

Terveydenhuoltopiiri - kuntien omistajapoliittiset linjaukset

Muistio 24.8.05 : Matti Liukko

Päijät-Hämeen kunnat ovat päättäneet selvittää mahdollisuuden organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset palvelut uudella tavalla. Tavoitteena on organisoida terveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvien sosiaalitoimen palvelut uudella tavalla – terveydenhuoltopiirinä. Toiminta on tarkoitettu järjestää niin, että tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan ja luodaan edellytykset tarkoituksenmukaiselle kilpailulle ja kilpailuttamiselle, jossa myös kolmannen ja yksityinen sektorin palvelujen tuottajana otetaan huomioon. Suomessa kunnalla on sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja järjestämisvastuu. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestäminen merkitsee käytännössä palvelujen rahoittamista ja niiden hankkimisen koordinoitua.

Tässä muistiossa kuvataan sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen järjestämiseen liittyviä haasteita *kunnan - päämiehen näkökulmasta*. Suomessa, kuten muissakin Länsi-Euroopan maissa, keskeisin haaste liittyy väestön ikääntymiseen ja siitä aiheutuviin palvelutarpeiden kasvuun. Tutkimusten mukaan väestön ikääntyessä ja hoitomahdollisuuksien kehittyessä resurssien rajallisuus tulee hankaloittamaan mahdollisuuksia vastata asukkaiden odotuksiin. On arvioitu, että perustellun terveysteknologian kehitys aiheuttaa noin 6 % kustannusten nousupaineen terveydenhuollossa. Väestön ikääntyminen lisää myös hoivapalvelujen tarvetta, vaikka elämmekin yhä terveempinä ja toimintakykyisempinä yhä vanhemmiksi. terveydenhuollon ja lisätyn terveydenhuollon (terveydenhuolto sekä vanhusten laitoshoidon ja kotiin annettavat palvelut) kustannukset nousevat selvästi nopeammin kuin kuntien palvelujen käyttöön osoitettavissa olevat resurssit. Kaksikolmasosa resursseista käytetään yli 65-vuotiaan väestöosan hoitoon ja hoivaan. Iän vaikutus hoivan kustannuksiin on yhtä suuri kuin terveysteknologian.(hoidon) kustannuksiin. Vanhusten määrän kasvaessa laitoshoidon tarve nykyisellä toimintamallilla kasvaa kuntien kannalta sietämättömästi. Kaikin käytettävissä olevin keinoin tulee pyrkiä siihen, että vanhuksat selviytyvät kodissa tai kodinomaisissa olosuhteissa selvästi nykyistä pidempään. Somaattinen sairaanhoito – terveysteknologia ja vanhusten hoivan järjestäminen vie tulevaisuudessa kaikki julkisen varat, ellei toimintaa pystytä organisoimaan uudella tavalla. Tässä muistiossa kuvataan näiden kahden keskeisen haasteen ratkaisemiseen liittyviä haasteita kunnan näkökulmasta. Tavoitteena on turvata myös ennaltaehkäisevän sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaedellytykset.

1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollossa jatkuu kuntien kannalta ongelmallinen kehitys, jolle on ominaista lainsäädännön, ohjelmien ja muilla tavoin tapahtuva velvoitteiden kasvu ilman samanaikaista resurssien turvaamista. Kuntien näkökulmasta erilaiset kuntalaisille määritettävät etuudet ja palvelut voivat sinänsä olla perusteltuja. Jos niiden toteuttamista ohjataan yksityiskohtaisilla normeilla ja määräyksillä vähenee kuntien mahdollisuus ohjata kunnan sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuutta. Lähidemokratiaan perustuva päätöksenteko on toiminut hyvin esimerkiksi 1990 –luvun alussa, kun resursseja jouduttiin leikkaamaan. Paikallisella päätöksenteolla ja toimintamalleilla pystyttiin kuntalaisille turvaamaan keskeiset hyvinvointipalvelut ja –etuudet.

Globalisaatio ja markkinatalous haastavat pohjoismaisen hyvinvointimallin, joka joutuu kilpailemaan matalan verotuksen ja selvästi niukemman sosiaaliturvan maiden kanssa. Väestömme ikääntyy, joka heikentää kilpailumahdollisuuksiamme. Kiristyvässä kilpailussa myös Suomessa julkinen talous tulee kiristymään. Tämä johtaa aivan uudenlaisiin haasteisiin tavassamme järjestää etuuksia ja palveluja. Suomen hallituksen, OECD:n, valtiovarainministeriön, sisäministeriön ja Suomen Kuntaliiton arviot ja linjaukset julkisesta taloudesta ovat samansuuntaisia. Julkiset menot pidetään kurissa, jotta Suomi on kilpailukykyinen globaaleilla markkinoilla OECD:n tekemän

vertailun mukaan Suomessa terveydenhuollon ostovoimapariteetilla vertailut kustannukset ovat pudonneet pohjoismaiselta tasolta Uuden-Seelannin tasolla vuoden 1990 ja 2001 välisenä aikana. Entisen Länsi-Euroopan mailla on samanlainen väestön vanhenemiseen ja sosiaaliturvan sopeuttamisen haaste. Sen lisäksi EU näyttää vähitellen etsivän itselleen roolin sosiaaliturvan yhtenäistämässä. EU operoi valtioiden ja kuntien kannalta oleellisten alueiden kautta. Olemme osa yhä integroituvampaa Eurooppaa ja meidän tulee kansallisella ja paikallisella tasolla tunnistaa tähän liittyvät muutostarpeet.

Julkista vastuuta on 1990-luvun alun talouslaman luomasta epätavallisesta tilanteesta kavennettu. 1990-luvun alun talouskriisin seurauksena julkisia menoja, erityisesti sosiaalimenoja leikattiin. Laman jälkeisellä nousukaudella menoleikkauksia ei korjattu vaan vahvistettiin julkistaloutta ja pienennettiin julkista velkaa. Lamavuosista saakka korkeana pysynyt työttömyys on suunnannut huomiota talous- ja työllisyyspolitiikkaan. Viime aikoina on pyritty palauttamaan kokonaisveroastetta lamaa edeltävään aikaan. Veronalennusten takia ja toisaalta tuleviin kustannuksiin varautumiseksi on julkisen vastuun laajentamiseen suhtauduttu pidättyvästi. Tarkan rahoitusraamin sisällä on sosiaaliturvaan tehty lukuisia tarkistuksia ja kunnat ovat uudistaneet palvelujensa järjestämistä ja tuottamista. Yksityisten palvelujen määrä ja osuus on nopeasti kasvanut sosiaali- ja terveyspalveluissa, joskin vähäiseltä lähtötasolta. Muutokset 1990-luvun alusta ovat suuria ja monet sosiaalipoliitikot ovat pohtineet sitä, missä määrin Suomi tehtyjen muutosten seurauksena enää on pohjoismainen hyvinvointivaltio (Kosonen 1998, Lehtonen 2000, Julkunen 2001, Sipilä & Anttonen 2000).

Hyvinvointipalvelujen tulevaisuus kasvun jälkeen

(Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi, Valtioneuvoston kansliaan julkaisusarja | 5/2005)

Kansainvälinen vertailu osoittaa, että menojen hillintä on Suomessa ollut EU 15 -alueen tehokkainta. Vaikka sosiaalimenot ovat vuoteen 1990 verrattuna kasvaneet, ne ovat kasvaneet kaikissa muissa maissa Suomea nopeammin. Tutkimisen arvoinen kysymys olisikin se, miksi suomalaisessa hyvinvointivaltiossa uudistaminen ja menojen hillintä on onnistunut niin hyvin. Tällaisia piirteitä tuskin halutaan hukata. Globaalin talouden luomassa uudessa tilanteessa pohjoismaiset hyvinvointivaltiot näyttävät olleen muita maita kykenevämpiä tekemään uudistuksia ja hillitsemään menojen kasvua.

Konvergenssiteesi erojen kutistumisesta

Ns. *konvergenssiteesi* hyvinvointivaltioiden kehityksestä korostaa ulkoisia voimia, globaalin kehityksen ja ikärakenteen muutoksen luomia pakkoja, joiden edessä poliittiset vaihtoehdot typistyvät yhden mahdollisen ratkaisun reagoinniksi. Kuten modernisoitumisteoriat aikanaan, konvergenssiteesi korostaa rakenteellisia muutostekijöitä (kuten globaali talous, ikärakenteen muutos, Euroopan integraatio) ja funktionaalista muutosta.¹ Poliitikalle se ei jätä paljon sijaa.

Konvergenssiteesillä on erilaisia ilmenemismuotoja, mutta yhteistä niille on se, että niissä nähdään järjestelmien samankaltaistuvan. Kansainvälisessä kirjallisuudessa puhutaan transatlanttisesta konsensuksesta ja kilpailusta alaspäin (*race-to-the-bottom*). Euroopan unionin kontekstissa konvergenssiteesi ilmenee keskusteluna "eurooppalaistumisesta" (*Europeanisation*).

¹ Konvergenssin ajatusta voisi perustella myös universaalien preferenssien kautta. Samankaltaistumista voi yrittää selittää myös diffuusiolla, kokemusten vaihdolla ja halulla oppia ja soveltaa muiden ratkaisuja.

Pohjoismaisille hyvinvointivaltioille tämäntyyppisissä kirjoituksissa nähdään vain yksi tie: julkisten menojen pienentäminen, sosiaaliturvan leikkaaminen ja "luksuksesta" eli korkeasta hyvinvoinnista tinkiminen.

Regiimateorian yksi anti on siinä, että se osoittaa miten erilaisia ratkaisuja eri maissa on tehty periaatteessa samojen sosiaalisten tarpeiden ratkaisemiseksi.² Esping-Andersen on uusimmissakin regiimikirjoituksissaan korostanut sitä, että erilaisten vaikuttavien tekijöiden tuloksena syntyneet työmarkkinoiden, hyvinvointivaltion ja perheiden keskinäissuhteet ratkaisevat haasteita regiimeille ominaisin tavoin. Yksistään Euroopan unionissa vallitsee suuri diversiteetti, mikä merkitsee myös sitä, että globaalin talouden, väestörakenteen muutoksen tai teknologisen kehityksen kaltaiset makromuutostekijät eivät ilmene samanlaisina haasteina kaikissa maissa (Kautto 2001). Regiimien erilaisuus muuntaa haasteet regiimispesifeiksi haasteiksi. Erilaisissa regiimeissä puolestaan keksitään olemassa olevista ratkaisuista käsin erilaisia tapoja reagoida haasteisiin. Näissä ratkaisuissa politiikalla on keskeinen rooli. Tämän seurauksena regiimien väliset erot eivät kutistu kuten konvergenssiteesi esittää.

Vertailevassa tutkimuksessa on osoitettu, että Suomesta tuli "pohjoismainen hyvinvointivaltio" vasta 1980-luvulla (Kangas 1993). Joiltakin osin Suomi ei koskaan saavuttanut pohjoismaista tasoa ja on myös nähty, ettei muissa pohjoismaissa yleinen normatiivinen ajattelu koskaan juurtunut Suomeen yhtä voimakkaana kuin muihin pohjoismaihin (Kosonen 1998).

Suomessa on koettu poikkeuksellisen voimakas talouskasvu. 2000-luvulla kasvu on sittemmin hidastunut mutta on ollut euroaluetta voimakkaampaa. Hyvä taloudellinen kehitys on osaltaan pudottanut julkisten menojen BKT-osuutta. Kehitykseen on myös vaikuttanut pidätyväisyys julkisten menojen laajentamisessa. Näiden tekijöiden tuloksena vuodesta 1995 vuoteen 2003 julkisten menojen BKT-osuus on pudonnut lähes yhdeksän prosenttiyksikköä. Tällä kriteerillä arvioiden julkinen vastuu on ohentunut erityisesti sosiaaliturvassa. Sosiaaliturvamenojen pienentymistä on jonkin verran auttanut työttömyyden vähentyminen. (taulukko 2)

Taulukko 2 Julkisten menojen jakautuminen tehtävittäin ja niiden kehitys Suomessa vuosina 1995–2003, % bruttokansantuotteesta.

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Sosiaaliturva | 26,0 | 25,9 | 24,3 | 22,5 | 22,4 | 20,6 | 20,6 | 21,2 | 21,7 |
| Terveysturvatoimien o | 6,2 | 6,4 | 6,2 | 5,9 | 5,9 | 5,8 | 6,0 | 6,3 | 6,5 |
| Koulutus | 7,3 | 7,2 | 6,8 | 6,5 | 6,5 | 6,3 | 6,5 | 6,5 | 6,6 |
| Muut menot | 16,0 | 16,0 | 14,9 | 14,3 | 14,2 | 13,5 | 13,3 | 13,7 | 14,2 |
| Korkomenot | 4,0 | 4,3 | 4,2 | 3,6 | 3,1 | 2,9 | 2,7 | 2,2 | 2,0 |
| Menot yhteensä | 59,6 | 59,7 | 56,4 | 52,8 | 52,1 | 49,1 | 49,2 | 50,0 | 50,9 |

Lähde: Valtiovarainministeriö, kansantalousosasto 2005.

Ylipäätään rahoituksen osalta EU 15 -alueelta löytyy hyvin erilaisia ratkaisuja. Valtion ja kuntien rahoitusosuus sosiaalimenoista on korkein Tanskassa. Vastaavasti työnantajien rahoitusosuus on Tanskassa matalin. Vakuutettujen itsensä rooli on merkityksellisin Alankomaissa. Työnantajien rahoitusosuus taas on korostunut Belgiassa. Verovarojen osuus rahoituksessa on Suomea korostuneempi Tanskan lisäksi Irlannissa, Isossa-Britanniassa, Luxemburgissa ja Ruotsissa.

² Sosiaalimenojen nettotarkasteluissa maiden väliset erot kutistuvat hyvin pieniksi. Kun otetaan huomioon bruttopohjaisten sosiaalimenojen lisäksi niistä maksetut verot ja toisaalta yksityisiä reittejä hankitut vakuutukset niinkin erilaisissa maissa kuin USA:ssa, Hollannissa ja Ruotsissa päästään verraten samanlaisiin lukuihin sosiaaliturvan, koulutuksen ja terveyden tarpeiden luomista kustannuksista. Nettomenovertailuilla saadut vähäiset erot korostavat ratkaisujen eroja, mutta myös ratkaisujen seurausten eroja.

Vakuutettujen oma rooli rahoituksessa on pienin Suomessa ja Ruotsissa. Työnantajien rahoitusosuus on Suomessa keskimääräistä EU 15 -tasoa.

Kasvun jälkeen: hyvinvointivaltion karsiminen (*retrenchment*) ja uudistaminen (*reform*)

Pierson puhuu pysyvän ahtauden (*permanent austerity*) tilasta ja karsinnan politiikasta (*politics of retrenchment*). Hänen teesinsä on, että tällainen hyvinvointivaltion kasvun jälkeinen aika tuo esille aivan erilaiset poliittiset kysymykset ja politiikan tekemisen tavat (Pierson 1996, 2001). Etuuksien luominen ja oikeuksia lisäävien uudistusten tekeminen on eri asia kuin etuuksien rajoittaminen ja julkisen vastuun vetäytyminen. Edelliseen kuuluu kilpailu maineesta ja julkisuudesta, jälkimmäiseen syyllisyyden vältteleminen (*blame avoidance*). Poliittiset puolueet eivät esitä uudistusohjelmia eikä uudistusten takana ole kansalaisten mobilisaatiota. Uudistusten toteuttaminen jääkin kasvun jälkeisissä hyvinvointivaltioissa usein virkamiesten ja asiantuntijoiden tehtäväksi. Koska heillä ei ole tarvetta kommunikoida kansalaisille, kehittämisen linja ja tavoitteet eivät välttämättä tule julki tai ymmärretyiksi.

Suomalaisessa hyvinvointimallissa eivät julkisen vastuun ala ja toteuttamisen muodot näytä määräytyneen minkään yhden selkeän kokonaisnäkemyksen tai filosofian perusteella. Turva suhteellista köyhyyttä vastaan on vahva. Oikeus viimesijaiseen toimeentuloturvaan (toimeentulotukeen) on subjektiivinen oikeus. Sen sijaan muissa tilanteissa, joissa ihmisten perustavalaatuinen hyvinvointi on uhattuna (lastensuojelutilanteet, akuutti päihdeongelma ym.), on julkinen (kunnan) vastuu relatiivista, määrärahasidonnaista, epätasällista ja asiantuntijaharkintaan perustuvaa. 2000-luvun Suomessa julkinen vastuu terveiden lasten kokopäiväisestä hoidosta on vahvempi kuin julkinen vastuu sosiaalisesti, psyykkisesti ja fyysisesti uhattujen lasten hoidosta ja kasvatuksesta. Lasten päivähoiton logiikka ja tehtävä on toinen kuin lastensuojelun. Mittakaavaltaan myös taloudellisesti suurempi on kysymys ikääntyneiden ihmisten perusturvasta, hoivasta ja terveyspalveluista. Lyhyen aikavälin historiallisen kehityksen tuloksena ollaan Suomessa tilanteessa, jossa alle kouluikäisten lasten hoitotarpeet ovat verrattomasti paremmin turvatut kuin vanhojen vanhusten hoivan tarpeet.

johtopäätöksiä

- kunnat eivät tule selviämään niille säädetyistä tehtävistä nykyresursseilla
- mikään organisatorinen muutos ei poista tarvetta vähentää kuntien tehtäviä sekä purkaa normeja ja subjektiivisia oikeuksia

kysymyksiä

- miten julkinen vastuu määritellään uudessa tilanteessa valtakunnallisesti ja paikallisesti ?
- miten edustuksellinen demokratia tasataan kuntien välillä ?
- edellytetäänkö kunnilta yhteistä strategiaa ja linjauksia julkisin varoin järjestettävistä palveluista ?
- onko toimintoja uudelleen organisoimalle terveys- ja sosiaalipalvelut mahdollisuus tuottaa ?
- onko palvelurakenteita muuttamalla mahdollista järjestää palvelut paremmin ?
- mistä palveluista luovutaan ?

2. Kansalaisten omavastuu ja hyvinvointiklusteri

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin avaimet ovat yhteisöllä ja kuntalaisilla itsellään. Kunta pyrkii luomaan yhteisön ja ympäristön, jossa yrityksillä ja kuntalaisilla on hyvät toimentulon edellytykset. Puhtaan ympäristön ja veden sekä toimivan liikennesuunnittelun avulla voidaan luoda kuntalaisille turvallinen yhteisö. Sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa terveystottumuksiin ja elintapoihin ovat rajalliset. Kuntien tulee aktiivisesti etsiä uudenlaisia keinoja väestön elintapoihin vaikuttamiseen ja erityisesti liikunnan lisäämiseen (esimerkiksi terveys- ja liikuntareseptit). Väestön tavat perustuvat arvoihin, joihin vaikuttamisessa kulttuurilla ja sivistyksellä on keskeinen merkitys.

Hyvinvoinnin ja terveyden turvaaminen edellyttää uudenlaista ajattelua. Tulevaisuudessa suurempi vastuu hyvinvoinnista siirtyy kuntalaisille ja heidän yhteisöilleen. Kyseessä on kulttuuri ja arvomaailman muutos, jonka tavoitteena on vahvistaa kuntalaisten halua tukea ja auttaa toisiaan tarvittaessa. Kuntalaiset ja eri toimijat ovat valmiita tukemaan itsenäistä selviytymistä erityisesti ikääntymisen aiheuttamaan tuen ja avun tarpeissa. Sosiaali- ja terveystoimi keskittyy ydinosaamiseensa ja priorisoi. Julkiset sosiaali- ja terveystoimet pysyvät ennallaan tai supistuvat, samanaikaisesti kansalaisten oma ja muilta tahoilta tulevan rahoituksen osuus kasvaa. Kunnat tuottavat edelleen sosiaali- ja terveystoimintaa, joita kuntalaiset täydentävät lisääntyvästi itse hankkimillaan palveluilla.

Viime aikoina tätä kehitykseen on viitattu ”hyvinvointiklusteri” –käsitteellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja siihen liittyvä teollinen kenttä on arvioitu olevan volyymiltään yli 10 miljardin euron ”liiketoimintaa” vuositasolla ja kattaa noin 10 prosentin osuuden työvoimasta. Hyvinvointiklusterin suhteellinen merkitys kansantaloudessa on jo nykyisellään suuri ja todennäköisesti kasvava. Päijät-Hämeessä hyvinvointiklusteriin liittyvä liiketoiminta voidaan edelliseen arvioon perustuen arvioida olevan noin 1000 miljoonaa euroa, toisin sanoen kuntien oman sosiaali- ja terveystoimen markkinaosuus on noin siitä noin puolet. Kaupunkien ja maaseutukuntien välillä on suuret erot tarjolla olevien yksityisten ja kolmannen sektorin palvelujen osalta. Lähivuosien suurin haaste on päättää miten verorahat suunnataan tämän klusterin sisällä. Julkisen rahoituksen ja tuotannon suhteellinen osuus pienenee. Kunnat tehostavat omaa toimintaansa sekä priorisoivat. Samalla ne joutuvat luomaan uudenlaisia keskinäisiä yhteistyötapoja ja yhteistyötä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Tämä edellyttää kuntien omistajapolitiikan selkiyttämistä ja terävöittämistä.

Muutos edellyttää ajattelun ja asenteiden muuttumista keskeisten toimijoiden osalta. Kuntien poliittisen ja virkamiesjohdon, kuntalaisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kesken tulee jäsentää ja luoda realistinen kuva sosiaali- ja terveystoimen mahdollisuuksista ja niihin liittyvistä odotuksista julkisesti rahoitettujen palvelujen supistuessa.

Hyvinvointi

Hyvinvoinnin aineellinen perusta luodaan antamalla ihmiselle mahdollisuus ansaita toimeentulonsa työllä, ammatilla tai elinkeinolla. Tämän mahdollisimman laaja toteutuminen on osaltaan yhteiskunnan vastuulla. Selvää kuitenkin on, että kaikkia ei voida työllistää valtion, kuntien ja muiden julkisyhteisöjen toimenpitein, vaan olennaisen osan työllistää yksityinen yritys- ja elinkeinotoiminta. Valtiovallan tehtävänä on osaltaan huolehtia siitä, että kansantalous ja julkinen talous ovat sellaisessa kunnossa, että ne antavat mahdollisuuksia elinkeinotoiminnalle. Valtion ja muiden julkisyhteisöjen toiminta ei myöskään saa syödä yhteisiä voimavaroja tavalla, joka ei palvele yhteistä hyvää.

Hyvinvoinnin mielletään usein sisältävän lähinnä sosiaali- ja terveyspalvelut. Aivan olennainen osa hyvinvointia ovat kuitenkin esimerkiksi koulutuspalvelut, ympäristöstä huolehtiminen sekä julkiset yhdyskuntapalvelut, kuten puhdas vesi, kunnossa olevat tiet, toimiva jätehuolto ja monet muut seikat, joita suomalaisessa yhteiskunnassa emme välttämättä edes miellä osaksi hyvinvointipalveluja.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tarjoaa uusia mahdollisuuksia elinkeinoelämälle. On tärkeää hakea sellaisia ratkaisuja, joista sekä terveyden edistämisen tavoite että elinkeinoelämä hyötyvät. Lisääntyvä kansalaisten terveystieto, terveyden vahva arvostus ja elinkeinoelämän voimakas panostus tutkimukseen ja tuotekehitykseen tarjoavat yhdessä edellytykset uusien kiinnostavien ”terveystuotteiden” kehittämiseen.

Yhteisötyö

Yhteisötyö tarkoittaa rajatun alueen ja sen palveluiden mahdollisimman kokonaisvaltaista yhteissuunnittelua ja -kehittämistä. Yhteisöjä tulee tarkastella seutu-, kaupunki ja kaupunginosatasolla. Työtä ohjaa ensisijaisesti asukaslähtöisyys, asukkaiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistäminen ja voimaannuttaminen. Aluetyötä tehdään yli hallintokuntarajojen ja yhdessä julkisen ja kolmannen sektorin toimijoiden. Kehittämistyön näkökulma painottuu mm. kaupunkisuunnitteluun, palveluiden kehittämiseen, yhteisöjen vahvistamiseen, sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisyyn ja ympäristön suojeluun.

Tavoitteena on, että kuntalaisten vastuunotto kasvaa heidän omaa elinympäristöään, hyvinvointiaan ja toisten auttamista koskeissa asioissa. Yhteisöllisyys ja sosiaaliset verkostot ennaltaehkäisevät ongelmien syntymistä. Yhteinen vastuu hyvinvoinnista sekä asukkaiden oma elämänhallinta ja yhteisöllisyys vähentävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta ja tuottaa sitä kautta hyvinvointia ja taloudellisia säästöjä. Yhteisötyön päämääränä on tukea ja toteuttaa kuntien toiminta-ajatusta, jonka mukaan tarkoituksena on yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta edistäen kehittää ja ylläpitää sellaista elinympäristöä, jossa halutaan asua, tehdä työtä ja yrittää.

Kuntalaisilla on tietoa, taitoa, tahtoa ja kanavia yhteistyössä päättäjien, virkamiesten, yhteisöjen, eri yhdistysten ja yritysten kanssa osallistua ja vaikuttaa oman asuinalueensa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä toimia asukkaiden ja asuinalueyhteisöjen hyvinvoinnin sekä viihtyisän ja turvallisen ympäristön turvaamiseksi.

johtopäätöksiä

- kuntalaisten omavastuu hyvinvoinnista ja palveluista tulee kasvamaan
- päättäjien, kuntalaisten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken tulee luoda realistinen kuva julkisista palveluista ja niihin liittyvistä odotuksista
- kyse on suuresta asenteiden ja arvomaailman muutoksesta

kysymyksiä

- Miten kansallisella ja paikallisella tasolla poliittista keskustelua viedään tulevaisuuden edellyttämään suuntaan ?
- Miten uusissa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa toteutetaan uudenlaisen tilanteen edellyttämä omistaja-ohjaus
- Miten julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut sovitetaan osaksi hyvinvointiklusteria ?

3. Ikäsidonnaisten palvelujen kustannuskehityksestä

(Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi, Valtioneuvoston kansliaan julkaisusarja | 5/2005)

Kuntien tuottamien sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksista pääosa on ns. ikäsidonnaisia kustannuksia. Seuraavassa taulukossa kuvataan, kuinka väestörakenteen muutos maan eri osissa ja eri tyyppisissä kunnissa tulee vaikuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin.

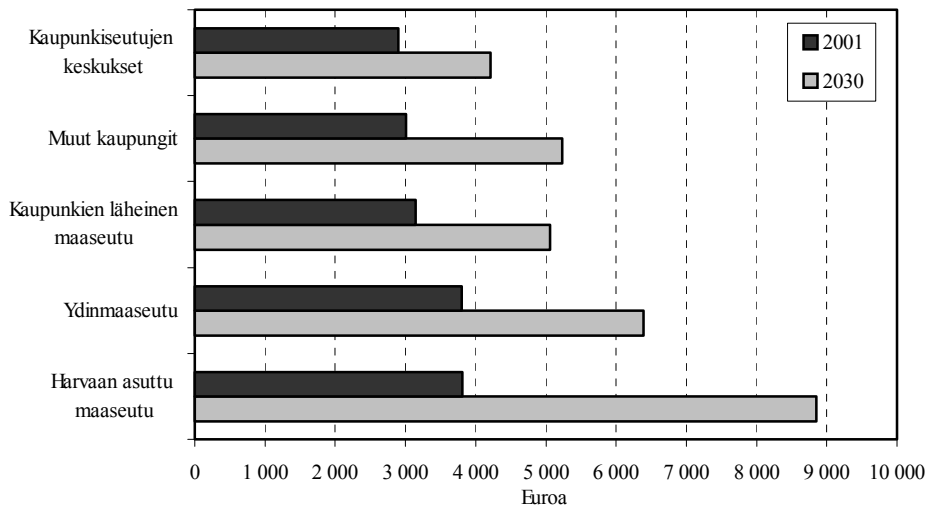
Taulukko 10 Väestörakenteen muutoksen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisiin kustannuksiin, Manner-Suomi.

| | STM:n valtion osuudet tasaus- erät ml. | Todellis et kustannu kset | Laskennalliset ikäriippuvalset kustannukset | | | | | | | |
|---------------------------------|--|------------------------------------|---|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------|--------------------------|-----------|---------|
| | | | 2001 milj. € | 2001 milj. € | 2001 milj. € | 2030 milj. € | Muutos, % 2001–2030 | Kontribuutio, %-yksikköä | | |
| | | | | | | 0–6 | 7–64 | 65–74 | 75– 84 | 85 – |
| Kaupunkiseutujen keskukset | 711 | 5 585 | 4 602 | 6 426 | 40 | -1 | 0 | 6 | 20 | 15 |
| Muut kaupungit | 80 | 489 | 444 | 663 | 49 | -1 | -4 | 8 | 27 | 20 |
| Kaupunkien läheinen maaseutu | 361 | 1 410 | 1 380 | 2 045 | 48 | 1 | -1 | 8 | 24 | 16 |
| Ydinmaaseutu | 701 | 1 644 | 1 662 | 1 788 | 8 | -6 | -11 | 2 | 13 | 9 |
| Harvaan asuttu maaseutu | 499 | 1 053 | 990 | 959 | -3 | -10 | -19 | 1 | 13 | 12 |

Lähde: Hyvinvointipalvelujen tulevaisuus maaseudulla -raportti 2003.

Vaikka ikääntyneiden määrän kasvu on kaupunkialueilla nopeampaa kuin maaseudulla, ikääntymisen tuomat muutokset alueiden elinvoimaisuuteen ja elinkykyisyyteen ovat maaseudulla paljon dramaattisemmat. Maaseudulla työikäisen väestön määrä vähenee selvästi ja jos laskennallinen kustannusten muutos suhteutetaan työssäkäyvien määrään (tässä 20–59-vuotiaisiin), havaitaan, että kustannusrasitus on paljon suurempi maaseudulla (kuvio 16).

Kuvio 16 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset ikäriippuvaliset kustannukset suhteessa 20–59-vuotiaisiin, Manner-Suomi.



Ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuskuorma kasvaa vääjäämättä siten, että pelkästään ikääntymisestä johtuen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset lisääntyvät 45-50 % vuoteen 2030, kun vertailuvuosi on 2001. Alle kouluikäisten, sitä vanhempien lasten sekä työikäisten kohdalla muutos on miinusmerkkinen. On lisäksi huomattava, että Suomessa on jo nyt suuri joukko kuntia, joissa vanhusten osuus koko väestöstä on se, mitä koko maassa on odotettavissa vuosikymmenten päästä. Ylipäänsä näyttäisi siltä, että etenkin maaseutumaisissa kunnissa vanhuspalveluista aiheutuva kustannuspaine kasvaa kohtuuttoman korkeaksi suhteessa työikäiseen väestöön ja myös ennakoitavissa olevaan kunnallisveron tuottoon.

johtopäätöksiä

- ikääntyneiden määrän kasvu on kaupunkialueilla nopeampaa
- ikääntyminen vaikuttaa eri tavoin maaseutuun ja kaupunkikeihin, maaseudulla työssäkäyvien määrään suhteellisen osuuden pieneneminen aiheuttaa paljon suuremman kustannusrasituksen
- muuttotappio alueille jää yhä ikääntyneempi väestö työikäisten muuttaessa kasvukeskuksiin
- kasvukeskukset pystyvät selviytymään hyvinvointipalvelujen rahoituksesta sekä nuoremman ikärakenteensa että parempien tulojensa vuoksi

kysymyksiä

- miten Päijät-Hämeen kunnat kehittyvät ikärakenteen ja huoltosuhteen osalta ?
- miten ikääntyminen ja sen kustannukset huomioidaan ylikunnallisessa toiminnassa ja sen rahoituksessa ?

4. Terveydenhuollon ohjausjärjestelmä Suomessa

(Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa Matti Heikkilä, Mikko Kautto, Juha Teperi , Valtioneuvoston kansliaan julkaisusarja | 5/2005)

4.1. Äärihajautetun terveydenhuollon synty 1993

Ennen seuraavaa ja merkitykseltään vieläkin suurempaa voimavarojen jakamisen uudistusta (valtionosuusuudistus 1993) tehtiin toinen hallinnollinen reformi. Pitkään valmisteltu erikoissairaanhoitolaki astui voimaan vuoden 1991 alussa. Sen yhteydessä lakkautettiin erilliset mielisairaanhoidon, erityishuollon ja tuberkuloosihuollon organisaatiot. Lähes sata erikoissairaanhoidon kuntainliittoa yhdistettiin 21 sairaanhoitopiiriksi, joiden tehtävänä oli hoitaa aiemmin monille toimijoille kuuluneet tehtävät. Jokaisen kunnan oli liityttävä sairaanhoitopiiriin. Syntyi vahva alueellinen toimija, jonka tehtävä oli erityistasoisten (=erikoissairaanhoidon) palvelujen tuottaminen.

Pitkään valmisteltuna uudistuksena erikoissairaanhoitolaki oli valmisteltu "vanhaan maailmaan", ajatellen valtion (voimavara-)ohjausinstrumenttien säilyvän tehokkaina. Uusi laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta tuli kuitenkin voimaan jo vuonna 1993. Se merkitsi syvällistä muutosta siksi, että valtio luopui voimavarojen jakamiseen liittyneistä ohjausinstrumenteistaan. Vaikka terveydenhuollon järjestämistä vastuu oli jo aiempina vuosikymmeninä siirtynyt selkeästi kunnille, oli valtiolla ollut mahdollisuus ohjata kunnallista terveydenhuoltoa esimerkiksi investointeihin ja uusien virkojen perustamiseen korvamerkittyjen valtionosuuksien avulla. Rahat oli maksettu toimintayksiköille tai kuntayhtymille sen jälkeen, kun käyttösuunnitelmat oli hyväksytty keskitetysti.

Uuden lain mukaan valtionosuudet maksetaan peruskunnille laskennallisen, palveluiden tarvetta kuvaavan laskukaavan mukaisina summina. Samassa yhteydessä kunnilta poistui lakisääteinen velvoite suunnitella ja seurata kansanterveystyötä. Peruskunnilla on valta ja vastuu järjestää kaikki sosiaali- ja terveystaloudet – mukaan lukien erikoissairaanhoito – parhaaksi katsomallaan tavalla. Purkamalla valtionhallinnon resurssiohjausjärjestelmä siirryttiinkin kansainvälisesti vertaillen äärihajautettuun terveydenhuoltoon.

Uudistuksen tärkeimpiä syitä lienevät olleet pelko aiemman kustannusperusteisen valtionapujärjestelmän menoja kasvattavasta vaikutuksesta, yleinen pyrkimys valtion keskushallinnon tehtävien hajauttamiseen sekä kansallisen terveystalouden keskittyminen laaja-alaiseen terveyden edistämiseen yhteiskunnan eri lohkoilla. Samalla toivottiin, että peruskuntien (järjestäjien / "tilaajien") asema suhteessa suuriin kuntayhtymiin (tuottajiin) vahvenisi. Toisaalta uudistuksen tullessa voimaan pelättiin, että eri kuntien asukkaat joutuisivat eriarvoiseen asemaan: taloudelliset tai poliittiset syyt saattaisivat johtaa päätöksiin, joissa kaikkien kuntien asukkailla ei enää olisi tarjolla riittäviä terveystaloudet.

johtopäätöksiä

- terveydenhuolto on toteutettu kustannustehokkaasti äärihajautetun päätöksenteon kautta kuntien järjestämänä
- kuntien ohjausmekanismi on siis pääosin toiminut hyvin
- kuntien ongelmat ovat liittyneet niiden mahdollisuuteen ja kykyyn ohjata sairaanhoitopiirien (ja muidenkin kuntayhtymien) toimintaa

kysymyksiä

- miten kunnan ohjausmekanismia voidaan kehittää ja vahvistaa kuntarakennetta muuttamalla ja kuntien uusissa yhteistyömuodoissa ?
- Jos äärihajautetusta päätöksenteosta luovutaan, miten varmistetaan uudessa tilanteessa päätöksenteon linjakkuus ja kustannustietoisuus ?
- voidaanko kuntayhtymämallille kehittää vaihtoehtoinen yhteistoimintamalli ?
-

4.2. Kunta sosiaali- ja terveydenhuollon toimijana

Suomessa kunnalla on sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja järjestämisvastuu. Kunnalla on verotusoikeus rahoituksen järjestämiseksi. Suomessa on Euroopan hajautetuin päätöksenteko joka jakautuu yli 430 kuntaan. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen merkitsee käytännössä palvelujen rahoittamista ja niiden hankkimisen koordinoitua.

Kuntien omistajapolitiikka sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuu kolmeen pääomaan, materiaaliseen, osaamiseen ja moraaliseen pääomaan. Materiaalinen pääoma tarkoittaa tietotaitoa joka tarvitaan investointien kohdentamiseen ja ajoittamiseen siten, että esimerkiksi organisaation teknologia, ja rakennukset ovat ajanmukaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon korkeasti koulutetun henkilöstön ammatillinen osaaminen muodostaa sen osaamispääoman, jonka ylläpito ja kehittäminen on haasteellisinta terveydenhuollon johtamisessa.

Tärkein kuntien pääoma on kuitenkin moraalinen. Kuntien legitimitetti avautuu tästä varannosta. Moraalinen pääoma muodostuu eettisistä periaatteista. Periaatteet konkretisoituvat muun muassa väestön terveyden ja hyvinvoinnin määrittävinä arvoina sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiantuntijoiden erilaisten viitekehysten määrittämien arvojen kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveyspoliittiset periaatteet ja tavoitteet perustuvat näihin arvoihin. Moraalinen pääoma konkretisoituu poliittisena ja virkamiesjohtajuutena.

3.3. Valtio sosiaali- ja terveydenhuollon toimijana

Valtio ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa lainsäädännöllä ja viranomaistoiminnalla. Valtion käyttämät ohjausinstrumentit ovat lait, asetukset, normit, subjektiiviset oikeudet, suositukset, ohjeet. Valtio rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollosta keskimäärin kolmanneksen. Valtio ohjaa kuntien toimintaa kohdentamalla rahoitusta tiettyihin palveluihin ja rahoittamalla kehittämishankkeita.

Valtion osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisrahoituksesta on tällä hetkellä enää runsas viidennes. Valtionosuusuudistuksen mukaisessa hajautetussa hallintomallissa toimintaa saneerattiin lähinnä purkamalla psykiatrista laitoshoidoa, mutta kaikissa Suomen kunnissa pystyttiin turvaamaan kansalaisille kohtuulliset palvelut. Vaikka kuntien ja valtion taloudellinen tilanne on nousukauden myötä parantunut, ei sosiaali- ja terveydenhuoltoon ole voitu osoittaa toimintasektorin omien odotusten mukaisia resursseja. Maan sisäinen muuttoliike ja työikäisen väestön keskittyminen on johtanut siihen, että joissakin kunnissa palvelutarve vähenee tai muuttuu ja joissakin lisääntyy niin nopeasti, ettei tarvittavia rakennemuutoksia ole pystytty tekemään samaan tahtiin.

Kuntien velvoitteiden ja resurssien tasapainottamiseksi on kehitetty peruspalveluohjelmaa. Kuntien näkökulmasta tässä ei ole riittävästi onnistuttu. Valtion toimet ovat jatkuvasti leikanneet kuntien tulopohjaa ja mm. hyvinvointipalvelujen tuottamiseen käytettävissä olevia resursseja, eikä lähivuosina ole odotettavissa oleellisia muutoksia tähän kehitykseen. Tässä tilanteessa hoidon saatavuuden subjektiiviset oikeudet yhdistettynä sairaanhoitopiirien riippumattomuuden lisäämiseen tulee johtamaan nopeasti kestävämpään tilanteeseen. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriö eivät ole riittävästi sitoutuneet kuntien kokonaisresurssien tarkasteluun ja resurssien huomioimiseen kuntien velvoitteita ja normeja lisättäessä.

Valtion osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisrahoituksesta on tällä hetkellä enää runsas viidennes. Valtionosuusuudistuksen mukaisessa hajautetussa hallintomallissa toimintaa saneerattiin lähinnä purkamalla psykiatrista laitoshoidoa, mutta kaikissa Suomen kunnissa pystyttiin turvaamaan

kansalaisille kohtuulliset palvelut. Vaikka kuntien ja valtion taloudellinen tilanne on nousukauden myötä parantunut, ei sosiaali- ja terveydenhuoltoon ole voitu osoittaa toimintasektorin omien odotusten mukaisia resursseja. Maan sisäinen muuttoliike ja työikäisen väestön keskittyminen on johtanut siihen, että joissakin kunnissa palvelutarve vähenee tai muuttuu ja joissakin lisääntyy niin nopeasti, ettei tarvittavia rakennemuutoksia ole pystytty tekemään samaan tahtiin.

Valtiovalln päämies roolin vahvistaminen

Eräs mahdollisuus olisi ohjata valtionosuudet suoraan terveydenhuoltopiiriin. Kuntien rahoitus vastuu määritettäisiin sairastavuusindeksin tms perusteella. Valtiovalln päämies roolia voitaisiin vahvistaa, jolloin vastuu mahdollisesta lisärahoituksesta siirtyisi valtiovallalle. Samalla valtiovalta joutuisi ottamaan vastuun piirille annetuista tehtävistä ja velvoitteista, joka voisi johtaa tasapainoisempaa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaukseen.

johtopäätöksiä

- valtion ja kuntien välille tulee etsiä toimiva tapa määritellä hyvinvointipalveluihin käytettävissä olevat resurssit ja resursseihin sidotut tehtävät
- kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto on valtiovalln liian yksityiskohtaisesti ohjaamaa ja se osaltaan haittaa uudenlaisten toimintamallien kehittämistä
- valtiovalln tulee purkaa subjektiivisia oikeuksia ja lainsäädäntöä

kysymyksiä

- Miten kuntien ja valtiovalln kesken sovitaan uudesta tavasta ohjata terveydenhuoltoa resurssien sallimissa rajoissa ?
- Millä edellytyksillä terveydenhuoltopiiri voisi toimia em tehtävässä ?

5. Terveydenhuoltopiirin tavoitteet

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on monenlaisia kehittämishaasteita. Esimerkiksi krooniset elämäntapasairaudet, mielenterveys- ja päihdeongelmat sekä syrjäytyminen aiheuttavat palvelujen tarvetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen ja kuntien kannalta kaksi keskeisintä haastetta ovat terveydenhuollon teknologian (erikoissairaanhoito) ja vanhusten hoivan tarpeen ja määrän (sosiaali- ja perusterveydenhuolto) kasvu.

4.1. Erikoissairaanhoito

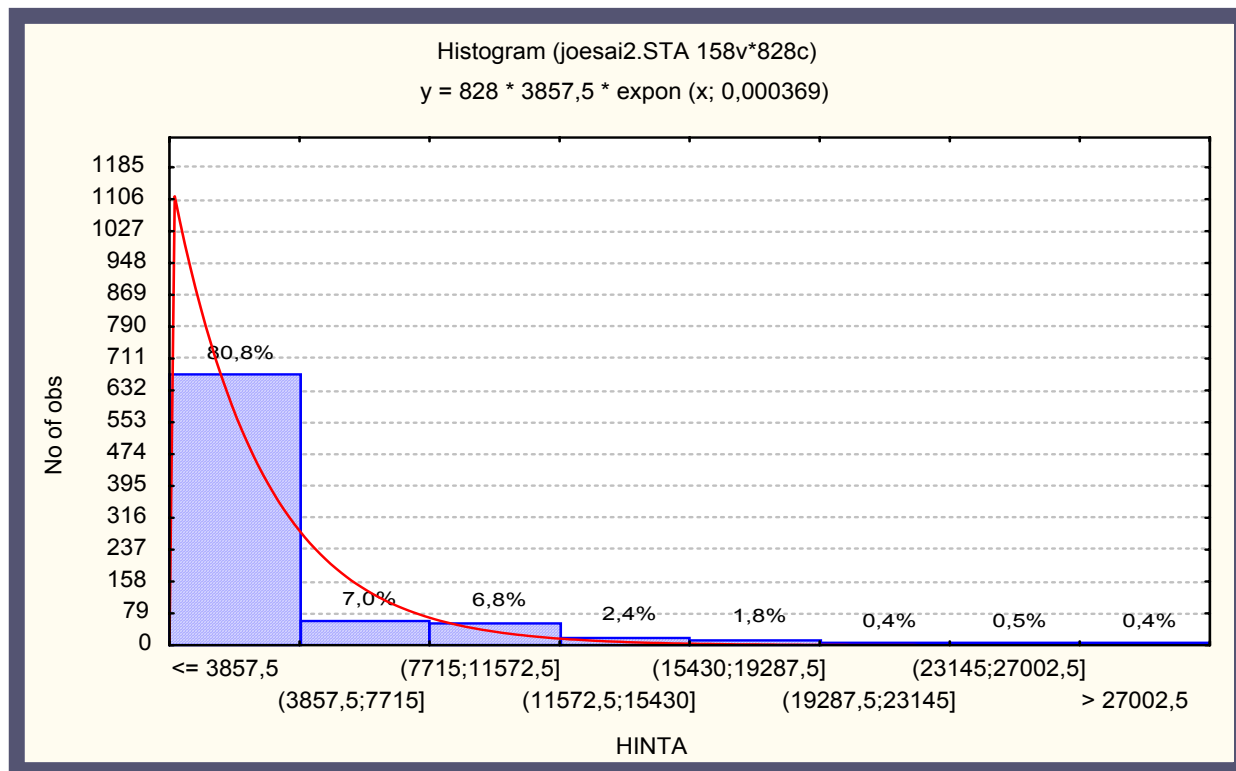
Erikoissairaanhoidon kustannusten nousuun vaikuttaa eniten terveydenhuollon teknologian kehitys. Yhä vaikeampia sairauksia voidaan hoitaa ja näiden sairauksien potilaskohtaiset kustannukset voivat nousta hyvin suuriksi. Tästä on seurannut se, että erikoissairaanhoidon kustannukset kasautuvat yhä harvemmille potilaille. Kuopion yliopiston (Ryynänen ym.) tekemien tutkimusten mukaan noin 85 % resursseista kuluu 15 %:n potilaista hoitamiseen. Kun päiväkirurgiaan kehittämällä ja hoitoaikoja lyhentämällä on toimintaa voitu tehostaa, ovat vapautuneet resurssit suuntautuneet yhä harvempien potilaiden hoitamiseen.

Juha Teperi arvioi, että samalla kun lääketieteellisen teknologian kehitys luo mahdollisuuksia sairauksien parempaan hoitoon, se lisää voimakkaasti terveydenhuollon kustannuksia. Tämän hetkiset työkalut eivät riitä kehityksen hallitsemiseen – tarvitaan uusia rakenteellisia keinoja terveydenhuollon käyttämien menetelmien säätelyyn yksittäisten tuottajaorganisaatioiden yläpuolella. Terveydenhuollon suuria tavoitteita esillä pitävää strategista ohjausta on vahvistettava. Samalla kun nykyistä vahvempi kansallisen tason ohjaus tulee tunnustaa legitimiiksi tavoitteeksi, sille on luotava uusia lainsäädännöllisiä edellytyksiä ja konkreettisia työkaluja.

Jos rakenneselvityksissä ei voida 85 % erikoissairaanhoidon kustannuksista vievän osion uudelleen organisointia nykyistä suuremmille väestöpohjille, ei muutoksista ole odotettavissa todellista kustannustehokkuuden kasvua. Pelkkä perusterveydenhuollon yhdistäminen erikoissairaanhoidon ei edes prosessien virtaviivaistamisena tule tuomaan kustannustehokkuuteen olennaista muutosta.

Kuopion Yliopiston tutkimusten mukaan erikoissairaanhoidon potilaskohtaiset kustannukset suuntautuvat alla olevan histogrammin mukaisesti. Eli alle viidesosa potilaista kuluttaa yli neljäviidesosaa resursseista. Toisaalta neljäviidesosaa potilaista hoitoon kuuluu alle viidesosa resursseista.

Histogrammi (Ryynänen ym.)



Jarmo Kukkonen ja Olli Pekka Ryynänen mukaan kalliit hoidot pitävät sisällään sekä kustannusvaikuttavaa hoitoa että hoitoa, joka ei lisää iäkkään potilaan elämänlaatua. Erikoissairaanhoidon lopputuotetta on perinteisesti tarkasteltu laskemalla suoritettujen toimintojen määriä. On siis mitattu tuottavuutta ja tehokkuutta. Käytössä on ollut benchmarking -tyyppisiä menetelmiä, joissa sairaaloiden tuottavuuden tunnuslukuja vertaillaan toisiinsa. Tuottavuus ei kuitenkaan kerro potilaan terveydentilan muutoksena saamasta hyödystä. Kustannukset pystytään laskemaan kohtalaisesti, mutta vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeampaa. Terveydenhuollon lopputuote on muutos terveydentilassa ja/tai elämän pituudessa. Hoidon vaikuttavuuden pitäisi näkyä muutoksena elämän laadussa tai pituudessa, tai molemmissa. Vasta tieto terveyden määrällisestä ja laadullisesta muutoksesta mahdollistaa vaikuttavuusarvioinnin. Terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL) on terveystaloustieteen yleiskäsite, jolla pyritään hahmottamaan terveydentilan muutoksen laadullista komponenttia (Stone ym. 2000). Laadullista terveydentilaa arvioitaessa pitää pystyä arvottamaan erilaisia terveydentiloja ja vertaamaan niitä määrällisesti toisiinsa. Potilaan oma arvio tilanteestaan on subjektiivinen, se ei ole objektiivisesti havainnoitavissa. 15D (15 dimensions) on geneerinen mittari, ja sellaisena se mittaa mitä sairautta tahansa. Se on standardoitu ja itsetäytettävä kyselylomakkeen kaltainen mittari, joka on tarkoitettu aikuisväestölle (Sintonen 2001). Mittarin antamaa tunnuslukua voidaan käyttää *laatupainotettujen elinvuosien* eli QALYn laskemiseen. Laatupainotettu elinvuosi –käsitteessä yhdistyy terveydentila ja siinä vietetty aika. Se muodostetaan yhdistämällä terveydentilan haluttavuusarvioon (mitta-

asteikkona 0 eli kuollut ja 1 eli täysin terve) se kesto, joka vietetään kussakin terveydentilassa. 15D:tä on edelleen kehitetty uudelleenlaiseksi, tuoretta muutosta aistivaksi, dynaamiseksi mittariksi.

Suomessa tulisi päästä siihen, että hoitojen kustannusvaikuttavuutta arvioidaan yhtenäisillä menetelmillä ja perustaa kansallinen terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden tietopankki. Muutamia hankkeita kustannusvaikuttavuuden arvioimiseksi on ollut käynnissä. Vuonna 2000 kerättiin Joensuussa kustannusvaikuttavuuden arvioinnin kehittämistarkoituksessa 828 potilaan aineisto, jossa arvioitiin 15D:n soveltuvuutta koko erikoissairaanhoidon vaikuttavuuden arviointiin yleismittarina. Tutkimuksen mukaan 15D soveltuu yleismittariksi erikoissairaanhoidon käyttöön (Kukkonen, 2005). HUS – piiri on käynnistänyt dosentti Risto P. Roineen ohjaaman laajan kustannusvaikuttavuuden seurantajärjestelmän 15D –mittariin pohjautuen (Räsänen ym. 2005). Pohjois-Karjalan keskussairaalassa käynnistyi myös vuonna 2005 rutiininomaiseksi suunniteltu vaikuttavuuden seuranta, joka pohjautuu 15D –tutkimuksesta saatuihin kokemuksiin. Ainakin osassa sairaanhoitopiirejä on päästy kustannusvaikuttavuuden arvioinnissa teoriavaiheesta käytäntöön. Alustavien kokemusten mukaan vaikuttavuuden arviointi osana kliinistä päätöksentekoa hidastaa kalliiden hoitojen kustannusten nousua.

Kuopion yliopiston ja Helsinki Institute for Information Technology:n kanssa yhteistyössä on kehitetty Baeyes-verkkomallin perustuva luokittelija, jota voidaan käyttää päätöksenteon tukena laatimaan lääketieteellisiä ennusteita (esim. hoidon lopputuloksen ennustaminen). Luokittelija on tietokoneohjelma nimeltään P-course. Ohjelma tuottaa Bayes-verkon, joka pystyy ottamaan vastaan useita prioreja samanaikaisesti. Tällöin voidaan käyttää ennustamiseen kerättyä pohja-aineistoa, mutta tätä voidaan täydentää ulkopuolisella tiedolla esim. Cochrane-tietokannasta. Ennusteet eivät ole tilastollisia, vaan kunkin potilaan henkilökohtaisia ennusteita yksilötasolla.

Talouden ja vaikuttavuuden näkökulma erikoissairaanhoidossa

Päijät-Hämeen keskussairaalan tuottavuus on valtakunnallisissa vertailuissa maan ja Euroopan parhaiden joukossa. Terveydenhuollossa laaduttomuus on suuri haaste, jonka merkitys on kansainvälisissä tutkimuksissa tunnistettu viimeisen 10 vuoden aikana. Erikoissairaanhoidossa käytetään enenevästi teknologiaa ja hoitoihin liittyy suuret riskit potilaan kannalta. Hoidon tuloksissa, hoitokäytännöissä, komplikaatioissa ja muissa laatua osoittavissa mittauksissa on jopa kymmenkertaisia eroja sairaaloiden, tiimien ja yksittäisten asiantuntijoiden välillä. Tärkeimpiä laaduttomuuden ongelmia ovat sairaalainfektiot, lääkitykseen ja kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvät ongelmat.

Tutkimusten mukaan 3,7 % sairaalahoidossa olevista potilaista kärsii hoidon aiheuttamasta haitasta, joista puolet olisi estettävissä ja joista kuudesosa johti kuolemaan. 6.7 % sairaalan potilaista saa väärää, heille potentiaalisesti vahingollista lääkitystä. Kansainvälisten tutkimusten mukaan estettävissä olevien kuolemantapausten lukumäärä on suurempi kuin auto- ja lento-onnettomuuksien itsemurhien, putoamisten, myrkytysten ja hukkumisten aiheuttamien kuolemien lukumäärä yhteensä. Kaikessa työssä ja tuotantoprosesseissa tapahtuu virheitä ja odottamattomia seuraamuksia. Kaikilla aloilla, myös terveydenhuollossa, pyritään parantamaan työmenetelmiä ja johtamista siten että yllätyksiä ei tulisi ja virheet vähenisivät. Hoitoprosessit ovat usein monimutkaisia ja potilaat kovin erilaisia. Tästä johtuen hoitojen arviointi ja eri hoitopaikkojen tai esimerkiksi lääkäreiden vertaaminen toisiinsa on vaikeaa ja työlästä. Myös terveydenhuollossa on vaihtelua ja eroja voitu pienentää systemaattisella laadunhallinnalla. Laadun ja riskien hallinta on edelleen suuri haaste terveydenhuollossa. Laaduttomuuden aiheuttamat inhimilliset kärsimykset ovat suuret ja kustannukset vähintään viidesosa kokonaiskustannuksista. Laadun haaste kattaa koko

terveydenhuollon, mutta painottuu niihin toimintoihin joissa teknologiaa käytetään ja hoitojen riskit ylipäätään ovat korkeat. Valtaosa tästä toiminnasta tapahtuu erikoissairaanhoidossa.

Päijät-Hämeen keskussairaalassa on käytössä seuraavat sairauskohtaiset vaikuttavuus- ja laaturekisterit

- tekonivelleikkaukset (TEKOSET)
- selkäleikkaukset (SELKOSET)
- diabetes (ProWellness diabetesjärjestelmä)
- teho-osasto (Intensium Oy)
- valtakunnallinen infektioerekisteri (MIKSTRA)
- kardiologia (sydäntoimenpideyksikön valtakunnallinen laaturekisteri, sydänvalvontapotilaiden laaturekisteri otetaan käyttöön vuonna 2004).

Viitteet:

Berwick, Donald M, Leape; Lucian L. Reducing errors in medicine: Its time to take this more seriously. BMJ 1999;319:136-137.

BMJ, 7237, 18 March 2000

Brennan, Troyen A, Leape Lucian L, Laird Nan M et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I, N Engl J Med 324:370 – 376, 1991

Brennan, Troyen A, Leape Lucian L, Laird Nan M et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II, N Engl J Med 324(6):377 – 384, 1991

Doing what counts for Patient Safety: Federal Actions to reduce Medical Errors and their Impact, Report of the Quality Interagency Coordination Task Force to the President, February 2000

Kohn Linda T, Corrigan, Janet M, Donaldson, Molla S: To Err Is human, Building a Safer Health System Institute of medicine Report 1999

Liukko M, Harant P, Hastert M, Holmgren E, Pisco L, Schutyser K, Skalkidis Y, Trias, O Q, Spain The Quality of health care / hospital Activities The report by the HOPE quality working party. HOPE, the Standing Committee of the Hospitals of the European Union 2001

Quality of care: Patient Safety WHO fifty fifth world health assembly, report by the secretariat A55/13. 23.3. 20

Sharpe V.A., Faden A.I. Medical Harm. Historical, conceptual and ethical dimensions of iatrogenic illness, Cambridge University Press, Cambridge, 1998, 280 p.

Johtopäätöksiä

- Erikoissairaanhoidon kustannusten ja hoitoketjujen hallinnan parantamiseksi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kalliiden potilaiden hoitoja tulee analysoida.
- Kalliit hoidot pitävät sisällään sekä kustannusvaikuttavaa hoitoa että hoitoa, joka ei lisää iäkkään potilaan elämänlaatua.
- Erikoissairaanhoidossa tulee ottaa käyttöön hoidon vaikuttavuuden arviointimenetelmät kansallisella ja paikallisella tasolla
- 15-D on vakiinnuttanut asemansa hoidon vaikuttavuuden arviointi menetelmänä Suomessa
- Kalliit potilaat ovat harvinaisia ja hyvin yksilöllisiä ja sen vuoksi yksiselitteisiä hoitoindikaatioita ja –suosituksia ei voi laatia.
- Kalliiden potilaiden hoitokäytäntöihin tulee laatia periaatteet elämän loppuvaiheeseen kohdistuvien resurssien kohdentamisesta.
- Terveysteknologian käytössä on suuria laadunhallinnan haasteita.
- Hoidon laadussa on suuria eroja eri hoitopaikkojen välillä.

Kysymyksiä

- Miten kansallisesti ja paikallisesti kehitetään menettelyt kalliiden potilaiden hoitokäytäntöjen määrittämiseksi ja hoitojen priorisoimiseksi ?
- Miten kansallisesti ja paikallisesti kehitetään menettelyt hoidon laadun arvioimiseksi ja hoitojen riskien hallinnan menettelyiksi ?
- Miten terveydenhuoltopiiri tai muut ohjausjärjestelmät varmistavat sen että käytännöt kehitetään ja otetaan käyttöön ?

4.2. Sosiaali- ja perusterveydenhuolto

Ongelmien hoitoa ja ennaltaehkäisyä tehdään kunnan eri palveluissa ja kaupunkiyhteisöön suuntautuvissa toimissa. Palvelut kuluttavat kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista. Resurssien rajallisuudesta johtuen hyvinvoinnin toteuttamisen vastuu siirtyy enenevästi kuntalaisille itselleen ja heidän yhteisöilleen.

Sosiaali- ja perusterveydenhuollon yleisimmin käytettyjä palveluja ovat lääkärien, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden palvelut. Yleislääkäripalveluja käyttää neljä viidesosaa ja terveyden-/sairaanhoitajapalveluja kaksi viidesosaa väestöstä vuoden aikana. Yli puolet näistä palveluista tuotetaan terveystaloksissa, mutta merkittävän osan tuottavat mm. työpaikkaterveydenhuollon yksiköt. Yksi viidesosa väestöstä käyttää lääkärin ja terveyden-/sairaanhoitajan palveluja vuoden aikana. Erikoissairaanhoidossa käy noin neljäsosa väestöstä vuoden kuluessa. Sosiaalityöntekijän tappaa 5 – 10 % väestöstä vuosittain.

Kun perusterveydenhuoltoon ei tulla läheteellä, vaan mitä epämääräisimpien ongelmien pohjalta apua hakemaan, erikoissairaanhoidon mukaisesti organisoitu palvelujärjestelmä kadottaa terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän työn mahdollisuuksia. Taloudellisten resurssien ollessa rajalliset sairaanhoito voittaa aina ehkäisevän työn tärkeydessä. Siis: erikoissairaanhoitolain ja kansanterveystalouden yhdistäminen on kansanterveystalouden näkökulmasta uhka, jos perusterveydenhuollon ideologista erilaisuutta erikoissairaanhoidosta ei a) tunneta tai b) tunnusteta.

Toiminnan ja kustannusten hallinnan kannalta on huomattava, että neljäsosa asiakkaista käyttää neljä viidesosaa kaikista resursseista. Henkilöt ja perheet, joiden elämää leimaa erilaisten ongelmien kumuloituminen, tarvitsevat monipuolista apua, tukea ja palveluja. Palvelujen järjestämisen näkökulmasta on tärkeää tunnistaa heidät, jotta tarkoituksenmukaiset toimet voidaan suunnitella mahdollisimman hyvin. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon ja sosiaalitoimen hoivapalvelujen tarkoituksenmukainen työnjako ja porrastus edellyttää koko sosiaali- ja terveystalouden hyvää yhteistyötä. Tämä väestönosa voidaan arvioida noin viidesosaksi koko väestöstä ja he käyttävät yli neljä viidesosaa kaikista tarjolla olevista palveluista.

Palvelujen tuottamiseen kuluu 2/3 kaikista kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista. Väestön vuosittaisista palvelutarpeista 4/5 on yksinkertaisia ja kertaluonteisia. Niiden hoitamiseen kuluu noin viidesosa käytössä olevista resursseista. Viidesosa väestöstä tarvitsee monialaista asiantunte-
musta sisältävää palvelua. Nämä palvelutarpeet kuluttavat 4/5 kaikista resursseista.

Sosiaali- ja perusterveydenhuollon hoitojen potilaalle aiheutuvista haitoista ei ole tutkittua tietoa. Toisaalta riskien hallinnan näkökulmasta sosiaali- ja perusterveydenhuollossa käytetään vähän teknologiaa, josta potilaalle voisi aiheutua haittoja. Lääkehoito ja sen hallinta ovat varmasti suuri haaste.

Kaksikolmasosa resursseista käytetään yli 65-vuotiaan väestöosan hoitoon ja hoivaan. Iän vaikutus hoivan kustannuksiin on yhtä suuri kuin terveysteknologian.(hoidon) kustannuksiin. Vanhusten määrän kasvaessa laitoshoidon tarve nykyisellä toimintamallilla kasvaa kuntien kannalta sietämättömästi. Kaikin käytettävissä olevin keinoin tulee pyrkiä siihen, että vanhukset selviytyvät kodissa tai kodinomaisissa olosuhteissa selvästi nykyistä pidempään.

Johtopäätöksiä

- Sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut ovat monimuotoisia verrattuna erikoissairaanhoidon
- Palvelutarve ja kysyntä ei useinkaan perustu lääketieteen logiikkaan vaan kyse on monimuotoisista psyykkisistä ja fyysisistä peloista, oireista, ja vaivoista
- Vanhusten hoiva muodostaa yhä tärkeämmän yhteistyön ja työnjaon haasteen erikoissairaanhoidon kanssa
- Vanhusten hoidon painopiste tulee siirtää laitoksista kotiin tai kodinomaisiin olosuhteisiin
- Asiakkaiden odotukset kasvavat koulutustason, uusien innovaatioiden ja uusien tutkimusten ja vaatimusten esittämisen madaltumisen kautta=

Kysymyksiä

- Voidaanko kysyntää hillitä ja vaikuttavuuden arviointi ottaa osaksi hoitokäytäntöjen ratkaisuja ?
-

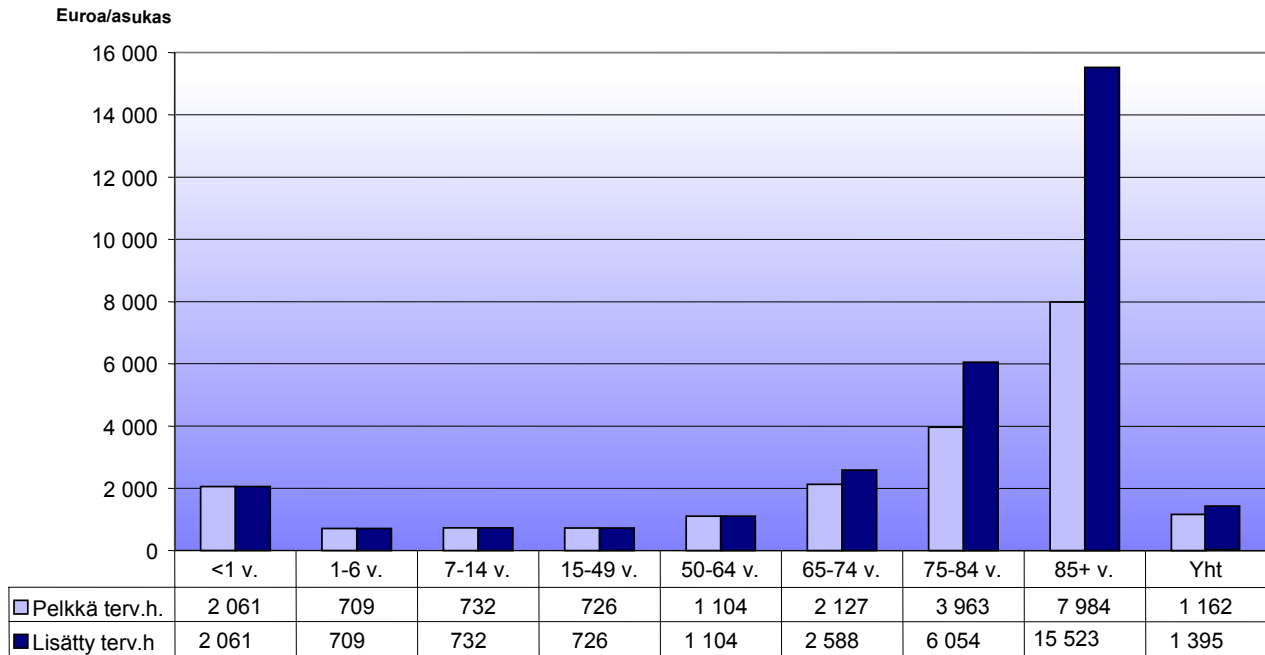
6. Viimeisten elinvuosien kustannukset

Palvelut ovat kuntalaisia varten. Väestön ikääntyessä ja hoitomahdollisuuksien kehittyessä resurssien rajallisuus tulee hankaloittamaan kuntien mahdollisuuksia vastata asukkaidensa odotuksiin. On arvioitu, että perustellun terveysteknologian kehitys aiheuttaa noin 6 % kustannusten nousupaineen terveydenhuollossa. Väestön ikääntyminen lisää myös hoivapalvelujen tarvetta, vaikka elämmekin yhä terveempinä ja toimintakykyisempinä yhä vanhemmiksi. Alla olevassa kaaviossa on kuvattu terveydenhuollon ja lisätyn terveydenhuollon (terveydenhuolto + vanhusten laitoshoidon + kotiin annettavat palvelut) kustannusten jakautumista eri ikäryhmiin.

Ikäryhmiä tarkasteltaessa on tärkeää huomioida se, ettei päivähoitoon ja sosiaalitoimen kustannuksia ole tässä vertailussa mukana. Päivähoidon kustannukset ovat alle kouluikäisille kymmenkertaiset verrattuna esimerkiksi neuvolatoiminnan kustannuksiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon (terveydenhuolto + lisätty terveydenhuolto) kustannukset, ikäryhmittäin vuonna 2002

(mukana vanhusten kotipalvelu ja ympärivuorokautinen hoito sosiaalitoimesta suurissa kaupungeissa vuonna 2002



Matti Heikkilän mukaan ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuskuorma kasvaa vääjäämättä siten, että pelkästään ikääntymisestä johtuen sosiaali- ja terveystalvelujen kustannukset lisääntyvät 45-50 % vuoteen 2030, kun vertailuvuosi on 2001. Kotiin tuotettavien palvelujen peitto on Suomessa supistunut tavalla, jota voidaan pitää poikkeuksellisena hyvinvointivaltioiden joukossa. Aikavälillä 1990–2000 väheni kotipalvelun henkilöstö tuhatta yli 75-vuotiaista kohti laskettuna yhdeksän prosenttia. Vastaavana aikana 1990–2000 ja tavalla laskettuna väheni vanhainkotien henkilöstö peräti 18 prosenttia ja perusterveydenhuollon vuodeosastohenkilöstö 25 prosenttia (per 1 000 75+). Suomen vanhustenhuollon henkilöstömäärät ja mitoitukset ovat huomattavan alhaiset muihin Pohjoismaihin verrattuna. Myös maan sisäinen aluevaihtelu on suurta. Keskeinen palvelu vanhusten kannalta on myös asumispalvelut. Tällä sektorilla onkin tapahtunut merkittävää kasvua, lähinnä laitoshoidon kustannuksella. Palveluasumisen volyymin kasvu vuosina 1990–2000 oli 187 prosenttia ja vastaavasti alenema vanhainkotihoiton osalla 22 prosenttia. Somaattisessa ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vanhuksia hoidettiin merkittävästi vähemmän vuonna 2000 kuin kymmenen vuotta aiemmin.

Matti Vanhasen hallituskaudelle mitoitettun sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mukaan vanhusten kotihoidossa tavoite on vuoteen 2007 mennessä nostaa kotipalvelun kattavuus 25 prosenttiin yli 75-vuotiaista. Mikäli ja kun tähän tavoitteeseen edetään ja samalla nostetaan nykyinen viikoittaisen avun keskimäärä kahdesta neljään tuntiin asiakasta kohti, olisi kotipalveluhenkilöstön lisätarve 3 600, mikä nykyisillä keskipalkoilla merkitsisi noin 96 miljoonaa euroa.

Johtopäätökset

- Terveydenhuollon kustannuksista 50 % syntyy viimeisen elinvuoden aikana = tarvitaan eettiset linjaukset terveydenhuoltoon valtakunnallisella ja paikallisella tasolla
- Erikoissairaanhoidon tulee priorisoida ja rajoittaa terveysteknologian käyttöä iäkkäiden potilaiden kohdalla.
- Vanhusten hoivan kustannusten nousun tulee hillitä kotona selviytymistä edesauttavilla toimilla ja kannusteilla.
- STAKESin ja muiden asiantuntijoiden esittämien palvelutarpeiden mukaisia resursseja ei kunnilla ole

Kysymyksiä:

- Miten somaattisen sairaanhoitoon kehitetään menetelmät ja käytännöt viimeisten elinvuosien hoitojen määrän priorisoimiseksi ja kustannusten hallitsemiseksi ?
- Miten terveydenhuoltopiiri voi edesauttaa viimeisten elinvuosien hoitojen hallintaa ?

6. Terveydenhuoltopiirin mahdollisuudet tuottavuuden ja taloudellisuuden parantamiseksi

Terveydenhuoltopiiriin liittyy ajatus syvemmästä yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Yhteistyötä voidaan toteuttaa eri asteisena, hallinnollisesta yhteistyöstä aina organisaatioiden välisiin fuusioihin. Yhteistyön uskotaan tuovan taloudellista etua siten, että kiinteitä esimerkiksi hallinnointiin liittyviä kustannuksia voidaan alentaa ja suuremmat organisaatiot voivat hyödyntää mahdollisia mittakaavaetuja. Haittapuolena on suurten organisaatioiden markkina- ja neuvotteluvoiman kasvaminen, jolla voi olla haitallisia vaikutuksia taloudelliseen tehokkuuteen.

Taloudellista tutkimusta eriasteisesta terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyöstä on Suomessa tehty vähän. Dranove ja Lindrooth (2003) tarkastelevat horisontaalisen yhteistyön vaikutuksia sairaaloiden kustannuksiin USA:ssa. Saatujen tulosten mukaan fuusiot synnyttävät jopa 14% kustannussäästöt neljän vuoden seurannassa fuusioiden jälkeen. Fuusioilla tekijät tarkoittavat sairaaloiden yhteistyötä, jossa yhdistyville organisaatioilla on yhteistyön jälkeen yhteinen omistus, kirjanpito ja toimilupa. Sen sijaan löysempi yhteistyö, jossa omistus on yhteinen mutta sairaaloilla on edelleen oma kirjanpito ja omat toimiluvat yhteistyön toteuttamisen jälkeenkin ei näyttäisi synnyttävän kustannussäästöjä.

Lisääntyvä yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei kuitenkaan kaikilta osin täytä horisontaalisen yhteistyön ehtoja, koska ainakin osittain erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa tuotetaan eri palveluja. Yhteistyöllä ei välttämättä saavuteta mittakaavaetuja vaan pikemminkin synnytetään entistä useampia palveluja tuottavia terveydenhuollon organisaatioita. Onkin aiheellista kysyä, liittyykö palvelujen lukumäärän kasvattamiseen sinänsä kustannussäästöjä, eli esiintyykö sairaalapalvelujen tuotannossa monituote-etuja (economies of scope). Monituote-etuja on tutkittu hyvin vähän terveystaloustieteen kirjallisuudessa. Yksi harvoista tutkimuksista on Given (1996), joka tulee johtopäätökseen, että monituote-etuja ei olisi USA:n terveydenhuollossa. Tämän perusteella voisi sanoa, yhteistyön kustannusvaikutukset eivät ole yksiselitteisiä vaan riippuvat sekä toteutettava yhteistyön muodosta että siitä, minkälaisia organisaatioita yhdistetään.

Viitteet

Dranove, D. ja Lindrooth, R., 2003, Hospital consolidation and costs: another look at the evidence, Journal of Health Economics, 22, 983-997.

Given, R., 1996, Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the health maintenance organization industry, Journal of Health Economics, 15, 685-713.

Juha Teperin mukaan tällä hetkellä on käynnissä useita alueellisia prosesseja, joissa palvelujen tuotantoa ja järjestämistä kootaan suurempiin yksiköihin. Palvelutuotannon osalta merkittäviä etuja on saatavissa ainakin korkeaa erityisosaamista vaativien hoitojen sekä kuvantamisen ja laboratoriodiagnostiikan osalta. Sen sijaan yleisten sairauksien yleisissä hoitomuodoissa pitävää näyttöä skaalaeduista ei ole. Suurten yksiköiden etu saattaa olla niiden kyky tarjota joustavampia työolosuhteita.

Johtopäätökset

- Fuusioista saadaan hyötyä silloin kun voidaan samanlainen toiminta keskittää. Erikoissairaanhoidossa fuusioiden tuoma hyöty saadaan jos sairaanhoitopiiri yhdistetään toiseen sairaanhoitopiiriin sekä tämän sairaanhoitopiirin toiminnat voidaan keskittää. Mitä harvinaisemmasta toiminnasta on kyse, sitä suuremmalle väestöpohjalle palvelut tulisi suunnitella. Vaativa laboratorioanalytiikka tulisi keskittää miljoona piireihin, tekonivelkirurgia noin kymmeneen osaamiskeskukseen jne.
- Sosiaali- ja perusterveydenhuollossa fuusioiden hyötyjä saadaan jos sosiaali- ja terveysasemien / palvelupisteiden lukumäärää voidaan vähentää sekä palvelut keskittää. Tämä voisi toteutua esimerkiksi ehdotettujen terveydenhuoltoalueiden puitteissa. Kullekin alueelle jäisi vain yksi terveysasema, johon keskitettäisiin yleisimmät palvelut (Esim lääkärivastaanotto ja neuvolat). Terveydenhuoltoalueet voisivat myös tuottaa alueensa peruslaboratoriopalveluista ja kilpailuttaa monimutkaisempaa analytiikkaa edellyttävät analyysit.
- Vanhustenhuollossa ja muissa asumis- ja laitospalveluissa ratkaisevaa on yksikkökoko. Alle 40 potilaan/asiakkaan hoivayksikkö on harvoin kilpailukykyinen. Vanhustenhuollon suurin haaste on kuitenkin kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa selviytyminen. Siinä onnistuminen edellyttää hyvää laitosta ja avohoidon yhteistyötä.
- kunta-alan reaalipalkat seuraavat muiden toimialojen palkkakehitystä ja palvelujen suhteellinen hinta nousee

Kysymyksiä

- Voidaanko palkkauskysymyksiin ja tuottavuuskehitykseen vaikuttaa ja kuinka ?
- Miten erikoissairaanhoidossa voidaan kustannuksia karsia toimintoja keskittämällä ?
 - o sairaanhoitopiirien yhdistäminen ja sairaaloiden lukumäärän pienentäminen
- Kenen toimesta em muutos saadaan aikaan ?
- Miten sosiaali- ja perusterveydenhuollossa voidaan kustannuksia karsia toimintoja keskittämällä ?
 - o maaseutu terveystalosten yhdistäminen ja toiminnan keskittäminen
 - o kuntien keskeisten sosiaalipalvelujen yhdistäminen ja palvelujen keskittäminen
 - o Mitkä palvelut on pakko jättää lähipalveluiksi ?
- Kenen toimesta em muutos saadaan aikaan ?

7. Kuntien omistajaohjauksen vahvistaminen

Kunnan päämiesfunktion vahvistaminen ja vaihtoehtoisten mallien kehittäminen

Kunta on Suomessa yksiselitteisesti järjestämis- ja rahoitusvastuussa sekä sillä on verotusoikeus. Jos päämies funktio siirretään toiselle taholle (th piiri, maakunta tms) päämiehen asema heikkenee, koska tämä toinen taho ei voi päättää veroista eli rahoituksen tasosta toimintaa varten. Kunta puolestaan on vaarassa menettää ohjausvoimansa tähän toimijaan, jolla ei ole viimekätistä vastuuta toiminnan sopeuttamisesta käytävissä oleviin resursseihin. Tolkku hankkeen governanssi - tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiiriin corporate governance ei toimi ja sitä tulisi kehittää.

Kuntien omistajapolitiikka ja palvelujen järjestämisstrategia perustuu alueelliseen kokonaisuuteen. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut muodostavat kokonaisuuden ja kunnat sopivat erikoissairaanhoidon sekä sosiaali- ja perusterveydenhuollon järjestämisstrategioista. Lähtökohtana lähipalvelujen järjestämisessä ovat pienten väestöpohjien ja erikoissairaanhoidon järjestämisessä suurten väestöpohjien tarveanalyysit. Tarveanalyysien perusteella voidaan tehdä erikoissairaanhoidon ja lähipalvelujen tuottamis- ja hankkimisstrategiat siten, että esimerkiksi laatu- ja tehokkuusnäkökulmat tulevat huomioon otetuiksi. Tämän järjestämisstrategian perusteella kunnat joutuvat pohtimaan omistajapolitiikkaansa. Voidaanko palvelujen tuottajaan joidenkin palvelujen kohdalla vaikuttaa paremmin omistamalla vai kilpailuttamalla? Strategia luo puitteet eri palvelujen tuottajien kilpailuttamiselle. Tuottajilta edellytetään palvelujen tuotteistamista ja sellaisten tietojen tuottamista, joka mahdollistaa vertailujen tekemisen.

Yhteistyön pelisääntöjen, periaatteiden ja sopimusten tavoitteena on varmistaa hoitoketjujen toiminta, mm. rajapinnat palvelujen välillä ja potilaskohtaisten tietojen siirto. Terveydenhuollon palvelujärjestelmä muodostaa verkoston, jossa sijansa on sekä julkisilla että yksityisillä palveluilla ja mahdollisesti kolmannella sektorilla. Kuntien tulee koordinoida alueellisen mallin kehittäminen ja toteuttaminen keskinäisessä yhteisymmärryksessä eri tahojen kanssa kumppanuusperiaatteella. Yhteistyöstrategian avulla kunnat johtavat eri palvelujen tuottajista muodostuvaa konsernia.

Kunnalla on sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja järjestämisvastuu. Kunnalla on verotusoikeus rahoituksen järjestämiseksi. Suomessa on Euroopan hajautetuin päätöksenteko joka jakautuu yli 430 kuntaan. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen merkitsee käytännössä palvelujen rahoittamista ja niiden hankkimisen koordinoitua. Kunta toimii päämiehenä jonka palvelujen järjestämisen ja tuotannon ohjauksen keskeiset toimintapoliittiset ohjausmenetelmät ovat omistaja- ja tilaajapolitiikka. Omistajapolitiikka määrittää ne strategiat ja periaatteet, joiden avulla kunta ohjaa itse tai yhdessä muiden kuntien kanssa omistamiaan organisaatioita (esimerkiksi kehitysvammahuollon ja erikoissairaanhoidon kuntayhtymät). Tilaajapolitiikan merkitys korostuu palveluja ulkoistettaessa ja kilpailutettaessa. Kunnat joutuvat arvioimaan ja vertaamaan itse tuottamia palveluja muiden organisaatioiden tuottamiin.

Juha Teperin mukaan nykyinen ohjausjärjestelmä on laittanut kunnat paljon vartijoiksi suomalaisessa terveydenhuollossa. Käytännössä kunnat eivät ole kyenneet ottamaan vastaan kaikkea niille annettua valtaa, vaan osa on siirtynyt terveydenhuollon perinteisille valtakeskittymille, suurille organisaatioille ja vahvoille ammattikunnille. Yksittäisten kuntien osaaminen ja väestöpohjan tuoma painoarvo ei useinkaan riitä erikoissairaanhoidon ohjaamiseen osana koko palvelutarjontaa. Isojen tuottajaorganisaatioiden vahva neuvotteluasema voi johtaa peruskunnissa järjestettyjen palvelujen suhteelliseen heikkenemiseen ainakin vaikeiden taloudellisten olosuhteiden vallitessa. Esimerkiksi ehkäisevien palvelujen ja mielenterveyshuollon aseman puolustaminen tiukan kuntatalouden tilanteessa vaatii kunnallisilta päättäjiltä ja johtavilta

virkamiehiltä terveystalouden tavoitteiden tuntemista ja niihin sitoutumista, mikä ei aina toteudu. Ilman terveydenhuoltopolitiikan suurten tavoitteiden kansallista esilläpitoa ja edistämistä tämä lienee lähes epärealistinen tavoite. Tämän hetkessä terveydenhuollossa erikoistuneiden palvelujen ja samalla suurimpien tuottajien asema on korostuneen vahva. Vastaavasti kaikkien palvelujen järjestämisvastuussa ja peruspalvelujen tuottamisvastuussa olevien peruskuntien käytännön edellytykset tehokkaaseen palvelujen kehittämiseen ovat rajoitetut. Tulevia uudistuksia suunniteltaessa tulisikin erityisesti kiinnittää huomiota palvelujen järjestäjien (tilaajien) riittävän vahvaan asemaan. Jo tällä hallituskaudella suunnitteilla olevassa palvelurakenneselvityksessä ja sen jatkotoimissa tämän näkökohdan tulisi olla keskeisessä asemassa.

TOLKKU –hankkeen tutkimus ”corporate governancen” toteutumisesta Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä

Päijät-Hämeessä toivotaan terveydenhuoltoon entistä parempaan **yhteistyöhön perustuvaa toimintamallia**. Kuntien ja sairaanhoitopiirin yhteistyön tulee perustua yhdessä laadittuihin sopimuksiin palveluiden tilaamisesta ja tuottamisesta. Yhteisen sopimuksen edellytyksenä on sopijaosapuolinen molemminpuolinen luottamus siihen, että molemmat osapuolet tavoittelevat ensisijaisesti kuntalaisten etua. Nyt yhteistyössä ja luottamuksessa on säröjä, jotka johtuvat siitä, että molemmat sopijaosapuolet pyrkivät ensisijaisesti oman organisaation etujen ajamiseen kokonaisuuden sijasta.

Päijät-Hämeen alueellisessa terveydenhuoltoprosessissa **nykyinen corporate governance-järjestelmä ei toimi**. Järjestelmässä on useita sudenkuoppia, johon usein kompastutaan. Nykyjärjestelmä ei esimerkiksi huomioi terveydenhuollon kokonaisvaltaista kehittämistä, vaan toiminnan kehittäminen kohdentuu kulloinkin kyseessä olevaan yksittäiseen organisaatioon. Kuntien ja sairaanhoitopiirin välinen hallintamalli edellyttää edustuksellisen demokratian uudelleenarviointia suhteessa siihen, miten kunnan ääni alueellisen terveydenhuollon omistajana tulee parhaimmalla tavalla esiin. On mahdollista, että hallintamallin kehittäminen ei onnistu ilman ammattimaisen hallitustoiminnan kehittämistä myös julkisella sektorilla.

Erilaisten **informaatioasymmetrioiden esiintyminen** sekä organisaatioiden sisällä että organisaatioiden välillä on merkittävä tekijä alueellisessa terveydenhuoltoprosessissa esiintyvien ongelmien aiheuttajana. Erilaisiin tiedon epäsuhdasta aiheutuviin ongelmiin vaikuttaminen edellyttää toimijoiden välisten informaatioasymmetrioiden tunnistamista sekä valta- ja omistajuussuhteiden kirkastamista. Kaikkia informaatioasymmetrioita ei ole mahdollista toimijoiden väliltä poistaa. Niiden tekeminen läpinäkyväksi voi edesauttaa paremman yhteistyön ja luottamuksen luomisessa, jonka perään niin monessa haastatteluvastauksessakin kuulutettiin.

Alueellisen terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan kehittäminen **edellyttää rakenteellisia muutoksia ja toimintojen uudelleen organisointia**. Terveydenhuollon toiminnan kehittämisessä keskeisellä sijalla on niiden rakenne- ja hallintaratkaisujen määrittely, mitkä ovat tuotantotaloudellisesti järkeviä. Ratkaisumalleja kehitettäessä on kiinnitettävä erityisesti huomiota hoitoketjujen sujumiseen ja niiden keskeisten ongelmakohtien paikallistamiseen. Huomiotta ei saa jättää taloushallinnollisten rajapintojen identifioimista, joilla on suuri merkitys alueellista yhteistoimintaa suunniteltaessa. Uusien mallien kehittämisessä on systemaattisesti pohdittava, mitä etua kenellekin uuteen malliin siirtyminen tarjoaa ja mikä malli tarjoaa alueelle parhaat edellytykset paremman terveydenhuollon toiminnan luomiseen.

Terveydenhuoltoprosessin **talousohjaus edellyttää ammattimaisuutta, riittävää ajankäyttöä sekä osaamista**. Niin terveydenhuollon toimintaan kuin talouteenkin liittyvät asiat ovat monimutkaisia ja

vaikeita. Talouteen liittyvien asioiden hoitamisessa edellytyksenä on talouden asiantuntemus, tähän ei pelkkä terveydenhuollon tuntemus riitä. Talouteen liittyvää osaamista edellytetään myös kaikilta terveydenhuollossa toimivilta, erityisesti johtoasemissa toimivilta. Johtajuuteen ei pelkkä alan erikoisosaaminen riitä. Talousohjauksen huolellinen ja harkittu toteuttaminen edellyttää myös, että asioihin perehtymiseen varataan aikaa.

Ammattimaisuuden, ajankäytön ja osaamisen vaatimukset tuovat haasteita erityisesti ”maallikkopoliitikoille”, joilla on vaikeuksia pysyä kuntien viranhaltijoiden ja erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten perässä. Tämä asioiden vaativuus ja monimutkaisuus voi aiheuttaa sen, että valta terveydenhuollon talousohjauksessa on siirtymässä ammattilaisille. Vallan siirtyminen ammattilaisille täytyy tehdä niin läpinäkyväksi, että heidän toimintansa on niin luottamushenkilöiden kuin kansalaistenkin arvioitavissa.

Mikään tuleva rakenteellinen tai hallinnallinen uudistus ei tule toimimaan ilman, että toimintoja **priorisoidaan ja palveluiden tarve määritellään**. Priorisointi on tullut ajankohtaiseksi terveydenhuollon päätöksenteon poliittisen ja hoidollisen päätöksenteon muuttuessa monimuotoisemmaksi. Yhteiskunnan muutokset, esimerkiksi väestön ikääntyminen ja asiakkaiden yleinen vaatimustason kasvu ovat johtaneet siihen, ettei kaikkia terveyteen liittyviä odotuksia ja tarpeita voida tyydyttää. Terveydenhuollon priorisointi on siis valintaa tässä tilanteessa. Yhteiskunnan voimavarat eivät riitä siihen, että menoja kasvatetaan ja lisätään koko ajan. On siis tehtävä harkittuja päätöksiä siitä, mihin rajalliset voimavarat terveydenhuollossa suunnataan ja millaisia mahdollisia menojen hallintakeinoja voidaan eettisesti ja teknisesti käyttää (Lammintakanen, 2005). Toiminnan kehittämiseksi on välttämätöntä määritellä järjestelmän eri tasoilla tapahtuvan priorisoinnin perusteet. Priorisointia täytyy tapahtua terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Niin kansallisesti, alueellisesti kuin kunnissakin on määriteltävä millaisia palveluita kansalaisille tarjotaan. Tämä määrittely on apuna potilashuoneessa tapahtuvassa päätöksenteossa, jossa lääkäri tekee päätöksen potilaan hoitamisesta tai hoitamatta jättämisestä. Terveydenhuollon ammattilaisia ei yksin voi vastuuttaa priorisointipäätösten tekemiseen, vaan heidän päätöksenteon tukena täytyy olla poliittisten päätöksentekijöiden tekemät linjaukset.

Seutu- ja maakuntahallinto

Seutu- ja maakuntahallinto ovat vahvistaneet asemaansa kuntien yhteistyö foorumeina. Toistaiseksi niiden rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä on ollut vaatimaton. Niiden vahvuus toimijoina voisi perustua siihen, että ne ovat yleisiä kuntien edunvalvojia eivätkä ole sitoutuneet mihinkään substanssiin tai palvelujen tuottajiin. Ne voisivat olla kuntien näkökulmasta riippumattomia toimijoita. Tämä mahdollistaisi ainakin periaatteessa kuntien näkökulmasta kuntien päämiesfunktion hoitajina toimimisen uskottavammin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon (tai muun substanssiasiantuntemukseen perustuvat) organisaatioiden. Maakuntaliiton perustehtäviin kuuluu maankäytön suunnittelu, alueellinen edunvalvonta ja aluekehitysviranomaisena toimiminen. Maakuntaliitoille ei toiminnallisessa mielessä ole toistaiseksi maassamme siirretty palvelutuotantoa laajassa mittakaavassa, vaikka monissa laajaa asukas pohjaa edellyttävissä palveluissa toiminnan edellyttämä aluejako on haettu maakuntasoisena (esim. erikoissairaanhoido, ammatillinen koulutus ja palo- ja pelastustoimi).

Lahden kaupunkiseudun kunnat ovat sopineet että seutuyhteistyön kohteena on koko kunnallinen toimintakenttä edunvalvonnasta ja yhdyskuntasuunnittelusta julkisen infrastruktuurin toteuttamiseen ja ylläpitoon sekä kunnallisen palvelutuotannon järjestämiseen. Toiminnan kohteena on näin ollen toiminnallinen yhteistyö kuntien palveluyhteistyön osalta. Seutuhallinnon rooli tässä

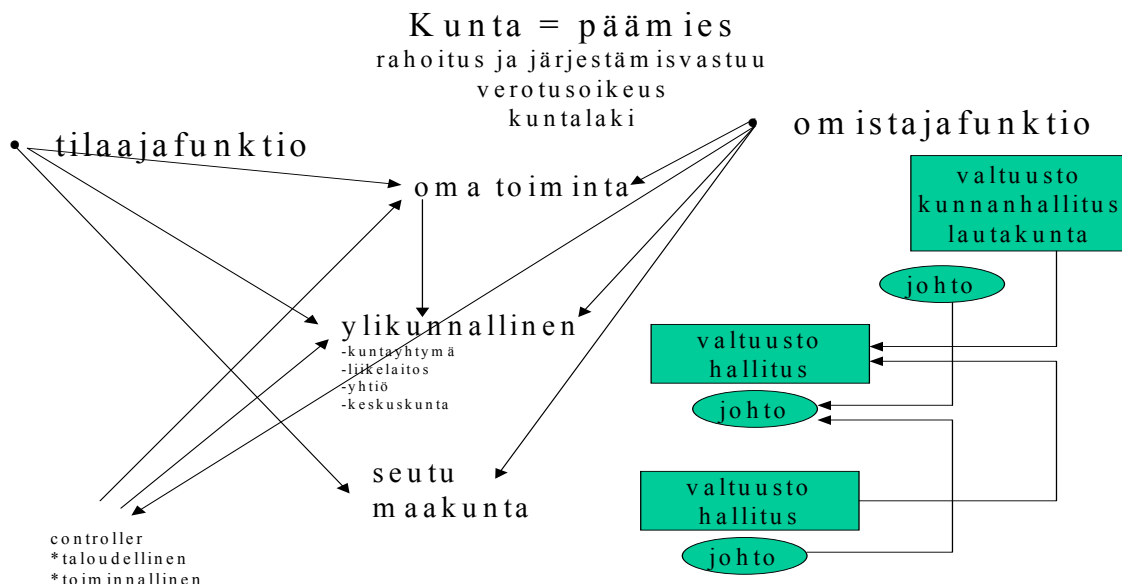
prosessissa on pääasiassa asioiden selvitys- ja organisointityö. Se toimii kuntiin päin pääasiassa tuottajan asemassa. Seutustrategian linjausten mukaisesti se voi toimia erikseen sovittavissa tapauksissa myös tilaajana kuntien puolesta, mikäli näin yhteisesti sovitaan.

Terveystuottopiirin toiminta on tarkoitus järjestää niin, että tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan ja luodaan edellytykset tarkoituksenmukaiselle kilpailulle ja kilpailuttamiselle, jossa myös kolmannen ja yksityinen sektorin palvelujen tuottajana otetaan huomioon. Yhtenä mahdollisuutena sosiaali- ja terveydenhuollon laajamittaisten tilaaja-tuottaja –asetelman rakentamisessa on se, että joko maakuntaliitosta tai seutuhallinnosta muodostetaan kuntien valtuuttama neutraali tilaajaorganisaatio tuottajiin nähden. Tässä asetelmassa se toimisi kuntien valtuuttamana agenttina ja sen tehtävänä olisi valvoa kuntien etua ja käyttää päämiehen (kunnat) ääntä suhteessa tuottajaorganisaatioihin.

Asetelman mukaisesti kunnat keskittäisivät laajaa osaamista vaativan tilaajatehtävän joko koko maakunnan alueella operoivalle toimijalle (esim. maakuntaliitto) tai sitten maakunnan alueelle muodostettaviin useampiin eri aluekokonaisuuksiin perustuvia tilaaja-organisaatioita esim. seutupohjalla. Tällä menettelyllä pyrittäisiin varmistamaan se, että paikallisia ja kansallisia markkinaehtoisia toimijoita voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti.

8. Kunta päämiehenä

Kuntien tulee määrittää päämiesfunktionsa suhteessa ylikunnalliseen toimijoihin kuten terveydenhuoltopiiriin, seutuun ja maakuntaan. Alla olevan kuvan avulla havainnollistetaan kunnan omistaja- ja tilaajafunktion käytäntöjä ja vaihtoehtoja. Kunta omistaa suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista itsenäisesti. Erikoissairaanhoidon ja kehitysvammahuolto ovat keskeisimpiä palveluja, jotka kunnat järjestävät kuntayhtymän kautta. Viime vuosina kunnat ovat lisääntyvästi järjestäneet palveluja liikelaitoksina ja yhtiöinä.



Tilaaajafunktiota tulee tarkastella samoista lähtökohdista kuin omistajafunktiota. Kunta toimii itsenäisenä palvelujen järjestäjänä ja kilpailuttajana. Tämän tehtävän kunta voi luovuttaa ylikunnalliselle toimijalle.

8.1. Kunnan ja sosiaali- ja terveystalouden tuottajien suhde

Hannu Valtosen mukaan kunnan ja sosiaali-/terveyspalvelutuottajien suhde taloudellisella terminologialla ja kysynnän ja tarjonnan (ostajan ja myyjän, tilaajan ja tuottajan) suhde. Kunta on 'päämies', jonka tehtävänä on järjestää palvelut kansalaisille. Päämies voi toteuttaa tämän joko markkinoiden kautta tai kontrolloimalla suoraan (hierarkisesti) tuottajaa. Periaatteessa suomalaisessa järjestelmässä kuntien toteuttama sairaanhoitopiirien suora poliittinen ohjaus on tällaista hierarkista ohjaamista ja palveluiden ostaminen kuntalaisille taas markkinoiden kautta tapahtuvaa ohjaamista. Saattaa olla niin, että molempien ohjausperiaatteiden käyttö samaan aikaan ei toimi tyydyttävällä tavalla, koska ohjausmenetelmät voivat tuottaa ristiriitaisia viestejä. Nykyisessä ohjausjärjestelmässä kunnan ja kuntien hierarkinen ohjaus SHP:ien hallinnon kautta ei toimi, eli sen ohjauksen toiminnalliset vaikutukset ovat vähäiset. Mutta myöskään markkinoiden kautta tapahtuva ohjaus ei toimi, osin siksi, että päämiehen ja tuottajan välistä suhdetta ei ole muotoiltu yksiselitteisesti ja toiseksi siksi, että markkinat eivät toimi.

Väite 'markkinat eivät toimi' vaatii täsmennyksen. Terveystalouden markkinat eivät voi koskaan toimia tavanomaisten tavaramarkkinoiden tavoin. Nykyisessä erikoissairaanhoidon rakenteessa ostajan (kunnan) ja myyjän (shp) suhde on monopolististen markkinoiden rakenne, jossa suuri tuottaja myy palveluja ostajille, joista kunkin osuus tuottajan myymästä kokonaisvolyyminä on suhteellisen pieni. Markkinat ovat monopolistiset, koska sairaala on 'luonnollinen monopoli'. Suuret sairaalat ovat luonteva tapa organisoida erikoissairaanhoidon, Suomi on pinta-alaltaan väestöön suhteutettuna suuri maa ja matkat pitkät. Maailmalla julkaistussa terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa tunnetaan hyvin ilmiö, jossa monista seikoista johtuen terveydenhuollossa tarjonnan suhteellinen voima on suurempi kuin kysynnän voima. Tämä tilanne toistuu myös Suomessa.

Tämän rakenteen seuraus on mm. se, että kuntien mahdollisuudet toteuttaa omaa terveystaloutta ovat rakenteellisista seikoista johtuen rajoitetut. Periaatteessa kuntien mahdollisuutta ohjata terveydenhuoltoa voitaisiin kasvattaa lisäämällä kuntien ohjausmahdollisuuksia nykyisessä shp-rakenteessa tai organisoimalla terveydenhuollon omilla erityisillä markkinoilla toimijoiden suhteet toisiin. Hierarkisen ohjauksen voimistaminen tarkoittaisi sellaisten hallinnollisten rakenteiden luomista, joissa omistajan ääni kuuluisi selvemmin toiminnassa kuin nykyisin. Erilaisissa maailmalla toteutetuissa terveydenhuollon uudistuksissa ei ole lähdetty tähän suuntaan, vaan viime aikoina on haettu ratkaisuja esimerkiksi ostajan ja myyjän roolien täsmennyksestä ja tuottajien insentiivirakenteiden kehittämisestä.

Toimijoiden suhteiden organisointi tarkoittaisi ennen kaikkea kuntien voiman kasvattamista suhteessa tuottajiin. Terveystalouden ostajaorganisaationa olisi kehitettävissä tämäntyyppiseksi organisaatioksi.

8.2. Controller toiminta

Kunnan omistajapolitiikan toteutumista voitaisiin vahvistaa controller –toiminnalla. Tuottajista riippumattomat talouden ja toiminnan sisällön asiantuntijat voisivat toimia kunta päämiehen puolesta ja ohjata taloutta sekä toimintaa. Controllerit voisivat olla kuntien keskushallinnon, seutu-/maakuntahallinnon tai muun kuntien yhdessä sopiman tahon palveluksessa.

9. Kuntien poliittisen ja virkamiesjohdon rooli

Luottamushenkilöt edustavat kuntaa kuntayhtymän valtuustossa ja hallituksessa. He osallistuvat toiminta ja talousohjausprosessin valmisteluun, hyväksymiseen ja täytäntöönpanon suunnitteluun ja seurantaan. Kunnanvaltuustot valitsevat luottamushenkilöedustajansa kuntayhtymien hallintoon. Valinnassa ei aina välttämättä ole etusijalla toiminnan sisällön tai talouden asiantuntemus ja tästä luonnollisesti seuraa, että luottamushenkilöillä ei ole riittävää ymmärrystä sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan tai taloudesta ja niiden yhteydestä kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen tai talouteen. Kuntayhtymässä hallituksen puheenjohtajalla on ohjausprosessissa aktiivisin rooli, muiden enemmänkin muodollinen.). Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausprosessissa lautakunnalla on pääpaino erityisesti toiminnan ja talouden yhteensovittamisessa, tässä kunnanhallitus ja erityisesti kunnanvaltuusto ovat etäisempiä. Kunnan sosiaali- ja terveystoimialalla viranhaltijat sekä ensisijaisesti asiantuntijalautakunta joutuvat sovittamaan yhteen kuntalaisten tarpeita ja käytössä olevia resursseja.

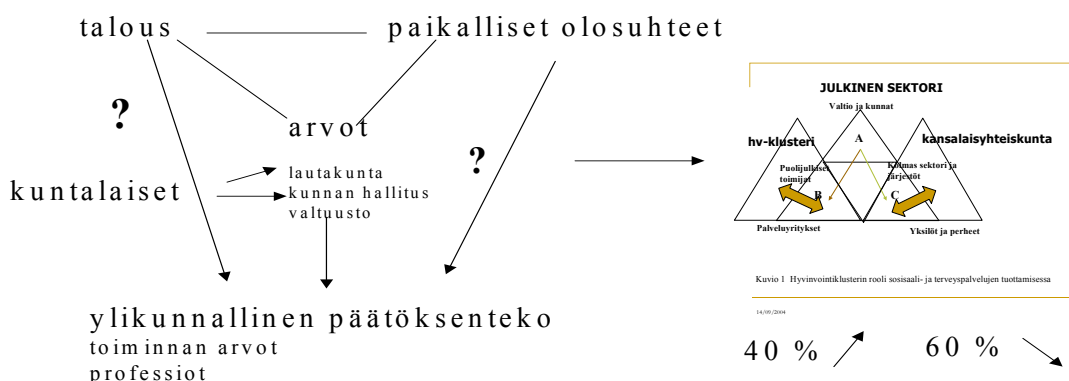
a. kuntien virkamiesjohdon rooli (Tapio Väyrynen)

Yleisjohtoon kuuluvat viranhaltijat niin kunnassa kuin kuntayhtymissä osallistuvat aktiivisesti toiminta- ja talousohjausprosessiin niin kunnassa kuin kuntayhtymissäkin. Kuntayhtymän asiantuntijat osallistuvat lähinnä oman organisaation ja oman toimintayksikön talousohjausprosessiin.

Työryhmä: kuntien sosiaali - ja terveydenhuollon johtoa edustava työryhmä

Kaikkien ylikunnallisten toimintojen kohdalla kunta joutuu päämiehenä määrittämään suhtautumisensa omistaja- ja tilaajafunktioihin. Kysymys on siitä mitä toimintoja kunta on valmis luovuttamaan toisen osapuolen hoidettavaksi. Kun kunta luovuttaa päämiehen tehtäviä pois on kysymys myös lähidemokratian pelisääntöjen muutoksesta. Kunnan valtuuston ja hallituksen tahto ja linjaukset eivät välttämättä välity ylikunnalliseen päätöksentekoon. Eri kuntien näkemysten yhteensovittaminen voi myös olla vaikeaa.. Alla olevassa kaaviossa on kuvattu kunnallisen ja ylikunnallisen päätöksenteon suhdetta. Samalla kun pohditaan kunnan vastuuta ja mahdollisuuksia on huomioita hyvinvointi palvelumarkkinoiden kokonaisuus ja julkisen sektorin pienevä rooli osana sitä.

Kunnan järjestämät palvelut - hyvinvointiklusteri



Julkiset sosiaali- ja terveysmenot pysyvät ennallaan tai supistuvat, samanaikaisesti kansalaisten oma ja muilta tahoilta tulevan rahoituksen osuus kasvaa. Viime aikoina tätä kehitykseen on viitattu ”hyvinvointiklusteri” –käsitteellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja siihen liittyvä teollinen kenttä on arvioitu olevan volyymiltään yli 10 miljardin euron ”liiketoimintaa” vuositasolla ja kattaa noin 10 prosentin osuuden työvoimasta. Hyvinvointiklusterin suhteellinen merkitys kansantaloudessa on jo nykyisellään suuri ja todennäköisesti kasvava. Päijät-Hämeessä hyvinvointiklusteriin liittyvä liiketoiminta voidaan edelliseen arvioon perustuen arvioida olevan noin 1 miljardi euroa, toisin sanoen kuntien oman sosiaali- ja terveystoimen markkinaosuus on noin siitä noin puolet. Lähivuosien suurin haaste on päättää miten verorahat suunnataan tämän klusterin sisällä. Julkisen rahoituksen ja tuotannon suhteellinen osuus pienenee. Kunnat tehostavat omaa toimintaansa sekä priorisoivat. Samalla ne joutuvat luomaan uudenlaisia keskinäisiä yhteistyötapoja ja yhteistyötä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. Tämä edellyttää kuntien omistajapolitiikan selkiyttämistä ja terävöittämistä.

Kuntien omistajaohjauksen kehittämisen kannalta keskeinen kysymys liittyy *lainsäädäntöön*, etenkin lakiin erikoissairaanhoidosta. Laki erikoissairaanhoidosta määrittelee sairaanhoitopiirin hallituksen tehtäväksi edustaa sairaanhoitopiiriä eri sidosryhmien suuntaan. Tämä on normaalissa omistajaohjauksessa paradoksi – hallituksen tehtävänä tulisi nimenomaan olla edustaa omistajan intressiä kuntayhtymän suuntaan. Sairaanhoitopiiri ja luottamushenkilöt käyttävät lakia selityksenä nykyisen tyyppiselle hallitustyöskentelylle. On epäselvää, onko lakia pakko muuttaa jotta hallitus voisi toimia toisin, vai onko lain kirjoitusasu ainoastaan tulkittu Päijät-Hämeessä tavalla joka myötäilee eri toimijaryhmien intressejä. Lain pykälään ei muualla Suomessa ole vedottu samassa määrin kuin Päijät-Hämeessä. Joka tapauksessa hallitustoiminnan säännöt pitäisi selkeyttää tältä osin ja lain tai lain tulkinnan pitäisi olla yksiselitteinen.

Toinen lainsäädännöllinen ongelma suurten kaupunkien kannalta on se, että vaikka kaupunki saattaa väestöpohjaansa perustuen omistaa jopa yli puolet sairaanhoitopiirissä, käyttää se huomattavasti pienempää äänivaltaa kuntayhtymän päätöksentekoeelimityksissä. Lahti omistaa noin puolet sairaanhoitopiiristä, mutta käyttää 25 % äänivaltaa.

Johtopäätökset

- Ylikunnallinen päätöksenteko muuttaa lähidemokratian toteuttamismallin
- Niukkenevien resurssien vuoksi julkisten palvelujen osuus hyvinvointipalvelumarkkinoista pienenee
- Erikoissairaanhoitolaki ja kuntalaki ovat ristiriidassa kunnan omistajaohjauksen toteuttamisen näkökulmasta
-

Kysymyksiä

- Mikä on terveydenhuoltopiirin poliittisen päätöksenteon suhde kunnan omaan päätöksentekoon ?
- Miten omistajaohjausta vahvistetaan ?
- Miten tilaajatoiminnan poliittinen ohjaus järjestetään ?
- Kuka päättää mitä palveluja yksittäisellä paikkakunnalla on tarjolla ?
- Miten hyvinvointiklusteri määritetään alueellisesti ja kunnittain ?
- Miten varmistetaan se, että ylikunnallinen toimija pysyy kunnan osoittamassa budjetissa?

10. Terveydenhuoltopiiri toimijana

Markku Pekurisen mukaan terveystoimintaan kuuluvat terveydenhuollon ja vanhusten palvelut sekä eräitä perinteisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa olevia palveluja (mm. erityispalvelut, päihdehuolto ja vammaispalvelut). Toiminnallinen yhteistyömalli tulee toteuttaa, vaikka osa rajapinnassa olevista palveluista jäisi terveystoimintaan ulkopuolelle. Terveystoiminta toimii myös erikoissairaanhoitolain tarkoittamana sairaanhoitopiirinä, jossa on keskussairaala. Terveystoiminta voidaan muodostaa myös pelkästään kansanterveyslain mukaisen toiminnan ja sen lisäksi peruserikoissairaanhoitoon toimintaa, pelkästään kansanterveyslain mukaisen toiminnan tai sekä kansanterveyslain mukaisen toiminnan että sosiaalitoimen kattavaksi. Jokaisessa piirin jäsenkunnassa on kunnanhallituksen asettama sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä, jossa ovat edustettuina kunnan johtavat luottamushenkilöt ja viranhaltijat. Kunnan edustaja terveystoimintaan ohjausryhmässä/hallituksessa kuuluu sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmään. Palvelujen suunnitteluvastuu on terveystoimintaan jäsenkunnilla. Kunnan sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä valmistelee kunnan hyvinvointisuunnitelman, jonka pohjalta kunta määrittelee vuosittaisen palvelutilauksensa piiriltä. Palvelusopimus on keskeinen terveystoimintaan toiminnan ohjausväline. Jokainen kunta tekee piirin kanssa vuosittain palvelusopimuksen, jossa määritellään kunnan asukkaille järjestettävät palvelut, palvelujen laajuus ja saatavuus ja niistä terveystoimintaan suoritettavat korvaukset. Kuntien palvelusopimukset yhdessä määrittelevät terveystoimintaan toiminnalle vuosittain asetettavat määrälliset, toiminnalliset, sisällölliset, laadulliset ja taloudelliset tavoitteet.

Riitta Brunilan mukaan sosiaali- ja terveystoiminnan järjestäminen siirretään alueellisesti laajoille **sosiaali- ja terveydenhuoltopiireille**, jotka vastaavat palvelujen järjestämisestä. Kaikki terveydenhuollon ja vanhusten palvelut yhdistetään ilman sektorirajoja sosiaali- ja terveydenhuoltopiiriin muodostamaan palvelukokonaisuuteen. Sosiaali- ja terveydenhuoltopiiriin kuuluvat terveydenhuollon ja vanhusten palvelut sekä eräät perinteisen sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalle sijoittuvat palvelut kuten erityispalvelut, päihdehuolto ja vammaispalvelut.

Lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuoltopiirillä tulisi olla selkeä ja vahva keskuskuunta, alueen veturi. Tämä edellyttää, että piirejä muodostettaessa on samalla päätettävä vahvat aluekeskukset, joita halutaan tulevaisuudessa kehittää. Kunta voi tilata palvelut piiriltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Tämä on tärkeä edellytys kilpailun syntymiselle. Kunta voi myös itse päättää mistä piiristä tilaa palvelut. Vaihtoehtojen tarjonta on tärkeää sen vuoksi, että oma piiri ei saisi täysin määräävää asemaa palvelujen tarjoajana..

Petri Parvisen ja Pirjo Haukkapää-Haaran ja pohdintaa eri mallien soveltuvuudesta Päijät-Hämeeseen

Seuraavassa esitellään lyhyesti neljä ehkä keskeisintä alueellisen toiminnan mallia (rahoitus, toteutus, erikoissairaanhoidon järjestäminen) ja pohditaan niiden soveltuvuutta mm. Päijät-Hämeessä haastattelujen perusteella tunnistettuihin kipukohtiin (mm. erikoissairaanhoidon menojen kasvu, kunnan omistajuuden heikko toteutuminen sekä avoimen ja luottamuksellisen yhteistyön toteutuminen). Esiteltävät mallit ovat seuraavat: 1) terveydenhuoltoalue-malli (ns. Kunnamon malli), 2) terveydenhuoltopiiri (terveyspiiri), 3) ns. Kelan malli ja 4) laajan ostopoolin malli. Nämä mallit on lainattu Osmo Kuusen kirjoittamasta julkaisemattomasta lähteestä.

Terveydenhuoltoalue-malli muodostuu vähintään 20 000 asukkaan alueesta, jossa kunnat maksavat terveydenhuoltoalueelle hoidosta väestön määrän mukaan. Terveyspalveluiden tilaajana toimivat terveysalueen kunnat ostopoolina, palveluiden tuottajina ovat alueen oma pääterveyskeskus, pääterveysasemat ja lähipalvelupisteet. Erikoissairaanhoidon terveydenhuoltoalue tilaa sairaanhoitopiirien ja miljoonapiirien sekä yksityisistä sairaaloista. Akuuttihoito on keskitetty pääterveyskeskukseen.

Terveydenhuoltoalue-malli tarjoaa mahdollisuuden yhdistää perusterveydenhuollon ja osan erikoissairaanhoidon. Mallissa on mahdollisuudet yhdistää myös sosiaali- ja terveystoimi. Terveydenhuoltoalue on myös riittävän iso ylläpitämään itsenäisesti erikoislääkärivetoista diagnoosi- ja akuuttitoimintaa ja käsittelemään potilasvirtaa kustannustehokkaasti. Terveydenhuoltoalue-mallissa yhteistyö viranhaltijoiden (ammattilaisten) ja kunnallispoliitikkojen kesken perustuisi hyvään henkilökohtaiseen tuntemukseen.

Terveydenhuoltoalue-malli pyrkii vaikuttamaan erikoissairaanhoidon nousevien kustannusten hillitsemiseen keskittämällä alueen oman peruserikoissairaanhoidon alueen pääterveyskeskuksiin. Vaativan erikoissairaanhoidon terveydenhuoltoalue ostaisi sairaanhoito- ja miljoonapiirien sekä yksityisten ylläpitämiltä sairaaloilta. Mallissa tilaaja ja tuottaja pyritään erottamaan ja antamaan tilaa kilpailulle. Päijät-Hämeeseen terveydenhuoltoaluemalli voisi tuoda mahdollisuuksia hallita erikoissairaanhoidon kustannuksia keskittämällä esimerkiksi toimintoja seudullisesti yhteen ja tilaamalla vaativampaa erikoissairaanhoidon yhteistyössä muiden alueen kuntien kanssa. Kunnan omistajuuden ongelmiin malli voi tuoda apua siinä, että kuntien toimiminen yhdessä erikoissairaanhoidon palveluiden tilaajana tuo todennäköisesti painoarvoa tilaajan äänelle. Tämänhetkisiin haastatteluissa esiin tulleisiin omistajuuden ongelmiin malli ei tuo merkittävää apua. Myös muihin yhteistyöongelmiin malli sinänsä ei todennäköisesti toisi apua, vaan ehkä lisäisi myös paineita kuntien välisen yhteistyön toteuttamiseen nykyisen kunnan ja sairaanhoitopiirin välisen yhteistyön sijaan.

Terveydenhuoltopiiri-malli perustuu nykyisiin sairaanhoitopiireihin, asukkaita terveydenhuoltopiiri alueella on keskimäärin noin 200 000. Terveydenhuoltopiiri on kuntien omistama. Terveydenhuoltopiiri-mallissa kunnat tekevät palvelusopimuksen terveydenhuoltopiirin kanssa ja

nykyisen kaltainen valtionapu tasaa kuntien välillä olevia kustannuseroja. Tilaajana terveydenhuoltopiiri-mallissa toimii kuntien omistama terveydenhuoltopiiri. Palvelut tuottaa niinkään terveydenhuoltopiiri, joka organisoii alueellaan sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon toteutetaan piirin yhteisenä palveluna useassa toimipisteessä ja ostopalvelut muilta palveluntuottajilta hoidetaan keskitetysti.

Terveydenhuoltopiiri-mallissa keskeinen lähtökohta on vahvan valtakunnallisen terveydenhuollon tilaamis- ja tuottamisjärjestelmän kehittäminen, joka myös mahdollistaa suuruuden ekonomian hyödyntämisen. Valtakunnallisesti eri terveydenhuoltopiirit toimisivat yhteistyössä muodostaen valtakunnallisen terveystoiminnan, joka voisi ottaa vastuulleen myös esimerkiksi Kelan maksamat lääkekorvaukset.

Kelan-mallissa suuri aluekokonaisuus ottaa henkilökohtaisen vakuutuksen asukkailleen. Mallissa valtio toimii vakuutusmaksujen tasaajana. Palveluiden tilaajana toimii Kela tai jokin muu julkinen vakuuttaja. Palveluiden tuottaminen tapahtuu valtakunnallisesti vakuuttajan kilpailuttamana. Erikoissairaanhoidon palvelut mallissa kilpailutetaan valtakunnallisesti.

Kelan malli voisi tuoda yksinkertaisimman ratkaisun kansallisiin terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta tuleviin ongelmiin. Tämä vakuutusperusteinen malli perustaa palveluiden tilaamisen laajaan valtakunnalliseen kilpailuttamiseen, jolloin suuruuden ekonomiaa on mahdollista hyödyntää valtakunnallisesti. Kuntien omistajuus nykymerkityksessään valuu tässä mallissa nykyistä kauemmas, mutta toisaalta kunnista voi tulla kilpailutettujen hoitolaitosten omistajia tai osakkaita. Kunnalliseen demokratiaan Kelan malli toisi luottamushenkilöiden roolin osalta muutoksia, sillä Kelan-mallissa kunnallispoliitikkojen rooli muuttuisi nykyisestä alueellisten neuvottelukuntien jäsenyyksiksi ja potilaiden etujen valvojiksi.

11. Rahoituksen hallinnointi (Mika Mäkinen)

Kunta verottaa ja järjestää palveluja varallisuutensa mukaan. Jos kunnat sopivat yhteisestä maakunta/terveydenhuoltopiiri ratkaisusta on luonnollista että kuntien yhteinen resurssointi tarkoittaa painetta samaan veroprosenttiin kaikissa kunnissa. Samoista veroratkaisuista huolimatta kuntien rahoitusasema erilainen. Tämän vuoksi joudutaan pohtimaan sitä, onko varakkaampi kunta valmis rahoittamaan varattomampaa. Kuntalaisten näkökulmasta on kyse siitä, että he ovat maksaneet veronsa omaan kuntaansa ja odottavat verojensa tulevan heidän hyödykseen

Nykyisestä valtionosuusrakenteesta johtuen maksajiksi tulevat enenevässä määrin kasvavat keskusalueet ja kaupunkiseudut, jotka joutuvat välillisesti maksamaan sosiaali- ja terveystoimen rahoitusjärjestelmän kautta muiden kuntien ja niiden asukkaiden palveluja. Samalla rahoitusperusteessa entistä selkeämmin palvelun tarve erkanelee rahoituksesta (rahoitus perustuu maksukykyyn).

Kuntien ja kuntayhtymien budjetointi ja taloussuunnittelu eivät toimi synkronoidusti. Kunnat ja kuntayhtymät aloittavat seuraavan vuoden talouden suunnittelun kuluva vuoden alussa. Kunta vahvistaa oman budjettinsa vuoden lopulla ja sosiaali- ja terveydenhuollonkin lopullinen budjetti selviää vasta silloin. Sosiaali- ja terveystoimintakunta laatii oman ehdotuksensa elokuussa, jonka jälkeen kunnan johtaja ottaa ehdotuksen osaksi koko kunnan budjetin valmistelua. Sekä kunnan johto, että poliittiset päättäjät voivat tehdä muutoksia sosiaali- ja terveystoimen kaavailtuun budjettiin.

- a. Kuntien rahoituksellinen tilanne
- b. Kuntien sosiaali- ja terveysmenot ja niiden eroista aiheutuvat toimenpiteet ja linjaukset
- c. Kunnan valtuuston vahvistama sosiaali- ja terveysbudjetin kohdentaminen terveydenhuoltopiirille ja muille menokohdille
- d. Kattava palvelusopimus ja sen kohdentaminen kuntakohtaisesti
- e. Palvelujen tuotteistaminen ja kuntakohtainen laskutus
- f. Terveydenhuoltopiirin palvelujen tuotteistaminen ja kuntakohtainen laskutus
- g. Kuntien yhteisten palvelujen tuotteistaminen ja kuntakohtainen laskutus
- h. Kuntien oman tuotannon tuotteistaminen ja mahdollinen myynti toiselle kunnalle

Kuntien rahoituksellisesta tilanteesta tehdään arvio 31.8.05 mennessä. Arvioinnin tekemisestä vastaa Lahden rahoitusjohtaja Mika Mäkinen

Johtopäätökset

- Kuntien rahoituksellinen tulevaisuus on erilainen – avoimen sektorin yritykset hakeutuvat kasvukeskuksiin – kuten työikäinen väestökin
- Ikärakenteen aiheuttama kustannuspaine yhdessä heikentyvän rahoitustilanteen kanssa johtaa maaseutumaisten kuntien kriisiytymiseen
- Lahdella on 25 % äänivalta shp:n toimintaan – onko mahdollista että resurssointia kohdennetaan pieniin kuntiin vasten Lahden tahtoa
- Kuntien yhteisten palvelujen tuotteistaminen ja kuntakohtainen laskutus on mahdollista vain osassa palveluja (esim DRG erikoissairaanhoidossa). Sosiaali- ja perusterveydenhuollon tuotteistaminen käynti/toimenpide keskeisesti ei ole perusteltua vaan yleensä pyritään väestö/potilasryhmä kohtaiseen vastuuseen

Kysymyksiä

- Miten rahoitus turvataan (kuntaliitos, valtionosuudet, alueen keskuskuntien tuki) ?
- Miten sosiaali- ja perusterveydenhuollon resurssit/palvelut suunnataan/tasataan kuntien välillä kun palvelukohtainen tuotteistaminen ei ole mahdollista ?

12. Tilaajien ja tuottajien määrittämisen peruseriaatteet

Tilaaja-tuottajamallin jatkokehittämisessä on huomioitava paikallis- ja aluepolitiikan vaikutukset palvelujen tilaamiseen. Mikäli tilaaminen on kuntien vastuulla, ei kilpailua synny kuin suurimpien yliopistopaikkakuntien alueilla. Kunnat tilaavat ”omilta” terveyskeskuksiltaan ja sairaaloiltaan paikallispoliittisista syistä. Tilaajan tulee olla tuottajaa selvästi suurempi ja vahvempi mallin toimintakykyisyyden varmistamiseksi.

Kuntien siirtyessä palvelujen tuottajasta niiden järjestäjän ja tilaajan rooliin on niiden välttämätöntä määrittää erityisesti omistajapolitiikkansa ja palvelujen järjestämisstrategiat. Näihin liittyvän osaamisen kehittäminen on pitkäjänteistä työtä. Kilpailutettavissa olevien palvelujen synnyttäminen edellyttää sitä, että yksityisellä tai julkisella tuottajalla on riittävä varmuus kohtuullisista aikajänteistä, jotta investointien tekeminen kannattaa. Palvelujärjestelmän yhteispeli ei synny itsestään, äkilliset muutokset johtavat häiriöihin palveluketjujen toiminnassa.

Kuntien omistajapolitiikka sosiaali- ja terveydenhuollossa perustuu kolmeen pääomaan, materiaalseen, osaamiseen ja moraaliseen pääomaan. Materiaalinen pääoma tarkoittaa tietotaitoa joka tarvitaan investointien kohdentamiseen ja ajoittamiseen siten, että esimerkiksi organisaation teknologia, ja rakennukset ovat ajanmukaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon korkeasti koulutetun henkilöstön ammatillinen osaaminen muodostaa sen osaamispääoman, jonka ylläpito ja kehittäminen on haasteellisinta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa.

Tärkein kuntien pääoma on kuitenkin moraalinen. Kuntien legitimizeetti avautuu tästä varannosta. Moraalinen pääoma muodostuu eettisistä periaatteista ja arvoista, joihin perustuen kuntien tulee asettaa toiminnalliset, palvelukyvyn ja saatavuuden tavoitteet. Näiden tulisi muodostaa pohja palvelujen tuottamiselle yhtä hyvin omana toimintana kuin ulkoistettunakin.

Meidän järjestelmässämme onnistunut tilaajaosaamisen kehittäminen vaatii kunnilta entistä saumattomampaa yhteistyötä. On myös tuotu julki, että nykyiset sairaanhoitopiirit voisivat toimia terveystalouden tilaajaorganisaatioina. Tämä edellyttäisi sairaaloiden tai erikoisaloiden eriyttämistä itsenäisiksi tuotantoyksiköiksi, jotka palveluja kilpailutettaessa olisivat samanarvoisia muiden tuottajien kanssa. Näin myös kilpailuneutraliteetti säilyisi.

Terveydenhuoltopiiri toimii kuntien puolesta palvelujen tilaajana ja se on erotettu palvelujen tuotannosta. Terveydenhuoltopiirillä on vahva kytkentä kuntien toimivaan johtoon. Palvelut tuotetaan tulosvastuullisissa yksiköissä, joiden palveluksessa henkilöstö on. Terveydenhuoltopiiri vastaa siitä, että terveydenhuollon rahoitus on vakaalla ja kuntien kanssa sovitulla tasolla.

Terveydenhuoltopiiri hankkeen johtoryhmä päätti pyytää ehdotukset tilaaja-tuottajamallin organisoimisesta kolmelta asiantuntijaryhmältä. Tehtävänä on määritellä vaihtoehtoisia ehdotuksia kuntien omistajaohjauksen kehittämiseksi, tilaajan ja tuottajan organisoinniksi sekä miten rahoitus järjestetään. Tämän ja toiminnallisia järjestelyjä koskevan selvittelytyön tuloksen pohjalta kunnallishallitukset päättävät jatkovalmistelusta.

Valmistelu perustuu kuntien valmistelun pohjaksi hyväksymään hankesuunnitelmaan ja kansainvälisiin kokemuksiin.

Organisointi

Tilaaja-tuottajamallista pyydetään selvitys ja ehdotus kolmelta asiantuntijaryhmältä, jotka ovat

Petri Parvinen ja Paul Lillrank
Juha Kinnunen, Hannu Valtonen, Ismo Linnosmaa ja Olli-Pekka Ryyänen
Mats Brommels ja Outi Elonheimo

Ehdotuksia arvioimaan perustetaan työryhmä, johon kuuluvat

Matti Liukko, puheenjohtaja

kunnat

Kunnanjohtaja Päivi Rahkonen, Hollola

Kunnanjohtaja Pauli Syyrakki, Nastola

kunnanjohtaja Seppo Hulden Kärkölä

kuntien päättäjät

Pentti Pekkanen, Heinola

Tuula Koivunen, Orimattila

Olli Pasila, Iitti

Raija Peltonen, Hartola

rahoitus

Rahoitusjohtaja Mika Mäkinen, Lahti

Kunnankamreeri Pekka Kommeri, Asikkala

Talousjohtaja Markku Marjamaa PHSHP