelut alueensa asukkaille. Valinnanvapausperiaatteen toteuttaminen ei ole periaatteellisessa ristiriidassa alueellisen järjestämisvastuun kanssa. Alueellisen toimijan tehtävänä on järjestää ja siten varmistaa palvelujen saatavuus alueen asukkaille. Ongelmia voi syntyä, jos palvelujen järjestämisessä noudatetaan pitkälle vietyä tilaaaja-tuottajamenettelyä. Alueellisella toimijalla voi olla, ainakin toiminnan alkuvaiheessa, vaikeuksia ennakoida kuinka suuri kysyntäpaino eri palvelutuotantoyksiköihin kohdistuu. Näin siksi, että alueen väestöllä on mahdolli-

suus hankkia tarvitsemansa palvelut myös alueen ulkopuolisilta tuottajilta ja toisaalta muiden alueiden asukkailla on mahdollisuus valita palveluntuottaja alueen toimintayksiköistä.

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

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

Todennäköistä kuitenkin on, että joillakin alueilla mahdollisesti vapaaksi jäävä tuotantokapasiteetti tulee käytetyksi muualta tulevien asiakkaiden toimesta. Tällöin valinnanvapausjärjestelmän piiriin kuuluvien palvelujen kohdalla raha seuraa asiakasta, muutoin alueet laskuttavat toisiaan. Todellista taloudellista tappiota sopimuksin hankittujen palvelujen alikäytöstä tuskin syntyy niin kauan kuin kansallisessa palvelujärjestelmässä esiintyy pikemmin jonoja ja palvelujen ”alitarjontaa” kuin ”ylitarjontaa”. Tilaajien ja tuottajien yhteinen etu on pyrkiä saamaan sopimukseen joustavuutta ja väljyyttä.

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

Hiukan etäämpää katsoen eri rahoitusmallien kehitys (tilaaja-tuottaja, palveluseteli, raha seuraa asiakasta) heijastelee kahta kehittyneiden länsimaiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien pitempiäaikaista megatrendiä. Ensinnäkin kustannusten

ja hinnoittelun ohella palvelujen rahoitus ja käyttö määräytyvät palvelujen laadun ja vaikuttavuuden perusteella. Laatu- ja vaikuttavuustietoa vaaditaan, tuotetaan ja raportoidaan aiempaa enemmän. Toiseksi asiakkaiden asema ja autonomia vahvistuvat avoimen ja läpinäkyvän tiedon tuella. Palvelusetelien ja raha seuraa asiakasta -periaatteen toteuttaminen, eivät kuitenkaan jätä asiakasta vain ulkoa tuotetun tiedon vaaraan, vaan antavat asiakkaalle aiemmin totuttua huomattavasti raskaamman ohjauskeinon – rahan siirtämisen huonoiksi koetuilta hyväksi koetuille palveluntuottajille. Tämä merkitsee hyvin suurta paradigman muutosta sosiaali- ja terveystaloudessa.

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

8 Palvelujen tuottaminen asiakkaan kannalta joustavasti

Monituottajamalli ja palvelujen joustavuus

Monituottajamallilla tarkoitetaan asiakkaan tarvitsemien palvelujen tuottamista eri toimijoiden toimesta (julkiset ja yksityiset palvelujen tuottajat hoidon eri portail-la). Sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan enenevästi etenemässä kohti monituottajamallia, jossa palveluja eriytetään ja ulkoistetaan pienempinä tai suurempina kokonaisuuksina myös yksityisille palveluntuottajille. Myös julkinen palvelutuotanto voidaan toteuttaa monin tavoin, esimerkiksi kunnallisena liikelaitoksena, osakeyhtiönä tai tilaaja-tuottaja –mallilla. Monituottajamalli voi olla ongelmallinen palvelun käyttäjän tarvitseman palvelun joustavuuden kannalta, kun samaan kokonaisuuteen kuuluvat palvelut tuotetaan eri tuottajien toimesta. Ongelmat voivat liittyä palvelun saamisen ajoitukseen, hoitopaikkaan, tiedon kulkuun, erilaisiin tietojärjestelmiin, toimintakulttuurien eroavaisuuksiin jne.

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

Monituottajamalli voi myös hidastaa palvelujen integraatiokehitystä, kun eri toimijat organisoivat eritasoisia palveluja palveluketjun eri osissa tai palveluketjun samalla

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

tasolla on useita rinnakkaisia palveluntuottajia. Sektori- ja kuntarajojen poistuminen alueellisessa järjestäjä-rahoittajamallissa mahdollistaa palvelujen tarkoituksenmukaisen integraation, mutta samanaikaisesti hyvin pitkälle viety monituottajamalli voi hidastaa integraatioetujen saavuttamista. Palvelujen eriytyminen näkyy asiakkaalle palvelujen hajanaisuutena.

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

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

Nykyisen julkisen palveluntuotannon avaaminen yksityisille yrityksille on monitahoinen kysymys, joka liittyy myös asiakkaan valinnanvapauteen. Asiakkaan valinnanvapautta voidaan aidosti lisätä, jos tarjolla on useampia saman palvelun tuottajia, jotka myös aidosti kilpailevat markkinoilla. Harvaan asutuilla seuduilla syntyy helposti alueellisia monopoleja, mikäli palveluntuottajia ei ole riittävästi. Esimerkiksi ikäihmisten asumispalveluissa ja laitospalveluissa on pidetty tärkeänä sitä, että palvelun järjestäjä hallitsee tiloja.¹ Eri toimijoiden toisistaan riippumattomat päätökset voivat johtaa myös epätarkoituksenmukaiseen palvelutarjonnan sijoitteluun ja ylikapasiteettiin.

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

Palveluohjaajan rooli palveluketjujen joustavuuden varmistajana

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

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

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

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

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

että omaiset voivat toimia palveluohjaajan roolissa. Palveluohjaaja voi olla myös yksityinen toimija, jolta palvelu ostetaan.

Palveluketjujen joustavuuden varmistaminen sosiaalipalveluissa

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

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

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

Ikäihmisten palvelut monituottajamallissa

Ikäihmiset ovat suuri terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttäjäryhmä. Etenkin muistiongelmat ja monisairastavuus lisäävät palvelutarvetta ja palvelujen käyttöä. Asiakkaan valinnanvapaus toteutuu vaivattomasti silloin, kun ikäihmiset ovat kykeneviä tekemään itseään koskevia päätöksiä ja valitsemaan tarjolla olevista palvelukokonaisuuksista itselleen sopivimman. Muistiongelmien lisääntyessä ikäihmiset tarvitsevat valinnan tekemiseen tukea ja uusia toimintamalleja. Monet ikäihmisille suunnatut ympärivuoro-

kautiset palvelut sisältävät sekä asumista että palvelua. Sosiaali- ja terveysministeriön ikähoivatyöryhmä esittää hoidon hinnoittelussa asumisen ja palvelun erottamista (STM 2011b). Tässä yksiportaisen ympärivuorokautisen hoidon mallissa ikäihminen muuttaa vain kerran ja sosiaali- ja terveyspalvelut mukautetaan asiakkaan tarpeen mukaan ilman paikanvaihdoksia ko. asumismuotoon, pois lukien sairaalahoitajaksot. Yksiportaisessa hoitomallissa tarvitaan palvelukokonaisuuksien tuotteistamista, mutta myös tukea ja ohjausta palvelukokonaisuuksien valinnassa. Mikäli asuminen ja palvelut erotetaan hinnoittelua varten, mutta liittyvät hoidon kannalta kiinteästi yhteen, on huolellisesti harkittava, mikä taho viimekädessä kilpailuttaa ja valitsee asumis- ja ruokapalvelujen tuottajan ja mikä taho määrittelee palvelujen korvauserusteet. Palvelujen kilpailuttaminen kuuluu alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtäviin ja se voi toteuttaa kilpailutuksen käytännössä sopimaksi katsomallaan tavalla. Luontevaa olisi määrittellä palvelujen korvauserusteet valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla.

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

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

Palvelusetelien hyötyjä ja haittoja asiakkaan palvelun joustavuuden kannalta

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

säädännön mukaan asiakas ei voi käyttää palveluseteliä julkisten palvelujen hankkimiseen.

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

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

Palvelusetelin markkinavaikutukset hintoihin ja laatuun riippuvat pitkälti siitä, kannustaako seteli yksityisiä palveluntuottajia tulemaan markkinoille ja lisäämään yksityistä palvelutarjontaa. Palveluseteli lisää asiakkaiden ja potilaiden ostovoimaa ja vahvistaa samalla yksityisten palvelujen kysyntää. Lyhyellä aikavälillä kysynnän lisääntyminen voi jopa nostaa yksityisten palvelujen hintoja, jos hintoja ei säädellä. Pitkällä aikavälillä hintojen nousua voi rajoittaa uusien palveluntuottajien tulo markkinoille, mikä lisää hintakilpailua tuottajien kesken.

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

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

Ehdotukset

1. Monituottajamallissa palveluketjun kokonaisuuden hallintaan on kiinnitettävä enemmän huomiota kuin yksituottajajärjestelmässä. Monituottajamallin ongelmia voidaan vähentää esimerkiksi ottamalla käyttöön palveluohjaus. Palvelujen järjestäjän edustajana palveluohjaaja voi myös yksittäistä palveluntuottajaa kattavammin tuntee käytettävissä olevat palvelut ja toisaalta myös viestittää järjestäjälle palvelujen kehittämistarpeista kokonaisuuden näkökulmasta.

2. Palvelujen käyttäjän kannalta on tärkeää muodostaa laajoja palvelukokonaisuuksia. Esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelut, jossa tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat samaan kokonaisuuteen. Laajat palvelukokonaisuudet ovat perusteltuja myös kustannusten hallinnan ja osaoptimoinnin ehkäisemisen kannalta.
3. Markkinoiden toimivuuden varmistamiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota, jos palveluseleitä halutaan hyödyntää nykyistä laajemmin.

9 Erityistason palvelujen tuottajien rahoitus

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

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

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

Hoitoketjun arvoperusteinen rahoitusmalli

Yksi vaihtoehto erityistason palvelujen tuottajien kannustamiseen kustannusvaikuttavaan toimintaan on ryhtyä kehittämään kannustinjärjestelmää arvoon perustuvan terveydenhuollon idealle (Porter 2010, Teperi ym. 2009). Tällöin arvo määritellään palvelujen tuloksen suhteena kuluihin. Yksittäisistä toimenpiteistä, hoitokäytännöistä tai käynneistä maksamisen sijaan tuottajalle maksetaan korvaus terveysongelman ratkaisemisesta. Hinnoittelussa niputetaan yhteen palvelukokonaisuus tai hoitoketju, ei yksittäisiä toimenpiteitä tai vastaanottokäyntejä. Tuottaja saa siis korvauksen potilaan

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

tarvitseman koko hoitoketjun toteuttamisesta, ei yksittäisten suoritteiden tuottamisesta. Esimerkkejä voisivat olla kakkostyyppin diabeteksen tai masennuksen hoidon kokonaisuus sisältäen tarvittavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja soveltuvin osin kuntouttavat palvelut ja sosiaalipalvelut.

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

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

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

Arvoon perustuva rahoitusmalli sopii erityistasoa paremmin perustason palvelujen tuottajalle, joka hakee konsultaatiotukea erikoissairaanhoidosta hoitoketjun osana (Teperi ym. 2009). Erikoissairaanhoidon sovellettuna rahoitusmalli voisi olla kaksiosainen: arvoon perustuva rahoitus perusterveydenhuollon kautta ja kapitaatioperusteinen rahoitus suoraan alueelliselta järjestäjä-rahoittajalta. Rahoitusmalli kannustaisi perusterveydenhuoltoa primaari- ja sekundaaripreventioon sekä loisi perusterveydenhuollon toimijoille mahdollisuuden valvoa erikoissairaanhoidon sisältöä, laatua ja kustannuksia sekä saada tietoa hoidon vaikuttavuudesta ja kustannuksista. Alueellisen järjestäjä-rahoittajan tehtävänä on määritellä hoitokokonaisuudet ja niistä korvaukset.

Valtakunnallisesti yhtenäinen DRG¹ -hinnoittelu

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

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

Pitkäaikaishoidon RUG² -maksujärjestelmä

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

RUG-pohjaisen maksujärjestelmän tavoitteena on sekä rahoittajan että tuottajan kannalta oikeudenmukainen korvausjärjestelmä, jossa hoidosta maksettu hinta vastaa asiakkaan voimavarojen tarvetta ja siten hoidon todellisia kustannuksia. Lisäk-

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

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

si tavoitteena on lisätä palvelutuotannon tehokkuutta ja kustannustietoisuutta. RUG-maksujärjestelmässä hoidon hinta sovitaan etukäteen, joten palvelun tuottaja tietää potilaan hoidosta saamansa korvauksen etukäteen. Asiakasrakenteeseen perustuvan hinnoittelun tavoitteena on myös varmistaa hoidon laatua ja samanaikaisesti hallita kokonaiskustannusten kehitystä. Kokemukset maista, joissa asiakkaat voivat valita hoitopaikkansa ja joissa palveluntuottajien välillä on kilpailua viittaavat siihen, että asiakasrakenteeseen perustuva maksujärjestelmä on parantanut etenkin keskimääräistä kalliimpien asiakkaiden hoitoon pääsyä (Arling ja Daneman 2002).

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

RUG-järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden myös mielenterveyspalvelujen asiakasrakenteen huomioon ottavaan hinnoitteluun aiempaa luotettavammin. DRG-järjestelmällä voidaan kuvata luotettavasti vain noin puolta psykiatristen hoitajaksojen hinnasta. RUG-järjestelmää vastaava psykiatrisen sairaalahoidon asiakasrakenneluokitus (SCIPP³) on kehitetty Kanadassa, missä se on käytössä. Psykiatrian asiakasrakenneluokitusta testataan parhaillaan myös Suomessa.

Julkaistujen laatutietojen käyttö tuottajien ohjaamiseen

Sairaalatoimintaa kuvaavista rekistereistä saadaan monipuolista tietoa potilaille annettusta hoidosta, hoidon onnistumisesta, vaikuttavuudesta ja kustannuksia. Sairaaloiden hoitotulokset ja hoidon kustannukset vaihtelevat PERFECT⁴-hankkeessa julkaistujen tutkimusten mukaan huomattavasti (http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/perfect). Sama vaikuttavuus saavutetaan siis hyvin eri suurilla kustannuksilla ja yhtä suuret kustannukset johtavat eri suureen vaikuttavuuteen, myös sen jälkeen kun potilasrakenteen erot on otettu huolellisesti huomioon. Alueellinen järjestäjä-rahoittaja voi hyödyntää näitä tietoja esimerkiksi pohtiessaan sairaaloille räätälöitäviä laatubonusia tai vastaavia kustannusvaikuttavuuden parantamiseen tähtääviä kannusteita. Vaikuttavuustiedon käyttöä bonusjärjestelmissä vaikeuttaa kuitenkin se, et-

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

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

tä tietoa hoidon vaikuttavuudesta saadaan aikaviiveellä, joka monesti on talouden näkökulmasta pitkä.

Esimerkiksi PERFECT-keskoshankkeessa on ilmennyt suuria eroja pikkukeskosten hoidon järjestämisessä ja hoitotuloksissa (ks. alaviite 15). Syntyminen muussa kuin yliopistosairaalassa lisäsi pikkukeskosten riskiä kuolla alle vuoden iässä. Vuosina 2000–2003 yliopistosairaalassa syntyneiden pikkukeskosten osuus oli eri erityisvastualueilla 53–94 %. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö suositteli keskosten hoidon keskittämistä yliopistosairaaloihin. PERFECT-hankkeen tulosten julkaisemisen jälkeen yhä useampi pikkukeskosen onkin syntynyt yliopistosairaalassa (89 % vuonna 2008, 76 % vuonna 2000–2003). Myös alueelliset erot ovat kaventuneet: vuonna 2008 yliopistosairaaloissa syntyneiden osuus vaihteli 74 %:n ja 93 %:n välillä. Keskosten hoitotuloksissa havaittujen erojen vuoksi yhden yliopistosairaalan synnytystoimintaa on auditoitu.

Ehdotukset

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

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

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

10 Kansallisesti ja muutamiin keskuksiin keskitettävien palvelujen tuotantovastuu

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

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

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

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

Esimerkkejä keskitettävistä palveluista

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

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

- 1) **Lapset ja nuoret.** Keskitettäviä ovat esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön tutkimus ja hoito, erittäin vaativat huostaanotto- ja sijoitusratkaisut, osa pitkäaikais-sairaiden lasten ja nuorten kuntoutuspalveluista, erityisen vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatriset palvelut sekä huumeiden käyttäjien kuntouttava laitoshoidon. Keskitetään kannattaa myös sellaisten lasten ja nuorten hoito, joilla on useampia samanaikaisia neurologisia, somaattisia ja sosiaalisia ongelmia ja jotka vaativat samanaikaisesti monien erityisalojen tutkimus-, hoito- ja kuntoutusosaamista. Keskitetyissä palveluissa tarvitaan monipuolista erityisosaamista monilta aloilta: päihdepsykiatria, nuorisopsykiatria, neurologia, sosiaalityö, psykologia, kasvatustiede, perhetyö, lastensuojelu ja kriminaalihoito.
- 2) Valtakunnallisesti muutamaan paikkaan tarvitaan myös päihteitä käyttävien nuorten ongelmiin erikoistuneita palveluja (esim. erityisosaaminen keskitettynä valtakunnallisesti yhdelle alueelle), joista voidaan antaa hoidon lisäksi tarvittaessa konsultaatiopalveluja muiden alueellisten järjestäjä-rahoittajien alueilla toimiville keskitetyille yksiköille. Tällaisia asiakasryhmiä ovat esimerkiksi avomuotoiseen intensiiviseen ja monipuoliseen hoitoon kiinnittymättömät nuoret, joilla on päihdeongelman lisäksi vakavia käyttäytymis- ja impulssikontrollin ongelmia, kuten toistuvaa väkivaltaisuutta, rahapeliongelmaa, prostituutiota, rikoksia, vaikeista neuropsykologisista ongelmista ja pitkäaikaisista päihdeongelmista kärsivät nuoret (esim. opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevat nuoret, joilla ADHD tai psykostimulanttien väärin käyttäjät) sekä nuoret, joilla on vaikea päihdeongelma yhdistyneenä vammaisuuteen (kehitysvamma, aisti- tai liikuntavamma) tai mielenterveysongelmaan (hyväksikäyttö tms. vuoksi traumatisoituminen, itsetuhoisuus, syömishäiriöt yms.).

- 3) **Kehitysvammaiset.** Vaikeasti psykiatrisesti oireilevat kehitysvammaiset, autistiset kehitysvammaiset. Keskitetty valtakunnallinen osaamisyksikkö takaisi lääke- ja hoitotieteellisen sekä terapiapalvelujen kehittymisen. Yksikön tehtävänä olisi hoitopalvelujen lisäksi välittää tietoa muille toimijoille sekä tehdä palveluja tukevaa tutkimusta. Terveystieteiden osalta tarvitaan em. ryhmien keskitetty järjestelmä (esim. kaksi erityistason erikoissairaanhoidon yksikköä), joka vastaisi lasten ja nuorten hoidosta ja kuntoutuksen suunnittelusta sekä osittain toteutuksesta. Valtakunnallisten yksiköiden tehtävänä olisi toimia lääketieteellisinä asiantuntijoina, jotka tarjoisivat palveluja poliklinikan kautta, konsultoimalla sekä osastopalveluna. Osastolla olisi sekä arviointijaksoa varten paikkoja, mutta myös kriisijaksoihin varaukset.
- 4) **Harvinaiset sairaudet.** Harvinaiseksi määritellään sairaus jonka yleisyys on enintään 1 / 10 000 asukasta ja kuhunkin sairausryhmään kuuluu enintään 500 henkilöä. Tällä hetkellä Suomessa harvinaisten sairauksien osaaminen kuuluu yliopistosairaaloiden toimenkuvaan. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella on säädetty nimettyjen sairauksien valtakunnallisesta keskittämisestä tiettyihin keskuksiin. Terveystieteiden osalta erikoissairaanhoidon keskitettävät hoidot määritellään valtioneuvoston asetuksella. Asola (2010)

Ehdotukset

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

11 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallintomalli

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

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

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

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

Seuraavassa esitellään vaihtoehtoiset mallit, joiden mukaan alueellisen järjestäjä-rahoittajan hallinto voidaan toteuttaa jotta demokratiavaade toteutuisi. Lisäksi tar-

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

kastellaan suppeasti palvelujen tuottajapuolen hallinnon järjestämistä niiltä osin kuin palvelutuotanto tapahtuu julkisen sektorin omistamissa ja hallitsemisissa yksiköissä. Tarkastelussa pyritään arvioimaan vaihtoehtoisten hallintomallien seurauksia sekä etuja ja haittoja.

Vaihtoehtoiset hallintomallit demokratiavaateen toteuttamiseksi

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

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

Vaihtoehtojen arviointia

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

Demokratiavaateen toteutuminen

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

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

Hyvinvointi- vai identiteettikunta?

Kainuun hallintokokeilun arvioinnissa edellä mainittua päätäntävällän siirtymistä on kuvattu kuntien kovertumisena ontoiksi tärkeistä vastuista, päätösvallasta ja tehtävistä, jotka ovat määrittäneet kunnallista itsehallintoa. Kehityskulku johtaisi lopulta nykyisten kuntien luonteen supistumiseen kuntalaisten asumista ja alkuperää luonnehtiviksi identiteettikunniksi (Airaksinen ym. 2008). Kainuun hallintokokeilun päätöksentekijähaastattelujen perusteella näin ei kuitenkaan näyttäisi tapahtuneen. Osa päättäjistä katsoo itsehallinnon vahvistuneen, vaikka kunnanvaltuustojen päätäntävällä budjetin perusteella arvioiden 60 prosenttia on siirtynyt maakuntatasolle. Suhteellisen tiukasti säädeltyjen sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien päätöksen siirtymässä maakuntavaltuustoon, kunnanvaltuustot ovat voineet keskittyä paremmin jäljelle jääneeseen kuntalaisten kannalta tärkeisiin päätöksiin (Jäntti ym. 2010).

Säilyttävä vai uutta linjaava päätöksenteko

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

Jossain määrin samansuuntaisia johtopäätöksiä on tehty arvioitaessa päätöksentekoa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla (Heinämäki 2011). Rahoitus- ja järjestämisvastuun jakautuminen on tuottanut kuntien luottamushenkilöille

sekä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden viranhaltijoille epäselviä vastuu- ja hallintosuhteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus sekä alueellinen järjestäjä-rahoittaja selkeyttäisi palvelujen järjestämisvastuuta. Nykytilanteessa kuntien ollessa rahoitusvastuussa palvelujen järjestämisvastuussa olevalla kuntayhtymällä (esim. sairaanhoitopiiri) ei useinkaan ole riittävää toiminnallista vapautta esimerkiksi alueellisen palvelutuotannon taloudellisuuden ja tuottavuuden lisäämiseksi.

Alueellisen sosiaali- ja terveystoiminnan päätöksenteon koordinointi

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

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

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

sa kuntien edustuksellinen asema päätöksenteossa saisi uuden roolin. On mahdollista, että sosiaali- ja terveydenhuollon yhteys kunnan muihin sektoreihin siinä vaiheessa heikkenee.

Demokratiavaade ja julkisten sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajien hallinto

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

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

Mikäli alueellisen toimijan rinnalla on myös muita julkisia (kunnallisia) talveluntuottajia, niiden hallinto ja toiminta voidaan periaatteessa järjestää nykykäytäntöä vastaavasti. Tällöin mahdollinen hallintomalli voisi olla sellainen, että kunkin alueellisen toimijan alueella toimisi yksi tai useampia kuntien hallitsemia tuottajia, joiden demokraattisesta päätöksenteosta viime kädessä vastaisivat talveluntuottajan omistajasta riippuen kuntien tai kuntayhtymien valtuustot. Varsinaisten talveluyksiköiden hallinto olisi kuitenkin ylläkuvatulla tavalla tarkoituksenmukaista järjestää valtuustojen nimittämien johtokuntien tai hallitusten kautta.

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

Ehdotukset

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

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

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

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

12 Alueellisen järjestäjä-rahoittajan taloudellinen ohjaus

Sosiaali- ja terveyspalvelujen muuttuva rahoitus ja ohjaus

Rahoitusreformin yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi voi nähdä pyrkimyksen erottaa tai ainakin selkeyttää erilleen terveyspalvelujen rahoitus ja tuottaminen. 1990-luvulta lähtien monissa sellaisissa maissa (esim. Iso-Britannia, Uusi-Seelanti), joissa rahoitus ja tuottaminen olivat jo lainsäädännöllisesti tai muiden pelisääntöjen kautta lukitut toisiinsa, ryhdyttiin näitä toimintoja tarkoituksellisesti eriyttämään. Kansainvälinen käsitepari purchaser-provider split on kääntynyt suomenkielelle vaihtelevasti. Purchaser-rooliin voidaan viitata järjestämisen, tilaamisen, hankinnan tai ostamisen käsitteillä. Provider-rooli on kääntynyt palvelujen tuottamiseksi.

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

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

Tilaaminen – silloin kun sillä tarkoitetaan tavoitteellista ja asiantuntevaa palvelujen tuotannon ohjausta – poikkeaa erityisesti terveydenhuollossa aikaisemmista perinteisistä ohjaus- ja rahoitusmenettelyistä. Esimerkiksi sairaaloille on monissa maissa perinteisesti annettu kiinteä budjetti, johon liittyvän yleisluonteisen toimintasuunnitelman saattelemana sairaalan kliininen johto on saanut tehdä harkintansa mukaan parhaansa palvelutuotannon toteuttamiseksi. Avohoidon palveluista on maksettu tuottajille korvausta joko käynti- tai suoriteperusteisesti tai joissakin maissa ka-

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

pitaatioperusteisesti. Käynnin tai muun suorituksen laajuus ja vaativuus ovat voineet olla porrastetun hinnaston pohjana, mutta perinteiset ohjausjärjestelmät eivät yleensä kannustaneet tuottamaan erityisesti sellaisia palveluja, jotka on osoitettu vaikuttavimmiksi ja hyödyllisimmiksi. Myöskään terveydelliseltä arvoltaan vähäisinä tai kyseenalaisina pidettävien palvelujen tarjoamista ei yleensä lannistettu taloudellisilla tai muilla keinoilla. 1980–90 -luvuilla tosin herättiin keskustelemaan ”priorisoinnin” nimikkeen alla siitä, pitäisikö joitakin hoitoja jättää kokonaan rahoittamatta julkisista varoista.

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

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

Alueellisen toimijan kansallinen ja paikallinen ohjaus

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

Vuoden 1993 suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistuksen ja sitä seuranneiden kuntalaskutusikäntöjen uudistusten jälkeen kunnat tai kuntien yhteenliittymät (yhteistoiminta-alueet ja sairaanhoitopiirit) ovat kunnallisten palvelujen järjestäjiä ja rahoittajia. Sairaalat ja terveyskeskukset ovat tuottajia. Rahoittajaa ja tuottajaa ei ole kovin yleisesti erotettu muodollisesti toisistaan, vaikka erilaisia pyrkimyksiä ja virityksiä roolien eriyttämiseen onkin käytössä (Kokko ym. 2010). Kunnat ovat tässä tilanteessa saaneet osakseen arvostelua siitä, etteivät ne ole täyttäneet valtakunnallisia tavoitteita tai eivät sovelle suositeltuja periaatteita. On voitu osoittaa, että palvelujen järjestämisessä on tingitty ennalta ehkäisevistä palveluista, päihdehuollon,

mielenterveystyön tai muiden erityisryhmien palveluista (ks. esim. Leppo 2010). Perusterveydenhuollon voimavarojen kehityksen on arvosteltu jääneen kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidosta jälkeen. Lastenneuvola- ja kouluterveydenhuollon palvelujen varmistamiseksi säädettiin asetus, koska suositukset eivät johtaneet toivottuihin vaikutuksiin. Hoitoon pääsystä ja yhteyden saannista on säädetty lainsäädännöllä ja muilla sitovilla säädöksillä.

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

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

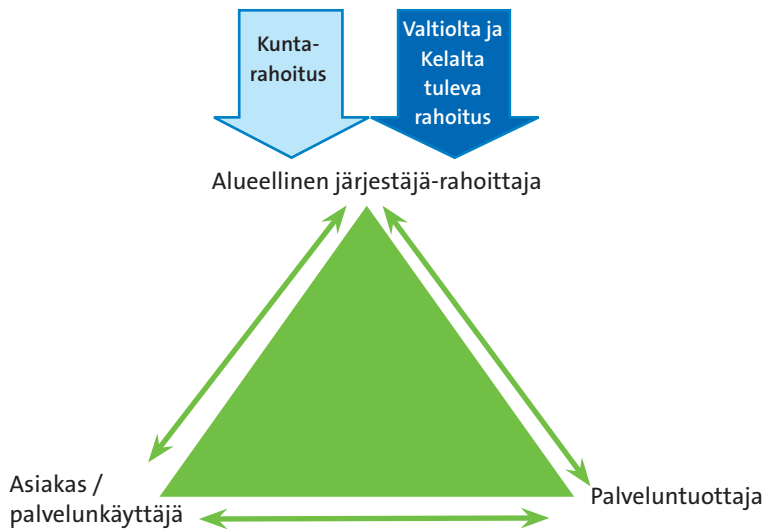
Jos alueelliset rahoittajaorganisaatiot taas luotaisiin kuntien sekä kuntien yhteistoimintaorganisaatioiden ja valtion ”väliin” siten, että rahoitusvirrat tulisivat sekä valtiolta että kunnilta, olisi vaarana se, että nämä uudet organisaatiot ryhtyisivät käyttäytymään kuin kunnat nykyisin. Niitä olisi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

Palvelujärjestelmän rakenteiden uudistaminen on ollut 2000-luvulla vahvasti esillä. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhtenä pääteesinä on ollut, että perustason sosiaali- ja terveystalouselämyksen asianmukaiselle järjestämiselle tarvitaan riittävä väestöpohja. Tämä ei ole kuitenkaan johtanut palveluja tuotavien yksiköiden koon kasvamiseen, kuten uudistuksen alkumetreillä oletettiin. Terveystalouselämyksen verkko ei ole kokenut eikä ole kokemassa kovin radikaaleja muutoksia. Sosiaali- ja terveystalouselämyksen tuottaminen monipuolistuu yksityisten palveluntuottajien osuuden kasvaessa. Sairaalaverkoston tulevasta kehityksestä käydään myös vilkasta keskustelua, muun muassa synnytystoiminnan tai tekonivelkirurgian vähimmäisvolyymeista. Samaa aikaan erikoissairaanhoidon verkoston kehitystä ohjaa pätevyyden ylläpitämisen vaatavuus ja kalleus, koska erikoissairaanhoidossa on siirrytty aikaisempaa hienorakenteisempaan erikoisalajakoon. Esimerkiksi aiemman yleiskirurgian ja yleissisätautien pätevyyksen sijaan tarvitaan nykyisin useita suppeampia erikoisalo-

jen päivystystä. On todennäköistä, että valtiolta haluaa tulevaisuudessakin ohjata alueellista palvelujen rahoittajaa palvelurakenteiden uudistamisessa, mutta samaan aikaan paikalliset ja alueelliset toimijat ja päätöksentekijät pyrkivät säilyttämään palvelulaitokset ja palvelutarjonnan mahdollisimman pitkälle entisellään (vrt. Heinämäki 2011).

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

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



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

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

- 1) Rahoituksessa tarvittava palvelujen tarpeen mukainen tasaus pitäisi sisältyä koko
rahoituksen yleisratkaisuun valtakunnallisella tasolla.
- 2) Jos valtiovalta haluaa osoittaa käyttötarkoitukseen sidottua rahoitusta joihinkin
valikoituihin priorisoitaviin palveluihin, tämä on mahdollista, mutta onko valtio-
vallan vielä ohjattava alueellista rahoittajaa saadun rahan käytössä? Miksei alueel-
lisen rahoittajan omiin toimintaperiaatteisiin luontevasti kuuluisi priorisoitavien
palvelujen ja toimintojen tuottamisen kannustaminen? Tärkeisiin ja priorisoita-
viin palveluihin – esimerkiksi ennalta ehkäisyyn - ohjaamisen pitäisikin kuulua
pääasiassa palvelujen alueellisen rahoittajan ja palveluntuottajien välisen ohjaus-
ja sopimusmenettelyn keinoin toteutettavaksi.
- 3) Taloudellisten ja vaikuttavien hoito- ja toimintamuotojen valintaa ja käyttöönot-
toa voitaisiin myös kannustaa valtiovalnan toimesta, mutta voidaan yhtä hyvin ky-
syä, miksei tämä voisi olla alueellisen rahoittajan vastuulla. Samoin kuin edellä,
tämänkin ohjauksen painopisteen pitäisi olla rahoittajan ja tuottajien välillä. Ra-
hoittajilla on oltava tätä varten asiantuntemusta ja valmiuksia soveltaa sekä ko-
timaisesta että kansainvälisestä tutkimusnäytöstä saatavia perusteita ohjauksen-
sa pohjaksi.
- 4) Jos halutaan viedä läpi palvelujärjestelmän laajamittaisia rakenneuudistuksia, näi-
den tukeminen valtakunnallisilla kannustimilla alueellisten rahoittajien yläpuolel-
ta voisi olla perusteltua. Tällaisia ovat olleet lähihistoriassa esimerkiksi psykiatrisen
hoidon mittava rakennemuutos 1980-luvulta lähtien, vanhainkoti-instituution as-
teittainen korvaaminen palveluasumisella, päiväkirurgian edistäminen, hoitotyön
vastaanotto toiminnan laajentaminen ja vahvistaminen perusterveydenhuollos-
sa ja päivystyspisteiden voimakas keskittäminen perusterveydenhuollossa. Tule-
vaisuudessa tarvittavia muutoksia ovat esimerkiksi pitkäaikaishoidon siirtäminen
terveyskeskussairaaloista palveluasumisen ja kotihoidon piiriin, omahoidon edis-
täminen ja terveyshyötymallin tärkeimpien elementtien läpi vieminen pitkäai-
kaissairaiden avohoidossa. Tällöin erikseen kannustettaviksi valittaisiin muutok-
sia, joiden yleinen merkitys ymmärretään ja hyväksytään, mutta paikalliset viiveet
ja erilaiset rakennemuutoksia hidastavat ”kotiin päin vetämiset” saataisiin hallin-
taan. Hyviä esimerkkejä siitä, miten taloudelliset kannustimet johtivat mittaviin
rakenteellisiin muutoksiin palvelutuotannossa 1990-luvulla, ovat palveluasumisen
voimakas lisääntyminen ja mielenterveystoimistojen palvelujen siirtyminen pe-
rusterveydenhuollon alaisuuteen yli puolessa maan sairaanhoitopiirejä.

- 5) Kuntien mukaan kytkeminen on tarkoin analysoitava sen jälkeen, kun on ratkaistu, miten kunnat osallistuvat palvelujen rahoitukseen tulevaisuudessa ja miten demokraattisen päätöksenteon asema muuttuu. Jos koko rahoitusrakenne perustuu vahvoihin peruskuntiin Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa tavoitteeksi asetulla tavalla (Hallitusohjelma 2011), tarve tarkastella erillään kuntien ja rahoittajaorganisaatioiden tahtoa ja toimia vähenee tai poistuu. Jos rahoittajaorganisaatiot tulisivat kuitenkin yleisesti olemaan kuntien yhteisesti joillakin rakenteilla ylläpitämiä, peruskunnat olisi syytä kytkeä kokonaisuuteen mukaan ja rakentaa kannustavat ohjauselementit kuntien ja rahoittajien välille. Käytännön ratkaisuihin vaikuttaa olennaisesti myös se, miten nykyiset kuntien sosiaalihuollon palvelut toteutetaan, mihin sijoittuisivat ennen kaikkea sosiaalityö, lastensuojelu, vammaispalvelut, toimeentulotuki ja päihdepalvelut. Miten rakennettaisiin ja varmistettaisiin sosiaalihuollon yhteydet esimerkiksi työllistämistoimiin?

Kannusteilla ohjaus

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

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

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

Sairausvakuutukselta tuleva rahoitus

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

Asiakasmaksutulot

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

13 Valtakunnallinen ohjaus

Miksi valtakunnallista ohjausta tarvitaan?

Palvelujärjestelmä muutoksessa

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

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

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

Alueellinen ja paikallinen autonomia vs. tasavertaiset palvelut

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

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

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

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

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

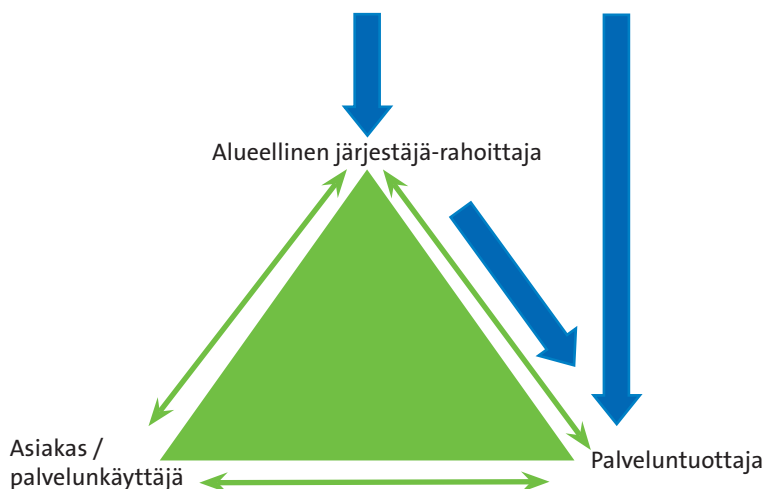
Suuret vaihtelut erityisesti palvelujen saatavuudessa ovat osoittautuneet poliittisesti herkiksi ja johtaneet eri pohjoismaissa valikoitujen ja kohdennettujen valtion ohjaustoimien käyttöön. Hyvä esimerkki tästä on Suomen hoitotakuulainsäädäntö. Tutkimuksilla kiistatta osoitetut suuret vaihtelut palvelujen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

Valtion ohjauskeinoja

Lainsäädäntö ja pehmeämmät ohjauskeinot

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

Palvelujärjestelmän rakenteellisista tekijöistä johtuvaan palvelujen saatavuuden ja laadun vaihteluun voidaan parhaiten vaikuttaa suoraan rakenteellisin toimenpitein. Näin on käytännössä tehty laajoilla lainsäädännöllisillä uudistuksilla esimerkiksi Tanskassa terveydenhuollossa ja Norjassa erikoissairaanhoidossa. Molemmissa mais-



KUVIO 6. Valtion ohjaus hajautetussa palvelujärjestelmässä.

sa järjestämisvastuussa olevien tahojen kokoa on 2000-luvulla olennaisesti kasvatettu ja valtion, syntyneiden alueiden ja kuntien välisiin suhteisiin on tehty suuria muutoksia. Norjan sairaalauudistuksen seurannassa osoitettiin, että erot palvelujen saatavuudessa pienenevät uudistuksen yhteydessä juuri siellä, missä entiset aluerajat poistuivat (Norges Forskningsråd 2007).

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

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

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

Rahoitus ohjauskeinona

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

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

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

Yleisemminkin käyttötarkoitukseen sidotut (”korvamerkit”) suoriteperusteiset valtionavustukset ja bonukset ovat mahdollisesti tehokas kansallisen ohjauksen väline, joita voidaan käyttää tukemaan kansallisen sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden saavuttamista. Positiivisia kannusteita voidaan käyttää ”negatiivisten” ohjauskeinojen kuten uhkasakkojen asemesta tai täydentämään niitä. Esimerkiksi Ruotsi on pyrkinyt ratkaisemaan hoitotakuuongelmia ja vähentämään alueellista vaihtelua palvelujen saatavuudessa maksamalla erityisiä korvauksia maakäräjäalueille, jotka pystyvät todentamaan hyviä tuloksia palvelujen saatavuudessa (Överenskommelse mellan staten och SKL 2011).

Paitsi hoitojonojen purkuun, Ruotsissa on osoitettu suoriteperusteisia tukirahoja muun muassa kirjoitettujen sairaslomien vähentämiseksi sekä vanhustenhuoltoon ja kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämisen tukemiseen jaetaan vuoden 2011 alusta lisärahoitusta (Överenskommelse om patientsäkerhet 2011). Niin hoitojo-

nojen purkuun kuin potilasturvallisuuden edistämiseen suunnattujen erityisvaltionosuuksien myöntämisperusteita on tarkoitus ajan myötä kiristää.

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

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

Normiohjauksesta

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

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

Kriteerejä määrittelevän normituksen ensiaskelia on jo nähty palvelusetelilain säädännössä. Palvelusetelilaki ei tosin määrittele selkeitä kansallisia tuottajien hyväksymiskriteerejä, mutta antaa yleisluontoisia hyväksymisperusteita, joita järjestämisvastuussa olevien kuntien tulee soveltaa. Vaikka yleistynyt hankintamenettely ja palvelusetelilain soveltaminen ovat mahdollistaneet tarkempien laatuksiteerien käytön kuntien toimesta, kriteerien määrittely ja kehittäminen ei ole vielä käynnistynyt laajassa mittakaavassa.

On ilmeistä, että kansallisen seurannan ja seurantajärjestelmien kehittäminen nivoutuvat kiinteästi yhteen palvelujen laadun minimistandardien ja palvelutuotannon

kansallisen valvonnan kehittämisen kanssa. Voidaan kuitenkin kysyä, kuinka tarkkaan valtiovallan on tarpeen sitovasti säännellä palvelujärjestelmän toimivuuden seuraamiseen tarvittavia järjestelmiä ja niiden tietosisältöjä.

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

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

Informaatio-ohjauksen keinoja

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

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

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

Palvelujärjestelmän jatkuva kehittäminen ja kansalaisten aseman vahvistaminen edellyttävät kattavaa kansallista vertailutietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudes-

ta. Yhtenäiset palvelujen laadun seuranta- ja raportointijärjestelmät ovat välttämätön edellytys asiakkaiden valinnanvapauden toteutumiselle. Ilman yhteismitallista vertailutietoa valittavista palveluista valinnanvapaus jää vain symboliseksi periaatteeksi eikä sen voida odottaa tukevan hyvälaatuista palvelutuotantoa.

Palvelujen laadun seurannassa Suomi on jäljessä muista pohjoismaista. Ruotsissa on jo 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii noin 75 eri potilasryhmän hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä. Maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välisen vertailutiedon tuottamisesta vastaavat yhteistyössä Ruotsin sosiaalhallitus, kunnat ja maakäräjät. Myös muut tahot, kuten yksityiset palvelutuottajat ja lääketeollisuusyhdistys tukevat vertailutietojen keräämistä, analysointia ja raportointia. Niin kansallisella kuin paikallisella tasolla hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on ”benchmarking”-tyyppinen vertailu ja nyttemmin myös niihin sidotut palvelujen tuottajille maksettavat suoriteperhaiset laatubonukset. Näihin verrattuna valvonnan ja erityisesti erilaisten sanktiomenettelyjen merkitystä toiminnan ohjaamisessa pidetään varsin rajallisena.

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

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

Alueellisen järjestäjä-rahoittajamallin toteuttamisen yhteydessä tarjoutuu mahdollisuus määritellä myös uusia kansallisia seurantajärjestelmiä, jotka palvelevat palveluja käyttäviä asiakkaita heidän valinnoissaan, ammattihenkilöitä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kehittämisessä ja hallinnon ja politiikan päätöksentekijöitä palvelujärjestelmän kehittämisessä ja ohjauksessa¹.

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

Pohdintaa valtakunnallisen ohjauksen muodoista

Yhteiskuntapolitiikan tavoitteena on hyvinvoiva väestö, joka jaksaa tehdä tuottavasti pitkän työuran. Voidaan kysyä tukevatko nykyiset ohjauksen keinot – normiohjaus (lainsäädäntö), resurssiohjaus (valtionosuudet), vuorovaikutusohjaus (laatusuosittukset yms. tiedolla vaikuttaminen), asiakasohjaus (mm. palvelusetelit, henkilökohtainen budjetti, asiakasneuvostot ja muut elimet) ja valvonta – näitä tavoitteita.

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

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

LÄHTEET

- Airaksinen J, Haveri A, Pyykkönen H, Väisänen P. Sinisistä ajatuksista moniin totuuksiin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Toinen väliraportti. Valtionvarainministeriön julkaisuja 41/2008. Valtionvarainministeriö, Helsinki 2008.
- Anell A. Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Skriftserie 2009:1, KEFU, Lunds universitet; 2009.
- Arling G, Daneman B. Nursing home case-mix reimbursement in Mississippi and South Dakota, Health Services Research 2002;37:377-95.
- Asiakastietolaki. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.
- Aronkytö T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Sitran selvityksiä 24. Helsinki 2010.
- Asola R. Harvinaiset sairaudet, kansallinen ohjelma – hankesuunnitelma. pp-esitys 27.9.2010. <http://harvinaiset.fi/tiedostopankki/syksyn-2010-seminaarin-esitykset/stm-raija-asola>
- Bevan G, Helderma JK, Wilsford D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. Health Econ Policy Law. 2010; 5(3):251-67.
- Björkgren M. Case-Mix Classification and Efficiency in Long-Term Care Facilities of the Elderly, Stakes Research Reports 124. Gummerus, Saarijärvi, 2002.
- Björkgren M. Hoidon tuotteistus ja hinnoittelu -kansainvälisiä kokemuksia maksujärjestelmistä pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus -RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes. Saarijärvi. 2005, ss. 136-146.
- Burström B. Vårdval: evidens och effekter för 'vård på lika villkor'. Läkartidningen 2008;105:2992-94.
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (eds.). Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press, Berkshire 2011. Painossa.
- Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge B, Devlin N, Magee H. Patient choice. How patients choose and how providers respond. The King's Fund, London 2010.
- Folmer Andersen T, Mooney G (eds). The challenges of medical practice variations. MacMillan Press Limited, London, 1990,
- Forss M. Terveydenhuollon järjestäminen Suomessa: muutamia näkökohtia. Muistio 5.11.2008.
- Fries BE, Schneider DP, Foley WJ, Gavazzi M, Burke R, Cornelius E. Refining a case mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). Medical Care 1994; 32(7): 668-685.
- Grytten J, Sørensen RJ. Patient choice and access to primary physician services in Norway. Health Econ Policy Law. 2009;4(Pt 1):11-27.
- Hallitusohjelma. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. (www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp)
- Heinämäki L. Yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalvet 2010. Järjestämisen, tuottamisen ja hallinnon kysymyksiä uusissa palvelurakenteissa. THL, Raportti 41/2011. Helsinki 2011.
- Häkkinen U, Jonsson PM. Harnessing diversity of provision. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges pp.198-213. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.
- Häkkinen U, Nguyen L, Pekurinen M, Peltola M. Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä. THL, Raportti 3/2009. Helsinki 2009.
- Jacquot J. Trust in the Dentist-Patient Relationship: A Review. JYI 2011; 2(3).www.jyi.org/research.
- Jonsson PM, Agardh E, Brommels M. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2006.
- Jäntti A, Airaksinen J, Haveri A. Siniset ajatukset – vaapaasta pudotuksesta hallittuun sopeuttamiseen. Kainuun hallintokokeilun vaikutukset. Valtionvarainministeriön julkaisuja 20/2010. Valtionvarainministeriö, Helsinki 2010.
- The Kaiser Foundation. Explaining Health Care Reform: How Do Health Care Costs Vary by Region? December 2009.
- Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2008. Helsinki 2009.
- Kela. Työterveyshuolto 2008: yhteenveto. Ennakkotietä (Timo Partio 20.10.2010). Helsinki 2010b.
- Klavus J, Kapiainen S. Health care in Finland 1990-2006: Progressivity, incidence and socio-economic determinants. Technical Report to the World Health Organization, October 2008.
- Kokko S, Heinämäki L, Tynkkynen L.K, Haverinen R, Kaskisaari M, Muuri A, Pekurinen M, Tammelein M. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalvetujen järjestämisestä ja tuottamisesta. THL Raportteja 36/2009. Yliopistopaino, Helsinki 2009.
- Komulainen, M. Ulkoistaminen kunnissa. Acta 222. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2010. <http://acta.uta.fi>.
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens vårdvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. (Konkurrensverkets rapportserie 2010:2) Stockholm 2010 a).
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i

- primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport. (Konkurrensverkets rapportserie2010:3). Stockholm 2010 b).
- Konttinen M (toim.). Tilaaja-tuottamalli terveydenhuollossa. Stakes, Työpapereita 10/2005. Helsinki 2005.
- Kuntaliitto. Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa, Raportti 2010. <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/yleiskuvaus/Sivut/default.aspx>
- Kunnat.net. Yleiskuvaus tilaaja-tuottaja – toimintavasta. <http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/jarjestaminen/tiltu/yleiskuvaus/Sivut/default.aspx>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.
- Leppo K. Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja -palvelut 2010 -luvulle. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2010.
- Lillrank P, Haukkapää-Haara P. Terveysdenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. KTM 2006.
- Magnussen J, Vrangbek K, Saltman RB (eds). Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes. European Observatory on Health Systems and Policies 2009.
- Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Tampere 2011.
- Miettinen A, Seppälä E, Moilanen L, Mattemäki-Rimpelä U, Willman K. Monikanavaisen rahoituksen vaikutukset kliinisten laboratoriotutkimusten hinnoitteluun, laboratorio-organisaation tuotantorakenteeseen ja kokonaiskustannuksiin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja 1998;35:94-102.
- Mikkola H. Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa, Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:15. Helsinki 2003.
- Mossialos E, Srivastava D. Pharmaceutical policies in Finland – Challenges and opportunities. Observatory Studies Series No 10. European Observatory on Health Systems and Policies 2008.
- Muuri A. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178, Stakes. Helsinki 2008.
- Muurinen S, Mäntyranta T. Asiakasvastaavatoiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. (päiväymätön) http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf
- Nihtilä A, Widström E. Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 2005;70(3):323-33.
- Norges Forskningsråd. Evaluering av sykehusreformen, Oslo 2007.
- OECD. OECD Reviews of Health Systems. Finland. 2005.
- OECD. Health Data 2010. Paris 2010.
- Palveluvaaka <http://www.palveluvaaka.fi>
- Pedersen KM, Christiansen T, Bech. The Danish health care system: evolution – not revolution – in a decentralized system. Health Economics, 2005;14:S41–S57.
- Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4/2011. Helsinki 2011.
- Porter ME. What is value in health care? NEJM 2010;363 (26):2477-2481.
- Punnonen H. Laboratoriotutkimusten huimat – jopa hirveät hinnat. Sairaala viesti 2010;1:10-12.
- Punnonen H. Hinnat – osa avoimuutta. Sairaala viesti 2011;1-2:47-52.
- Quality and Outcome Framework. www.qof.ic.nhs.uk
- Rehnberg C, Magnussen J, Luoma K. Maintaining fiscal sustainability in the Nordic countries. In: Magnussen J, Vrangbaek K, Saltman RB. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges pp.180-197. European Observatory on Health Systems and Policies Series 2009.
- Rehnberg C, Janlöv N, Kahn J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm-redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport 2010:12. Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2010.
- Saaristo V, Ståhl T. TEAvisiari 2010 – Perusterveydenhuollon menetelmäraportti. THL, Helsinki 2011.
- Saltman RB, Figueras JF. European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications; European Series No 72. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1997.
- SKL och Socialstyrelsen. Quality and Efficiency in Swedish Health Care 2010. Stockholm 2011.
- Socialstyrelsen. Valfrihet ur ett patient- och befolkningsperspektiv. Delredovisning. Stockholm 2011.
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki 2011a.
- STM. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Helsinki 2011b. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf

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